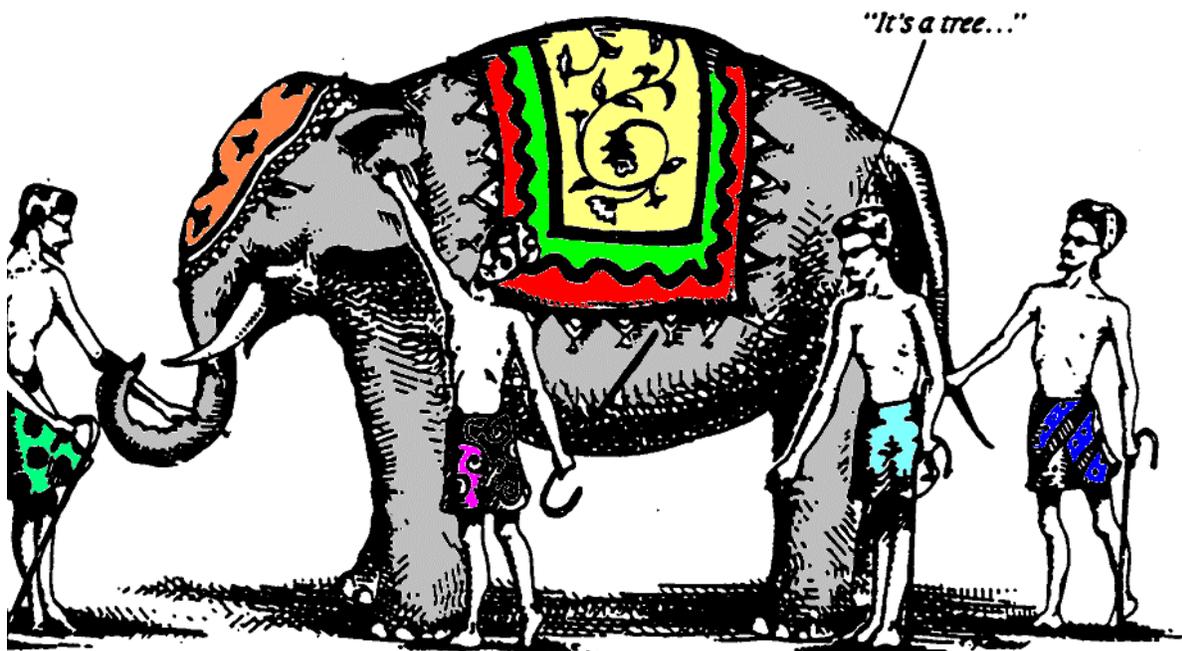


# PROFILO di SALUTE della Zona Territoriale ASUR n. 7 di Ancona



anno 2006

QUADERNO ZT 7 ANCONA

## **La redazione di questo lavoro è stata curata da:**

Marco Morbidoni, U.O. Epidemiologia, responsabile  
Antonella Guidi, U.O. Epidemiologia  
Elisa Ambrogiani, U.O. Epidemiologia, collaboratore a contratto

Il lavoro è stato possibile grazie anche al materiale prodotto a vario titolo dagli operatori delle seguenti unità operative:

SIA (servizio informativo aziendale, operatori SDO)

SISP (servizio igiene e sanità pubblica, operatori dati mortalità e malattie infettive)

SPSAL (servizio prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro, dati relativi ad infortuni lavorativi)

SISL (sistema informativo statistico locale, operatori demografia aziendale)

Reparti di Ostetricia dell'Ospedali di Osimo e della Casa di Cura Privata 'Villa Igea' di Ancona (dati relativi al CEDAP)

Operatori e intervistatori del progetto PASSI 2005

Servizio Salute (dati SIMI- Sistema Informativo Malattie Infettive)

Operatori del progetto 'Allattamento al seno' (assistenti sanitarie sedi vaccinali e ostetriche dei consultori familiari)

Partecipanti al corso 'Epidemiologia di Campo', Ancona, ottobre 2004 per l'Indagine sui giovani di Ancona

Pronto Soccorso dell'Ospedale di Osimo (dati SINIACA- Sistema Informativo Nazionale Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione)

Odontoiatri territoriali per dati su Depistage odontoiatrico

Ha collaborato alla redazione e grafica

Michele Civerchia, U.O. Epidemiologia, collaboratore a contratto

Copia del Profilo può essere scaricato dal sito internet della Zona Territoriale 7 di Ancona:

<http://www.asurzona7.marche.it>

## I ciechi e l'elefante (Parabola buddista)

C'era una volta un re che ordinò al suo ministro: "Riunisci in una piazza tutti gli uomini del regno, che sono ciechi fin dalla nascita!". Il ministro eseguì l'ordine e quindi lo annunciò al re. Questi si recò sulla piazza, dove erano riuniti i ciechi, ed ordinò che ognuno di essi toccasse l'elefante reale, per poi dirgli a che cosa l'elefante somigliasse. L'elefantiere fece toccare ad alcuni ciechi la testa, ad altri le orecchie, ad altri le zanne, ad altri la proboscide, ad altri il ventre, ad altri le gambe, ad altri il dietro, ad altri il membro, ad altri la coda; sempre a tutti dicendo: "Questo è l'elefante!".

Poi il re si accostò ai ciechi e chiese loro se avessero toccato l'elefante. "Sì, Maesta!" risposero. "Allora ditemi a che cosa rassomiglia l'elefante?" E i ciechi cominciarono a descrivere a modo loro l'elefante.

Quelli che avevano toccato la testa dissero:  
"Maesta', l'elefante rassomiglia ad una caldaia."

Quelli che avevano toccato le orecchie dissero:  
"Maesta', l'elefante rassomiglia ad un ventilabro."

Quelli che avevano toccato le zanne dissero:  
"Maesta', l'elefante rassomiglia ad un vomere."

Quelli che avevano toccato la proboscide dissero:  
"Maesta', l'elefante rassomiglia ad un manico d'aratro."

Quelli che avevano toccato il ventre dissero:  
"Maesta', l'elefante rassomiglia ad un granaio."

Quelli che avevano toccato le gambe, dissero:  
"Maesta', l'elefante rassomiglia a colonne."

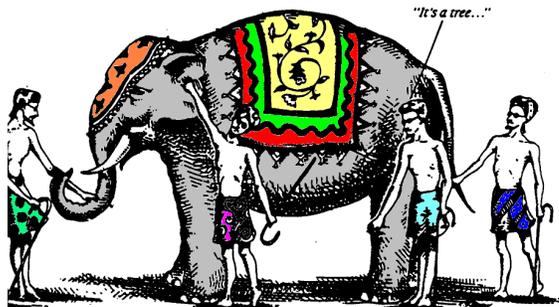
Quelli che avevano toccato il dietro, dissero:  
"Maesta', l'elefante rassomiglia ad un mortaio."

Quelli che avevano toccato il membro, dissero:  
"Maesta', l'elefante rassomiglia ad un pestello."

Quelli che avevano toccato la coda, dissero:  
"Maesta', l'elefante rassomiglia ad uno scacciamosche."

E, siccome ognuno sosteneva la sua opinione, cominciarono a discutere e finirono con l'accapigliarsi e percuotersi, gridando: "L'elefante rassomiglia a questo, non a quello! Non rassomiglia a questo, rassomiglia a quello!". E il re si divertì a quella zuffa.

*Udana VI, 4, 66-69*



# PROFILO EPIDEMIOLOGICO

## della Zona Territoriale ASUR n.7 di Ancona

### anno 2006

	Pagina
<b>Presentazione</b>	<b>4</b>
<b>Introduzione</b>	<b>5</b>
<b>Le fonti informative</b>	<b>7</b>
<b>1. Territorio, demografia e ambiente</b>	<b>8</b>
<i>1.1 Territorio</i>	<i>8</i>
<i>1.2 Demografia</i>	<i>10</i>
<i>1.3 Ambiente</i>	<i>17</i>
<i>1.4 Offerta sanitaria</i>	<i>18</i>
<b>2. I determinati della salute</b>	<b>19</b>
<i>2.1 L'Allattamento al seno</i>	<i>19</i>
<i>2.2 I giovani ad Ancona</i>	<i>22</i>
<i>2.3 Gli stili di vita (studio Passi)</i>	<i>26</i>
<i>2.4 Depistage odontoiatrico</i>	<i>30</i>
<b>3. La morbosità</b>	<b>32</b>
<i>3.1 Ricoveri ordinari</i>	<i>35</i>
<i>3.2 Ricoveri diurni</i>	<i>38</i>
<i>3.3 I nuovi nati</i>	<i>39</i>
<i>3.4 Le IVG e gli aborti spontanei</i>	<i>42</i>
<i>3.5 L'assistenza al parto</i>	<i>45</i>
<i>3.6 Le malattie infettive</i>	<i>48</i>
<b>4. La mortalità</b>	<b>52</b>
<i>4.1 La mortalità generale</i>	<i>52</i>
<i>4.2 La mortalità specifica</i>	<i>57</i>
<i>4.3 La mortalità evitabile</i>	<i>62</i>
<i>4.4 La mortalità in ospedale</i>	<i>65</i>
<b>5. Focus - Gli eventi accidentali</b>	<b>67</b>
<i>5.1 Infortuni stradali</i>	<i>67</i>
<i>5.2 Infortuni domestici</i>	<i>68</i>
<i>5.3 Infortuni sul lavoro</i>	<i>74</i>
<i>5.4 Ricoveri per traumi</i>	<i>76</i>

## *Presentazione*

### *Perché un “profilo di salute?”*

E' patrimonio culturale di ogni operatore della sanità che una corretta programmazione sanitaria, la quale vede nella distribuzione delle risorse, per definizione limitate, il suo punto di maggiore impegno, debba partire da una adeguata analisi dei bisogni di salute della popolazione, della domanda di salute espressa (e, spesso, non espressa) per arrivare alla scelta degli interventi sanitari prioritari.

In questo percorso si deve tener in conto che anche le altre amministrazioni pubbliche insistenti sul territorio (regioni, province e comuni in primis) dovrebbero orientare le scelte di politica locale basandosi sulla conoscenza di cosa necessita alla popolazione per il soddisfacimento dei propri bisogni; anche per loro, pertanto, può essere utile un 'profilo di salute'.

### *Ma come definire un profilo di salute ?*

Essenzialmente uno strumento conoscitivo che contiene informazioni su vari aspetti relativi alle condizioni di vita in un particolare contesto territoriale; esso consente di individuare gli aspetti più rilevanti sui quali intervenire avviando un processo di miglioramento della qualità della vita e delle condizioni di salute.

In particolare, in Sanità, il profilo rappresenta un punto di partenza per l'individuazione delle priorità di intervento ed uno strumento di lavoro utile nella valutazione dell'impatto degli interventi socio-sanitari, attivati al fine di migliorare la salute e la qualità della vita.

Nel profilo vengono presi in considerazione aspetti che a prima vista sembrerebbero avere un legame 'debole' con la salute della popolazione, soprattutto in riferimento ad altri, quali la mortalità e la morbosità, che invece sono da anni ritenuti effetti 'forti' delle politiche sanitarie locali.

Nella realizzazione di un Profilo di Salute, quindi, si dovrebbero utilizzare e interpretare una grande molteplicità di informazioni, molte delle quali anche non sanitarie.

Questa edizione del Profilo di Salute della Zona Territoriale n. 7 di Ancona ha l'obiettivo di focalizzare i bisogni di salute del territorio e della popolazione ed è stato redatto tenendo conto che “non esiste una ‘ricetta’ per un profilo sulla salute” ma, come è ovvio pensare, ogni realtà deve decidere quali e quanti argomenti trattare.

Nella presente pubblicazione sono stati presi in considerazione la descrizione di base della popolazione, gli stili di vita, le condizioni di salute, le condizioni socio-economiche, l'ambiente fisico, le infrastrutture fisiche e sociali e i servizi di salute pubblica.

### *Un ultimo aspetto.*

E' essenziale che nella definizione dei bisogni di salute debba essere risolta la questione di come e quando consentire una reale e fattiva partecipazione della comunità nell'individuazione dei propri bisogni.

La nostra zona, che nel corso dell'anno 2005 ha partecipato ad una indagine trasversale (survey 'Passi') sugli stili di vita della popolazione - realizzata con la supervisione dell'Istituto Superiore di Sanità - ha avuto la possibilità di utilizzare i dati raccolti per la descrizione degli stili di vita e degli interventi prioritari di promozione della salute, potendo così conoscere meglio anche la percezione che i cittadini hanno del proprio stato di salute.

Colgo infine l'occasione per ringraziare tutti gli operatori che hanno collaborato alla stesura del presente Profilo di Salute, sicuro che continueranno a offrire il loro contributo nella definizione dei bisogni sanitari della nostra comunità.

---

**Dr. Giuseppe M. Pandolfi**  
**Dipartimento di Prevenzione**  
**Zona Territoriale n.7 di Ancona**

## *Introduzione*

Tra le tappe importanti del percorso che deve essere intrapreso per perseguire una migliore qualità della vita nel nostro territorio, vanno sicuramente incoraggiate tutte quelle azioni che promuovono la salute, quale patrimonio al tempo stesso individuale e collettivo.

Perché le azioni di miglioramento siano efficaci si devono perseguire non solo tramite i processi partecipativi, che portano i cittadini ad essere 'competenti' e a poter discutere, condividere e decidere obiettivi, priorità e strategie sulla salute, ma anche attraverso meccanismi che assicurino la partecipazione di tutti i rappresentanti della collettività.

Queste condizioni consentono l'integrazione delle progettualità e degli interventi come avviene nella costruzione dei Piani di Salute.

Tutto ciò non può prescindere in ogni caso dalla produzione di documenti che descrivano qualitativamente e quantitativamente lo stato di salute della città e della popolazione, dei fattori in grado di influenzarla (determinanti della salute), ovvero i Profili di Salute.

Tali documenti, che devono essere considerati propedeutici alle azioni sopracitate, si basano sull'analisi di indicatori e possono e devono essere implementati con tutti i dati in grado di favorire una lettura globale del contesto.

Soprattutto in un frangente storico particolare come quello attuale, in cui alla crescita dei bisogni non si accompagna un'altrettanta disponibilità delle risorse necessarie per soddisfarli, risulta più che mai fondamentale capire dove allocarle ed in che modo, per attuare degli interventi efficaci che abbiano come outcome il miglioramento della salute della comunità.

Il Profilo di Salute è quindi uno strumento di conoscenza dello stato di salute, dello stato di attuazione e di valutazione delle attività sanitarie svolte e del collegamento tra queste e le scelte programmatiche, strategiche e di bilancio.

E' composto da diverse sezioni che descrivono principalmente le caratteristiche del territorio e della popolazione, le patologie prevalenti, le cause di morte, la presenza di determinati per la salute (o per la malattia) e alcuni problemi emergenti.

Per descrivere lo stato di salute sono state elaborate alcune tabelle, rappresentative di particolari problemi; è stata data rilevanza alla lettura del bisogno sanitario, attraverso l'indagine di dati demografici, degli stili di vita, di patologie infettive, di ricoveri ospedalieri, di mortalità, di dati relativi agli infortuni sul lavoro e, dove possibile, si è cercato di confrontarli con quelli degli anni precedenti e con quelli regionali e nazionali.

Nella descrizione del Profilo di Salute si è cercato di offrire una visione completa della nostra comunità in modo che possa tornare utile agli Operatori Sanitari, agli Amministratori e a tutti coloro che operano nella comunità nell'interesse della salute pubblica.

Per progettare le politiche sociali e sanitarie per il benessere della comunità è necessario occuparsi di servizi, creare rapporti tra persone, creare reti coordinate di servizi e progetti, valorizzare le risorse della comunità stessa.

Per la realizzazione di questi progetti è indispensabile il coinvolgimento di tutti gli attori che operano nei diversi settori: sanitari, sociali, volontariato, istituzionali. La legislazione nazionale e regionale relativa alle politiche sociali e sanitarie ha aperto la strada alla progettazione partecipata tra Zone Territoriali e Comuni attraverso i Piani di Zona ed i Piani Comunitari per la Salute.

In una realtà socio-economica come quella della Zona Territoriale n. 7, che ha subito una grande transizione sociale, demografica ed epidemiologica, negli ultimi anni, risulta fondamentale rilevare con precisione i bisogni e la domanda di salute della popolazione residente e domiciliata nel territorio e adeguare l'offerta in termini di quantità e qualità dei servizi.

La Zona Territoriale n. 7 per fornire una risposta ai bisogni sanitari ha attivato una rete di servizi per l'assistenza sia ospedaliera che sul territorio, integrando, ove possibile le diverse strutture distribuite sul territorio per garantire la continuità assistenziale, come ad esempio tra Ospedale e Distretto Sanitario.

La gestione delle risorse e l'organizzazione delle attività per far fronte alle richieste socio-sanitarie nella Zona Territoriale n. 7 è particolarmente complessa in quanto i confini amministrativi che le vengono assegnati ritagliano una porzione di spazio estremamente composito, frazionato in 15 comuni caratterizzati da una pluralità di realtà territoriali, economiche e sociali molto diverse.

Vi è dunque l'esigenza di fornire anche un quadro delle condizioni economiche e sociali della Zona 7 approfondendo l'aspetto delle differenze territoriali.

Vi possono essere certamente aspetti del presente profilo che possono, e sicuramente debbono, essere migliorati; speriamo che chi legge tale lavoro abbia la cortesia di farci sapere dove e come attuare questo miglioramento. Gliene saremo grati e terremo conto di ogni indicazione per il futuro.

**Dr. Marco Morbidoni**  
**U.O. Epidemiologia**

## *Le fonti informative*

Partendo dalla considerazione che le fonti informative sono un aspetto rilevante nella costruzione del profilo, prima di intraprendere il percorso di costruzione si è cercato di definire quali fonti informative erano disponibili, quali i vantaggi e i limiti principali nell'utilizzazioni dei dati correnti e soprattutto quali indicatori utilizzare nella lettura dell'evento salute.

Il problema delle fonti informative è sicuramente quello che assilla di più chi vuole descrivere in maniera appropriata la salute nel proprio territorio.

Esistono infatti molte possibili fonti sia di carattere prettamente sanitario che di carattere sociale e/o strutturale (si pensi all'influenza che ha sulla salute dei cittadini la differente organizzazione della società, la presenza di lavoro, di servizi, di adeguate politiche sociali, ecc.), ma quando si tenta di disegnare un fenomeno complesso, quale è quello della salute dei cittadini, è necessario dichiarare le fonti che si sono rese disponibili e che sono state utilizzate.

Nel nostro caso ci siamo avvalsi di fonti producenti flussi informativi correnti (dati demografici, Schede di Dimissioni Ospedaliere, Schede di Mortalità Istat, Certificati di Assistenza al Parto, Sistema Informativo delle Malattie Infettive) e di altre fonti che sono state presenti per alcuni periodi (Progetto Allattamento al Seno, Indagine sui Giovani ad Ancona) o che, come lo studio Passi o il progetto □indaca, nascono come iniziative nuove ed estemporanee ma con l'intento preciso di divenire in tempi brevi flussi correnti di notizie circa, rispettivamente, gli stili di vita salutari e gli incidenti domestici.

Infine abbiamo consultato, per la parte che poteva essere utile ad effettuare confronti nello spazio nel tempo, la fonte ufficiale Istat (per molti dati), il sito Arpam (per alcuni dati ambientali) e altre fonti istituzionali locali (Provincia di Ancona, Camera di Commercio, ecc.).

Rammentiamo che per alcuni aspetti particolari (dipendenze patologiche, screening, ecc.) si può far riferimento alle pubblicazioni in materia delle unità operative che si occupano anche della rilevazione epidemiologica su tali aree. Per alcune, in particolare per l'area handicap e la salute mentale, non si è riusciti a recuperare nei tempi della elaborazione, dati sufficientemente descrittivi delle due aree di problemi.

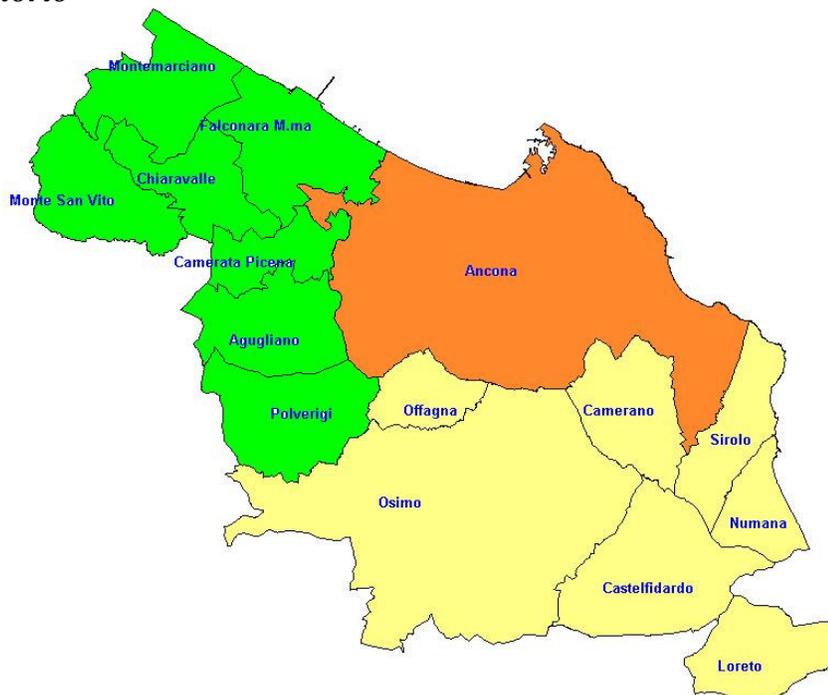
Val la pena ricordare infine che il lavoro sulle fonti informative è stato di per sé utile, al di là delle informazioni utilizzate per la stesura del profilo, per l'esperienza svolta di selezione, integrazione e sviluppo di vari argomenti, lavoro finalizzato, oltre che al Profilo, alla conoscenza delle medesime fonti.

**U.O. Epidemiologia  
Lo staff**

\*\*\*\*

## 1. Territorio, demografia e ambiente

### 1.1 Territorio



#### Zona Territoriale n. 7 Ancona, AUSR Marche

- Distretto Nord:** Agugliano, Camerata P., Chiaravalle, Falconara M.ma, Montemarcelano, Monte San Vito, Polverigi
- Distretto Centro:** Ancona
- Distretto Sud:** Camerano, Castelfidardo, Loreto, Numana, Offagna, Osimo, Sirolo

**Tab. n. 1.1.1 - Territorio e popolazione della Zona T. 7 al 31.12.2005**

Numero di comuni	15
Popolazione residente	246889
Percentuale della popolazione delle Marche	16,15%
Superficie (in Km <sup>2</sup> )	479,83
Percentuale della superficie delle Marche	4,95%

Fonte dati SISL Zona Territoriale n. 7

Sup. collinare (in Km <sup>2</sup> )	265,43
Percentuale di superficie collinare	55,32%
Sup. litoranea (in Km <sup>2</sup> )	214,4
Percentuale di superficie litoranea	44,68%
Densità (abitanti per Km <sup>2</sup> ) Zona 7	514,43
Densità (abitanti per Km <sup>2</sup> ) Marche	157,64*

Fonte dati SISL Zona Territoriale n. 7 e \* ISTAT 2001

La gestione delle risorse e l'organizzazione delle attività per far fronte alle richieste socio-sanitarie nella Zona Territoriale n. 7 è particolarmente complessa in quanto i confini amministrativi che le vengono assegnati, con una superficie di 479.83 Km<sup>2</sup> e una popolazione di 246889 abitanti (17% della popolazione delle Marche), ritagliano una porzione di spazio estremamente composito, frazionato in 15 comuni caratterizzati da una pluralità di realtà territoriali, economiche e sociali molto diverse.

Vi è dunque l'esigenza di fornire un quadro delle condizioni economiche e sociali della Zona 7 approfondendo l'aspetto delle differenze territoriali.

Il territorio, che si estende per intero nella provincia di Ancona situata nell'Italia centro orientale, occupa un'area che è sempre stata punto di incontro tra nord, sud, est e ovest attraversata per secoli da popoli e culture diverse. Le zone di montagna dell'Appennino Umbro-Marchigiano appaiono scarsamente popolate, mentre i centri lungo l'Adriatico sono densamente popolati.

A partire da una serie di indicatori, costruiti utilizzando principalmente i risultati dei censimenti della popolazione e delle abitazioni (Istat, 1861 – 1991 - 2001), si sono individuate alcune dimensioni o fattori di sviluppo socio-economico presenti a livello comunale e le caratteristiche dinamiche della popolazione della Zona.

Da osservare sulla densità, il campo di estrema variabilità di detto parametro nel territorio della Zona 7: si va infatti di 140,07 abitanti per km<sup>2</sup> del comune di Polverigi ai 1103,33 di Falconara Marittima (dati al 31/12/05).

L'esame dei dati relativi ai 15 comuni della ASL, esposti nella tabella n. 1.2.3 permette di integrare significativamente il quadro generale.

Si possono individuare due situazioni tipiche:

1. un gruppo di comuni in cui l'espansione si è protratta sino agli anni '50; a partire da questa epoca la diminuzione della popolazione dà luogo ad un regresso di proporzioni a volte vistose, come nel caso di Agugliano, Camerata Picena e Polverigi per poi aumentare in modo modesto ma costante negli ultimi 5 anni;
2. un gruppo di comuni dove nell'ultimo quarantennio, dal 1951 al 1991 si è verificata una crescita demografica che pare non incontri ostacoli: la popolazione di Falconara Marittima aumenta di più del 100%, collocandosi al terzo posto nella graduatoria della Zona Territoriale n. 7, quella di Castelfidardo di circa il 56% e quella di Camerano del 50%.

E' questa una caratteristica dello sviluppo demografico dell'Italia: da una iniziale situazione di distribuzione fondamentalmente omogenea della popolazione si passa a una sempre maggiore concentrazione in certe aree a discapito di altre. L'evoluzione della popolazione residente nei comuni della Zona 7, seppure con certe peculiarità, conferma, in fondo, l'esistenza di un vero e proprio ciclo evolutivo nella triade industrializzazione-urbanizzazione-migrazione.

In particolare la collina litoranea comprendente i comuni di Castelfidardo, Osimo, Camerano, Polverigi e Falconara Marittima sono le aree con maggiore incremento di popolazione e, non a caso, questa è l'area che fra il 1951 e il 1981 ha subito una profonda trasformazione economica passando da una economia prettamente agricola ad una economia c.d. "di sviluppo marchigiano" artigianale/industriale. In questo trentennio (1951-1981) la percentuale degli attivi in agricoltura, sul totale della popolazione attiva in condizione professionale passa dal 51,8% al 9,3%.

Mutano infatti radicalmente le forme di insediamento della popolazione: si riduce la quota di quella che vive in "case sparse" e parallelamente cresce il peso della popolazione che risiede nei maggiori centri (Ancona, Falconara, Osimo, Castelfidardo, Camerano).

Il modello di sviluppo marchigiano, che da tante parti ci invidiano, fa sì che la provincia di Ancona si collochi fra le prime venti province italiane nella graduatoria sulla qualità della vita.

I dati della provincia di Ancona (tutti i comuni della ZT7 sono all'interno di detta provincia) ci dicono che gli abitanti dispongono di un reddito e di una capacità di spesa procapite elevati e al tempo stesso però non devono sostenere i costi delle grandi città.

In base ai dati forniti dall'Ufficio Statistica della Provincia di Ancona risulta che il reddito procapite dal 1998 al 2001 è cresciuto del 7,8% (stima legata ai consumi finali interni) e il maggior contributo all'incremento si è avuto nell'intervallo 2000-2001, pari al 7,2%. Il tasso di disoccupazione provinciale è passato dal 6,9% del 1993 al 3,9% del 2000 e al 3% nel 2003

(fonte dati: INFOCAMERE –Elaborazione Ufficio Statistica C.C.I.A.A. Ancona e Indicatori del mercato del lavoro – fonte dati IPI-PRINT).

Lo standard di vita elevato, dimostrato dall'alto consumo di beni non alimentari, è conseguente alle attività legate al porto di Ancona, al notevole afflusso di turisti lungo le coste adriatiche soprattutto tra Numana e Sirolo, al turismo "religioso" per il santuario di Loreto, e a quello attratto dalle risorse naturalistiche come il parco del Conero e dai centri storici distribuiti nell'intero territorio della Zona 7. Sono da aggiungere i redditi da lavoro dipendente e quelli legati al settore industriale. L'attività produttiva è distribuita prevalentemente tra il settore commerciale, agricolo, attività manifatturiere, costruzioni, informatica, attività, finanziaria. Fiorente è l'attività nei distretti industriali legati all'abbigliamento nell'area fra Ancona e Camerano, degli strumenti musicali a Castelfidardo, articoli da regalo e religiosi a Loreto.

Nel territorio della Zona 7, inoltre, sono presenti infrastrutture destinate alla collettività:

- il porto la cui attività si è moltiplicata soprattutto negli ultimi 15 anni garantendo collegamenti fra l'Europa nord occidentale e il bacino adriatico e ionico sia per quanto riguarda il servizio passeggeri che per il traffico mercantile; da non dimenticare, inoltre che Ancona rappresenta il primo porto peschereccio dell'Adriatico;
- l'aeroporto di Falconara che negli ultimi anni ha incrementato le linee aeree e ha determinato un aumento dei volumi di traffico.

(Fonte: Camera di Commercio prov. Ancona)

Lo sviluppo economico e le dinamiche socio-culturali in atto soprattutto nel bacino del Mediterraneo hanno determinato l'afflusso di immigrati con le relative problematiche anche in termini di assistenza sanitaria.

I risultati del 14° censimento del 2001 attestavano che la popolazione di cittadini stranieri residenti in provincia di Ancona era di 13668 unità mentre nel 1991 erano stati censiti 2114 unità: la presenza straniera nell'arco di dieci anni è aumentata di 11454 unità passando da una quota di 5,1 stranieri residenti per mille abitanti ad una quota di 20,5 stranieri residenti per mille abitanti nel 2001 con una crescita complessiva di 15,4 per mille.

( nota: per popolazione straniera si intende l'insieme dei cittadini che hanno dichiarato cittadinanza diversa da quella italiana e non va confusa con quella immigrata) .

## 1.2 Demografia

L'età media della popolazione della zona 7 di Ancona al **31/12/2005** è di 44 anni.

Le femmine sono più numerose dei maschi (51,71% versus 48,29%) (tab.n. 1.2.1)

**Tab. n. 1.2.1 - Popolazione della Zona T. 7: distribuzione per sesso**

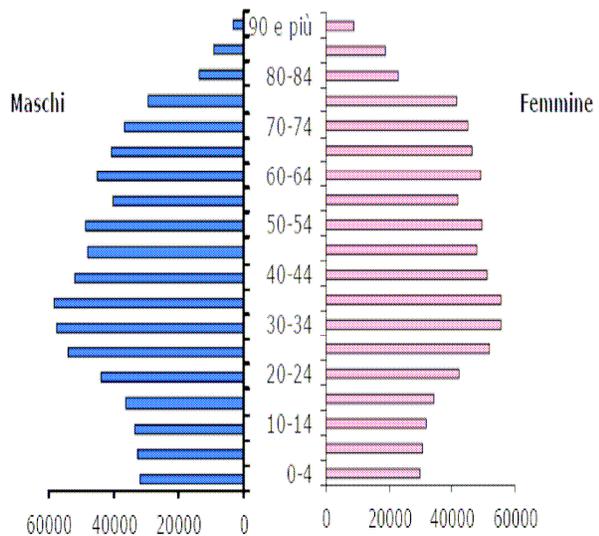
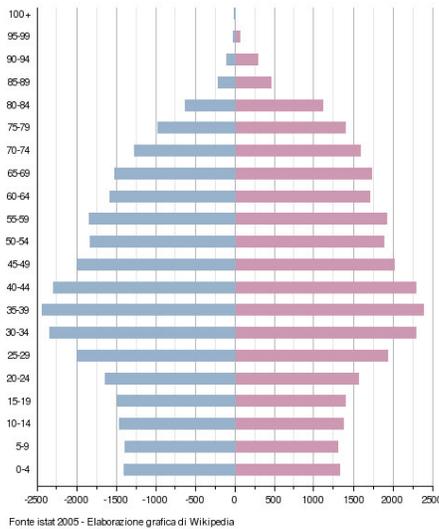
Popolazione Zona T. 7	frequenza	%
Maschi	119216	48,29
Femmine	127673	51,71
Totale	246889	100

Fonte dati: anagrafi comunali e SISL Zona Territoriale n. 7

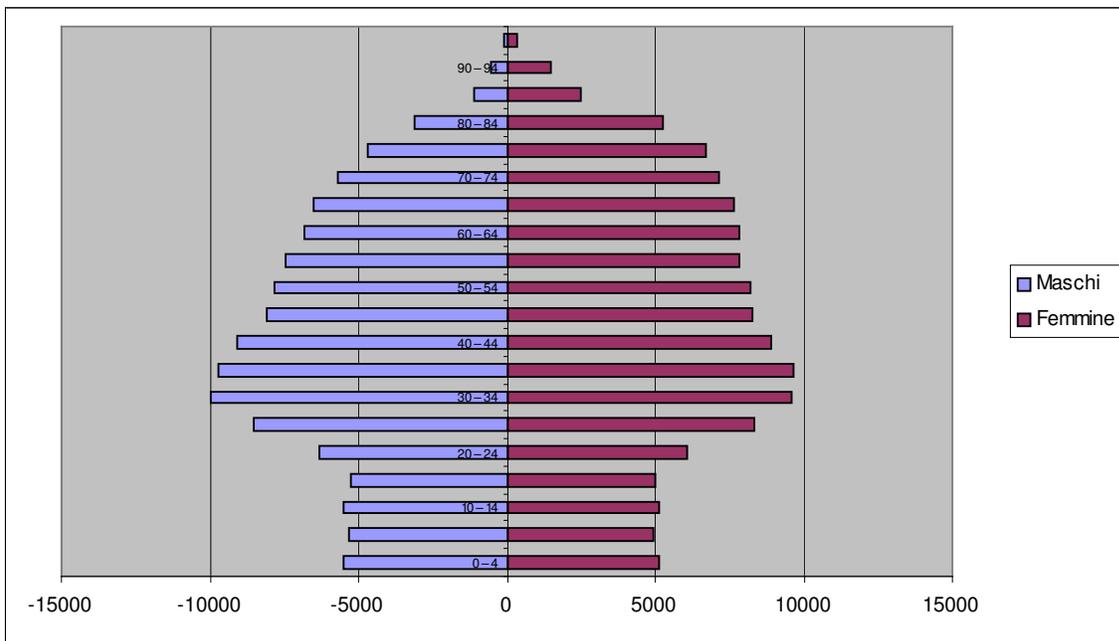
La piramide dell'età, strumento che viene utilizzato per la valutazione della distribuzione della popolazione in classi d'età, mostra un andamento simile a quello nazionale e regionale; pochi giovani (fasce d'età più basse), molti anziani (dall'età di 45 all'età di 75 anni), un 'rigonfiamento' nelle fasce 30-39 che si porta dietro il boom economico e demografico degli anni '50 e '60 (grafici 1.2.a, b,c).

A livello nazionale, le regioni più longeve nel 2005 sono per gli uomini proprio le Marche (78,8), seguite da Puglia (78,5), e Toscana; per le donne ancora le Marche (84,7), seguite da Trentino-Alto Adige (84,1), Toscana e Veneto (84 anni entrambi).

**Graf. n. 1.2.a - Piramide delle età Italia 2005**    **Graf. n. 1.2.b - Piramide delle età Marche 2004**



**Graf. n. 1.2.c - Piramide delle età della popolazione della Zona territoriale n. 7 di Ancona**



## La popolazione nei comuni

Dall'anno 2000 al 2005 si nota un costante incremento di popolazione in tutti i comuni della zt7 eccezion fatta per Ancona (dal 2004 al 2005) e Falconara (in quasi tutti gli anni perde popolazione); in generale la popolazione aumenta di più al Distretto Sud per incrementi legati allo sviluppo di cittadine come Osimo, Numana e Sirolo, mentre al Nord è solo Camerata Picena che spinge verso l'alto l'incremento di popolazione dell'intero distretto

In tutta la ZT un incremento anche se piccolo, c'è stato da un anno all'altro passando dai 236720 abitanti dell'anno 2000 ai 246889 dell'anno 2005 (tab. n. 1.2.2).

**Tab. n. 1.2.2 - Popolazione residente nei comuni della Zona 7 periodo 2000-2005 - Scarto % \* anno (\*)**

Comuni Zona 7	Popolazione al 31/12/2000	Popolazione al 31/12/2001	% scarto rispetto al 2000	Popolazione al 31/12/2002	% scarto rispetto al 2001	Popolazione al 31/12/2003	% scarto rispetto al 2002	Popolazione al 31/12/2004	% scarto rispetto al 2003	Popolazione al 31/12/2005	% scarto rispetto al 2004
Ancona	98404	100262	1,89	100414	0,15	101266	0,85	101797	0,52	101776	-0,02
<b>Distretto Centro</b>	<b>98404</b>	<b>100262</b>	<b>1,89</b>	<b>100414</b>	<b>0,15</b>	<b>101266</b>	<b>0,85</b>	<b>101797</b>	<b>0,52</b>	<b>101776</b>	<b>-0,02</b>
Agugliano	4114	4176	1,51	4240	1,53	4256	0,38	4348	2,16	4352	0,09
Camerata P.	1678	1698	1,19	1729	1,83	1772	2,49	1802	1,69	1917	6,38
Chiaravalle	14004	14065	0,44	14133	0,48	14248	0,81	14397	1,05	14476	0,55
Falconara	28475	28353	-0,43	28186	-0,59	28381	0,69	28362	-0,07	28201	-0,57
Montemarciano	9152	9184	0,35	9312	1,39	9470	1,7	9566	1,01	9739	1,81
Montesanvito	5431	5537	1,95	5675	2,49	5793	2,08	5959	2,87	6071	1,88
Polverigi	2923	3015	3,15	3104	2,95	3170	2,13	3304	4,23	3450	4,42
<b>Distretto Nord</b>	<b>65777</b>	<b>66028</b>	<b>0,38</b>	<b>66379</b>	<b>0,53</b>	<b>67090</b>	<b>1,07</b>	<b>67738</b>	<b>0,97</b>	<b>68206</b>	<b>0,69</b>
Camerano	6442	6478	0,56	6527	0,76	6613	1,32	6659	0,7	6716	0,86
Castelfidardo	16582	16945	2,19	17198	1,49	17639	2,56	17947	1,75	18116	0,94
Loreto	11371	11452	0,71	11361	-0,79	11537	1,55	11667	1,13	11785	1,01
Numana	3563	3644	2,27	3320	-8,89	3415	2,86	3603	5,51	3701	2,72
Offagna	1693	1698	0,3	1750	3,06	1787	2,11	1801	0,78	1823	1,22
Osimo	29597	29790	0,65	29577	-0,72	29776	0,67	30239	1,55	31287	3,47
Sirolo	3291	3320	0,88	3337	0,51	3359	0,66	3402	1,28	3479	2,26
<b>Distretto Sud</b>	<b>72539</b>	<b>73327</b>	<b>1,09</b>	<b>73070</b>	<b>-0,35</b>	<b>74126</b>	<b>1,45</b>	<b>75318</b>	<b>1,61</b>	<b>76907</b>	<b>2,11</b>
<b>TOTALE</b>	<b>236720</b>	<b>239617</b>	<b>1,22</b>	<b>239863</b>	<b>0,1</b>	<b>242482</b>	<b>1,09</b>	<b>244863</b>	<b>0,98</b>	<b>246889</b>	<b>0,83</b>

Fonte dati : Uffici Anagrafe Comunali (elaborazione SISL-Zona 7)

(\*) Scarto rispetto al periodo: eccesso o difetto in percentuale del valore dell'indicatore rispetto al valore nell'anno precedente

La densità di popolazione mostra comuni a 'bassa densità' come Polverigi, Camerata Picena o Offagna, e altri ad 'alta-altissima' densità come Falconara M.ma, Ancona e Chiaravalle.

Nel complesso la densità della popolazione della zt7 è circa 3 volte quella regionale, segno di un particolare addensamento abitativo nei comuni della zona (tab . 1.2.3).

**Tab. n. 1.2.3 - Densità della popolazione nel territorio dei comuni della ZT 7 al 31/12/2005**

Comune	Kmq	Popolazione	Densità di popolazione
<b>Distretto centro</b>	121,76	101776	835,87
Ancona	121,76	101776	835,87
<b>Distretto Nord</b>	123,20	68206	553,62
Agugliano	21,52	4352	202,23
Camerata Picena	11,9	1917	161,09
Chiaravalle	17,39	14476	832,43
Falconara Marittima	25,56	28201	1103,33
Montemarciano	22,09	9739	440,88
Montesan Vito	21,63	6071	280,67
Polverigi	24,63	3450	140,07
<b>Distretto Sud</b>	213,35	76907	360,47
Camerano	19,71	6716	340,74
Castelfidardo	32,70	18116	554,01
Loreto	17,69	11785	666,20
Numana	10,70	3701	345,89
Offagna	10,53	1823	173,12
Osimo	105,42	31287	296,78
Sirolo	16,6	3479	209,58
<b>Totale Zona 7</b>	479,83	246889	514,53
<b>Marche*</b>	9694,06	1528159	157,64

Fonte dati : Uffici Anagrafe Comunali (elaborazione SISL-Zona 7) e \* ISTAT 2001

Il saldo naturale della popolazione nella Zona 7 (Tab. n. 1.2.4) è negativo nei 6 anni considerati e tale fenomeno ricalca in maniera chiara l'andamento regionale e nazionale di bassa natalità (che non copre neanche infatti la mortalità generale). Anche i tassi di natalità e mortalità (Tab. n. 1.2.5) confermano ulteriormente tale andamento.

**Tab. n. 1.2.4- Saldo naturale della popolazione anni 2000-2005 - Zona T. 7**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Natalità	1.982	2.013	2.169	2.087	2.203	2.123
Mortalità	2.401	2.378	2.412	2.415	2.415	2.404
Saldo naturale	-419	-365	-243	-238	-143	-281

Fonte dati: Anagrafi comunali - SISL - e SISP - Z.7

**Tab. n. 1.2.5 – Tassi di mortalità e natalità della popolazione anno 2005 - Zona T. 7**

Tasso di mortalità	9,74	(n° decessi in un anno/popolaz.residente)*1000
Tasso di natalità	8,60	(n° nati vivi in un anno/popolaz.residente)*1000
Tasso di mortalità infantile	5,18	(n° annuale di morti in bambini di età inferiore ad un anno/n° nati vivi nello stesso anno)*1000
Tasso di mortalità neonatale	2,83	(n° annuale di morti nei primi 28 giorni di vita/n° nati vivi nello stesso anno)*1000
Tasso di mortalità post-neonatale	2,40	(n° annuale di morti tra il 29° giorni di vita ed un anno/n° nati vivi nello stesso anno)*1000

Fonte dati: Anagrafi comunali e SISL - SISP - SDO Zona T. 7

## ***I flussi migratori***

Ma se la popolazione aumenta, come abbiamo visto sopra, la responsabilità è allora del positivo saldo migratorio, dovuto all'immigrazione (straniera e non) nei comuni della ZT.

In particolare si evidenziano piccoli e medi comuni (Camerata P., Polverigi, Montemarciano in testa) che sono sede sempre più frequentemente di nuovi insediamenti abitativi per giovani coppie, anche a scapito dei centri più popolosi presenti nel territorio.

Il saldo migratorio (n° immigrati – emigrati/popolazione residente ‰) è a favore dell'immigrazione in quasi tutti i comuni della Zona 7 ad eccezione di Falconara Marittima e di Agugliano dove si osserva un aumento degli emigrati.

L'immigrazione nella Zona 7 è passata dal 27,86 per mille abitanti nel 2000 al 31,95 per mille abitanti nel 2005 con un aumento del 4,09%. Il maggior afflusso di immigrati si è verificato nel comune di Osimo.

## ***I principali indicatori demografici***

Riguardo gli indicatori demografici (tab. n. 1.2.6) c'è da notare:

- l'aumento degli indicatori che presuppongono un invecchiamento complessivo della popolazione (vecchiaia, dipendenza strutturale, e in parte anche struttura popolazione attiva)
- la diminuzione della fecondità e del carico figli

Tutti elementi insomma che confermano il problema 'anziani', che nel nostro territorio è più eclatante che nel resto della regione (solo la zt di Camerano presenta una popolazione più anziana).

Il confronto con regione, centro Italia e Italia (dati Istat 2001) sottolineano ancora di più questa peculiarità (tab. n. 1.2.7)

**Tab. n. 1.2.6 - Principali indicatori di struttura della popolazione residente nella Zona 7 - anno 2005 e anno 2000**

<b>INDICI</b>	<b>Zona T. 7 anno 2000</b>	<b>Zona T. 7 anno 2005</b>	<b>scarto</b>
Indice di vecchiaia	164,78	168,5	3,72
Indice di dipendenza strutturale	51,97	54,44	2,47
Indice di struttura della popolazione attiva	95,58	106,1	10,52
Indice di immigrazione	2,79	3,19	0,4
Indice di emigrazione	2,08	2,4	0,32
Indice di fecondità	3,87	3,77	-0,1
Indice di carico figli per donna feconda	21,1	19,4	-1,7
Indice di ricambio	131,68	129,6	-2,08
Indice invecchiamento	-	22,1	-
Indice di dipendenza strutturale negli anziani	-	34,16	-
Indice di terza età/quarta età	-	98,02	-

Fonte dati: Anagrafi comunali - SISL e SISP Z.7

**Tab. n. 1.2.7 – Indice di vecchiaia: confronto Marche, Italia e CentroItalia**

Area territoriale	Indice di Vecchiaia	Indice di Dipendenza strutturale
Marche	166,4	52,5
Italia	127,1	48,4
Centro Italia	151,8	48,8

Fonte ISTAT 2001

**legenda**

Indice di vecchiaia	rapporto percentuale tra i cittadini di 65 anni e più e quelli compresi tra 0 e 14 anni
Indice di dipendenza strutturale	rapporto % tra cittadini in età non attiva (0-14 e 65 +) e quelli in età attiva (15-64 anni)
Indice di struttura della popolazione attiva	rapporto percentuale tra i cittadini compresi tra 40 e 64 anni e quelli tra 15 e 39 anni
Indice di immigrazione	Numero immigrati /pop. totale *100
Indice di emigrazione	Numero emigrati / pop totale * 100
Indice di fecondità	Nati vivi / (pop femminile di età compresa tra i 15 e 49 anni)* 100
Indice di carico figli per donna feconda	rapporto percentuale tra pop. di età 0-4 anni e donne di età compresa tra 15 e 49 anni
Indice di ricambio	rapporto percentuale tra i cittadini compresi tra 60 e 64 anni e quelli tra 15 e 19 anni
Indice invecchiamento	rapporto percentuale tra i cittadini di 65 anni e più e l'intera popolazione
Indice di dipendenza strutturale negli anziani	rapporto percentuale tra i cittadini di 65 anni e più e quelli in età attiva (14-64)
Indice di terza età/quarta età	rapporto percentuale tra i cittadini di 75 anni e più e quelli compresi tra 65-74 anni
Scarto rispetto al periodo	eccesso o difetto del valore dell'indicatore rispetto al valore nell'anno precedente

**1.2.4 La famiglia**

La famiglia media nella nostra zt è mediamente sempre più piccola (tab n. 1.2.8) ; il confronto con le aree geografiche nazionali mostra che il numero medio di componenti per famiglia ( tab. n.1.2.9) è all'incirca un 20% in meno rispetto all'Italia e all'area geografica di appartenenza (Italia centrale).

**Tab. n. 1.2.8 - Popolazione per tipo di famiglia nella zt7 - Situazione al 31/12/04**

Comuni	Numero di famiglie	Numero medio di componenti per famiglia
Agugliano	1563	2.08
Ancona	44217	2.03
Camerano	2461	2.07
Camerata P.	685	2.08
Castelfidardo	6697	2.07
Chiaravalle	5876	2.05
Fabriano	11963	2.06
Falconara Mma	11473	2.05
Loreto	4241	2.07
Montemarciano	3899	2.05
Monte San Vito	2342	2.06
Numana	1602	2.03
Offagna	664	2.07
Osimo	11923	2.06
Sirolo	1479	2.03

Fonte ISTAT

**Tab. n. 1.2.9 - Famiglie per numero, componenti, numero medio di componenti per ripartizione geografica - (valori assoluti)**

Ripartizioni Geografiche	Numero	Componenti	Numero medio di componenti per famiglia
Italia Nord-Occidentale	6134023	14647376	2,39
Italia Nord-Orientale	4200634	10464602	2,49
Italia Centrale	4170657	10640612	2,55
Italia Meridionale	4686957	13731924	2,93
Italia Insulare	2310817	6436326	2,79
Italia	21503088	55920840	2,6

Fonte ISTAT Censimento 2001

## L'istruzione

La distribuzione dei titoli di studio (che è proxy del livello di istruzione della popolazione) mostra una buona percentuale di laureati/diplomati in scuole superiori nelle città di Ancona, Falconara e Numana, mentre i diplomi di media inferiore e di scuola elementare sono più frequenti a Camerano, Camerata Picena e Chiaravalle (tab. n. 1.2.10)

Insomma una zona a due velocità: nella prima molti professionisti (laureati e diplomati) che abitano tra l'altro in centri grandi o a forte caratterizzazione turistica (Numana), nella seconda molti diplomati o operai che cercano abitazioni nelle vicinanze dei complessi industriali più vasti (zona Ancona sud e nord).

Il dato sugli 'alfabeti' privi di titoli di studio conferma tale teoria: Ancona, con Sirolo, Falconara e Montemarciano, è in testa mentre gli analfabeti sono più frequenti in piccoli e piccolissimi centri (Offagna, Camerata P., Monte San Vito) (tab 1.2.11).

**Tab. n. 1.2.10 - Titolo di studio: situazione nei comuni della Zona T. 7 di Ancona**

Comuni	Laurea	%	Diploma scuola sec.sup.	%	Licenza scuola media inferiore	%	Licenza scuola elementare	%
Agugliano	296	7,1	1.150	27,6	993	23,9	996	23,9
Ancona	12.024	12,0	30.242	30,1	23.839	23,7	21.957	21,9
Camerano	282	4,3	1.567	24,1	1.814	27,9	1.809	27,8
Camerata Picena	72	4,2	414	24,4	438	25,8	487	28,7
Castelfidardo	871	5,2	3.910	23,1	4.884	28,9	4.278	25,3
Chiaravalle	857	6,1	3.689	26,3	3.514	25,0	4.128	29,4
Falconara M.ma	2.456	8,7	8.254	29,3	7.054	25,1	6.991	24,8
Loreto	746	6,6	2.984	26,5	2.747	24,4	3.065	27,2
Montemarciano	627	6,8	2.545	27,7	2.345	25,6	2.381	26,0
Monte San Vito	280	5,1	1.437	26,0	1.401	25,3	1.567	28,3
Numana	241	7,3	969	29,4	864	26,2	763	23,2
Offagna	77	4,6	421	24,9	449	26,5	436	25,8
Osimo	1.977	6,7	7.091	24,1	7.486	25,5	7.776	26,4
Polverigi	180	6,0	774	25,7	785	26,0	788	26,1
Sirolo	276	6,6	981	23,6	664	16,0	908	21,8

Fonte dati ISTAT Censimento 2001

**Tab. n. 1.2.11 – Tasso di alfabetizzazione/analfabetismo nei comuni della Zona T. 7 di Ancona**

Comune	Alfabeti privi di titoli di studio		Analfabeti		Tasso di alfabetizzazione	Tasso di analfabetismo
	Totale	Di cui: in età da 65 anni in poi	Totale	Di cui: in età da 65 anni in poi	Totale	Totale
Agugliano	443	179	22	16	10,6	0,5
Ancona	7.280	2.977	392	226	7,3	0,4
Camerano	683	338	23	12	10,5	0,4
Camerata Picena	156	49	15	10	9,2	0,9
Castelfidardo	1.837	943	120	88	10,9	0,7
Chiaravalle	1.114	474	55	36	7,9	0,4
Falconara M.ma	2.137	842	122	67	7,6	0,4
Loreto	1.074	480	75	42	9,5	0,7
Montemarciano	728	264	50	29	7,9	0,5
Monte San Vito	449	172	43	27	8,1	0,8
Numana	267	97	12	9	8,1	0,4
Offagna	188	99	29	22	11,1	1,7
Osimo	3.324	1.593	193	135	11,3	0,7
Polverigi	284	121	22	18	9,4	0,7
Sirolo	277	128	16	10	6,7	0,4

Fonte dati ISTAT Censimento 2001

### 1.3 Ambiente

Nel territorio della Zona T. 7 sono state riconosciute aree ad “elevato rischio di crisi ambientale” per quanto riguarda l’inquinamento acustico, atmosferico ed elettromagnetico, soprattutto nei Comuni di Ancona e Falconara Marittima.

Le situazioni di criticità sono legate alla tipologia delle strutture presenti: per i trasporti, le strade, le ferrovie, l’aeroporto e il porto; per le telecomunicazioni gli apparati di tele-radiocomunicazione; per gli agglomerati industriali soprattutto la Raffineria API di Falconara Marittima.

L’inquinamento elettromagnetico, negli ultimi tempi, è stato oggetto di una attenzione crescente da parte della popolazione e dei mass media anche nella Zona T. 7. Sono stati effettuati studi relativi alla esposizione ai campi elettromagnetici nel territorio del comune di Ancona soprattutto nella zona di Forte Montagnolo e di Via Panoramica dove esiste una forte concentrazione di impianti radiofonici, televisivi e ponti radio.

Finora comunque non sono emersi risultati degni di preoccupazione sui rischi di tipo sanitario dell’esposizione alla salute dei cittadini.

(“Il profilo di salute della Città di Ancona” anno 2004 – Comune di Ancona; “Rete di Monitoraggio dei livelli di inquinamento della Provincia di Ancona – Rapporto anno 2004 ARPAM; sito provincia di Ancona IX Settore Tutela dell’ambiente Area Ecologica).

Il tipo di approvvigionamento idrico dei quindici comuni della ZT 7 è in prevalenza sostenuto da acque sotterranee (sorgenti e pozzi), solo un ristretto numero di comuni è servito da acque superficiali (invaso di Castreccioni sito in Provincia di Macerata).

Nel 2006 sono stati analizzati 1548 campioni di acque potabili nell'intera provincia di Ancona, di queste solo il 2% sono risultati non conformi al D. Lgs.31/01.

Le cause della non conformità microbiologica sono dovute generalmente alla fragilità dei sistemi di disinfezione; le non conformità chimiche derivano sia dalle elevate concentrazioni di nitrati nelle acque dei pozzi locali di subalveo che dalla concentrazione del ferro dovuta alla corrosione delle reti idriche e ad improvvise variazioni di portata delle condutture.

(fonte: ARPAM).

L'acqua distribuita dai consorzi gestori dell'acqua potabile nel territorio della ZT 7 di Ancona risulta comunque di alta qualità. (fonte: [www.commercio.marche.it](http://www.commercio.marche.it))

#### ***1.4. L'offerta sanitaria***

La Zona Territoriale n. 7 è divisa in tre Distretti Sanitari (Nord, Centro, Sud) e comprende tre Poli Ospedalieri (Chiaravalle, Loreto e Osimo). I Distretti Sanitari forniscono assistenza sanitaria in regime ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale terapeutica e riabilitativa (Residenze Sanitarie per Anziani, Hospice, Centri Terapeutici e Riabilitativi, per le Dipendenze Patologiche e patologie psichiatriche), l'assistenza domiciliare, l'attività di medicina legale e di prevenzione sul territorio. Gli ospedali garantiscono l'assistenza per i ricoveri ospedalieri a ciclo continuativo e/o diurno.

Per fornire una risposta ai bisogni sanitari la Zona Territoriale n. 7 ha attivato una rete di servizi integrando, ove possibile, le diverse strutture distribuite sul territorio per garantire la continuità assistenziale, ad esempio tra Ospedale e Distretto Sanitario (Assistenza Domiciliare, assistenza primaria e specialistica, collaborazioni con Pediatri e Medici di Medicina Generale, Hospice, RSA, Country Hospital, attività di mediazione culturale ecc.). I flussi informativi che sono stati creati consentono di monitorare l'attività e di orientare l'offerta di servizi alla domanda di salute della popolazione residente e domiciliata nel territorio della Zona.

## 2. I determinanti della salute

### 2.1 Allattamento al seno

Il latte materno è l'alimento naturale migliore per il lattante.

Si deve ricorrere ad altri tipi di latte solo nei casi in cui non sia possibile avere adeguata quantità di latte materno (allattamento misto) o quando questo venga a mancare del tutto (allattamento artificiale).

Esiste un rapporto stretto tra l'allattamento al seno e la salute della mamma e del neonato.

L'OMS insiste da anni sull'incentivazione dell'allattamento al seno, in particolare per esaltare i vantaggi che questo comporta e che sono essenzialmente di 3 tipi:

**Nutrizionali:** il latte materno contiene nutrienti quantitativamente e qualitativamente ottimali per coprire come unico alimento i fabbisogni del bambino nei primi 5/6 mesi di vita favorendone la crescita e condizionando le caratteristiche fisiologiche della digestione, dell'assorbimento e del metabolismo;

**Protettivi:** mediante il latte materno il bambino presenta migliori difese nei confronti delle infezioni da virus e batteri (infezione delle vie respiratorie superiori e inferiori, infezioni intestinali, infezioni delle vie urinarie, meningiti e sepsi), delle allergie (eczemi, asma), di alcune malattie da alterata risposta immune (diabete giovanile, morbo di Chron, retto-colite ulcerosa);

**Psicologici:** mediante l'allattamento si realizza più facilmente il rapporto madre neonato. Attaccato al seno il bambino ascolta la voce della madre, ne sente l'odore e il calore della pelle, si rilassa e la sua attività respiratoria diventa più regolare. Dal canto suo la madre riceve stimolazioni somatosensoriali, avverte una profonda sensazione di benessere, si sente gratificata e realizzata. Le donne che allattano al seno hanno minore incidenza di carcinoma alla mammella, di neoplasia dell'ovaio e di osteoporosi durante la menopausa; inoltre presentano una maggiore facilità a tornare al peso pregravidico per l'alto consumo energetico dovuto alla produzione del latte.

Sempre l'OMS classifica le diverse forme di allattamento nelle seguenti modalità:

<b>Allattamento esclusivo</b>	latte materno (succhiato o spremuto), gocce o sciroppi medicinali (vitamine, minerali, farmaci), e nient'altro.
<b>Allattamento predominante</b>	come sopra, ma sono ammessi liquidi non nutritivi (acqua, semplice o zuccherata, bevande acquose come tè, camomilla, tisane, infusioni, succhi di frutta non zuccherati, soluzioni per reidratazione orale).
<b>Allattamento parziale</b>	come sopra, ma con l'aggiunta di alimenti nutritivi liquidi (latte liquido o in polvere, brodi di carne o vegetali), semiliquidi (pappe di cereali, frutta, verdura, carne, pesce), e solidi (biscotti).
<b>Allattamento artificiale (non allattamento al seno):</b>	alimentazione senza latte materno

### Monitoraggio dell'allattamento al seno nella Zona Territoriale 7

L'indagine sull'allattamento al seno tra le donne residenti nella nostra ZT è partita dall'esigenza di valutare la prassi nelle donne partorienti che troppo spesso, dai dati nazionali, risultano abbandonare l'allattamento ai primi mesi di vita del bambino.

Sono state intervistate durante l'anno 2006, a campione, 570 donne che si sono presentate alle sedute vaccinali (prima e e seconda) quando il bambino ha rispettivamente 3 mesi e 5-6 mesi di

vita. I bambini sono per il 51,8% maschi e il restante 47,9% femmine. Di uno 0,4% (2 bambini) non si hanno dati. (tab. n. 2.1.1).

**Tab. n. 2.1.1 - Coorte dei bambini: distribuzione per sesso, anno 2006**

Sesso	Frequenza	%
Missing	2	0,4%
Femmina	295	51,8%
Maschio	273	47,9%
Totale	570	100,0%

La metà circa del campione è stato intervistato alla prima vaccinazione; l'altra metà alla seconda (Tab. n. 2.1.2). Per coloro che sono nati presso l'Ospedale di Osimo, è stato possibile, grazie al dato sull'allattamento nelle prime 48 ore, raccolto nel certificato di assistenza al parto (CEDAP), costruire una piccola coorte specifica valutando alla nascita (prime 48 ore), a 3 e a 5-6 mesi la pratica di nutrimento al seno della madre.

**Tab. n. 2.1.2 - Coorte dei bambini: numero di bambini osservati per vaccinazione**

Vaccinazione	Frequenza	%
Prima	296	51,9%
Seconda	274	48,1%
Totale	570	100,0%

### **Prima vaccinazione**

Alla prima vaccinazione (3° mese di vita del bambino) l'81,4% dei bambini viene ancora allattato al seno (contro il 98,71% dei dati CEDAP raccolti nelle prime 48 ore di vita del bambino, presso l'Ospedale di Osimo nell'anno 2006).

Al di là di considerazioni di tipo statistico sembra evidente il calo di circa il 15% delle mamme che dichiarano di allattare al seno già dopo soli 3 mesi dalla nascita del bambino (tab. n. 2.1.3).

Di questo 81,4 % di allattati più di 3/4 (81,7 %) lo fanno a richiesta e solo un 15,8% con il metodo cosiddetto 'a orario' (tab. n. 2.1.4).

**Tab. n. 2.1.3 - Distribuzione di frequenza dei bambini allattati al seno alla prima vaccinazione**

E' Stato Allattato al seno	Frequenza	%
1-sì	241	81,4%
2-no	55	18,6%
Totale	296	100,0%

**Tab. n. 2.1.4 - Modalità di allattamento al seno alla prima vaccinazione**

Se sì ...	Frequenza	%
Missing	6	2,5%
A orario	38	15,8%
A richiesta	197	81,7%
Totale	241	100,0%

I bambini allattati al seno in modo esclusivo o predominante alla prima vaccinazione (tab. n. 2.1.5) sono il 62,2%.

**Tab. n. 2.1.5 - Proporzioe di bambini allattati in modo esclusivo o predominante alla prima vaccinazione**

Allattamento al seno esclusivo o predominante	Frequenza	%
Si	150	62,2
No	91	37,8
Totale	241	100

La valutazione dell'associazione corso preparato e visita post-partum ha dato esito negativo; non esiste significatività statistica né per il primo (l'aver frequentato il corso preparato non influenza la scelta di allattare al seno il bambino) né per il secondo (la visita post-partum non è significativamente associata all'allattamento) almeno per quanto riguarda la situazione al 3° mese di vita dei bambini come si osserva nelle tabelle n. 2.1.6 e 2.1.7

**Tab. n. 2.1.6 – Proporzioe di bambini allattati al seno in rapporto alla partecipazione della madre al corso di preparazione alla nascita alla prima vaccinazione**

Ha Partecipato al Corso Preparato	1-si	2-no	Totale
1-si	102	17	119
2-no	139	38	177
Totale	241	55	296

*p= non significativo*

**Tab. n. 2.1.7 – Proporzioe di bambini allattati al seno in rapporto alla visita post-partum alla prima vaccinazione**

Ha Ricevuto visita post-partum	1-si	2-no	Totale
1-si	32	5	37
2-no	208	51	259
Totale	240	56	296

*p= non significativ*

### **Seconda vaccinazione**

Alla seconda vaccinazione, che avviene al 5°-6° mese di vita, i bambini ancora allattati al seno scendono al 69,7% (Tab. n. 2.1.8 e n. 2.1.9) con un calo percentuale di 11,7 punti e la modalità preferita resta l'allattamento a richiesta (76% contro il 20,4%).

**Tab. n. 2.1.8 – Distrib. di frequenza dei bambini allattati al seno alla seconda vaccinazione**

E' Stato Allattato al Seno	Frequenza	%
1-si	191	69,7%
2-no	83	30,3%
Totale	274	100,0%

**Tab. n. 2.1.9 – Modalità di allattamento al seno alla seconda vaccinazione**

Se si ...	Frequenza	%
Missing	7	3,6
A orario	39	20,4
A richiesta	145	76
Totale	191	100,0%

Il numero di bambini che ha ricevuto un allattamento esclusivo o predominante passa dal 62,2 % (della prima seduta vaccinale) al 38,2% (tab. n. 2.1.10).

**Tab. n. 2.1.10 - Proporzione di bambini allattati in modo esclusivo o predominante alla seconda vaccinazione**

Allattamento al seno esclusivo o predominante	Frequenza	%
Si	73	38,2
No	118	61,8
Totale	191	100,0

Anche qui, come per la prima vaccinazione, non vi è significativa associazione tra la partecipazione al corso, o la visita post-partum, e l'allattamento al seno (tab. n. 2.1.11 e 2.1.12).

**Tab. n. 2.1.11 – Proporzione di bambini allattati al seno in rapporto alla partecipazione della madre al corso di preparazione alla nascita alla seconda vaccinazione**

Ha Partecipato al Corso Preparto	Si	No	Totale
Si	78	32	110
No	109	51	160
Missing			4
Totale	187	83	274

*p= non significativo*

**Tab. n. 2.1.12 – Proporzione di bambini allattati al seno in rapporto alla visita post-partum alla seconda vaccinazione**

Ha Ricevuto visita post-partum	Si	No	Totale
Si	26	8	34
No	161	75	236
Missing			4
Totale	187	83	274

*p= non significativo*

## 2.2 Indagine Ancona

Nell'anno 2004 è stato chiesto, da parte della Zona Territoriale n.7 di Ancona, all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) di partecipare alla realizzazione di un'inchiesta sulla salute dei giovani, a conclusione di un corso di formazione dei professionisti sanitari sull'epidemiologia applicata. L'inchiesta è stata realizzata nella città di Ancona e ha avuto come obiettivi principali: la descrizione della qualità della vita percepita dai giovani, la misurazione della prevalenza dei comportamenti associati con le cause principali di morbosità e mortalità nei giovani, e la descrizione dei fattori di rischio socio-demografici e comportamentali associati a tali comportamenti.

Questa indagine ha fornito alla ZT e ai Dirigenti delle scuole interessate, delle informazioni sulla prevalenza di comportamenti dei giovani e su certi fattori o condizioni di rischio sui quali orientare in seguito interventi mirati.

Altri potenziali audience ed utenti di questi dati sono state le associazioni di genitori, i medici di famiglia ed i pediatri, i familiari ed i ragazzi attori dell'indagine stessa.

I ragazzi che sono stati intervistati sono stati 270 (tab. n. 2.2.1), nel 54,4% femmine e i restanti 45,6% maschi. L'età media è di 18 anni (con un range che va da 17 a 21 anni).

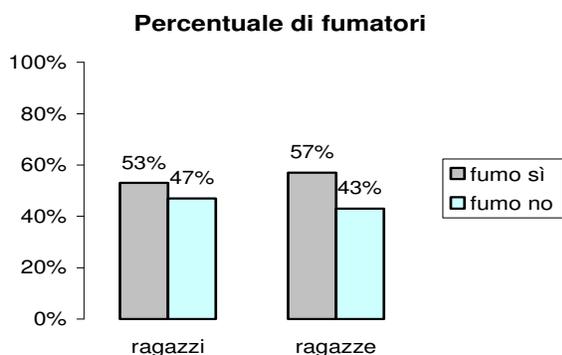
**Tab. n. 2.2.1– Ragazzi intervistati – Indagine Ancona anno 2004**

Sesso	Numero	%
Femmine	147	54,4 %
Maschi	123	45,6 %
Totale	270	100 %

**Comportamenti a rischio per la salute**

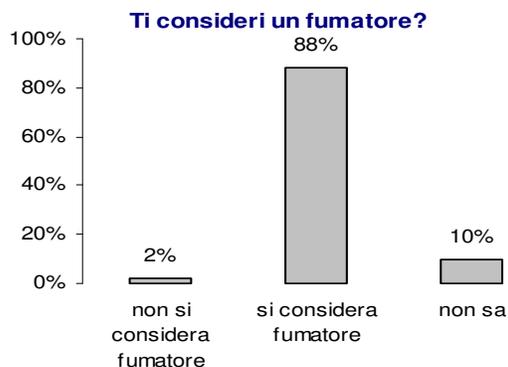
✓ **Il fumo** - L' 81% degli studenti intervistati ha fumato almeno una volta nella vita. L'età media della prima sigaretta sia nei maschi che nelle femmine si aggira intorno ai 14 anni.

**Graf. n. 2.2.a**



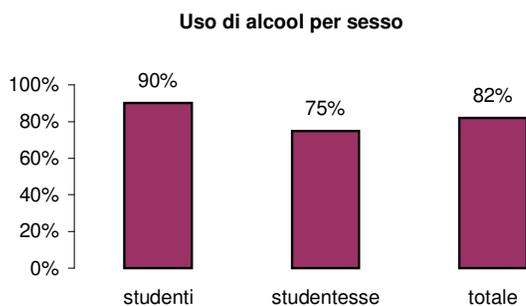
Tra coloro che fumano (graf. n. 2.2.a) la percezione della condizione di fumatore è elevata (graf. n. 2.2.b).

**Graf. n. 2.2.b**



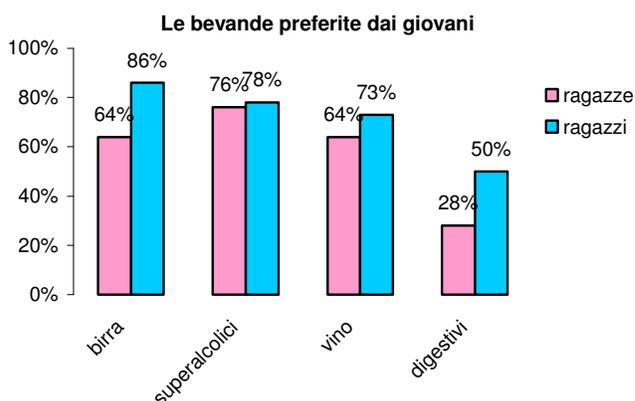
✓ **L'alcool** - Il 14% degli studenti ha bevuto, per la prima volta, una bevanda alcolica quando aveva non più di 14 anni. Il 18% dichiara di non bere alcolici mentre gli altri consumano prevalentemente bevande alcoliche nel pub/birreria (61%), in discoteca (54%) e al ristorante/pizzeria (33%).

**Graf. n. 2.2.c**



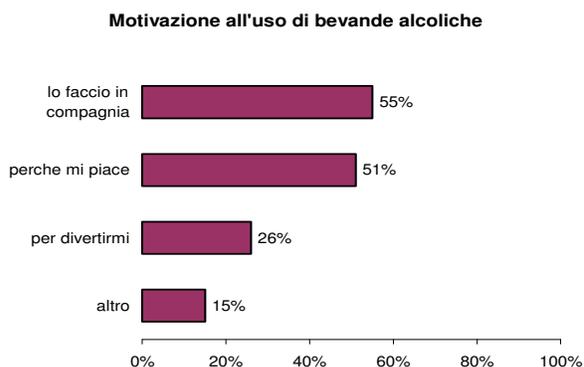
L'82% degli studenti afferma di bere attualmente bevande alcoliche (graf. n. 2.2.c). In proporzione i ragazzi bevono di più rispetto alle ragazze (rispettivamente 90% e 75%).

**Graf. n. 2.2.d**



Tra i bevitori le bevande preferite sono i superalcolici (77%), la birra (75%) e il vino (68%) con leggere differenze tra i due sessi (graf. n. 2.2.d)

**Graf. n. 2.2.e**

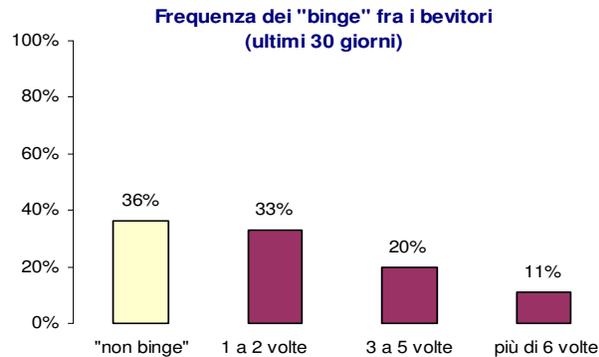


La motivazione principale (graf. n. 2.2.e) che spinge un giovane studente a bere è l'occasione di stare in compagnia (55%).

Bere in modo eccessivo ("binge", cioè 5 o più unità di bevande alcoliche <sup>1</sup> nella stessa occasione) predispone i ragazzi a problemi gravi (incidenti stradali, gravidanze indesiderate, disagio e depressione). Il 64% degli studenti che consumano alcol ha riferito di aver fatto almeno un "binge" negli ultimi 30 giorni.

Tra questi (graf. n. 2.2.f), il 33% lo ha fatto da una a due volte nell'ultimo mese e il 11% più di sei volte!

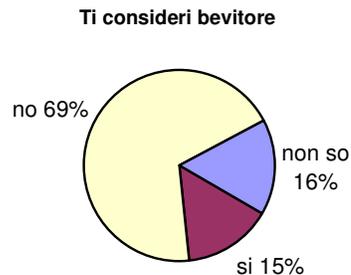
**Graf. n. 2.2.f**



Per unità alcolica o bevuta o drink si intende l'equivalente di un volume 330 cc di birra (lattina o bottiglia piccola) o 200 cc di vino (un bicchiere) o 4 cc di superalcolici (mezzo bicchierino) equivalenti a circa 12 grammi di alcol.

Tra i bevitori "binge" (graf. n. 2.2.g) solo il 15% si considera bevitore.

**Graf. n. 2.2.g**



✓ **Confronto con altre realtà** - Indagini simili sono state effettuate a Caltanissetta (nell'anno 2003) e ad Ostia (nell'anno 2004) dalle quali abbiamo estratto i risultati relativi alle domande presenti nei tre questionari (tab. n. 2.2.2).

Si evince una sensibile "concordanza" delle risposte (soprattutto riferite a "assunzione bevande alcoliche", "fumare sigarette" e "avere avuto più di 4 partner").

Per le altre risposte non sembra comunque essere di fronte a ragazzi molto diversi; ciò porterebbe pertanto a concludere che i fenomeni indagati nello studio ad Ancona si presentino senza una vera e propria caratterizzazione geografica essendo più l'età e la condizione sociale (studenti delle penultime o ultime classi delle scuole secondarie superiori) a influenzare le risposte.

**Tab. n. 2.2.2 - Confronto tra i risultati delle indagini effettuate a Caltanissetta, Ostia e Ancona**

<b>Caratteristica indagata</b>	<b>Caltanissetta (ultimo anno scuole secondarie sup.)</b>	<b>Ostia (penultimo anno scuole secondarie sup.)</b>	<b>Ancona (ultimo anno scuole secondari e sup.)</b>
Assume bevande alcoliche	np	83%	82%
Assume bevande alcoliche fuori pasto	36%	63%	72%
Ha fatto almeno un “binge” nell’ultimo mese	47%	44%	64%
Viaggiato negli ultimi 30 giorni con guidatore in stato di ebbrezza alcolica	13%	14%	24%
Non è bene informato sui tempi d’attesa prima di mettersi alla guida dopo l’assunzione di alcol	77%	70%	69%
Hanno sperimentato sostanze stupefacenti	np	47%	56%
Fanno uso abituale di cannabis	np	22%	29%
Fuma sigarette	46%	52%	56%
Rapporti sessuali precoci (prima di 16 anni)	np	86%	24%
Hanno rapporti non protetti	np	47%	25%
Hanno avuto già più di 4 partner	np	20%	16 %

np= dato non presente nell’indagine

### **2.3 Indagine Passi anno 2000 (estratto)**

Il Ministero della Salute e le Regioni hanno identificato la necessità di attivare una sorveglianza sui fattori di rischio comportamentali ed i programmi di intervento realizzati per la promozione di comportamenti di vita più sani. A tale scopo il CCM (Centro Controllo delle Malattie) del Ministero della Salute ha affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell’Istituto superiore di Sanità, l’incarico di sperimentare la realizzazione di uno studio di popolazione, denominato PASSI, con la prospettiva di una messa a regime di tale sorveglianza a livello nazionale nei prossimi anni.

I principali ambiti studiati sono attività fisica, fumo, alimentazione, consumo di alcol, sicurezza stradale, ipertensione e ipercolesterolemia, screening del cancro della mammella, del collo dell’utero e del colon retto.

Nelle Marche lo studio ha dovuto subire alcune modifiche rispetto al progetto originale; si è scelto di considerare territorio su cui campionare la coorte di 200 persone da intervistare il livello di area vasta e sono state quindi costruite 4 coorti diverse, una per ogni area vasta.

Nella nostra Azienda è stato intervistato un campione casuale di 103 persone (considerate 100 interviste poiché 3 sono risultate incomplete), selezionate dalla lista dell’anagrafe di popolazione della Zona Territoriale n. 7 di Ancona.

- Il 58% degli intervistati è rappresentato da donne e il 42% da uomini, l’età media è di 45,9 anni. Più della metà ha un livello di istruzione alto (55% licenza media superiore e 5% laurea – graf. n. 2.3.a), oltre il 66,7% ha un lavoro regolare.

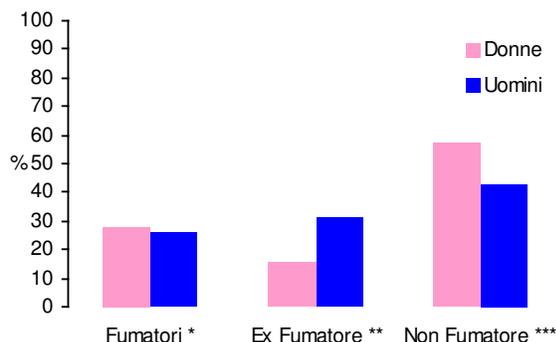
### Graf. n. 2.3.a



- Circa la percezione sul proprio stato di salute. Il 23% delle persone intervistate lo ritiene appena sufficiente o cattivo, mentre il 61,5% dei soggetti con almeno una patologia severa ha una percezione positiva del proprio stato di salute.
  - È completamente sedentario l' 11% del campione e solo il 22% aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica. Nel 47% dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica.
  - Il 27% si dichiara fumatore e il 22% ex fumatori (graf. n. 2.3.b). Quasi tutti hanno smesso di fumare da soli e nessuno dichiara di aver avuto aiuto da parte di un operatore sanitario.
- A quasi un anno dall'entrata in vigore della nuova normativa (legge 16/01/2003 n. 3 art. n. 51 e successive modifiche ed integrazioni) il 77,4% dichiara che sul luogo di lavoro viene sempre rispettato il divieto sul fumo.

### Graf. n. 2.3.b

**Abitudine al fumo Zona T. 7 – Ancona – Passi, 2005**



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

\*\*Ex fumatore: soggetto che dichiara di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e attualmente non fuma da almeno 6 mesi

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

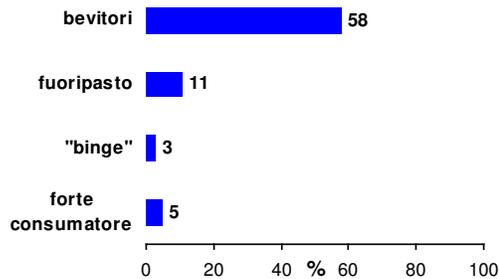
- Si osserva un buon livello di consumo di frutta e verdura anche se solo il 29% aderisce alle raccomandazioni internazionali consumando frutta e verdura cinque volte al giorno, abitudine

questa scarsamente diffusa nelle persone tra i 18-34 anni, negli uomini e tra coloro che hanno un livello di istruzione più alto.

- Si stima che quasi due terzi (58%) della popolazione tra 18 e 69 anni consumi bevande alcoliche (graf. n 2.3.c) e un quinto circa (19%) abbia abitudini di consumo considerate a rischio (complessivamente il 5% è forte bevitore e il 3% bevitore "binge" ovvero consumano almeno una volta al mese 5 o più unità di bevanda alcolica, in un'unica occasione). Gli operatori sanitari si informano solo nel 19,6% dei casi sulle abitudini dei loro pazienti in relazione all'alcol e tra i forti consumatori il 20% riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere di meno.

### Graf. n. 2.3.c

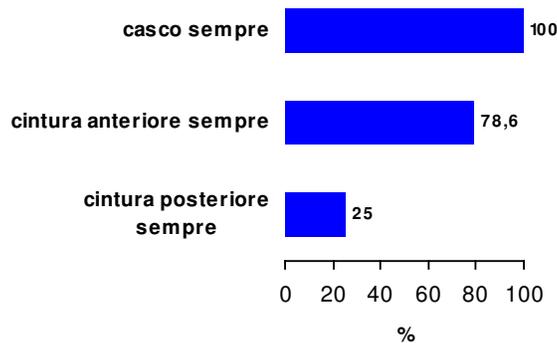
Consumo di alcol, Zona Territoriale n. 7 - Ancona  
Passi, 2005



- Si osserva invece (graf. n. 2.3.d) un discreto livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza (78,6% cintura anteriore sempre, 100% casco sempre) fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori che viene utilizzata sempre solo nel 25% degli intervistati. Il 5% degli intervistati dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza nel mese precedente all'intervista e il 4% di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

### Graf. n. 2.3.d

Uso dei dispositivi di sicurezza  
Zona T. 7 di Ancona - Passi - 2005

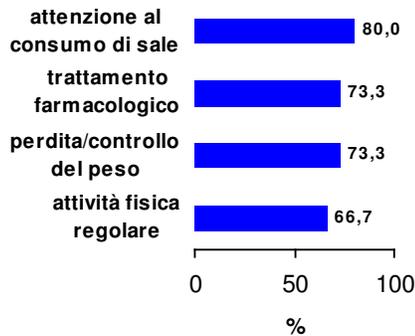


- In media solo il 27,3% delle persone, tra i 18 e i 65 anni, con almeno una condizione a rischio (diabete, tumore, malattie cardiovascolari) si è vaccinata l'anno precedente l'intervista (2005) contro l'influenza.

- Il numero di donne suscettibili alla rosolia risulta essere molto lontano dal 5% necessario per eliminare la rosolia congenita; infatti la percentuale di donne suscettibili o con stato immunitario sconosciuto è pari al 38,7%.
- Si stima che sia iperteso quasi un quinto (17%) della popolazione tra i 18 e 69 anni, di cui il 73,3% è sotto trattamento farmacologico (graf. n. 2.3.e). Al 12% non è mai stata misurata la pressione arteriosa.

**Graf. n. 2.3.e**

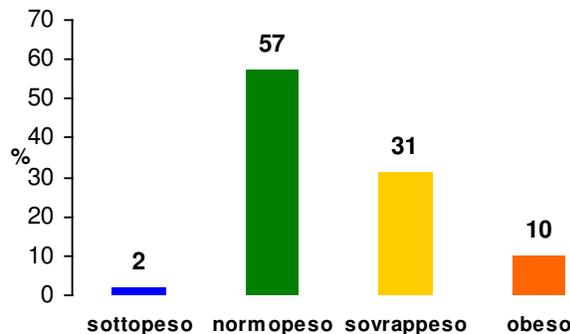
**Modalità di trattamento dell'ipertensione\*\***  
Zona Territoriale n. 7 Ancona – Passi, 2005



- Quasi un terzo (28,2%) della popolazione dichiara di avere valori elevati di colesterolemia, di questi il 20,8% dichiara di essere sotto trattamento farmacologico. Il 14% dichiara che non gli è mai stato misurato il colesterolo.
- È in sovrappeso il 31% del nostro campione e gli obesi sono il 10% (graf. n. 2.3.f). L'eccesso ponderale è trattato nel 43,9% dei casi con dieta e nel 36,6% con lo svolgimento di attività fisica regolare.

**Graf. n. 2.3.f**

**Caratteristiche ponderali della popolazione**  
Zona Territoriale n. 7 di Ancona – Passi, 2005



- Ancora scarsamente utilizzata la carta del rischio cardiovascolare (solo nel 6,3% degli ultra quarantenni intervistati) da parte dei medici.
- L' 84,4% delle donne tra 25 e 64 anni ha eseguito almeno un pap test nella vita e il 68,9% lo ha eseguito negli ultimi tre anni. Il 15,6% non ha mai eseguito un pap test a scopo preventivo.

- L'83,3% delle donne tra 50 e 69 anni ha effettuato almeno una mammografia, ma una proporzione minore (58,3%) l'ha eseguita entro i due anni.
- Appena il 7,1% degli ultracinquantenni ha eseguito un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (una sigmoidoscopia o una colonscopia a scopo preventivo).

## **2.4 Depistage Odontoiatrico Anno 2004- 2005**

Anche nell'anno scolastico 2004-2005, come negli anni precedenti, si è svolta l'indagine di prevalenza della carie dentaria e della malocclusione tra i bambini di terza elementare delle scuole presenti nella Zona Territoriale n. 7 di Ancona, con lo scopo di valutarne la diffusione, individuare i fattori di rischio e pianificare una prevenzione efficace di questi fenomeni.

I risultati raggiunti con l'attività di screening odontoiatrico (depistage) che da più di dieci anni viene svolta presso le scuole elementari della Zona 7, hanno consentito di dimostrare come un intervento preventivo possa migliorare la salute orale dei bambini coinvolgendo le famiglie ed il sistema sanitario.

Durante il lavoro di depistage, infatti, si svolge anche un'azione informativa in un'età considerata molto significativa sia per far comprendere l'importanza di una buona igiene orale che per consigliare eventuali terapie preventive.

Gli specialisti odontoiatri dei tre Distretti della Zona 7 hanno effettuato il depistage registrando i dati ottenuti durante le visite scolastiche, in tutte le scuole elementari che hanno aderito al progetto. Nell'anno scolastico 2004-2005 i bambini esaminati sono stati 1393 e sono stati adottati i criteri operativi delle precedenti rilevazioni, continuando a porre l'attenzione allo stato della dentatura, alle condizioni di igiene orale, alle abitudini alimentari con particolare attenzione al consumo di dolci, all'esecuzione di visite odontoiatriche precedenti e all'eventuale trattamento ortodontico e alla fluoroprofilassi (tab. n. 2.4.1).

**Tab. n. 2.4.1 – Percentuale di eventi osservati nei 1393 bambini esaminati – anno scolastico 2004/05**

<b>Eventi</b>	<b>n. bambini</b>	<b>%</b>
<b>Stile di vita</b>		
Goloso di dolci	713	51,2
Fluoroprofilassi	597	42,9
Visite odontoiatriche precedenti	998	71,6
<b>Patologie</b>		
Carie	449	32,2
Malocclusione	805	57,8
Affollamento	321	23,0
<b>Terapie</b>		
Trattamento Ortodontico	105	7,5

**Tab. n. 2.4.2 - Livelli di igiene orale quotidiana: confronto anni 2003/04 e 2004/05**

Numero lavaggi	Frequenza	% anno 2004/05	% anno 2003/04
Missing	1	0,1%	0
Mai	3	0,2%	1%
Saltuariamente	91	6,5%	7%
Una volta	457	32,8%	27%
Due volte	658	47,2%	47%
Tre volte	183	13,1%	18%
Totale	1393	100%	100%

Non emergono differenze notevoli (tab n. 2.4.2) tra le % dei lavaggi giornalieri nei due anni di osservazione: solo una minima parte di bambini lava i denti meno di una volta al giorno.

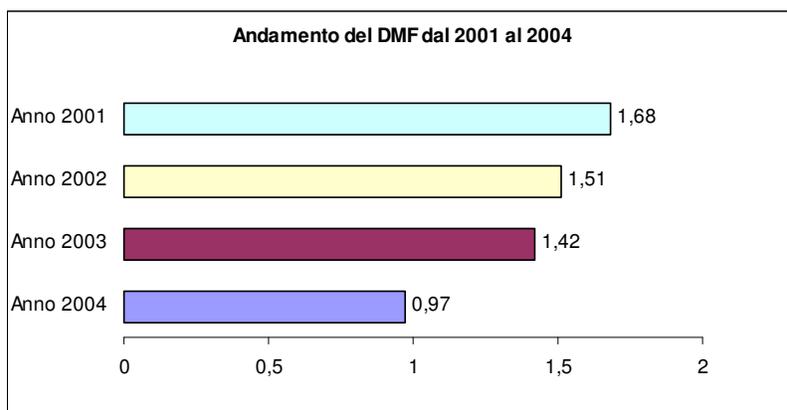
La prevalenza della patologia cariosa in una popolazione può essere espressa come percentuale di soggetti colpiti (o indenni) oppure con l'indice dmft (in minuscolo) per i denti decidui (6 anni) o DMFT (in maiuscolo) per i denti permanenti (12 anni).

L'indice dmft/DMFT (in inglese Decayed, Missing, Filled Teeth ovvero Denti cariati, mancanti o otturati) è la somma dei denti cariati, mancanti e otturati riscontrati diviso il numero di bambini visitati.

Gli indicatori dello stato di salute orale, con i relativi standard da raggiungere, fissati dall'OMS per l'anno 2000 e 2010 sono riportati di seguito:

ETA'	Indicatore	Obiettivo 2000	Obiettivo 2010
5 – 6 anni	Proporzione esenti carie	50% esenti da carie	90% esenti da carie
12 anni	DMFT	DMFT < di 3	DMFT < di 1

**Graf. n. 2.4.a - Andamento del DMFT nel periodo 2001 – 2004 nei bambini di terza elementare della Zona T. 7**



Il valore del DMFT è molto buono (graf. n. 2.4.a) se si considera che a livello Europeo, nella fascia di età fino a 12 anni, questo è pari a 1 in Finlandia e Olanda, a 3 in Portogallo, e raggiunge addirittura livelli più elevati in alcuni Paesi dell'est europeo.

### 3. Morbosità

Nell'anno 2005, presso i tre presidi del Polo Ospedaliero Unificato della zt (Osimo, Loreto e Chiaravalle, più Villa Adria e Villa Igea) i residenti hanno prodotto 46950 ricoveri (pari al 96,4% di tutti i ricoveri registrati presso la zona 7) mentre 3327 sono stati i ricoveri per mobilità attiva di residenti provenienti da altre zone territoriali o territori extra marchigiani.

Il numero totale dei ricoveri effettuati è di 50277.

Tale dato è comprensivo anche dei ricoveri ripetuti; quindi non riflette precisamente la numerosità dei pazienti ricoverati durante l'anno ma il carico di lavoro effettivo associato alle diverse patologie oggetto del ricovero. (Fonte: SDO aziendali)

La differenza tra ricoveri e ricoverati non è comunque elevata, per questo l'analisi delle SDO si è svolta attraverso una loro valutazione complessiva.

L'età media al ricovero è di 57,01 anni (D.S. 24,07), con mediana 64 e moda 77.

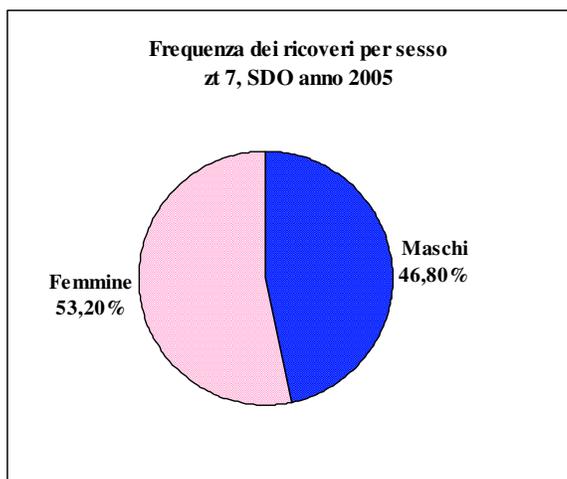
La classe d'età maggiormente rappresentata è quella anziana (65 anni e +) con un 45,9% del totale dei ricoveri (Tab. n. 3.1).

**Tab. n. 3.1 – Frequenza dei Ricoveri ospedalieri per classi di età – zt 7, SDO anno 2005**

Classe d'età	Frequenza	%
Missing	3081	6,1%
1) <5 anni	1970	3,9%
2) 5-14 anni	1313	2,6%
3) 15-19 anni	756	1,5%
4) 20-64 anni	20099	40,0%
5) 65 anni e +	23058	45,9%
Totale	50277	100,0%

Il 46,8% sono maschi, (graf. n. 3.a) dei quali circa la metà coniugati (tab. n. 3.2).

**Graf. 3.a**



**Tab. n. 3.2 – Frequenza dei ricoveri per stato civile – zt7, anno 2005**

Stato civile	Frequenza	%
Celibe/nubile	12494	24,9%
Coniugato/a	22713	45,2%
Separato/a	693	1,4%
Divorziato/a	402	0,8%
Vedovo/a	4512	9,0%
Non dichiarato	9463	18,8%
Totale	50277	100,0%

La maggior parte dei ricoveri avviene su persone che non dichiarano un titolo di studio; è probabile però che tale campo non sia valorizzato adeguatamente al momento della compilazione (magari per scarsa considerazione) lasciando la voce 'nessun titolo' come default nella maggior parte dei casi. E' difficile infatti pensare che una schiacciante percentuale di persone (il 97,5%) sia senza alcun titolo di studio (Tab. n. 3.3); anche l'età media avanzata e la gran parte di anziani tra i ricoverati non giustifica un dato del genere.

**Tab. n. 3.3 – Tassi grezzi ricovero per titolo di studio – zt7, anno 2005**

Titolo di studio	Frequenza	%
Nessun titolo	49008	97,5%
Licenza scuola elementare	184	0,4%
Licenza scuola media inferiore	554	1,1%
Diploma di qualifica prof.(coso 2/3 anni che non permette l'accesso all'Università)	235	0,5%
Diploma di maturità	245	0,5%
Diploma universitario, laurea	51	0,1%
Totale	50277	100,0%

Il 96,9% di tutti i ricoveri riguarda cittadini italiani (48699), mentre tra gli stranieri i più rappresentati sono i cittadini albanesi (14,96%) e romeni (11,34%), dati che sono in accordo con il recente consistente incremento della loro presenza tra la popolazione immigrata nell'area di Ancona e provincia.

Dei 3327 ricoveri relativi a cittadini residenti al di fuori della zt 7, 65 sono ascrivibili a cittadini provenienti da fuori regione e 3262 provengono dalla regione Marche ma da altre z.t.; di questi circa il 40% proviene dalle zone territoriali di Civitanova Marche e Jesi ( tab n.3.4).

**Tab. n. 3.4 – Residenza dei ricoverati residenti in altre Zone della Regione Marche – anno 2005**

Azienda di residenza	Frequenza	%
Pesaro	95	2,91%
Urbino	55	1,69%
Fano	198	6,07%
Senigallia	418	12,81%
Jesi	730	22,38%
Fabriano	147	4,51%
Civitanova Marche	758	23,24%
Macerata	247	7,57%
Camerino	55	1,69%
Fermo	322	9,87%
S. Benedetto	93	2,85%
Ascoli Piceno	144	4,41%
Totale	3262	100,00%

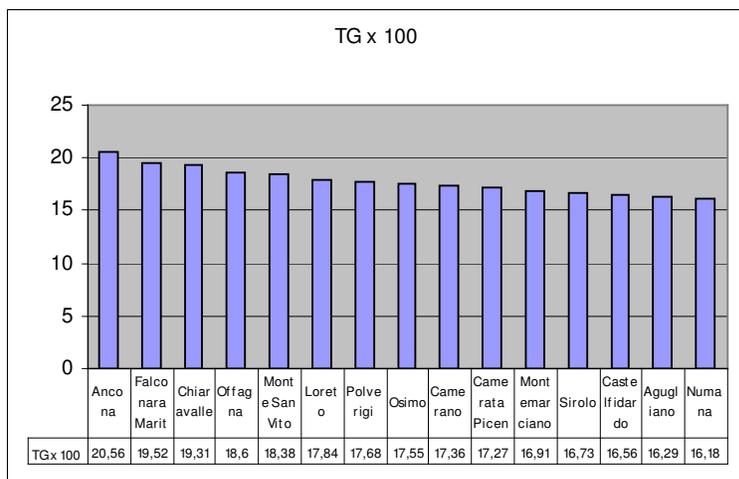
L'elaborazione delle frequenze dei comuni di residenza dei ricoverati, mostra come la gran parte dei ricoveri sia ascrivibile ad anconetani (41,60%) che rappresentano infatti il 41,22% della popolazione della zona, seguiti dai residenti di Falconara e Osimo (cittadine più popolose della zt).

Nella seguente tab. n. 3.5 vengono indicati i comuni di residenza dei ricoverati, in ordine decrescente di frequenza.

**Tab. n. 3.5 - Frequenza del comune di residenza per ricoveri prodotti da cittadini residenti nella zt7 Ancona – anno 2005**

Comune residenza	Frequenza	%
Ancona	20930	41,60%
Falconara Marittima	5506	11,00%
Osimo	5492	10,90%
Castelfidardo	3000	6,00%
Chiaravalle	2795	5,60%
Loreto	2103	4,20%
Montemarciano	1647	3,30%
Camerano	1166	2,30%
Monte San Vito	1116	2,20%
Agugliano	709	1,40%
Polverigi	610	1,20%
Numana	599	1,20%
Sirolo	582	1,20%
Offagna	339	0,70%
Camerata Picena	331	0,70%

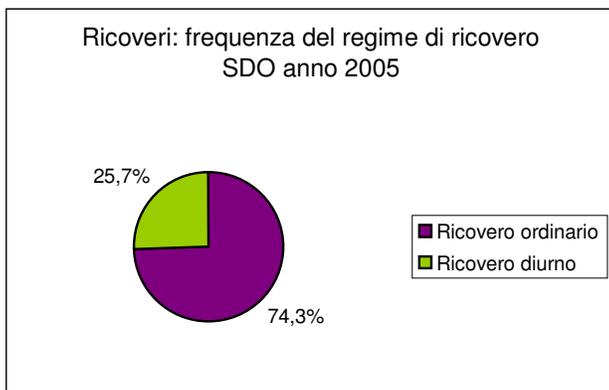
Il tasso grezzo dei ricoveri sul totale della popolazione per comune della Zona, vede ancora Ancona in testa, seguita da Falconara e Chiaravalle; i comuni con TG minori sono Numana e Agugliano (di poco sotto il tasso medio aziendale di 19,01).



### 3.1 Ricoveri ordinari

Il 74,3% dei ricoveri è classificabile come ordinario e solo ¼ circa è ricovero diurno.

**Graf. n. 3.1.a**



Dei 37379 ricoveri ordinari il 41,7% sono urgenti e più della metà programmati (tab. 3.1.1).

**Tab. n. 3.1.1 - Frequenze dei ricoveri per tipo di ricovero – zt 7, SDO anno 2005**

Tipo di ricovero	Frequenza	Percentuale
Missing	505	1,4%
Ricovero programmato non urgente	20929	56,0%
Ricovero urgente	15602	41,7%
Ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO)	67	0,2%
Ricovero programmato con pre-ospedalizzazione	251	0,7%
Ricovero per trattamento sanitario volontario (TSV)	25	0,1%
Totale	37379	100,0%

La tabella 3.1.2 presenta le prime 31 diagnosi principali di tutti i ricoveri, suddivise tra regime di ricovero ordinario o diurno.

Si nota come accanto a diagnosi che sono a totale appannaggio del ricovero ordinario (parti, tagli cesarei, insufficienza cardiaca, polmonite batterica non specificata, ecc.) altre sono ad appannaggio dei ricoveri diurni (in testa cataratta corticale senile, sclerosi nucleare, altre forme combinate di cataratta senile, effetti avversi a medicinali).

Interessante è notare quelle diagnosi che si pongono invece a metà tra i ricoveri ordinari e i diurni: in particolare la cataratta senile non specificata, le varici degli arti inferiori; per tali patologie è evidente un ruolo importante, per la scelta del regime di ricovero, giocato dalla gravità della patologia o dalla sua combinazione con altre malattie concomitanti (pazienti multipatologici).

**Tab. n. 3.1.2 – Frequenza delle prime 31 diagnosi su tutti i ricoveri suddivise per regime di ricovero - zt7, SDO anno 2005**

Descrizione ICDIX	Frequenza	Ricoveri ordinari	% ric. ordinari	Ricoveri diurni	% ric. diurni
Chemioterapia	1377	377	27,38	1000	72,62
Parto normale	1334	1334	100,00	0	0,00
Cataratta corticale senile	985	28	2,84	957	97,16
Cataratta senile, non specificata	795	397	49,94	398	50,06
Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio)	782	760	97,19	22	2,81
Ernia inguinale monolaterale o non specificata, senza menzione di ostruzione o gangrena	776	565	72,81	211	27,19
Varici degli arti inferiori senza menzione di ulcera o infiammazione	659	348	52,81	311	47,19
Fibrillazione atriale	565	541	95,75	24	4,25
Insufficienza renale cronica	489	452	92,43	37	7,57
Sindrome del tunnel carpale	480	94	19,58	386	80,42
Sclerosi nucleare	477	17	3,56	460	96,44
Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione, parto con o senza menzione delle condizioni antepartum	461	461	100,00	0	0,00
Artrosi localizzata primaria, ginocchio	437	428	97,94	9	2,06
Anomalie della posizione del dente	371	75	20,22	296	79,78
Bronchite cronica ostruttiva, con riacutizzazione	351	350	99,72	1	0,28
Insufficienza respiratoria	341	333	97,65	8	2,35
Polipo del corpo dell'utero	338	58	17,16	280	82,84
Trombosi cerebrale con infarto cerebrale	330	329	99,70	1	0,30
Iperplasia della prostata	311	302	97,11	9	2,89
Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)	307	307	100,00	0	0,00
Polmonite batterica, non specificata	297	297	100,00	0	0,00
Altre forme combinate di cataratta senile	273	4	1,47	269	98,53
Altre lesioni non specificate del menisco interno	268	27	10,07	241	89,93
Tumori maligni della mammella (della donna), non specificata	263	234	88,97	29	11,03
Artrosi localizzata primaria, anca	262	244	93,13	18	6,87
Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica	249	245	98,39	4	1,61
Tumori maligni di parte non specificata della vescica	238	216	90,76	22	9,24
Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, non specificato se completo o incompleto	237	35	14,77	202	85,23
Altri tumori maligni della cute, sede non spec.	227	13	5,73	214	94,27
Effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici non classificati altrove	226	6	2,65	220	97,35
Ipertrofia dei turbinati nasali	225	7	3,11	218	96,89

Il 68,4% dei ricoveri ordinari (tab. n. 3.1.3) è stato effettuato per la specifica diagnosi mentre il 9,6% per intervento chirurgico programmato; un 8,5% è stato ricoverato per la medesima diagnosi durante l'anno (segnale dei già citati ricoveri ripetuti).

**Tab. n. 3.1.3 - Frequenze del motivo di ricovero – zt 7, SDO anno 2005**

Motivo ricovero ordinario	Frequenza	Percentuale
1. ricovero elettivo per intervento chirurgico	3596	9,6%
2. primo ricovero effettuato per la specifica diagnosi	25565	68,4%
3. ricovero successivo per la stessa diagnosi	3189	8,5%
4. Altro	5029	13,5%
Totale	37379	100,0%

La media della degenza è di gg 7,87 (D.S. 10,65) con una mediana di 5 e una moda di 1. La tabella n. 3.1.4 mostra che 3,4% dei ricoveri ha avuto come esito il decesso del paziente, nella grande maggioranza dei casi (90,5%) le dimissioni sono state indirizzate al domicilio e solo lo 0,1% dei ricoveri ordinari è stato seguito da assistenza domiciliare integrata.

**Tab. n. 3.1.4 – Frequenze della modalità di dimissione- zt 7, SDO anno 2005**

Modalità di dimissione	Frequenza	Percentuale
Deceduto	1283	3,4%
Dimissione ordinaria a domicilio del paziente	33838	90,5%
Dimissione ordinaria presso RSA	232	0,6%
Dimissione a domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare	33	0,1%
Dimissione volontaria (caso in cui il paziente in ciclo di trattamento non si è ripresentato durante il ciclo programmato)	258	0,7%
Trasferimento ad altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti	698	1,9%
Trasferimento ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto	647	1,7%
Trasferimento ad altro istituto pubblico o privato di riabilitazione	362	1,0%
Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata	28	0,1%
Totale	37379	100,0%

Tra le prime 20 diagnosi principali di ammissione al ricovero, tolti i 1334 parti, spiccano le malattie cardiache (scompenso cardiaco congestizio, fibrillazione atriale) seguite da ernia inguinale.

Il dato è confermato dall'elenco dei primi 20 DRG prodotti: tra questi spiccano il 127 (Insufficienza cardiaca e shock) e il 14 (Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio) seguiti da 'Interventi su articolazioni e reimpianti di arti inferiori' e 'Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia', mentre gli interventi principali sono a carico della diagnostica: radiografie e tac, ecc.

### 3.2 Ricoveri diurni

Dei 12898 ricoveri diurni la maggior parte (96,8%) è avvenuta per primo ciclo della specifica diagnosi.

Tra questi spiccano i day hospital chirurgici (oltre la metà dei ricoveri) seguiti dai diagnostici (quasi 1/3 del totale) e dai terapeutici; solo una piccola parte (0,7%) hanno natura riabilitativa.

La media della degenza è di gg 2,25 (D.S. 4,57) con mediana 1 e moda 1.

La quasi totalità delle dimissioni da ricovero diurno sono a domicilio del paziente mentre in una piccola percentuale (0,8%) si tratta di trasferimenti ad altro istituto (tab. n. 3.2.1).

**Tab. n. 3.2.1 – Frequenza della modalità di dimissione - zt 7, SDO anno 2005**

Modalità di dimissione	Frequenza	Percentuale
Deceduto	1	0,0%
Dimissione ordinaria a domicilio del paziente	12770	99,0%
Dimissione ordinaria presso una residenza sanitaria assistenziale (RSA) o istituto di lungodegenza	6	0,0%
Dimissione a domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare	1	0,0%
Dimissione volontaria (caso in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia presentato durante il ciclo programmato)	6	0,0%
Trasferimento ad altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti	5	0,0%
Trasferimento ad altro regime di ricovero o ad altro tipo di attività di ricovero nell'ambito dello stesso istituto	5	0,0%
Trasferimento ad altro istituto pubblico o privato di riabilitazione	102	0,8%
Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata (ADI)	2	0,0%
Totale	12898	100,0%

Tra le diagnosi principali all'ammissione al ricovero sono prevalenti la chemioterapia, la cataratta senile, seguite da sclerosi nucleare e sindrome del tunnel carpale; in posizioni vicine le varici degli arti inferiori, le anomalie dentarie e i polipi del corpo dell'utero.

Anche tra i DRG sono prevalenti 'interventi sul cristallino con o senza vitrectomia' e la 'chemioterapia'.

Infine che il problema cataratta sia importante (soprattutto per le fasce d'età più anziane) va sottolineato come intervento principale in ricovero diurno (18,7%) la 'facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta'.

### 3.3 Ricoveri di neonati

L'Italia ha uno dei livelli più bassi di fecondità osservato tra i Paesi sviluppati.

Nell'indagine *Essere madri in Italia - Anno 2005*, l'Istat rileva che il numero 'atteso' di figli è di 2,19; ma il numero effettivo è stato nel 2005 di 1,33. Anche se bassa la media attuale è comunque leggermente superiore al minimo storico di 1,19 registrata nel 1995.

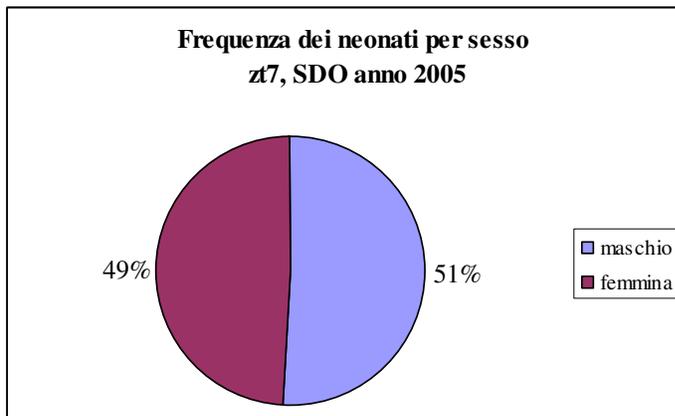
Tra le ragioni principali della discrepanza tra volontà e realtà cioè la "soddisfazione per aver raggiunto la dimensione familiare desiderata", seguita da "motivi economici", percentualmente in aumento rispetto alle indagini precedenti.

Dato che gran parte dei nuovi nati passano per un ricovero ospedaliero (il parto avviene per la quasi totalità dei casi presso un ospedale) è verosimile trattare i dati dei ricoveri per nuovi nati come i dati relativi a tutti i nuovi nati nell'anno in una data area geografica (in assenza di dati Cedap disponibili per tutti i residenti della zt7).

I neonati dell'anno 2005 nella zt7 sono stati 2034; alcuni sono nati in plessi ospedalieri della zt ma da genitori residenti fuori zona. La maggior parte (94,3%) dei ricoveri per neonato è da scrivere a residenti della zt7.

I neonati sono per una piccola quota percentuale più maschi che femmine (graf. n. 3.3.a) e dei nati da genitori stranieri i più rappresentati sono i cinesi e i romeni.

**Graf. n. 3.3.a**



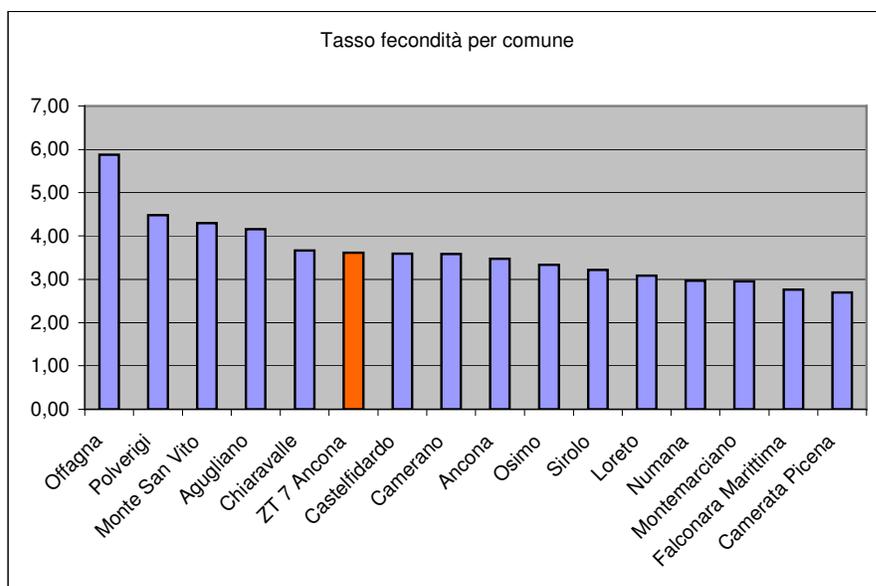
Il comune di residenza dei genitori più rappresentato è ovviamente quello più popoloso e cioè Ancona (tab 3.3.1); ma costruendo il tasso di fecondità (nuovi nati/donne tra i 15 e 49 anni) per i comuni della ZT 7, risultano i piccoli centri, quali Offagna, Polverigi e Monte San Vito quelli dove nascono percentualmente più bambini mentre i centri più popolosi, come Ancona, Falconara e Osimo sono in fondo alla graduatoria (Graf. 3.3.b).

Diverse sono le spiegazioni possibili; dapprima potrebbe pesare il fatto che in questi piccoli centri si stanno concentrando sempre di più le giovani coppie che lasciano i centri più popolosi e trovano casa e servizi adeguati al proprio lavoro, in secondo luogo non è da escludere che proprio la maggiore vivibilità dei piccoli paesi (scuole, servizi, ritmi della città, orari, ecc.) aiutino le coppie a decidere di avere figli.

**Tab. n. 3.3.1 - Frequenza dei ricoveri di neonati per comune di residenza – zt7, SDO anno 2005**

Codice comune	Comune di residenza	Frequenza	%
42002	Ancona	781	38,40%
42034	Osimo	247	12,10%
42018	Falconara Marittima	175	8,60%
42010	Castelfidardo	156	7,70%
42014	Chiaravalle	119	5,90%
42022	Loreto	85	4,20%
42027	Montemarciano	68	3,30%
42030	Monte San Vito	63	3,10%
42006	Camerano	54	2,70%
42001	Agugliano	44	2,20%
42038	Polverigi	39	1,90%
42032	Numana	26	1,30%
42019	Filottrano	25	1,20%
42048	Sirolo	25	1,20%
42033	Offagna	24	1,20%
43044	Recanati	19	0,90%
42007	Camerata Picena	13	0,60%
43043	Potenza Picena	13	0,60%
43042	Porto Recanati	12	0,60%
43023	Macerata	5	0,20%
Totale		2034	100,00%

**Graf. n. 3.3.b**



La totalità dei ricoveri è in regime ordinario e di questi non si hanno dati sulla tipologia; pochi casi sono riconducibili a ricoveri provenienti da altro plesso (per intervento chirurgico o ricovero successivo).

La media delle giornate di ricovero è 4,53 giorni (D.S. 7,29) con una mediana e moda di 3.

Pochissimi casi (6) sono dimessi con bambino deceduto, circa l'1% è stato trasferito e il resto sono dimissioni ordinarie (tab. n. 3.3.3).

**Tab. n. 3.3.3** *Frequenza della modalità di dimissione - zt 7, SDO anno 2005*

<b>Modalità dimissione</b>	<b>Frequenza</b>	<b>Percentuale</b>
Paziente deceduto	6	0,3%
Dimissione ordinaria a domicilio del paziente	2003	98,5%
Dimissione ordinaria presso una Residenza sanitaria assistenziale (RSA) o istituto di lungodegenza	1	0,0%
Dimissione a domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare	1	0,0%
Dimissione volontaria (da usare anche nei casi in cui il paziente - in ciclo di trattamento diurno non si sia presentato durante il ciclo programmato)	2	0,1%
Trasferimento ad altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti	19	0,9%
Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata (ADI)	1	0,0%
<b>Totale</b>	<b>2033</b>	<b>100,0%</b>

Analizzando le prime 20 diagnosi principali di ricovero si notano un 32,1% di tagli cesarei, e parecchi casi (circa il 14 %) di neonati pretermine e/o con diverse complicazioni (ittero, stress respiratorio, ecc.).

In 18,83% dei casi l'intervento principale durante il ricovero è stato l'audiometria, mentre in percentuali minori sono stati effettuati interventi diversi (diagnostici e/o chirurgici).

Il DRG più frequente prodotto da tali ricoveri è stato il '391' neonato sano, mentre circa ¼ dei neonati ha presentato problemi significativi (affezioni varie, prematurità, stress respiratori, ecc.). Tale dato conferma la necessità di dotare la Regione Marche di un 'efficace' Registro delle Malformazioni Congenite e di un flusso stabile e monitorabile del Certificato di Assistenza al Parto che consentirebbe di valutare attentamente i problemi rilevati grossolanamente dalla Schede di Dimissioni Ospedaliere.

### 3.4 Interruzioni Volontarie di Gravidanza e Aborti – anno 2005

#### 3.4.1 IVG 2005

In Italia la legge 194 ("Norme per la tutela della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza") consente a qualsiasi donna di richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) entro i primi 90 giorni di gestazione per motivi di salute, economici, sociali o familiari.

L'intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e le strutture private convenzionate e autorizzate dalle Regioni. La richiesta di Ivg è effettuata personalmente dalla donna. Nel caso delle minorenni, è necessario l'assenso da parte di chi esercita la potestà o la tutela.

Il numero delle ivg tra le donne residenti nella ZT7, nel 2005 è stato di 418 (su 56279 donne in età feconda 14-49 anni) con un tasso di ivg del 7,43 x 1000 (il tasso nelle Marche del 1998 è 8,0 x 1000 e il dato in Italia, sempre nel 1998, è 9,8 x 1000).

L'età media delle donne che hanno scelto l'interruzione è 29,67 anni (D.S. 7,07), con mediana 30 e moda 27; il range è 14-48 anni.

Un 40% delle Ivg sono a carico di donne nubili e una rilevante percentuale (circa 1/3) a carico di donne coniugate; ciò può essere letto come un possibile uso contraccettivo della ivg o meglio come un parziale fallimento delle politiche di prevenzione delle gravidanze indesiderate.

**Tab. n. 3.4.1.1- IVG: Distribuzione dello stato civile –zt7, anno2005**

Stato civile	Frequenza	%
1 nubile	167	40,0%
2 coniugata	148	35,4%
3 separata	22	5,3%
4 divorziata	5	1,2%
5 vedova	1	0,2%
6 non dichiarato	75	17,9%
Totale	418	100,0%

Fonte dati: SDO

Il livello di istruzione (derivato come titolo di studio, spesso utilizzato come proxy di tale caratteristica) denota una notevole percentuale di assenza di titolo più propriamente legata (confrontando i dati con quelli demografici) alla non corretta compilazione del database.

Circa la cittadinanza, a fronte del dato nazionale che parla di 10% circa del totale delle ivg prodotte da donne straniere, nella zt7 si hanno circa il 28% di interruzioni da donne straniere; di queste la gran parte sono a carico delle etnie ovviamente più presenti nel nostro territorio (Romania, Perù e Albania) a conferma della omogenea crescente distribuzione della pratica tra le donne immigrate, già a partire da pochi anni di presenza in Italia.

Il tasso di abortività (calcolato sulla fascia d'età femminile 15-49 anni) pone in testa un piccolo comune (Numana) e il centro abitato più grande (Ancona); seguono Castelfidardo e Falconara M.ma.

**Tab. n. 3.4.1.3- Tasso di abortività per comune di residenza – zt7, anno2005**

Comune residenza	Frequenza	%	n. donne 15-49 anni	Tasso x 1000
Ancona	207	49,50%	22455	9,22
Falconara Marittima	48	11,50%	6328	7,59
Castelfidardo	35	8,40%	4338	8,07
Osimo	29	6,90%	7398	3,92
Chiaravalle	20	4,70%	3251	6,15
Loreto	18	4,30%	2759	6,52
Numana	18	4,30%	878	20,5
Montemarciano	12	2,90%	2305	5,21
Camerano	8	1,90%	1505	5,32
Monte San Vito	7	1,70%	1466	4,77
Agugliano	4	1,00%	1058	3,78
Polverigi	4	1,00%	871	4,59
Offagna	3	0,70%	409	7,33
Camerata Picena	2	0,50%	482	4,15
Sirolo	2	0,50%	777	2,57
*	2	0,50%		

Fonte dati: SISL zona ,anagrafe comunale

\* dato sconosciuto

I primi 5 istituti ove avvengono le ivg sono l’Ospedale Specialistico ‘SALESI’ di Ancona, il nosocomio di Jesi, seguiti da quelli di S. Severino Marche e Recanati. Questo dato (pur considerando la lontananza del plesso ospedaliero quale uno dei fattori determinanti la scelta della donna) riflette la presenza in tali istituti di personale non obiettore e l’esperienza raggiunta in questi anni da parte di alcuni ospedali rispetto ad altri.

La voce ‘Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita’ (non specificato se completo o incompleto oppure specificato completo o incompleto) copre il 97.3% di tutte le IVG.

### 3.4.2 Aborti spontanei 2005

L’aborto spontaneo è la più comune complicanza della gravidanza ed è causa di impegno non solo di ordine medico.

Per aborto spontaneo si intende la perdita di una gravidanza clinicamente riconosciuta entro il 180° giorno di amenorrea e si calcola che questo evento si verifichi nel 10-40% delle gravidanze.

L’elevata incidenza dell’abortività spontanea può essere dovuta ad una difficoltà di sviluppo dell’embrione nella sua fase più delicata; la maggior parte degli aborti sembra sia dovuta a cause cromosomiche o genetiche dell’embrione.

Le donne residenti della zt 7 hanno prodotto nel 2005 n. 447 aborti, che sulle donne in età feconda corrisponde al tasso grezzo 7,94 x 1000, a confronto con 4,6 nelle Marche e 4,8 in Italia nel 1998 mentre nelle donne straniere si raggiunge in Italia il 7,4 x 1000 nel 1999.

L’età media è di 33,76 anni (D.S. 5,54), mediana 34 e moda 35; il range è 18-51 anni

Lo stato civile più frequente è la donna coniugata e il livello di istruzione è anche in questo caso non debitamente compilato/raccolto.

**Tab. n. 3.4.2.1 - Aborti spontanei: distribuzione dello stato civile – zt7, anno2005**

Stato civile	Frequenza	%
1 nubile	92	20,6%
2 coniugato	329	73,6%
3 separata	9	2,0%
4 divorziata	3	0,7%
5 vedova	1	0,2%
6 non dichiarato	13	2,9%
Totale	447	100,0%

Fonte dati: SDO

La cittadinanza straniera più frequente è quella tunisina, seguita da quella romena. Gli aborti spontanei trattati sono in ogni modo più frequenti nelle donne italiane.

Interessante notare il tasso grezzo di abortività spontanea in alcuni piccoli centri del nostro comprensorio; in testa piccoli e piccolissimi comuni (Camerata Picena, Offagna e Monte San Vito) con una leggera prevalenza di quelli del distretto nord rispetto agli altri.

**Tab. n. 3.4.2.3- Tasso grezzo di abortività spontanea – zt7, anno2005**

comune residenza	frequenza	%	n. donne 15-49 anni	Tasso x 1000
Ancona	157	35,10%	22455	6,99
Osimo	57	12,80%	7398	7,70
Falconara M.ma	47	10,50%	6328	7,43
Chiaravalle	29	6,50%	3251	8,92
Castelfidardo	28	6,30%	4338	6,45
Loreto	19	4,30%	2759	6,89
Montenarciano	17	3,80%	2305	7,38
Monte San Vito	17	3,80%	1466	11,60
Numana	8	1,80%	878	9,11
Camerata Picena	7	1,60%	482	14,52
Sirolo	7	1,60%	777	9,01
Agugliano	6	1,30%	1058	5,67
Polverigi	6	1,30%	871	6,89
Offagna	5	1,10%	409	12,22
Camerano	3	0,70%	1595	1,88
altri comuni fuoiri zt7	29	6,10%		
*	5	1,00%		

Fonte dati: SISL zona, Anagrafi comunali

\* dato sconosciuto

Gli ospedali che trattano aborti spontanei non sono legati alla presenza di obiezione degli operatori e quindi la distribuzione degli eventi rispecchia di più il quadro complessivo.

Più del 45% dei casi è riferito come “Aborto spontaneo senza complicazione” e un 17,7% presenta complicazioni. Un 5,8% è dovuto ad una gravidanza extrauterina .

### 3.5 PROGETTO 'C.E.D.A.P.' anno 2005

La sperimentazione della registrazione informatica dei Certificati di Assistenza al Parto (CEDAP) è stata effettuata nell'anno 2005 presso le divisioni di ostetricia dell' Ospedale di Osimo e della Casa di Cura 'Villa IGEA' di Ancona. Sono state raccolte presso l'ospedale di Osimo n. 164 schede (periodo 1.7.05-26.11.05) e presso la Casa di Cura privata 'Villa Igea' n. 106 schede (periodo 16.9.05-29.12.05).

La sperimentazione è durata anche nel 2006.

L'età media delle partorienti è stata 31,15 (DS 5,51) presso l'ospedale di Osimo e 31,48 (DS 4,68) presso Villa Igea; la mediana 31 e 32 nei due plessi e la moda 30 e 32. Una lieve differenza di età (più giovani ad Osimo) può essere in parte spiegata con la diversa sede territoriale e natura dei due nosocomi: in Ancona le donne tendono, per attività lavorativa e livello sociale, a partorire il primo figlio più tardi.

Il range è 19-45 ad Osimo e 21-43 ad Ancona.

#### 3.5.1 Il parto

Per frequenza dei parti cesarei in Italia, si è passati dall'11,25% del 1980 al 33,2% del 2002.

Un valore che supera il 10-15% che è quanto viene raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, con punte sorprendenti nelle regioni meridionali dove, tra l'altro, la partecipazione ai corsi pre-parto è scarsa, l'allattamento al seno meno prolungato nel tempo e le strutture ospedaliere non consentono alla donna la possibilità di scegliere che qualcuno di fiducia assista al parto.

Nel nostro campione circa il 35% dei parti è avvenuto con taglio cesareo; va rilevata però una importante differenza. Nell'ospedale pubblico la maggior parte dei TC (tab. n. 3.5.1) è avvenuta in travaglio (21,3% contro 15,2% di elezione) mentre in quello privato avviene il contrario (31,1% d'elezione contro il 4,7% in travaglio).

Esistono ancora parti con ventosa.

**Tab. n. 3.5.1- Modalità del parto: frequenza per Istituto di cura – anno 2005**

Modalità del parto	Osp. Osimo		Villa Igea	
	Frequenza	%	Frequenza	%
Missing	0	0	1	0,9
1- Vaginale	102	62,2	61	57,5
2- TC d'elezione	25	15,2	33	31,1
3- TC in travaglio	35	21,3	5	4,7
5- Ventosa	2	1,2	1	0,9
7- analgesia peridurale	0	0	4	3,8
8- altro	0	0	1	0,9
TOTALE	164	100	106	100

E' evidente anche nel ns. campione il ricorso alla medicalizzazione della gravidanza: se infatti il 50% delle italiane effettua 4-6 esami ecografici, rispetto ai 3 consigliati dal Ministero della Salute, negli ospedali presi in considerazione le ecografie mediamente sono 4,3 in Osimo e 6,08 a Villa Igea con una moda rispettivamente di 4 e 5 ecografie per gravidanza (tab. n. 3.5.2).

**Tab. n. 3.5.2 – Ricorso alla medicalizzazione nei due Istituti di Cura**

N° ecografie	Osp Osimo		Villa Igea	
	Frequenza	%	Frequenza	%
Missing	0	0,00	5	4,72
0	1	0,61	0	0,00
2	5	3,05	0	0,00
3	47	28,66	5	4,72
4	49	29,88	7	6,60
5	34	20,73	27	25,47
6	13	7,93	10	9,43
7	6	3,66	23	21,70
8	3	1,83	15	14,15
9	6	3,66	14	13,21
Totale	164	100,00	106	100

L'età gestazionale ha una moda di 40 settimane ad Osimo e 38 a Villa Igea con range che va dalle 34-35 alle 42 settimane (tab. n. 3.5.3).

**Tab. n. 3.5.3 – Distribuzione di frequenza dell'età gestazionale**

Età gestazionale	Osp. Osimo		Villa Igea	
	Frequenza	%	Frequenza	%
Missing	6	3,70%	22	20,80%
34	1	0,60%	0	0,00%
35	2	1,20%	2	1,90%
36	4	2,40%	1	0,90%
37	15	9,10%	11	10,40%
38	26	15,90%	25	23,60%
39	33	20,10%	16	15,10%
40	39	23,80%	20	18,90%
41	37	22,60%	8	7,50%
42	1	0,60%	1	0,90%
Totale	164	100,00%	106	100,00%

I neonati sono perlopiù maschi in tutte e due i nosocomi (fatto che conferma tra l'altro la tendenza, nazionale e del mondo occidentale, alla maggiore nascita di neonati di sesso maschile negli ultimi anni) (tab. n. 3.5.4).

**Tab. n. 3.5.4 – Neonati: distribuzione per sesso**

Sesso	Osp. Osimo		Villa Igea	
	Frequenza	%	Frequenza	%
1- Maschio	88	53,7%	59	55,7%
2 - Femmina	76	46,3%	47	44,3%
Totale	164	100,0%	106	100,0%

Presso l’Ospedale di Osimo è stato inoltre raccolto il dato relativo all’allattamento nelle prime 48 ore.

Durante il ricovero nei punti nascita italiani oltre il 75% delle donne ha allattato al seno in modo completo (definizione dell'OMS che raggruppa i neonati allattati solo al seno e quelli a cui vengono somministrati anche altri liquidi diversi dal latte artificiale), anche se è il 95% che desidererebbe farlo.

La percentuale di mamme che ha potuto attaccare al seno il/la bambino/a entro 2 ore dal parto varia dal 19% al 77%, con percentuali maggiori al Nord.

**Tab. n. 3.5.5 - Frequenza dell’allattamento al seno nelle prime 48 ore – Osp. di Osimo**

Nelle prime 48 ore di vita il bambino ha ricevuto	Frequenza	%
Missing	10	6,1%
1- solo latte materno	151	92,1%
2- l.m. + soluzione glucosata	2	1,2%
3- l.m. + latte artificiale	0	0,0%
4- latte artificiale con o senza soluz. glucosata	1	0,6%
Totale	164	100,0%

Il dato relativo al campione dei 164 parti avvenuti ad Osimo (tab. n. 3.5.5) denota invece una maggiore frequenza di allattamento al seno in modo completo nelle prime 48 ore (92,1 % con solo latte materno più 1,2% con aggiunta di soluzione glucosata). Tale dato rivela una attenzione maggiore degli operatori e delle partorienti alla pratica salutare dell’uso del latte materno. Tale dato verrà poi confrontato nello studio apposito effettuato con questionario al 3° e 5° mese di vita, soprattutto in relazione alla partecipazione a corsi pre-parto e alla visita post-partum domiciliare.

### 3.6 Malattie infettive – anno 2005

I dati di notifica delle malattie infettive sono tratti dal sistema nazionale di notifica (SIMI, Sistema Informativo Malattie Infettive). Il sistema (sperimentale) è coordinato dall'ISS, attualmente include 17 delle 20 regioni italiane e permette il ritorno delle informazioni circa la frequenza di alcune patologie con un ritardo medio di pochi mesi.

Le notifiche di malattie infettive sono state 1401 nel corso dell'anno 2005; di queste circa il 90% riguardano la varicella che, come vedremo anche più avanti, è la malattia trasmissibile più denunciata negli ultimi 4 anni (dal 2002 al 2005 compresi).

**Tab. n. 3.6.1 - Notifiche malattie infettive - zt7, SIMI anno 2005**

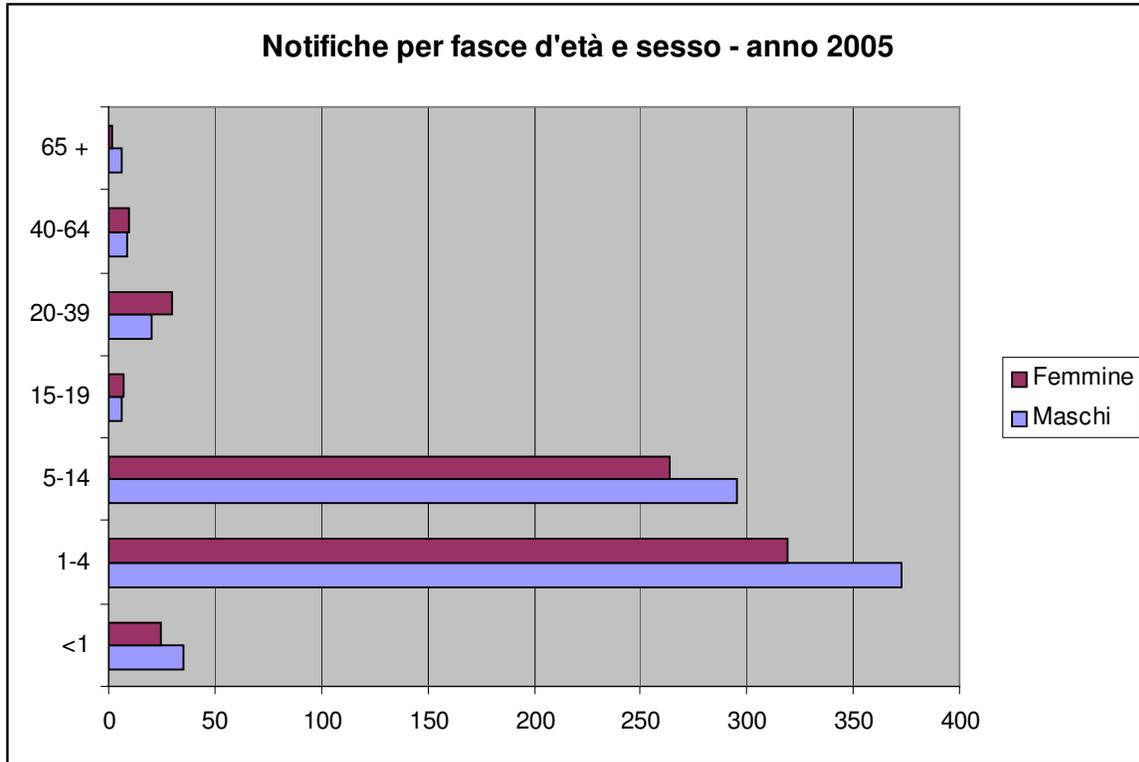
Diagnosi	Frequenza	%
Salmonellosi non tif.	23	1,60%
Pertosse	5	0,40%
Scarlattina	41	2,90%
Meningite meningoc.	2	0,10%
Meningo encefal. virale	6	0,40%
Varicella	1301	92,90%
Epatite A	3	0,20%
Epatite B	7	0,50%
Epatite NANB	1	0,10%
Parotite epidemica	8	0,60%
Sifilide	1	0,10%
Lgionellosi	3	0,20%
Totale	1401	100,00%

Il sesso maschile è più rappresentato e la classe d'età infantile (1- 4 anni) è seguita per frequenza di notifiche da quella giovanile-adolescenziale (5-14).

**Tab. n. 3.6.2 - Numero notifiche di malattie infettive: distribuzione per sesso – zt7, SIMI anno 2005**

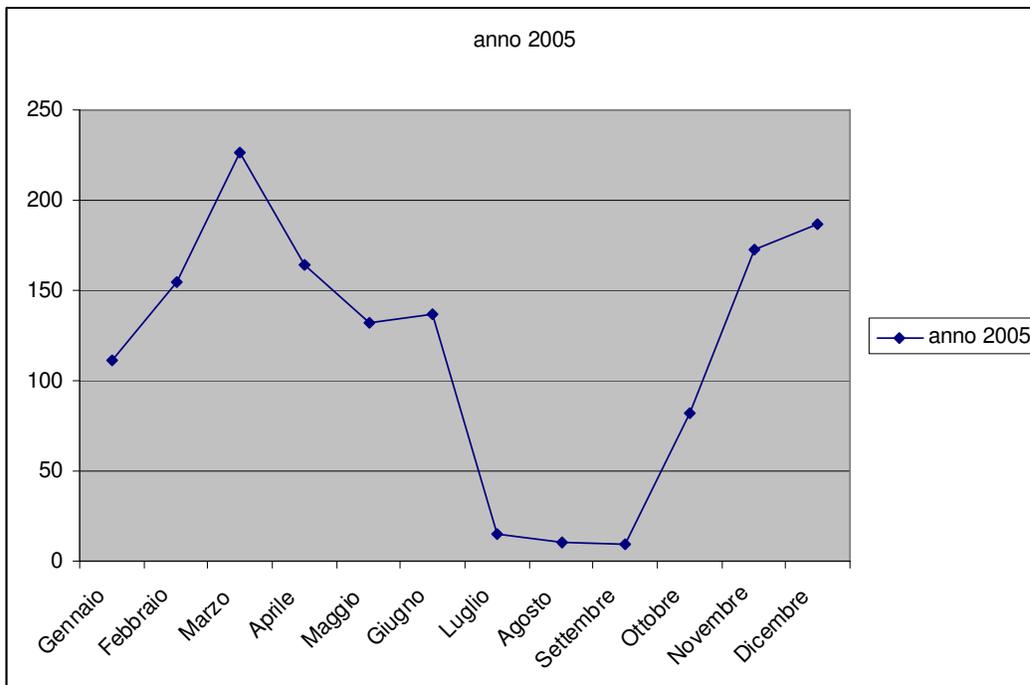
Sesso	Frequenza	%
Maschi	744	53,10%
Femmine	657	46,90%
Totale	1401	100,00%

**Grafico n. 3.6.a - Notifiche per fasce d'età e sesso- zt7, SIMI anno 2005**



Il mese più interessato è Marzo e il periodo dell'anno l'inverno inoltrato e l'inizio primavera; anche se non compaiono affatto notifiche di sindromi influenzali è il medesimo periodo di sviluppo delle stesse ad associarsi alle altre malattie infettive.

**Grafico n. 3.6.b - Andamento mensile delle notifiche di malattia infettiva - zt7, SIMI anno 2005**



Anche la varicella, con le sue 1301 notifiche (92,9%), segue l'andamento stagionale con picchi a Marzo e discesa nel periodo estivo; anzi va detto che è proprio la varicella, a tirare la media e l'andamento stagionale. Così come la scarlattina, mentre le salmonellosi non tifoidee risentono di più dei mesi primaverili ed estivi.

La media dei giorni trascorsi tra la comparsa dei sintomi e la data di notifica è 32,59 (D.S. 362,10) con mediana 3 e moda 0 (notifica nel medesimo giorno di inizio sintomatologia).

Il comune con maggior numero di notifiche è Ancona ma calcolando il tasso per mille abitanti risulta in testa Montemarciano, il paese ove si notifica di più, seguito da Chiaravalle e Falconara M.ma (maggiore attenzione dei medici notificatori? Maggiore sviluppo di alcune patologie infettive?).

La situazione è confermata dal quadro distrettuale dove quello Nord presenta un tasso per mille doppio di quello Centro e circa 12 volte più alto di quello Sud.

**Tab. n. 3.6.3 - Numero di notifiche per distretto - zt7, SIMI anno 2005**

Distretto	Frequenza	%	n. abitanti	Tasso x 1000
Centro	595	42,50%	101776	5,85
Nord	740	52,80%	68206	10,85
Sud	66	4,70%	76907	0,86
Totale	1401	100,00%		5,67

La maggior parte (il 94%) delle persone interessate dalle malattie trasmissibili non era vaccinata e solo 8 persone (0,6%) hanno contratto una malattia per la quale erano stati comunque vaccinati.

**Tab. n. 3.6.4 - Situazione delle vaccinazioni nella zt7, SIMI anno 2005**

Vaccinazioni	Frequenza	%
1. Vaccinato	8	0,60%
2. Non vaccinato	1317	94,00%
8. Non esiste vaccino	75	5,40%
9. Non noto	1	0,10%
Totale	1401	100,00%

Pochi cittadini stranieri (solo 2) sono ricorsi al medico per la denuncia di malattia infettiva.

## **Periodo 2002-2005**

Nel periodo interessato (4 anni) si ha la conferma della prevalenza di notifiche per varicella (dal 73% al 92% circa) che resta sempre la prima malattia denunciata; anche nel lungo periodo è seguita da scarlattina e salmonellosi non tifoidee.

Anche l'andamento mensile e stagionale mostra un maggiore interessamento dell'inverno inoltrato (marzo) e della primavera (aprile e maggio) soprattutto nell'anno 2003 quando si sono registrati più di 1400 casi di varicella.

**Tab. n. 3.6.5- Diagnosi per mese notifica - zt7, SIMI periodo 2002-2005**

Mese	2002		2003		2004		2005	
	Frequenza	%	Frequenza	%	Frequenza	%	Frequenza	%
Gennaio	110	10,90%	92	5,60%	116	10,00%	111	7,90%
Febbraio	137	13,60%	152	9,30%	125	10,80%	155	11,10%
Marzo	178	17,70%	283	17,30%	190	16,40%	226	16,10%
Aprile	183	18,20%	324	19,80%	135	11,60%	164	11,70%
Maggio	139	13,80%	389	23,80%	204	17,60%	132	9,40%
Giugno	96	9,50%	204	12,50%	72	6,20%	137	9,80%
Luglio	33	3,30%	18	1,10%	32	2,80%	15	1,10%
Agosto	9	0,90%	9	0,60%	12	1,00%	10	0,70%
Settembre	20	2,00%	12	0,70%	16	1,40%	9	0,60%
Ottobre	17	1,70%	27	1,70%	37	3,20%	82	5,90%
Novembre	23	2,30%	53	3,20%	108	9,30%	173	12,30%
Dicembre	62	6,20%	70	4,30%	113	9,70%	187	13,30%
Totale	1007	100,00%	1633	100,00%	1160	100,00%	1401	100,00%

## 4. La mortalità

### 4.1 Mortalità generale zt7 – anno 2005

La mortalità ha mostrato negli ultimi anni in Italia un andamento simile a quello di molti altri paesi europei e del mondo occidentale. Aumentano i decessi ma diminuiscono i tassi standardizzati di mortalità; infatti la popolazione invecchia sempre più (come possiamo notare anche nella nostra piccola realtà aziendale) mentre la vita media è sempre più lunga. Inoltre si osserva un declino costante della fecondità che porta ancora di più ad uno sbilanciamento della popolazione verso le classi di età più anziane.

I rischi di morte, legati alle patologie più frequenti e ai rischi in ambiente di vita e di lavoro, hanno subito significative riduzioni. La riduzione dei tassi di mortalità si è avuta infatti in tutte le età della vita, sebbene con modalità diversificate.

Tuttavia, sebbene il declino della mortalità sia ampiamente generalizzato in tutta Italia esistono delle significative differenze a livello territoriale. In particolare è l'area settentrionale del nostro paese quella che ha maggiormente beneficiato del declino della mortalità sia per gli uomini che per le donne, viceversa il Sud è l'area che ha fatto registrare le riduzioni minori.

Nella nostra ZT durante l'anno 2005 si sono registrati n. 2404 decessi (*fonte dati: Servizio Igiene e Sanità Pubblica- SISP*). L'età media alla morte è stata di 79 anni con differenze tra i due sessi: 75,3 per i maschi e 81,8 per le femmine (tab. n. 4.1.1). Mediana e moda confermano le differenze per sesso. Tale età media dei due sessi è lievemente più bassa di quella regionale e di quella nazionale; ciò depone per una maggiore presenza di rischi di morte (di qualsiasi genere) nel territorio della zt 7 rispetto all'intera regione e al paese intero (tab. n. 4.1.2).

**Tab. n. 4.1.1 - Media, Mediana e Moda delle età alla morte – Decessi zt 7 anno 2005**

	Media dell'età alla morte	Mediana dell'età alla morte	Moda dell'età alla morte
Zt7 Ancona	79	81	83
Maschi	75,3	79	81
femmine	81,8	84	91

**Tab. n. 4.1.2 - Media delle età alla morte – Decessi Reg. Marche e Italia anno 2005**

Regione Marche	Media dell'età alla morte
Maschi	78,4
Femmine	84,7
Italia	
Maschi	77,6
Femmine	83,2

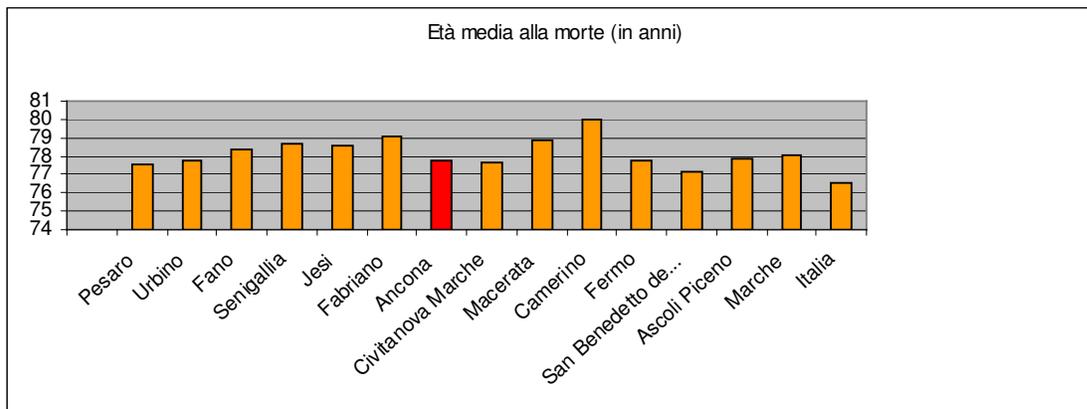
Negli ultimi 7 anni l'età media alla morte nella Zona 7 (tab. n. 4.1.3) è aumentata di circa il 2,8% passando da 76,8 a 79 anni; la variazione è stata maggiore però per il sesso maschile (+ 3,15 %) che in quello femminile (+ 2,25 %).

**Tab. n. 4.1.3 - Et  media distinta per sesso periodo 1999 - 2005 Zona T. 7**

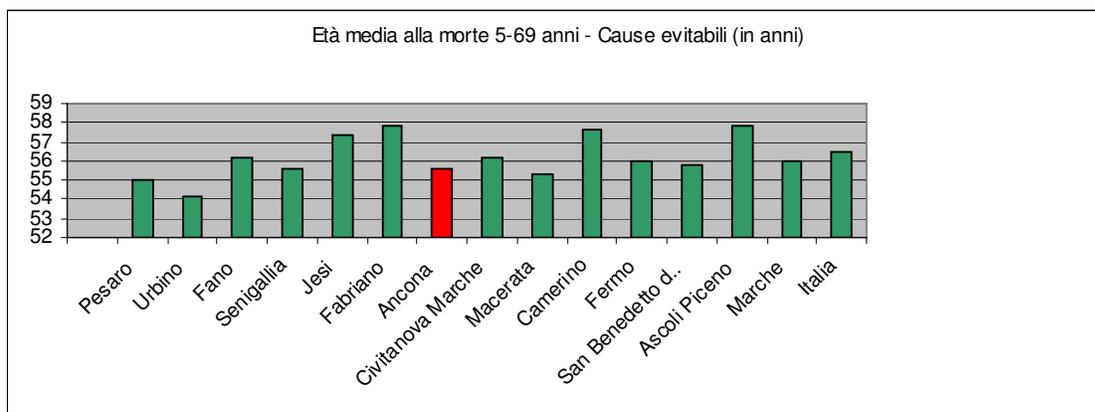
Anno	Media	Sesso	
	Totale	Maschi	Femmine
1999	76,8	73	80
2000	77,9	74,6	80,9
2001	77,9	75,2	81
2002	78,2	75,3	81
2003	79	76	81,9
2004	78,5	75,6	81,3
2005	79	75,3	81,8

Nel confronto dati con l' 'Atlante della mortalit  evitabile ERA 2006' si apprezzano per l'anno 2003 (grafici n. 4.1.a e n. 4.1.b) una et  media alla morte inferiore al dato regionale anche per le cause evitabili (che si riportano in legenda nella parte dedicata a tale argomento)

**Grafico n. 4.1.a**

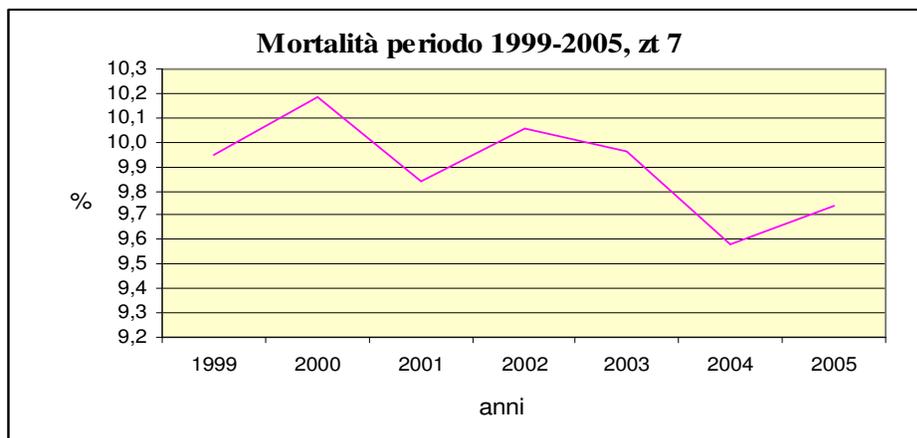


**Grafico n. 4.1.b**



Il Tasso grezzo di mortalit  negli anni ha avuto un apprezzabile declino passando ad esempio dal 10,19 x 1000 del 2000 all'attuale 9,74 x 1000; la linea di tendenza   nettamente verso il basso (graf. 4.1.c) .

**Graf. n. 4.1.c**



La lettura del tasso grezzo per classi d'età (tab. n. 4.1.4) conferma che la fascia di popolazione della zt con il tasso più alto è ovviamente quella più anziana (>64) con un apprezzabile aumento passando da quest'ultima alla fascia più alta (>74).

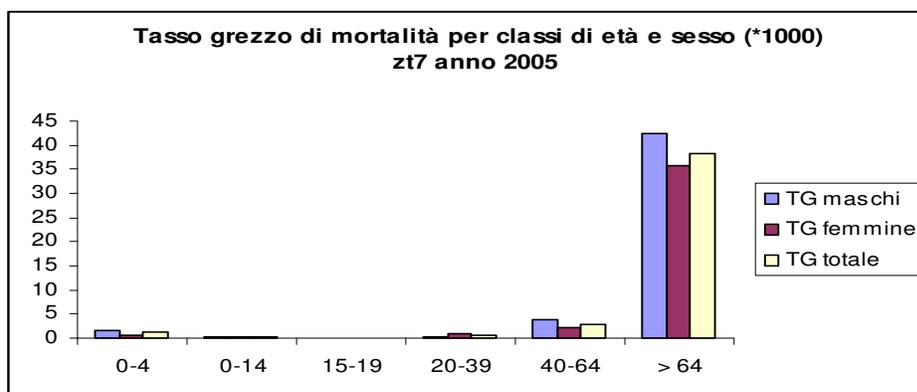
**Tab. n. 4.1.4 - Tasso grezzo di mortalità per classi di età (\*1000) - Zona T.7 anno 2005**

Classe d'età	Totale popolazione	N. decessi	Tasso x 1000
0-14	32420	17	0,52
15-39	77564	43	0,55
40-64	82292	244	2,97
>64	54613	2100	38,45
>74	27033	1748	64,66
Totale	246889	2404	9,74

Fonte dati: SISP, Anagrafi comunali e Sistema informativo statistico locale (SISL) Zona T. 7 - Ancona

Un'ulteriore analisi della mortalità per classi d'età (graf. n. 4.1.d) rivela differenze tra i sessi; muoiono più maschi che femmine nelle classi basse (0-4 anni) e in quelle più alte (40-64 e >64 anni).

**Graf. n. 4.1.d**



La maggiore presenza di femmine nella fasce d'età più elevate produce però un tasso di mortalità grezzo più alto tra le donne.

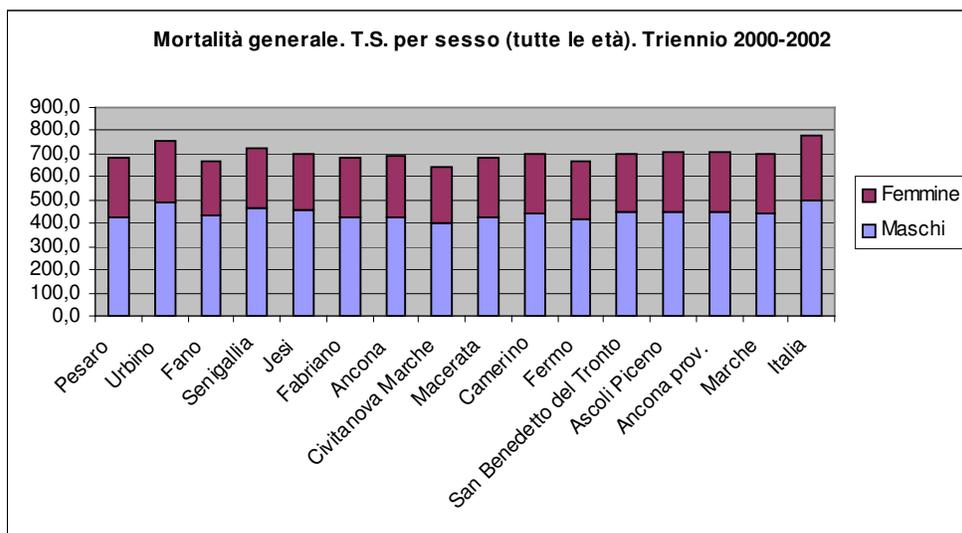
Il tasso standardizzato (standardizzazione diretta) con popolazione Marche 2001, è lievemente inferiore rispetto al tasso grezzo: TS 9,53 vs, 9,74 (TG). Il maggior tasso grezzo si spiegherebbe

pertanto con una diversa composizione per classi d'età della popolazione, spostata nella nostra ZT verso le fasce d'età più anziane, sia nei maschi che nelle femmine.

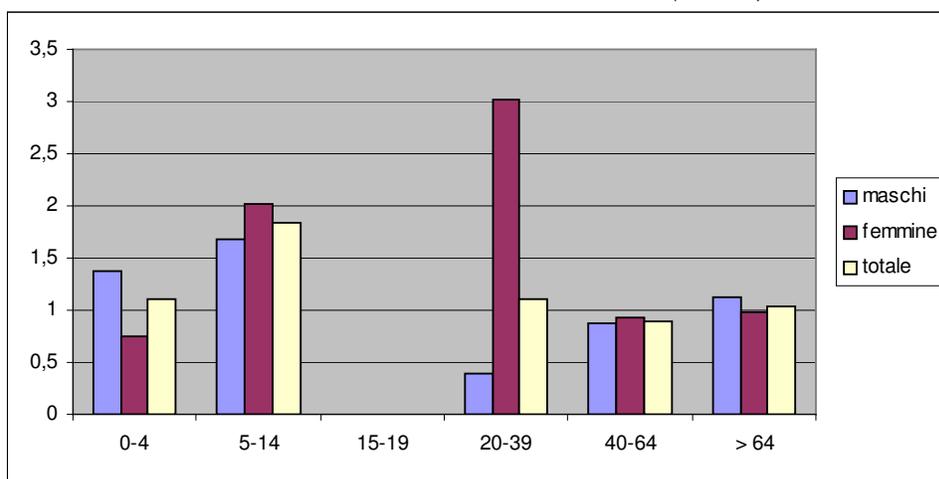
Gli SMR calcolati per fascia d'età e sesso mostrano un eccesso di mortalità nel sesso femminile a 5-14 e 20-39 anni, mentre nel sesso maschile l'eccesso è ancora nella fascia 5-14 e in quella più anziana (>64 anni) evidenziati nel grafico n 4.1.f.

L'atlante ERA 2006 i tassi standardizzati di mortalità per sesso e per tutte le età (graf. n. 4.1.e) mostra come la zt di Ancona abbia tassi inferiori a quelli provinciali, regionali e nazionali per il sesso maschile, mentre il sesso femminile presenta tassi più elevati rispetto al dato provinciale e regionale.

**Graf. n. 4.1.e**



**Graf. n. 4.1.f – Tasso standardizzato di mortalità zt7 (SMR\*)**



Lo studio della mortalità per genere ed età, se da un lato conferma il maggior numero di decessi tra le donne (Tab. n. 4.1.5), dall'altro sottolinea il fatto che la maggiore mortalità avviene dopo la fascia 65-74 anni, visto che il 72% circa di tutti i decessi avviene dopo i 75 anni (Tab. n. 4.1.6).

**Tab. n. 4.1.5– Mortalità proporzionale Zona T. 7 per sesso - anno 2005**

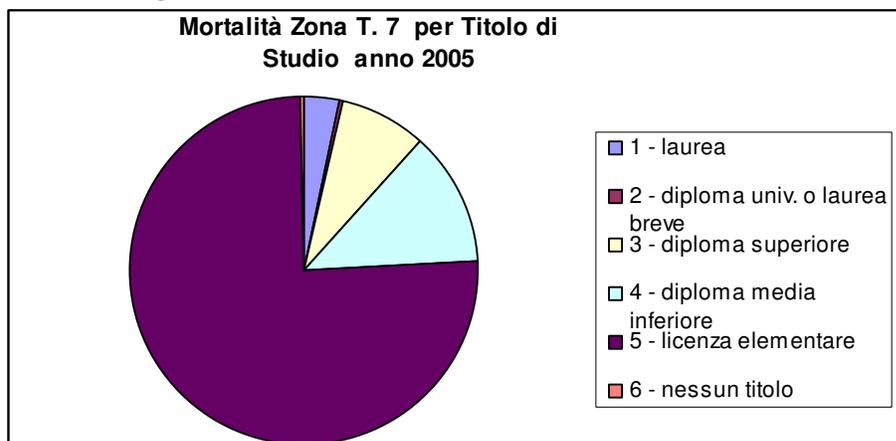
	Frequenza	%
Femmina	1256	52,20%
Maschio	1148	47,80%
Totale	2404	100,00%

**Tab. n. 4.1.6 - Mortalità Zona T. 7 per classe di età - anno 2005**

Classi di età	Frequenza	%
0-14	17	0,70%
15-39	43	1,80%
40-64	244	10,10%
65-74	352	14,60%
75+	1748	72,70%
Totale	2404	100,00%

Dati raccolti sul livello di istruzione (graf. n. 4.1.g) presentano un quadro che è influenzato dalle fasce d'età più anziane, dove circa i ¾ delle persone decedute aveva una licenza elementare e circa il 20% una licenza di scuola media inferiore o superiore.

**Graf. n. 4.1.g**



Nella valutazione della mortalità infantile ci si è di nuovo avvalsi dell'atlante ERA 2006.

I dati riferiti al triennio 2000-2002 sono presentati nei grafici n. 4.1.h e 4.1.i.

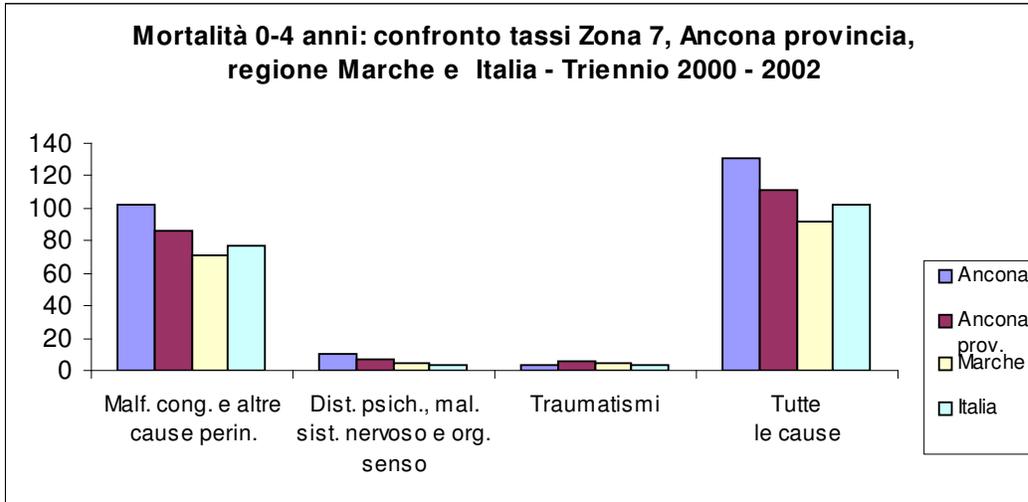
Nella fascia 0-4 anni la zt di Ancona presenta un tasso di mortalità superiore ai livelli geografici indicati (provincia, regione e nazione) in special modo per le malformazioni congenite e le altre cause perinatali.

E' evidente anche il maggior tasso relativo alla mortalità infantile, neonatale e neonatale precoce. Ovviamente, non essendo disponibili gli intervalli di confidenza di tali tassi, è presumibile pensare che il dato sia da leggere in uno spazio temporale ben più ampio, perché i casi di mortalità in tale fascia d'età sono - fortunatamente - pochi e piccole variazioni di casi possono dare impressioni di variabilità in realtà inesistenti.

legenda

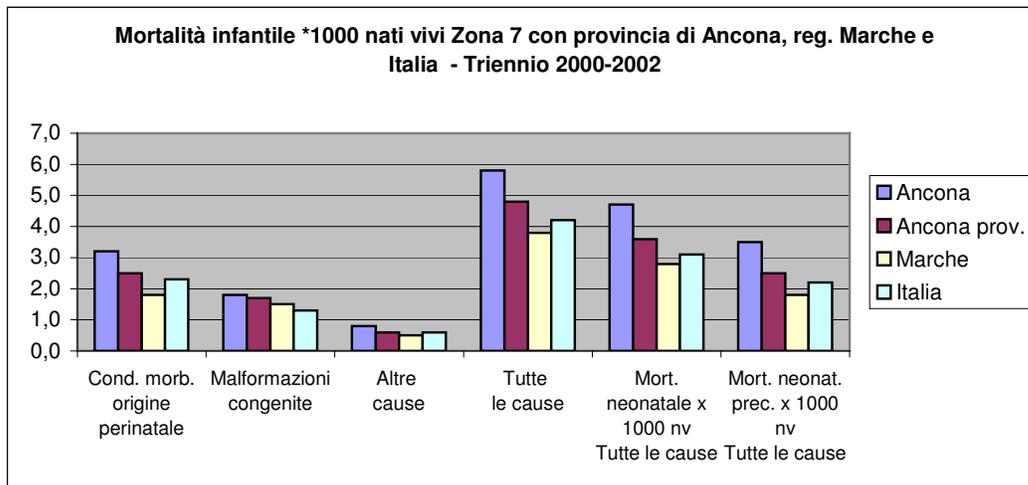
Mortalità infantile: morti entro 365 gg di vita x 1000 nati vivi  
Mortalità neonatale = morti entro 28 gg di vita x 1000 nati vivi  
Mortalità neonatale precoce = morti tra 0 e 6gg di vita x 1000 nati vivi

**Grafico n. 4.1.h**



Fonte dati: ERA 2006

**Grafico n. 4.1.i**



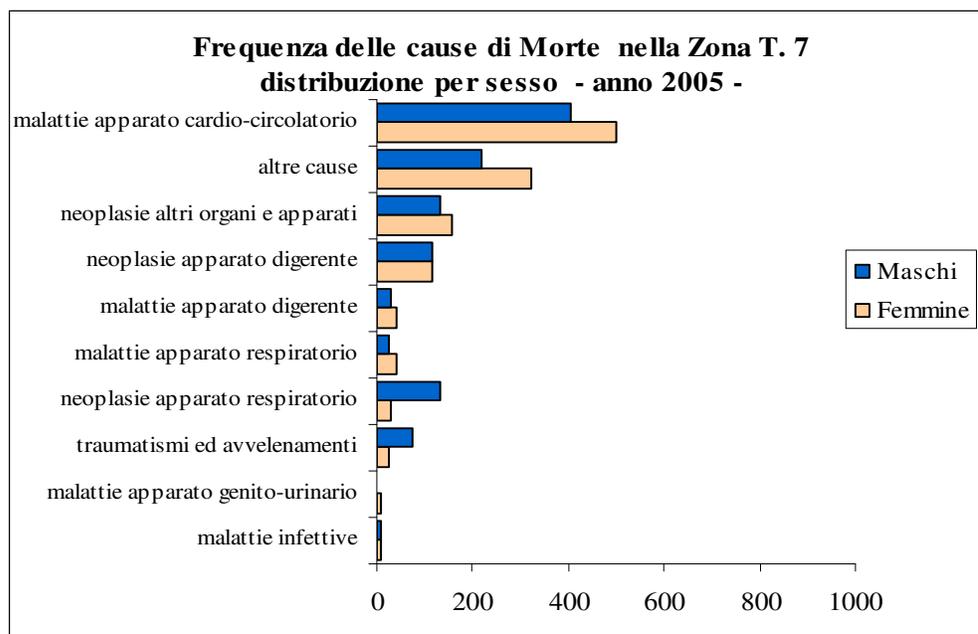
Fonte dati: ERA 2006

## 4.2 Mortalità specifica zt7 – anno 2005

La mortalità per causa in Italia è caratterizzata dalla diminuzione dei decessi per malattie del sistema circolatorio (malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari) e dalla riduzione della mortalità per tumori maligni; ciò soprattutto nelle fasce di età inferiori ai 50-60 anni, per le quali è presumibile pensare ad una positiva influenza delle attività di prevenzione.

Le malattie cardiovascolari restano però nella nostra ZT le principali cause di morte (37.6% di tutti i decessi) seguite dalle ‘neoplasie di organi ed apparati’ diversi da quelli specificati (app. respiratorio e digerente) che sono responsabili del 12,1% dei decessi: seguono le neoplasie (digerente e respiratorio) e i traumatismi ed avvelenamenti (graf. n.4.2.1)

**Graf. n. 4.2.1**



Un quadro complessivo delle differenze per classi d'età dei decessi, rispetto alle cause, è presente nella tabella n. 4.2.7

Quello che emerge è:

- dei 4 decessi avvenuti nella classe 5-14, 3 sono per ‘traumatismi ed avvelenamenti’,
- nella fascia d'età adulta (20-64 anni) la causa più frequente di morte sono i tumori (esclusi quelli degli apparati respiratorio e digerente) seguita dalle malattie cardio-circolatorie
- nella fascia più anziana (65 anni e +) la causa più frequente è cardio-circolatoria
- il 56,6% dei decessi per trauma è a carico di anziani
- nella fascia d'età adulta (20-64 anni) le neoplasie dell'app. respiratorio e le malattie infettive hanno percentuali più elevate, rispetto agli anziani, che in tutte le altre cause.

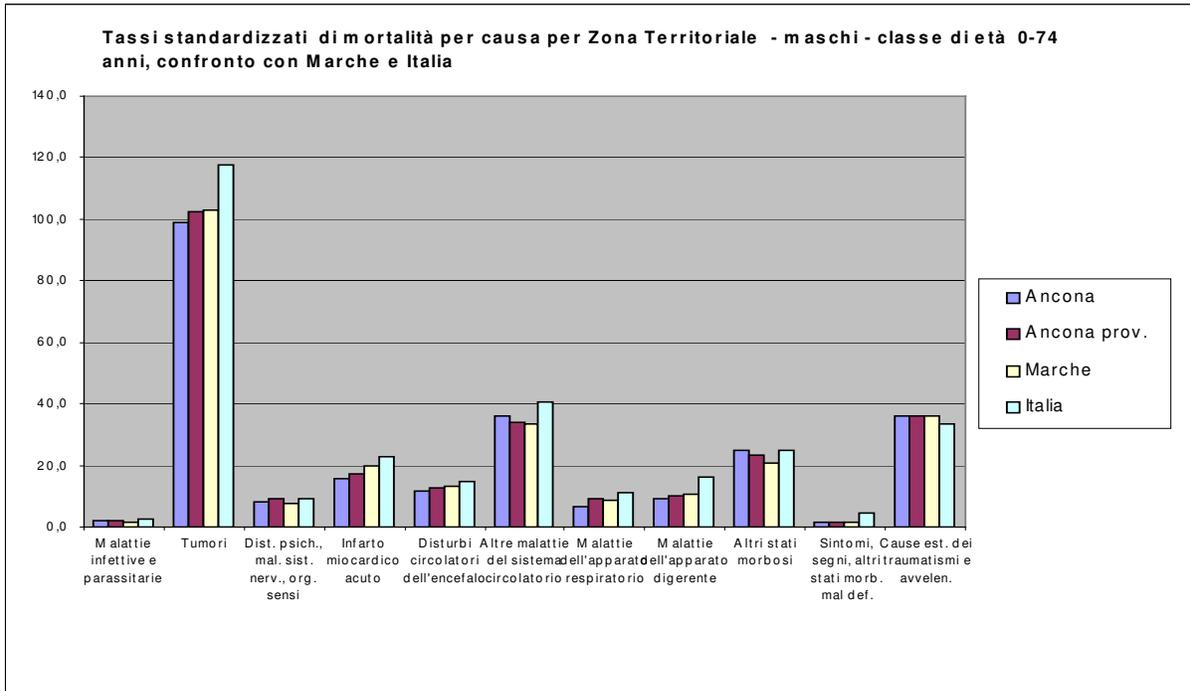
Il confronto tra i tassi standardizzati di mortalità della zt 7 con le aggregazioni territoriali superiori (provincia, regione e Italia) è riportata nei grafici n. 4.2.m, n. o, p (fonte ERA 2006)

I dati si riferiscono tutti al triennio 2000-2002.

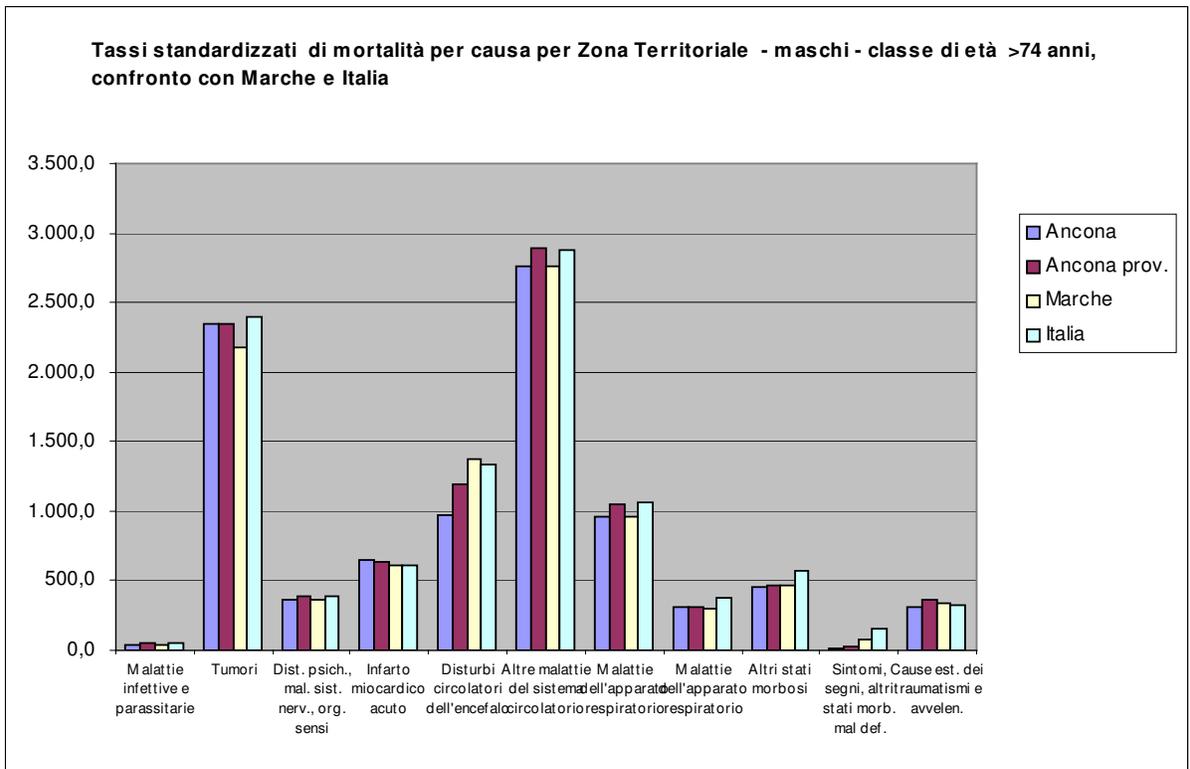
Si evidenziano:

- nei maschi una mortalità nella fascia 0-74 anni per tumori più bassa delle aggregazioni di confronto mentre è più alta quella per malattie dell'apparato cardiocircolatorio; inoltre nella fascia d'età più alta (>74) un tasso inferiore per disturbi circolatori dell'encefalo
- nelle femmine la mortalità per tumori nella fascia 0-74 anni è più alta del resto mentre nella fascia d'età avanzata i disturbi circolatori dell'encefalo e le malattie dell'apparato cardiocircolatorio causano meno decessi del resto del territorio (provinciale, regionale nazionale)

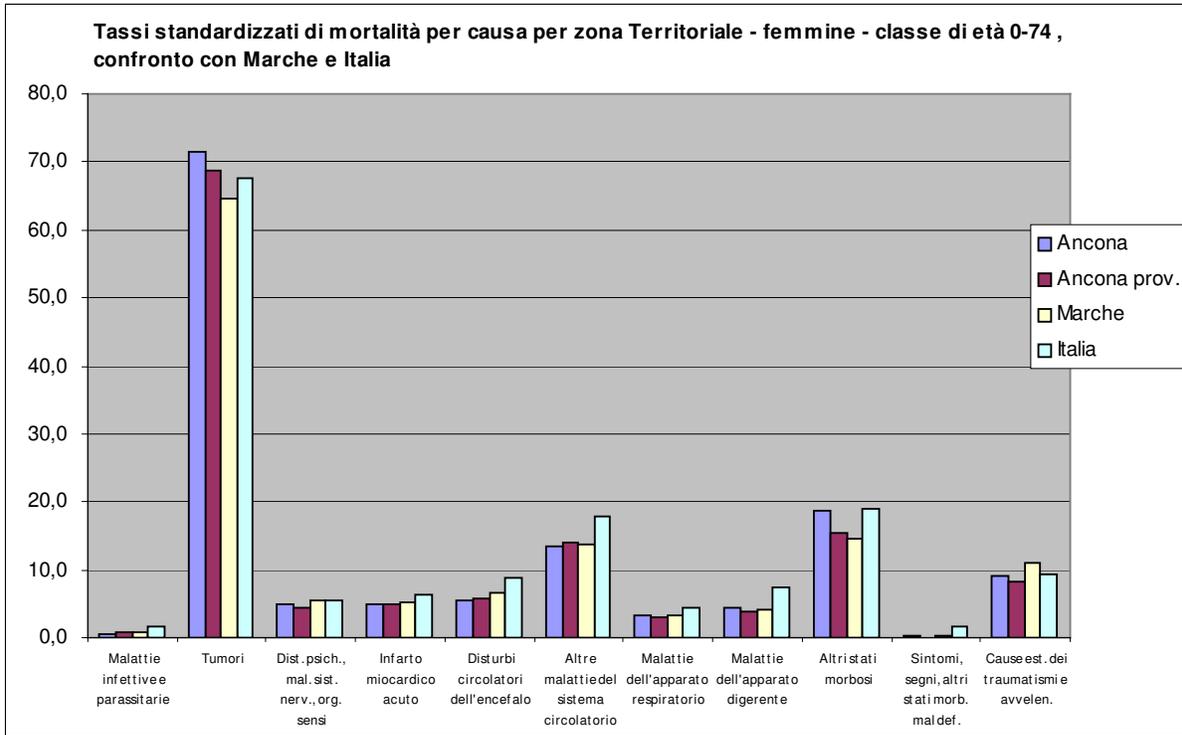
**Grafico n. 4.2.m**



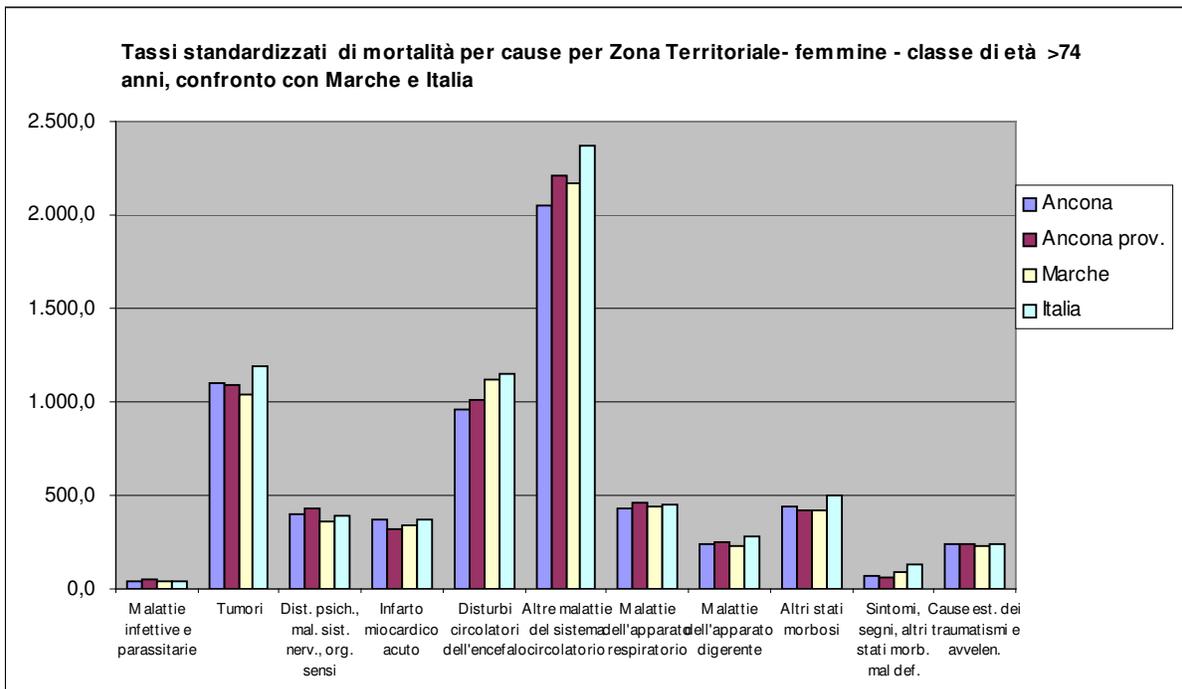
**Grafico n. 4.2.n**



**Grafico n. 4.2.o**



**Grafico n. 4.2.p**



**Tab. n. 4.2.7 - Mortalità proporzionale per causa e classe d'età zt7 – anno 2005**

Causa di Morte	0-4	5-14	15-19	20-64	65+	TOTALE
<b>01 - traumatismi ed avvelenamenti</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>56</b>	<b>99</b>
<i>riga %</i>	0	3	0	40,4	56,6	100
<i>colonna %</i>	0	75	0	13,9	2,7	4,1
<b>02 - malattie apparato respiratorio</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>65</b>	<b>67</b>
<i>riga %</i>	0	0	0	3	97	100
<i>colonna %</i>	0	0	0	0,7	3,1	2,8
<b>03 - malattie apparato digerente</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>58</b>	<b>72</b>
<i>riga %</i>	0	0	0	19,4	80,6	100
<i>colonna %</i>	0	0	0	4,9	2,8	3
<b>04 - malattie apparato genito-urinario</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>16</b>
<i>riga %</i>	0	0	0	12,5	87,5	100
<i>colonna %</i>	0	0	0	0,7	0,7	0,7
<b>05 - malattie apparato cardio-circolatorio</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>54</b>	<b>851</b>	<b>905</b>
<i>riga %</i>	0	0	0	6	94	100
<i>colonna %</i>	0	0	0	18,8	40,5	37,6
<b>06 - malattie infettive</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>18</b>
<i>riga %</i>	0	0	0	38,9	61,1	100
<i>colonna %</i>	0	0	0	2,4	0,5	0,7
<b>07 - neoplasie apparato respiratorio</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>34</b>	<b>129</b>	<b>163</b>
<i>riga %</i>	0	0	0	20,9	79,1	100
<i>colonna %</i>	0	0	0	11,8	6,1	6,8
<b>08 - neoplasie apparato digerente</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>45</b>	<b>189</b>	<b>234</b>
<i>riga %</i>	0	0	0	19,2	80,8	100
<i>colonna %</i>	0	0	0	18,4	9	9,7
<b>09 - neoplasie altri organi e apparati</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>62</b>	<b>228</b>	<b>291</b>
<i>riga %</i>	0,3	0	0	21,3	78,4	100
<i>colonna %</i>	7,7	0	0	21,6	10,9	12,1
<b>10 - altre cause</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>27</b>	<b>499</b>	<b>539</b>
<i>riga %</i>	2,2	0,2	0	5	92,6	100
<i>colonna %</i>	92	25	0	9,4	23,8	22,4
<b>TOTALE</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>287</b>	<b>2100</b>	<b>2404</b>
<i>riga %</i>	0,5	0,2	0	11,9	87,4	100
<i>colonna %</i>	100	100	0	100	100	100

Un'ultima analisi è stata fatta per distretto di appartenenza.

La mortalità non ha grosse differenze nel territorio della ZT; tassi grezzi lievemente diversi si riscontrano per le neoplasie e le malattie cardiovascolari, che sono a maggior carico del distretto centro, mentre le malattie dell'apparato digerente sono a maggior appannaggio del distretto Nord e quelle dell'apparato respiratorio del distretto Sud (tab. n. 4.2.8).

Considerando che la struttura per età e sesso delle popolazioni dei 3 distretti è assolutamente sovrapponibile, le differenze sono da ritenersi reali.

**Tab. n. 4.2.8 – Tasso grezzo di mortalità per cause per Distretto della zt7 – anno 2005**

	<b>NORD</b>	<b>CENTRO</b>	<b>SUD</b>
<b>Causa di morte</b>	<b>TG*1000</b>	<b>TG*1000</b>	<b>TG*1000</b>
01 - traumatismi ed avvelenamenti	0,32	0,43	0,43
02 - malattie apparato respiratorio	0,31	0,19	0,35
03 - malattie apparato digerente	0,35	0,29	0,23
04 - malattie apparato genito-urinario	0,07	0,06	0,07
05 - malattie apparato cardio-circolatorio	3,49	3,92	3,48
06 - malattie infettive	0,07	0,06	0,09
07 - neoplasie apparato respiratorio	0,5	0,77	0,66
08 - neoplasie apparato digerente	0,79	1,07	0,92
09 - neoplasie altri organi e apparati	1,16	1,25	1,11
10 - altre cause	2,17	2,43	1,87
<b>Totale</b>	<b>9,24</b>	<b>10,46</b>	<b>9,22</b>

### **4.3 La mortalità evitabile**

Sono indicati come "morti evitabili" quei decessi che avvengono in determinate età e per cause che potrebbero essere attivamente contrastate con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria.

Le classificazioni adottate per la mortalità evitabile dalla letteratura scientifica nazionale e internazionale non sono uniformi, anche in relazione alla età alla morte, originariamente fissata tra i 5 e i 64 anni compiuti.

L'analisi sulla mortalità evitabile svolta in Italia (Atlante ERA, 2006) ha individuato i gruppi di cause come evitabili per le età dai 5 ai 69 anni compiuti presenti nella tabella n. 4.2.1 (con i codici ICD - International Classification of Disease – della 9<sup>a</sup> revisione).

Nel caso della "mortalità evitabile" il ruolo della diversità nell'incidenza non deve essere sopravvalutato in quanto, da una parte la riduzione della frequenza della malattia è uno degli obiettivi di interventi di prevenzione, dall'altro la disponibilità di tecniche terapeutiche efficaci dovrebbero essere in grado di modificare la storia naturale della malattia stessa e, in particolare, il suo esito fatale.

Pertanto il tempestivo utilizzo di interventi preventivi o diagnostico- terapeutici di provata efficacia dovrebbe consentire di evitare il decesso e di correggere le differenze "spontanee" nella incidenza della malattia nei diversi gruppi di popolazione confrontati.

L'analisi degli 'eventi sentinella' (definibili come quegli eventi avversi di particolare gravità, indicativi di un serio malfunzionamento del sistema, che causano morte o gravi danni al paziente)

sotto forma di dati aggregati per il confronto tra aree geografiche o periodi temporali diversi, viene definita più propriamente come “mortalità evitabile”.

**Tab n. 4.3.1 – Elenco delle cause di morte considerate evitabili (età 5-69 anni)**

<b>1° gruppo - Prevenzione Primaria</b>	
<b>( cause di morte prevenibili mediante prevenzione primaria)</b>	
<i>Cause di morte</i>	<i>Icd-IX</i>
Tumori del cavo orale	140-150
Tumori del fegato	155
Tumori delle vie respiratorie	160-162, 165
Tumore della vescica	188
Malattie cerebrovascolari	430-438
Cirrosi epatica e altre malattie dle fegato d alcol	571.0,1,2,3
Traumatismi e avvelenamenti	800-999

<b>2° gruppo - Diagnosi precoce e Terapia</b>	
<b>( cause di morte prevenibili mediante diagnosi precoce e terapia)</b>	
<i>Cause di morte</i>	<i>Icd-IX</i>
Tumori della pelle	172-173
Tumori della mammella	174-175
Tumore dell'utero	179-182
Tumore del testicolo	186
Malattia di Hodgkin	201

<b>3° gruppo - Igiene ed Assistenza sanitaria</b>	
<b>( cause di morte prevenibili mediante interventi di igiene e assistenza sanitaria)</b>	
<i>Cause di morte</i>	<i>Icd-IX</i>
Malattie infettive	001-139
Leucemie	204-208
Meningite	320-322
Cardiopatia Reumatica Cronica	393-398
Malattia ipertensiva	401-405
Malattie ischemiche del cuore	410-414
Malattie prime vie respiratorie	460-478
Polmoniti influenza bronchiti	480-491
Alveoliti allergiche, polmoniti da inalazione solidi e liquidi	495, 507
Ulcera peptica	531
Appendicite	540-543
Ernia inguinale e addominale	550-553
Disturbi cistifellea e vie biliari	575-576
Complicazioni gravidanza, parto e puerperio	630-676
Malformazioni Congenite Cardiache	745-747

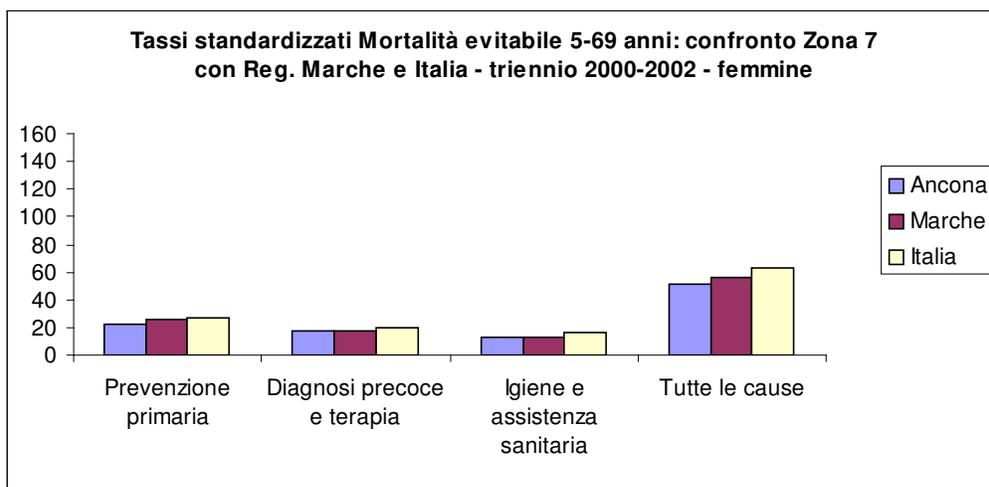
Fonte dati 'ERA 2006'

I dati relativi alla zt 7 sono stati analizzati per “giorni perduti per cause di morte evitabili” e per tipologie di intervento possibili; inoltre si è confrontato il dato aziendale con quello provinciale, regionale e nazionale e sono stati ripresi i tassi standardizzati di mortalità evitabile suddivisi per genere (da ‘ERA 2006’).

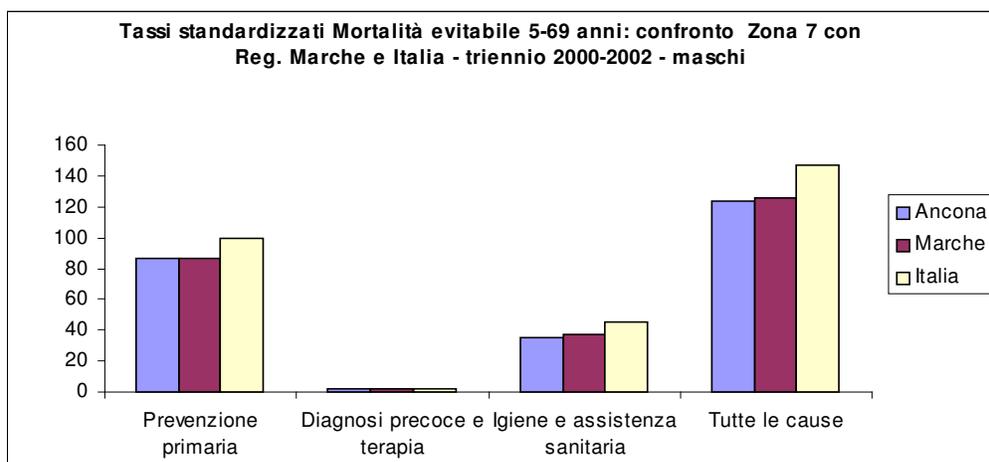
Per i giorni perduti per cause evitabili la ZT7 di Ancona ha un valore in linea con quello provinciale, lievemente inferiore a quello regionale e si posiziona al 27° posto nella classifica di tutte le ASL italiane (da notare il 3° posto nazionale della Zona di Civitanova Marche!).

Il valore più alto rispetto a quello provinciale e regionale è da ascriversi principalmente ai giorni persi per ‘Diagnosi precoce e terapia’ (valore ZT 7 1,18 contro 1,11 provinciale e regionale).

**Grafico n. 4.3.a**



**Grafico n. 4.3.b**



Nell’analisi dei TS di mortalità evitabile (graf. n. 4.3.a, 4.3.b) risulta infine che la zt7 di Ancona ha valori inferiori a quelli regionali e nazionali sia per il sesso femminile che maschile.

Per il sesso femminile, è soprattutto la mortalità dovuta a carenza di ‘igiene assistenza sanitaria’ a essere più bassa, mentre per quello maschile è l’area ‘diagnosi precoce e terapia’ a presentare valori sensibilmente più bassi.

#### 4.4 Mortalità ospedaliera

Durante il ricovero in ospedale non è purtroppo infrequente che il paziente possa aggravarsi sino al decesso. I pz. ospedalizzati e deceduti nel 2005 (tab. n. 4.4.1) sono stati 1284 (e hanno riguardato il 2,5% dei 51791 ricoveri); l'indice di letalità ospedaliera è del 2,48% che risulta molto bassa rispetto alla percentuale di ricoveri urgenti (e perciò più a rischio) effettuati dai residenti della nostra azienda sanitaria (30,2%).

**Tab. n. 4.4.1 - Frequenze della modalità di dimissione- zt 7, SDO anno 2005**

Modalità di dimissione	Frequenza	%
Deceduto	1284	2,5%
Dimissione ordinaria a domicilio del paziente	48121	92,9%
Dimissione ordinaria presso RSA	239	0,5%
Dim. a domicilio del paziente con attivazione di ospedalizzazione domiciliare	34	0,1%
Dimissione volontaria (caso in cui il paziente in ciclo di trattamento non si è ripresentato durante il ciclo programmato)	264	0,5%
Trasferimento ad altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato, per acuti	703	1,4%
Trasf. ad altro regime di ricovero nell'ambito dello stesso istituto	652	1,3%
Trasferimento ad altro istituto pubblico o privato di riabilitazione	464	0,9%
Dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata	30	0,1%
<b>Totale</b>	<b>51791</b>	<b>100,0%</b>

<b>Letalità ospedaliera</b>	
Numero decessi	
-----	* 100
Totale ricoveri	
<b>Percentuale ricoveri urgenti</b>	
Numero totale ricoveri	
-----	*100
Totale ricoveri	

I decessi hanno interessato nel 50,8% il sesso maschile e l'età media è stata di 78,41 anni (D.S. 13,59) con una mediana di 81 e una moda di 83 anni.

**Tab. n. 4.4.2 - Genere dei deceduti - zt 7, SDO anno 2005**

Sesso	Frequenza	%
Maschio	652	50,8%
Femmina	632	49,2%
<b>Totale</b>	<b>1284</b>	<b>100,0%</b>

La diagnosi principale del ricovero delle persone decedute è stata l' insuff. cardiaca congestizia (7,1%) seguita da arresto cardiaco (5,2%) e insuff. respiratoria acuta (5,0%).

Nel 37,9% dei casi le persone erano coniugate e nel 22,1% celibi/nubili (tab. n. 4.4.3); questo secondo dato, visto lo stato di celibe/nubile prevalente tra le fasce più giovani, lascia intendere che alcuni decessi siano avvenuti in persone giovani-adulte e che le media sopra riportata pertanto (con una D.S. di 13,59) sia 'tirata' verso l'alto dalla fasce più anziane.

**Tab. n. 4.4.3 – Frequenza dei deceduti per stato civile - zt 7, SDO anno 2005**

Stato civile	Frequenza	%
1 celibe/nubile	284	22,1%
2 coniugato	487	37,9%
3 separato	9	0,7%
4 divorziato	5	0,4%
5 vedovo	218	17,0%
6 non dichiarato	281	21,9%
Totale	1284	100,0%

Il ricovero è stato per il 72,1% urgente ma un dato che presuppone ulteriori approfondimenti è che nel 27,3% dei decessi il ricovero era programmato 'non urgente' (tab. n.4.4.4).

Il regime di ricovero è ordinario nella quasi totalità dei ricoveri (99.9%).

**Tab. n. 4.4.4 - Frequenze dei decessi per tipo di ricovero – zt 7, SDO anno 2005**

Tipo di ricovero	Frequenza	%
Non definito	7	0,5%
Programmato non urgente	350	27,3%
Urgente	926	72,1%
Ricovero per TSO	1	0,1%
Totale	1284	100,0%

Anche tra i motivi del ricovero ordinario si apre la necessità di un approfondimento: i ricoveri dei deceduti sono nel 71 % legati al 'primo ricovero per la specifica diagnosi' e nel 13% un ricovero successivo per la medesima diagnosi (tab. n. 4.4.5).

**Tab. n. 4.4.5 - Frequenze del motivo di ricovero nei deceduti – zt 7, SDO anno 2005**

Motivo ricovero ordinario	Frequenza	%
Non definito	1	0,1%
Ric. elettivo per intervento chirurgico	22	1,7%
1° ric. effettuato per la specifica diagnosi	911	71,0%
Ric. successivo per la stessa diagnosi	167	13,0%
Altro	183	14,3%
Totale	1284	100,0%

Infine la degenza media: nelle persone decedute è stata di 10,44 giorni (con una notevole variabilità che va da un minimo di 1 giorno (22,5% dei casi) ad un massimo di 161 giorni (un solo caso), mediana 6 e moda 1.

## ***5. Eventi accidentali***

Gli eventi accidentali occupano, nel loro complesso, i primi posti fra le cause di morte e di invalidità a carico soprattutto delle fasce di età più giovani.

La drammaticità rappresentata dagli incidenti come problema sanitario, giustifica la definizione che viene spesso data di una vera e propria 'epidemia'.

Oggi però si osserva una attenzione particolare ed una sensibilità diffusa al problema degli incidenti, sicuramente favorite da quanto ottenuto negli anni nel campo dell'infortunistica del lavoro, ma sono ancora molti coloro che danno a questi eventi una valenza di fatalità e di imprevedibilità; tale fatto non aiuta a sviluppare una impostazione in senso preventivo delle strategie di mettere in atto per la loro riduzione.

Per questo motivo abbiamo deciso di trattare assieme, in un unico capitolo (focus) il problema dei dati relativi agli eventi accidentali, per poter contribuire, se possibile, ad una corretta programmazione in termini di prevenzione dei danni e di promozione della salute.

### ***5.1 Infortuni stradali***

Ogni anno nel mondo muore circa 1 milione di persone per incidenti della strada.

Nel 2000, nell'Unione europea, gli incidenti stradali hanno provocato la morte di oltre 40.000 persone, per non parlare degli oltre 1,7 milioni di feriti. La fascia di età più colpita è quella dei giovani tra i 14 e i 25 anni, per la quale gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di decesso.

In Italia si registrano annualmente a causa di incidenti stradali circa 8.000 morti (secondo le statistiche delle cause di morte), cioè poco meno del 2 % di tutte le morti; il dato assume maggiore rilievo se lo si legge in altro modo: dei decessi per incidente stradale, infatti, il 50% avviene prima dei 41 anni di età e il 25% prima dei 23 anni, mentre nella gran parte degli altri 550.000 decessi annui la morte avviene dopo i 78 anni. Negli ultimi 30 anni sono morti in Italia per incidente stradale circa 300.000 persone, di cui un terzo aveva tra 15 e 29 anni.

Circa 170.000 ricoveri ospedalieri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso, non seguite da ricovero, sono causate da incidenti stradali.

Il gran numero di persone che subiscono lesioni, più o meno gravi, in seguito ad incidenti stradali costituiscono la prova che, anche in termini di costi sociali legati all'assistenza e alla riabilitazione, ci troviamo di fronte ad una "emergenza" non trascurabile. E' diventato prioritario, pertanto, individuare continuamente nuove strategie di prevenzione che consentano, a breve, medio e lungo termine, di porre un argine a questo allarmante fenomeno dei nostri tempi.

La rilevazione sull' incidentalità stradale è frutto nel nostro paese dell'azione congiunta di molti Enti: ACI, Ministero dell'Interno, Polizia Stradale, Carabinieri, Polizie municipali, Uffici Statistici di comuni capoluoghi di provincia e di alcune province i quali hanno sottoscritto una convenzione con l'ISTAT.

La serie di dati storici in possesso dell'ISTAT inizia dal 1952 e l'ultima modifica per conformarla alle esigenze di uniformità con gli altri Paesi risale al 1991.

La rilevazione si basa sulla compilazione del rapporto di incidente (modello CCT-INC) da parte dell'autorità che interviene sul luogo del sinistro, con il limite che vengono riportati solo incidenti con danni alle persone e che si svolgono sulle strade pubbliche. In accordo con le definizioni internazionali vengono raccolti vari dati sul luogo dell'incidente, sui mezzi coinvolti e, per quel che ci riguarda, anche alcune notizie che riguardano le caratteristiche di età, sesso, anzianità di patente del soggetto alla guida nonché condizioni psicofisiche anomale del conducente.

La Regione Marche con la Deliberazione Amministrativa n°97 del 30/06/03, PSR 2003/2006 ha previsto di impegnare i Dipartimenti di Prevenzione in obiettivi specifici di salute e con particolare riguardo alla sicurezza stradale e al miglioramento della qualità ambientale come determinante di salute.

Nella Zona territoriale n. 7 di Ancona nell'anno 2005 si è svolta una indagine telefonica (studio PASSI) su alcuni stili di vita e abitudini legate alla salute; il 58% del campione intervistato era costituito da donne, il 23% degli intervistati era compreso nella fascia 18-34 anni, il 35% in quella 35-49 e il 42% in quella 50-69.

Circa i dispositivi di sicurezza la percentuale di persone intervistate che riferiscono di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza è pari al 78,6%; tra le persone che viaggiano sul sedile posteriore, l'uso della cintura è invece ancora poco diffuso (25%).

Nell'ultimo mese (dall'intervista) il 5% degli intervistati (e l'8,6% di coloro che hanno guidato) dichiara di aver guidato in stato di ebbrezza; questa abitudine è più diffusa tra i giovani, negli uomini e nelle persone con un basso livello di istruzione (tab. n. 5.1.1)

Il 4% inoltre riferisce di essere stato trasportato da chi guidava in stato di ebbrezza.

**Tab. n. 5.1.1 - Guida in stato di ebbrezza Zona T. 7 Ancona – Passi, 2005**

Caratteristiche demografiche		Guida in stato di ebbrezza* (%)
Totale		5%(IC95%:1,9-11,3)
Età		
	18 - 24	20,0
	25 - 34	5,6
	35 - 49	8,6
	50 - 69	0
Sesso		
	M	9,5
	F	1,7
Istruzione**		
	bassa	7,5
	alta	3,3

\* coloro che hanno dichiarato di aver guidato entro un ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevanda alcolica  
 \*\* istruzione bassa: nessun titolo, licenza elementare, licenza media inferiore; istruzione alta: da scuola media superiore

## 5.2 Infortuni domestici

Gli incidenti domestici hanno assunto dimensioni più che allarmanti non solo nel nostro Paese ma a livello sovranazionale.

Questa tipologia di eventi, che non risparmia nessuna fascia d'età, rappresenta nei Paesi sviluppati la prima causa di morte per i bambini, anche se il gruppo in assoluto più colpito è quello delle casalinghe.

I dati statistici disponibili mostrano che le persone che hanno dichiarato di essere state coinvolte nelle loro abitazioni in un incidente domestico sono annualmente ben al di sopra di tre milioni (la cifra complessiva è comunque superiore poiché una frazione degli infortunati dichiara di aver avuto più di un incidente nel corso dell'anno). Di detti incidenti più di settemila hanno avuto esito mortale.

Svariate sono le cause di tali incidenti, che possono spesso interagire tra loro. Una parte di essi avviene a causa di distrazione, superficialità, scarsa conoscenza e/o inosservanza delle norme di sicurezza, la presenza in casa di apparecchi o sostanze chimiche pericolose, ma anche, e forse soprattutto, a causa di un'inadeguata cultura della sicurezza e della prevenzione.

Il Servizio di Sanità Pubblica della Regione Marche, facendo seguito alla legge 03.12.99, n. 493 "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici", e del Piano Sanitario Regionale 2003/2006, ha istituito un progetto di rilevazione degli infortuni in ambiente domestico, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (Progetto SINIACA, Sistema Informativo Nazionale Incidenti in Ambienti di Civile Abitazione).

Dal gennaio 2004 è iniziata la raccolta dati, in via sperimentale, sugli accessi al Pronto Soccorso per incidente domestico in alcuni presidi ospedalieri regionali, tra cui l'Ospedale di Osimo.

In questo Ospedale sono state inserite 1936 schede nel 2004 e 1854 schede nel 2005.

**Tab. n. 5.2.1 - Incidenti domestici – zt7, anni 2004 - 2005**

Sesso	2004	%	2005	%
Missing	9	0,5%	11	0,6%
1-maschio	977	50,5%	911	49,1%
2 -femmina	950	49,1%	932	50,3%
Totale	1936	100,0%	1854	100,0%

La media dell'età delle persone coinvolte è stata 47,17 (DS 24,84) nel 2004 e 47,69 (DS 25,02) nel 2005 con mediana 48 e 49, e moda 1 e 2 anni.

Per l'anno 2005 (con il campo età quasi completo – solo 0,3 missing) è possibile anche avere le diverse fasce d'età interessate al fenomeno.

**Tab. n. 5.2.2 – Frequenza degli incidenti domestici per fasce d'età – zt7, anno 2005**

Classe di età	Frequenza	%
Missing	5	0,3%
0-14 anni	246	13,3%
15-30 anni	260	14,0%
31-50 anni	446	24,1%
51-65 anni	355	19,1%
oltre 65 anni	542	29,2%
Totale	1854	100,0%

La frequenza della cittadinanza mostra un 95 % di cittadini italiani nel 2005 mentre nel 2004 il dato era stato poco raccolto (84,7% di missing).

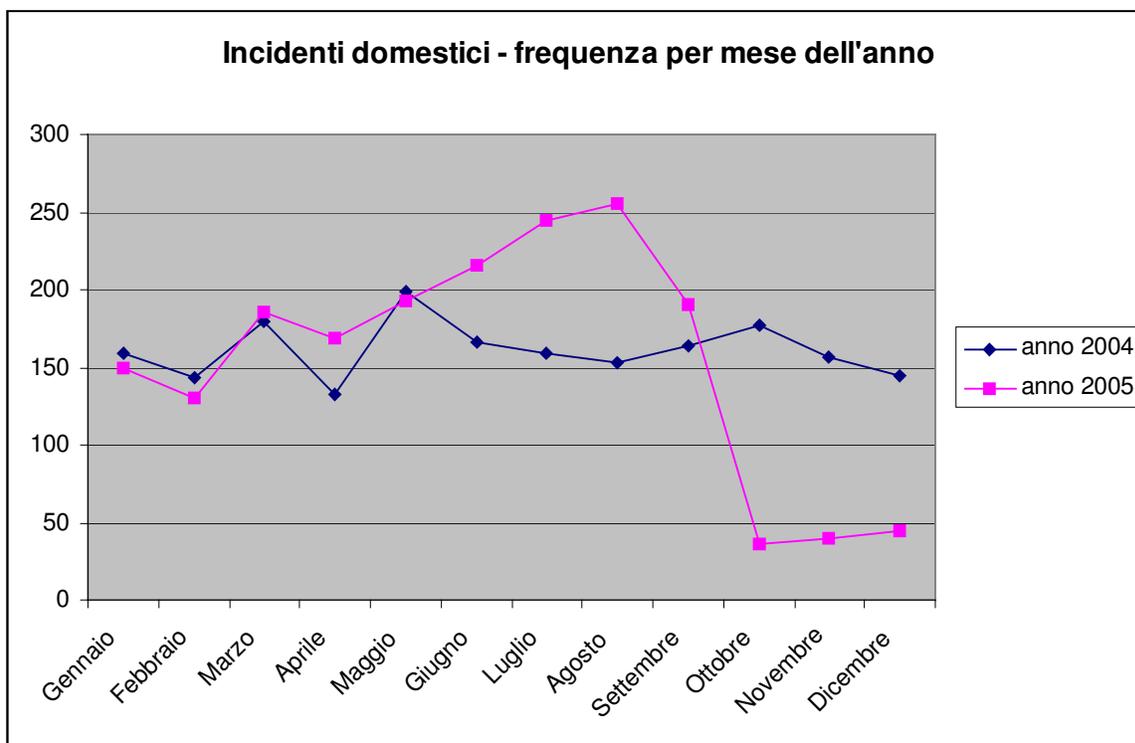
**Tab. n. 5.2.3- Frequenza degli incidenti domestici per nazionalità – zt7, anno 2005**

Cittadinanza	2004	%	2005	%
Missing	1640	84,7%	9	0,5%
Italiana	281	14,5%	1777	95,8%
Comunitaria	1	0,1%	8	0,4%
Extracomunitaria	14	0,7%	60	3,2%
Totale	1936	100,0%	1854	100,0%

I mesi nei quali accadono più spesso incidenti domestici sono quelli primaverili-estivi o comunque caldi (maggio nel 2004 e agosto nel 2005); il dato si spiega con le attività che più spesso si svolgono all'aperto (giardino, corti delle case, ecc.) che infatti spesso, come vedremo, è teatro di eventi lesivi.

**Tab. n. 5.2.4 - Stagionalità degli incidenti domestici: frequenze zt7, anni 2004 e 2005**

Mese	2004	%	2005	%
Missing	4	0,2%	1	0,1%
Gennaio	159	8,2%	149	8,0%
Febbraio	143	7,4%	130	7,0%
Marzo	179	9,2%	185	10,0%
Aprile	132	6,8%	169	9,1%
Maggio	199	10,3%	193	10,4%
Giugno	166	8,6%	216	11,7%
Luglio	159	8,2%	245	13,2%
Agosto	153	7,9%	256	13,8%
Settembre	164	8,5%	190	10,2%
Ottobre	177	9,1%	36	1,9%
Novembre	157	8,1%	40	2,2%
Dicembre	144	7,4%	44	2,4%
Totale	1936	100,0%	1854	100,0%



Le lesioni più frequenti sono le contusioni/abrasioni e le ferite/lacerazioni; al secondo posto troviamo lesioni penetranti e fratture ossee.

**Tab. n. 5.2.5 – Tipologia di lesioni riportate a seguito di incidenti domestici – zt7, anni 2004 -2005**

Natura della Lesione	2004	%	2005	%
Missing	5	0,3%	1	0,1%
contusione / abrasione / stiramento	618	31,9%	646	34,8%
lussazione / distorsione	194	10,0%	181	9,8%
ferita / lacerazione / scuoiamento	602	31,1%	557	30,0%
lesione penetrante, con o senza ritenzione corpo estraneo	265	13,7%	17	0,9%
frattura chiusa	56	2,9%	274	14,8%
frattura aperta	1	0,1%	0	0,0%
lesione cerebrale (trauma intracranico)	6	0,3%	0	0,0%
lesione vasi sanguigni	2	0,1%	4	0,2%
lesione interna	47	2,4%	0	0,0%
lesione organi	91	4,7%	0	0,0%
ustioni	17	0,9%	79	4,3%
corpi estranei (ingestione o in orifizio)	11	0,6%	52	2,8%
avvelenamento o intossicazione (inalazione inclusa)	0	0,0%	14	0,8%
'amputazione, avulsione, perdita parziale	0	0,0%	1	0,1%
altro	6	0,3%	20	1,1%
non nota	15	0,8%	1	0,1%
<b>Totale</b>	<b>1936</b>	<b>100,0%</b>	<b>1854</b>	<b>100,0%</b>

Il Triage (selezione o classificazione per gravità delle emergenze che pervengono al Pronto Soccorso) viene effettuato nella sala d'attesa e delinea la gravità dei casi che pervengono al PS di Osimo; la maggioranza dei casi sono classificati come verdi ovvero *Urgenza minore*, nessun pericolo di vita (intervento differibile), cure prestate dopo i casi più urgenti e non compaiono, sempre tra gli incidenti domestici, casi con codice rosso.

**Tab. n. 5.2.6 – Frequenze degli incidenti domestici per codice di gravità (Triage) - zt7, anni 2004 -2005**

Triage	2004	%	2005	%
Missing	9	0,5%	5	0,3%
1 bianco	86	4,4%	54	2,9%
2 verde	1810	93,5%	1770	95,5%
3 giallo	31	1,6%	24	1,3%
9 non noto	0	0,0%	1	0,1%
<b>Totale</b>	<b>1936</b>	<b>100,0%</b>	<b>1854</b>	<b>100,0%</b>

Gli ambienti più spesso coinvolti negli incidenti a casa sono i cortili o aree esterne e la cucina oltre ad altri locali 'indistinti' della casa; seguono poi, come luoghi pericolosi, i cortili, le scale e i giardini.

**Tab. n. 5.2.7 – Frequenza degli incidenti domestici per ambiente di accadimento - zt7, anni 2004 -2005**

<b>Ambiente dell'Incidente</b>	<b>2004</b>	<b>%</b>	<b>2005</b>	<b>%</b>
Missing	6	0,3%	1	0,1%
Cucina	354	18,3%	384	20,7%
Bagno	122	6,3%	112	6,0%
Camera da letto	189	9,8%	130	7,0%
Soggiorno, sala da pranzo	193	10,0%	117	6,3%
Altri locali interni alla casa	157	8,1%	383	20,7%
Scale, ballatoi (interni ed esterni)	250	12,9%	224	12,1%
Terrazze e balconi, tetti	28	1,4%	16	0,9%
Cortile	377	19,5%	70	3,8%
Giardino	14	0,7%	210	11,3%
Garage, aree parcheggio, cantina ed altre pertinenze	33	1,7%	118	6,4%
Altre pertinenze esterne alla casa	13	0,7%	47	2,5%
Non noto	200	10,3%	42	2,3%
<b>Totale</b>	<b>1936</b>	<b>100,0%</b>	<b>1854</b>	<b>100,0%</b>

L'attività svolta è quasi sempre il deambulare negli spazi di casa e fuori casa e svolgere lavori domestici; il gioco e il fai-da-te, spesso indicati come momenti di pericolo per eventi lesivi, sono interessati solo nel 5-9% dei casi.

**Tab. n. 5.2.8 – Frequenza degli incidenti domestici per attività svolte durante l'incidente - zt7, anni 2004 -2005**

Attività svolta durante l'Incidente	2004	%	2005	%
<b>Missing</b>	5	0,3%	1	0,1%
lavori domestici (pulire, cucinare, cucire,..etc.)	251	13,0%	500	27,0%
fai-da-te	102	5,3%	182	9,8%
gioco	157	8,1%	183	9,9%
attività sportiva / ginnastica	2	0,1%	2	0,1%
camminare	819	42,3%	258	13,9%
dormire	353	18,2%	26	1,4%
igiene personale	12	0,6%	76	4,1%
altre attività di vita quotidiana (mangiare, bere,..etc)	22	1,1%	149	8,0%
altre attività	109	5,6%	415	22,4%
non nota	104	5,4%	62	3,3%
<b>Totale</b>	<b>1936</b>	<b>100,0%</b>	<b>1854</b>	<b>100,0%</b>

Più spesso le dinamiche dell'incidente coincidono con cadute ed urti; non infrequenti sono anche ferite/punture e le elettrocuzioni.

**Tab. n. 5.2.9 - Frequenza della dinamica dell'incidente - zt7, anni 2004 -2005**

Dinamica dell'Incidente	2004	%	2005	%
<b>Missing</b>	4	0,2%	1	0,1%
caduta, inciampamento, sdruciolamento	958	49,5%	821	44,3%
urto o schiacciamento accidentale con oggetto, persona o animale	412	21,3%	395	21,3%
corpo estraneo (ingestione o in orifizio)	116	6,0%	97	5,2%
ferita, puntura o penetrazione accidentale da oggetto	120	6,2%	353	19,0%
puntura, ferita o morso di animale	55	2,8%	22	1,2%
azione di agente termico o agente chimico	10	0,5%	90	4,9%
annegamento o quasi annegamento	3	0,2%	0	0%
soffocamento o altri pericoli per la respirazione	8	0,4%	5	0,3%
avvelenamento o intossicazione	26	1,3%	8	0,4%
elettricità, radiazioni	216	11,2%	0	0%
sforzi violenti	0	0%	44	2,4%
altre dinamiche	1	0,1%	7	0,4%
non nota	7	0,4%	11	0,6%
<b>Totale</b>	<b>1936</b>	<b>100,0%</b>	<b>1854</b>	<b>100,0%</b>

La media dei giorni di prognosi è stata di 9,7 (DS 8,5) nel 2004 e di 9,5 (DS 8,15) nel 2005; il range è stato 0-60 giorni e 0-40 giorni nei due anni.

La mediana e la moda si attestano comunque in entrambi gli anni sui 7 giorni la prima e sui 5 giorni la seconda.

### 5.3 Infortuni sul lavoro

I dati che seguono sono riferiti agli infortuni sul lavoro accaduti nel triennio 2002-2004 nel territorio della Zona Territoriale 7 e sono stati elaborati tramite la banca dati Nuovi Flussi Informativi. L'elaborazione e la successiva analisi dei dati, consentono di desumere informazioni sull'andamento del fenomeno infortunistico e permettono considerazioni utili a fini preventivi.

Nella tabella 5.3.1 è riportato il numero degli infortuni denunciati all'Inail ripartito per settore macroeconomico.

**Tab. n. 5.3.1 - Numero degli infortuni sul distinto per settore macroeconomico – zt7 periodo 2004-2005**

Settore economico	2002	2003	2004	Differenza '02-'04 in %	Totale
Altro	1110	1509	1306	4,99	3925
Industria	1923	1800	1697	-4,17	5420
Artigianato	875	830	831	-1,74	2536
Terziario	996	944	975	-0,72	2915
Altre attività	656	494	512	-8,66	1662
Speciali	68	56	42	-15,66	166
Agricoltura	126	119	121	-1,37	366
Conto Stato	180	133	173	-1,44	486
Totale	5934	5885	5657	-1,59	17476

La penultima colonna della tabella mostra un trend in decremento del numero degli infortuni in tutti i macrosettori, interessante, in particolare, quello del settore dell'industria che è anche quello dove ricade il maggior numero di infortuni.

Nella tabella 5.3.2, oltre agli infortuni totali denunciati nel periodo di osservazione, vengono riportati gli infortuni stradali ed in itinere (infortuni accaduti nel tragitto tra casa e lavoro) in valore assoluto ed in percentuale.

Nella stessa tabella gli infortuni totali sono stati analizzati anche rispetto alle loro conseguenze in termini di salute cioè sono indicati quelli determinanti "esiti permanenti" e quelli "mortalità".

**Tab. n. 5.3.2 - Numero degli infortuni sul lavoro - zt7, anni 2004 -2005**

Infortuni	Anno Evento					
	2002		2003		2004	
	numero	%	numero	%	numero	%
<b>Totali</b>	5934	100	5885	100	5657	100
di cui stradali	354	5,96	305	5,18	267	4,72
di cui in itinere	435	7,33	410	6,96	488	8,62
di cui con esito permanente	121	2,04	128	2,173	81	1,43
di cui mortali	5	0,08	13	0,22	4	0,07

Un riepilogo più dettagliato degli infortuni denunciati nel periodo 2002-2004, suddiviso per settori lavorativi (riferito ai primi dieci gruppi Ateco), è riportato nella tabella 5.3.3.

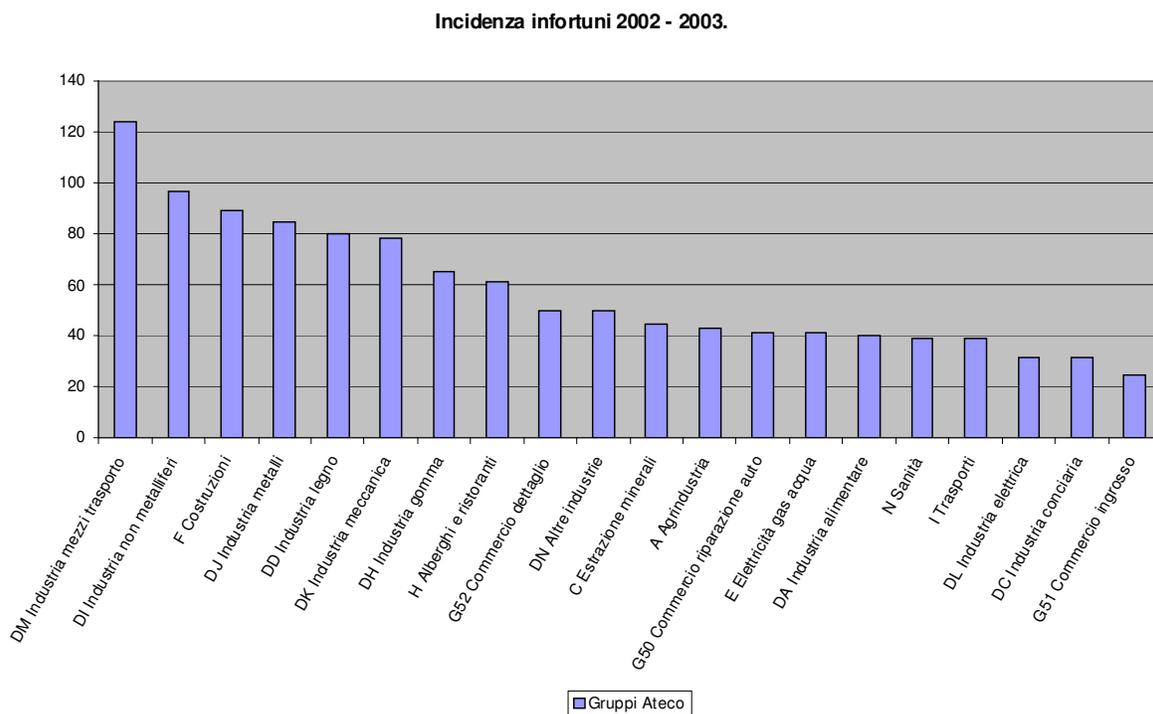
**Tab. n. 5.3.3 - Numero degli infortuni distinti per settori lavorativi**

Gruppi Ateco	2002	2003	2004	Totale
Costruzioni	604	556	530	1690
Trasporti	552	511	467	1530
Industria metalli	416	380	351	1147
Sanità	376	294	296	966
Attività immobiliari	325	283	236	844
Commercio dettaglio	270	271	287	828
Industria mezzi trasporto	244	196	197	637
Industria meccanica	146	165	157	468
Commercio ingrosso	164	134	169	467
Alberghi e ristoranti	152	160	152	464

Nel territorio della Zona Territoriale 7 si evidenzia comunque un andamento decrescente del fenomeno infortunistico in quasi tutti i settori produttivi maggiormente evidente nei primi quattro gruppi Ateco.

Nel grafico 5.3.a sono presenti i tassi grezzi di incidenza ( x 1000) degli infortuni riferiti agli anni 2002-2003 per i relativi settori lavorativi; dal grafico si nota che nei raggruppamenti considerati, il settore “DM - costruzione mezzi di trasporto” ha il più alto tasso di incidenza, seguito dai settori DI-Industria non metalliferi, F- Costruzioni e DJ industria metalli.

**Grafico n. 5.3.a - Tassi grezzi di incidenza degli infortuni in ambiente lavorativo nella zt7 nel periodo 2002 – 2004**



## 5.4 Ricoveri e mortalità per Traumi

In Europa il Trauma è la prima causa di morte in quasi tutte le Nazioni (inclusa l'Italia) nell'età compresa tra i 15 ed i 44 anni.

Il fenomeno trauma costituisce pertanto una emergenza sanitaria e sociale nel nostro Paese.

Gli interventi di prevenzione effettuati hanno prodotto e stanno già producendo effetti importanti: occorre estenderli e migliorarli.

Nella nostra Zona Territoriale si sono contati 2873 ricoveri per traumi nell'anno 2005 (il 5,7% di tutti i ricoveri).

Il campo trauma non viene spesso compilato durante il ricovero o viene compilato male; basti vedere che oltre il 90% dei traumi viene classificato come 'Altro tipo di incidente o intossicazione' ovvero come indistinto e senza possibilità pertanto di risalire a cause e dinamiche degli eventi che hanno provocato il trauma stesso.

**Tab. n. 5.4.1 - Numero dei ricoveri per trauma nella zt7 nell'anno 2005**

Trauma	Frequenza	%
Infortunio sul lavoro	29	1,01
Infortunio in ambiente domestico	59	2,05
Incidente stradale	80	2,78
Violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta)	4	0,14
Autolesione o tentative di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta)	4	0,14
Morso animale/insetto	7	0,24
Incidente sportivo	1	0,03
Altro tipo di incidente o intossicazione	2689	93,60
Totale	2873	100,00

Se si considerano i soli traumi con campo valorizzato (esclusi pertanto quelli alla voce 'Altro tipo di incidente o intossicazione') si contano 184 ricoveri per traumi così suddivisi.

**Tab. n. 5.4.2 – Frequenza dei ricoveri per tipo di trauma - zt7, anno 2005**

Trauma	Frequenza	%
Infortunio sul lavoro	29	15,76
Infortunio in ambiente domestico	59	32,07
Incidente stradale	80	43,48
Violenza altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta)	4	2,17
Autolesione o tentative di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta)	4	2,17
Morso animale/insetto	7	3,80
Incidente sportivo	1	0,54
Totale	184	100

E' interessante notare che in questo involontario 'campione' di ricoveri per traumi, quelli occorsi alle fasce d'età estreme (bambini sotto i 5 anni e anziani sopra i 65) sono quelli più numerosi; il dato conferma peraltro l'attenzione che il Ministero della Salute e tutti coloro che si occupano a vario titolo di interventi di promozione della salute stanno spendendo verso queste particolari fasce d'età (Tab. n. 5.4.3).

**Tab. n. 5.4.3 - Frequenza dei ricoveri per trauma per fasce di età - zt7, anno 2005**

Classe di età	Frequenza	%
Missing	118	4,1%
<5 anni	298	10,4%
5-14 anni	200	7,0%
15-19 anni	32	1,1%
20-64 anni	918	32,0%
65 anni e +	1307	45,5%
Totale	2873	100,0%

Si ricoverano di più i maschi e le persone coniugate (seguite da ‘celibi/nubili’ e ‘vedovi/e’).

Il titolo di studio maggiormente rappresentato è la licenza media inferiore mentre per la maggior parte dei ricoveri non è stato compilato il dato (non si può infatti considerare valido il ‘nessun titolo’, spesso riportato, vista la enorme percentuale di analfabeti che ne deriverebbero!)

Dopo gli italiani anche stavolta sono albanesi, tunisini e romeni a frequentare maggiormente l’ospedale per i traumi riportati.

Il comune con il più alto tasso di infortunati per traumi (tra quelli della ZT 7 di Ancona) è Ancona, seguita da Chiaravalle, Falconara e Monte San Vito; a sud i comuni più interessati sono Agugliano e Offagna.

**Tab. n. 5.4.4 - Tassi di infortunati per traumi distinto per comuni – zt7 anno 2005**

Comune di residenza	Frequenza	%	n. abitanti	TG x 1000
Ancona	1267	44,10%	101776	12,45
Falconara Marittima	331	11,50%	28201	11,74
Osimo	233	8,10%	31287	7,45
Chiaravalle	173	6,00%	14476	11,95
Castelfidardo	165	5,70%	18116	9,11
Loreto	116	4,00%	11785	9,84
Montemarciano	97	3,40%	9739	9,96
Monte San Vito	71	2,50%	6071	11,69
Camerano	67	2,30%	6716	9,98
Agugliano	46	1,60%	4352	10,57
Numana	28	1,00%	3701	7,57
Polverigi	27	0,90%	3450	7,83
Sirolo	25	0,90%	3479	7,19
Camerata Picena	19	0,70%	1917	9,91
Offagna	19	0,70%	1823	10,42

I ricoveri sono per il 99% ordinari e comprendono una metà circa di ‘Ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente’ (differenza alberghiera), e l’altra metà (43,2%) di ‘Ricovero a totale carico del SSN’.

La metà di tali ricoveri sono classificati come ‘primo ricovero effettuato per la specifica diagnosi’ e solo una piccola fetta (7,1%) è considerato elettivo per intervento chirurgico.

La media delle giornate di ricovero è 12,19 (D.S. 19,68), con mediana 5 e moda 1.

**Tab. n. 5.4.5 – Tipo di ricovero per traumi – zt7 anno 2005**

Tipo di ricovero	Frequenza	%
<b>Missing</b>	7	0,2%
Ricovero a totale carico del SSN	1231	43,2%
Ricovero a prevalente carico del SSN, con parte delle spese a carico del paziente (differenza alberghiera)	1603	56,3%
Ricovero senza oneri per il SSN	6	0,2%
<b>Totale</b>	<b>2847</b>	<b>100,0%</b>

L'85% dei pazienti sono dimessi a domicilio, un 10% circa è trasferito presso altro istituto o presso altro reparto. I pazienti deceduti durante il ricovero sono l'1,9%. L'85% è dimesso al proprio domicilio, l'8,1% è trasferito presso un altro istituto di cura.

Le 20 diagnosi principali più frequenti non comprendono voci con traumi (cardiopatía ischemica cronica, Infarto subendocardico, ecc.) segno che alla dimissione sono considerati più gli esiti che le origini del ricovero; l'elenco degli interventi (i primi 20) e dei DRG conferma tale suggestione. Il DRG più frequente è infatti il '112' - Interventi sul sistema cardiovascolare per via per cutanea, seguito da altri drg di carattere cardio-vascolare (125, 124, con cateterismo, ecc.); pochi in realtà i drg attinenti le patologie traumatiche (256, 30, 249).

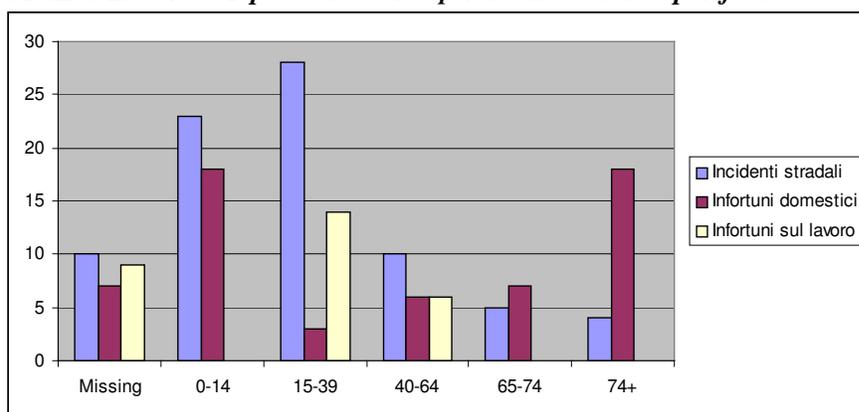
Dei 168 ricoveri per infortuni stradali, domestici o da lavoro, una percentuale maggiore è a carico del sesso maschile, in particolare per infortuni da lavoro e stradali; per i domestici la distanza tra i due sessi è meno evidente.

**Tab. n. 5.4.6– Frequenza del tipo di incidente per traumi distinto per sesso – zt7 anno 2005**

Sesso	Incidente stradale	Infortunio domestico	Infortunio sul lavoro	Totale
<b>Maschio</b>	56	23	20	99
<b>Femmina</b>	24	36	9	69
<b>Totale</b>	<b>80</b>	<b>59</b>	<b>29</b>	<b>168</b>

Per le fasce d'età coinvolte vale la pena rammentare ancora la grande quantità di infortuni domestici concentrati nelle fasce d'età più estreme (più giovani e più anziane) mentre per quelli stradali la fascia adolescenti-giovani è la più colpita, così come per infortuni sul lavoro.

**Grafico n. 5.4.a - Tipo di incidente per traumi distinto per fasce d'età – zt7 anno 2005**



Nel periodo 2000-2005 i decessi per infortuni, raccolti attraverso la lettura della mortalità Istat, evidenziano ancora un aumento degli incidenti domestici mortali, una lieve flessione di quelli stradali e un andamento pressoché costante di quelli relativi a cause da lavoro (Tab. n. 5.4.7). Nel grafico 5.4.b si riporta l'andamento della mortalità per incidenti mortali stradali, in ambiente domestico e lavorativo

**Tab. n. 5.4.7 - Mortalità proporzionale per Traumatismi ed avvelenamenti – zt7 anno 2005**

Cause di morte	Maschi	% Maschi	Femmine	% Femmine	Totale decessi	% sul tot. morte per traumi	% sul totale decessi anno 05
Incidenti stradali	23	50,00	5	9,43	28	28,28	1,16
Incidenti domestici	14	30,43	20	37,74	34	34,34	1,41
Infortuni sul lavoro	2	4,35	1	1,89	3	3,03	0,12
Altri traumi	7	15,22	27	50,94	34	34,34	1,41
Totale	46	100,00	53	100,00	99	100,00	4,12

Fonte dati SINIACA \_ Psoccoro diOsimo

**Grafico n. 5.4.b- Andamento della mortalità per incidenti nella Zona T. 7 - periodo 2000-2005**

