

# IL profilo di salute della popolazione dell'Area Vasta 2

(dati relativi all'anno 2015)

Dicembre 2016

## **Il Profilo di Salute della popolazione dell'ASUR Marche - Area Vasta 2. 2015**

A cura di Marco Morbidoni, Cristina Mancini, Antonella Guidi  
U.O. Epidemiologia, sede di Ancona  
Dipartimento di Prevenzione dell'Area Vasta 2

Si ringraziano i colleghi che hanno fornito informazioni e suggerimenti preziosi.  
Un ringraziamento particolare per la collaborazione va inoltre a tutti i cittadini intervistati nell'ambito dei sistemi di sorveglianza PASSI

Osservatorio Epidemiologico  
ASUR Marche - Area Vasta 2  
via C Colombo 106, 60125 Ancona  
tel. 071-8705684-5901  
email [epidemiologia.an@sanita.marche.it](mailto:epidemiologia.an@sanita.marche.it)

# INDICE

Capitolo/paragrafo	Titolo	pag
<b>1.</b>	<b>DEMOGRAFIA E TERRITORIO</b>	
• 1.1.	• La popolazione	4
• 1.2	• L'ambiente	14
<b>2.</b>	<b>LE CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE</b>	
• 2.1.	• Gli indicatori del livello d'istruzione	19
• 2.2.	• Gli indicatori di occupazione/disoccupazione	21
• 2.3	• Gli indicatori di disagio economico	25
<b>3.</b>	<b>MORTALITA' E SPERANZA DI VITA</b>	
• 3.1.	• Mortalità generale	29
• 3.2.	• Mortalità per causa, anno 2014	31
• 3.3.	• Speranza di vita	32
<b>4.</b>	<b>LE CONDIZIONI DI SALUTE</b>	
• 4.1.	• Le malattie croniche non trasmissibili	33
• 4.2.	• I ricoveri ospedalieri: caratteristiche generali	35
<b>5.</b>	<b>GRAVIDANZE E NASCITE</b>	
• 5.1.	• Andamento del numero dei parti e fecondità nell'Area Vasta 2	41
• 5.2	• Le caratteristiche socio-demografiche delle madri	41
• 5.3	• Il percorso nascita: la gravidanza ed il parto	43
• 5.4	• Il neonato	48
<b>6.</b>	<b>L'INCIDENTALITA'</b>	
• 6.1.	• L'incidentalità generale	52
• 6.2	• Incidenti stradali	54
• 6.3	• Incidenti in ambiente domestico	57
<b>7.</b>	<b>STILI DI VITA A RISCHIO</b>	
• 7.1.	• Attività motoria	59
• 7.2.	• Stato nutrizionale e abitudini alimentari	61
• 7.3.	• Abitudine al fumo	65
• 7.4.	• Consumo di alcol	69
<b>8.</b>	<b>LA PREVENZIONE</b>	
• 8.1	• Le coperture vaccinali	73
• 8.2.	• I programmi di screening oncologico	76

# 1. DEMOGRAFIA E TERRITORIO

## 1.1 La popolazione

Fonti informative:  
- archivio dati Istat: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)

### 1.1.1. POPOLAZIONE RESIDENTE TOTALE

Il territorio dell'Area Vasta 2 è composto da 50 Comuni: 9 appartenenti alla ex ZT n.4 di Senigallia, 21 alla ex ZT n. 5 di Jesi, 5 alla ex ZT n. 6 di Fabriano e 15 alla ex ZT n. 7 di Ancona; esso in pratica è sovrapponibile a quello della provincia di Ancona con in più tre comuni Apiro, Cingoli e Poggio San Vicino appartenenti alla provincia di Macerata. Ha una superficie complessiva di 2.152,7 Km<sup>2</sup> ed una popolazione, registrata al 1 gennaio 2016, di 489.070 abitanti di cui 253.218 femmine e 235.852 maschi (tab 1.1.1.1.).

**Tab.1.1.1.1. Popolazione residente nell'AV2, al 01/01/2016**

Distretto	Maschi	% Maschi	Femmine	% Femmine	Totale
Senigallia	38.294	48,3	40.944	51,7	79.238
Jesi	52.135	48,3	55.859	51,7	107.994
Fabriano	22.609	47,9	24.620	52,1	47.229
Ancona	122.814	48,2	131.795	51,8	254.609
<b>Area Vasta 2</b>	<b>235.852</b>	<b>48,2</b>	<b>253.218</b>	<b>51,8</b>	<b>489.070</b>

Fonte: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) - Elaborazioni: UOE, AV2

In Italia nel 2015 la popolazione residente si riduce di 139 mila unità (-2,3 per mille) rispetto all'anno precedente: al 1° gennaio 2016 infatti si stima essa sia pari a 60,7 milioni di residenti; inoltre la popolazione invecchia: la stima dell'indice di vecchiaia al 1° gennaio 2016 è pari a 161,1 persone di 65 anni e oltre ogni 100 giovani con meno di 15 anni (171,8 nel Centro e 143,5 nel Mezzogiorno). La simultanea presenza di una elevata quota di persone di 65 anni e oltre e di una bassa quota di popolazione al di sotto dei 15 anni colloca il nostro Paese tra i più vecchi del mondo, insieme a Giappone (indice di vecchiaia pari a 204,9 nel 2015) e Germania (159,9 nel 2015).

Anche nell'AV2 al 1/01/2016 la popolazione è diminuita di 1.818 abitanti rispetto al 2015 e sta invecchiando: l'indice di vecchiaia pari a 183 anziani, ogni 100 giovani da 0 a 14 anni, è aumentato rispetto al 2014 quando era del 180%.

La distribuzione per fasce d'età denota una prevalenza della fascia intermedia (40-64 anni: 36,2%), seguita da quella dei giovani-adulti (15-39 anni: 26,1%). La differenza tra i due generi è a vantaggio dei maschi nelle fasce giovani e delle femmine nelle fasce più anziane, in virtù della maggiore sopravvivenza media per le femmine (85,6 anni di speranza di vita per le donne rispetto agli 80,8 anni per gli uomini (tab. 1.1.1.2.).

**Tab. 1.1.1.2. Distribuzione della popolazione dell'AV2 per fasce di età al 01/01/2016**

<b>Eta'</b>	<b>Maschi</b>	<b>% Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>% Femmine</b>	<b>Maschi +Femmine</b>	<b>% Totale</b>
<b>0-14</b>	33.284	14,1	31.493	12,4	64.777	13,2
<b>15-39</b>	65.089	27,5	63.033	24,8	128.122	26,1
<b>40-64</b>	87.058	36,8	90.736	35,7	177.794	36,2
<b>65-74</b>	25.543	10,8	28.346	11,1	53.889	11,0
<b>75 e più</b>	24.878	10,5	39.610	15,6	64.488	13,1
<b>Totale</b>	<b>235.852</b>	<b>100</b>	<b>253.218</b>	<b>100</b>	<b>489.070</b>	<b>100</b>

Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: UOE, AV2

La struttura per età della popolazione dell'AV2 mostra la presenza di anziani in misura sovrapponibile a quella regionale, ma superiore rispetto alla media nazionale (24,2% in AV2 rispetto il 22% del livello nazionale).

Le sedi di Senigallia e Fabriano sono quelle con la più alta percentuale di popolazione ultrasessantatreenne (rispettivamente 25,2% e 24,8%), mentre la sede di Ancona sembra essere, anche se di poco, la più "giovane" (tab. 1.1.1.3.).

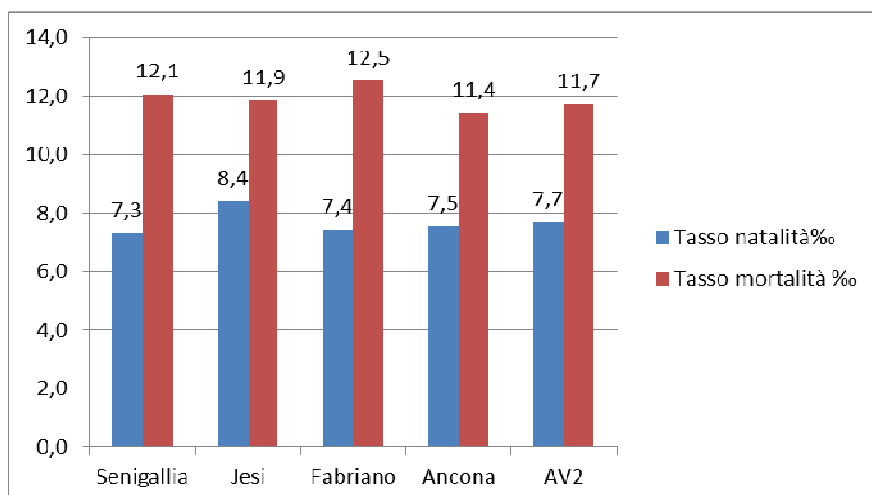
**Tab. 1.1.1.3. Struttura per età della popolazione residente nell'AV2 al 01/01/2016 - Distribuzione percentuale per sede e confronto Marche, centro Italia e Italia**

<b>Distretto</b>	<b>0-14 anni</b>	<b>15-64 anni</b>	<b>65 anni ed oltre</b>
Senigallia	12,7	62,1	25,2
Jesi	13,4	62,4	24,2
Fabriano	13,2	62,0	24,8
Ancona	13,4	62,8	23,8
<b>Area Vasta 2</b>	<b>13,2</b>	<b>62,6</b>	<b>24,2</b>
<i>Regione Marche</i>	<i>13,1</i>	<i>62,9</i>	<i>24,0</i>
<i>Centro Italia</i>	<i>13,3</i>	<i>63,9</i>	<i>22,9</i>
<i>Italia</i>	<i>13,7</i>	<i>64,3</i>	<i>22,0</i>

Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: TUTTITALIA.IT e UOE, AV2

Nel 2015 nell'AV2 sono nati circa 8 bambini per ogni 1.000 residenti. Il tasso di natalità più alto è registrato nel distretto di Jesi (8,4‰), mentre quello più basso lo si ha in quello di Senigallia (7,3‰); nel distretto di Fabriano c'è, invece, il più alto tasso di mortalità (12,5‰), superiore anche a quello dell'intera AV2, che è del 11,7‰. Il tasso di mortalità più basso si riscontra nel distretto di Ancona (11,4‰) (fig. 1.1.1.1.).

**Fig. 1.1.1.1. Tassi di natalità e mortalità (per 1.000 residenti), per distretti. AV2 al 01/01/2016**



Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: UOE, AV2

Nella tabella 1.1.1.4. sono riportati i valori degli indicatori demografici riferiti alla popolazione residente totale in AV2 e anche per singoli distretti.

**L'indice di dipendenza strutturale**<sup>1</sup> va dal 59,1% di Ancona al 61,2% di Fabriano. Tale indicatore misura il carico socio-economico teorico potenzialmente sostenuto da una popolazione in età attiva: un valore superiore al 50% segnala una situazione di squilibrio tra le generazioni.

**L'indice di ricambio della popolazione attiva**<sup>2</sup>, va dal 108,3% di Fabriano al 115,5% di Senigallia, fornisce informazioni circa le potenziali uscite dal mondo del lavoro (pensionamenti) e le potenziali entrate. Valori superiori a 100, indicano che ci sono difficoltà per la sostituzione generazionale nel mondo del lavoro, poiché le uscite superano le entrate.

**L'indice di vecchiaia**<sup>3</sup> va dal 177,6% di Ancona al 199,1% di Senigallia. Esso indica quanti anziani ci sono ogni 100 giovani di 0-14 anni.

**L'indice di invecchiamento**<sup>4</sup>, va dal 24% di Ancona al 25% di Senigallia, Esso fornisce una misura del "peso", in termini di proporzione, dei soggetti con età ≥65 anni, sul totale della popolazione residente.

**Tab. 1.1.1.4. Indicatori demografici della popolazione residente totale dell'AV2 al 01/01/2016**

Indicatori	AV2	Senigallia	Jesi	Fabriano	Ancona
<b>indice dipendenza strutturale</b>	59,9%	61,0%	60,3%	61,2%	59,1%
<b>indice di ricambio pop. attiva</b>	111,4%	115,5%	113,3%	108,3%	110,0%
<b>indice di vecchiaia</b>	182,7%	199,1%	181,2%	188,5%	177,6%
<b>indice invecchiamento</b>	24,2%	25,2%	24,2%	24,8%	23,8%

Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: UOE, AV2

<sup>1</sup> rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

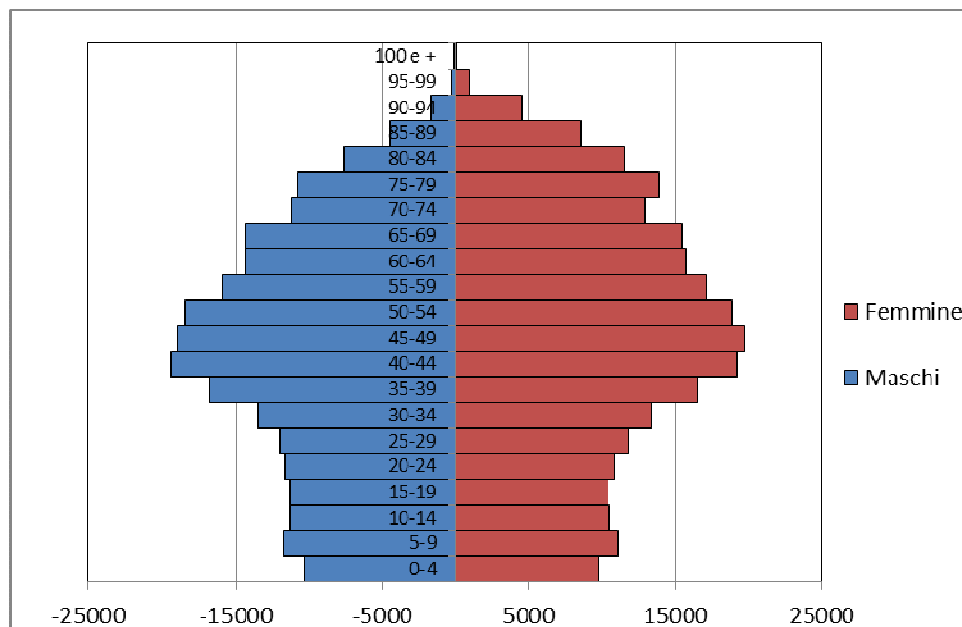
<sup>2</sup> rapporto tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni), moltiplicato per 100

<sup>3</sup> rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100

<sup>4</sup> rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione totale, moltiplicato per 100

La piramide delle età, come ormai costantemente da diversi anni, mostra nell'AV2 una popolazione in trasformazione, nella quale prevale la tendenza al calo delle nascite (base ristretta della piramide) e al progressivo invecchiamento della popolazione. Il segmento mediano allargato relativo alla fascia 40-49 anni corrisponde alla fase di crescita che si è avuta durante il boom economico e demografico che ha caratterizzato gli anni '50 e '60 (fig. 1.1.1.2.).

**Fig. 1.1.1.2. Piramide delle età della popolazione residente nell'AV2 al 01/01/2016**



Fonte: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) - Elaborazioni: UOE, AV2

Nell'Area Vasta 2 la densità abitativa è di 227 abitanti per Km<sup>2</sup>, superiore di 1,4 volte alla densità media della Regione Marche (164 abitanti/Km<sup>2</sup>). La densità di popolazione a Fabriano (87 ab./Km<sup>2</sup>) è circa 6 volte inferiore a quella del distretto di Ancona (531 ab./Km<sup>2</sup>) (tab. 1.1.1.5.).

**Tab. 1.1.1.5. Densità della popolazione nell'AV2 al 01/01/2016**

Distretto	Popolazione	Superficie Km <sup>2</sup>	Densità
Senigallia	79.238	456,8	173
Jesi	107.994	673,2	160
Fabriano	47.229	542,9	87
Ancona	254.609	479,8	531
<b>Area Vasta 2</b>	<b>489.070</b>	<b>2.152,7</b>	<b>227</b>
<i>Regione Marche</i>	<i>1.543.752</i>	<i>9.401,3</i>	<i>164</i>

Fonte: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) - Elaborazioni: UOE, AV2

Nell'Area Vasta 2 il **saldo naturale** della popolazione (nati – morti) per l'anno 2015 è negativo, (-1.978 unità) ed è peggiorato rispetto al 1° gennaio 2015 quando era di -1.515 unità, con tasso di decremento del -4% legato all'aumento del numero di decessi rispetto a quello delle nascite (tab. 1.1.1.6.).

Tab. 1.1.1.6. Bilancio demografico della popolazione, per sedi. AV2 al 01/01/2016

Distretto	Saldo	Saldo	Saldo totale	Tassi di incremento		
	Naturale	Migratorio	(naturale + migratorio)	(per 1000)		
	(nati-morti)	(iscritti-cancellati)		naturale	migratorio	totale
Senigallia	-376	169	-207	-4,7	2,1	-2,6
Jesi	-372	-44	-416	-3,4	-0,4	-3,8
Fabriano	-241	10	-231	-5,1	0,2	-4,9
Ancona	-989	25	-964	-3,9	0,1	-3,8
<b>AV2</b>	<b>-1.978</b>	<b>160</b>	<b>-1.818</b>	<b>-4,0</b>	<b>0,3</b>	<b>-3,7</b>
Regione Marche	-6302	-742	-7044	-4,1	-0,5	-4,6
ITALIA	-161.791	31.730	-130.061	-2,7	0,5	-2,1

Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: UOE, AV2

Il **saldo migratorio**<sup>5</sup> (iscritti - cancellati), sia interno (da e per altri comuni marchigiani), sia da e verso l'estero, è pari a 160 unità. Il tasso di **incremento totale** (saldo naturale + saldo migratorio) mostra un'ampia variabilità tra le sedi, e il totale per l'AV2 risulta del - 3,7‰, in ragione della prevalenza dei decessi sulle nascite e dei flussi migratori in uscita rispetto ai movimenti in entrata (tab. 1.1.6).

### 1.1.2. POPOLAZIONE IMMIGRATA RESIDENTE

Fonti informative:

- archivio dati Istat: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)

- Provincia di Ancona –sito: <http://www.tuttitalia.it/marche/provincia-di-ancona/statistiche/cittadini-stranieri-2006/>

La popolazione immigrata residente nell'AV2 al 1° gennaio 2016 è di 46.005 persone, pari al 9,4% della popolazione totale: è leggermente diminuita rispetto al 2015 (9,6%).

Il 45,5% sono maschi, l'età media è di 39 anni.

Il distretto di Fabriano è quello con la più alta percentuale di popolazione immigrata (11,2%) in rapporto al numero di residenti. Il dato relativo alla percentuale di popolazione immigrata residente nell'Area Vasta 2 è sovrapponibile a quello della regione Marche, e superiore rispetto al dato nazionale (9,4% vs 9,1% e 8,3% rispettivamente) (tab. 1.1.2.1.)

Tab. 1.1.2.1. Distribuzione popolazione residente immigrata per sede e confronto AV2 con regione Marche ed Italia al 01/01/2016

Sede	Maschi	% Maschi	Femmine	% Femmine	Totale	% Immigrati su tot pop
Senigallia	2.954	46,1	3.456	53,9	6.410	8,1
Jesi	4.886	45,5	5.864	54,5	10.750	10,0
Fabriano	2.301	43,6	2.976	56,4	5.277	11,2
Ancona	10.772	45,7	1.2796	54,3	23.568	9,3
<b>Area Vasta 2</b>	<b>20.913</b>	<b>45,5</b>	<b>25.092</b>	<b>54,5</b>	<b>46.005</b>	<b>9,4</b>
Marche	63.173	45,0	77.168	55,0	140.341	9,1
Italia	2.381.487	47,4	2.644.666	52,6	5.026.153	8,3

Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: UOE, AV2

<sup>5</sup> La componente migratoria deriva dalla differenza tra iscrizioni e cancellazioni anagrafiche conseguenti a trasferimenti di residenza. Il *tasso migratorio netto* è il rapporto tra il saldo migratorio dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.



La distribuzione per fasce d'età della popolazione immigrata dell'AV2 denota una prevalenza di giovani-adulti (15-39 anni: 43,7%), cui fa seguito, per numerosità, la fascia dei 40-64enni (34,2%). La differenza tra i due generi è a vantaggio del sesso maschile nelle fasce d'età sotto i 39 anni, risulta invece a vantaggio del sesso femminile nelle fasce d'età oltre i 40 anni (tab 1.1.2.2).

**Tab. 1.1.2.2. Distribuzione della popolazione immigrata residente dell'AV2, per fasce di età al 01/01/2016**

Eta'	Maschi	% Maschi	Femmine	% Femmine	Maschi	% Totale
					+	
					Femmine	
0-14	4.207	20,1	4.010	16,0	8.217	17,9
15-39	9.816	46,9	10.270	40,9	20.086	43,7
40-64	6.172	29,5	9.539	38,0	15.711	34,2
65-74	495	2,4	920	3,7	1.415	3,1
75 e più	223	1,1	353	1,4	576	1,3
<b>Totale</b>	<b>20.913</b>	<b>100</b>	<b>25.092</b>	<b>100</b>	<b>46.005</b>	<b>100</b>

Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: UOE, AV2

La percentuale di popolazione immigrata "giovane" di 0-14 anni residente nell'AV2 (17,9%) risulta essere in linea con il dato nazionale (18,5%) e con quello regionale (17,8%), mentre la popolazione ultrasessantatreenne (4,3%) risulta essere superiore rispetto a quella riferita al resto d'Italia (3,3%) e di poco inferiore a quella della regione Marche (4,6%).

In particolare i distretti di Senigallia e Fabriano sono quelli che presentano il maggior numero di anziani, con una percentuale del 5,5% (tab. 1.1.2.3.).

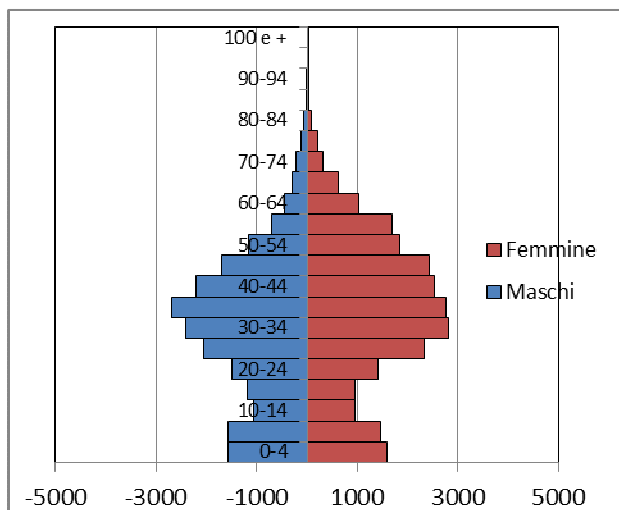
**Tab. 1.1.2.3. Struttura per età della popolazione immigrata di AV2 al 01/01/2016 (distribuzione percentuale per sede e confronto Marche, Centro Italia e Italia)**

Sede	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre
Senigallia	16,0	78,5	5,5
Jesi	20,0	76,2	3,8
Fabriano	18,1	76,4	5,5
Ancona	17,4	78,7	4,0
<b>Area Vasta 2</b>	<b>17,9</b>	<b>77,8</b>	<b>4,3</b>
<i>Regione Marche</i>	<i>17,8</i>	<i>77,6</i>	<i>4,6</i>
<i>Centro Italia</i>	<i>16,9</i>	<i>79,2</i>	<i>3,8</i>
<i>Italia</i>	<i>18,5</i>	<i>78,2</i>	<i>3,3</i>

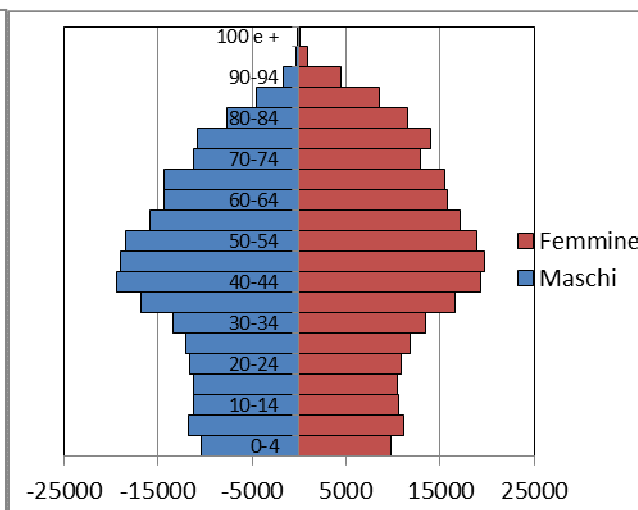
Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: UOE, AV2

Le figure che seguono consentono di confrontare la struttura della popolazione totale residente in AV2 complessiva e quella della popolazione immigrata. E' evidente che la popolazione immigrata residente nell'AV2 è più giovane della popolazione residente totale, essendo prevalentemente compresa nella fascia di età tra i 20 ed i 50 anni (fig. 1.1.2.1 e 1.1.2.2).

**Fig. 1.1.2.1. Piramide dell'età popolazione Immigrata, residente nell'AV2 al AV2 al 01/01/2016**



**Fig. 1.1.2.2. Piramide dell'età popolazione totale residente nell'AV2 al 01/01/2016**



Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: UOE, AV2

La popolazione immigrata, è distribuita in modo non uniforme sul territorio dell'AV2; la densità di popolazione nel distretto di Ancona (49,1 persone per Km<sup>2</sup>) è quasi 5 volte superiore a quella nel distretto di Fabriano (9,7 persone per Km<sup>2</sup>) (tab. 1.1.2.4.).

**Tab. 1.1.2.4. Densità della popolazione immigrata nell'AV2 al 01/01/2016**

Distretto	Popolazione	Superficie Km <sup>2</sup>	Densità
Senigallia	6.410	456,8	14,0
Jesi	10.750	673,2	16,0
Fabriano	5.277	542,9	9,7
Ancona	23.568	479,8	49,1
<b>Totale AV2</b>	<b>46.005</b>	<b>2.152,7</b>	<b>21,4</b>

Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: UOE, AV2

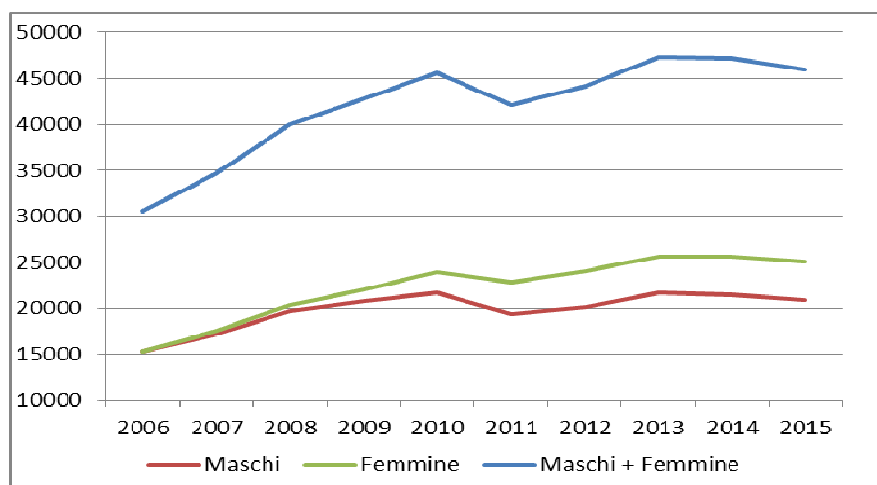
La tabella 1.1.2.5. e la figura 1.1.2.3. mostrano il numero dei residenti stranieri nell'AV2 dal 2006 al 2015: emerge un trend in continuo aumento a partire dal 2006 (6,4%) fino al 2010 (9,2%); nel 2011 si registra un decremento a cui però fa seguito una lieve risalita, mentre nel 2015 di nuovo la percentuale si abbassa leggermente.

**Tab. 1.1.2.5. Numero di residenti immigrati nell'AV2 per sesso, dal 31/12/2006 al 31/12/ 2015 sul totale della popolazione residente**

Anno	Maschi stranieri	Femmine straniere	Maschi + Femmine stranieri	Pop. Residente totale	% stranieri sul totale della popolazione residente
2006	15.295	15.322	30.617	480.063	6,4
2007	17.182	17.564	34.746	484.109	7,2
2008	19.629	20.359	39.988	488.390	8,2
2009	20.797	22.037	42.834	491.826	8,7
2010	21.735	23.912	45.647	494.522	9,2
2011	19.369	22.792	42.161	486.806	8,7
<b>2012</b>	20.079	24.105	44.184	488.679	9,0
<b>2013</b>	21.713	25.604	47.317	492.459	9,6
<b>2014</b>	21.493	25.664	47.157	490.888	9,6
<b>2015</b>	20.913	25.092	46.005	489.070	9,4

Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: UOE, AV2

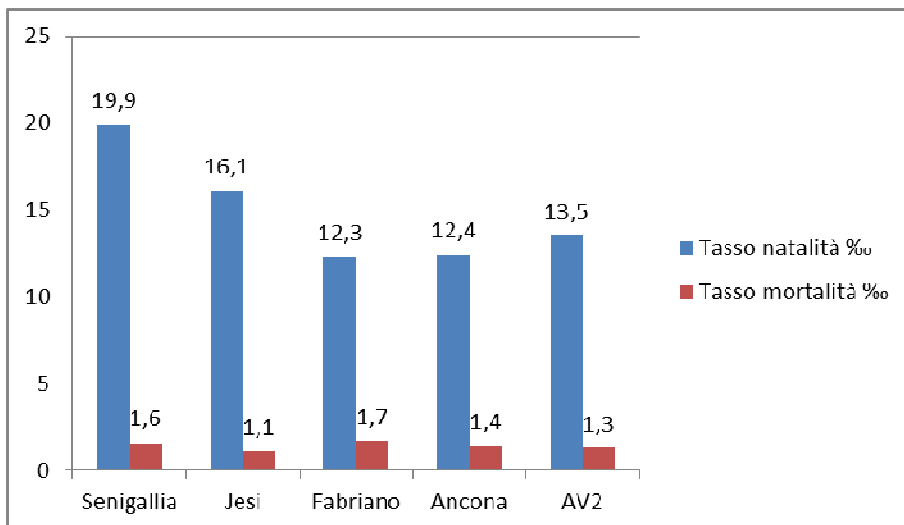
**Fig. 1.1.2.3. Residenti immigrati nell'AV2, trend anni 2006-2015 – valori assoluti**



Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: UOE, AV2

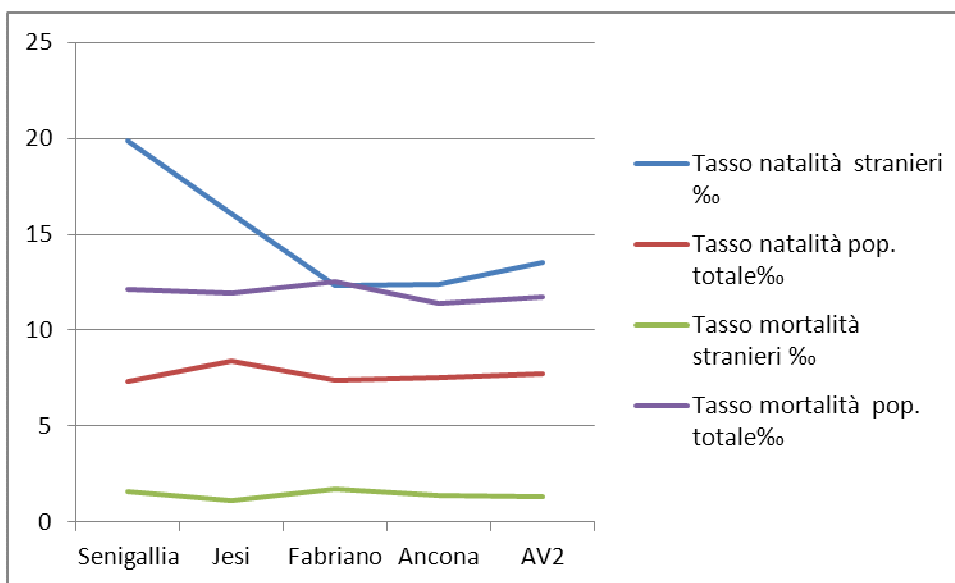
Nel 2015 il tasso di natalità della popolazione immigrata, pari al 13,5‰, è spiccatamente più elevato rispetto a quello della popolazione residente totale (8‰), il contrario accade per il tasso di mortalità. Questo è correlato al fatto che la popolazione immigrata è prevalentemente una popolazione giovane (fig. 1.1.2.4 e fig. 1.1.2.5).

**Fig. 1.1.2.4. Tassi di natalità e mortalità della popolazione residente immigrata, per distretto. AV2, popolazione all'1/1/2016.**



Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: UOE, AV2

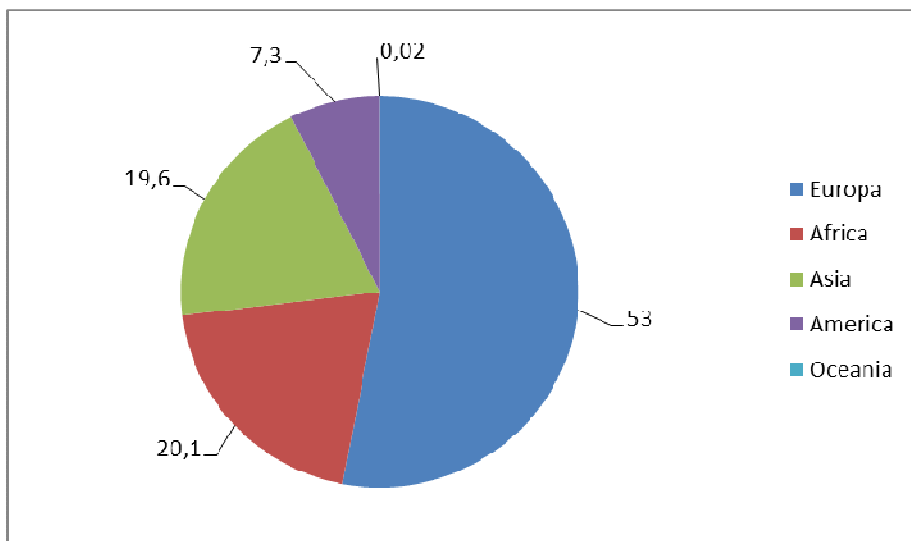
**Fig. 1.1.2.5. Tassi di natalità e mortalità, per sedi – Confronto tra popolazione straniera e popolazione residente totale. AV2 al 01/01/2016**



Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: UOE, AV2

La figura 1.1.2.6. mostra i continenti di provenienza della popolazione immigrata residente nella provincia di Ancona: nel 2015 un immigrato su due proviene dall'Europa (53%), uno su 5 proviene dall'Africa (20%) o dall'Asia (19,6%); il 7% proviene dall'America e in percentuali bassissime dall'Oceania (0,02%).

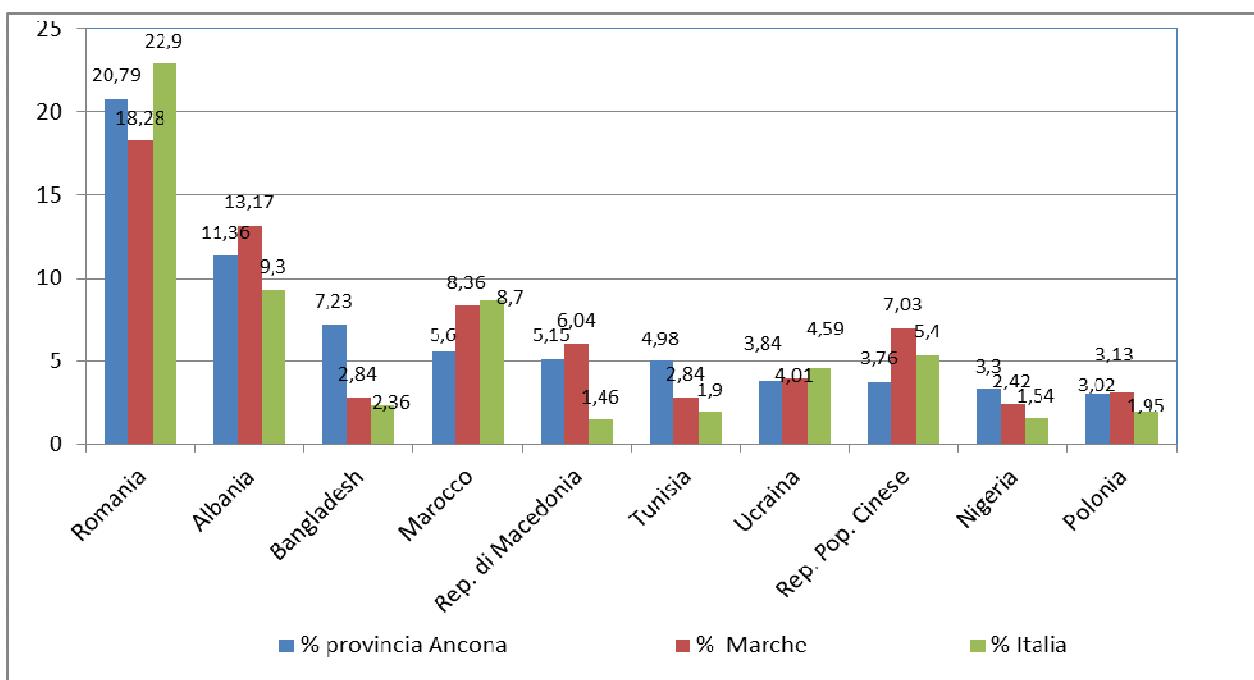
**Fig. 1.1.2.6. Cittadini stranieri residenti nella Provincia di Ancona, per Continente di provenienza (valori percentuali) – anno 2016.**



Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: UOE, AV2

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania e dall'Albania, in linea con i dati regionali e nazionali, seguono il Bangladesh, che non è tra i primi Paesi di provenienza né a livello regionale né nazionale, il Marocco e la Macedonia, la Tunisia che non compare tra i primi Paesi di provenienza a livello regionale e nazionale, l'Ucraina, la Repubblica Popolare Cinese, meno rappresentata rispetto a quanto accade a livello regionale e nazionale la Nigeria e la Polonia (fig. 1.1.2.7.).

**Fig. 1.1.2.7. Principali paesi di provenienza (primi 10) della popolazione immigrata residente all'1/1/2016: confronto Provincia di Ancona, Marche e Italia (valori percentuali)**



Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: UOE, AV2

## 1.2 L'ambiente

Fonti informative:

- Istat- Studio BES - Benessere Equo e Sostenibile -nella provincia di Ancona, anno 2015;
- Rapporto Osservasalute. Anno 2015;

### 1.2. Gli indicatori di qualità ambientale, utilizzo di risorse e sostenibilità ambientale

Tra i numerosi fattori che influenzano la salute umana, un ruolo molto importante lo svolge l'ambiente in cui si vive, in quest'ottica scegliere di "proteggerlo" rappresenta una chiave determinante e lungimirante per la salute della collettività e dei singoli cittadini.

Infatti tutte le azioni, volte oggi ad uno sviluppo ecosostenibile, possono condurre, domani, al miglioramento del benessere delle persone. Le azioni di tutela dell'ambiente, di gestione sostenibile delle risorse naturali e di lotta ai cambiamenti climatici, assieme ad un piano di sviluppo legato alle energie rinnovabili ed all'efficienza energetica, possono aggiungere valore e proteggere i territori, sostenere la società e l'economia, contribuendo a diminuire le diseguaglianze presenti nella società.

Nella tabella 1.2.1 sono riportati i risultati dello studio BES: "Benessere equo e sostenibile" 2015<sup>6</sup> nella provincia di Ancona riguardanti appunto la dimensione "Ambiente".

In questo studio il tema della qualità ambientale viene monitorato attraverso due indicatori:

- *la disponibilità di verde urbano pubblico*: "che fornisce indicazioni sul benessere legato alla potenziale fruizione di condizioni di maggiore naturalità dell'ambiente urbano"<sup>7</sup>;
- *il superamento dei limiti di inquinamento dell'aria – PM10<sup>8</sup>*: che rende conto del grado di alterazione della qualità dell'aria urbana; ciò infatti ha importanti conseguenze sullo stato dell'ambiente e sulla salute umana e quindi sul benessere delle persone.

Circa il primo indicatore: "*disponibilità di verde urbano pubblico*" ad Ancona, comune capoluogo di provincia, nel 2013 risultano disponibili 22,9 metri quadri di verde urbano per abitante, valore questo inferiore al dato nazionale di 32,2 metri quadri per abitante (indicatore n.1 della tab. 1.2.1).

Per verde urbano pubblico<sup>9</sup> si intende il "verde storico" di ville, giardini e parchi, che rappresenta nel 2014 in media il 2,7% del territorio dei capoluoghi di provincia (oltre 577 milioni di metri quadri).

<sup>6</sup> Lo studio del Benessere Equo e Sostenibile territoriale (BES) costituisce da alcuni anni un filone di ricerca della statistica nazionale. L'obiettivo è quello di fornire informazioni indispensabili per una governance di Area Vasta a prescindere dalla sua configurazione istituzionale. Le informazioni riguardano specifiche criticità, risorse e potenzialità del territorio di riferimento (sia esso inquadrabile in un'intera regione oppure in una provincia od ancora in una città metropolitana). Allo scopo sono utilizzati indicatori, provenienti da diverse fonti, di qualità elevata e coerenti con un quadro di riferimento nazionale, che esplorano le seguenti 12 dimensioni del "benessere" fondamentali per le politiche territoriali: salute; istruzione e formazione; lavoro e conciliazione dei tempi di vita; benessere economico; relazioni sociali; politica ed istituzioni; sicurezza; benessere soggettivo; paesaggio e patrimonio culturale; ambiente; ricerca e innovazione; qualità dei servizi.

Nel BES inoltre vengono effettuati dei confronti geografici che consentono di valutare l'equità del benessere dal punto di vista della sua distribuzione fra i territori.

<http://www.misuredelbenessere.it/>

<sup>7</sup> Tratto da: "Comitato CNEL-ISTAT sugli indicatori di progresso e benessere- 12 domini del Bes. Selezione degli indicatori". A cura del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro e Istituto Nazionale di Statistica, 14 giugno 2012

<sup>8</sup> Qualità dell'aria urbana: "Numero di superamenti del valore limite giornaliero previsto per il PM10 (50 µg/m<sup>3</sup>; max 35 superamenti)".

<sup>9</sup> Dati rilevati attraverso l'indagine: "Dati ambientali nelle città"; si riferiscono alle aree a verde, gestite direttamente o indirettamente da enti pubblici che includono, quindi, il verde storico; le ville; i giardini e i parchi di particolare pregio di interesse artistico o storico-culturale e con caratteristiche di non comune bellezza (definiti dal Codice dei beni culturali); i parchi urbani (parchi, ville e giardini urbani di grandi dimensioni che ad oggi non risultano vincolati ai sensi del Decreto Legislativo del 22 gennaio 2004, n. 42 e successive modifiche); le aree a verde attrezzato (piccoli parchi e giardini di quartiere); le aree di arredo urbano (piste ciclabili, rotonde stradali, spartitraffico ecc.); i giardini scolastici; gli orti urbani; le aree sportive all'aperto; le aree boschive; le aree destinate alla forestazione urbana e altre tipologie di verde urbano (orti botanici, giardini zoologici, cimiteri, verde incolto).

Circa il secondo indicatore, riguardante invece la qualità dell'aria urbana, ad Ancona nel 2013 i giorni di superamento dei limiti di inquinamento dell'aria<sup>10</sup>, sono stati 16, meno della metà di quelli della media italiana (44 giorni) (indicatore n.2 della tab. 1.2.1).

Sulla sostenibilità ambientale hanno molta importanza anche le questioni legate al consumo di energia e all'uso di risorse naturali. Per questo nel BES 2015 sono presenti i seguenti indicatori, che monitorizzano questa problematica:

- *consumo di elettricità per uso domestico (Kilowatt per abitante)* che rende conto della razionalizzazione dell'uso dell'energia nelle abitazioni;
- *quantità di energia prodotta da fonti rinnovabili*<sup>11</sup> che offre indicazioni sintetiche sulla sostenibilità dello sviluppo, ma anche sul degrado qualitativo dell'ambiente naturale che l'uso delle tradizionali fonti di energia comporta;
- *volume pro-capite giornaliero di acqua erogata (litri per abitante al giorno)*, significativo dei volumi di acqua effettivamente consumata (per i diversi tipi di usi), dall'utente finale<sup>12</sup>.

La facilità con cui oggi si ha accesso all'energia porta a non considerarla come un bene prezioso e di difficile produzione. In realtà invece il suo utilizzo dovrebbe avvenire in modo più consapevole poiché essa viene prodotta essenzialmente bruciando i combustibili fossili quali petrolio, carbone e metano che vengono considerati "fonti energetiche non rinnovabili". Essi infatti si trovano in natura<sup>13</sup> in quantità limitata e hanno bisogno di tempi estremamente lunghi (intere ere geologiche) per riformarsi. Considerando la sempre più crescente domanda globale di energia, si pone ormai da diverso tempo il problema di far fronte ad una loro eventuale scarsità anche in ragione del fatto che conflitti locali e internazionali che coinvolgono i Paesi produttori rendono incerta la disponibilità di greggio e la stabilità del suo prezzo. Per questo in Italia così come negli altri Paesi acquirenti, si stanno sviluppando politiche di diversificazione delle fonti energetiche: ci si riferisce cioè alla produzione di energia da "fonti rinnovabili" che, a differenza dei combustibili fossili destinati ad esaurirsi in un tempo finito, possono essere considerate virtualmente inesauribili. Le "fonti rinnovabili" comprendono l'energia solare; l'energia idraulica; l'energia eolica; quella proveniente dalle biomasse, dalle onde e dalle correnti etc.. Opportune tecnologie consentono di convertire la fonte rinnovabile di energia, in energia secondaria utile, che può essere termica, elettrica, meccanica e chimica. L'impatto sull'ambiente varia significativamente a seconda della fonte e della tecnologia, ma in ogni caso è nettamente inferiore a quello delle fonti fossili<sup>14</sup>.

Se è vero che il maggior utilizzo di energia avviene per scopi industriali, ciascuno di noi per la propria attività giornaliera ha bisogno di consumare energia, a casa come in ufficio, per i propri spostamenti e nel tempo libero. Infatti anche il consumo di elettricità nelle famiglie sta aumentando: acquistiamo un numero crescente di beni elettrici ed elettronici (quali TV, PC, computer portatili, telefoni cellulari ed elettrodomestici da cucina) e li sostituiamo, inoltre, con più frequenza rispetto a un tempo. Occorre allora far sì che tale consumo quotidiano di energia divenga sempre più sostenibile, attraverso un'acquisizione consapevole dell'importanza del "risparmio energetico". Qualsiasi attività svolta quotidianamente può essere realizzata con minor impiego di energia, attraverso il cambiamento di abitudini o comportamenti sbagliati. In questo senso nel 2013, si è registrata una maggiore attenzione delle famiglie verso un uso più efficiente dell'energia presso la propria abitazione: infatti il 22% delle famiglie nel nostro Paese ha dichiarato di aver effettuato investimenti in denaro nel corso dell'ultimo quinquennio per sostituire la caldaia e

<sup>10</sup> Misurato dalle centraline di rilevazione di tipo traffico, industriale e fondo.

<sup>11</sup> Consumi di energia elettrica coperti da fonti rinnovabili / totale consumi interni lordi (per 100).

<sup>12</sup> Per acqua erogata si intende la quantità di acqua per uso potabile effettivamente consumata dai diversi utenti, ovvero la quantità di acqua per uso potabile misurata ai contatori delle singole utenze domestiche alla quale si aggiunge quella stimata con riferimento ad altre utenze (ad es. scuole, ospedali, caserme) o ad alcuni utilizzi non alimentari (acque di lavaggio strade, innaffiamento di verde pubblico, idranti antincendio, etc.).

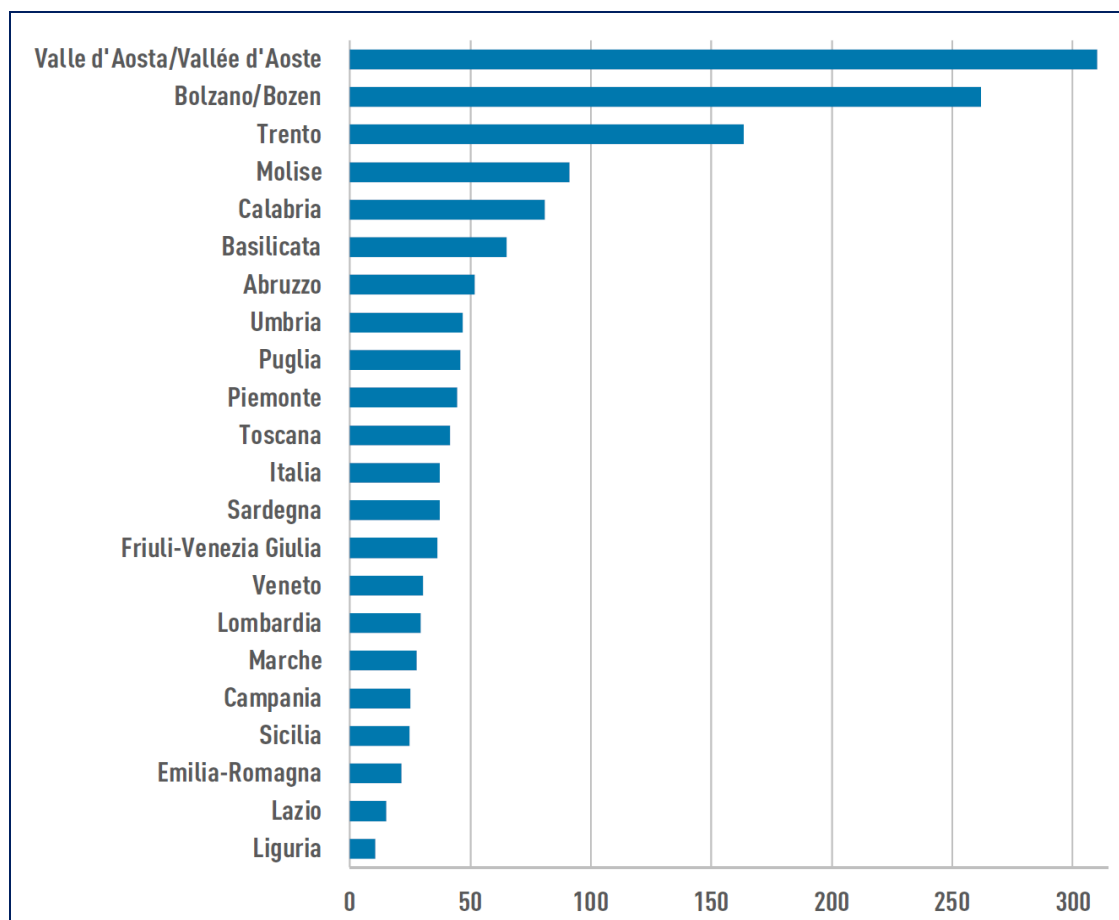
<sup>13</sup> I combustibili fossili presenti in natura si sono originati dalla decomposizione di sostanze organiche avvenuta milioni di anni fa in particolari condizioni di pressione, di temperatura e di profondità.

<sup>14</sup> Tratto da: "Energia e sostenibilità ambientale", a cura di ARPA Molise: <http://www.arpamolise.it/Comunicazione/Pubblicazioni/pdf/Sostenibilitaambientale>, ultimo accesso 9 gennaio 2017.

gli elettrodomestici, acquistare apparecchi più efficienti, installare impianti ad energia rinnovabile, applicare contabilizzatori di calore e regolatori di intensità luminosa, ecc...<sup>15</sup>

I dati del BES riferiti al 2013 mostrano che in provincia di Ancona i valori del consumo di elettricità per uso domestico, pari a 1.009 kwh<sup>16</sup> per abitante, sono leggermente inferiori al dato nazionale ed in linea con il dato regionale (indicatore n.3 della tab. 1.2.1). Il più basso utilizzo di questa risorsa per uso domestico è da considerarsi come un comportamento virtuoso degli abitanti della nostra provincia, ad esso però non fa riscontro una politica di investimento di risorse nelle “fonti rinnovabili”. Infatti la percentuale di energia prodotta da quest’ultime (17,9%) si posiziona ad un livello più basso sia rispetto al dato nazionale (38,3%) che a quello regionale (31,3%) (indicatore n.6 della tab. 1.2.1 e fig. 1.2.1).

**Fig. 1.2.1 Consumi di energia elettrica coperti da fonti rinnovabili, sul totale dei consumi interni lordi, per regione. Anno 2014 (valori percentuali).**



Fonte: Terna - N.B. I valori superiori a 100 di Valle d'Aosta, Bolzano e Trento sono dovuti alla produzione di energia superiore alla richiesta interna.

Tratto dal: "Rapporto Bes 2016: il benessere equo e sostenibile in Italia- capitolo 10, Ambiente".

www. <http://www.istat.it/it/archivio/194029>, ultimo accesso 9 gennaio 2016.

Elaborazioni: UOE, AV2

La disponibilità di acqua potabile, un elemento indispensabile per la vita degli esseri viventi, **rappresenta uno dei più significativi indicatori dello stato di salute di una popolazione. Per essere** adeguatamente fruibile, tale bene primario deve essere disponibile in quantità adeguata e possedere buone caratteristiche qualitative. L'acqua quindi non può essere considerata solamente una risorsa da utilizzare, ma soprattutto un fondamentale patrimonio ereditario del pianeta che va

<sup>15</sup> Tratto dal: "Rapporto Bes 2016: il benessere equo e sostenibile in Italia- capitolo 10, Ambiente".

<sup>16</sup> kwh =kilowattora



tutelato evitandone il deterioramento e, per quanto possibile, garantendone un'adeguata disponibilità. Infatti un elevato consumo pro-capite, pur denotando un buon tenore di vita di una comunità, entra però in contraddizione con gli aspetti di sostenibilità dell'uso delle risorse naturali. Nel 2012 in Italia si registra un'erogazione giornaliera di acqua per uso potabile corrispondente a circa 241 litri pro-capite<sup>17</sup>; in provincia di Ancona i litri per abitante sono 214, un valore inferiore al dato nazionale e leggermente più alto di quello regionale (indicatore n.4 della tab. 1.2.1).

**Tab. 1.2.1 Indicatori della dimensione "Ambiente". Studio: "Benessere Equo e Sostenibile" nella provincia di Ancona. Anno 2015**

Tema	indicatore	Misura	Ancona	Marche	Italia	
Qualità ambientale	1	Disponibilità verde urbano*	mq per ab.	22,9	°...	32,2
	2	Superamento limiti inquinamento dell'aria - PM10 (n°massimo)*	giorni	16	°...	44
Utilizzo risorse	3	Consumo di elettricità per uso domestico	kwh per ab.	1.009,4	1021,0	1.112,1
	4	Acqua potabile erogata giornalmente	litri per ab.	214,2	208,3	240,8
Sostenibilità ambientale	5	Densità di piste ciclabili*	km per 100 kmq	2,6	°...	18,9
	6	Energia prodotta da fonti rinnovabili	%	17,9	31,3	38,3
	7	Afflusso in discarica di rifiuti urbani (anche da fuori provincia)	tonn. per kmq	54,2	42,2	36,2

\* nei comuni capoluogo di provincia e di regione

°... = i dati non sono conosciuti

Fonti: Istat (indicatori 1-5); Terna (indicatore 6); Ispra (indicatore 7).

Anni : 2013 (indicatori 1-3, 5-8); 2012 (indicatore 4)

BES delle Province - Ancona <http://www.besdelleprovince.it/bes-delle-province-2015/ancona/>, ultimo accesso 04 gennaio 2017

Nell'ambito del tema della sostenibilità ambientale, il BES prende infine in considerazione altri due indicatori:

- *la disponibilità di piste ciclabili* che offre informazioni sulla fruibilità dello spazio urbano;
- *l'afflusso in discarica di rifiuti urbani (pure da fuori provincia)*: che rende conto della percentuale di rifiuti urbani conferiti in discarica sul totale dei rifiuti urbani raccolti.

L'estensione di piste ciclabili nei territori comunali, è indicativa della capacità dei comuni capoluogo di incentivare forme di trasporto alternative all'automobile, al fine di ridurre l'inquinamento atmosferico e la congestione da traffico nei centri storici.

In Ancona, il comune capoluogo della nostra regione, nel 2013 la densità di piste ciclabili, pari a 2,6 km per 100 chilometri quadri, è notevolmente inferiore al dato nazionale di 18,9 km per 100 chilometri quadri (indicatore n.5 della tab. 1.2.1).

Riguardo invece il conferimento in discarica di rifiuti urbani nel 2013 in provincia di Ancona esso è pari a 54,2 tonnellate per kilometro quadro, valore superiore alla media nazionale (36,2 tonnellate

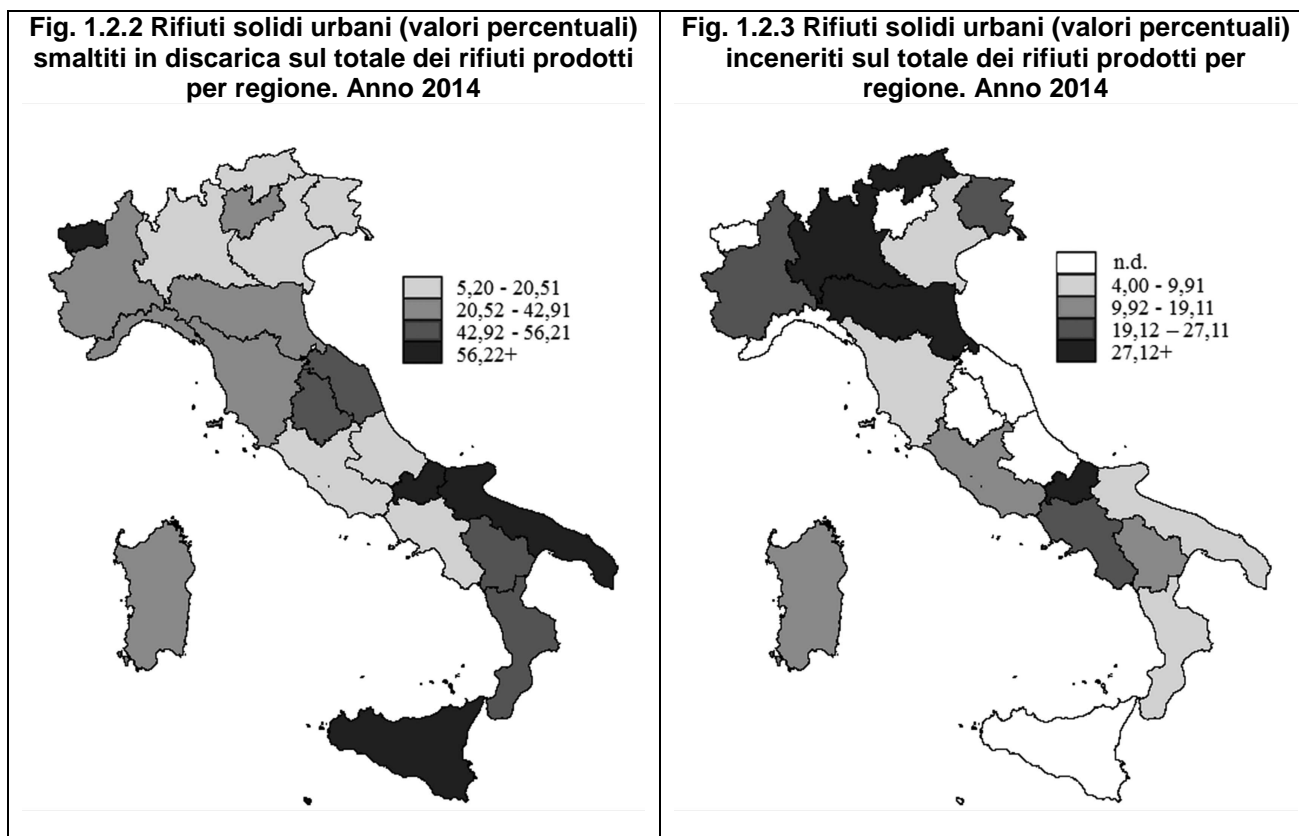
<sup>17</sup> I volumi di acqua erogata per uso potabile comprendono anche gli usi non fatturati e gli usi pubblici, quali la pulizia delle strade, l'acqua nelle scuole e negli ospedali, l'innaffiamento di verde pubblico, i fontanili, e rappresentano pertanto il volume complessivo di acqua effettivamente a disposizione della popolazione.

per kmq) e regionale (42,2 tonnellate per kmq); ciò in quanto vengono accolti in discarica anche rifiuti da fuori provincia<sup>18</sup> (indicatore n.7 della tab. 1.2.1).

In materia di gestione dei rifiuti occorre ricordare che la strategia di gestione adottata dall'Unione Europea (UE) e recepita in Italia con il Decreto Legislativo n. 22/1997<sup>19</sup> ed, in seguito, con il Decreto legislativo n. 152/2006<sup>20</sup>, delinea le priorità di azione e di gestione integrata del problema rifiuti. In particolare, gli obiettivi generali della gestione dei rifiuti solidi urbani sono numerosi e vanno dalla riduzione a monte della quantità e pericolosità degli stessi e di quelli industriali prodotti, agli interventi per il riciclaggio, il riuso ed il recupero di materia ed energia (anche attraverso il ricorso alla raccolta differenziata), allo smaltimento finale in condizioni di sicurezza per l'uomo e l'ambiente.

L'entità del ricorso alla discarica ed all'incenerimento dei rifiuti rappresenta un indicatore di rispondenza, in ambito nazionale e regionale, che secondo la normativa<sup>21</sup> prevede da un lato la riduzione dello smaltimento finale di rifiuti e l'impiego della discarica solo per i rifiuti inerti o per quelli che residuano dalle operazioni di riciclaggio e, dall'altro, l'incenerimento in via preferenziale rispetto al conferimento in discarica.

In generale la situazione della gestione dei rifiuti urbani continua ad essere molto diversificata nelle regioni italiane (figg. 1.2.2.e 1.2.3)



Fonte dei dati: ISPRA. Rapporto Rifiuti Urbani. Anno 2015

Tratto da: "Rapporto Osservasalute. Anno 2015 <http://www.osservasalute.it/>", ultimo accesso 9 gennaio 2017

Elaborazioni: UOE, AV2

<sup>18</sup> Fonte: "Il benessere equo e sostenibile nella provincia di Ancona, 2015".

<sup>19</sup> Decreto Legislativo 5 febbraio 1997, n. 22 "Attuazione delle direttive 91/156/CEE sui rifiuti, 91/689/CEE sui rifiuti pericolosi e 94/62/CE sugli imballaggi e sui rifiuti di imballaggio". Gazzetta Ufficiale n. 38 del 15 febbraio 1997-Supplemento ordinario n. 33

<sup>20</sup> Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152: Norme in materia ambientale. G.U. n. 96 L del 14.04.2006, S.O., n. 88.

<sup>21</sup> Decreto Legislativo 13 gennaio 2003, n. 36 "Attuazione della direttiva 1999/31/CE relativa alle discariche di rifiuti". Gazzetta Ufficiale n. 59 del 12 marzo 2003 – Supplemento Ordinario n. 40.

## 2. LE CONDIZIONI SOCIO ECONOMICHE

Fonti informative:

- Istat- Studio BES - Benessere Equo e Sostenibile -nella provincia di Ancona, anno 2015;
- data-base Passi , AV2, anni 2012-2015;
- Istat, Indicatori territoriali per le politiche di sviluppo, anno 2015;
- Istat, Condizioni di vita e di reddito, anno 2015
- Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per lo Sviluppo delle Economie Territoriali

### 2.1. Gli indicatori del livello d'istruzione

L'istruzione, la formazione ed il livello di competenze sono risorse fondamentali che influenzano direttamente il "benessere individuale".

Le evidenze scientifiche da tempo hanno dimostrato che: "le persone con livello di istruzione più alto:

- hanno un tenore di vita più elevato e hanno maggiori opportunità di trovare lavoro (OECD, 2010; Boarini and Strauss, 2010; Sianesi and Van Reenen, 2003);
- vivono di più e meglio perché hanno stili di vita più salutari e lavorano più facilmente in ambienti meno rischiosi (Miyamoto and Chevalier, 2010; La Fortune and Looper, 2009);
- partecipano più attivamente al processo di produzione nei settori della cultura e della creatività;
- usufruiscono maggiormente dei beni e dei servizi culturali (Eurostat, 2011)<sup>22</sup>.

Il "livello complessivo" di istruzione della popolazione adulta rappresenta anche una buona proxy delle conoscenze e delle competenze associabili al capitale umano di ciascuna area geografica.

In ragione di ciò proprio "l'istruzione e la formazione" rappresentano una delle 12 dimensioni del "benessere" esplorate nell'ambito dello studio BES: "Benessere Equo e Sostenibile"<sup>23</sup>.

In questo studio tale dimensione è stata analizzata attraverso 8 indicatori che forniscono informazioni globali e sintetiche sulle seguenti aree tematiche: livello d'istruzione, partecipazione scolastica, livello di competenze e formazione continua della popolazione adulta residente in un determinato territorio.

Nella tabella 2.1.1 sono riportati i risultati dello studio BES nella provincia di Ancona per l'anno 2015 riguardanti appunto la dimensione "Istruzione e Formazione".

L'istruzione appresa nelle scuole e nelle università rappresenta il pilastro principale delle competenze che le persone acquisiscono durante l'arco della vita: la percentuale di giovani (18-24enni) in possesso della sola licenza di scuola media inferiore, che non sono inseriti in un programma di formazione sono l'11,5% in provincia di Ancona meno del dato regionale e di quello nazionale (indicatore n.1 della tab. 2.1.1); mentre le persone in età lavorativa (18-64enni) con al massimo la licenza di III media (indicatore n. 2 della tab 2.1.1) sono il 31% in provincia di Ancona contro il 37% nelle Marche ed il 40% in Italia.

Anche la partecipazione scolastica all'istruzione secondaria superiore ed a quella terziaria (università) (indicatori n. 3-4-5 della tab.2.1.1) in provincia di Ancona risulta maggiore del dato marchigiano e di quello italiano.

<sup>22</sup> "Istruzione e formazione. Concetti di base" <http://www.misuredelbenessere.it/index.php?id=27>

<sup>23</sup> Lo studio del Benessere Equo e Sostenibile territoriale (BES) costituisce da alcuni anni un filone di ricerca della statistica nazionale. L'obiettivo è quello di fornire informazioni indispensabili per una governance di area vasta a prescindere dalla sua configurazione istituzionale. Le informazioni riguardano specifiche criticità, risorse e potenzialità del territorio di riferimento (sia esso inquadrabile in un'intera regione oppure in una provincia od ancora in una città metropolitana). Allo scopo sono utilizzati indicatori, provenienti da diverse fonti, di qualità elevata e coerenti con un quadro di riferimento nazionale, che esplorano le seguenti 12 dimensioni del "benessere" fondamentali per le politiche territoriali: salute; istruzione e formazione; lavoro e conciliazione dei tempi di vita; benessere economico; relazioni sociali; politica ed istituzioni; sicurezza; benessere soggettivo; paesaggio e patrimonio culturale; ambiente; ricerca e innovazione; qualità dei servizi .

Nel BES inoltre vengono effettuati dei confronti geografici che consentono di valutare l'equità del benessere dal punto di vista della sua distribuzione fra i territori.

<http://www.misuredelbenessere.it/>

I livelli di competenze realmente acquisiti dalla popolazione vengono misurati nel BES con indicatori che forniscono informazioni sul punteggio medio ottenuto dagli studenti delle seconde classi delle scuole di II grado nelle prove INVALSI di competenza alfabetica funzionale e numerica. Pure in questo caso i punteggi medi della provincia di Ancona sono superiori a quelli delle Marche e dell'Italia (indicatori n. 6-7 della tab.2.1.1).

La partecipazione degli adulti ad attività di formazione continua in ambito lavorativo o nel tempo libero è un elemento importante di miglioramento delle proprie competenze (indicatore n.8 della tab.2.1.1). Da fonte ISTAT si evince che l'11% dei soggetti in età lavorativa (tra 25-64 anni) della provincia di Ancona ha aderito ad una iniziativa formativa nel mese precedente l'intervista. Sono invece il 9% nelle Marche ed il 7% in Italia.

**Tab. 2.1.1 Indicatori della dimensione "Istruzione e Formazione". Studio: "Benessere Equo e Sostenibile" nella provincia di Ancona. Anno 2015**

Tema	indicatore	Misura	Ancona	Marche	Italia	
Livello d'istruzione	1	Giovani che hanno abbandonato precocemente gli studi*	%	11,5	11,8	15,8
	2	Persone in età lavorativa con istruzione non elevata**	%	31,2	36,6	40,1
Partecipazione scolastica	3	Partecipazione all'istruzione secondaria superiore°	%	105,8	103,0	94,7
	4	Partecipazione all'istruzione terziaria (19-25 anni)°°	%	44,5	42,3	39,3
	5	Partecipazione all'istruzione terziaria specifico del gruppo Scienze e Tecnologia (S&T) (19-25 anni)°°°	%	11,9	11,5	10,0
Competenze	6	Livello di competenza alfabetica degli studenti^	punteggio medio	209,3	207,7	201,6
	7	Livello di competenza numerica degli studenti^	punteggio medio	211,6	208,4	202,4
Formazione continua	8	Persone in età lavorativa che partecipano all'apprendimento permanente§	%	11,0	8,8	7,4

Fonte: Istat (indicatori 1-3, 8); Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (indicatori 4-5); INVALSI (indicatori (6-7); Anni : 2014 (indicatori 1-2, 6-8); 2013 (indicatori 3-5)

\*giovani (18-24 anni) con al più la licenza media, che non hanno concluso un corso di formazione professionale riconosciuto dalla Regione di durata superiore ai 2 anni e che non frequentano corsi scolastici o svolgono attività formative sul totale delle persone di 18-24 anni

\*\*persone tra 18-64 anni che hanno raggiunto al massimo la licenza media per 100 persone della stessa età

°iscritti alla scuola secondaria di II grado per 100 residenti di età teorica corrispondente (14-18 anni)

°°residenti iscritti all'università italiana per 100 residenti di età 19-25 anni

°°°residenti iscritti ai corsi di laurea di discipline tecnico-scientifiche nell'università italiana per 100 residenti di età 19-25 anni

^ punteggio medio ottenuto rispettivamente nelle prove di competenza alfabetica funzionale e numerica dagli studenti delle seconde classi della scuola secondaria di secondo grado

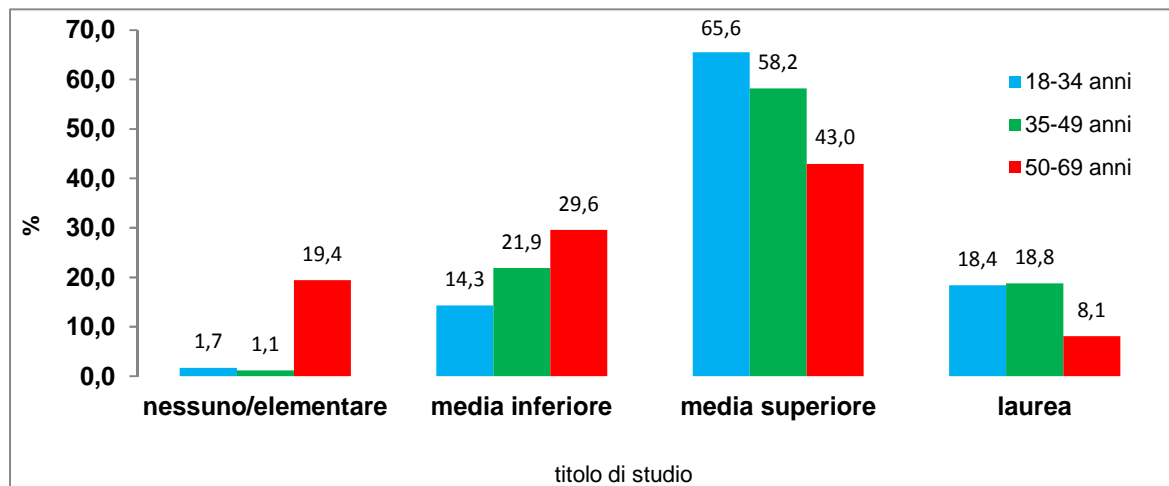
§persone di età 25-64 anni che hanno ricevuto istruzione o formazione nelle 4 settimane precedenti l'intervista per 100 persone della stessa età

Il titolo di studio riflette la scolarità delle generazioni che compongono la popolazione: la bassa scolarità (nessun titolo/licenza elementare/licenza media inferiore) è di più frequente riscontro tra le generazioni più anziane (50-69enni), mentre in quelle più giovani (18-49enni) la quota di laureati è maggiore.

Ciò è esattamente quanto viene descritto nella figura 2.1.1 dove si nota che tra i residenti dell'AV2, nel quadriennio 2012-2015, circa 1 su 5 (il 19,4%) tra coloro che hanno al massimo la licenza

elementare ha tra 50-69 anni, mentre la proporzione di quelli che hanno completato la scuola media superiore o si sono laureati decresce all'aumentare dell'età.

**Fig.2.1.1 Distribuzione del livello d'istruzione (%), negli adulti (18-69 anni), per classi d'età. Passi, AV2, anni 2012-2015**



Fonte: db Passi, AV2, anni 2012-2015. Elaborazioni: UOE, AV2

Complessivamente il livello d'istruzione della popolazione marchigiana è più elevato della media nazionale. Ciò lo si può dedurre dal confronto dei tassi standardizzati (per età e sesso) di prevalenza del basso livello d'istruzione per regione di residenza (Fig. 2.1.2) dove si evidenzia che nelle Marche, nel periodo 2012-2015, la proporzione di residenti con titolo di studio non elevato è migliore del valore nazionale.

**Fig. 2.1.2 Tassi standardizzati di bassa scolarità, per regione di residenza. Passi, 2012-2015**



Sorveglianza Passi

Fonte: <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/socio.asp>

## 2.2. Gli indicatori di occupazione/disoccupazione

Possedere un lavoro che sia adeguatamente remunerato, ragionevolmente sicuro e rispondente alle competenze costituisce un'aspirazione universale delle persone contribuendo in modo decisivo al loro benessere.

Secondo i dati della sorveglianza PASSI, nell'Area Vasta 2 nel quadriennio 2012-2015, il 70,9% della popolazione tra 18 e 69 anni si dichiara "occupato" con una importante differenza tra i due generi a scapito delle donne (66,5% vs il 75,3% degli uomini)<sup>24</sup>.

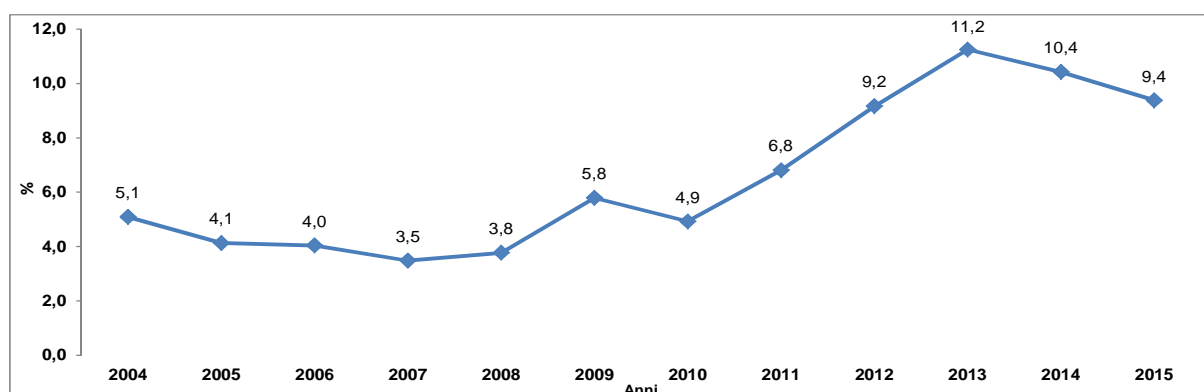
Il tasso di occupazione della popolazione tra 20 e 64 anni è uno degli indicatori previsti dalla "Strategia Europa 2020" per lo sviluppo e l'occupazione. L'indicatore è volto a valutare la capacità di utilizzare le risorse umane disponibili e rappresenta quindi una misura della forza strutturale di un sistema economico<sup>25</sup>. L'obiettivo fissato dall'Unione Europea prevede nel 2020 una quota di popolazione occupata tra i 20 e i 64 anni, pari al 75%<sup>26</sup>.

Nel 2015, secondo i dati Istat, il valore di questo indicatore (calcolato nella fascia di età 15-64 anni) nella provincia di Ancona è pari al 65% mentre nelle Marche è del 62% ed in Italia del 56%: quindi lo scostamento percentuale rispetto all'obiettivo europeo è rispettivamente di circa -10 punti percentuali per la provincia di Ancona, -13 punti percentuali per le Marche e -19 punti percentuali per l'Italia<sup>27</sup>.

Nel 2015 il tasso di disoccupazione tra le persone di 15 anni e più in Italia è pari all'11,9%, nelle Marche al 9,9%, mentre in provincia di Ancona si attesta al 9,4%. Questo valore nel periodo 2010-2013 ha registrato un andamento crescente, mentre nel 2014 la tendenza si è invertita e, pur essendo ancora molto rilevante, il dato 2015 mostra ancora una discesa diminuendo di 1 punto percentuale rispetto all'anno precedente (Fig. 2.2.1).

Il tasso di disoccupazione equivale al rapporto tra i disoccupati e il totale della forza lavoro (occupati e disoccupati insieme), e quindi non tiene conto del numero di persone senza un lavoro che non stanno cercando un impiego, quei soggetti cioè che rientrano nella categoria statistica degli "inattivi". Ebbene nel 2015 in provincia di Ancona anche il tasso di inattività diminuisce, rispetto all'anno precedente, passando dal 47% al 46%<sup>28</sup>.

**Fig. 2.2.1 Persone in cerca di occupazione in età 15 anni e oltre, sulle forze di lavoro nella corrispondente classe di età (percentuale). Provincia di Ancona, periodo 2004-2015**



Fonte: Istat, Indicatori territoriali per le politiche di sviluppo. <http://www.istat.it/it/archivio/16777>. Ultimo accesso 21 dicembre 2016. Elaborazioni: UOE, AV2

<sup>24</sup> Fonte: <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/socio.asp>, ultimo accesso 27 dicembre 2016

<sup>25</sup> Fonte: "Profilo di salute della provincia di Trento 2012" <http://www.trentinosalute.net/Contenuti/Pubblicazioni/Focus/9-Profilo-di-salute-della-provincia-di-Trento-2012>, ultimo accesso 27 dicembre 2017

<sup>26</sup> L'indicatore: "Tasso di occupazione della popolazione tra 20 e 64 anni" rappresenta la percentuale di occupati di 20-64 anni sulla popolazione totale di 20-64 anni. Esso è ricompreso tra gli indicatori della "Strategia Europa 2020". La strategia Europa 2020 punta a rilanciare l'economia dell'UE nel prossimo decennio. In un mondo che cambia l'UE si propone di diventare un'economia intelligente, sostenibile e solidale. Queste tre priorità che si rafforzano a vicenda intendono aiutare l'UE e gli Stati membri a conseguire elevati livelli di occupazione, produttività e coesione sociale. In pratica, l'Unione si è posta cinque ambiziosi obiettivi – in materia di occupazione, innovazione, istruzione, integrazione sociale e clima/energia – da raggiungere entro il 2020. Ogni Stato membro ha adottato per ciascuno di questi settori i propri obiettivi nazionali. Interventi concreti a livello europeo e nazionale vanno a consolidare la strategia. [http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-a-nutshell/targets/index\\_it.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-a-nutshell/targets/index_it.htm), ultimo accesso 27 dicembre 2016

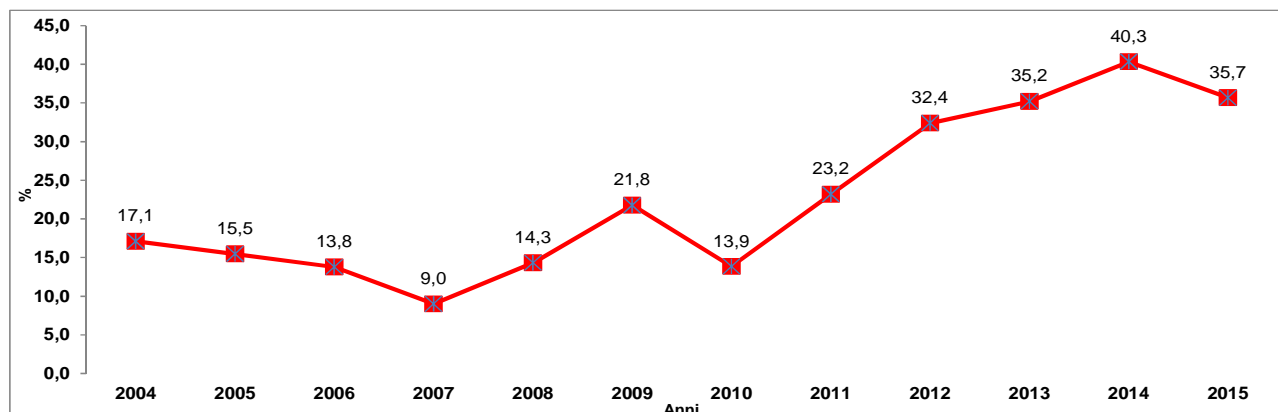
<sup>27</sup> Fonte: Istat, Indicatori territoriali per le politiche di sviluppo <http://www.istat.it/it/archivio/16777>, ultimo accesso 07 marzo 2017

<sup>28</sup> Fonte: [http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV\\_INATTIV](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_INATTIV), ultimo accesso 22 dicembre 2016

In una condizione di crisi generalizzata del mercato del lavoro il problema della ricerca di un'occupazione tra la popolazione giovanile ha assunto dimensioni allarmanti.

In provincia di Ancona il tasso di disoccupazione tra i giovani di età 15-24 anni presenta un andamento in continuo aumento dal 2010 al 2014; nel 2015 per la prima volta si osserva un'inversione di tendenza: c'è infatti una marcata riduzione (-4,6 punti percentuali) rispetto all'anno precedente (Fig. 2.2.2). In ogni caso il valore rimane comunque ancora molto elevato: infatti più di 1 ragazzo su 3 tra i 15-24enni risulta in cerca di occupazione.

**Fig. 2.2.2 Persone in cerca di occupazione in età 15-24 anni sulle forze di lavoro nella corrispondente classe di età (percentuale). Provincia di Ancona, periodo 2004-2015**



Fonte: Istat, Indicatori territoriali per le politiche di sviluppo. <http://www.istat.it/it/archivio/16777> Ultimo accesso 21 dicembre 2016.

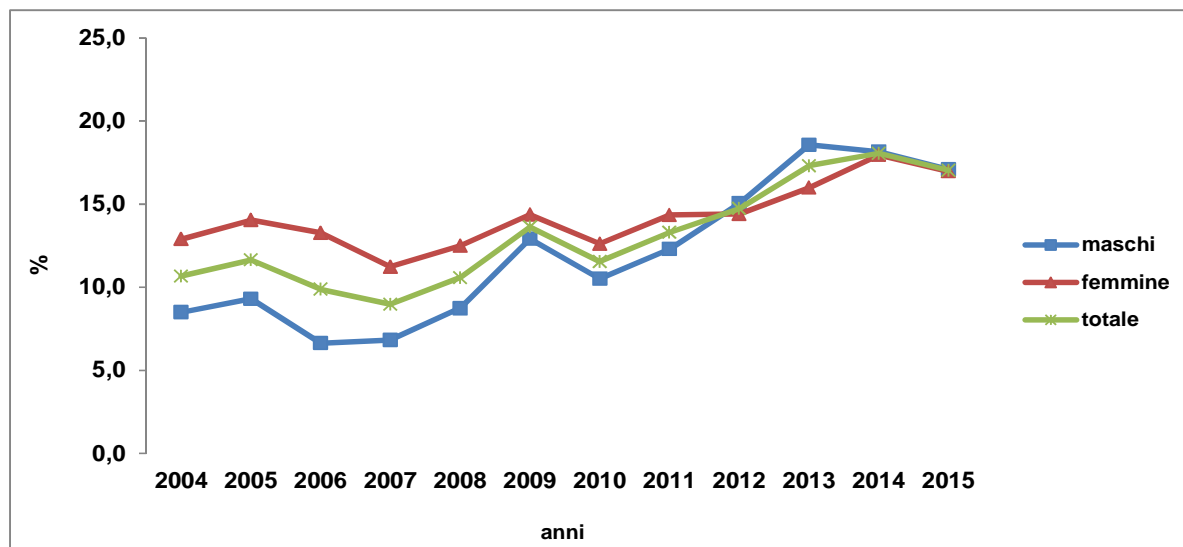
Elaborazioni: UOE, AV2

Per quantificare con maggior precisione la forza lavoro giovanile è utile introdurre il concetto di "NEET". L'acronimo sta a indicare persone giovani (generalmente under 30) "*Neither in education nor in employment or training*", che cioè contemporaneamente non sono inserite in un percorso scolastico o formativo e non sono neppure impegnate in un'attività lavorativa. Questi soggetti rappresentano la "sacca di inattività"<sup>29</sup> del mondo giovanile.

La crisi economica che attanaglia l'Europa e soprattutto l'Italia dal 2008, con le conseguenti gravi ripercussioni sul mercato del lavoro, ha reso particolarmente preoccupante il fenomeno dei giovani "NEET". In questi ultimi anni sempre più giovani di fronte alle difficoltà di inserimento occupazionale, sia per scarsità di offerte lavorative, sia per mancanza di un adeguato titolo di studio o per il mismatch tra le competenze acquisite nel sistema scolastico e quelle richieste dal mondo produttivo, si sono scoraggiati e hanno smesso di cercare lavoro e/o di re-inserirsi in un nuovo percorso formativo. La figura 2.2.3 mostra come la proporzione di giovani NEET tra 15-24 anni nella regione Marche sia progressivamente aumentata dal 2010 al 2014; nel 2015 si registra una inversione di tendenza di circa -1 punto percentuale (dal 18,1% al 17,0%).

<sup>29</sup> Neet = giovani tra i 15-29 anni, disoccupati o inattivi per motivi diversi dall'essere studenti o in formazione.

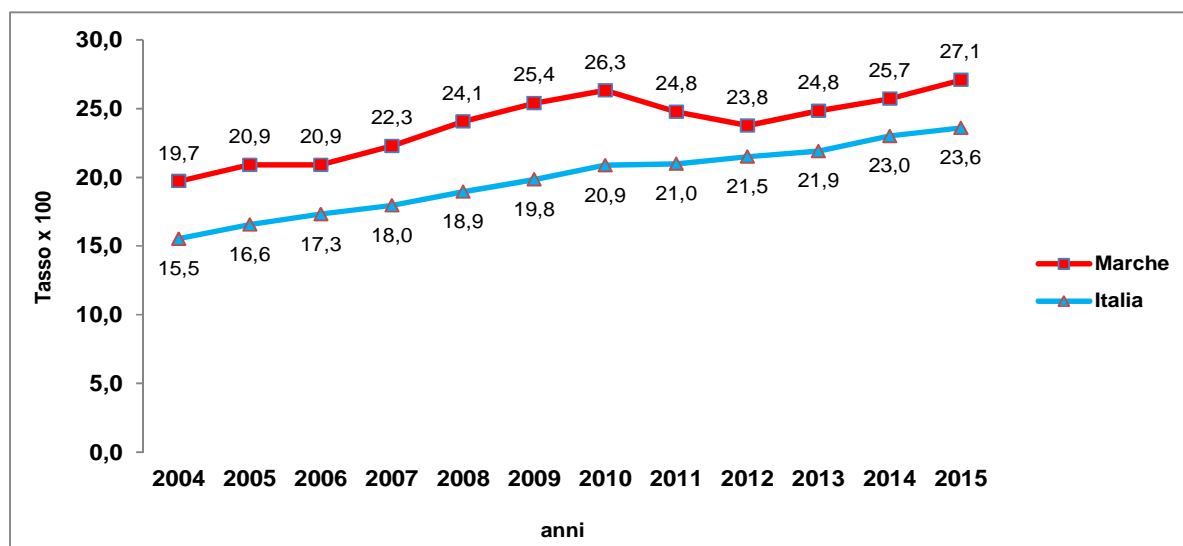
**Fig. 2.2.3** Giovani NEET (giovani non occupati e non in istruzione e formazione) di 15-24 anni, totale e per genere. Regione Marche, anni 2004-2015 (valori percentuali).



Fonte: Istat, [http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV\\_NEET](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_NEET). Ultimo accesso 27 dicembre 2016  
Elaborazioni: UOE, AV2

Il fenomeno della sovraistruzione (o della sotto-qualificazione), che origina dal fatto che la domanda di lavoro non riesce a far fronte a un'offerta più istruita è sempre più diffuso e non colpisce solo i giovani. Non disponendo del dato della provincia di Ancona, si fa riferimento a quello regionale: il tasso di occupati "sovraistruiti" della nostra Regione mostra valori costantemente più elevati rispetto a quelli nazionali (Fig. 2.2.4).

**Fig. 2.2.4** Incidenza di occupati sovraistruiti. Confronto Marche-Italia, anni 2004-2015



Fonte: Istat, Rilevazione sulle Forze di lavoro; Rapporto BES 2016 - Appendice statistica <http://www.istat.it/it/archivio/194029> ultimo accesso 27 dicembre 2016.  
Elaborazioni: UOE, AV2

L'Istat, attraverso la "Rilevazione sulle Forze di lavoro" riesce a misurare anche il grado di soddisfazione per il lavoro svolto. Lo fa attraverso un indicatore che esprime mediante un punteggio medio (scala da 0 a 10) la soddisfazione per i seguenti aspetti dell'attività lavorativa che si sta facendo: guadagno, numero di ore lavorate, tipo di orario, relazioni di lavoro, stabilità del posto, distanza casa-lavoro, interesse per il lavoro.



Anche in questo caso, non disponendo del dato della provincia di Ancona si fa riferimento a quello regionale. Nelle Marche nel 2015 “la soddisfazione per l’impiego svolto” risulta avere un punteggio lievemente superiore a quello dell’anno precedente e identico a quello nazionale (tab.2.2.1).

**Tab. 2.2.1 Soddisfazione per il lavoro svolto. Confronto Marche-Italia, anni 2013-2015**  
(media dei punteggi assegnati alle diverse dimensioni del lavoro su una scala da 0 a 10).

Anni	Marche	Italia
2013	7,22	7,19
2014	7,26	7,22
2015	7,29	7,29

Fonte: Istat, Rilevazione sulle Forze di lavoro; Rapporto BES 2016 - Appendice statistica <http://www.istat.it/it/archivio/194029> ultimo accesso 27 dicembre 2016.

Elaborazioni: UOE, AV2

## 2.3 Indicatori di disagio economico

La capacità di analizzare attraverso indicatori quantitativi i fenomeni di povertà, deprivazione materiale e più in generale di vulnerabilità di una popolazione residente in un determinato territorio è di fondamentale importanza per avere un quadro completo del suo stato di salute. Ciò in quanto i determinanti sociali economici e culturali sono strettamente connessi con la salute degli individui che, infatti, se svantaggiati sul piano socio-economico presentano un profilo di salute peggiore rispetto a chi è in posizione di vantaggio<sup>30</sup>. Inoltre, a rafforzare questo concetto, vi è la situazione di grave crisi economica in cui si trova l’Italia ed altri Paesi occidentali, crisi che minaccia di compromettere tutte le dimensioni del benessere di una popolazione, di cui la salute è quella giudicata più importante.

Le capacità reddituali e le risorse economiche rappresentano il mezzo attraverso il quale un individuo riesce ad avere e sostenere un determinato standard di vita.

In un’economia di mercato il reddito<sup>31</sup> misura la capacità d’acquisto degli individui ed è quindi un indicatore molto significativo nella stima del livello di benessere economico.

Il “reddito disponibile pro-capite” è il reddito medio di ciascun individuo appartenente ad una comunità in un certo periodo di tempo. Esso è spesso usato per misurare il grado di benessere della comunità: tale cifra infatti non indica l’effettiva somma di denaro guadagnata dal soggetto, ma solo il livello di sviluppo economico dell’area in cui quella persona, appartenente a quella comunità, vive.

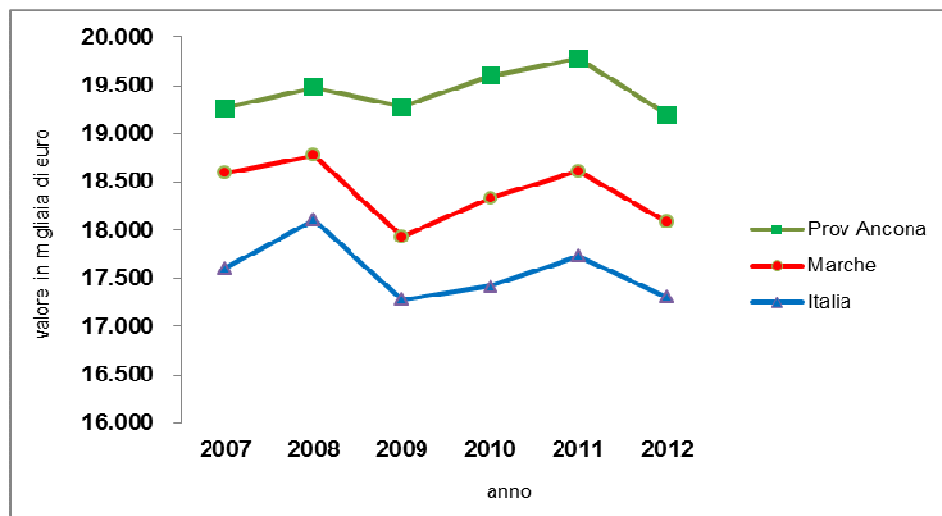
Il reddito disponibile per abitante, in termini nominali, in provincia di Ancona è nel 2012 superiore al valore regionale e nazionale e corrisponde a circa 19.200 euro (18 mila euro nelle Marche; 17 mila in Italia).

In figura 2.3.1 è evidenziato il trend 2007-2012 di questo indicatore: l’andamento è pressoché identico per tutte le tre realtà geografiche ed i valori della provincia di Ancona appaiono costantemente i più elevati.

<sup>30</sup> Marmot M (2004). The status syndrome: how social standing affects our health and longevity. London, Bloomsbury Publishing Plc.

<sup>31</sup> Il reddito può essere visto come la remunerazione delle attività di cui dispone un individuo, reali, finanziarie e umane.

**Fig. 2.3.1 Reddito disponibile pro-capite (valori in migliaia di euro). Confronto provincia di Ancona, Marche, Italia - periodo 2007-2012**



Fonte: dati.italiainformazioni.it dati statistico-economici sui territori italiani. Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per lo Sviluppo delle Economie Territoriali <http://dati.italiainformazioni.it/i-dati/territorio.aspx?t=Italia>  
Elaborazioni: UOE, AV2

Tuttavia la congiuntura economica sfavorevole perdurante da diversi anni ha provocato una variazione percentuale annua del reddito pro-capite (dal 2011 al 2012) pari a - 3,0% per la provincia di Ancona, a -2,9% per le Marche ed a - 2,4% per l'Italia<sup>32</sup>.

Dalla sorveglianza Passi si evince che nel quadriennio 2012-2015 nella fascia dei 18-69enni ha dichiarato di avere molte difficoltà economiche il 10,1% dei residenti nell'AV2; lo hanno invece riferito il 10,4% nelle Marche ed il 16,5% in Italia<sup>33</sup>.

Nel 2014 la recessione economica colpisce duramente i nuclei familiari della provincia di Ancona: infatti i valori del tasso di ingresso in sofferenza dei prestiti bancari alle famiglie (tab.2.3.1) mostra come nella nostra provincia ci sia una maggior percentuale di nuclei familiari che hanno difficoltà a far fronte ai prestiti bancari, rispetto a quelli delle Marche ed all'Italia.

**Tab. 2.3.1 Tasso di ingresso in sofferenza dei prestiti bancari alle famiglie (valori percentuali). Confronto provincia di Ancona, Marche, Italia - anno 2014**

Area geografica	%
Prov Ancona	2,1
Marche	1,8
Italia	1,3

Fonte: <http://www.besdelleprovince.it/bes-delle-province-2015/ancona/>  
Elaborazioni: UOE, AV2

Il giudizio complessivo sul livello di benessere economico di una comunità può variare se lo stesso reddito medio complessivo è equamente ripartito tra i cittadini o se è invece concentrato nelle mani di pochi abbienti. Per capire ciò si utilizza l'indice di concentrazione di Gini che è una misura sintetica del grado di disuguaglianza della distribuzione del reddito ed è calcolato sui redditi

<sup>32</sup> Fonte: dati.italiainformazioni.it dati statistico-economici sui territori italiani. Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per lo Sviluppo delle Economie Territoriali <http://dati.italiainformazioni.it/i-dati/territorio.aspx?t=Italia>

<sup>33</sup> Fonte: <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/socio.asp>

familiari equivalenti, cioè resi comparabili mediante l'applicazione di una scala di equivalenza che tiene conto della diversa composizione delle famiglie.

Questo indice è pari a zero nel caso di una perfetta equità della distribuzione dei redditi, nell'ipotesi cioè che tutte le famiglie ricevano lo stesso reddito; è invece pari a uno nel caso di totale disuguaglianza, nell'ipotesi che il reddito totale sia percepito da una sola famiglia<sup>34</sup>.

“E' un indicatore importante anche perché è stato dimostrato che società con minori discrepanze sociali al loro interno hanno significativamente meno problemi di:

- vita comunitaria e relazioni sociali tra le persone;
- salute mentale e consumo di droghe;
- salute fisica e speranza di vita;
- obesità;
- rendimento scolastico;
- gravidanze in adolescenza;
- violenza e sicurezza;
- crimini e incarcerazione<sup>35</sup>.

Non disponendo del dato della provincia di Ancona, si riporta il valore dell'indice di Gini che per le Marche nel 2014 è di 0,289, mentre per l'Italia è pari a 0,326<sup>36</sup>.

L'Unione europea relativamente agli obiettivi di politica economico-sociale, ricompresi nella Strategia Europa 2020, si è proposta di ridurre il numero di soggetti in situazione di povertà ponendosi come target quello di diminuire di ben 20 milioni gli individui esposti al rischio di povertà o esclusione sociale. Tradotto per il nostro Paese l'obiettivo è di far uscire 2,2 milioni di persone da tale condizione rispetto al valore registrato nel 2008 (ultimo dato disponibile quando l'impianto strategico Europa 2020 fu impostato). In Italia, nel 2008, risultavano a rischio di povertà o esclusione sociale 15.082.000 individui (25,5% della popolazione residente) da ridurre quindi a 12.882.000 unità entro il 2020.

Uno degli indicatori con cui viene monitorato questo obiettivo è: “Rischio di povertà o di esclusione sociale” che rappresenta la percentuale di persone che si trovano in almeno una delle seguenti tre condizioni:

1. vivono in famiglie a bassa intensità di lavoro<sup>37</sup>;
2. vivono in famiglie a rischio di povertà<sup>38</sup>;

---

<sup>34</sup> Definizione tratta da Istat: “Noi Italia”: [http://noi-italia2014.istat.it/index.php?id=7&user\\_100ind\\_pi1%5Bid\\_pagina%5D=106&cHash=c5cb95c9c62bc6b629663a5782a9bf\\_d1](http://noi-italia2014.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=106&cHash=c5cb95c9c62bc6b629663a5782a9bf_d1), ultimo accesso 02 gennaio 2017

<sup>35</sup> Fonte: “Profilo di salute della provincia di Trento 2012” <http://www.trentinosalute.net/Contenuti/Pubblicazioni/Focus/9-Profilo-di-salute-della-provincia-di-Trento-2012>, ultimo accesso 27 dicembre 2017

<sup>36</sup> Fonte: Istat, Indagine sul reddito e condizioni di vita (Eu-Silc). Il progetto EU-SILC (*Statistics on Income and Living Conditions*, Regolamento del Parlamento europeo, n. 1177/2003) costituisce una delle principali fonti di dati per i rapporti periodici dell'Unione europea sulla situazione sociale e sulla diffusione del disagio economico nei Paesi membri. Gli indicatori previsti dal Regolamento sono incentrati sul reddito e sull'esclusione sociale, in un approccio multidimensionale al problema e con una particolare attenzione agli aspetti di deprivazione materiale. L'Italia partecipa al progetto con un'indagine su “Reddito e condizioni di vita delle famiglie”, svolta a cadenza annuale a partire dal 2004. Sebbene il Regolamento EU-SILC richieda la produzione di indicatori a livello nazionale, in Italia l'indagine è stata disegnata per assicurare stime affidabili anche a livello regionale.

<sup>37</sup> Definizione Istat: *Bassa intensità di lavoro (indicatore Europa 2020)*: percentuale di persone che vivono in famiglie per le quali il rapporto fra il numero totale di mesi lavorati dai componenti della famiglia durante l'anno di riferimento dei redditi (quello precedente all'anno di rilevazione) e il numero totale di mesi teoricamente disponibili per attività lavorative è inferiore a 0,20. Ai fini del calcolo di tale rapporto, si considerano i membri della famiglia di età compresa fra i 18 e i 59 anni, escludendo gli studenti nella fascia di età tra i 18 e i 24 anni. Le famiglie composte soltanto da minori, da studenti di età inferiore a 25 anni e da persone di 60 anni o più non sono considerate nel calcolo dell'indicatore (tratto da: “Condizioni di vita e reddito. Anno 2015”. Statistiche report <https://www.istat.it/it/archivio/193650>)

<sup>38</sup> Definizione Istat: *Rischio di povertà (indicatore Europa 2020)*: percentuale di persone che vivono in famiglie con un reddito disponibile equivalente nell'anno precedente a quello di rilevazione inferiore a una soglia di rischio di povertà, fissata al 60% della mediana della distribuzione individuale del reddito disponibile equivalente. Il reddito considerato per questo indicatore rispetta la definizione Eurostat e non include l'affitto figurativo, i buoni-pasto, gli altri fringe benefits non-monetari e gli autoconsumi. Nel 2015 la soglia di povertà (calcolata sui redditi 2014) è pari a 9.508 euro annui (tratto da: “Condizioni di vita e reddito. Anno 2015”. Statistiche report <https://www.istat.it/it/archivio/193650>).

3. vivono in famiglie in condizioni di grave deprivazione materiale<sup>39</sup>.

Non essendo disponibile il dato della provincia di Ancona, in tabella 2.3.2. si riportano quelli stimati dall'Istat per la regione Marche nel 2014 e 2015 confrontati con i corrispettivi valori italiani

**Tab. 2.3.2 Indicatori di Povertà o esclusione sociale. Confronto Marche Italia, anni 2014-2015, (per 100 individui con le stesse caratteristiche)**

Area	Rischio povertà		Grave deprivazione		Bassa intensità lavorativa		Rischio povertà o esclusione sociale	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Marche	12,2	13,9	9,5	10,8	8,4	9,1	19,6	23,0
Italia	19,4	19,9	11,6	11,5	12,1	11,7	28,3	28,7

Fonte: Istat - "Condizioni di vita e reddito. Anno 2015". Statistiche report <https://www.istat.it/it/archivio/193650>

Elaborazioni: UOE, AV2

In Italia nel 2015 si stima che il 28,7% delle persone residenti sia a rischio di povertà o esclusione sociale ovvero, secondo la definizione adottata nell'ambito della Strategia Europa 2020, si trovano appunto almeno in una delle seguenti condizioni: rischio di povertà, grave deprivazione materiale, bassa intensità di lavoro.

La quota è sostanzialmente stabile rispetto al 2014 (era al 28,3%) a sintesi di un aumento degli individui a rischio di povertà (dal 19,4% a 19,9%) e del calo di quelli che vivono in famiglie a bassa intensità lavorativa (da 12,1% a 11,7%); resta invece invariata la stima di chi vive in famiglie gravemente deprivate (11,5%). "Gli obiettivi prefissati sono ancora lontani: la popolazione esposta a rischio di povertà o esclusione sociale è infatti pari a 17.469.000 individui, superiore di 4.587.000 unità rispetto al target previsto"<sup>40</sup>.

Nelle Marche nel 2015 si stima che il 23% delle persone residenti sia a rischio di povertà o esclusione sociale: si registra un peggioramento significativo di + 3,4 punti percentuali rispetto al 2014. Il valore risulta dall'aumento in negativo di tutte e 3 le condizioni considerate da questo indicatore, rispetto all'anno precedente.

<sup>39</sup> Definizione Istat: *Grave deprivazione materiale (indicatore Europa 2020)*: percentuale di persone in famiglie che registrano almeno quattro segnali di deprivazione materiale sui nove indicati di seguito:

1. essere in arretrato nel pagamento di bollette, affitto, mutuo o altro tipo di prestito;
2. non poter riscaldare adeguatamente l'abitazione;
3. non poter sostenere spese impreviste di 800 euro (l'importo di riferimento per le spese impreviste è pari a circa 1/12 del valore della soglia di povertà annuale calcolata nel 2013, il cui valore era pari a 9.440 euro);
4. non potersi permettere un pasto adeguato almeno una volta ogni due giorni, cioè con proteine della carne, del pesce o equivalente vegetariano;
5. non potersi permettere una settimana di vacanza all'anno lontano da casa;
6. non potersi permettere un televisore a colori;
7. non potersi permettere una lavatrice;
8. non potersi permettere un'automobile;
9. non potersi permettere un telefono.

(tratto da: "Condizioni di vita e reddito. Anno 2015". Statistiche report <https://www.istat.it/it/archivio/193650>).

<sup>40</sup> Fonte: "Condizioni di vita e reddito. Anno 2015". Statistiche report <https://www.istat.it/it/archivio/193650>).

### 3. MORTALITA' E SPERANZA DI VITA

Fonti informative:

- archivio dati Istat: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)

- archivio dati Istat: I.Stat: il data warehouse dell'Istat <http://dati.istat.it/>

#### 3.1 Mortalità generale

Nel 2015 nell'AV2 si sono registrati tra i residenti 5.737 decessi pari ad un tasso grezzo di mortalità dell'11,7‰ (circa dodici decessi ogni mille residenti): tale dato è in linea con corrispettivo il valore regionale (11,8‰), ma maggiore di quello italiano (10,7‰).

Il tasso grezzo di mortalità è più elevato nei distretti di Senigallia (12,1‰) e Fabriano (12,5‰) (tab.3.1.1)

**Tab.3.1.1 Tassi grezzi (\*1.000) di mortalità, per distretti dell'AV2 al 01/01/2016**

Sede	Totale popolazione	N. decessi	Tasso di mortalità (x 1.000)
Senigallia	79.238	956	12,1
Jesi	107.994	1.280	11,9
Fabriano	47.229	592	12,5
Ancona	254.609	2.909	11,4
<b>Totale AV2</b>	<b>489.070</b>	<b>5.737</b>	<b>11,7</b>
<i>Regione Marche</i>	<i>1.543.752</i>	<i>18.206</i>	<i>11,8</i>
<i>Italia</i>	<i>60.665.551</i>	<i>647.571</i>	<i>10,7</i>

Fonte: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) Elaborazione UOE, AV2

Il tasso grezzo di mortalità non mostra sostanziali differenze tra i due sessi (tab.3.1.2)

**Tab. 3.1.2 Tassi grezzi (\*1.000) di mortalità, per genere nell'AV2 al 01/01/2015**

Sesso	Totale popolazione	N. decessi	Tasso di mortalità (*1000)
Uomini	235.852	2.720	11,5
Donne	253.218	3.017	11,9
<b>Totale AV2</b>	<b>489.070</b>	<b>5.737</b>	<b>11,7</b>

Fonte: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) Elaborazione UOE, AV2

Nel corso del quinquennio 2010-2014 i tassi grezzi di mortalità dell'AV2 si sono mantenuti pressoché costanti, mentre nel 2015 essi mostrano un aumento in tutti i distretti (tab.3.1.3).

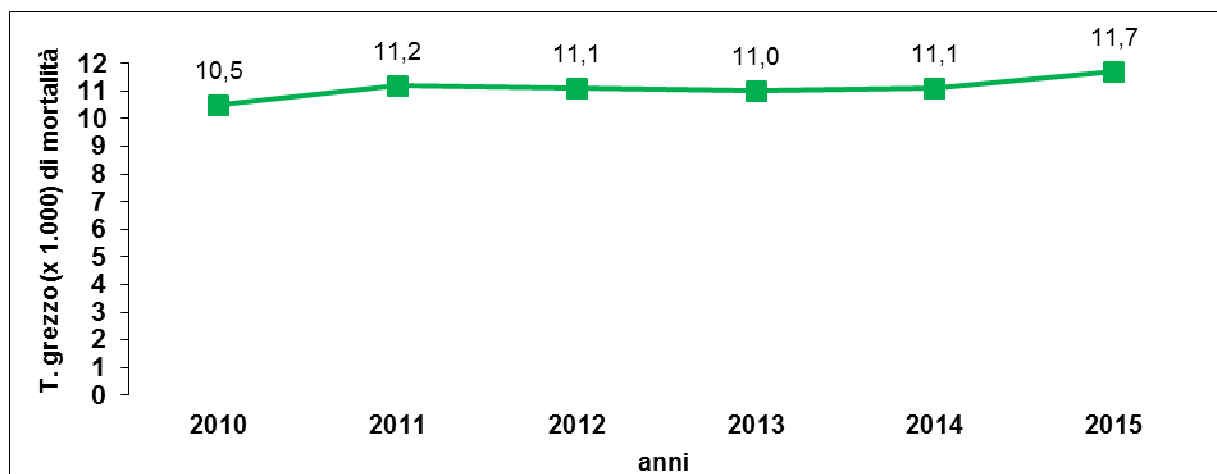
Tab. 3.1.3 Tassi grezzi (\*1.000) di mortalità dell'AV2: trend 2010-2014, per distretto.

Sede	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Senigallia	11,9	11,8	11,7	11,7	11,7	12,1
Jesi	10,4	11,5	11,5	11,2	11,7	11,9
Fabriano	12,0	11,5	11,9	11,7	11,4	12,5
Ancona	9,8	10,7	10,6	10,5	10,5	11,4

Fonte: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) Elaborazione UOE, AV2

In figura 3.1.1 è riportato il trend 2010-2015 del tasso grezzo di mortalità per tutta l'AV2: nel 2015 si registra un aumento di +0,6 punti rispetto al 2014.

Fig. 3.1.2 Tassi grezzi (\*1.000) di mortalità dell'AV2: trend 2010-2016.

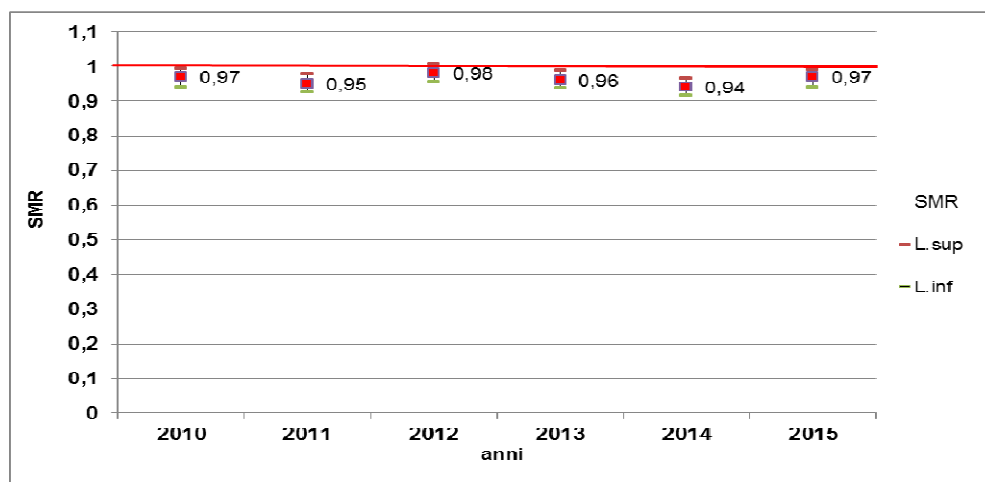


Fonte: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) Elaborazione UOE, AV2

La figura 3.1.2 mostra l'andamento del Rapporto Standardizzato di Mortalità<sup>41</sup> dell'AV2 nel periodo 2010-2015. Il rapporto morti osservate su morti attese mostra un trend di valori costantemente intorno all'1: in pratica per ciascun anno considerato non c'è alcuna differenza tra decessi osservati e decessi attesi. Ciò significa che, "al netto" della composizione per età della popolazione residente dell'Area Vasta (che può variare di anno in anno), non si evidenziano modificazioni (in eccesso od in difetto) del rischio di morte rispetto a quanto atteso.

<sup>41</sup> Il rapporto standardizzato di mortalità (SMR) stima il rischio del verificarsi dell'evento morte nell'area in studio. E' stato calcolato per mettere in evidenza variazioni (in eccesso o in difetto) del rischio di morte tra i residenti dell'AV2 rispetto allo stesso rischio presente tra i residenti dell'area considerata di riferimento (rappresentata dalla popolazione residente marchigiana nel 2012) al netto di un possibile effetto distorsivo dovuto alla diversa composizione per età delle due popolazioni. L'SMR è una misura basata su un rapporto (osservati/attesi). Se il rapporto tra il numero di decessi osservati e il numero di decessi attesi è maggiore di 1, l'SMR esprime un eccesso di mortalità tra la popolazione in studio rispetto alla popolazione presa come riferimento, mentre se è minore di 1 esprime un difetto di mortalità. Se infine l'SMR è uguale ad 1 non ci sono differenze tra le due popolazioni.

**Fig. 3.1.2 Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR)<sup>^</sup> e relativi Intervalli di Confidenza al 95%. AV2 trend 2010-2015**



<sup>^</sup> Standardizzazione indiretta: pop di riferimento = popolazione residente nella regione Marche, anno 2012

Fonte: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it) Elaborazione UOE, AV2

### 3.2 Mortalità per causa, anno 2014

Da una ricerca effettuata nel database della mortalità ISTAT l'ultimo aggiornamento disponibile, con il dettaglio per provincia delle cause di morte codificate in ICD-X , è relativo all'anno 2014.

Nella provincia di Ancona (tab. 3.2.1.) risulta che il primo gruppo più frequente di cause di morte è rappresentato dalle 'Malattie del sistema circolatorio' (38%), seguito da quello dei 'tumori maligni' (27%).

**Tab. 3.2.1. Mortalità per grandi gruppi di cause nella provincia di Ancona anno 2014. Rango, valore assoluto di decessi, percentuale sul totale della cause; tasso grezzo (x 10.000 residenti).**

Gruppi di causa di morte	AV2			
	Rango	N. decessi	% sul totale	Tasso (x 10.000 res.)
Malattie del sistema circolatorio	1	2.000	38,4	40,9
Tumori maligni	2	1.402	26,9	28,7
Malattie del sistema respiratorio	3	332	6,4	6,8
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	4	295	5,7	6,0
Disturbi psichici e comportamentali	5	211	4,0	4,3
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	6	202	3,9	4,1
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	7	201	3,9	4,1
Malattie dell'apparato digerente	8	167	3,2	3,4
Alcune malattie infettive e parassitarie	9	120	2,3	2,5
Malattie dell'apparato genitourinario	10	94	1,8	1,9
Totale 10 gruppi di cause		5.024	96,3	
Altri gruppi		191	3,7	
<b>Totale complessivo</b>		<b>5.215</b>	<b>100,0</b>	

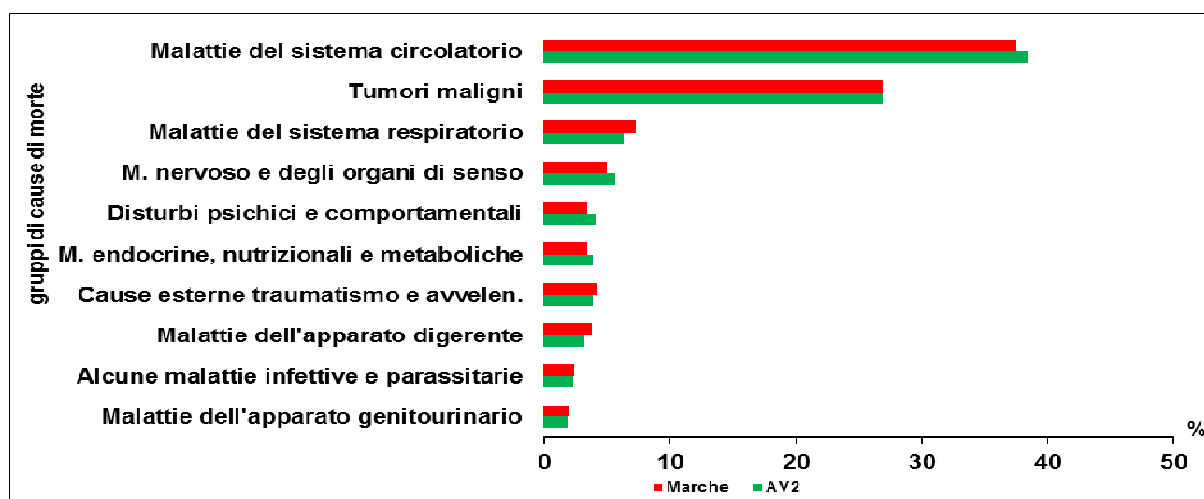
Fonte: I.Stat: il data warehouse dell'Istat <http://dati.istat.it/> Elaborazione UOE, AV2

La figura 3.2.1 riporta il confronto AV2-Marche dei valori percentuali dei singoli grandi gruppi di cause di morte sul totale dei decessi.

Valori leggermente più elevati in AV2 rispetto alle Marche si registrano per i seguenti grandi gruppi di cause:

- malattie del sistema circolatorio (38,4% vs 37,5%);
- malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (5,7% vs 5,0%);
- disturbi psichici e comportamentali (4,0% vs 3,4%);
- malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (3,9% vs 3,5%).

**Fig. 3.2.1 Primi 10 grandi gruppi di cause: confronto AV2-Marche, anno 2014 (valori percentuali sul totale dei decessi).**



Fonte: I.Stat: il data warehouse dell'Istat <http://dati.istat.it/> Elaborazione UOE, AV2

### 3.3 Speranza di vita

Gli indicatori: "speranza di vita alla nascita" e "speranza di vita a 65 anni" rappresentano il numero medio di anni che restano da vivere a una persona alla nascita, ed a 65 anni in un determinato anno e territorio in base ai tassi di mortalità registrati nell'anno e nel territorio considerati.

La speranza di vita costituisce uno dei parametri più significativi delle condizioni sociali, economiche e sanitarie espresse da un territorio e si configura non solo come un indicatore demografico, ma anche come un indicatore sintetico del livello di sviluppo raggiunto da un territorio.

In tabella 3.3.1 per questi indicatori sono messi a confronto i valori della provincia di Ancona con quelli della regione Marche e dell'Italia

**Tab. 3.3.1. Speranza di vita alla nascita ed a 65 anni, per genere. Confronto provincia di Ancona, Marche, Italia. Anno 2015.**

Tema	indicatore	Misura	Ancona	Marche	Italia	
aspettativa di vita	1	Speranza di vita alla nascita – Maschi	anni	80,8	80,7	80,1
	2	Speranza di vita alla nascita - Femmine	anni	85,5	85,3	84,6
	3	Speranza di vita a 65 anni – Maschi	anni	19,0	19,2	18,7
	4	Speranza di vita a 65 anni – Femmine	anni	22,7	22,6	21,9

Fonte: I.Stat: il data warehouse dell'Istat <http://dati.istat.it/> Elaborazione UOE, AV2

In provincia di Ancona la speranza di vita alla nascita ed a 65 anni, sia per gli uomini che per le donne rispecchia sostanzialmente il dato della regione Marche ed è superiore al valore nazionale.



## 4. LE CONDIZIONI DI SALUTE

### 4.1 Le malattie croniche non trasmissibili

Fonti informative:  
- archivio dati Passi, AV2, anni 2008-2015

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) sono un ampio gruppo di malattie, che comprendono, tra l'altro, le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche. Esse sono diventate un problema di salute prioritario in quanto l'aumento dell'aspettativa di vita e la riduzione della mortalità per malattie trasmissibili anche nei Paesi in via di sviluppo hanno fatto sì che oggi nel mondo 3 persone su 5 muoiano per MCNT<sup>42</sup>.

Oltre ad avere un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono essere anche particolarmente invalidanti. Per esprimere quantitativamente l'impatto invalidante di una malattia sulla salute si utilizza una particolare unità di misura, i DALY (Disability Adjusted Life Year), che rappresenta gli anni di vita in salute, persi per mortalità prematura più quelli persi perché vissuti con disabilità (vale a dire vissuti in malattia piuttosto che in salute).

il Global Burden of Disease (GBD) Study<sup>43</sup> ha stimato per l'Italia che nel 2010 c'è stato un carico di malattia di circa 14.318.000 anni di vita persi per morte o disabilità precoce, causati da fattori strettamente legati a MCNT, che rappresentano l'88% di tutti i DALY<sup>44</sup>.

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio non modificabili quali l'età o la predisposizione genetica e fattori rischio comportamentali "modificabili" attraverso i cambiamenti degli stili di vita come: non corrette abitudini alimentari, fumo, abuso di alcol, sedentarietà. Gli stili di vita "a rischio" possono poi generare quelli che vengono definiti fattori di rischio "intermedi", cioè condizioni che, pur non rappresentando ancora una patologia conclamata, essendo asintomatiche o paucisintomatiche, vanno comunque considerate condizioni patologiche, anche se ancora reversibili, almeno in parte, quando diagnosticate e trattate in tempo. Esse sono: ipertensione arteriosa, iperglicemia, ipercolesterolemia, eccesso ponderale (sovrappeso/obesità).

I fattori di rischio comportamentali infine sono anche l'espressione di fattori sociali ed economici che devono essere tenuti presenti nella definizione delle strategie<sup>45</sup> di promozione della salute mirate alla prevenzione e al trattamento delle MCNT e centrate sulla collaborazione del sistema sanitario con altri settori della vita politica ed economico-sociale del contesto di appartenenza, sia a livello locale sia a livello nazionale. Si tratta sostanzialmente di strategie di popolazione finalizzate a diffondere e facilitare la scelta di stili di vita corretti, implementando gli obiettivi del Programma nazionale "Guadagnare Salute"<sup>46</sup>, secondo i principi di "Salute in tutte le politiche".

In Italia esiste fin dal 2007 un sistema di monitoraggio epidemiologico sui fattori di rischio comportamentali denominato "PASSI" (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) (vedi capitolo 7). Questo sistema di sorveglianza è utile per monitorare le situazioni specifiche, adottare le necessarie strategie preventive mirate e valutarne l'efficacia, fornendo così elementi utili per le attività di programmazione locale e nazionale.

Le informazioni sulla prevalenza di alcune MCNT tra la popolazione residente nell'Area Vasta 2, confrontata con quella dei residenti nelle Marche, sono state tratte dal sistema PASSI.

I dati Passi 2008-2015 mostrano che la prevalenza di soggetti tra 18-69 anni, residenti nell'Area Vasta 2, che hanno dichiarato di soffrire di almeno 1 malattia cronica (tra quelle sorvegliate da

<sup>42</sup> Alleyne G, Binagwaho A, Haines A et al. Embedding non-communicable diseases in the post-2015 development agenda. *Lancet* 2013;381(9866):566-74.

<sup>43</sup> <http://www.epicentro.iss.it/focus/globale/pdf/GBD%20Country%20Report%20-%20Italy.pdf>

<sup>44</sup> Faggiano F., Pirastu R., Allara E., et al. "L'epidemiologia e la prevenzione ai tempi del Piano nazionale di prevenzione 2014-2018". *Epidemiol Prev* 2015; 39 (3), Periodo: maggio-giugno, pagine: 156-157.

<sup>45</sup> WHO-Europe Action Plan for implementation of the European Strategy for prevention and control of non-communicable diseases 2016-2020.

<sup>46</sup> <http://www.guadagnaresalute.it/default.asp>

PASSI) è del 16,6% (il 16,9% nelle Marche). Questa stima corrisponde, nel periodo considerato, in media a circa 54.000 persone (tab.4.1.1).

**Tab. 4.1.1 Prevalenza di adulti residenti (18-69 anni) con almeno 1 patologia cronica riferita. Confronto Area Vasta 2 – Regione Marche. Anni 2008-2015.**

Malattie croniche non trasmissibili	AV2	Marche
Prevalenza (% e IC95%)	16,6% (15,2-18,0)	16,9% (16,1-17,7)
Popolazione (18-69 anni) stimata (n.)	53.982	175.043

Fonte data-base Passi, AV2 e regione Marche. Anni 2008-2015  
Elaborazioni UOE AV2-Ancona

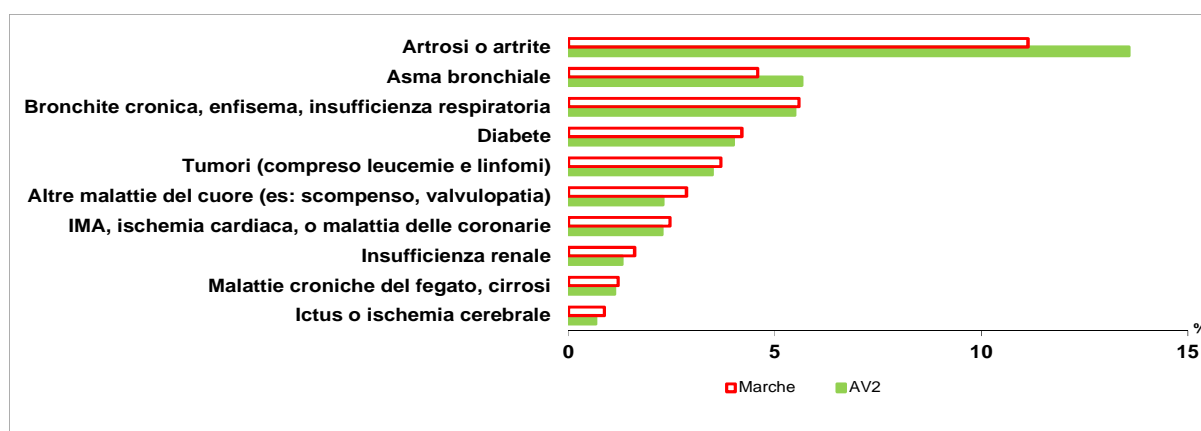
Le patologie croniche indagate nel sistema di sorveglianza comprendono<sup>47</sup>:

- malattie respiratorie (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria);
- asma bronchiale;
- malattie cardiovascolari (pregresso infarto del miocardio, ischemia cardiaca, malattie delle coronarie);
- altre malattie del cuore ( es. scompenso, valvulopatia);
- ictus o ischemia cerebrale;
- tumori (compreso leucemie, linfomi);
- diabete;
- malattie croniche del fegato, cirrosi;
- insufficienza renale;
- artrosi/artrite

Tra i residenti dell'AV2 sempre nel periodo 2008-2015, la patologie cronica più diffusa è l'artrosi o l'artrite (14%) seguita dall'asma bronchiale (6%) e dalle malattie respiratorie (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria) (5,5%) (Fig. 4.1.1).

Dal confronto tra AV2 e regione Marche i maggiori scostamenti percentuali, in eccesso ed in difetto, nei valori delle prevalenze di queste patologie croniche vengono registrati rispettivamente per l'artrosi o l'artrite: + 2,4 punti percentuali in AV2 rispetto alle Marche (13,6% verso l'11,1%) e per "altre malattie del cuore (es: scompenso, valvulopatia)": - 0,6% nella nostra Area Vasta rispetto al dato regionale (2,3% verso il 2,9%). Nessuno di questi scostamenti è statisticamente significativo.

**Fig. 4.1.1 MCNT prevalenti nella popolazione adulta (18-69 anni) residente. Confronto Area Vasta 2 - Regione Marche. Anni 2008-2015.**



Fonte data-base Passi, AV2, Anni 2008-2014. Elaborazioni UOE, AV2

<sup>47</sup> Nella rilevazione 2015 nella sorveglianza sono entrate anche l'artrosi/artrite

## 4.2 I ricoveri ospedalieri: caratteristiche generali

Fonti informative:

- archivio dati db Schede di dimissione ospedaliera, fornitoci dall'ARS-Marche  
- ISTAT

L'elaborazione, realizzata su database delle Schede di Dimissione Ospedaliera dell'anno 2015 fornito dall'Agenzia Sanitaria Regione Marche, è relativa ai ricoveri dei cittadini residenti nei distretti dell'Area Vasta 2 effettuati presso le strutture pubbliche o convenzionate del Sistema Sanitario Nazionale.

Non sono compresi i DRG 391 relativi ai 'neonati sani' (n. 2.825).

Nel corso del 2015 nelle strutture ospedaliere dell'AV2 sono stati effettuati n.74.255 ricoveri (tab. 4.2.1). La maggior parte di ricoveri è stata effettuata dai residenti del distretto di Ancona (52,5%). Seguono i ricoveri dei residenti del distretto di Jesi (21,3%), di Senigallia (16%) e infine di Fabriano (10,3%).

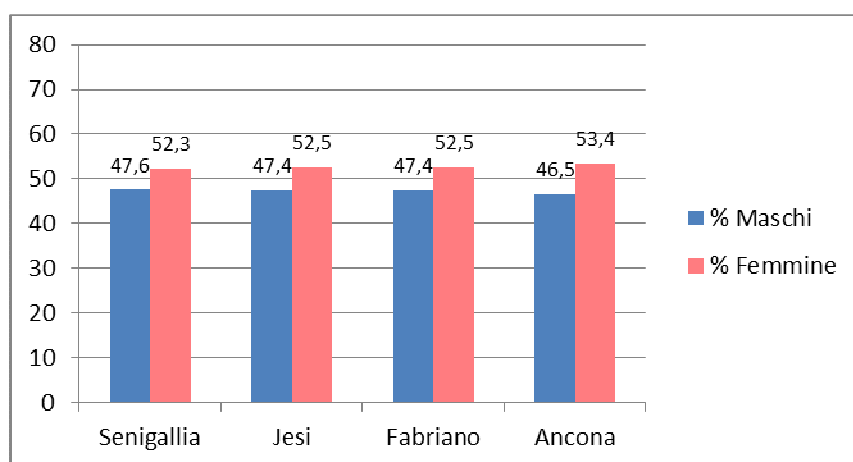
**Tab. 4.2.1 Frequenza dei ricoveri per distretto. AV2- anno 2015**

Distretto	Frequenza	%
Senigallia	11.848	16,0
Jesi	15.817	21,3
Fabriano	7.636	10,3
Ancona	38.954	52,5
<b>Area Vasta 2</b>	<b>74.255</b>	<b>100,0</b>

Fonte: db SDO, Ars Marche. Elaborazioni UOE, AV2

Sono più numerosi i ricoveri dei soggetti di sesso femminile. (fig. 4.2.1) e dei cittadini nella fascia di età di 40-64 anni e dai 75 anni in poi (tab. 4.2.2).

**Fig. 4.2.1 Distribuzione dei ricoveri per genere. AV2 - anno 2015**



Fonte: db SDO, Ars Marche. Elaborazioni UOE, AV2

**Tab. 4.2.2 Distribuzione per classe di età e genere di tutti i ricoveri. AV2 - anno 2015**

Classe di età	Maschi	% Maschi	Femmine	% Femmine	Maschi + Femmine	% Totale
0-14	3.325	9,5	2.600	6,6	5.925	8,0
15-39	4.195	12,0	8.917	22,7	13.112	17,7
40-64	9.901	28,4	10.676	27,1	20.577	27,7
65-74	7.076	20,3	5.726	14,6	12.802	17,2
75 e più	10.427	29,9	11.412	29,0	21.839	29,4
<b>Totale</b>	<b>34.924</b>	<b>100,0</b>	<b>39.331</b>	<b>100,0</b>	<b>74.255</b>	<b>100,0</b>

Fonte: db SDO, Ars Marche. Elaborazioni UOE, AV2

Il 75,6% dei ricoveri (n. 53.475) avviene in regime di ricovero ordinario, con una modesta variabilità per sede di residenza (min. 73,7% di Ancona, max. 79,9% di Fabriano) (tab. 4.2.3). Un ricovero su 4 è stato effettuato in regime diurno (24,4%). Il ricorso al day hospital è più frequente per i residenti del distretto di Ancona.

Nella tabella 4.2.4 sono riportati i ricoveri relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60,75) che sono da escludere nel conteggio dei ricoveri ordinari per acuti.

**Tab. 4.2.3 Frequenza per regime di ricovero (\*). AV2 - anno 2015**

Distretto	Ricoveri ordinari per acuti	% ricoveri ordinari per acuti	Ricoveri Day hospital	% ricoveri Day hospital	Totale ricoveri
Senigallia	8.632	75,6	2.789	24,4	11.421
Jesi	11.835	78,3	3.274	21,7	15.109
Fabriano	5.666	79,7	1.441	20,3	7.107
Ancona	27.342	73,7	9.737	26,3	37.079
<b>Area Vasta 2</b>	<b>53.475</b>	<b>75,6</b>	<b>17.241</b>	<b>24,4</b>	<b>70.716</b>

Fonte: db SDO, Ars Marche. Elaborazioni UOE, AV2

(\*) Non sono compresi ricoveri : erogati da strutture private non accreditate, relativi a neonati sani, relativi a dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60,75)

**Tab. 4.2.4 Frequenza dei ricoveri che non sono compresi nel calcolo dei ricoveri ordinari per acuti, AV2 - anno 2015**

Distretto	28 – Unità Spinale	56 - Rieducaz.- Funzionale	60 - Lungodegenti	75 - Neuro Riabilitazione	Totale Ricoveri non inclusi
Senigallia	4	228	178	17	427
Jesi	4	187	498	19	708
Fabriano	3	234	278	14	529
Ancona	11	828	933	103	1875
<b>Area Vasta 2</b>	<b>22</b>	<b>1.477</b>	<b>1.887</b>	<b>153</b>	<b>3.539</b>

Fonte: db SDO, Ars Marche. Elaborazioni UOE, AV2

Complessivamente per l'AV2 il tasso di ospedalizzazione<sup>48</sup> è del 109,3‰: si va dal più basso del 108,9‰ per il distretto di Senigallia al più elevato del 120‰ in quello di Fabriano (tab. 4.2.5).

<sup>48</sup> Nota per l'elaborazione : N. ricoveri ordinari per acuti ovunque erogati relativi ai residenti/N. residenti \*1000.

Non sono compresi ricoveri: erogati da strutture private non accreditate, relativi a neonati sani, relativi a dimessi dai

**Tab. 4.2.5 Tasso di ospedalizzazione per distretto dell'Area Vasta 2. AV2 – anno 2015**

Distretto	N. Abitanti	Ricoveri ordinari per acuti	Tasso di ospedalizzazione totale ‰
Senigallia	79.238	8.632	108,9
Jesi	107.994	11.835	109,6
Fabriano	47.229	5.666	120,0
Ancona	254.609	27.342	107,4
<b>Area Vasta 2</b>	<b>489.070</b>	<b>53.475</b>	<b>109,3</b>

Fonte dati: ISTAT, SDO Area Vasta 2 - Elaborazioni: UOE, AV2

Il 90% dei ricoverati residenti nell'Area Vasta 2 viene dimesso al proprio domicilio; il 3,5% è deceduto durante il ricovero, il 5,5% viene trasferito presso altro Istituto di cura o regime di ricovero all'interno dello stesso ospedale.

Per lo 0,3% viene attivata l'Assistenza Domiciliare o la dimissione protetta al domicilio; lo 0,5% si è dimesso volontariamente (tab. 4.2.6).

**Tab. 4.2.6 Frequenza di tutti i ricoveri, per motivo di dimissione AV2 – anno 2015**

Motivo dimissione	Frequenza	%
Ordinaria al domicilio	66.901	90,1
Deceduto	2.562	3,5
Trasferimento c/o altro istituto	1.178	1,6
Ordinaria c/o RSA	1.142	1,5
Trasf. Altro reg. ricovero stesso Istituto	991	1,3
Trasf. ad Ist. Pubbl./Privato di Riabilitazione	815	1,1
Volontaria	339	0,5
Dimissione ordinaria con attivazione ADI	226	0,3
Protetta al domicilio	101	0,1
<b>Totale</b>	<b>74.255</b>	<b>100,0</b>

Fonte: db SDO, Ars Marche. Elaborazioni UOE, AV2

Tra gli stranieri il maggior numero di ricoveri riguardano cittadini della Romania seguiti da quelli dell'Albania e del Marocco e Bangladesh (tab. 4.2.7).

---

reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60,75)

**Tab. 4.2.7 Frequenza di tutti i ricoveri per cittadinanza dei residenti in AV2 (prime 10 nazioni ) - anno 2015**

Codice e descrizione della cittadinanza		Frequenza	%
100	Italia	69.498	93,6
235	Romania	705	0,9
201	Albania	419	0,6
436	Marocco	309	0,4
305	Bangladesh	297	0,4
460	Tunisia	233	0,3
253	Macedonia	204	0,3
443	Nigeria	199	0,3
243	Ucraina	154	0,2
233	Polonia	120	0,2

Fonte: db SDO, Ars Marche. Elaborazioni UOE, AV2

Nella tabella 4.2.8 è evidente che quasi tutti i residenti dell'AV2 si ricoverano nelle strutture presenti nella regione Marche (90,4%), comunque il 3,9% si sposta in quelle dell'Emilia Romagna, l'1,6% si reca in Lombardia e una minima percentuale nelle regioni limitrofe (Umbria, Toscana, Lazio, Abruzzo).

**Tab. 4.2.8 Frequenza di tutti i ricoveri dei residenti dell'AV2 per Regione addebitante, Prime 10 - anno 2015**

Regione addebitante	Frequenza	%
110 - MARCHE	67.105	90,4%
080 - EMILIA ROMAGNA	2.926	3,9%
030 - LOMBARDIA	1.200	1,6%
100 - UMBRIA	724	1,0%
050 - VENETO	527	0,7%
090 - TOSCANA	441	0,6%
120 - LAZIO	444	0,6%
130 - ABRUZZO	121	0,2%
150 - CAMPANIA	150	0,2%

Fonte: db SDO, Ars Marche. Elaborazioni UOE, AV2

La maggior parte dei ricoveri dei residenti nell'AV2, circa uno su 4, è stato effettuato presso il presidio Ospedaliero Umberto I di Ancona, il 15% è avvenuto negli Ospedali Riuniti di Jesi, l'11,6% nel Presidio ospedaliero di Senigallia.

Seguono in percentuale minore i ricoveri presso le altre strutture pubbliche e private accreditate di Ancona e Osimo (tab. 4.2.9).

**Tab. 4.2.9 Distribuzione dei ricoveri dei residenti dell'AV2, per strutture della Regione Marche - Prime 10 (N. 67.105 ricoveri)**

Istituto di ricovero	Frequenza	%
11090501 - PRESIDIO OSPEDALIERO UMBERTO I°	17.162	25,6%
11000202 - OSPEDALI RIUNITI DI JESI	10.079	15,0%
11000201 - PRESIDIO OSPEDALIERO ZT 4 - SENIGALLIA	7.801	11,6%
11090503 - PRESIDIO OSPEDALIERO G.SALESI	5.623	8,4%
11000204-OSPEDALE CIVILE 'E.PROFILI' - FABRIANO	5.314	7,9%
11092101 - OSPEDALE INRCA - ANCONA	4.866	7,3%
11000203 - OSP. SS. BENVENUTO E ROCCO - OSIMO	3.484	5,2%
11090502 - PRESIDIO OSPEDALIERO G.M.LANCISI	2.684	4,0%
110036 - CASA DI CURA VILLA IGEA	1.918	2,9%
110038 - CASA DI CURA VILLA SERENA	1.173	1,7%

Fonte: db SDO, Ars Marche. Elaborazioni UOE, AV2

In tabella 4.2.10 è riportata la distribuzione delle **diagnosi principali (prime 10 più frequenti)** di tutti i ricoveri; escludendo la diagnosi di Parto normale, si evidenziano percentuali maggiori di ricoveri per: 'Chemioterapia antineoplastica', 'Insufficienza respiratoria acuta', 'Artrosi localizzata primaria, ginocchio', 'Insufficienza del cuore sinistro' (scompenso cardiaco sinistro), 'Ernia inguinale monolaterale o non specificata, senza menzione di ostruzione o gangrena', 'Insufficienza cardiaca congestizia non specificata' (scompenso cardiaco congestizio non specificato), 'Fibrillazione atriale', 'Infarto subendocardico ...'.

**Tab. 4.2.10. Frequenza della diagnosi principale (prime 10) di tutti i ricoveri – AV2, anno 2015**

Codice e descrizione della Diagnosi principale		Frequenza	%
	<b>Totale ricoveri</b>	74.255	100,0%
<b>V5811</b>	Chemioterapia antineoplastica	2.731	3,7%
<b>650</b>	Parto normale	1.921	2,6%
<b>51881</b>	Insufficienza respiratoria acuta	1.226	1,7%
<b>71516</b>	Artrosi localizzata primaria, ginocchio	964	1,3%
<b>4281</b>	Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)	900	1,2%
<b>4280</b>	Insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato)	808	1,1%
<b>55090</b>	Ernia inguinale monolaterale o non specificata, senza menzione di ostruzione o gangrena	800	1,1%
<b>42731</b>	Fibrillazione atriale	577	0,8%
<b>66971</b>	Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione, parto con o senza menzione delle manifestazioni antepartum	618	0,8%
<b>71515</b>	Artrosi localizzata primaria, anca	623	0,8%
<b>41071</b>	Infarto subendocardico, episodio iniziale di assistenza	556	0,7%

Fonte: db SDO, Ars Marche. Elaborazioni UOE, AV2

I **DRG** più frequenti (primi 10) di tutti i ricoveri del 2015, sempre escludendo il Parto vaginale senza diagnosi complicante ed i ricoveri legati al parto, riguardano: la 'Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta', l' 'Insufficienza cardiaca e shock', la 'Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori', gli 'Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne', senza cc, l'Edema polmonare e insufficienza respiratoria', 'Interventi sul

ginocchio senza diagnosi principale di infezione', gli 'Interventi per ernia inguinale e femorale, età' >17 anni senza cc' o l'"Emorragia intracranica o infarto cerebrale', la 'Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori' e le 'Malattie degenerative del sistema nervoso (tab. 4.2.11)

**Tab. 4.2.11 Frequenza dei DRG (primi 10) di tutti i ricoveri – AV2, anno 2015**

Codice e descrizione DRG		Frequenza	%
	<b>Totale ricoveri</b>	74.255	100%
<b>410</b>	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2.722	3,7%
<b>127</b>	Insufficienza cardiaca e shock	2.187	2,9%
<b>373</b>	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	2.172	2,9%
<b>544</b>	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1.668	2,2%
<b>359</b>	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	1.369	1,8%
<b>87</b>	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1.235	1,7%
<b>503</b>	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.133	1,5%
<b>371</b>	Parto cesareo senza cc	1.112	1,5%
<b>162</b>	Interventi per ernia inguinale e femorale, età' >17 anni senza cc	1.051	1,4%
<b>14</b>	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	1.028	1,4%
<b>12</b>	Malattie degenerative del sistema nervoso	1.009	1,4%

Fonte: db SDO, Ars Marche. Elaborazioni UOE, AV2

Nella tabella 4.2.12 sono evidenziati le tipologie di **interventi principali**, in ordine di frequenza (prime 10), dei ricoveri dei residenti dell'AV2.

**Tab. 4.2.12 Frequenza degli interventi principali (primi 10) di tutti i ricoveri– AV2, anno 2015**

Codice e descrizione dell'intervento principale		Frequenza	%
	<b>Totale ricoveri</b>	74.255	100%
<b>8744</b>	Radiografia del torace di routine, SAI	2.842	3,8%
<b>9925</b>	Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore	2.561	3,4%
<b>7359</b>	Altra assistenza manuale al parto	1.898	2,6%
<b>8952</b>	Elettrocardiogramma	1.842	2,5%
<b>8703</b>	Tomografia assiale Computerizzata (TAC) del capo	1.831	2,5%
<b>9929</b>	Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche	1.515	2,0%
<b>741</b>	Taglio cesareo cervicale basso	1.115	1,5%
<b>8872</b>	Diagnosi ecografica del cuore	1.070	1,4%
<b>8741</b>	Tomografia assiale Computerizzata (TAC) del torace	884	1,2%
<b>8876</b>	Diagnostica ecografica addominale e retroperitoneale	795	1,1%

Fonte: db SDO, Ars Marche. Elaborazioni UOE, AV2



## 5. GRAVIDANZE E NASCITE:

Fonti informative:

- archivio dati Certificati di Assistenza al Parto (CEDAP), forniti dalla P.F. Sistemi Informativi *Statistici* e di Controllo di gestione della regione Marche a dicembre 2015.

### 5.1 Andamento del numero dei parti e fecondità nell'AV2

Nel 2015 prosegue il decremento nel numero dei parti di madri residenti nell'Area Vasta 2 registrato in questo ultimo quinquennio: la fonte CedAP indica che si è passati da 4.117 parti del 2011 ai 3.504 del 2015, pari ad una variazione percentuale di - 14,9%.

La tabella 5.1.1 mostra come questo trend sia in diminuzione in tutte le ex ZT.

**Tab. 5.1.1 N. assoluto di parti delle residenti, per ex ZT e relativa variazione %. Area Vasta 2, anni 2011-2015**

ex ZT di residenza materna	n. parti					var% 11-15
	2011	2012	2013	2014	2015	
Senigallia	644	633	567	604	533	-17,2
Jesi	938	806	794	801	830	-11,5
Fabriano	357	392	332	308	315	-11,8
Ancona	2.178	1.596	1.752	1.839	1.826	-16,2
<b>Area Vasta 2</b>	<b>4.117</b>	<b>3.427</b>	<b>3.445</b>	<b>3.552</b>	<b>3.504</b>	<b>-14,9</b>

Fonte: db Cedap AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Nel 2015 si registra un tasso di fecondità totale (TFT)<sup>49</sup> in provincia di Ancona pari a 1,35 figli per donna, mentre nelle Marche esso è uguale a 1,33<sup>50</sup>. L'indicatore esprime la propensione alla riproduzione di una popolazione: ebbene essa sta costantemente diminuendo dal 2009, anno in cui il TFT aveva raggiunto il valore di 1,51 figli per donna nella nostra provincia e di 1,44 per le Marche. Questi livelli di fecondità sono insufficienti a garantire il necessario ricambio generazionale.

### 5.2. Le caratteristiche socio-demografiche delle madri

#### 5.2.1 Cittadinanza<sup>51</sup>

Nel 2015 i dati CeDAP evidenziano<sup>52</sup> che il 77,4% delle madri residenti nell'Area Vasta 2 (2.294) ha cittadinanza nei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e il 22,6% (670) ha cittadinanza in Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) (in Italia nel 2013 il 20% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana).

<sup>49</sup> Numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale): somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda (15-50 anni), il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile. L'indicatore, quando è calcolato con riferimento ad un anno di calendario, fornisce una misura sintetica di periodo della intensità della fecondità dell'anno.

<sup>50</sup> Fonte: Istat, *Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2015*. Statistiche report, 28 novembre 2016.

<https://www.istat.it/it/files/2016/11/Statistica-report-Nati.pdf?title=Natalit%C3%A0+e+fecondit%C3%A0++28%2Fnov%2F2016+-+Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf>

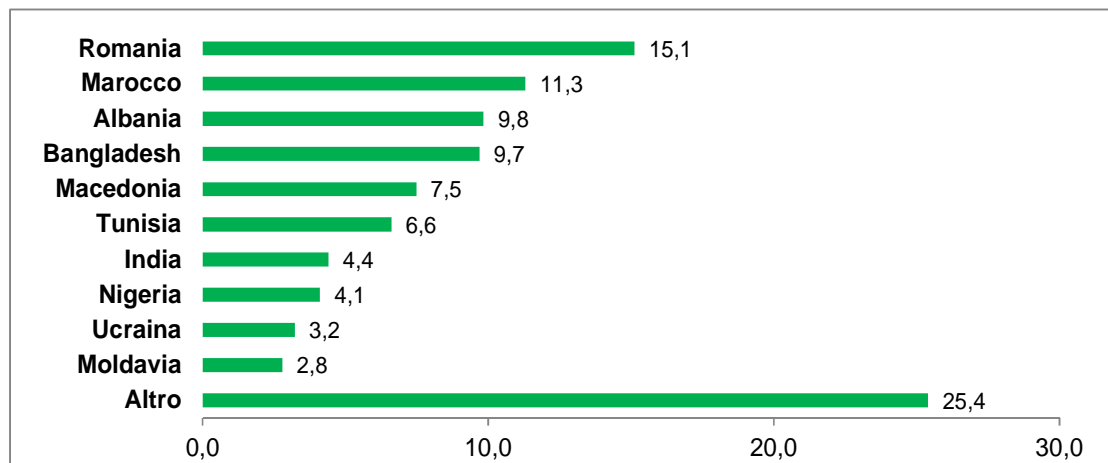
<sup>51</sup> La fonte utilizzata per il confronto con l'Italia è il report: "Certificato di assistenza al parto (CeDAP) .Analisi dell'evento nascita - Anno 2013". Curato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica. Ufficio di Statistica [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2431\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2431_allegato.pdf), ultimo accesso 03/02/2017

<sup>52</sup> Al netto delle 540 schede (15,4% del totale) in cui l'informazione sulla cittadinanza materna è mancante.

Tra le donne residenti nell'AV2, che hanno partorito nel 2015, aventi cittadinanza in PSA, la maggior parte sono italiane (77,0%).

La figura 5.2.1 mostra le prime 10 cittadinanze più rappresentate tra le madri PFPM. Il 53,5% delle donne proviene dai primi 5 paesi. Considerando insieme Marocco e Tunisia, le magrebine sono il gruppo più numeroso, seguito dalle rumene e dalle albanesi.

**Fig. 5.2.1.1 Donne immigrate residenti: prime 10 cittadinanze materne più rappresentate (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015.**



Fonte: db Cedap AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

### 5.2.2 Età materna<sup>53</sup>

Nel 2015 le madri residenti nell'AV2 hanno un'età media al momento del parto di 32 anni, ma con differenze tra italiane ed immigrate da paesi PFPM; infatti mentre per le prime l'età media è pari a 32,9 anni (stesso valore registrato a livello regionale nel 2013), le immigrate sono più giovani: l'età media è di 29,5 anni (28,7 nelle Marche nel 2013).

Considerando solo le donne che sono al loro primo parto (nullipare<sup>54</sup>) la differenza tra l'età media delle italiane e quella delle immigrate aumenta ulteriormente, infatti è di 31,4 anni per le prime e di 27,7 anni per le seconde.

### 5.2.3 Scolarità materna<sup>55</sup>

Circa 4 madri su 10 (43%), tra quelle residenti in AV2 che hanno partorito nel 2015, hanno un livello di istruzione di scuola media superiore, altrettante (37%) sono in possesso di un diploma di laurea (magistrale o breve), mentre 2 su 10 (20%) hanno al massimo una licenza di scuola media inferiore (fig. 5.2.3.1).

<sup>53</sup> La fonte utilizzata per il confronto con la regione Marche è l'intervento della dott.ssa Liana Spazzafumo nell'ambito del 2° convegno regionale: "L'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata. Il diritto alla salute, un diritto per tutti" svoltosi il 26 marzo 2015 ad Ancona. I dati pubblicati derivano dal db Cedap regionale e sono riferiti all'anno 2013.

[http://ods.ars.marche.it/Portals/0/MATERIALE%202014/MATERIALE%202015/Spazzafumo\\_26\\_3\\_15.pdf](http://ods.ars.marche.it/Portals/0/MATERIALE%202014/MATERIALE%202015/Spazzafumo_26_3_15.pdf), ultimo accesso 03/02/2017

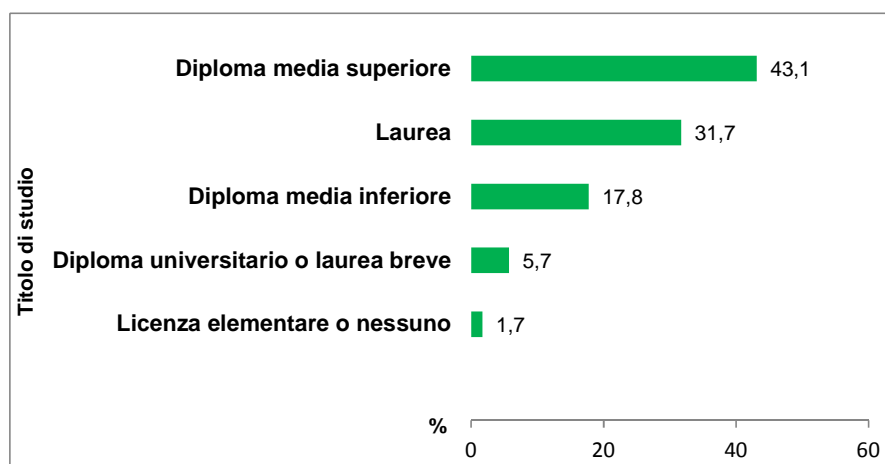
<sup>54</sup> Definizioni:

**nullipara** = donna che non ha mai partorito (una nullipara può essere primigravida o plurigravida se ha avuto, in precedenza, gravidanze esitate in aborto o IVG);

**pluripara** = donna che ha già partorito con o senza TC.

<sup>55</sup> La fonte utilizzata per il confronto con l'Italia è il report: "Certificato di assistenza al parto (CeDAP) .Analisi dell'evento nascita - Anno 2013". Curato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica. Ufficio di Statistica [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2431\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2431_allegato.pdf), ultimo accesso 03/02/2017

**Fig. 5.2.3.1 Parti di residenti, per titolo di studio materno (valori percentuali).Area Vasta 2, anno 2015**



Fonte: db Cedap AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

## 5.3. Il percorso nascita: la gravidanza ed il parto

### 5.3.1 Servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza

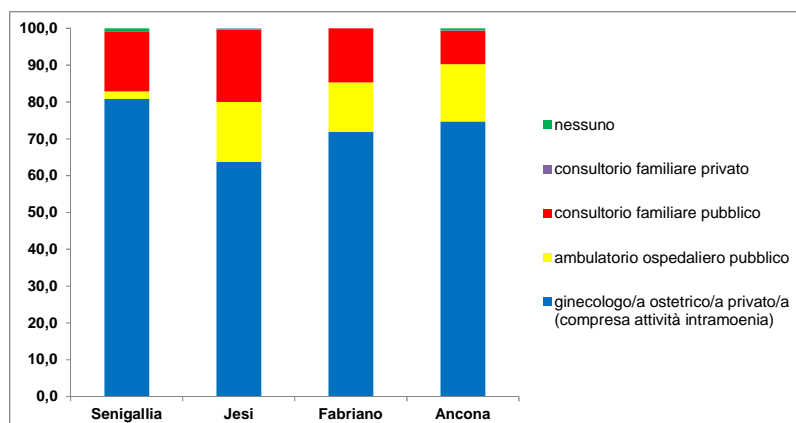
Le informazioni sul servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza mostrano che le donne residenti nell'Area Vasta 2, che hanno partorito nel 2015, si sono fatte seguire durante la gravidanza per il:

- 73% da un libero professionista (ginecologo/ostetrico privato, compresa attività intramoenia);
- 14% da un ambulatorio ospedaliero pubblico;
- 13% dal consultorio familiare pubblico.

Lo 0,1% delle donne (pari a 5 casi) si sono rivolte al consultorio familiare privato ed il restante 0,4% delle donne (15 casi) ha dichiarato di non essere stata seguita da nessun servizio. Quest'ultime però non è detto che non siano state mai controllate durante il corso della gravidanza in quanto una qualche forma di assistenza sanitaria potrebbero averla ricevuta dal Medico di Medicina Generale o dal Pronto Soccorso ospedaliero. E' certo però che non si siano mai rivolte ad un servizio ostetrico.

La figura 5.3.1.1 mostra con quale frequenza nel 2015 le diverse tipologie di servizio, deputato all'assistenza in gravidanza, sia stato scelto dalle donne residenti nelle ex ZT dell'AV2.

**Fig. 5.3.1.1 Parti di residenti, per ex ZT di residenza materna e servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015**



Fonte: db Cedap AV2; Elaborazioni: UOE, AV2

### 5.3.2 Visite in gravidanza<sup>56</sup>

Il numero di visite ostetriche in gravidanza e l'epoca entro cui avviene il primo controllo sono due importanti indicatori della qualità dell'assistenza alla gravidanza.

Non esiste una normativa nazionale che stabilisca uno standard del numero di visite di controllo durante il periodo della gestazione, però vi sono le linee guida nazionali che affermano che tale numero non debba essere inferiore a quattro<sup>57</sup>. Già nel 2002 l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva proposto uno schema di assistenza alla gravidanza fisiologica in cui il numero minimo di visite, utile per un efficace controllo della gravida e del nascituro, fosse pari a 4<sup>58</sup>.

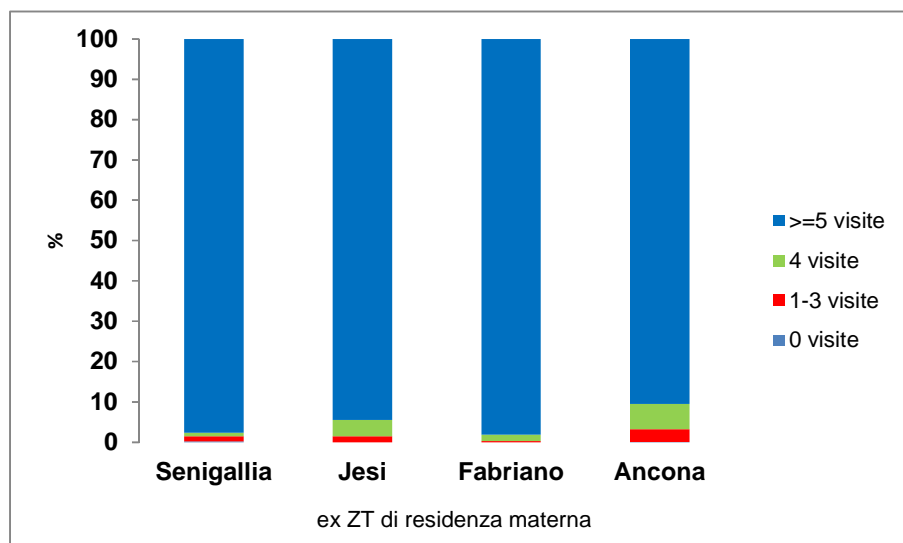
In AV2 nel 2015 il numero medio di controlli svolti in gravidanza dalle residenti è pari a 7. In particolare:

- lo 0,1% delle donne (3 casi) non avrebbe effettuato alcuna visita;
- il 2,2% delle madri ha effettuato tra 1 e 3 visite;
- il 4,5% ne ha effettuate 4;
- il 93,2% ne ha fatte invece un numero uguale o maggiore di 5.

A livello nazionale nel 2013 in oltre l'86% delle gravidanze sono state effettuate più di 4 visite, mentre la percentuale di gravidanze in cui non è stata effettuata alcuna visita è stata inferiore al 2%.

La figura 5.3.2.1 mostra con quale frequenza le residenti nelle ex ZT dell'AV2 si siano sottoposte a visite di controllo durante il corso della gravidanza. Le madri con visite di controllo insufficienti (da 1 a 3) oscillano dallo 0,3% di Fabriano al 3,2% di Ancona

**Fig. 5.3.2.1 Parti di residenti, numero di visite di controllo effettuate in gravidanza ed ex ZT di residenza materna (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015**



Fonte: db Cedap AV2; Elaborazioni: UOE, AV2

<sup>56</sup> La fonte utilizzata per il confronto con l'Italia è il report: "Certificato di assistenza al parto (CeDAP) .Analisi dell'evento nascita - Anno 2013". Curato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica. Ufficio di Statistica [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2431\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2431_allegato.pdf), ultimo accesso 03/02/2017;

quella utilizzata invece per il confronto con le Marche è l'intervento della dott.ssa Liana Spazzafumo nell'ambito del 2° convegno regionale: "L'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata. Il diritto alla salute, un diritto per tutti" svoltosi il 26 marzo 2015 ad Ancona. I dati pubblicati derivano dal db Cedap regionale e sono riferiti all'anno 2013.

[http://ods.ars.marche.it/Portals/0/MATERIALE%202014/MATERIALE%202015/Spazzafumo\\_26\\_3\\_15.pdf](http://ods.ars.marche.it/Portals/0/MATERIALE%202014/MATERIALE%202015/Spazzafumo_26_3_15.pdf), ultimo accesso 03/02/2017

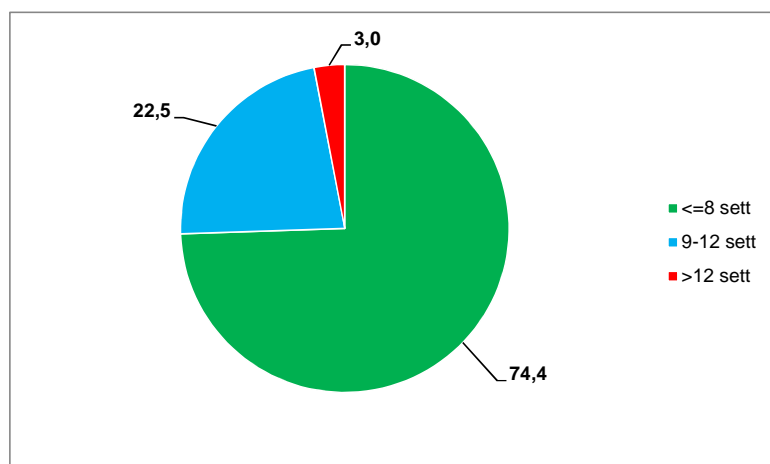
<sup>57</sup>Linea guida nazionale: "Gravidanza fisiologica". Anno 2011. A cura del Sistema Nazionale Linee Guida [http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_Gravidanza.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf) ultimo accesso 09/02/2017

<sup>58</sup>Modello di assistenza alla gravidanza dell'OMS: <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10>

### 5.3.3 Epoca delle 1° visita<sup>59</sup>

La prima visita ostetrica è raccomandata entro il terzo mese di gestazione<sup>60</sup>; nell'AV2 i dati del 2015 evidenziano che il 97% delle donne ha effettuato la prima visita in gravidanza entro lo standard mentre il 3% l'ha fatta dopo la 12° settimana (fig. 5.3.3.1).

**Fig. 5.3.3.1 Parti di residenti, per epoca della 1° visita di controllo effettuata in gravidanza (valori percentuali). Area Vasta 2, anno 2015**



Fonte: db Cedap AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Analizzando la percentuale di gravidanze in cui viene effettuata la prima visita dopo la 12° settimana di gestazione si riscontrano alcune correlazioni con le caratteristiche socio-demografiche delle madri, quali: la cittadinanza, il titolo di studio e lo stato occupazionale.

Le donne immigrate da paesi PFPM effettuano la prima visita tardivamente nel 7% dei casi rispetto ad una percentuale del 2% delle donne italiane (nel 2013 nelle Marche erano rispettivamente pari a 15,9% e 3,1%, invece in Italia rispettivamente pari al 12,3% e 2,6%).

La prima visita dopo la 12° settimana si verifica anche:

- nel 6,3% delle donne con basso livello d'istruzione rispetto il 2,3% delle donne con scolarità alta;
- nel 4,6% delle donne disoccupate rispetto all'1,5 delle occupate.

### 5.3.4 L' evento parto

#### 5.3.4.1 Luogo del parto

Le 3.504 donne residenti nell'AV2, che hanno partorito nel 2015, hanno effettuato il parto:

- in uno dei 4 punti nascita operanti all'interno dei presidi ospedalieri dell'Area Vasta 2 nel 57,7% dei casi;

<sup>59</sup> La fonte utilizzata per il confronto con l'Italia è il report: "Certificato di assistenza al parto (CeDAP) .Analisi dell'evento nascita - Anno 2013". Curato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica. Ufficio di Statistica [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2431\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2431_allegato.pdf), ultimo accesso 03/02/2017;

quella utilizzata invece per il confronto con le Marche è l'intervento della dott.ssa Liana Spazzafumo nell'ambito del 2° convegno regionale: "L'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata. Il diritto alla salute, un diritto per tutti" svoltosi il 26 marzo 2015 ad Ancona. I dati pubblicati derivano dal db Cedap regionale e sono riferiti all'anno 2013.

[http://ods.ars.marche.it/Portals/0/MATERIALE%202014/MATERIALE%202015/Spazzafumo\\_26\\_3\\_15.pdf](http://ods.ars.marche.it/Portals/0/MATERIALE%202014/MATERIALE%202015/Spazzafumo_26_3_15.pdf), ultimo accesso 03/02/2017

<sup>60</sup> Il modello assistenziale dell'OMS indica che la 1° visita debba essere fatta entro la 12° settimana di età gestazionale: <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10>; l'epoca della prima visita entro la 12° settimana viene riconfermato anche nelle Linee guida nazionali sulla gravidanza fisiologica [http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_Gravidanza.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf)

- nel punto nascita del presidio ospedaliero “Salesi”, (facente parte dell’Azienda Ospedaliera Universitaria “Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G.Salesi” che territorialmente è ricompresa nell’Area Vasta 2), nel 37,8% dei casi;
- in uno degli altri punti nascita collocati al di fuori dell’Area Vasta 2 (ma ovviamente presenti nel territorio della regione Marche), nel 4,5% dei casi;
- al proprio domicilio nello 0,1% dei casi ( 2 parti).

La tabella 5.3.4.1 illustra nel dettaglio il luogo dove è avvenuto il parto per ciascuna delle residenti nelle ex ZT dell’Area Vasta 2.

**Tab. 5.3.4.1. Parti di residenti, per ex ZT di residenza materna e Punto Nascita dove è avvenuto il parto. Area Vasta 2, anno 2015**

ex ZT di Residenza Materna	parto a domicilio	PN. osp. di Urbino	PN. osp. di Senigallia	PN. osp. di Jesi	PN. osp. di Osimo	PN. osp. di Fabriano	PN. osp. di Civitanova M.	PN. osp. di Macerata	PN. osp. di S. Severino	PN. osp. di Fermo	PN. osp. di S. Benedetto del T.	PN. osp. di Ascoli P.	PN AO Marche Nord, Pesaro	PN AO Marche Nord, Fano	PN presidio osped "Salesi dell'AOU "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G.Salesi" - Ancona	Totale
<b>Senigallia</b>																
n. assoluto	1	-	439	21	1	3	-	-	2	2	-	-	2	15	47	533
% riga	0,2	-	82,4	3,9	0,2	0,6	-	-	0,4	0,4	-	-	0,4	2,8	8,8	100,0
<b>Jesi</b>																
n. assoluto	-	-	23	602	31	21	1	37	32	-	1	-	-	1	81	830
% riga	-	-	2,8	72,5	3,7	2,5	0,1	4,5	3,9	-	0,1	-	-	0,1	9,8	100,0
<b>Fabriano</b>																
n. assoluto	-	1	1	12	-	259	-	6	20	-	-	-	-	-	16	315
% riga	-	0,3	0,3	3,8	-	82,2	-	1,9	6,3	-	-	-	-	-	5,1	100,0
<b>Ancona</b>																
n. assoluto	1	1	63	123	419	3	6	10	5	11	-	1	1	1	1181	1826
% riga	0,1	0,1	3,5	6,7	22,9	0,2	0,3	0,5	0,3	0,6	-	0,1	0,1	0,1	64,7	100,0
<b>AV2</b>																
n. assoluto	2	2	526	758	451	286	7	53	59	13	1	1	3	17	1325	3504
% riga	0,1	0,1	15,0	21,6	12,9	8,2	0,2	1,5	1,7	0,4	0,0	0,0	0,1	0,5	37,8	100,0

Fonte: db Cedap AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

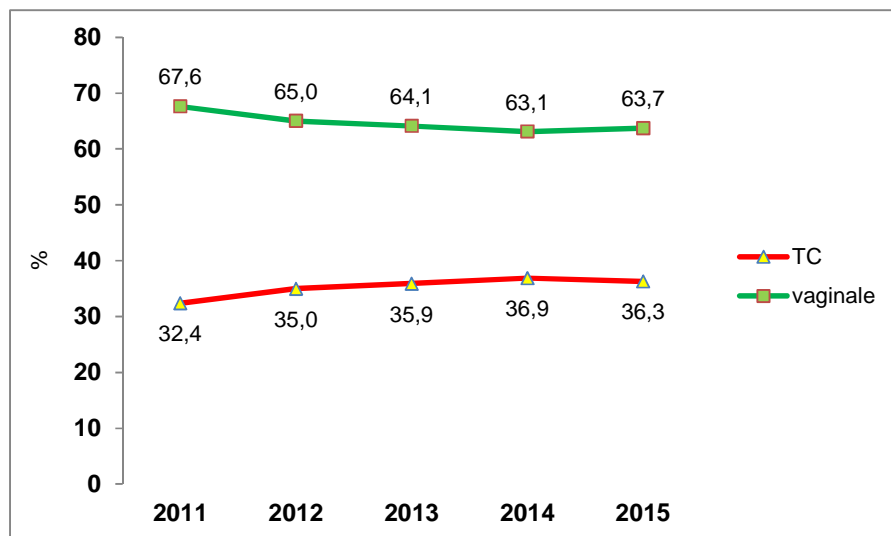
### 5.3.5 Modalità del parto

In AV2 nel 2015 il 63% dei parti delle residenti (2.169/3.502)<sup>61</sup> è avvenuto spontaneamente, il 36% è avvenuto con il taglio cesareo (TC); il restante 2% (64/3.502) è stato espletato attraverso la modalità operativa (forcipe o ventosa) od altro tipo di parto.

Nel periodo 2011-2015 la modalità di parto attraverso taglio cesareo mostra un trend in aumento (fig. 5.3.5.1), ma la variazione percentuale dei TC in questo quinquennio è stata però del - 4,3%. Infatti il valore assoluto di parti, avvenuti con taglio cesareo, diminuisce dal 2011 al 2015, però la loro proporzione sulla totalità dei parti invece aumenta a causa del drastico calo del numero complessivo di parti annualmente verificatesi e ciò produce l’andamento in crescendo visibile nella figura stessa.

<sup>61</sup> per 2 parti non ne è stata riportata la tipologia di espletamento

**Fig. 5.3.5.1 Parti di residenti effettuati con o senza taglio cesareo (valori percentuali). Area Vasta 2, trend 2011-2015**



Fonte: db Cedap AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

La scheda CeDAP scompone l'informazione sul taglio cesareo nelle seguenti quattro tipologie: taglio cesareo d'elezione fuori travaglio od in travaglio e taglio cesareo non elettivo fuori travaglio od in travaglio; queste tipologie possono essere considerate proxy rispettivamente del TC programmato e del TC urgente<sup>62</sup>.

Nel 2015 un parto su 4 (il 25,3%) è stato un cesareo d'elezione (773 pari al 60,9% della totalità dei TC) ed il 16,3% (497 parti pari al 39,1% della totalità dei TC) sono stati cesarei non d'elezione quindi urgenti.

Il network delle Regioni<sup>63</sup> che aderiscono al "Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali", facente capo al Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, utilizza un indicatore specifico per monitorare l'appropriatezza della modalità di parto, relativa al comportamento dei professionisti riguardo al parto cesareo, depurata però da fattori che possono aumentare il ricorso al cesareo stesso.

Infatti: "nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. L'American College of Obstetricians and Gynecologists propone allora l'utilizzo di un indicatore specifico che restringe l'analisi ad un case-mix costituito da *donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione vertice (NTSV)*, rendendo confrontabili punti nascita con differenti casistiche. Questo case-mix riesce a comprendere un'ampia fascia di popolazione costituita da circa il 32-39% dei parti cesarei [Evaluation of Cesarean Delivery, 2000]. La percentuale di parti cesarei NTSV rappresenta l'indicatore più appropriato per la valutazione della qualità dei servizi legati al percorso materno infantile a livello ospedaliero".<sup>64</sup>

<sup>62</sup> Il TC si definisce d'elezione quando viene pianificato per fare fronte a situazioni particolari (parto podalico, anomalie dell'inserzione placentare, parto plurimo, macrosomia fetale ecc...) che renderebbero il parto impossibile o pericoloso. In alcuni casi può essere una scelta della donna. Il **parto cesareo d'elezione** in alcuni casi può avvenire **in travaglio** per il "sopraggiungere anticipato del travaglio stesso".

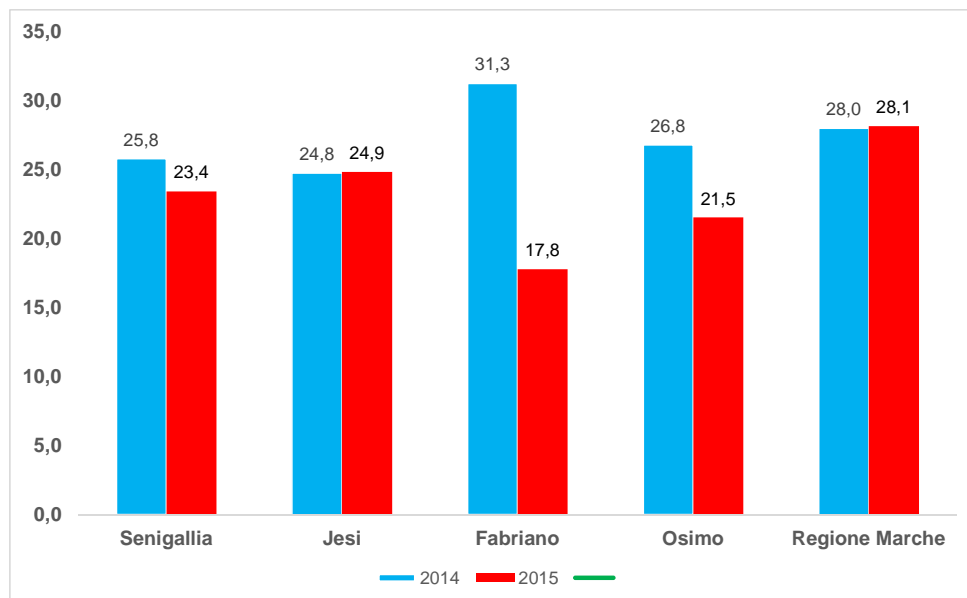
Esiste poi il parto con **TC urgente** (non programmato, non d'elezione) effettuato spesso **in travaglio** per anomalie della dilatazione del collo uterino, della meccanica del parto oppure per il sopraggiungere di una sofferenza fetale ed il **TC urgente al di fuori del travaglio** (meno frequente)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

<sup>63</sup> Basilicata, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto.

<sup>64</sup> Tratto da: "Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali". Report 2015, pag. 272, a cura del

La figura 5.3.5.2 mostra il tasso di cesarei “depurati”<sup>65</sup> svolti nei quattro punti nascita dell’Area Vasta 2 negli anni 2014 e 2015. I punti nascita di Senigallia, ma soprattutto Fabriano ed Osimo presentano un trend in diminuzione; nel punto nascita di Jesi invece c’è una sostanziale stabilità.

**Fig. 5.3.4.3.5 Indicatore C7.1 % Cesarei depurati (NTSV). Confronto tra punti nascita dell'AV2 e la regione Marche. Anni 2014-2015**



Fonte: "Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali". Reports 2014 e 2015. a cura del Laboratorio Management e Sanità istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna - Pisa

## 5.4. Il neonato

### 5.4.1 Parto semplice e plurimo e genere dei nuovi nati

Complessivamente nel 2015 il numero dei nati da madri residenti in AV2 rilevato dal CeDAP è pari a 3.557: 8 però sono nati morti e 3 sono nati vivi, ma sono deceduti subito dopo la nascita (senza ricovero); quindi i nati vivi in totale sono stati 3.546.

Nel 2015 i parti gemellari delle donne residenti in AV2 sono stati 51, pari all'1,5% del totale dei parti (3.504) (1,7% nelle Marche ed in Italia nel 2013). Delle 51 gravidanze plurime 50 sono state bigemine ed 1 quadrigemina.

Il numero di parti plurimi associati alla procreazione medicalmente assistita è stato pari a 12: il 24% del totale dei parti gemellari (21,6% in Italia nel 2013).

I nati da parto plurimo sono stati 104 (il 3% del totale pari a 3.557 nuovi nati).

Dei 3.557 nati, il 51,7% (1.838 neonati) ha genitali esterni maschili e il 48,3% (1.718 neonati) ha genitali esterni femminili; in 1 caso i genitali sono indeterminati.

Laboratorio Management e Sanità istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna - Pisa

<sup>65</sup> Cesarei avvenuti in donne NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex), vale a dire:

- donne primipare,
- parto a termine tra la 37<sup>+0</sup> e la 41<sup>+6</sup> settimana di amenorrea incluse,
- parto non gemellare,
- bambino in posizione vertice

Sono esclusi i parti con indicazione di procreazione medico-assistita; si considerano le partorienti tra i 14 e 49 anni.

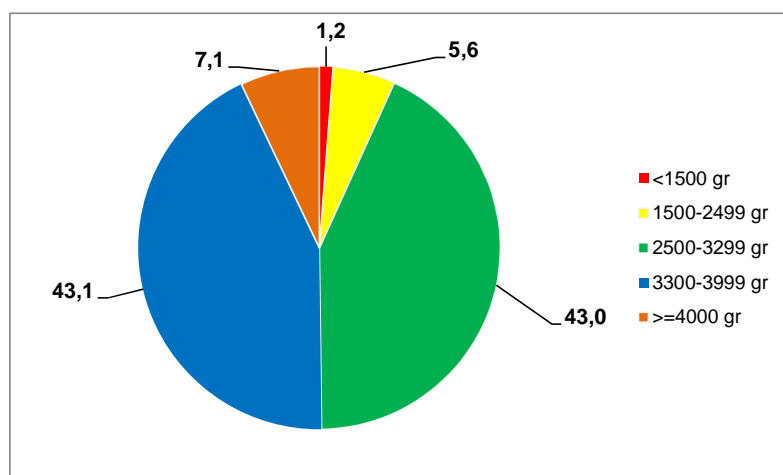


### 5.4.2 Peso alla nascita<sup>66</sup>

Nel 2015 il peso medio dei neonati, al momento della nascita è stato di 3.267 grammi (non sono stati considerati i nati morti).

La proporzione di nati vivi di peso inferiore ai 2.500 grammi (nati di basso peso) è stata del 6,8% (239 neonati); quella dei neonati con peso inferiore ai 1.500 grammi (nati di peso molto basso) dello 1,2% (42 neonati). La proporzione dei neonati di peso maggiore o uguale ai 4.000 grammi è risultata invece pari al 7,1% (fig. 5.4.2.1). Nella Regione Marche nel 2013 le proporzioni dei nati, per peso alla nascita erano le seguenti: inferiore a 1.500 gr. 0,8%; tra 1.500-2.499 gr. 6,1%; tra 2.500-3.299 gr. 44,8%; tra 3.300-3.999 gr. 42,3%; uguale o maggiore di 4.000 gr. 6,0%.

**Fig. 5.4.2.1 Peso alla nascita dei nati da madri residenti, per classi di peso. Area Vasta 2, anno 2015**



Fonte: db Cedap AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

Un basso peso alla nascita è di più frequente riscontro:

- nel parto plurimo rispetto al parto semplice (60,2% in confronto al 5,1%);
- in caso di nascita pretermine (prima della 37° settimana di età gestazionale), rispetto alla nascita a termine (61,2% in confronto al 2,8%);
- nelle donne che si sottopongono alla 1° visita di controllo in gravidanza tardivamente (dopo la 12° settimana di età gestazionale), rispetto alle madri che l'effettuano entro l'arco temporale consigliato (11,1% in confronto al 6,6%);
- fra le madri con basso livello di istruzione (cioè in possesso al massimo del titolo di studio di scuola media inferiore), rispetto alle madri con titolo di studio uguale o maggiore alla scuola media superiore (8,8% in confronto al 6,2%);

Non si sono osservate differenze tra le madri immigrate da paesi PFPM rispetto alle madri italiane.

### 5.4.3 Punteggio Apgar a 5 minuti e rianimazione neonatale

Nel 2015 il 99% dei nati vivi ha un punteggio Apgar<sup>67</sup> a 5' tra 8 e 10, quindi normale; l'1,04% un punteggio di modesta sofferenza neonatale (Apgar da 4 a 7). Non c'è stato alcun neonato con un

<sup>66</sup> La fonte utilizzata per il confronto con le Marche è il report: "Certificato di assistenza al parto (CeDAP) .Analisi dell'evento nascita - Anno 2013". Curato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica. Ufficio di Statistica [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2431\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2431_allegato.pdf), ultimo accesso 03/02/2017;

<sup>67</sup> Apgar: è un indice basato su cinque parametri (battito cardiaco, respirazione, tono muscolare, riflessi, colore della pelle) utilizzato per valutare la vitalità del neonato e l'efficienza delle funzioni vitali primarie. Il valore va da 0 a 10. Il valore normale è tra 8 e 10. Valori inferiori indicano vari gradi di sofferenza neonatale.

punteggio di importante sofferenza neonatale (Apgar  $\leq 3$  che significa scarsa attività cardio-respiratoria, cianosi, tono e reattività quasi assente)<sup>68</sup>.

#### Necessità di rianimazione neonatale

Il 2,7% (94 bambini) dei nati vivi ha avuto necessità di rianimazione; per il 78% di questi è stata necessaria la ventilazione manuale.

#### 5.4.4. Natimortalità<sup>69, 70</sup>

La fonte CedAP registra nel 2015, tra le madri residenti nell'Area Vasta 2, un numero di nati-morti pari ad 8 per un tasso di natimortalità del 2,2 per mille (in Italia nel 2013 tale tasso è pari a 2,7 nati-morti ogni 1.000 nati)<sup>71</sup>. La natimortalità nell'Area Vasta 2 nel quinquennio 2011-2015 mostra un andamento in diminuzione (tab. 5.4.4.1).

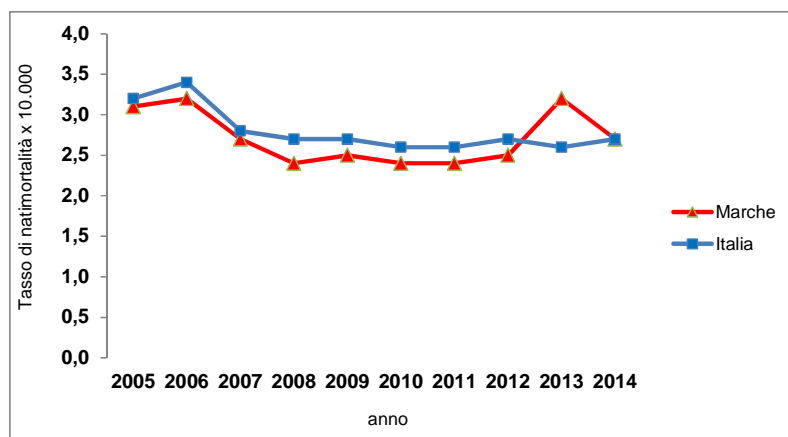
Dalla fonte Health for All<sup>72</sup> (fig. 5.4.4.1) si evince infine che anche il trend del tasso di natimortalità per le Marche ed per l'Italia, nel periodo 2005-2014, è in costante diminuzione.

**Tab. 5.4.4.1 Tasso (x 1.000) di natimortalità. Area Vasta 2, anni 2011-2015.**

Anno	N° nati-morti	Tot. nati	Tasso (x 1.000) di natimortalità
2011	12	4.155	2,9
2012	5	3.471	1,4
2013	11	3.502	3,1
2014	9	3.594	2,5
2015	8	3.557	2,2

Fonte: db Cedap AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

**Fig. 5.4.4.1 Tasso (x 1.000) di natimortalità. Confronto Marche-Italia, anni 2005-2014**



Fonte: Health for All, Versione di dicembre 2016

<sup>68</sup> Dal CeDAP nazionale si evince che il 99,7% dei nati nelle Marche nell'anno 2013 ha riportato un punteggio Apgar da 7 a 10; lo 0,2% un punteggio da 4 a 6 e solo lo 0,06% dei neonati è risultato gravemente depresso (Apgar  $\leq 3$ ).

<sup>69</sup> Nato morto: espulsione di un feto senza segni di vita a partire dal 181° giorno di età gestazionale (Istat).

<sup>70</sup> Tasso di natimortalità: N. nati morti/ N. totale nati\* 1.000.

<sup>71</sup> Certificato di assistenza al parto (CeDAP) .Analisi dell'evento nascita - Anno 2013". Curato dal Ministero della Salute, Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica. Ufficio di Statistica [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2431\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2431_allegato.pdf), ultimo accesso 03/02/2017.

<sup>72</sup> "Health for all" (Hfa-db) è un data-base europeo contenente una selezione di indicatori relativi ai 53 Paesi membri dall'Organizzazione mondiale della sanità-Europa. Gli indicatori coprono: dati demografici di base, stato di salute (mortalità, morbilità, salute materno infantile), determinanti di salute (stili di vita e ambiente), assistenza sanitaria (risorse e utilizzo); esso è strutturato in maniera tale da poter essere interrogato dal software Hfa fornito dall'Oms, adattato alle esigenze nazionali. Il data-base in Italia è scaricabile dal sito dell'Istat <http://www.istat.it/it/archivio/14562>.

### 5.4.5 Malformazioni congenite<sup>73</sup>

Nel periodo 2011-2015, attraverso il CeDAP sono stati segnalati 152 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita pari allo 0,8%<sup>74</sup> del totale dei nati. In tabella 5.4.5.1 si riporta la proporzione di nati (da madri residenti) con malformazioni congenite che la fonte CedAP ha registrato dal 2011 al 2015.

Si sottolinea però che tale fonte non è attendibile per la rilevazione delle malformazioni in quanto la qualità della compilazione della sezione è scadente e, soprattutto, perché molte malformazioni non sono immediatamente documentabili alla nascita, ma possono essere diagnosticate solo dopo alcuni mesi da essa.

**Tab. 5.4.5.1 Nati da madri residenti, per presenza di malformazioni alla nascita. Area Vasta 2, anni 2011-2015**

Anno	N. neonati con malformazioni congenite	N. nati	% nati con malformazioni
2011	37	4.144	0,9
2012	25	3.471	0,7
2013	30	3.502	0,9
2014	38	3.594	1,1
2015	22	3.557	0,6
<b>Totale</b>	<b>152</b>	<b>18.268</b>	<b>0,8</b>

Fonte: db Cedap AV2. Elaborazioni: UOE, AV2

<sup>73</sup> Nella scheda CeDAP devono essere riportate le malformazioni diagnosticate utilizzando i codici di malformazione congenita della Classificazione delle Malattie, dei Traumatismi, degli Interventi Chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche ICD 9 CM e successivi aggiornamenti.

<sup>74</sup> Complessivamente il numero di nuovi nati da residenti nell'AV2 nel quinquennio 2011-2015 è pari a 18.306 bambini, per 38 di essi (lo 0,2%) manca l'informazione sulla presenza o meno di malformazioni congenite.

## 6. L'INCIDENTALITA'

Fonte dati:  
- Schede di Dimissione Ospedaliera Area Vasta 2 anno 2015

### 6.1 L'incidentalità generale

Dall'analisi del data-base delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) riguardanti la popolazione residente nell'AV2 risulta che nel 2015 il 2,9% dei ricoveri avviene a seguito di un trauma (n. ricoveri per traumi uguale a 2.131 su 74.255 ricoveri totali).

Nella nostra Area Vasta quasi la metà dell'ospedalizzazione per traumatismi è dovuta ad infortuni in ambiente domestico (46,7%), seguono quelli da incidente stradale (14%) e quindi i traumi provocati da infortuni sul lavoro (6,3%) (tab. 6.1.1.). Nel 29% circa la causa del trauma non è definita.

**Tab. 6.1.1. Frequenza ricoveri ospedalieri (in regime ordinario), per tipologia di trauma. AV2, anno 2015**

Codice Trauma	Descrizione Trauma*	N.	%
1	Infortunio sul lavoro	135	6,3
2	Infortunio in ambiente domestico	996	46,7
3	Incidente stradale	305	14,3
4	Violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta)	18	0,8
5	Autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto)	14	0,7
6	Morso animale/insetto	3	0,1
7	Incidente sportivo	47	2,2
9	Altro tipo di incidente o di intossicazione non ben definito	613	28,8
<b>Totale</b>		<b>2.131</b>	<b>100</b>

Fonte: data-base SDO, anno 2015. Elaborazioni: UOE, AV2

\* codice diagnosi ICDIX-CM: 800-999

La frequenza di accadimento dei traumi, per tipologia e genere mostra prevalenze prevedibili: gli incidenti sul lavoro e quelli stradali sono più frequenti nel sesso maschile, mentre gli infortuni in ambito domestico hanno un riscontro più elevato tra le donne (tab. 6.1.2.).

Tab. 6.1.2. Frequenza ricoveri ospedalieri (in regime ordinario), per tipologia di trauma e genere. AV2, anno 2015

TRAUMA	N. Maschi	% Maschi	N. Femmine	% Femmine
Infornuto sul lavoro	122	11,7	13	1,2
Infornuto in ambiente domestico	332	31,7	664	61,3
Incidente stradale	204	19,5	101	9,3
Violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta)	17	1,6	1	0,1
Autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto)	9	0,9	5	0,5
Morso animale/insetto	2	0,2	1	0,1
Incidente sportivo	39	3,7	8	0,7
Altro tipo di incidente o di intossicazione	322	30,8	291	26,8
<b>Totale</b>	<b>1.047</b>	<b>100</b>	<b>1.084</b>	<b>100</b>

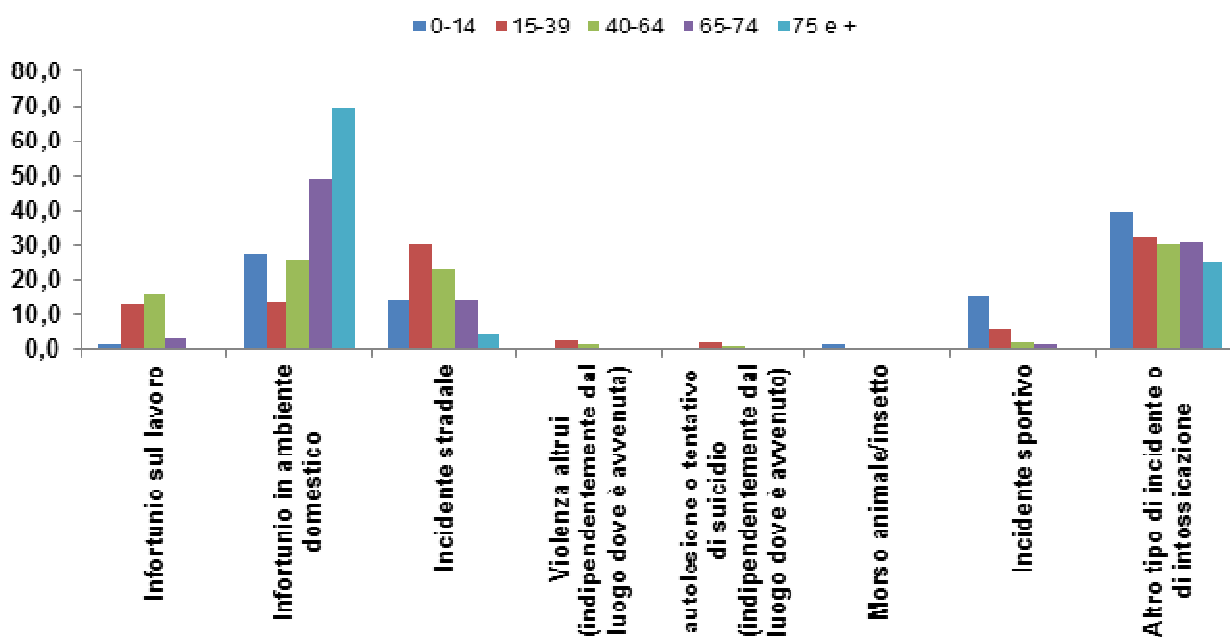
Fonte: data-base SDO, anno 2015. Elaborazioni: UOE, AV2

La figura 6.1.1. mostra la frequenza dei ricoveri ospedalieri per tipologia di trauma e per fascia di età. Come da dati di letteratura, anche dalla fonte SDO si ricava che gli infornuti domestici si verificano in percentuale maggiore nei giovanissimi (26,8% nei soggetti tra 0-14 anni) e negli anziani con età uguale o maggiore di 65 anni. In quest'ultimo sottogruppo di popolazione in particolare la frequenza di ricoveri per incidente domestico è del 46% tra i soggetti di età compresa fra 65-74 anni e del 66% negli ultrasettantaquattrenni

Gli incidenti stradali sono causa di ricovero prevalentemente nella popolazione giovane della fascia di età da 15 a 39 anni (27,9%), seguita da quella tra 40 e 64 anni (20,3%).

I ricoveri conseguenti a incidenti sportivi avvengono maggiormente nei giovani fino a 14 anni (13,4%).

Fig. 6.1.1. Ricoveri ospedalieri (in regime ordinario), per tipologia di trauma e fasce d'età (valori percentuali). AV2, anno 2015



Fonte: data-base SDO, anno 2015. Elaborazioni: UOE, AV2

## 6.2. Incidenti stradali<sup>75</sup>

Fonte dati:

- ISTAT – Focus incidenti stradali nelle Marche anno 2015
- SISTRAR Marche
- Provincia di Ancona: osservatorio incidenti stradali
- archivio dati AV2 della Sorveglianza "PASSI"
- <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/>
- <https://www.istat.it/it/files/2016/07/Incidenti-stradali-2015.pdf?title=Incidenti+stradali+-+dati+provvisori+-+19%2Fflug%2F2016+-+Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf>
- <http://statistica.regione.marche.it/statistiche-per-argomento/mobilit%C3%A0>

Secondo il Global Status on Road Safety 2013 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ammontano a più di un milione e duecentomila le persone che muoiono ogni anno sulle strade del mondo, con costi che assommano a miliardi di dollari. Così, gli incidenti stradali rappresentano l'ottava tra le principali cause di morte, a livello globale; la prima tra i giovani fra 15 e 29 anni. Si stima che il 50% dei deceduti siano utenti della strada "vulnerabili": pedoni, ciclisti e motociclisti.

Nel 2015 nelle Marche si sono verificati 5.333 incidenti stradali, che hanno causato la morte di 93 persone e il ferimento di altre 7.606. Rispetto al 2014, diminuiscono sia gli incidenti (-1,6%) che i feriti (-3,3%), in linea con le variazioni rilevate nell'intero Paese (rispettivamente -1,4% e -1,7%); diminuisce anche il numero di vittime della strada (-7,0%) in controtendenza invece rispetto all'incremento registrato a livello nazionale, +1,4% (tab, 6.2.1.).

**Tab. 6.2.1. Incidenti stradali, morti<sup>76</sup> e feriti<sup>77</sup> per provincia, regione Marche ed Italia. Anni 2014-2015 valori assoluti e variazione percentuale**

PROVINCE	2015			2014			Variazioni % 2014-2015		
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti
Pesaro-Urbino	1.221	21	1.683	1.205	22	1.699	1,3	-4,6	-0,9
Ancona	1.689	23	2.474	1.783	33	2.660	-5,3	-30,3	-7,0
Macerata	918	22	1.289	969	25	1.422	-5,3	-12,0	-9,4
Ascoli Piceno	869	13	1.164	856	8	1.156	1,5	62,5	0,7
Fermo	636	14	996	609	12	929	4,4	16,7	7,2
Marche	5.333	93	7.606	5.422	100	7.866	-1,6	-7,0	-3,3
Italia	174.539	3.428	246.920	177.031	3.381	251.147	-1,4	1,4	-1,7

Fonte dati ISTAT. Elaborazioni: UOE, AV2

Nella provincia di Ancona, il numero di incidenti che si sono verificati nel 2015 sono stati 1.689 corrispondenti ad un calo di -5,3% rispetto al 2014.

La figura 6.2.1 mostra l'andamento dell'indice di lesività<sup>78</sup> nel periodo 2001-2015: in provincia di Ancona questo rapporto percentuale tra il numero di feriti rispetto al numero di incidenti, risulta costantemente più elevato rispetto ai valori regionali e nazionali.

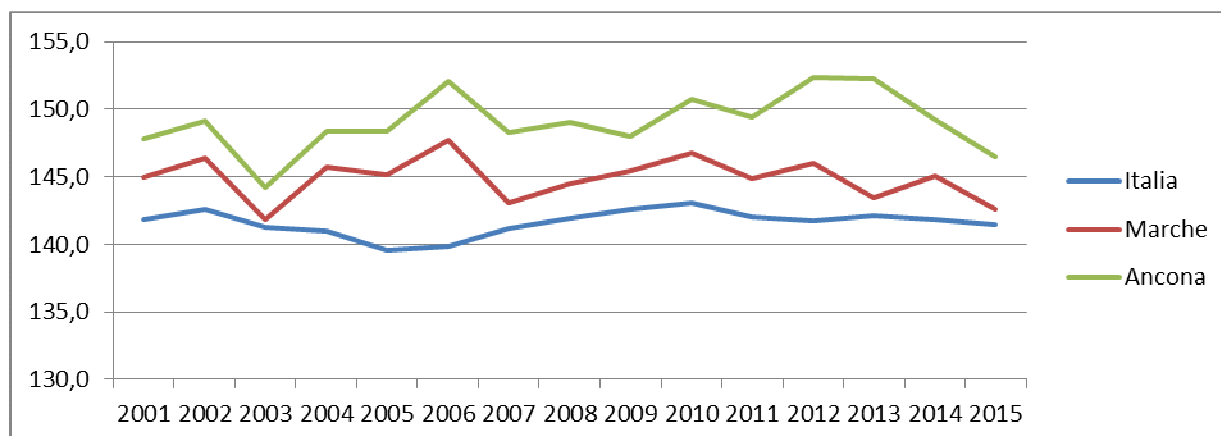
<sup>75</sup> Incidenti stradali: gli incidenti stradali sono quelli che si verificano in una strada aperta alla circolazione pubblica, in seguito ai quali una o più persone sono rimaste ferite o uccise e nei quali almeno un veicolo è rimasto implicato.

<sup>76</sup> Morti: le persone decedute sul colpo (entro le 24 ore) o quelle decedute dal secondo al trentesimo giorno, a partire da quello dell'incidente compreso.

<sup>77</sup> Feriti: persone che hanno subito lesioni, di qualsiasi gravità, al proprio corpo a seguito dell'incidente. Non esiste a oggi una definizione unica, adottata da tutti i Paesi Ue, per i "feriti gravi"; la Commissione europea ha proposto l'utilizzo dell'esistente scala dei traumi "Maximum Abbreviated Injury Scale" (MAIS). Il ferito grave si rileva con un livello AIS $\geq$ 3.

<sup>78</sup> Indice di lesività= rapporto percentuale tra il numero di feriti rispetto al numero di incidenti,

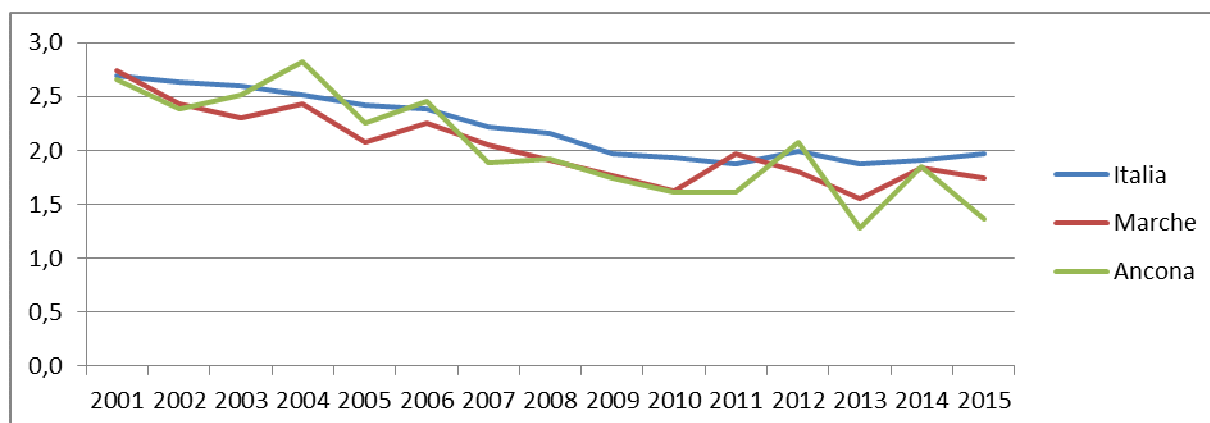
**Fig. 6.2.1 Indice di lesività<sup>79</sup> per incidente stradale, confronto tra Provincia di Ancona, Marche, Italia. Trend 2001-2015**



Fonte dati ISTAT. Elaborazioni: UOE, AV2

La figura 6.2.2 mostra invece l'andamento dell'indice di mortalità<sup>80</sup> sempre nel periodo 2001-2015: in provincia di Ancona questo rapporto percentuale tra il numero di morti rispetto al numero di incidenti, pur nella sua variabilità, risulta sovrapponibile a quello registrato nelle Marche ed in Italia, con una tendenza costante ad una progressiva riduzione.

**Fig. 6.2.2 Indice di mortalità<sup>81</sup> per incidente stradale, confronto tra Provincia di Ancona, Marche, Italia. Trend 2001-2015**



Fonte dati ISTAT. Elaborazioni: UOE, AV2

Prendendo in esame l'ambito stradale di accadimento dell'incidente, nella nostra provincia nel periodo 2011-2015 si nota come la maggior proporzione di incidenti avvenga sulle strade urbane piuttosto che su quelle extraurbane<sup>82</sup> (75% rispetto al 25%, nell'anno 2015); anche la proporzione di feriti sul totale degli incidenti verificatesi è più elevata nell'ambito urbano rispetto a quello extraurbano (105,5% verso il 41,1% sempre nel 2015). La proporzione di morti sul totale degli incidenti avvenuti invece è maggiore sulle strade extraurbane rispetto a quelle urbane ad eccezione del 2015 (tab. 6.2.2).

<sup>79</sup> Feriti in incidenti stradali - rispetto al totale degli incidenti (valori per cento)

<sup>80</sup> Indice di mortalità= rapporto percentuale tra il numero di morti rispetto al numero di incidenti,

<sup>81</sup> Morti in incidenti stradali - rispetto al totale degli incidenti (valori per cento)

<sup>82</sup> Strade extraurbane: strade statali, regionali, provinciali, comunali extraurbane (escluse le autostrade). Strade urbane: strade cittadine di quartiere o interquartiere. Fonte dati : "Nuovo codice della strada", decreto legislativo. 30 aprile 1992 n. 285 e successive modificazioni e Classifica delle viabilità definite dal codice della strada e recepite dal D.M. n. 5 del 5 novembre 2001

**Tab. 6.2.2. Rapporto del numero di morti e di feriti per incidente stradale sul totale degli incidenti accaduti, suddiviso per strade urbane ed extraurbane. Provincia di Ancona, periodo 2011-2015**

Anno	Ambito urbano						Ambito extra urbano					
	Incidenti	% inc.	Morti	% morti	Feriti	% feriti	Incidenti	% inc.	Morti	% morti	Feriti	% feriti
2011	1.492	73,0	13	0,6	2.151	105,2	553	27,0	20	1,0	905	44,3
2012	1.223	72,6	13	0,8	1.735	103,0	462	27,4	22	1,3	833	49,4
2013	1.273	73,8	8	0,5	1.857	107,7	451	26,2	14	0,8	768	44,5
2014	1.294	72,6	15	0,8	1.855	104,0	489	27,4	18	1,0	805	45,1
2015	1.266	74,9	13	0,8	1.781	105,5	423	25,1	10	0,6	693	41,1

Fonte dati: Provincia di Ancona, anni 2011-2015. Elaborazioni: UOE, AV2

### 6.2.1 LA SICUREZZA STRADALE: IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI

- archivio dati AV2 della Sorveglianza "PASSI"
- <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/>
- [www.iss.it/indo](http://www.iss.it/indo)

Il Sistema di sorveglianza PASSI misura l'abitudine di usare i dispositivi di sicurezza, in auto e moto, in base alle dichiarazioni degli intervistati. Durante l'intervista si chiede a coloro che hanno viaggiato in auto, in città e fuori, il comportamento abituale per quanto riguarda l'uso della cintura di sicurezza anteriore e posteriore, e a chi è stato in moto negli ultimi 12 mesi, se ha usato il casco. Infine a chi convive con minori di 7 anni, si chiede se ha avuto difficoltà a farli stare nel seggiolino, quando li trasportano in auto.

Coloro che rispondono "sempre" sono classificati come persone con un comportamento abituale sicuro, nonché aderente al codice della strada. In base alle risposte sono calcolati gli indicatori sull'abitudine ad indossare sempre le cinture di sicurezza in auto e il casco in moto, nonché quelli sull'attitudine ad utilizzare i sistemi di ritenuta per i bambini sotto i 7 anni.

I dati riferiti relativi all'abitudine a indossare le cinture, quando interpretati per valutare il rispetto dell'obbligo di usare i dispositivi, forniscono in genere un quadro più favorevole di quello registrato con dati derivati dall'osservazione diretta, anche se è stato mostrato che esiste una buona correlazione tra le due misure. Fornendo indicazioni su due dei pilastri della sicurezza stradale: uso dei dispositivi di sicurezza e guida sotto l'effetto dell'alcol, Passi rappresenta una risorsa per coloro che gestiscono la sicurezza stradale in Italia.

#### L'uso dei dispositivi di sicurezza

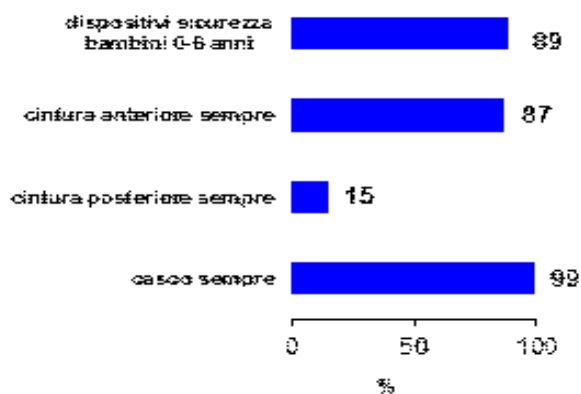
Nella Area Vasta 2 nel periodo 2012-2015 la percentuale di persone intervistate, che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 87%.

Tra le persone che viaggiano sul sedile posteriore, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso (15%).

Tra le persone che vanno in moto o in motorino oltre il 99% riferisce di usare sempre il casco.

I dispositivi di sicurezza nei bambini vengono utilizzati senza difficoltà nell'89% degli intervistati con bambini di età 0-6 anni.

**Fig. 6.2.1.1. Uso dei dispositivi di sicurezza**  
Area Vasta 2 Passi – 2012-15





Nelle Marche l'88% degli intervistati riferisce di indossare sempre le cinture anteriori, il 15% quelle posteriori ed il 99% il casco.

Vi è invece un 21% di rispondenti che ammettono un uso inadeguato od un non uso di dispositivi di sicurezza per bambini di 0-6 anni.

Nel Pool di ASL nazionali partecipanti alla sorveglianza Passi tali percentuali risultano essere nel quinquennio 2012-2015 le seguenti: cintura anteriore sempre: 85%; cintura posteriore sempre: 20%; casco sempre: 96%; uso inadeguato od un non uso di dispositivi di sicurezza per bambini di 0-6 anni: 21,6%.

## 6.3 Incidenti in ambiente domestico

- archivio dati AV2 della Sorveglianza "PASSI"
- <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/>
- [www.iss.it/indo](http://www.iss.it/indo)

Il tema degli incidenti domestici (cioè quelli che avvengono sia in casa, sia negli ambienti esterni quali giardino, garage, cantina, terrazzo) è divenuto importante dal punto di vista epidemiologico solo negli ultimi anni ed è ancora poco indagato; nonostante sia riconosciuto come un problema di sanità pubblica rilevante, non sono ancora disponibili molte informazioni riguardo all'incidenza né alle misure di prevenzione adottate, in particolare al livello locale. Questa tipologia di incidenti riguarda prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata; essi infatti sono conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico). Occorre, inoltre, ricordare che oltre ai rischi di incidente, nell'ambiente domestico esistono anche rischi per la salute derivanti da fattori di tipo chimico, fisico, biologico o connessi alla presenza in casa di detersivi, igienizzanti, spray antipolvere, vernici, collanti, pesticidi, deodoranti, muffe, animali, polvere, microclima, rumore.

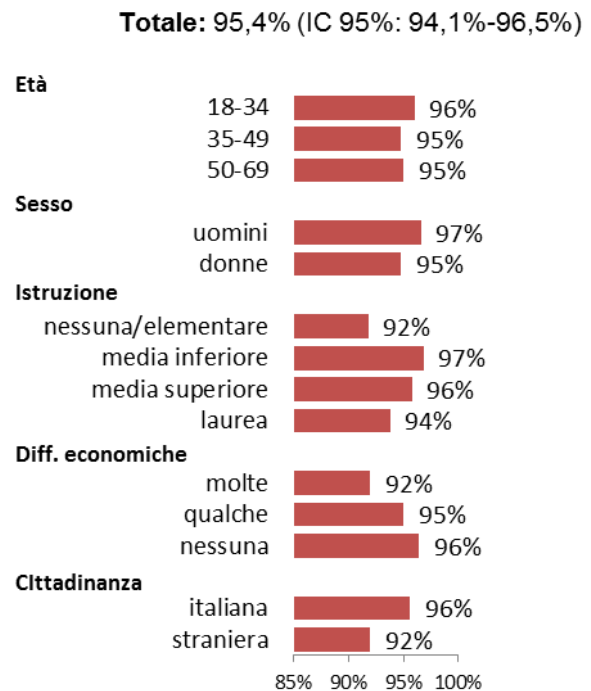
Secondo i dati PASSI, relativi al periodo 2012-2015, in Italia la prevalenza di incidenti domestici avvenuti nei 12 mesi precedenti l'intervista e che hanno richiesto cure mediche o ospedaliere è stata del 3,2%. Tale valore nelle Marche è del 3,5%.

La Sorveglianza PASSI misura anche la consapevolezza del rischio di infortunio domestico, che rappresenta il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali. Ebbene essa è scarsa nella popolazione adulta italiana. Infatti le persone che percepiscono che può esistere un rischio elevato di incorrere in un infortunio nella loro abitazione, sono il 6% degli intervistati in Italia, il 7% nelle Marche, il 4,6% nell'Area Vasta 2.

Sempre nel quadriennio 2012-2015 nella nostra Regione questa consapevolezza sale al 8% in chi vive con bambini fino a 14 anni e al 10% negli ultra-64enni.

- In AV2 nel quadriennio 2012-2015 le persone che hanno dichiarato bassa o molto bassa la possibilità di avere un infortunio domestico nel proprio nucleo familiare sono state il 95% degli intervistati.
- In particolare hanno una più “bassa percezione del rischio”:
  - giovani tra 18-34 anni;
  - gli uomini;
  - le persone con diploma di scuola media inferiore;
  - le persone senza difficoltà economiche;
  - i cittadini italiani.
- Anche la presenza di persone potenzialmente a rischio nel nucleo familiare non risulta essere un fattore che aumenta di molto la percezione di pericolo di infortunio domestico: 6% in chi vive con bambini e 7% per gli anziani, come già detto in precedenza.
- Quasi 3 intervistati su 100 riferiscono infine di aver avuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, un infortunio in casa tale da richiedere il ricorso a cure mediche (medico di famiglia, pronto soccorso o ospedale).

**Fig. 6.3.1. Consapevolezza del rischio di infortunio domestico<sup>1</sup> per caratteristiche socio-demografiche**  
Area Vasta 2 anni 2012-2015



<sup>1</sup> Persone che hanno valutato “bassa” o “molto bassa” la possibilità di avere un infortunio domestico nel proprio nucleo familiare

### 6.3.1. SICUREZZA DOMESTICA

La legge n. 493 del 3 dicembre 1999, “Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell’assicurazione contro gli infortuni domestici”, oltre a prevedere l’assicurazione obbligatoria per questo tipo di rischio, affida al Servizio Sanitario Nazionale il compito di promuovere la sicurezza domestica, attraverso azioni di informazione ed educazione volte a rimuovere le cause di nocività e infortuni negli ambienti di civile abitazione.

A livello locale le Aziende Sanitarie dovrebbero, dopo aver individuato e valutato i rischi per la sicurezza in ambiente domestico, fornire assistenza e collaborazione anche agli altri organi preposti alla sicurezza per eliminare i pericoli presenti nelle abitazioni.

Nella prevenzione è importante anche la competenza e la vigilanza di coloro che si prendono cura dei soggetti più vulnerabili (bambini e grandi anziani), per cui campagne specifiche sono raccomandate per neo-genitori, insegnanti, personale di assistenza.

## 7. STILI DI VITA A RISCHIO

Fonti informative:

- archivio dati AV2 della Sorveglianza "PASSI"
- <http://www.epicentro.iss.it/passi/>

La fonte dei dati è il progetto PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).

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

I temi indagati sono il fumo, l'inattività fisica, l'eccesso ponderale, il consumo di alcol, la dieta povera di frutta e verdura, ma anche il controllo del rischio cardiovascolare, l'adesione agli screening oncologici e l'adozione di misure sicurezza per prevenzione degli incidenti stradali, o in ambienti di vita di lavoro, la copertura vaccinale antinfluenzale e lo stato di benessere fisico e psicologico, e ancora alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute.

Viene gestito dalle Asl<sup>83</sup>, che lo portano avanti in ogni fase, grazie a personale specificamente formato, giovandosi del supporto e dell'assistenza di un coordinamento centrale (Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute, con il supporto tecnico del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità), che assicura la messa a punto e diffusione di procedure standardizzate di rilevazione e di strumenti di analisi dei dati.

Di seguito vengono riportati i risultati della sorveglianza PASSI, per l'Area Vasta 2 che si riferiscono all'arco temporale 2012-2015 (n. 1.350 interviste), relativi ai seguenti fattori di rischio comportamentali: attività fisica, alimentazione alcol e fumo.

### 7.1 Attività motoria

Sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute. In particolare nel programma Guadagnare Salute<sup>84</sup> si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società, allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento.

Svolta con regolarità l'attività fisica ha un ruolo di primaria importanza nella prevenzione delle malattie cronico degenerative e, inoltre, aumenta il benessere psicofisico. Non occorre molto: il livello dell'attività fisica minima raccomandato nella popolazione adulta è di 30 minuti di attività fisica moderata per almeno 5 giorni alla settimana, o almeno 20 minuti al giorno di attività intensa per almeno 3 giorni a settimana, oppure lo svolgimento di un'attività lavorativa che richiede un importante sforzo fisico.

---

<sup>83</sup> Le interviste vengono effettuate telefonicamente ad un campione di soggetti residenti in AV2, in fascia di età 18-69anni, selezionato con campionamento casuale semplice, stratificato per sesso e classi di età (18-34, 35-49, 50-69 anni). Il campionamento viene direttamente effettuato dalla lista dell'anagrafe sanitaria regionale. La dimensione minima del campione è di almeno 275 unità campionarie per Area Vasta. Per garantire idonea rappresentatività dei risultati a livello regionale i dati delle singole Aree Vaste vengono aggregati per Regione e opportunamente pesati.

<sup>84</sup> "Guadagnare salute" è un programma nazionale di sanità pubblica che ha come obiettivo principale la promozione di stili di vita in grado di contrastare il peso delle malattie croniche e far guadagnare anni di vita in salute ai cittadini (<http://www.guadagnaresalute.it/programma/programmaGuadagnare.asp>).

## Quante sono le persone attive fisicamente e quanti i sedentari in AV2?

### Attività fisica – Area Vasta 2 - PASSI 2012-15

Livello di attività fisica	% (IC95%)
attivo <sup>1</sup>	27,6 (25,1-30,2)
parzialmente attivo <sup>2</sup>	51,7 (49,0-54,0)
sedentario <sup>3</sup>	20,7 (18,5-23,1)

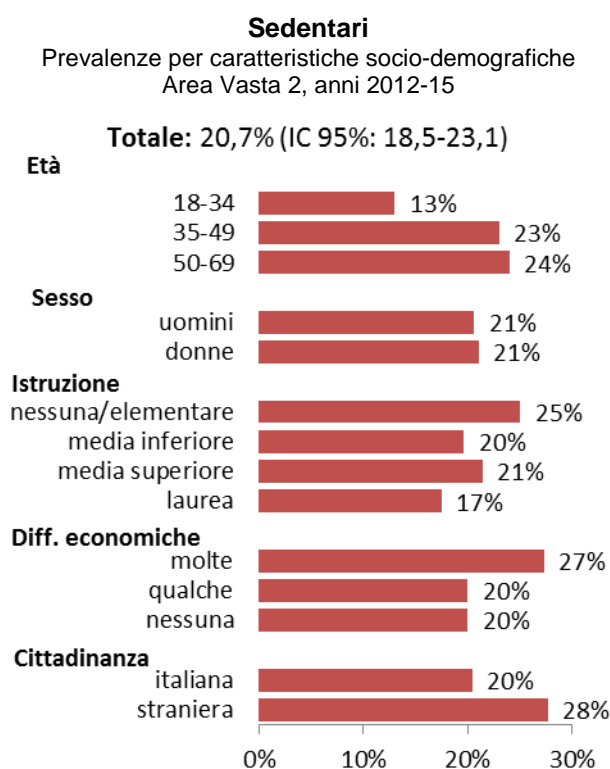
<sup>1</sup> lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni);

<sup>2</sup> non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati;

<sup>3</sup> non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

Nel periodo 2012-15, nella Area Vasta 2 il 28% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 52% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 21% è completamente sedentario.

- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche e nei cittadini stranieri; non sono invece emerse differenze significative tra uomini e donne.
- Nella regione Marche la percentuale di sedentari è pari al 23% ben al di sotto della media nazionale dove risultata del 32%.
- Nel pool di ASL Passi 2012-15 la sedentarietà è associata all'avanzare dell'età, al genere femminile, a uno status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche o basso livello di istruzione.



## Gli operatori sanitari in AV2 promuovono l'attività fisica dei loro assistiti?

Nella Area Vasta 2 solo il 25,9% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di fare attività fisica regolarmente. Tale valore nelle Marche è pressoché simile a quello italiano: essi corrispondono rispettivamente al 29,8% ed al 30,1%.

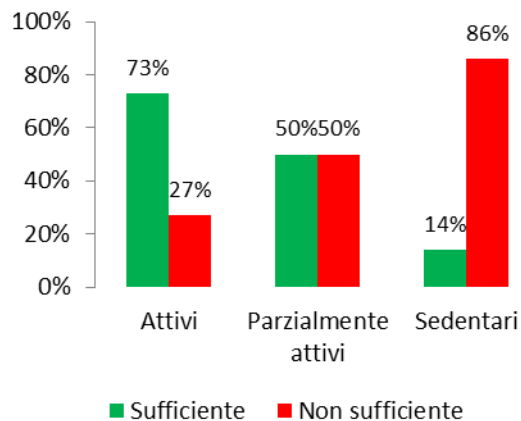
## Come viene percepito il proprio livello di attività fisica, tra i residenti in AV2?

La percezione che la persona ha del proprio livello di attività fisica praticata è importante in quanto condiziona eventuali cambiamenti verso uno stile di vita più attivo.

- Tra le persone attive, il 27% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente. Il 50% delle persone parzialmente attive ed il 14% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.
- Anche nel pool di ASL Passi 2012-15 il 27% delle persone attive ritiene non sufficiente la propria attività fisica mentre il 52% dei parzialmente attivi ed il 20% dei sedentari la considera sufficiente.

### Auto percezione del livello di attività fisica praticata

Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica  
Area Vasta 2, anni 2012-15



## 7.2 Stato nutrizionale e abitudini alimentari

Lo stato nutrizionale e le abitudini alimentari hanno un forte impatto sulla salute della popolazione:

- il World Cancer Research Fund International (Wcri) documenta la relazione causale tra eccesso ponderale e 7 forme di cancro: esofago, pancreas, colecisti, colon-retto, mammella (post-menopausa), endometrio e rene;
- l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse) ha stimato che una persona gravemente obesa perde in media 8-10 anni di vita, quanto un fumatore. Per ogni 15 kg di peso in eccesso il rischio di morte prematura aumenta del 30%. I bambini con almeno un genitore obeso hanno una probabilità 3-4 volte maggiore di essere obesi: la causa è in parte genetica e in gran parte è dovuta al fatto che i bambini acquisiscono gli stili di vita dei genitori (dieta poco salutare e vita sedentaria).
- In Italia l'eccesso ponderale è il quarto fattore di rischio più importante di morte prematura e di anni vissuti in condizioni di disabilità.

Le linee guida italiane per una sana alimentazione sottolineano che adeguate quantità di frutta e verdura, oltre a proteggere da malattie cardiovascolari, neoplastiche e respiratorie (asma e bronchiti), assicurano un rilevante apporto di carboidrati complessi, nutrienti (vitamine, minerali, acidi organici), sostanze protettive antiossidanti e consentono di ridurre l'apporto calorico della dieta, grazie al fatto che questi alimenti danno una sensazione di sazietà. Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five-a-day).

Nella sorveglianza di popolazione le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'Indice di Massa Corporea (IMC), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: *sottopeso* (IMC <18,5), *normopeso* (IMC 18,5-24,9), *sovrappeso* (IMC 25,0-29,9), *obese* (IMC ≥ 30).

Nell'ambito del sistema di sorveglianza Passi le prevalenze di sovrappeso e obesità vengono calcolate in base ai dati riferiti dagli intervistati su peso ed altezza. Il carattere autoriferito dei dati implica la possibilità di una sottostima del fenomeno a causa di un possibile bias di desiderabilità sociale.

## Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura – Area Vasta 2- PASSI 2012-2015

Popolazione in eccesso ponderale	% (IC95%)
sovrappeso <sup>1</sup>	37,9 (35,4-40,6)
obesi <sup>2</sup>	7,0 (5,7-8,6)
<i>Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario <sup>3</sup></i>	
sovrappeso	36,1 (31,9-40,6)
obesi	84,4 (75,3-90,6)
Adesione al five-a-day	9,9 (8,3-11,7)

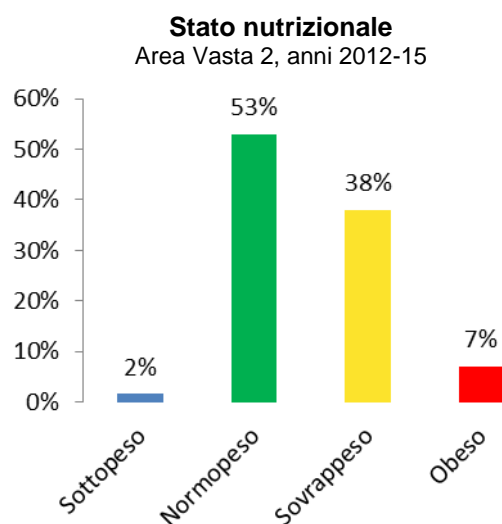
<sup>1</sup> sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25,0 e 29,9

<sup>2</sup> obeso = indice di massa corporea (Imc)  $\geq 30$

<sup>3</sup> tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

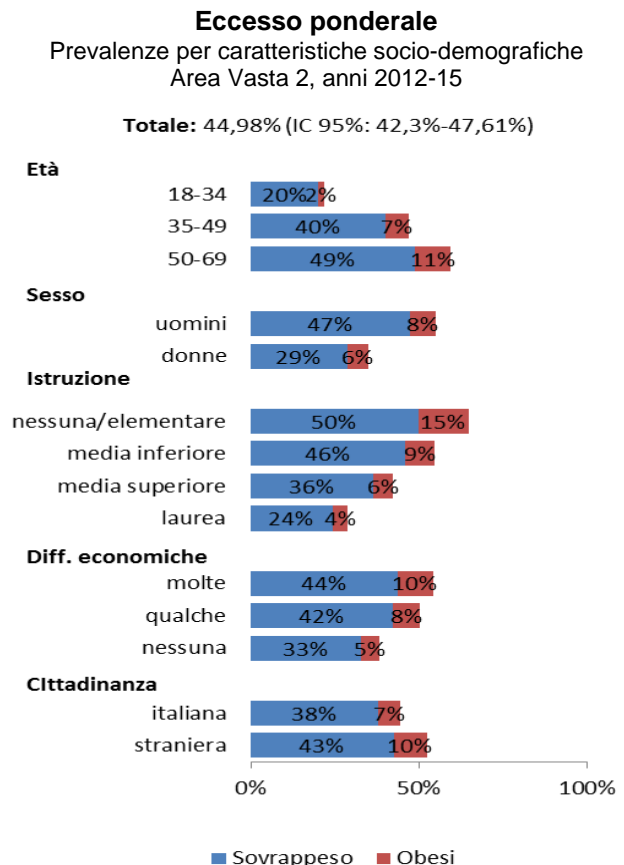
### Qual è lo stato nutrizionale della popolazione in AV2?

- Nell'AV2 il 2% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 53% normopeso, il 38% sovrappeso e il 7% obeso.
- Complessivamente si stima che il 45% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



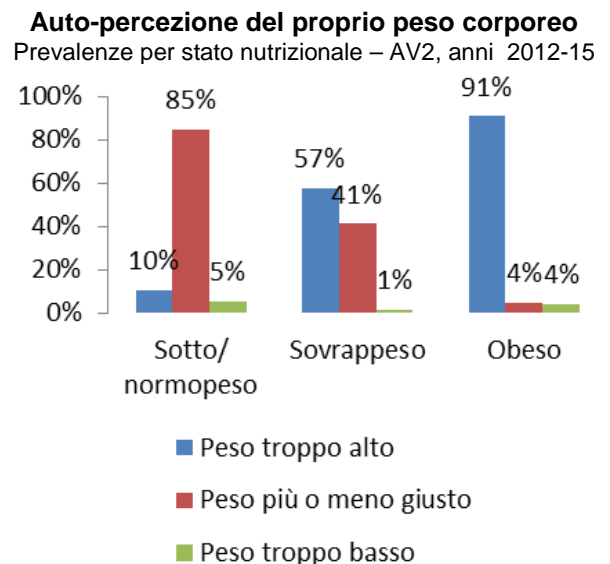
## Quante e quali persone sono in eccesso ponderale in AV2 ?

- L'eccesso ponderale è più frequente:
  - col crescere dell'età;
  - negli uomini;
  - nelle persone con basso livello di istruzione;
  - nelle persone con difficoltà economiche;
  - nei cittadini stranieri.
- Nella regione Marche le persone in sovrappeso si stima siano il 34% e gli obesi il 9%.
- Tra gli intervistati nel pool di ASL Passi 2012-15, le persone in sovrappeso sono il 32% quelle obese il 10%.



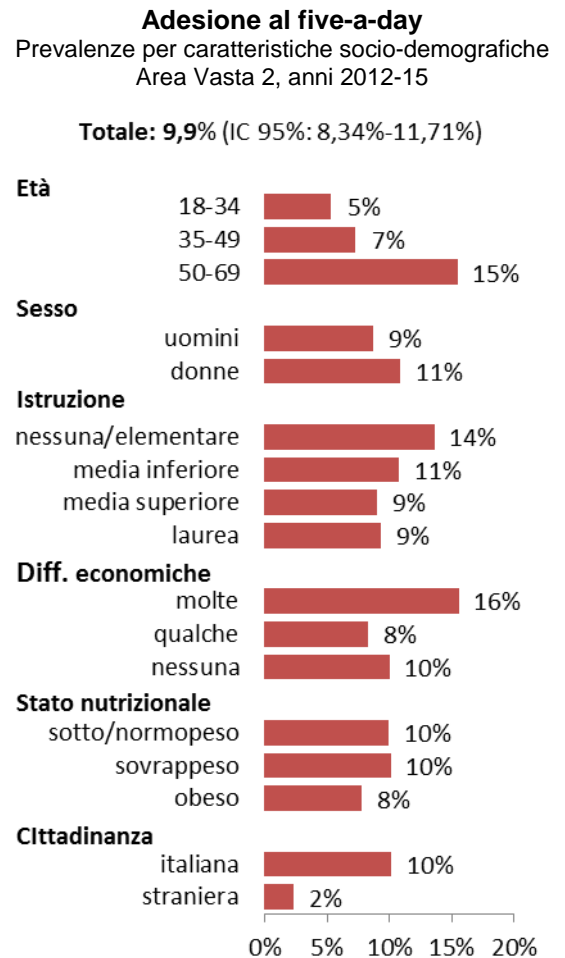
## Come considerano il proprio peso le persone intervistate, residenti in AV2?

- Nell'AV2 le persone in sovrappeso o obese spesso non sono consapevoli del loro stato di eccesso ponderale e non si percepiscono come tali. Infatti solo nel 62% degli intervistati si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC.
- La corretta percezione del proprio peso corporeo è riferita dal 91% degli obesi e dall'85% dei normopeso, mentre tra le persone in sovrappeso il 41% ritiene il proprio peso giusto e l'1% troppo basso.
- Nel pool di ASL Passi 2012-15 risulta che considerano giusto il proprio peso il 52% delle persone in sovrappeso ed il 10% di quelle obese.



**Quante persone in AV2 mangiano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (“five a day”)?**

- Nell’AV2 il 45% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 44% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 10% le 5 porzioni raccomandate.
- L’abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa:
  - nelle persone sopra ai 50 anni
  - nelle donne
  - nelle persone con titolo di studio basso
  - e con difficoltà economiche
  - nelle persone sottopeso/normopeso o in sovrappeso rispetto a quelle e obese
  - nei cittadini italiani.
- Nelle Marche risulta che il 11% degli intervistati aderisce al “five-a-day”.
- Nel pool di ASL Passi 2012-15, la percentuale di intervistati che aderisce al five-a-day è del 10%: l’adesione scende significativamente nelle regioni centrali e meridionali rispetto a quelle del Nord Italia.



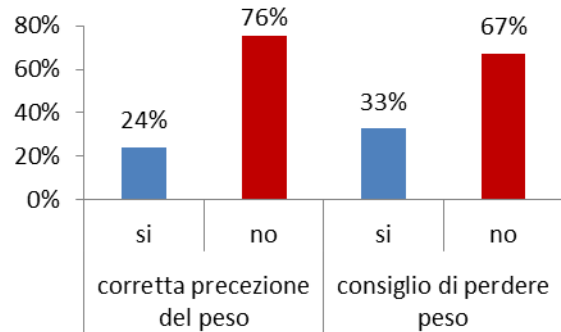
**Quante persone in AV2, in sovrappeso/obese, ricevono consigli di perdere peso dagli operatori sanitari e con quale effetto?**

- Nell’Area Vasta 2 il 44% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 36% delle persone in sovrappeso e 84% delle persone obese.
- Nelle Marche, nel periodo 2012-2015 la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di perdere peso è del 48%; nel pool di ASL Passi 2012-15 è invece del 50%.



- Nell'AV2 il 24% delle persone che si considerano in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (17% nei sovrappeso e 31% negli obesi), mentre la percentuale di intervistati in sovrappeso/obesi che attua una dieta su consiglio di un operatore è del 33%.
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono il consiglio di fare una dieta è significativamente più alta:
  - nelle donne (28% vs 13% negli uomini);
  - negli obesi (31% vs 17% nei sovrappeso);
  - in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (33%).

**Attuazione di una dieta**  
 % di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta per auto percezione del proprio peso  
 % di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta per consiglio dell'operatore sanitario  
 Area Vasta 2, anni 2012-15



### **Quante persone in AV2, sovrappeso/obese, ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?**

- Il 32% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 29% delle persone in sovrappeso e il 48% di quelle obese.
- Nella regione Marche, nel periodo 2012-15, il 33% di persone in sovrappeso ed il 53% di persone obese sono state consigliate dal medico di fare regolare attività fisica. Nel pool di ASL Passi 2012-2015 tali valori sono rispettivamente del 33% e del 51%.

## **7.3 Abitudine al fumo**

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare.

Il fumo di tabacco, oggi in Italia, costituisce la prima causa evitabile di morte prematura. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, basandosi sui dati del 2004, ha stimato che nella popolazione di 30 anni e più, il fumo provoca oltre 80.000 decessi all'anno: il 24% di tutti i decessi tra gli uomini e il 7% dei decessi tra le donne. In Italia si ottengono risultati variabili fra i 70 e gli 85 mila decessi all'anno, con oltre un milione di anni di vita potenziale persi.

Passi misura la prevalenza di non fumatori, fumatori ed ex fumatori, utilizzando le definizioni operative dell'Organizzazione mondiale della sanità. Coloro che non hanno avuto un contatto importante col fumo di sigaretta, cioè chi dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella propria vita, sono classificati come *non-fumatori*; gli individui che hanno fumato più di 100 sigarette nella vita, se dichiarano di fumare attualmente (o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi), sono classificati come *fumatori*, se invece dichiarano di non fumare al momento dell'intervista e di aver smesso da più di sei mesi sono classificati come *ex-fumatori*.

## Abitudine al fumo di sigaretta – Area Vasta 2 - PASSI 2012-15

Abitudine al fumo di sigaretta	% (IC95%)
Non fumatori <sup>1</sup>	59,0 (56,4-61,7)
Fumatori <sup>2</sup>	19,9 (17,8-22,3)
<i>in astensione</i> <sup>3</sup>	0,6 (0,3-1,2)
<i>ex -fumatori</i> <sup>4</sup>	20,2 (18,3-22,6)

<sup>1</sup> Non fumatore = soggetto che dichiara di non aver mai fumato o di aver fumato meno di 100 sigarette nella sua vita e che attualmente non fuma.

<sup>2</sup> Fumatore = persona che ha fumato 100 o più sigarette nella sua vita e che fuma tuttora (o che ha smesso di fumare da meno di sei mesi).

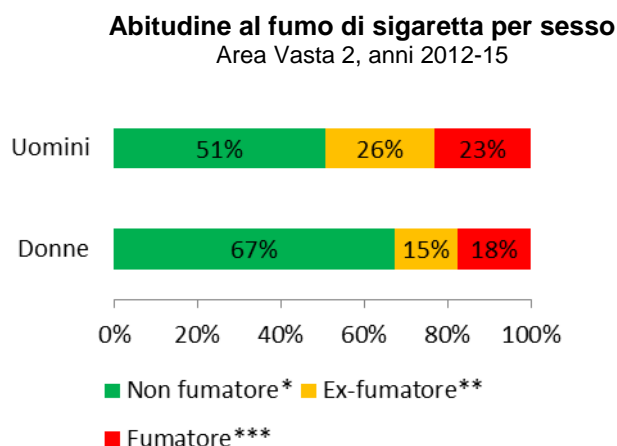
<sup>3</sup> Fumatore in astensione = fumatore che ha smesso di fumare da meno di sei mesi .

<sup>4</sup> Ex fumatore = persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

Nel periodo 2012-15 nella Area Vasta 2 tra gli adulti di 18-69 anni, più della metà (59%) degli intervistati è non fumatore, un fumatore su 5 ha smesso di fumare da almeno 6 mesi.

### Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta in AV2?

- L'abitudine al fumo è più alta negli uomini che nelle donne (23% versus 18%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (67% versus 51%).
- Lo 0,6% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati non ancora ex fumatori in base alla definizione OMS).



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

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

\*\*\*Fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno, oppure soggetto che attualmente non fuma, ma ha smesso da meno di 6 mesi

### Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta in AV2?

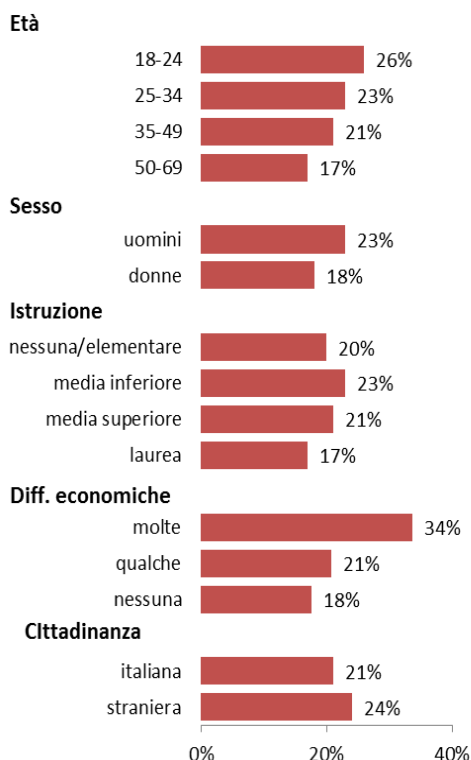
L'abitudine al fumo è risultata più alta tra 25 e 34 anni, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente. Ancora persiste una forte differenza di genere a sfavore degli uomini anche se i dati indicano una tendenza all'aumento della percentuale di donne fumatrici.

- La prevalenza di fumatori è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, nei cittadini stranieri e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche,
- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 12 sigarette al giorno.
- Nella regione Marche nel periodo 2012-2015 riferisce di essere fumatore il 25% degli intervistati, ex fumatore il 21%. In media si fumano 11,5 sigarette al giorno.
- Nel pool di ASL Passi, 2012-15, il 27% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 18% è ex fumatore e il 55% è non fumatore. A livello nazionale in media si fumano 13 sigarette al giorno.

### Fumatori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
Area Vasta 2, anni 2012-15

Totale: 19,93% (IC 95%: 17,79%-22,27%)



### A quanti fumatori in AV2 è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare e perché?

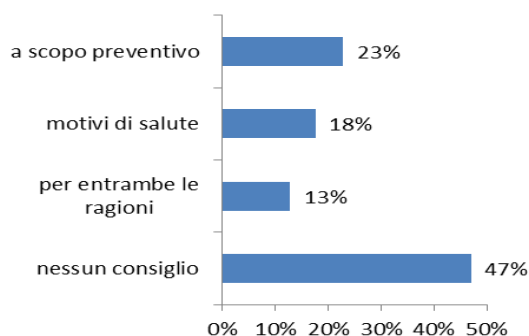
#### Attenzione degli operatori sanitari – Area Vasta 2- PASSI 2012-15

Proporzione di fumatori attuali che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare	% (IC95%)
Consiglio del medico/operatore sanitario di smettere di fumare, ai fumatori attuali	53,0 (46,5-59,4)

- Tra i fumatori, il 53% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (23%).
- Nelle Marche i fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere sono il 55%.
- Nel pool di ASL Passi 2012-15 la percentuale è risultata pari al 51%.

#### Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione \*

Area Vasta 2, anni 2012-15

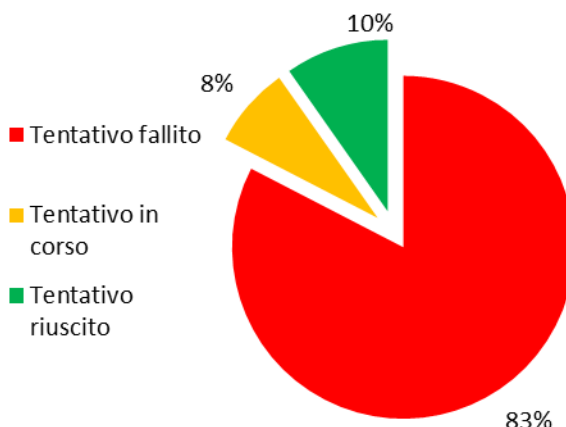


\* Fumatori che sono stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

### Smettere di fumare in AV2: quanti hanno tentato? Esito e modalità del tentativo.

- Nel periodo 2012-15, tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 39,4% ha tentato di smettere.
- Tra tutti coloro che hanno tentato:
  - l'83% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
  - l'8% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
  - il 10% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

**% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi**  
Area Vasta 2, 2012-15



- Nelle Marche il 38% dei fumatori intervistati riferisce di avere tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi; di questi l'83% ha fallito nel suo tentativo, il 9% stava ancora tentando ed il 9% è riuscito a smettere.
- Nel pool di ASL Passi 2012-15, il 37% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'82% ha fallito, il 10% stava ancora tentando al momento dell'intervista ed il 9% è riuscito nel tentativo.

### Il Fumo passivo in AV2

#### Fumo passivo – Area vasta 2 - PASSI 2012-14

Rispetto dei divieti	% (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	
<i>nei locali pubblici</i>	93,3 (91,7-94,6)
<i>sul luogo di lavoro</i>	94,7 (92,9-96,1)
<i>in casa</i>	86,5 (84,5-88,3)
<i>Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia</i>	91,8 (87,9-94,5)

#### Rispetto in AV2 del divieto di fumare nei luoghi pubblici

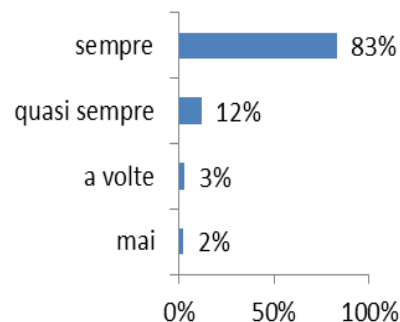
- Nell'AV2 il 93% degli intervistati riferisce che il divieto di fumare nei locali pubblici è rispettato sempre o quasi sempre
- Nella regione Marche il divieto di fumare è rispettato nel 90% dei casi.
- Nel pool di ASL Passi, 2012-15, la proporzione media corrisponde al valore regionale (90%): vi è però un evidente gradiente territoriale.

### **Rispetto in AV2 del divieto di fumo sul luogo di lavoro**

- Tra i lavoratori intervistati nel 2012-15, il 95% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato: sempre nell'83% dei casi o quasi sempre (12%).
- Il 5% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (2%) o lo è a volte (3%).
- Nella regione Marche il divieto viene rispettato per il 90% dei casi
- Nel pool di ASL Passi, 2012-15, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nel 92% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.

### **Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro\***

Area Vasta 2, anni 2012-15



\*lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)

### **L'abitudine al fumo in ambito domestico in AV2**

- Riguardo all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella Area Vasta 2, nel periodo 2012-15 l'87% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa; l'11% che si fuma in alcuni luoghi, il 2% che si fuma ovunque.
- In caso di convivenza con minori di 15 anni, il 92% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.
- Nella regione Marche l'80% degli intervistati riferisce di rispettare in modo assoluto il divieto di fumare in casa, in particolare l'86% di coloro che hanno minori in famiglia.
- Nel pool di ASL Passi, 2012-15, l'80% degli intervistati ha riferito che è assolutamente vietato fumare nella propria abitazione (87% in presenza di minori di 15 anni).

## **7.4 Consumo di alcol**

L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e con la capacità di indurre dipendenza: causa danni diretti alle cellule di molti organi, soprattutto fegato e sistema nervoso centrale, e in particolare alle cellule del cervello.

Si stima che in Italia siano almeno 30.000 le morti causate dall'alcol, che risulta essere la prima causa di morte tra i giovani fino ai 24 anni di età, in relazione principalmente agli incidenti stradali.

I rischi di danni alcol-correlati variano in funzione di diversi fattori:

- la quantità di alcol bevuta abitualmente;
- la quantità assunta in una singola occasione;
- le modalità e il contesto di assunzione dell'alcol;
- le caratteristiche individuali, come età, sesso, condizioni patologiche preesistenti, ecc., che determinano una differente suscettibilità agli effetti nocivi dell'alcol.

Passi misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (UA). L'UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

Passi monitora diversi aspetti del consumo a maggior rischio mediante indicatori specifici:

*consumo abituale elevato*: per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera,

corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni<sup>85</sup>; *consumo binge*: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione<sup>86</sup>; *consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto*.

### Quante persone consumano alcol in AV2?

#### Consumo di alcol – Area Vasta 2 - PASSI 2012-15

Consumo di alcol	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	63,9 (61,3-66,5)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	6,0 (5,0-7,3)
Consumo abituale elevato <sup>1</sup>	4,4 (3,3-5,7)
Consumo <i>binge</i> (2010-2011) <sup>2</sup>	10,6 (9,1-12,5)
Consumo a maggior rischio (2010-2011) <sup>3</sup>	17,6 (15,7-19,8)

<sup>1</sup> più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per gli uomini); più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne)

<sup>2</sup> 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010).

<sup>3</sup> Consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti.

- La tabella soprastante riporta le prevalenze di consumo di alcol nell'Area Vasta 2 nel periodo 2012-2015, per tipologia di consumo.

<sup>85</sup> Questo indicatore, in precedenza denominato "forte bevitore" veniva calcolato in base al valore medio nei soli giorni di assunzione di bevande alcoliche, e quindi comportava una sovrastima della prevalenza di consumo abituale elevato. Anche se l'indicatore è stato ridefinito, le informazioni raccolte da Passi permettono di calcolarne il valore anche per gli anni passati, consentendo perciò di effettuare confronti tra periodi diversi e di rilevare trend.

<sup>86</sup> Nel 2010 è stata modificata la definizione di consumo binge, che in precedenza era pari a 6 UA in entrambi i sessi, per allinearla alla definizione adottata dal BRFSS americano e da altre istituzioni sanitarie. Il cambiamento della soglia ha comportato la modifica della relativa domanda del questionario; perciò i valori di questo indicatore calcolati a partire dal 2010 non sono direttamente confrontabili con quelli degli anni precedenti

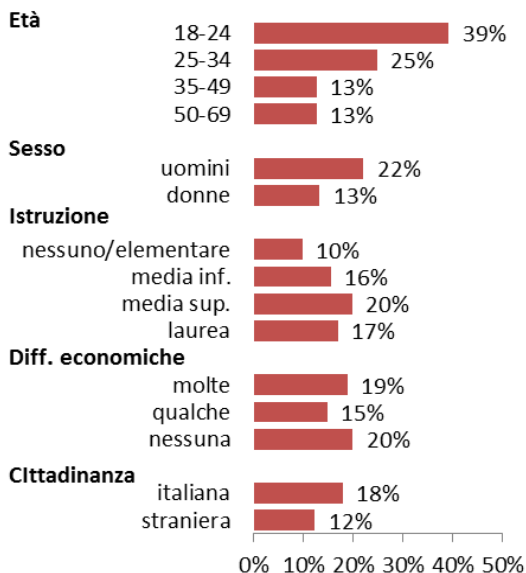
## Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio in AV2?

- Nel periodo 2012-15 nell'AV2, il 18% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol "a maggior rischio" perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.
- Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione medio-alto, quelle che non hanno difficoltà economiche e nei cittadini italiani.
- Nella Regione Marche, nel periodo 2012-2015, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 18,5% e nel Pool di ASL Passi è del 17%.

### Consumo a maggior rischio

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
Area Vasta 2, anni 2012-15

Totale: 17,6% (IC 95%: 15,65%-19,75%)



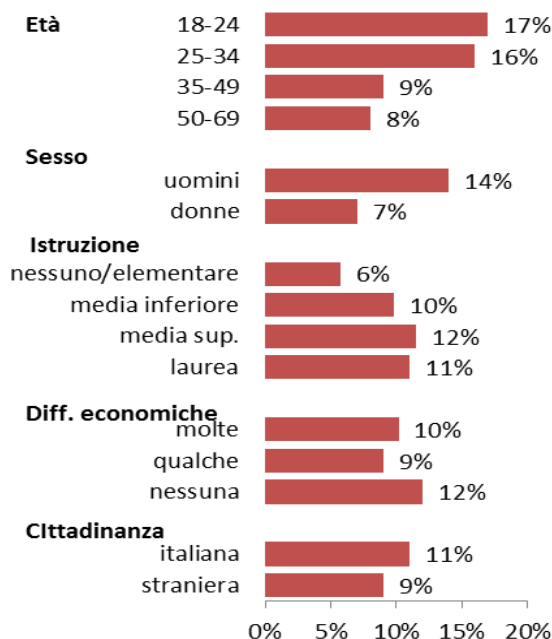
## Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge in AV2?

- Nel periodo 2012-15 nell'Area Vasta 2, l'11% degli intervistati è classificabile come consumatore *binge*.
- Il consumo binge è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni, gli uomini, le persone con livello di istruzione alto, quelle con minori difficoltà economiche e nei cittadini italiani.
- A livello regionale, nel periodo 2012-15, la percentuale di bevitori a "binge" è risultata del 10%. Nel Pool di ASL Passi nello stesso periodo i consumatori *binge* sono il 9%.

### Consumo binge

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
Area Vasta 2 anni, 2012-15

Totale: 10,6% (IC 95%: 9,07-12,45)

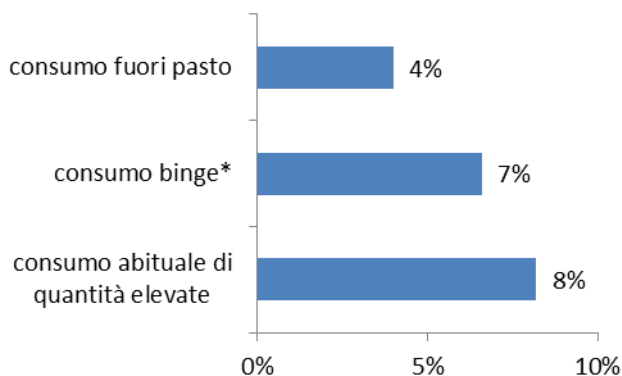


## Qual è l'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol in AV2?

- Nel periodo 2012-15, nella Area Vasta 2 solo il 5% degli intervistati con consumo a maggior rischio riferisce che un medico o un altro operatore sanitario gli ha suggerito di ridurre il consumo di alcol.
- A livello regionale, nel periodo 2012-15, questa percentuale è risultata del 3%, mentre nel Pool di ASL Passi nello stesso periodo è del 6%.
- Tra coloro che bevono alcol (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto la frequenza di consigli è pari al 4%; nel caso delle persone con consumo *binge* sale all'7% e in quelli con consumo abituale elevato all'8%.

### Categorie di persone, con un consumo a maggior rischio, che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario.

Percentuali per tipo di consumo  
Area Vasta 2, anni 2012-15



Def. \* 2010-11

## Alcol e guida: comportamenti in AV2

- Nell'AV2 tra i bevitori di 18-69 anni che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 30 giorni, il 7% dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo aver bevuto nell'ora precedente almeno due unità di bevande alcoliche.
- La guida sotto l'effetto dell'alcol è un comportamento riferito con maggior frequenza dagli uomini, dai più giovani, dai cittadini stranieri e dai soggetti con basso livello d'istruzione.
- Nelle Marche il 9% degli intervistati che si dichiarano bevitori, riferisce di aver guidato dopo aver bevuto nell'ora precedente 2 o più unità di bevande alcoliche. Nel Pool di Asl Passi nel periodo 2012-15 tale proporzione è dell'8%.

### Guida sotto l'effetto dell'alcol tra i bevitori 18-69 anni che hanno guidato l'auto/moto negli ultimi 12 mesi

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche  
Area Vasta 2, anni 2012-15

**Totale: 6,5% (IC 95%: 5,0%-8,5%)**





## 8. LA PREVENZIONE

### 8.1 Le coperture vaccinali

Fonti informative:  
- archivio dati Regione Marche

Nonostante la fondamentale importanza delle vaccinazioni, che rappresentano l'intervento più efficace e sicuro per la prevenzione delle principali malattie infettive, il fenomeno dell'esitazione vaccinale appare in crescita in tutte le Regioni italiane e, seppure in presenza di differenze significative tra i territori, i dati di copertura evidenziano il suo persistere sul territorio regionale. Al rifiuto di tipo ideologico, fenomeno difficilmente contrastabile con i tradizionali strumenti (solleciti ripetuti, counselling vaccinale, etc. ), si affianca il ritardo o la scelta di effettuare solo alcune delle vaccinazioni raccomandate, spesso per la diffidenza derivata dal timore degli effetti collaterali.

I movimenti antivaccinali, sempre più radicati sul territorio italiano e regionale stanno diffondendo disinformazione in maniera efficace anche grazie ai nuovi media per la comunicazione (social network come facebook e canali video come youtube). Del resto è on line che i più giovani ricercano informazioni e sul web è veicolata gran parte della disinformazione spesso incontrollata, che riguarda anche l'ambito vaccinale.

Per contrastare questa disinformazione e diffondere una corretta informazione sui vaccini un gruppo di Operatori Sanitari, blogger, divulgatori scientifici, studenti provenienti da varie parti d'Italia, si riuniscono nell'ottobre del 2015 in una rete: nasce così il movimento "TeamVaxItalia" con l'obiettivo di promuovere la pratica vaccinale.

"Il team è una rete di risorse che opera online e offline. Il bacino di utenti che quotidianamente raggiunge, sia nel web che sui social, si può quantificare idealmente in circa 150.000/250.000 persone, a cui TeamVax offre un servizio di sostegno e corretta informazione sulle tematiche scientifiche, ed in particolare, sul tema della pratica vaccinale"<sup>87</sup>.

Il movimento ha prodotto un documento di advocacy denominato: "Carta italiana per la promozione delle vaccinazioni"<sup>88</sup> che rappresenta una chiamata all'azione, utile a offrire a tutti coloro che desiderano impegnarsi, l'opportunità di sostenere e diffondere l'importanza dei programmi vaccinali. La "Carta" è frutto di una stesura collaborativa tra genitori e operatori sanitari, mediata/supervisionata da operatori italiani esperti in tema di vaccinazioni. Essa pertanto può definirsi: "il luogo d'incontro tra i desiderata dei genitori e quelli degli operatori sanitari".

La Carta è stata presentata e promossa attraverso incontri pubblici, comunicati stampa, servizi televisivi ed il web.

In tabella 8.1.1 sono evidenziate le coperture vaccinali per singola vaccinazione, relative all'anno 2016, per distretti dell'AV2, Area Vasta 2 nel suo complesso e regione Marche.

In tabella 8.1.2 sono riportati invece per ciascuna vaccinazione, i differenziali di copertura vaccinale 2016-2015, per Distretto, Area Vasta 2 nel suo complesso e regione Marche. Quest'ultimi in AV2 sono tutti positivi, eccetto che per il vaccino Haemophilus influenzae tipo b in cui si registra, nel 2016, una diminuzione di copertura rispetto al 2015 di -0,1 punti percentuali.

Si evidenzia però che in AV2, così come nella regione Marche, nel 2016 per nessuna tipologia di vaccinazione viene raggiunta la soglia di copertura vaccinale, pari o maggiore al 95%, idonea per impedire lo sviluppo di focolai epidemici tra la popolazione.

<sup>87</sup> <http://www.teamvaxitalia.it/index.html>, ultimo accesso 23 marzo 2017

<sup>88</sup> <http://www.teamvaxitalia.it/lacarta-per-le-vaccinazioni.html> ultimo accesso 23 marzo 2017

**Tab. 8.1.1 Coperture vaccinali al 31.12.2016 (coorte 2014), per Distretto, Area Vasta 2 e regione Marche. Anno 2016**

Vaccinazione	Senigallia	Jesi	Fabriano	Ancona	AV2	Marche
Polio(a)	92,8	90,8	94,1	94,5	93,4	92,4
Difterite (a)	92,8	90,7	94,1	94,4	93,3	92,2
Tetano (a)	92,8	91,6	94,1	94,6	93,6	92,6
Pertosse (a)	92,8	90,7	94,1	94,4	93,3	92,2
Epatite B(a)	92,8	90,7	94,1	93,6	92,8	92,0
Haemophilus influenzae tipo b(b)	92,8	90,6	94,1	93,3	92,7	91,8
Morbillo(c)	90,1	82,5	91,1	85,6	86,1	83,0
Parotite (c)	90,1	82,5	91,1	85,6	86,1	83,0
Rosolia (c)	90,1	82,5	91,1	85,6	86,1	83,0
Varicella (c)	49,3	2,4	24,6	39,1	31,1	32,9
Meningococco C coniugato (b)	87,3	82,3	88,5	83,5	84,3	80,8
Pneumococco coniugato (b)	92,2	89,8	93,2	90,7	91,0	89,4

Fonte: archivio dati Regione Marche. Elaborazione PF "Prevenzione e Promozione della Salute nei luoghi di vita e di lavoro", ARS-Marche

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

(b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età

(c) 1a dose entro 24 mesi

**Tab. 8.1.2 Differenziali di copertura vaccinale 2016-2015, per Distretto, Area Vasta 2 e regione Marche. Anno 2016**

Vaccinazione	Senigallia	Jesi	Fabriano	Ancona	AV2	Marche
Polio(a)	2,6	-0,9	-0,5	-0,2	0,0	0,3
Difterite (a)	2,6	-0,9	-0,5	-0,1	0,1	0,5
Tetano (a)	2,6	-0,3	-0,5	-0,4	0,0	0,5
Pertosse (a)	2,6	-0,9	-0,5	-0,2	0,0	0,5
Epatite B(a)	3,2	-1,0	-0,5	-0,1	0,1	0,4
Haemophilus influenzae tipo b(b)	2,6	-0,9	-0,5	-0,3	-0,1	0,2
Morbillo(c)	7,0	1,3	1,1	-0,1	1,4	3,1
Parotite (c)	7,0	1,3	1,1	-0,1	1,4	3,1
Rosolia (c)	7,0	1,3	1,1	-0,1	1,4	3,1
Varicella (c)	43,2	1,1	23,7	33,4	26,7	30,2
Meningococco C coniugato (b)	5,2	1,3	2,5	0,8	1,8	3,9
Pneumococco coniugato (b)	4,1	-0,5	2,6	-0,2	0,7	1,4

Fonte: archivio dati Regione Marche. Elaborazione PF "Prevenzione e Promozione della Salute nei luoghi di vita e di lavoro", ARS-Marche

(d) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

(e) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età

(f) 1a dose entro 24 mesi

In Italia le coperture vaccinali a 24 mesi relative al vaccino esavalente (anti-difterica+antitetanica+antipertosse+antipolio+anti-hemophilus+antiepatite B), nel 2000 erano al 95% mentre nel 2015 sono attorno al 93%. E' dal 2013 che si sta assistendo ad un progressivo calo.

Particolarmente preoccupanti sono i dati riguardanti le coperture per morbillo e rosolia e parotite che dal 2013 al 2015 hanno perso ben 5 punti percentuali passando dal 90,4% all'85,3%.

La riduzione delle coperture vaccinali comporta un progressivo accumulo di soggetti “suscettibili” che costituiscono un rischio reale di focolai epidemici estesi per malattie endemiche come il morbillo, rosolia e parotite. E’ proprio quanto sta accadendo nel nostro Paese: infatti nel mese di gennaio 2017 è stato registrato un aumento dei casi di morbillo rispetto ai mesi precedenti e a gennaio 2016. Sono stati segnalati ad oggi 1.010 casi di morbillo verificatisi in quasi tutte le Regioni/Province Autonome, di cui la maggior parte (86%) in sole cinque Regioni: Piemonte, Lombardia, Lazio, Abruzzo e Toscana.

Caratteristiche delle persone malate:

- il 90% dei casi era non vaccinato;
- la maggior parte dei casi è stata segnalata in soggetti di età maggiore o uguale a 15 anni (57% nella fascia 15-39 anni e 17% negli adulti >39 anni), con un’età mediana dei casi pari a 27 anni;
- il 26% dei casi è stato segnalato in bambini nella fascia di età 0-14 anni; di questi, 50 avevano meno di un anno di età;
- sono stati segnalati 113 casi tra operatori sanitari<sup>89</sup>.

La riduzione delle coperture vaccinali comporta però anche rischi di comparsa di casi di malattie infettive non presenti più in Italia, quali poliomielite e difterite, ma potenzialmente re-introducibili.

A questo proposito in Italia, dal 2015 ad oggi si è assistito a un aumento delle segnalazioni di infezioni causate da *Corynebacterium diphtheriae*, il batterio che provoca la difterite. In totale sono stati notificati 8 casi tra i quali 1, segnalato nel 2016 nel Nord Italia, dovuto a *C. diphtheriae* produttore di tossina responsabile di difterite cutanea. Tutti gli altri casi erano dovuti a ceppi di *C. diphtheriae* non produttori di tossina difterica. Sei degli otto casi hanno riguardato persone di origine straniera; due casi hanno riguardato invece cittadini italiani, dei quali uno aveva una anamnesi positiva per un recente viaggio nelle Filippine<sup>90</sup>.

---

<sup>89</sup> <http://www.epicentro.iss.it/problemi/morbillo/Infografica2017.asp>. Ultimo accesso 31 marzo 2017

<sup>90</sup> <http://www.epicentro.iss.it/problemi/difterite/DifteriteItalia2017.asp> Ultimo accesso 23 marzo 2017

## 8.2 I programmi di screening oncologico

Fonti informative:

- data-base Passi , AV2, anni 2012-2015;
- Survey GISMA, GISCI e GISCOR

I programmi di screening oncologico si pongono come obiettivo la diminuzione della mortalità per neoplasia sede specifica, attraverso l'identificazione del tumore in fase precoce e l'adozione di efficaci percorsi diagnostico-terapeutici capaci di modificarne la storia naturale.

Al momento le uniche sedi tumorali per cui esiste uno programma di screening organizzato nella popolazione, di comprovata efficacia e costo-efficacia, sono la cervice uterina, il colon-retto e il seno.

Le caratteristiche dei programmi di screening oncologico, attivi su tutto il territorio della Regione Marche, sono illustrate nella tabella 8.2.1

**\*Tab.8.2.1 Caratteristiche dei programmi di screening oncologico nella Regione Marche. Anno 2015**

Sede	Popolazione target	Test primario	Approfondimenti	Intervallo screening
Mammella	50-69	Mammografia (mx) bilaterale con doppia proiezione e doppia lettura	Ecografia, ingrandimento mammografico, in caso citologia e/o microbiopsia	2 anni
Colon-retto	50-69	FOBT (ricerca sangue occulto nelle feci con metodo immunochimico)	Colonscopia	2 anni
Cervice uterina°	25-64	Pap-test	Colposcopia	3 anni

\*Linee Guida del Ministero della Salute, anno 2006

°Il Ministero della Salute ha emanato, nel gennaio 2013, una circolare in cui si indicano le condizioni per l'uso del test HPV, come test primario, nei programmi di screening cervicale. Nel 2015 nell'AV3 è stata effettuata una sperimentazione in cui la ricerca dell'HPV è stata utilizzata come test primario, secondo precisi criteri stabiliti a livello nazionale. Il Gruppo di Coordinamento Regionale del progetto screening oncologici sta riflettendo sui risultati di questa sperimentazione al fine di utilizzare su tutto il territorio regionale, come test primario, la ricerca dell'HPV-DNA anziché il pap-test tradizionale.

### 8.2.1 Screening Mammografico

I dati provenienti dall'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM)<sup>91</sup>, evidenziano che il tumore maligno della mammella:

- nel pool Airtum 2008-2012 è la neoplasia più frequentemente diagnosticata nelle donne: in esse infatti circa un tumore maligno ogni tre (30%) è un tumore mammario<sup>92</sup>;
- ha un rischio d'insorgenza che aumenta con l'aumentare dell'età, con una probabilità di sviluppo di cancro al seno del 2,4% fino a 49 anni (1 donna su 42), del 5,5% tra 50 e 69 anni (1 donna su 18) e del 4,7% tra 70 e 84 (1 donna su 21);
- mostra un'incidenza stabile. Per la verità vi è, complessivamente, un modesto aumento: esso però deve essere correlato con l'ampliamento della popolazione target dello screening, avvenuto in alcune Regioni. Infatti un incremento significativo dell'incidenza si è registrato proprio in quelle fasce d'età che sono state ricomprese ex novo nei programmi organizzati di screening oncologico, quale appunto quella delle 45-49enni;

<sup>91</sup> "I numeri del Cancro in Italia. 2016" a cura dell'Associazione italiana di Oncologia Medica e dell'Associazione Italiana Registri Tumori

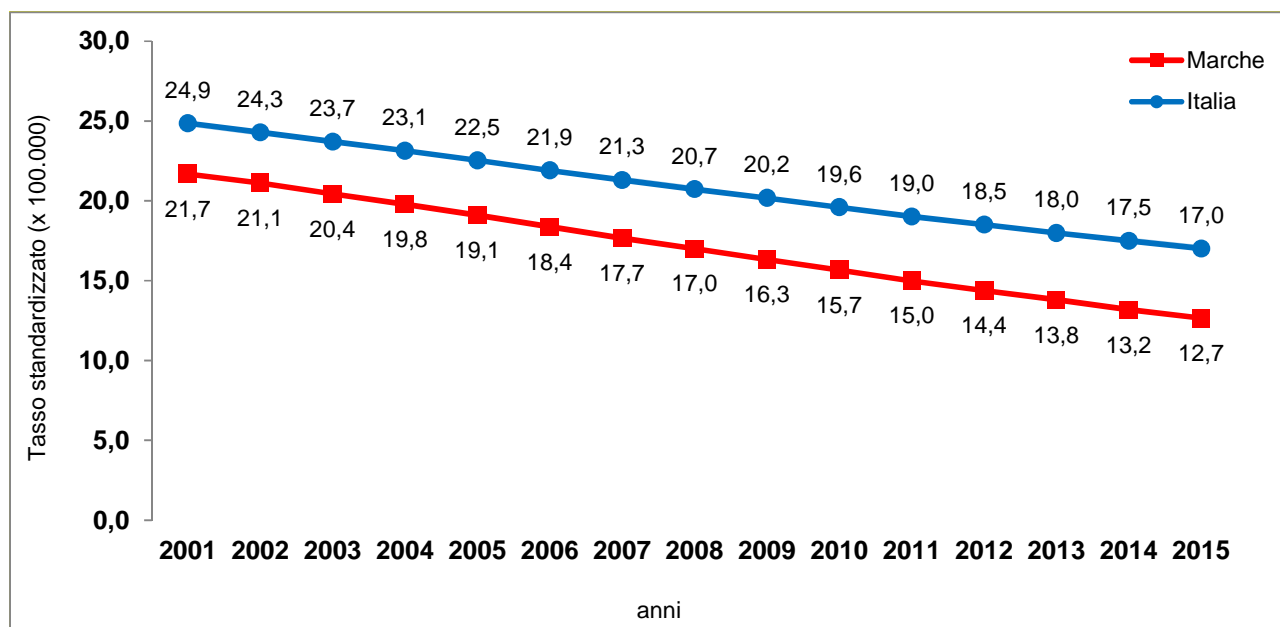
<sup>92</sup> Se si escludono i tumori della pelle

- nel pool Airtum 2008-2012 rappresenta ancora la prima causa di morte oncologica più frequente nelle donne, in tutte le età; tuttavia il trend della mortalità continua a calare in maniera significativa (-1,3% per anno). Ciò è attribuibile alla maggiore diffusione dei programmi di diagnosi precoce e quindi all'anticipazione diagnostica e anche ai progressi terapeutici;
- in Italia ha una sopravvivenza relativa a 5 anni dopo la diagnosi del 85,5%, più elevata rispetto alla media europea (81,8%).

Nelle Marche, nel periodo 2001-2015, l'andamento del tasso standardizzato (x 100.000 abitanti) di mortalità per tumore della mammella femminile risulta in evidente diminuzione (Fig. 8.2.1.1). La variazione percentuale della mortalità dal 2001 al 2015 è pari a circa -42% per le Marche e - 32% per l'Italia.

Il programma organizzato di screening per questa neoplasia è partito in tutte le ex Zone Territoriali della regione nell'arco temporale dei 12 mesi del 2001, eccetto Fabriano in cui è iniziato nel 2004.

**Fig. 8.2.1.1 Tasso standardizzato\* di mortalità per tumore della mammella femminile (per 100.000 abitanti). Confronto-regione Marche-Italia, anni 2001-2015.**



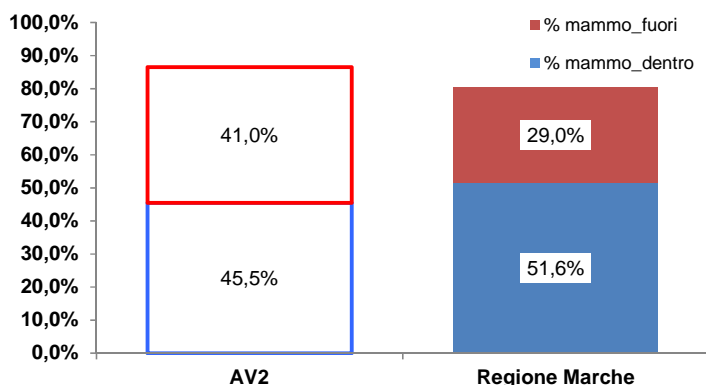
\*pop standard: pop europea

Fonte: [http://www.tumori.net/banche\\_dati/tumori/query.php](http://www.tumori.net/banche_dati/tumori/query.php) . Ultimo accesso 22 febbraio 2017 Elaborazione UOE, AV2

Dai dati del sistema di sorveglianza *PASSI* 2012-2015 si evince che l'87% delle donne intervistate di 50-69 anni, residenti nell'AV2, riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo nel corso dei due anni precedenti l'intervista, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali. Tale percentuale nella regione Marche è dell'81%.

Circa il 46% della popolazione target femminile dell'AV2 (52% nelle Marche) aderisce al programma organizzato mentre il 41% (29% nella regione) si sottopone a mammografia preventiva, nei tempi raccomandati, su iniziativa personale, (ovvero al di fuori del programma di screening organizzato) (Fig. 8.2.1.2).

**Fig. 8.2.1.2 \*Copertura della popolazione target: donne 50-69 anni che hanno fatto una mammografia negli ultimi 2 anni. Confronto AV2-Regione Marche, anni 2012-2015**



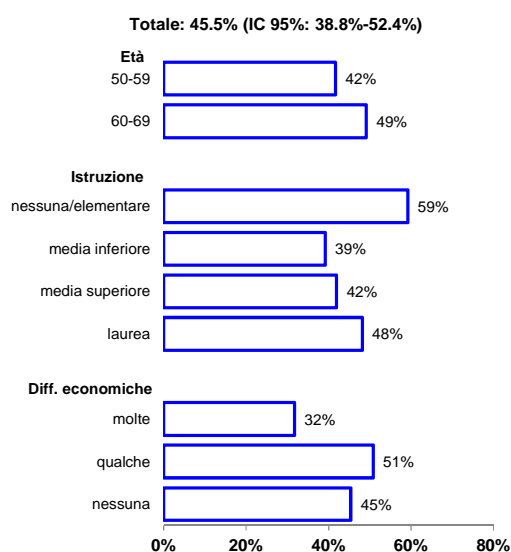
\*Include le mammografie, eseguite a scopo preventivo, fatte all'interno del programma di screening organizzato dall'ASUR o spontaneamente al di fuori di esso.  
Fonte: db Passi AV2 Elaborazione UOE, AV2

Anche nell'AV2, così come a livello nazionale si conferma l'esistenza di importanti differenze nelle caratteristiche socio-demografiche delle donne che fanno prevenzione su iniziativa personale rispetto a quelle che partecipano ai programmi organizzati.

La partecipazione allo screening è più frequente fra le donne in condizioni di svantaggio socio-economico: tra le più anziane (60-69enni) il 49% si è riferito al programma organizzato mentre il 35% ha fatto ricorso alla prevenzione al di fuori di esso; tra le meno istruite (cioè quelle con diploma di scuola elementare o meno) il 59% ha fatto una mammografia a scopo preventivo dentro il programma organizzato contro un 23% che lo ha eseguito fuori; tra quelle che hanno riferito molti problemi economici il 32% ha usufruito del programma organizzato contro il 24% che ha fatto la mammografia preventiva al di fuori (Fig. 8.2.1.3 e 8.2.1.4).

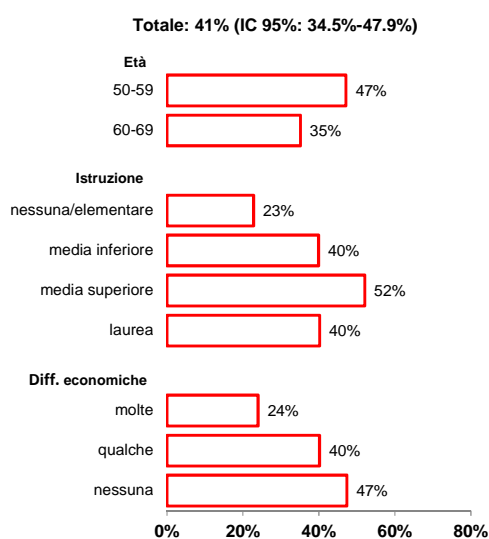
**Fig. 8.2.1.3 Mammografia eseguita negli ultimi due anni all'interno di programmi di screening organizzati – Donne 50-69enni residenti nell'AV2**

*Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche – Passi 2012-15*



**Fig. 8.2.1.4 Mammografia eseguita negli ultimi due anni al di fuori di programmi di screening organizzati – Donne 50-69enni residenti nell'AV2**

*Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche – Passi 2012-15*



Fonte: db Passi AV2 Elaborazione UOE, AV2

Dai dati della survey *GISMA* 2016 (attività 2015) si evince che (tab. 8.2.1.1):

- nell'AV2 sono state invitate al programma di screening organizzato complessivamente 35.927 donne di età tra 50-69 anni;
- l'adesione allo screening è stata del 46,5%: la percentuale più alta si è registrata nella fascia 60-69 anni (47%) rispetto a quella delle 50-59enni (46%);
- dal confronto tra i distretti dell'AV2 esistono differenze nell'adesione.

**Tab. 8.2.1.1 Donne invitate e % aderenti (adesione grezza)\* per fasce d'età e distretto dell'Area Vasta. AV2, anno 2015**

Distretti dell'AV2	50-59 anni		60-69 anni		Totale	
	n. invitate	% adesione grezza	n. invitate	% adesione grezza	n. invitate	% adesione grezza
Senigallia	2.846	45,9	2.495	53,9	5.341	49,6
Jesi	4.130	59,5	3.792	59,4	7.922	59,5
Fabriano	1.285	40,7	1.758	27,8	3.043	33,2
Ancona	11.099	40,6	8.522	43,9	19.621	42,0
<b>AV2</b>	<b>19.360</b>	<b>45,7</b>	<b>16.567</b>	<b>47,4</b>	<b>35.927</b>	<b>46,5</b>

% adesione grezza\* = numero di donne rispondenti sul totale della popolazione invitata, escludendo gli inviti inesitati (se il programma è in grado di riconoscerli).

Fonte db screening oncologici, AV2. Elaborazione UOE, AV2

Nel 2015 nell'AV2 tra le donne che hanno aderito per la prima volta allo screening organizzato sono stati scoperti 2 casi di tumore maligno, entrambi cancri invasivi. Tra quelle che invece avevano già aderito allo screening organizzato sono stati scoperti 41 tumori maligni (tab. 8.2.1.2).

**Tab. 8.2.1.2 N. donne a cui è stato scoperto un tumore maligno della mammella all'interno del programma di screening, per fasce d'età e distretti dell'Area Vasta. AV2, anno 2015**

Distretti dell'AV2	N. casi di tumore in donne aderenti per la prima volta allo screening organizzato		N. casi di tumore in donne aderenti allo screening organizzato non per la prima volta	
	donne tra 50-59 anni	donne tra 60-69 anni	donne tra 50-59 anni	donne tra 60-69 anni
Senigallia	0	0	0	5
Jesi	2		4	5
Fabriano	0	0	0	0
Ancona	0	0	8	19
<b>AV2*</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>29</b>

\*Mancano le informazioni sulla malignità o meno del tumore per 43 donne a cui il programma di screening organizzato ha consigliato l'intervento chirurgico.

Fonte db screening oncologici, AV2. Elaborazione UOE, AV2

Complessivamente nel 2015 all'interno dell'AV2 sono stati identificati circa 3 casi di tumore maligno della mammella femminile, ogni 1.000 donne (di età 50-69 anni) aderenti al programma di screening organizzato (tab. 8.2.1.3). In Italia tale valore nel 2014 (ultimo dato pubblicato, disponibile)<sup>93</sup> è pari a 4,7‰.

<sup>93</sup> Osservatorio nazionale screening: "Lo screening mammografico. Dati di attività dal 2010 al 2015". <http://www.osservatorionazionale screening.it/content/lo-screening-mammografico>

Il tasso di identificazione (x 1.000 donne residenti), suddiviso tra quelle che nell'anno hanno aderito allo screening per la prima volta e quelle che invece avevano già eseguito lo screening in precedenza, risulta rispettivamente pari a 1,2‰ e 2,9‰.

**Tab. 8.2.1.3 Tasso di identificazione totale° di tumore maligno per distretto dell'Area Vasta. AV2, anno 2015**

Distretti dell'AV2	Totale donne con tumore maligno scoperto	Totale donne esaminate	Tasso di identificazione totale (DR * 1.000)
Senigallia	5	2.650	1,9
Jesi	11	4.692	2,3
Fabriano	0	1.011	-
Ancona	27	7.422	3,6
<b>AV2*</b>	<b>43</b>	<b>15.775</b>	<b>2,7</b>

° Rapporto fra il numero di donne con cancro identificato allo screening e il numero di donne sottoposte a screening

\*Mancano le informazioni per 43 donne a cui il programma di screening ha consigliato l'intervento chirurgico

Fonte db screening oncologici, AV2. Elaborazione UOE, AV2

## 8.2.2 Screening della cervice uterina

I dati provenienti dall'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM), evidenziano che il tumore maligno della cervice uterina<sup>94</sup>:

- è oggi un tumore raro. In Italia nel 2016 si stima un numero di casi attesi pari a circa 2.200;
- è al quinto posto tra i tumori più frequenti che si riscontrano nella fascia delle giovani donne (0-49enni): in questa fascia d'età infatti il 4% di tutti i tumori diagnosticati è una neoplasia cervicale; mentre dopo i 50 anni rappresenta complessivamente l'1% dei tumori femminili;
- continua a registrare un costante, e statisticamente significativo, calo dell'incidenza (-2,2%/anno); ciò in quanto da tempo la diagnosi precoce permette anche l'evidenziazione e l'asportazione delle lesioni preneoplastiche che ne caratterizzano la progressione;
- ha mostrato, dal 1999 al 2016, una diminuzione statisticamente significativa della mortalità (assieme al cancro del corpo dell'utero<sup>95</sup>) (-1,0% per anno);
- presenta una sopravvivenza a 5 anni pari al 67,5% (IC95%: 66,2-66,9), statisticamente superiore alla media europea (62,4%; IC95%: 61,8-62,9), ciò in relazione all'anticipazione diagnostica ed al miglioramento delle terapie.

Nelle Marche, nel periodo 2001-2015, l'andamento del tasso standardizzato (x 100.000 abitanti) di mortalità per tumore della cervice uterina risulta in evidente diminuzione (Fig. 8.2.2.1).

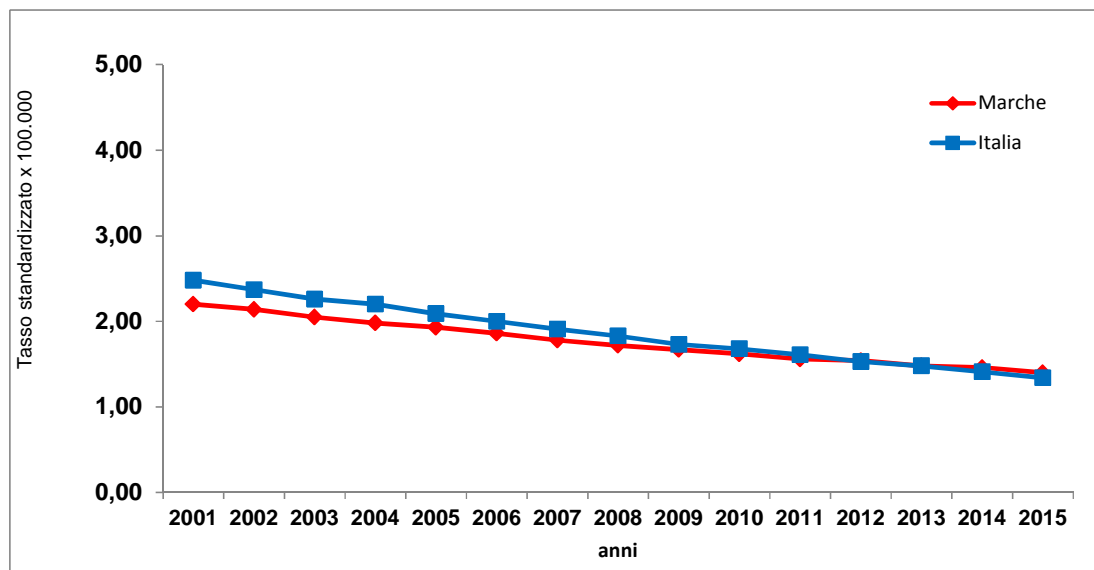
Il programma organizzato di screening per questa neoplasia è partito in tutte le ex Zone Territoriali della Regione nell'arco temporale dei 12 mesi del 2001.

<sup>94</sup> "I numeri del Cancro in Italia. 2016" a cura dell'Associazione italiana di Oncologia Medica e dell'Associazione Italiana Registri Tumori

<sup>95</sup> E' nota da tempo la difficoltà presente nelle statistiche di mortalità di distinguere la sottosede (cervice/corpo) nei decessi per tumori dell'utero.



**Fig. 8.2.2.1 Tasso standardizzato\* di mortalità per tumore della cervice uterina (per 100.000 abitanti). Confronto regione Marche-Italia, anni 2001-2015.**



\*pop standard: pop europea

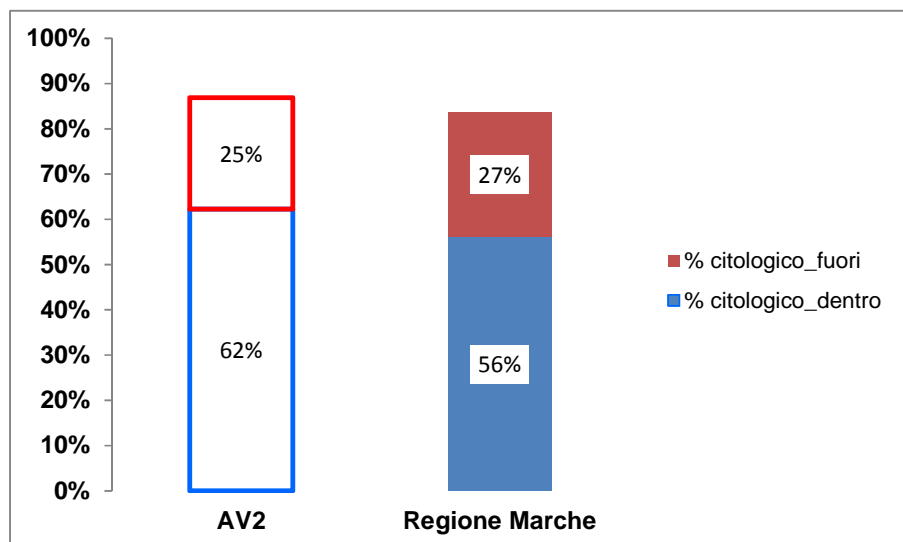
Fonte: [http://www.tumori.net/banche\\_dati/tumori/query.php](http://www.tumori.net/banche_dati/tumori/query.php) . Ultimo accesso 3 marzo 2017

Elaborazione UOE, AV2

Dai dati del sistema di sorveglianza *PASSI* 2012-2015 si evince che l'87% delle donne intervistate di 25-64 anni, residenti nell'AV2, riferisce di aver effettuato un pap-test a scopo preventivo nel corso dei tre anni precedenti l'intervista, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali. Tale percentuale nella regione Marche è invece dell' 83%.

Il 62% della popolazione target femminile dell'AV2 (56% nelle Marche) riferisce di aderire al programma organizzato e il 25% (27% nella regione) dichiara di sottoporsi a pap-test preventivo su iniziativa personale al di fuori di esso (Fig. 8.2.2.2).

**Fig. 8.2.2.2 \*Copertura della popolazione target: donne 25-64 anni che hanno fatto un pap-test preventivo negli ultimi 3 anni. Confronto AV2-Regione Marche, anni 2012-2015**



\*Include i test eseguiti a scopo preventivo, fatti all'interno del programma organizzato o spontaneamente al di fuori di esso.

Fonte: db Passi AV2 Elaborazione UOE, AV2

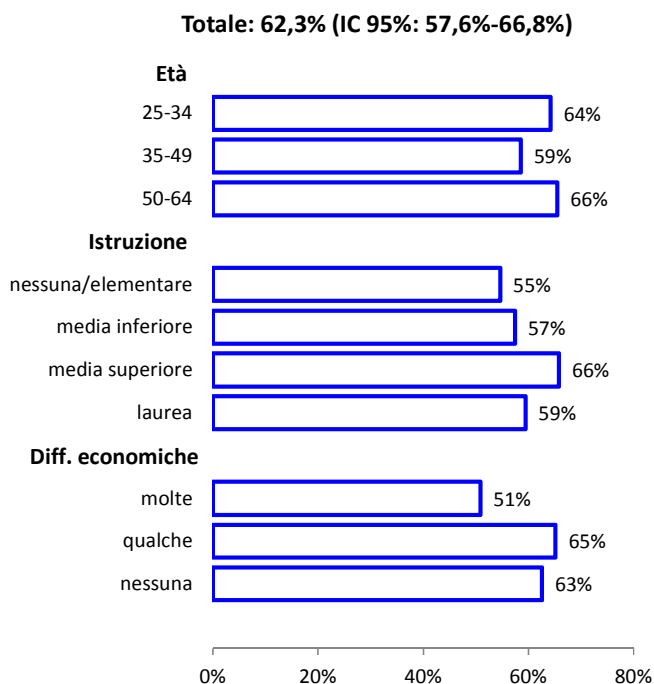
Anche nell'AV2, così come a livello nazionale si conferma l'esistenza di importanti differenze nelle caratteristiche socio-demografiche delle donne che fanno prevenzione su iniziativa personale rispetto a quelle che partecipano ai programmi organizzati.

La partecipazione allo screening è più frequente fra le donne in condizioni di svantaggio socio-economico: tra le più anziane (50-64enni) il 66% si è riferito al programma organizzato mentre il 20% ha fatto ricorso alla prevenzione al di fuori di esso; tra le meno istruite (cioè quelle con diploma di scuola elementare o meno) il 55% ha fatto un pap-test a scopo preventivo dentro il programma organizzato contro un 22% che lo ha eseguito fuori; tra quelle che hanno riferito molti problemi economici il 51% ha usufruito del programma organizzato contro il 18% che ha fatto il pap-test preventivo al di fuori.

Specularmente lo screening spontaneo è prerogativa delle donne giovani (33% tra le 35-49enni); delle più istruite (50 % tra quelle in possesso del diploma di scuola media superiore o laurea) e di quelle senza difficoltà economiche (25% tra le donne che dichiarano di non averne) (Fig. 8.2.2.3 e 8.2.2.4).

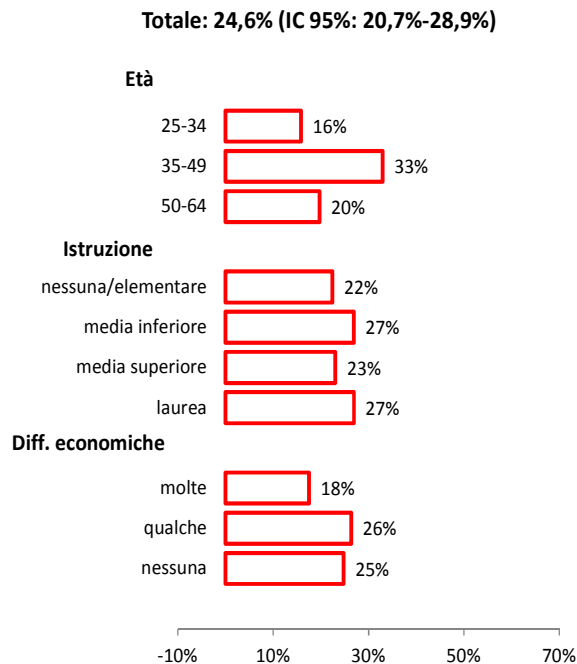
**Fig. 8.2.2.3 Pap-test eseguito negli ultimi tre anni all'interno di programmi di screening organizzati – Donne 25-64enni residenti nell'AV2**

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche – Passi 2012-15



**Fig. 8.2.2.4 Pap-test eseguito negli ultimi tre anni al di fuori di programmi di screening organizzati – Donne 25-64enni residenti nell'AV2**

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche – Passi 2012-15



Fonte: db Passi AV2 Elaborazione UOE, AV2

Dai dati della survey *G/SCI* 2016 (attività 2015) si evince che (tab. 8.2.2.1):

- nell'AV2 sono state invitate al programma di screening organizzato complessivamente 52.041 donne di età tra 25-64 anni;
- l'adesione grezza allo screening è stata del 37,3%. Nelle Marche nel 2015 ha aderito allo screening il 37,5% delle invitate, in Italia il 40%<sup>96</sup>;

<sup>96</sup> Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto 2016. Lo screening cervicale. Dati di attività 2008-2015 <http://www.osservatorionazionalescreening.it/content/lo-screening-cervicale> Ultimo accesso 6 marzo 2017

- la percentuale di adesione più alta si è registrata nella fascia 50-64 anni (39% adesione grezza);
- dal confronto tra i distretti dell'AV2 esistono differenze nell'adesione: si va dal 32% di Ancona al 54% di Senigallia.

**Tab. 8.2.2.1. Donne invitate e % adesione grezza\*, per fasce d'età e distretto dell'Area Vasta. AV2, anno 2015**

Distretti dell'AV2	25-34 anni		35-49 anni		50-64 anni		Totale	
	n. invitate	% adesione grezza*	n. invitate	% adesione grezza*	n. invitate	% adesione grezza*	n. invitate	% adesione grezza*
Senigallia	1.310	46,9	2.858	61,6	2.942	48,6	7.110	53,5
Jesi	2.561	35,3	4.450	40,9	3.732	41,4	10.743	39,7
Fabriano	809	51,9	1.721	48,7	1.724	37,2	4.254	44,6
Ancona	6.128	27,8	13.424	30,3	10.382	35,1	29.934	31,5
<b>AV2</b>	<b>10.808</b>	<b>33,7</b>	<b>22.453</b>	<b>37,8</b>	<b>18.780</b>	<b>38,7</b>	<b>52.041</b>	<b>37,3</b>

% adesione grezza\* = numero di donne rispondenti sul totale della popolazione invitata, escludendo gli inviti inesitati (se il programma è in grado di riconoscerli).

Fonte db screening oncologici, AV2. Elaborazione UOE, AV2

Nel 2015 nell'AV2 le donne che hanno effettuato un pap-test all'interno dello screening organizzato (donne screenate<sup>97</sup>) sono state 20.064. A 52 di esse sono state diagnosticate lesioni preneoplastiche o neoplastiche (CIN II+) pari ad un tasso di identificazione totale (Detection Rate) di circa 3 casi ogni 1.000 donne (di età 25-64 anni) "screenate" (tab. 8.2.2.2). In Italia il valore di questo indicatore riguardante però il periodo di attività 2012-2014 è del 3,5%<sup>98</sup>.

**Tab. 8.2.2.2 N. donne a cui è stata scoperta una lesione preneoplastica o neoplastica (CIN II+) della cervice uterina all'interno del programma di screening, per distretti dell'Area Vasta. AV2, anno 2015**

Distretti dell'AV2	N. donne con lesioni CIN II + diagnosticate nello screening organizzato (diagnosi istologica)	Totale donne screenate*	Tasso di identificazione totale° (DR * 1.000)
Senigallia	9	4.113	2,19
Jesi	11	4.439	2,48
Fabriano	7	2.075	3,37
Ancona	25	9.437	2,65
<b>AV2</b>	<b>52</b>	<b>20.064</b>	<b>2,59</b>

\* donne che hanno effettuato un pap-test a seguito di un invito o su richiesta spontanea (previa verifica da parte della segreteria screening sia dell'età che della data dell'ultimo pap-test eseguito) all'interno dello screening organizzato.

° Rapporto fra il numero di donne con lesioni CIN II + identificate allo screening e il numero di donne screenate.

Fonte db screening oncologici, AV2. Elaborazione UOE, AV2

<sup>97</sup> donne che hanno effettuato un pap-test a seguito di un invito o su richiesta spontanea (previa verifica da parte della segreteria screening sia dell'età che della data dell'ultimo pap-test eseguito) all'interno dello screening organizzato.

<sup>98</sup> Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto 2016. Lo screening cervicale. Dati di attività 2008-2015 <http://www.osservatorionazionale screening.it/content/lo-screening-cervicale> Ultimo accesso 6 marzo 2017.

### 8.2.3. Screening coloretta

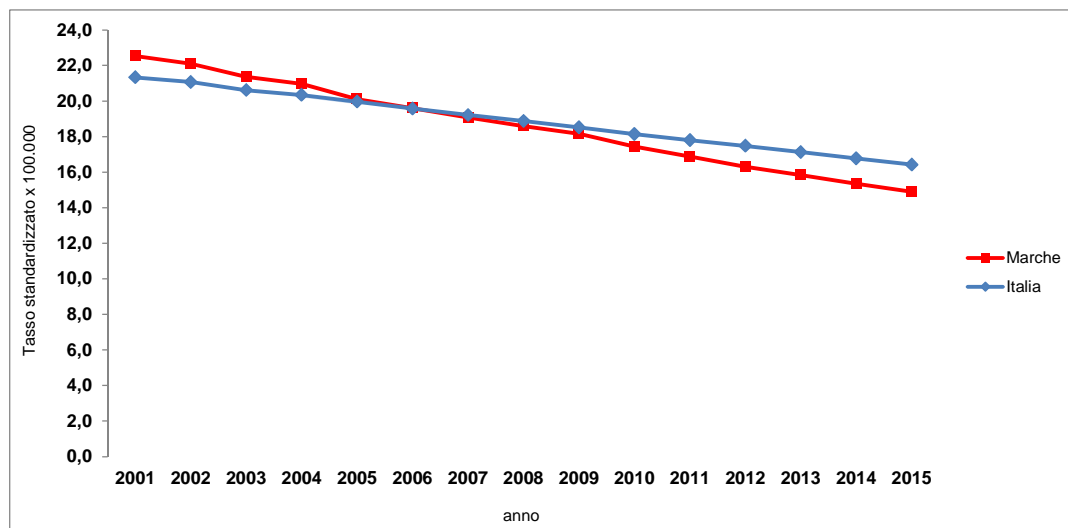
I dati provenienti dall'Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM)<sup>99</sup>, evidenziano che il tumore maligno del colon retto:

- rappresenta, il secondo tumore più frequentemente diagnosticato nella popolazione (il terzo tra la popolazione maschile, dopo il tumore della prostata e del polmone; il secondo tra la popolazione femminile dopo il tumore della mammella): nel 2015 si stima un numero di nuovi casi attesi pari a circa 52.000; la progressiva crescita dell'incidenza negli ultimi decenni è stata dovuta alla diffusione dei fattori di rischio (stili di vita e familiarità), all'anticipazione diagnostica ed all'aumento dell'età media della popolazione;
- il trend temporale per gli uomini è passato da un andamento in crescita fino alla metà degli anni Duemila (+2,2% nel periodo 1999-2007) ad una successiva riduzione (-6,8%/anno dopo il 2007), effetti associati con l'attivazione dei programmi di screening organizzati e dei round cosiddetti di prevalenza. L'andamento è simile nel sesso femminile: si osserva un incremento (+2,1%/anno nel periodo 1999-2006) e successivamente una riduzione (-3,6%/anno);
- rappresenta la neoplasia al secondo posto nella mortalità per tumore; tuttavia l'andamento della mortalità mostra un calo sia tra i maschi che tra le femmine<sup>100</sup>;
- ha una sopravvivenza relativa a 5 anni dopo la diagnosi in aumento: pari a 60,8% per il colon e 58,3% per il retto.

Nelle Marche, così come in Italia, nel periodo 2001-2015 l'andamento del tasso standardizzato (x 100.000 soggetti residenti) di mortalità per tumore del colon-retto, risulta in progressiva diminuzione (Fig. 8.2.3.1).

Il programma organizzato di screening per questa neoplasia è partito in tutte le ex Zone Territoriali della regione nell'arco temporale dei 12 mesi del 2010.

**Fig. 8.2.3.1 Tasso standardizzato di mortalità per tumore del colon-retto (per 100.000 residenti). Confronto regione Marche-Italia, anni 2001-2015**



\*pop standard: pop europea

Fonte: [http://www.tumori.net/banche\\_dati/tumori/query.php](http://www.tumori.net/banche_dati/tumori/query.php) Ultimo accesso 6 marzo 2017

Elaborazione UOE, AV2

Dai dati del sistema di sorveglianza PASS/ 2012-2015 si evince che il 60% degli intervistati di 50-69 anni, residenti nell'AV2, riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci o una

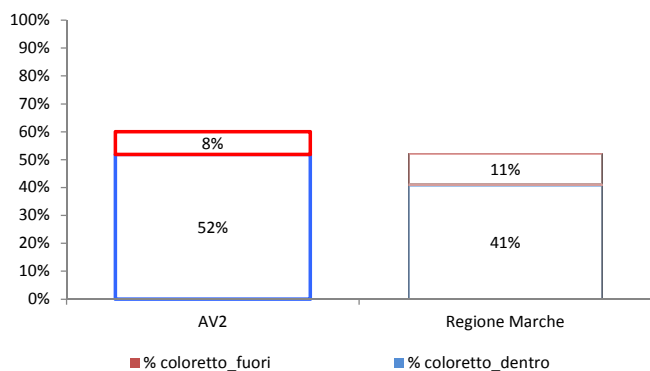
<sup>99</sup> "I numeri del Cancro in Italia. 2016" a cura dell'Associazione italiana di Oncologia Medica e dell'Associazione Italiana Registri Tumori.

<sup>100</sup> Lo screening permette la identificazione e l'asportazione di adenomi che potrebbero evolvere in carcinomi ed anche la diagnosi di carcinomi in stadio iniziale con una conseguente riduzione della mortalità sia per diminuzione dell'incidenza che per il riscontro di carcinomi in stadi più iniziali e, quindi, suscettibili di guarigione dopo terapia.

colonscopia a scopo preventivo rispettivamente nel corso dei due o cinque anni precedenti l'intervista, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali. Tale percentuale nella regione Marche è invece del 52%.

Il 52% della popolazione target dell'AV2 (41% nelle Marche) aderisce al programma organizzato e l'8% (11% nella Regione) si sottopone test preventivo su iniziativa personale al di fuori di esso (Fig. 8.2.3.2).

**Fig. 8.2.3.2.\*Copertura della popolazione target: persone 50-69 anni che hanno fatto un esame di screening° per tumore del colon retto negli ultimi 2/5 anni. Confronto AV2-Regione Marche, anni 2012-2015**



\*Include i test eseguiti a scopo preventivo, fatti all'interno del programma organizzato o spontaneamente al di fuori di esso.

°Ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni o colonscopia negli ultimi 5 anni.

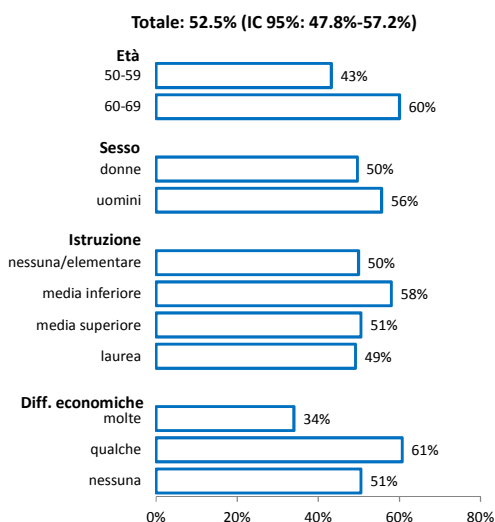
Fonte: db Passi AV2; Elaborazione UOE, AV2

Nel quadriennio 2012-2015 in AV2 la ricerca del sangue occulto nelle feci, a scopo preventivo è effettuata da circa 1 persona su due in entrambi i sessi; è più frequente tra i 60-69enni (60%) rispetto ai 50-59enni (43%); tra quelli con livello di istruzione di scuola media inferiore e tra coloro che riferiscono di avere qualche difficoltà economica (Fig. 8.2.3.3).

Nelle Marche il quadro è sovrapponibile a quanto descritto per l'Area Vasta 2 (fig. 8.2.3.4).

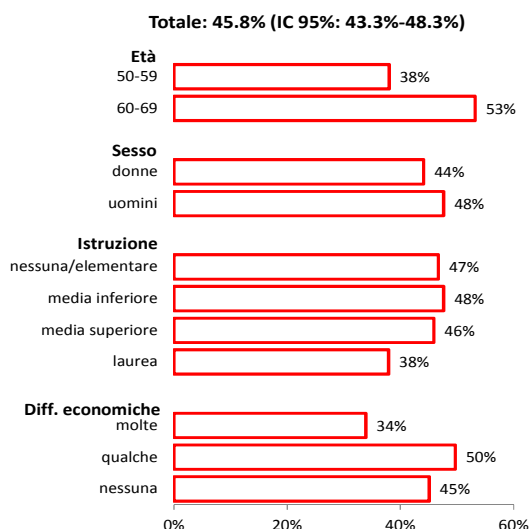
**Fig. 8.2.3.3 Ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni, per caratteristiche socio-demografiche. Area Vasta 2, anni 2012-2015**

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche – Passi 2012-15



**Fig. 8.2.3.4 Ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni, per caratteristiche socio-demografiche. Regione Marche, anni 2012-2015**

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche – Passi 2012-15



Fonte: db Passi AV2; Elaborazione UOE, AV2

Dai dati della survey *GISCoR* 2016 (attività 2015) si evince che (tab. 8.2.3.1):

- nell'AV2 sono stati invitati al programma di screening organizzato complessivamente 67.733 soggetti di età tra 50-69 anni;
- l'adesione allo screening è stata del 34% in aumento rispetto al 2014 quando era stata pari al 30%; in Italia, sempre nel 2015, si è registrata un'adesione del 43%;
- da confronto tra i distretti dell'AV2 permangono differenze nell'adesione (range: dal 26% di Ancona al 45% di Senigallia e Jesi) tuttavia la proporzione di aderenti è aumentata rispetto al 2014 in tutte le ex Zone territoriali.

**Tab. 8.2.3.1 Persone invitate e % aderenti (adesione grezza)\* per distretto dell'Area Vasta. AV2, anno 2015**

Distretti dell'AV2	Totale	
	n. Persone invitate	% adesione grezza
Senigallia	10.679	45,4
Jesi	13.575	45,2
Fabriano	6.056	37,2
Ancona	37.423	26,0
<b>AV2</b>	<b>67.733</b>	<b>34,3</b>

\*adesione grezza = numero di persone rispondenti sul totale della popolazione invitata, escludendo gli inviti inesitati (se il programma è in grado di riconoscerli).

Fonte db screening oncologici, AV2. Elaborazione UOE, AV2

Nel 2015 nell'AV2 tra le persone esaminate all'interno del programma organizzato sono stati scoperti 32 casi di tumore maligno e 85 casi di adenoma avanzato che avrebbero potuto evolvere in cancro (tab. 8.2.3.2).

Il tasso di identificazione (x 1.000 persone residenti), suddiviso tra casi di tumore maligno e adenomi avanzati, risulta rispettivamente pari a 1,5‰ e 3,9‰. (Tab. 2.8.9) I corrispettivi valori di questo indicatore relativi all'Italia, per l'anno 2014 (ultimo dato disponibile, pubblicato)<sup>101</sup> sono rispettivamente dell'1,3‰ e del 7,9‰.

**Tab. 8.2.3.2. Tasso di identificazione totale per tumore maligno e per adenoma avanzato per distretto dell'Area Vasta. AV2, anno 2015**

Distretti dell'AV2	N. casi di cancro coloretale	N. casi di adenoma avanzato	Totale persone esaminate	Tasso di identificazione totale (DR * 1.000) per cancro	Tasso di identificazione totale (DR * 1.000) per adenoma avanzato
Senigallia	9	3	4.844	1,9	0,6
Jesi	9	7	6.035	1,5	1,2
Fabriano	5	18	2.250	2,2	8,0
Ancona	9	57	8.764	1,0	6,5
<b>AV2</b>	<b>32</b>	<b>85</b>	<b>21.893</b>	<b>1,5</b>	<b>3,9</b>

Fonte db screening oncologici, AV2. Elaborazione UOE, AV2

<sup>101</sup> Osservatorio Nazionale Screening. Rapporto 2016. Lo screening coloretale. Dati di attività dal 2008 al 2015 <http://www.osservatorionazionale screening.it/content/lo-screening-coloretale> Ultimo accesso 8 marzo 2017