



2012-2013

PROFILO DI SALUTE AREA VASTA N.1 (PROVINCIA PESARO-URBINO)



Dipartimento di Prevenzione Area Vasta n.1



Profilo di Salute Area Vasta 1 (2012-2013):

Direttore ASUR Area Vasta n.1 Regione Marche Provincia Pesaro-Urbino:

Area Vasta n.1: Dr. Maria Capalbo

Coordinamento Profilo di Salute Dipartimento di Prevenzione Area Vasta n.1

Area Vasta n.1 Fano: Dr. Massimo Agostini

Area Vasta n.1 Urbino: Dr. Giovanni Cappuccini

Area Vasta n.1 Pesaro: Dr. Massimo Fresina

Autori pubblicazione Profilo di Salute Area Vasta n.1 2012-13:

Dott. Marco Pompili: Ufficio di Epidemiologia e Promozione della Salute Area Vasta n.1 Urbino

Dott. Gaetano Raschi: U.O. Epidemiologia Area Vasta n.1 Pesaro

Dott. Alfredo Vaccaro: Dipartimento di Prevenzione Fano

Hanno collaborato a vario titolo:

Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche Pesaro e Urbino

Servizi Ospedalieri Provincia Pesaro-Urbino

Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro Pesaro e Urbino

Registro Tumori Provincia Pesaro-Urbino

I Comuni della Provincia di Pesaro-Urbino

I Distretti dell' Area Vasta n.1

L' Azienda Regionale Sanitaria

Le Aziende Ospedaliere Area Vasta n.1 Pesaro-Urbino

La REM (Rete Epidemiologica Marche)

Si Ringrazia:

La Direzione Generale del Sistema Informativo e statistico sanitario del Ministero della Salute per i riferimenti alla "Relazione sullo Stato Sanitario del Paese"

La Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di Assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della Salute per i riferimenti al "Programma Operativo Appropriatezza" 2011

Il Coordinamento PASSI, progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali – CCM, per il report sui dati riassuntivi 2008-2011

INTRODUZIONE:

La carenza di conoscenze sia dei bisogni reali di salute che della domanda di servizi sanitari ha un impatto rilevante sulla qualità e sull' appropriatezza della programmazione sanitaria. Diventa così fondamentale costruire un sistema di indicatori per produrre immagini in sintesi del territorio che siano prioritariamente, anche se non necessariamente, funzionali ai soggetti decisori. I Piani per la Salute sono, infatti, il punto di partenza per un patto di azione comune fra diversi attori a partire da una programmazione condivisa e concertata fino all' attuazione di progetti per il miglioramento dello stato di salute e della organizzazione sanitaria.

Questo documento denominato "Profilo di Salute Area Vasta 1 anno 2012" è appunto uno dei contributi dell' Azienda Sanitaria al percorso in atto. E' un documento tecnico che vuole rendere accessibile ai cittadini ed ai rappresentanti dei cittadini dati epidemiologici che esprimono i bisogni di salute nel nostro territorio. E' un punto di partenza che può e, credo, debba essere utilizzato per la programmazione socio-sanitaria aziendale, in quanto in esso non si fa riferimento solo a quei dati che tradizionalmente sono considerati epidemiologici (demografia, mortalità, morbosità e stili di vita) ma anche ai dati relativi alle condizioni ambientali, sociali, culturali ed economiche. Per quanto possibile, infatti, si è cercato di illustrare l'andamento dei diversi fenomeni nel corso degli anni ed evidenziare le differenze che intercorrono fra le diverse realtà di appartenenza (locale, provinciale, regionale e nazionale). La raccolta dei dati, infatti, è indispensabile ma deve essere finalizzata a descrivere prima la realtà, e poi a mettere in luce l'esistenza di eventuali problemi o criticità. Solo così è possibile, da parte delle singole Amministrazioni, poter decidere dove e in che modo intervenire nelle singole situazioni per la risoluzione dei problemi.

In questa prospettiva, il Profilo di Salute è uno strumento che, per essere davvero utile, dovrà essere continuamente aggiornato, ampliato e dovrà essere descrittivo del territorio di riferimento. In conclusione è utile sottolineare che questa prima esperienza, in Area Vasta, del Profilo di Salute ha reso possibile un coordinamento epidemiologico territoriale, che rappresenta il punto di partenza per un utilizzo concreto delle professionalità presenti.

INDICE PROFILO DI SALUTE:

✓ **Profilo Demografico:**

- struttura della popolazione
- indici demografici

✓ **Profilo Sociale:**

- servizio territoriale dipendenze patologiche
- decessi da overdose
- studio sulla popolazione giovanile (consumo-abuso di alcol 2012)
- incidenti stradali
- sicurezza urbana
- immigrazione
- infortuni sul lavoro e malattie professionali
- aspetti socio-economici

✓ **Profilo Sanitario:**

- mortalità
- notifiche malattie classe 2
- analisi delle schede dimissione ospedaliera (SDO):
 - alzheimer
 - malattie ischemiche del cuore
 - patologie cerebrovascolari
 - malattie polmonari croniche ostruttive
 - asma adolescenti e adulti
 - incidenti domestici
 - parti per tipologia
- appropriatezza clinica e assistenziale (set indicatori)

✓ **Conclusioni prima parte**

✓ **Sistema di sorveglianza PASSI (indagine popolazione Area Vasta n.1):**

- titolo di studio
- stato civile
- immigrazione e cittadinanza
- difficoltà economiche
- lavoro
- attività fisica
- sedentarietà
- abitudine al fumo
- stato nutrizionale
- consumo di alcol

✓ **Conclusioni seconda parte:**

PROFILO DEMOGRAFICO

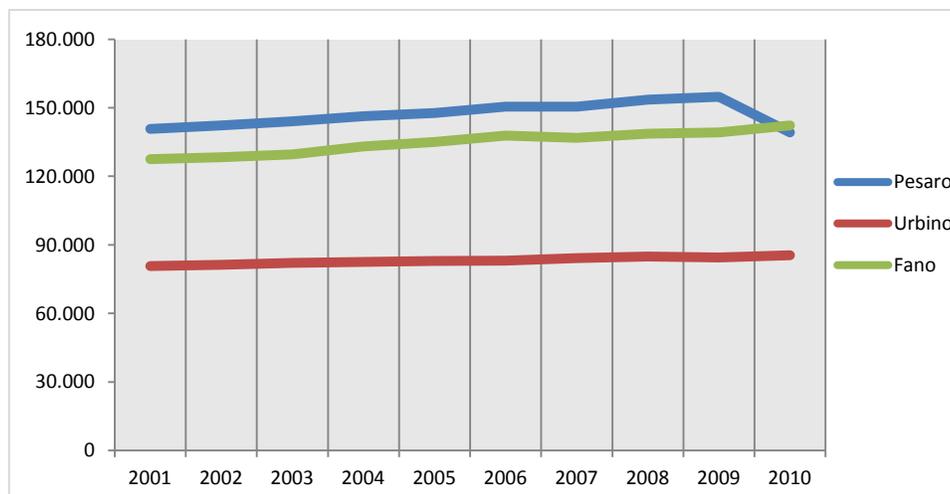
Il territorio dell'Area Vasta n.1 comprende le ex Zone Territoriali di Pesaro (139.165) abitanti, Urbino (85.490) abitanti e Fano (142.308) abitanti. Dal 2001 al 2010 si e' passati da 348.869 abitanti totale Area Vasta n.1 a 366.963 abitanti con una crescita del 5,18% nei 10 anni e con una crescita dello 0,45% dal 2009 al 2010.

Analizzando l'andamento demografico-territoriale dal 2009 al 2010 nella ex Zona Territoriale di Pesaro si registra una flessione di 15.565 residenti dovuta alla differenza tra l'accorpamento dei Comuni della Valmarecchia alla Regione Emilia Romagna ed alle variazioni della popolazione restante nel corso del 2010.

Tabella 1.1 Andamento demografico delle ex. Zone Territoriali 1, 2 e 3, Area Vasta n.1 (2001-2010)

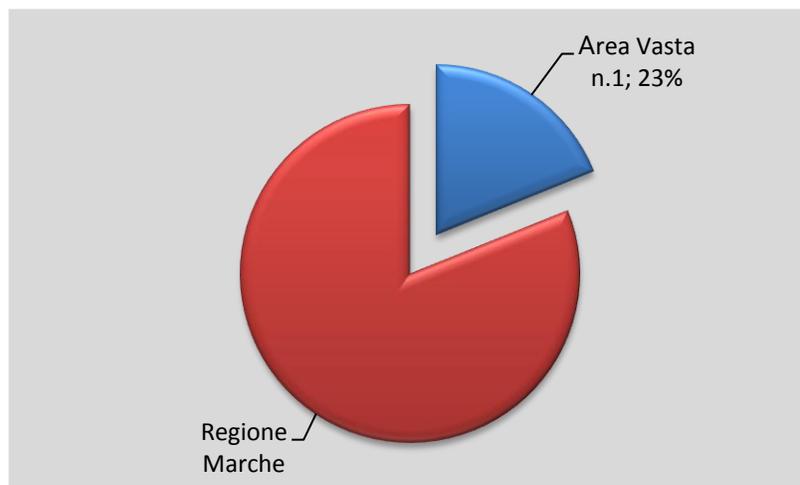
Provincia PU	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
PESARO	140.776	142.288	144.100	146.260	147.691	150.484	150.512	153.530	154.730	139.165
URBINO	80.653	81.312	82.132	82.559	82.980	83.113	84.156	84.933	84.479	85.490
FANO	127.440	128.275	129.527	133.002	134.975	137.738	136.790	138.609	139.210	142.308
Area Vasta n.1	348.869	351.875	355.759	361.821	365.646	371.335	371.458	377.072	378.419	366.963

Grafico 1.1 Andamento demografico delle ex. Zone Territoriali 1, 2 e 3, Area Vasta n.1 (2001-2010)



Nel 2011 la popolazione dell' Area Vasta n.1 (366.963) rappresenta circa il 23% dell'intera popolazione Regionale (1.569.578) residenti. (Grafico 1.2)

Grafico 1.2 Popolazione dell' Area Vasta n.1 in rapporto alla popolazione Regionale 2011



A Gennaio 2011 il totale dei nati vivi nell'Area Vasta n.1 è di 3.396, il totale dei decessi è di 3.608, il saldo naturale (nati vivi meno decessi) risulta essere negativo di 212 unità. Alle anagrafi comunali si sono registrati 11.568 nuovi iscritti, a fronte di 9.178 cancellati, il saldo migratorio risulta essere positivo di 2.390 unità. Il numero medio di componenti per famiglia nel 2011 è di 2,43 componenti.

Tabella 1.2 Modello ISTAT P/2 cumulativo dei Comuni Area Vasta n.1 – (Gennaio 2011)

INDICATORI DI POPOLAZIONE	Maschi	Femmine	TOTALE
Popolazione al 1° Gennaio	179.171	187.792	366.963
Nati	1.750	1.646	3.396
Morti	1.768	1.840	3.608
Saldo Naturale	-18	-194	-212
Iscritti da altri comuni	4.274	4.317	8.591
Iscritti dall'estero	1.077	1.900	2.977
Altri iscritti	158	93	251
Cancellati per altri comuni	4.270	4.252	8.522
Cancellati per l'estero	332	324	656
Altri cancellati	761	493	1.254
Saldo Migratorio e per altri motivi	146		
Popolazione residente in convivenza	507		
Numero di Famiglie	150.693		

Tabella 1.3 Residenti nei Comuni dell' Area Vasta n.1 Gennaio 2011

COMUNI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	PERCENTUALE
Acqualagna	2.228	2.292	4.520	1,2%
Apecchio	1.014	1.040	2.054	0,6%
Auditore	831	815	1.646	0,4%
Barchi	490	513	1.003	0,3%
Belforte all'Isauro	409	414	823	0,2%
Borgo Pace	333	322	655	0,2%
Cagli	4.380	4.768	9.148	2,5%
Cantiano	1.196	1.224	2.420	0,7%
Carpegna	839	850	1.689	0,5%
Cartoceto	3.999	3.993	7.992	2,2%
Colbordolo	3.149	3.087	6.236	1,7%
Fano	30.993	33.107	64.100	17,5%
Fermignano	4.279	4.389	8.668	2,4%
Fossombrone	4.808	5.015	9.823	2,7%
Fratte Rosa	514	501	1.015	0,3%
Frontino	156	158	314	0,1%
Frontone	645	722	1.367	0,4%
Gabicce Mare	2.914	3.062	5.976	1,6%
Gradara	2.427	2.337	4.764	1,3%
Isola del Piano	338	322	660	0,2%
Lunano	781	742	1.523	0,4%
Macerata Feltria	1.022	1.111	2.133	0,6%
Mercatello sul Metauro	735	746	1.481	0,4%
Mercatino Conca	562	569	1.131	0,3%
Mombaroccio	1.101	1.056	2.157	0,6%
Mondavio	1.961	2.013	3.974	1,1%
Mondolfo	6.009	5.962	11.971	3,3%
Montecalvo in Foglia	1.326	1.408	2.734	0,7%
Monte Cerignone	345	345	690	0,2%
Monteciccardo	850	848	1.698	0,5%
Montecopiolo	606	608	1.214	0,3%
Montefelcino	1.372	1.397	2.769	0,8%
Monte Grimano Terme	611	602	1.213	0,3%
Montelabbate	3.445	3.309	6.754	1,8%
Montemaggiore al Metauro	1.387	1.408	2.795	0,8%
Monte Porzio	1.396	1.416	2.812	0,8%
Orciano di Pesaro	1.066	1.110	2.176	0,6%
Peglio	368	370	738	0,2%
Pergola	3.179	3.488	6.667	1,8%
Pesaro	45.313	49.698	95.011	25,9%
Petriano	1.472	1.453	2.925	0,8%
Piagge	501	528	1.029	0,3%
Piandimeleto	1.073	1.077	2.150	0,6%
Pietrarubbia	352	359	711	0,2%
Piobbico	1.058	1.060	2.118	0,6%
Saltara	3.471	3.399	6.870	1,9%
San Costanzo	2.492	2.484	4.976	1,4%
San Giorgio di Pesaro	719	730	1.449	0,4%
San Lorenzo in Campo	1.709	1.842	3.551	1,0%
Sant'Angelo in Lizzola	4.390	4.359	8.749	2,4%
Sant'Angelo in Vado	2.028	2.110	4.138	1,1%
Sant'Ippolito	805	799	1.604	0,4%
Sassocorvaro	1.762	1.744	3.506	1,0%
Sassofeltrio	727	749	1.476	0,4%
Serra Sant'Abbondio	541	572	1.113	0,3%
Serrungarina	1.303	1.289	2.592	0,7%
Tavoletto	440	486	926	0,3%
Tavullia	3.934	3.886	7.820	2,1%
Urbania	3.456	3.663	7.119	1,9%
Urbino	7.561	8.066	15.627	4,3%
TOTALE	179.171	187.792	366.963	100,0%

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

Dal confronto della popolazione residente nell' Area Vasta n.1 nel 2011 con la popolazione residente nel 1996 (escludendo i comuni non più presenti), si rileva un incremento nella fascia di età compresa tra i 30 e i 60 anni, confermato dalla crescita dell' immigrazione.

Analogo incremento si è verificato anche nella fascia di popolazione anziana (oltre i 75 anni), più marcatamente per il sesso femminile.

Tabella 1.4 Struttura della popolazione Area Vasta 1 per classi di età e sesso (2011)

Classi di età	Maschi	Femmine	TOTALE
0-4	8.902	8.352	17.254
5-9	8.567	8.207	16.774
10-14	8.432	7.778	16.210
15-19	8.496	7.878	16.374
20-24	9.086	8.745	17.831
25-29	10.223	10.110	20.333
30-34	12.464	12.481	24.945
35-39	14.883	14.506	29.389
40-44	15.310	14.879	30.189
45-49	14.685	14.203	28.888
50-54	12.441	12.692	25.133
55-59	10.576	11.113	21.689
60-64	11.094	11.813	22.907
65-69	9.000	9.608	18.608
70-74	8.975	10.154	19.129
75-79	7.044	9.214	16.258
80-84	5.110	7.772	12.882
85-89	2.914	5.539	8.453
90-94	764	1.937	2.701
95-99	188	733	921
>99	17	78	95
TOTALE	179.171	187.792	366.963

Grafico 1.3 Piramide dell'età, anno 2011 (Area Vasta n.1)

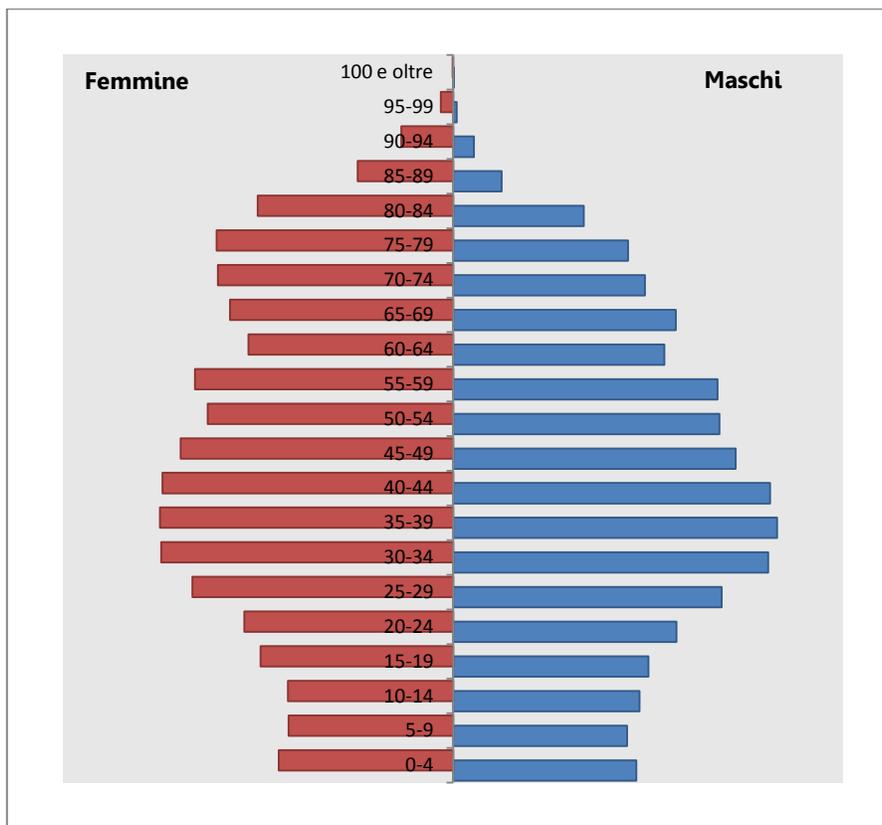


Grafico 1.4 Piramide dell'età, anno 1996 (Area Vasta n.1)

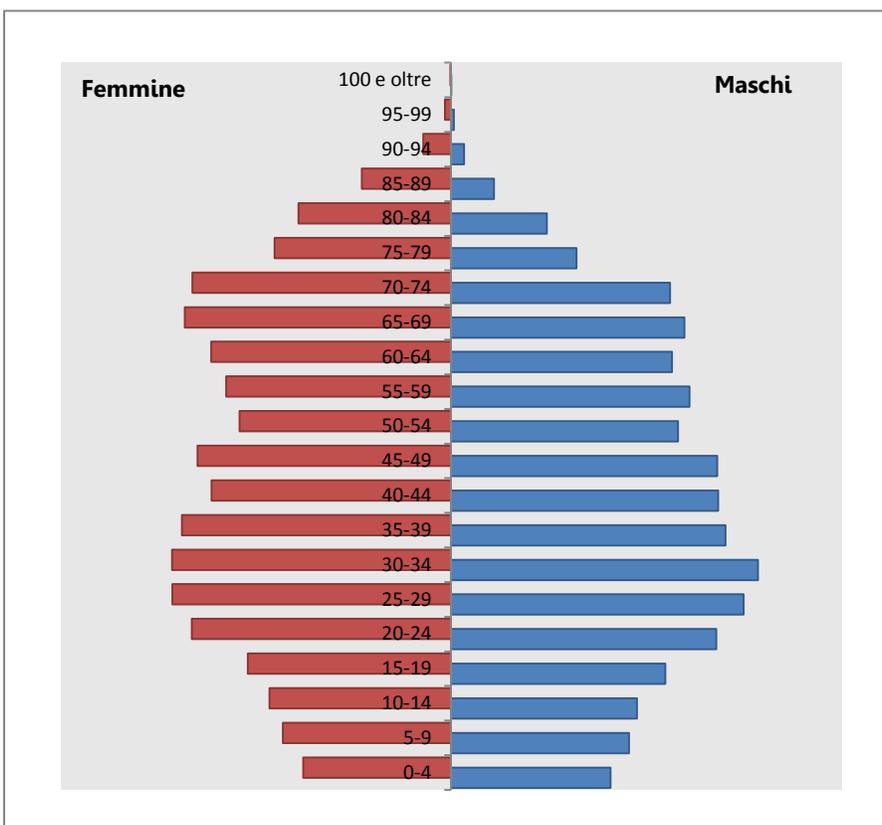


Grafico 1.5 Comparazione 1996-2011 (Area Vasta n.1)

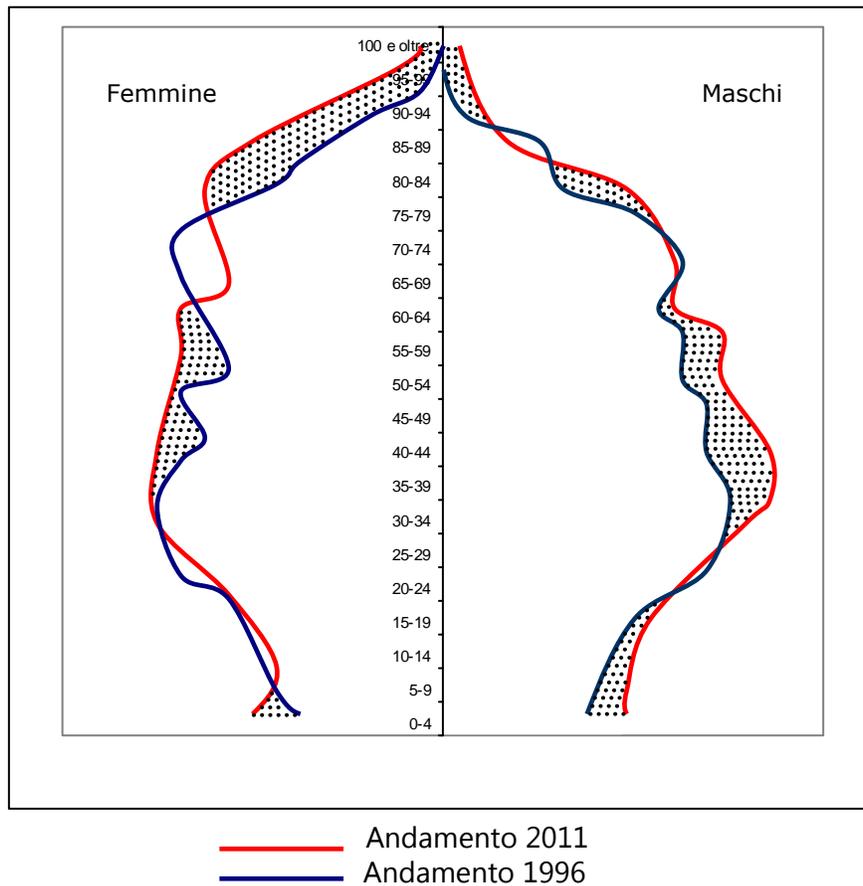
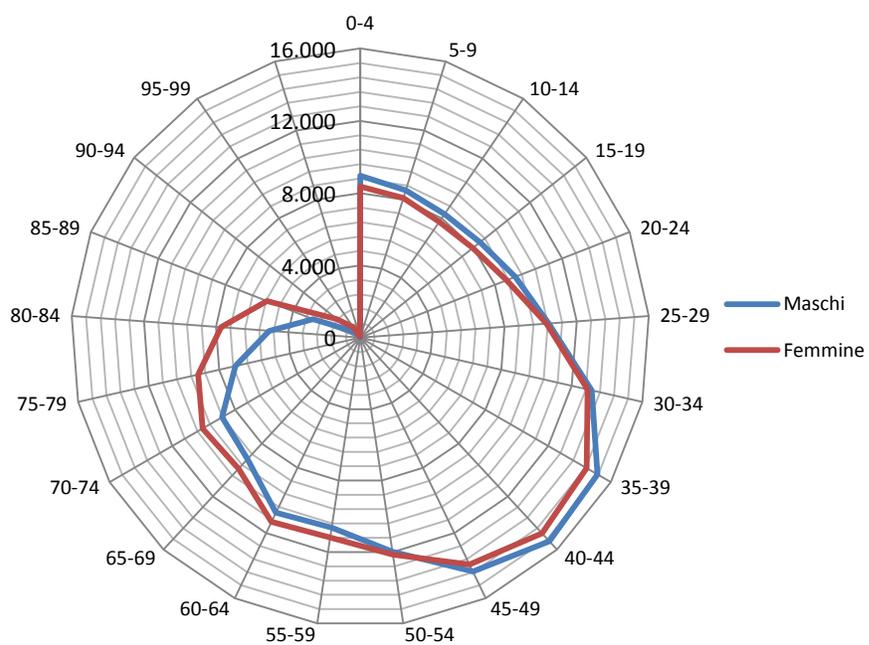


Grafico 1.6 Popolazione maschile e femminile per fasce d'età (anno 2011)



INDICI DEMOGRAFICI

L'analisi per fasce di età, rileva una lieve diminuzione di popolazione principalmente a carico delle fasce giovanili (0 - 40 anni) e un aumento delle fasce più anziane (> 65 anni). La popolazione quindi risulta nel suo complesso invecchiata, manifestando una tendenza comune al resto del territorio regionale e nazionale, come testimoniato dall'andamento dell'indice di vecchiaia, passato nell'area di studio, dal 151,17 nel 2000 a 157,13 nel 2011.

Tabella 1.5 Indice di vecchiaia¹ Area Vasta n.1 (Gennaio 2011)

	>65 anni	0-14 anni	Indice di vecchiaia
Maschi	34.012	25.901	131,32
Femmine	45.035	24.337	185,05
Totale	79.047	50.238	157,35

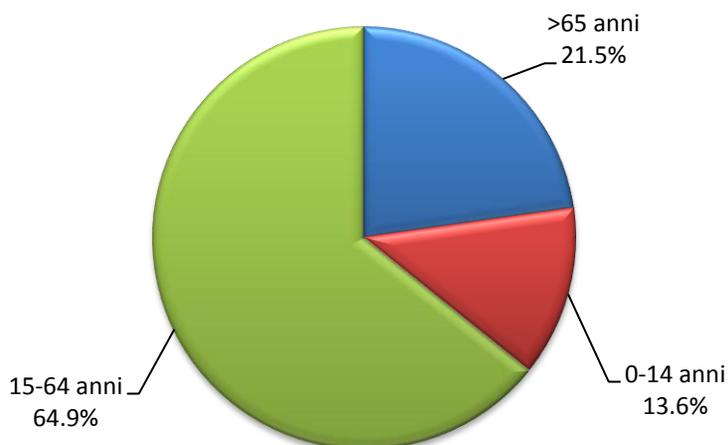
L'indice di vecchiaia rappresenta un indicatore dinamico in grado di stimare il grado di invecchiamento di una popolazione; valori dell'indice superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi.

Tabella 1.6 Indice di dipendenza² Area Vasta n.1 (Gennaio 2011)

	>65 anni	0-14 anni	15-64 anni	Indice di dipendenza
Indice di dipendenza	79.047	50.238	237.678	54,39
Indice di dipendenza giovanile	-	50.238	237.678	21,14
Indice di dipendenza degli anziani	79.047	-	237.678	33,26

L'indice di dipendenza viene considerato un indicatore di rilevanza economica e sociale. Il numeratore è costituito dalla frazione di popolazione che, a causa dell'età (troppo bassa o troppo alta) si ritiene non essere pienamente autonoma, e quindi, dipendente da altri soggetti. Il denominatore è costituito viceversa dalla fascia di popolazione che, essendo in attività, dovrebbe provvedere al sostentamento della frazione di popolazione sopra considerata.

Grafico 1.7 struttura della popolazione per classi di appartenenza Area Vasta n.1 (Gennaio 2011)



L'indice di struttura della popolazione attiva e' il rapporto percentuale tra l'ammontare di popolazione in età 40-64 anni e quello in età 15-39, è un indicatore del grado di invecchiamento della popolazione potenzialmente attiva. Un valore dell'indice inferiore a 100 indica una popolazione in cui la fascia in età lavorativa è piuttosto giovane; ciò rappresenta sicuramente un vantaggio in termini di dinamismo, capacità di adattamento e sviluppo della popolazione.

Tabella 1.7 Indice di struttura della popolazione attiva³ (Gennaio 2011)

	40-64	15-39	Popolazione attiva
Popolazione	128.806	108.872	118,31

L'indice di carico di figli per donna in età feconda, stima il rapporto tra il numero di bambini di età inferiore a 4 anni e il numero di donne in età feconda. Il significato socio-demografico che l'indicatore esprime, consiste nella stima del carico di figli in età prescolare per donna in età fertile, cioè in un'età in cui, soprattutto nei paesi economicamente sviluppati, più elevata è la frequenza di donne lavoratrici.

Tabella 1.8 Indice di carico di figli per donna in età feconda

	0-4 M+F	15-49 solo femminile	Carico di figli per donna
Popolazione	17.254	82.802	2,08

Tabella 1.9 Indice di ricambio Area Vasta n.1 (Gennaio 2011)

	60-64	15-19	Indice di ricambio
Popolazione	22.907	16.374	139,90

L'indice di ricambio stima il rapporto tra coloro che stanno per lasciare il mondo del lavoro a causa dell'età, e coloro che vi stanno invece per entrare. Anche questo indice è connesso con la struttura economica della popolazione. Quando il valore dell'indice è molto inferiore a 100 si creano i presupposti per un aumento del tasso di disoccupazione, a causa del fatto che i pochi anziani rendono liberi solo pochi posti di lavoro al momento della loro uscita dal circuito produttivo.

Tabella 1.10 Rapporto di mascolinità Area Vasta n.1 (Gennaio 2011)

	Popolazione maschi	Popolazione femmine	Rapporto di mascolinità
Popolazione	179.171	187.792	95.41

Tabella 1.11 Rapporto di mascolinità della popolazione anziana (Gennaio 2011)

	Popolazione maschi >65 anni	Popolazione femmine >65 anni	Rapporto di mascolinità
Popolazione	34.012	45.035	75.52

Indice di vecchiaia¹: $\text{Popolazione (65 - } \infty) / \text{Popolazione (0-14)} * 100$

Indice di dipendenza²: $\text{Popolazione (0-14)} + \text{(65 - } \infty) / \text{Popolazione (15-64)} * 100$

Indice di struttura della popolazione attiva³: $\text{Popolazione (40-64)} / \text{Popolazione (15-39)} * 100$

Indice di ricambio⁴: $\text{Popolazione (60-64)} / \text{Popolazione (15-19)} * 100$

Rapporto di mascolinità⁵: $\text{Popolazione Maschile} / \text{Popolazione Femminile} * 100$

Rapporto di mascolinità popolazione anziana⁶: $\text{Popolazione M (65 - } \infty) / \text{Popolazione F (65 - } \infty) * 100$

Aspetti veterinari:

All'interno del territorio dell'Area Vasta n.1 si registrano 16.365 allevamenti, 30.090 unità bovine equivalenti, 15 canili, 1.944 colonie feline censite e 81.181 cani iscritti in anagrafe.

Tabella 1.12 Dati Servizio Sanità Animale Pesaro, Urbino e Fano (AV1 2011)

SERVIZIO SANITA' ANIMALE (S.S.A)				
	PESARO	URBINO	FANO	TOT.
NUMERO ALLEVAMENTI	2.560	6.565	7.240	16.365
UBE (UNITA' BOVINE EQUIVALENTI)	1.830	18.800	9.460	30.090
NUMERO CANILI / RIFUGI / GATTILI	5	6	4	15
NUMERO COLONIE FELINE CENSITE	640	650	654	1.944
NUMERO CANI ISCRITTI IN ANAGRAFE	20.392	26.789	34.000	81.181

Infine n.9 sono gli stabilimenti di macellazione riconosciuti (ce), n.111 sono gli stabilimenti settore alimentare riconosciuti (ce), n.27 sono le zone di produzione MEL (molluschi bivalvi vivi), n.3.201 sono stati i controlli sui cinghiali cacciati e n.1.636 sono stati i controlli sui suini di macellazione a domicilio (uso privato).

Tabella 1.13 Dati Servizio Sanità Animale Pesaro, Urbino e Fano (AV1 2011)

SERVIZIO IGIENE ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE (S.I.A.O.A.)				
	PESARO	URBINO	FANO	TOT.
STABILIMENTI DI MACELLAZIONE RICONOSCIUTI CE	2	6	1	9
STABILIMENTI SETTORE ALIMENTARE RICONOSCIUTI CE (ESCLUSO IMPIANTI DI MACELLAZIONE)	27	37	47	111
STABILIMENTI REGISTRATI COMPETENZA SIA-OA	350	468	130	948
STABILIMENTI REGISTRATI SETTORE ALIMENTARE COMPETENZA SIAOA-SIAN (DGR n.2232 - 28.12.2009)	610	855	1.122	2.587
ZONE DI PRODUZIONE MEL (MOLLUSCHI BIVALVI VIVI): BANCHI NATURALI / ALLEVAMENTI	4 allevamenti + 11 banchi naturali	0	12	27
CONTROLLO CINGHIALI CACCIATI	337	2.132	732	3.201
CONTROLLO SUINI MACELLAZIONI A DOMICILIO USO PRIVATO	75	1.062	499	1.636

PROFILO SOCIALE

Nel 1996 la popolazione residente nell' Area Vasta n.1 (escludendo dalla rilevazione i comuni non più appartenenti dal 2010) di età superiore a 65 anni era 71.180, quella di età superiore a 75 anni 31.606 e quella superiore a 85 anni 7.005.

Nel 2011 la popolazione residente nell' area Vasta n.1 di età superiore a 65 anni è 79.047, quella di età superiore a 75 anni 41.310 e quella di età superiore a 85 anni 12.170.

Dal 1996 al 2011 la percentuale di crescita sulla popolazione di riferimento più rilevante è risultata essere quella ≥ 85 con un incremento del 42,44%.

Tabella 2.1 Popolazione anziana residente nell' Area Vasta n.1 (anni 1996-2010-2011)

	Anno 1996	Anno 2010	Anno 2011	Crescita 1996-2011
≥ 65 anni	71.180	78.564	79.047	11,05%
≥ 75 anni	31.606	40.601	41.310	30,70%
≥ 85 anni	7.005	11.577	12.170	73,73%

Grafico 2.1 % popolazione anziana sulla popolazione (anno 2011) e % di crescita (1996-2011)

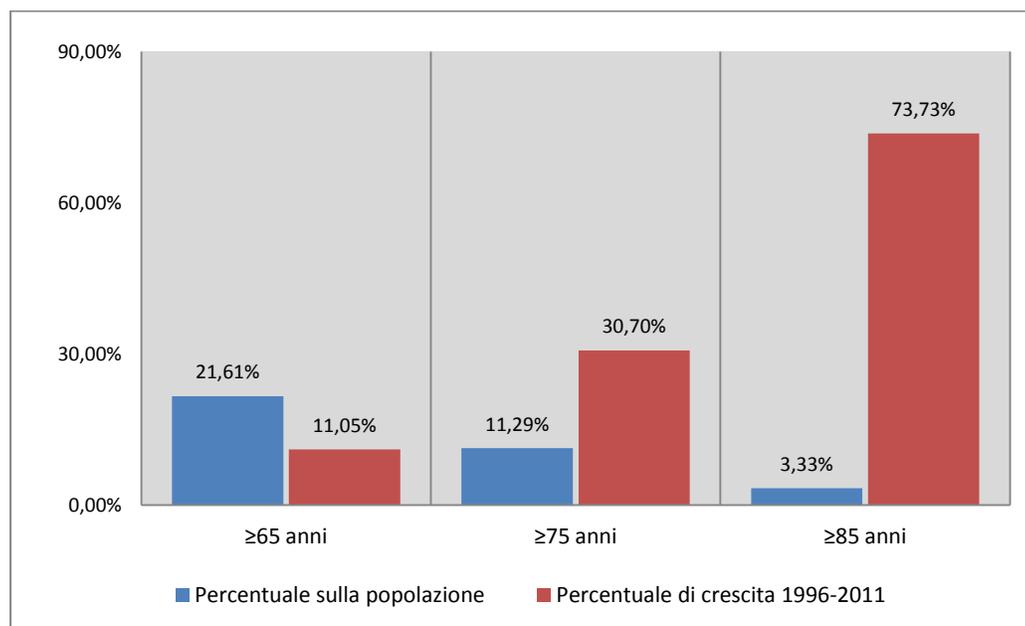


Grafico 2.2 % sulla popolazione di riferimento nell' Area Vasta n.1 della classe di età ≥ 65 anni (1992-2009)

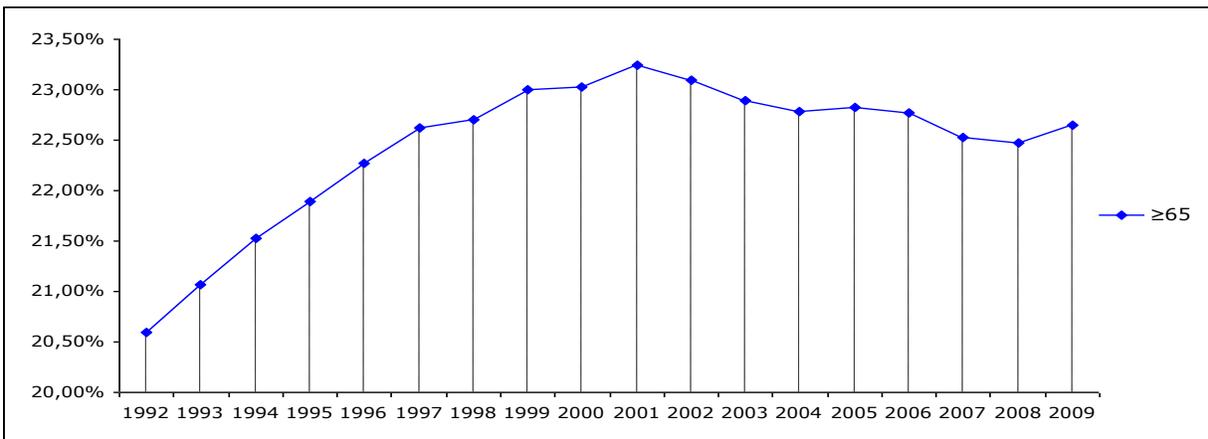


Grafico 2.3 % sulla popolazione di riferimento nell' Area Vasta n.1 della classe di età ≥ 75 anni (1992-2009)

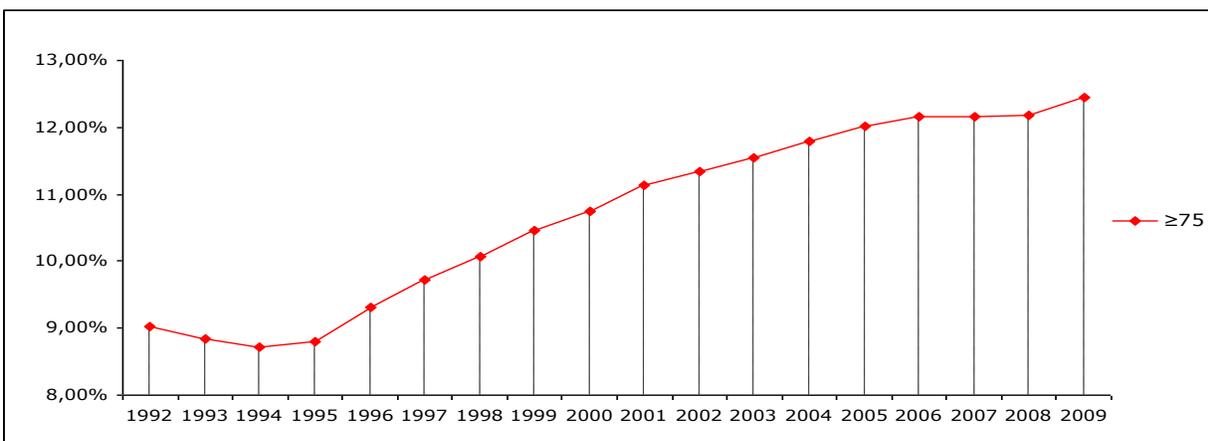
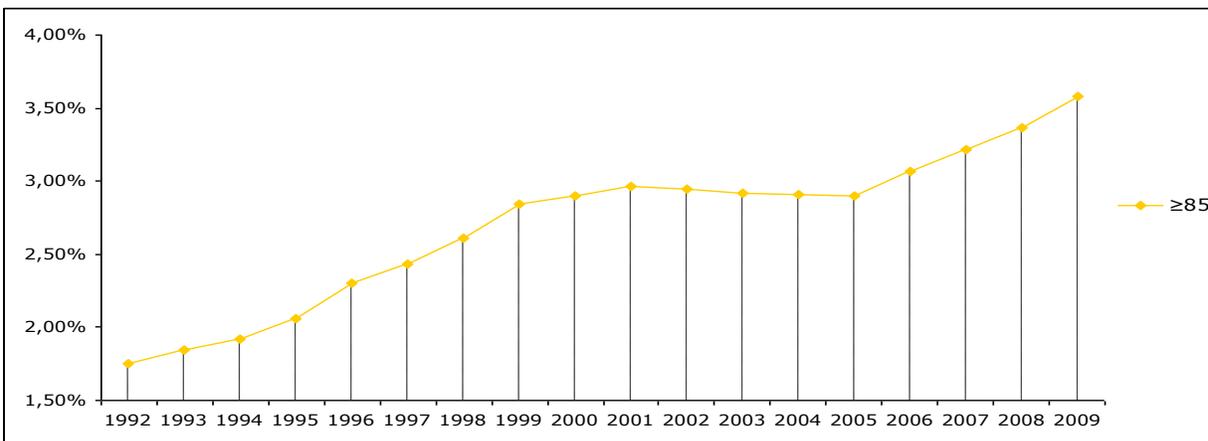


Grafico 2.4 % sulla popolazione di riferimento nell' Area Vasta n.1 della classe di età ≥ 85 anni (1992-2009)



***Indice di Vecchiaia:** Rapporto tra la popolazione residente con oltre 65 anni e la popolazione in età 0-14 moltiplicato per 100, indica quante persone anziane vivono ogni 100 giovani. Riferendoci al 2010 nell' Area Vasta n.1 ogni 100 giovani (0-14 anni) vivono 157,13 anziani ≥ 65 anni.

L' indice di vecchiaia dell' Area Vasta n.1 è passato da 151,17 nel 2000 a 161,18 nel 2007 (ove ha raggiunto il valore massimo). Dal 2008 al 2010 si registra una progressiva flessione, correlata ad un' aumento dei giovani 0-14 anni dovuto probabilmente all' aumento costante degli stranieri.

Tabella 2.2 Andamento Indice di vecchiaia nell' Area Vasta n.1 e nella Regione Marche (Gennaio 2011)

ANNO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Marche	165,82	167,66	168,5	169,97	172,42	173,43	176,55	172,10	171,14	170,30
Area Vasta n.1	152,56	154,35	155,79	157,20	158,01	160,13	161,18	159,01	158,80	157,13

****Indice di dipendenza senile:** Rappresenta il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (età ≥ 65 anni) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti (età 15-64 anni)

L' indice di dipendenza senile dell' Area Vasta n.1 è passato da 28,00 nel 2000 a 33,18 nel 2010 (ove ha raggiunto il valore massimo).

Tabella 2.3 Andamento Indice di dipendenza senile nell' Area Vasta n.1 e nella Regione Marche (2000-2010)

ANNO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Marche	32,49	33,02	33,28	33,88	34,63	35,32	35,88	35,15	34,94	34,93
Area Vasta n.1	28,52	28,91	29,63	30,27	30,67	31,12	31,60	31,94	31,94	33,18

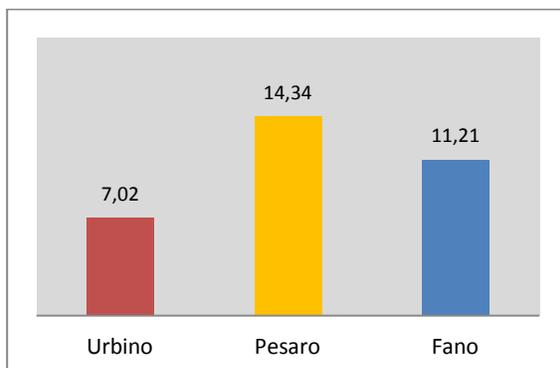
SERVIZIO TERRITORIALE DIPENDENZE PATOLOGICHE:

Nel 2011 i Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche della Provincia di Pesaro Urbino hanno preso in carico per problemi di dipendenza 1.591 utenti tra tossicodipendenti, alcolisti, tabagisti e giocatori d'azzardo così ripartiti: Pesaro 758 utenti, Fano 364, Fossombrone 244 e Urbino 225.

Tabella 2.4 Numero assistiti Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche (2011)

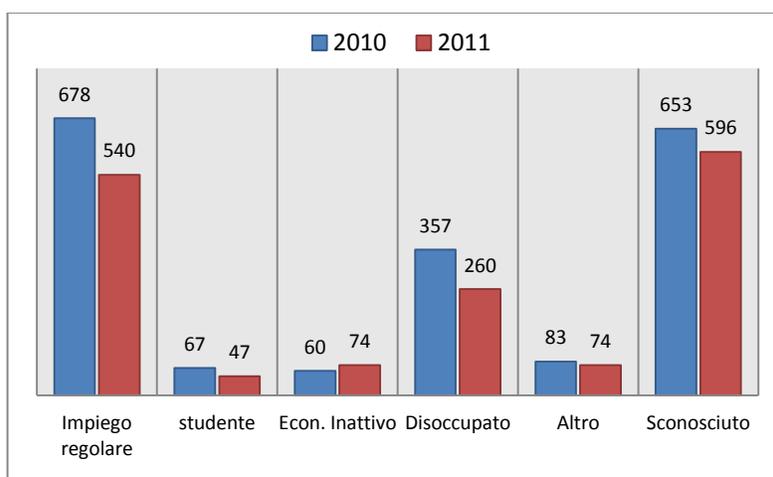
TERRITORIO	NUMERO
PESARO	758
FANO	364
FOSSOMBRONE	244
URBINO	225
AREA VASTA N.1	1.591

Grafico 2.5 Numero assistiti in rapporto alla popolazione 15-44 anni per 1.000 (2011)



Il grafico evidenzia il rapporto tra la popolazione residente nelle ex Zone Territoriale della Provincia di Pesaro-Urbino di età compresa tra i 15 e i 44 anni e il numero degli assistiti, rilevando un tasso standardizzato su 1.000 abitanti così distribuito: la ex Zona di Pesaro ha 14,34 assistiti ogni 1.000 abitanti 15-44 anni, 11,21 la ex Zona di Fano e 7,02 la ex Zona Territoriale di Urbino.

Grafico 2.6 Situazione lavorativa assistiti Dipartimento Dipendenze Patologiche (2010-2011)



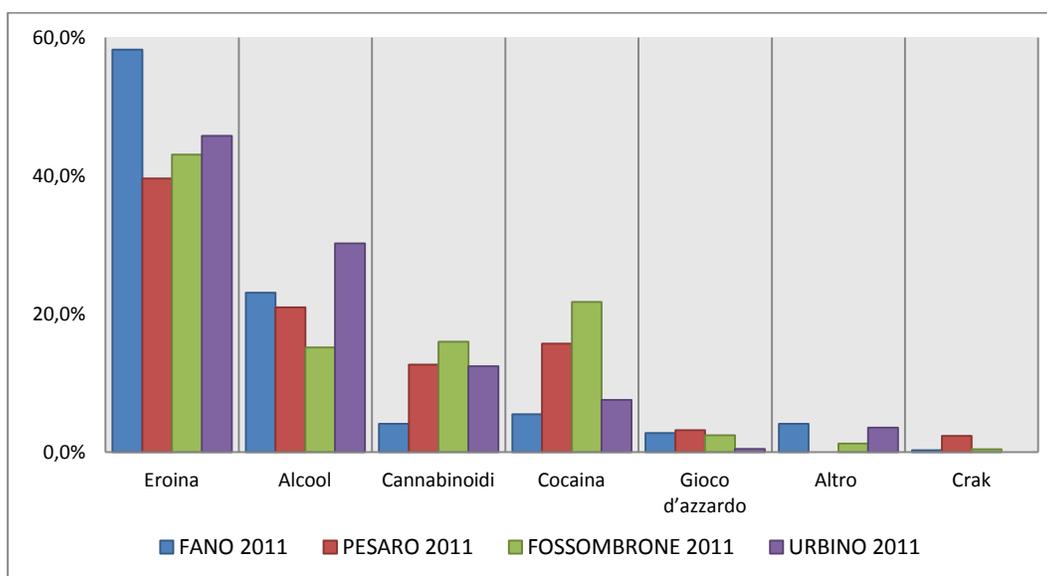
Considerando la sostanza di primo uso nell'accesso al Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche abbiamo la seguente ripartizione: eroina 720 assistiti è la sostanza che provoca il maggior numero di accessi ai servizi di recupero dal 2010 al 2011 si registra una flessione del 24,5%, alcool 348 assistiti dal 2010 al 2011 si registra un incremento degli accessi del 10,5%, Cannabinoidi 178 assistiti dal 2010 al 2011 si registra una flessione del 26,1% e infine la cocaina 209 assistiti dal 2010 al 2011 si registra una flessione del 16,1%.

Tabella 2.5 Sostanza di primo uso assistiti DDP (2010-2011)

SOSTANZA DI USO	2010	2011	% variazione 2010-2011
Eroina	954	720	-24,5%
Alcool	315	348	10,5%
Cannabinoidi	241	178	-26,1%
Cocaina	249	209	-16,1%
Psicofarmaci	8	8	0,0%
Amfetamine	7	3	-57,1%
Tabacco	23	38	65,2%
Gioco d'azzardo	24	41	70,8%
Altro	58	26	-55,2%
Crak	19	20	5,3%
TOTALE	1.898	1.591	-16,2%

L'incremento maggiore dal 2010 al 2011 si è registrato negli accessi per problematiche inerenti al gioco d'azzardo, passato da 24 assistiti nel 2010 a 41 nel 2011 facendo registrare un' incremento del 70,8%, dato che sicuramente ha bisogno di essere preso in grande considerazione.

Grafico 2.7 Comparazione Territoriale in base alla percentuale di uso della sostanza principale (2011)



Analizzando le principali sostanze di abuso, negli accessi ai servizi territoriali, stratificate per classi di età, si riescono a comprendere le peculiarità dei singoli fenomeni di dipendenza. **L'eroina** fa registrare un'andamento crescente dai 19 anni fino a raggiungere l'apice nella classe di età >39 anni, è una sostanza trasversale alle classi di età semi-adulte e adulte. **L'alcol** fa registrare un'andamento crescente dai 29 anni fino a raggiungere l'apice nella classe di età >39 anni, è una sostanza trasversale alle classi di età adulte. **La Cannabis** fa registrare un andamento crescente dai 15 anni fino a raggiungere l'apice nella classe di età 20-24 anni per poi decrescere progressivamente, è una sostanza trasversale alle classi di età giovanili. **La cocaina** fa registrare un andamento lievemente crescente dai 20 anni fino a raggiungere l'apice nella classe di età >39 anni, è una sostanza trasversale a tutte le classi di età.

Grafico 2.8 Sostanza di Primo uso distribuita per classi di età (2011)

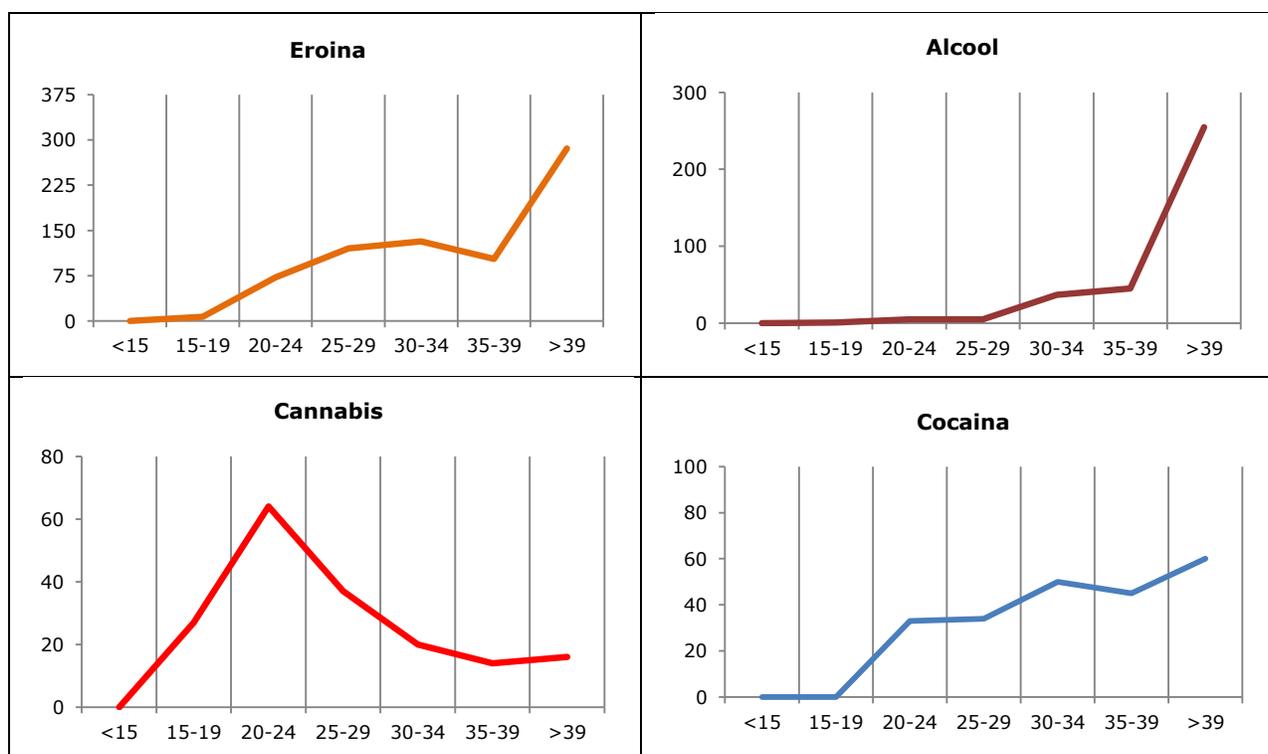


Tabella 2.6 Sostegno farmacologico (anno 2011)

TIPOLOGIE	NEI SERVIZI PUBBLICI		NELLE STRUTTURE RIABILITATIVE		IN CARCERE	
	Numero di soggetti	Numero di trattamenti	Numero di soggetti	Numero di trattamenti	Numero di soggetti	Numero di trattamenti
METADONE						
breve termine (<=30gg)	13	10	2	2	0	0
medio termine (tra 30gg-6 mesi)	86	77	14	14	1	1
lungo termine (>6 mesi)	204	150	0	0	1	1
BUPRENORFINA						
breve termine (<=30gg)	20	21	0	0	0	0
medio termine (tra 30gg-6 mesi)	41	42	2	2	0	0
lungo termine (>6 mesi)	111	98	1	1	0	0

Tabella 2.7 Sostegno farmacologico (anno 2011)

TIPOLOGIE	NEI SERVIZI PUBBLICI		NELLE STRUTTURE RIABILITATIVE		IN CARCERE	
	Numero di soggetti	Numero di trattamenti	Numero di soggetti	Numero di trattamenti	Numero di soggetti	Numero di trattamenti
METADONE						
breve termine (<=30gg)	32	35	18	28	1	1
medio termine (tra 30gg-6 mesi)	124	107	1	24	1	1
lungo termine (>6 mesi)	238	166	4	5	3	3
BUPRENORFINA						
breve termine (<=30gg)	10	10	0	0	0	0
medio termine (tra 30gg-6 mesi)	48	36	0	0	0	0
lungo termine (>6 mesi)	147	121	1	1	0	0

Tabella 2.8 Utenti afferiti a strutture terapeutiche (anno 2010-2011)

Tipologia	ANNO 2010			ANNO 2011		
	Maschi	Femmine	TOTALE	Maschi	Femmine	TOTALE
Utenti in comunità terapeutiche	72	14	96	65	19	85
Non in carico	100	11	111	92	5	97
TOTALE	172	25	207	157	24	182

DECESSI DA OVERDOSE:

La segnalazione dei decessi da abuso di sostanze stupefacenti dalle Prefetture al Ministero dell'Interno (Dipartimento Pubblica Sicurezza, Direzione Centrale per i Servizi Antidroga) avviene annualmente, entro il 20 gennaio dell'anno successivo, su apposito modello. I dati trasmessi dalle Prefetture vengono utilizzati per la redazione "dell'Annuale" della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, pubblicato entro il mese di febbraio. Nella Tabella 2.9 è riportato il numero di casi trasmessi dalle Prefetture operanti in Regione, per sede e per anno, dal 2008 al 2011.

In totale, nei quattro anni considerati sono stati segnalati 69 casi, in media 17 per anno. Il range dei casi segnalati annualmente varia dai 23 del 2010 ai 13 del 2011. Va rilevato che si tratta di pochi casi, e che quindi risulta difficile fare considerazioni statistiche.

Tabella 2.9 Numero di casi segnalati dalle prefetture operanti nelle Marche, per sede e per anno 2008-2011

PROVINCIA	2008	2009	2010	2011
AN	5	4	9	3
MC	3	3	6	2
PS	2	1	2	2
AP	8	7	6	6
FM				0
MARCHE	18	15	23	13

Fonte: Notifiche delle Prefetture

Calcolando i tassi grezzi regionali per decesso (n. casi osservati nell'anno/popolazione regionale al 31/12/2011 per 100.000) e considerando al denominatore solo la fascia di età dai 14 ai 64 anni, come indicato dall' Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (popolazione esposta a rischio), i tassi di mortalità su 100.000 residenti variano da 1,8 nel 2008, 1,5 nel 2009, 2,3 nel 2010 e 1,3 nel 2011.

Tabella 2.10 N. di casi segnalati dalle Prefetture nelle Marche, anno e tasso grezzo di mortalità per overdose 2008-11

Regione Marche	2008	2009	2010	2011
N. casi segnalati	18	15	23	13
Popolazione Marche** (15-64 anni)	1.013.426	1.023.373	1.015.694	1.018.614
Tasso Regione Marche	1,8	1,5	2,3	1,3
Tasso nazionale nel report DPA		1,2	0,9	1,2

Tabella 2.11 Deceduti per overdose per sostanza segnalata, anni 2008-11 Marche

Sostanza abuso	2008	2009	2010	2011	Totale
Oppiacei	12	13	19	10	54
Cocaina	3	1	4	1	9
Oppiacei+ cocaina	2	-	-	-	2
altro	1	1	-	2	4
Totale	18	15	23	13	69

Fonte: Notifiche delle Prefetture

Nel 77% dei casi il decesso è stato segnalato come overdose da oppiacei, il 13% come overdose da cocaina, il 4% come overdose da oppiacei+cocaina e nel 4% è stato causato da altre sostanze. Infine il 64% dei decessi sono avvenuti all'interno dell'abitazione e il 20% in strada o altro luogo pubblico.

Grafico 2.9 Deceduti per overdose per sostanza segnalata, anni 2008-11

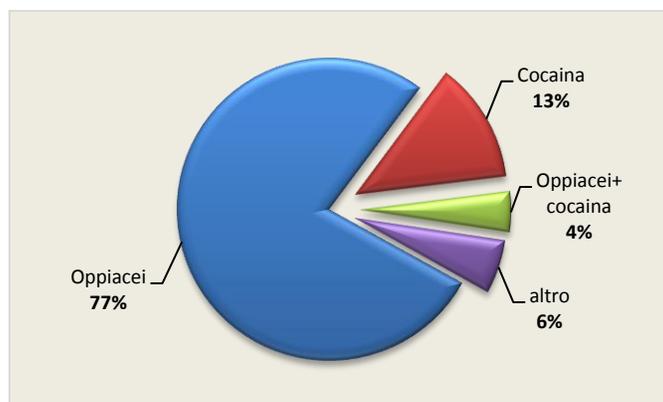
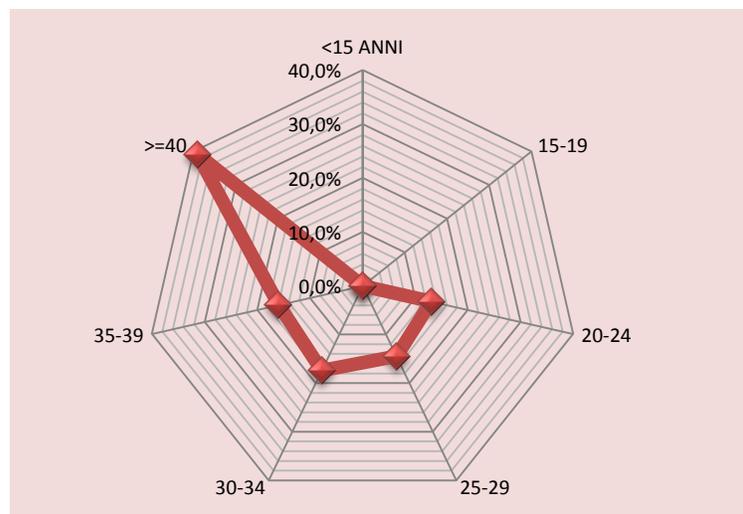


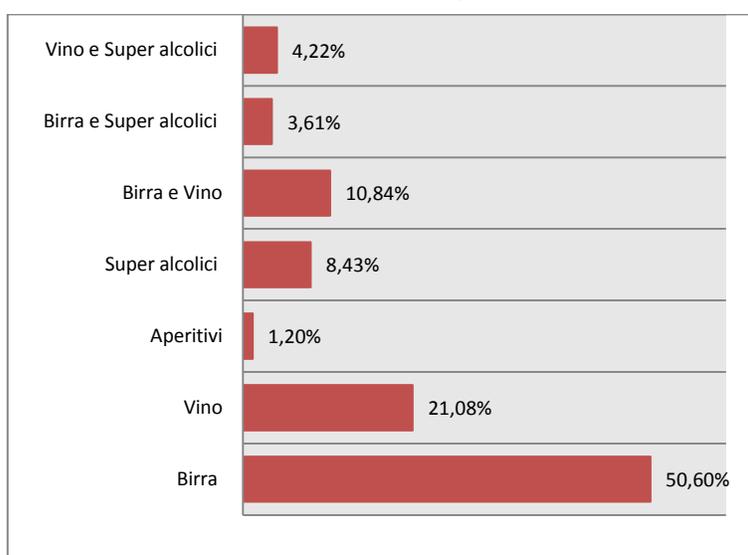
Grafico 2.10 Distribuzione per classi di età dei decessi per overdose dal 2008 al 2011 come unico anno



STUDIO SULLA POPOLAZIONE:

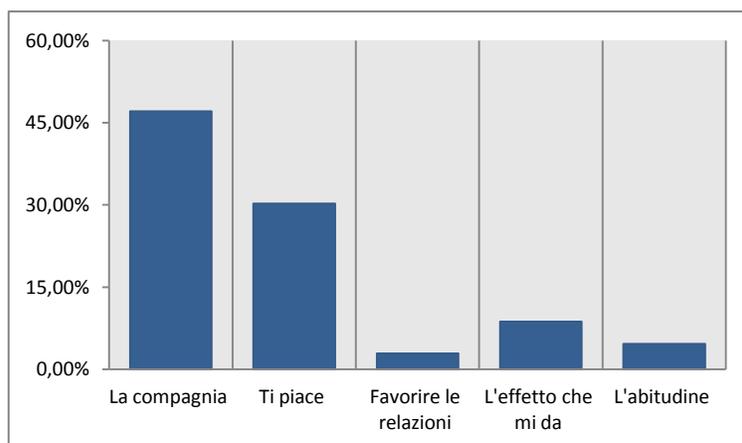
All'interno del progetto Insieme X la sicurezza, grazie all'utilizzo di uno stand mobile, sono stati compilati da parte della popolazione giovanile della Provincia di Pesaro-Urbino, circa 1.000 questionari sulle modalità di consumo delle bevande alcoliche e sono stati misurati con l'alcoltest i soggetti presenti all'interno delle varie feste paesane. Il 50.6% del target dichiara di aver bevuto birra, mediamente 2.54 birre (33cl) a sera, il 21.1% di aver bevuto vino, mediamente 1.75 bicchieri a sera, il 10.84% di aver bevuto sia la birra sia il vino, l' 8.43% i superalcolici e un 4.22% il vino e i superalcolici.

Grafico 2.11 Domanda: **Cosa hai bevuto questa sera?**



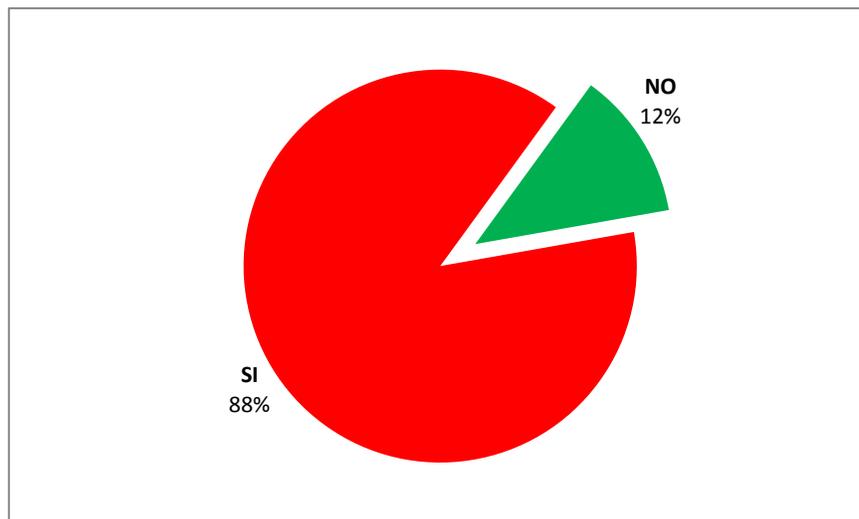
Alla domanda "per quale motivo hai bevuto questa sera" il 47.1% dichiara di aver bevuto in compagnia per consuetudine, il 30.2% per piacere personale, l' 8.7% per l'effetto dell'alcol, il 4.7% per l'abitudine al bere quotidiano e il 2.9% per favorire la relazione.

Grafico 2.12 Domanda: **Per quale motivo hai bevuto questa sera?**



L' 88% ha dichiarato di essersi ubriacato almeno una volta nella vita, di questi il 25.2% ha tra i 15-24 anni, il 21.9% 25-29 anni, il 15.9% 30-34 anni, l' 11.3% 35-39 anni, il 13.2% 40-44 anni e il 7.3% over 50 anni. Inversamente ha dichiarato di non essersi mai ubriacato il 12%, di questi il 23.8% over 50 anni, il 14.3% 40-44 anni e il 14.3% 35-39 anni.

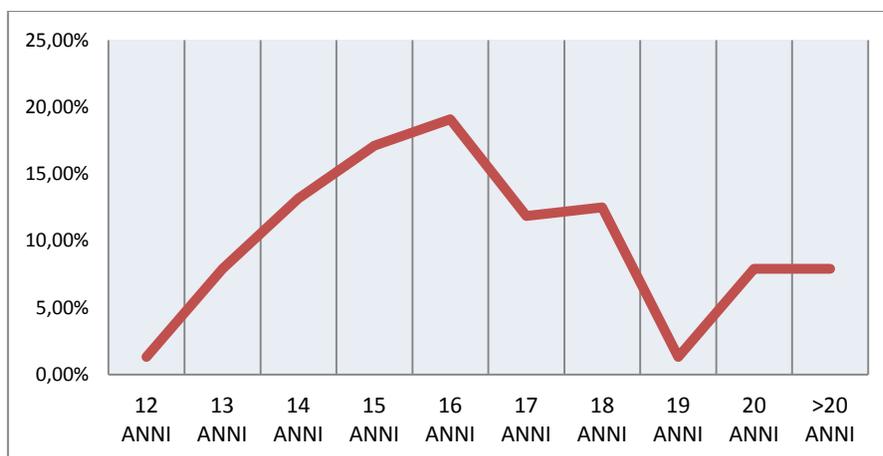
Grafico 2.13 Domanda: **Ti è mai capitato di ubriacarti?**



Tra i soggetti che hanno dichiarato di essersi ubriacati almeno una volta, i 16 anni risultano essere la moda, cioè la classe di età con maggior frequenza di iniziazione all' alcol.

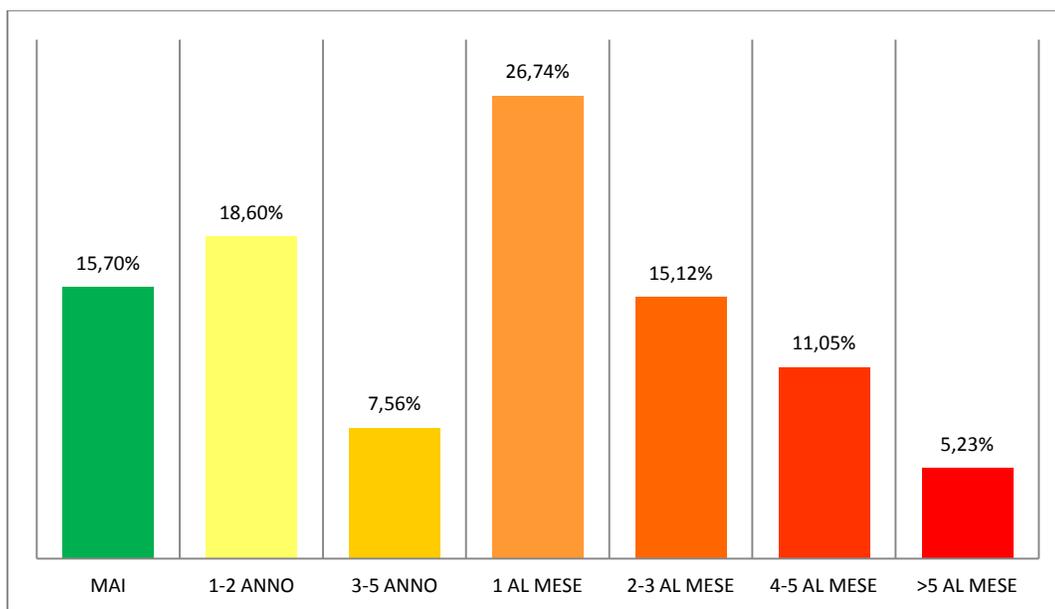
Risultano essere le classi di età della prima ubriacatura: i 12-13 anni per l' 8.20%, i 14-15 anni per il 26.7%, i 16-17 anni per il 27.4%, i 18-19 anni per il 12.2%, i 20-21 anni per l' 8.20% e per gli over 22 anni il 5.80% della popolazione oggetto dell'analisi.

Grafico 2.14 Domanda: **A che età ti sei ubriacato per la prima volta?**



La frequenza delle volte che si attuano comportamenti alcolici, al fine del raggiungimento dello sbalzo alcolico, e' distribuito nelle seguenti modalita': il 15,7% non si ubriaca mai durante l'anno, il 26,2% tra 1 e 5 volte all'anno e il 58,14% da una a piu' volte al mese.

Grafico 2.15 Domanda: **Quante volte ti ubriachi durante l' anno?**



Stratificando i comportamenti da sbalzo alcolico piu' frequenti (1-2 e 3-4 volte al mese) per le classi di eta', e' emerso che i soggetti che dichiarano di ubriacarsi 1-2 volte al mese sono per il 22,7% >40 anni, per il 21,2% tra i 25-29 anni e per il 15,2% tra i 30-34 anni e tra i 35-39 anni. I soggetti che dichiarano di ubriacarsi da 3 a 4 volte al mese sono per il 28,9% tra i 25-29 anni, per il 19% sono over 40 anni e per il 14,3% tra i 30-34 anni e 35-39 anni.

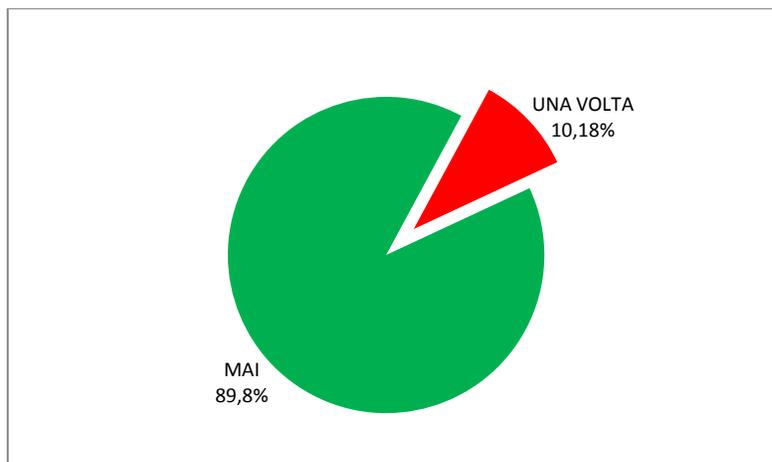
Tabella 2.12 sbalzo alcolico (ubriacatura) stratificato per classi di eta'

FREQUENZA	<15 anni	16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>40	TOTALE
1-2 volte al mese	1,5%	9,1%	15,2%	21,2%	15,2%	15,2%	22,7%	100,0%
3-4 volte al mese	0,0%	4,8%	19,0%	28,6%	14,3%	14,3%	19,0%	100,0%

Il 52,9% dei soggetti intervistati dichiara di bere solo a pasto, il 36,6% solo dopo i pasti e il 10,5% di bere sempre a digiuno.

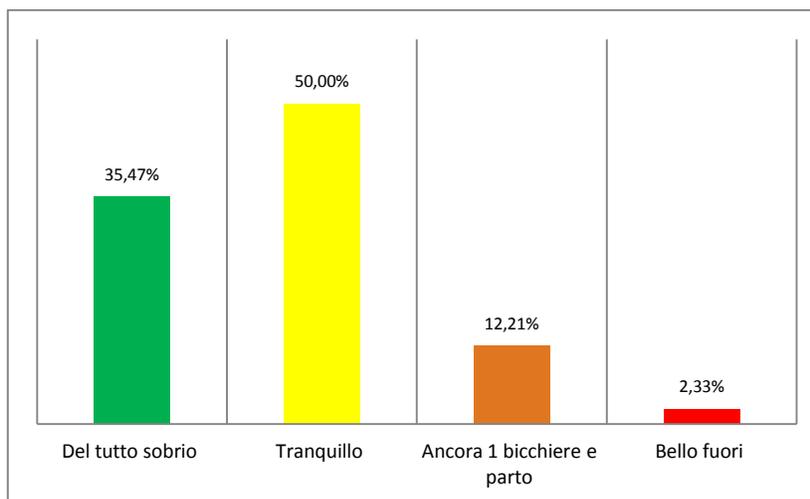
Al 10.2% degli intervistati gli e' stata ritirata la patente per guida in stato di ebbrezza (al 12,25% dei maschi e al 7.5% delle femmine), di questi il 35.3% ha tra i 25-29 anni, il 23.5% tra i 30-34 anni, il 17.6% tra i 20-24 anni e l' 11.8% ha oltre 40 anni.

Grafico 2.16 Domanda: **Ti e' mai stata ritirata la patente per guida in stato di ebbrezza?**



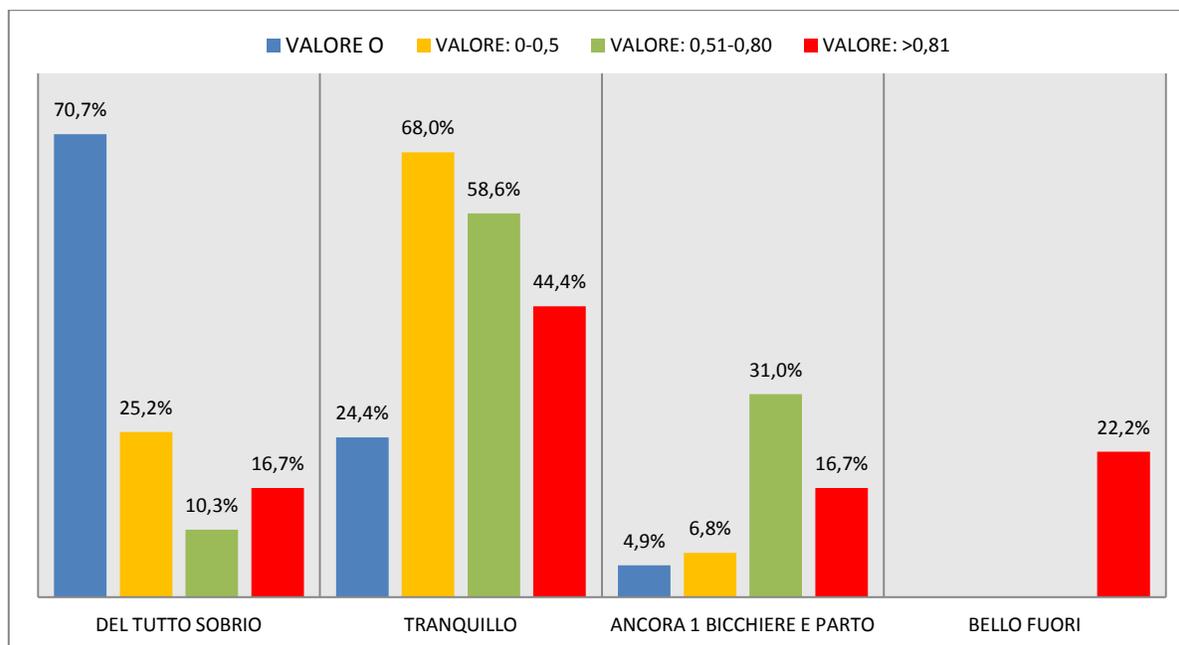
I dati seguenti affrontano il tema della percezione, il primo grafico (2.17) riguarda la percezione relativa al proprio stato, sempre in base al comportamento adottato durante la sera, il secondo grafico (2.18) compara la percezione del tasso alcolico con il reale stato misurato dall' etilometro. L' 85.4% del nostro target ha una percezione positiva del proprio stato psico-fisico, si sentono del tutto sobri il 35.47% e si sentono tranquilli il 50% dei soggetti.

Grafico 2.17 Domanda: **Come ti senti adesso?**



Nel grafico 2.18 sono stati incrociati i valori oggettivi, reali, dell'etilometro con la percezione del proprio stato psico-fisico nel momento della rilevazione. I dati descrivono una rilevante divergenza tra la propria percezione e i valori reali: dei soggetti che hanno dei valori alcolici **oltre lo 0,81** il 44% si sente del tutto tranquillo e il 16,7% si sente del tutto sobrio, rilevando, quindi, una percezione positiva "sobria" del proprio stato di salute.

Grafico 2.18 Incrocio tra la percezione del proprio stato e i valori della misurazione

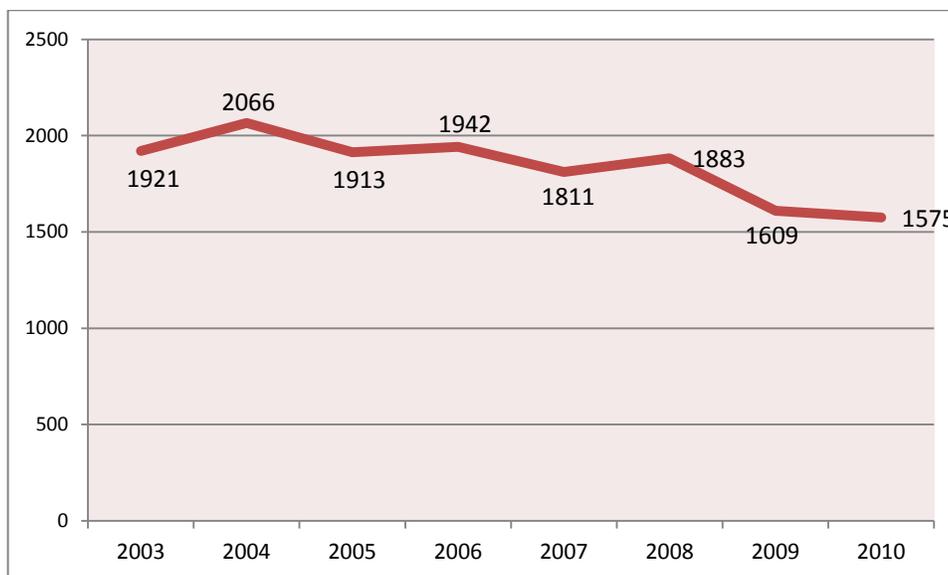


INCIDENTI STRADALI:

Gli incidenti stradali in Italia sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto i 40 anni ed il 25% dei decessi per tale causa interessa i ragazzi con meno di 23 anni.

Nel 2010, secondo la fonte ISTAT-ACI, gli incidenti stradali nella Provincia di Pesaro e Urbino (Area Vasta n.1) sono stati 1.575, con 31 morti e 2.234 feriti, il rapporto di mortalità "RM" (indice che esprime il numero di decessi ogni 100 incidenti in un anno) è di 1,9 dato in linea con i valori Nazionali.

Grafico 2.19 Numero di incidenti stradali nell' Area Vasta n.1 (2003-2010)



La riduzione registrata in questi ultimi anni è legata ad una serie di fattori tra i quali: l'introduzione di normative più rigorose in materia di sicurezza stradale; una maggiore efficienza dei servizi di primo soccorso e delle strutture sanitarie in genere; le numerose iniziative formative e campagne informative-educative per la diffusione di comportamenti alla guida corretti, promosse dal Piano Nazionale di Sicurezza Stradale, dal Piano Nazionale della Prevenzione e dai Piani Regionali.

In Italia e in generale in Europa, tuttavia, il problema degli incidenti stradali rimane estremamente grave in termini di rischio di morte, di invalidità permanente, con conseguenti costi sociali ed economici rilevanti. Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è infatti attribuibile alla guida in stato di ebbrezza.

Secondo la Sorveglianza PASSI sull' Area Vasta n.1 (PU) "Rapporto Nazionale 2011", il 16,61% dei soggetti intervistati dichiara di avere recentemente guidato sotto l'effetto dell'alcol, l'abitudine a guidare in stato di ebbrezza è più frequente nel sesso maschile 24,48% rispetto al sesso femminile 5,18%, la fascia di età con l'incidenza maggiore è 18-34 anni e infine l'8,77% dichiara di essere salito in auto con un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

Per quanto riguarda le *persone che utilizzano i dispositivi di protezione individuale*, da PASSI 2011 emerge: "casco sempre 94,65%; cintura anteriore sempre 83,18%; cintura posteriore sempre 22,24%".

Tabella 2.13 Comparazione del numero degli incidenti, dei decessi e dei feriti nel territorio Nazionale (anno 2011)

Province e Regioni	Totale Incidenti			Di cui Incidenti Mortali			Rapporto di Mortalità
	Valore assoluto	Persone Infortunate		Valore assoluto	Persone Infortunate		
		Morti	Feriti		Morti	Feriti	
Piemonte	13.580	327	19.965	308	327	211	2,41
Valle d'Aosta	370	11	498	11	11	7	2,97
Lombardia	39.322	565	53.806	540	565	360	1,44
Veneto	15.651	396	21.860	369	396	271	2,53
Friuli Venezia Giulia	3.933	103	5.137	97	103	68	2,62
Liguria	9.702	84	12.360	82	84	45	0,87
Emilia-Romagna	20.153	401	28.001	383	401	266	1,99
Toscana	17.272	282	23.299	265	282	156	1,63
Umbria	2.913	79	4.074	74	79	50	2,71
Marche	6.728	109	9.874	106	109	95	1,62
Pesaro-Urbino	1.490	27	2.070	26	27	35	1,81
Ancona	2.048	33	3.088	33	33	27	1,61
Macerata	1.290	23	1.959	21	23	24	1,78
Ascoli Piceno	1.056	12	1.461	12	12	5	1,14
Fermo	844	14	1.296	14	14	4	1,66
Lazio	27.810	450	38.932	424	450	319	1,62
Abruzzo	4.099	79	6.377	78	79	83	1,93
Molise	657	28	1.056	27	28	21	4,26
Campania	11.129	254	17.050	235	254	231	2,28
Puglia	12.479	292	20.926	265	292	279	2,34
Basilicata	1.147	48	2.015	45	48	51	4,18
Calabria	3.378	138	5.645	126	138	131	4,09
Sicilia	14.255	279	22.004	260	279	210	1,96
Sardegna	4.206	106	6.278	97	106	71	2,52
ITALIA	211.404	4.090	302.735	3.847	4.090	2.961	1,93

Tabella 2.14 Numero, percentuale e tasso 10.000 delle ospedalizzazioni per incidente stradale da traffico veicolare 2011

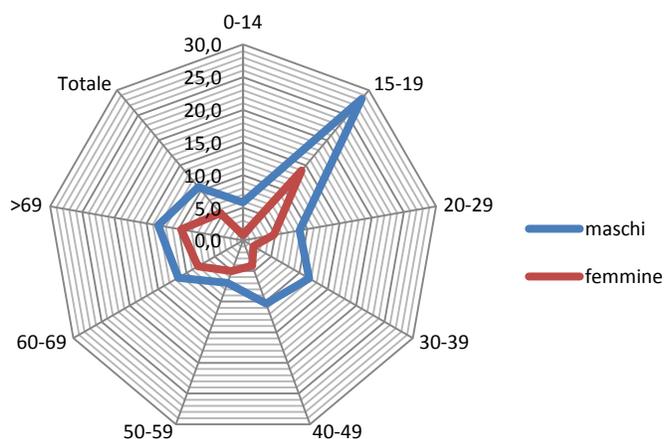
RICOVERI PER INCIDENTE DA TRAFFICO VEICOLARE			
Classi età	Maschi	Femmine	Totale
0-14	15	2	17
15-19	24	11	35
20-29	17	9	26
30-39	32	5	37
40-49	31	12	43
50-59	16	12	28
60-69	23	17	40
>69	33	34	67
Totale	191	102	293

Analizzando le ospedalizzazioni per incidente stradale da traffico veicolare, emerge che nel 2011 si sono verificati 293 accessi, 191 di sesso maschile e 102 di sesso femminile, la classe di età con maggiore frequenza risulta essere la >69 anni. Gli incidenti stradali risultano essere lo 0,46% del totale dei ricoveri nel 2011 (64.186) e il tasso sulla popolazione dell' Area Vasta 1 è 7,98 ospedalizzazioni per incidente stradale ogni 10.000 abitanti

Numero totale per classi di età		% Incidenti stradali sul totale delle ospedalizzazioni		Tasso Incidenti stradali sulla popolazione totale (10.000)	
Classi età	Incidenti	Totale ricoveri	% sui ricoveri	popolazione totale	Tasso 10.000
0-14	17	5273	0,32%	50.238	3,38
15-19	35	1101	3,18%	16.374	21,38
20-29	26	3968	0,66%	38.164	6,81
30-39	37	6784	0,55%	54.334	6,81
40-49	43	5952	0,72%	59.077	7,28
50-59	28	6345	0,44%	46.822	5,98
60-69	40	9180	0,44%	41.515	9,64
>69	67	25583	0,26%	60.439	11,09
Totale	293	64186	0,46%	366.963	7,98

Il tasso maggiore di ospedalizzazioni si registra nella classe di età 15-19 anni con 21,38 accessi ospedalieri ogni 10.000 abitanti.

Grafico 2.20 Tasso ospedalizzazione per incidente stradale veicolare nella popolazione (2010 AV1)



SICUREZZA URBANA:

La società contemporanea insieme allo sviluppo dell'economia, della scienza e della tecnologia ha contribuito a ridurre i pericoli provenienti dall'esterno sostituendo ad essa i rischi, come manifestazione interna connessa al suo sviluppo ed ai suoi progressi. Il sociologo Bauman distingue la mancanza di sicurezza in: **esistenziale**, legata al liberismo economico che ha incrementato il senso di precarietà; **cognitiva o incertezza**, connessa alla crescente difficoltà di lettura del sistema sociale e **personale o incolumità**, che riguarda il corpo e le sue estensioni come familiari e i beni personali, questi tre aspetti della sicurezza sono connessi con una tendenza degli attori sociali a riversare sulla terza le ansie dovute alle prime due, impossibili da affrontare sia per gli individui che per le istituzioni politiche sempre più limitate nelle loro competenze. La Regione Marche con la legge regionale n°11/2002 ha istituito l'Osservatorio Regionale per le Politiche Integrate di Sicurezza istituito presso la Presidenza della Giunta Regionale. Nel dicembre 2009 il dipartimento per le politiche integrate di sicurezza e per la protezione civile della Regione Marche ha organizzato la IV conferenza regionale sulla sicurezza. Le Marche registrano un indice di criminalità tale da collocarle nella parte medio-bassa (13° posizione) della graduatoria delle regioni italiane.

Tabella 2.15 Ripartizione Provinciale dei reati commessi 2008-09 riferiti nel 2010

ANNO Province	2008		2009		Comparazione 2008-09
	Numero reati	T.S. 100.000	Numero reati	T.S. 100.000	
Ancona	19.158	4069,97	18.603	3908,06	-3,98%
Ascoli Piceno	13.680	3540,59	13.427	3448,71	-2,60%
Macerata	11.779	3684,97	11.297	3502,97	-4,94%
Pesaro-Urbino	11.575	3075,83	11.888	3114,24	1,25%
Marche	56.300	3625,09	55.292	3522,73	-2,82%

Tabella 2.16 Totale delitti commessi dal 2008 al 2009 (nell' Area Vasta n.1)

Totale denunce	Anno 2008	Anno 2009
Furti	6.431	5.928
Rapine	107	86
Lesioni dolose	373	343
Minacce	465	423
Danneggiamenti	1.756	1.662
Altro	3.770	3.499
TOTALE	12.902	11.941

IMMIGRAZIONE:

L'aspetto più importante dell'immigrazione attuale in Italia può essere individuato nel processo di stabilizzazione del fenomeno e nel processo di consolidamento strutturale con le seconde generazioni.

Tabella 2.17 Distribuzione popolazione straniera per classi di età 2011

Classi di età	Maschi	Femmine	TOTALE
0-4	1.398	1.360	2.758
5-9	1.091	946	2.037
10-14	942	823	1.765
15-19	1.000	864	1.864
20-24	1.288	1.462	2.750
25-29	1.661	2.006	3.667
30-34	1.908	2.272	4.180
35-39	2.009	2.093	4.102
40-44	1.747	1.788	3.535
45-49	1.310	1.448	2.758
50-54	810	1.375	2.185
55-59	462	873	1.335
60-64	266	546	812
65-69	184	275	459
70-74	131	176	307
75-79	71	90	161
80-84	40	39	79
85-89	12	10	22
>90 anni	5	6	11
TOTALE	16.335	18.452	34.787

Grafico 2.21 Rapporto tra maschi e femmine nella popolazione straniera 2011

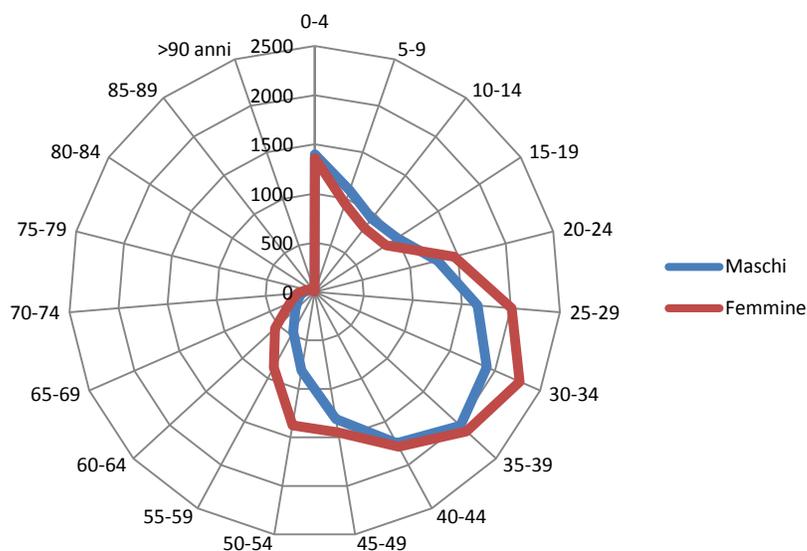
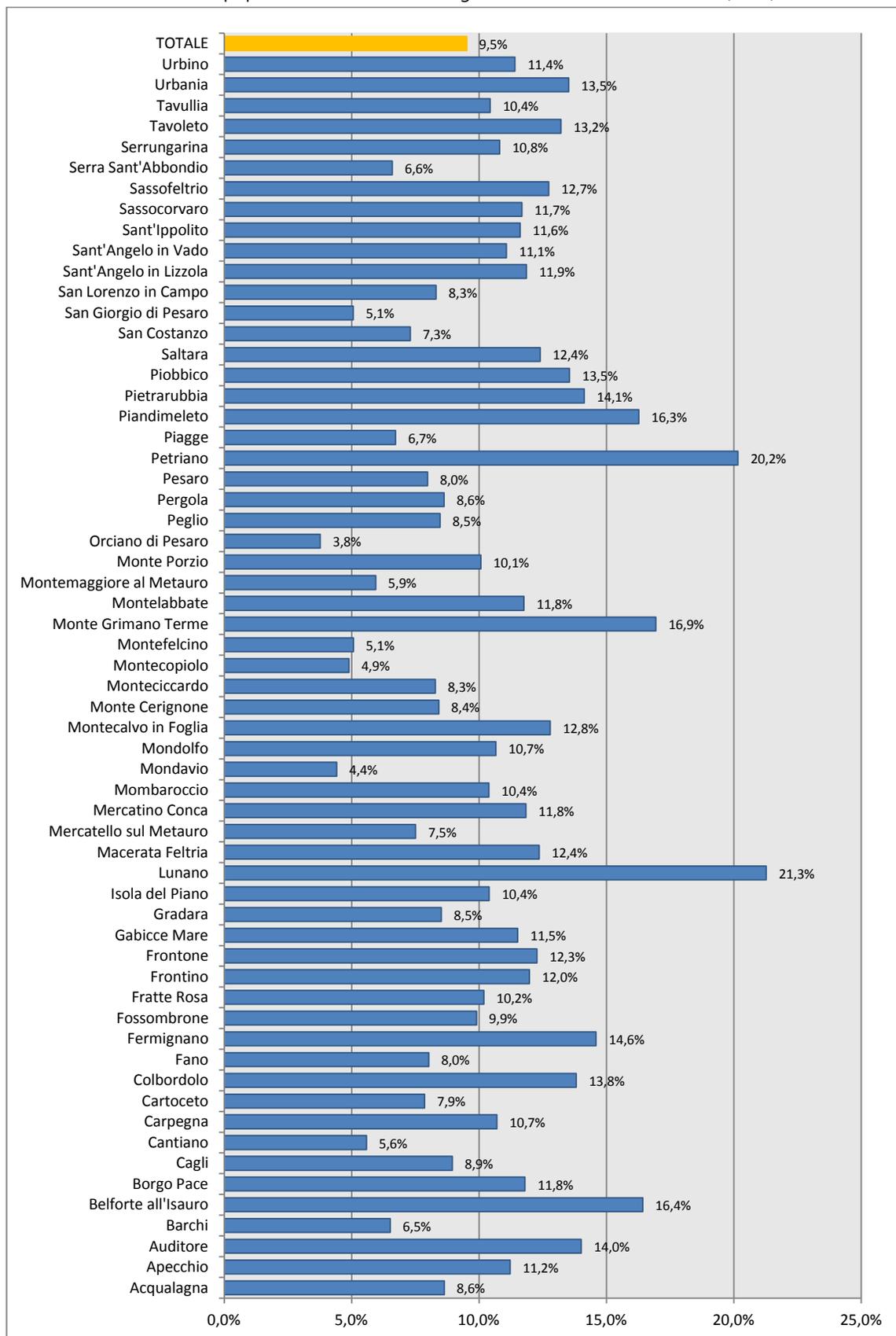


Tabella 2.18 Popolazione straniera nell' Area Vasta n.1, % sulla popolazione dei singoli Comuni 2011

COMUNI	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	POPOLAZIONE COMUNI	% SULLA POPOLAZIONE SINGOLI COMUNI
Acqualagna	180	206	386	4.471	8,6%
Apecchio	130	101	231	2.059	11,2%
Auditore	118	110	228	1.627	14,0%
Barchi	26	40	66	1.013	6,5%
Belforte all'Isauro	72	62	134	816	16,4%
Borgo Pace	36	42	78	661	11,8%
Cagli	361	452	813	9.086	8,9%
Cantiano	54	81	135	2.420	5,6%
Carpegna	93	87	180	1.682	10,7%
Cartoceto	310	316	626	7.966	7,9%
Colbordolo	422	442	864	6.254	13,8%
Fano	2383	2747	5130	63.907	8,0%
Fermignano	641	620	1261	8.641	14,6%
Fossombrone	466	514	980	9.897	9,9%
Fratte Rosa	53	50	103	1.011	10,2%
Frontino	17	20	37	309	12,0%
Frontone	77	90	167	1.361	12,3%
Gabicce Mare	315	368	683	5.931	11,5%
Gradara	211	184	395	4.636	8,5%
Isola del Piano	37	31	68	654	10,4%
Lunano	175	143	318	1.495	21,3%
Macerata Feltria	125	137	262	2.120	12,4%
Mercatello sul Metauro	52	59	111	1.478	7,5%
Mercatino Conca	48	86	134	1.132	11,8%
Mombaroccio	114	110	224	2.157	10,4%
Mondavio	78	99	177	4.011	4,4%
Mondolfo	675	603	1278	11.989	10,7%
Montecalvo in Foglia	163	191	354	2.767	12,8%
Monte Cerignone	23	34	57	677	8,4%
Monteciccardo	67	75	142	1.714	8,3%
Montecopiolo	16	44	60	1.227	4,9%
Montefelcino	55	88	143	2.819	5,1%
Monte Grimano Terme	93	118	211	1.246	16,9%
Montelabbate	401	389	790	6.716	11,8%
Montemaggiore al Metauro	75	86	161	2.710	5,9%
Monte Porzio	134	144	278	2.761	10,1%
Orciano di Pesaro	34	49	83	2.203	3,8%
Peglio	31	31	62	732	8,5%
Pergola	256	322	578	6.697	8,6%
Pesaro	3207	4353	7560	94.799	8,0%
Petriano	300	292	592	2.937	20,2%
Piagge	31	38	69	1.026	6,7%
Piandimeleto	179	165	344	2.115	16,3%
Pietrarubbia	50	50	100	708	14,1%
Piobbico	153	136	289	2.133	13,5%
Saltara	428	410	838	6.758	12,4%
San Costanzo	165	195	360	4.932	7,3%
San Giorgio di Pesaro	31	42	73	1.441	5,1%
San Lorenzo in Campo	137	158	295	3.547	8,3%
Sant'Angelo in Lizzola	541	486	1027	8.660	11,9%
Sant'Angelo in Vado	216	244	460	4.154	11,1%
Sant'Ippolito	95	91	186	1.602	11,6%
Sassocorvaro	195	215	410	3.510	11,7%
Sassofeltrio	86	95	181	1.421	12,7%
Serra Sant'Abbondio	26	48	74	1.123	6,6%
Serrungarina	135	138	273	2.526	10,8%
Tavoletto	49	73	122	923	13,2%
Tavullia	385	417	802	7.683	10,4%
Urbania	454	507	961	7.110	13,5%
Urbino	855	928	1783	15.627	11,4%
TOTALE	16335	18452	34787	365788	9,5%

Gráfico 2.22 Percentuale popolazione straniera sui singoli Comuni dell'Area Vasta n.1 (2011)



Nell' Area Vasta n.1 dal 2002 al 2011 la popolazione immigrata è aumentata di 22.312 unità, producendo una crescita del 178,9%, diventando una componente strutturalmente importante della società.

Tabella 2.19 Incremento-decremento popolazione straniera, rapporto 2002-2011

COMUNI	2002	2011	Differenza numerica	% di crescita 2002-2011
Acqualagna	167	386	219	131,1%
Apecchio	45	231	186	413,3%
Auditore	63	228	165	261,9%
Barchi	31	66	35	112,9%
Belforte all'Isauro	34	134	100	294,1%
Borgo Pace	25	78	53	212,0%
Cagli	241	813	572	237,3%
Cantiano	38	135	97	255,3%
Carpegna	82	180	98	119,5%
Cartoceto	172	626	454	264,0%
Colbordolo	364	864	500	137,4%
Fano	1.628	5.130	3.502	215,1%
Fermignano	485	1.261	776	160,0%
Fossombrone	326	980	654	200,6%
Fratte Rosa	38	103	65	171,1%
Frontino	22	37	15	68,2%
Frontone	52	167	115	221,2%
Gabicce Mare	186	683	497	267,2%
Gradara	102	395	293	287,3%
Isola del Piano	21	68	47	223,8%
Lunano	110	318	208	189,1%
Macerata Feltria	49	262	213	434,7%
Mercatello sul Metauro	58	111	53	91,4%
Mercatino Conca	69	134	65	94,2%
Mombaroccio	106	224	118	111,3%
Mondavio	65	177	112	172,3%
Mondolfo	358	1.278	920	257,0%
Montecalvo in Foglia	197	354	157	79,7%
Monte Cerignone	17	57	40	235,3%
Monteciccardo	41	142	101	246,3%
Montecopiolo	41	60	19	46,3%
Montefelcino	50	143	93	186,0%
Monte Grimano Terme	77	211	134	174,0%
Montelabbate	274	790	516	188,3%
Montemaggiore al Metauro	12	161	149	1241,7%
Monte Porzio	60	278	218	363,3%
Orciano di Pesaro	57	83	26	45,6%
Peglio	57	62	5	8,8%
Pergola	195	578	383	196,4%
Pesaro	2.813	7.560	4.747	168,8%
Petriano	211	592	381	180,6%
Piagge	32	69	37	115,6%
Piandimeleto	134	344	210	156,7%
Pietrarubbia	58	100	42	72,4%
Piobbico	173	289	116	67,1%
Saltara	239	838	599	250,6%
San Costanzo	109	360	251	230,3%
San Giorgio di Pesaro	23	73	50	217,4%
San Lorenzo in Campo	114	295	181	158,8%
Sant'Angelo in Lizzola	299	1.027	728	243,5%
Sant'Angelo in Vado	161	460	299	185,7%
Sant'Ippolito	142	186	44	31,0%
Sassocorvaro	135	410	275	203,7%
Sassofeltrio	57	181	124	217,5%
Serra Sant'Abbondio	17	74	57	335,3%
Serrungarina	92	273	181	196,7%
Tavoleto	21	122	101	481,0%
Tavullia	207	802	595	287,4%
Urbania	487	961	474	97,3%
Urbino	936	1.783	847	90,5%
TOTALE	12.475	34.787	22.312	178,9%

INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI

Nei dati del 2010, riferiti al 2009, nell' Area Vasta n.1 vi sono stati 7.394 infortuni sul lavoro, su un totale di 127.839 addetti. Per quanto riguarda la distribuzione territoriale degli infortuni sul lavoro considerando un tasso standardizzato su 1.000 addetti emerge la seguente distribuzione: Area Vasta n.1 57,8 infortuni ogni 1.000 addetti, Area Vasta n.2 60,45 infortuni ogni 1.000 addetti, Area Vasta n.3 48,05 infortuni ogni 1.000 addetti, Area Vasta n.4 34,89 infortuni ogni 1.000 addetti e Area Vasta n.5 49,59 infortuni ogni 1.000 addetti.

Tabella 2.20 N. Infortuni sul lavoro nei territori di riferimento (dati INAIL) e percentuale sul totale degli infortuni 2007-09

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE	2007	2008	2009	% SUL TOTALE INFORTUNI 2009
Area Vasta n.1	7.691	7.713	7.394	27,81%
Area Vasta n.2	11.150	10.580	10.144	38,16%
Area Vasta n.3	5.150	5.002	4.393	16,52%
Area Vasta n.4	1.894	1.847	1.711	6,44%
Area Vasta n.5	3.440	3.187	2.943	11,07%
TOTALE	29.325	28.329	26.585	100,00%

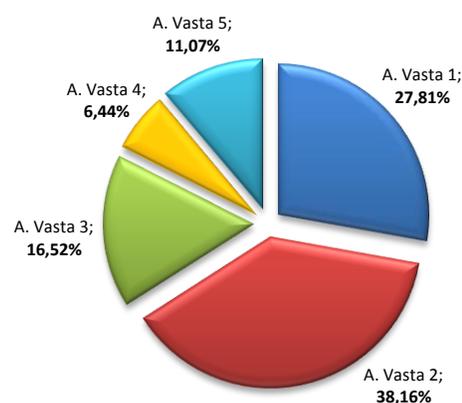
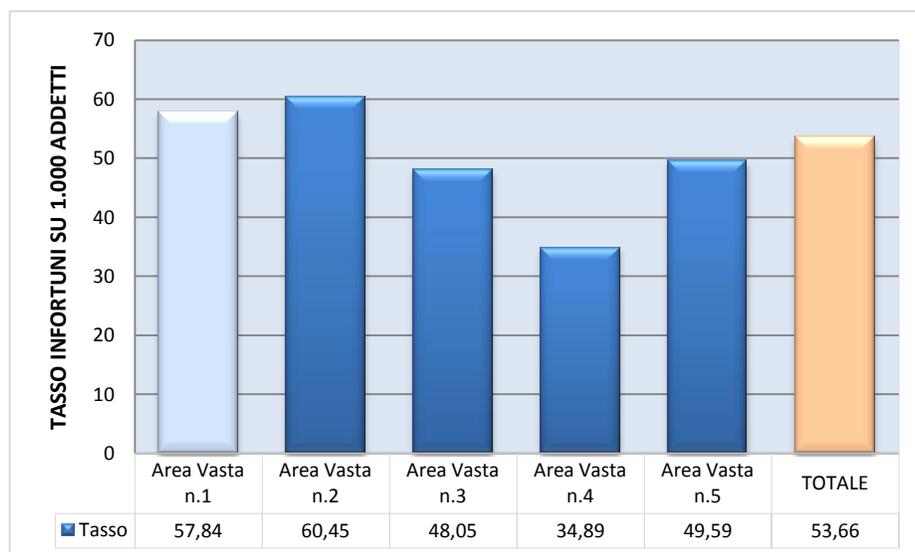


Tabella 2.23 Tasso degli Infortuni sul lavoro sul totale degli addetti, dati 2009 (riferito 2011)



Considerando il territorio di riferimento delle Ex Zone Territoriali e distinguendo gli infortuni sul lavoro per comparto, rileviamo nella ex Zona Territoriale di Pesaro un tasso di 47,08 infortuni ogni 1.000 addetti, nella ex Zona Territoriale di Urbino un tasso di 63,88 infortuni ogni 1.000 addetti e nella ex Zona Territoriale di Fano un tasso di 57,42 infortuni ogni 1.000 addetti.

Tabella 2.21 Numero infortuni sul lavoro nei territori delle ex Zone Territoriali anno 2010

COMPARTI	2010		
	PESARO	URBINO	FANO
01 Agrindustria e pesca	6	10	8
02 Estrazioni minerali	0	0	2
03 Industria Alimentare	16	13	30
04 Industria Tessile	21	19	32
05 Industria Conciaria	0	0	0
06 Industria Legno	200	97	96
07 Industria Carta	17	11	15
08 Industria Chimica e Petrolio	41	49	60
09 Industria Gomma	3	2	1
10 Ind.Trasf. non Metalliferi	80	24	20
11 Industria Metalli	1	0	7
12 Metalmeccanica	217	161	363
13 Industria Elettrica	15	7	8
14 Altre Industrie	68	15	19
15 Elettricità Gas Acqua	18	5	12
16 Costruzioni	274	174	247
17 Commercio	167	43	100
18 Trasporti	81	30	74
19 Sanità'	177	72	158
20 Servizi	577	181	377
99 Comparto non determinabile	604	181	384
998 Agricoltura	71	221	171
999 Conto Stato	423	184	276
TOTALE	3.077	1.499	2.460
NUMERO ADDETTI	65.344	23.463	42.838
TASSO SU ADDETTI	47,08	63,88	57,42

Analizzando gli infortuni sul lavoro distribuiti per classe di età, emerge che la percentuale maggiore si è registrata nella classe 30-40 anni il 27,4%, seguita da 41-50 anni 21,2%, 18-29 anni 20,5% e 51-60 anni 15,3%. Infine la distribuzione per genere ci evidenzia un 76% di sesso maschile e un 24% di sesso femminile.

Grafico 2.24 Infortuni sul lavoro distribuiti per classi di età, dati 2009 (riferito 2011)



Grafico 2.25 Percentuale Infortuni sul lavoro nei mesi lavorativi di riferimento e tipologia di genere 2010

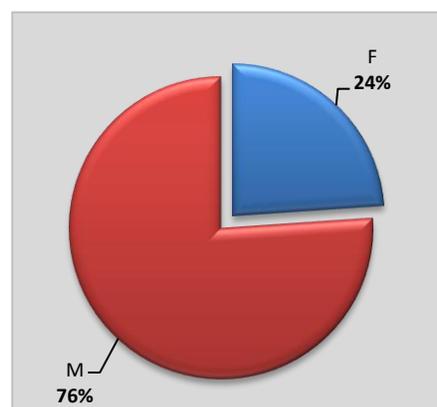
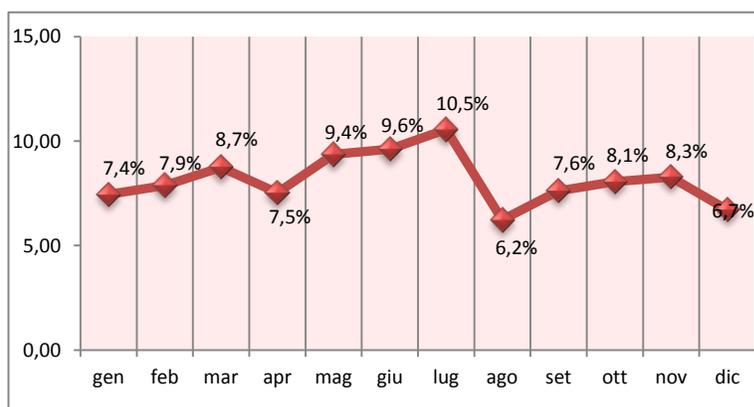


Tabella 2.22 Numero, percentuale e tasso 10.000 delle ospedalizzazioni per incidente sul lavoro 2011

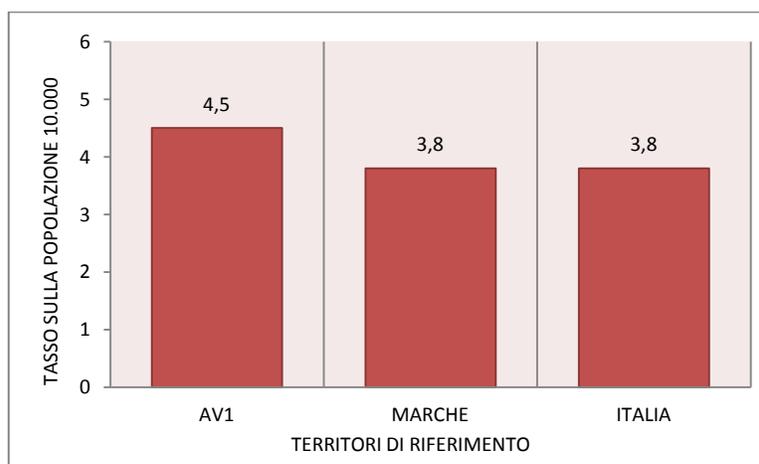
RICOVERI PER INCIDENTI SUL LAVORO			
Classi età	Maschi	Femmine	Totale
15-19	4	0	4
20-29	13	3	16
30-39	19	7	26
40-49	30	2	32
50-59	33	11	44
60-65	11	4	15
>65	1	3	4
Totale	111	30	141

Analizzando le ospedalizzazioni per incidente sul lavoro, emerge che nel 2011 si sono verificati 141 accessi, 111 di sesso maschile e 30 di sesso femminile, la classe di età con maggiore frequenza risulta essere la 50-59 anni. Gli incidenti sul lavoro risultano essere lo 0,24% del totale dei ricoveri nel 2011 (58.913) e il tasso sulla popolazione dell' Area Vasta 1 è 3,84 ospedalizzazioni per incidente sul lavoro ogni 10.000 abitanti

Numero totale per classi di età		% Incidenti sul lavoro sul totale delle ospedalizzazioni		Tasso Incidenti sul lavoro sulla popolazione totale (10.000)	
Classi età	Incidenti sul lavoro	Totale ricoveri	% sui ricoveri	popolazione totale	Tasso 10.000
15-19	4	1101	0,36%	16.374	2,44
20-29	16	3968	0,40%	38.164	4,19
30-39	26	6784	0,38%	54.334	4,79
40-49	32	5952	0,54%	59.077	5,42
50-59	44	6345	0,69%	46.822	9,40
60-65	15	5262	0,29%	26.604	5,64
>65	4	29501	0,01%	75.350	0,53
Totale	141	58913	0,24%	366.963	3,84

Il tasso delle ospedalizzazioni per incidente sul lavoro nella classe di età 15-64 anni nell' Area Vasta 1 e' 4,5 ogni 10.00 abitanti, nella Regione Marche e' 3,8 e la media Italiana è 3,84.

Grafico 2.26 Tasso ospedalizzazione per incidente sul lavoro nella popolazione 15-64 anni 2010



Le malattie professionali denunciate nel territorio dell' Area Vasta 1 nel 2010 risultano essere 650, nella ex Zona Territoriale di Pesaro 180 con un tasso di malattie professionali sugli addetti di 2,8 ogni 1.000, nella ex Zona Territoriale di Urbino 195 con un tasso di 8,3 ogni 1.000 addetti e nella ex Zona Territoriale di Fano 275 con un tasso di 6,4 ogni 1.000 addetti.

Tabella 2.23 Numero Malattie professionali denunciate anno 2010

COMPARTI	PESARO	URBINO	FANO
01 Agrindustria e pesca	1	2	5
03 Industria Alimentare	1	2	3
04 Industria Tessile	10	13	11
06 Industria Legno	29	14	21
07 Industria Carta	0	1	0
08 Industria Chimica e Petrolio	4	2	7
09 Industria Gomma	0	1	0
10 Ind.Trasf. non Metalliferi	4	7	2
11 Industria Metalli	0	1	0
12 Metalmeccanica	20	21	22
13 Industria Elettrica	0	1	0
14 Altre Industrie	1	5	7
15 Elettricità Gas Acqua	2	0	0
16 Costruzioni	34	34	49
17 Commercio	4	3	3
18 Trasporti	3	1	1
19 Sanita'	8	1	16
20 Servizi	29	11	38
99 Comparto non determinabile	30	75	90
Totali	180	195	275
NUMERO ADDETTI	65.344	23.463	42.838
TASSO SU ADDETTI	2,8	8,3	6,4

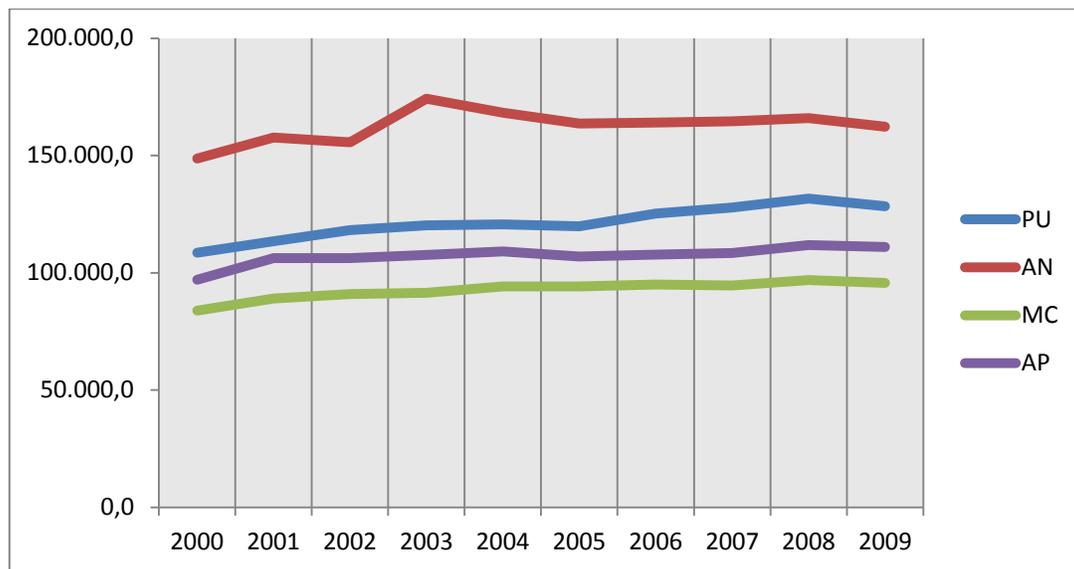
ASPETTI ECONOMICI:

Nell' Area Vasta n.1 esistono 31.296 aziende che occupano 127.839 addetti. Le tipologie di comparti più rappresentate sono, le costruzioni 19,5% del totale dei comparti dell'Area Vasta n.1, commercio al dettaglio 10,9%, attività immobiliari 9,2%, alberghi e ristoranti 5,9% e servizi pubblici 5,8%. Nell' Area Vasta n.1 dal 2009 al 2010 si è registrata una flessione degli addetti di circa il 4%.

Tabella 3.1 Numero di comparti nelle ex Zone Territoriale (1-2-3) e Area Vasta n.1 anno 2010

COMPARTI	Ex ZONA TERRITORIALE 1	Ex ZONA TERRITORIALE 2	Ex ZONA TERRITORIALE 3	AREA VASTA N.1	%
Agrindustria	68	106	117	291	0,9%
Pesca	46	0	35	82	0,3%
Estrazione minerali	18	12	16	46	0,1%
Industria alimentare	261	149	262	672	2,1%
Industria tessile	122	235	282	639	2,0%
Industria conciaria	19	12	28	59	0,2%
Industria legno	268	193	168	629	2,0%
Industria carta	116	55	69	240	0,8%
Industria petrolio	3	0	1	4	0,0%
Industria chimica	37	10	19	66	0,2%
Industria gomma	87	65	40	192	0,6%
Industria non metalliferi	159	79	93	331	1,1%
Industria metalli	417	263	449	1.129	3,6%
Industria meccanica	275	70	208	553	1,8%
Industria elettrica	270	133	196	599	1,9%
Industria mezzi trasporto	48	7	209	264	0,8%
Altre industrie	819	295	343	1.457	4,7%
Elettricità gas acqua	8	5	2	15	0,0%
Costruzioni	2.276	1.515	2.308	6.099	19,5%
Commercio riparazione auto	516	261	387	1.164	3,7%
Commercio ingrosso	853	174	516	1.543	4,9%
Commercio dettaglio	1.298	776	1.259	3.333	10,6%
Alberghi e ristoranti	766	456	617	1.839	5,9%
Trasporti	801	298	498	1.597	5,1%
Intermediazione finanziaria	113	31	69	213	0,7%
Attività immobiliari	1.442	500	942	2.884	9,2%
Pubblica amministrazione	46	62	73	181	0,6%
Istruzione	74	39	51	164	0,5%
Sanità	268	97	154	519	1,7%
Servizi pubblici	774	382	669	1.825	5,8%
Non Determinato	1.154	508	1.005	2.667	8,5%
TOTALE	13.422	6.789	11.085	31.296	100,0%

Tabella 3.1 Numero addetti (occupati) stratificato per Province della Regione Marche 2010



MORTALITA':

L' Andamento della Mortalità nell'Area Vasta n.1 è passato da 3.470 decessi nel 2000 a 3.510 decessi nel 2009, considerando l'aumento della popolazione il Tasso Grezzo su 100.000 abitanti è passato da 1001,98 decessi su 100.000 abitanti (anno 2000) a 927,54 decessi su 100.000 abitanti (anno 2009), entro il range ottimale di 1000 decessi ogni 100.000 abitanti.

Tabella 4.1 Andamento della mortalità nell' Area Vasta n.1: numero decessi e T.G. 100.000

ANNI	TOTALE DECESSI	TASSO GREZZO 100.000
2000	3470	1001,989541
2001	3471	994,9293288
2002	3576	1016,269982
2003	3619	1017,261686
2004	3693	1020,670442
2005	3704	1013,506118
2006	3615	973,5144815
2007	3510	939,8647237
2008	3609	957,1116392
2009	3510	927,5432787

Tasso grezzo¹: il rapporto fra il numero degli eventi (N) e la numerosità della popolazione che li ha espressi in un certo tempo (un anno nella presente), moltiplicato per una costante, di solito 100.000, allo scopo di facilitarne la lettura.

Grafico 4.1 Andamento del Tasso Grezzo di mortalità su 100.000 abitanti, dal 2000 al 2009

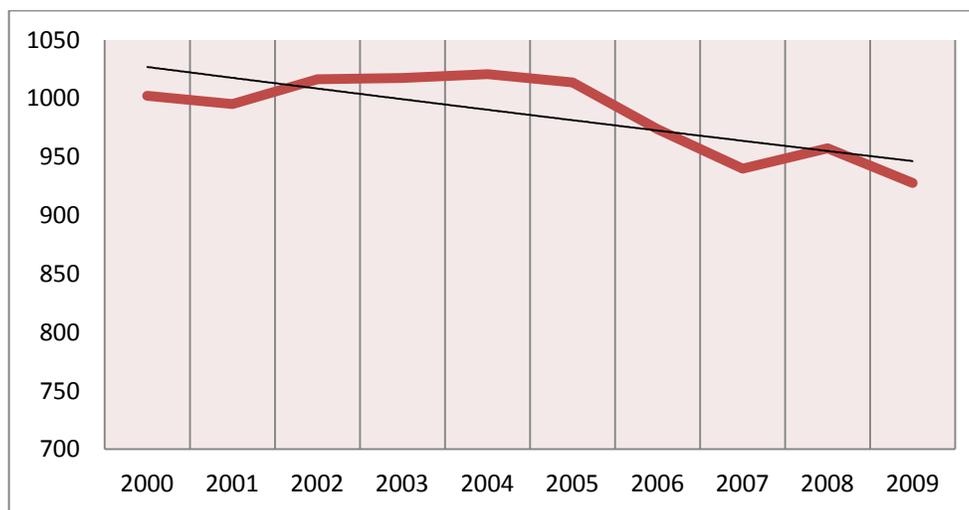
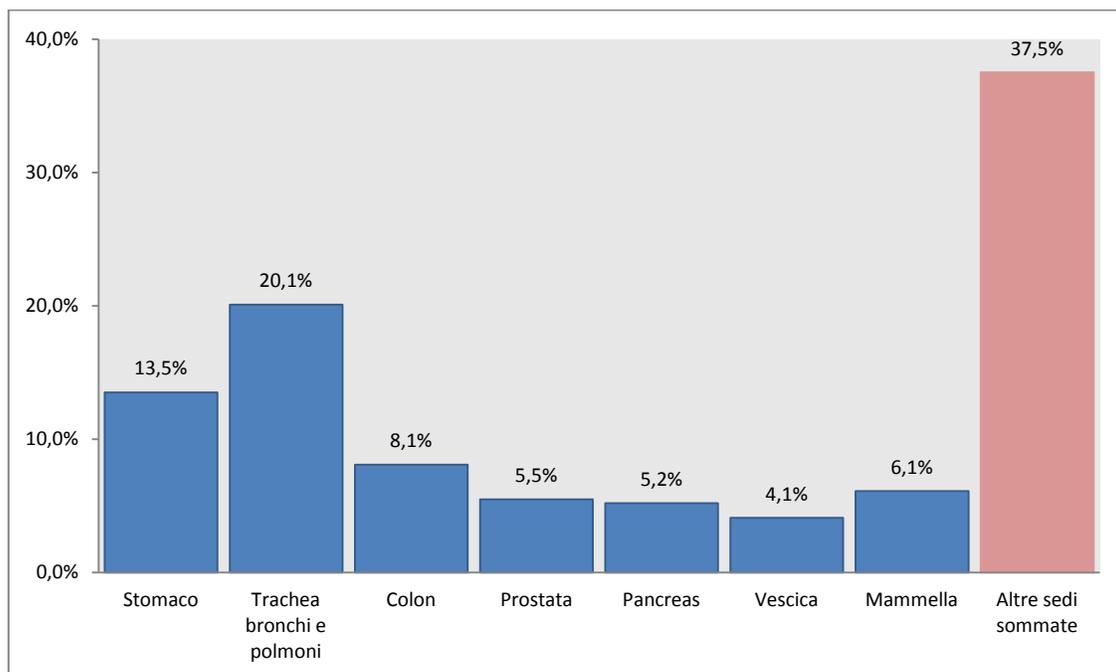


Grafico 4.2 Mortalità per tumore maligno nell'Area Vasta n.1 dal 2000-2009 (come unico anno)



Analizzando la mortalità semplice dell'Area Vasta n.1, si rilevano le seguenti classificazioni: la trachea bronchi e polmoni rappresentano il 20,1% di tutta la mortalità tumorale, lo stomaco il 13,5%, il colon l' 8,1%, la mammella il 6,1%, la prostata il 5,5%, il pancreas il 5,2% e la vescica il 4,1%.

Tabella 4.2 Mortalità per tumori maligni, nell'Area Vasta n.1 dal 2000 al 2009 (come unico anno)

SESSO	MORTALITA' PER TUTTE LE CAUSE	MORTALITA' PER TUMORE		MORTALITA' PER TUMORE >65	
		NUMERO	PERCENTUALE	NUMERO	% SU TOTALE TUMORI
MASCHI	18.620	6.441	34,59%	5.039	78,23%
FEMMINE	17.427	4.420	25,36%	3.541	80,11%
TOTALE	36.047	10.861	30,13%	8.580	79,00%

NOTIFICHE MALATTIE CLASSE 2:

Con questa dicitura si intende - Malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e/o passibili di interventi di controllo: Blenorragia, brucellosi, diarree infettive non da salmonella, epatite virale A, B, NANB, epatite virale non specificata, febbre tifoide, legionellosi, leishmaniosi cutanea, leishmaniosi viscerale, leptospirosi, listeriosi, meningite ed encefalite acuta virale, meningite meningococcica, morbillo, parotite, pertosse, rickettsiosi diversa da tifo esantematico, rosolia, salmonellosi non tifoidee, scarlattina, sifilide, tularemia e varicella.

Tabella 4.3 Notifiche malattie di classe 2 Area Vasta n.1 dal 2004 al 2010

Patologia	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTALE
febbre tifoide	1	0	0	0	0	0	1	2
salmonellosi non tif.	128	76	67	89	74	42	60	536
infez. Intest. E. Coli	1	1	0	4	4	14	1	25
brucellosi	0	0	0	0	0	0	1	1
listeriosi	0	0	2	0	0	0	3	5
pertosse	4	9	6	6	3	5	2	35
scarlattina	133	101	75	85	75	67	88	624
meningite meningoc.	1	1	1	0	1	0	0	4
meningoencef. Virale	28	32	38	26	17	13	20	174
varicella	821	832	916	903	460	848	404	5184
morbillo	1	2	0	0	9	0	3	15
rosolia	0	0	0	20	136	0	1	157
epatite A	4	4	6	1	4	3	6	28
epatite B	13	7	6	5	4	10	6	51
epatite NANB	1	1	0	2	0	1	2	7
epatite virale non spec.	0	0	0	0	0	0	0	0
parotite epidemica	7	8	4	4	0	3	4	30
rickettsiosi	0	0	0	0	0	0	0	0
leishmaniosi viscerale	0	0	0	0	0	0	1	1
leishmaniosi cutanea	0	0	1	1	1	2	1	6
sifilide	1	1	0	5	12	9	10	38
infezione gonococcica	0	0	0	1	2	0	0	3
leptospirosi	0	0	0	0	0	0	0	0
legionellosi	1	7	1	3	6	9	8	35
HCV	0	1	0	0	0	0	2	3
HDV	1	0	0	0	0	0	0	1
HEV	0	0	1	0	0	0	0	1
TOTALE	1.146	1.083	1.124	1.155	808	1.026	624	6.966

Grafico 4.3 Notifiche malattie di classe 2 stratificate per sesso e classe di età, Area Vasta n.1 dal 2004 al 2010

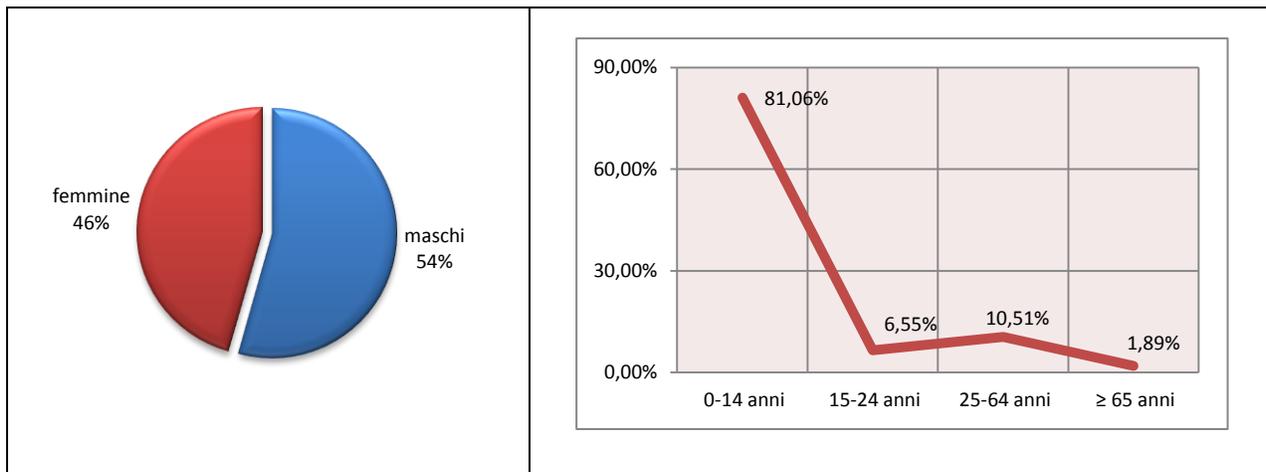


Tabella 4.4 Tasso notifiche di malattie di classe 2 nelle ex. Zone Territoriali, Area Vasta n.1 dal 2006 al 2010

Ex ZONE TERRITORIALI	2006	2007	2008	2009	2010	TOTALE	TASSO MEDIO
Pesaro	127,85	176,40	149,73	153,84	98,45	2451,11	175,08
Urbino	284,91	378,66	320,22	317,78	233,77	6041,49	431,54
Fano	528,56	440,59	245,11	406,01	216,54	6125,47	437,53
Area Vasta 1	311,02	319,60	223,58	283,90	172,66	4619,34	329,95

Grafico 4.4 Tasso di incidenza di malattie di classe 2 nei territori dell' Area Vasta e Regione Marche n.1 (1997-2010)

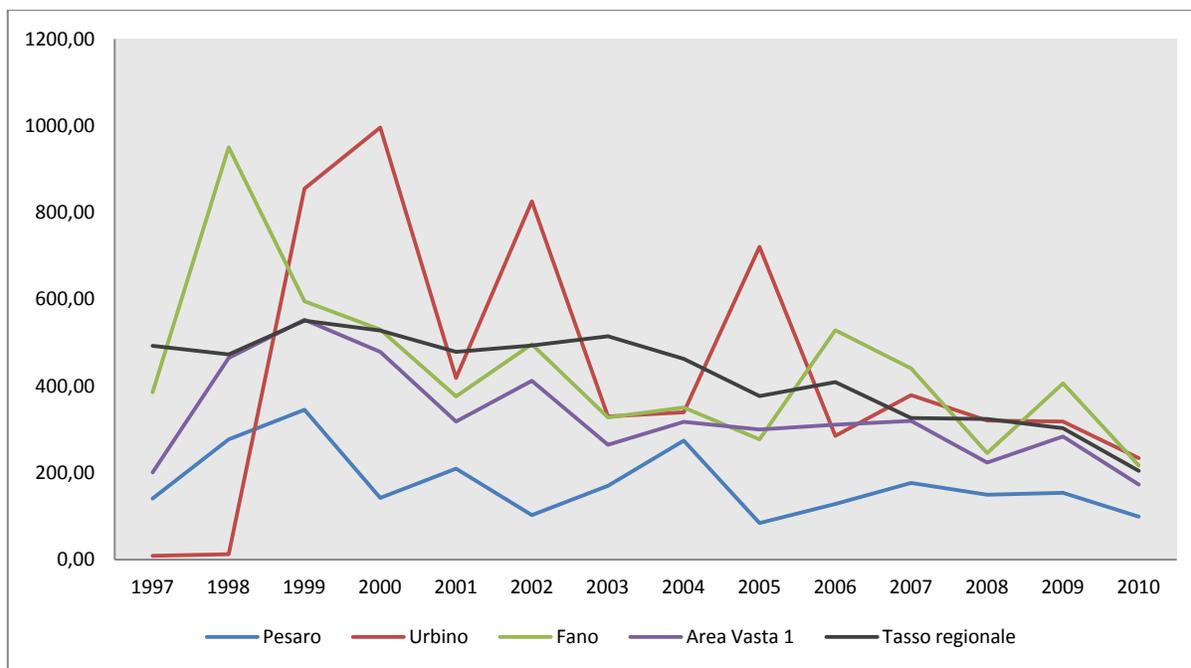


Grafico 4.5 Tasso di notifica **pertosse** nell'Area Vasta 1 (1997-2010)

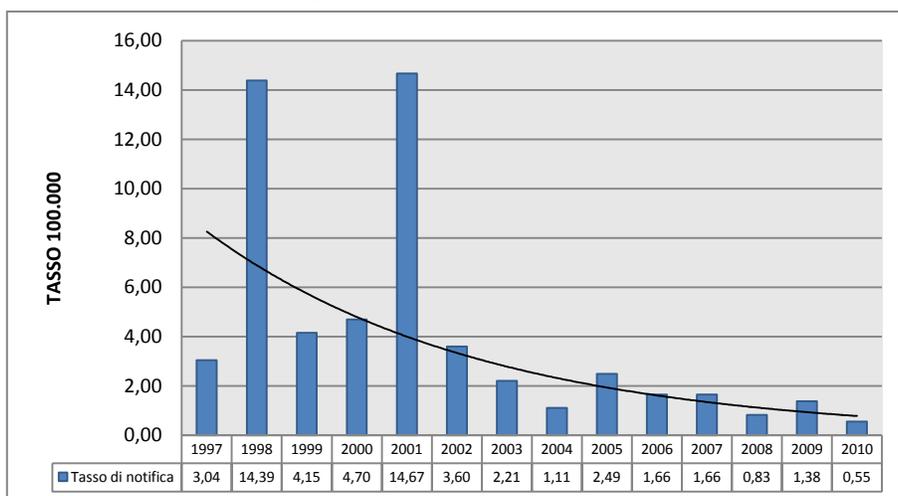


Grafico 4.6 Tasso di notifica **varicella** nell'Area Vasta 1 (1997-2010)

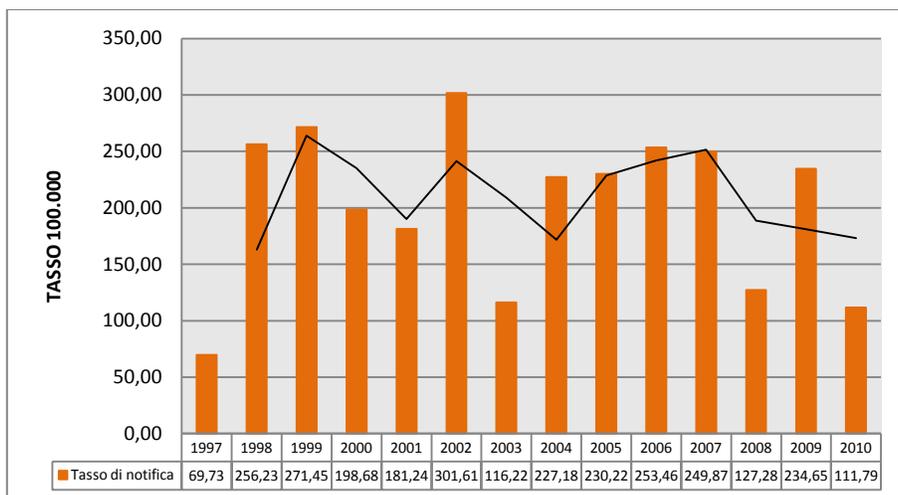


Grafico 4.7 Tasso di notifica **parotite epidemica** nell'Area Vasta 1 (1997-2010)

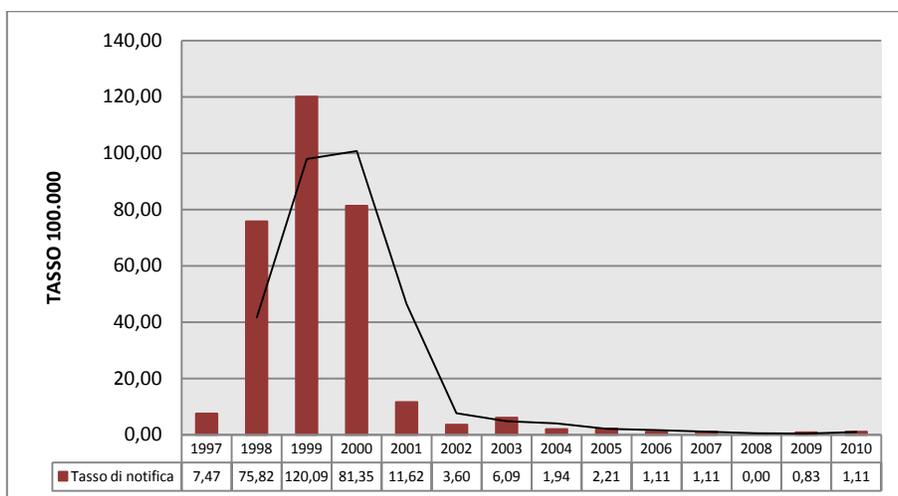


Grafico 4.8 Tasso di notifica **rosolia** nell'Area Vasta 1 (1997-2010)

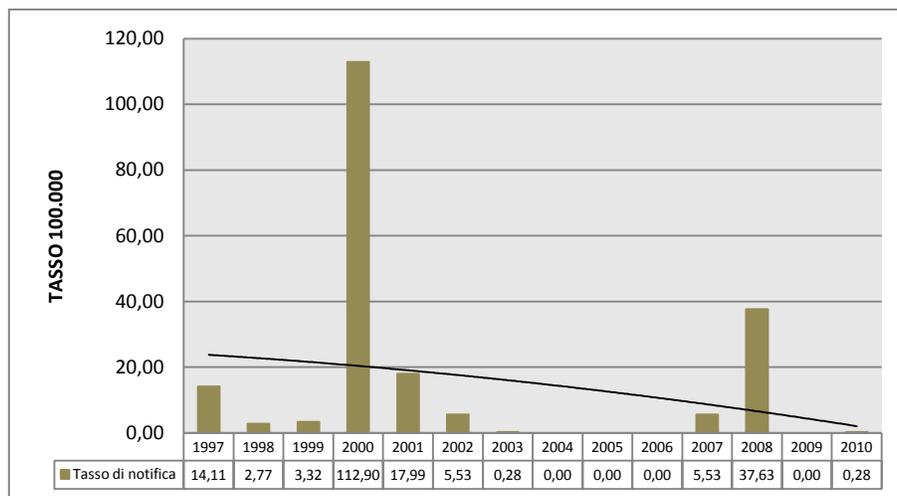


Grafico 4.9 Tasso di notifica **morbillo** nell'Area Vasta 1 (1997-2010)

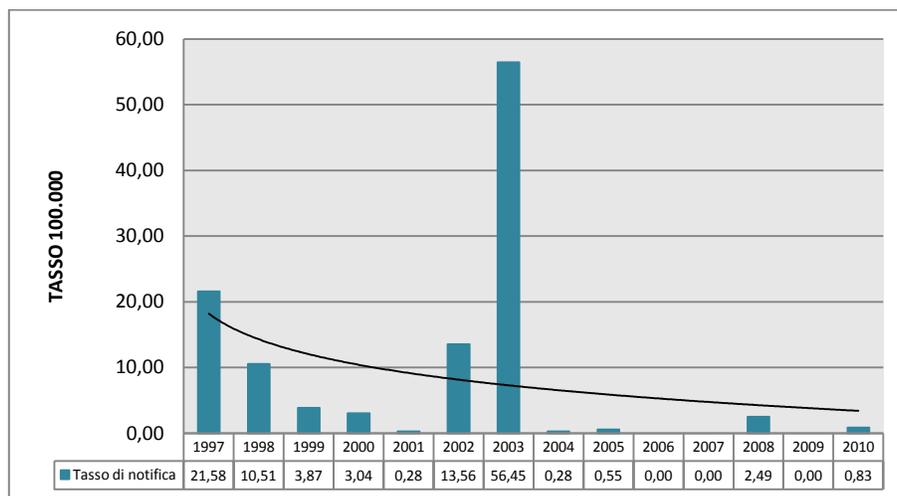


Grafico 4.10 Tasso di notifica **epatite A** nell'Area Vasta 1 (1997-2010)

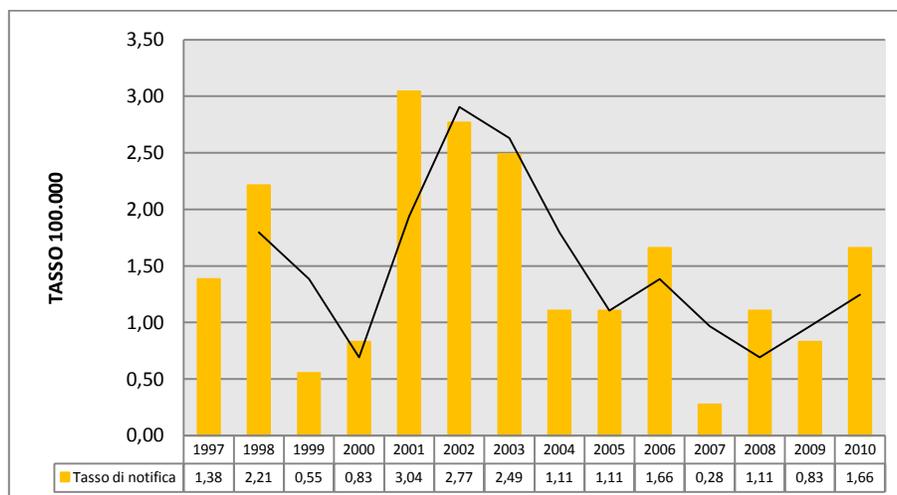


Grafico 4.11 Tasso di notifica **epatite B** nell'Area Vasta 1 (1997-2010)

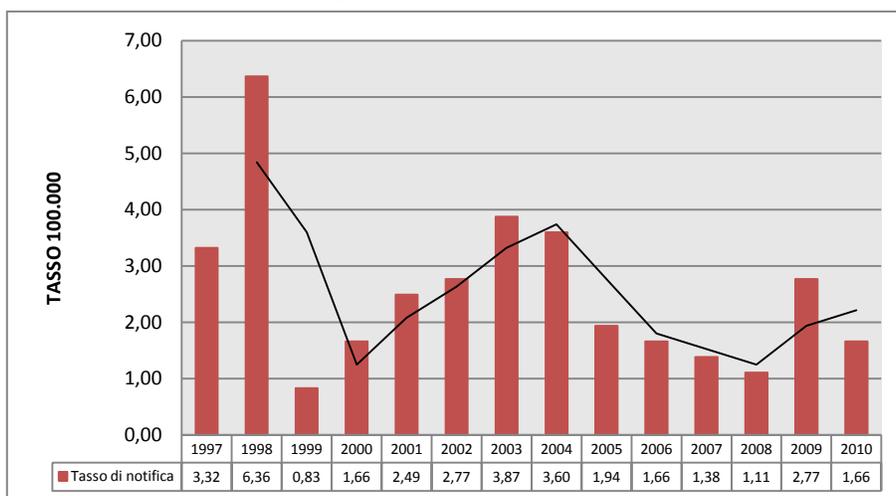


Grafico 4.12 Tasso di notifica **epatite C** nell'Area Vasta 1 (1997-2010)

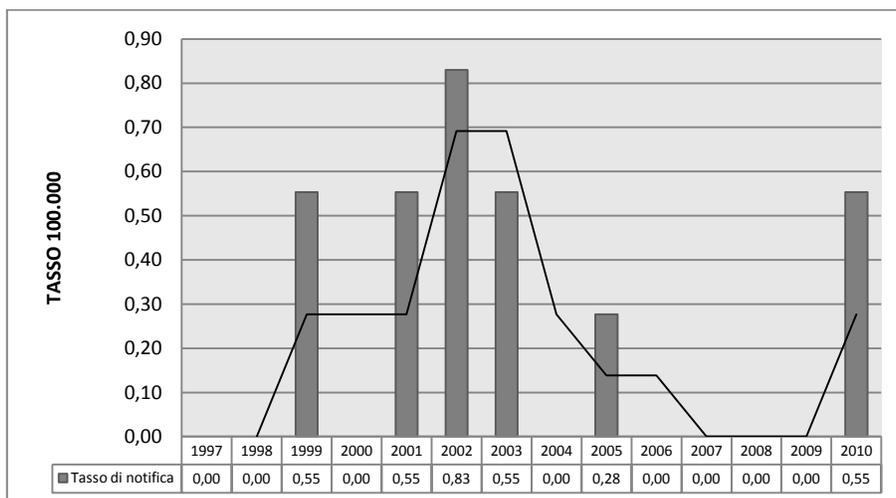
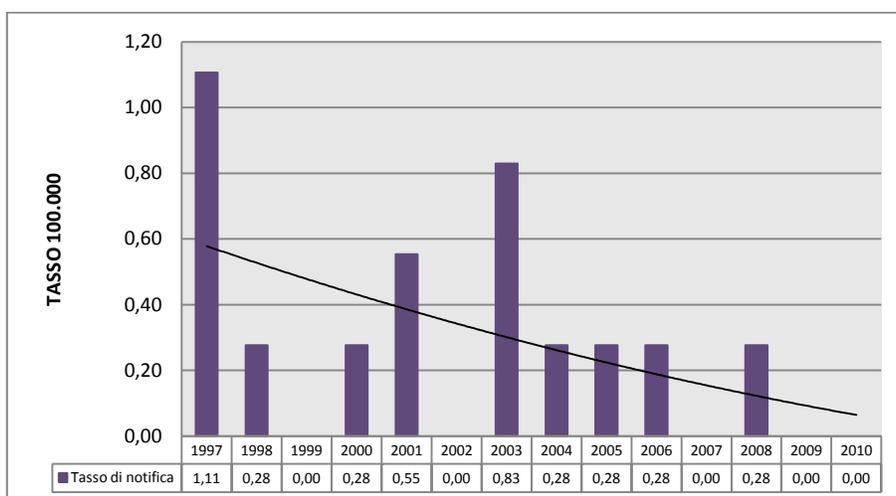


Grafico 4.13 Tasso di notifica **meningite meningococcica** nell'Area Vasta 1 (1997-2010)

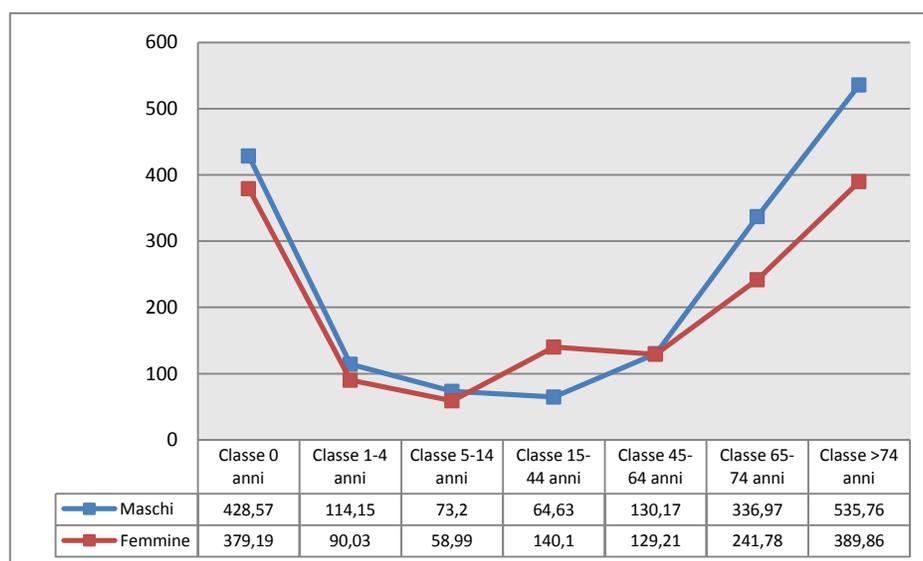


ANALISI DELLE SCHEDE DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO):

L’analisi relativa ai flussi informativi delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) ha comportato la fusione dei dati in possesso di ogni singola ex Zona territoriale, al fine di avere una raccolta a dimensione di Area Vasta.

In ogni caso si è operato in modo da non perdere i riferimenti alle ex Zone, utili quando si rendesse necessario scendere a quel dettaglio, per individuare o definire meglio alcune problematiche. L’analisi delle schede di dimissione ospedaliera consente di appropriarsi di una massa notevole di dati: si spazia infatti dagli aspetti più semplici dell’andamento dei ricoveri nel corso degli anni, alle eventuali diversificazioni tra maschi e femmine, alla conoscenza dello stato di salute della popolazione in rapporto a particolari aggregazioni patologiche, alla necessità di porre in essere campagne o azioni mirate alla prevenzione, fino poi a riuscire a valutarne anche gli effetti nel tempo. Il confronto con altre realtà può essere utile poi a mettere in luce i punti deboli dell’assistenza come ad evidenziarne i pregi o le eccellenze.

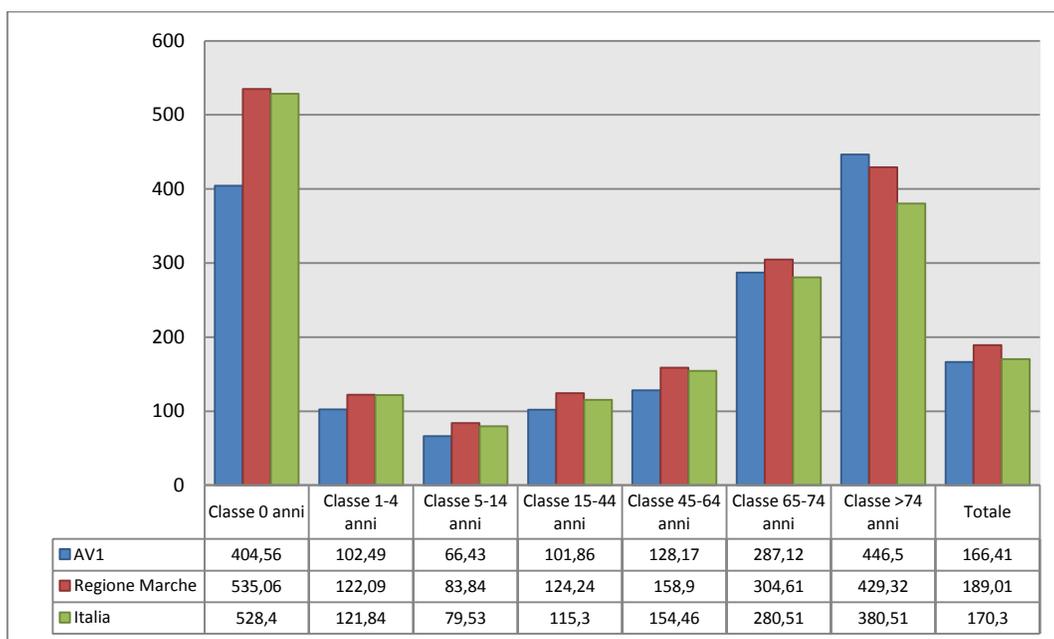
Grafico 4.14 Tasso Ospedalizzazioni X 1.000 (ordinari e dh) maschi e femmine AV1 2010



Lo studio delle SDO può essere utilizzato anche a fini di riorganizzazione e/o programmazione con l’aggregazione di dati che assumono la funzione di indicatori, atti a definire e disegnare con maggiore precisione i confini del contesto all’interno del quale ci si trova ad operare, ad individuare la strada più corretta e coerente per una azione di programmazione, a misurare e valutare il raggiungimento degli obiettivi intermedi, che segnano le tappe del percorso intrapreso.

Questo lavoro, avviato dagli operatori in Epidemiologia con l'intento di attribuirgli una valenza territoriale di Area Vasta, assume un significato prevalentemente esemplificativo, rispetto ad altri significati possibili: si preferisce infatti dare la misura delle possibilità che l'epidemiologia può offrire a supporto della programmazione e della progettazione, partendo dall'utilizzo di quegli stessi flussi informativi, che costituiscono i mattoni per la relazione sullo stato di salute della popolazione.

Grafico 4.15 Tasso Ospedalizzazioni X 1.000 (ordinari e dh) AV1, Regione Marche, media Italia 2010



Alzheimer:

Le demenze costituiscono sempre di più un rilevante problema di sanità pubblica, dal momento che rappresentano una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale e hanno un considerevole impatto sociosanitario per la quantità e qualità delle risorse che richiedono per fornire una risposta adeguata. A testimonianza della consapevolezza della complessità della situazione, accanto all'impegno dell'OMS, che da qualche anno ha inserito i disturbi neurologici fra le priorità della sua agenda globale, anche l'UE e la Commissione Europea hanno posto il tema specifico delle demenze al centro delle attività di ricerca e di azione congiunta che vengono promosse e sostenute dagli Stati membri.

Come è noto, il maggiore fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età. La popolazione anziana è in continua crescita nel mondo e in Italia e la speranza di vita aumenta con ritmo costante, sia per gli uomini sia per le donne, con uno sbilanciamento a favore delle donne, soprattutto nelle classi più vecchie. Il peso di questo invecchiamento contribuisce a confermare le stime di numerosi studi epidemiologici internazionali che prevedono, nel 2020, un numero di casi di persone con demenza di oltre 48 milioni, che potrebbe raggiungere, nei successivi vent'anni, una cifra superiore agli 81 milioni di persone.

Nei soli Paesi dell'UE le stime più attendibili parlano della prospettiva di superare, sempre nel 2020, i 15 milioni di persone affette da demenza, con una ratio femmine/maschi che ipotizza più del doppio dei casi per il sesso femminile rispetto a quello maschile.

In termini di disabilità, inoltre, risulta che il peso della demenza è, nei Paesi dell'UE, quasi doppio di quello generato da una patologia come il diabete. Negli stessi Paesi la stima dei costi per le demenze assommava nel 2008 a oltre 160 miliardi di euro, con una stima dei costi delle sole cure informali intorno al 56% del totale. Le previsioni basate sull'evoluzione demografica in Europa fanno ipotizzare un aumento di circa il 43% di tali costi entro il 2030.

Rappresentazione e valutazione dei dati: se questo è lo scenario in cui ci si muove, diventa fondamentale analizzare attentamente ogni fase del percorso che consente di affrontare una simile emergenza, dalla conoscenza delle dimensioni reali del fenomeno alla promozione degli interventi più adeguati per consentire una prevenzione ad ampio spettro, la diagnosi precoce, la presa in carico tempestiva e olistica, la gestione in rete dei servizi di assistenza e riabilitazione.

Il quadro dell'assistenza in Italia rimane sostanzialmente quello delineatosi a partire dalla costruzione delle Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) nel 2000. A distanza di 13 anni appare evidente che la programmazione regionale non è stata sempre in grado di assicurare quanto previsto e, soprattutto, di rimodellare tempestivamente i servizi sui bisogni emergenti.

Tuttavia, in diverse Regioni italiane è oggi in corso un importante processo di riorganizzazione della rete dei servizi sociosanitari dedicati alla demenza, come appare evidente dalle previsioni dei PSR del 2010-2012. L'approccio generale mira, schematicamente, a prevedere strutture di primo livello più centrate sull'assistenza e strutture specialistiche coinvolte soprattutto nella diagnosi differenziale.

Un tema di rilevante interesse riguarda la possibilità di identificare nella popolazione generale i soggetti a rischio di sviluppare demenza. Se le evidenze finora disponibili non consentono di elaborare un modello predittivo adeguato, va comunque ricordato che numerose ricerche si stanno muovendo in questa direzione. In particolare, lo studio a popolazioni di pazienti con Alzheimer geneticamente determinato appare importante proprio per la possibilità di intervento nelle fasi precliniche della malattia. La complessità e articolazione delle questioni aperte alla discussione depone a favore della necessità di promuovere concretamente un approccio integrato al problema, che garantisca identificazione precoce, efficacia dei trattamenti, continuità di assistenza, ma anche informazione e sostegno per raggiungere livelli più alti di autogestione.

Indicazioni per la programmazione: la consapevolezza del peso del fenomeno delle demenze dovrebbe richiedere un impegno straordinario da parte delle Istituzioni pubbliche e private in collaborazione con le Associazioni dei familiari dei pazienti. Questo impegno dovrebbe indirizzarsi nello sviluppare quella capacità di governance complessiva dei fenomeni complessi indispensabile ad affrontare una vera e propria emergenza sociosanitaria. Per tale ragione è in fase di stesura un documento di "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze", che dovrà essere oggetto di Accordo in Conferenza Stato-Regioni per dare l'avvio a una rinnovata operatività locale inserita in una programmazione nazionale di sistema.

Va inoltre ricordato che il PNP 2010-2012 ha già avviato il processo di prioritizzazione del tema delle demenze, prevedendo una specifica linea progettuale dedicata all'assistenza ai pazienti affetti da demenza.

Complessivamente appare utile suggerire di:

- attuare strategie di prevenzione primaria e secondaria del fenomeno delle demenze orientate verso la modifica di stili di vita (attività fisica e obesità) e dei fattori di rischio cardiovascolari che sono presenti, per esempio, nel programma "Guadagnare Salute";
- individuare modalità operative e strutturali che garantiscano il raccordo tra le varie fasi di approccio alla diagnosi, presa in carico e gestione del percorso di cura e di quello riabilitativo, per consentire anche la piena integrazione tra offerta sanitaria e supporto sociale;

- prevedere, dunque, un naturale processo di evoluzione del sistema assistenziale vigente basato sulle UVA/UVD (Unita di Valutazione Alzheimer/Unita di Valutazione Distrettuale), che sia capace di ottimizzare le diverse esperienze e realtà presenti, anche se in maniera difforme, nelle diverse Regioni;
- promuovere la partecipazione di tutti gli attori coinvolti, a cominciare da MMG, paziente e suoi familiari, a tutte le fasi di definizione e gestione del percorso assistenziale, anche al fine di rendere più agile e meglio finalizzata la fruizione delle diverse strutture della rete integrata
- sostenere la partecipazione attiva del Paese a tutte le iniziative di ricerca internazionale.

Analizzando le ospedalizzazioni per Alzheimer nel territorio dell'Area Vasta n.1 nel 2010 si rilevano 85 ricoveri, 50 di sesso femminile e 35 di sesso maschile. La classe di età più rappresentata risulta essere la maggiore di 64 anni.

Tabella 4.5 Numero ospedalizzazioni per Alzheimer nella popolazione, Area Vasta 1 2010

RICOVERI PER ALZHEIMER			
Classi età	Maschi	Femmine	Totale
<45	0	0	0
45-64	1	2	3
oltre 64	34	48	82
65-74	9	6	15
oltre 74	25	42	67
Totale	35	50	85

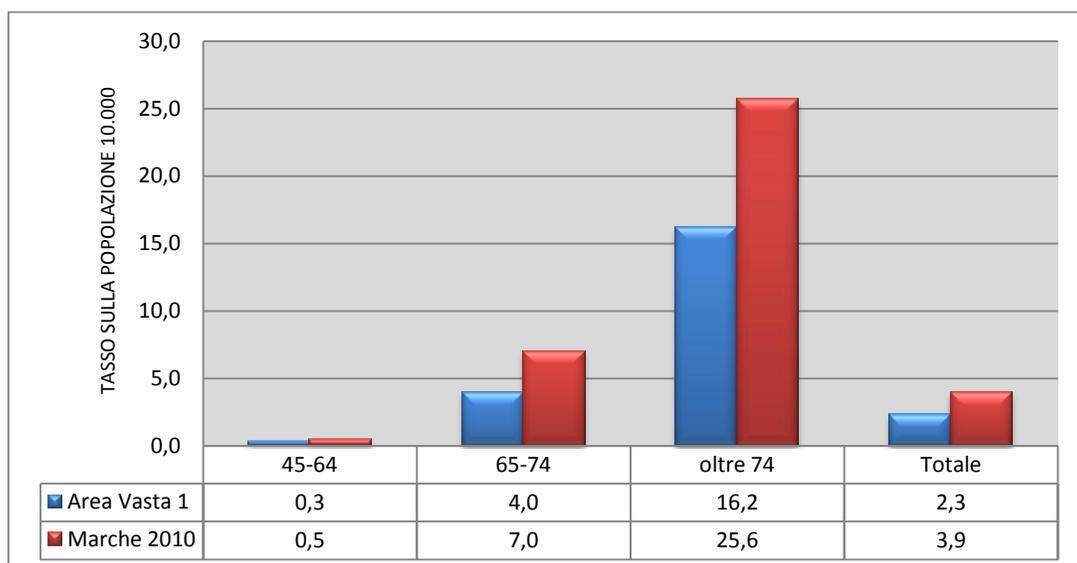
La percentuale delle ospedalizzazione per Alzheimer sul totale dei ricoveri risulta essere lo 0,13%, nella classe di età >64 anni lo 0,27%. Il tasso delle ospedalizzazioni sulla popolazione residente è di 2,3 ricoveri ogni 10.000 abitanti e nella classe di età >74 anni raggiunge i 16,2 ricoveri ogni 10.000 residenti.

Tabella 4.6 Numero, percentuale sui ricoveri e tasso sulla popolazione delle ospedalizzazioni per Alzheimer 2010

Numero totale per classi di età		% Alzheimer sulle delle ospedalizzazioni totali		Tasso Alzheimer sulla popolazione totale (10.000)	
Classi età	Ricoveri Alzheimer	Totale ricoveri	% sui ricoveri	popolazione totale	Tasso 10.000
<45	0	20.220	0,00%	189.299	0,0
45-64	3	13.524	0,02%	98.617	0,3
oltre 64	82	30.442	0,27%	79.047	10,4
65-74	15	11.352	0,13%	37.737	4,0
oltre 74	67	19.090	0,35%	41.310	16,2
Totale	85	64.186	0,13%	366.963	2,3

Comparando i dati dell'Area Vasta n.1 con la Regione Marche nel 2010 emergono delle differenze significative nel tasso di ospedalizzazioni totali per Alzheimer, Area Vasta n.1 un tasso di 2,3 ricoveri ogni 10.000 residenti nelle Marche 3,9 ricoveri ogni 10.000 residenti. Nella classe di età con maggiore incidenza >74 anni, nell'Area Vasta n.1 emerge un tasso di 16,2 ospedalizzazioni ogni 10.000 residenti e nella Regione Marche un tasso di 25,6 ospedalizzazioni ogni 10.000 residenti.

Grafico 4.16 Tasso ospedalizzazioni per Alzheimer nella popolazione, Area Vasta 1 Regione Marche anno 2010 (m+f)



Malattie Ischemiche del Cuore:

Le malattie cardiovascolari costituiscono ancora oggi in Italia uno dei più importanti problemi di salute pubblica: esse sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità; rientrano in questo gruppo le più frequenti patologie di origine arteriosclerotica, in particolare le malattie ischemiche del cuore (infarto acuto del miocardio e angina pectoris), e le malattie cerebrovascolari (ictus ischemico ed emorragico).

Chi sopravvive a una forma acuta diventa un malato cronico con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali che la società deve affrontare.

Le malattie cardiovascolari, inoltre, sono fra i maggiori determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, producendo disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva. Nonostante la frequenza, queste malattie sono per la gran parte prevenibili attraverso l'adozione di stili di vita sani, in particolare sana alimentazione, attività fisica regolare e abolizione del fumo di sigarette.

retta; fin dalla giovane età queste abitudini aiutano a ridurre e/o a mantenere la pressione arteriosa, la colesterolemia, la glicemia a digiuno e l'indice di massa corporea a livelli favorevoli. Così, parallelamente al crescere delle possibilità di trattamento medico e chirurgico della malattia già conclamata, si è venuta affermando la consapevolezza dell'importanza di interventi di tipo preventivo, atti a impedire o ritardare l'insorgenza della malattia stessa.

Non è possibile delineare un quadro delle malattie cardiovascolari senza tenere conto della distribuzione dei fattori di rischio e della prevalenza delle condizioni a rischio.

Sono noti diversi fattori che aumentano nella persona il rischio di sviluppare la malattia e predispongono l'organismo ad ammalarsi.

I più importanti sono: abitudine al fumo di sigaretta, diabete, obesità, valori elevati di colesterolemia, ipertensione arteriosa e scarsa attività fisica, oltre a età, sesso e familiarità per evento precoce alla malattia.

L'entità del rischio che ogni persona ha di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei livelli dei diversi fattori di rischio.

Analizzando le ospedalizzazioni per Malattie Ischemiche del Cuore nel territorio dell'Area Vasta n.1 nel 2010 si individuano 1.720 ricoveri, 1.118 di sesso maschile e 359 di sesso femminile. La classe di età più rappresentata risulta essere la maggiore di 64 anni con 1.250 ospedalizzazioni.

Tabella 4.7 Numero ospedalizzazioni per Malattie Ischemiche del Cuore, Area Vasta 1 2010

RICOVERI PER MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE			
Classi età	Maschi	Femmine	Totale
<45	32	6	38
45-64	327	105	432
oltre 64	759	491	1.250
65-74	362	132	494
oltre 74	397	359	756
Totale	1.118	602	1.720

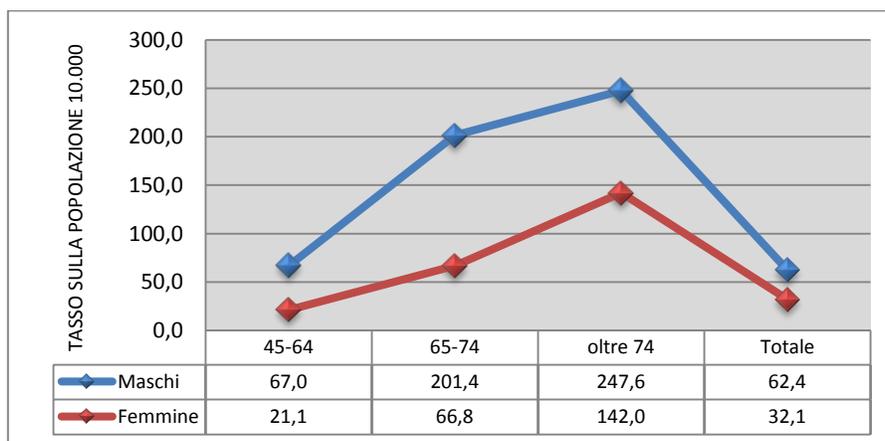
La percentuale delle ospedalizzazioni per Malattie Ischemiche del Cuore sul totale dei ricoveri risulta essere il 2,68%, nella classe di età 65-74 anni il 4,35% sul totale (64.186). Il tasso delle ospedalizzazioni sulla popolazione residente è di 46,87 ricoveri ogni 10.000 abitanti e nella classe di età >74 anni raggiunge i 173,01 ricoveri ogni 10.000 abitanti.

Tabella 4.8 Numero, percentuale sui ricoveri e tasso sulla popolazione delle ospedalizzazioni per M. Ischemiche 2010

Numero totale per classi di età		% M. ischemiche del cuore sul totale delle ospedalizzazioni		Tasso M.Ischemiche del cuore sulla popolazione totale (10.000)	
Classi età	M. ischemiche del cuore	Totale ricoveri	% sui ricoveri	popolazione totale	Tasso 10.000
<45	38	20.220	0,19%	189.299	2,01
45-64	432	13.524	3,19%	98.617	43,81
oltre 64	1250	30.442	4,11%	79.047	158,13
65-74	494	11.352	4,35%	37.737	130,91
oltre 74	756	19.090	3,96%	41.310	183,01
Totale	1.720	64.186	2,68%	366.963	46,87

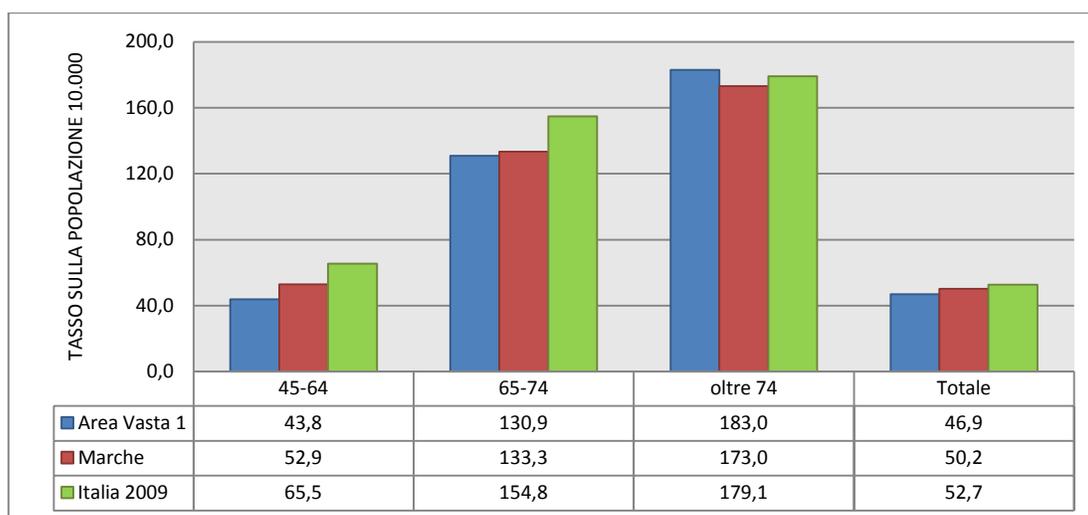
Esaminando le ospedalizzazioni per Malattie Ischemiche del cuore si rilevano differenze significative tra i generi, il sesso maschile ha un tasso di ricoveri superiore sia nelle classi di età minori 45-64 anni (maschi 67 ricoveri su 10.000, femmine 21,1) sia nelle classi di età avanzate oltre i 74 anni (maschi 247 ricoveri su 10.000, femmine 142).

Grafico 4.17 Tasso ospedalizzazioni per M.Ischemiche del cuore nei due sessi Area Vasta 1 anno 2010



Comparando i dati dell'Area Vasta n.1 con la Regione Marche e con la media Italiana (grafico 4.18), emergono delle leggere differenze non statisticamente significative. Il tasso di ospedalizzazioni stratificato per classi di età rileva: nella classe di età 45-64 anni (43,8 ricoveri su 10.000 residenti nell'Area Vasta n.1, 52,9 nella Regione Marche e 65,5 la media Italiana), nella classe di età 65-74 anni (130,9 ricoveri su 10.000 residenti nell'Area Vasta n.1, 133,3 nella Regione Marche e 154,8 media Italiana), nella classe di età >74 anni (183 ricoveri su 10.000 residenti nell'Area Vasta n.1, 173 nella Regione Marche e 179,1 la media Italiana).

Grafico 4.18 Tasso ospedalizzazioni malattie ischemiche sulla popolazione anno 2010 (maschi+femmine)



I dati descritti confermano che le malattie cardiovascolari (coronariche e cerebrovascolari) rappresentano ancora un importante problema di salute pubblica, perché continuano ad avere un'alta frequenza, nonostante l'Italia venga considerata un Paese a basso rischio cardiovascolare. Sono comunque fra le malattie sulle quali si conosce di più in termini di reversibilità del rischio, cosa che le rende quindi prevenibili. Sono inoltre le malattie che maggiormente incidono sullo sviluppo delle patologie legate all'invecchiamento (disturbi cognitivi e disabilità).

L'elevata percentuale di persone ipertese, l'alta frequenza del diabete e dell'obesità e l'elevata prevalenza dell'abitudine al fumo sono problemi che vanno affrontati implementando le misure di prevenzione primaria.

Interventi rivolti a semplici modificazioni degli stili di vita nelle diverse età, anche in quelle avanzate, consentiranno di mantenere nel tempo gli incrementi di aspettativa di vita in buone condizioni di salute registrati negli ultimi anni (l'Italia è fra i Paesi con guadagni di aspettativa di vita più elevati), così come idonee strategie di prevenzione potranno contribuire a ridurre sia i tassi di ospedalizzazione sia i costi per la cura e la riabilitazione. Laddove i fattori di rischio modificabili sono particolarmente elevati e forniscono un quadro significativamente negativo, si configura un elevato rischio cardiovascolare per il quale, oltre agli stili di vita "salvacuore" che diventano imperativi, esistono farmaci, in particolare antipertensivi e ipolipemizzanti, di documentata efficacia preventiva.

Patologie Cerebrovascolari:

L'ictus cerebrale rappresenta la seconda causa di morte a livello mondiale (6 milioni di morti per il 2010) e la terza causa di morte in Italia e nei Paesi del G8, preceduta di poco dalle malattie cardiovascolari e dai tumori, causando il 10-12% di tutti i decessi per anno. E' invece la prima causa di invalidità e la seconda causa di demenza con perdita dell'autosufficienza.

Entro l'anno 2020 la mortalità per ictus sarà duplicata a causa dell'aumento degli anziani e della persistenza dell'abitudine al fumo di sigaretta.

L'ictus rappresenta anche la prima causa di disabilità nell'anziano, con un rilevante impatto individuale, familiare e sociosanitario.

Per questi motivi il Ministero della Salute ha rivolto particolare attenzione alle problematiche dell'ictus cerebrale, attraverso il PNP delle malattie cardiovascolari, che per la prima volta contiene una sezione rivolta espressamente alla prevenzione cerebrovascolare.

La Commissione nominata dal Ministro sta attualmente dedicando la propria attenzione agli aspetti di assistenza sia nella fase acutissima sia fuori da questa, e sia nelle forme ischemiche che emorragiche, e infine agli aspetti di riabilitazione.

In Italia si verificano circa 200.000 nuovi ictus ogni anno; di questi, circa l'80% è rappresentato da nuovi episodi.

L'ictus acuto causa più morti dell'infarto del miocardio (7,28 vs 4,95 per 10.000 abitanti).

La mortalità a 30 giorni dopo ictus ischemico è il 20%, dopo ictus emorragico è il 50%. Il tasso di prevalenza di ictus nella popolazione anziana (età 65-84 anni) italiana è del 6,5%, leggermente più alto negli uomini (7,4%) rispetto alle donne (5,9%).

I tassi grezzi di incidenza sulla popolazione italiana in diverse località variano tra 1,54 e 2,89 per 1.000 abitanti, anche in rapporto alla variabilità dell'età media delle popolazioni considerate.

Per la sua elevata incidenza l'ictus cerebrale costituisce un problema assistenziale, riabilitativo e sociale di grandi dimensioni e la domanda assistenziale è difficilmente quantificabile, se non come assorbimento di risorse.

Facendo riferimento alla gestione della fase acuta e al ricovero ospedaliero, la stima per difetto si basa sui dati epidemiologici relativi alle schede di dimissione ospedaliera, con i limiti dovuti alla corretta compilazione, raccolta e trasmissione dei dati.

L'assorbimento delle risorse assistenziali nella fase acuta, per il 2008, mostra in Italia 113.288 dimissioni, con una degenza media di 10,4 giorni. Il DRG 14 occupa il 6° posto per frequenza di dimissione.

Sommando i DRG 14 e 15 (172.045 dimessi), il numero totale pone l'ictus acuto al 4° posto per frequenza. Nell'analisi del Ministero della Salute, l'offerta assistenziale all'ictus appare assai diversa nelle varie Regioni e nelle differenti realtà sanitarie della stessa Regione, sia in termini di trattamento fibrinolitico per via sistemica nell'ictus ischemico acuto, sia come presenza di letti dedicati alla cura dell'ictus nelle varie aree geografiche, pertanto assai differente risulta la mortalità per ictus nelle diverse Regioni.

E' evidente che ai fini della riduzione della mortalità, della disabilità residua e della necessità di istituzionalizzazione della persona colpita da ictus, il problema va visto in un'ottica globale, che intervenga:

- sul riconoscimento dei primi sintomi dell'evento cerebrovascolare,
- sull'attivazione del servizio territoriale dell'emergenza urgenza,
- sull'individuazione e allertamento delle strutture adeguate al trattamento dell'ictus e dell'attacco ischemico transitorio (*transient ischemic attack*, TIA),
- sulla gestione intraospedaliera, sul progetto e sul trattamento riabilitativo,
- sulla prevenzione secondaria,
- sull'auspicabile rientro al domicilio,
- sulla presa in carico della persona colpita da ictus da parte del MMG, dello specialista territoriale o dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata).

Analizzando le ospedalizzazioni per Patologie Cerebrovascolari nel territorio dell'Area Vasta n.1 nel 2010 si individuano 2.132 ricoveri, 1.130 di sesso maschile e 1.002 di sesso femminile. La classe di età più rappresentata risulta essere quella maggiore di 64 anni con 1.869 ospedalizzazioni.

Tabella 4.9 Numero ospedalizzazioni per Patologie Cerebrovascolari, Area Vasta 1 2010

RICOVERI PER PATOLOGIE CEREbroVASCOLARI			
Classi età	Maschi	Femmine	Totale
<45	18	19	37
45-64	157	69	226
oltre 64	955	914	1.869
65-74	298	174	472
oltre 74	657	740	1.397
Totale	1.130	1.002	2.132

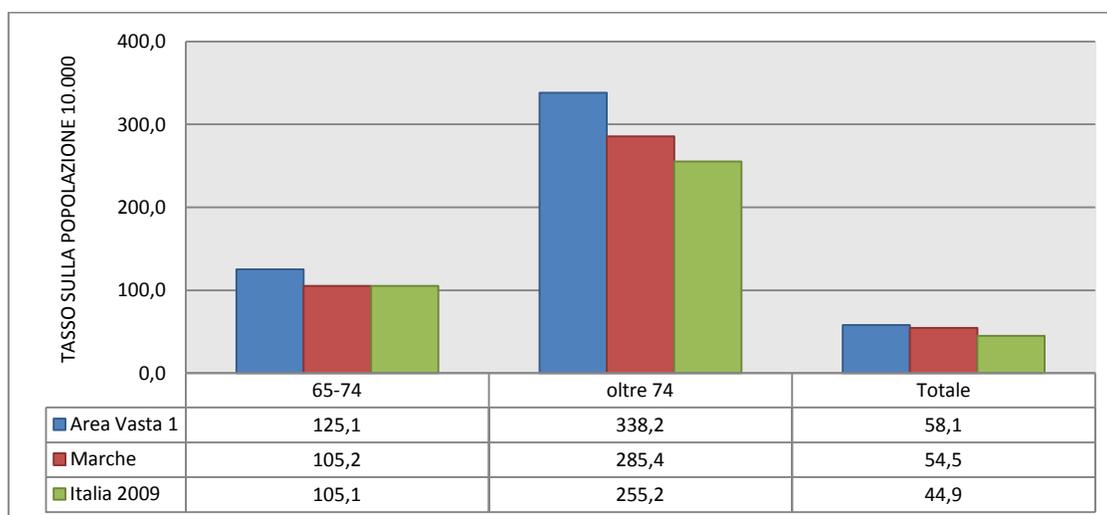
La percentuale delle ospedalizzazione per Patologie Cerebrovascolari sul totale dei ricoveri (64.186) risulta essere il 3,32% e nella classe di età >74 anni è il 7,32%. Il tasso delle ospedalizzazioni sulla popolazione residente e' di 58,1 ricoveri ogni 10.000 abitanti e nella classe di età >74 anni raggiunge i 338,2 ricoveri ogni 10.000 abitanti.

Tabella 4.10 N., percentuale sui ricoveri e tasso sulla popolazione delle ospedalizzazioni per M. Ischemiche 2010

Numero totale per classi di età		% Patologie Cerebrovascolari sul totale delle ospedalizzazioni		Tasso Patologie Cerebrovascolari sulla popolazione totale (10.000)	
Classi età	Patologie Cerebrovascolari	Totale ricoveri	% sui ricoveri	popolazione totale	Tasso 10.000
<45	37	20.220	0,18%	189.299	2,0
45-64	226	13.524	1,67%	98.617	22,9
oltre 64	1.869	30.442	6,14%	79.047	236,4
65-74	472	11.352	4,16%	37.737	125,1
oltre 74	1.397	19.090	7,32%	41.310	338,2
Totale	2.132	64.186	3,32%	366.963	58,1

Comparando i dati dell'Area Vasta n.1 con la Regione Marche e con la media Italiana (grafico 4.19), emergono delle leggere differenze. Il tasso delle ospedalizzazioni stratificato per classi di età rileva: nella classe di età 65-74 anni (125,1 ricoveri su 10.000 residenti nell'Area Vasta n.1, 105,2 nella Regione Marche e 105,1 la media Italiana) e nella classe di età oltre 74 anni (338,2 ricoveri su 10.000 residenti nell'Area Vasta n.1, 285,4 nella Regione Marche e 255,2 la media Italiana).

Grafico 4.19 Tasso ospedalizzazioni malattie cerebrovascolari sulla popolazione anno 2010 (maschi+femmine)



Malattie Polmonari Croniche Ostruttive:

In Italia, le malattie respiratorie, dopo le malattie cardiovascolari e quelle neoplastiche, rappresentano la terza causa di morte e si prevede che, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione, la prevalenza di tali patologie sia destinata ad aumentare. La lotta alle malattie respiratorie si realizza in primo luogo attraverso interventi finalizzati alla prevenzione sia primaria (come la lotta al fumo e la lotta agli inquinanti presenti negli ambienti di vita e di lavoro), sia secondaria.

Altrettanto rilevanti sono l'informazione a pazienti e familiari, che devono essere formati a conoscere le caratteristiche della malattia, a seguire o a far seguire correttamente la terapia prescritta e a reagire prontamente in caso di riacutizzazione, e la continuità della presa in carico.

Le principali malattie croniche respiratorie sono l'asma e la rinite, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), le malattie polmonari professionali, i disturbi del sonno, l'ipertensione polmonare, le bronchiettasie e le malattie polmonari interstiziali. Le malattie croniche respiratorie hanno importanti effetti negativi sulla vita dei pazienti e ne possono indurre disabilità con notevoli costi economici e sociali, ma piani efficaci di intervento le possono prevenire e controllare, riducendone morbilità e mortalità.

L'ideazione e l'avvio di questi piani sono legati alla verifica della dimensione del problema nella realtà dove essi devono essere applicati.

Analizzando le ospedalizzazioni per Malattie Polmonari Croniche Ostruttive nel territorio dell'Area Vasta n.1 nel 2010 si individuano 770 ricoveri, 456 di sesso maschile e 314 di sesso femminile. La classe di età più rappresentata risulta essere la maggiore di 64 anni con 610 ospedalizzazioni.

Tabella 4.11 Numero ospedalizzazioni Malattie Polmonari Croniche Ostruttive, Area Vasta 1 2010

RICOVERI PER MALATTIE POLMONARI CRONICHE OSTRUTTIVE			
Classi età	Maschi	Femmine	Totale
<45	45	29	74
45-64	39	47	86
oltre 64	372	238	610
65-74	119	44	163
oltre 74	253	194	447
Totale	456	314	770

La percentuale delle ospedalizzazione per Malattie Polmonari Croniche Ostruttive sul totale dei ricoveri (64.186) risulta essere l' 1,20% e nella classe di età oltre i 74 anni il 2,34%. Il tasso delle

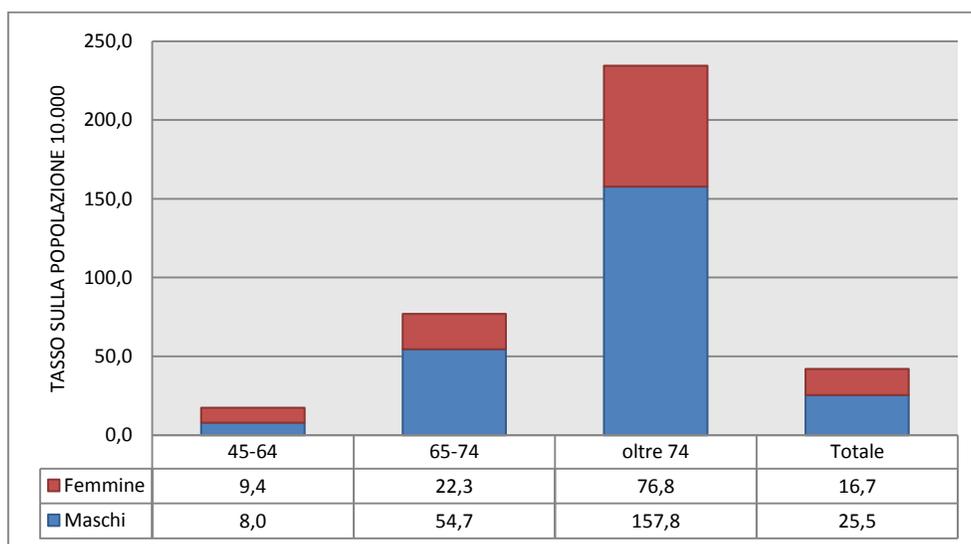
ospedalizzazioni sulla popolazione residente e' di 20,98 ricoveri ogni 10.000 abitanti e nella classe di età >74 anni raggiunge i 108,21 ricoveri ogni 10.000 abitanti.

Tabella 4.12 Numero, percentuale sui ricoveri e tasso sulla popolazione delle ospedalizzazioni per PCO 2010

Numero totale per classi di età		% PCO sul totale delle ospedalizzazioni		Tasso PCO sulla popolazione totale (10.000)	
Classi età	PCO	Totale ricoveri	% sui ricoveri	popolazione totale	Tasso 10.000
<45	74	20.220	0,37%	189.299	3,91
45-64	86	13.524	0,64%	98.617	8,72
oltre 64	610	30.442	2,00%	79.047	77,17
65-74	163	11.352	1,44%	37.737	43,19
oltre 74	447	19.090	2,34%	41.310	108,21
Totale	770	64.186	1,20%	366.963	20,98

Esaminando le ospedalizzazioni per Malattie Polmonari Croniche Ostruttive si rilevano differenze significative tra i generi, il sesso maschile ha un tasso di ricoveri totale di 25,5 su 10.000 residenti e nella classe di età >74 anni 157,8 , il sesso femminile ha un tasso di ricoveri totale di 16,7 su 10.000 e nella classe di età >74 anni 76,8.

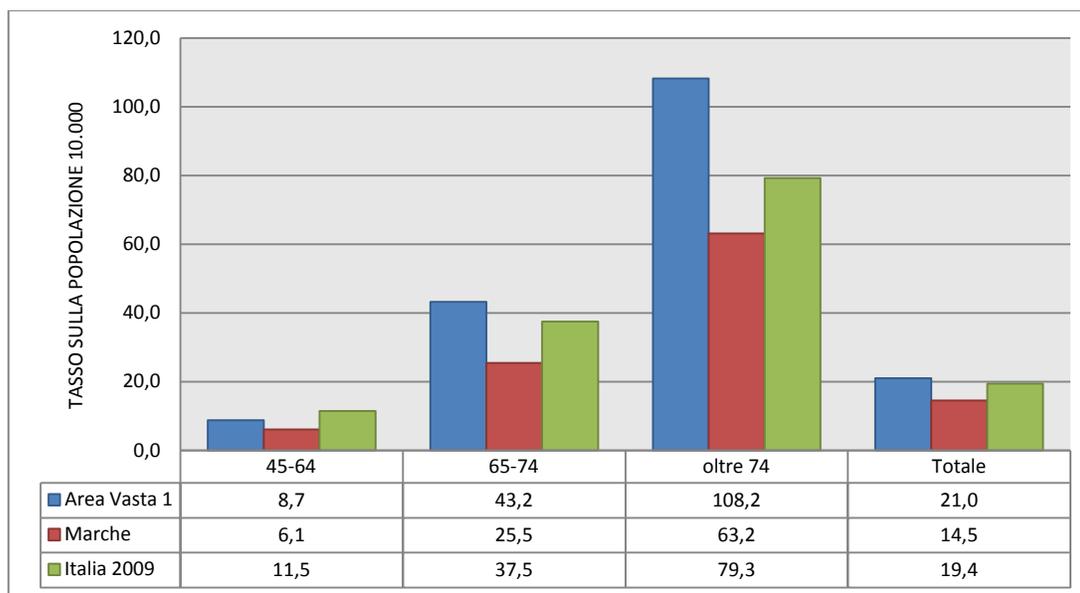
Grafico 4.20 Tasso ospedalizzazioni patologie polmonari croniche ostruttive sulla popolazione 2010



Comparando i dati dell'Area Vasta n.1 con la Regione Marche e con la media Italiana (grafico 4.21), emergono delle leggere differenze. Il tasso di ospedalizzazioni stratificato per classi di età rileva: nella classe di età 45-64 anni (8,7 ricoveri su 10.000 residenti nell'Area Vasta n.1, 6,1 nella Regione Marche e 11,5 la media Italiana), nella classe di età 65-74 anni (43,2 ricoveri su 10.000

residenti nell'Area Vasta n.1, 25,5 nella Regione Marche e 37,5 la media Italiana) e nella classe di età oltre 74 anni (108,2 ricoveri su 10.000 residenti nell'Area Vasta n.1, 63,2 nella Regione Marche e 79,3 la media Italiana).

Grafico 4.21 Tasso ospedalizzazioni patologie polmonari croniche ostruttive sulla popolazione 2010



BPCO e asma:

La BPCO è una delle cause principali di morbilità e mortalità a livello mondiale, ma è ancora una malattia sottostimata e, soprattutto, trascurata più di altre infermità di peso inferiore dagli operatori sanitari in tutto il mondo.

Eppure, l'OMS prevede che la BPCO diventerà la terza causa di morbilità prima del 2020, soprattutto a causa dell'epidemia del fumo e dei cambiamenti demografici a livello mondiale, con un invecchiamento della popolazione.

Anche l'asma è oggi un problema globale di salute pubblica a seguito del forte aumento della sua prevalenza durante la seconda metà del 20° secolo, sebbene diverse indagini epidemiologiche abbiano dimostrato che, dopo il 2000, tale prevalenza è rimasta praticamente invariata in molti Paesi europei, compresa l'Italia. Tuttavia, è stato segnalato un suo aumento nelle popolazioni più anziane, soprattutto a causa dell'età, della depressione e del fumo di sigarette ed è ragionevole presumere che il numero di anziani asmatici crescerà nei prossimi 20 anni a seguito dei cambiamenti demografici.

E' evidente che in Italia vi sono le condizioni idonee per un drammatico aumento della prevalenza di BPCO e asma.

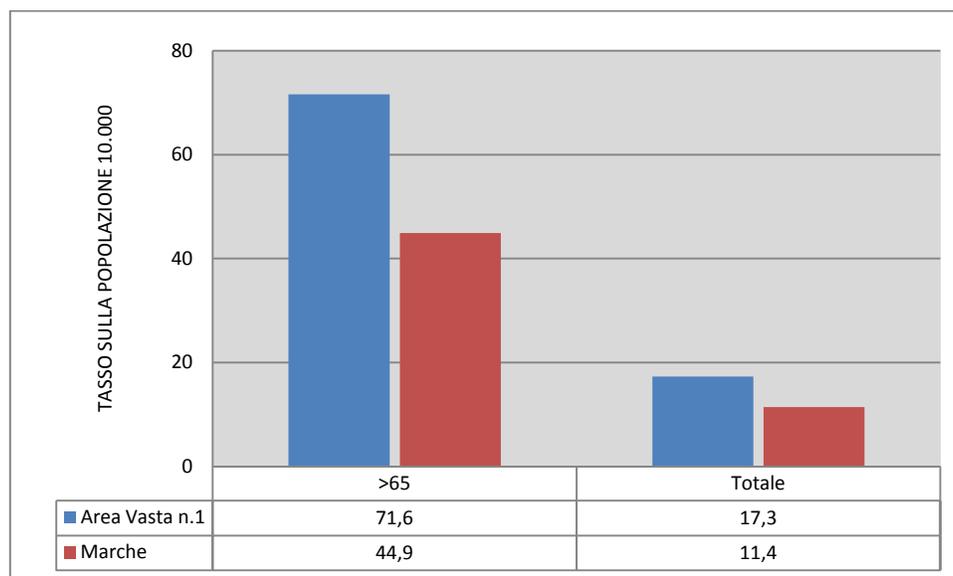
E', quindi, assolutamente necessario conoscere la prevalenza di BPCO e asma nel nostro Paese, al fine di predisporre le opportune strategie sanitarie atte a contrastare quella che sarà verosimilmente una vera "epidemia" negli anni futuri.

L'alta prevalenza delle malattie ostruttive delle vie aeree in Italia è un importante problema sanitario, anche perché la BPCO e l'asma, con l'avanzare dell'età, si accompagnano frequentemente a comorbilità, il che aggrava le condizioni del paziente, complica la terapia e comporta un maggiore utilizzo di risorse sanitarie, ivi compresa una più elevata necessità di ospedalizzazioni, e un aumentato rischio di morte.

Il (grafico 4.22) dimostra come il problema delle BPCO stia diventando emergente in Area Vasta n.1 rispetto alla Regione Marche.

Sia in termini di ospedalizzazione della popolazione totale che, in misura assai più significativa, in termini di ospedalizzazione della classe di età maggiormente esposta a questa eventualità, cioè quella degli ultrasessantacinquenni, i dati risultano essere significativamente maggiori in Area Vasta rispetto al territorio regionale.

Grafico 4.22 Tasso ospedalizzazioni BPCO nella popolazione anno 2011



Emergono differenze significative anche tra i generi, nel sesso femminile il tasso di ospedalizzazione >65 anni risulta essere 48,1 su 10.000 abitanti, decisamente maggiori le ospedalizzazioni del sesso maschile >65 anni con 102,9 su 10.000 abitanti.

Asma adolescenti e adulti:

Analizzando le ospedalizzazioni per Asma adolescenti e adulti nel territorio dell'Area Vasta n.1 nel 2010 si individuano 82 ricoveri, 44 di sesso femminile e 38 di sesso maschile. Il numero maggiore di accessi ospedalieri si registra nella classe di età 0-14 anni (49 ricoveri).

Tabella 4.13 Numero ospedalizzazioni per Asma adolescenti e adulti Area Vasta 1 2010

RICOVERI PER ASMA ADOLESCENTI E ADULTI			
Classi età	Maschi	Femmine	Totale
0-14	31	18	49
≥15	7	26	33
Totale	38	44	82

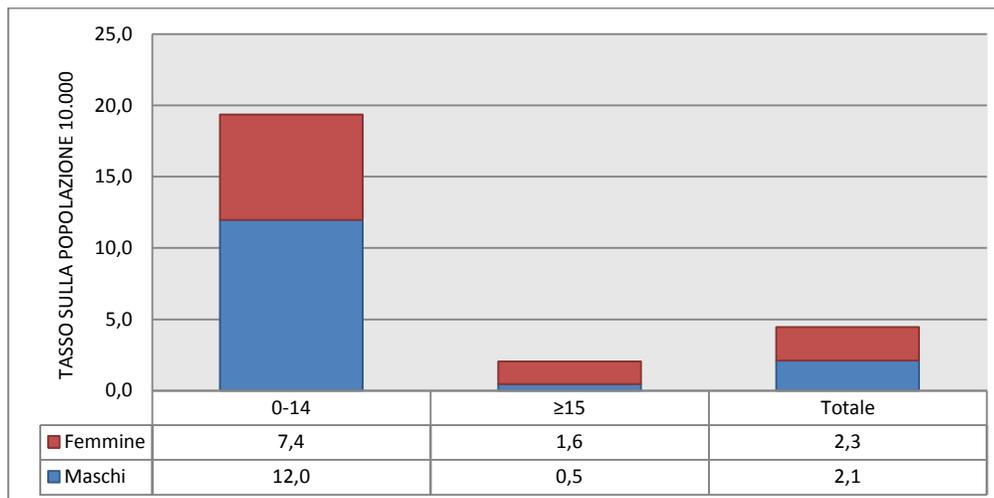
La percentuale delle ospedalizzazione per Asma estrinseco e intrinseco sul totale dei ricoveri risulta essere lo 0,13% e nella classe di età 0-14 anni lo 0,93%. Il tasso delle ospedalizzazioni sulla popolazione residente e' di 2,23 ricoveri ogni 10.000 abitanti e nella classe di età 0-14 anni raggiunge i 9,75 ricoveri ogni 10.000 abitanti.

Tabella 4.14 Numero, percentuale sui ricoveri e tasso sulla popolazione delle ospedalizzazioni per Asma 2010

Numero totale per classi di età		% Asma estrinseco e intrinseco sul totale delle ospedalizzazioni		Tasso Asma estrinseco e intrinseco sulla popolazione totale (10.000)	
Classi età	ASMA	Totale ricoveri	% sui ricoveri	popolazione totale	Tasso 10.000
0-14	49	5.273	0,93%	50.238	9,75
≥15	33	58.913	0,06%	316.725	1,04
Totale	82	64.186	0,13%	366.963	2,23

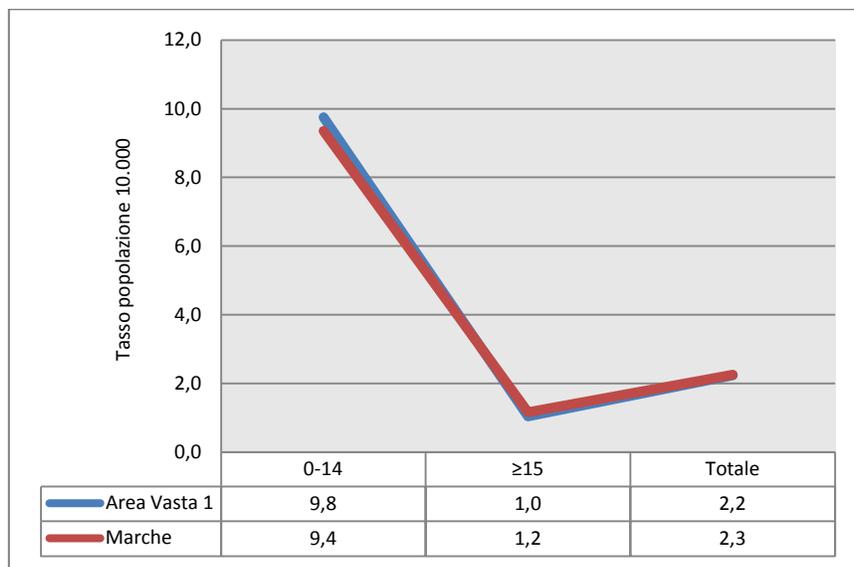
Scomponendo le ospedalizzazioni per Asma estrinseco e intrinseco si rilevano delle differenze non statisticamente significative tra i generi: nella classe di età 0-14 anni il tasso di ospedalizzazioni su 10.000 risulta essere di 12,0 maschi e 7,4 femmine, nella classe di età ≥15 anni 1,6 femmine e 0,5 maschi e infine il totale è di 2,3 femmine e 2,1 maschi.

Grafico 4.23 Tasso ospedalizzazioni per asma adolescenti adulti nella popolazione 2010 AV1



Comparando il tasso di ospedalizzazione dell'area Vasta n.1 con il tasso della Regione Marche non si rilevano differenze statisticamente significative, l'andamento stratificato per classe di età è analogo in entrambi i territori.

Grafico 4.24 Tasso ospedalizzazioni per asma adolescenti adulti nella popolazione 2010 (m+f)



Le malattie respiratorie croniche rappresentano un importante gruppo di patologie che sicuramente impattano in maniera sostanziale sullo stato sanitario italiano. Considerato il notevole aumento di queste malattie, legato in particolare all'invecchiamento della popolazione, è prevedibile un loro ulteriore incremento nel prossimo futuro.

Incidenti Domestici:

Gli incidenti domestici rappresentano un problema di grande interesse per la sanità pubblica e di rilevanza sociale per l'impatto psicologico che hanno sulla popolazione che considera la casa il luogo sicuro per eccellenza. Secondo la definizione data dall'Istituto nazionale di statistica (Istat) nelle indagini multiscopo, l'infortunio di tipo domestico è un incidente che presenta determinate caratteristiche:

- l'evento comporta la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona, a causa di lesioni di vario tipo
- l'evento è accidentale, si verifica cioè indipendentemente dalla volontà umana
- l'evento si verifica in un'abitazione, intesa come l'insieme dell'appartamento vero e proprio e di eventuali estensioni esterne (balconi, giardino, garage, cantina, scala, ecc). Non è rilevante il fatto che l'abitazione sia di proprietà della famiglia stessa o appartenga ad altri.

L'incidenza del rischio è legata direttamente alla quantità di tempo trascorsa in casa. Secondo gli studi fatti dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (INAIL), tra le cause della genesi e della gravità degli incidenti domestici ci sono il cambiamento della struttura sociale, la scarsa informazione dei cittadini, le carenze assistenziali e quelle strutturali di case e accessori.

Questi infortuni non sono facilmente stimabili da un punto di vista statistico, ma risultano rilevanti a livello sanitario ed economico. Le conseguenze di salute, infatti, sono traumi di diversa gravità che possono comportare invalidità e, in molti casi, anche la morte. Le conseguenze economiche provocano oneri sempre più gravi per il Servizio sanitario nazionale. I dati di morbosità sono di difficile rilevazione in quanto questi tipi d'infortuni vengono denunciati solo quando comportano lesioni che richiedono l'ospedalizzazione, quindi sfuggono le lesioni di lieve e media entità.

In Italia, secondo l'indagine multiscopo Istat sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana. Anno 2006", gli incidenti in ambito domestico hanno coinvolto, nei tre mesi precedenti l'intervista, circa 3,2 milioni di persone. Il 60% di questi hanno riguardato donne (oltre 2 milioni). Il trend di questo andamento è confermato dall'ISPESL per gli anni 2007 e 2008.

Analizzando gli accessi ospedalieri per incidenti in ambito domestico nell'Area Vasta n.1 seguono i trend Regionali e Nazionali, nel 2010 si sono registrati 424 ospedalizzazioni, 272 di sesso femminile e 152 di sesso maschile e la classe di età più rappresentata risulta essere la 70-79 anni

Tabella 4.15 Numero ospedalizzazioni per incidente domestico, Area Vasta 1 2010

RICOVERI PER INCIDENTI DOMESTICI			
Classi età	Maschi	Femmine	Totale
0-9	15	20	35
10-14	3	3	6
15-19	1	1	2
20-29	5	1	6
30-39	8	4	12
40-49	4	6	10
50-59	9	11	20
60-69	18	29	47
70-79	36	51	87
>79	53	146	199
Totale	152	272	424

La percentuale delle ospedalizzazioni per incidente domestico sul totale dei ricoveri (64.186) risulta essere lo 0,66% e nella classe di età >79 anni l' 1,61%. Il tasso delle ospedalizzazioni sulla popolazione residente e' di 11,55 ricoveri ogni 10.000 abitanti e nella classe di età >79 anni raggiunge il 79,43 ricoveri ogni 10.000 abitanti.

Tabella 4.16 Numero, percentuale sui ricoveri e tasso sulla popolazione delle ospedalizzazioni per Asma 2010

Numero totale per classi di età		% Incidenti domestici sul totale delle ospedalizzazioni		Tasso Incidenti domestici sulla popolazione totale (10.000)	
Classi età	Incidenti domestici	Totale ricoveri	% sui ricoveri	popolazione totale	Tasso 10.000
0-9	35	4259	0,82%	34.028	10,29
10-14	6	1014	0,59%	16.210	3,70
15-19	2	1101	0,18%	16.374	1,22
20-29	6	3968	0,15%	38.164	1,57
30-39	12	6784	0,18%	54.334	2,21
40-49	10	5952	0,17%	59.077	1,69
50-59	20	6345	0,32%	46.822	4,27
60-69	47	9180	0,51%	41.515	11,32
70-79	87	13247	0,66%	35.387	24,59
>79	199	12336	1,61%	25.052	79,43
Totale	424	64186	0,66%	366.963	11,55

Scomponendo le ospedalizzazioni per incidente domestico si rilevano delle differenze statisticamente significative tra i generi: nella classe di età 0-9 anni il tasso di ospedalizzazioni su 10.000 risulta essere di 12,1 femmine e 8,6 maschi, nella classe di età 10-14 anni 3,6 maschi e 3,9 femmine, nella classe di età 15-19 anni 1,2 maschi e 1,3 femmine, nella classe di età 20-29

anni 2,6 maschi e 0,5 femmine, nella classe di età 30-39 anni 2,9 maschi e 1,5 femmine, nella classe di età 60-69 anni 9 maschi e 13,5 femmine e infine nella classe di età >70 anni 35,5 maschi e 53,6 femmine.

Grafico 4.25 Tasso ospedalizzazione per incidente domestico nella popolazione **0-69 anni** (2010 AV1)

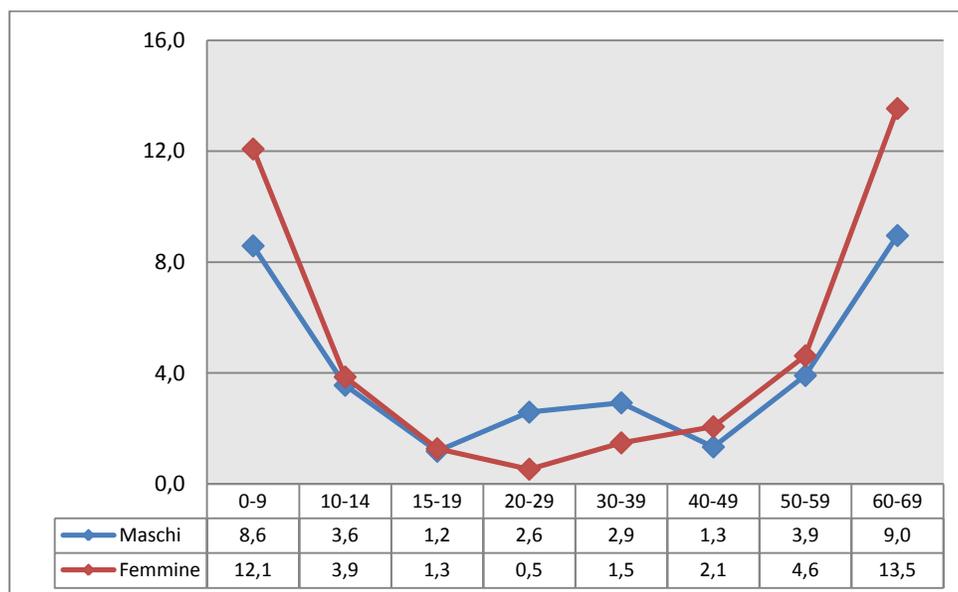
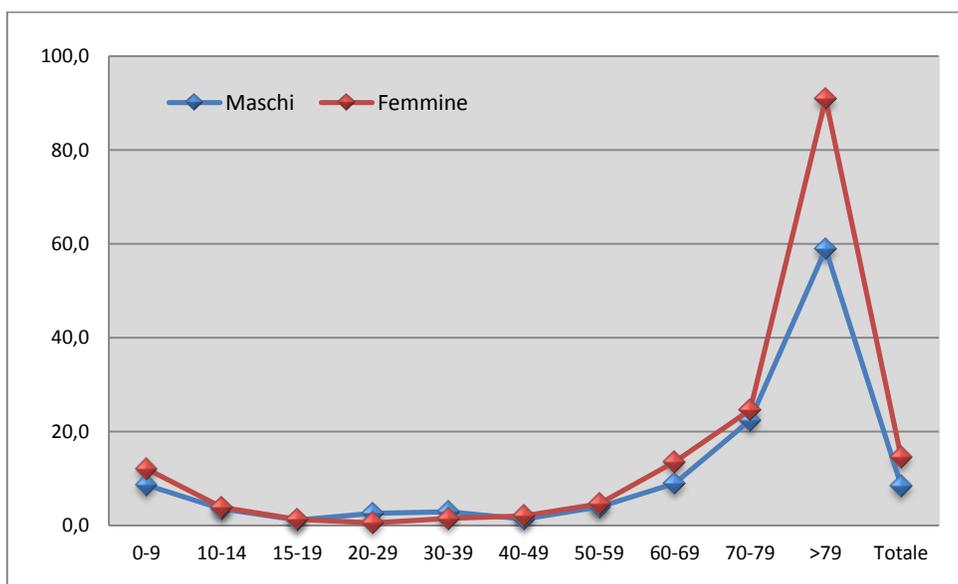


Grafico 4.26 Tasso ospedalizzazione per incidente domestico nella popolazione **0->79 anni** (2010 AV1)



Parti per tipologia:

Analizzando il numero di parti nell'Area Vasta n.1 nel 2011 si rilevano: 2.022 parti spontanei (66,08%), 1.038 parti cesarei (33,92%) un totale quindi di 3.060, non si rilevano differenze statisticamente significative tra la cittadinanza italiana e la cittadinanza straniera.

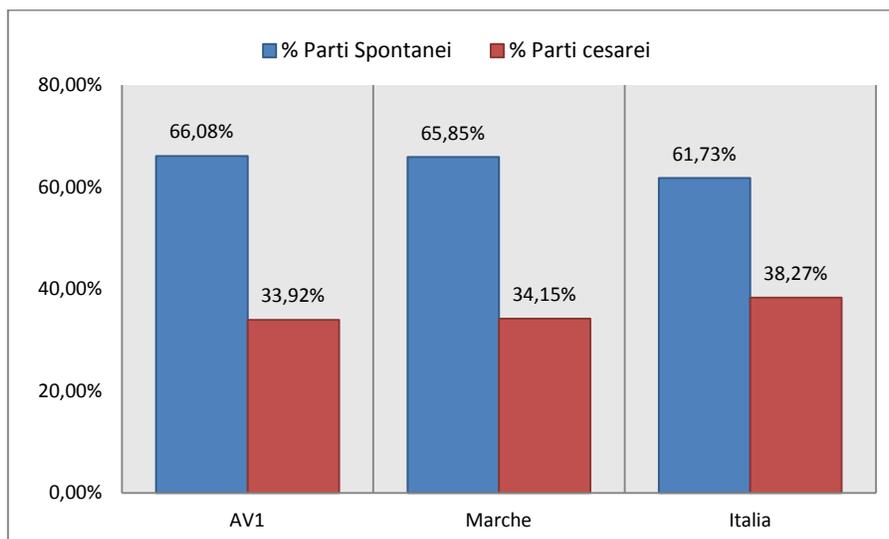
Il 63,01% (1.928) sono parti vaginali senza diagnosi complicanti, il 32,29% (988) sono parti cesarei senza complicanze, l'1,63% (50) parti cesarei con complicanze, l'1,44% (44) sono parti vaginali con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento, l'1,34% (41) parti vaginali con diagnosi complicanti e infine lo 0,29% (9) sono parti vaginali con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o raschiamento.

Tabella 4.17 Numero di parti per tipologia (ordinari + DH) anno 2011 Area Vasta n.1

Cittadinanza Italiana			Cittadinanza straniera		
Parti spontanei	2.022	66,08%	Parti spontanei	341	68,75%
Parti cesarei	1.038	33,92%	Parti cesarei	155	31,25%
Totale parti	3.060	100,00%	Totale parti	496	100,00%

Area Vasta 1	Cittadinanza Italiana		Cittadinanza straniera	
	N.ro	Percentuale	N.ro	Percentuale
DRG				
370*PARTO CESAREO CON CC	50	1,63%	11	2,22%
371*PARTO CESAREO SENZA CC	988	32,29%	144	29,03%
372*PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	41	1,34%	10	2,02%
373*PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	1.928	63,01%	325	65,52%
374*PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	44	1,44%	5	1,01%
375*PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCETTO STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIAMENTO	9	0,29%	1	0,20%
Totale	3.060	100,00%	496	100,00%

Grafico 4.27 Numero di parti per tipologia (ordinari + DH) anno 2011



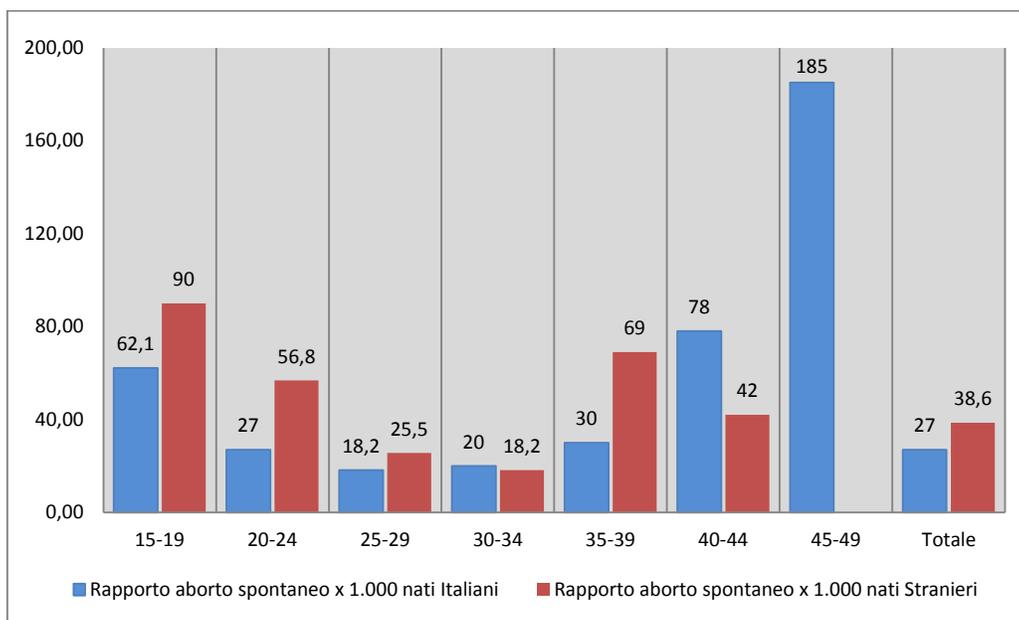
Abortività spontanea:

La normativa italiana definisce l'aborto spontaneo come l'interruzione involontaria della gravidanza che si verifica entro 180 giorni di gestazione, cioè 25 settimane e 5 giorni. Nel 2009, il numero di aborti spontanei presenta un incremento importante rispetto all'anno precedente: pertanto in Italia il numero di casi passa da 74.117 del 2008 a 77.129 del 2009 (+4,1%); di conseguenza, il rapporto di abortività cresce da 131,4 aborti spontanei per 1.000 nati vivi a 135,7 per 1.000 nati vivi. Le differenze territoriali sono rimaste abbastanza costanti nel tempo: fino alla metà degli anni Novanta i valori più elevati si sono osservati al Nord, poi a prevalere è stato il Centro, mentre il Mezzogiorno ha sempre presentato valori più bassi. Tale andamento può essere in parte spiegato dalle differenze territoriali nell'età media al matrimonio e al parto e di conseguenza all'aborto spontaneo.

In Italia, come evidenziato in numerosi studi, l'età avanzata della donna è un fattore associato a un rischio di aborto spontaneo più elevato. I rapporti di aborti spontanei specifici per età aumentano al crescere dell'età della donna, a esclusione delle giovanissime (età <20 anni), che hanno valori superiori a quelli delle donne della fascia 20-29 anni. Va sottolineato, infine, che la maggior parte degli aborti spontanei (circa il 90%) avviene nelle prime 12 settimane di gestazione, senza significative differenze tra le Regioni, e che nella maggioranza dei casi sono primi aborti. Nel grafico sottostante possiamo verificare la situazione dell'Area Vasta n.1, nel 2011, ri-

spetto alla situazione italiana sopra descritta. Le colonne si riferiscono rispettivamente al rapporto di abortività spontanea sui neonati di nazionalità italiana ed al rapporto di abortività spontanea sui neonati di nazionalità straniera: i neonati sono stati partoriti da madri appartenenti alle classi di età indicate alla base del grafico stesso.

Grafico 4.28 Rapporto aborto spontaneo x1.000 nati Area Vasta n.1 (Italiane vs Straniere) 2011



Conformemente a quanto avviene nel contesto del territorio nazionale, l'andamento del rapporto di abortività spontanea sui nati di cittadinanza italiana residenti in Area Vasta n. 1 presenta un picco nella classe di età più bassa delle madri, per decrescere poi rapidamente nelle classi medie di età e risalire vistosamente, quando le partorienti appartengono alle due classi di età più elevate (40-49enni). L'andamento del rapporto di abortività spontanea sui nati di cittadinanza straniera residenti in Area Vasta ripete piuttosto fedelmente lo stesso andamento, pur collocandosi sempre su valori percentuali generalmente più alti. La differenza in Area Vasta n.1 risiede nel fatto che la classe di età più a rischio di aborto spontaneo per le straniere è quella dei 35-39 anni, contro le 40-49enni italiane.

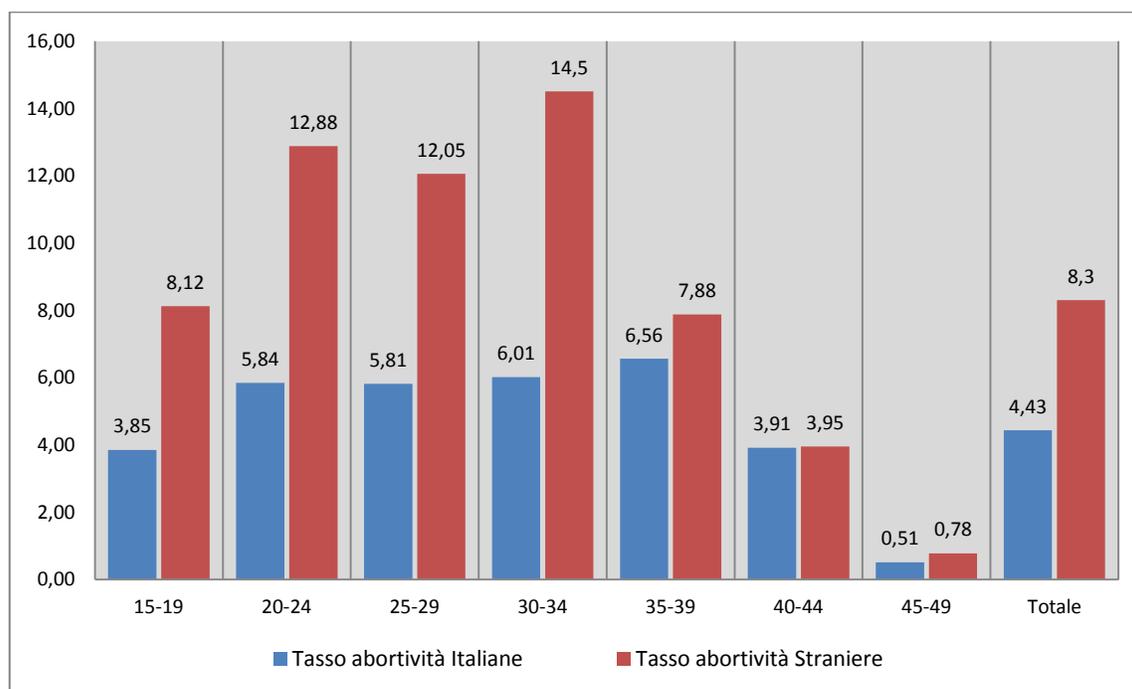
Interruzione volontaria di gravidanza:

I dati del 2010 confermano la costante diminuzione dell'interruzione volontaria di gravidanza nel nostro Paese e che l'aborto non viene utilizzato nella maggioranza dei casi come metodo contraccettivo.

Nel 2010, le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) sono state 116.933, con un decremento del 3,6% rispetto al dato definitivo del 2009 (121.301 casi). Il tasso di abortività (numero di IVG per 1.000 donne in età feconda tra 15 e 49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza del ricorso all'IVG nel 2010, è risultato pari a 8,3 per 1.000, con un decremento del 3,9% rispetto al 2009 (8,7 per 1.000) e un decremento del 51,7% rispetto al 1982 (17,2 per 1.000), valori tra i più bassi di quanto riportato negli altri Paesi industrializzati.

Il grafico sotto riportato evidenzia l'andamento in Area Vasta 1 del tasso di IVG delle residenti italiane vs le residenti straniere nell'anno 2011: a parte i valori percentuali totali, che raggiungono in Area Vasta il 4,43‰ per le italiane e l'8,97‰ per le straniere contro l'8,3‰ del territorio italiano, possiamo notare che l'andamento delle due curve è molto simile, mentre si discostano in modo significativo e coerente nelle diverse classi di età i valori percentuali delle residenti italiane da quelle straniere, che raggiungono sempre valori significativamente più elevati.

Grafico 4.29 Tasso di IVG x 1.000 donne Area Vasta n.1 (Italiane vs Straniere) 2011



L'analisi delle caratteristiche delle IVG conferma che nel corso degli anni è andato crescendo il numero degli interventi effettuati da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2009 il 33,0% del totale delle IVG, mentre, nel 1998, tale percentuale era del 10,1%. Questo fenomeno influisce sull'andamento generale dell'IVG in Italia, determinando un rallentamento della diminuzione del numero totale degli interventi riguardanti le sole donne italiane.

Analoga situazione si verifica in Area Vasta 1, dove il numero degli interventi effettuati da donne con cittadinanza estera nel 2011 raggiunge il valore di 107 contro il valore di 367 delle donne con cittadinanza italiana, toccando quindi la percentuale del 22,6%.

La sempre maggiore incidenza dell'IVG tra le donne con cittadinanza estera impone una particolare attenzione rispetto all'analisi del fenomeno, in quanto le cittadine straniere, oltre a presentare un tasso di abortività per altro diverso per nazionalità, stimato 3-4 volte maggiore di quanto attualmente risulta tra le italiane, hanno una diversa composizione sociodemografica, che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, delle culture di provenienza e dei diversi approcci alla contraccezione e all'IVG nei Paesi d'origine. Sebbene ciò rappresenti una criticità, va tuttavia segnalato che negli ultimi tre anni si è osservata una tendenza alla stabilizzazione con valori assoluti intorno ai 40.000 casi.

In generale, nel corso degli anni, le più rapide riduzioni del ricorso all'aborto sono state osservate fra le donne più istruite, fra le occupate e fra le coniugate. Fra le donne italiane che hanno effettuato un'IVG, il 54,6% aveva figli, così come il 66,6% delle straniere.

Appropriatezza clinica e assistenziale (set indicatori):

Negli ultimi anni si è sviluppata una crescente attenzione e sensibilità delle istituzioni sulla cruciale importanza dello studio dell'appropriatezza delle prestazioni erogate a carico del SSN e, in particolare, della ricerca di indicatori in grado di misurare alcuni aspetti della qualità delle prestazioni e dell'utilizzo delle risorse sanitarie, al fine di promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e dell'assistenza erogata. L'appropriatezza, in questo contesto, viene a costituirsi come principio guida nell'ambito di un sistema integrato di servizi ospedalieri e territoriali necessario per garantire sia la continuità delle cure all'interno di percorsi assistenziali adeguati al profilo clinico delle patologie oggetto di analisi, sia l'ottimale utilizzo delle risorse sanitarie nei diversi regimi assistenziali. L'obiettivo dello studio, condotto dalla Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio VI del Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute e pubblicato nel febbraio 2011, consiste nella predisposizione di un rapporto di analisi dell'appropriatezza di alcune prestazioni ospedaliere di ricovero, determinate da una offerta presumibilmente inadeguata di servizi territoriali, attraverso l'utilizzo di indicatori specifici calcolabili con i dati forniti dal flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). È infatti riconosciuto il notevole potenziale informativo del flusso SDO per l'altissimo livello di copertura raggiunto e la buona affidabilità di molte informa-

zioni raccolte, che si presta pertanto ad essere utilizzato anche per la costruzione di indicatori *proxy*, capaci di fornire alcune indicazioni sulla disponibilità dei servizi sanitari territoriali.

La seguente tabella fornisce una comparazione dei principali indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria e dell'appropriatezza clinica, dell'Area Vasta n.1 con la Regione Marche e con la media del territorio Italiano, utilizzando quella parte di dati già disponibili anche in Area Vasta, che ha reso possibile il confronto in tempo praticamente reale.

L' Area Vasta n.1 eccede rispetto alle altre realtà territoriali nel tasso di ricovero per infortuni sul lavoro, nel tasso di ricovero per polmonite pneumococcica nell'anziano, nel tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca, nel tasso di ospedalizzazione per patologie alcol-correlate, nella percentuale di parti cesarei e nel tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia. La tabella sottostante evidenzia attraverso l'uso dei colori (verde, giallo, rosso), non tanto lo scostamento da un range definito, quanto piuttosto il grado di maggiore o minore efficienza e/o appropriatezza rispetto alle realtà territoriali riportate nel confronto (Regione Marche, Italia): l'utilizzo pratico di queste informazioni viene esplorato nel successivo capitolo, dedicato alle considerazioni conclusive.

Tabella 4.18 set indicatori di efficienza dell' assistenza e dell'appropriatezza clinica (AV1, Marche, Italia 2011)

set indicatori di efficienza della assistenza e di appropriatezza clinica, con relativa misurazione e confronto regionale e nazionale			A. VASTA 1	MARCHE	ITALIA
Assistenza collettiva ambienti di vita e di lavoro	POA 07	Tasso di ricovero per incidente stradale	125,6	141,2	179,0
	POA 08	Tasso di ricovero per infortuni sul lavoro	45,0	37,7	38,2
	POA 09	Tasso di ricovero per influenza nell'anziano	2,5	15,0	10,3
	POA 10	Tasso di ricovero per polmonite pneum. Nell'anziano	56,9	15,3	13,0
	POA 11	Tasso di ospedalizzazione per asma nell'adulto	9,2	9,8	12,1
Assistenza distrettuale	POA 12	Tasso di ospedalizzazione per diabete senza complic.	19,5	17,2	24,6
	POA 14	Tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca	2336,6	1479,9	1257,7
	POA 15	Tasso di ospedalizzazione per IVG	0,7	1,5	1,8
	POA 16	Tasso ospedalizzazione per patologie alcol-correlate	55,6	21,3	24,0
Appropriatezza clinica	POA 18	Percentuale parti cesarei	34,0	21,3	24,0
	POA 19	Tasso di ospedalizzazioni per tonsillectomia	59,1	39,2	31,5

Conclusione:

Questo lavoro, avviato dagli operatori in Epidemiologia con l'intento di attribuirgli una valenza territoriale di Area Vasta, assume un significato prevalentemente esemplificativo, rispetto ad altri significati possibili: si preferisce infatti dare la misura delle possibilità che l'epidemiologia può offrire a supporto della programmazione e della progettazione, partendo dall'utilizzo di quegli stessi flussi informativi, che costituiscono i mattoni per la relazione sullo stato di salute della popolazione.

Senza entrare nel merito di una analisi approfondita, il Piano di Area Vasta 1 prevede:

- la riorganizzazione della assistenza ospedaliera, con interventi sulla appropriatezza clinica e prescrittiva, sulla appropriatezza delle cure attraverso un modello di Ospedale fortemente integrato col territorio;
- la rete della prevenzione collettiva, orientata alla promozione della tutela e della salute della popolazione negli ambienti di vita e di lavoro;
- la rete territoriale e socio sanitaria, in cui si realizza la gestione integrata tra i servizi sanitari e quelli socio-sanitari e sociali.

L'epidemiologia è in grado di fornire gli indicatori necessari ad orientarci sulle problematiche da affrontare, sfruttando semplicemente in modo adeguato il corredo di dati, di cui disponiamo nella nostra attività quotidiana. Come riportato infatti nella tabella 4.18, la disponibilità degli indicatori consente ad esempio un immediato raffronto col recentissimo studio pubblicato nel 2011 dal Ministero della Salute per confrontare i livelli di assistenza collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, i livelli di assistenza distrettuale o l'appropriatezza clinica con i valori nazionali o di altre Regioni, per ricavarne spunti utili al disegno del riassetto sanitario previsto dal Piano di Area Vasta 1 attraverso la valutazione del grado di appropriatezza delle prestazioni di ricovero, o di carenze legate ad altre forme di assistenza.

Il tema della potenziale inappropriata ospedalizzazione determinata da carenze nel livello di assistenza territoriale è di complessa valutazione per la difficoltà di individuare indicatori che misurino direttamente la relazione fra questi diversi livelli di assistenza sanitaria. Nel lavoro, a cui ci si è riferiti, è stato compiuto lo sforzo di individuare gli indicatori fattibili, secondo i flussi informativi correnti, e capaci di esplorare, seppure in modo indiretto, la relazione tra ospedalizzazione e potenziale inadeguatezza dei servizi territoriali.

Alcuni di questi indicatori *proxy* presentano tuttavia dei limiti dovuti alla non corretta e incompleta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, si pensi ad esempio alla causa di infortunio, informazione non compilata che determina una sottostima dei ricoveri per incidenti

stradali e infortuni sul lavoro. L'elaborazione dei dati provenienti dalle SDO, fondamentali nella esecuzione di questo studio, ha dimostrato che queste possono essere utilizzate con profitto anche ai fini di riorganizzazione e/o programmazione con l'aggregazione di dati che assumono la funzione di indicatori, atti a definire e disegnare con maggiore precisione i confini del contesto all'interno del quale ci si trova ad operare. Questo pone le basi per individuare la strada più corretta e coerente dell'azione di programmazione, per misurare e valutare il raggiungimento degli obiettivi intermedi e per valutare l'impatto dell'azione messa in campo.

SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI AREA VASTA 1

Che cos'è il sistema di sorveglianza Passi?

Il sistema Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) stima la frequenza e l'evoluzione dei comportamenti associati alla salute, nella popolazione adulta assistita dalle aziende sanitarie delle 21 Regioni e Province autonome. Un campione casuale di assistiti, di età compresa tra 18 e 69 anni, viene estratto dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Una rete di operatori sanitari, specificamente formati, effettua circa 25 interviste telefoniche al mese, per Area Vasta, con un questionario standardizzato, che viene aggiornato ogni anno, in base alle esigenze informative delle Regioni. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale.

Tabella 5.1 Numerosità del campione intervistato (PASSI)

Numerosità	2008	2009	2010	2011
Area Vasta N. 1	232	231	274	274
Regione Marche	1.127	1.073	1.249	1.191
Pool ASL PASSI	37.560	39.231	36.319	38.234

Rappresentatività del campione per età e sesso: La distribuzione per sesso e classe di età del campione di pool di Asl (dati non pesati), confrontata con la popolazione residente appare molto simile a livello nazionale e a scendere fino a quello regionale e di Area Vasta per la Regione Marche.

Valutazione dei dati: i colori verde, nero e rosso dei valori esprimono una situazione favorevole, indifferente o sfavorevole in quel contesto; il confronto viene fatto sempre per riga e mai per colonna. I dati indicati tra parentesi delimitano invece gli intervalli di confidenza: quando sono espressi con lo stesso colore significa che i valori a cui questi intervalli si riferiscono non raggiungono la significatività statistica.

TITOLO DI STUDIO

Nella valutazione si è espresso un giudizio favorevole per i valori più bassi nel grado di istruzione "nessuno/elementare" e "media inferiore", mentre sono stati considerati positivamente i valori più alti nei gradi di istruzione "media superiore" e "Laurea/Diploma universitario". Nel pool

di Asl PASSI, l'11% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 31% la licenza media inferiore, il 44% la licenza media superiore e il 14% è laureato. I dati di Area Vasta esprimono una valutazione medio-bassa per i primi tre gradi del livello di istruzione, per diventare poi palesemente positivi per i titoli di studio corrispondenti alla "Laurea/Diploma universitario".

Tabella 5.2 Percentuale del titolo di studio (PASSI)

Titolo di Studio anni 2008-2011	Regione Marche	Area Vasta n.1	Pool ASL PASSI
			Anno 2010
<i>nessuno/elementare</i>	11,75	12,2	11
<i>media inferiore</i>	26,7	27,4	31
<i>media superiore</i>	45,7	43,4	44
<i>Laurea/Diploma universitario</i>	15,8	17	14

Come si nota nella tabella in basso, confrontando i dati relativi alla bassa scolarità ("nessun titolo/licenza elementare" e "media inferiore") e quelli alta scolarità ("media superiore" e "Laurea/Diploma universitario") l'Area Vasta n.1 conferma la sua posizione di mezzo tra quella della Regione Marche, che risulta essere la migliore, e quella più bassa del Pool ASL PASSI.

Tabella 5.3 Percentuale del livello di istruzione (PASSI)

anni 2008-2011	Regione Marche	Area Vasta n.1	Pool ASL PASSI
			Anno 2010
Alto	61,5	60,4	58
Basso	38,4	39,6	42

Si è inoltre osservato a livello nazionale e di Area Vasta n.1 come la bassa scolarità (nessun titolo/licenza elementare) sia associata al sesso e più frequente tra le donne. Lo stesso vale per il livello di istruzione, che dipende fortemente dall'età: al crescere dell'età, la frequenza di bassi livelli di istruzione aumenta significativamente.

STATO CIVILE:

Nel pool di Asl PASSI, coniugati o conviventi rappresentano il 61% del campione, i celibi o le nubili il 32%, i separati o divorziati il 5% e i vedovi il 2%. Nel campione della Regione Marche

vengono più o meno mantenute le stesse percentuali, mentre in Area Vasta n.1 si raggiungono percentuali più alte di "coniugati/conviventi" a fronte di una percentuale più bassa di "separati/divorziati".

Tabella 5.4 Percentuale dello stato civile (PASSI)

anni 2008-2011	Regione Marche	Area Vasta n.1	Pool ASL PASSI
			Anno 2010
Coniugati/convivente	61,4	64,9	61
Celibi/nubili	32,1	29,9	32
Vedovi/e	2,2	2,3	2
Separati/divorziati	4,3	3	5

CITTADINANZA:

Il protocollo del sistema di sorveglianza Passi prevede la sostituzione degli stranieri non in grado di sostenere l'intervista telefonica in italiano, pertanto Passi fornisce informazioni sugli stranieri più integrati o da più tempo nel nostro Paese in possesso di una sufficiente competenza relativamente alla lingua italiana parlata.

Tabella 5.5 Percentuale della cittadinanza straniera negli intervistati (PASSI)

Cittadinanza straniera	Regione Marche	Area Vasta n.1	Pool ASL PASSI
			Anno 2010
Anni 2008-2011	2,7	2,9	3

Sul territorio nazionale poco più del 3% degli intervistati è costituito da stranieri, maggiormente rappresentati nelle classi di età più giovani, dove prevalgono in percentuale le donne: lo stesso accade in Area Vasta n.1. La percentuale di stranieri è superiore al 5% in alcune regioni del Centro-Nord, mentre è minore al Sud e nelle Isole.

LAVORO:

Sul territorio nazionale il 60% del campione di intervistati nella fascia d'età 18-65 anni ha riferito di lavorare regolarmente: la Regione Marche e l'Area Vasta n.1 presentano percentuali di occupazione più alte, dato statisticamente significativo.

Tabella 5.6 Percentuale dei lavoratori regolari (PASSI)

Lavoro regolare (<= 65 anni)	Regione Marche	Area Vasta n.1	Pool ASL PASSI
			Anno 2010
anni 2008-2011	66,5	64,2	60

Nel pool ASL PASSI in tutte le fasce di età, l'occupazione regolare femminile è minore rispetto a quella maschile (complessivamente il 49% contro il 70%): continua a mantenersi a livello di Area Vasta un dato percentuale più favorevole pur se costante nella tendenza (il 52,9% contro il 74,3%). Il lavoro regolare è più frequente nella fascia di età compresa tra i 35 e i 49 anni nel campione italiano ed in quello di Area Vasta, come anche si riduce in entrambi i territori il divario tra uomini e donne nell'aver un'occupazione regolare nelle giovani generazioni.

DIFFICOLTA' ECONOMICHE

Il 46% del campione nazionale ha riferito di non avere nessuna difficoltà economica, il 41% qualche difficoltà e il 13% molte difficoltà economiche, le percentuali del territorio regionale delle Marche si collocano tutte su valori migliori e statisticamente significativi, seguite da quelli piuttosto vicini dell'Area Vasta n.1, che cede il passo solo su una percentuale più vicina a quella nazionale per ciò che concerne la presenza di qualche difficoltà economica.

Tabella 5.7 Percentuale del campione che dichiara di avere delle difficoltà economiche (PASSI)

Difficoltà economica anni 2008-2011	Regione Marche	Area Vasta n.1	Pool ASL PASSI
			Anno 2010
Nessuna	51,5	48,3	46
Qualche	39	42	41
Molte	9,45	9,7	13

Nel pool di ASL PASSI la frequenza di persone che dichiarano di avere molte difficoltà economiche aumenta con l'età e variano dal Nord al Sud.

ATTIVITA' FISICA

L'inattività fisica è al quarto posto tra i principali fattori di rischio di malattie croniche, quali disturbi cardiaci, ictus, diabete e cancro, contribuendo a oltre 3 milioni di morti evitabili l'anno a

livello mondiale. L'aumento dei livelli di obesità infantile e adulta è, inoltre, strettamente correlato alla mancanza di attività fisica.

L'attività fisica fa bene alle persone di ogni età: nei bambini promuove uno sviluppo fisico armonico e favorisce la socializzazione, mentre negli adulti diminuisce il rischio di malattie croniche e migliora la salute mentale. Per gli anziani i benefici riguardano la diminuzione del rischio di cadute e di fratture e la protezione dalle malattie correlate all'invecchiamento.

Gli effetti benefici non riguardano soltanto la prevenzione o il rallentamento nella progressione delle patologie croniche, ma anche un miglioramento del benessere psicofisico generale, della tonicità muscolare e della qualità della vita. Ciò è particolarmente importante per gli anziani, in quanto un'attività fisica regolare può accrescere le possibilità di vivere una vita autosufficiente. Attività come camminare e andare in bicicletta contribuiscono, inoltre, a ridurre l'inquinamento dell'aria e le emissioni dei gas serra, noti anche per avere effetti negativi sulla salute.

L'inattività fisica incide anche sul piano economico, sia per i costi diretti dell'assistenza sanitaria, sia per l'impatto sulla produttività e sugli anni di vita in buona salute. Politiche e azioni che promuovono l'attività fisica, oltre a rappresentare un investimento per la prevenzione delle malattie croniche e per il miglioramento della salute, forniscono benefici per lo sviluppo economico.

Nonostante le numerose evidenze scientifiche suggeriscano la necessità di mantenere uno stile di vita il più possibile attivo, continuano a diminuire le opportunità per svolgere attività fisica e, nel contempo, aumenta la prevalenza di stili di vita sedentari, con gravi conseguenze per la salute e con ricadute a livello sociale ed economico. Urbanizzazione, uso assiduo dell'automobile e ambienti di vita e di lavoro che favoriscono sempre di più la sedentarietà sono alcune delle cause che rendono difficile la pratica dell'attività fisica nella vita quotidiana. Inoltre l'attività fisica svolta con regolarità riduce anche il rischio di avere alcuni tipi di cancro, come quello del colon retto, del seno e dell'endometrio (ma esistono prove, seppure ancora incomplete, di una riduzione del rischio anche di cancro del polmone e della prostata). Inoltre, il sovrappeso e l'obesità sono causati essenzialmente dalla combinazione di sedentarietà e cattiva alimentazione. Il livello di attività fisica raccomandato nella popolazione adulta per ottenere benefici di salute è pari almeno a 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. È importante che gli operatori sanitari raccomandino lo svolgimento di un'adeguata attività fisica; i loro consigli, in combinazione con altri interventi, possono essere molto utili nell'incrementare i livelli di attività fisica dei loro assistiti.

Attivi e Sedentari: L'Area Vasta n.1, col 34,7% di persone attive, si colloca al primo posto e supera, anche se non in modo statisticamente significativo, il pool di ASL PASSI al 33,0% ed in modo netto ed anche statisticamente significativo la Regione Marche al 30,08%.

L' Area Vasta n.1 e la Regione Marche si alternano con percentuali rispettivamente del 43,05% e del 24,3% sul versante dei "*parzialmente attivi*" e dei "*sedentari*", distanziando in modo statisticamente significativo i valori raggiunti dal restante campione nazionale. La pratica di una attività fisica ad un livello che può essere definito *attivo* si riferisce anche alla effettuazione di un lavoro pesante, mentre chi non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato è definito "*parzialmente attivo*", "*sedentaria*" la parte restante del campione.

Tabella 5.8 Percentuale del livello di attività fisica (IC 95%)

2008-2011	Regione Marche	Area Vasta n.1	Pool ASL PASSI
Attivo	30,08 (28,6-31,5)	34,7 (31,8-37,8)	33,0 (32,7-33,3)
Parzialmente attivo	43,05 (41,4-44,6)	41,0 (37,9-44,1)	36,9 (36,6-37,2)
Sedentario	26,8 (25,4-28,2)	24,3 (21,7-27,1)	30,1 (29,8-30,4)

I valori indicati tra parentesi delimitano l'IC del 95% e stanno ad indicare che la percentuale di riferimento avrebbe potuto essere diversa, ma compresa nei range indicati tra parentesi; quando questi ultimi assumono lo stesso colore e sono situati all'interno della stessa riga, le percentuali ad essi riferiti non hanno tra loro differenze statisticamente significative.

SEDENTARIETA'

Nel Campione Nazionale e nell' Area Vasta n.1 la sedentarietà aumenta all'aumentare dell'età, la classe più sedentaria risulta quindi quella degli adulti, seguita dai 50-69enni; i più attivi sono i giovani ed i giovani adulti.

Autopercezione del livello di attività fisica: Non sempre la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quello dell'attività effettivamente svolta. Nel pool di Asl partecipanti nel 2008-2011, un sedentario su cinque percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente. Nel campione di Area Vasta questo avviene in misura significativamente minore (1 sedentario su 6,6), mentre sul territorio regionale si raggiunge un valore intermedio, la cui differenza con quello di Area Vasta non è tuttavia statisticamente significativo.

Tabella 5.9 Percentuale dell' autopercezione del livello di attività fisica (IC 95%)

2008-2011	Regione Marche	Area Vasta n.1	Pool ASL PASSI
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	16,1 (13,8-18,4)	15	20

La promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari: nel pool ASL PASSI il 31,5% delle persone intervistate nel periodo 2008-2011 riferisce di aver ricevuto domande circa l'attività fisica effettuata e il 31,6% il consiglio di farla. Le percentuali riferite all'Area Vasta n.1 ed alla Regione Marche differiscono assai di poco e comunque i valori dei tre campioni intervistati (Nazionale, Regionale e Provinciale) non danno luogo a differenze statisticamente significative.

Tabella 5.10 Percentuale della promozione dell'attività fisica (IC 95%)

2008-2011	Regione Marche	Area Vasta n.1	Pool ASL PASSI
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica	30,5 (28,9-32,1)	31,6 (28,6-34,8)	31,5 (31,1-31,8)
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica	31,0 (29,3-32,6)	31,9 (28,9-35,1)	31,6 (31,2-31,9)

Conclusioni: In Italia l'attività fisica, oltre a essere uno dei punti cardine dei Piani Regionali della prevenzione per il triennio 2010-2012, è oggetto di progetti specifici sul territorio, che ne supportano la promozione tramite iniziative di formazione e di comunicazione del rischio. È inoltre rilevante che la sorveglianza sia in grado di misurare i progressi nella pratica dell'attività fisica anche in termini di una riduzione delle disuguaglianze sociali, particolarmente accentuate in questo ambito. Per questo, assume rilevanza l'obiettivo del programma Guadagnare Salute di rendere facile al cittadino la scelta del movimento, a partire dall'attenzione alla realizzazione di un ambiente che non lo ostacoli ma che, anzi, lo favorisca.

L'ABITUDINE FUMO:

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare 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. L'abitudine al fumo misurata da Passi nel periodo di rilevazione 2008-11 sull'intero pool di Asl, nella popolazione 18-69 anni, è pari al 28%. Dall'analisi della tabella sottostante risulta che la maggior parte dei dati derivanti dalle interviste del campione Nazionale, Regionale e di Area Vasta n.1, pur dando luogo a differenze, non ne produce tuttavia la significatività statistica.

Constatare che il campione relativo alla Regione Marche fuma meno degli altri, o che risultano essere più fumatrici le donne del campione di Area Vasta, che sono di più i fumatori occasionali della Regione Marche o che coloro che fumano meno di 20 sigarette al giorno sono maggiori nella Regione Marche, mentre nel campione di area Vasta sono più numerosi coloro che fumano più di 20 sigarette al giorno sono un insieme di dati che da un punto di vista statistico hanno forti probabilità di poter essere interscambiabili tra loro e pur nella loro diversità, a volte modesta, danno luogo quindi a una situazione sovrapponibile. Gli unici risultati che generano una significatività statistica riguardano proprio l'Area Vasta n.1 e sono riferiti alla presenza della percentuale più alta di ex-fumatori e nel contempo della percentuale più bassa di non fumatori.

Tabella 5.11 Percentuale dell' abitudine al fumo (IC 95%)

2008-2011	Regione Marche	Area Vasta N.1	Pool ASL PASSI
Fumatori	27,5 (26,0-28,9)	27,8 (25,1-30,7)	28,9 (28,6-29,2)
<i>uomini</i>	31	29,6	34
<i>donne</i>	23,9	25,9	24
Ex fumatori	20,9 (18,4-19,7)	26,2 (23,6-29,1)	18,9 (18,7-19,2)
Non fumatori	51,6 (49,4-51,1)	45,9 (42,8-49,1)	52,2 (51,8-52,5)
Fumatore	27,5 (26,0-28,9)	27,8 (25,1-30,7)	28,9 (28,6-29,2)
occasionale	1,7 (0,8-2,5)	0,5 (0,2-1,2)	0,5 (0,4-0,6)
<i>quotidiano (meno di 20 sig. al dì)</i>	92,6 (91,0-94,2)	93,9	
<i>quotidiano (più di 20 sig. al dì)</i>	5,7 (4,3-7,0)	6,1	

Nella tabella successiva si osserva come l'abitudine al fumo è risultata più alta tra i 25 e 34 anni, subito seguiti dai giovani con età compresa tra 18 e 24 anni, mentre nelle classi di età più mature la prevalenza diminuisce in modo consistente: questa situazione è praticamente sovrapponibile in tutti e tre i campioni intervistati, perché, come già in altri casi, le differenze esistenti non sono statisticamente significative. La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare o con laurea o con il diploma universitario, e l'abitudine al fumo aumenta al crescere delle difficoltà economiche. *Quando si parla di giovani è in aumento la percentuale di quelli che fumano*

Tabella 5.12 Percentuale prevalenza dell'abitudine al fumo (IC 95%)

2008-2011	Regione Marche	Area Vasta N.1	Pool ASL PASSI
Fumatori <i>anni 18-24</i>	33,1 (28,2-38,0)	33,3	32
<i>anni 25-34</i>	35,0 (31,4-38,7)	34,9	35
<i>anni 35-49</i>	27,5 (25,0-29,9)	28,3	30
<i>anni 50-69</i>	21,6 (19,5-23,8)	22,5	23
Abitudine al fumo stratificato per livello di istruzione			
<i>Nessun titolo/elem.</i>	16,5 (13,1-19,9)	13,8	23
<i>Scuola media inferiore</i>	32,9 (29,9-35,9)	31,5	34
<i>Scuola media superiore</i>	27,8 (25,6-29,9)	29,7	29
<i>Laurea</i>	25,2 (21,9-28,6)	26,7	23
abitudine al fumo stratificato per difficoltà economiche			
<i>molte</i>	35,2 (29,9-40,5)	35,7	37
<i>qualche</i>	27,6 (25,4-29,9)	27,7	30
<i>nessuna</i>	25,8 (23,9-27,8)	26,3	25
Numero medio sigarette	12	12	13

Ancora persiste una forte differenza tra gli uomini (fuma uno su tre), rispetto alle donne (meno di una su quattro) sia nel campione nazionale che in quello di Area Vasta.

STATO NUTRIZIONALE:

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.

Una sana alimentazione associata a uno stile di vita attivo è un valido strumento per la prevenzione, la gestione e il trattamento di molte malattie. Un regime dietetico adeguato ed equilibrato, infatti, non solo garantisce un apporto di nutrienti ottimale, in grado di soddisfare il fabbisogno dell'organismo, ma permette, anche, l'apporto di sostanze che svolgono un ruolo protettivo e/o preventivo nei confronti di determinate condizioni patologiche. La corretta alimentazione riveste, pertanto, un ruolo fondamentale nella prevenzione di molte patologie cronicodegenerative e dell'obesità che è, essa stessa, un fattore di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari, tumori e diabete.

I bambini in sovrappeso hanno maggiori probabilità di esserlo anche nella fase iniziale dell'età adulta; ciò riduce l'età media di comparsa di patologie croniche non trasmissibili e influenza sensibilmente il carico dei servizi sanitari, in quanto aumenta il numero di accessi e di prestazioni durante l'età adulta. Molti aspetti dell'ambiente in cui oggi vivono e lavorano le persone incoraggiano abitudini alimentari scorrette e/o una ridotta attività fisica, aumentando il rischio di obesità.

Cambiamenti nelle condizioni di vita e di lavoro fanno sì che sempre meno persone preparino e consumino pasti tradizionali a base di ingredienti freschi. Nel contempo, è aumentata la disponibilità di prodotti alimentari a elevata densità energetica e poveri in nutrienti. Ampi settori della popolazione, per di più, continuano a non seguire pratiche ottimali per l'alimentazione dei neonati, come l'allattamento esclusivo al seno, che si è dimostrato protettivo contro lo sviluppo dell'obesità. Alcuni gruppi sociali sono, infine, particolarmente vulnerabili alle influenze dell'ambiente. Il basso stato socioeconomico sembra essere correlato con alcuni indicatori di dieta inadeguata associati all'obesità, quale un minore consumo di frutta e verdura, ridotti tassi di allattamento al seno ed elevata assunzione di alimenti ad alta densità energetica.

La scuola svolge un ruolo importante per la promozione di corrette abitudini alimentari, pertanto OKkio alla SALUTE 2010 ha raccolto dati su 2.222 plessi di scuole primarie italiane, relativamente ai programmi didattici e alle iniziative di promozione della sana alimentazione. E' emerso che il 68% delle scuole possiede una mensa; il 38% prevede la distribuzione per la merenda di metà mattina di alimenti salutari (frutta, yogurt ecc.); solo 1 scuola su 3 ha avviato iniziative favorevoli a una sana alimentazione. Rispetto agli alimenti distribuiti, è possibile osservare come bibite (zuccherate e/o gassate), merendine confezionate, caramelle e snack siano dispensati in

oltre l'80% degli istituti scolastici; solo nel 20% circa degli istituti sono disponibili alimenti come yogurt o frutta.

Sovrappeso e obesità: Passi misura la prevalenza di obesità mediante l'Indice di massa corporea (Imc, traduzione di *Body Mass Index*, Bmi) calcolato in base a dati riferiti di altezza e peso. Generalmente i dati riferiti, quando confrontati con quelli misurati, producono una sottostima della prevalenza di sovrappeso e obesità. Nella maggior parte degli studi questa sottostima è maggiore tra le donne e nelle persone sopra i 65 anni. Secondo i dati raccolti nel periodo 2008-2011 dal pool delle Asl che partecipano al sistema di sorveglianza Passi, il 31,5% degli adulti risulta in sovrappeso, mentre il 10,5% è obeso: complessivamente, quindi, più di quattro adulti su dieci (42%) sono in eccesso ponderale. La situazione in Area Vasta n.1 si colloca a metà strada tra la realtà Nazionale e quella Regionale, anche se il totale dei sovrappeso e degli obesi dà origine ad una percentuale più alta di quella del campione italiano: peraltro, come sempre quando succede, si precisa che le differenze riscontrate non sono statisticamente significative. Facendo riferimento al solo dato 2011 e a tutte le Asl partecipanti, tra gli adulti di 18-69 anni le persone in eccesso ponderale sono pari al 42% (31,6% in sovrappeso e 10,6% obese). Il 45% delle persone in sovrappeso ha ricevuto il consiglio di ridurre il proprio peso e lo stesso consiglio è stato dato al 77% delle persone obese.

Tabella 5.13 Percentuale popolazione in eccesso ponderale (IC 95%)

Popolazione in eccesso ponderale 2008-2011	Regione Marche	Area Vasta N. 1	Pool ASL PASSI
<i>sovrappeso</i>	32,0 (30,6-33,5)	31,8 (29,0-34,8)	31,5 (31,2-31,8)
<i>obeso</i>	9,8 (8,9-10,7)	10,2 (8,5-12,3)	10,5 (10,3-10,7)
<i>sovrappeso/obeso</i>	41,8 (40,3-43,3)	42,1 (39,0-45,2)	42,0 (41,6-42,3)

Le persone in eccesso ponderale e le loro caratteristiche: In Area Vasta n.1 l'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità, $Imc \geq 25$) cresce in modo rilevante con l'età ed è più frequente negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle che dichiarano maggiori difficoltà economiche. A livello Nazionale analizzando insieme tutte le caratteristiche socio-demografiche con un'analisi logistica multivariata, separatamente per genere, l'eccesso ponderale si conferma associato al sesso, all'età, al livello di istruzione e alle difficoltà economiche.

Nel periodo 2008-2011 si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. Le asl partecipanti della Lombardia presentano la percentuale significativamente più bassa di persone in eccesso ponderale (34,5%), mentre in Molise si registra quella significativamente più alta (49,3%). Regione Marche ed Area Vasta n.1 si collocano rispettivamente al 41,8% e 42,1%.

Percezione dell'adeguatezza del peso corporeo: Percepire di essere in sovrappeso può essere motivante per un eventuale cambiamento dello stile di vita. La percezione di essere in sovrappeso non sempre coincide con lo stato nutrizionale calcolato in base ai dati antropometrici riferiti dagli intervistati: nel campione del pool Passi 2008-2011 tra le persone in sovrappeso il 48% ritiene il proprio peso giusto e addirittura l'1% troppo basso; tra gli obesi il 10% considera il proprio peso giusto e l'1% lo considera persino basso. Nel campione di Area Vasta n.1 tra le persone in sovrappeso il 35% ritiene il proprio peso giusto e lo 0,3% troppo basso; tra gli obesi l'8,7% considera il proprio peso giusto e nessuno lo considera basso.

I consigli degli operatori sanitari di perdere peso e fare attività fisica: Nel pool di Asl Passi 2008-2011, il 54% delle persone in eccesso ponderale dichiara di aver ricevuto da un medico o da un altro operatore sanitario il consiglio di fare una dieta per perdere peso. Questa percentuale è del 45,7% nei sovrappeso e del 78,9% negli obesi. Inoltre, il 39% di persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare regolare attività fisica. La realtà presente nel contesto regionale e di Area Vasta n.1, pur differenziandosi in termini assoluti da quella nazionale, è tuttavia ad essa sovrapponibile, considerati i margini degli intervalli di confidenza.

Tabella 5.14 Percentuale consigli degli operatori sanitari per perdere peso e fare att. fisica (2008-11)

Consigliato di perdere peso	Regione Marche	Area Vasta N. 1	Pool ASL PASSI
<i>sovrappeso</i>	46,5 (43,5-49,5)	43,5	45,7 (45,0-46,3)
<i>obeso</i>	81,3 (77,3-85,3)	82,3	78,9 (78,0-79,7)
<i>sovrappeso/obeso</i>	54,8 (52,3-57,3)	53,3	54,0 (53,8-54,8)

Consigliato di fare attività fisica da	Regione Marche	Area Vasta N. 1	Pool ASL PASSI
<i>sovrappeso</i>	36,8 (33,8-39,8)	36,3	
<i>obeso</i>	48,9 (43,8-54,2)	50,5	

Conclusioni: L'eccesso ponderale è una condizione molto diffusa e rappresenta un problema prioritario di salute pubblica. Da tempo gli organismi sovranazionali come l'Oms e l'Unione Europea hanno indicato che l'eccesso ponderale, dovuto ad un mancato equilibrio tra apporto calorico e dispendio energetico, corrisponde a un cambiamento complesso delle società, avvenuto su scala mondiale, legato alle condizioni dell'ambiente, dei trasporti, dell'agricoltura, dell'offerta di alimenti e al marketing pubblicitario. Di conseguenza, oltre a misure preventive quali interventi mirati di sanità pubblica rivolti sia alla popolazione generale sia agli individui in eccesso ponderale, affinché aumenti la consapevolezza dell'importanza di mantenere il peso ideale attraverso una sana alimentazione, è indispensabile che i Governi elaborino e mettano in atto politiche intersettoriali volte a favorire una dieta povera di grassi o di alimenti altamente energetici e, al contrario, ricca di frutta e vegetali. La sezione dell'indagine PASSI, che riguarda la sorveglianza di una parte di questo aspetto, ha evidenziato che in Area Vasta n.1 il 12,4% del campione intervistato consuma almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno.

Tabella 5.15 Percentuale consumo di almeno 5 porzioni di frutta (2008-11)

2008-2011	Regione Marche	Area Vasta N. 1	Pool ASL PASSI
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	10,6 (9,6-11,5)	12,4 (10,4-14,6)	9,8 (9,6-10,0)

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 può creare dipendenza e provoca, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie, che espongono a un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza. 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:

1. la **quantità complessiva di alcol bevuta abitualmente**
2. la quantità di alcol assunta **in una singola occasione**
3. le **modalità e 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. PASSI misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (UA). L'UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande. PASSI monitora diversi aspetti del consumo a maggior rischio mediante indicatori specifici:

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

Le caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio: Una delle componenti della categoria del consumo a maggior rischio è il *binge drinking*; il cambio di definizione di questo indicatore adottato dal 2010 rende non direttamente confrontabili i dati dei due bienni (2008-2009 e 2010-2011) per il consumo *binge* e a maggior rischio. Pertanto sono qui presentati solo i dati relativi al periodo 2010-2011. Sul territorio italiano il consumo a maggior rischio, cioè consumo fuori pasto e/o consumo *binge* (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato 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, mentre non c'è differenza per la cittadinanza. Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata (modello logistico), tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa al consumo a maggior rischio sono, per gli uomini, l'età giovane e non avere difficoltà economiche, mentre per le donne rimane significativo anche il livello di istruzione medio-alto. Sul territorio di Area

Vasta n.1 il consumo a maggior rischio è ugualmente più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini e le persone con livello di istruzione medio-alto. Le interviste raccolte non mettono in evidenza quindi differenze che raggiungono la significatività statistica nei tre diversi territori di riferimento, tranne che nel caso dell'abitudine a bere una o più unità di bevanda alcolica nel corso del mese: le differenze percentuali tra il pool PASSI, la Regione Marche e l'Area Vasta n.1 sono significative e vedono il valore più alto proprio in Area Vasta. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il *range* varia dal 9% della Campania al 39% della P.A. di Bolzano.

Tabella 5.16 Percentuale del consumo di alcol (2008-11)

2008-2011	Regione Marche	Area Vasta N. 1	Pool ASL PASSI
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	60,9 (59,4-62,4)	68,2 (65,2-71,0)	56,6 (56,3-56,9)
Consumo fuori pasto (prevalentemente od esclusivamente)	7,3 (6,5-8,0)	8,1 (6,6-10,0)	7,9 (7,7-8,0)
Consumo abituale elevato*	4,3 (3,7-4,9)	3,5 (2,5-4,9)	4,6 (4,5-4,8)
Consumo binge** (2010-2011)	7,3 (6,9-7,7)	9,2 (6,9-12,0)	8,6 (8,4-8,9)
Consumo a maggior rischio*** (2010-2011)	18,1 (16,6-19,7)	19,1 (15,9-22,7)	17,0 (16,7-17,3)

* 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).

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

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

Le caratteristiche del solo consumo *binge* sul territorio di Area Vasta n.1 sono sovrapponibili a quelle del territorio nazionale, è più frequente tra: i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione alto e quelle senza difficoltà economiche, c'è differenza invece con la situazione nazionale per la cittadinanza, che nel contesto nazionale non influenza mentre in Area Vasta n.1 si osserva un maggiore consumo tra le persone di cittadinanza italiana rispetto a quella straniera.

Mortalità alcolcorrelata. Le malattie dell'apparato digerente, e in particolare la cirrosi del fegato, sono quelle che presentano la più elevata frequenza di mortalità alcol attribuibile. I decessi per cirrosi epatica raggiungono il valore massimo nelle classi di età 45-64 anni di entrambi i

sessi. In Italia il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica è pari a 9,16 per 100.000 abitanti nel 2008, valore notevolmente inferiore a quello della media dei Paesi dell'UE (14,09). In concomitanza con la progressiva diminuzione dei consumi medi procapite, si rileva negli ultimi 20 anni una costante diminuzione di tale tasso di mortalità, che nel 1990 era pari a 22,60. Ciò nonostante l'Osservatorio Nazionale Alcohol dell'ISS ha stimato che il 60,48% dei decessi maschili e il 51,51% di quelli femminili per cirrosi epatica sono ancora attribuibili al consumo dannoso di alcohol. Anche le cause accidentali di morte, e in particolare gli incidenti stradali, presentano un elevato numero di decessi alcolattribuibili, soprattutto in relazione ai giovani di 25-29 anni, tra i quali si registra il maggiore numero di morti per incidente stradale.

L'ebbrezza da alcohol ha rappresentato nel 2009 il 2,12% del totale di tutte le cause accertate o presunte di incidente stradale (percentuale in aumento rispetto al 2,09% registrato nel 2008), con 5.920 casi rilevati (6.124 nel 2008). Il dato è peraltro sicuramente sottostimato, a causa di un sistema di rilevazione non ancora adeguato agli standard europei e internazionali e l'ISS stima, pertanto, gli incidenti stradali alcolcorrelati pari al 30-40% del totale degli incidenti. Secondo l'ISS, il 38,14% dei decessi per incidente stradale tra gli uomini e il 18,42% tra le donne sono alcolcorrelati.

L'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol: I medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari dovrebbero cercare sistematicamente di individuare, tra i loro assistiti, coloro per cui il bere alcol è diventato o sta diventando un problema e un rischio. Dalla voce degli assistiti Passi si rileva se il medico si è informato sull'abitudine a bere alcol e se ha fornito consigli al riguardo. Nel pool di Asl partecipanti al sistema, solo il 15% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol; ancora minore è la percentuale di intervistati della Regione Marche e dell'Area Vasta n.1, che riferisce di essere stata interpellata da personale sanitario sul consumo di alcol (rispettivamente 11,7% e 13,0%). In particolare, nel pool ASL PASSI tra coloro che bevono alcol (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto la frequenza di consigli è pari al 4%, nel caso delle persone con consumo *binge* sale all'8% e in quelli con consumo abituale elevato al 12% (dato relativo al periodo 2010-11): tutte più basse le percentuali delle stesse situazioni inserite nel contesto regionale e di Area Vasta n.1.

Tabella 5.17 Percentuale dell' attenzione degli operatori sanitari (2008-11)

2008-2011	Regione Marche	Area Vasta N. 1	Pool ASL PASSI
Chiesto dal medico sul consumo	11,7 (10,6-12,8)	13,0 (10,9-15,4)	15,2 (14,9-15,4)
Consigliato dal medico di ridurre il consumo (ai bevitori fuori pasto)	3,7 (1,7-5,8)	3,7 (0,8-10,3)	4
Consigliato dal medico di ridurre il consumo (ai forti bevitori)	10,4 (5,3-15,6)	11,4 (3,2-26,7)	12
Consigliato dal medico di ridurre il consumo (ai bevitori binge)	5,7 (2,4-8,9)	4,0 (0,5-13,7)	8

Conclusioni: Nel confrontare i risultati ottenuti dalle interviste si possono osservare le seguenti differenze: la maggioranza della popolazione italiana non beve alcol (44%) o beve moderatamente (39%); tuttavia, si stima che più di un adulto su sei abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione. Nel contesto di Area Vasta n.1 coloro che non bevono alcol scendono al 31,8% e quelli che bevono moderatamente salgono al 49,1%, mentre un adulto su cinque si stima abbia abitudini di consumo a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione; i valori della Regione Marche si situano in posizione intermedia, occorre tuttavia aggiungere che le differenze percentuali riferite ai diversi contesti superano in ogni caso i limiti dei diversi intervalli di confidenza del 95%, diventando quindi significativi. Tra gli uomini, i consumatori a rischio sono più di uno su cinque in Italia vs uno su quattro in Area Vasta n.1 e, tra i più giovani, uno su tre in entrambi i contesti. 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 più alti livelli di istruzione e nessuna difficoltà economica, mentre in Area Vasta n.1 il maggior consumo riguarda le classi di popolazione con maggiori difficoltà economiche, anche se con differenze assai modeste. Secondo le indicazioni del programma Guadagnare Salute, è importante che gli operatori sanitari, e 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. Decisamente elevata è la proporzione di persone che assumono alcol, pur avendo una controindicazione as-

solata (pazienti con malattie del fegato e donne in gravidanza). 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.

Indicazioni per la programmazione

La coesistenza di diverse tipologie di consumo a rischio rende particolarmente complessa e articolata nel nostro Paese, ed anche in Area Vasta, la programmazione di adeguati ed efficaci interventi di prevenzione, che devono rispondere sia ai problemi derivanti dal tradizionale modello di consumo mediterraneo, sia ai modelli di più recente affermazione diffusi soprattutto tra i giovani. Oltre agli interventi di prevenzione primaria e promozione della salute diretti alla popolazione generale, si rendono pertanto necessari interventi su specifiche fasce di popolazione a rischio, quali gli anziani, i giovani e giovanissimi, le donne.

Per la popolazione adulta e anziana sembra indispensabile diffondere un'informazione corretta sui reali parametri che, all'interno del tradizionale modello di consumo mediterraneo, definiscono un consumo di alcool compatibile con la salute e accompagnare l'informazione con azioni di sostegno a un concreto cambiamento dei comportamenti, anche tramite azioni intersettoriali finalizzate a contenere le pressioni ambientali al bere e ad accrescere le potenzialità di prevenzione da parte dei presidi sanitari di base.

Per quanto riguarda i giovani, appare importante rafforzare la capacità di fronteggiare le pressioni sociali al bere, attivare azioni per l'*empowerment* e promuovere lo sviluppo di adeguati fattori protettivi nell'ambito dei diversi contesti sociali e istituzionali, anche tenendo conto del fatto che la propensione al consumo nei più giovani si correla positivamente alle abitudini di consumo dei genitori.

Per quanto riguarda le donne, è necessario costruire e realizzare adeguati approcci di genere che sensibilizzino la donna sulla peculiarità della sua responsabilità sociale in relazione all'alcool e ne facilitino l'adesione a programmi di prevenzione adeguati alle diverse fasi di vita.

Le risorse destinate alla prevenzione e alla ricerca sui danni alcolcorrelati vanno adeguate in relazione ai nuovi rischi cui è esposta la popolazione. In particolare, è necessario consolidare il monitoraggio degli indicatori che identificano tutta l'ampia gamma di danni sanitari e sociali prodotti dal consumo dannoso di alcool, facilitarne l'intercettazione precoce e favorire adeguati e rapidi interventi di prevenzione con strumenti semplici, validati ed efficaci.

Cosa si intende per Profilo di Salute? Il Profilo di Salute è un ritratto, non troppo dettagliato, degli aspetti rilevanti dello stato di salute di una popolazione che viene costruito raccogliendo ed organizzando tutte le informazioni utili a livello locale per effettuare scelte su problemi di salute prioritari. E' uno strumento che indaga potenzialmente tutti i fattori che potrebbero avere ripercussioni sullo stato di salute, sul benessere e sulla qualità di vita di una popolazione. L'esigenza di costruire un profilo snello e facilmente consultabile comporta la necessità di limitare gli ambiti di indagine a quelli più rilevanti dal punto di vista socio-sanitario. Il Profilo di Salute si concentra quindi su alcuni indicatori socio-demografici, le principali cause di morte e ricovero, gli incidenti (stradali, domestici e sul lavoro), gli stili di vita ed alcuni interventi di prevenzione. Accanto agli indicatori quantitativi è fondamentale raccogliere anche gli aspetti qualitativi, i quali possono essere raccolti attraverso interviste o focus-group a persone o gruppi di persone rappresentativi della comunità.

