

IL profilo di salute della popolazione dell'Area Vasta 2

(dati relativi all'anno 2014)

dicembre 2015

INDICE

Capitolo/paragrafo	Titolo	pag
1.	TERRITORIO E POPOLAZIONE	3
• 1.1.	• Popolazione residente totale	3
• 1.2	• Popolazione immigrata residente	7
2.	GRAVIDANZE E NASCITE	13
• 2.1.	• Le caratteristiche socio-demografiche dei genitori	13
• 2.2	• Il percorso nascita: la gravidanza e il parto	17
• 2.3	• Il neonato	23
• 2.4	• Allattamento al seno	25
3.	GLI STILI DI VITA A RISCHIO GLI SCREENING ONCOLOGICI e LE COPERTURE VACCINALI	26
• 3.1.	• La sorveglianza PASSI	26
• 3.1.1	• Attività motoria	26
• 3.1.2	• Stato nutrizionale e abitudini alimentari	30
• 3.1.3	• Abitudine al fumo	35
• 3.1.4	• Consumo di alcol	41
• 3.2.	• Screening oncologici	45
• 3.2.1	• Screening del tumore della mammella	46
• 3.2.2	• Screening del tumore della cervice uterina	51
• 3.2.3	• Screening del tumore del colon-retto	55
• 3.3.	• Le coperture vaccinali	61
4.	LA MORBOSITA'	64
• 4.1	• I ricoveri ospedalieri	64
• 4.1.1	• Caratteristiche generali di tutti i ricoveri	64
• 4.1.2	• Caratteristiche dei ricoveri ordinari per acuti	70
• 4.1.3	• Caratteristiche dei ricoveri in regime diurno	72
• 4.2	• Incidentalità	74
• 4.2.1	• Incidenti stradali	74
• 4.2.2	• Incidenti in ambiente domestico	75
5.	LA MORTALITA'	77
5.1	Mortalità generale	77
5.2	Mortalità per causa anno 2013	79

1. TERRITORIO E POPOLAZIONE

Fonti informative:
- archivio dati Istat: www.demo.istat.it

1.1 POPOLAZIONE RESIDENTE TOTALE

L'Area Vasta 2 (comprendente le sedi di Senigallia, Jesi, Fabriano e Ancona) al 1° gennaio 2015 era composta da 490.888 persone, di cui il 48,2 % maschi. L'età media di questa popolazione era di 45,2 anni (tab.1.1.1).

Tab.1.1.1. Popolazione residente nell'AV2, al 01/01/2015

Sede	Maschi	% Maschi	Femmine	% Femmine	Totale
Senigallia	38.317	48,23	41.128	51,8	79.445
Jesi	52.348	48,29	56.062	51,7	108.410
Fabriano	22.731	47,90	24.729	52,1	47.460
Ancona	123.127	48,18	132.446	51,8	255.573
Area Vasta 2	236.523	48,18	254.365	51,82	490.888

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

La distribuzione per fasce d'età denota una prevalenza della fascia intermedia (40-64 anni, 36,0%), seguita da quella dei giovani-adulti (15-39 anni) (26,7%). La differenza tra i due generi è a vantaggio dei maschi nelle fasce giovani e delle femmine nelle fasce più anziane, in virtù della maggiore sopravvivenza media, in anni, per le femmine (tab.1.1.2.).

Tab.1.1.2. Distribuzione della popolazione residente nell'AV2 per fasce di età al 01/01/2015

Eta'	Maschi	% Maschi	Femmine	% Femmine	Maschi +Femmine	% Totale
0-14	33.593	14,20	31.796	12,50	65389	13,3
15-39	66.546	28,14	64.719	25,44	131265	26,7
40-64	86.576	36,60	90.184	35,45	176760	36,0
65-74	25.320	10,71	28.427	11,18	53747	11,0
75 e più	24.488	10,35	39.239	15,43	63727	13,0
Totale	236.523	100	254.365	100	490888	100

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

La struttura per età della popolazione dell'AV2 mostra la presenza di anziani in misura superiore rispetto alla media nazionale (23,9% di AV2 contro 21,7% nazionale). Il dato di AV2 risulta in linea con quello regionale confermando così le Marche tra le regioni più longeve d'Italia (sopravvivenza media per gli uomini di 81,0 anni, per le donne di 85,7 anni, a fronte della media nazionale rispettivamente di 80,3 e 85,0 anni).

Le sedi di Senigallia e Fabriano sono quelle con la più alta percentuale di popolazione ultrasessantacinquenne (rispettivamente 24,9% e 24,5%), mentre la sede di Ancona sembra essere, anche se di poco, la più "giovane" (in misura comunque inferiore rispetto alla media nazionale) (tab. 1.1.3.).

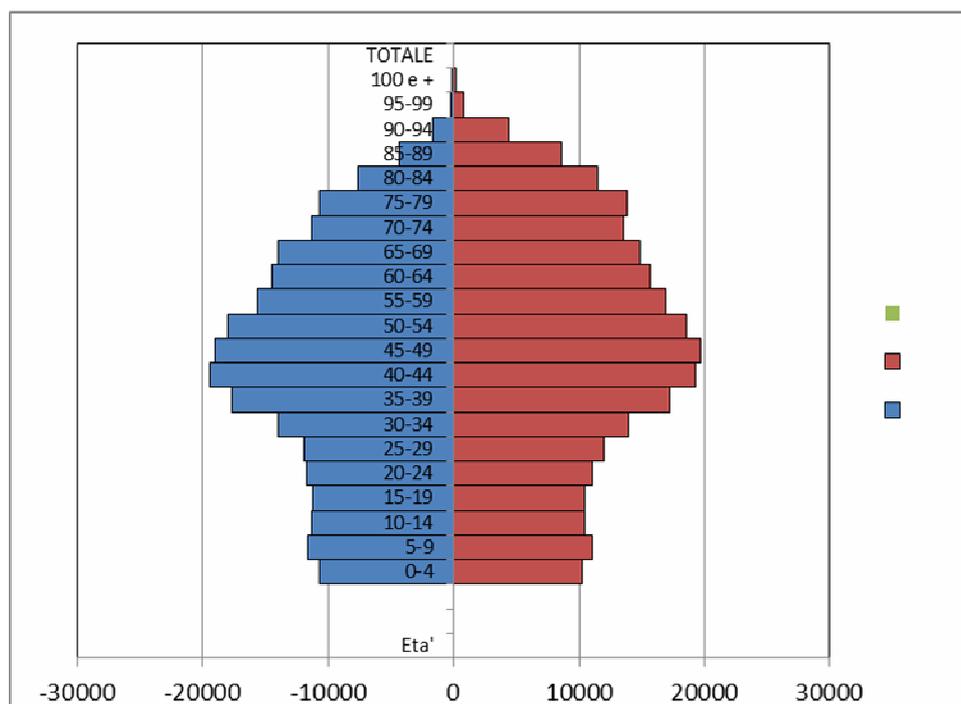
Tab.1.1.3. Struttura per età della popolazione residente nell'AV2 al 01/01/2015 - Distribuzione percentuale per sede e confronto Marche, centro Italia e Italia

Sede	0-14 anni	15-54 anni	65 anni ed oltre
Senigallia	12,8	62,3	24,9
Jesi	13,4	62,7	23,9
Fabriano	13,2	62,3	24,5
Ancona	13,5	63,0	23,5
Area vasta 2	13,3	62,8	23,9
Marche	13,2	63,1	23,7
Centro Italia	13,4	64,0	22,6
ITALIA	13,8	64,5	21,7

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

La piramide delle età mostra una popolazione in trasformazione, nella quale prevale la tendenza al calo delle nascite (base ristretta della piramide) e al progressivo invecchiamento della popolazione. Il segmento mediano allargato relativo alla fascia 40-49 anni corrisponde alla fase di crescita che si è avuta durante il boom economico e demografico che ha caratterizzato gli anni '50 e '60 (Grafico 1.1.1.).

Grafico 1.1.1. Piramide delle età della popolazione residente nell'AV2 al 01/01/2015



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

La popolazione è distribuita in modo non uniforme sul territorio: la densità di popolazione di Fabriano (87,4 persone per Km²) è circa 6 volte inferiore a quella della Sede di Ancona (532,7 persone per Km²) (tab. 1.1.4.).

Tab. 1.1.4. Densità della popolazione nell'AV2 al 01/01/2015

Sede	Popolazione	Superficie Kmq	Densità
Senigallia	79.445	456,8	173,9
Jesi	108.410	673,2	161,0
Fabriano	47.460	542,9	87,4
Ancona	255.573	479,8	532,7
Area Vasta 2	490.888	2152,7	228,0

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

Nell'Area Vasta 2 il **movimento naturale** della popolazione per l'anno 2014 è negativo (-1515 unità al 1° gennaio 2015 rispetto al 1° gennaio 2014) con un decremento del -3,1‰ che si spiega con un eccesso di decessi rispetto alle nascite.

Il **movimento migratorio**, sia interno (da e per altri comuni), sia da e verso l'estero, è del -0,1‰. Il tasso di **incremento totale** (naturale più migratorio) mostra un'ampia variabilità tra le sedi, e il totale per l'AV2 risulta del -3,2‰, in ragione della prevalenza dei decessi sulle nascite e dei flussi migratori in uscita rispetto ai movimenti in entrata.

I tassi di incremento naturale sono negativi in tutte le sedi dell'AV2, i tassi di incremento migratorio sono positivi soltanto per le sedi di Senigallia e Ancona. I tassi di incremento totale sono in negativo per tutte le sedi (tab. 1.1.5.).

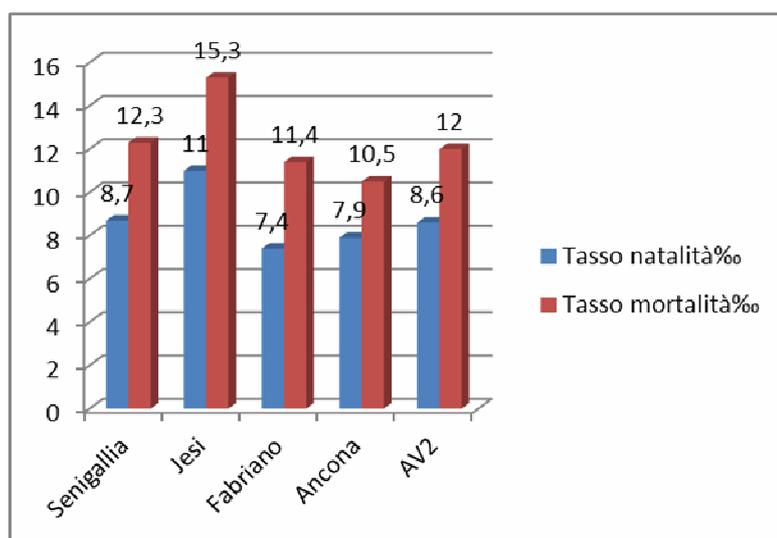
Tab. 1.1.5. Bilancio demografico della popolazione, per sedi. AV2 al 01/01/2015

Sedi	Saldo Naturale (nati-morti)	Saldo Migratorio (iscritti-cancellati all'anagrafe comunale)	Saldo totale (saldo naturale + saldo migratorio)	Tassi di incremento (per 1000)		
				naturale	migratorio	totale
Senigallia	-280	125	-155	-3,5	1,6	-1,9
Jesi	-371	-262	-633	-3,4	-2,4	-5,8
Fabriano	-193	-223	-416	-4,1	-4,7	-8,8
Ancona	-671	304	-367	-2,6	1,2	-1,4
AV2	-1515	-56	-1571	-3,1	-0,1	-3,2

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

La natalità nell'AV2 è più alta nella sede di Jesi (11‰), mentre il tasso di natalità più basso si registra a Fabriano (7,4‰); Jesi registra anche il più alto tasso di mortalità (15,3‰), superiore anche a quello dell'intera AV2, che è del 12‰. Il tasso di mortalità più basso si riscontra invece ad Ancona (10,5‰) (Grafico 1.1.2.).

Grafico 1.1.2. Tassi di natalità e mortalità, per sedi. AV2 al 01/01/2015



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

***TASSO DI NATALITA'**: rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000

***TASSO DI MORTALITA'**: rapporto tra il numero dei decessi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000

Indicatori demografici riferiti alla popolazione residente totale dell'AV2

L'indice di dipendenza strutturale misura la sostenibilità della struttura di una popolazione, ossia il carico socio-economico teorico potenzialmente sostenuto dalla popolazione in età attiva. Un valore di tale indicatore maggiore del 50% indica una situazione di squilibrio generazionale, e ciò si osserva in ogni sede dell'AV2.

L'indice di ricambio della popolazione attiva offre un'informazione sulla "sostituzione generazionale" della popolazione in età attiva. Valori superiori a 100 in tutte le sedi mostrano che le potenziali uscite dal mondo del lavoro (pensionamenti) sono maggiori delle potenziali entrate.

L'indice di vecchiaia, molto elevati in tutte le sedi dell'AV2, mostrano che c'è una maggiore presenza di soggetti anziani (≥ 65) rispetto ai molto giovani (0-14 anni).

L'indice di invecchiamento indica il "peso" della popolazione ≥ 65 anni sul totale della popolazione residente (tab. 1.1.6.).

Tab. 1.1.6. Indicatori demografici della popolazione residente totale dell'AV2 al 01/01/2015

INDICE	AV2	Senigallia	Jesi	Fabriano	Ancona
indice dip. strutturale	59,40%	60,50%	59,60%	60,50%	58,00%
ricambio pop. attiva	110,80%	116,30%	111,90%	108,20%	112,10%
indice di vecchiaia	179,70%	194,10%	178,60%	186,70%	164,30%
indice invecchiam.	23,90%	24,90%	23,90%	24,60%	22,30%

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

***INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE**: rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

***INDICE RICAMBIO POPOLAZIONE ATTIVA**: rapporto tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni), moltiplicato per 100

***INDICE DI VECCHIAIA**: rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età compresa tra 0-14 anni, moltiplicato per 100

***INDICE DI INVECCHIAMENTO**: rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione totale, moltiplicato per 100

1.2 Popolazione immigrata residente

La popolazione immigrata totale residente nell'AV2 al 1° gennaio 2015 è di 47.157 persone che, ugualmente allo scorso anno, costituiscono il 9,6% della popolazione totale. Il 45,6% sono maschi; l'età media è di 33 anni.

La sede di Fabriano è quella con la più alta percentuale di popolazione immigrata (11,5%) in rapporto al numero di residenti. Il dato relativo alla percentuale di popolazione immigrata residente nell'Area Vasta 2 risulta lievemente superiore a quello della regione Marche, e superiore rispetto al dato nazionale (8,3%) (tab.1.2.1.).

Tab.1.2.1. Distribuzione popolazione residente immigrata per sede e confronto AV2 con regione Marche ed Italia al 01/01/2015

Sede	Maschi	% Maschi	Femmine	% Femmine	Totale	% Immigrati
Senigallia	3034	46,2	3534	53,8	6568	8,3
Jesi	5083	45,8	6006	54,2	11089	10,2
Fabriano	2437	44,5	3038	55,5	5475	11,5
Ancona	10939	45,5	13086	54,5	24025	9,4
Area Vasta 2	21493	45,6	25664	54,4	47157	9,6
Marche	65852	45,4	79278	54,6	145130	9,4
Italia	2372796	47,3	2641641	52,7	5014437	8,3

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

La distribuzione per fasce d'età della popolazione immigrata dell'AV2 denota una prevalenza di giovani-adulti (15-39 anni, 44,7%), cui fa seguito, per numerosità, la fascia dei 40-64enni (32,9%). La differenza tra i due generi è a vantaggio del sesso maschile nelle fasce d'età sotto i 39 anni, risulta invece a vantaggio del sesso femminile nelle fasce d'età oltre i 40 anni (tab.1.2.2.).

La distribuzione per fasce d'età è in parte spiegata dalle dinamiche correlate al fenomeno migratorio, secondo cui a lasciare i propri Paesi di origine sarebbero soprattutto i giovani adulti, in grado grazie alla giovane età e al patrimonio di salute di cui dispongono di affrontare il difficile percorso migratorio verso i Paesi di destinazione.

Tab. 1.2.2. Distribuzione della popolazione immigrata residente dell'AV2, per fasce di età al 01/01/2015

Eta'	Maschi	% Maschi	Femmine	% Femmine	Maschi	% Totale
					+ Femmine	
0-14	4536	21,1	4266	16,6	8802	18,7
15-39	10175	47,3	10885	42,4	21060	44,7
40-64	6120	28,5	9392	36,6	15512	32,9
65-74	458	2,1	795	3,1	1253	2,6
75 e più	204	1,0	326	1,3	530	1,1
Totale	21493	100	25664	100	47157	100

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

La percentuale di popolazione immigrata "giovane" (0-14 anni) residente nell' AV2 risulta essere in linea con il dato nazionale e con quello regionale, mentre la popolazione ultrasessantacinquenne risulta essere superiore rispetto a quello riferito al resto d'Italia (anche se coerente con quello relativo alla regione Marche).

In particolare le sedi di Senigallia e Fabriano sono quelle che presentano il maggior numero di anziani, con una percentuale rispettivamente del 5,0% e del 4,7% (tab. 1.2.3.).

Tab. 1.2.3. Struttura per età della popolazione immigrata di AV2 al 01/01/2015 (distribuzione percentuale per sede e confronto Marche, centro Italia e Italia)

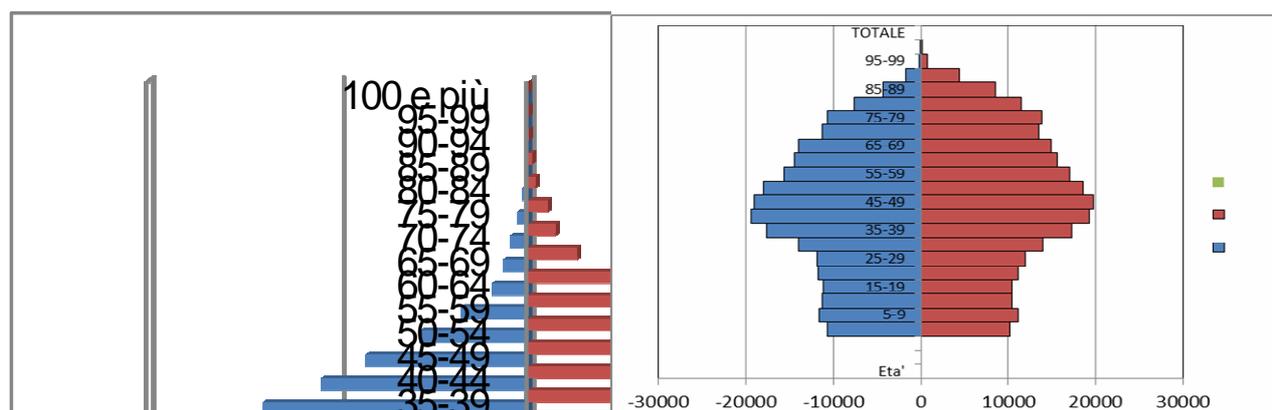
Sede	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre
Senigallia	16,6	78,4	5,0
Jesi	20,7	76,1	3,2
Fabriano	19,7	75,6	4,7
Ancona	18,1	78,4	3,5
Area vasta 2	18,7	77,5	3,8
Marche	18,6	77,4	4,0
Centro Italia	17,2	79,3	3,5
Italia	18,9	78,1	3,0

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

I grafici che seguono consentono di confrontare la struttura della popolazione residente complessiva e quella della popolazione immigrata. E' evidente che la popolazione immigrata residente nell'AV2 è più giovane della popolazione residente totale, essendo prevalentemente compresa nella fascia di età tra i 20 ed i 50 anni (grafici 1.2.1 e 1.2.2).

Grafico 1.2.1. Piramide dell'età popolazione Immigrata, residente nell'AV2 al AV2 al 01/01/2015

Grafico 1.2.2. Piramide dell'età popolazione totale residente nell'AV2 al AV2 al 01/01/2015



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

La popolazione immigrata, come quella totale, è distribuita in modo non uniforme sul territorio; la densità di popolazione nella sede di Ancona (50,1 persone per Km²) è quasi 5 volte superiore a quella nella sede di Fabriano (10,1 persone per Km²) (tab. 1.2.4.).

Tab. 1.2.4. Densità della popolazione immigrata nell'AV2 al 01/01/2015

Sede	Popolazione	Superficie Km ²	Densità
Senigallia	6568	456,8	14,4
Jesi	11089	673,2	16,5
Fabriano	5475	542,9	10,1
Ancona	24025	479,8	50,1
Totale AV2	47157	2152,7	21,9

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

La popolazione immigrata è in costante aumento. I risultati del 14° censimento del 2001 attestavano che la popolazione di cittadini immigrati residenti nella provincia di Ancona era di 13.668 unità, a fronte delle 2114 unità censite nel 1991: la presenza straniera nell'arco di dieci anni

è aumentata di 11.454 unità passando da una quota di 5,1 stranieri per mille abitanti ad una quota di 20,5 stranieri residenti per mille abitanti con una crescita complessiva del 15,4 per mille. Al 2014 i residenti stranieri dell'AV2 sono 47.517: più del triplo rispetto al 2001.

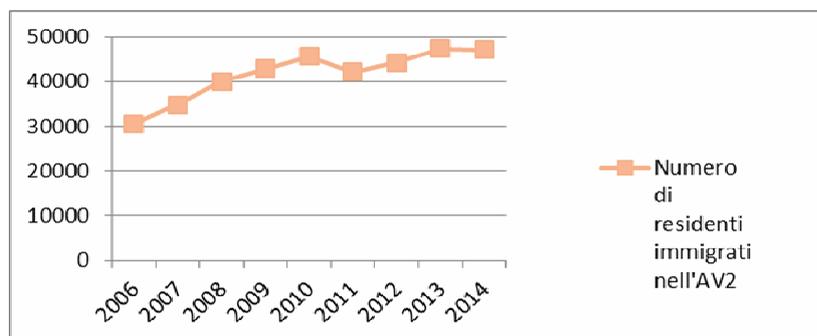
Il grafico 1.2.3. e la tabella 1.2.5. mostrano il numero dei residenti stranieri nell'AV2 dal 2006 al 2014; emerge un trend in continuo aumento dal 2006 fino al 2010; nel 2011 si registra un decremento a cui però fa seguito una risalire nel 2012 (var% 2006-2014 pari a + 54%).

Tab. 1.2.5. Numero di residenti immigrati nell'AV2 per sesso anni 2006-2014 e percentuale su popolazione totale residente

Anno	Maschi	Femmine	Maschi + Femmine	Pop. Residente	% Stranieri
2006	15295	15322	30617	480063	6,38
2007	17182	17564	34746	484109	7,18
2008	19629	20359	39988	488390	8,19
2009	20797	22037	42834	491826	8,71
2010	21735	23912	45647	494522	9,23
2011	19369	22792	42161	486806	8,66
2012	20079	24105	44184	488679	9,04
2013	21713	25604	47317	492459	9,61
2014	21493	25664	47157	490888	9,61

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

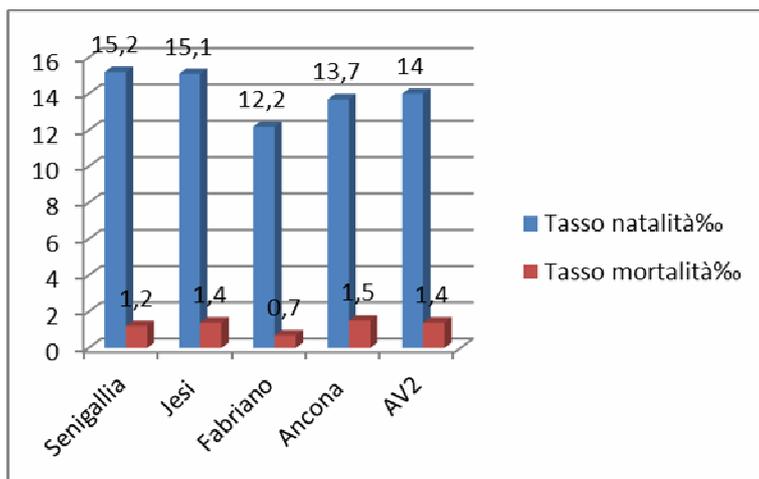
Grafico 1.2.3. Residenti immigrati nell'AV2, trend anni 2006-2014



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

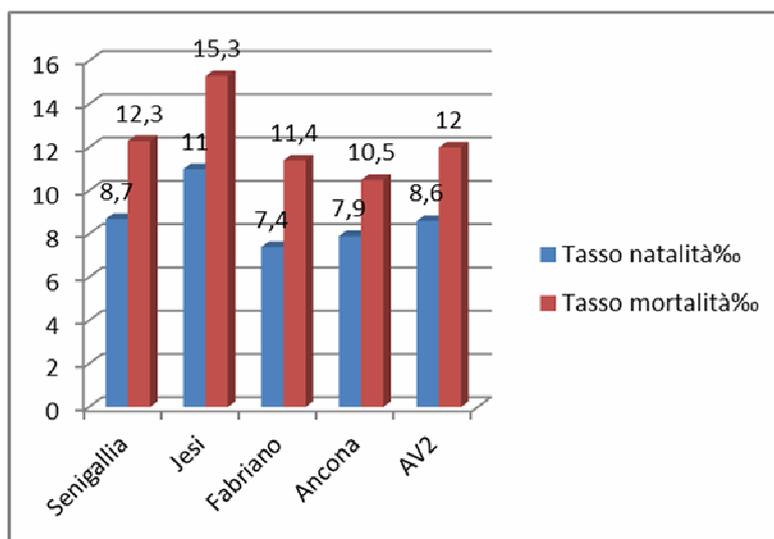
Dal confronto tra i grafici 1.2.4. e 1.2.5. emerge come il tasso di natalità sia spiccatamente più elevato nella popolazione residente immigrata rispetto a quella residente totale, mentre il contrario accade per il tasso di mortalità. Questo è correlato al fatto che la popolazione immigrata è prevalentemente una popolazione giovane.

Grafico 1.2.4. Tassi di natalità e mortalità della popolazione residente immigrata, per sede. AV2, popolazione all'1-1-2015.



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

Grafico 1.2.5. Tassi di natalità e mortalità della popolazione residente totale AV2, per sede. AV2, popolazione all'1-1-2015.



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

***TASSO DI NATALITA'**: rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000

***TASSO DI MORTALITA'**: rapporto tra il numero dei decessi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000

Indicatori demografici riferiti alla popolazione immigrata residente nell'AV2

Gli indicatori di invecchiamento complessivo della popolazione risultano più elevati a Fabriano e Senigallia rispetto alle altre sedi e alla media di AV2. Si nota che rispetto a quanto emerso dall'analisi degli indicatori della popolazione complessiva residente in AV2, i valori degli indicatori di invecchiamento della popolazione residente sono molto minori rispetto a quelli della popolazione generale, e questo a ribadire la composizione più giovane della popolazione immigrata.

L'indice di dipendenza strutturale, che indica la sostenibilità della struttura della popolazione, è nettamente inferiore al 50% in tutte le sedi dell'AV2, a significare che la popolazione in età attiva è prevalente rispetto a quella in età non più attiva o non ancora attiva. I valori dell'indice di ricambio della popolazione attiva inferiori a 100 indicano che le persone in uscita dal mercato del lavoro

sono inferiori a quelle in entrata. Il valore più elevato del suddetto indicatore si registra a Senigallia (tab. 1.2.6.).

Tab. 1.2.6. Indicatori della popolazione immigrata di AV2 al 01/01/2015

INDICE	AV2	Senigallia	Jesi	Fabriano	Ancona
indice dip. strutturale	28,9%	27,6%	31,3%	32,2%	27,5%
ricambio pop. attiva	58,4%	80,1%	48,8%	49,8%	59,3%
indice di vecchiaia	20,3%	30,7%	15,5%	24,0%	19,2%
indice invecchiam.	3,8%	5,1%	3,2%	4,7%	3,5%

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

***INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE:** rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

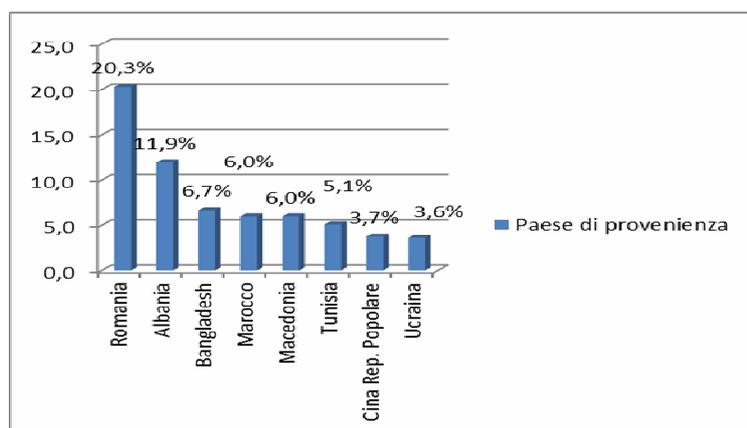
***INDICE RICAMBIO POPOLAZIONE ATTIVA:** rapporto tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni), moltiplicato per 100

***INDICE DI VECCHIAIA:** rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di età compresa tra 0-14 anni, moltiplicato per 100

***INDICE DI INVECCHIAMENTO:** rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione totale, moltiplicato per 100

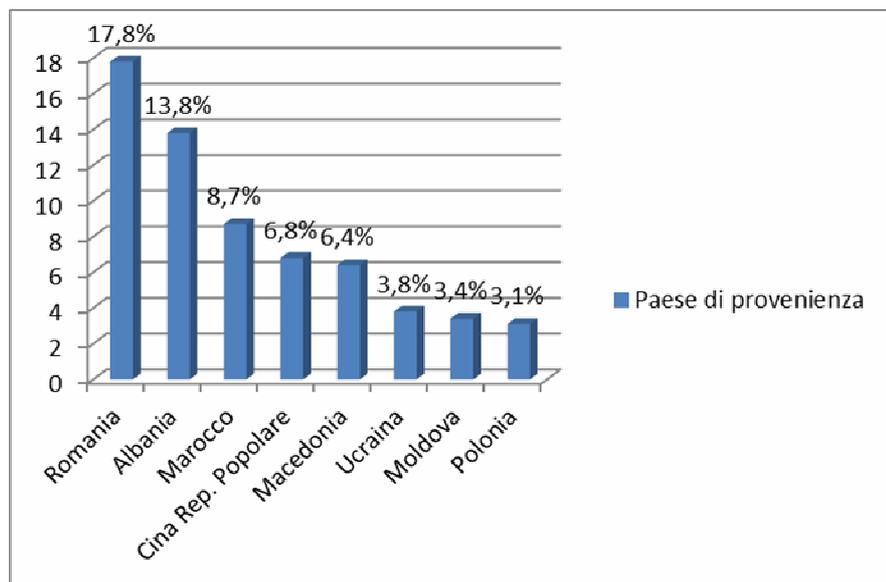
Il grafico 1.2.6. mostra i principali Paesi di provenienza della popolazione immigrata residente nell'AV2. Il primo e il secondo Paese di origine sono, in linea con i dati regionale e nazionale, la Romania (20,3%) e l'Albania (11,7%), seguono il Bangladesh (6,7%), che non è tra i primi Paesi di provenienza né a livello regionale né nazionale, il Marocco e la Macedonia (6,0%), la Tunisia (5,1%), che non compare tra i primi Paesi di provenienza a livello regionale e nazionale, la Repubblica Popolare Cinese (3,7%), meno rappresentata rispetto a quanto accade a livello regionale e nazionale (la comunità cinese rappresenta nelle Marche il 6,8% della popolazione immigrata e in Italia il 5,3%), e l'Ucraina (3,6%) (grafici 1.2.7.; 1.2.8.).

Grafico 1.2.6. Principali paesi di provenienza della popolazione immigrata residente nell'AV2 all'1-1-2015



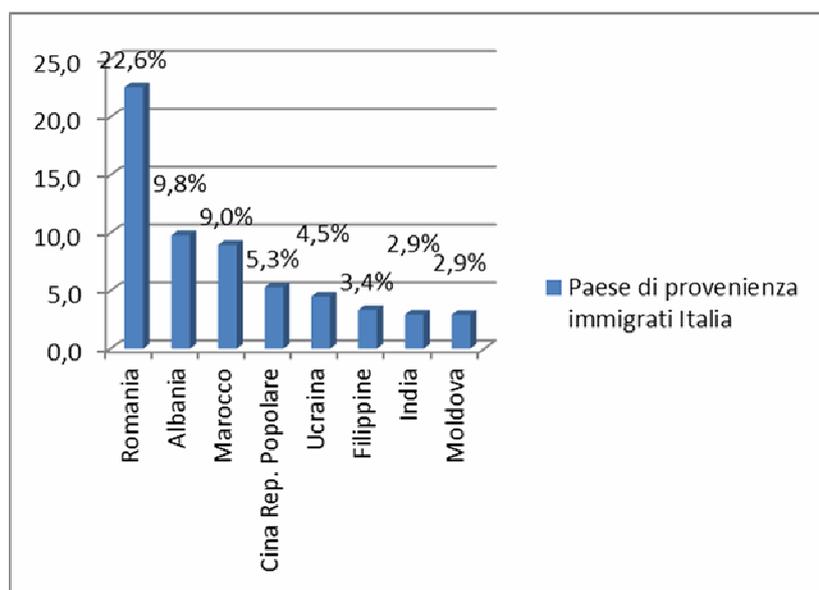
Fonte: www.demo.istat.it - Elaborazioni: UOE, AV2

Grafico 1.2.7. Principali paesi di provenienza della popolazione immigrata residente nelle Marche, all'1-1-2015



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

Grafico 1.2.8. Principali paesi di provenienza della popolazione immigrata residente in Italia all'1-1-2015



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

Più della metà (il 53,9%) degli immigrati residenti in AV2 proviene da Paesi europei, contro il 56,6% degli immigrati residenti nelle Marche e il 52,4% degli immigrati residenti in Italia.

2. GRAVIDANZE E NASCITE:

Fonti informative:

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

2.1. Le caratteristiche socio-demografiche dei genitori

Nel 2014 sono stati 3493 i parti delle donne residenti nell'Area Vasta 2. La tabella 1 mostra le prime 10 residenze materne per cui si è registrata una maggior frequenza di parti (tab. 2.1.1.).

Tab. 2.1.1. Residenza delle partorienti (Primi 10 comuni più frequenti)

Comune residenza madre	Frequenza	%
Ancona	698	20.0
Senigallia	339	9.7
Jesi	315	9.0
Osimo	303	8.7
Fabriano	207	5.9
Falconara Marittima	171	4.9
Castelfidardo	140	4.0
Chiaravalle	106	3.0
Loreto	82	2.3
Filottrano	77	2.2

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

La maggior parte delle donne è di cittadinanza italiana (64,6%)

Tab. 2.1.2. Cittadinanza partorienti (prime 10 più frequenti).

Cittadinanza	Frequenza	%
Italia	2255	64.6
Missing	512	14.7
Romania	103	2.9
Bangladesh	74	2.1
Albania	63	1.8
Marocco	55	1.6
Macedonia	46	1.3
Tunisia	46	1.3
India	38	1.1
Nigeria	27	0.8
Francia	2	0.1

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

L'età media delle partorienti è di 31,9 anni (D.S.± 5,4), la mediana 32 e la moda 33. Il range è 14-50 anni. La classe di età più rappresentata è quella tra i 30-34 anni con il 33,3% (tab. 2.1.3. e grafico 2.1.1.).

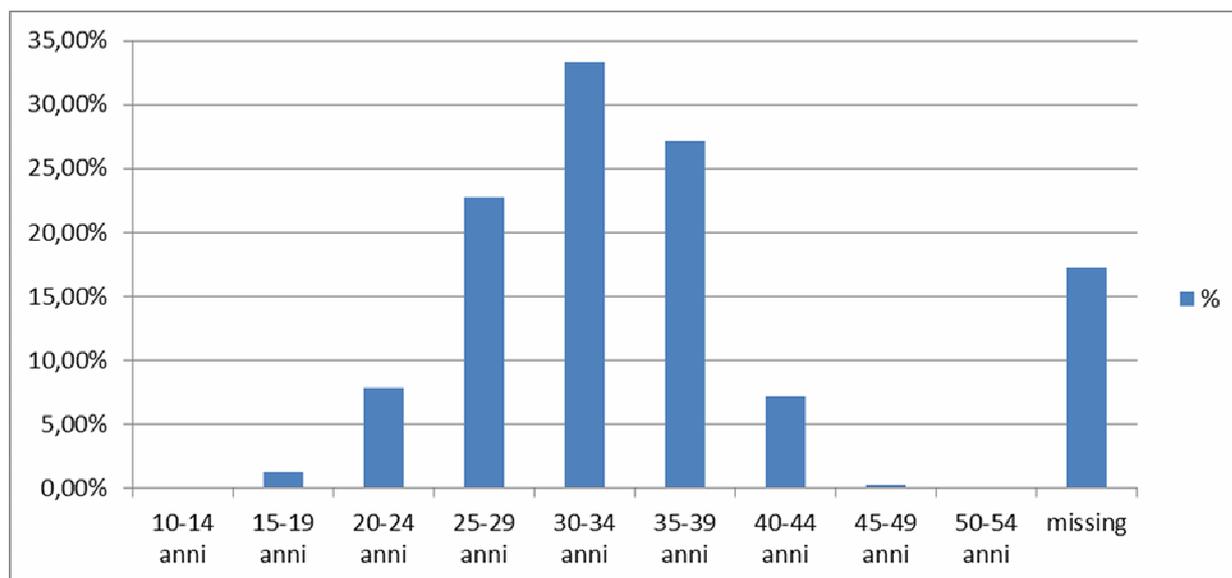
Tab. 2.1.3. Distribuzione partorienti per classe d'età

Classi età	Frequenza	%
30-34 anni	1164	33.3
35-39 anni	946	27.1
25-29 anni	792	22.7
20-24 anni	277	7.9
40-44 anni	251	7.2
15-19 anni	44	1.3
45-49 anni	9	0.3
10-14 anni	2	0.1
50-54 anni	2	0.1
Totale	3487	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Note: missing =6

Grafico 2.1.1. Distribuzione partorienti per classe d'età



Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Dai dati raccolti tra le partorienti risulta che:

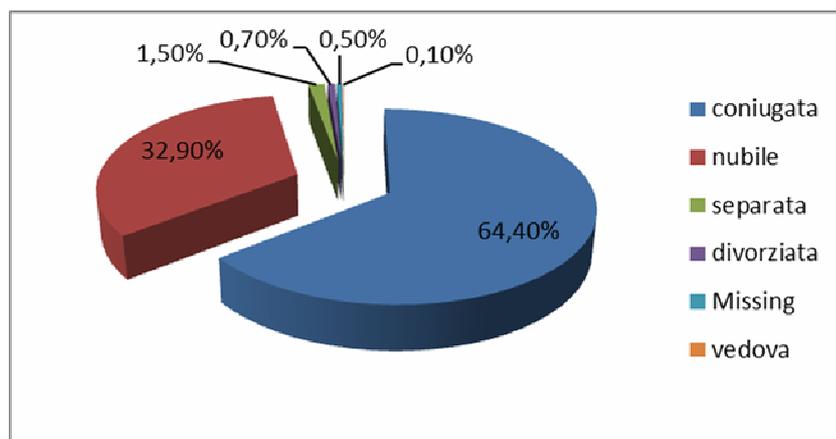
- la maggior parte delle donne sono coniugate (64,4%) (tab. 2.1.4. e grafico 2.1.2.);
- il 43,1% ha un diploma di scuola superiore (43,1%) e quasi 1 su 3 è laureata (30,1%) (tab. 2.1.5.);
- complessivamente circa il 73% delle madri ha un livello di istruzione medio-alto (diploma di scuola media superiore o più) (grafico 2.1.3.).
- il 63,5% del campione sono donne lavoratrici (tab. 2.1.6.).

Tabella 2.1.4. Distribuzione delle madri, per stato civile

Stato civile madre	Frequenza	%
Coniugata	2251	64.4
Nubile	1148	32.9
Separata	51	1.5
Divorziata	24	0.7
Missing	16	0.5
Vedova	3	0.1
Totale	3493	100

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

Grafico 2.1.2. Distribuzione delle madri, per stato civile



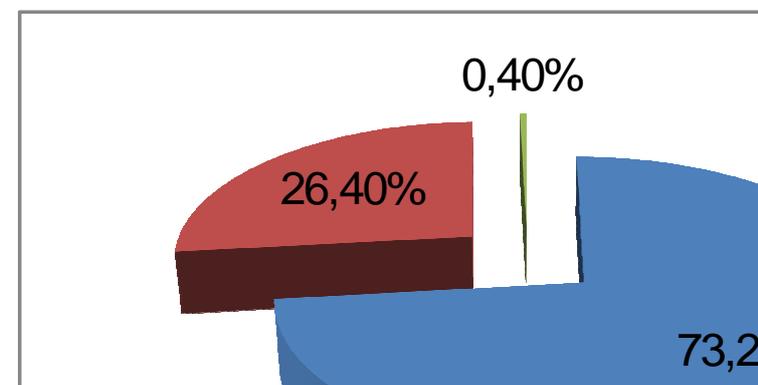
Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Tab. 2.1.5. Distribuzione delle madri per titolo di studio

Titolo studio madre	Frequenza	%
Diploma media superiore	1505	43.1
Laurea	1052	30.1
Diploma media inferiore	679	19.4
Diploma universitario o laurea breve	188	5.4
Licenza elementare o nessuno	56	1.6
Missing	13	0.4
Totale	3493	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Grafico 2.1.3. Madri per livello di istruzione.



Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Tab. 2.1.6. Distribuzione delle madri condizione professionale

Condizione professionale madre	Frequenza	%
occupata	2219	63.5
casalinga	711	20.4
disoccupata	465	13.3
studentessa	60	1.7
missing	14	0.4
altro	15	0.4
in cerca di prima occupazione	9	0.3
Totale	3493	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Anche per il padre sono possibili alcune considerazioni:

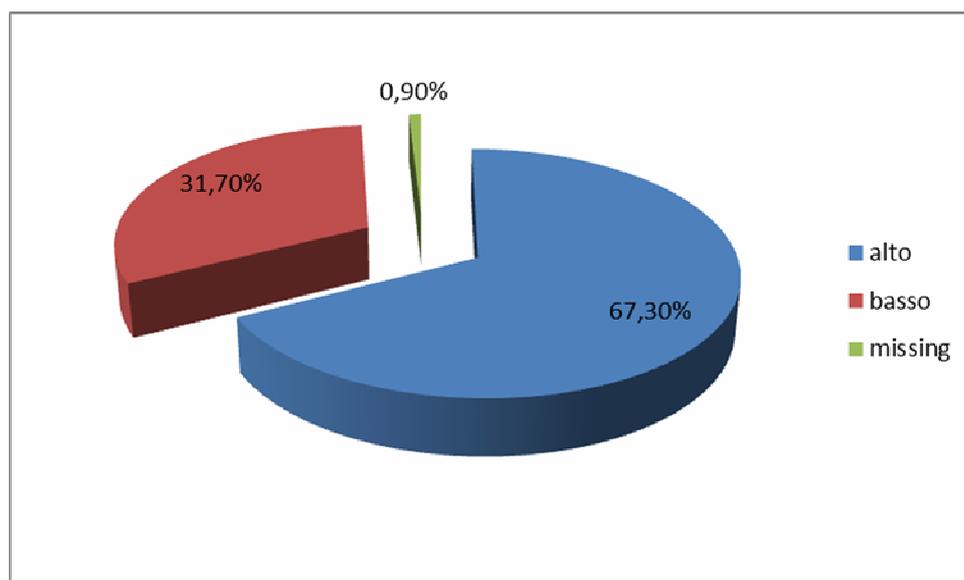
- quasi la metà ha un diploma di scuola media superiore (48,4%) ed il 67,3% ha un livello di istruzione medio-alto (contro il 73,2% delle madri (tab. 2.1.7 e grafico 2.1.4.);
- la quasi totalità (92,4%) ha una occupazione professionale (le madri occupate risultano essere invece il 63,5% delle donne che hanno partorito nel 2014) (tab. 2.1.8.).

Tabella 2.1.7. Padri, per titolo di studio

Titolo studio padre	Frequenza	%
Diploma media superiore	1690	48.4
Diploma media inferiore	989	28.3
Laurea	662	19.0
Diploma universitario o laurea breve	67	1.9
Licenza elementare o nessuno	53	1.5
Missing	32	0.9
Totale	3493	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Grafico 2.1.4. Padri per titolo di studio



Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Tab.2.1.8. Padri per condizione professionale

Condizione professionale padre	Frequenza	%
Occupato	3227	92.4
Disoccupato	204	5.8
Missing	32	0.9
Studente	13	0.4
Altro	12	0.3
In cerca di prima occupazione	5	0.1
Totale	3493	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

2.2 Il percorso nascita: la gravidanza e il parto

E' evidente in Italia il ricorso alla medicalizzazione della gravidanza: nel nostro campione il 68,8% delle donne ha effettuato più di 3 ecografie durante la gravidanza: le ecografie mediamente sono state 4,6 con una moda di 3 ed un range che va da 0 a 20 (tab. 2.2.1)

Tab.2.2.1. Numero di ecografie eseguite in gravidanza

Numero ecografie	Frequenza	%
0	3	0.1
1	15	0.4
2	66	1.9
3	1001	28.8
4	996	28.6
5	575	16.5
6	251	7.2
7	202	5.8
8	198	5.7
9	57	1.6
10	70	2.0
11	17	0.5
12	11	0.3
13	4	0.1
14	7	0.2
15	2	0.1
16	1	0.0
18	1	0.0
20	2	0.1
Totale	3479	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Note: missing =14

Anche il numero di visite effettuate in gravidanza è molto variabile e circa il 90,8% delle madri ha effettuato più di 4 visite (tab.2.2.2.).

Tab. 2.2.2. Numero di visite eseguite in gravidanza

N. visite controllo	Frequenza	%
0	6	0,2
1	7	0,2
2	23	0,7
3	84	2,4
4	198	5,7
5	393	11,3
6	564	16,2
7	673	19,3
8	970	27,9
9	375	10,8
10	116	3,3
11	21	0,6
12	17	0,5
13	8	0,2
14	9	0,3
15	6	0,2
16	1	0,0
20	1	0,0
25	2	0,1
47	1	0,0
48	3	0,1
50	1	0,0
Totale	3479	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Note: missing =14

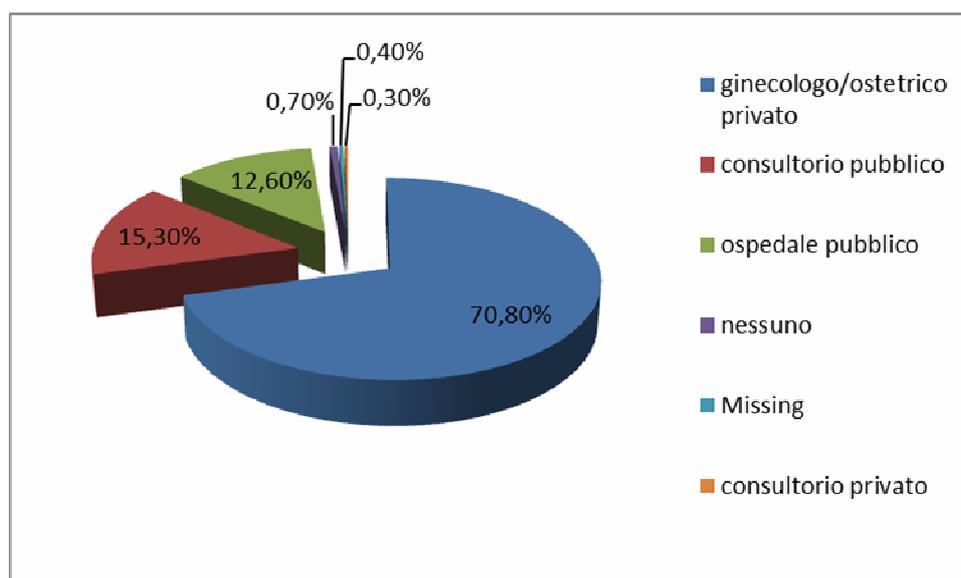
Circa la tipologia del servizio utilizzato dalle mamme durante l'assistenza alla gravidanza: 7 donne su dieci si sono rivolte ad un ginecologo privato, mentre il 27,9% si affida ad una struttura pubblica (consultorio pubblico o ospedale) (tab. 2.2.3. e grafico 2.2.1.).

Tabella 2.2.3. Servizio utilizzato durante la gravidanza

SERVIZIO UTILIZZATO	Frequenza	%
ginecologo/ostetrico privato (compresa intramoenia)	2472	70,8
consultorio pubblico	534	15,3
ospedale pubblico	441	12,6
nessuno	23	0,7
missing	14	0,4
consultorio privato	9	0,3
Totale	3493	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Grafico 2.2.1. Servizio utilizzato durante la gravidanza



Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Il luogo in cui è avvenuto il parto nella quasi totalità dei casi è stato l'ospedale pubblico o privato (tab.2.2.4.)

Tab. 2.2.4. Luogo in cui è avvenuto il parto

Luogo parto	Frequenza	%
Istituto di cura pubblico o privato	3480	99,6
Abitazione privata	11	0,3
Altrove	2	0,1
Totale	3493	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Riguardo la diagnosi prenatale il 5,3% delle madri ha effettuato l'amniocentesi (tab.2.2.5.); l'11,3% il prelievo di villi corali (tab.2.2.6.) e lo 0,10% la fetoscopia o funicolocentesi. Il 12,7% delle (444 madri) sono dovute ricorrere ad un ricovero ospedaliero durante la gravidanza (tab. 2.2.7.).

Tab. 2.2.5. Distribuzione amniocentesi

AMNIOCENTESI	Frequenza	%
No	3307	94,7
Si	186	5,3
Totale	3493	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Tab. 2.2.6. Distribuzione esame villi

VILLI CORIALI	Frequenza	%
No	3098	88,7
Si	395	11,3
Totale	3493	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Tab. 2.2.7. Distribuzione delle madri, per ricorso al ricovero in gravidanza

Ricovero in gravidanza	Frequenza	%
Missing	16	0,5
No	3033	86,8
Si	444	12,7
Totale	3493	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

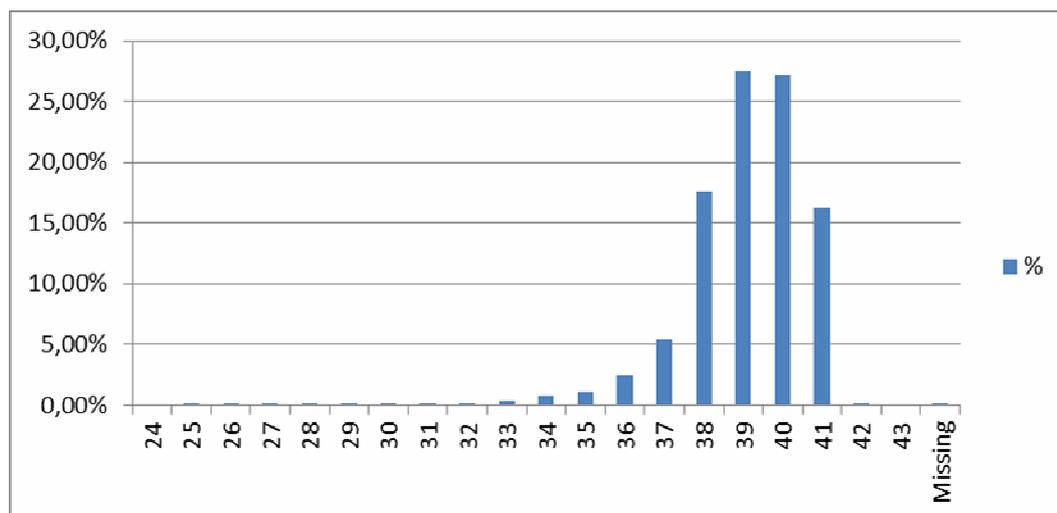
Circa l'epoca del parto, le nascite si sono concentrate per lo più intorno alla 39 esima settimana di età gestazionale (range che va dalle 24 alle 43 settimane) (tab. 2.2.8. e grafico 2.2.2.).

Tab. 2.2.8. Distribuzione delle madri per età gestazionale al momento del parto

Età gestazionale	Frequenza	%
24	1	0,0
25	3	0,1
26	2	0,1
27	4	0,1
28	4	0,1
29	4	0,1
30	5	0,1
31	5	0,1
32	7	0,2
33	15	0,4
34	28	0,8
35	38	1,1
36	88	2,5
37	187	5,4
38	616	17,6
39	960	27,5
40	949	27,2
41	565	16,2
42	5	0,1
43	1	0,0
Missing	6	0,2
Totale	3493	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Grafico 2.2.2. Distribuzione delle madri per età gestazionale al momento del parto



Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

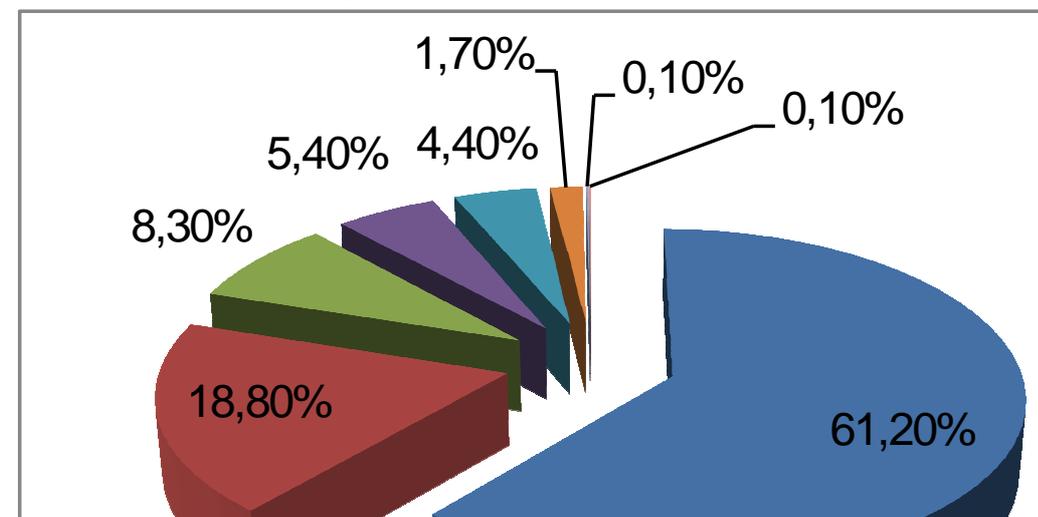
Nel nostro campione circa il 36,9% dei parti è avvenuto con taglio cesareo (il 18,8% con TC d'elezione fuori travaglio) (tab. 2.2.9. e grafico 2.2.3.).

Tab. 2.2.9. Modalità del parto

Modalità parto	FREQUENZA	%
Vaginale non operativo	2138	61,2
Con taglio cesareo elettivo fuori travaglio	656	18,8
Con taglio cesareo non elettivo in travaglio	290	8,3
Con taglio cesareo non elettivo fuori travaglio	187	5,4
Con taglio cesareo elettivo in travaglio	154	4,4
Vaginale con uso di ventosa	61	1,7
Altro	3	0,1
Vaginale con uso di forcipe	4	0,1
Totale	3493	100,0

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Grafico 2.2.3. Modalità del parto



Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

In una buona metà dei casi è il partner della donna ad essere presente in sala parto; nel 40% nessuno e negli altri casi parenti o persone di fiducia (tab. 2.2.10.).

Tabella 2.2.10. Distribuzione delle presenze di familiari e/o persone di fiducia in sala parto

Presenza durante il parto	Frequenza	%
Padre neonato	1932	55,3
Nessuno	1399	40,1
Familiare della partoriente	135	3,9
Persona di fiducia	26	0,7
Missing	1	0,0
Totale	3493	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

La modalità del travaglio è stata per il 52,4% spontanea e nel 23,6% indotta (tab. 2.2.11. e grafico 2.2.4.).

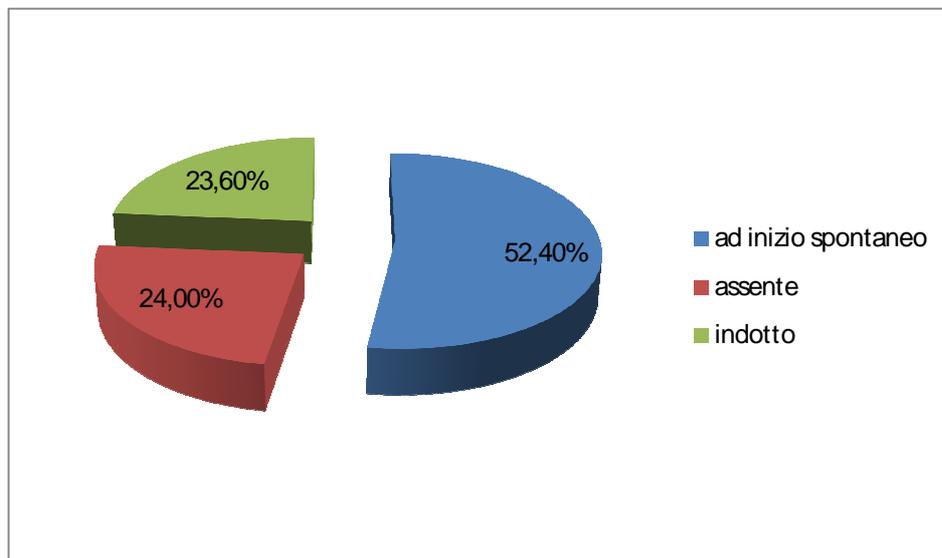
Per quel che riguarda il tipo di induzione la maggior parte è avvenuta con metodo farmacologico.

Tab. 2.2.11. Modalità del travaglio

Modalità travaglio	Frequenza	%
Ad inizio spontaneo	1830	52,4
Assente	839	24,0
Indotto	824	23,6
Totale	3493	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Grafico 2.2.4. Modalità del travaglio



Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

2.3 Il neonato

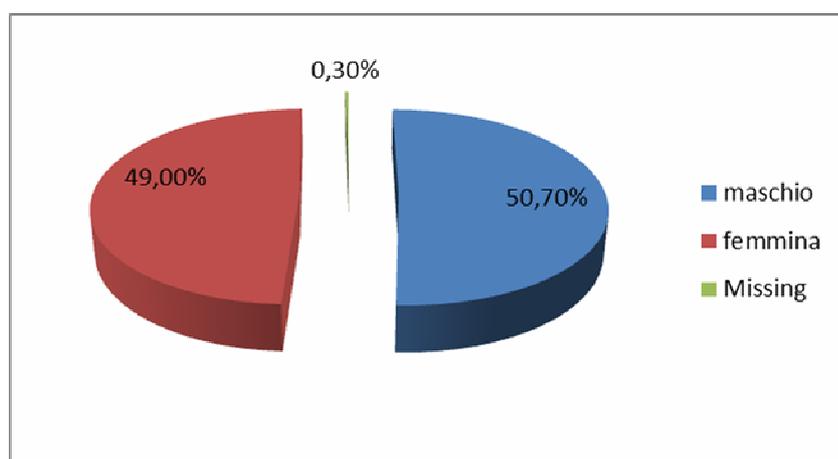
Dei 3493 parti, 52 sono stati gemellari per un totale di 3546 nuovi nati. Il 50,7% sono di sesso maschile (tab. 2.3.1 e grafico 2.3.1.).

Tab. 2.3.1. Distribuzione per genere dei neonati

Sesso	Frequenza	%
Maschio	1799	50,7
Femmina	1736	49,0
Missing	11	0,3
Totale	3546	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Grafico 2.3.1. Distribuzione per genere dei neonati



Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Soltanto un 4% dei neonati si presenta alla nascita in posizione podalica, mentre la maggior parte si presenta di vertice (tab. 2.3.2.)

Tab. 2.3.2. Presentazione del neonato

Presentazione neonato	Frequenza	%
Vertice	3369	95,0
Podice	142	4,0
Bregma	9	0,3
Spalla	11	0,3
Missing	11	0,3
Faccia	3	0,1
Fronte	1	0,0
Totale	3546	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

La quasi totalità dei nuovi nati (87,7%) ha un peso alla nascita che rientra nella classe 2500-3999 chilogrammi con una moda di 3,2 chili. I sottopeso (<1500 gr) sono lo 0,9%, mentre tra i 1500 e i 2499 gr. sono circa il 4,2% (tab. 2.3.3. e grafico 2.3.2.).

Tab. 2.3.3. Distribuzione dei neonati per il peso alla nascita

Classi di peso	Frequenza	%
<1500	32	0,9
1500-1999	40	1,1
2000-2499	148	4,2
2500-3999	3101	87,7
4000 e oltre	214	6,1
Totale	3535	100,0

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Note: missing=11

Grafico 2.3.2. Peso dei neonati (%)



Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Tutti i nuovi nati tranne 9 (0,3%), sono nati vivi.

Il punteggio di Apgar, pur con i limiti di riproducibilità che lo caratterizzano, mantiene un importante ruolo quale indicatore della sofferenza fetoneonatale; un punteggio di Apgar ≤ 3 indica un'importante sofferenza fetale; un punteggio 4-7, una modesta sofferenza; un punteggio 8-10 indica invece una situazione di benessere fetale.

La maggior parte dei bambini (96%) ha un punteggio Apgar tra 9 e 10 (tab. 2.3.4.).

Tab. 2.3.4. Punteggio Apgar, alla nascita

Punteggio Apgar	Frequenza	%
Missing	11	0,3
0	8	0,2
1	3	0,1
3	1	0,0
4	3	0,1
5	1	0,0
6	8	0,2
7	19	0,5
8	88	2,5
9	446	12,6
10	2958	83,4
Totale	3546	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

2.4. L'allattamento al seno

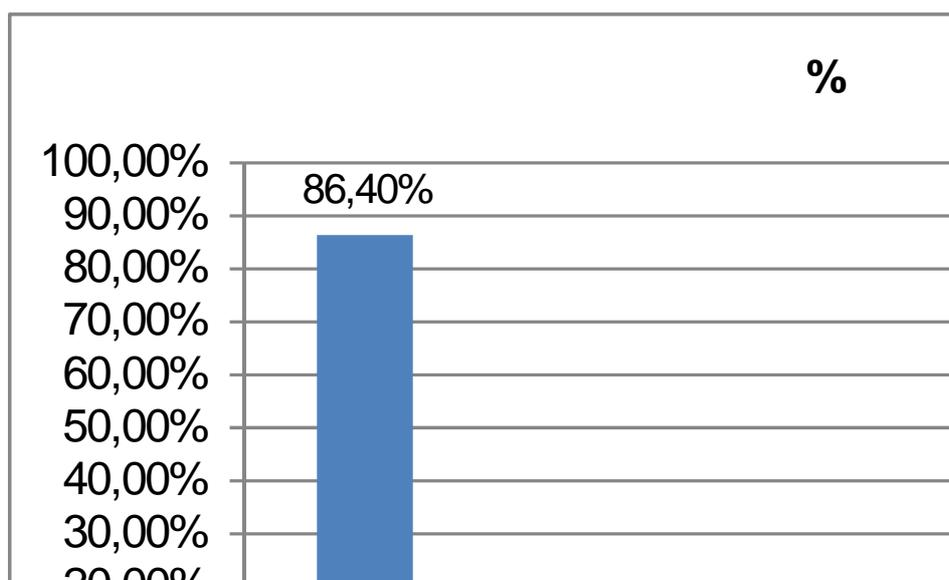
Per quanto riguarda l'allattamento durante la degenza in ospedale risulta che la maggior parte dei bambini (86,4%) ha ricevuto latte materno esclusivo: tale dato rivela una attenzione maggiore degli operatori e delle partorienti alla pratica salutare dell'uso del latte materno (tab. 2.4.1 e grafico 2.4.1.)

Tab. 2.4.1. Modalità di allattamento del bambino durante la degenza

Allattamento degenza	Frequenza	%
Solo latte materno	3064	86,4
Latte materno e artificiale	327	9,2
Latte materno e soluzione glucosata	74	2,1
Latte artificiale	61	1,7
Missing	20	0,6
Totale	3546	100

Fonte: db Cedap - Elaborazioni: UOE, AV2

Grafico 2.4.1. Modalità di allattamento del bambino nelle prime 48 ore di vita



3 STILI DI VITA A RISCHIO, GLI SCREENING ONCOLOGICI e LE COPERTURE VACCINALI

Fonti informative:
- archivio dati AV2 della Sorveglianza "PASSI"

3.1 La sorveglianza "PASSI"

L'evidenze applicata alla prevenzione. Potrebbe essere questo il motto della sorveglianza "PASSI" (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), avviata nel 2006 con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta italiana.

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

Alla base delle principali malattie croniche ci sono fattori di rischio non modificabili quali l'età o la predisposizione genetica e fattori rischio comportamentali "modificabili" attraverso i cambiamenti degli stili di vita come: le non corrette abitudini alimentari, il fumo, il consumo di alcol, la sedentarietà. PASSI affronta tutti questi temi, ma anche molti altri quali: il controllo del rischio cardiovascolare; l'adesione ai programmi di prevenzione oncologica; l'adozione di misure di sicurezza per prevenzione degli incidenti stradali o di quelli che avvengono negli ambienti di vita/lavoro; la copertura vaccinale antinfluenzale, lo stato di benessere fisico e psicologico etc...

Di seguito vengono riportati i risultati della sorveglianza PASSI, per l'Area Vasta 2 nel quadriennio 2011-2014, relativi ai seguenti fattori di rischio comportamentali: attività fisica, alimentazione alcol e fumo.

3.1.1 ATTIVITA' MOTORIA

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

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

Quante persone attive fisicamente e quanti sedentari?

Attività fisica – Area Vasta 2 - PASSI 2011-14 (n=1437)

Livello di attività fisica	% (IC95%)
<i>Attivo</i> ¹	27 (24,66-29,52)
<i>parzialmente attivo</i> ²	51 (47,82-53,28)
<i>sedentario</i> ³	22 (20,19-24,85)

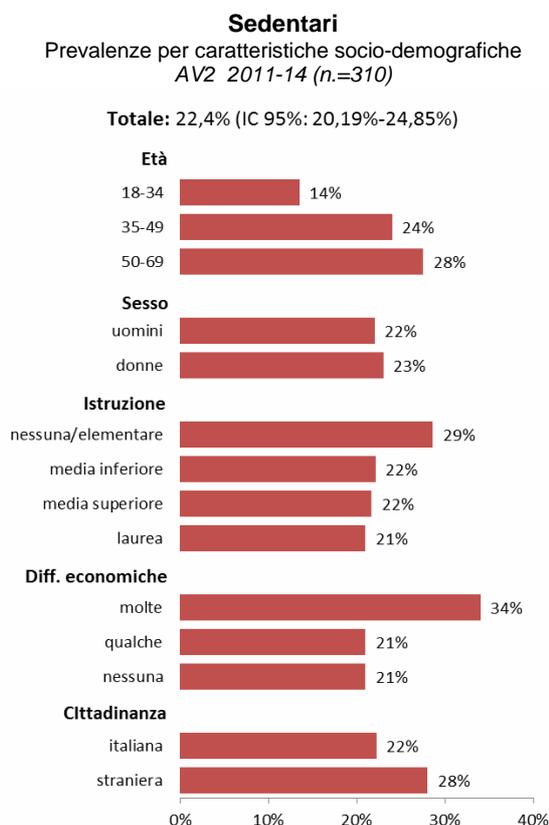
¹ lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)

² non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati

³ non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero.

Nel periodo 2011-14, nella Area Vasta 2 il 27% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 51% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 22% è completamente sedentario

- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche e nei cittadini stranieri; non sono emerse differenze significative tra uomini e donne



Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di sedentari è risultata del 31%, mentre nella regione Marche è pari al 23% ben al di sotto della media nazionale.

Nel periodo 2011-2014 si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. La P.A. di Bolzano presenta la percentuale significativamente più bassa di sedentari (7,9%), mentre in Basilicata si registra quella significativamente più alta (62,3%).

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

Nella Area Vasta 2 solo il 29% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di fare attività fisica regolarmente. I valori nel resto d'Italia (31%) e nelle Marche (30%) si discostano di pochissimo.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con una minore attenzione del medico o dell'operatore sanitario in alcune regioni meridionali. La prevalenza significativamente più bassa si osserva in Basilicata (16%), mentre quella significativamente più alta nelle Asl della Sardegna (41%).

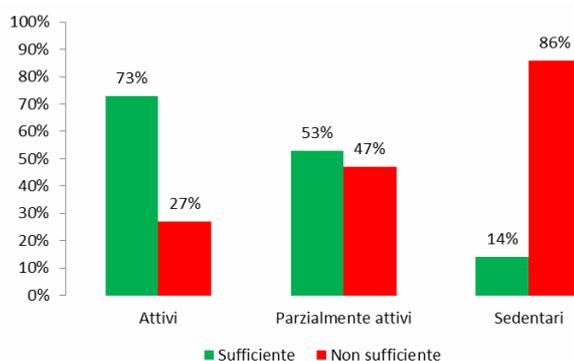
Come viene percepito il proprio livello di attività fisica?

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

Tra le persone attive, il 27% ha giudicato la propria attività fisica non sufficiente.

Il 53% delle persone parzialmente attive ed il 14% dei sedentari ha percepito il proprio livello di attività fisica come sufficiente.

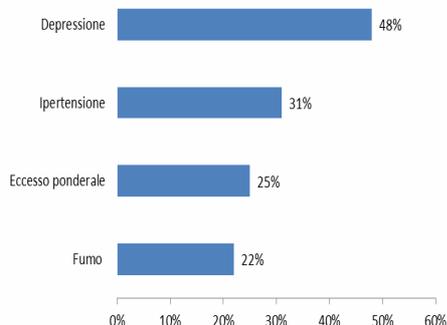
Auto percezione del livello di attività fisica praticata
Distribuzione della percezione per categoria di attività fisica
Area Vasta 2 PASSI 2011-14



Stile di vita sedentario e compresenza di altre condizioni di rischio

- Lo stile di vita sedentario si associa spesso ad altre condizioni di rischio; in particolare è risultato essere sedentario:
 - il 48% delle persone depresse
 - il 31% degli ipertesi
 - il 25% delle persone in eccesso ponderale.
 - Il 22% dei fumatori

Sedentari e altri fattori di rischio
Prevalenza di sedentari nelle categorie a rischio
Area Vasta 2 PASSI 2011-14 (n=310)



Conclusioni e raccomandazioni

Nella Area Vasta 2 si stima che solo una persona adulta su tre (27%) pratici l'attività fisica raccomandata, mentre il 22% può essere considerato completamente sedentario.

È presente una percezione distorta dell'attività fisica praticata: il 53% delle persone parzialmente attive ed il 14% dei sedentari ritiene di praticare sufficiente movimento.

La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso).

In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica nella popolazione sono evidenti sia a livello sociale, sia economico. Lo sviluppo di strategie per accrescere la diffusione dell'attività fisica (attraverso l'attivazione di interventi di dimostrata efficacia) è un importante obiettivo che può essere raggiunto solo con l'applicazione di strategie intersettoriali, intervenendo sugli aspetti ambientali, sociali ed economici che influenzano l'adozione di uno stile di vita attivo (ad es. politica di trasporti, ambiente favorente il movimento, ecc.).

3.1.2 STATO NUTRIZIONALE E ABITUDINI ALIMENTARI

La situazione nutrizionale di una popolazione è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, riduce la durata della vita e ne peggiora la qualità.

In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili. Per questo, si compiono molti sforzi per monitorare l'andamento dell'eccesso ponderale nei bambini, negli adulti e nella terza età.

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

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

Situazione nutrizionale e consumo di frutta e verdura – Area Vasta 2- PASSI 2011-114 (n=1440)

	% (IC95%)
Popolazione in eccesso ponderale	
<i>sovrappeso</i> ¹	37,97 (35,45-40,55)
<i>obesi</i> ²	7,86 (6,48-9,51)
Consigliato di perdere peso da un medico o operatore sanitario ³	
<i>sovrappeso</i>	40,61 (36,16-45,21)
<i>obesi</i>	80,58 (71,54-87,26)
Adesione al <i>five-a-day</i>	10,89 (9,28-12,73)

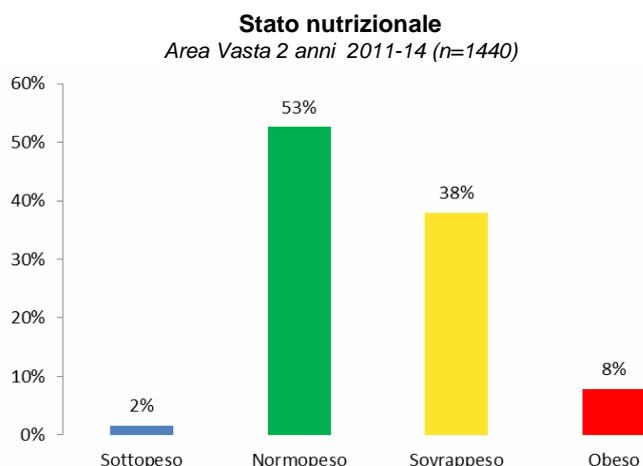
¹ sovrappeso = indice di massa corporea (Imc) compreso tra 25 e 29,9

² obeso = indice di massa corporea (Imc) ≥30

³ tra coloro che sono stati dal medico negli ultimi 12 mesi

Qual è lo stato nutrizionale della popolazione?

- Nell'AV2 il 1,6% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 52,6% normopeso, il 38% sovrappeso e l'8% obeso.
- Complessivamente si stima che il 45,8% della popolazione presenti un eccesso ponderale.



Quante e quali persone sono in eccesso ponderale ?

- L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:
 - col crescere dell'età
 - negli uomini (47% vs 29%)
 - nelle persone con basso livello di istruzione
 - nelle persone con difficoltà economiche

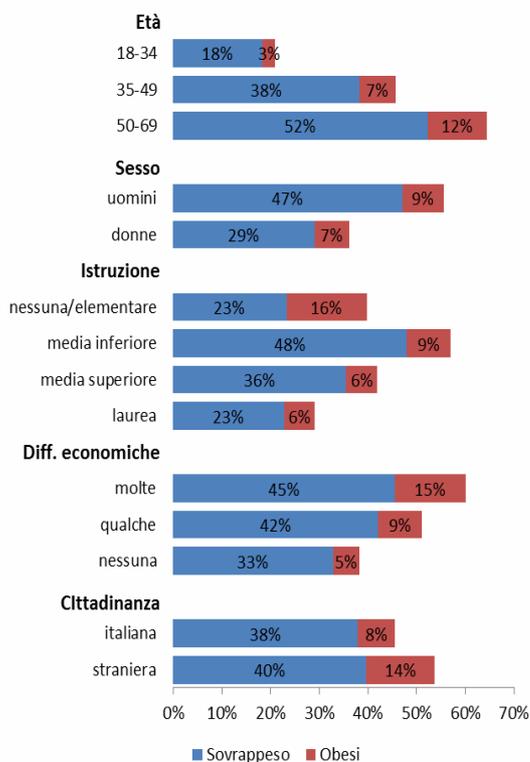
Nel pool di ASL 2011-14, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 42%. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.

Le Asl partecipanti della Liguria e della Valle d'Aosta presentano la percentuale significativamente più bassa (35,7%) di persone in eccesso ponderale mentre in Sicilia si registra quella significativamente più alta (46,7%).

Eccesso ponderale

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Area Vasta 2 anni 2011-14 (n=645)

Totale: 45,8% (IC 95%: 43,3%-48,38%)

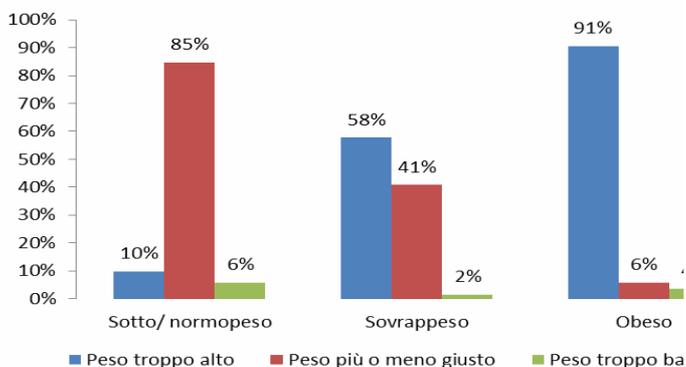


Come considerano il proprio peso le persone intervistate?

- La percezione che la persona ha del proprio peso è un aspetto importante da considerare in quanto condiziona un eventuale cambiamento nel proprio stile di vita.
- La percezione del proprio peso non sempre coincide con l'IMC calcolato sulla base di peso ed altezza riferiti dagli stessi intervistati: nel 62% si osserva un'alta coincidenza tra percezione del proprio peso e IMC;
- negli obesi (91%) e nei normopeso (85%); tra le persone in sovrappeso invece ben il 41% ritiene il proprio peso giusto e l'2% troppo basso.
- Emerge una diversa percezione del proprio peso per sesso: tra le donne normopeso l'81% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'90% degli uomini, mentre tra quelle sovrappeso il 26% considera il proprio peso più o meno giusto rispetto all'50% degli uomini.

Autopercezione del proprio peso corporeo

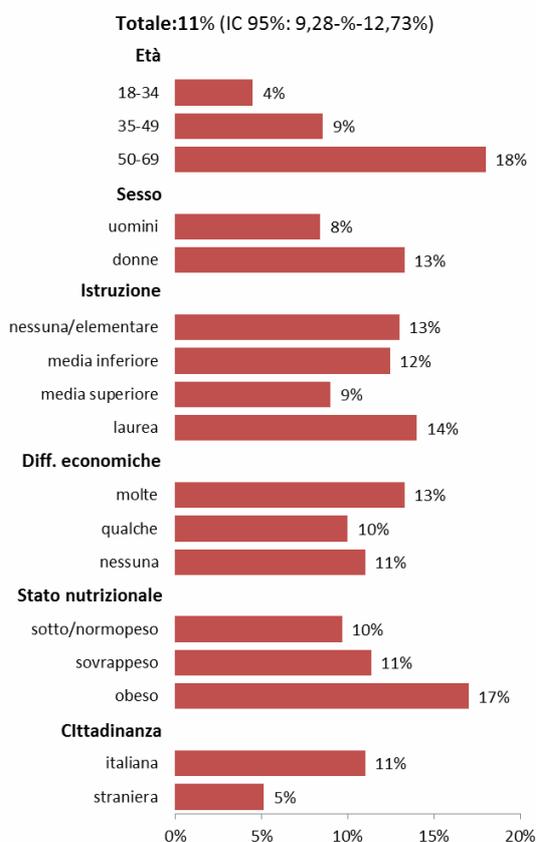
Prevalenze per stato nutrizionale – AV2 2011-14 (n=1440)



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

- Nell’AV2 il 45% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno: il 43% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo l’11% le 5 porzioni raccomandate.
- L’abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa
 - nelle persone sopra ai 50 anni
 - nelle donne (13%)
 - nelle persone obese (17%) rispetto a quelle sottopeso/normopeso (10%).
 Non emergono differenze legate alla condizione economica.
- Nel pool di ASL 2011-14, la percentuale di intervistati che aderisce al *five-a-day* è del 9,5%.
- Nel pool di ASL per dell’adesione al *five a day* nel periodo 2011-2014 si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud, con una più alta adesione prevalentemente tra i residenti nelle Regioni settentrionali: il dato significativamente più alto è quello della Liguria (16,2%).

Adesione al five-a-day
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
AV2 2011-14 (N. 1442)



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

- Nell’Area Vasta 2 il 47,5% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno riferito questo consiglio il 29% delle persone in sovrappeso e 44% delle persone obese.

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-14

Consiglio di perdere peso a persone in eccesso ponderale per regione di residenza

Passi 2011-2014



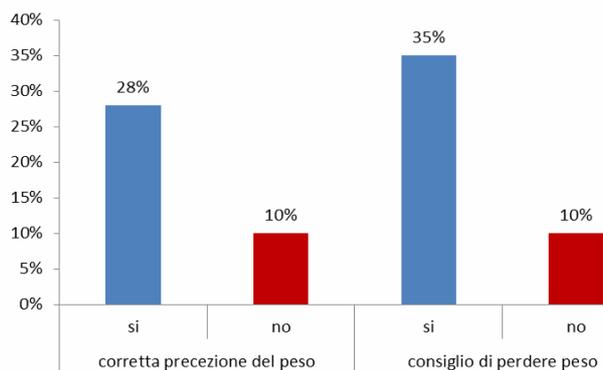
- Il 22% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (19,4% nei sovrappeso e 32,6% negli obesi).
- La proporzione di persone con eccesso ponderale che seguono una dieta è significativamente più alta:
 - nelle donne (32% vs 15% negli uomini)
 - negli obesi (32,6% vs 19,44% nei sovrappeso)
 - nelle persone sovrappeso (esclusi gli obesi) che ritengono il proprio peso "troppo alto" (28%) rispetto a quelle che ritengono il proprio peso "giusto" (10%)
 - in coloro che hanno ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario (35% vs 10%).

- Nel pool di ASL 2011-14, la percentuale di persone in eccesso ponderale che ha ricevuto il consiglio di perdere peso è del 49,4%
- La mappa riporta la frequenza, per Regione di residenza, di intervistati in eccesso ponderale che hanno ricevuto il consiglio di fare una dieta per perdere peso. I dati non mostrano un chiaro gradiente territoriale e il valore significativamente più basso rispetto al dato medio nazionale si registra in Basilicata (26,7%) mentre quello significativamente più alto nelle Asl della Sardegna (61%).

Attuazione di una dieta

% di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta per auto percezione del proprio peso

% di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta per consiglio dell'operatore sanitario AV2 2011-14 (n=140)



Quante persone sovrappeso/obese ricevono consigli di fare attività fisica dagli operatori sanitari e con quale effetto?

- In AV2 il 25% delle persone in eccesso ponderale è sedentario (23% nei sovrappeso e 36% negli obesi). Il 31% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario; in particolare hanno ricevuto questo consiglio il 29% delle persone in sovrappeso e il 44% di quelle obese.
- Nel pool di ASL 2008-11 il 39% di persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica.

Conclusioni e raccomandazioni

In letteratura è ampiamente documentata una sottostima nel rilevare la prevalenza dell'eccesso ponderale attraverso indagini telefoniche analoghe a quelle condotte nel sistema di Sorveglianza PASSI; nonostante questa verosimile sottostima, in Area Vasta 2 quasi una persona adulta su due presenta un eccesso ponderale.

Una particolare attenzione nei programmi preventivi va posta, oltre alle persone obese, alle persone in sovrappeso. In questa ultima fascia di popolazione emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: meno di una persona su due, tra quelle in sovrappeso, percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo.

La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 22% delle persone in eccesso ponderale.

La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: circa la metà ne assume oltre 3 porzioni, ma solo una piccola quota (11%) assume le 5 porzioni al giorno raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie.

I risultati indicano la necessità di interventi multisettoriali per promuovere un'alimentazione corretta accompagnata da un'attività fisica svolta in maniera costante e regolare; per aumentare l'efficacia degli interventi appare fondamentale l'approccio multidisciplinare, nel quale la Sanità Pubblica gioca un ruolo importante nel promuovere alleanze e integrazioni.

Rilevante risulta inoltre il consiglio ed il sostegno del Medico di Medicina Generale, spesso il primo operatore a confrontarsi con il problema legato al peso del proprio assistito.

3.1.3 ABITUDINE AL FUMO

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

Negli ultimi 40 anni la percentuale di fumatori negli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere in alcune Regioni valori paragonabili nei due sessi. È inoltre in aumento la percentuale di giovani che fumano.

Abitudine al fumo di sigaretta – Area Vasta 2 - PASSI 2011-14 (n=1441)

	% (IC95%)
Non fumatori ¹	57,97 (55,32-60,58)
Fumatori ²	19,68 (17,6-21,94)
<i>in astensione</i> ³	0,61 (0,31-1,19)
Ex -fumatori ⁴	21,74 (19,65-23,98)

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

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

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

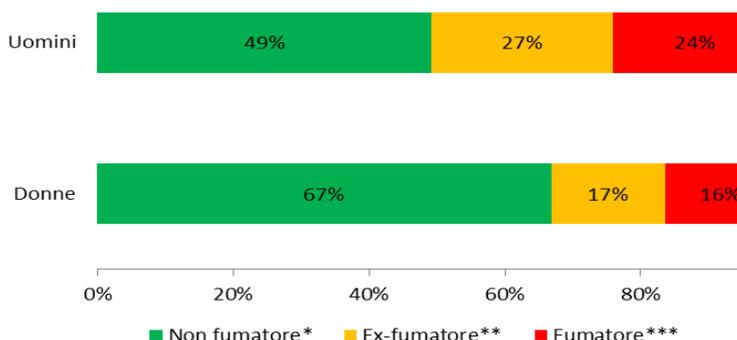
4 Ex fumatore = persona che attualmente non fuma e che ha smesso da almeno 6 mesi.

Nel periodo 2011-14 nella Area Vasta 2 tra gli adulti di 18-69 anni, più della metà (58%) degli intervistati è non fumatore, il 22% è classificabile come ex fumatore e il 20% è fumatore.

Come è distribuita l'abitudine al fumo di sigaretta?

- Lo 0,6% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (fumatori in astensione, considerati non ancora ex fumatori in base alla definizione OMS).
- L'abitudine al fumo è più alta negli uomini che nelle donne (24% versus 16%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (67% versus 49%).

Abitudine al fumo di sigaretta per sesso
Area Vasta 2 - PASSI 2011-14 (n 1441)



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

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

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

Quali sono le caratteristiche dei fumatori di sigaretta

L'abitudine al fumo è risultata più alta tra 25 e 34 anni, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente. Ancora persiste una forte differenza tra gli uomini (fuma uno su quattro rispetto alle donne (meno di una su cinque) anche se i dati mostrano un aumento della percentuale di donne fumatrici.

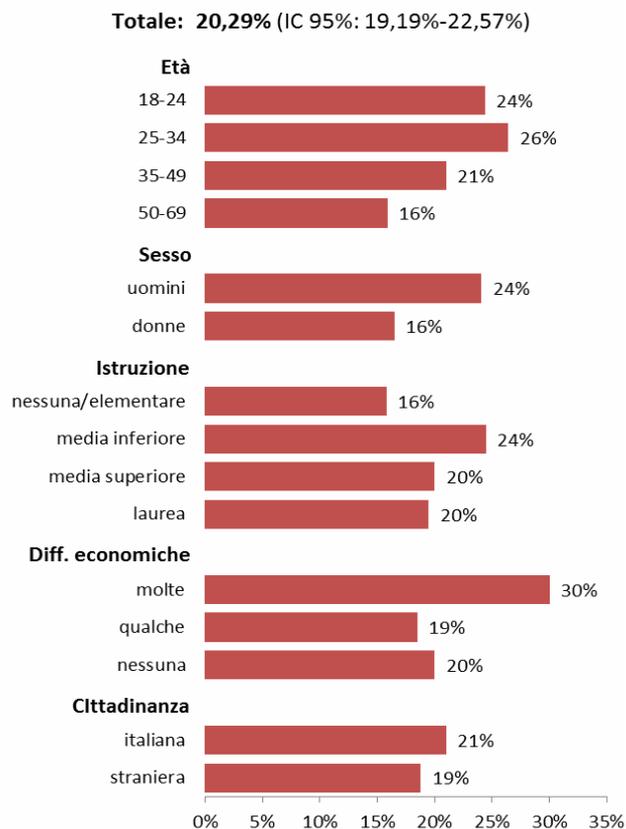
- La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare, e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche. Non si evidenziano differenze per cittadinanza.

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 11 sigarette al giorno.

Nel Pool di ASL PASSI 2008-11 il 27,4% è fumatore (di cui l'1% è in astensione da meno di sei mesi), il 18% è ex fumatore e il 54,5% è non fumatore. A livello nazionale in media si fumano 12 sigarette al giorno.

- Nella regione Marche nel periodo 2011-2014 riferisce di essere fumatore il 25% degli intervistati, ex fumatore il 18%. In media si fumano 11,6 sigarette al giorno
- Si osservano differenze statisticamente significative dei fumatori nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 30,7% dell'Umbria, al 22% della Basilicata.

Fumatori
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Area Vasta 2 - PASSI 2011-14 (n 310/1441)



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

Attenzione degli operatori sanitari – Area Vasta 2 - PASSI 2011-14 (n=1337)

	% (IC95%)
Domanda del medico/operatore sull'abitudine al fumo (% di intervistati a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo)	29,8 (27,28-32,41)

Circa il 29,8% degli intervistati ha dichiarato che un operatore sanitario si è informato sul comportamento in relazione all'abitudine al fumo. In particolare, è stato chiesto a:

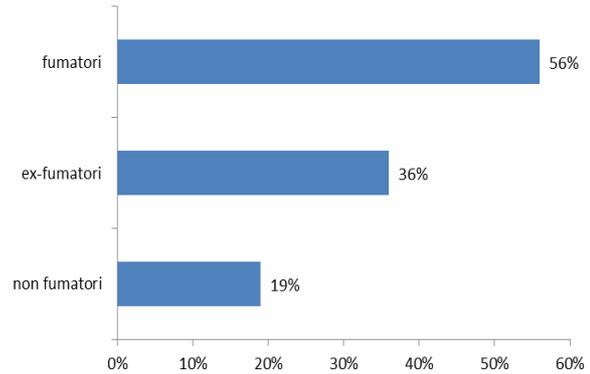
- il 56% dei fumatori
- il 36% degli ex fumatori
- il 19% dei non fumatori.

Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel periodo 2011-14 è pari al 40%.

Nella regione Marche è stato chiesto al 36% degli intervistati.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 19% della Basilicata al 54% della Sardegna.

Persone a cui è stata posta la domanda sull'abitudine al fumo
Area Vasta 2 - PASSI 2011-14 (n. 1337)*



*Intervistati che hanno riferito di essere stati da un medico o da un operatore sanitario nell'ultimo anno

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

Attenzione degli operatori sanitari – Area Vasta 2- PASSI 2011-14 (n=272)

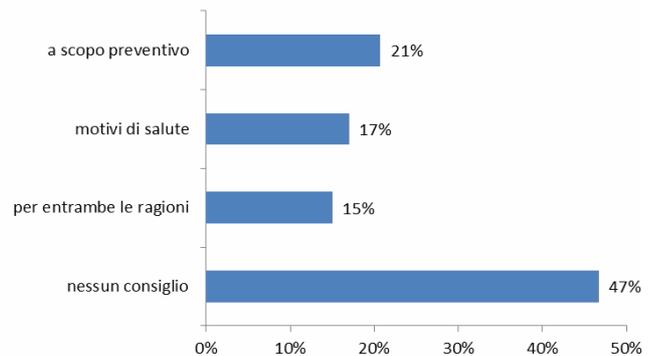
	% (IC95%)
Consiglio del medico/operatore di smettere di fumare, ai fumatori attuali (% attuali fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere di fumare)	53,3 (46,88-59,62)

- Tra i fumatori, il 53% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.
- Il consiglio è stato dato prevalentemente a scopo preventivo (21%).
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale nel 2008-11 è risultata pari al 52%.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 33% della P.A. di Bolzano al 63% della Sardegna.

Consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari e motivazione

Area Vasta 2 - Passi 20011-14 (n=272)*



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

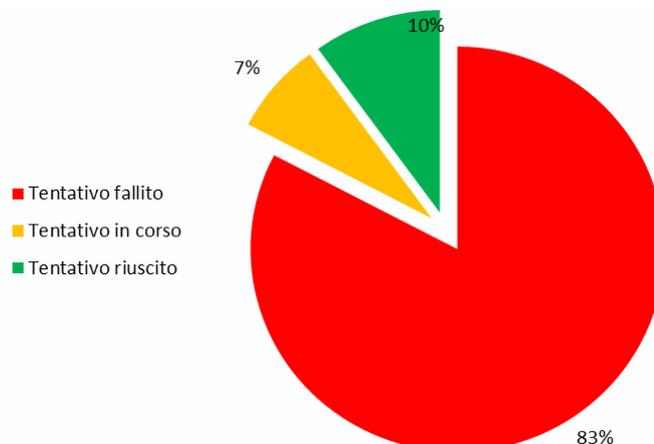
Smettere di fumare: quanti hanno tentato, esito e modalità del tentativo

Nel periodo 2011-14, tra chi fumava nei dodici mesi precedenti l'intervista, il 39,4% ha tentato di smettere.

Tra tutti coloro che hanno tentato:

- l'82,5% ha fallito (fumava al momento dell'intervista);
- l'7,3% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista ma aveva smesso da meno di 6 mesi);
- l'10% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

% dell'esito del tentativo di smettere di fumare tra chi ha tentato negli ultimi 12 mesi
Area Vasta 2 - Passi 2011-14 (n=131)



Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, il 38% ha tentato di smettere di fumare e tra questi l'82% ha fallito, il 10% stava ancora tentando al momento dell'intervista e l'8% è riuscito nel tentativo.

Nelle Marche il 40% dei fumatori intervistati riferisce di avere tentato di smettere di fumare negli ultimi 12 mesi; di questi l'83% ha fallito nel suo tentativo, l'8% stava ancora tentando ed il 10% è riuscito a smettere.

Fumo passivo

Fumo passivo – Area vasta 2 - PASSI 2011-114 (n=1376)

	% (IC95%)
Divieto di fumare rispettato sempre o quasi sempre	
<i>nei locali pubblici</i>	92,73 (91,15-)
<i>sul luogo di lavoro</i>	94,86 (93,13-96,17)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione	85,96 (83,97-87,75)
Divieto assoluto di fumare nella propria abitazione con minori in famiglia	91,1 (87,32-93,83)

Rispetto del divieto di fumare nei luoghi pubblici

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-14

Totale 89,7% (IC 95% 89,5-90)

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici per regione di residenza

Passi 2011-2014



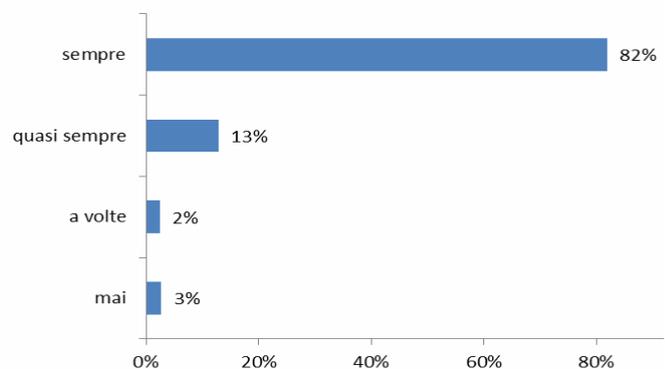
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, nel 2011-14 il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre/quasi sempre nel 89,7% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.
- Nella regione Marche il divieto di fumare è rispettato per l'89% dei casi, quindi nella media rispetto al pool di ASL.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con 76% delle Asl della Calabria al 97% della Valle d'Aosta.

Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro

- Tra i lavoratori intervistati nel 2011-14, il 95% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre (82%) o quasi sempre (13%).
- Il 5% ha dichiarato che il divieto non è mai rispettato (3%) o lo è a volte (2%).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Area Vasta 2 – Passi 2011-14 (n= 908)*



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

Prevalenze per regione di residenza – Pool di ASL 2011-14

Totale 91,4 (IC 95%: 91,1-91,6)

Percezione del rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro per regione di residenza

Passi 2011-2014



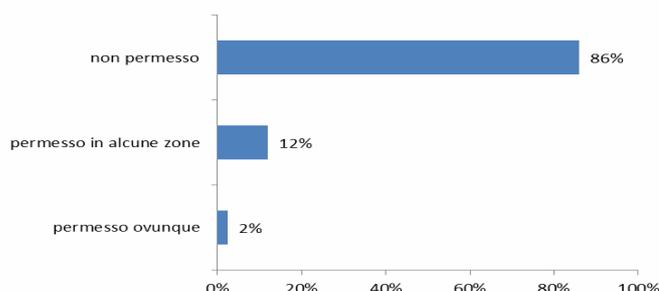
- Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre nel 91% dei casi, con un evidente gradiente territoriale.
- Nella regione Marche il divieto viene rispettato per il 90% dei casi.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 77% delle Asl del Molise al 98% della P.A. di Bolzano.

L'abitudine al fumo in ambito domestico

- Rispetto all'abitudine al fumo nella propria abitazione, nella Area Vasta 2, nel periodo 2011-14:
 - l'86% degli intervistati ha dichiarato che non si fuma in casa;
 - il 12% che si fuma in alcuni luoghi;
 - il 2% che si fuma ovunque.
- In caso di convivenza con minori di 15 anni, il 91% degli intervistati riferisce il divieto assoluto di fumo in casa.

Rispetto del divieto di fumo nella propria abitazione

Area Vasta 2 - Passi 2011-14 (n=1441)



Nel Pool di ASL PASSI 2011-14, il 79% degli intervistati ha riferito **che è assolutamente** vietato fumare nella propria abitazione (86% in presenza di minori di 15 anni).

Nella regione Marche l'80% degli intervistati riferisce di rispettare in modo assoluto il divieto di fumare in casa, in particolare l'87% di coloro che hanno minori in famiglia.

Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 71% delle Asl di Abruzzo, Umbria e Sicilia all'90% per quelle del Veneto

Conclusioni

Nell'Area Vasta 2, nel periodo 2011-14, come a livello nazionale, si stima che circa una persona su cinque sia classificabile come fumatore; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano in giovani e adulti nella fascia 25-34 anni.

Il 53% dei fumatori ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un accettabile livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se migliorabile.

La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari. Questa situazione sottolinea la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello delle ASL regionali.

L'esposizione al fumo passivo in abitazioni, luoghi pubblici e di lavoro rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo.

3.1.4 CONSUMO DI ALCOL

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché l'alcol è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, malattie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, ecc. Inoltre, il consumo di alcol provoca, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie, che espongono ad un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, e può creare dipendenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del Prodotto Interno Lordo.

I rischi di danni alcol-correlati (immediati e cronici) e di dipendenza alcolica variano in funzione di diversi fattori: la quantità complessiva di alcol bevuta abitualmente, la quantità di alcol assunta in una singola occasione; le modalità ed il contesto di assunzione dell'alcol.

Non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano. Per definire il consumo moderato, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno individuato livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili. Il consumo di alcol è definito a maggior rischio, se vengono superati tali limiti.

Gli indicatori Passi

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

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

consumo abituale elevato: per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni¹; *consumo binge*: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione²; *consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto*.

Quante persone consumano alcol?

Consumo di alcol – Area Vasta 2 - PASSI 2011-14 (n=899/1435)

	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	61.8 (59.15-64.29)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	6 (5.01-7.34)
Consumo abituale elevato ¹	4.4 (3.40-5.70)
Consumo binge (2010-2011) ²	10.3 (8.78;12.05)
Consumo a maggior rischio (2010-2011) ³	17.6 (15.65;19.66)

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

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

¹ Questo indicatore, in precedenza denominato "forte bevitore" veniva calcolato in base al valore medio nei soli giorni di assunzione di bevande alcoliche, e quindi comportava una sovrastima della prevalenza di consumo abituale elevato. Anche se l'indicatore è stato ridefinito, le informazioni raccolte da Passi permettono di calcolarne il valore anche per gli anni passati, consentendo perciò di effettuare confronti tra periodi diversi e di rilevare trend.

² Nel 2010 è stata modificata la definizione di consumo binge, che in precedenza era pari a 6 UA in entrambi i sessi, per allinearla alla definizione adottata dal BRFSS americano e da altre istituzioni sanitarie. Il cambiamento della soglia ha comportato la modifica della relativa domanda del questionario; perciò i valori di questo indicatore calcolati a partire dal 2010 non sono direttamente confrontabili con quelli degli anni precedenti

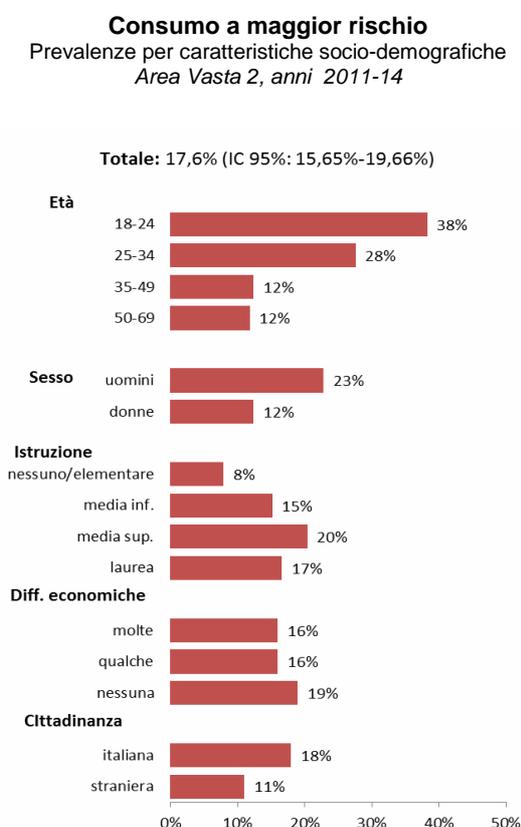
³ Consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma più di una dei singoli comportamenti

Il periodo 2011-2014, la percentuale di consumatori di alcol nella AV2 è risultata pari al 61,8%, mentre il consumo fuori pasto era del 6% e il consumo abituale elevato del 4,4%.

Nel 2010 Passi ha adottato una nuova definizione del consumo binge che non permette più un confronto diretto dei dati del biennio 2008-2009 con quelli del periodo 2011-14, relativamente agli indicatori “binge” e “consumo a maggior rischio”, di cui il consumo binge rappresenta una delle componenti. Pertanto presentiamo qui le prevalenze del consumo binge (10,3%) e del consumo a maggior rischio (17,6%), relative al periodo 2011-14.

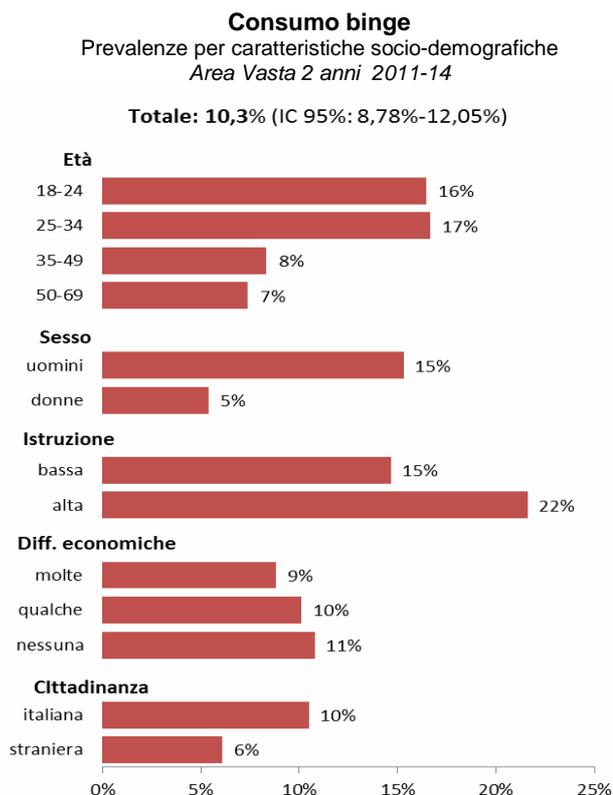
Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio?

- Nel periodo 2011-14 nell'AV2, il 17,6% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.
- Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione medio-alto e quelle che non hanno difficoltà economiche, nei cittadini italiani.
- Nella Regione Marche, nel periodo 2011-2014, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 18% mentre, nello stesso periodo, nel Pool di ASL PASSI è del 17%.
- Si osservano inoltre differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 9% della Sicilia al 40% della P.A. di Bolzano.



Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge?

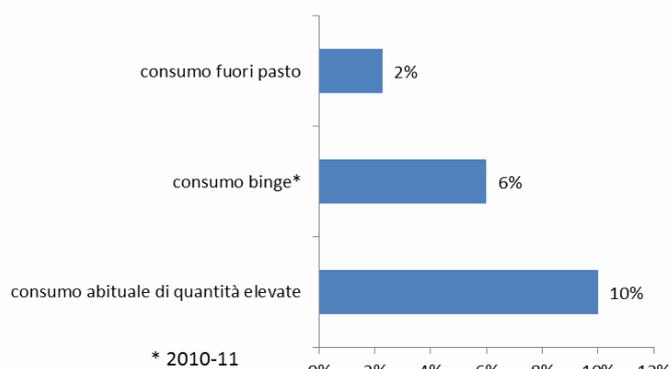
- Nel periodo 2011-14 nell'Area Vasta 2, il 10% degli intervistati è classificabile come consumatore binge.
- Il consumo binge è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni, gli uomini, le persone con livello di istruzione alto e quelle con minori difficoltà economiche, nei cittadini italiani.
- A livello regionale, nel periodo 2011-14, la percentuale di bevitori a "binge" è risultata del 9,7%, mentre nel Pool di ASL PASSI nello stesso periodo è del 8,8%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Il range varia dal 3.7% della Sicilia al 23.5% della P.A. di Bolzano.



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

- Nel periodo 2011-14, nella Area Vasta 2 solo il 5% degli intervistati con consumo a maggior rischio riferisce che un medico o un altro operatore sanitario gli ha suggerito di ridurre il consumo di alcol. A livello regionale, nel periodo 2011-14, questa percentuale è risultata del 4%, mentre nel Pool di ASL PASSI nello stesso periodo è del 6%.
- Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni. Si va dal 3,4% della Sicilia e della Umbria al 7,8% delle Asl della Valle d'Aosta.

Categorie di persone, con un consumo a maggior rischio, che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario
Percentuali per tipo di consumo – Area Vasta 2, 2011-14



Tra coloro che bevono alcol (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto la frequenza di consigli è pari al 2%, nel caso delle persone con consumo binge sale all'6%, e in quelli con consumo abituale elevato al 10%.

Conclusioni

Il 38% della popolazione intervistata dell'AV2 riferisce di non bere alcol, mentre il 18% degli adulti presenta abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione. Tra gli uomini, i consumatori a rischio sono il 23% e tra i più giovani (nella fascia 18-24 anni), uno su tre. Il consumo a rischio è più frequente nelle regioni settentrionali.

A differenza di molti altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol è più diffuso nelle persone con nessuna difficoltà economica e con livelli di istruzione medio alti.

In base alle indicazioni del programma Guadagnare Salute, è importante che gli operatori sanitari, in particolare i Medici di Medicina Generale, dedichino attenzione al consumo di alcol dei propri assistiti, in modo da consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counselling nei confronti del consumo alcolico nocivo.

Secondo i dati Passi solo una minoranza dei medici e degli altri operatori sanitari si informa riguardo al consumo di alcol dei propri assistiti; inoltre, solo poche persone con consumi a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo.

Questa è quindi un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre i danni causati dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto.

Quindi, nell'ottica del programma Guadagnare Salute, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari: far diventare l'alcol meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche, rappresentano interventi appropriati per la riduzione degli effetti nocivi dall'alcol.

Inoltre, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella sensibilizzazione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

3.2 GLI SCREENING ONCOLOGICI

Fonti informative:

- archivio dati AV2 Sorveglianza "PASSI";
- dati AV2 Survey GISCI, GISMA, GISCOR.

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

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

Le caratteristiche dei programmi di screening oncologico, attivi su tutto il territorio della Regione Marche, sono illustrate in tab.3.2

***Tab.3.2 Caratteristiche dei programmi di screening oncologico nella Regione Marche. Anno 2014**

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

*Linee Guida del Ministero della Salute, anno 2006

°Il Ministero della Salute ha emanato, nel gennaio 2013, una circolare in cui si indicano le condizioni per l'uso del test HPV, come test primario, nei programmi di screening cervicale. Nel 2015 nell'AV3 è stata effettuata una sperimentazione in cui la ricerca dell'HPV è stata utilizzata come test primario, secondo precisi criteri stabiliti a livello nazionale. Tale sperimentazione è in corso di verifica.

Fonti dei dati

Per la stesura del capitolo sono state utilizzate le seguenti fonti:

- *Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).*

Riguardo al tema degli screening oncologici da *PASSI* si possono ottenere informazioni sulla copertura complessiva, stimando sia la quota di adesione interna ai programmi organizzati sia la quota spontanea.

In generale il sistema di sorveglianza *PASSI* è utile per monitorare situazioni specifiche regionali/territoriali, adottare mirate ed adeguate strategie preventive e valutarne la loro efficacia, fornendo così elementi importanti per le attività di programmazione locale/regionale nonché nazionale.

PASSI ha però anche dei limiti. I dati si basano su informazioni auto riferite dai soggetti campionati, intervistati telefonicamente. Esse quindi sono potenzialmente influenzate da diversi fattori di distorsione che possono alterare la validità e la riproducibilità dei dati stessi. I fattori di distorsione principali sono:

- o il bias da ricordo;
- o il bias da selezione (che potrebbe provocare una sovrastima dell'adesione ad esempio a causa dei rifiuti e dei non trovati. Infatti la popolazione non intervistata, come indicato in letteratura, potrebbe essere meno attenta alla propria salute e quindi essere meno rispondente anche agli screening);

- il telescoping bias (la tendenza a ravvicinare temporalmente gli esami fatti);
- l'accettabilità sociale (che potrebbe anch'essa causare una sovrastima dell'adesione).

Per questo lavoro sono stati considerati i dati sugli screening oncologici, riguardanti i soggetti residenti nell'Area Vasta 2, intervistati nel periodo 2011-2014.

- *Survey GISMA, GISCi, GISCoR.*

I dati sugli indicatori di processo e di impatto dei programmi di screening regionali/aziendali sono raccolti, analizzati e diffusi dal Gruppo italiano screening mammografico (*GISMA*), dal Gruppo italiano screening del cervicocarcinoma (*GISCi*) e dal Gruppo italiano screening coloretale (*GISCoR*) rispettivamente per lo screening mammografico, cervicale e coloretale. I risultati sono pubblicati a cadenza annuale nei Rapporti curati dall'Osservatorio Nazionale Screening che ha il compito di monitorare la diffusione e la qualità di questi programmi.

Per questo lavoro le informazioni dedotte dalle survey fanno riferimento a soggetti, nelle fasce di età target per ciascuno dei tre screening oncologici residenti nell'Area Vasta 2, sottoposti nell'anno 2014 ai test primari e ad eventuali successivi approfondimenti diagnostici.

3.2.1 SCREENING DEL TUMORE DELLA MAMMELLA

Epidemiologia

I dati provenienti dall'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM)³, evidenziano che il tumore maligno della mammella:

- nel periodo 2007-2011 è la neoplasia più diagnosticata nelle donne: in esse infatti circa un tumore maligno ogni tre (29%) è un tumore mammario⁴;
- rappresenta, nelle aree coperte da Registri Tumori, la prima causa di morte oncologica più frequente nelle donne e la terza nella popolazione generale;
- mostra un andamento dell'incidenza in lieve diminuzione, riferibile all'effetto di "saturazione" dell'incidenza determinata dai primi round dei programmi di screening mammografico che nella seconda metà degli anni '90 hanno interessato ampie aree del Paese;
- mostra un andamento della mortalità in lenta diminuzione a partire sempre dagli anni '90 (-1,4%/anno), attribuibile a maggiore diffusione dei programmi di diagnosi precoce e quindi all'anticipazione diagnostica ed anche ai progressi terapeutici⁵.
- ha una sopravvivenza relativa a 5 anni dopo la diagnosi (nel periodo 2005-2007) del 87%, in moderato e costante aumento rispetto agli anni precedenti. Ciò in relazione all'anticipazione diagnostica ed al miglioramento delle terapie.

Nelle Marche, nel periodo 2009-2013, l'andamento del tasso standardizzato (x 100.000 donne residenti) di mortalità per tumore della mammella femminile risulta sostanzialmente stabile (Grafico. 3.2.1.1.).

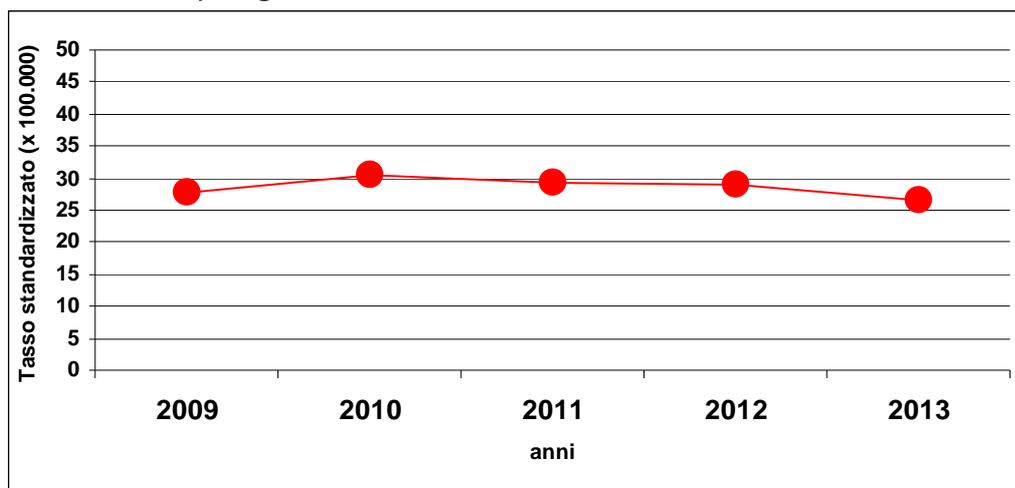
Il programma organizzato di screening per questa neoplasia è partito in tutte le ex Zone Territoriali della regione nell'arco temporale dei 12 mesi del 2001, eccetto Fabriano in cui è iniziato nel 2004.

³ "I numeri del Cancro in Italia. 2015" a cura dell'Associazione italiana di Oncologia Medica e dell'Associazione Italiana Registri Tumori

⁴ Se si escludono i tumori della pelle

⁵ I numeri del Cancro in Italia. 2015" a cura dell'Associazione italiana di Oncologia Medica e dell'Associazione Italiana Registri Tumori: fig. 14, pag. 59.

Grafico 3.2.1.1. Tasso standardizzato di mortalità per tumore della mammella femminile (per 100.000 donne residenti). Regione Marche, anni 2009-2013.



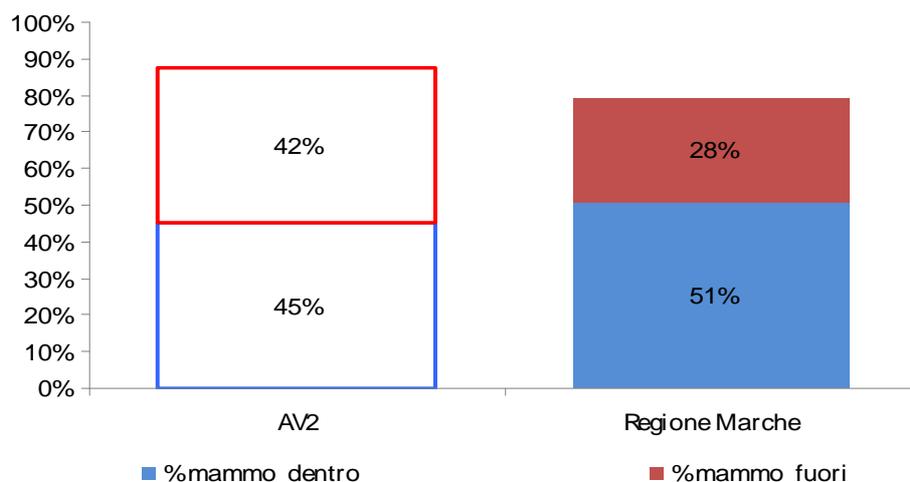
Fonte: <http://dati.istat.it/> Ultimo accesso 10 febbraio 2016
Elaborazione UOE, AV2

Copertura della mammografia effettuata a scopo preventivo

Dai dati del sistema di sorveglianza *PASSI* 2011-2014 si evince che l'87% delle donne intervistate di 50-69 anni, residenti nell'AV2, riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo nel corso dei due anni precedenti l'intervista, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali. Tale percentuale nella regione Marche è invece del 79%.

Il 45% della popolazione target femminile dell'AV2 (51% nelle Marche) aderisce al programma organizzato mentre il 42% (28% nella regione) si sottopone a mammografia preventiva, nei tempi raccomandati, su iniziativa personale, (ovvero al di fuori del programma di screening organizzato) (Grafico 3.2.1.2.).

Grafico 3.2.1.2. *Copertura della popolazione target: donne 50-69 anni che hanno fatto una mammografia negli ultimi 2 anni. Confronto AV2-Regione Marche, anni 2011-2014



*Include le mammografie, eseguite a scopo preventivo, fatte all'interno del programma di screening organizzato dall'ASUR o spontaneamente al di fuori di esso.

Fonte: **db Passi AV2**

Elaborazione UOE, AV2

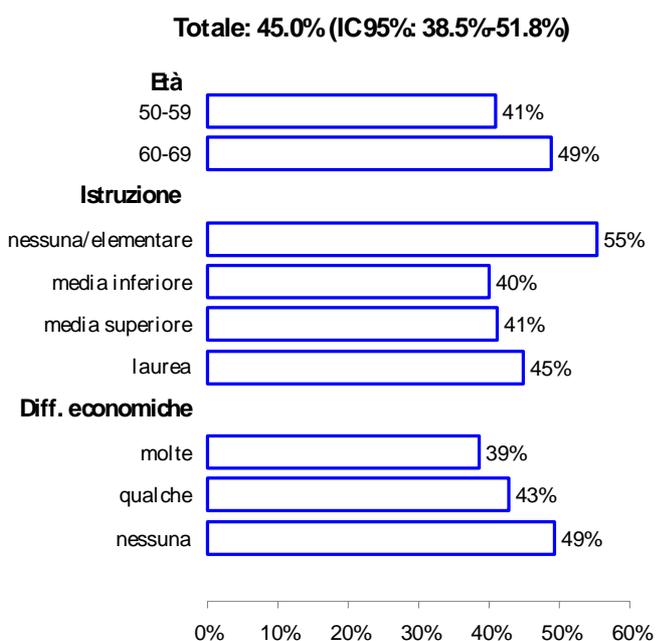
Caratteristiche socio-demografiche delle donne che effettuano una mammografia a scopo preventivo

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

La partecipazione allo screening è più frequente fra le donne in condizioni di svantaggio socio-economico: tra le più anziane (60-69enni) il 49% si è riferito al programma organizzato mentre il 35% ha fatto ricorso alla prevenzione al di fuori di esso; tra le meno istruite (cioè quelle con diploma di scuola elementare o meno) il 55% ha fatto una mammografia a scopo preventivo dentro il programma organizzato contro un 32% che lo ha eseguito fuori; tra quelle che hanno riferito molti problemi economici il 39% ha usufruito del programma organizzato contro il 34% che ha fatto la mammografia preventiva al di fuori (Grafici 3.2.1.3 e 3.2.1.4).

Grafico 3.2.1.3 Mammografia eseguita negli ultimi due anni all'interno di programmi di screening organizzati – Donne 50-69enni residenti nell'AV2

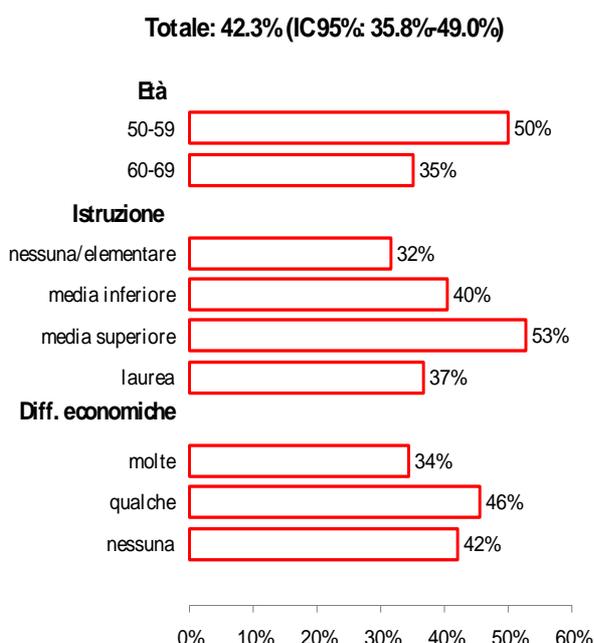
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche – Passi 2011-14



Fonte: db Passi AV2
Elaborazione UOE, AV2

Grafico 3.2.1.4 Mammografia eseguita negli ultimi due anni al di fuori di programmi di screening organizzati – Donne 50-69enni residenti nell'AV2

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche – Passi 2011-14



Fonte: db Passi AV2
Elaborazione UOE, AV2

Adesione al programma organizzato di screening mammografico

Dai dati della survey *GISMA* 2015 (attività 2014) si evince che (tab. 3.2.1.1.):

- nell'AV2 sono state invitate al programma di screening organizzato complessivamente 34.165 donne di età tra 50-69 anni;
- l'adesione allo screening è stata del 48%: la percentuale più alta si è registrata nella fascia 60-69 anni (52%) rispetto a quella delle 50-59enni (45%);
- dal confronto tra i distretti dell'AV2 esistono differenze nell'adesione.

Tab. 3.2.1.1 Donne invitate e % aderenti (adesione grezza)* per fasce d'età ed distretto dell'Area Vasta. AV2, anno 2014

Distretti dell'AV2	Donne tra 50-59 anni		Donne tra 60-69 anni		Totale	
	n. invitate	% adesione grezza	n. invitate	% adesione grezza	n. invitate	% adesione grezza
Senigallia	3 207	47.9	2 473	57.5	5 680	52.1
Jesi	4 078	53.0	3 327	56.4	7 405	54.5
Fabriano	1 620	33.2	1 530	26.1	3 150	29.8
Ancona	10 741	42.7	7 189	53.1	17 930	46.9
AV2	19 646	45.0	14 519	51.7	34 165	47.9

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

Fonte db screening oncologici, AV2.

Elaborazione UOE, AV2

Casi di tumori individuati allo screening mammografico

Nel 2014 nell'AV2 tra le donne che hanno aderito per la prima volta allo screening organizzato sono stati scoperti 10 casi di tumore maligno. Di questi 7 erano cancro invasivi. Tra quelle che invece avevano già aderito allo screening organizzato, negli anni precedenti, sono stati scoperti 43 tumori maligni. Di questi 21 erano cancro invasivi (tab. 3.2.1.2.).

Tab. 3.2.1.2. N. donne a cui è stato scoperto un tumore maligno della mammella all'interno del programma di screening, per fasce d'età e distretti dell'Area Vasta. AV2, anno 2014

Distretti dell' AV2	casi di tumore maligno in donne aderenti per la prima volta allo screening organizzato		casi di tumore maligno in donne aderenti allo screening organizzato, non per la prima volta	
	donne tra 50-59 anni	donne tra 60-69 anni	donne tra 50-59 anni	donne tra 60-69 anni
Senigallia	0	1	3	4
Jesi	4	2	5	7
Fabriano	1	0	0	2
Ancona*	2	0	6	16
AV2	7	3	14	29

*Mancano le informazioni sulla malignità o meno del tumore per 26 donne a cui il programma di screening organizzato ha consigliato l'intervento chirurgico.

Fonte db screening oncologici, AV2.

Elaborazione UOE, AV2

Complessivamente nel 2014 all'interno dell'AV2 sono stati identificati circa 3 casi di tumore maligno della mammella femminile, ogni 1.000 donne (di età 50-69 anni) aderenti al programma di screening organizzato (tab. 3.2.1.3.).

Il tasso di identificazione (x 1.000 donne residenti), suddiviso tra quelle che nell'anno hanno aderito allo screening per la prima volta e quelle che invece avevano già eseguito lo screening in

precedenza, risulta rispettivamente pari a 5.8‰ e 3.1‰. I corrispettivi valori di questo indicatore relativi alla regione Marche, per la survey 2011-2012 (ultimo dato pubblicato, disponibile)⁶ sono del 5.0‰ e del 3.3‰.

Tab. 3.2.1.3. Tasso di identificazione totale° di tumore maligno per distretto dell'Area Vasta. AV2, anno 2014

Distretti dell'AV2	Totale donne con tumore maligno scoperto	Totale donne esaminate	Tasso di identificazione totale (DR * 1.000)
Senigallia	8	2 959	2.7
Jesi	18	4 038	4.5
Fabriano	3	938	3.2
Ancona*	24	7 564	3.2
AV2	53	15 499	3.4

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

*Mancano le info per 26 donne a cui il programma di screening ha consigliato l'intervento chirurgico

Fonte db screening oncologici, AV2.

Elaborazione UOE, AV2

Conclusioni/Riflessioni

- Nel periodo 2011-2014 nell'AV2 la copertura della mammografia a scopo preventivo secondo la periodicità stabilita dalle Linee Guida nazionali ed internazionali, è superiore tra le residenti rispetto a quella della regione Marche (87% contro il 79%).
- La quota di donne tra 50-69 anni che si è sottopone a mammografia di screening, nei tempi raccomandati, su iniziativa personale, (ovvero al di fuori del programma organizzato) è più elevata all'interno dell'AV2 rispetto alla regione Marche (42% contro 28%).
- *PASSI*, in confronto alla survey *GISMA*, sovrastima la copertura sia perché le informazioni sono "autoriferite" dagli intervistati e perciò, come già detto, possono essere soggette ad alcuni bias, sia perché per l'elaborazione di questo dato si utilizza un indicatore "proxy" consistente nell'informazione relativa al pagamento dell'esame⁷. Ciò porta ad una leggera sovrastima dell'adesione soprattutto nelle regioni/territori con programmi di screening organizzati ancora non ben sviluppati o sorti da poco tempo, dove potrebbe esserci un maggiore ricorso ad altre forme gratuite di esami extra-screening (ad esempio in base all'articolo 85 della legge 338/2000 - finanziaria 2001).
- Nell'AV2 l'adesione allo screening organizzato, secondo i dati della survey *GISMA*, pari al 48%, è leggermente inferiore allo standard $\geq 50\%$, considerato "accettabile".
- Il tasso di identificazione di tumore maligno all'interno del programma organizzato nel 2014 è stato pari a 3 casi di cancro ogni 1.000 donne aderenti; il *GISMA* non suggerisce nessuno standard di riferimento. Il 52% dei 53 tumori complessivamente individuati era invasivo.
- Il confronto AV2-Marche dei valori del tasso di identificazione di tumore maligno, suddiviso tra donne al primo screening e donne agli screening successivi evidenzia una sostanziale sovrapposibilità dei dati.
- Anche in questa Area Vasta, così come a livello nazionale si evidenzia chiaramente come il programma di screening organizzato riduca le disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione: per la gran parte delle donne con età più elevata, meno istruite o con maggiori difficoltà economiche l'offerta del programma organizzato rappresenta l'unica possibilità di fare prevenzione del tumore della mammella.

⁶ Osservatorio Nazionale Screening. Undicesimo rapporto. E&P anno 39 (3) maggio-giugno 2015
<http://www.osservatorionazionale screening.it/content/i-rapporti-annuali>. Ultimo accesso 18 febbraio 2016

⁷ La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è stata effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame. Per pagamento si intende sia quello relativo al costo completo dell'esame che quello del solo ticket.

3.2.2 SCREENING DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA

Epidemiologia

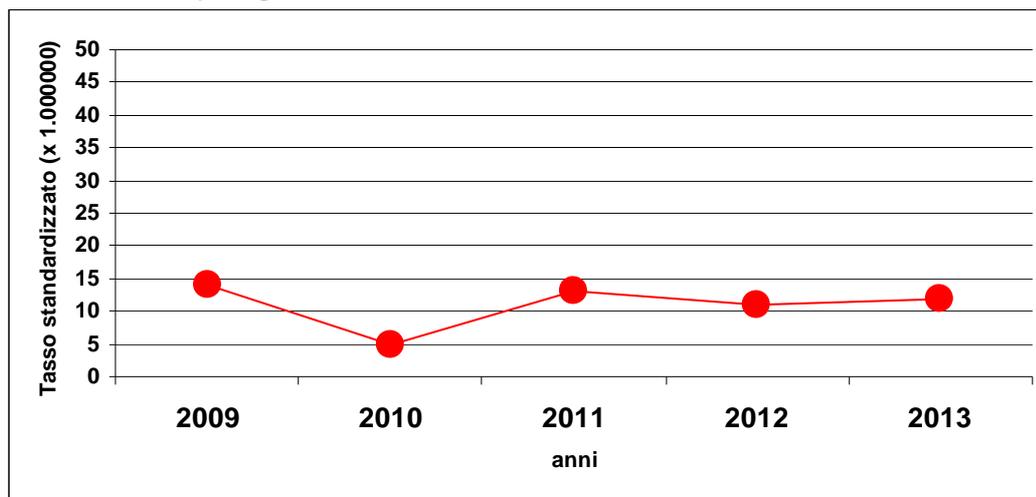
I dati provenienti dall'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM), evidenziano che il tumore maligno della cervice uterina⁸:

- è oggi un tumore raro. In Italia nel 2015 si stima un numero di casi attesi pari a circa 2.100;
- ha registrato, nell'ultimo decennio, un costante calo dell'incidenza (-2.9%/anno) in quanto da tempo la diagnosi precoce permette anche l'evidenziazione e l'asportazione delle lesioni preneoplastiche che ne caratterizzano la progressione;
- ha mostrato, negli ultimi due decenni, (assieme al cancro del corpo dell'utero⁹) un andamento della mortalità costantemente in calo (-1,4%/anno);
- ha avuto, negli ultimi 20 anni, un aumento della sopravvivenza, a 5 anni dopo la diagnosi, di circa 8 punti percentuali, passando dal 63% al 71%. Ciò in relazione all'anticipazione diagnostica ed al miglioramento delle terapie.

Nelle Marche, nel periodo 2009-2013, l'andamento del tasso standardizzato (x 1.000.000 donne residenti) di mortalità per tumore della cervice uterina risulta sostanzialmente stabile (Grafico 3.2.2.1.).

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

Grafico 3.2.2.1. Tasso standardizzato di mortalità per tumore della cervice uterina (per 1.000.000 donne residenti). Regione Marche, anni 2009-2013.



Fonte: <http://dati.istat.it/> Ultimo accesso 10 febbraio 2016

Elaborazione UOE, AV2

Copertura del pap-test effettuato a scopo preventivo

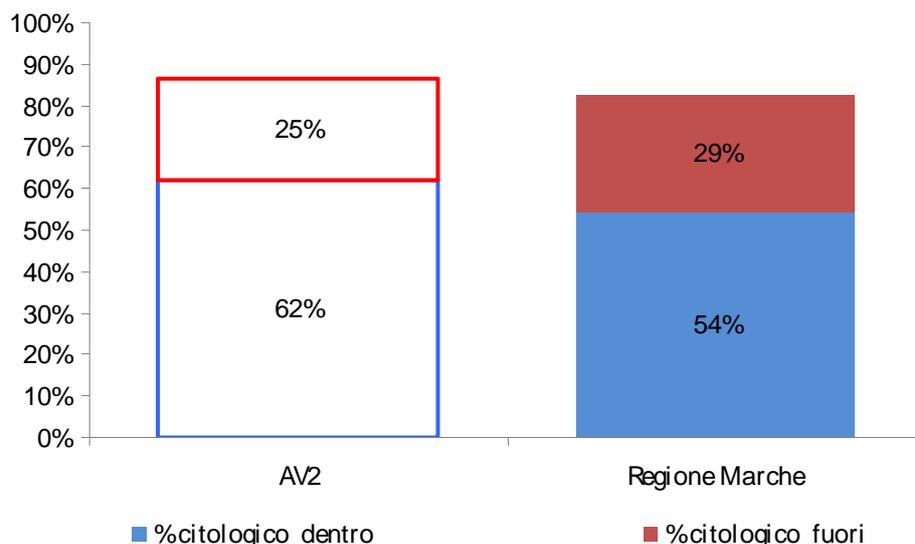
Dai dati del sistema di sorveglianza *PASSI* 2011-2014 si evince che l'87% delle donne intervistate di 25-64 anni, residenti nell'AV2, riferisce di aver effettuato un pap-test a scopo preventivo nel corso dei tre anni precedenti l'intervista, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali. Tale percentuale nella regione Marche è invece dell' 83%.

Il 62% della popolazione target femminile dell'AV2 (54% nelle Marche) aderisce al programma organizzato e il 25% (29% nella regione) si sottopone a pap-test preventivo su iniziativa personale al di fuori di esso (Grafico 3.2.2.2.).

⁸ "I numeri del Cancro in Italia. 2015" a cura dell'Associazione italiana di Oncologia Medica e dell'Associazione Italiana Registri Tumori

⁹ E' nota da tempo la difficoltà presente nelle statistiche di mortalità di distinguere la sottosede (cervice/corpo) nei decessi per tumori dell'utero.

Grafico 3.2.2.2 *Copertura della popolazione target: donne 25-64 anni che hanno fatto un pap-test preventivo negli ultimi 3 anni. Confronto AV2-Regione Marche, anni 2011-2014



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

Fonte: db Passi AV2

Elaborazione UOE, AV2

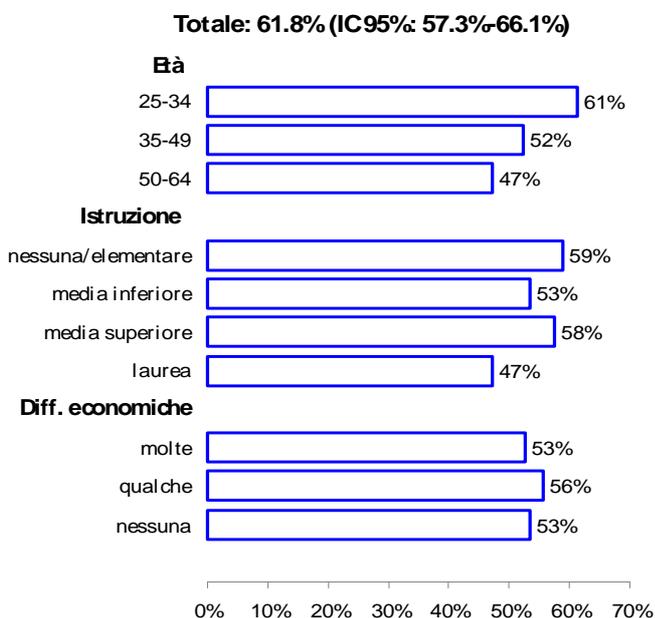
Caratteristiche socio-demografiche delle donne che effettuano un pap-test a scopo preventivo

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

La partecipazione allo screening è più frequente fra le donne in condizioni di svantaggio socio-economico: tra le più anziane (50-64enni) il 47% si è riferito al programma organizzato mentre il 21% ha fatto ricorso alla prevenzione al di fuori di esso; tra le meno istruite (cioè quelle con diploma di scuola elementare o meno) il 59% ha fatto un pap-test a scopo preventivo dentro il programma organizzato contro un 14% che lo ha eseguito fuori; tra quelle che hanno riferito molti problemi economici il 53% ha usufruito del programma organizzato contro il 14% che ha fatto il pap-test preventivo al di fuori.

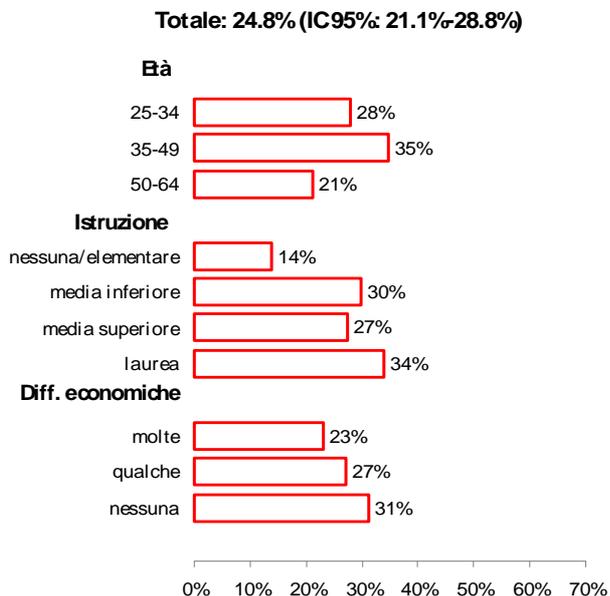
Specularmente lo screening spontaneo è prerogativa delle donne giovani (35% tra le 35-49enni); delle più istruite (34% tra le laureate) e di quelle senza difficoltà economiche (31% tra le donne che dichiarano di non averne) (Grafici 3.2.2.3. e 3.2.2.4.).

Grafico 3.2.2.3. Pap-test eseguito negli ultimi tre anni all'interno di programmi di screening organizzati – Donne 25-64enni residenti nell'AV2
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche – Passi 2011-14



Fonte: db Passi AV2
Elaborazione UOE, AV2

Grafico 3.2.2.4. Pap-test eseguito negli ultimi tre anni al di fuori di programmi di screening organizzati – Donne 25-64enni residenti nell'AV2
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche – Passi 2011-14



Fonte: db Passi AV2
Elaborazione UOE, AV2

Adesione al programma organizzato di screening cervicale

Dai dati della survey *G/SCI* 2015 (attività 2014) si evince che (tab. 3.2.2.1.):

- nell'AV2 sono state invitate al programma di screening organizzato complessivamente 54.817 donne di età tra 25-64 anni;
- l'adesione allo screening è stata del 41%: la percentuale più alta si è registrata nella fascia 50-64 anni (46%);
- dal confronto tra i distretti dell'AV2 esistono differenze nell'adesione.

Tab. 3.2.2.1. Donne invitate e % aderenti (adesione grezza)* per fasce d'età ed distretto dell'Area Vasta. AV2, anno 2014

Distretti dell'AV2	25-34		35-49		50-64		Totale	
	n. invitate	% adesione grezza						
Senigallia	1 399	43.4	2 881	42.6	3 702	47.9	7 982	45.2
Jesi	2 607	42.6	4 421	47.0	4 139	51.7	11 167	47.7
Fabriano	1 260	32.0	1 413	53.7	1 907	42.1	4 580	42.9
Ancona	6 560	30.9	13 518	33.4	11 010	42.6	31 088	36.2
AV2	11 826	35.3	22 233	38.9	20 758	45.5	54 817	40.6

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

Fonte db screening oncologici, AV2.
Elaborazione UOE, AV2

Casi di lesioni preneoplastiche o neoplastiche (CIN II+) individuate allo screening organizzato

Nel 2014 nell'AV2 le donne che hanno effettuato un pap-test all'interno dello screening organizzato (donne screenate¹⁰) sono state 21.980. A 44 di esse sono state diagnosticate lesioni preneoplastiche o neoplastiche (CIN II+) pari ad un tasso di identificazione totale (Detection Rate grezza) di 2 casi ogni 1.000 donne (di età 25-64 anni) "screenate" (tab. 3.2.2.2). In Italia il valore di questo indicatore riguardante il periodo di attività 2010-2012 è del 3.4%¹¹

Tab. 3.2.2.2. N. donne a cui è stata scoperta una lesione preneoplastica o neoplastica (CIN II+) della cervice uterina all'interno del programma di screening, per fasce d'età e distretti dell'Area Vasta AV2, anno 2014

Distretti dell'AV2	casi di lesioni CIN II + in donne screenate allo screening organizzato	Totale donne screenate*	Tasso di identificazione totale (DR * 1.000) [°]
Senigallia	10	3 889	2.57
Jesi	15	5 642	2.66
Fabriano	2	2 265	0.88
Ancona*	17	10 184	1.67
AV2	44	21 980	2.00

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

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

Fonte db screening oncologici, AV2.

Elaborazione UOE, AV2

Conclusioni/Riflessioni

- Nel periodo 2011-2014 nell'AV2 la copertura della popolazione target con il pap-test di screening, eseguito secondo la periodicità stabilita dalle Linee Guida nazionali ed internazionali, è maggiore di quella registrata nella regione Marche (87% contro l'83%). Entrambi i valori comunque superano ampiamente lo standard GISCI > 80%, considerato desiderabile.
- La quota di donne tra 25-64 anni che si sottopone a screening, nei tempi raccomandati, su iniziativa personale, (ovvero al di fuori del programma organizzato) è inferiore all'interno dell'AV2 rispetto alla regione Marche (25% contro 29%).
- *PASSI*, in confronto alla survey *GISCI*, sovrastima la copertura sia perché le informazioni sono "autoriferite" dagli intervistati e perciò, come già detto, possono essere soggette ad alcuni bias, sia perché per l'elaborazione di questo dato si utilizza un indicatore "proxy" consistente nell'informazione relativa al pagamento dell'esame¹². Ciò porta ad una leggera sovrastima dell'adesione soprattutto nelle regioni/territori con programmi di screening organizzati ancora non ben sviluppati o sorti da poco tempo, dove potrebbe esserci un maggiore ricorso ad altre forme gratuite di esami extra-screening (ad esempio in base all'articolo 85 della legge 338/2000 - finanziaria 2001).
- Il tasso di identificazione di lesioni preneoplastiche o neoplastiche (CIN II +), all'interno del programma organizzato, nel 2014 è stato pari a 2 casi ogni 1.000 donne aderenti. Questo valore è inferiore al dato italiano riportato per il periodo di attività 2010-2012. Va però precisato che la Detection Rate grezza nazionale è soggetta a un'alta variabilità geografica, a volte

¹⁰ donne che hanno effettuato un pap-test a seguito di un invito o su richiesta spontanea (previa verifica da parte della segreteria screening sia dell'età che della data dell'ultimo pap-test eseguito) all'interno dello screening organizzato.

¹¹ Osservatorio Nazionale Sc. Undicesimo rapporto. E&p anno 39 (3) maggio-giugno 2015

<http://www.osservatorionazionale screening.it/content/i-rapporti-annuali>. Ultimo accesso 18 febbraio 2016

¹² La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è stata effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame. Per pagamento si intende sia quello relativo al costo completo dell'esame che quello del solo ticket.

anche infraregionale¹³. Il *G/SCI* per questo indicatore non riporta alcuno standard di riferimento.

- Anche in questa Area Vasta, così come a livello nazionale si evidenzia chiaramente come il programma di screening organizzato riduca le disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione: per la gran parte delle donne con età più elevata, meno istruite o con maggiori difficoltà economiche l'offerta del programma organizzato rappresenta l'unica possibilità di fare prevenzione del tumore della cervice uterina.

3.2.3 SCREENING DEL TUMORE DEL COLON-RETTO

Epidemiologia

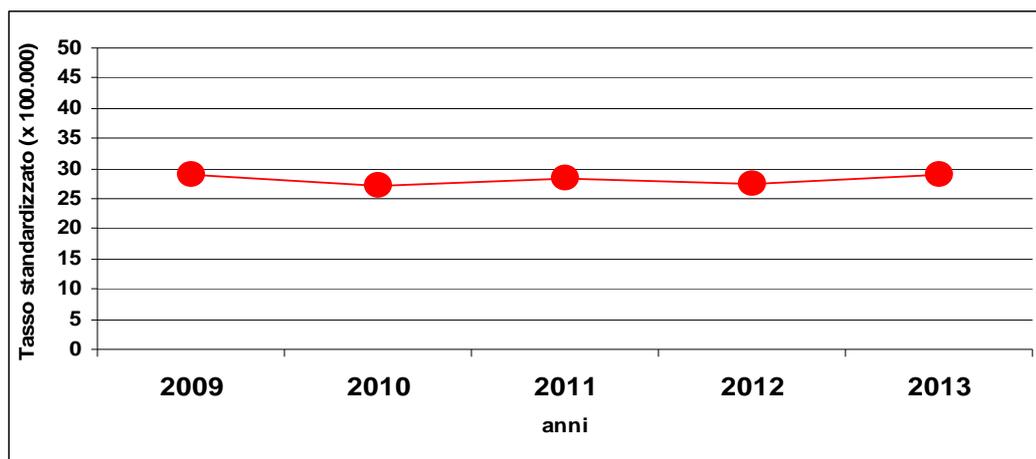
I dati provenienti dall'Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM)¹⁴, evidenziano che il tumore maligno del colon retto:

- rappresenta, come numeri assoluti, il tumore a maggiore insorgenza nella popolazione italiana: nel 2015 si stima un numero di nuovi casi attesi pari a circa 52.000; la progressiva crescita dell'incidenza negli ultimi decenni è stata dovuta alla diffusione dei fattori di rischio (stili di vita e familiarità), all'anticipazione diagnostica ed all'aumento dell'età media della popolazione;
- mostra un andamento dell'incidenza in aumento fino alla metà degli anni Duemila, seguito da una successiva riduzione (-7,1%/anno) dovuta agli effetti dell'attivazione dei programmi di screening organizzati;
- ha un andamento della mortalità in moderata diminuzione¹⁵;
- ha una sopravvivenza relativa a 5 anni dopo la diagnosi in aumento: dai primi anni 90' al periodo 2005-2007 negli uomini è passata dal 50% al 64%, nelle donne dal 51% al 63%.

Nelle Marche, nel periodo 2009-2013, l'andamento del tasso standardizzato (x 100.000 soggetti residenti) di mortalità per tumore del colon, del retto, dell'ano risulta sostanzialmente stabile (Grafico 3.2.3.1.).

Il programma organizzato di screening per questa neoplasia è partito in tutte le ex Zone Territoriali della regione nell'arco temporale dei 12 mesi del 2011.

Grafico 3.2.3.1. Tasso standardizzato di mortalità per tumore del colon, del retto e dell'ano (per 100.000 residenti). Regione Marche, anni 2009-2013



Fonte: <http://dati.istat.it/> Ultimo accesso 10 febbraio 2016

Elaborazione UOE, AV2

¹³ La Detection Rate per lesioni CIN II+ dipende dalla frequenza delle lesioni nella popolazione screenata, dagli intervalli fra test e dalla sensibilità del test.

¹⁴ "I numeri del Cancro in Italia. 2015" a cura dell'Associazione italiana di Oncologia Medica e dell'Associazione Italiana Registri Tumori.

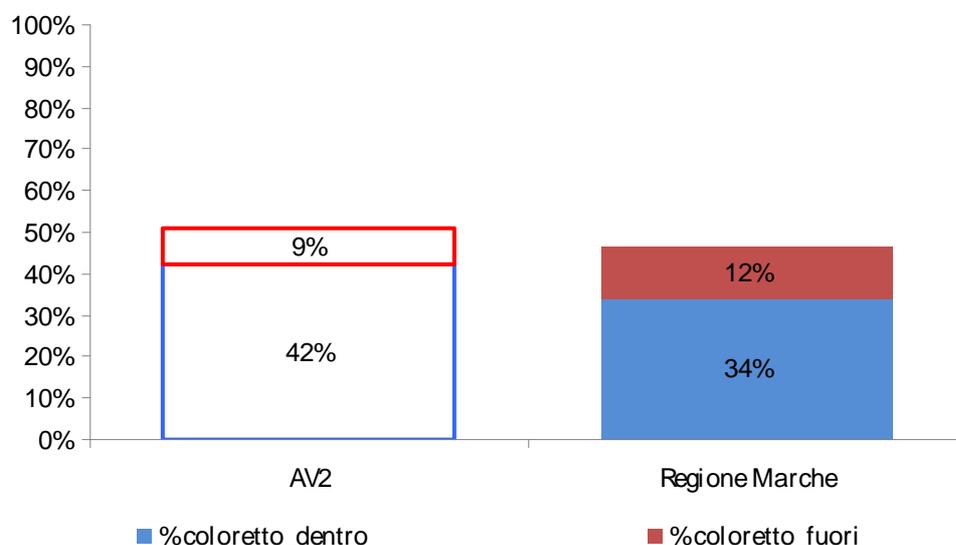
¹⁵ Lo screening permette la identificazione e l'asportazione di adenomi che potrebbero evolvere in carcinomi ed anche la diagnosi di carcinomi in stadio iniziale con una conseguente riduzione della mortalità sia per diminuzione dell'incidenza che per il riscontro di carcinomi in stadi più iniziali e, quindi, suscettibili di guarigione dopo terapia.

Copertura del test primario effettuato a scopo preventivo

Dai dati del sistema di sorveglianza *PASSI* 2011-2014 si evince che il 52% degli intervistati di 50-69 anni, residenti nell'AV2, riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci o una colonscopia a scopo preventivo rispettivamente nel corso dei due o cinque anni precedenti l'intervista, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali. Tale percentuale nella regione Marche è invece del 48%.

Il 42% della popolazione target dell'AV2 (34% nelle Marche) aderisce al programma organizzato e il 9% (12% nella regione) si sottopone test preventivo su iniziativa personale al di fuori di esso (Grafico 3.2.3.2.).

Grafico 3.2.3.2. *Copertura della popolazione target: persone 50-69 anni che hanno fatto un esame di screening° per tumore del colon retto negli ultimi 2/5 anni. Confronto AV2-Regione Marche, anni 2011-2014



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

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

Fonte: db Passi AV2

Elaborazione UOE, AV2

Caratteristiche socio-demografiche delle persone che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo all'interno del programma organizzato

Nell'AV2 la partecipazione al programma di screening organizzato è più frequente nei 60-69enni (49%) rispetto ai 50-59enni (35%); tra quelli con livello di istruzione di scuola media inferiore e tra coloro che riferiscono di avere qualche difficoltà economica (Grafico 3.2.3.3.).

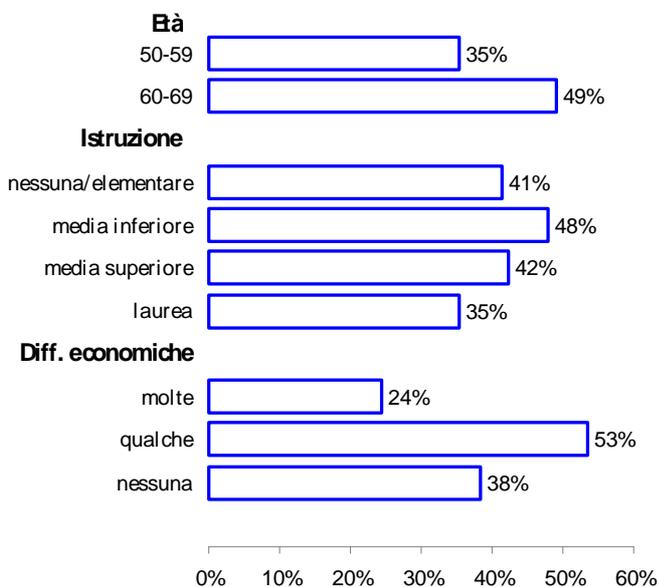
Circa la periodicità di esecuzione del test (Grafico 3.2.3.3):

- uno su due (50.3%) riferisce di non averlo mai effettuato;
- il 7% di averlo fatto da più di due anni;
- il 42.8% complessivamente di averlo eseguito negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista o tra 1 e 2 anni prima.

Grafico 3.2.3.3. Ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni all'interno del programma di screening organizzato - Persone 50-69enni, residenti nell'AV2

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche – Passi 2011-14

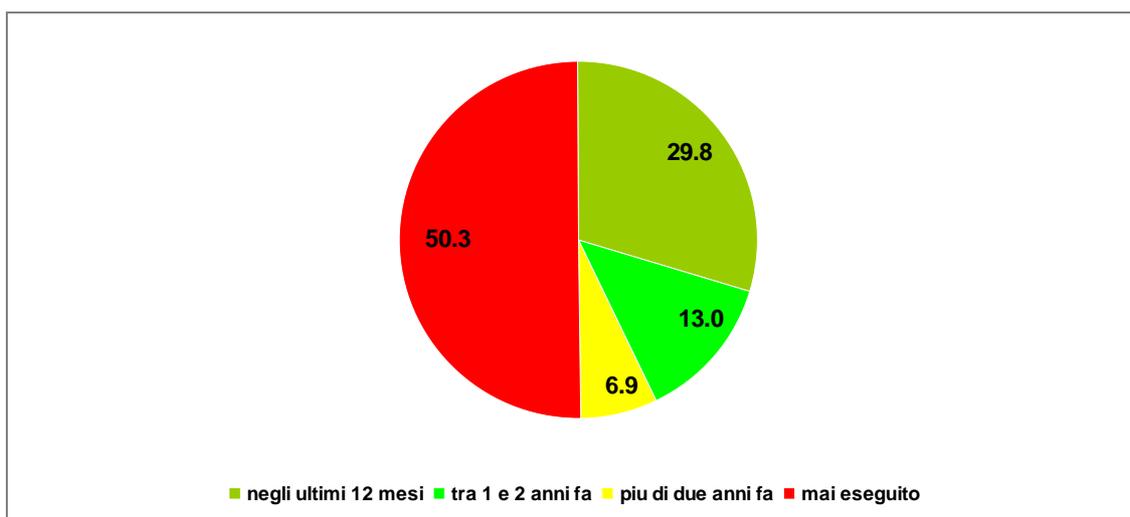
Totale: 42.4% (IC95%: 37.9%-47.1%)



Fonte: db Passi AV2
Elaborazione UOE, AV2

Grafico 3.2.3.4. Periodicità di esecuzione della ricerca del sangue occulto nelle feci - Persone 50-69enni, residenti nell'AV2

Prevalenza – Passi 2011-14



Fonte: db Passi AV2
Elaborazione UOE, AV2

Adesione al programma organizzato di screening colorettales

Dai dati della survey *GISCoR* 2015 (attività 2014) si evince che (tab. 3.2.3.1.):

- nell'AV2 sono state invitate al programma di screening organizzato complessivamente 79.676 soggetti di età tra 50-69 anni;
- l'adesione allo screening è stata del 30%;
- dal confronto tra i distretti dell'AV2 esistono differenze nell'adesione.

Tab. 3.2.3.1. Persone invitate e % aderenti (adesione grezza)* per distretto dell'Area Vasta. AV2, anno 2014

Distretti dell'AV2	Totale	
	n. Invitati	% adesione grezza
Senigallia	10 645	43.8
Jesi	13 955	42.0
Fabriano	6 006	28.6
Ancona	49 070	23.0
AV2	79 676	29.5

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

Fonte db screening oncologici, AV2.

Elaborazione UOE, AV2

Casi di tumori/adenomi avanzati individuati allo screening colorettales

Nel 2014 nell'AV2 tra le persone esaminate all'interno del programma organizzato sono stati scoperti 25 casi di tumore maligno (il 68% nella fascia dei 60-69enni) e 215 casi di adenoma avanzato che avrebbero potuto evolvere in cancro (tab. 3.2.3.2.).

Il tasso di identificazione (x 1.000 persone residenti), suddiviso tra casi di tumore maligno e adenomi avanzati, risulta rispettivamente pari a 1.1‰ e 9.1‰. (tab. 3.2.3.3.) I corrispettivi valori di questo indicatore relativi alla regione Marche, per la survey 2011-2012 (ultimo dato disponibile, pubblicato)¹⁶ sono all'incirca del 2.4‰ e del 14.0‰.

Tab. 3.2.3.2. N. persone a cui è stato scoperto un carcinoma colorettales o un adenoma avanzato del colon retto all'interno del programma di screening, per fasce d'età e distretti dell'Area Vasta. AV2, anno 2014

Distretti dell'AV2	50-59 anni		60-69 anni		Totale	
	N. casi di cancro colorettales	N. casi di adenoma avanzato	N. casi di cancro colorettales	N. casi di adenoma avanzato	N. casi di cancro colorettales	N. casi di adenoma avanzato
Senigallia	0	1	4	3	4	4
Jesi	4	46	2	23	6	69
Fabriano	1	7	0	17	1	24
Ancona	3	45	11	73	14	118
AV2	8	99	17	116	25	215

Fonte db screening oncologici, AV2.

Elaborazione UOE, AV2

¹⁶ Osservatorio Nazionale Screening. Undicesimo rapporto. E&p anno 39 (3) maggio-giugno 2015
<http://www.osservatorionazionale screening.it/content/i-rapporti-annuali>. Ultimo accesso 18 febbraio 2016

Tab. 3.2.3.3. Tasso di identificazione totale° per tumore maligno e per adenoma avanzato per distretto dell'Area Vasta. AV2, anno 2014

Distretti dell'AV2	N. casi di cancro coloretale	N. casi di adenoma avanzato	Totale persone esaminate	Tasso di identificazione totale (DR * 1.000) per cancro	Tasso di identificazione totale (DR * 1.000) per adenoma avanzato
Senigallia	4	4	4 663	0.9	0.9
Jesi	6	69	5 854	1.0	11.8
Fabriano	1	24	1 708	0.6	14.1
Ancona	14	118	11 283	1.2	10.5
AV2	25	215	23 508	1.1	9.1

Fonte db screening oncologici, AV2.

Elaborazione UOE, AV2

Conclusioni/Riflessioni

- Nel periodo 2011-2014 nell'AV2 la copertura della popolazione target con il test di screening (ricerca del sangue occulto nelle feci o coloscopia), eseguito secondo la periodicità stabilita dalle Linee Guida nazionali ed internazionali, è maggiore di quella registrata nella regione Marche (52% contro il 48%). Entrambi i valori comunque sono molto inferiori ai corrispettivi descritti per gli screening dei tumori femminili. Ciò in quanto lo screening coloretale “sconta la sua giovane età” essendo stato attivato da relativamente poco tempo sia nell'Area Vasta che su tutto il territorio della regione Marche.
- Nell'AV2 la quota di persone tra 50-69 anni che riferisce di non essersi ancora mai sottoposta allo screening è alta: 50.3%; questo dato è leggermente inferiore a quello regionale pari al 52.2%.
- *PASSI*, in confronto alla survey *GISCO*R, sovrastima la copertura sia perché le informazioni sono “autoriferite” dagli intervistati e perciò, come già detto, possono essere soggette ad alcuni bias, sia perché per l'elaborazione di questo dato si utilizza un indicatore “proxy” consistente nell'informazione relativa al pagamento dell'esame¹⁷. Ciò porta ad una leggera sovrastima dell'adesione soprattutto nelle regioni/territori con programmi di screening organizzati ancora non ben sviluppati o sorti da poco tempo, dove potrebbe esserci un maggiore ricorso ad altre forme gratuite di esami extra-screening (ad esempio in base all'articolo 85 della legge 338/2000 - finanziaria 2001).
- Nell'AV2 l'adesione allo screening organizzato, secondo i dati della survey *GISCO*R, pari al 29.5%, è inferiore allo standard >45%, considerato “accettabile”.
- Il confronto complessivo tra Area Vasta e regione Marche del tasso di identificazione, suddiviso tra tumore maligno e adenoma avanzato mostra valori inferiori per l'AV2.
- Tra le persone nella fascia di età target *aderenti per la prima volta* allo screening, nell'anno 2014, il tasso di identificazione nell'AV2 è stato:
 - o per tumore maligno del 1.5‰ inferiore a >2.0‰ che è il valore indicato dal *GISCO*R come accettabile;
 - o per adenoma avanzato dell'11.4‰ superiore a >7.5‰ che è il valore indicato dal *GISCO*R come accettabile.
- Tra le persone nella fascia di età target *che avevano già aderito* allo screening, nell'anno 2014, il tasso di identificazione nell'AV2 è stato:

¹⁷ La stima della copertura dentro e fuori dai programmi di screening organizzati è stata effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame. Per pagamento si intende sia quello relativo al costo completo dell'esame che quello del solo ticket.

- per tumore maligno dello 0.7‰ leggermente inferiore a > 1‰ che è il valore indicato dal GISCoR come accettabile;
 - per adenoma avanzato del 7.3‰ superiore a > 5‰ che è il valore indicato dal GISCoR come accettabile.
- Pertanto, in sintesi, i valori dei tassi di identificazione sopra riportati mostrano una sostanziale aderenza agli standard proposti dal *GISCoR*, eccetto che per i casi di tumore maligno scoperti tra i soggetti aderenti allo screening per la prima volta.

3.4. LE COPERTURE VACCINALI

Fonti informative:
- archivio dati Regione Marche

Nonostante la fondamentale importanza delle vaccinazioni il fenomeno dell'esitazione vaccinale appare in crescita in tutte le Regioni e, seppure in presenza di differenze significative tra i territori, i dati di copertura evidenziano il persistere del fenomeno sul territorio regionale. Al rifiuto di tipo ideologico, fenomeno difficilmente contrastabile con i tradizionali strumenti (solleciti ripetuti, counselling vaccinale, etc.), si affianca il ritardo o la scelta di effettuare solo alcune delle vaccinazioni raccomandate, spesso per la diffidenza derivata dal timore degli effetti collaterali. I movimenti antivaccinali, sempre più radicati sul territorio italiano e regionale stanno diffondendo disinformazione in maniera efficace anche grazie ai nuovi media per la comunicazione (social network come facebook e canali video come youtube). Del resto è on line che i più giovani ricercano informazioni e sul web è veicolata gran parte della disinformazione spesso incontrollata, che riguarda anche l'ambito vaccinale.

I dati relativi all'Area Vasta 2 confermano il trend in diminuzione delle coperture vaccinali e l'allontanamento, sempre più consolidato, dagli obiettivi nazionali di copertura vaccinale.

Le attività vaccinali nell'Area Vasta 2

Le coperture vaccinali a 24 mesi (rilevamento al 31.12.2015 sulla coorte dei nati del 2013) risultano inferiori al 95% (obiettivo nazionale) per il secondo anno consecutivo. La copertura contro morbillo, parotite e rosolia continua a scendere e si attesta sotto il 90% in tutti i distretti dell'AV2. Tra le singole ex zone territoriali si evidenziano dati di copertura vaccinale disomogenei (tab. 3.4.1.) e i dati più recenti, paragonati a quelli registrati negli anni precedenti, attestano una riduzione significativa delle coperture vaccinali in particolar modo per la vaccinazione MPR (tab. 3.4.2).

Tab. 3.4.1 : coperture vaccinali al 31.12.2015 (coorte 2013) per Distretto. Area Vasta 2

Cicli vaccinali completi al 31/12/2011		Senigallia	Jesi	Fabriano	Ancona	Area Vasta 2
Vaccino	Antipolio ^(a)	90,2	91,7	94,6	94,8	93,4%
	DTP ^(a)	90,2	91,6	94,6	94,5	93,2%
	Antiepatite B ^(a)	89,6	91,7	94,6	93,7	92,7%
	Hib ^(c)	90,2	91,5	94,6	93,7	92,7%
	MPR ^(b)	83,1	81,1	90	85,7	84,7%
	Antipneumo (PCV13)	88,1	90,3	90,6	90,9	90,3%
	Antimeningo C	82,1	80,9	86	82,7	82,5%

Tab.3.4.2: confronto sulle coperture vaccinali per le coorti 2009, 2011 e 2013. Attività vaccinale Area Vasta 2.

Vaccino	Copertura vaccinale (24 mesi) al 31/12/2011 (coorte 2009)	Copertura vaccinale (24 mesi) al 31/12/2013 (coorte 2011)	Copertura vaccinale (24 mesi) al 31/12/2015 (coorte 2013)
Antipolio^(a)	97,80%	97,34%	93,4%
DTP^(a)	97,77%	97,35%	93,2%
Antiepatite B^(a)	97,69%	97,22%	92,7%
Hib^(c)	97,65%	97,31%	92,7%
MPR^(b)	94,72%	90,63%	84,7%
Antipneumo (PCV 13)	61,16%*	94,89%	90,3%
Antimeningo C	56,28%*	87,53%	82,5%

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi

(b) Ciclo vaccinale di base completo = 1 dose

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

* Coorte 2008 al 31/12/2011

Scendono anche le coperture vaccinali per il vaccino anti pneumococcico e anti meningococcico tipo C che dal 2010 sono stati inseriti nel calendario vaccinale regionale (DGR 1662/2010). Le prime rilevazioni ufficiali (al 31/12/2013) avevano mostrato coperture ben più elevate di quelle registrate negli anni precedenti; dall'ultima rilevazione emerge una riduzione di oltre i 4 punti percentuale, per coperture che si attestano a valori sempre più distanti rispetto agli obiettivi di copertura ministeriali (95%) (tab. 3.4.2.).

I dati di copertura vaccinale relativi alle 4^e dosi di DTP, Antipolio e alle 2^e dosi di MPR somministrate al 6^o anno di vita del bambino (coorte 2008) si attestano rispettivamente al 93,2% e 90,3 % mentre i dati di copertura con 5^a dose di vaccinazione antitetanica e 1^a e 2^a dose di MPR negli adolescenti (16 anni, coorte 1999) sono pari rispettivamente al 93,6 %, al 82,6% e al 84,1%, coperture inferiori rispetto a quelle previste dagli obiettivi nazionali (95%).

Nel 2008 è stata introdotta la vaccinazione contro il papilloma virus, rivolta alle ragazze nel dodicesimo anno di vita. La tab. 3.4.3 mostra, per ogni coorte di nascita, dal 1991 al 2003, l'andamento della somministrazione del vaccino nelle tre dosi previste con la percentuale delle ragazze vaccinate. La coorte che ha riscontrato il maggior numero di vaccinate, con una copertura complessiva superiore al 75% è quella del 1997 (77,9%). Nelle coorti di nascita successive si registra una flessione costante dei dati di copertura, verosimilmente associata alle ridotte attività di promozione della vaccinazione stessa che all'atto della sua introduzione furono fortemente sostenute dall'allora Ministro alla Salute. Al momento della stesura del presente capitolo le chiamate per la coorte 2003 non risultano ancora terminate in tutti i distretti (dato, dunque, da considerare parziale).

Tab. 3.4.3: coperture vaccinali antipapilloma virus (ciclo completo) per coorte di nascita e Ex Zona Territoriale, Area Vasta 2

Ex ZT AV 2	Coperture vaccinali per coorte di nascita												
	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992	1991
Senigallia	31,3	46,8	61,1	71,5	72,0	79,6	79,5	59,3	53,5	42,9	50,5	42,5	37,1
Jesi	50,5	64,1	65,9	70,4	70,8	83,3	78,8	75,1	51,5	22,5	18,2	35,8	41,6
Fabriano	78,8	67,7	77,3	84,1	83,1	81,4	77,6	79,0	77,7	59,1	69,0	66,3	30,5
Ancona	56,6	63,5	69,2	70,7	70,1	72,4	77,1	56,8	51,4	58,6	52,6	11,9	9,6
Area Vasta 2	53,1	61,7	67,9	72,0	71,8	76,8	77,9	63,4	54,5	48,1	46,7	27,6	24,2

4 LA MORBOSITA'

4.1 I ricoveri ospedalieri

Fonti informative:
- archivio dati db Schede di dimissione ospedaliera, fornitoci dall'ARS-Marche

L'elaborazione, effettuata su database delle Schede di Dimissione Ospedaliera dell'anno 2014 fornito dalla regione Marche, è relativa ai cittadini residenti nelle sedi dell'Area Vasta 2.

Non sono compresi i DRG 391 relativi ai 'neonati sani' ed i ricoveri effettuati fuori regione.

Diagnosi principali, Drg e interventi Principali si riferiscono a tutti i ricoveri, ordinari e diurni, effettuati solamente nelle strutture sanitarie della Regione Marche.

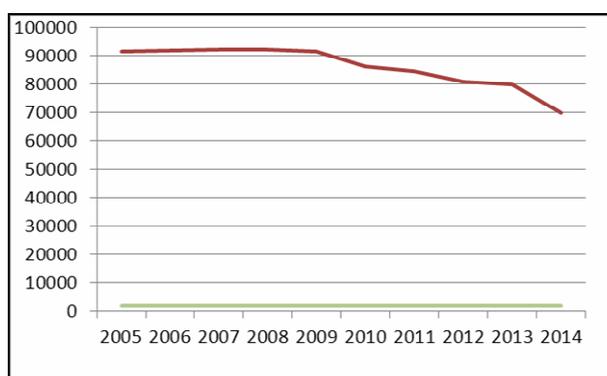
4.1.1 CARATTERISTICHE GENERALI DI TUTTI I RICOVERI

In Italia nel 2014 diminuiscono i ricoveri ospedalieri: ne sono stati effettuati 9.526.832, con una riduzione rispetto al 2013 di circa 315 mila ricoveri (-3,2%). E' quanto illustrato nel Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (dati SDO 2014), a cura dell'Ufficio VI della D.G. programmazione sanitaria del Ministero della salute.

Dalla tabella che segue si può osservare anche per l'Area Vasta 2 una notevole riduzione del numero complessivo di ricoveri (ordinari e diurni) dal 2008 in poi, (Tab. 4.1.1.1 e Grafico 4.1.1.1).

Tab. 4.1.1.1. e Grafico 4.1.1.1 Frequenza ricoveri dei cittadini residenti AV2 - periodo 2005-2014

Anno	Frequenza
2005	91535
2006	92089
2007	92412
2008	92128
2009	91443
2010	86190
2011	84761
2012	80984
2013	79996
2014 (*)	69925



* (solo ricoveri di residenti in strutture intra-regionali)

Tab. 4.1.1.2 Frequenza dei ricoveri per regime di ricovero AV2- anno 2014

Regime di ricovero	Frequenza	%
Ordinario	52725	75,4
Diurno	17200	24,6
Totale	69925	100,0

La metà dei ricoveri è dei residenti nella sede di Ancona (53%) e a seguire i residenti della sede di Jesi (21,7%); oltre alla diversa distribuzione della popolazione sul territorio pesa probabilmente anche la maggiore 'offerta': l'Azienda Ospedaliera di Torrette, e gli Ospedali Riuniti di Jesi. (Tab. 4.1.1.3.).

Ancona e Fabriano hanno il più alto tasso di ospedalizzazione, questo fatto è oggetto di analisi più dettagliate e approfondite (tab. 4.1.1.4).

Sono più numerosi i ricoveri di donne. (tab. 4.1.1.5.).

Per quanto riguarda l'età i ricoveri riguardano per la maggior parte le fasce di età da 40 a 64 anni e da 75 anni e più (tab. 4.1.1.6.).

In tab. 4.1.1.7 è riportata la distribuzione dei ricoveri per classe d'età e regime di ricovero.

Tab 4.1.1.3 Frequenza dei ricoveri AV2 per Sede territoriale – anno 2014

Sede Territoriale	Tutti i ricoveri		Ricoveri ordinari	
	Frequenza	%	Frequenza	%
Senigallia	10828	15,5	8305	15,8
Jesi	15155	21,7	11672	22,1
Fabriano	6874	9,8	5537	10,5
Ancona	37068	53,0	27211	51,6
Totale	69925	100,0	52725	100,0

Tab 4.1.1.4. Tasso di ospedalizzazione per Sede territoriale AV2 – anno 2014

Sede	N. Abitanti	N. Ricoveri	Tasso di ospedalizzazione totale ‰
Senigallia	79.445	10.828	136,3
Jesi	108.410	15.155	139,8
Fabriano	47.460	6.874	144,8
Ancona	255.573	37.068	145,0
Area Vasta 2	490.888	69.925	142,4

Tab. 4.1.1.5 Distribuzione dei ricoveri AV2 per genere- anno 2014

Sesso	Tutti i ricoveri		Ricoveri ordinari	
	Frequenza	%	Frequenza	%
Maschi	32611	46,6	24503	46,5
Femmine	37314	53,4	28222	53,5
Totale	69925	100,00	52725	100,0

Tab. 4.1.1.6 Distribuzione per classe di età e genere di tutti i ricoveri AV2 - anno 2014

Classe di età	Maschi	%	Femmine	%	Totale	% Totale
1) 0-14	3090	9,5	2345	6,3	5435	7,8
2) 15-39	3577	11,0	8677	23,3	12254	17,5
3) 40-64	8809	27,0	9367	25,1	18176	26
4) 65-74	6739	20,7	5310	14,2	12049	17,2
5) 75 e più	10396	31,9	11615	31,1	22011	31,5
Totale	32611	100	37314	100	69925	100

Tab. 4.1.1.7. Distribuzione per classe di età e regime di ricovero, AV2 - anno 2014

Classe di età	Ricoveri diurni		Ricoveri ordinari	
	Frequenza	%	Frequenza	%
0-14	1587	9,2	3848	7,3
15-39	2996	17,4	9258	17,6
40-64	5887	34,2	12289	23,3
65-74	3244	18,9	8805	16,7
75 e più	3486	20,3	18525	35,1
Totale	17200	100,0	52725	100,0

Dal tasso di ospedalizzazione per fascia di età risulta (tab. 4.1.1.8.):

- una maggiore propensione al ricovero nei maschi rispetto alle femmine nella fascia d'età zero-14 anni e nella fascia d'età maggiore di 75 anni,
- un picco di ricoveri per le donne in età fertile tra i 15 ed i 39 anni, ragionevolmente imputabile al parto;

Complessivamente il tasso di ospedalizzazione è pari a 142‰, più alto per le femmine: 147‰ rispetto a 138‰ dei maschi.

Tab. 4.1.1.8. Tasso di ospedalizzazione per classe di età, AV2 - anno 2014

Età	N. Maschi	Ricoveri Maschi	Tasso ospedalizzazione e Maschi ‰	Femmine	Ricoveri Femmine	Tasso ospedalizzazione e Femmine ‰	Maschi + Femmine	Totale ricoveri	Tasso di ospedalizzazione totale ‰
0-14	33593	3090	92,0	31796	2345	73,8	65389	5435	83,1
15-39	66546	3577	53,8	64719	8677	134,1	131265	12254	93,4
40-64	86576	8809	101,7	90184	9367	103,9	176760	18176	102,8
65-74	25320	6739	266,2	28427	5310	186,8	53747	12049	224,2
75 e più	24488	10396	424,5	39239	11615	296,0	63727	22011	345,4
Totale	236523	32611	137,9	254365	37314	146,7	490888	69925	142,4

Tra gli stranieri il maggior numero di ricoveri riguardano cittadini della Romania seguiti da quelli dell'Albania e del Marocco (tab. 4.1.1.9.)

Tab. 4.1.1.9. Frequenza dei ricoveri per cittadinanza dei residenti AV2 (prime 10 nazioni) - anno 2014

Codice	Cittadinanza	Frequenza	%
Totale		69925	100,0
100	Italia	65782	94,1
235	Romania	746	1,1
201	Albania	464	0,7
436	Marocco	312	0,4
305	Bangladesh	302	0,4
253	Macedonia	245	0,4
460	Tunisia	227	0,3
443	Nigeria	187	0,3
330	India	140	0,2
314	Cina	121	0,2

Per quanto riguarda tutti i ricoveri le **diagnosi principali** tra le prime 10 in ordine di frequenza, escludendo la diagnosi di Parto normale, si trovano con le percentuali maggiori i ricoveri per 'Chemioterapia antineoplastica', 'Insufficienza respiratoria acuta', 'Insufficienza del cuore sinistro' (scompenso cardiaco sinistro), 'Ernia inguinale monolaterale o non specificata, senza menzione di ostruzione o gangrena', 'Insufficienza cardiaca congestizia non specificata' (scompenso cardiaco congestizio non specificato), 'Fibrillazione atriale'(tab. 4.1.1.10.).

Tab. 4.1.1.10. Frequenza della diagnosi principale (prime 10) di tutti i ricoveri – AV2, anno 2014

Codici ICDIX-CM	Descrizione	Frequenza	%
Totale		69925	100,0
V5811	Chemioterapia antineoplastica	2626	3,8
650	Parto normale	1811	2,6
51881	Insufficienza respiratoria acuta	1086	1,6
4281	Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)	978	1,4
55090	Ernia inguinale monolaterale o non specificata, senza menzione di ostruzione o gangrena	949	1,4
4280	Insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato)	821	1,2
66971	Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione, parto con o senza menzione delle manifestazioni antepartum	719	1,0
6210	Polipo del corpo dell'utero	701	1,0
71516	Artrosi localizzata primaria, ginocchio	566	0,8
42731	Fibrillazione atriale	541	0,8

I DRG più frequenti (primi 10) di tutti i ricoveri nel periodo, sempre escludendo il Parto vaginale senza diagnosi complicante ed i ricoveri legati al parto, riguardano la 'Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta', l' 'Insufficienza cardiaca e shock', gli 'Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne', senza cc, gli 'Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 anni senza cc' o l' 'Emorragia intracranica o infarto cerebrale', la 'Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori', l'Edema polmonare o insufficienza respiratoria e le 'Malattie degenerative del sistema nervoso. (tab. 4.1.1.11.)

Tab 4.1.1.11. Frequenza dei DRG (primi 10) di tutti i ricoveri – AV2, anno 2014

N. DRG	Descrizione	Frequenza	%
Totale		69925	100,00%
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2592	3,70%
127	Insufficienza cardiaca e shock	2222	3,20%
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	2074	3,00%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	1277	1,80%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età' >17 anni senza cc	1204	1,70%
371	Parto cesareo senza cc	1157	1,70%
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	1089	1,60%
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1129	1,60%
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1086	1,60%
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	1027	1,50%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	1057	1,50%

Gli **interventi principali** effettuati in tutti i ricoveri sono la 'Radiografia del torace di routine', l'Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore', SAI', l'Altra assistenza manuale al parto', l'Elettrocardiogramma', 'Tomografia assiale Computerizzata (TAC) del capo'. Poi a seguire con percentuali inferiori l'Iniezione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche', il 'Taglio cesareo cervicale basso', la 'Diagnosi ecografica del cuore', l'Arteriografia coronarica con catetere doppio' e la 'Diagnostica ecografica addominale e retroperitoneale' (tab. 4.1.1.12.).

Tab. 4.1.1.12. Frequenza per Intervento principale (primi 10) di tutti i ricoveri

Codici ICD IX CM	Descrizione	Frequenza	%
Totale		69925	100,00%
8744	Radiografia del torace di routine, SAI	2519	3,60%
9925	Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore	2441	3,50%
7359	Altra assistenza manuale al parto	2121	3,00%
8952	Elettrocardiogramma	1852	2,60%
8703	Tomografia assiale Computerizzata (TAC) del capo	1735	2,50%
9929	Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche	1350	1,90%
741	Taglio cesareo cervicale basso	1260	1,80%
8872	Diagnosi ecografica del cuore	1121	1,60%
8856	Arteriografia coronarica con catetere doppio	876	1,30%
8876	Diagnostica ecografica addominale e retroperitoneale	870	1,20%

4.1.2 CARATTERISTICHE DEI RICOVERI ORDINARI PER ACUTI

In Italia nel 2014 la degenza media dei ricoveri ordinari per Acuti si mantiene intorno ai 6,8 giorni, valore che si mantiene costante da diversi anni.

Nell'AV2 è di 8,6 (DS± 9,8322, moda 2 e mediana 6, si considerano i ricoveri con degenza > 1 giorno), uguale a quella del 2013.

La principale causa di ricorso all'ospedalizzazione in regime ordinario, pur non costituendo una condizione patologica, è rappresentata dal parto. Escludendo il parto, le principali cause di ospedalizzazione sono riconducibili a patologie respiratorie e cardiovascolari, a ernia inguinale, artrosi, ad interventi chirurgici per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori ed a tumori della mammella come evidente dalla frequenza delle diagnosi principali e dei Drg (tab. 4.1.2.1, 4.1.2.2.).

Anche in Italia, escludendo il parto, le principali cause di ospedalizzazione sono riconducibili a patologie cardiovascolari (Insufficienza cardiaca e shock) e respiratorie (Edema polmonare e insufficienza respiratoria) e ad interventi chirurgici per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori.

Tab. 4.1.2.1. Frequenza della diagnosi principale (prime 10) dei ricoveri in regime ordinario per acuti (*) – AV2, anno 2014

Codici ICD IX-CM	Descrizione	Frequenza	%
Totale		49699	100,00%
650	Parto normale	1811	3,60%
51881	Insufficienza respiratoria acuta	1051	2,10%
4281	Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)	945	1,90%
4280	Insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non specificato)	723	1,50%
66971	Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione, parto con o senza menzione delle manifestazioni antepartum	719	1,40%
55090	Ernia inguinale monolaterale o non specificata, senza menzione di ostruzione o gangrena	596	1,20%
42731	Fibrillazione atriale	528	1,10%
41071	Infarto subendocardico, episodio iniziale di assistenza	517	1,00%
71516	Artrosi localizzata primaria, ginocchio	437	0,90%
1749	Tumori maligni della mammella (della donna),non specificata	408	0,80%

(*) Si considerano i ricoveri ordinari, relativi a residenti in regione (Area Vasta 2). Sono esclusi i ricoveri: erogati da strutture private non accreditate, relativi a neonati sani (DRG 391), relativi ai dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione, lungodegenti, neuro riabilitazione (codici 28, 56, 60, 75) – Fonte: indicatori nazionali – Ministero della Salute

Tab. 4.1.2.2. Frequenza del DRG (primi 10) dei ricoveri in regime ordinario per acuti – AV2, anno 2014

N. DRG	Descrizione	Frequenza	%
Totale		49699	100,00%
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	2074	4,20%
127	Insufficienza cardiaca e shock	2025	4,10%
371	Parto cesareo senza cc	1156	2,30%
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1128	2,30%
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	993	2,00%
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	969	1,90%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età' >17 anni senza cc	816	1,60%
316	Insufficienza renale	741	1,50%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	740	1,50%
89	Polmonite semplice e pleurite età > 17 anni con cc	671	1,40%

Nella tab. 4.1.2.3. sono evidenziati gli interventi principali, più frequenti, svolti in regime di ricovero ordinario per acuti.

Tab. 4.1.2.3. Frequenza degli interventi principali (primi 10) dei ricoveri in regime ordinario per acuti i – AV2, anno 2014

Codici ICD IX CM	Descrizione	Frequenza	%
Totale		49699	100,00%
8744	Radiografia del torace di routine, SAI	2352	4,70%
7359	Altra assistenza manuale al parto	2121	4,30%
8703	Tomografia assiale Computerizzata (TAC) del capo	1668	3,40%
8952	Elettrocardiogramma	1544	3,10%
741	Taglio cesareo cervicale basso	1259	2,50%
8872	Diagnosi ecografica del cuore	1094	2,20%
8856	Arteriografia coronarica con catetere doppio	868	1,70%
9929	Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche	825	1,70%
8876	Diagnostica ecografica addominale e retroperitoneale	783	1,60%
8741	Tomografia assiale Computerizzata (TAC) del torace	741	1,50%
5123	Colecistectomia laparoscopica	670	1,30%

4.1.3 CARATTERISTICHE DEI RICOVERI IN REGIME DIURNO

In Italia il numero di ricoveri in regime diurno effettuati, si riduce rispetto al 2013 da 2.345.258 a 2.194.241 (- 6,4%).

Così come in Italia anche nell'AV2 per quanto concerne l'attività in regime diurno, la principale causa di ricovero è rappresentata dalla somministrazione di chemioterapia (tab. 4.1.3.1; 4.1.3.2. e 4.1.3.3.) seguita da aborti, interventi su utero e annessi, interventi sulla bocca, agli occhi, per ernia inguinale.

Tab. 4.1.3.1. Frequenza della diagnosi principale (prime 10) dei ricoveri in regime diurno – AV2, anno 2014

Codici ICD IX-CM	Descrizione	Frequenza	%
Totale		17200	100,00%
V5811	Chemioterapia antineoplastica	2466	14,30%
6210	Polipo del corpo dell'utero	614	3,60%
V5881	Collocazione e sistemazione di catetere vascolare	482	2,80%
52430	Anomalie della posizione dei denti non specificata	346	2,00%
55090	Ernia inguinale monolaterale o non specificata, senza menzione di ostruzione o gangrena	352	2,00%
36617	Cataratta totale o matura	327	1,90%
4780	Ipertrofia dei turbinati nasali	329	1,90%
63592	Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, completo	275	1,60%
605	Prepuzio esuberante e fimosi	239	1,40%
63590	Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, non specificato se completo o incompleto	223	1,30%
217	Tumori benigni della mammella	181	1,10%

Tab. 4.1.3.2. Frequenza dei DRG (primi 10) dei ricoveri in regime diurno – AV2, anno 2014

N. DRG	Descrizione	Frequenza	%
Totale		17200	100,00%
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	2451	14,30%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	673	3,90%
169	Interventi sulla bocca senza cc	651	3,80%
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	542	3,20%
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza cc	537	3,10%
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	407	2,40%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età' >17 anni senza cc	388	2,30%
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc	387	2,30%
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	341	2,00%
35	Altre malattie del sistema nervoso, senza cc	331	1,90%

Tab. 4.3.1.3. Frequenza degli interventi principali (primi 10) dei ricoveri in regime diurno – AV2, anno

2014

Codici ICD IX CM	Descrizione	Frequenza	%
Totale		17200	100,00%
9925	Iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore	2126	12,40%
XXXX	Interventi non definiti	874	5,10%
2319	Altra estrazione chirurgica del dente	572	3,30%
1341	Facoemulsificazione ed aspirazione di cataratta	509	3,00%
6951	Raschiamento dell'utero mediante aspirazione per interruzione di gravidanza	502	2,90%
9929	Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche	501	2,90%
3893	Altro cateterismo venoso non classificato altrove	462	2,70%
4131	Biopsia del midollo osseo	372	2,20%
864	Asportazione radicale di lesione della cute	381	2,20%
9059	Esame microscopico di campione di sangue	342	2,00%
2161	Turbinectomia mediante diatermia o criochirurgia	310	1,80%

4.2 INCIDENTALITA'

Fonti informative:

- archivio dati db Schede di dimissione ospedaliera, fornitoci dall'ARS-Marche;
- dati Istat, per gli incidenti stradali: http://www.istat.it/it/files/2015/11/Focus.incidenti-stradali-Marche_2014.pdf?title=Incidenti+stradali+nelle+Marche+++18%2Fnov%2F2015+++Testo+integrale.pdf
- archivio AV2 sorveglianza PASSI, per gli incidenti domestici

Dall'analisi delle SDO per il 2014 se si escludono gli incidenti e le intossicazioni non definiti il numero di ricoveri in regime ordinario per acuti conseguenti a traumatismi nell'AV2 sono dovuti a incidenti domestici, seguiti da incidenti stradali e da infortuni sul lavoro. La stessa cosa si verifica sia a livello regionale che nazionale (tab. 4.2.1.).

Tab. 4.2.1. Frequenza ricoveri per tipologia di trauma – Attività per Acuti in Regime di ricovero ordinario – anno 2014, confronto con Marche e Italia (*)

Codice	Tipo di traumatismo	Frequenza AV2	% AV2	Frequenza Marche (*)	% Marche	Frequenza Italia (*)	% Italia
1	Infortunio sul lavoro	132	5,3	336	2,4	13455	2,4
2	Infortunio in ambiente domestico	1111	44,7	2454	17,2	109692	19,5
3	Incidente stradale	285	11,5	952	6,7	48332	8,6
4	Violenza Altrui (indipendentemente dal luogo dove è avvenuta)	19	0,8	64	0,4	5422	1,0
5	Autolesione o tentativo di suicidio (indipendentemente dal luogo dove è avvenuto)	31	1,3	112	0,8	5823	1,0
6	Morso di animale o insetto	5	0,2	/	/	/	/
7	Incidente sportivo	48	1,9	/	/	/	/
9	Altro tipo di incidente o di intossicazione	853	34,3	4306	30,2	6909	39,8
	Valore errato o non compilato	/	/	6047	42,3	161575	28,6
Totale		2484	100,0	14271	100,0	562067	100,0

(*) Sono stati considerati i ricoveri con diagnosi principale o secondaria di traumatismo o avvelenamento (codici ICD9CM 800.**904.** o 910.**995.**).

Fonte dati: *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2014*

4.2.1 INCIDENTI STRADALI

Per quanto riguarda gli incidenti stradali nel 2014 si sono verificati nelle Marche 5.422 incidenti stradali, che hanno causato la morte di 100 persone e il ferimento di altre 7.866.

Rispetto all'anno precedente si registra una diminuzione degli incidenti (-2,3%) e dei feriti (-1,2%), in linea con le variazioni rilevate nell'intero Paese (rispettivamente -2,5% e -2,7%). Il numero delle vittime della strada, invece, aumenta del 16,3% a fronte di un calo in Italia dello 0,6% (tab 4.2.1.1.). Nella provincia di Ancona - territorio quasi sovrapponibile a quello dell'AV2 - si sono verificati 1783 incidenti che hanno provocato 33 morti e 2660 feriti, con 285 ricoveri presso le strutture della regione Marche.

Tab. 4.2.1.1. Incidenti stradali, morti e feriti per provincia, marche. Anni 2013 e 2014, valori assoluti e variazioni percentuali

PROVINCE	2014			2013			Variazioni % 2014/2013		
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti
Pesaro Urbino	1.205	22	1.699	1.253	23	1.703	-3,8	-4,3	-0,2
Ancona	1.783	33	2.660	1.724	22	2.625	3,4	50	1,3
Macerata	969	25	1.422	936	19	1.349	3,5	31,6	5,4
Ascoli Piceno	856	8	1.156	966	8	1.327	-11,4	0	-12,9
Fermo	609	12	929	670	14	957	-9,1	-14,3	-2,9
Marche	5.422	100	7.866	5.549	86	7.961	-2,3	16,3	-1,2
Italia	177.031	3.381	251.147	181.660	3.401	258.093	-2,5	-0,6	-2,7

4.2.2 INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO

Gli infortuni domestici (cioè quelli che avvengono sia in casa, sia negli ambienti esterni quali giardino, garage, cantina, terrazzo) rappresentano un problema di interesse rilevante per la sanità pubblica, sia dal punto di vista della mortalità e della morbosità, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza. Costituiscono un problema di salute di grandi dimensioni che interessa prevalentemente l'infanzia, il lavoro domestico e l'età avanzata come conseguenza di fattori di rischio specifici, sia intrinseci (relativi alla persona) sia estrinseci (relativi all'ambiente domestico).

Per gli incidenti in ambiente domestico secondo il sistema di sorveglianza PASSI la consapevolezza del rischio, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali, è scarsa nella popolazione adulta italiana. Secondo gli indicatori relativi al periodo 2011-2014 meno di 6 intervistati su 100 considera alta la possibilità di avere un infortunio in casa facendo riferimento a loro stessi o ai propri familiari.

Questa consapevolezza è maggiore tra chi vive con anziani o bambini, tra le donne, tra i cittadini italiani rispetto agli stranieri, tra chi ha più difficoltà economiche. Si osservano differenze significative per Regioni di residenza ma non c'è un chiaro gradiente geografico.

- Anche nell'Area Vasta 2, dalla rilevazione effettuata nel periodo 2008-2014, la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico appare scarsa: meno del 6% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio alto o molto alto
- In particolare hanno una più alta percezione del rischio:
 - le persone tra 35 e 49 anni
 - le donne
 - le persone con un basso livello di istruzione
 - le persone con molte difficoltà economiche
 - i cittadini italiani
- Anche la presenza di persone potenzialmente a rischio (bambini e anziani) nel nucleo familiare risulta essere un fattore che aumenta la percezione del rischio di infortunio domestico.

Quasi 4 intervistati su 100 riferiscono di aver avuto, nei 12 mesi precedenti l'intervista, un infortunio in casa tale da richiedere il ricorso a cure mediche (medico di famiglia, pronto soccorso o ospedale) (3,86%).

Consapevolezza del rischio di infortunio domestico¹ per caratteristiche socio-demografiche
 Area Vasta 2 anni 2008-2014
 (popolazione di riferimento n. 1441)

Totale: 5,8% (IC95%: 4



¹ Persone che hanno valutato "alta" o "molto alta" la possibilità di avere un infortunio domestico nel proprio nucleo familiare

5. MORTALITA'

Fonti informative:

- archivio dati Istat: www.demo.istat.it

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

5.1 MORTALITA' GENERALE

Nel 2014 nell'AV2 si sono registrati tra i residenti 5.434 decessi pari ad un tasso grezzo di mortalità dell'11‰ (undici decessi ogni mille residenti): tale dato è sostanzialmente in linea con corrispettivo il valore regionale (10,8‰), ma più elevato rispetto a quello italiano (9,8‰).

Il tasso grezzo di mortalità è più elevato (11,7‰) nei distretti di Jesi e di Senigallia (tab.4.1.1)

Tab.5.1.1 Tassi grezzi (*1.000) di mortalità, per distretti dell'AV2 al 01/01/2015

Sede	Totale popolazione	N. decessi	Tasso di mortalità (x 1.000)
Senigallia	79 445	933	11.7
Jesi	108 410	1272	11.7
Fabriano	47 460	542	11.4
Ancona	255 573	2687	10.5
Totale AV2	490 888	5434	11.1
Regione Marche	1 550 796	16826	10.8
Italia	60 795 612	598364	9.8

Fonte: www.demo.istat.it

Elaborazione UOE, AV2

Il tasso grezzo di mortalità non mostra sostanziali differenze tra i due sessi (tab.5.1.2)

Tab. 5.1.2 Tassi grezzi (*1.000) di mortalità, per genere nell'AV2 al 01/01/2015

Sesso	Totale popolazione	N. decessi	Tasso di mortalità (*1000)
Uomini	236 523	2 589	10.9
Donne	254 365	2 845	11.2
Totale AV2	490 888	5 434	11.1

Fonte: www.demo.istat.it

Elaborazione UOE, AV2

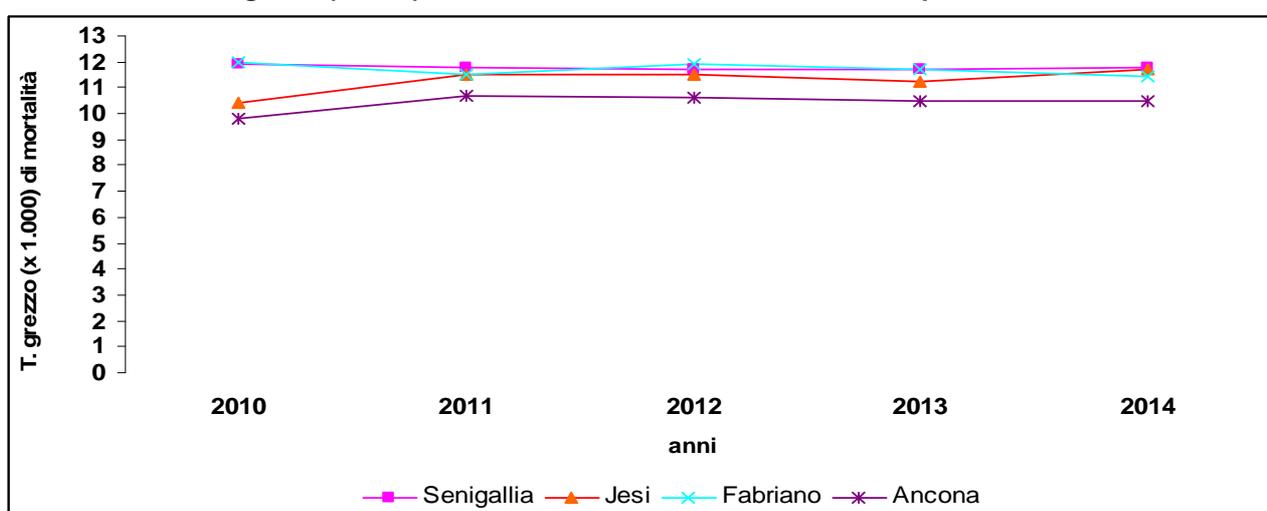
Nel quinquennio 2010-2014 i tassi grezzi di mortalità dell'AV2 si sono mantenuti pressoché costanti (tab.5.1.3 e Grafico 5.1.1)

Tab. 5.1.3 Tassi grezzi (*1.000) di mortalità dell'AV2: trend 2010-2014, per distretto.

Sede	2010	2011	2012	2013	2014
Senigallia	11,9	11,8	11,7	11,7	11,7
Jesi	10,4	11,5	11,5	11,2	11,7
Fabriano	12,0	11,5	11,9	11,7	11,4
Ancona	9,8	10,7	10,6	10,5	10,5
AV2	10,5	11,2	11,1	11,0	11,1

Fonte: www.demo.istat.it
Elaborazione UOE, AV2

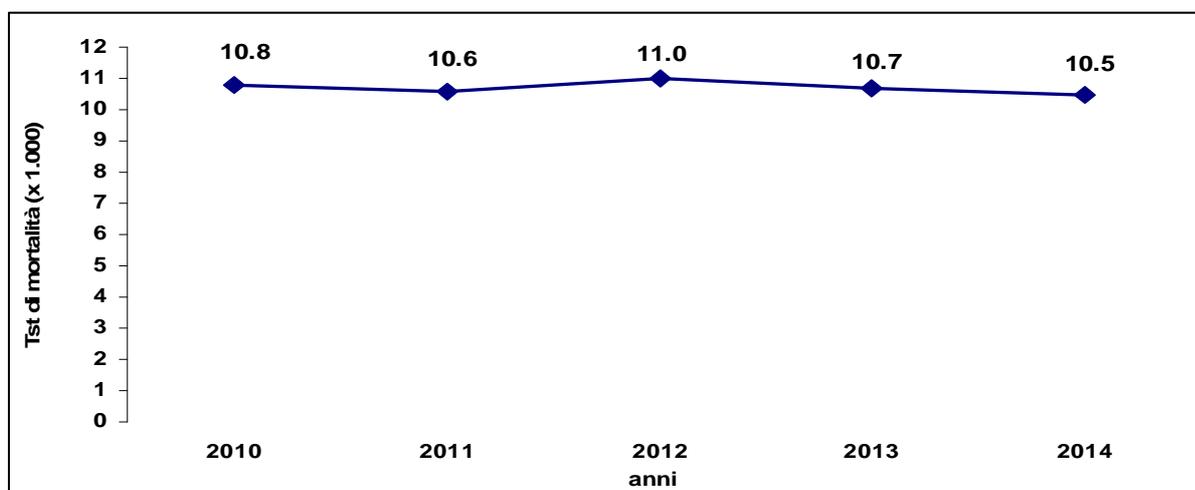
Grafico 5.1.1 Tassi grezzi (*1.000) di mortalità dell'AV2: trend 2010-2014, per distretto.



Fonte: www.demo.istat.it
Elaborazione UOE, AV2

Sempre nel quinquennio 2010-2014 si è mantenuto pressoché costante anche il tasso standardizzato di mortalità, ogni 1.000 residenti dell'AV2 (Grafico 5.1.2).

Grafico 5.1.2 Tassi standardizzati^ (*1.000) di mortalità dell'AV2: trend 2010-2014.



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

Fonte: www.demo.istat.it
Elaborazione UOE, AV2

5.2 MORTALITA' PER CAUSA ANNO 2013

Da una ricerca effettuata nel database della mortalità ISTAT l'ultimo aggiornamento disponibile, con il dettaglio per provincia delle cause di morte codificate in ICD-X , è relativo all'anno 2013.

Nella provincia di Ancona (tab. 5.2.1.) risulta che il primo gruppo più frequente di cause di morte è rappresentato dalle 'Malattie del sistema circolatorio' (38%), seguito da quello dei 'tumori maligni' (28%).

Tab. 5.2.1. Mortalità per grandi gruppi di cause nella provincia di Ancona anno 2013. Rango, valore assoluto di decessi, percentuale sul totale della cause; tasso grezzo (x 10.000 residenti).

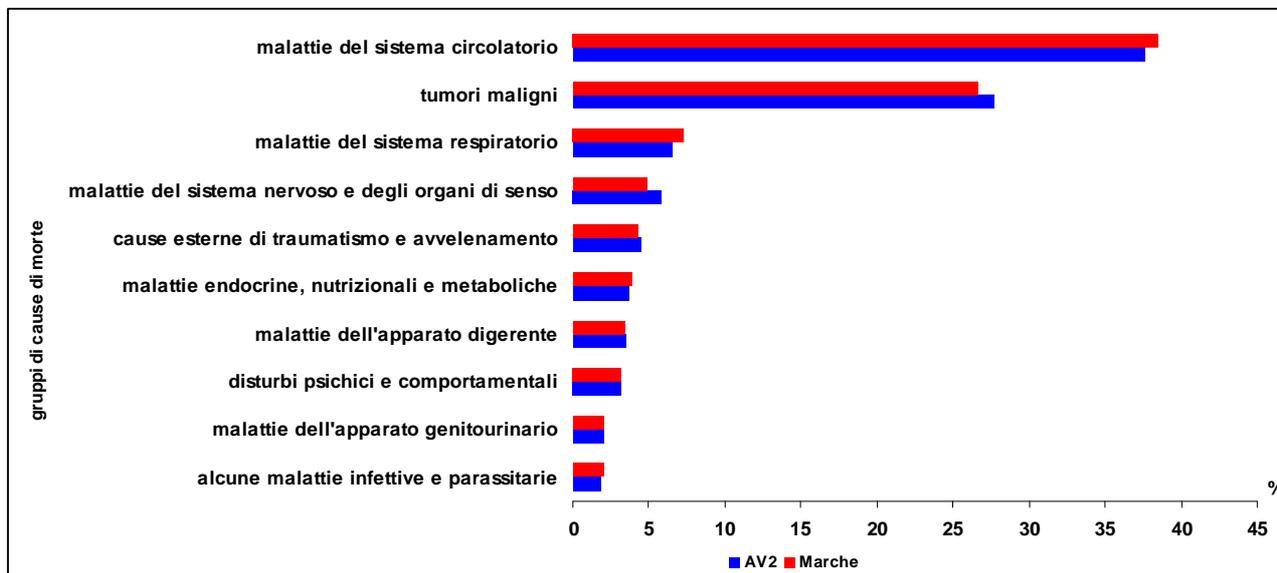
Gruppi di causa di morte	AV2			
	Rango	N. decessi	% sul totale	Tasso (x 10.000 res.)
Malattie del sistema circolatorio	1	1.950	37.6	39.9
Tumori maligni	2	1.437	27.7	29.4
Malattie del sistema respiratorio	3	338	6.5	6.9
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	4	300	5.8	6.1
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	5	231	4.5	4.7
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	6	191	3.7	3.9
Malattie dell'apparato digerente	7	184	3.5	3.8
Disturbi psichici e comportamentali	8	166	3.2	3.4
Malattie dell'apparato genitourinario	9	104	2.0	2.1
Alcune malattie infettive e parassitarie	10	97	1.9	2.0
Totale 10 gruppi di cause		4.998	96.4	
Altri gruppi		189	3.6	
Totale complessivo		5.187	100.0	

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

Elaborazione UOE, AV2

Dal confronto AV2-Marche dei valori percentuali dei singoli gruppi di cause di morte sul totale dei decessi si evince che nella nostra Area Vasta le morti per “tumori maligni” e quelli per malattie del sistema nervoso ed organi di senso mostrano valori leggermente più elevati di quelli registrati a livello regionale (Grafico 5.2.1).

Grafico. 5.2.1. Primi 10 grandi gruppi di cause: confronto AV2-Marche, anno 2013 (valori percentuali sul totale dei decessi).



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