



2013-2014

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



| Profilo di Salute Area Vasta n.1 PU



Profilo di Salute Area Vasta 1 (2013-2014):

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

Area Vasta n.1: Dr. Maria Capalbo

Direttore Dipartimento di Prevenzione Area Vasta n.1 Pesaro-Urbino

Area Vasta n.1: Dr. Giovanni Cappuccini

Autori pubblicazione Profilo di Salute Area Vasta n.1 2013-2014:

Dott. Marco Pompili: P.O. Epidemiologia Area Vasta n.1

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

Dott. Alfredo Vaccaro: Dipartimento di Prevenzione sede di Fano

Hanno collaborato a vario titolo:

Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche AV1 PU

Servizi Ospedalieri Provincia Pesaro-Urbino

Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro AV1 PU

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)

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 2013-14" 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 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:**

- popolazione anziana
- servizio territoriale dipendenze patologiche
- incidenti stradali
- immigrazione
- infortuni sul lavoro e malattie professionali
- aspetti socio-economici

✓ **Profilo Sanitario:**

- mortalità
- 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
- (SDO) Tumori
- appropriatezza clinica e assistenziale (set indicatori)

✓ **Profilo Ambientale:**

- Aspetti veterinari
- Stato ambientale dei fiumi
- Stato ambientale dei corpi idrici marino-costieri

✓ **Conclusioni prima parte**

✓ **Sistema di sorveglianza PASSI (indagine popolazione Area Vasta n.1 2013):**

- 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

(struttura demografica, struttura della popolazione e indici demografici)

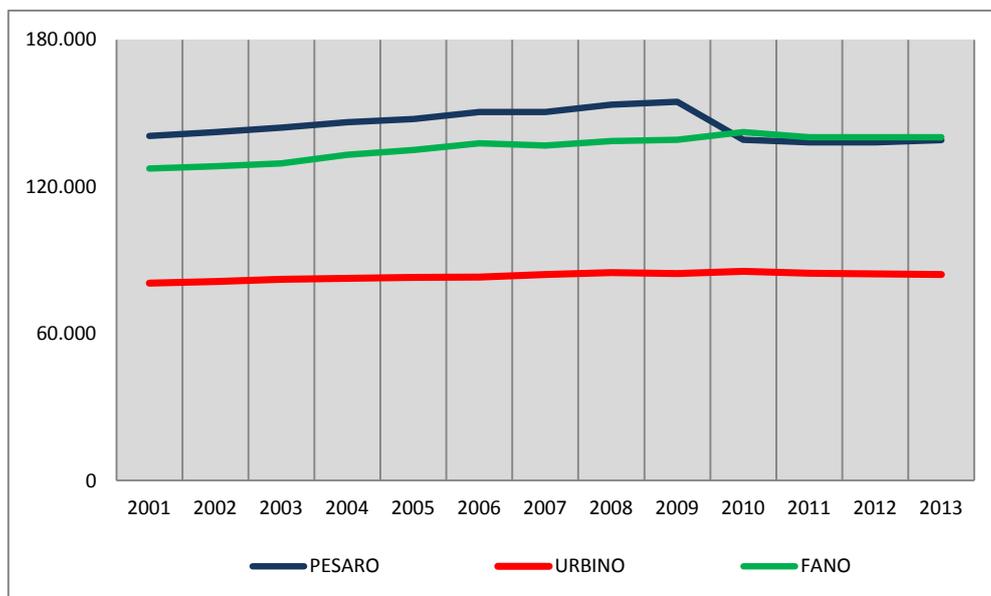
STRUTTURA DEMOGRAFICA

Il territorio dell'Area Vasta n.1 comprende le ex Zone Territoriali di Pesaro (139.028 abitanti), Urbino (84.146 abitanti) e Fano (140.214 abitanti). Dal 2001 al 2013 si e' passati da 348.869 abitanti totale Area Vasta n.1 a 363.388 abitanti con una crescita del 3,99% nei 13 anni e con una decrescita dello 0,97% dal 2010 al 2013. 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 (2001-2013)

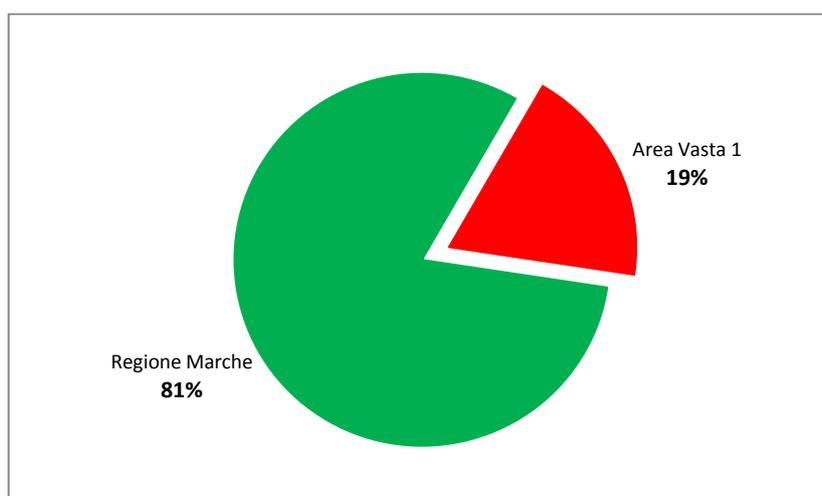
Provincia PU	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ex ZT PESARO	140.776	142.288	144.100	146.260	147.691	150.484	150.512	153.530	154.730	139.165	138.059	138.172	139.028
ex ZT URBINO	80.653	81.312	82.132	82.559	82.980	83.113	84.156	84.933	84.479	85.490	84.638	84.353	84.146
ex ZT FANO	127.440	128.275	129.527	133.002	134.975	137.738	136.790	138.609	139.210	142.308	140.156	140.152	140.214
AREA VASTA PU	348.869	351.875	355.759	361.821	365.646	371.335	371.458	377.072	378.419	366.963	362853	362.677	363.388

Grafico 1.1 Andamento demografico delle ex. Zone Territoriali 1, 2 e 3, Area Vasta n.1 (2001-2013)



Nel 2013 la popolazione dell' Area Vasta n.1 (363.388) rappresenta circa il 19% 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 2013



A Gennaio 2013 il totale dei nati vivi nell'Area Vasta n.1 è di 3.076, il totale dei decessi è di 3.835, il saldo naturale (nati vivi meno decessi) risulta essere negativo di 759 unità. Alle anagrafi comunali si sono registrati 12.211 nuovi iscritti, a fronte di 10.455 cancellati, il saldo migratorio risulta essere positivo di 1.756 unità. Il numero medio di componenti per famiglia nel 2013 è di 2,35 componenti.

Tabella 1.2 Modello ISTAT P/2 cumulativo dei Comuni Area Vasta n.1 – (Dicembre 2013)

INDICATORI DI POPOLAZIONE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Popolazione al 1° gennaio	176.853	186.535	363.388
Nati	1.594	1.482	3.076
Morti	1.922	1.913	3.835
Saldo Naturale	-328	-431	-759
Iscritti da altri comuni	3.704	4.033	7.737
Iscritti dall'estero	555	942	1.497
Altri iscritti	1.634	1.343	2.977
Cancellati per altri comuni	3.917	4.240	8.157
Cancellati per l'estero	480	489	969
Altri cancellati	757	572	1.329
Saldo Migratorio e per altri motivi	739	1.017	1.756
Popolazione residente in famiglia	176.738	186.154	362.892
Popolazione residente in convivenza	526	967	1.493
Popolazione al 31 dicembre	177.264	187.121	364.385
Numero di Famiglie	154.175		
Numero di Convivenze	176		
Numero medio di componenti per famiglia	2.35		

Tabella 1.3 Residenti nei Comuni dell' Area Vasta n.1, variazione popolazione 2004-2013

COMUNI PU	2004	2013	Variazione dal 2004 al 2013	% di crescita o decrescita
Tavullia	5396	8046	2650	49,11%
Gradara	3591	4809	1218	33,92%
Montemaggiore al Metauro	2218	2846	628	28,31%
Saltara	5341	6811	1470	27,52%
Monte Porzio	2320	2855	535	23,06%
Monteciccardo	1399	1715	316	22,59%
Montelabbate	5674	6841	1167	20,57%
Sant'Angelo in Lizzola	7439	8815	1376	18,50%
Cartoceto	6804	7859	1055	15,51%
Serrungarina	2271	2605	334	14,71%
Sassofeltrio	1277	1464	187	14,64%
Lunano	1329	1523	194	14,60%
San Costanzo	4247	4826	579	13,63%
Mombaroccio	1891	2147	256	13,54%
Colbordolo	5538	6211	673	12,15%
Petriano	2567	2835	268	10,44%
San Giorgio di Pesaro	1309	1440	131	10,01%
Fermignano	7895	8624	729	9,23%
Auditore	1497	1631	134	8,95%
Piandimeleto	1990	2154	164	8,24%
Montecalvo in Foglia	2513	2720	207	8,24%
Fano	58974	63119	4145	7,03%
Mercatino Conca	1056	1118	62	5,87%
Tavoletto	831	879	48	5,78%
Urbania	6745	7126	381	5,65%
Gabicce Mare	5561	5829	268	4,82%
Piagge	982	1026	44	4,48%
Sant'Angelo in Vado	3990	4156	166	4,16%
Acqualagna	4298	4460	162	3,77%
Pesaro	91223	94615	3392	3,72%
Montefelcino	2625	2716	91	3,47%
Belforte all'Isauro	753	778	25	3,32%
Mondolfo	11384	11693	309	2,71%
Macerata Feltria	2003	2029	26	1,30%
Mondavio	3898	3947	49	1,26%
Frontone	1341	1357	16	1,19%
Sassocorvaro	3432	3471	39	1,14%
Fossombrone	9729	9826	97	1,00%
Piobbico	2073	2093	20	0,96%
Barchi	981	988	7	0,71%
Carpegna	1661	1672	11	0,66%
Sant'Ippolito	1558	1566	8	0,51%
San Lorenzo in Campo	3423	3428	5	0,15%
Urbino	15467	15466	-1	-0,01%
Cagli	8988	8889	-99	-1,10%
Monte Grimano Terme	1173	1155	-18	-1,53%
Monte Cerignone	696	683	-13	-1,87%
Fratte Rosa	1029	1003	-26	-2,53%
Mercatello sul Metauro	1485	1434	-51	-3,43%
Pergola	6825	6516	-309	-4,53%
Borgo Pace	687	646	-41	-5,97%
Apecchio	2122	1994	-128	-6,03%
Orciano di Pesaro	2262	2109	-153	-6,76%
Pietrarubbia	732	677	-55	-7,51%
Serra Sant'Abbondio	1164	1071	-93	-7,99%
Isola del Piano	663	607	-56	-8,45%
Peglio	788	719	-69	-8,76%
Montecopiolo	1281	1146	-135	-10,54%
Cantiano	2608	2305	-303	-11,62%
Frontino	343	299	-44	-12,83%
TOTALE	341340	363388	22048	6,46%

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

La composizione di una popolazione per quanto riguarda le diverse classi d'età è dovuta a vari fattori esterni, sia positivi sia negativi. Questa composizione ha, inoltre, grande importanza dal punto di vista ecologico, perché permette di valutare se una certa popolazione è in fase di espansione (prevalenza di giovani e individui in età riproduttiva), in fase di stabilizzazione (giovani, adulti e anziani in equilibrio demografico) o in fase di declino (riduzione, nel tempo, delle nascite correlata ad una espansione della fascia di età adulta/anziana).

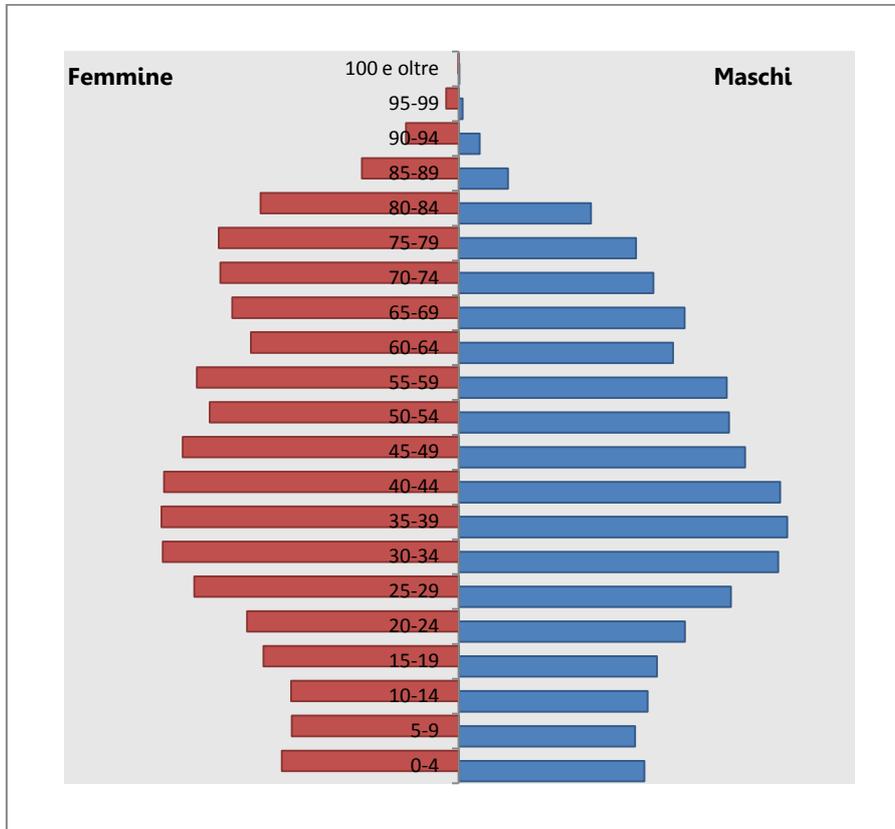
Tabella 1.4 Struttura della popolazione Area Vasta 1 per classi di età e sesso (2013)

Classi di età	Maschi	Femmine	TOTALE
0-4	8619	8237	16.856
5-9	8716	8189	16.905
10-14	8480	7956	16.436
15-19	8290	7741	16.031
20-24	8928	8696	17.624
25-29	9589	9380	18.969
30-34	11112	11297	22.409
35-39	13902	13921	27.823
40-44	14721	14541	29.262
45-49	14988	14590	29.578
50-54	12924	13224	26.148
55-59	10930	11445	22.375
60-64	10560	11376	21.936
65-69	9708	10409	20.117
70-74	8856	9885	18.741
75-79	7178	9094	16.272
80-84	5174	7673	12.847
85-89	3006	5715	8.721
90-94	1000	2503	3.503
95-99	152	556	708
>99	20	107	127
TOTALE	176853	186535	363.388

La dinamica demografica è evidenziata dalla piramide dell'età (grafico 1.3), una rappresentazione grafica che descrive la distribuzione per età di una popolazione: una base piuttosto "stretta", che testimonia un calo delle nascite (registrato negli ultimi anni), un segmento mediano più allargato (influenzato dall'immigrazione in entrambi i sessi) e un vertice "appiattito" a descrivere un aumento progressivo della popolazione anziana. In conclusione questa configurazione è la

conseguenza di una maggiore attesa di vita e del differenziale negativo tra nati vivi e deceduti (-759 unità nel 2013).

Grafico 1.3 Piramide dell'età, anno 2013 (Area Vasta n.1)



Nella distribuzione per sesso (Grafico 1.4) si registra una prevalenza del sesso maschile nella classe di età 0-54 anni e una prevalenza del sesso femminile nella classe di età 60->90 anni (adulta/anziana).

Grafico 1.4 Distribuzione per classe di età, percentuale e sesso della struttura popolazione PU (anno 2013)

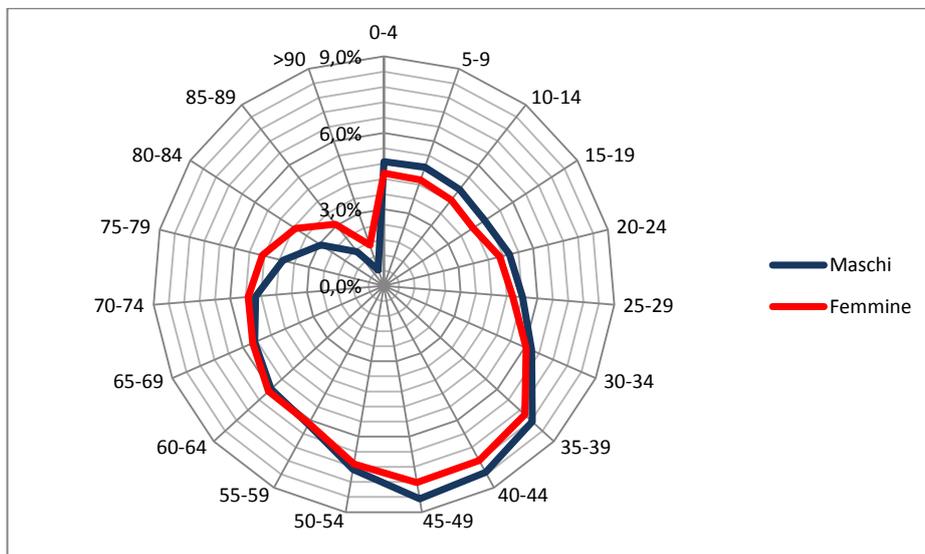
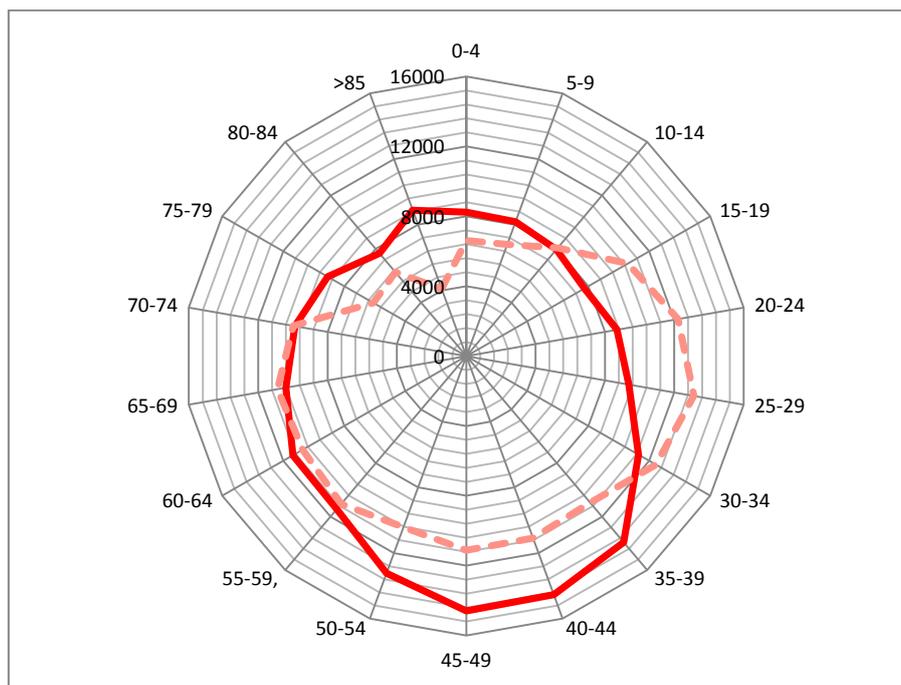


Tabella 1.5 Comparazione per classe di età dal 1984 al 2013, Provincia PU

ANNO	Anno 1984	Anno 1994	Anno 2004	Anno 2013
0-4	17690	14.150	15088	16856
5-9	22430	15.553	14455	16905
10-14	24510	19.017	15046	16436
15-19	25375	23.425	15151	16031
20-24	23593	25.139	18083	17624
25-29	21222	25.617	24130	18969
30-34	22793	23.104	27262	22409
35-39	20903	21.106	28121	27823
40-44	22178	23.474	25957	29262
45-49	21345	19.877	22511	29578
50-54	22044	21.921	21767	26148
55-59,	22471	21.365	21180	22375
60-64	16085	21.043	19798	21936
65-69	18033	20.624	19595	20117
70-74	14409	12.466	17671	18741
75-79	9683	14.050	15756	16272
80-84	5502	8.359	11653	12847
>85	3027	4.986	8111	13059
Totale	333293	335276	341335	363388

L'andamento demografico della popolazione dal 1984 ad oggi evidenzia una progressiva diminuzione delle classi di età giovanili (10-34 anni), un progressivo aumento delle classi di età centrali (35-59 anni) e un allungamento della vita media (più marcatamente nel sesso femminile).

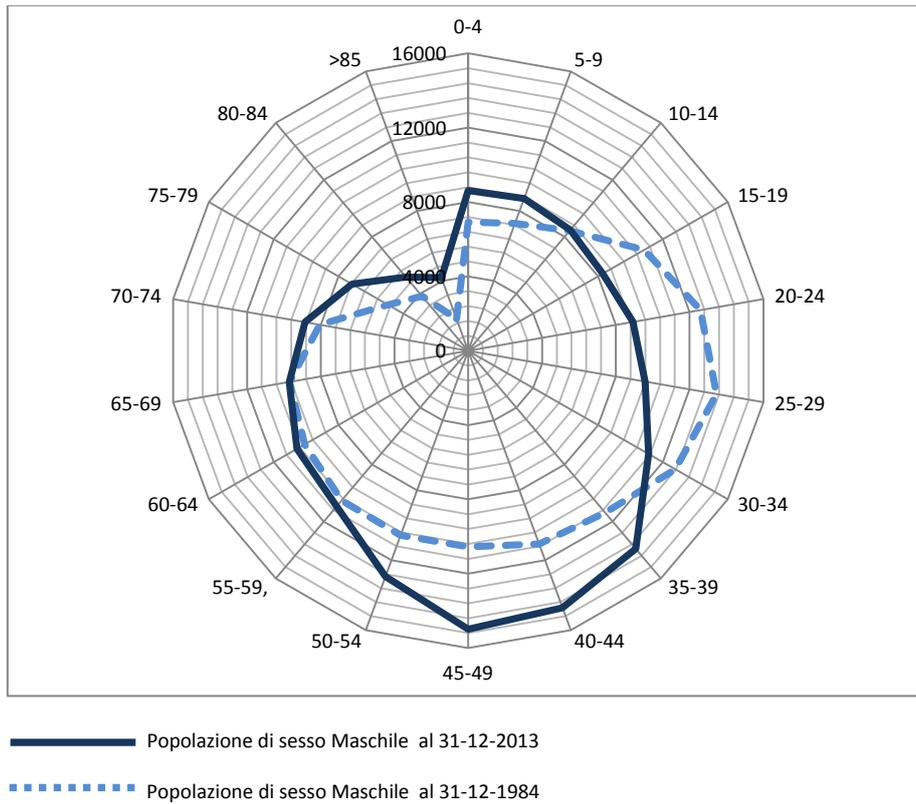
Tabella 1.5 Comparazione per classe di età dal 1984 al 2013 del sesso Femminile, Provincia PU



— Popolazione di sesso Femminile al 31-12-2013

- - - Popolazione di sesso Femminile al 31-12-1984

Tabella 1.6 Comparazione per classe di età dal 1984 al 2013 del sesso Maschile, Provincia PU



La comparazione della piramide dell'età (1984-2013) ci indica, graficamente, l'allungamento nel tempo dell'aspettativa di vita (dal 1984 ad oggi), un ampliamento della fascia di età centrale (35-54 anni) e una diminuzione della base (0-29 anni).

Grafico 1.7 Comparazione piramide dell'età 1984-2013 nei due sessi, Provincia PU (2013)

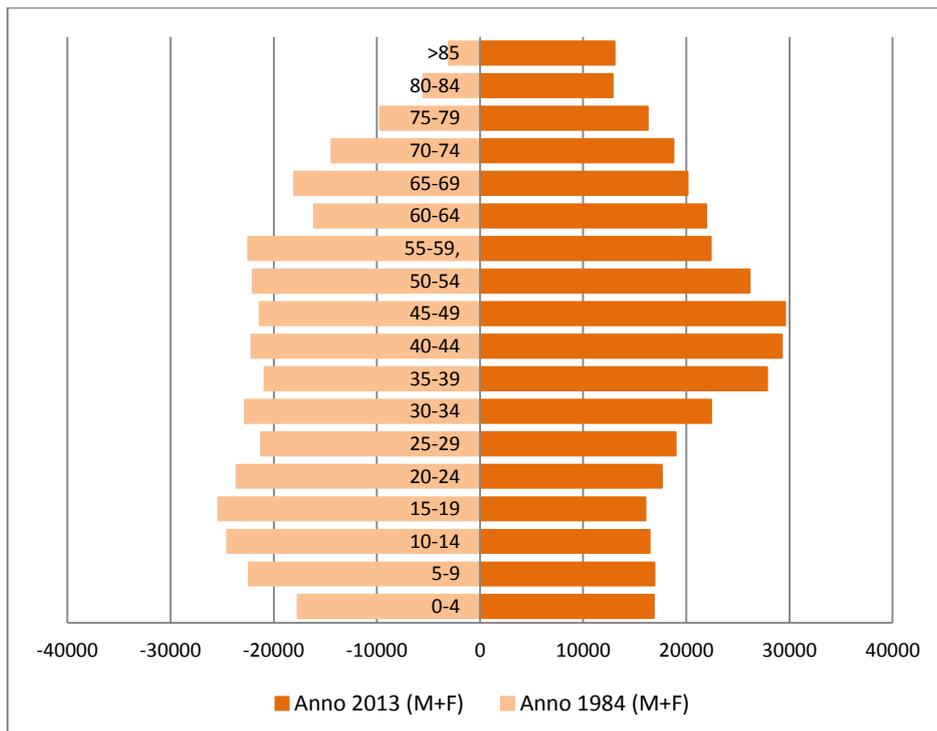
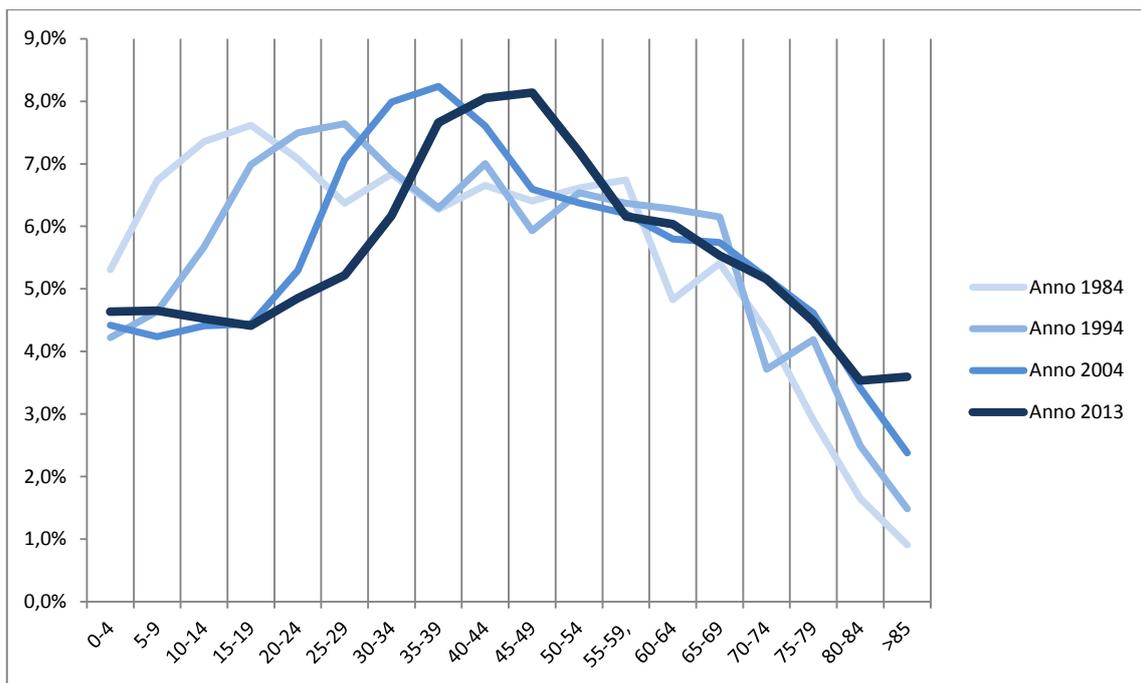


Grafico 1.8 Comparazione anni 1984-1994-2004-2013 per classe di età e percentuale nei due sessi, Provincia PU



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 157,35 nel 2013.

Tabella 1.6 Indice di vecchiaia¹ Area Vasta n.1 (anno 2013)

SESSO	>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

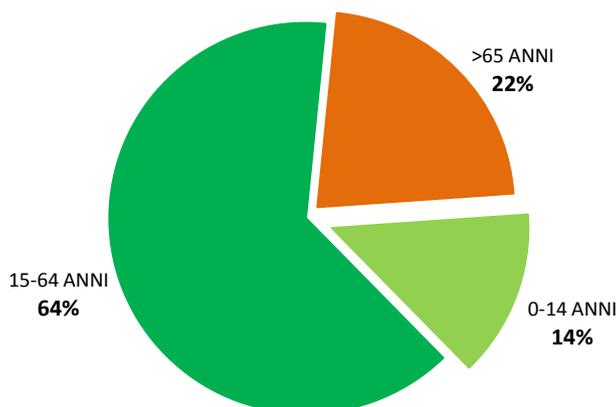
L'indice di vecchiaia rappresenta un indicatore dinamico in grado di stimare il grado di invecchiamento di una popolazione; valori dell'indice superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi.

Tabella 1.7 Indice di dipendenza² Area Vasta n.1 (anno 2013)

INDICATORE DI DIPENDENZA	>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, 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 1.9 struttura della popolazione per classi di appartenenza Area Vasta n.1 (anno 2013)



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 1.8 Indice di struttura della popolazione attiva³ (anno 2013)

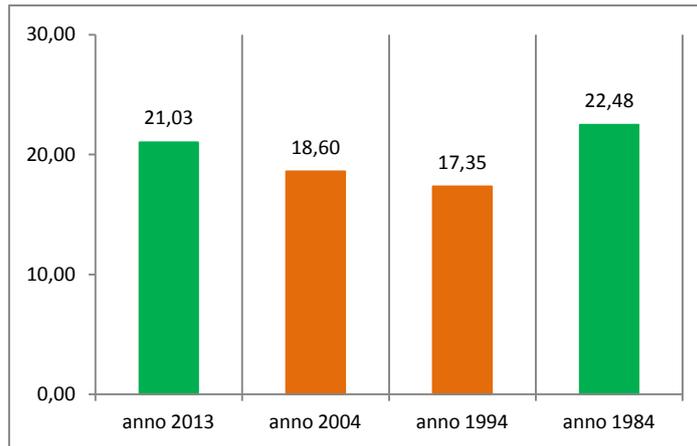
Indice di struttura popolazione attiva	40-64	15-39	Popolazione attiva
Popolazione	128.806	108.872	118,31

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, è più elevata la frequenza di donne lavoratrici.

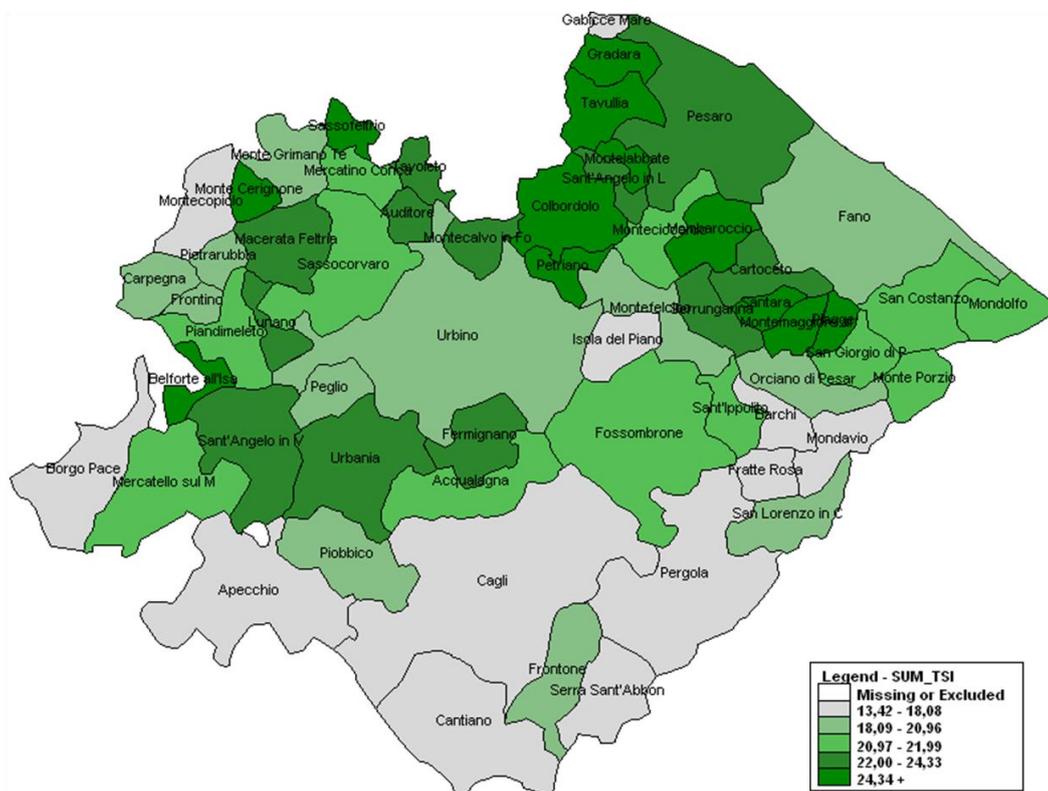
Tabella 1.9 Indice di carico di figli per donna in età feconda, Provincia PU (anno 2013)

	0-4 M+F	15-49 solo femminile	Carico di figli per donna*
Popolazione	16.856	80.166	21



*21 bambini ogni 100 donne in età feconda

Grafico 1.10 Indice di carico di figli per donna in età feconda, distribuzione territoriale PU (anno 2013)



*Indica in quali Comuni della Provincia di PU ci sono piu' bambini (0-4 anni) ogni 100 donne in età feconda (15-49 anni)

Tabella 1.9 Indice di ricambio⁴ Area Vasta n.1 (anno 2013)

Indicatore	60-64	15-19	Indice di ricambio
Popolazione	22.907	16.374	139,9

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 1.11 Rapporto di mascolinità⁵ Area Vasta n.1 (anno 2013)

Indicatore	Popolazione maschi	Popolazione femmine	Rapporto di mascolinità
Popolazione	179.171	187.792	95.41

 Tabella 1.12 Rapporto di mascolinità⁶ della popolazione anziana (anno 2013)

Indicatore	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: $\text{Popolazione M (65 - } \infty) / \text{Popolazione F (65 - } \infty) * 100$

PROFILO SOCIALE

(popolazione anziana, immigrazione, servizio territoriale dipendenze patologiche, incidenti stradali, aspetti economici, infortuni sul lavoro e malattie professionali)

POPOLAZIONE ANZIANA

Nel 1996 la popolazione residente nell' Area Vasta n.1 (escludendo dalla rilevazione i comuni non piu' 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 2013 la popolazione residente nell' Area Vasta n.1 di età superiore a 65 anni è 81.036, quella di età superiore a 75 anni 42.178 e quella di età superiore a 85 anni 13.059. Dal 1996 al 2013 la percentuale di crescita sulla popolazione di riferimento più rilevante è risultata essere quella ≥ 85 con un incremento del 86,42%.

Tabella 2.1 Popolazione anziana residente nell' Area Vasta n.1 (anni 1996-2010-2011-2013)

Classe di età	Anno 1996	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2013	Crescita 1996-2013
≥ 65 anni	71.180	78.564	79.047	81.036	13,84%
≥ 75 anni	31.606	40.601	41.310	42.178	33,44%
≥ 85 anni	7.005	11.577	12.170	13.059	86,42%

Nel 2013 la popolazione >65 anni rappresenta il 22,31% e dal 1996 al 2013 ha registrato una crescita del 13,84%, la popolazione >75 anni rappresenta l' 11,66% e dal 1996 al 2013 ha registrato una crescita del 33,44%, infine la popolazione >85 anni rappresenta il 3,59% e ha registrato una crescita dell' 86,42%

Grafico 2.1 % popolazione anziana sulla popolazione (anno 2013) e % di crescita (1996-2013)

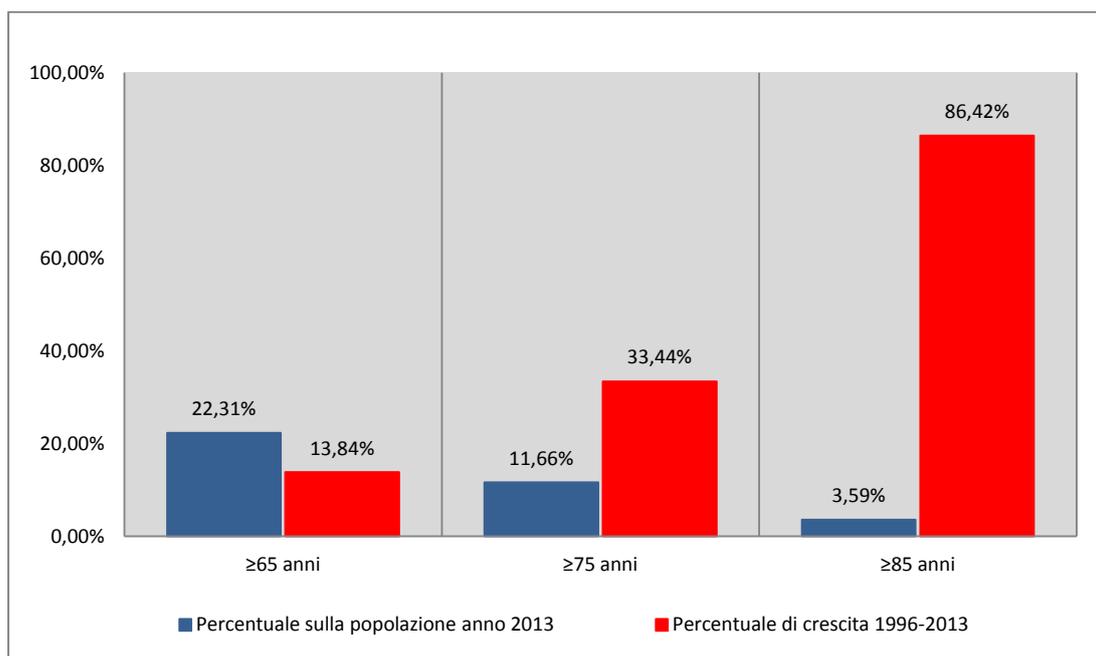
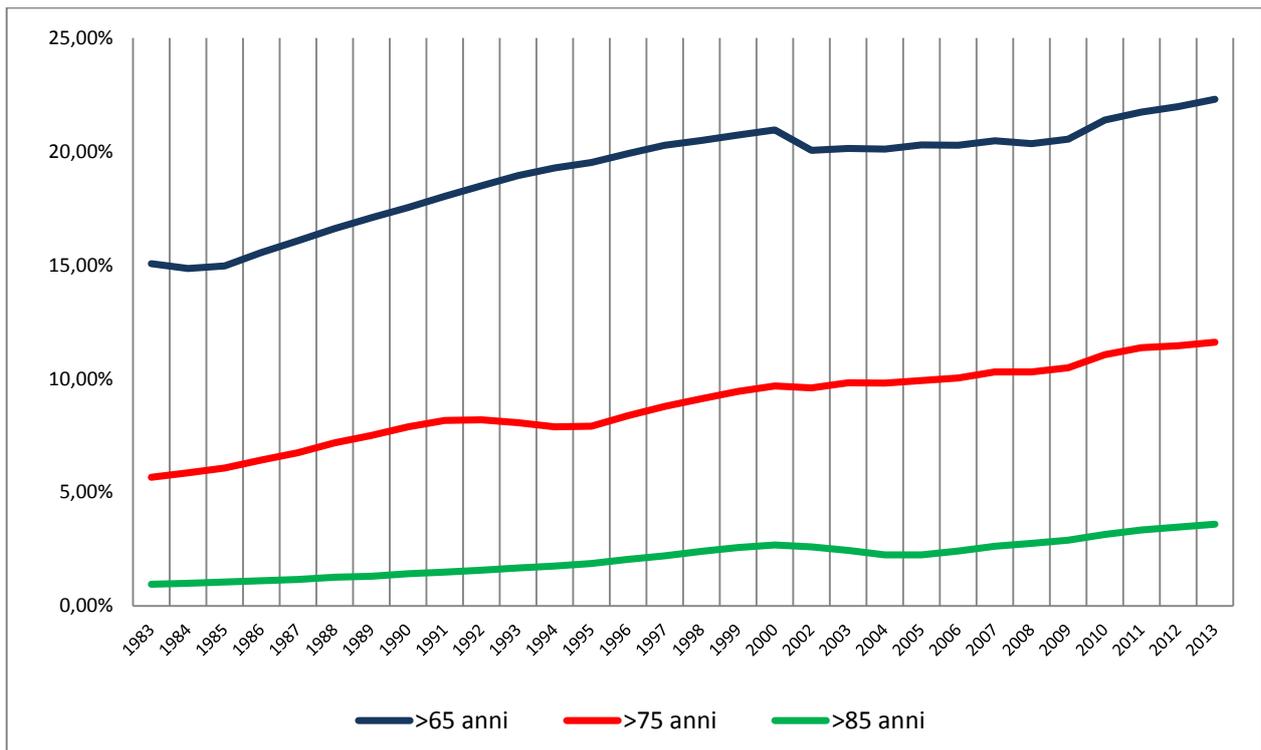


Grafico 2.2 % sulla popolazione di riferimento nell' Area Vasta n.1 della classe di età ≥65, >75, >85 anni (1983-2013)



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 2013 nell' Area Vasta n.1 ogni 100 giovani (0-14 anni) vivono 161.12 anziani ≥65 anni.

L' indice di vecchiaia dell' Area Vasta n.1 è passato da 152.56 nel 2001 a 161,44 nel 2007 (ove ha raggiunto il valore massimo). Dal 2008 al 2010 si è registrata una progressiva flessione, correlata ad un' aumento dei giovani 0-14 anni dovuto probabilmente all' aumento costante degli stranieri, infine dal 2011 al 2013 l'andamento dell'indice è ritornato ai livelli del 2007.

Tabella 2.2 Andamento Indice di vecchiaia nell' Area Vasta n.1 e nella Regione Marche (dal 2001 al 2013)

ANNO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Marche	165,82	167,66	168,5	169,97	172,42	173,43	176,55	172,1	171,14	170,3	170,44	170,74	172,52
Area Vasta n.1	152,56	154,35	155,79	157,20	158,01	160,13	161,44	159,01	158,80	157,13	158,53	159,13	161,12

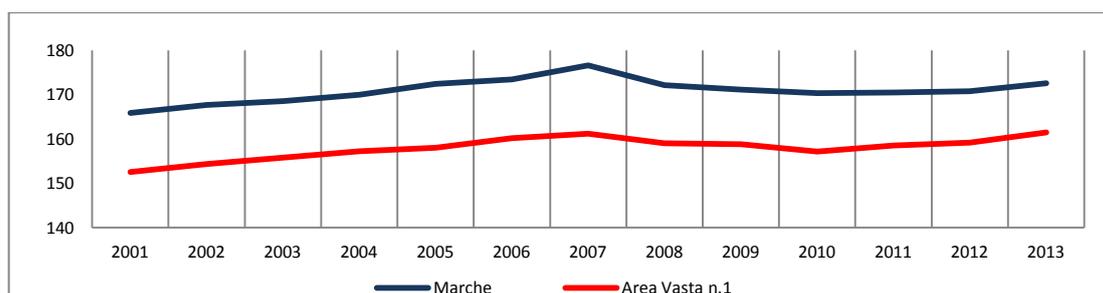
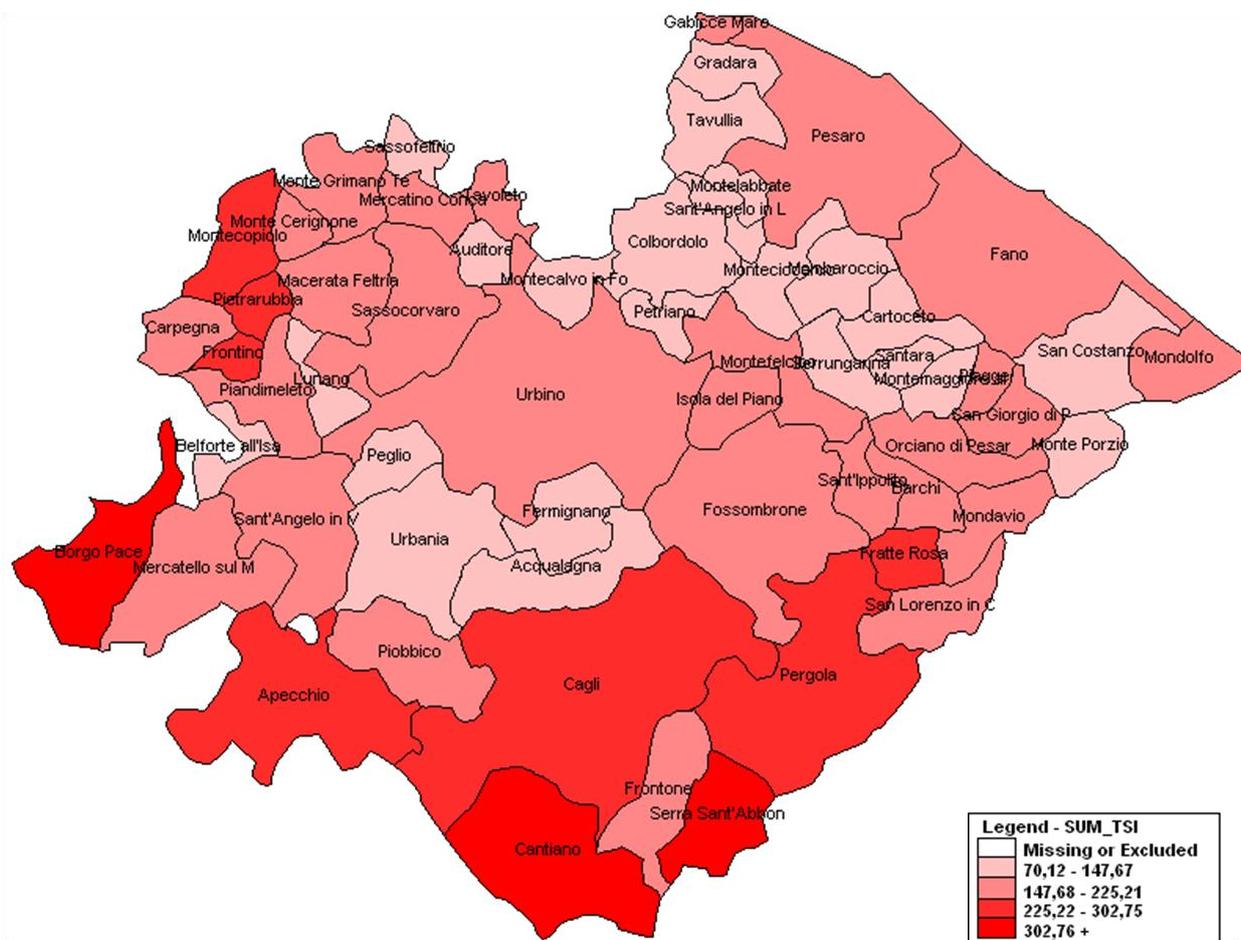


Grafico 2.3 Andamento Indice di vecchiaia¹ nell' Area Vasta n.1, Provincia PU (anno 2013)



²**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 28,52 nel 2001 a 34,9 nel 2013 (ove ha raggiunto il valore massimo).

Tabella 2.3 Andamento Indice di dipendenza senile nell' Area Vasta n.1 e nella Regione Marche (2001-2013)

ANNO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Marche	32,49	33,02	33,28	33,88	34,63	35,32	35,88	35,15	34,94	34,93	35,11	35,86	36,32
Area Vasta n.1	28,52	28,91	29,63	30,27	30,67	31,12	31,6	31,94	31,94	33,18	33,66	34,01	34,9

IMMIGRAZIONE

L'aspetto piu' 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 2.4 Distribuzione popolazione straniera per classi di età, Provincia PU (2013)

Classi di età	Maschi	Femmine	TOTALE
0-4	1.309	1.291	2.600
5-9	1.038	960	1.998
10-14	895	759	1.654
15-19	903	771	1.674
20-24	1.093	1.330	2.423
25-29	1.501	1.821	3.322
30-34	1.586	2.147	3.733
35-39	1.732	2.006	3.738
40-44	1.500	1.806	3.306
45-49	1.236	1.455	2.691
50-54	819	1.398	2.217
55-59	499	997	1.496
60-64	274	677	951
65-69	191	326	517
70-74	145	210	355
75-79	78	109	187
80-84	40	43	83
85-89	12	15	27
>90 anni	4	7	11
TOTALE	14.855	18.128	32.983

Il rapporto tra i sessi nella popolazione straniera stratificato per fasce di età, ci descrive una prevalenza (numerica) della popolazione di sesso femminile trasversale a tutte le classi di età.

Grafico 2.4 Rapporto tra maschi e femmine nella popolazione straniera, Provincia PU (anno 2013)

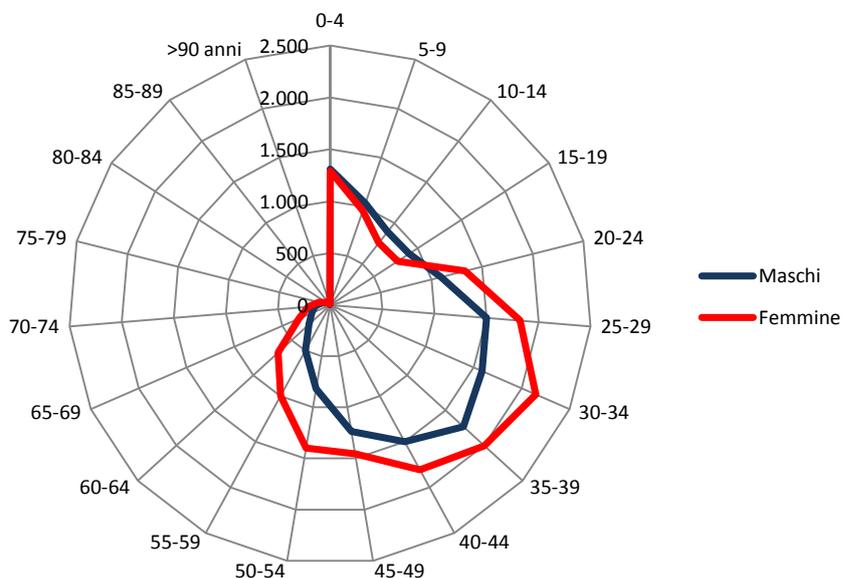
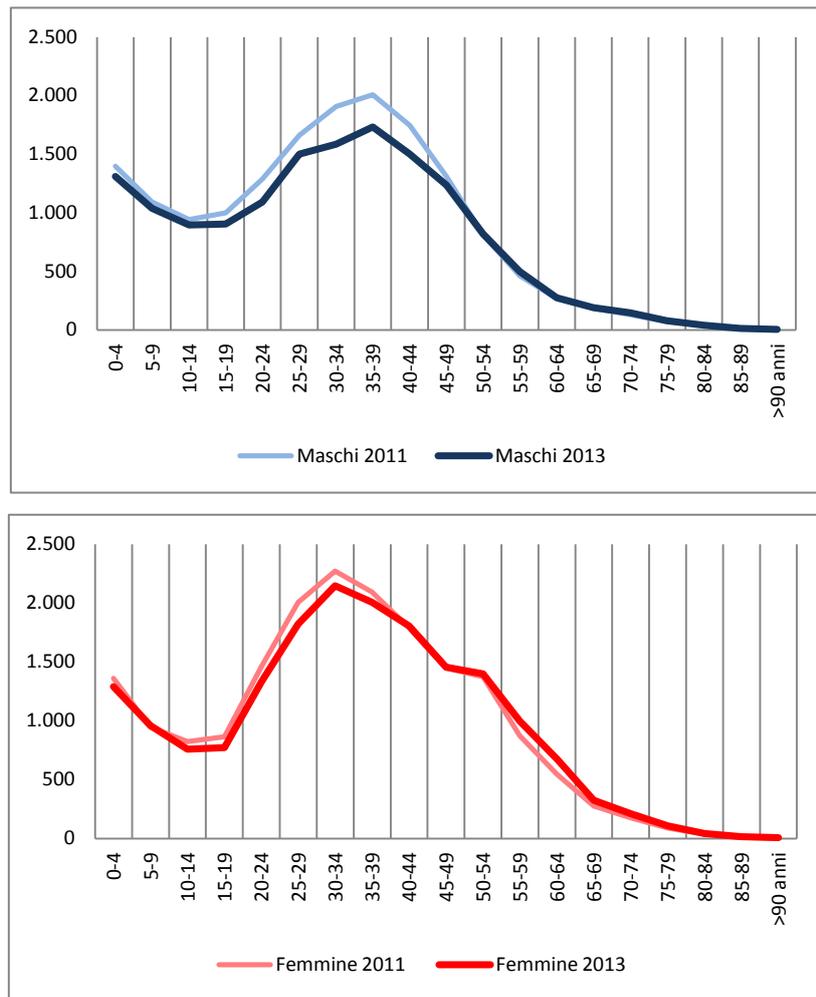


Grafico 2.5 Variazione popolazione straniera dal 2011 al 2013 nella Provincia PU



Attualmente la componente straniera nella Provincia di PU è il 9,2% a fronte di un 7,35% media Italiana e un 8,91% media Regione Marche. Oltre la metà della popolazione straniera residente nell'Area Vasta n.1 PU (53,4%) proviene dall'Europa. Poco più di un quinto degli stranieri regolari (21,6%) giunge in Italia dal continente africano, il 16,8% dall'Asia e l'8,1% dei cittadini stranieri provengono dall'America settentrionale e centro-meridionale.

Grafico 2.6 Provenienza geografica della popolazione straniera residente nella Provincia PU (anno 2013)

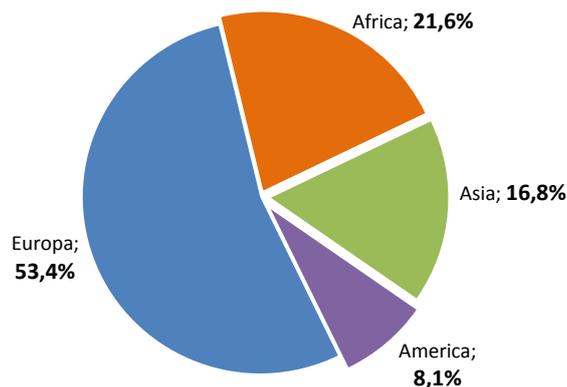
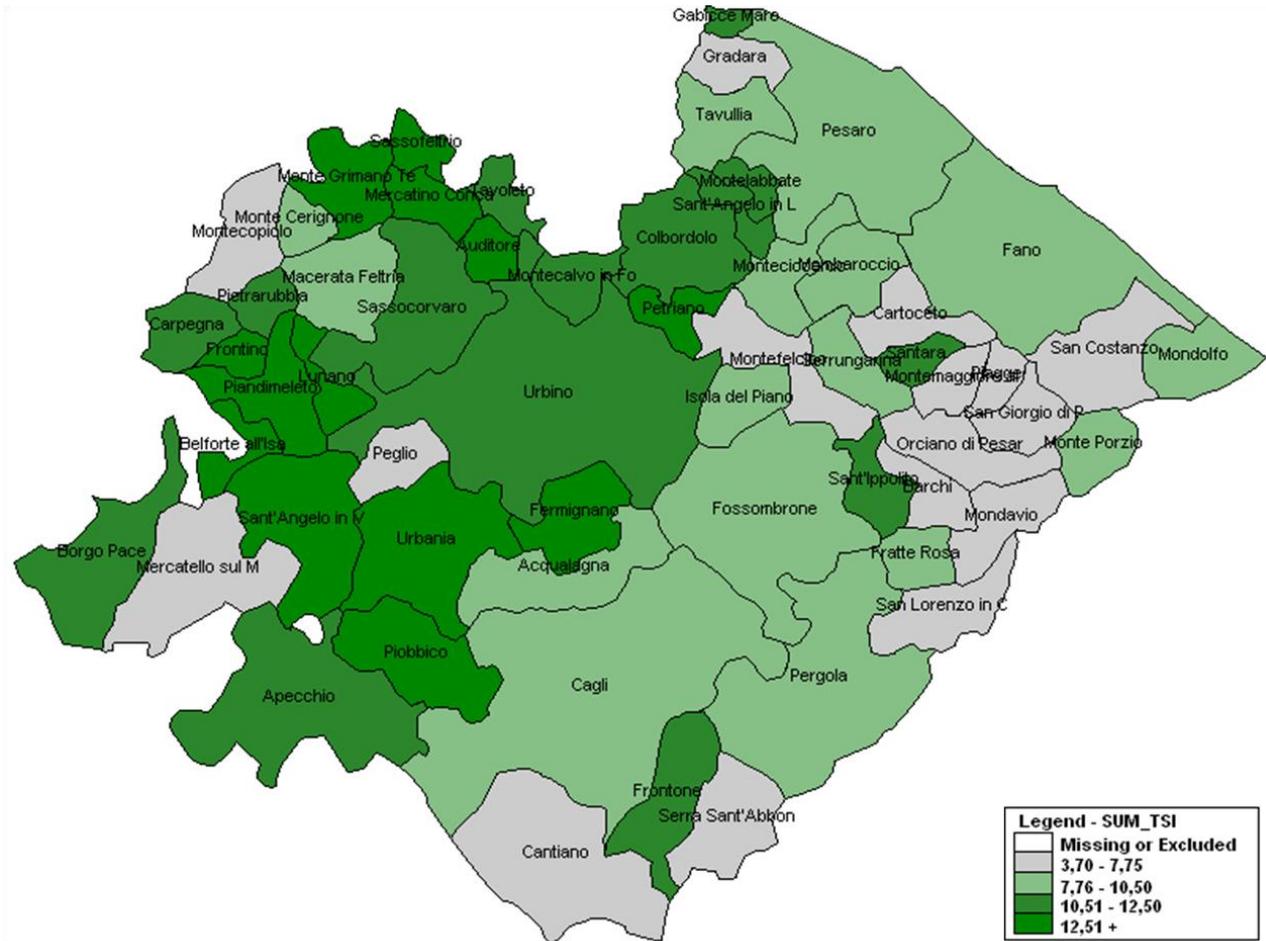


Tabella 2.5 Popolazione straniera nell' Area Vasta n.1, % sulla popolazione dei singoli Comuni (anno 2013)

Comuni	Maschi	Femmine	TOTALE	Abitanti comune	% sulla popolazione singoli comuni
Acqualagna	157	192	349	4460	7,8%
Apecchio	125	105	230	1994	11,5%
Auditore	102	104	206	1631	12,6%
Barchi	20	33	53	988	5,4%
Belforte all'Isauro	68	65	133	778	17,1%
Borgo Pace	30	45	75	646	11,6%
Cagli	326	442	768	8889	8,6%
Cantiano	41	72	113	2305	4,9%
Carpegna	84	98	182	1672	10,9%
Cartoceto	281	328	609	7859	7,7%
Colbordolo	342	378	720	6211	11,6%
Fano	2256	2851	5107	63119	8,1%
Fermignano	595	611	1206	8624	14,0%
Fossombrone	442	501	943	9826	9,6%
Fratte Rosa	48	51	99	1003	9,9%
Frontino	18	20	38	299	12,7%
Frontone	64	90	154	1357	11,3%
Gabicce Mare	281	370	651	5829	11,2%
Gradara	170	184	354	4809	7,4%
Isola del Piano	30	29	59	607	9,7%
Lunano	161	134	295	1523	19,4%
Macerata Feltria	91	114	205	2029	10,1%
Mercatello sul Metauro	34	54	88	1434	6,1%
Mercatino Conca	56	90	146	1118	13,1%
Mombaroccio	89	101	190	2147	8,8%
Mondavio	55	90	145	3947	3,7%
Mondolfo	615	600	1215	11693	10,4%
Montecalvo in Foglia	130	159	289	2720	10,6%
Monte Cerignone	24	43	67	683	9,8%
Monteciccardo	70	73	143	1715	8,3%
Montecopiolo	12	44	56	1146	4,9%
Montefelcino	55	78	133	2716	4,9%
Monte Grimano Terme	81	115	196	1155	17,0%
Montelabbate	356	429	785	6841	11,5%
Montemaggiore al Metauro	77	98	175	2846	6,1%
Monte Porzio	110	159	269	2855	9,4%
Orciano di Pesaro	39	64	103	2109	4,9%
Peglio	19	17	36	719	5,0%
Pergola	241	318	559	6516	8,6%
Pesaro	3032	4495	7527	94615	8,0%
Petriano	283	282	565	2835	19,9%
Piagge	29	35	64	1026	6,2%
Piandimeleto	170	176	346	2154	16,1%
Pietrarubbia	42	41	83	677	12,3%
Piobbico	147	137	284	2093	13,6%
Saltara	360	377	737	6811	10,8%
San Costanzo	131	180	311	4826	6,4%
San Giorgio di Pesaro	36	44	80	1440	5,6%
San Lorenzo in Campo	107	148	255	3428	7,4%
Sant'Angelo in Lizzola	509	498	1007	8815	11,4%
Sant'Angelo in Vado	258	288	546	4156	13,1%
Sant'Ippolito	81	93	174	1566	11,1%
Sassocorvaro	204	221	425	3471	12,2%
Sassofeltrio	94	118	212	1464	14,5%
Serra Sant'Abbondio	26	42	68	1071	6,3%
Serrungarina	127	132	259	2605	9,9%
Tavoletto	41	59	100	879	11,4%
Tavullia	336	421	757	8046	9,4%
Urbania	411	490	901	7126	12,6%
Urbino	750	890	1640	15466	10,6%
Totale	14969	18516	33485	363388	9,2%

Grafico 2.7 Percentuale popolazione straniera sui singoli Comuni dell'Area Vasta n.1 (anno 2013)

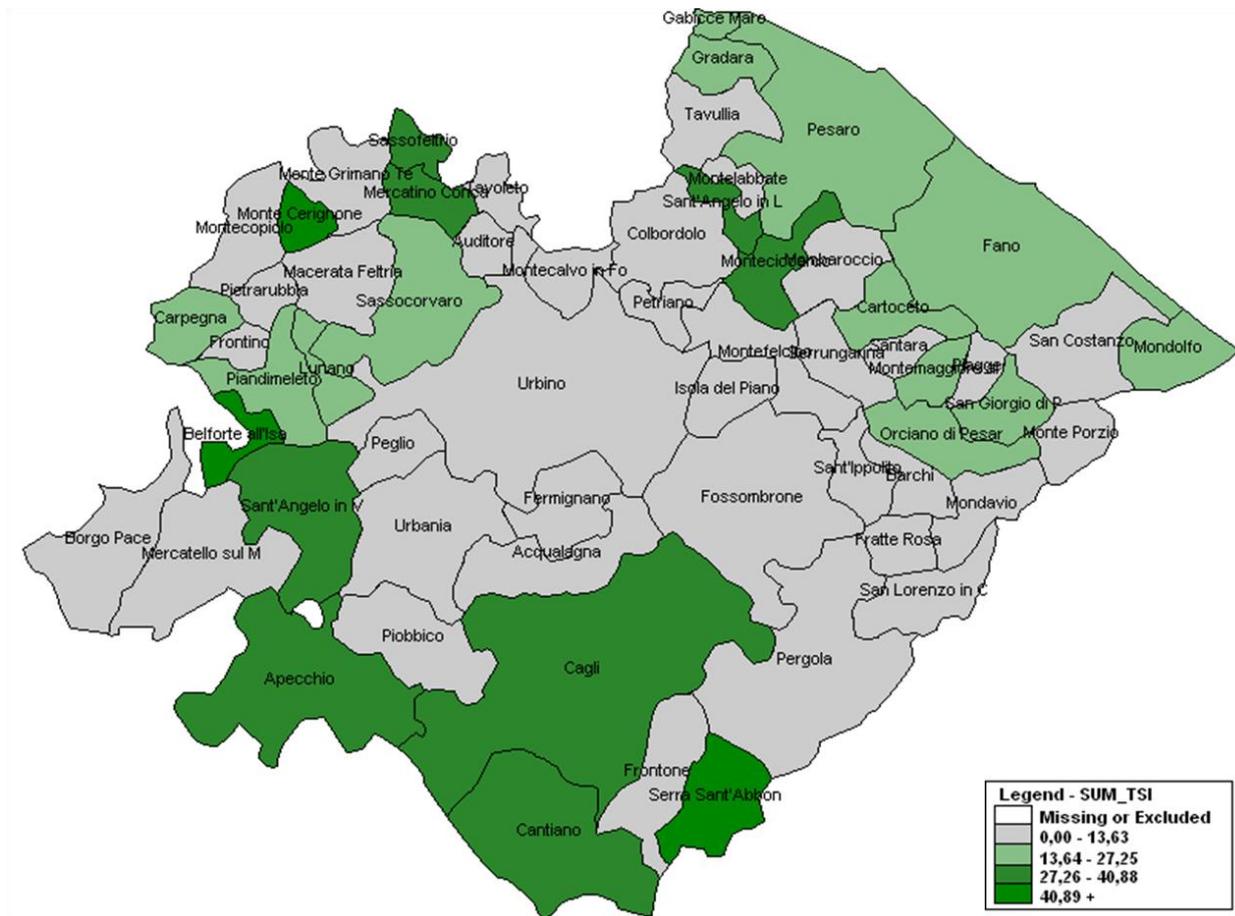


Nell' Area Vasta n.1 dal 2002 al 2013 la popolazione immigrata è aumentata di 21.010 unità, producendo una crescita del 168,42%, diventando una componente strutturale della società.

Tabella 2.6 Incremento-decremento popolazione straniera, rapporto 2002-2013 Area Vasta 1 PU

COMUNI	2002	2013	Differenza numerica	% di crescita 2002-2013
Acqualagna	167	349	182	108,98%
Apecchio	45	230	185	411,11%
Auditore	63	206	143	226,98%
Barchi	31	53	22	70,97%
Belforte all'Isauro	34	133	99	291,18%
Borgo Pace	25	75	50	200,00%
Cagli	241	768	527	218,67%
Cantiano	38	113	75	197,37%
Carpegna	82	182	100	121,95%
Cartoceto	172	609	437	254,07%
Colbordolo	364	720	356	97,80%
Fano	1.628	5.107	3479	213,70%
Fermignano	485	1.206	721	148,66%
Fossombrone	326	943	617	189,26%
Fratte Rosa	38	99	61	160,53%
Frontino	22	38	16	72,73%
Frontone	52	154	102	196,15%
Gabicce Mare	186	651	465	250,00%
Gradara	102	354	252	247,06%
Isola del Piano	21	59	38	180,95%
Lunano	110	295	185	168,18%
Macerata Feltria	49	205	156	318,37%
Mercatello sul Metauro	58	88	30	51,72%
Mercatino Conca	69	146	77	111,59%
Mombaroccio	106	190	84	79,25%
Mondavio	65	145	80	123,08%
Mondolfo	358	1.215	857	239,39%
Montecalvo in Foglia	197	289	92	46,70%
Monte Cerignone	17	67	50	294,12%
Monteciccardo	41	143	102	248,78%
Montecopiolo	41	56	15	36,59%
Montefelcino	50	133	83	166,00%
Monte Grimano Terme	77	196	119	154,55%
Montelabbate	274	785	511	186,50%
Montemaggiore al Metauro	12	175	163	1358,33%
Monte Porzio	60	269	209	348,33%
Orciano di Pesaro	57	103	46	80,70%
Peglio	57	36	-21	-36,84%
Pergola	195	559	364	186,67%
Pesaro	2.813	7.527	4714	167,58%
Petriano	211	565	354	167,77%
Piagge	32	64	32	100,00%
Piandimeleto	134	346	212	158,21%
Pietrarubbia	58	83	25	43,10%
Piobbico	173	284	111	64,16%
Saltara	239	737	498	208,37%
San Costanzo	109	311	202	185,32%
San Giorgio di Pesaro	23	80	57	247,83%
San Lorenzo in Campo	114	255	141	123,68%
Sant'Angelo in Lizzola	299	1.007	708	236,79%
Sant'Angelo in Vado	161	546	385	239,13%
Sant'Ippolito	142	174	32	22,54%
Sassocorvaro	135	425	290	214,81%
Sassofeltrio	57	212	155	271,93%
Serra Sant'Abbondio	17	68	51	300,00%
Serrungarina	92	259	167	181,52%
Tavoletto	21	100	79	376,19%
Tavullia	207	757	550	265,70%
Urbania	487	901	414	85,01%
Urbino	936	1.640	704	75,21%
TOTALE	12.475	33.485	21010	168,42%

Grafico 2.8 Variazione percentuale della popolazione straniera dal 2009 al 2013 (ultimi 5 anni) stratificata per comune



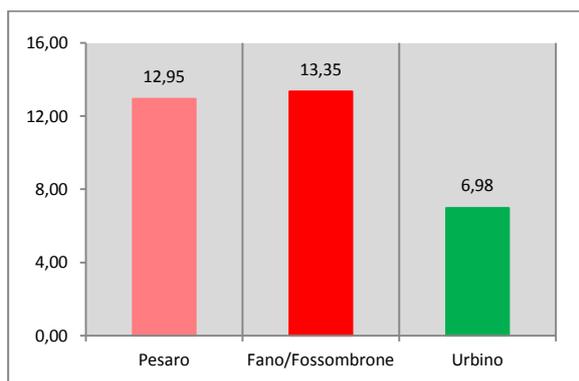
SERVIZIO TERRITORIALE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Nel 2013 i Servizi Territoriali Dipendenze Patologiche della Provincia di Pesaro Urbino hanno preso in carico per problemi di dipendenza 1.550 utenti tra tossicodipendenti, alcolisti, tabagisti e giocatori d'azzardo così ripartiti: Pesaro 654 utenti, Fano 430, Fossombrone 254 e Urbino 212.

Tabella 2.7 Numero assistiti Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche AV1 (anno 2013)

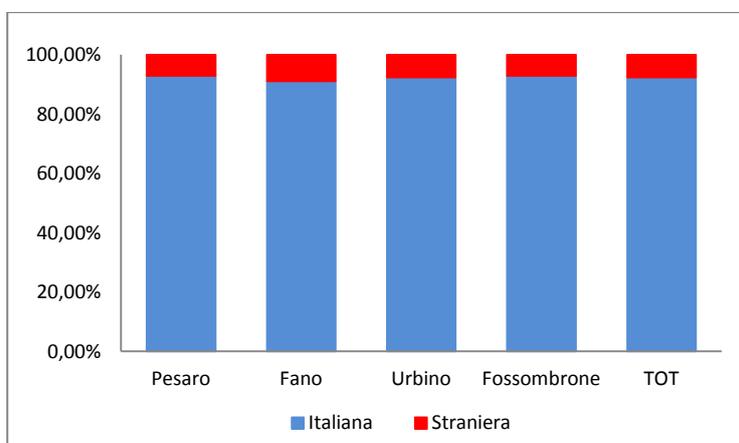
TERRITORIO	NUMERO	PERCENTUALE
Pesaro	654	42,19%
Fano	430	27,74%
Urbino	212	13,68%
Fossombrone	254	16,39%
TOTALE	1.550	100,00%

Grafico 2.8 Numero assistiti in rapporto alla popolazione 15-44 anni per 1.000 AV1 (anno 2013)



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 12,95 assistiti ogni 1.000 abitanti 15-44 anni, 13,35 la ex Zona di Fano e 6,98 la ex Zona Territoriale di Urbino.

Grafico 2.9 Percentuale accessi popolazione straniera sul totale degli assistiti AV1 (anno 2013)



Territorio	Italiana	Straniera
Pesaro	92,97%	7,03%
Fano	91,16%	8,84%
Urbino	92,45%	7,55%
Fossombrone	92,91%	7,09%
TOTALE	92,39%	7,61%

La percentuale maggiore di assistiti stranieri si registra nella ex Zona Territoriale di Fano con l' 8,84% sul totale degli utenti.

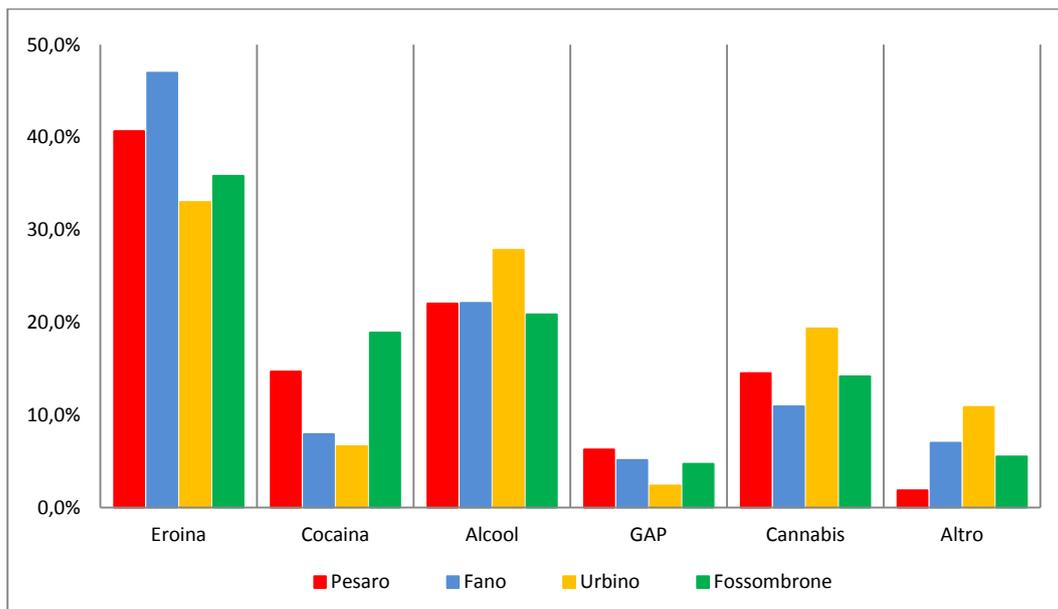
Considerando la sostanza di primo uso nell'accesso al Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche abbiamo la seguente ripartizione: eroina 629 assistiti è la sostanza che provoca il maggior numero di accessi ai servizi di recupero dal 2009 al 2013 si registra una flessione del 37,85%, alcool 351 assistiti dal 2009 al 2013 si registra un incremento degli accessi del 17,79%, Cannabinoidi 219 assistiti dal 2009 al 2013 si registra una flessione del 9,50% e infine la cocaina 192 assistiti dal 2009 al 2013 si registra una flessione del 24.11%.

Tabella 2.8 Sostanza di primo uso assistiti DDP (2009-2013)

Sostanza di primo uso	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Variazione 2009-2013
Eroina	1012	954	720	669	629	-37,85%
Alcool	298	315	348	350	351	17,79%
Cannabinoidi	242	241	178	224	219	-9,50%
Cocaina	253	249	209	199	192	-24,11%
Altro	114	139	136	133	159	39,47%
TOTALE	1919	1898	1591	1575	1550	-19,23%

L'incremento maggiore dal 2009 al 2013 si e' registrato negli accessi per problematiche inerenti al gioco d'azzardo, passato da 24 assistiti nel 2009 a 41 nel 2013 facendo registrare un incremento del 70,8%.

Grafico 2.10 Comparazione Territoriale in base alla percentuale di uso della sostanza principale (anno 2013)



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'alcool** 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 2.11 Sostanza di Primo uso distribuita per classi di età Area Vasta n.1 Pu (anno 2013)

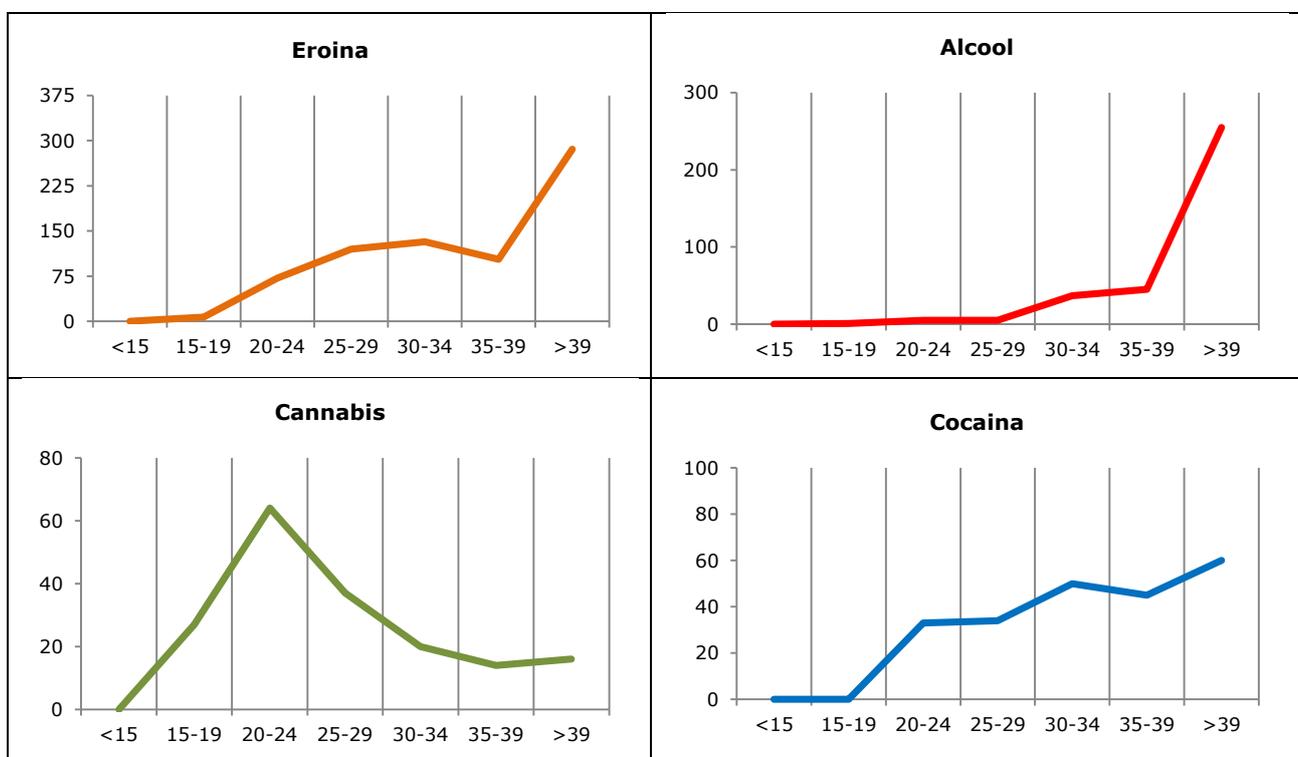


Tabella 2.9 Distribuzione per classe di età degli utenti nei servizi territoriali dipendenze patologiche AV1 PU (anno 2013)

Classe di età	Pesaro	Fano	Urbino	Fossombrone
meno di 20	2,45%	3,26%	5,19%	1,97%
20-30 anni	21,41%	15,81%	24,53%	17,32%
30-40 anni	26,76%	30,47%	28,30%	28,35%
40-50 anni	29,66%	31,40%	25,00%	31,10%
50-60 anni	14,68%	15,35%	12,26%	14,96%
60-70 anni	3,82%	2,56%	2,83%	5,12%
più di 70	1,22%	1,16%	1,89%	1,18%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

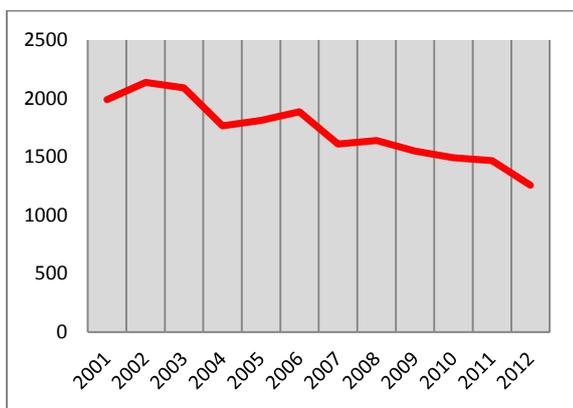
INCIDENTI STRADALI

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.

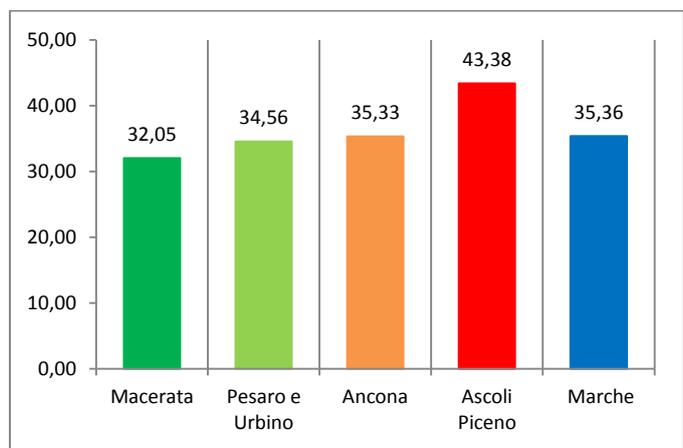
Nel 2013, secondo la fonte ISTAT-ACI, gli incidenti stradali nella Provincia di Pesaro e Urbino (Area Vasta n.1) sono stati 1.256, con 17 morti e 1.755 feriti.

il rapporto di mortalità "RM" (indice che esprime il numero di decessi ogni 1.000 incidenti in un anno) è di 13,5 dato in linea con i valori Nazionali.

Grafico 2.9 Numero incidenti con lesioni Provincia Pu (2001-2012) e tasso incidenti ogni 10.000 abit. distribuzione territoriale (2012)



*Numero incidenti con lesioni Provincia di PU



**Tasso incidenti con lesioni ogni 10.000 abitanti nei territori della Regione Marche

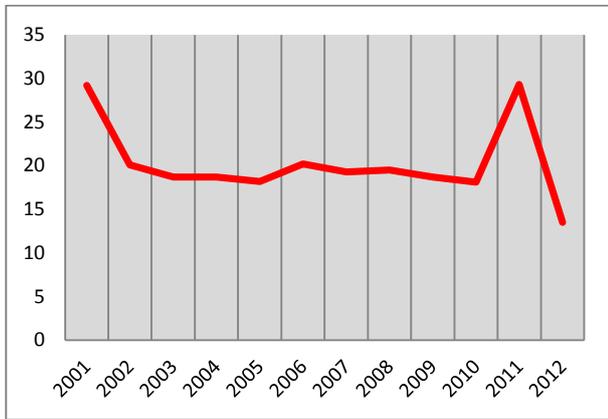
La riduzione registrata in questi ultimi anni è legata ad una serie di fattori tra i quali: l'introduzione di normative più rigorose in materia di sicurezza stradale; una maggiore efficienza dei servizi di primo soccorso e delle strutture sanitarie in genere; le numerose iniziative formative e campagne 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.

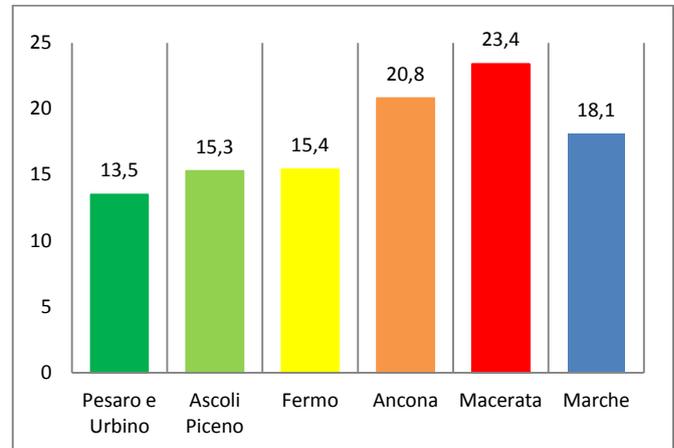
Secondo la Sorveglianza PASSI sull' Area Vasta n.1 (PU) "Rapporto Nazionale 2013", il 16,61% dei soggetti intervistati dichiara di avere recentemente guidato sotto l'effetto dell'alcol, l'abitudine a guidare in stato di ebbrezza è più frequente nel sesso maschile 24,48% rispetto al sesso femminile 5,18%, 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' alcool.

Per quanto riguarda le persone che utilizzano i dispositivi di protezione individuale, da PASSI 2013 emerge: “casco sempre 94,65%; cintura anteriore sempre 83,18%; cintura posteriore sempre 22,24%”.

Grafico 2.10 Indice di Mortalità nella Provincia Pu (2001-2012) e indice di Mortalità nei territori della Regione Marche (2012)



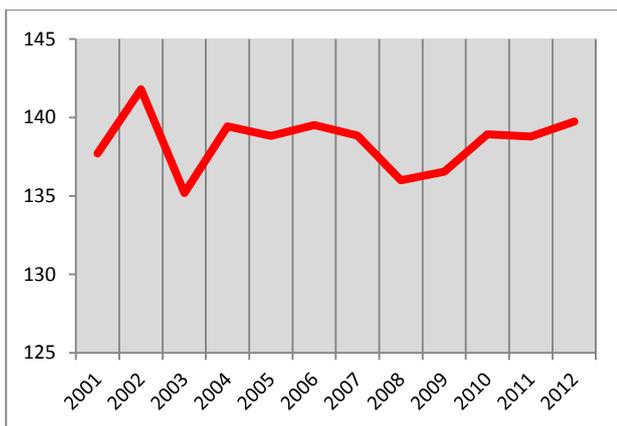
*Indice di Mortalità ogni 1.000 incidenti, Provincia PU anno 2012



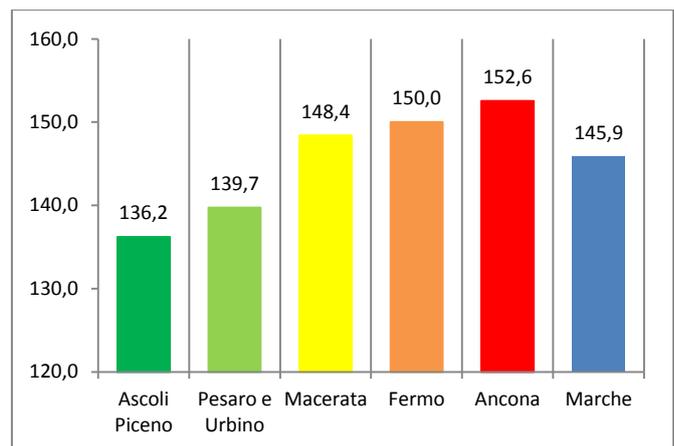
**Indice di mortalità ogni 1.000 incidenti, territori Regione Marche

il rapporto di mortalità “RM” (indice che esprime il numero di decessi ogni 1.000 incidenti in un anno) è di 13,5 nella Provincia di Pesaro-Urbino, 15,3 Ascoli Piceno, 15,4 Fermo, 20,8 Ancona e 23,4 Macerata (la media Regionale è 18,1).

Grafico 2.11 Indice di Lesività nella Provincia Pu (2001-2012) e indice di Lesività nei territori della Regione Marche (2012)



*Indice di lesività ogni 1.000 incidenti, Provincia PU anno 2012



**Indice di lesività ogni 1.000 incidenti, territori Regione Marche

il rapporto di lesività (indice che esprime il numero di feriti ogni 1.000 incidenti in un anno) è di 136,2 nella Provincia di Ascoli Piceno, 139,7 Pesaro-Urbino, 148,4 Macerata, 150 Fermo e 152,6 Ancona (la media Regionale è 145,9).

ASPETTI ECONOMICI:

Nell' Area Vasta n.1 esistono 29.001 aziende che occupano 110.100 addetti. Le tipologie di settori più rappresentate sono; i servizi con il 38,7 % sul totale dei comparti, le costruzioni con il 17,9% e il commercio con il 14%. Esaminando la serie storica dal 2008 al 2012 si è registrata una flessione degli addetti del 13,36% e dei comparti del 2,73%.

Tabella 2.9 Numero di addetti (occupati) nella Provincia di PU stratificato per attività produttiva, dal 2008 al 2012

Comparto	2008	2009	2010	2011	2012	Variazione 2008-2012
Agrindustria e pesca	390	425	422	402	407	4,39%
Elettricità Gas Acqua	414	404	390	436	421	1,67%
Commercio	10.062	9.787	9.541	9.895	9.906	-1,55%
Industria Gomma	208	196	209	198	205	-1,82%
Industria Conciaria	51	45	48	59	50	-2,35%
Sanita'	7.296	7.264	7.100	7.208	7.062	-3,21%
Servizi	48.766	45.380	45.869	46.757	46.563	-4,52%
Trasporti	3.243	3.191	3.078	3.079	2.883	-11,11%
Industria Alimentare	1.667	1.645	1.586	1.521	1.480	-11,21%
Estrazioni minerali	77	69	61	68	65	-15,69%
Industria Metalli	82	48	65	74	69	-15,85%
Industria Elettrica	1.056	888	847	861	826	-21,76%
Industria Carta	1.231	1.147	1.074	1.067	949	-22,88%
Metalmeccanica	17.002	13.332	13.184	13.522	12.985	-23,63%
Costruzioni	11.940	11.235	10.238	9.819	9.109	-23,71%
Industria Legno	10.262	9.149	8.564	8.426	7.762	-24,36%
Industria Tessile	4.432	3.939	3.296	3.502	3.180	-28,25%
Industria Chimica e Petrolio	2.690	2.206	2.224	2.282	1.905	-29,18%
Altre Industrie	3.191	2.750	2.635	2.745	2.205	-30,90%
Ind.Trasf. non Metalliferi	2.473	1.976	1.856	1.848	1.603	-35,19%
Comparto non determinabile	547	372	365	332	247	-54,85%
Totale	127.079	115.446	112.653	114.099	110.100	-13,36%

Grafico 2.12 Numero addetti (occupati) nella provincia di PU, serie storica dal 2000 al 2012

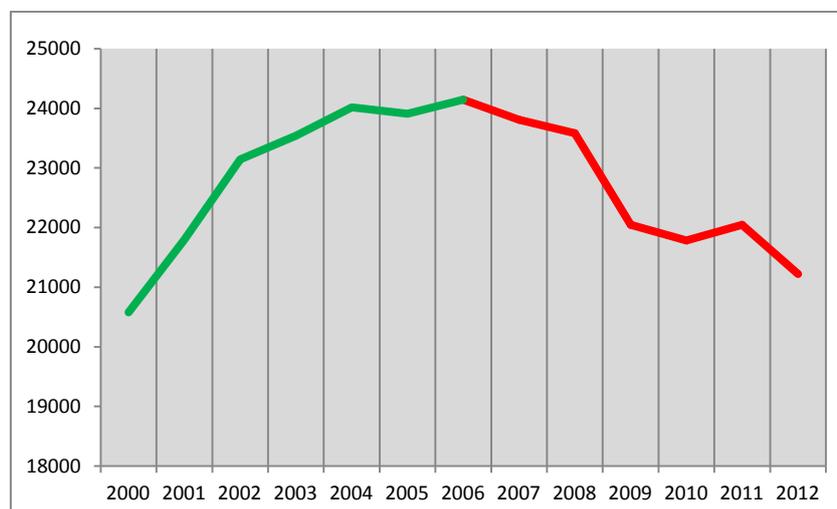
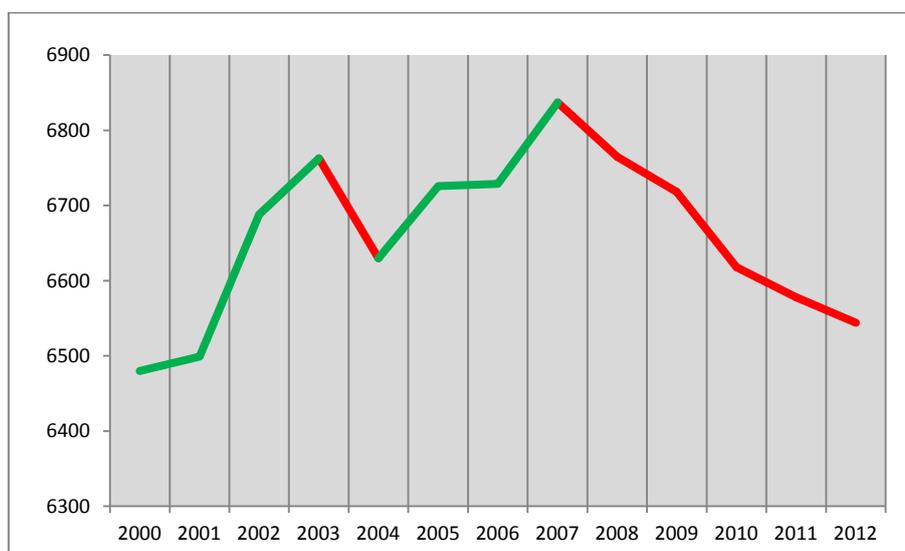


Tabella 2.10 Numero di aziende nella Provincia di PU stratificato per attività produttiva, dal 2008 al 2012

Comparto	2008	2009	2010	2011	2012	Variazione 2008-2012
Elettricità Gas Acqua	17	20	18	17	22	29,41%
Agricoltura e pesca	271	297	298	306	318	17,34%
Sanità	545	543	557	567	594	8,99%
Servizi	10.836	10.850	11.022	11.149	11.213	3,48%
Commercio	3.944	3.969	3.977	4.014	4.066	3,09%
Industria Alimentare	380	386	393	395	390	2,63%
Industria Conciaria	7	8	7	7	7	0,00%
Industria Elettrica	295	298	299	284	276	-6,44%
Industria Gomma	58	58	59	54	54	-6,90%
Trasporti	1.340	1.322	1.275	1.257	1.223	-8,73%
Metalmecanica	2.194	2.136	2.051	2.027	1.992	-9,21%
Comparto non determinabile	493	481	447	449	447	-9,33%
Ind. Trasf. non Metalliferi	288	284	270	262	261	-9,38%
Industria Tessile	796	788	742	725	714	-10,30%
Industria Carta	262	257	249	241	235	-10,31%
Costruzioni	5.807	5.690	5.463	5.386	5.195	-10,54%
Estrazioni minerali	16	14	12	14	14	-12,50%
Altre Industrie	661	650	602	597	575	-13,01%
Industria Legno	1.369	1.319	1.229	1.192	1.162	-15,12%
Industria Chimica e Petrolio	233	235	201	200	196	-15,88%
Totale	29.816	29.609	29.177	29.150	29.001	-2,73%

Nella tabella 2.10 sono riportati i comparti d'impiego più rappresentativi, nel periodo 2008-2013: si osserva una diminuzione rilevante sia nell'industria del legno (-15,12%) sia nelle costruzioni (-10,54%) analoga diminuzione si registra negli addetti di questi comparti; addetti del legno (-24,36%), addetti delle costruzioni (-23,71%) e addetti del tessile (-28,25%).

Grafico 2.13 Numero di aziende nella provincia di PU, serie storica dal 2000 al 2012



INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI

Nei dati del 2012 (riferiti nel 2014) nell' Area Vasta n.1 vi sono stati 5.667 infortuni sul lavoro, su un totale di 110.100 addetti. Per quanto riguarda il tasso standardizzato degli infortuni sul lavoro ogni 1.000 addetti, nell' Area Vasta n.1 si registrano 53,41 infortuni ogni 1.000 addetti.

Tabella 2.11 Tipologia di infortuni sul lavoro nella Provincia di PU (dati INAIL), serie storica 2003-2012

Tipo definizione	Anno 2003	Anno 2004	Anno 2005	Anno 2006	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012
TEMPORANEA	6.046	5.897	5.464	5.362	5.264	4.877	3.945	4.050	3.687	3.211
PERMANENTE	381	418	393	441	393	425	407	397	377	323
MORTE	16	8	10	7	11	6	7	10	13	2
REGOLARE SENZA INDENNIZZO	500	559	598	541	598	617	583	628	612	532
FRANCHIGIA	1.471	1.349	1.130	962	1.100	1.145	780	685	638	638
NEGATIVA	1.529	1.599	1.556	1.524	1.426	1.392	1.145	1.257	1.157	942
NON DEFINITA	15	24	50	5	5	1	1	9	17	19
Totali	9.958	9.854	9.201	8.842	8.797	8.463	6.868	7.036	6.501	5.667

L'andamento temporale (dal 2008 al 2012 del Tasso infortuni sul lavoro ogni 1.000 addetti) registra una flessione importante in tutte le ex Zone Territoriali (Pesaro, Fano e Urbino) si è passati da una media di 70 infortuni ogni 1.000 a 53,41 infortuni ogni 1.000 addetti. Esaminando la distribuzione territoriale nella ex Zona Territoriale di Urbino si registra il tasso più elevato (59,10 ogni 1.000 addetti)

Grafico 2.14 Tasso infortuni ogni 1.000 addetti serie storica stratificato per Ex Zona Territoriale 2012

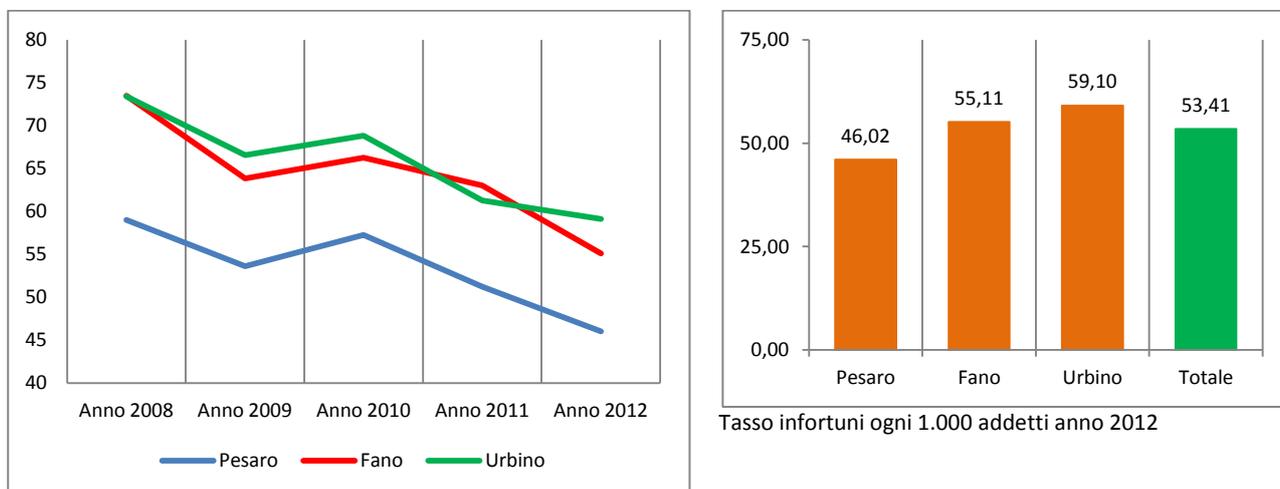
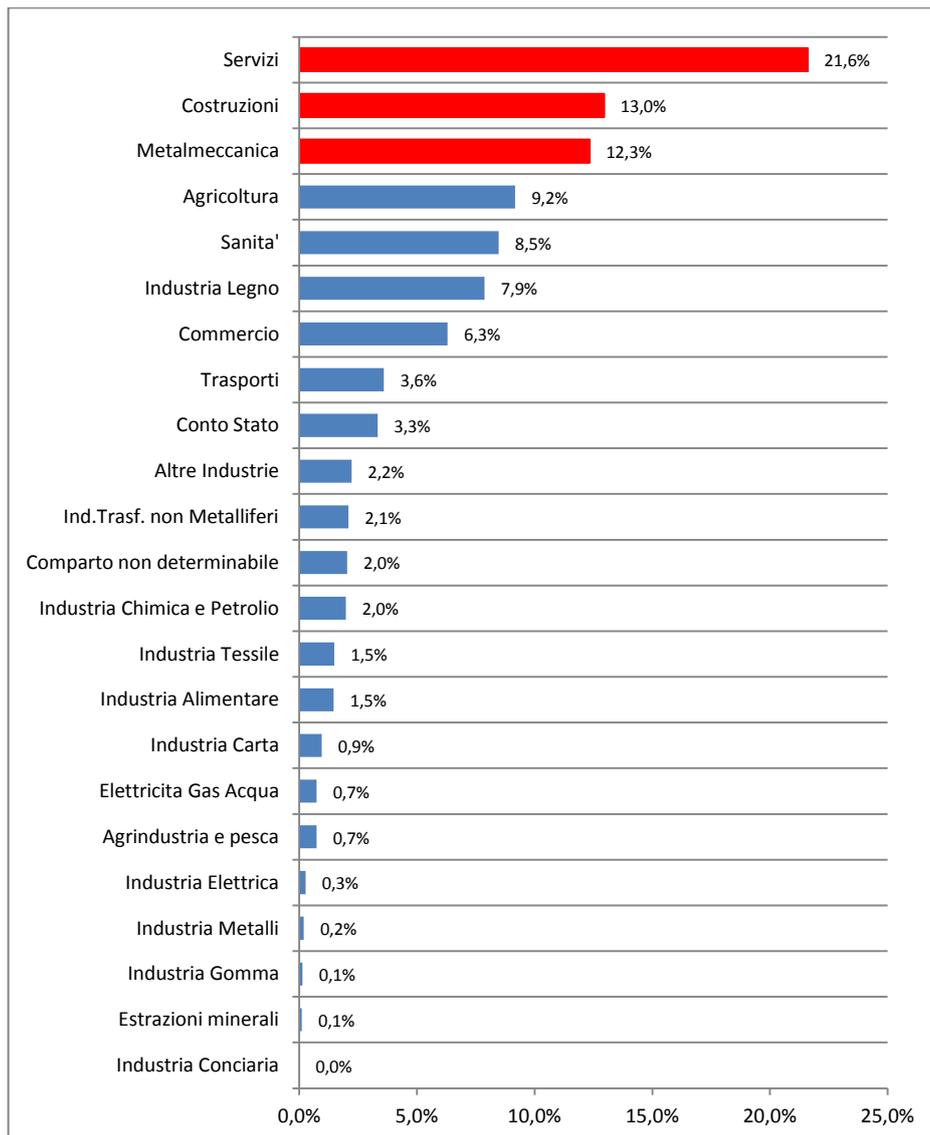


Grafico 2.15 Percentuale infortuni sul lavoro stratificati per comparto Area Vasta n.1 PU(anno 2012)



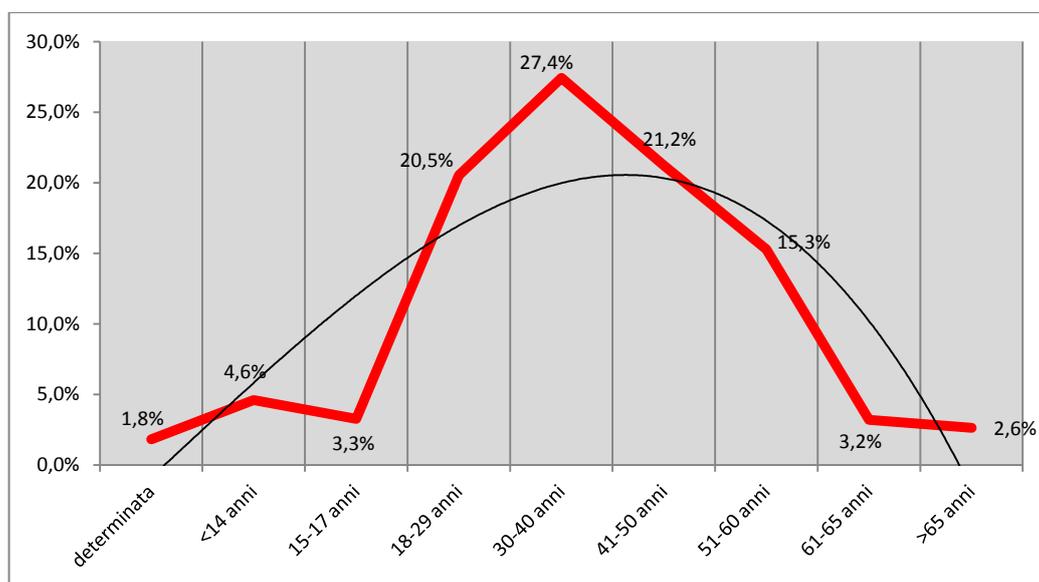
Considerando il territorio di riferimento (Area Vasta n.1 Pesaro-Urbino) sul totale degli infortuni sul lavoro la percentuale maggiore si registra nei servizi 21,6% seguita dalle costruzioni 13% e dalla metalmeccanica 12,3%. Analizzando il tasso degli infortuni sul lavoro ogni 1.000 addetti (indice di pericolosità) emerge che i comparti con i rischi maggiori sono: Industria metalli (101 infortuni ogni 1.000 addetti), agricoltura (98,40 infortuni ogni 1.000), agrindustria e pesca (66,36 infortuni ogni 1.000) e costruzioni (51,34 infortuni ogni 1.000).

Tabella 2.12 Tasso infortuni ogni 1.000 addetti stratificato per comparto PU (indice di pericolosità) 2012

Comparto	Tasso infortuni ogni 1.000 addetti
Comparto non determinabile	303,64
Industria Metalli	101,45
Agricoltura	98,40
Agrindustria e pesca	66,36
Elettricità Gas Acqua	64,13
Estrazioni minerali	61,54
Costruzioni	51,34
Ind.Trasf. non Metalliferi	48,05
Trasporti	46,13
Sanità	44,32
Industria Chimica e Petrolio	38,32
Industria Legno	37,49
Altre Industrie	37,19
Industria Carta	36,87
Industria Alimentare	36,49
Metalmeccanica	35,12
Industria Gomma	24,44
Commercio	23,52
Industria Tessile	17,30
Servizi	17,16
Industria Elettrica	12,11
Industria Conciaria	0,00

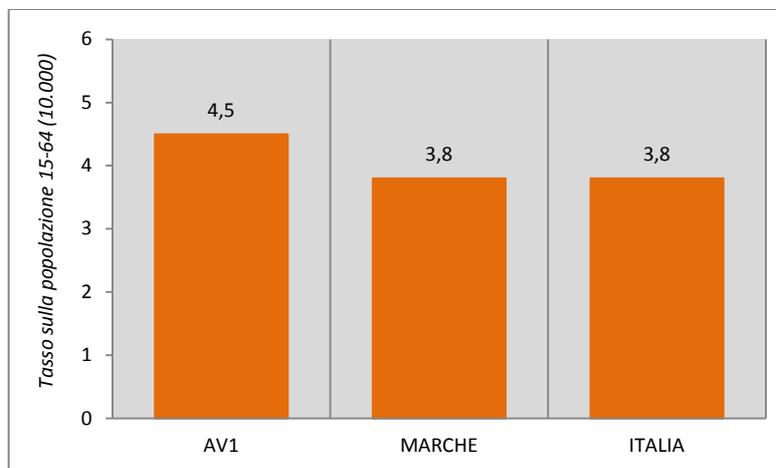
Analizzando gli infortuni sul lavoro distribuiti per classe di età, emerge che la percentuale maggiore si è registrata nella classe 30-40 anni il 27,4%, seguita da 41-50 anni 21,2%, 18-29 anni 20,5% e 51-60 anni 15,3%. Infine la distribuzione per genere ci evidenzia un 76% di sesso maschile e un 24%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

Grafico 2.16 Infortuni sul lavoro distribuiti per classi di età, dati 2012 (riferito 2011)



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

Grafico 2.17 Tasso ospedalizzazione per incidente sul lavoro nella popolazione 15-64 anni 2012)

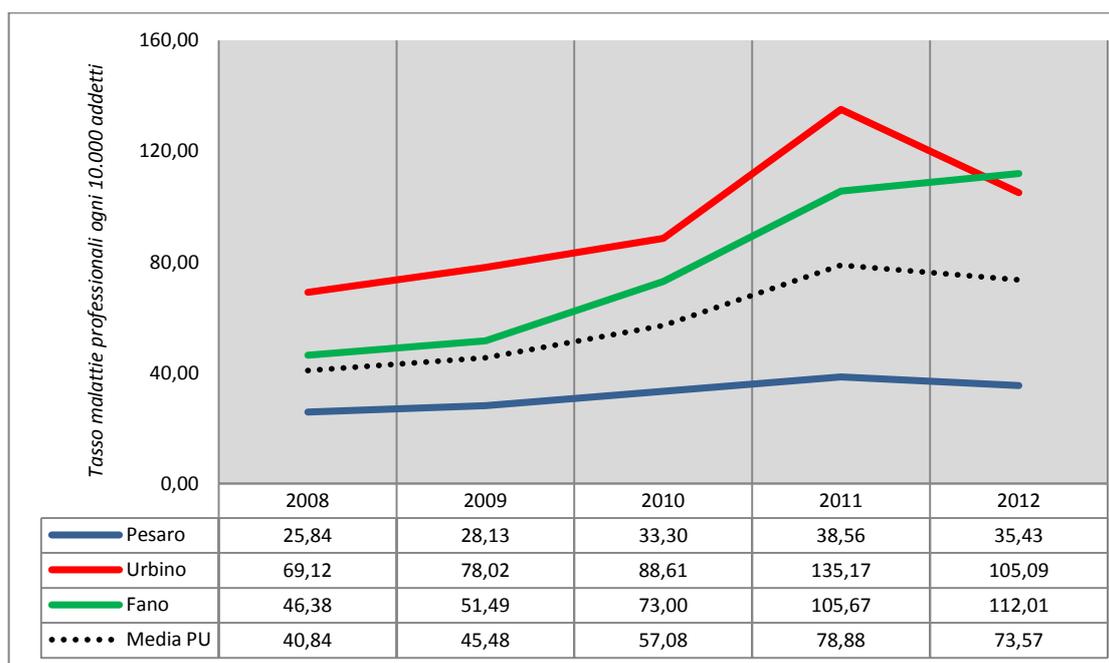


Le malattie professionali denunciate nel territorio dell' Area Vasta 1 nel 2012 risultano essere 810, nella ex Zona Territoriale di Pesaro 189 con un tasso di malattie professionali sugli addetti di 35,43 ogni 10.000, nella ex Zona Territoriale di Urbino 223 con un tasso di 105,09 ogni 10.000 addetti e nella ex Zona Territoriale di Fano 398 con un tasso di 112,01 ogni 10.000 addetti.

Tabella 2.13 Numero Malattie professionali denunciate dal 2003 al 2012 PU

COMPARTO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Agrindustria e pesca	0	1	2	4	3	1	1	8	13	1
Estrazioni minerali	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0
Industria Alimentare	5	8	5	10	7	14	6	6	13	13
Industria Tessile	22	30	31	27	33	12	16	34	20	8
Industria Conciaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Industria Legno	57	46	37	54	53	53	43	58	63	29
Industria Carta	2	1	6	5	2	2	5	1	4	7
Industria Chimica e Petrolio	11	2	8	9	7	10	9	12	15	5
Industria Gomma	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Ind.Trasf. non Metalliferi	19	9	20	11	7	25	15	13	16	14
Industria Metalli	3	4	4	2	3	3	0	1	3	2
Metalmeccanica	40	49	47	75	71	46	70	58	87	61
Industria Elettrica	2	1	0	1	3	2	2	1	3	2
Altre Industrie	5	13	17	14	14	12	10	13	10	12
Elettricità Gas Acqua	5	1	0	1	2	0	2	2	0	0
Costruzioni	57	47	61	73	96	83	94	110	129	134
Commercio	11	0	11	7	13	12	7	10	27	19
Trasporti	6	4	3	5	12	11	8	6	26	22
Sanita'	7	12	15	22	16	23	23	25	15	15
Servizi	40	49	50	46	50	49	51	92	99	103
Comparto non determinabile	71	57	68	187	196	87	86	106	227	261
TOTALE INDUSTRIA	363	336	387	553	588	445	448	557	770	709
Agricoltura	58	50	67	116	133	64	73	81	123	92
Conto Stato	8	5	1	5	4	10	4	5	7	9
TOTALE	429	391	455	674	725	519	525	643	900	810

Grafico 2.18 Tasso Malattie Professionali denunciate ogni 10.000 addetti stratificato per territorio 2008-2012



Analizzando il tasso delle malattie professionali ogni 10.000 addetti (indice di pericolosità), emerge che i comparti con i rischi maggiori sono: industria metalli (289,86 malattie professionali ogni 10.000 addetti), industria conciaria (200,8 ogni 10.000), costruzioni (143,64 ogni 10.000), industria alimentare (87,85 ogni 10.000) e industria trasferimenti non metalliferi (87,36 ogni 10.000).

Tabella 2.14 Tasso Malattie Professionali ogni 10.000 addetti stratificato per comparto PU (indice di pericolosità) 2012

COMPARTO	TASSO 10.000
Industria Metalli	289,86
Industria Conciaria	200,80
Costruzioni	143,64
Industria Alimentare	87,85
Ind.Trasf. non Metalliferi	87,36
Trasporti	76,30
Industria Carta	73,73
Altre Industrie	54,43
Metalmeccanica	46,98
Industria Legno	37,36
Industria Chimica e Petrolio	26,25
Industria Tessile	25,16
Agrindustria e pesca	24,58
Industria Elettrica	24,22
Servizi	22,12
Sanita'	21,24
Commercio	19,18
Estrazioni minerali	0,00
Industria Gomma	0,00
Elettricità Gas Acqua	0,00

PROFILO SANITARIO

(mortalità, analisi schede di dimissione ospedaliera SDO, Alzheimer, malattie ischemiche del cuore, patologie cerebrovascolari, malattie polmonari croniche ostruttive, asma adolescenti adulti, incidenti domestici, parti per tipologia, SDO tumori e appropriatezza clinica)

MORTALITA'

L' Andamento della Mortalità nell'Area Vasta n.1 è passato da 3.470 decessi nel 2000 a 3.600 decessi nel 2013, considerando l'aumento della popolazione il Tasso Grezzo su 100.000 abitanti è passato da 1001,99 decessi su 100.000 abitanti (anno 2000) a 990,677 decessi su 100.000 abitanti (anno 2013), entro il range ottimale di 1.000 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 ¹ 100.000
2000	3.470	1001,990
2001	3.471	994,929
2002	3.576	1016,270
2003	3.619	1017,262
2004	3.693	1020,670
2005	3.704	1013,506
2006	3.615	973,514
2007	3.510	939,865
2008	3.609	957,112
2009	3.510	927,543
2010	3.590	978,300
2011	3.608	994,342
2012	3.610	995,376
2013	3.600	990,677

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 2013 Area Vasta 1 PU

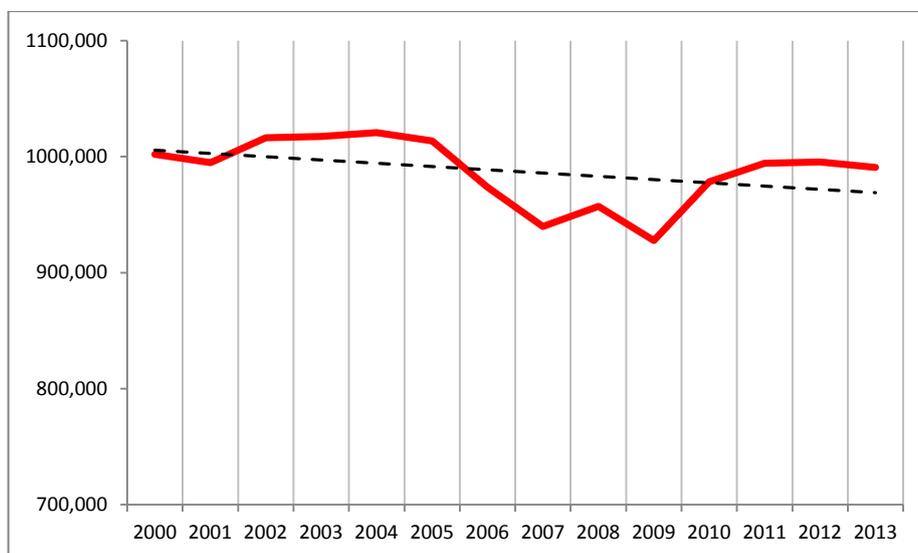
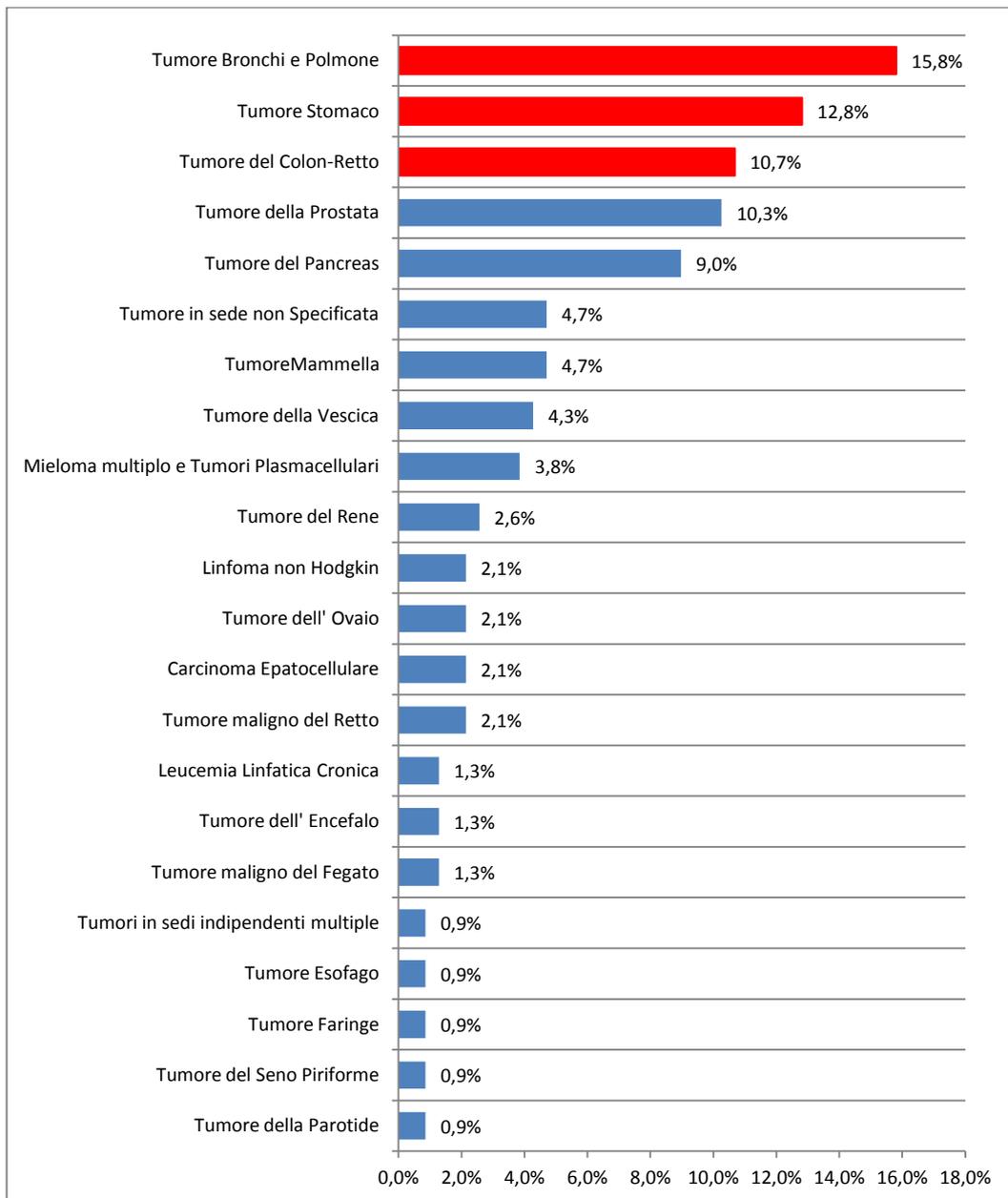


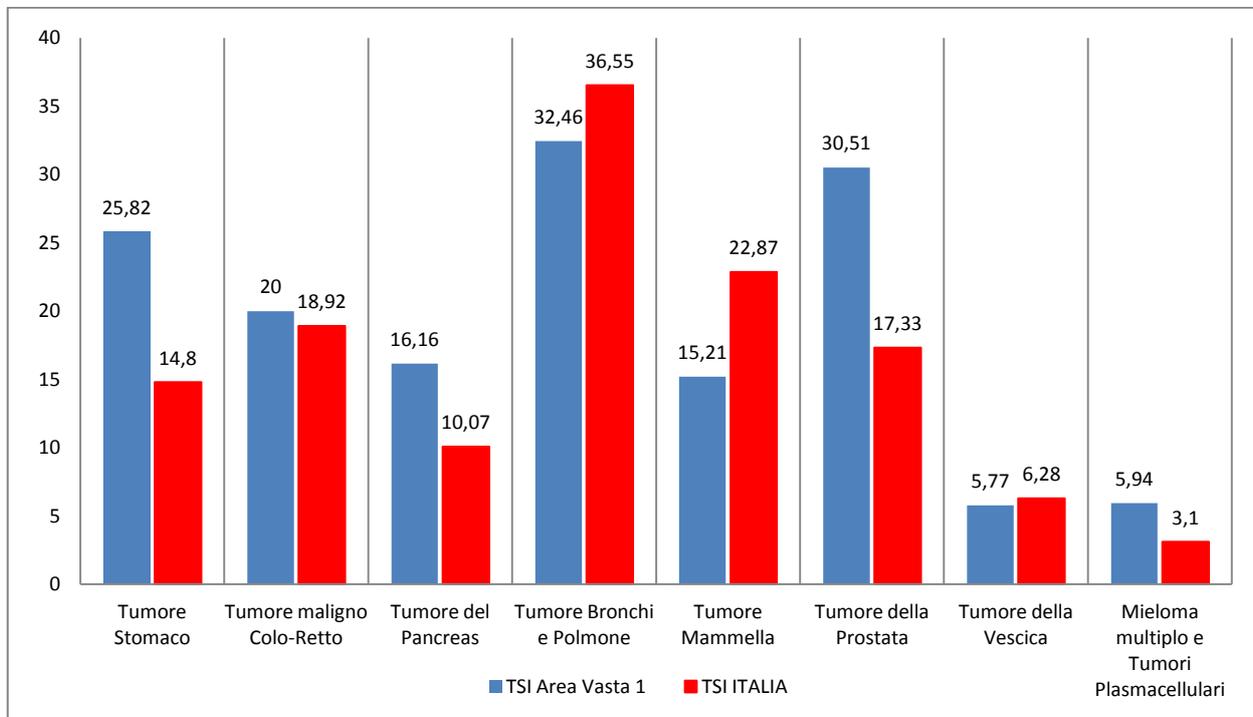
Grafico 4.2 Percentuale Mortalità Tumorale distribuita per tipologia Area Vasta n.1 PU (anno 2013)



La mortalità indica il numero di persone decedute nell'ambito di una popolazione di riferimento, di solito 100.000 abitanti, in un preciso arco di tempo, di solito un anno, per una particolare causa precisata. I decessi dovuti a tumori maligni sono stati quasi 173.000 nell'anno 2013 (98.000 fra gli uomini e 75.000 fra le donne in Italia). La frequenza dei decessi causati dai tumori è in media ogni anno di circa 4 decessi ogni 1000 residenti uomini e circa 3 ogni 1000 donne. In media, un uomo ogni 3 e una donna ogni 6 muoiono a causa di un tumore nel corso della loro vita. La mortalità per tumore è in riduzione in entrambi i sessi, ma l'invecchiamento della popolazione nasconde l'entità di questo fenomeno. Analizzando la mortalità tumorale dell' Area Vasta n.1 stratificata per causa emerge la seguente distribuzione: 15.8% di tutta la mortalità tumorale della Provincia di PU è

rappresentata dal Tumore del Polmone, il 12.8 dal Tumore dello Stomaco e il 10.7% dal tumore del Colon Retto.

Grafico 4.3 Comparazione del Tasso Standardizzato Italiano della mortalità Tumorale; Area Vasta n.1 media Italiana (2013)



Analizzando il Tasso Standardizzato Italiano di mortalità tumorale e comparandolo con il TSI italiano si rilevano delle differenze significative in alcune sedi: Tumore dello Stomaco (25.82 AV1 morti ogni 100.000 abitanti e 14.8 Italia), Tumore del Pancreas (16.16 AV1 morti ogni 100.000 abitanti e 10.07 Italia), Tumore del Polmone (36.55 TSI Italia morti ogni 100.000 abitanti e 32.46 AV1), Tumore della Mammella (22.87 TSI Italia morti ogni 100.000 abitanti e 15.21 AV1) e Tumore della Prostata (30.51 AV1 morti ogni 100.000 abitanti e 17.33 Italia).

TUMORI

Analizzando le ospedalizzazioni per Tumore Maligno ed estrapolando per ogni soggetto un solo ricovero (eliminando i ripetuti) nel 2012 si sono registrati 4.506 soggetti con diagnosi di tumore maligno (SDO 2012, 1°, 2° e 3° diagnosi), 2.411 di sesso maschile e 2.095 di sesso femminile.

Tabella 3.1 Numero soggetti ricoverati con diagnosi di Tumore Maligno stratificati per classe di età (anno 2012)

Numero soggetti Ricoverati per tumore nel 2013						
Classi di età	Maschi	%	Femmine	%	Totale	%
0-4	8	0,30%	7	0,30%	15	0,30%
5-9	7	0,30%	8	0,40%	15	0,30%
10-14	9	0,40%	5	0,20%	14	0,30%
15-19	5	0,20%	6	0,30%	11	0,20%
20-24	11	0,50%	9	0,40%	20	0,40%
25-29	15	0,60%	13	0,60%	28	0,60%
30-34	15	0,60%	18	0,90%	33	0,70%
35-39	24	1,00%	51	2,40%	75	1,70%
40-44	39	1,60%	98	4,70%	137	3,00%
45-49	75	3,10%	143	6,80%	218	4,80%
50-54	111	4,60%	184	8,80%	295	6,50%
55-59	142	5,90%	166	7,90%	308	6,80%
60-64	229	9,50%	217	10,40%	446	9,90%
65-69	368	15,30%	240	11,50%	608	13,50%
70-74	434	18,00%	233	11,10%	667	14,80%
75-79	389	16,10%	257	12,30%	646	14,30%
80-84	305	12,70%	213	10,20%	518	11,50%
85-89	172	7,10%	159	7,60%	331	7,30%
90 e oltre	53	2,20%	68	3,20%	121	2,70%
Totale	2411	100,00%	2095	100,00%	4506	100,00%

Grafico 3.1 Percentuale soggetti ricoverati con diagnosi di Tumore Maligno stratificati per classe di età e sesso (anno 2012)

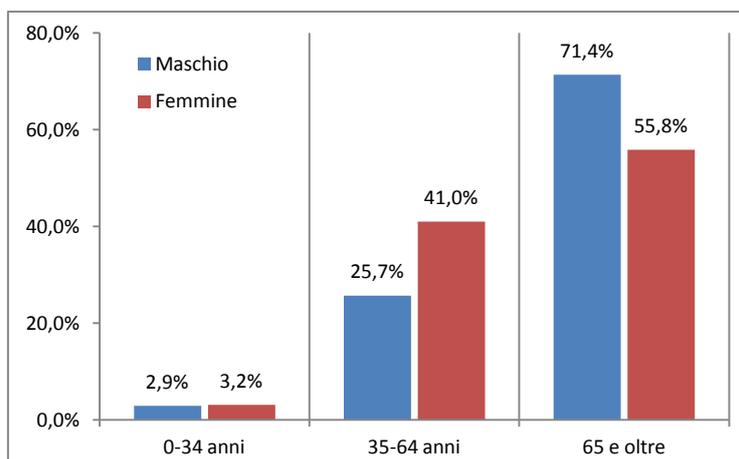


Tabella 3.2 Soggetti ricoverati con diagnosi di Tumore Maligno; Tasso Specifico per classe di età e sesso (anno 2012)

Età	Maschi			Femmine		
	Residenti PU	Soggetti ricoverati Tumore 2013	Tassi Specifico classe di età	Residenti PU	Soggetti ricoverati Tumore 2013	Tassi Specifico classe di età
0-4	8902	8	89,87	8352	7	83,81
5-9	8567	7	81,71	8207	8	97,48
10-14	8432	9	106,74	7778	5	64,28
15-19	8496	5	58,85	7878	6	76,16
20-24	9086	11	121,07	8745	9	102,92
25-29	10223	15	146,73	10110	13	128,59
30-34	12464	15	120,35	12481	18	144,22
35-39	14883	24	161,26	14506	51	351,58
40-44	15310	39	254,74	14879	98	658,65
45-49	14685	75	510,73	14203	143	1006,83
50-54	12441	111	892,21	12692	184	1449,73
55-59	10576	142	1342,66	11113	166	1493,75
60-64	11094	229	2064,18	11813	217	1836,96
65-69	9000	368	4088,89	9608	240	2497,92
70-74	8975	434	4835,65	10154	233	2294,66
75-79	7044	389	5522,43	9214	257	2789,23
80-84	5110	305	5968,69	7772	213	2740,61
85-89	2914	172	5902,54	5539	159	2870,55
90 e oltre	969	53	5469,56	2748	68	2474,53
Totale	179171	2411	1345,64	187792	2095	1115,6

Il Tasso Specifico per classe di età e sesso dei soggetti ricoverati per tumore maligno, indica una prevalenza del sesso femminile in età giovane/adulta (30-59 anni) e inversamente una prevalenza “marcata” del sesso maschile nella classe di età anziana (60-90 anni).

Grafico 3.2 Soggetti ricoverati con diagnosi di Tumore Maligno; Tasso Specifico per classe di età e sesso (anno 2012)

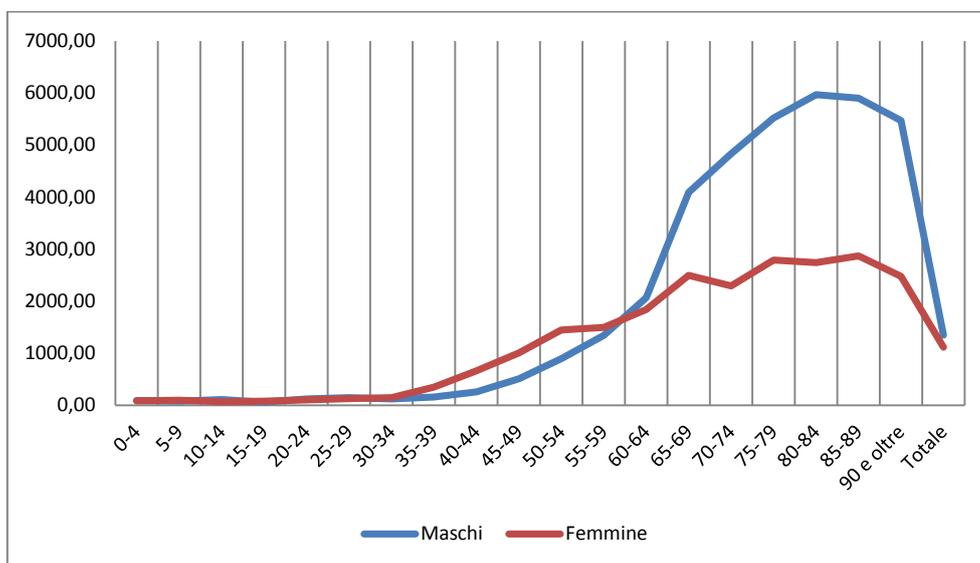
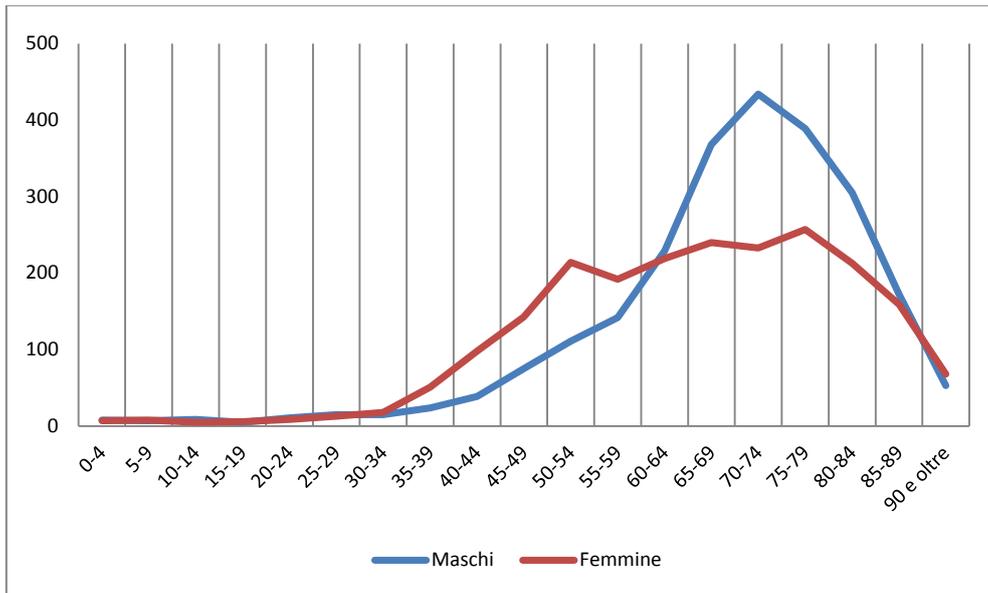
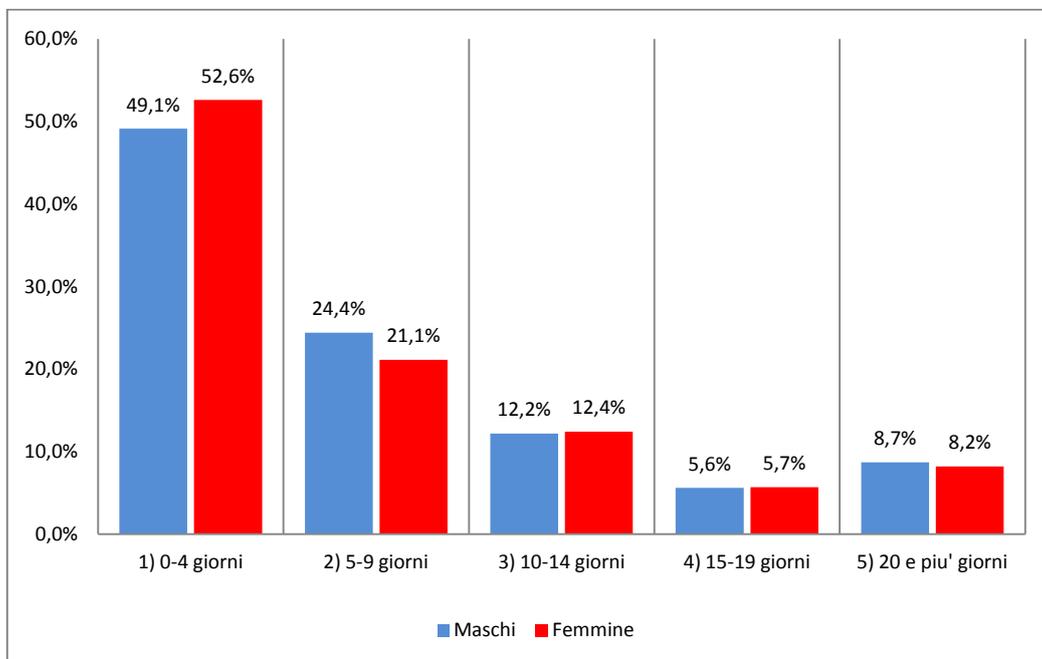


Grafico 3.3 Soggetti ricoverati con diagnosi di Tumore Maligno; Numero distribuito per classe di età e sesso (anno 2012)



Analizzando il numero assoluto dei soggetti ricoverati con diagnosi di Tumore Maligno, stratificato per classe di età e sesso, si nota una prevalenza (ancora più marcata del Tasso Specifico sopra illustrato) nelle classi di età (30-59 prevalenza sesso femminile) e (60-90 sesso maschile).

Grafico 3.4 Giorni di degenza media nei soggetti con diagnosi di Tumore Maligno, distribuzione per sesso (anno 2012)



Il tasso Standardizzato (Tabella 3.2) Italiano dei soggetti ricoverati per diagnosi di Tumore Maligno è di 963,15 ogni 100.000 abitanti e il Tasso Grezzo è di 1.240 ogni 100.000 abitanti, si notano delle differenze significative nella distribuzione territoriale nei comuni dell' Area Vasta n.1 PU.

Tabella 3.2 Soggetti con diagnosi di Tumore Maligno: Numero, TSI, Tasso Grezzo, % e distribuzione territoriale (anno 2012)

Comuni PU	Abitanti	N. Soggetti	TSI (100.000 Abitanti)	Tasso Grezzo	%
Frontino	299	8	1815,88	2675,59	0,20%
Belforte All'Isauro	778	18	1798,11	2313,62	0,40%
Sassofeltrio	1464	27	1578,78	1844,26	0,60%
Frontone	1357	25	1435,87	1842,3	0,60%
Monte Cerignone	2720	15	1352,72	551,47	0,30%
Tavoleto	879	15	1327,62	1706,48	0,30%
Peglio	719	10	1266,99	1390,82	0,20%
Monte Grimano Terme	683	21	1245,43	3074,67	0,50%
Barchi	988	16	1240,54	1619,43	0,40%
Sant'Angelo in Vado	4156	62	1233,07	1491,82	1,40%
Piagge	1026	17	1210,73	1656,92	0,40%
Apecchio	1994	33	1197,1	1654,96	0,70%
Acqualagna	4460	69	1193,12	1547,09	1,50%
Cantiano	2305	49	1155,15	2125,81	1,10%
Borgo Pace	646	13	1154,89	2012,38	0,30%
Mercatello sul Metauro	1434	24	1140,13	1673,64	0,50%
Gabicce Mare	5829	85	1103,51	1458,23	1,90%
Cagli	8889	137	1095,89	1541,23	3,00%
Sassocorvaro	3471	52	1092,9	1498,13	1,20%
Isola del Piano	607	8	1065,02	1317,96	0,20%
Mondavio	3947	58	1061,56	1469,47	1,30%
Urbania	7126	91	1060,5	1277,01	2,00%
Petriano	2835	33	1056,59	1164,02	0,70%
Montelabbate	2846	66	1024,14	2319,04	1,50%
Montemaggiore al Met.	2855	32	1019,99	1120,84	0,70%
Gradara	4809	49	1001,62	1018,92	1,10%
Colbordolo	6211	62	993,71	998,23	1,40%
Piobbico	2093	27	986,29	1290,01	0,60%
Mondolfo	11693	145	974,9	1240,06	3,20%
Pesaro	94615	1261	970,26	1332,77	28,00%
Mombaroccio	2147	24	964,71	1117,84	0,50%
Fossombrone	9826	127	959,71	1292,49	2,80%
Monteciccardo	2716	15	954,6	552,28	0,30%
Urbino	15466	195	949,68	1260,83	4,30%
Sant'angelo in lizzola	8815	78	947,2	884,86	1,70%
Lunano	1523	15	934,48	984,9	0,30%
Tavullia	8046	66	933,95	820,28	1,50%
Fano	63119	769	930,88	1218,33	17,10%
Fermignano	8624	87	922,11	1008,81	1,90%
San Costanzo	4826	52	876,78	1077,5	1,20%
Fratte Rosa	1003	11	862,37	1096,71	0,20%
Sant'Ippolito	1566	17	848,2	1085,57	0,40%
Orciano di Pesaro	2109	29	845,46	1375,06	0,60%
San Lorenzo in Campo	3428	40	834,73	1166,86	0,90%
Macerata Feltria	2029	28	833,17	1379,99	0,60%
Saltara	6811	57	825,25	836,88	1,30%
Carpegna	1672	21	818,11	1255,98	0,50%
Pergola	6516	82	816,01	1258,44	1,80%
Monte Porzio	1715	28	802,54	1632,65	0,60%
Montefelcino	6841	29	801,15	423,91	0,60%
Pietrarubbia	677	11	795,59	1624,82	0,20%
Montecalvo in Foglia	1146	24	783,19	2094,24	0,50%
Cartoceto	7859	66	777,45	839,8	1,50%
Serrungarino	2605	22	764,34	844,53	0,50%
Auditore	1631	18	741,13	1103,62	0,40%
Mercatino Conca	1118	10	737,34	894,45	0,20%
Piandimeleto	2154	21	731,24	974,93	0,50%
Montecopiolo	1155	13	707,35	1125,54	0,30%
San Giorgio di Pesaro	1440	12	658,01	833,33	0,30%
Serra Sant'Abbondio	1071	11	515,41	1027,08	0,20%
TOTALE	363388	4506	963,15	1240	100,00%

Grafico 3.5 Soggetti con diagnosi di Tumore Maligno, distribuzione territoriale (residenza) e TSI (anno 2012)

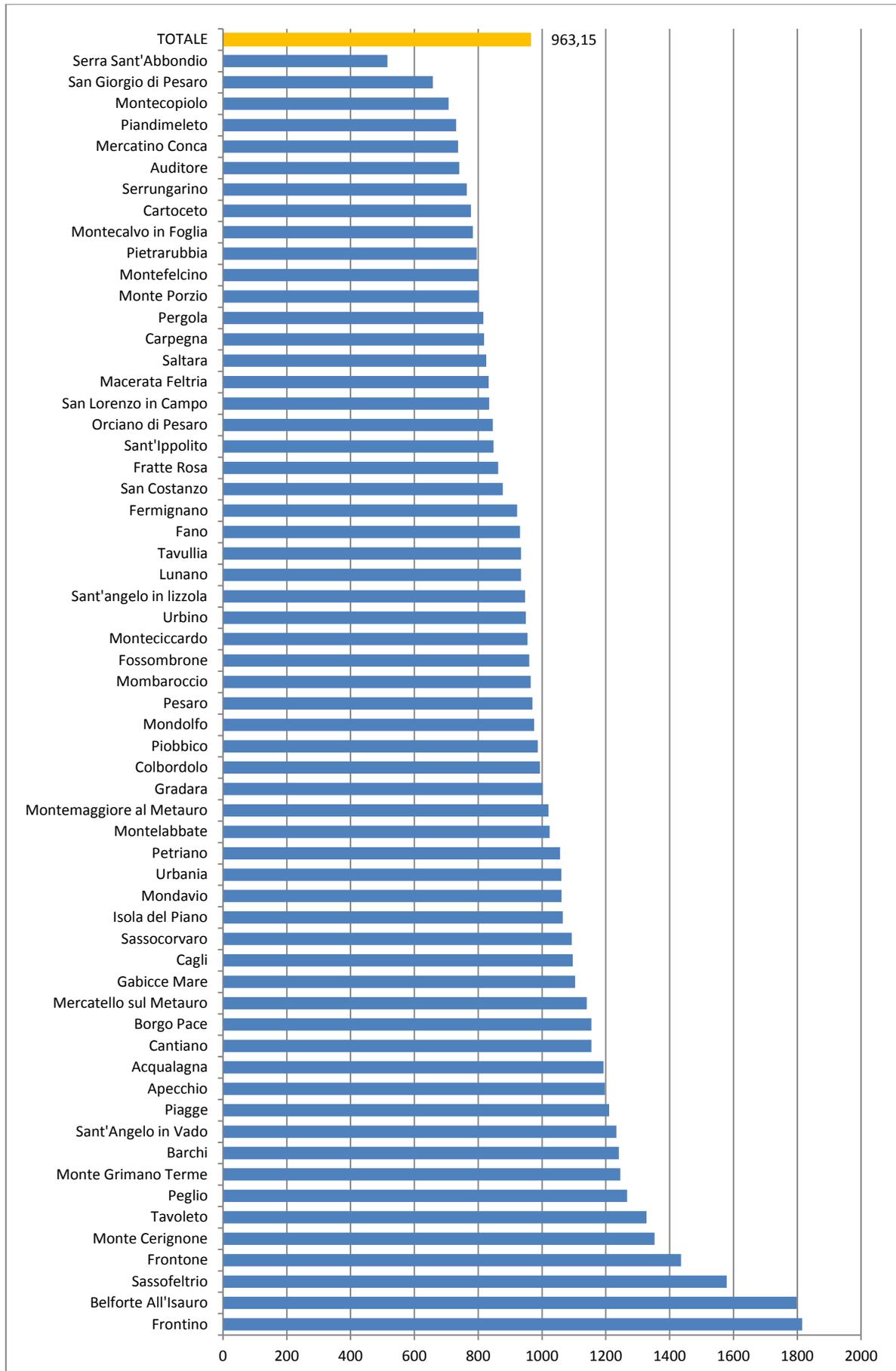
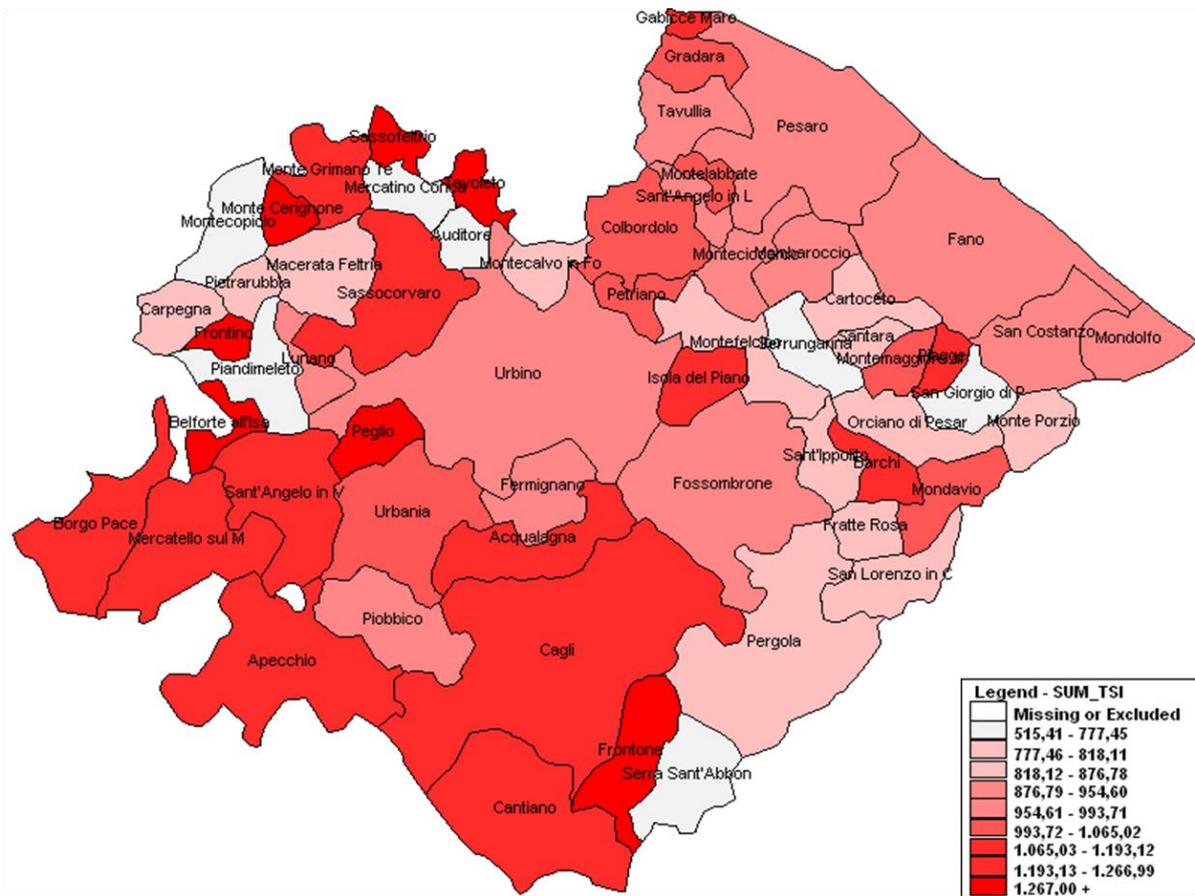


Grafico 3.6 Soggetti con diagnosi di Tumore Maligno, distribuzione territoriale (residenza) e TSI (2013)



Il Grafico 3.6 indica la distribuzione territoriale (cartografica) del Tasso Standardizzato Italiano dei soggetti con diagnosi di Tumore Maligno residenti nella Provincia di Pesaro-Urbino con almeno un accesso ospedaliero dal 01-01-2012 al 31-12-2012 (per accesso ospedaliero si indica almeno un ricovero con diagnosi tumorale in 1°, 2° o 3° classe nel territorio Italiano).

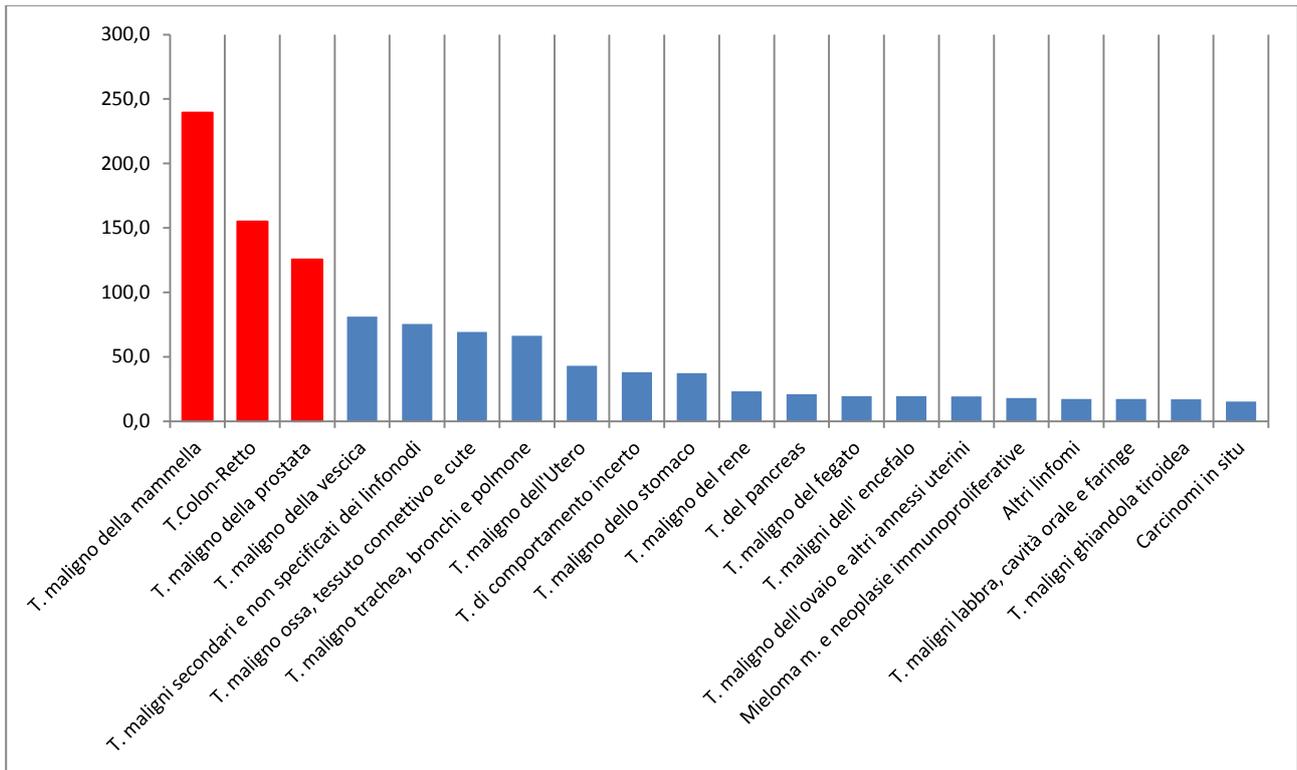
I valori maggiori del Tasso Standardizzato Italiano si registrano nelle zone interne della Provincia di Pesaro Urbino, nello specifico: Frontino (TSI 1815,88), Belforte all’Isauro (TSI 1798,11), Sassofeltrio (TSI 1578,78), Monte Cerignone (TSI 1352,72), Tavoleto (TSI 1327,62) e Peglio (TSI 1266,99).

Il Tasso Standardizzato Italiano dei Comuni sopra indicati risulta eccessivamente variabile in quanto la numerosità dei residenti è molto limitata.

Tabella 3.3 Soggetti con diagnosi di Tumore Maligno: tipologia di neoplasia icd-9-cm, numero assoluto e TSI (anno 2012)

Tipologia di Tumore Maligno	Numero	TSI 100.000	%	Codice ICD-09-CM
T. maligno della mammella	524	239,35	11,67%	174-174.9
T.Colon-Retto	488	155,02	10,87%	153-154.8
T. maligno della prostata	289	125,39	6,44%	185
T. maligno della vescica	400	81,09	8,91%	188-188.9
T. maligni secondari e non specificati dei linfonodi	351	75,57	7,82%	196-196.9
T. maligno ossa, tessuto connettivo e cute	352	69,38	7,84%	170-173.9
T. maligno trachea, bronchi e polmone	317	66,36	7,06%	162-162.9
T. maligno dell'Utero	91	43,08	2,03%	179-182.8
T. di comportamento incerto	177	38,04	3,94%	235-238.9
T. maligno dello stomaco	189	37,42	4,21%	151-151.9
T. maligno del rene	115	23,2	2,56%	189-189.9
T. del pancreas	105	20,88	2,34%	157-157.9
T. maligno del fegato	93	19,51	2,07%	155-155.2
T. maligni dell' encefalo	83	19,42	1,85%	191-191.9
T. maligno dell'ovaio e altri annessi uterini	84	19,2	1,87%	183-183.9
Mieloma m. e neoplasie immunoproliferative	84	17,88	1,87%	203-203.81
Altri linfomi	79	17,36	1,76%	202.8-202.98
T. maligni labbra, cavità orale e faringe	75	17,23	1,67%	140-149.9
T. maligni ghiandola tiroidea	65	16,97	1,45%	193
Carcinomi in situ	64	15,26	1,43%	234-234.9
Leucemia mieloide	66	13,3	1,47%	205-205.91
T. di natura non specificata	53	11,6	1,18%	239-239.9
Leucemia linfoide	55	11,48	1,22%	204-204.91
Linfosarcoma e reticulosarcoma	51	10,98	1,14%	200-200.88
Linfoma nodulare	41	10,09	0,91%	202-202.08
T. maligno della colecisti e dei dotti biliari extraepatici	41	8,14	0,91%	156-156.9
T. maligno del testicolo	28	7,59	0,62%	186-186.9
T. maligno della laringe	32	7,03	0,71%	161-161.9
malattia di hodgkin	21	6,05	0,47%	201-201.9
T. maligno della vulva	11	4,18	0,24%	184.4
T. maligno Esofago	16	3,41	0,36%	150-150.9
T. maligno dell'intestino tenue	14	2,84	0,31%	152-152.9
T. maligno delle meningi cerebrali	11	2,2	0,24%	192.1
T. maligno del retroperitoneo e peritoneo	9	1,83	0,20%	158-158.9
T. maligno della vagina	5	1,83	0,11%	184
T. maligno cavità nasali, orecchio e seni paranasali	8	1,45	0,18%	160-160.9
T. maligno del timo, cuore e mediastino	5	0,9	0,11%	164-164.9
Malattia di Sezary	4	0,8	0,09%	202.2-202.28
Sarcoma di Kaposi	4	0,8	0,09%	176-176.9
TOTALE	4490	963,15	100,00%	

Grafico 3.7 Soggetti con diagnosi di Tumore Maligno: tipologia di neoplasia icd-9-cm e TSI (anno 2012)



La Tabella 3.3 e il Grafico 3.7 indicano da distribuzione per tipologia (codice icd-09-cm) dei soggetti con diagnosi di Tumore Maligno residenti nella Provincia di Pesaro-Urbino con almeno un accesso ospedaliero dal 01-01-2012 al 31-12-2012 (per accesso ospedaliero si indica almeno un ricovero con diagnosi tumorale in 1°, 2° o 3° classe nel territorio Italiano). I valori maggiori del Tasso Standardizzato Italiano si registrano nel: Tumore della Mammella (239,35 soggetti ogni 100.000 residenti), Tumore del Colon-Retto (155,02 ogni 100.000), Tumore della Prostata (125,39 ogni 100.000), Tumore della Vescica (81,09 ogni 100.000), Tumori Maligni secondari e non specificati dei Linfonodi (75,57 ogni 100.000), Tumore Maligno Ossa Tessuto Connettivo e Cute (69,38 ogni 100.000) e Tumore Maligno Trachea Bronchi e polmone (66,36 ogni 100.000).

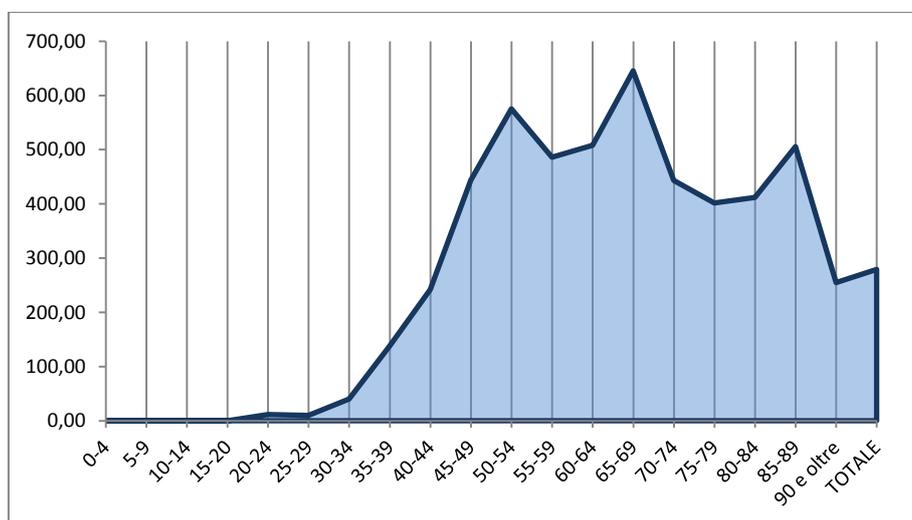
Tumore Maligno della Mammella

Il Tumore Maligno della Mammella colpisce 1 donna su 8 nell'arco della vita. È il tumore più frequente nel sesso femminile e rappresenta il 29% di tutti i tumori che colpiscono le donne. È la prima causa di mortalità per tumore nel sesso femminile, con un tasso di mortalità del 16% di tutti i decessi per causa oncologica. I soggetti di sesso femminile residenti nella Provincia di PU e ricoverati, nel territorio nazionale, dal 01-01-2012 al 31-12-2012 risultano essere 524 con un TSI di 239,35 ogni 100.000 abitanti.

Tabella 3.4 Numero soggetti di sesso femminile ricoverati per Tumore Maligno della Mammella, T.S. per classe di età (anno 2012)

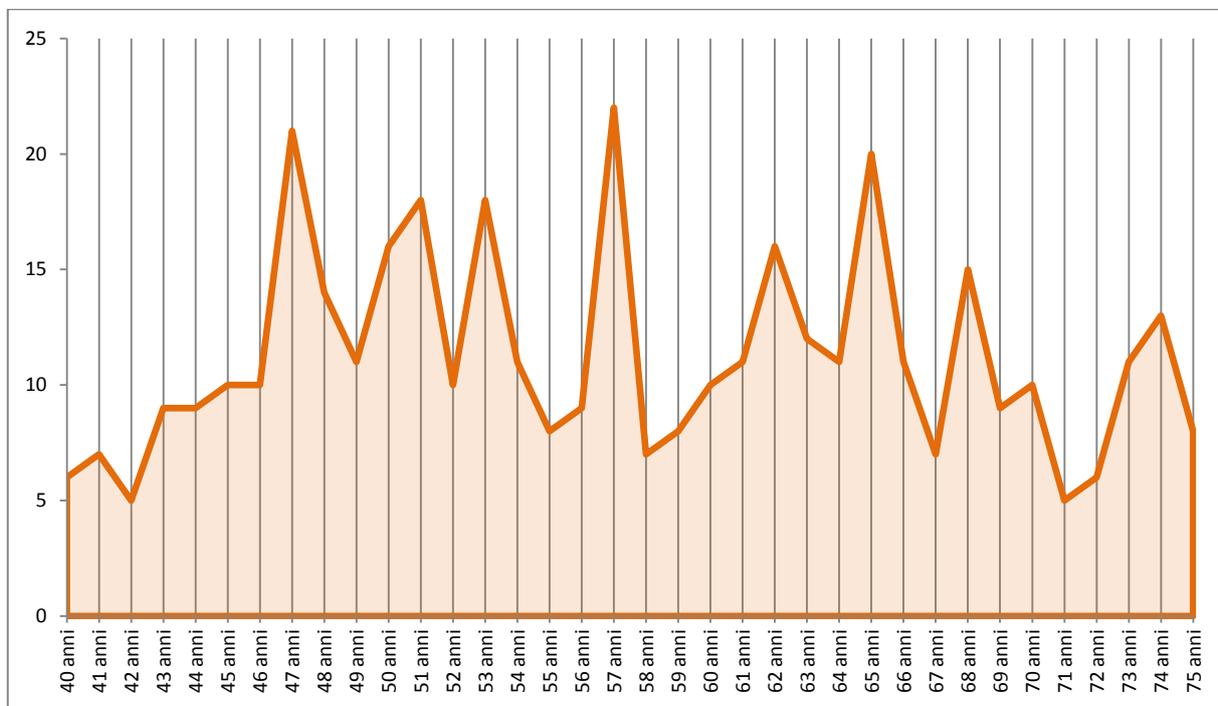
Età	Popolazione F. 2013	N. Tumore Mammella	Tasso Specifico età	%
0-4	8352	0	0	0,00%
5-9	8207	0	0	0,00%
10-14	7778	0	0	0,00%
15-19	7878	0	0	0,00%
20-24	8745	1	11,44	2,20%
25-29	10110	1	9,89	1,90%
30-34	12481	5	40,06	7,60%
35-39	14506	20	137,87	26,30%
40-44	14879	36	241,95	46,20%
45-49	14203	63	443,57	84,70%
50-54	12692	73	575,17	109,80%
55-59	11113	54	485,92	92,70%
60-64	11813	60	507,92	96,90%
65-69	9608	62	645,3	123,10%
70-74	10154	45	443,18	84,60%
75-79	9214	37	401,56	76,60%
80-84	7772	32	411,73	78,60%
85-89	5539	28	505,51	96,50%
90 e oltre	2748	7	254,73	48,60%
TOTALE	187792	524	279,03	53,30%

Grafico 3.8 Tasso Specifico per classe di età di soggetti (sesso femminile) ricoverati per Tumore Maligno della Mammella (2012)



Il Tasso Specifico per classe di età (Grafico 3.8) indica nella classe 65-69 anni il rapporto maggiore tra soggetti ricoverati e residenti appartenenti alla classe di età 65-69anni (645,3 soggetti ricoverati ogni 100.000 residenti 65-69 anni) a seguire la classe di età 50-54 anni (575,17 soggetti ricoverati ogni 100.000 residenti 50-54 anni). Analizzando il numero assoluto e stratificandolo per singola di età (Grafico 3.9) si nota che molto numerosi sono i soggetti ricoverati a 47 anni (secondo picco per numerosità dopo i 57 anni) fascia non coperta dal programma di screening (50-69 anni). In conclusione, si rileva, in analogia con i dati nazionali, un abbassamento dell'età dei soggetti di sesso femminile a cui è stato diagnosticato un Tumore maligno della Mammella. (la lettura dei dati consiglia un abbassamento di 5 anni dei programmi di screening alla Mammella).

Grafico 3.9 Numero distribuito per classe di età di soggetti (sesso femminile) ricoverati per Tumore Maligno della Mammella (2012)



La Tabella 3.5 indica la distribuzione per diagnosi dei soggetti ricoverati per Tumore Maligno della Mammella residenti nella Provincia di Pesaro-Urbino con almeno un accesso ospedaliero dal 01-01-2012 al 31-12-2012.

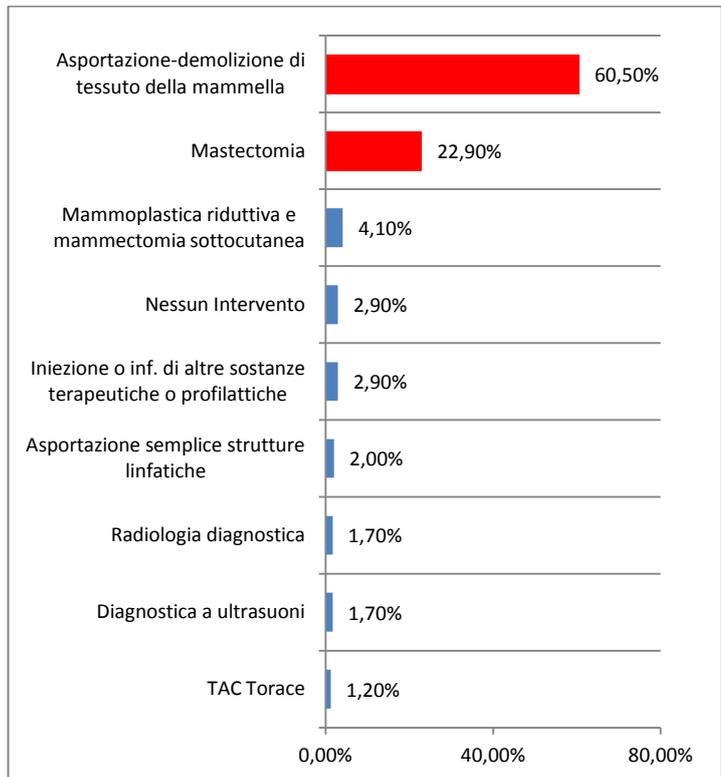
Tabella 3.5 Numero soggetti (sesso femminile) ricoverati per Tumore Maligno della Mammella: distribuzione per diagnosi (2012)

Tumore Maligno della Mammella	N. soggetti	%
Diagnosi principale	401	76,50%
Diagnosi in seconda	106	20,20%
Diagnosi in terza	17	3,20%
TOTALE	524	100,00%

La Tabella 3.6 indica dettagliatamente tutti gli interventi attuati quando il Tumore maligno della Mammella era in Diagnosi Principale; nel 60,5% dei casi “Asportazione-demolizione di tessuto della mammella”, nel 22,9% dei casi “mastectomia” e nel 4,1% “Mammoplastica riduttiva e mammectomia sottocutanea”.

Tabella 3.6 Tipologia di interventi attuati quando il Tumore Maligno della Mammella è in diagnosi Principale (2012)

Interventi attuati quando il Tumore della Mammella è in Diagnosi Principale	%
Asportazione-demolizione di tessuto della mammella	60,50%
Mastectomia	22,90%
Mammoplastica riduttiva e mammectomia sottocutanea	4,10%
Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche o profilattiche	2,90%
Nessun Intervento	2,90%
Asportazione semplice strutture linfatiche	2,00%
Diagnostica a ultrasuoni	1,70%
Radiologia diagnostica	1,70%
TAC Torace	1,20%
TOTALE	100,00%



La Tabella 3.7 indica dettagliatamente tutti gli interventi attuati quando il Tumore Maligno della Mammella era in Diagnosi 2° e 3°; nell’ 89% dei casi “Chemioterapia” e nel 6,9% “Nessun intervento”.

Tabella 3.7 Tipologia di interventi attuati quando il Tumore Maligno della Mammella è in diagnosi seconda e terza (2012)

Interventi attuati quando il Tumore della Mammella è in diagnosi 2-3	%
Chemioterapia	89,30%
Nessun Intervento	6,90%
RSM	1,30%
TAC del torace	2,60%
TOTALE	100,00%

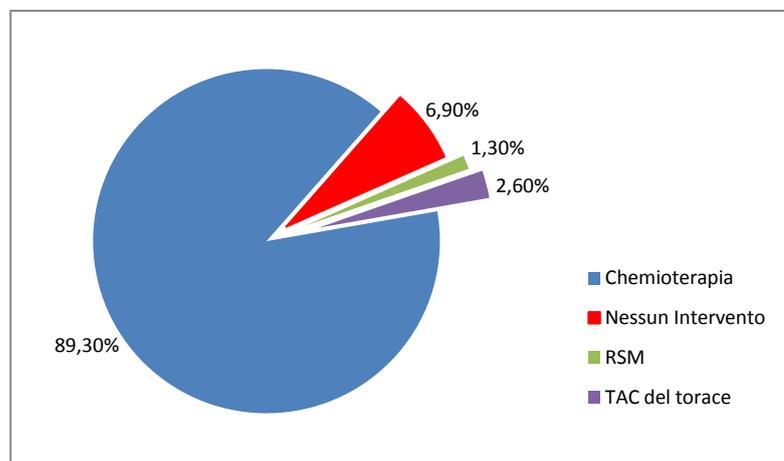
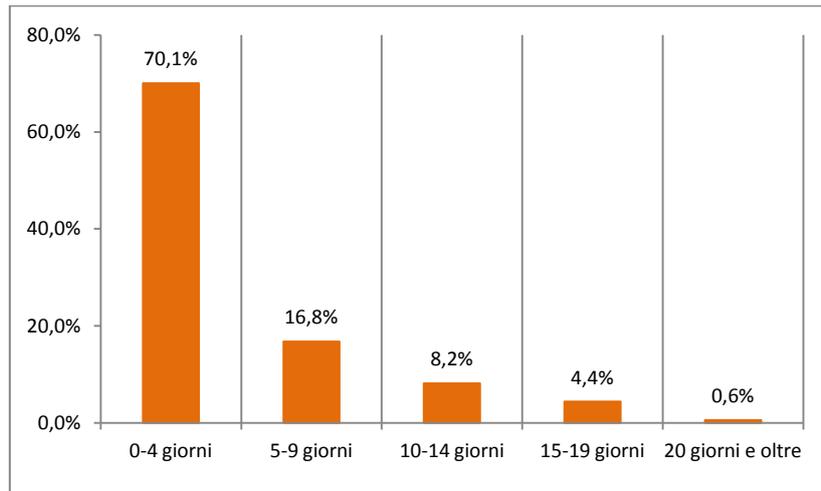
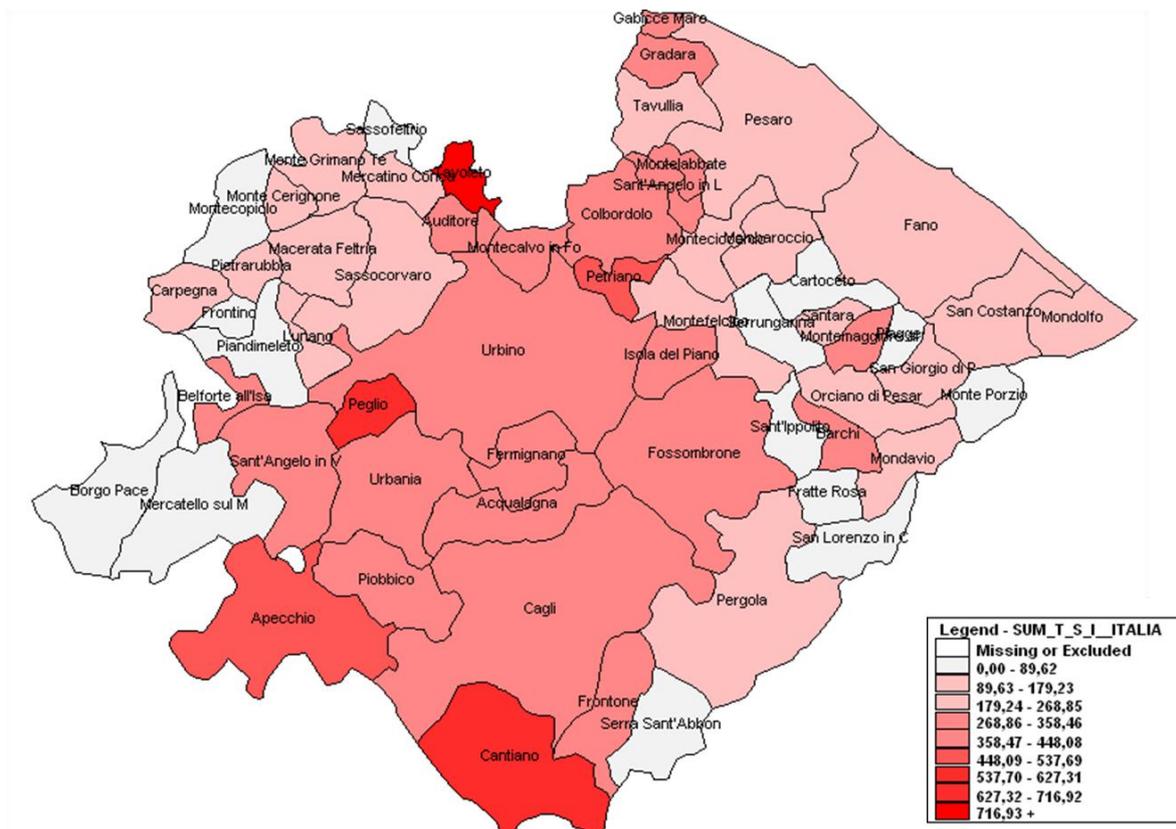


Grafico 3.10 Giorni di degenza media nei soggetti (sesso femminile) con diagnosi di Tumore Maligno della Mammella (2012)



Il Grafico 3.11 indica la distribuzione territoriale (cartografica) del Tasso Standardizzato Italiano dei soggetti con diagnosi di Tumore Maligno della Mammella nella Provincia di PU con almeno un accesso ospedaliero dal 01-01-2012 al 31-12-2012. (per accesso ospedaliero si indica almeno un ricovero con diagnosi tumorale in 1°, 2° o 3° classe nel territorio Italiano). I valori maggiori del Tasso Standardizzato Italiano per Tumore Maligno della Mammella si registrano nelle zone interne della Provincia di Pesaro Urbino.

Grafico 3.11 Soggetti (sesso Femminile) con diagnosi Tumore Maligno della Mammella, distribuzione territoriale (residenza) e TSI (2012)



Tumore maligno della Prostata

Il tumore della prostata è uno dei tumori più diffusi nella popolazione maschile e rappresenta circa il 15% di tutti i tumori diagnosticati nell'uomo: le stime, relative all'anno 2012, parlano di 36.300 nuovi casi l'anno in Italia, ma il rischio che la malattia abbia un esito nefasto non è particolarmente elevato, soprattutto se si interviene in tempo. Lo dimostrano anche i dati relativi al numero di persone ancora vive dopo cinque anni dalla diagnosi - in media oltre il 70% - una percentuale tra le più elevate tra i tumori, soprattutto se si tiene conto dell'età avanzata dei pazienti e quindi delle altre possibili cause di morte. Stando ai dati più recenti, nel corso della propria vita un uomo su 16 nel nostro Paese sviluppa un tumore della prostata. L'incidenza, cioè il numero di nuovi casi registrati in un dato periodo di tempo, è in continua crescita, con un raddoppio negli ultimi 10 anni, dovuto all'aumento dell'età media della popolazione. I soggetti di sesso maschile residenti nella Provincia di PU e ricoverati (per Tumore della Prostata), nel territorio nazionale, dal 01-01-2012 al 31-12-2012 risultano essere 289 con un TSI di 125,39 ogni 100.000 abitanti.

Tabella 3.8 Numero soggetti (sesso Maschile) ricoverati per Tumore Maligno della Prostata, T.S. per classe di età (2012)

Età	Popolazione M. 2013	N. Tumore Prostata	Tasso specifico età	%
0-4	8902	0	0,00	0,0%
5-9	8567	0	0,00	0,0%
10-14	8432	0	0,00	0,0%
15-20	8496	0	0,00	0,0%
20-24	9086	0	0,00	0,0%
25-29	10223	0	0,00	0,0%
30-34	12464	0	0,00	0,0%
35-39	14883	0	0,00	0,0%
40-44	15310	0	0,00	0,0%
45-49	14685	1	6,81	0,3%
50-54	12441	3	24,11	1,0%
55-59	10576	22	208,02	7,6%
60-64	11094	34	306,47	11,8%
65-69	9000	58	644,44	20,1%
70-74	8975	65	724,23	22,5%
75-79	7044	51	724,02	17,6%
80-84	5110	29	567,51	10,0%
85-89	2914	18	617,71	6,2%
90 e oltre	969	8	825,59	2,8%
TOTALE	179171	289	161,30	100,0%

Il Tasso Specifico per classe di età (Grafico 3.12) indica nella classe >90 anni il rapporto maggiore tra soggetti ricoverati e residenti appartenenti alla classe di età >90 anni (825,59 soggetti ricoverati ogni 100.000 residenti >90 anni) a seguire la classe di età 70-74 anni (724,23 soggetti ricoverati ogni 100.000 residenti 70-74 anni). Analizzando il numero assoluto e stratificandolo per fasce di età (Grafico 3.13) si nota che il numero maggiore di soggetti ricoverati avviene tra i 70-74 anni (n. 65) seguito dalla classe di età 65-69 anni (n. 58) e 75-79 anni (n. 51).

Grafico 3.12 Tasso Specifico per classe di età di soggetti (sesso Maschile) ricoverati per Tumore Maligno della Prostata (2012)

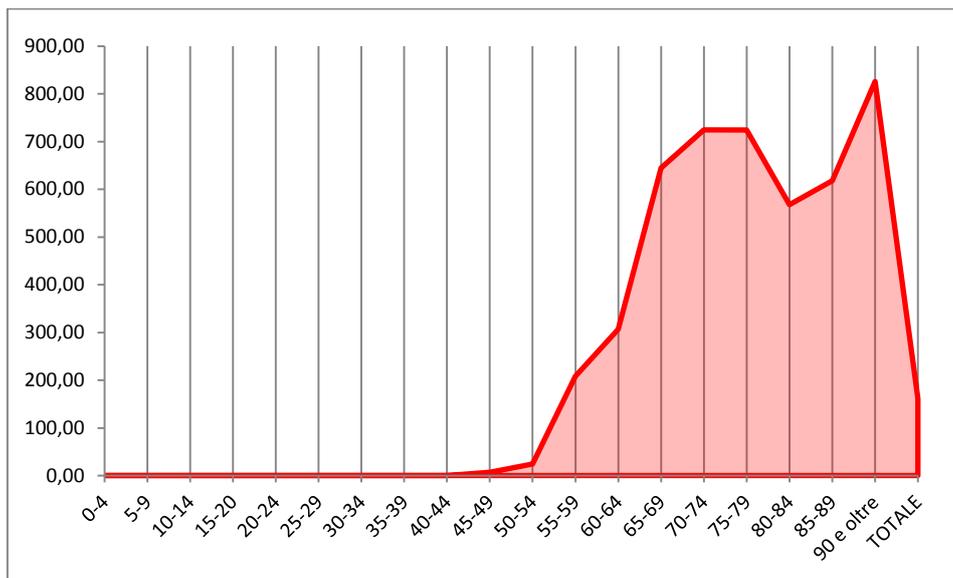
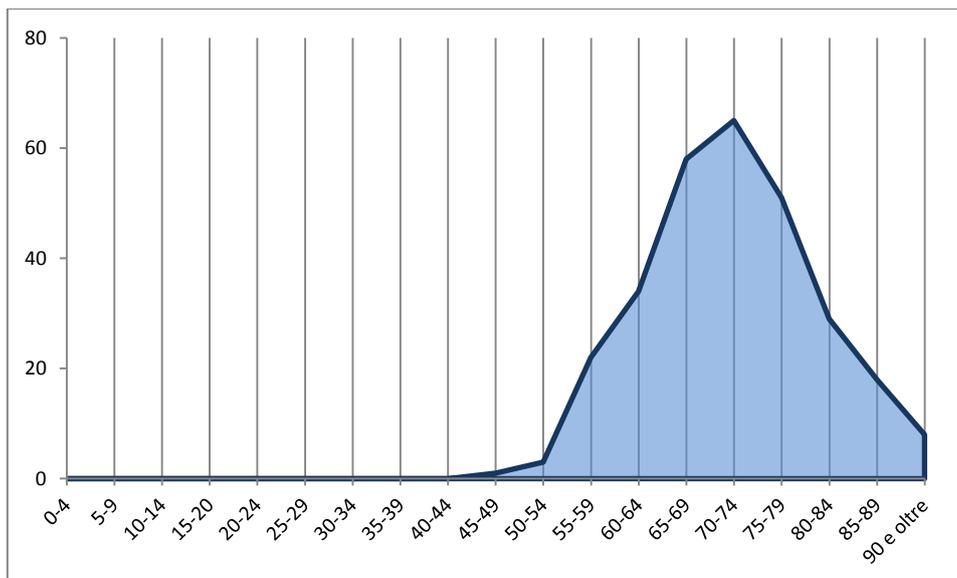


Grafico 3.13 Numero distribuito per classe di età di soggetti (sesso Maschile) ricoverati per Tumore Maligno della Prostata (2012)



La Tabella 3.9 indica la distribuzione per diagnosi dei soggetti ricoverati per Tumore Maligno della Prostata residenti nella Provincia di Pesaro-Urbino con almeno un accesso ospedaliero dal 01-01-

2012 al 31-12-2012 (per accesso ospedaliero si indica almeno un ricovero con diagnosi tumorale in 1°, 2° o 3° classe nel territorio Italiano).

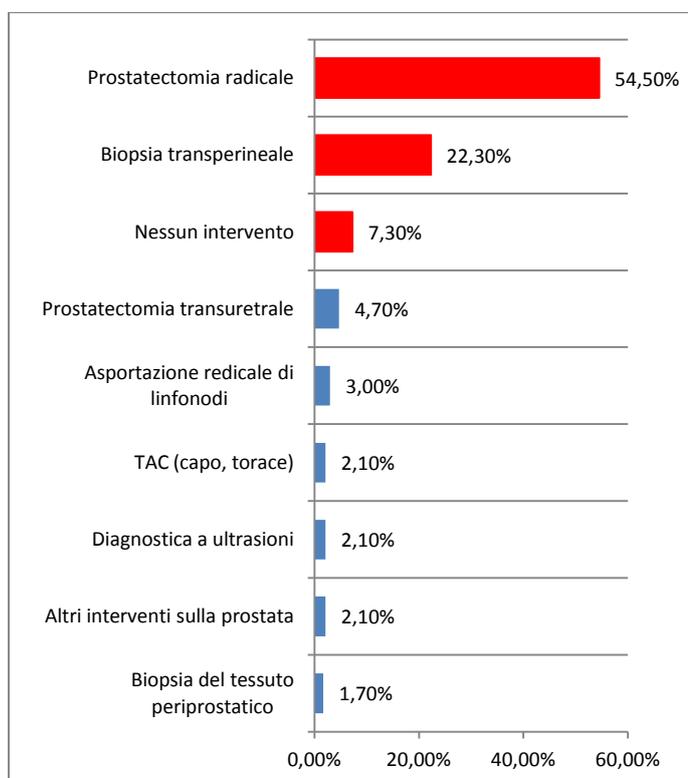
Tabella 3.9 Numero soggetti (sesso Maschile) ricoverati per Tumore Maligno della Prostata: distribuzione per diagnosi (2012)

Tumore maligno Prostata	N. soggetti	%
Diagnosi principale	205	70,93%
Diagnosi in seconda	73	25,26%
Diagnosi in terza	11	3,81%
TOTALE	289	100,00%

La Tabella 3.10 indica dettagliatamente tutti gli interventi attuati quando il Tumore maligno della Prostata era in Diagnosi Principale; nel 54,50% dei casi “Prostatectomia radicale”, nel 22,30% dei casi “Biopsia transperineale”, nel 7,1% dei casi “nessun intervento” e nel 4,7% dei casi “Prostatectomia transuretrale”.

Tabella 3.10 Tipologia di interventi attuati quando il Tumore Maligno della Prostata è in diagnosi Principale (2012)

Interventi attuati quando il Tumore della Prostata è in Diagnosi Principale	%
Prostatectomia radicale	54,50%
Biopsia transperineale	22,30%
Nessun intervento	7,30%
Prostatectomia transuretrale	4,70%
Asportazione radicale di linfonodi	3,00%
Altri interventi sulla prostata	2,10%
Diagnostica a ultrasuoni	2,10%
TAC (capo, torace)	2,10%
Biopsia del tessuto periprostatico	1,70%
TOTALE	100,00%

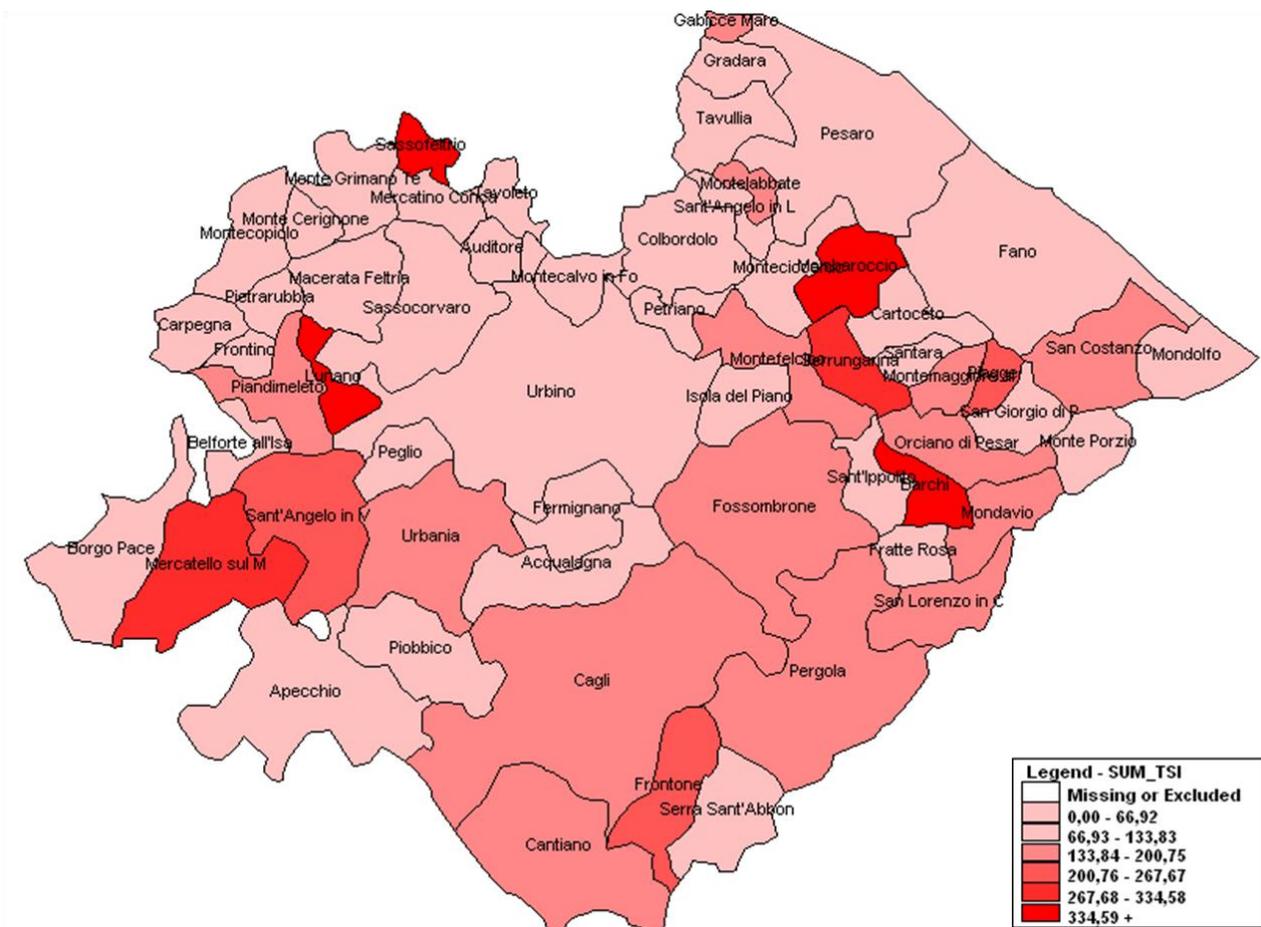


La Tabella 3.11 indica tutti gli interventi attuati quando il Tumore Maligno della Prostata era in Diagnosi 2° e 3°; nel 36,7% dei casi “Chemioterapia”, nel 24,5% dei casi “Nessun Intervento” e nel 10,9% dei casi “TAC capo e/o torace”.

Tabella 3.11 Tipologia di interventi attuati quando il Tumore Maligno della Prostata è in diagnosi seconda e terza (2012)

Interventi attuati quanto il Tumore della Prostata è in diagnosi 2-3	%
Chemioterapia	36,70%
Nessun intervento	24,50%
TAC (capo e/o torace)	10,90%
Asportazione o demolizione transuretrale di tessuto vescicale	5,40%
Cistectomia totale	4,80%
Elettrocardiogramma	4,80%
Diagnostica ecografica addominale e retroperitoneale	3,40%
Terapia respiratoria	2,70%
Trasfusione di concentrato cellulare	2,70%
Uretrotomia endoscopica	2,70%
Interventi sul pene	1,40%
TOTALE	100,00%

Grafico 3.14 Soggetti (sesso Maschile) con diagnosi Tumore Maligno della Prostata, distribuzione territoriale (residenza) e TSI (2012)



Il Grafico 3.14 indica la distribuzione territoriale (cartografica) del Tasso Standardizzato Italiano dei soggetti con diagnosi di Tumore Maligno della Prostata nella Provincia di PU con almeno un accesso ospedaliero dal 01-01-2012 al 31-12-2012. (per accesso ospedaliero si indica almeno un

ricovero con diagnosi tumorale in 1°, 2° o 3° classe nel territorio Italiano). I valori maggiori del Tasso Standardizzato Italiano per Tumore Maligno della Prostata si registrano nelle zone interne della Provincia di Pesaro Urbino.

Tumore Maligno della Vescica

Il tumore della vescica rappresenta circa il 3% di tutti i tumori e, in urologia, è secondo solo al tumore della prostata. È più comune tra i 60 e i 70 anni, ed è tre volte più frequente negli uomini che nelle donne (avendo una esposizione al rischio maggiore sia come stili di vita sia come ambiente lavorativo). Alla diagnosi, il tumore della vescica è superficiale nell'85% dei casi, infiltrante nel 15%. Secondo i dati del Registro Tumori, in Italia nel 2012 sono stati diagnosticati circa 24.500 casi di tumore vescicale, considerando sia le forme infiltranti sia quelle superficiali. La sopravvivenza a cinque anni supera il 70% dei casi. I soggetti residenti nella Provincia di PU e ricoverati (per Tumore della Vescica), nel territorio nazionale, dal 01-01-2012 al 31-12-2012 risultano essere 400 con un TSI di 81,09 ogni 100.000 abitanti.

Tabella 3.12 Numero soggetti ricoverati per Tumore Maligno della Vescica, T.S. per classe di età e sesso (2012)

Età	MASCHI			FEMMINE		
	Popolazione M. 2013	N. Tumore Vescica	Tasso specifico età	Popolazione F. 2013	N. Tumore Vescica	Tasso specifico età
0-4	8902	0	0,00	8352	0	0,00
5-9	8567	0	0,00	8207	0	0,00
10-14	8432	0	0,00	7778	0	0,00
15-19	8496	1	11,77	7878	0	0,00
20-24	9086	1	11,01	8745	0	0,00
25-29	10223	1	9,78	10110	0	0,00
30-34	12464	0	0,00	12481	0	0,00
35-39	14883	1	6,72	14506	0	0,00
40-44	15310	3	19,60	14879	1	6,72
45-49	14685	4	27,24	14203	0	0,00
50-54	12441	6	48,23	12692	7	55,15
55-59	10576	15	141,83	11113	1	9,00
60-64	11094	25	225,35	11813	7	59,26
65-69	9000	52	577,78	9608	9	93,67
70-74	8975	65	724,23	10154	8	78,79
75-79	7044	71	1007,95	9214	8	86,82
80-84	5110	56	1095,89	7772	9	115,80
85-89	2914	33	1132,46	5539	10	180,54
90 e oltre	969	5	516,00	2748	1	36,39
TOTALE	179171	339	189,20	187792	61	32,48

Il Tasso Specifico per classe di età (Grafico 3.15) indica nella classe 85-89 anni il rapporto maggiore tra soggetti ricoverati e residenti appartenenti alla classe di età 85-89 (1.132,46 soggetti maschi ricoverati ogni 100.000 residenti 85-89 anni e 180,54 soggetti di sesso femminile ricoverati ogni

100.000 residenti 85-89 anni) a seguire la classe di età 80-84 anni (1.095,89 soggetti ricoverati maschi e 115,80 femmine ogni 100.000 residenti 80-84 anni). Analizzando la distribuzione tra i sessi del Tumore Maligno della Vescica emerge un 84,4% dei casi è di sesso maschile a fronte di un 15,3% di sesso femminile.

Grafico 3.15 Tasso Specifico per classe di età di soggetti ricoverati per Tumore Maligno della Vescica, maschi e femmine (2012)

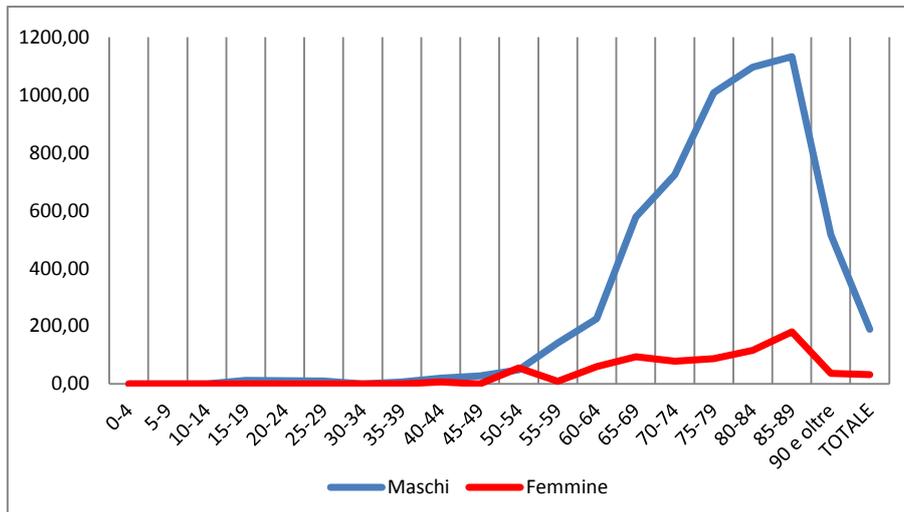
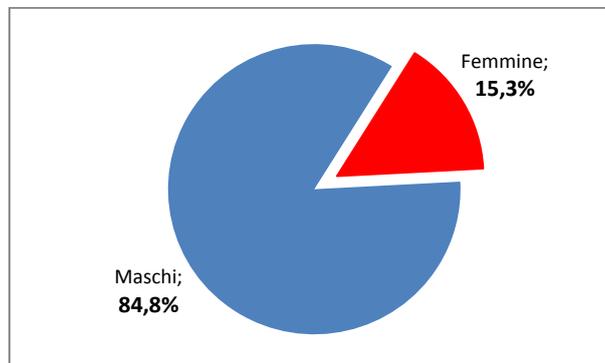


Grafico 3.16 Percentuale soggetti ricoverati per Tumore Maligno della Vescica, distribuzione per sesso (2012)



La Tabella 3.13 indica la distribuzione per diagnosi dei soggetti ricoverati per Tumore Maligno della Vescica residenti nella Provincia di Pesaro-Urbino con almeno un accesso ospedaliero dal 01-01-2012 al 31-12-2012 (per accesso ospedaliero si indica almeno un ricovero con diagnosi tumorale in 1°, 2° o 3° classe nel territorio Italiano).

Tabella 3.13 Numero soggetti ricoverati per Tumore Maligno della Vescica: distribuzione per diagnosi (2012)

Tumore maligno della Vescica	N. soggetti	%
Diagnosi principale	349	87,25%
Diagnosi in seconda	39	9,75%
Diagnosi in terza	12	3,00%
TOTALE	400	100,00%

La Tabella 3.14 indica dettagliatamente tutti gli interventi attuati quando il Tumore Maligno della Vescica era in Diagnosi Principale; nell' 80,80% dei casi "Asportazione-demolizione transuretrale di tessuto vescicale" e nel 6,90% dei casi "Cistectomia totale".

Tabella 3.14 Tipologia di interventi attuati quando il Tumore Maligno della Vescica è in diagnosi Principale (2012)

Interventi attuati quando il Tumore della Vescica è in Diagnosi Principale	%
Asportazione-demolizione transuretrale di tessuto vescicale	80,80%
Cistectomia totale	6,90%
Cistoscopia con biopsia	5,50%
Altra cistoscopia	1,90%
TAC (capo e torace)	1,90%
Elettrocardiogramma	1,40%
Altri interventi sulla vescica	1,10%
Trasfusione di concentrato cellulare	0,50%
TOTALE	100,00%

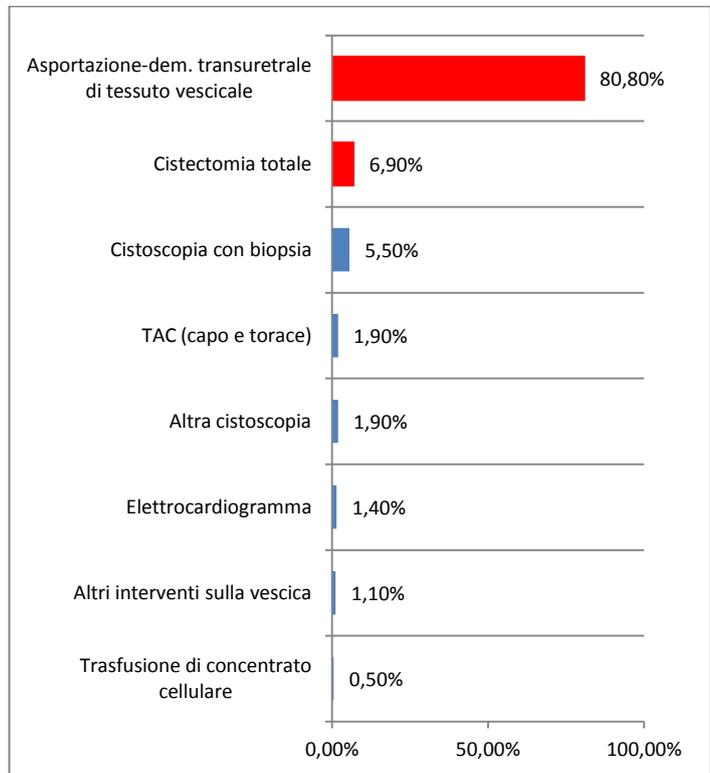
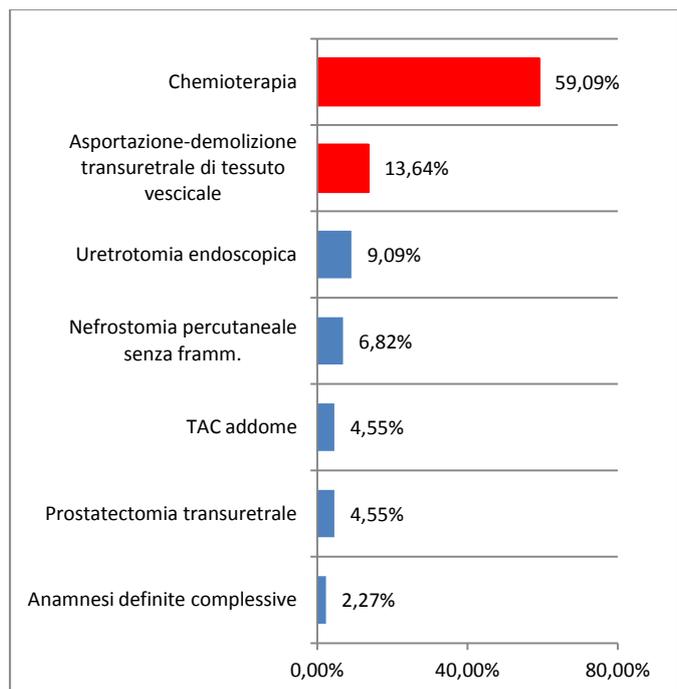


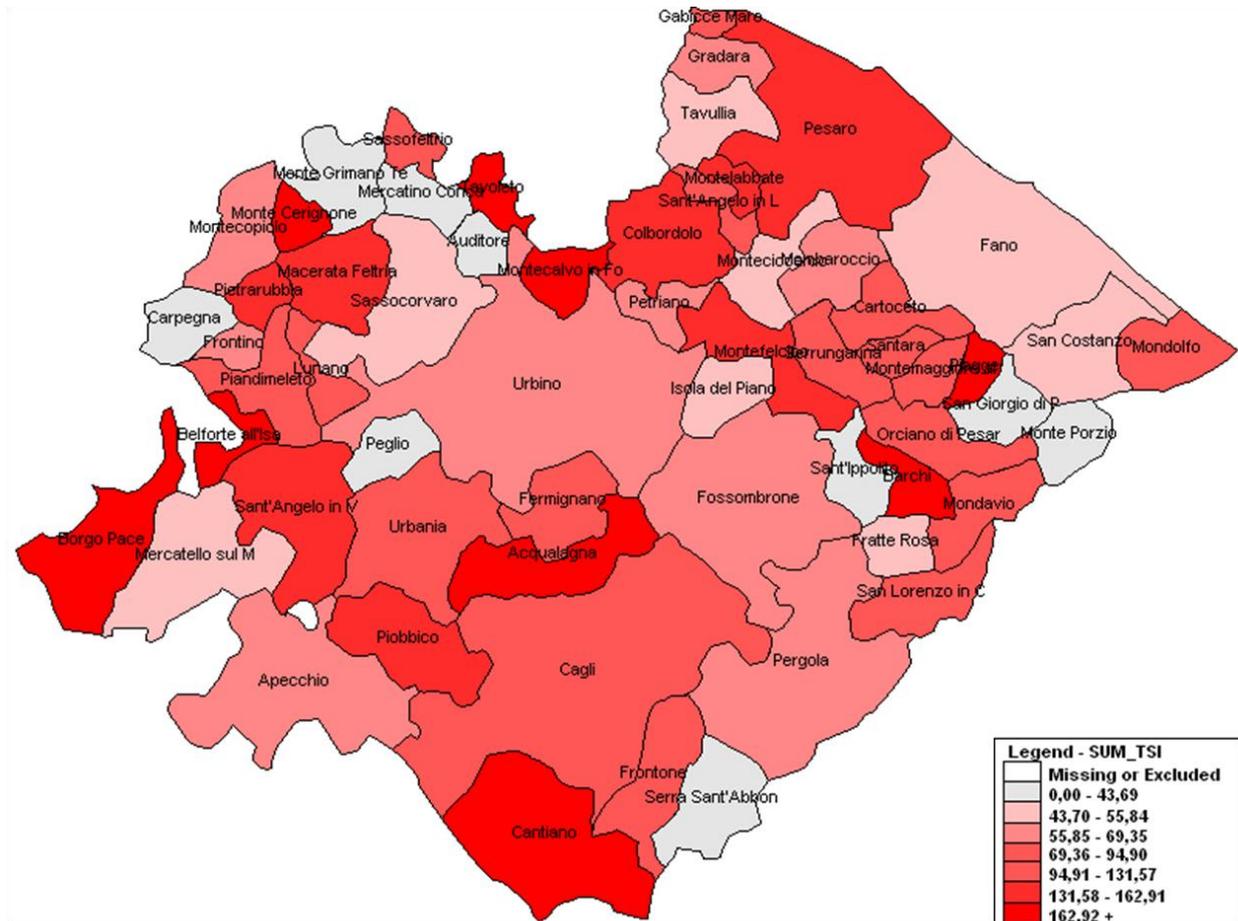
Tabella 3.15 Tipologia di interventi attuati quando il Tumore Maligno della Vescica è in diagnosi seconda e terza (2012)

Interventi attuati quando il Tumore della Vescica è in Diagnosi 2-3	%
Chemioterapia	59,09%
Asportazione-demolizione transuretrale di tessuto vescicale	13,64%
Uretrotomia endoscopica	9,09%
Nefrostomia percutaneale senza framm.	6,82%
Prostatectomia transuretrale	4,55%
TAC addome	4,55%
Anamnesi definite complessive	2,27%
TOTALE	100,00%



La Tabella 3.15 indica tutti gli interventi attuati quando il Tumore Maligno della Vescica era in Diagnosi 2° e 3°; nel 59,09% dei casi “Chemioterapia”, nel 13,64% dei casi “Asportazione-demolizione transuretrale di tessuto vescicale” e nel 9,09% “Uretrotomia endoscopica”.

Grafico 3.17 Soggetti con diagnosi Tumore Maligno della Vescica, distribuzione territoriale (residenza) e TSI (2012)



Il Grafico 3.17 indica la distribuzione territoriale (cartografica) del Tasso Standardizzato Italiano dei soggetti con diagnosi di Tumore Maligno della Vescica nella Provincia di PU con almeno un accesso ospedaliero dal 01-01-2012 al 31-12-2012. (per accesso ospedaliero si indica almeno un ricovero con diagnosi tumorale in 1°, 2° o 3° classe nel territorio Italiano). I valori maggiori del Tasso Standardizzato Italiano per Tumore Maligno della Vescica si registrano sia nella zona costiera (ad alta produzione industriale) e sia nella zone interne della Provincia di Pesaro-Urbino.

Tumore maligno ossa, tessuto connettivo e cute

Il Tumore maligno ossa, tessuto connettivo e cute sono tra i tumori più diffusi in assoluto sia nel contesto Nazionale sia nel contesto Regionale e sia in Area Vasta n.1 PU, sono infatti al primo posto tra gli uomini (15,2% di tutti i tumori) e al secondo tra le donne dopo il tumore della mammella (14,8% di tutti i tumori).

Tabella 3.16 Numero soggetti ricoverati per Tumore Maligno Ossa Tessuto connettivo e Cute, T.S. per classe di età e sesso (2012)

Età	MASCHI			FEMMINE		
	Popolazione M. 2013	N. Tumore Ossa Tessuto C. e cute	Tasso specifico età	Popolazione F. 2013	N. Tumore Ossa Tessuto C. e cute	Tasso specifico età
0-4	8902	0	0,00	8352	1	11,97
5-9	8567	0	0,00	8207	0	0,00
10-14	8432	1	11,86	7778	1	12,86
15-19	8496	0	0,00	7878	1	12,69
20-24	9086	0	0,00	8745	0	0,00
25-29	10223	1	9,78	10110	2	19,78
30-34	12464	2	16,05	12481	1	8,01
35-39	14883	3	20,16	14506	5	34,47
40-44	15310	3	19,60	14879	7	47,05
45-49	14685	8	54,48	14203	4	28,16
50-54	12441	10	80,38	12692	7	55,15
55-59	10576	9	85,10	11113	5	44,99
60-64	11094	10	90,14	11813	8	67,72
65-69	9000	20	222,22	9608	12	124,90
70-74	8975	39	434,54	10154	12	118,18
75-79	7044	41	582,06	9214	26	282,18
80-84	5110	37	724,07	7772	20	257,33
85-89	2914	21	720,66	5539	16	288,86
90 e oltre	969	13	1341,59	2748	6	218,34
TOTALE	179171	218	121,67	187792	134	71,36

Il Tasso Specifico per classe di età (Grafico 3.18) indica nella classe >90 anni il rapporto maggiore tra soggetti ricoverati e residenti appartenenti alla classe di età >90 (1.341,59 soggetti maschi ricoverati ogni 100.000 residenti >90 anni e 218,34 soggetti di sesso femminile ricoverati ogni 100.000 residenti >90 anni) a seguire la classe di età 85-89 anni (720,66 soggetti ricoverati maschi e 288,86 femmine ogni 100.000 residenti 85-89 anni). Analizzando la distribuzione tra i sessi del Tumore Maligno Ossa, Tessuto connettivo e Cute emerge che il 62% dei casi è di sesso maschile a fronte di un 38% di sesso femminile.

Grafico 3.18 Tasso Specifico per classe di età di soggetti ricoverati per Tumore Maligno Ossa Tessuto connettivo e Cute, M-F (2012)

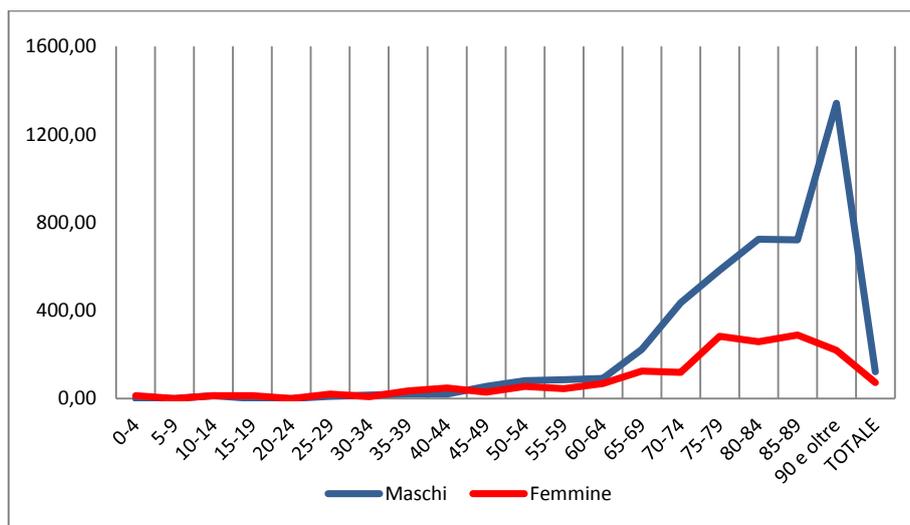
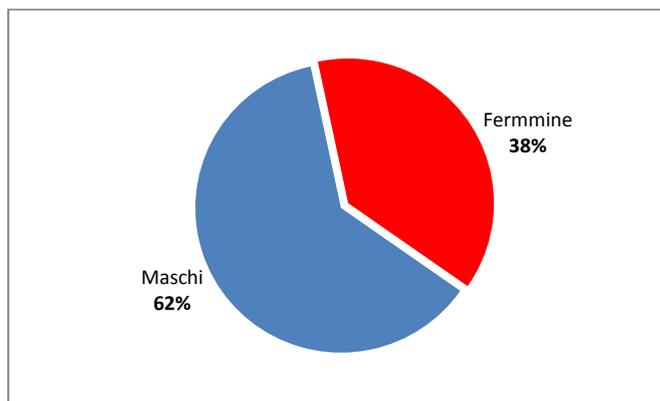


Grafico 3.19 Percentuale soggetti ricoverati per Tumore Maligno Ossa Tessuto connettivo e Cute, distribuzione per sesso (2012)



La Tabella 3.17 indica la distribuzione per diagnosi dei soggetti ricoverati per Tumore Maligno Ossa Tessuto connettivo e Cute residenti nella Provincia di Pesaro-Urbino con almeno un accesso ospedaliero dal 01-01-2012 al 31-12-2012 (per accesso ospedaliero si indica almeno un ricovero con diagnosi tumorale in 1°, 2° o 3° classe nel territorio Italiano).

Tabella 3.17 Numero soggetti ricoverati per Tumore Maligno Ossa Tessuto connettivo e Cute: distribuzione per diagnosi (2012)

Tumori maligni delle Ossa, del Tessuto Connettivo e della cute	N. soggetti	%
Diagnosi principale	313	88,92%
Diagnosi in seconda	24	6,82%
Diagnosi in terza	15	4,26%
TOTALE	352	100%

La Tabella 3.18 indica dettagliatamente tutti gli interventi attuati quando il Tumore Maligno Ossa Tessuto connettivo e Cute era in Diagnosi Principale; nel 74,6% dei casi “Asportazione radicale di

lesione della cute”, nell’ 8% dei casi “Impianto di lembi peduncolati “ e nel 3,7% dei casi “Altra riparazione e ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo”.

Tabella 3.18 Tipologia di interventi attuati quando il Tumore Maligno Ossa Tessuto connettivo e Cute è in diagnosi Principale (2012)

Interventi attuati quando il Tumore maligno delle ossa, del tess. connettivo e della cute è in Diagnosi Principale	%
Asportazione radicale di lesione della cute	74,60%
Impianto di lembi peduncolati	8,00%
Altra riparazione e ricostruzione di cute e tessuto sottocutaneo	3,70%
Asportazione di altri tessuti molli	2,20%
Asportazione semplice di altre strutture linfatiche	2,20%
Nessun intervento	2,20%
TAC torace	1,90%
Biopsia dell'osso	1,50%
Asportazione di altre parti della bocca	1,20%
Asportazione radicale di lesione dell'orecchio esterno	1,20%
Biopsia tessuti molli	1,20%
TOTALE	100,00%

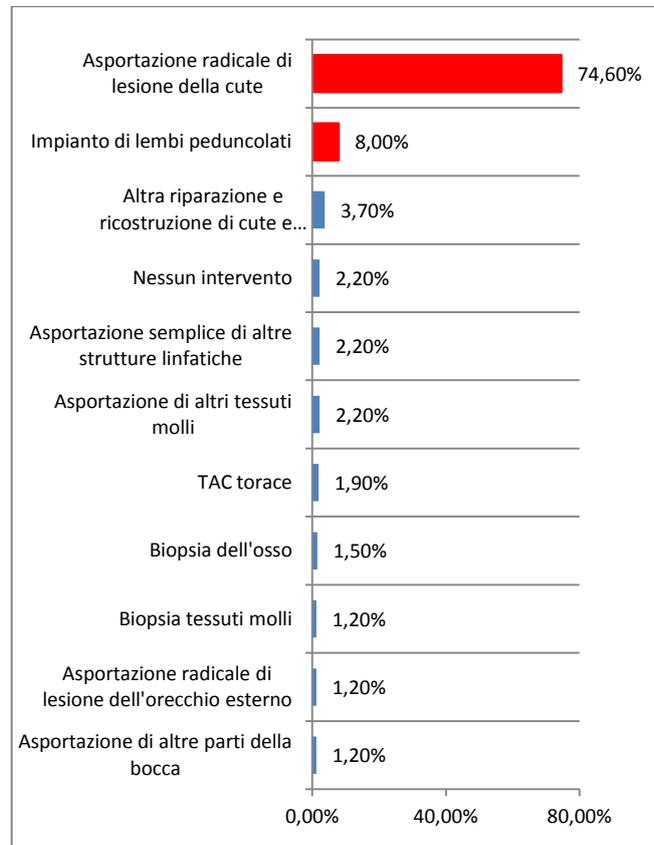
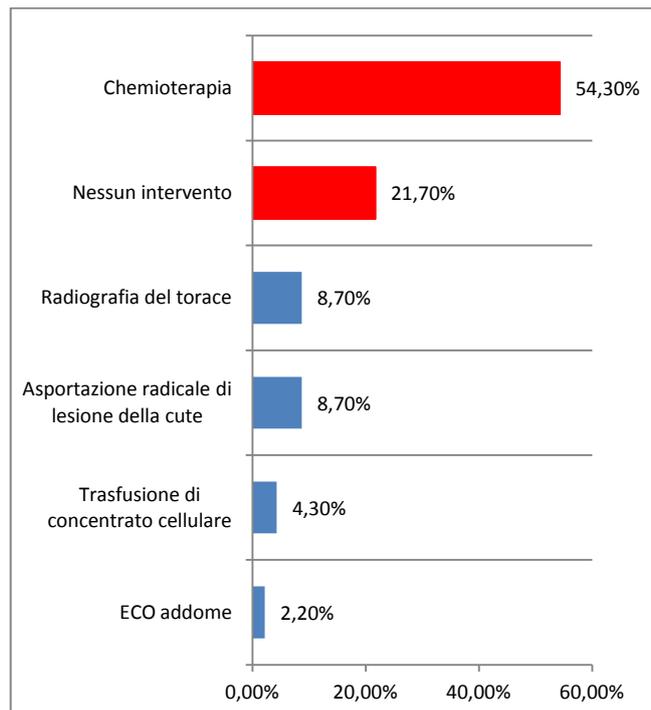


Tabella 3.19 Tipologia di interventi attuati quando il Tumore Maligno Ossa Tessuto connettivo e Cute è diagnosi seconda e terza (2012)

Interventi attuati quando il Tumore maligno delle ossa, del tess. connettivo e della cute è in Diagnosi 2-3	%
Chemioterapia	54,30%
Nessun intervento	21,70%
Asportazione radicale di lesione della cute	8,70%
Radiografia del torace	8,70%
Trasfusione di concentrato cellulare	4,30%
ECO addome	2,20%
TOTALE	100,00%



La Tabella 3.19 indica tutti gli interventi attuati quando il Tumore Maligno Ossa Tessuto connettivo e Cute era in Diagnosi 2° e 3°; nel 54,3% dei casi “Chemioterapia”, nel 21,7% dei casi “Nessun Intervento” e nell’ 8,7% “Asportazione radicale di lesione della cute”.

Tumore maligno del Colon-Retto

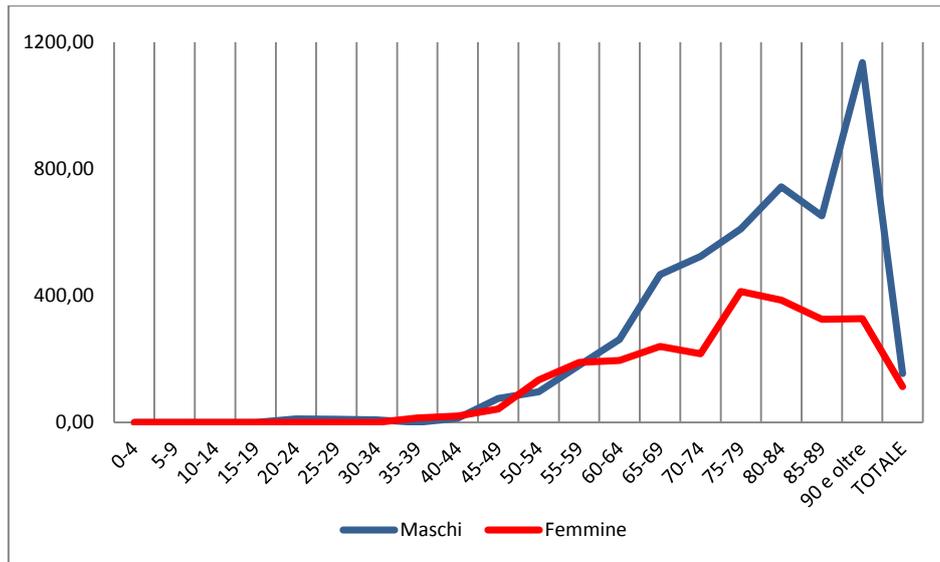
Nei Paesi occidentali il cancro del Colon-Retto rappresenta il secondo tumore maligno per incidenza e mortalità, dopo quello della mammella nella donna e il terzo dopo quello del polmone e della prostata nell'uomo. La malattia, abbastanza rara prima dei 40 anni, è sempre più frequente a partire dai 60 anni, raggiunge il picco massimo verso gli 80 anni e colpisce in egual misura uomini e donne. In Italia, si stima che questo tumore colpisca circa 40.000 donne e 70.000 uomini ogni anno. L'incidenza è in aumento nella popolazione femminile per via delle abitudini di vita sempre più uniformi tra i due sessi. Negli ultimi anni, come detto prima, si è assistito ad un aumento del numero di tumori, ma anche a una diminuzione della mortalità, attribuibile soprattutto a un'informazione più adeguata, alla diagnosi precoce e ai miglioramenti nel campo della terapia. I soggetti residenti nella Provincia di PU e ricoverati (per Tumore del Colon-Retto), nel territorio nazionale, dal 01-01-2012 al 31-12-2012 risultano essere 488 (279 Maschi e 212 Femmine) con un TSI di 155,02 ogni 100.000 abitanti.

Tabella 3.20 Numero soggetti ricoverati per Tumore Maligno del Colon-Retto, T.S. per classe di età e sesso (2012)

Età	MASCHI			FEMMINE		
	Popolazione M. 2013	N. Tumore Colon-Retto	Tasso specifico età	Popolazione F. 2013	N. Tumore Colon-Retto	Tasso specifico età
0-4	8902	0	0,00	8352	0	0,00
5-9	8567	0	0,00	8207	0	0,00
10-14	8432	0	0,00	7778	0	0,00
15-19	8496	0	0,00	7878	0	0,00
20-24	9086	1	11,01	8745	0	0,00
25-29	10223	1	9,78	10110	0	0,00
30-34	12464	1	8,02	12481	0	0,00
35-39	14883	0	0,00	14506	2	13,79
40-44	15310	2	13,06	14879	3	20,16
45-49	14685	11	74,91	14203	6	42,24
50-54	12441	12	96,46	12692	17	133,94
55-59	10576	19	179,65	11113	21	188,97
60-64	11094	29	261,40	11813	23	194,70
65-69	9000	42	466,67	9608	23	239,38
70-74	8975	47	523,68	10154	22	216,66
75-79	7044	43	610,45	9214	38	412,42
80-84	5110	38	743,64	7772	30	386,00
85-89	2914	19	652,02	5539	18	324,97
90 e oltre	969	11	1135,19	2748	9	327,51
TOTALE	179171	276	154,04	187792	212	112,89

Il Tasso Specifico per classe di età (Grafico 3.20) indica nella classe >90 anni il rapporto maggiore tra soggetti ricoverati e residenti appartenenti alla classe di età >90 anni (1.135,19 soggetti maschi ricoverati ogni 100.000 residenti >90 anni e 327,51 soggetti di sesso femminile ricoverati ogni 100.000 residenti >90 anni) a seguire la classe di età 80-84 anni (743,64 soggetti ricoverati maschi e 386,0 femmine ogni 100.000 residenti 80-84 anni).

Grafico 3.20 Tasso Specifico per classe di età di soggetti ricoverati per Tumore Maligno del Colon-Retto, Maschi e Femmine (2012)



Analizzando il numero assoluto e stratificandolo per fasce di età (Grafico 3.21) si nota che il numero maggiore di soggetti ricoverati avviene tra i 70-74 anni (n. 47) nei maschi e nella classe di età 75-79 (n.38) nelle femmine. La distribuzione tra i sessi ci indica una prevalenza del Tumore Maligno del Colon-Retto nel sesso maschile 57% a fronte di un 43% nel sesso femminile.

Grafico 3.21 Numero distribuito per classe di età e sesso di soggetti ricoverati per Tumore Maligno del Colon-Retto (2012)

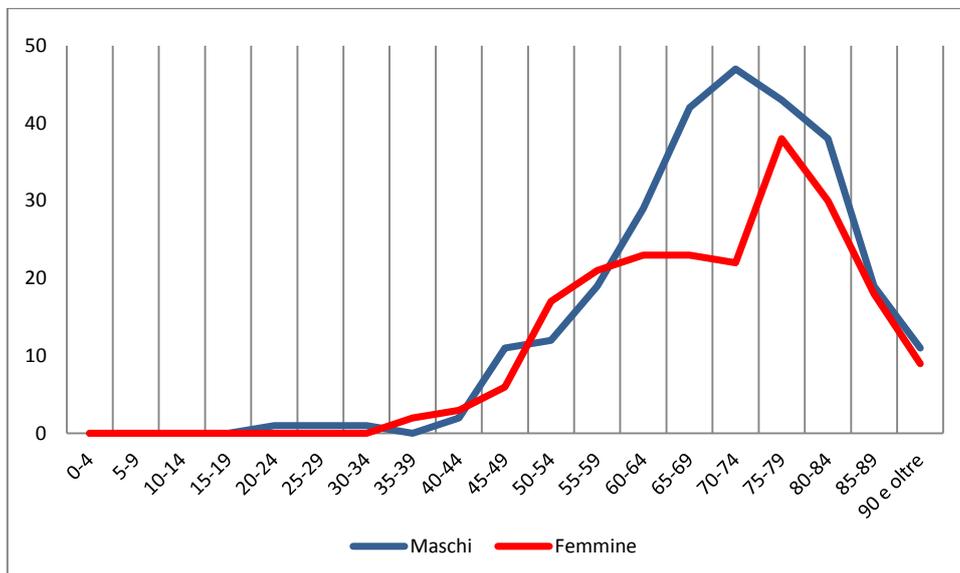
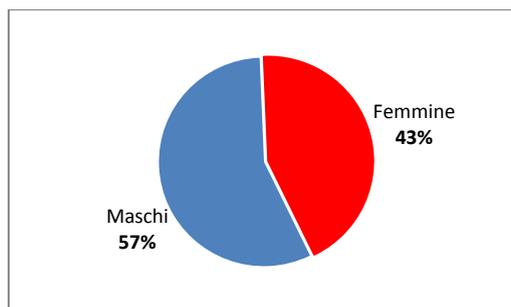


Grafico 3.22 Percentuale soggetti ricoverati per Tumore Maligno del Colon-Retto, distribuzione per sesso (2012)



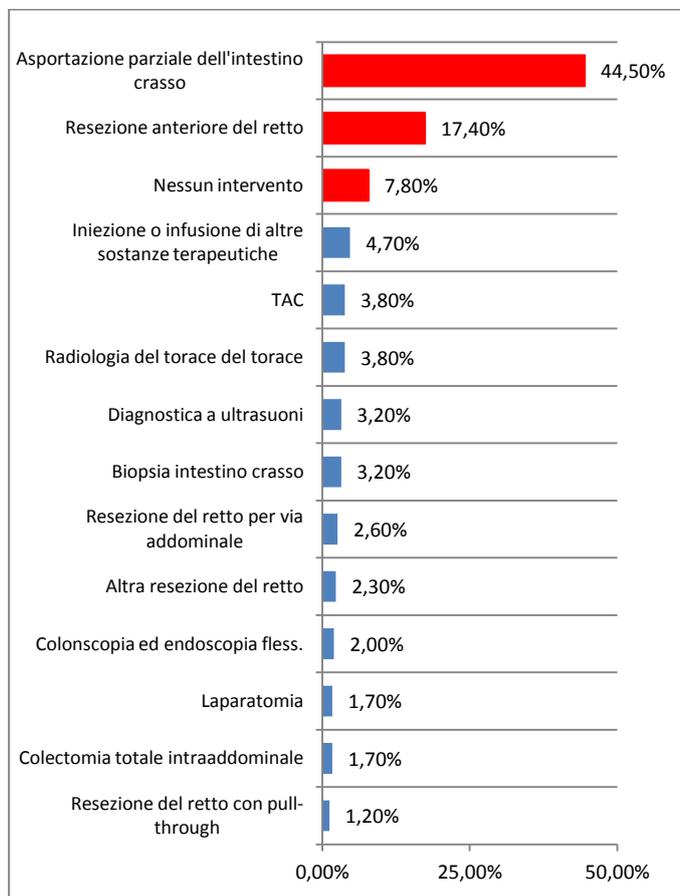
La Tabella 3.21 indica la distribuzione per diagnosi dei soggetti ricoverati per Tumore Maligno del Colon-Retto residenti nella Provincia di Pesaro-Urbino con almeno un accesso ospedaliero dal 01-01-2012 al 31-12-2012 (per accesso ospedaliero si indica almeno un ricovero con diagnosi tumorale in 1°, 2° o 3° classe nel territorio Italiano).

Tabella 3.21 Numero soggetti ricoverati per Tumore Maligno del Colon-Retto: distribuzione per diagnosi (2012)

Tumore maligno del Colon-Retto	N. soggetti	%
Diagnosi principale	345	70,70%
Diagnosi in seconda	125	25,61%
Diagnosi in terza	18	3,69%
TOTALE	488	100%

Tabella 3.22 Tipologia di interventi attuati quando il Tumore Maligno del Colon-Retto è in diagnosi Principale (2012)

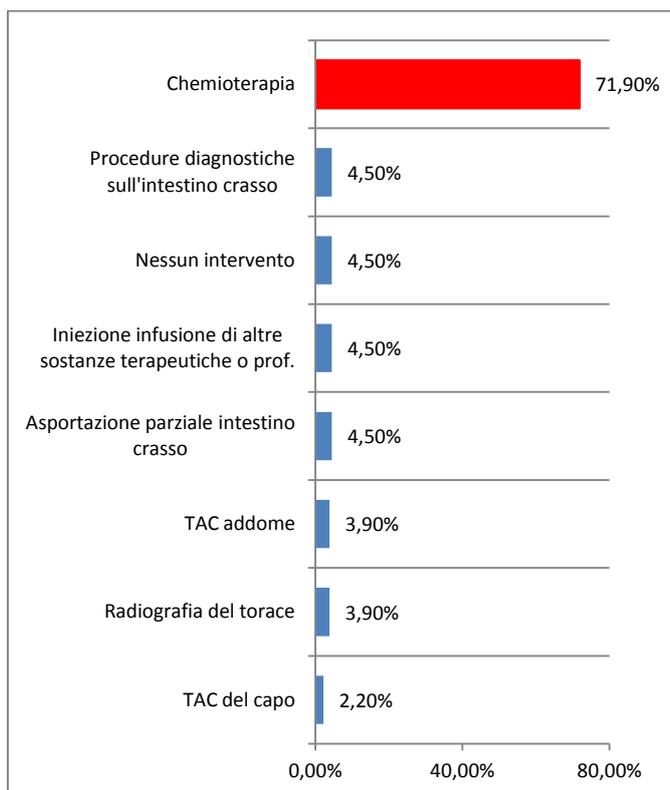
Interventi attuati quando il Tumore del Colon-Retto è in Diagnosi Principale	%
Asportazione parziale dell'intestino crasso	44,50%
Resezione anteriore del retto	17,40%
Nessun intervento	7,80%
Iniezione o infusione di altre sostanze terapeutiche	4,70%
Radiologia del torace del torace	3,80%
TAC	3,80%
Biopsia intestino crasso	3,20%
Diagnostica a ultrasuoni	3,20%
Resezione del retto per via addominale	2,60%
Altra resezione del retto	2,30%
Colonscopia ed endoscopia fless.	2,00%
Colectomia totale intraaddominale	1,70%
Laparatomia	1,70%
Resezione del retto con pull-through	1,20%
TOTALE	100,00%



La Tabella 3.22 indica dettagliatamente tutti gli interventi attuati quando il Tumore Maligno del Colon-Retto era in Diagnosi Principale; nel 44,5% dei casi “Asportazione parziale dell'intestino crasso”, nel 17,4% dei casi “Resezione anteriore del retto” e nel 7,8% dei casi “Nessun Intervento”. La Tabella 3.23 indica tutti gli interventi attuati quando il Tumore Maligno del Colon-Retto era in Diagnosi 2° e 3°; nel 71,9% dei casi “Chemioterapia”, nel 4,5% dei casi “Asportazione parziale intestino crasso” e nel 4,5% “Iniezione infusione di altre sostanze terapeutiche o prof.”.

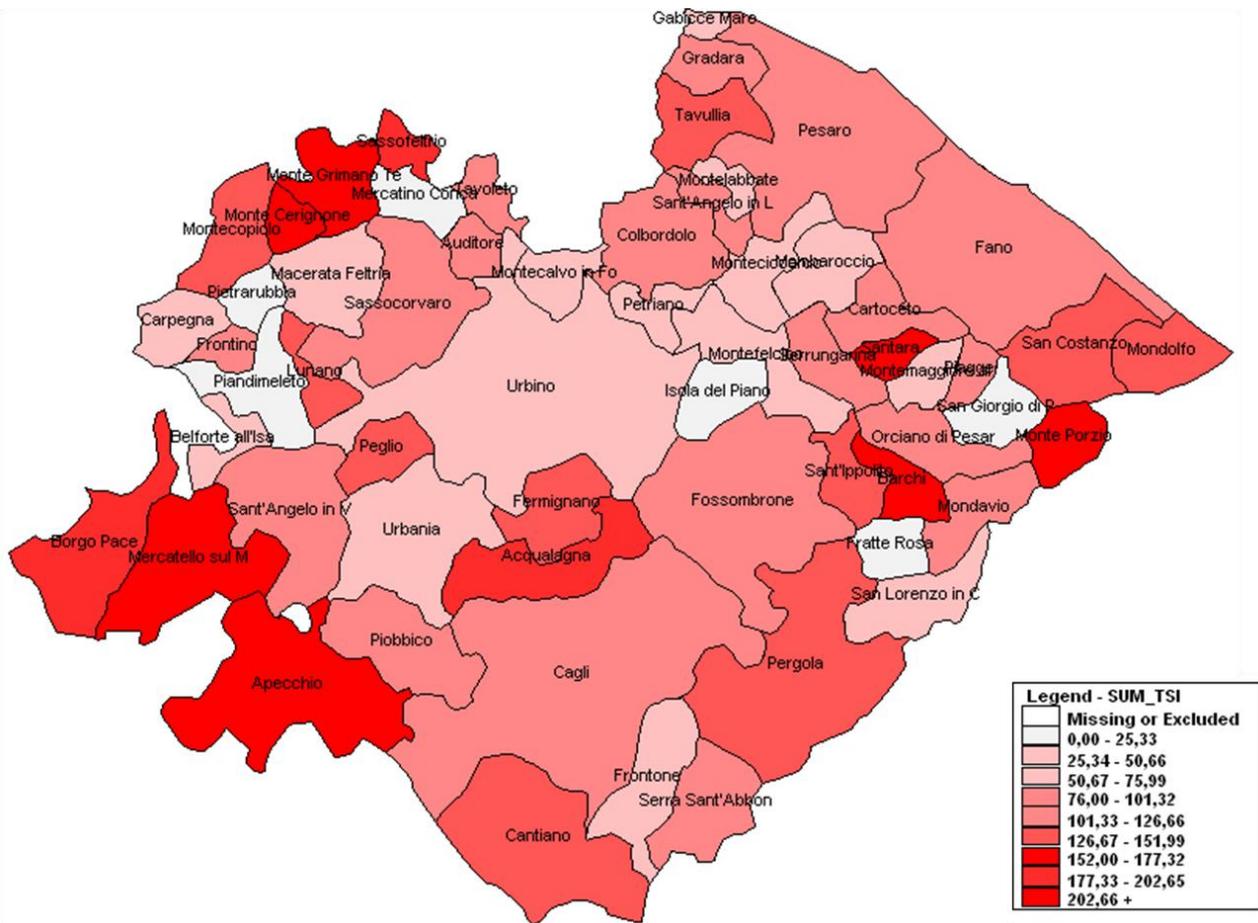
Tabella 3.23 Tipologia di interventi attuati quando il Tumore Maligno del Colon-Retto è in diagnosi seconda e terza (2012)

Interventi attuati quando il Tumore del Colon-Retto è in Diagnosi 2-3	%
Chemioterapia	71,90%
Asportazione parziale intestino crasso	4,50%
Iniezione infusione di altre sostanze terapeutiche o prof.	4,50%
Nessun intervento	4,50%
Procedure diagnostiche sull'intestino crasso	4,50%
Radiografia del torace	3,90%
TAC addome	3,90%
TAC del capo	2,20%
TOTALE	100,00%



Il Grafico 3.23 indica la distribuzione territoriale (cartografica) del Tasso Standardizzato Italiano dei soggetti con diagnosi di Tumore Maligno del Colon-Retto nella Provincia di PU con almeno un accesso ospedaliero dal 01-01-2012 al 31-12-2012. (per accesso ospedaliero si indica almeno un ricovero con diagnosi tumorale in 1°, 2° o 3° classe nel territorio Italiano). I valori maggiori del Tasso Standardizzato Italiano per Tumore Maligno della Colon-Retto sono equamente distribuiti su tutto il territorio Provinciale senza indicate aree a maggior incidenza.

Grafico 3.23 Soggetti con diagnosi Tumore Maligno del Colon-Retto, distribuzione territoriale (residenza) e TSI (2012)



Tumore maligno trachea bronchi e polmone

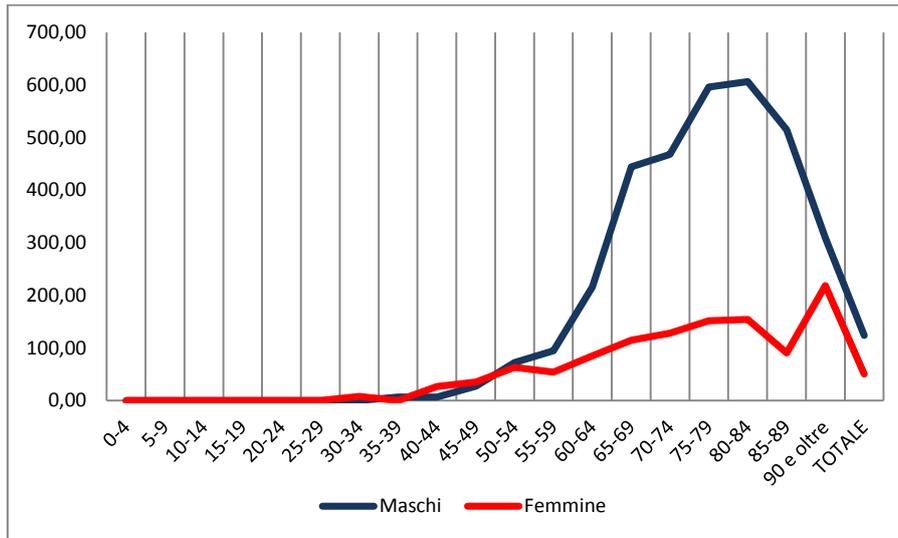
Le stime parlano di 38.200 nuove diagnosi di tumore del polmone all'anno (in Italia), che rappresentano l'11% di tutte le diagnosi di tumore nella popolazione, il 15% delle nuove diagnosi negli uomini e il 6% nelle donne. Negli ultimi anni si è osservata una moderata diminuzione di incidenza (numero di nuovi casi in un determinato periodo, per esempio un anno) negli uomini, ma un aumento nelle donne: la spiegazione è ancora una volta legata all'abitudine al fumo, che si è ridotta negli uomini, ma è in crescita nelle donne. In base ai dati oggi disponibili, nel corso della vita un uomo su 9 e una donna su 36 possono sviluppare un tumore del polmone, mentre un uomo su 10 e una donna su 44 rischiano di morire a causa della malattia. Il Tumore del Polmone in Italia rappresenta la prima causa di morte per tumore negli uomini e la terza nelle donne. I soggetti residenti nella Provincia di PU e ricoverati (per Tumore del Polmone), nel territorio nazionale, dal 01-01-2012 al 31-12-2012 risultano essere 317 (222 Maschi e 95 Femmine) con un TSI di 66,36 ogni 100.000 abitanti.

Tabella 3.24 Numero soggetti ricoverati per Tumore Maligno Trachea Bronchi e Polmone, T.S. per classe di età e sesso (2012)

Età	MASCHI			FEMMINE		
	Popolazione M. 2013	N. Tumore Maligno Bronchi e Polmone	Tasso specifico età	Popolazione F. 2013	N. Tumore Maligno Bronchi e Polmone	Tasso specifico età
0-4	8902	0	0,00	8352	0	0,00
5-9	8567	0	0,00	8207	0	0,00
10-14	8432	0	0,00	7778	0	0,00
15-19	8496	0	0,00	7878	0	0,00
20-24	9086	0	0,00	8745	0	0,00
25-29	10223	0	0,00	10110	0	0,00
30-34	12464	0	0,00	12481	1	8,01
35-39	14883	1	6,72	14506	0	0,00
40-44	15310	1	6,53	14879	4	26,88
45-49	14685	4	27,24	14203	5	35,20
50-54	12441	9	72,34	12692	8	63,03
55-59	10576	10	94,55	11113	6	53,99
60-64	11094	24	216,33	11813	10	84,65
65-69	9000	40	444,44	9608	11	114,49
70-74	8975	42	467,97	10154	13	128,03
75-79	7044	42	596,25	9214	14	151,94
80-84	5110	31	606,65	7772	12	154,40
85-89	2914	15	514,76	5539	5	90,27
90 e oltre	969	3	309,60	2748	6	218,34
TOTALE	179171	222	123,90	187792	95	50,59

Il Tasso Specifico per classe di età (Grafico 3.24) indica nella classe 80-84 anni il rapporto maggiore tra soggetti ricoverati e residenti appartenenti alla classe di età 80-84 anni (606,65 soggetti maschi ricoverati ogni 100.000 residenti 80-84 anni e 154,40 soggetti di sesso femminile ricoverati ogni 100.000 residenti 80-84 anni) a seguire la classe di età 75-79 anni (596,25 soggetti ricoverati maschi e 151,94 femmine ogni 100.000 residenti 75-79 anni).

Grafico 3.24 Tasso Specifico per classe di età di soggetti ricoverati per Tumore Maligno Trachea Bronchi e Polmone, M e F (2012)



Analizzando il numero assoluto e stratificandolo per fasce di età (Grafico 3.25) si nota che il numero maggiore di soggetti ricoverati avviene tra i 75-79 anni (n. 42) nei maschi e nella classe di età 75-79 (n.14) nelle femmine. La distribuzione tra i sessi ci indica una prevalenza del Tumore Maligno Polmone nel sesso maschile 70% a fronte di un 30% nel sesso femminile.

Grafico 3.25 Numero distribuito per classe di età e sesso di soggetti ricoverati per Tumore Maligno Trachea Bronchi e Polmone (2012)

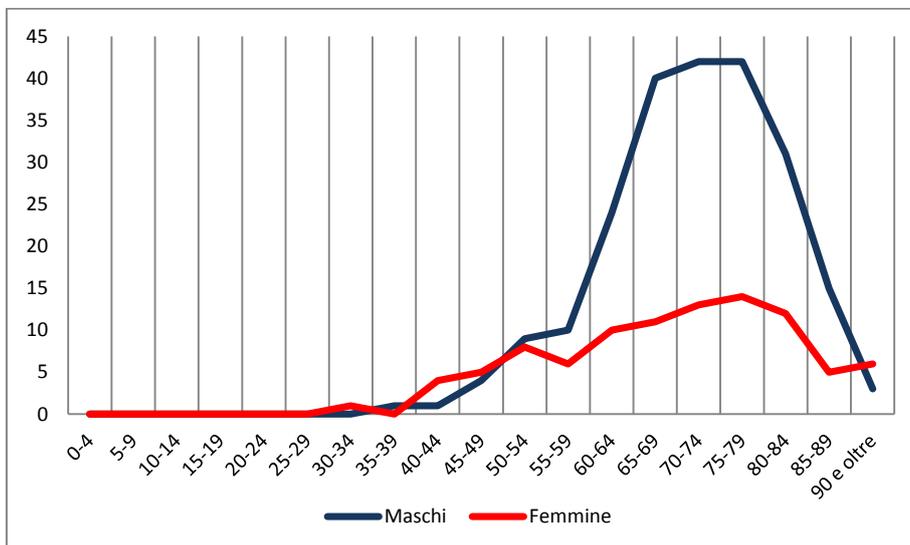
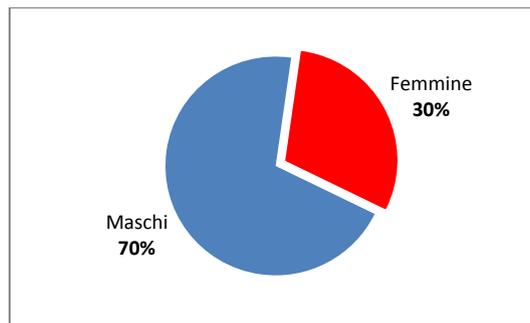


Grafico 3.26 Percentuale soggetti ricoverati per Tumore Maligno Trachea Bronchi e Polmone, distribuzione per sesso (2012)



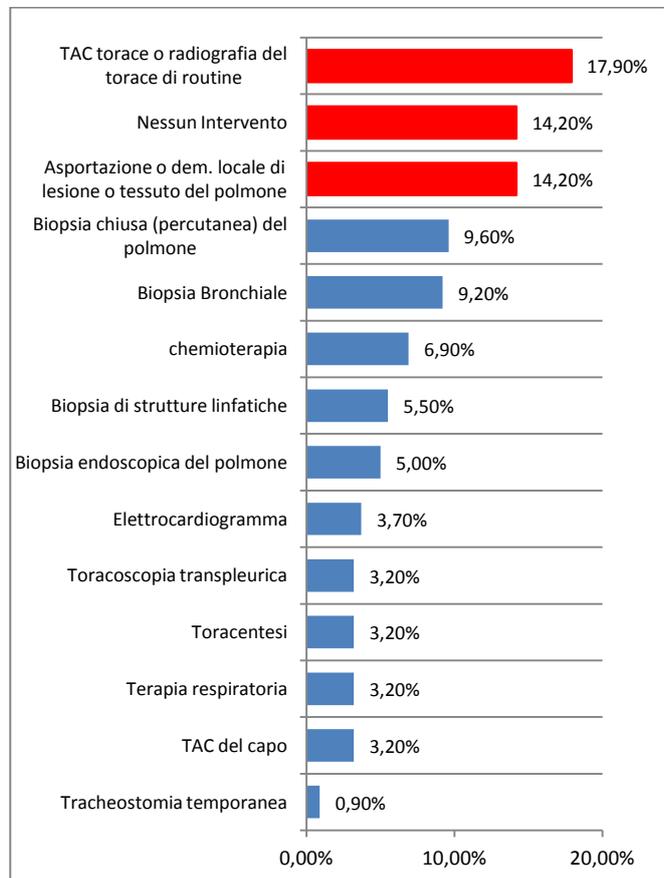
La Tabella 3.25 indica la distribuzione per diagnosi dei soggetti ricoverati per Tumore Maligno del Polmone residenti nella Provincia di Pesaro-Urbino con almeno un accesso ospedaliero dal 01-01-2012 al 31-12-2012 (per accesso ospedaliero si indica almeno un ricovero con diagnosi tumorale in 1°, 2° o 3° classe nel territorio Italiano).

Tabella 3.25 Numero soggetti ricoverati per Tumore Maligno Trachea Bronchi e Polmone: distribuzione per diagnosi (2012)

Tumore maligno trachea Bronchi e Polmone	N. soggetti	%
Diagnosi principale	206	64,98%
Diagnosi in seconda	97	30,60%
Diagnosi in terza	14	4,42%
TOTALE	317	100,00%

Tabella 3.26 Tipologia di interventi attuati quando il Tumore Maligno Trachea Bronchi e Polmone è in diagnosi Principale (2012)

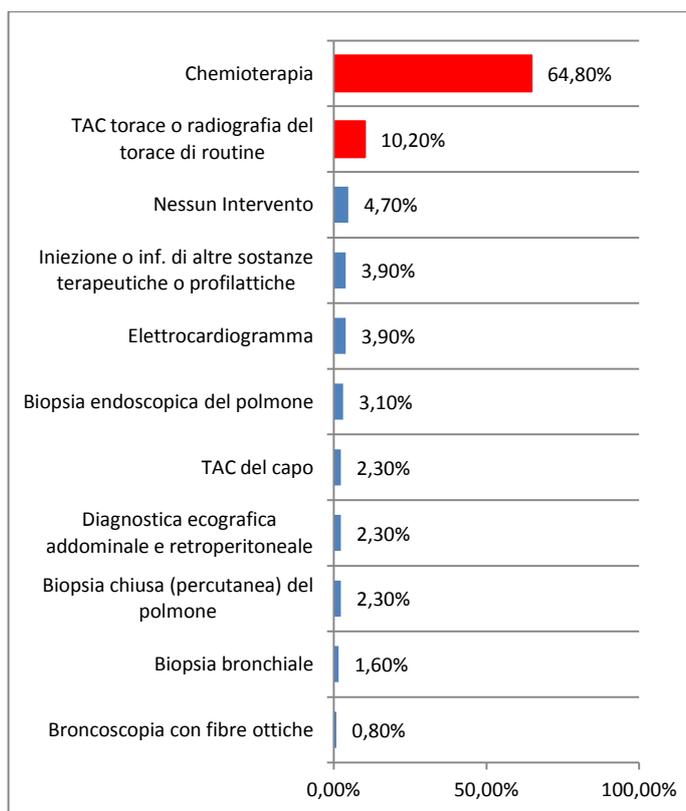
Interventi attuati quando il Tumore Maligno della Trachea Bronchi e Polmone è in Diagnosi Principale	%
TAC torace o radiografia del torace di routine	17,90%
Asportazione o dem. locale di lesione o tessuto del polmone	14,20%
Nessun Intervento	14,20%
Biopsia chiusa (percutanea) del polmone	9,60%
Biopsia Bronchiale	9,20%
chemioterapia	6,90%
Biopsia di strutture linfatiche	5,50%
Biopsia endoscopica del polmone	5,00%
Elettrocardiogramma	3,70%
TAC del capo	3,20%
Terapia respiratoria	3,20%
Toracentesi	3,20%
Toracosopia transpleurica	3,20%
Tracheostomia temporanea	0,90%
TOTALE	100,00%



La Tabella 3.26 indica dettagliatamente tutti gli interventi attuati quando il Tumore Maligno del Polmone era in Diagnosi Principale; nel 17,9% dei casi “TAC torace o radiografia del torace di routine”, nel 14,2% dei casi “Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto del polmone” e nel 14,2% dei casi “Nessun Intervento”. La Tabella 3.27 indica tutti gli interventi attuati quando il Tumore Maligno del Colon-Retto era in Diagnosi 2° e 3°; nel 64,8% dei casi “Chemioterapia”, nel 10,2% dei casi “TAC torace o radiografia del torace di routine” e nel 4,7% “Nessun Intervento”.

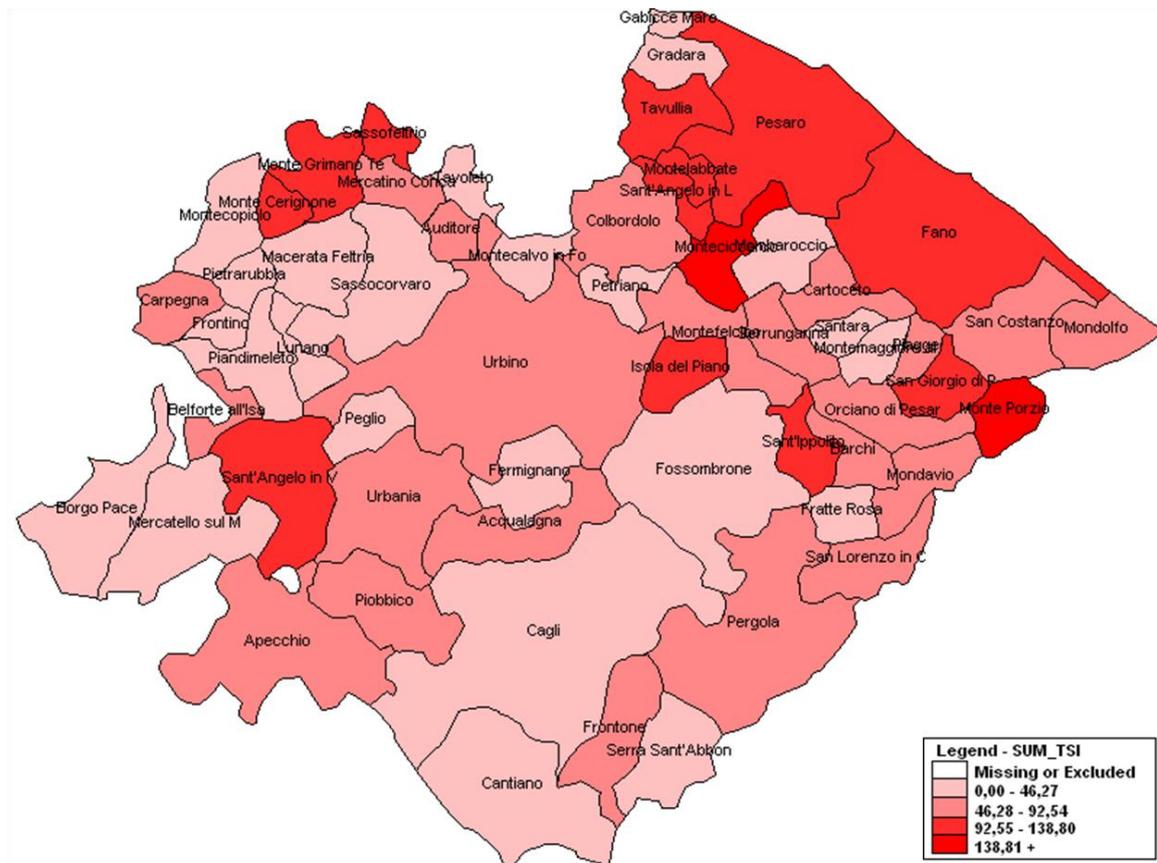
Tabella 3.27 Tipologia di interventi attuati quando il Tumore Maligno Trachea Bronchi e Polmone è in diagnosi seconda e terza (2012)

Interventi attuati quando il Tumore Maligno della Trachea Bronchi e Polmone è in Diagnosi 2-3	%
Chemioterapia	64,80%
TAC torace o radiografia del torace di routine	10,20%
Nessun Intervento	4,70%
Elettrocardiogramma	3,90%
Iniezione o inf. di altre sostanze terapeutiche o profilattiche	3,90%
Biopsia endoscopica del polmone	3,10%
Biopsia chiusa (percutanea) del polmone	2,30%
Diagnostica ecografica addominale e retroperitoneale	2,30%
TAC del capo	2,30%
Biopsia bronchiale	1,60%
Broncoscopia con fibre ottiche	0,80%
TOTALE	100,00%



Il Grafico 3.27 indica la distribuzione territoriale (cartografica) del Tasso Standardizzato Italiano dei soggetti con diagnosi di Tumore Maligno del Polmone nella Provincia di PU con almeno un accesso ospedaliero dal 01-01-2012 al 31-12-2012. (per accesso ospedaliero si indica almeno un ricovero con diagnosi tumorale in 1°, 2° o 3° classe nel territorio Italiano). I valori maggiori del Tasso Standardizzato Italiano per Tumore Maligno del Polmone si registrano nelle zone costiere e nelle zone ad alta intensità di traffico e meno nelle zone montane interne.

Grafico 3.27 Soggetti con diagnosi Tumore Maligno Trachea Bronchi e Polmone, distribuzione territoriale (residenza) e TSI (2012)



Tumore maligno dello Stomaco

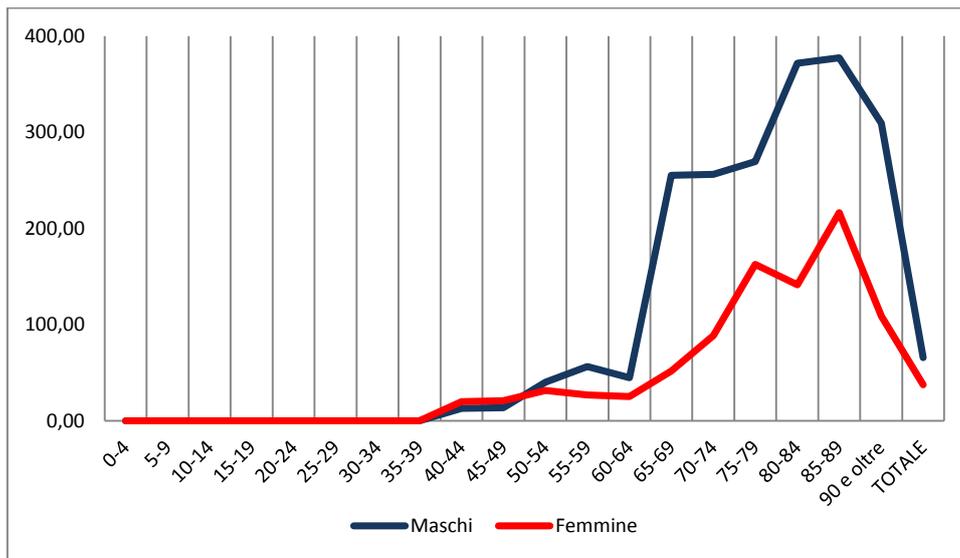
Il Tumore dello Stomaco colpisce le persone a partire mediamente dai 45 anni di età. Negli ultimi anni il numero di casi diagnosticati nei Paesi occidentali è in diminuzione, un fenomeno che sembra dovuto, almeno in parte, al miglioramento dell'alimentazione e alla diminuzione del consumo di cibi conservati sotto sale o affumicati. In Europa si verificano circa 190.000 nuovi casi ogni anno che rappresentano circa il 23% di tutte le neoplasie. Il rapporto fra maschi e femmine è 1,6:1. L'incidenza è maggiore tra le classi sociali più basse, anche se è in rapida diminuzione (circa 5% ogni cinque anni). Il declino è stato più rapido nelle donne rispetto agli uomini. In Italia si è verificata una importante diminuzione sia dell'incidenza sia della mortalità in entrambi i sessi. I soggetti residenti nella Provincia di PU e ricoverati (per Tumore dello Stomaco), nel territorio nazionale, dal 01-01-2012 al 31-12-2012 risultano essere 189 (118 Maschi e 71 Femmine) con un TSI di 37,42 ogni 100.000 abitanti.

Tabella 3.28 Numero soggetti ricoverati per Tumore Maligno dello Stomaco, T.S. per classe di età e sesso (2012)

Età	MASCHI			FEMMINE		
	Popolazione M. 2013	N. Tumore Maligno dello Stomaco	Tasso specifico età	Popolazione F. 2013	N. Tumore Maligno dello Stomaco	Tasso specifico età
0-4	8902	0	0,00	8352	0	0,00
5-9	8567	0	0,00	8207	0	0,00
10-14	8432	0	0,00	7778	0	0,00
15-19	8496	0	0,00	7878	0	0,00
20-24	9086	0	0,00	8745	0	0,00
25-29	10223	0	0,00	10110	0	0,00
30-34	12464	0	0,00	12481	0	0,00
35-39	14883	0	0,00	14506	0	0,00
40-44	15310	2	13,06	14879	3	20,16
45-49	14685	2	13,62	14203	3	21,12
50-54	12441	5	40,19	12692	4	31,52
55-59	10576	6	56,73	11113	3	27,00
60-64	11094	5	45,07	11813	3	25,40
65-69	9000	23	255,56	9608	5	52,04
70-74	8975	23	256,27	10154	9	88,64
75-79	7044	19	269,73	9214	15	162,80
80-84	5110	19	371,82	7772	11	141,53
85-89	2914	11	377,49	5539	12	216,65
90 e oltre	969	3	309,60	2748	3	109,17
TOTALE	179171	118	65,86	187792	71	37,81

Il Tasso Specifico per classe di età (Grafico 3.28) indica nella classe 85-89 anni il rapporto maggiore tra soggetti ricoverati e residenti appartenenti alla classe di età 85-89 anni (377,49 soggetti maschi ricoverati ogni 100.000 residenti 85-89 anni e 216,65 soggetti di sesso femminile ricoverati ogni 100.000 residenti 85-89 anni) a seguire la classe di età 80-84 anni (371,82 soggetti ricoverati maschi e 141,53 femmine ogni 100.000 residenti 80-84 anni).

Grafico 3.28 Tasso Specifico per classe di età di soggetti ricoverati per Tumore Maligno dello Stomaco, Maschi e Femmine (2012)



Analizzando il numero assoluto e stratificandolo per fasce di età (Grafico 3.29) si nota che il numero maggiore di soggetti ricoverati avviene tra i 65-69 anni (n. 23) nei maschi e nella classe di età 75-79 (n.15) nelle femmine. La distribuzione tra i sessi ci indica una prevalenza del Tumore dello Stomaco nel sesso maschile 62% a fronte di un 38% nel sesso femminile.

Grafico 3.29 Numero distribuito per classe di età e sesso di soggetti ricoverati per Tumore Maligno dello Stomaco (2012)

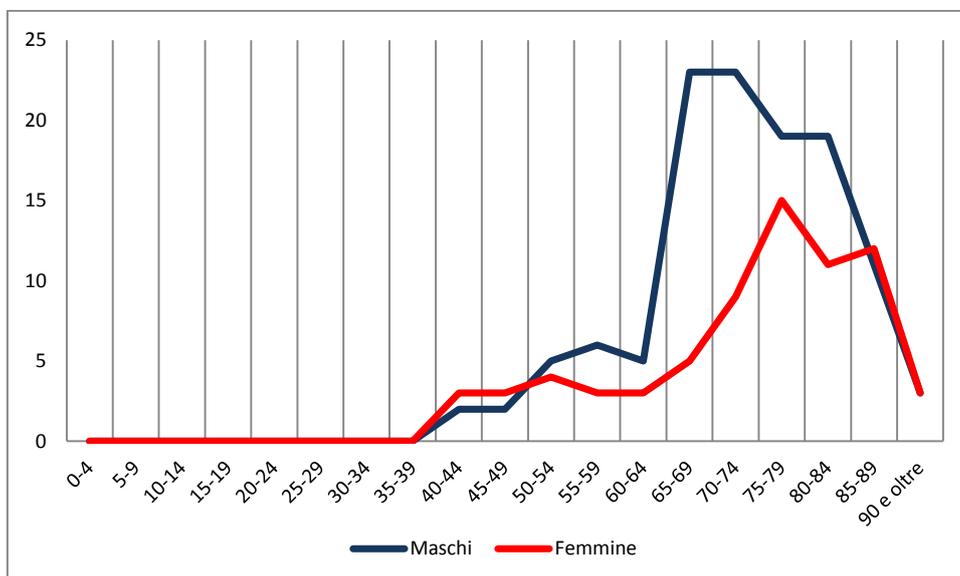
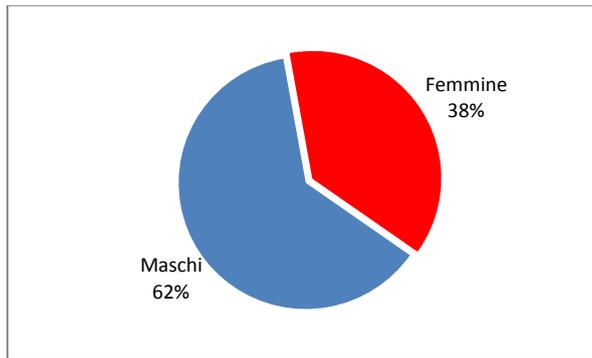


Grafico 3.30 Percentuale soggetti ricoverati per Tumore Maligno dello Stomaco, distribuzione per sesso (2012)



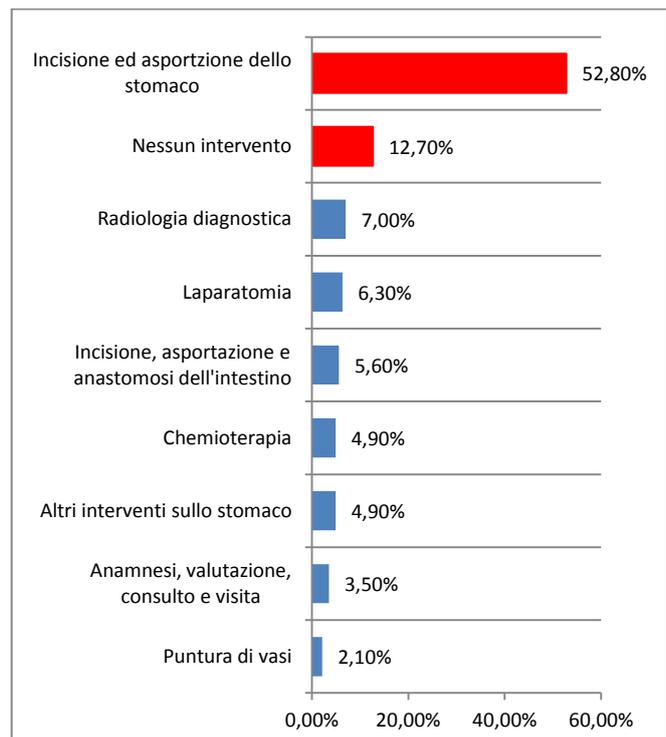
La Tabella 3.29 indica la distribuzione per diagnosi dei soggetti ricoverati per Tumore Maligno dello Stomaco nella Provincia di Pesaro-Urbino con almeno un accesso ospedaliero dal 01-01-2012 al 31-12-2012 (per accesso ospedaliero si indica almeno un ricovero con diagnosi tumorale in 1°, 2° o 3° classe nel territorio Italiano).

Tabella 3.29 Numero soggetti ricoverati per Tumore Maligno dello Stomaco, distribuzione per diagnosi (2012)

Tumore maligno dello Stomaco	N. soggetti	%
Diagnosi principale	131	69,30%
Diagnosi in seconda	54	28,60%
Diagnosi in terza	4	2,10%
TOTALE	189	100,00%

Tabella 3.30 Tipologia di interventi attuati quando il Tumore Maligno dello Stomaco è in diagnosi Principale (2012)

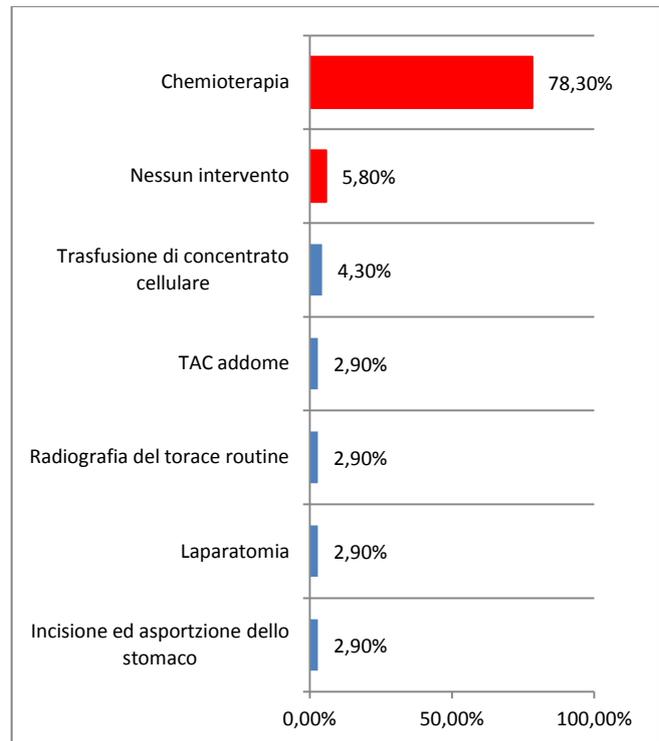
Interventi attuati quando il Tumore dello Stomaco è in Diagnosi Principale	%
Incisione ed asportazione dello stomaco	52,80%
Nessun intervento	12,70%
Radiologia diagnostica	7,00%
Laparatomia	6,30%
Incisione, asportazione e anastomosi dell'intestino	5,60%
Altri interventi sullo stomaco	4,90%
Chemioterapia	4,90%
Anamnesi, valutazione, consulto e visita	3,50%
Puntura di vasi	2,10%
TOTALE	100,00%



La Tabella 3.30 indica dettagliatamente tutti gli interventi attuati quando il Tumore Maligno dello Stomaco era in Diagnosi Principale; nel 52,8% dei casi “Incisione ed asportazione dello stomaco”, nel 12,7% dei casi “Nessun intervento” e nel 7% dei casi “Radiologia diagnostica”. La Tabella 3.31 indica tutti gli interventi attuati quando il Tumore Maligno dello Stomaco era in Diagnosi 2° e 3°; nel 78,3% dei casi “Chemioterapia”, nel 5,8% dei casi “Nessun Intervento” e nel 4,3% “Trasfusione di concentrato cellulare”.

Tabella 3.31 Tipologia di interventi attuati quando il Tumore Maligno dello Stomaco è in diagnosi seconda e terza (2012)

Interventi attuati quando il Tumore dello Stomaco è in Diagnosi 2-3	%
Chemioterapia	78,30%
Nessun intervento	5,80%
Trasfusione di concentrato cellulare	4,30%
Incisione ed asportazione dello stomaco	2,90%
Laparatomia	2,90%
Radiografia del torace routine	2,90%
TAC addome	2,90%
TOTALE	100,00%



Il Grafico 3.31 indica la distribuzione territoriale (cartografica) del Tasso Standardizzato Italiano dei soggetti con diagnosi di Tumore Maligno dello Stomaco nella Provincia di PU con almeno un accesso ospedaliero dal 01-01-2012 al 31-12-2012. (per accesso ospedaliero si indica almeno un ricovero con diagnosi tumorale in 1°, 2° o 3° classe nel territorio Italiano). I valori maggiori del Tasso Standardizzato Italiano per Tumore Maligno dello Stomaco si registrano nelle zone montane interne e meno nelle zone costiere (inversamente al TSI del Tumore del Polmone).

ASPETTI AMBIENTALI

(aspetti veterinari, stato ambientale dei fiumi e stato ambientale dei corpi idrici marino-costieri)

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 4.1 Dati Servizio Sanità Animale Pesaro, Urbino e Fano (AV1 2012)

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 4.2 Dati Servizio Sanità Animale Pesaro, Urbino e Fano (AV1 2012)

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 SIAOA	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

STATO AMBIENTALE DEI FIUMI

Lo stato ecologico dei corpi idrici è definito effettuando una iniziale classificazione degli elementi chimici e fisico chimici e distribuendoli in base a cinque classi di qualità: elevato, buono, sufficiente, scarso e cattivo. Dei 184 corpi idrici individuati nella Regione Marche solo circa il 50% viene monitorato. La classificazione dei corpi idrici non monitorati viene attribuita da stazioni ricadenti su altri corpi idrici appartenenti allo stesso gruppo omogeneo per tipo, categoria di rischio, pressioni e obiettivi. Nella figura sottostante si riporta lo stato ecologico dei corpi idrici naturali.

Grafico 4.1 Classificazione qualitativa dello stato ecologico dei corpi idrici della Regione Marche (2013)

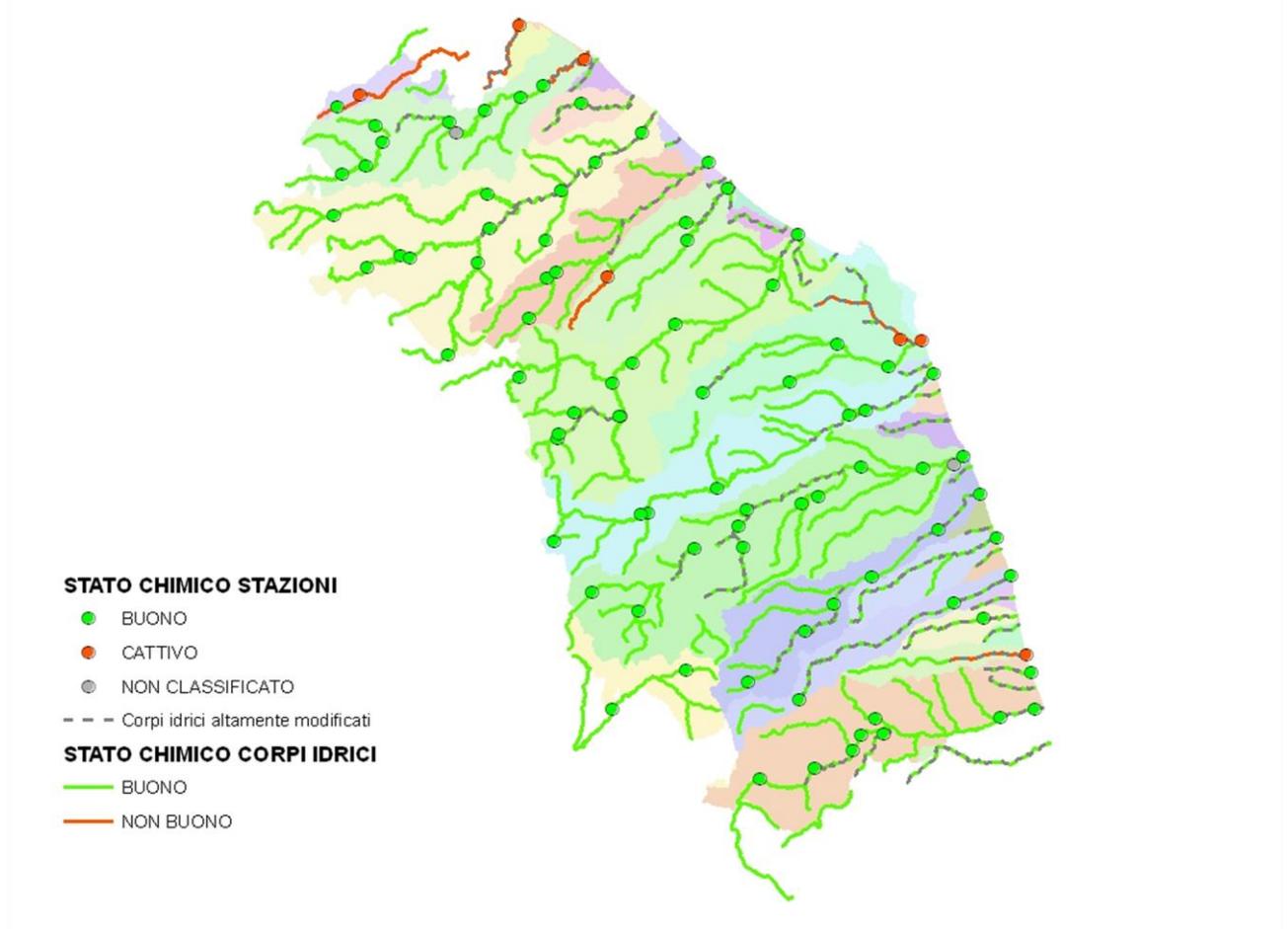


L'andamento risulta comunque descescente dall'interno verso la fascia costiera dove l'effetto dell'antropizzazione aumenta ma, anche nella fascia collinare, si sono riscontrate situazioni con stato ecologico sufficiente o addirittura cattivo. La determinazione della classe in questi casi è dovuta sicuramente ad indicatori biologici, di volta in volta diversi a seconda delle diverse sensibilità alle pressioni che incidono sul corpo idrico. E' importante sottolineare che le condizioni

a cui fare riferimento per la determinazione della classe hanno un peso fondamentale. Infatti la scelta del tipo o del macrotipo ha un forte peso sulla classificazione finale, nonché l'individuazione delle specie attese per la fauna ittica.

Il buon stato chimico può essere definito se tutti i parametri ricercati rispettano il limite previsto dalla tabella 1/A sia come media annua che come concentrazione massima ammissibile, dove prevista. Lo stato chimico dei corpi idrici superficiali della regione Marche è rappresentato dalla figura e dal grafico seguenti.

Grafico 4.2 Classificazione qualitativa dello stato Chimico dei corpi idrici della Regione Marche (AV1 2012)



I parametri e le stazioni per i quali si è avuto il superamento degli standard sia come media annua che come concentrazione massima ammissibile sono i seguenti:

Sito	Parametro	Concentrazione massima (CM µg/l)	Stato CM	Media annua peggiore (MA µg/l)	Stato MA
Conca	Diuron	10	Non Buono	1,3	Non Buono
Tavollo	Diuron	10	Non buono	2	Non Buono
Foglia alla foce	Trichloromethane	8,1	Non previsto	2,7	Non Buono

Tabella 4.3 Classificazione qualitativa dello stato ecologico dei corpi idrici della Regione Marche (AV1 2012)

BACINO	CODICE CORPO IDRICO	NOME CORPO IDRICO	TIPO	NAT URA	MON	SITO RIFERIM.	MIB CLASSE	DT CLASSE	MA CLASSE	FI CLASSE	LIMeco CLASSE	STATO CHIM. SUPPORTO	STATO ECOLOG.	STATO CHIM.
Fiume Conca	IT00.I019C_CASTELNUO VO_TR01.A	Rio Ventena di Castelnuovo Tratto 1 C.I._A	10IN7T	NAT	NO	R110024FO	SUFFIC	SCARSO	SUFFIC	BUONO	BUONO	BUONO	SCARSO	BUONO
Fiume Conca	IT00.I019C_CONCA_TR0 1.A	Torrente Conca Tratto 1 C.I._A	10S53T	NAT	SI	I019C1BCO	BUONO	BUONO	BUONO	-	ELEVATO	BUONO	BUONO	CATTIVO
Fiume Marecchia	IT00.I019M_MAZZOCC O_TR01.A	Torrente Mazzocco Tratto 1 C.I._A	10IN7T	NAT	NO	R110024FO	SUFFIC	SCARSO	SUFFIC	BUONO	BUONO	BUONO	SCARSO	BUONO
Torrente Marano	IT00.I019R_MARANO_T R01.A	Torrente Marano Tratto 1 C.I._A	10IN7T	NAT	NO	R110024FO	SUFFIC	SCARSO	SUFFIC	BUONO	BUONO	BUONO	SCARSO	BUONO
Torrente Tavollo	IT00.I019T_TAVOLLO_T R01.A	Fiume Tavollo Tratto 1 C.I._A	12S52N	AMD	SI	I019T1TA	CATTIVO	BUONO	-	-	SCARSO	BUONO	SCARSO	CATTIVO
Fiume Tronto	IT00.I028.010_TR01.A	Torrente Fluvione Tratto 1 C.I._A	13A52N	NAT	SI	I0281FV	BUONO	BUONO	ELEVATO	SUFFIC	BUONO	BUONO	SUFFIC	BUONO
Fiume Tronto	IT00.I028.025_TR01.A	Torrente Castellano Tratto 1 C.I._A	13A53N	NAT	NO	I0281TR	BUONO	BUONO	ELEVATO	ELEVATO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO
Fiume Tronto	IT00.I028.025_TR01.B	Torrente Castellano Tratto 1 C.I._B	13A53N	AMD	SI	I0282C5	SUFFIC	ELEVATO	BUONO	ELEVATO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO
Fiume Tronto	IT00.I028.028_TR01.A	Rio Garrafo Tratto 1 C.I._A	13A56N	NAT	NO	R110211TN	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO
Fiume Tronto	IT00.I028.044_TR01.A	Torrente Chiaro Tratto 1 C.I._A	13IN7N	NAT	SI	I0281CR	SUFFIC	SUFFIC	SUFFIC	-	SUFFIC	BUONO	SUFFIC	BUONO
Fiume Tronto	IT00.I028.063_TR01.A	Torrente Marino Tratto 1 C.I._A	13IN7N	NAT	NO	I0281CR	SUFFIC	SUFFIC	SUFFIC	-	SUFFIC	BUONO	SUFFIC	BUONO
Fiume Tronto	IT00.I028.066_TR01.A	Torrente Chifente Tratto 1 C.I._A	12EF7N	NAT	NO	R110144FI	SCARSO	BUONO	SUFFIC	ELEVATO	SCARSO	BUONO	SCARSO	BUONO
Fiume Tronto	IT00.I028.078_TR01.A	Torrente Lama Tratto 1 C.I._A	12IN7N	NAT	NO	R110161SPO	SCARSO	BUONO	SUFFIC	ELEVATO	SCARSO	SUFFIC	SCARSO	BUONO
Fiume Tronto	IT00.I028.085_TR01.A	Torrente Fiobbo Tratto 1 C.I._A	12EF7N	NAT	NO	R110144FI	SCARSO	BUONO	SUFFIC	ELEVATO	SCARSO	BUONO	SCARSO	BUONO
Fiume Tronto	IT00.I028.098_TR01.A	Torrente Chiarino Tratto 1 C.I._A	13IN7N	NAT	NO	I0281CR	SUFFIC	SUFFIC	SUFFIC	-	SUFFIC	BUONO	SUFFIC	BUONO
Fiume Tronto	IT00.I028_TR01.A	Fiume Tronto Tratto 1 C.I._A	13A53N	NAT	SI	I0281TR	BUONO	BUONO	ELEVATO	ELEVATO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO
Fiume Tronto	IT00.I028_TR02.A	Fiume Tronto Tratto 2 C.I._A	13A53N	AMD	SI	I0282TR	BUONO	BUONO	BUONO	ELEVATO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO
Fiume Tronto	IT00.I028_TR02.B	Fiume Tronto Tratto 2 C.I._B	13A53N	NAT	SI	I0283TR	SUFFIC	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	SUFFIC	BUONO
Fiume Tronto	IT00.I028_TR03.A	Fiume Tronto Tratto 3 C.I._A	12A54F	NAT	SI	I0286TR	SCARSO	ELEVATO	-	ELEVATO	BUONO	BUONO	SCARSO	BUONO
Fiume Tronto	IT00.I028_TR03.B	Fiume Tronto Tratto 3 C.I._B	12A54F	AMD	SI	I0287TR	SCARSO	BUONO	-	-	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO
Fiume Tevere	IT00.N010_FALCONE_T R01.A	Fosso di Pian Falcone Tratto 1 C.I._A	13A56N	NAT	NO	R110211TN	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO
Fiume Tevere	IT00.N010_NERA_TR01	Fiume Nera Tratto 1	13A56N	NAT	NO	R110211TN	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO
Fiume Tevere	IT00.N010_NERA_TR02	Fiume Nera Tratto 2	13A53N	NAT	SI	N0103NE	BUONO	ELEVATO	SUFFIC	BUONO	ELEVATO	BUONO	SUFFIC	BUONO
Fiume Tevere	IT00.N010_USSITA_TR0 1.A	Torrente Ussita Tratto 1 C.I._A	13A52N	NAT	SI	N0104NE	BUONO	BUONO	SUFFIC	BUONO	ELEVATO	BUONO	SUFFIC	BUONO
Fiume Tevere	IT00.N010_VIGI_TR01.A	Fiume Vigi Tratto 1 C.I._A	13A52N	NAT	NO	N0104NE	BUONO	BUONO	SUFFIC	BUONO	ELEVATO	BUONO	SUFFIC	BUONO
Fiume Foglia	IT11.R002.009_TR01.A	Torrente Mutino Tratto 1 C.I._A	10A52T	NAT	SI	R110022FO	BUONO	SUFFIC	SUFFIC	BUONO	ELEVATO	BUONO	SUFFIC	BUONO
Fiume Foglia	IT11.R002.027_TR01.A	Torrente Aspa di S.Arduino Tratto 1 C.I._A	10IN7T	NAT	SI	R110024FO	SUFFIC	SCARSO	SUFFIC	BUONO	BUONO	BUONO	SCARSO	BUONO
Fiume Foglia	IT11.R002.062.054_APS A_TR01.A	Torrente Aspa Tratto 1 C.I._A	10IN7T	NAT	NO	R110024FO	SUFFIC	SCARSO	SUFFIC	BUONO	BUONO	BUONO	SCARSO	BUONO
Fiume Foglia	IT11.R002.062_DONAT O_TR01.A	Torrente Aspa di San Donato Tratto 1 C.I._A	10S52T	NAT	NO	R110021FO	SUFFIC	ELEVATO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	SUFFIC	BUONO
Fiume Foglia	IT11.R002.095.031_TR0 1.A	Torrente Aspa di Tagliatesta Tratto 1 C.I._A	12IN7N	NAT	NO	R110161SPO	SCARSO	BUONO	SUFFIC	ELEVATO	SCARSO	SUFFIC	SCARSO	BUONO
Fiume Foglia	IT11.R002.095_URBINO TR01.A	Torrente Aspa di Urbino Tratto 1 C.I._A	12S52N	NAT	SI	R110029FO	SCARSO	SCARSO	SUFFIC	ELEVATO	SUFFIC	BUONO	SCARSO	BUONO
Fiume Foglia	IT11.R002_TR01.A	Fiume Foglia Tratto 1 C.I._A	10S52T	NAT	SI	R110021FO	SUFFIC	ELEVATO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	SUFFIC	BUONO
Fiume Foglia	IT11.R002_TR02.A	Fiume Foglia Tratto 2 C.I._A	10S53T	NAT	SI	R110023FO	SUFFIC	ELEVATO	-	-	BUONO	BUONO	SUFFIC	BUONO
Fiume Foglia	IT11.R002_TR02.B	Fiume Foglia Tratto 2 C.I._B	10S53T	AMD	SI	R110026FO	SUFFIC	BUONO	-	-	SUFFIC	BUONO	SUFFIC	BUONO
Fiume Foglia	IT11.R002_TR03.A	Fiume Foglia Tratto 3 C.I._A	12S53F	NAT	SI	R110028FO	SUFFIC	BUONO	ELEVATO	BUONO	BUONO	BUONO	SUFFIC	BUONO
Fiume Foglia	IT11.R002_TR04.A	Fiume Foglia Tratto 4 C.I._A	12S54D	NAT	SI	R1100210FO	SCARSO	BUONO	-	-	SCARSO	BUONO	SCARSO	BUONO
Fiume Foglia	IT11.R002_TR04.B	Fiume Foglia Tratto 4 C.I._B	12S54D	AMD	SI	R1100211FO	CATTIVO	SUFFIC	-	-	SCARSO	BUONO	SCARSO	CATTIVO
Torrente Arzilia	IT11.R004_TR01.A	Torrente Arzilia Tratto 1 C.I._A	12S53N	AMD	SI	R110041AAR	SCARSO	SUFFIC	-	-	SCARSO	BUONO	SCARSO	BUONO
Fiume Cesano	IT11.R007.048_TR01.A	Torrente Nevola Tratto 1 C.I._A	13S52N	NAT	NO	R110072CE	BUONO	BUONO	ELEVATO	BUONO	ELEVATO	BUONO	BUONO	BUONO
Fiume Cesano	IT11.R007.061.001_TR0 1.A	Rio Freddo del Cesano Tratto 1 C.I._A	12IN7N	NAT	NO	R110161SPO	SCARSO	BUONO	SUFFIC	ELEVATO	SCARSO	SUFFIC	SCARSO	BUONO
Fiume Cesano	IT11.R007.061_TR01.A	Rio Maggio Tratto 1 C.I._A	12IN7N	NAT	NO	R110161SPO	SCARSO	BUONO	SUFFIC	ELEVATO	SCARSO	SUFFIC	SCARSO	BUONO
Fiume Cesano	IT11.R007.089_MAGGI ORE_TR01.A	Rio Maggiore del Cesano Tratto 1 C.I._A	12IN7N	NAT	NO	R110161SPO	SCARSO	BUONO	SUFFIC	ELEVATO	SCARSO	SUFFIC	SCARSO	BUONO
Fiume Cesano	IT11.R007.089_TR01.A	Rio Grande Tratto 1 C.I._A	12IN7N	NAT	NO	R110161SPO	SCARSO	BUONO	SUFFIC	ELEVATO	SCARSO	SUFFIC	SCARSO	BUONO
Fiume Cesano	IT11.R007.122_TR01.A	Fiume Cinisco Tratto 1 C.I._A	13A52N	NAT	SI	R110071CE	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO	ELEVATO	BUONO	BUONO	BUONO
Fiume Cesano	IT11.R007_TR01.A	Fiume Cesano Tratto 1 C.I._A	13S52N	NAT	SI	R110072CE	BUONO	BUONO	ELEVATO	BUONO	ELEVATO	BUONO	BUONO	BUONO
Fiume Cesano	IT11.R007_TR02.A	Fiume Cesano Tratto 2 C.I._A	13S53N	NAT	SI	R110073CE	BUONO	ELEVATO	ELEVATO	ELEVATO	BUONO	BUONO	BUONO	BUONO
Fiume Cesano	IT11.R007_TR03.A	Fiume Cesano Tratto 3 C.I._A	12S53D	AMD	SI	R110075CE	SUFFIC	ELEVATO	-	-	SUFFIC	SUFFIC	SUFFIC	BUONO

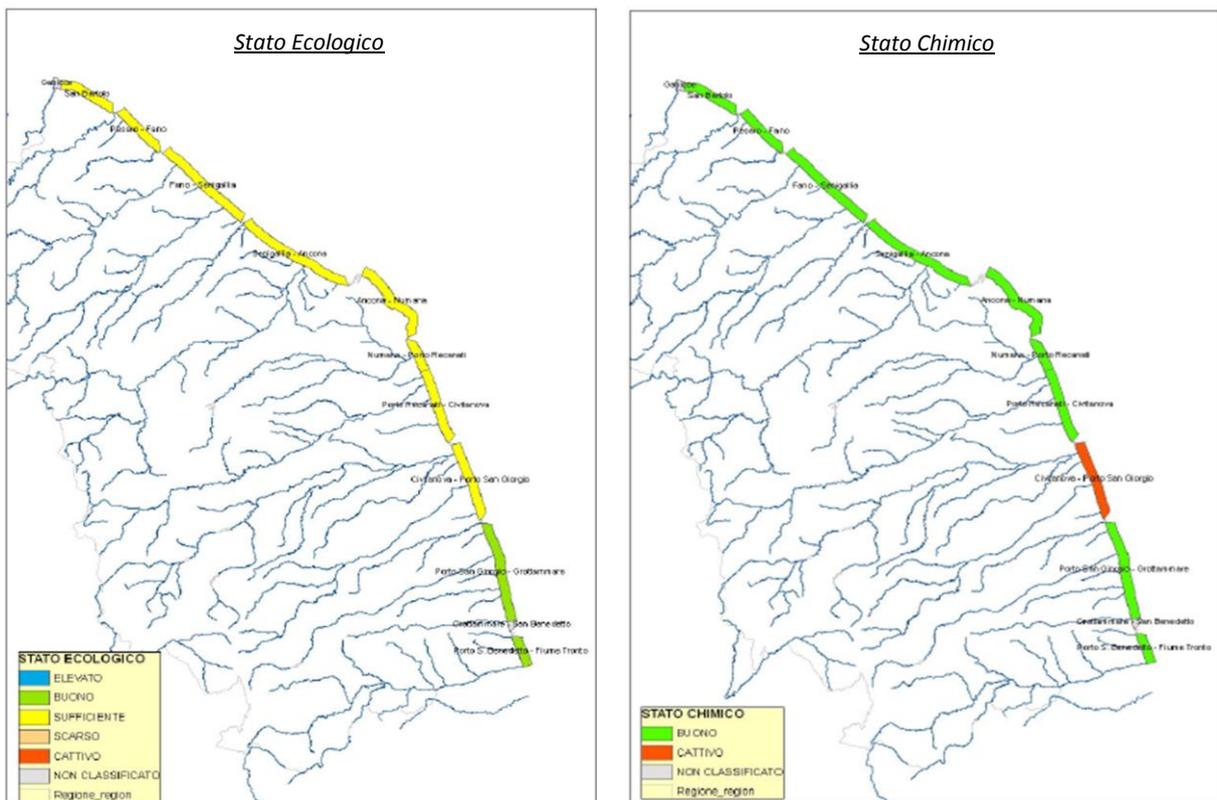
STATO AMBIENTALI DEI CORPI IDRICI MARINO-COSTIERI

La tabella 4.4 riassume la classificazione dei corpi idrici marino costieri della Regione Marche per il triennio 2010-2013 per ciascun indicatore analizzato, calcolata come media dei valori ottenuti nel corso di ogni anno di monitoraggio, e la classificazione dello stato ecologico e dello stato chimico degli stessi corpi idrici.

Tabella 4.4 Classificazione dello stato ecologico e dello stato chimico dei corpi idrici marino costieri anno 2010-2012

CORPO IDRICO	FITO PLANCTON	MACRO INVERTEBRATI	INDICE TRIX	TABELLA 1/B	GIUDIZIO FASE I	STATO ECOLOGICO	STATO CHIMICO
Gabicce	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.
San Bartolo	SUFFICIENTE	BUONO	BUONO	BUONO	SUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONO
Pesaro - Fano	SUFFICIENTE	BUONO	BUONO	BUONO	SUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONO
Fano -Senigallia	SUFFICIENTE	BUONO	BUONO	BUONO	SUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONO
Senigallia -Ancona	SUFFICIENTE	BUONO	SUFFICIENTE	BUONO	SUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONO
Ancona -Numana	SUFFICIENTE	BUONO	BUONO	BUONO	SUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONO
Numana -Porto Recanati	SUFFICIENTE	BUONO	SUFFICIENTE	BUONO	SUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONO
Porto Recanati - Civitanova	BUONO	ELEVATO	SUFFICIENTE	BUONO	SUFFICIENTE	SUFFICIENTE	BUONO
Civitanova -Porto San Giorgio	ELEVATO	BUONO	SUFFICIENTE	SUFFICIENTE	SUFFICIENTE	SUFFICIENTE	CATTIVO
Porto San Giorgio - Grottammare	ELEVATO	ELEVATO	BUONO	BUONO	ELEVATO	BUONO	BUONO
Grottammare -San Benedetto	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.	N.C.
Porto di San Benedetto del Tronto - Fiume Tronto	ELEVATO	ELEVATO	BUONO	BUONO	ELEVATO	BUONO	BUONO

Grafico 4.3 Classificazione dello stato ecologico e dello stato chimico dei corpi idrici marino costieri anno 2010-2012



Per le acque marino costiere marchigiane la tabella mette in rilievo uno stato di qualità complessivamente buono da Civitanova fino alla foce del Tronto, mentre evidenzia uno stato ecologico sufficiente nell'area più a nord della costa e nello specifico nei 6 Corpi Idrici più settentrionali.

SISTEMA SORVEGLIANZA PASSI 2013

(cittadinanza, lavoro, difficoltà economica, attività fisica, sedentarietà, fumo, stato
nutrizionale, consumo di alcol)

SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI AREA VASTA 1 (anno 2013)

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 dal 2013)

ANNO	Area Vasta n.1	Regione Marche	Pool ASL PASSI
2008	232	1.127	37.560
2009	232	1.073	39.231
2010	274	1.249	36.319
2011	274	1.191	38.234
2012	277	1228	39.225
2013	276	-	-
Total	1565	5868	190569

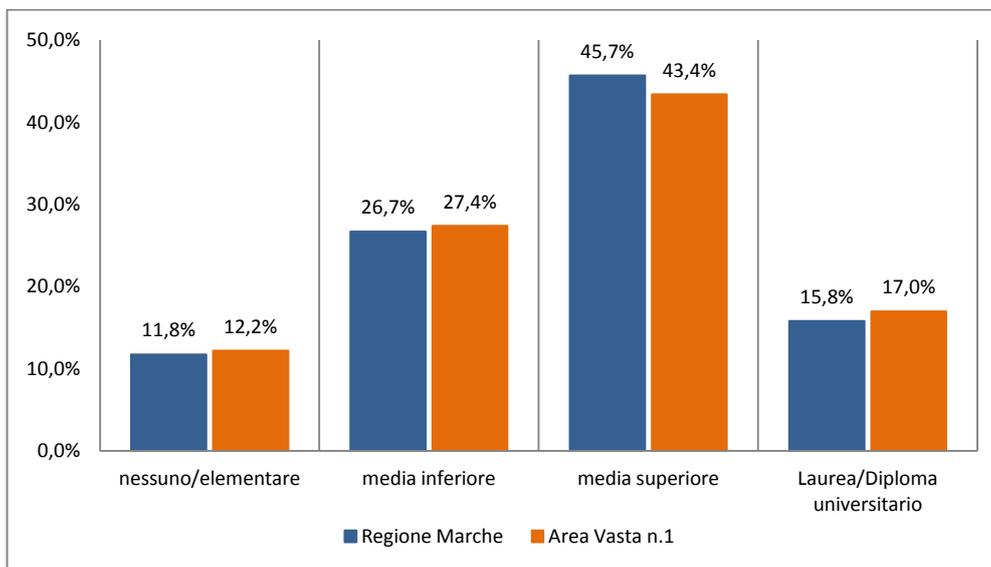
Rappresentatività del campione per età e sesso: La distribuzione per sesso e classe di età del campione di pool di Asl (dati non pesati), confrontata con la popolazione residente appare molto simile a livello nazionale e a scendere fino a quello regionale e di Area Vasta per la Regione Marche.

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

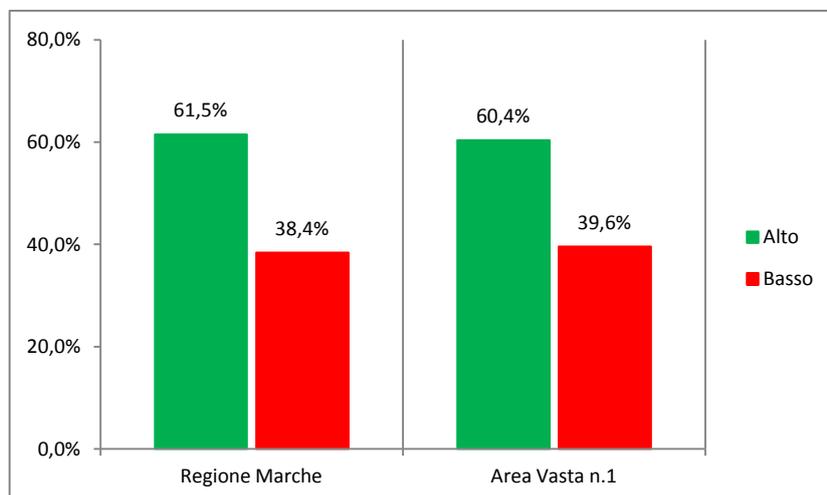
Nella valutazione si è espresso un giudizio favorevole per i valori più bassi nel grado di istruzione “nessuno/elementare” e “media inferiore”, mentre sono stati considerati positivamente i valori più alti nei gradi di istruzione “media superiore” e “Laurea/Diploma universitario”. I dati di Area Vasta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

Grafico 5.1 Percentuale del titolo di studio (PASSI anno 2012)



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”), non si riscontrano differenze significative con il dato Regionale.

Grafico 5.2 Percentuale del livello di istruzione (PASSI anno 2012)

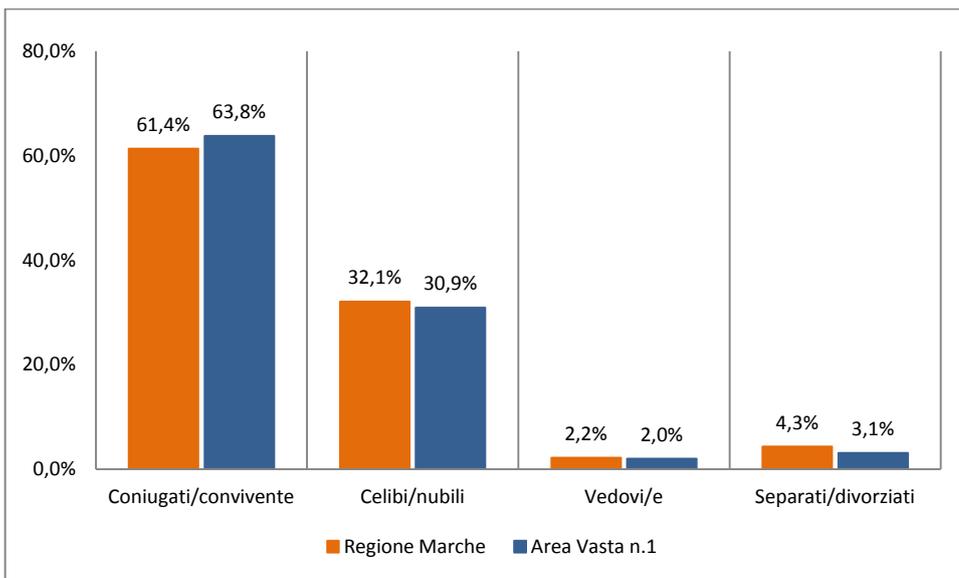


Si è inoltre osservato a livello nazionale e di Area Vasta n.1 come la bassa scolarità (nessun titolo/licenza elementare) sia associata al sesso e più frequente tra le donne. Lo stesso vale per il livello di istruzione, che dipende fortemente dall'età: al crescere dell'età, la frequenza di bassi livelli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

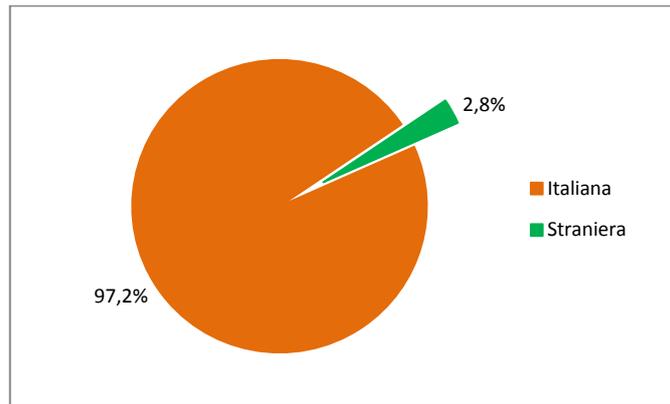
Grafico 5.3 Percentuale dello stato civile (PASSI anno 2012)



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.

Grafico 5.4 Percentuale della cittadinanza straniera negli intervistati (PASSI PU anno 2013)



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.

Tabella 5.2 Percentuale della cittadinanza straniera negli intervistati, Regione Marche, AV1, Italia 2012

Cittadinanza straniera	Regione Marche	Area Vasta n.1	ASL PASSI
Anni 2009-2012	2,70%	2,90%	3%

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 presenta percentuali di occupazione più alte (66,5%), inversamente l' Area Vasta n.1 presenta una percentuale occupazionale più bassa (58,2%) (valore statisticamente significativo).

Tabella 5.3 Percentuale dei lavoratori regolari (PASSI 2009-2012)

Lavoro regolare (<= 65 anni)	Regione Marche	Area Vasta n.1
anni 2009-2012	66,5%	58.2%

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 infine si riduce in entrambi i territori il divario tra uomini e donne nell'aver un'occupazione regolare nelle giovani generazioni.

Grafico 5.5 Percentuale dei lavoratori regolari PASSI AV1 anno 2013

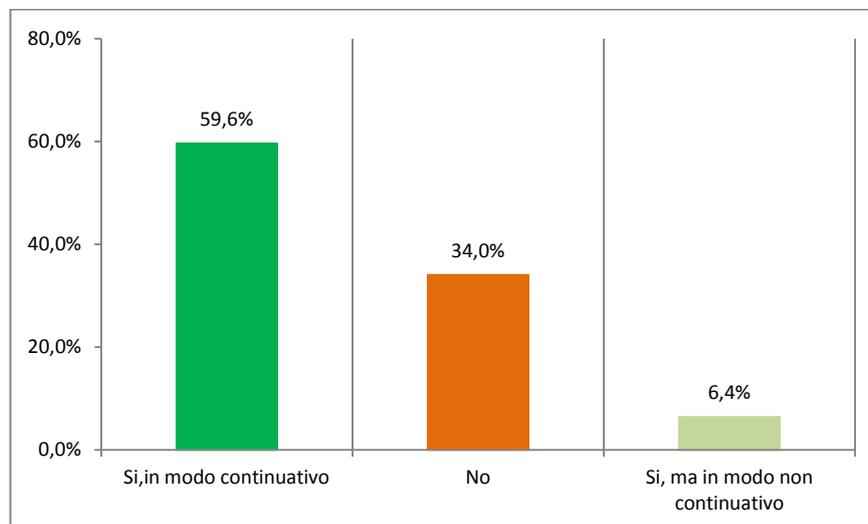


Tabella 5.4 Percentuale tipologia lavorativa Area Vasta n.1 PU (anno 2013)

Lavoro pesante che richiede sforzo fisico (manovale, agricoltore, muratore)	16,2%
Lavoro moderato che richiede mobilità fisica (operaio, cameriere, addetto pulizie)	34,8%
Lavoro prevalenza seduti (dipendente al computer, guidatore, supermercato)	49,0%

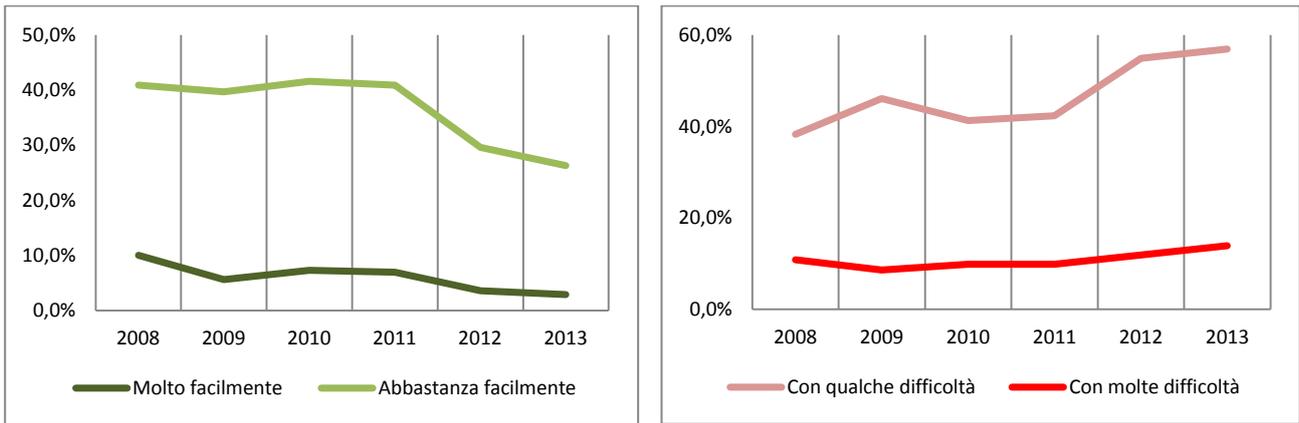
DIFFICOLTA' ECONOMICHE

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. La comparazione dei dati dell'Area Vasta n.1 con i dati della Regione Marche ci indica una situazione di maggiore difficoltà economica nel territorio Provinciale (dati statisticamente significativi). Nell' Area Vasta n.1 PU (analogamente al dato nazionale e regionale) la frequenza di persone che dichiarano di avere molte difficoltà economiche aumenta con l'età.

Tabella 5.5 Percentuale del campione che dichiara di avere delle difficoltà economiche (PASSI)

Difficoltà economica anni 2008-2012	Regione Marche	Area Vasta n.1
Nessuna	50,0%	33,2%
Qualche	41,0%	54,9%
Molte	9,0%	11,9%

Grafico 5.6 Situazione economica del campione PASSI Area Vasta n.1 PU (dal 2008 al 2013)



Analizzando i trend dal 2008 al 2013 nell' Area Vasta n.1 PU della situazione economica percepita dagli intervistati si nota chiaramente che alla domanda: Con le risorse finanziarie a sua disposizione (da reddito proprio o familiare) come arriva a fine mese?, la percezione positiva (molto facilmente e abbastanza facilmente) è diminuita bruscamente dal 2011 al 2013 (passando dal circa 40% molto facilmente al 29%) e la percezione negativa (con qualche difficoltà e con molte difficoltà) è aumentata vistosamente dal 2008 al 2013 (passando dal 40% circa con qualche difficoltà al 60%).

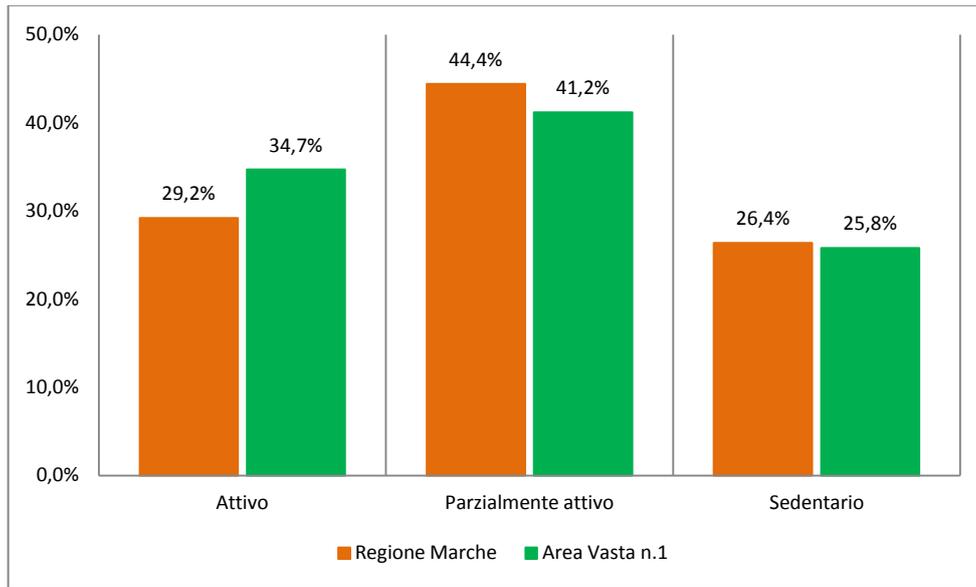
ATTIVITA' FISICA

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 29,2%. L' Area Vasta n.1 e la Regione Marche si alternano con percentuali (Grafico 5.5) del 44,4% e del 41,2% sul versante dei "parzialmente attivi" e del 26,4% e del 25,8% sul versante dei "sedentaria". 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.

Grafico 5.7 Percentuale del livello di attività fisica, comparazione Regione Marche AV1 anno 2012



SEDENTARIETA'

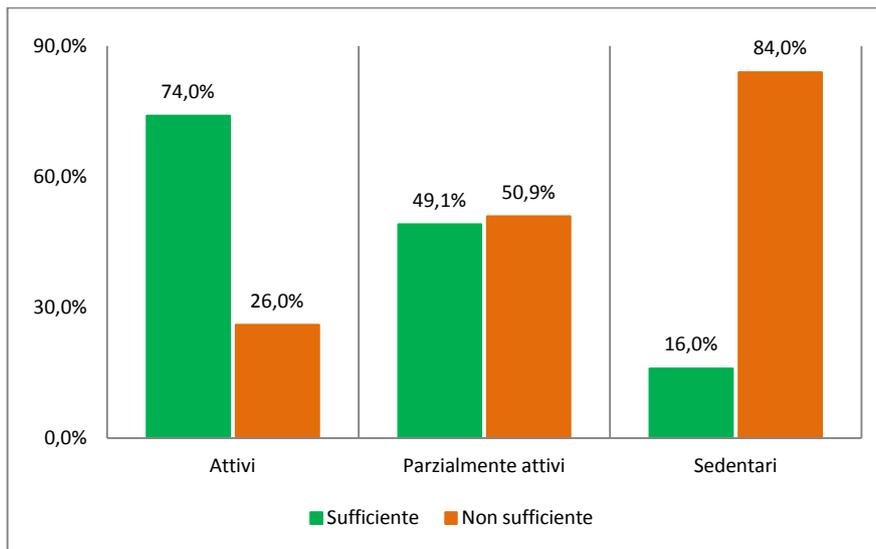
Nel Campione Nazionale e nell' Area Vasta n.1 la sedentarietà aumenta all'aumentare dell'età, la classe piu' sedentaria risulta quindi quella degli adulti, seguita dai 50-69enni; i più attivi sono i giovani ed i giovani adulti.

Autopercezione del livello di attività fisica: Non sempre la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quello dell'attività effettivamente svolta. Comparando la percezione dell'attività fisica nell'Area Vasta n.1 con il campione regionale non emergono differenze statisticamente significative (il 16% dei sedentari nell'AV1 percepisce il proprio livello di attività fisica sufficiente a fronte di un 15% del campione regionale)

Tabella 5.6 Percentuale dell' autopercezione del livello di attività fisica PASSI 2009-2012

2009-2012	Regione Marche	Area Vasta n.1
Sedentari che percepiscono sufficiente il proprio livello di attività fisica	15%	16%

Grafico 5.8 Percentuale dell' autopercezione del livello di attività fisica AV1 PU (PASSI anno 2013)

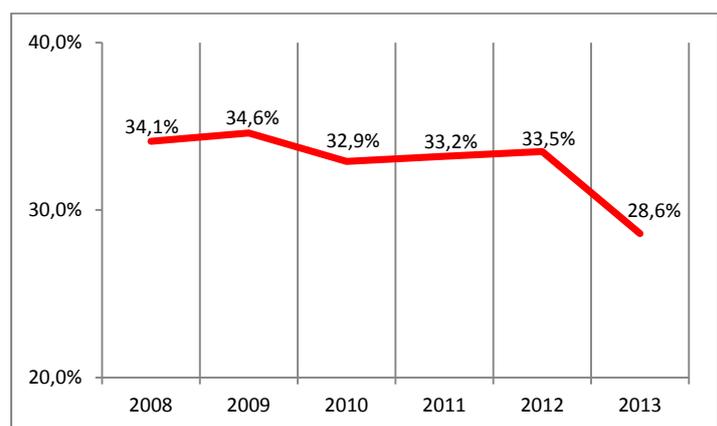


La promozione dell'attività fisica da parte degli operatori sanitari: nel pool ASL PASSI il 31,5% delle persone intervistate nel periodo 2008-2011 riferisce di aver ricevuto domande circa l'attività fisica effettuata e il 31,6% il consiglio di farla. Le percentuali riferite all'Area Vasta n.1 ed alla 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 5.7 Percentuale della promozione dell'attività fisica, Regione Marche, AV1, media Italia

2009-2012	Regione Marche	Area Vasta n.1	Pool ASL PASSI
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha chiesto se fa regolare attività fisica	29.6%	33.4%	31,10%
Riferisce che un medico operatore sanitario gli ha consigliato di fare più attività fisica	29.8%	30.5%	29.5%

Grafico 5.9 Percentuale della promozione dell'attività fisica da parte di operatori sanitari AV1 PU (PASSI anno 2013)



Conclusioni: In Italia l'attività fisica, oltre a essere uno dei punti cardine dei Piani Regionali della prevenzione, 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

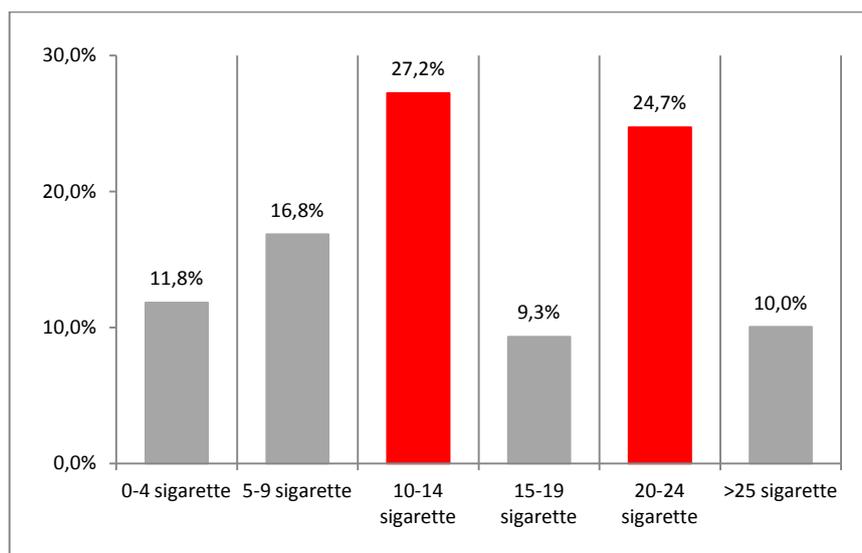
Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative, in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte prematura. A seconda del metodo usato, si stima che fra i 70 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 2009-2012 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 5.8 Percentuale dell' abitudine al fumo, Regione Marche, AV1, media Italia 2009-12

2009-2012	Regione Marche	Area Vasta N.1	Pool ASL PASSI
Fumatori	27,5%	27,8%	28,9%
<i>uomini</i>	31,0%	29,6%	34,0%
<i>donne</i>	23,9%	25,9%	24,0%
Ex fumatori	20,9%	26,2%	18,9%
Non fumatori	51,6%	45,9%	52,2%
Fumatori occasionali	1,7%	0,5%	0,5%

La percentuale di sigarette fumate (mediamente) al giorno all' interno del Territorio dell' Area Vasta n.1 Pu nel 2013 ci indica una prevalenza nel consumo di 10-14 sigarette al giorno (27,2%) seguita da un consumo elevato di 20-24 sigarette al giorno nel 24,7% dei casi.

Grafico 5.10 Percentuale di sigarette fumate al giorno dai soggetti che si dichiarano fumatori AV1 PU (anno 2013)



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 (in particolare di sesso femminile).

Grafico 5.11 Percentuale abitudine al fumo stratificata per classe di età e distribuzione territoriale (2009-2012)

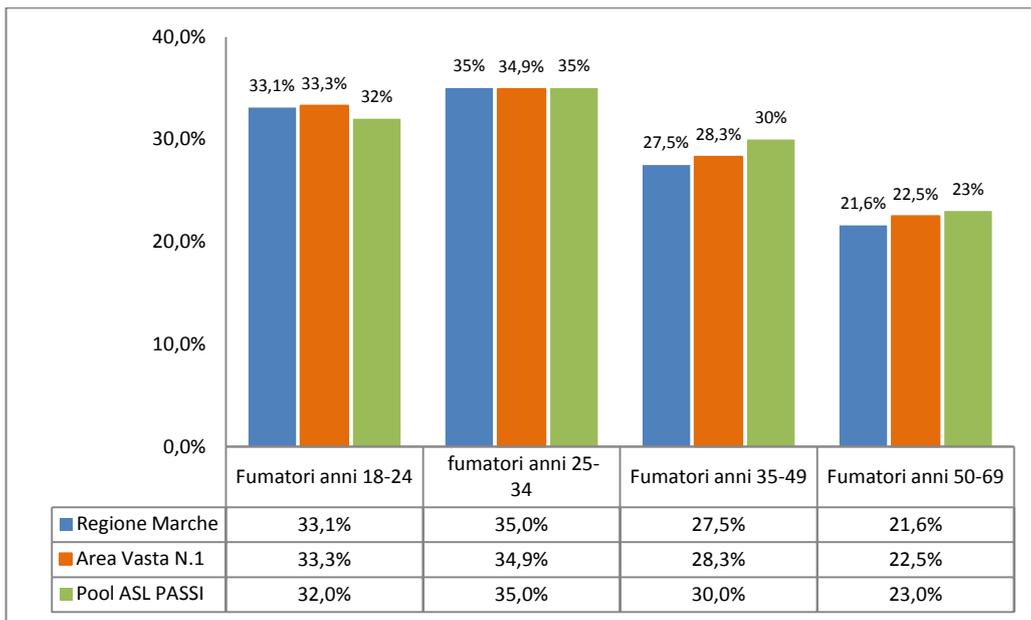
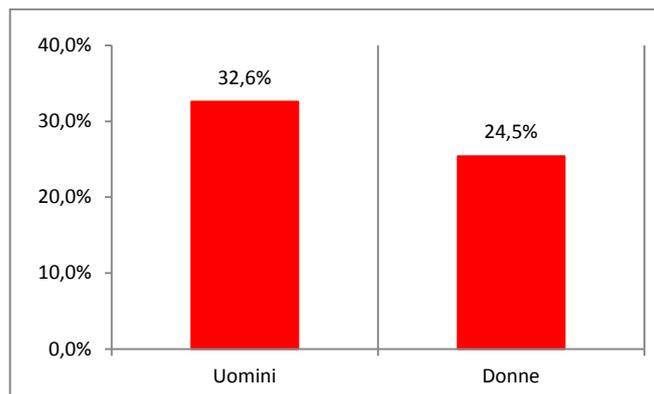


Grafico 5.12 Percentuale di fumatori stratificato per sesso anno 2013 AV1 PU



Ancora persiste una forte differenza tra gli uomini (fuma uno su tre), rispetto alle donne (meno di una su quattro) sia nel campione nazionale sia in quello di Area Vasta, negli ultimi anni questa distanza si è ridotta fortemente sia in età adulta e sia in età giovanile.

Grafico 5.13 Percentuale di fumatori stratificato per livello di istruzione AV1 PU anno 2013

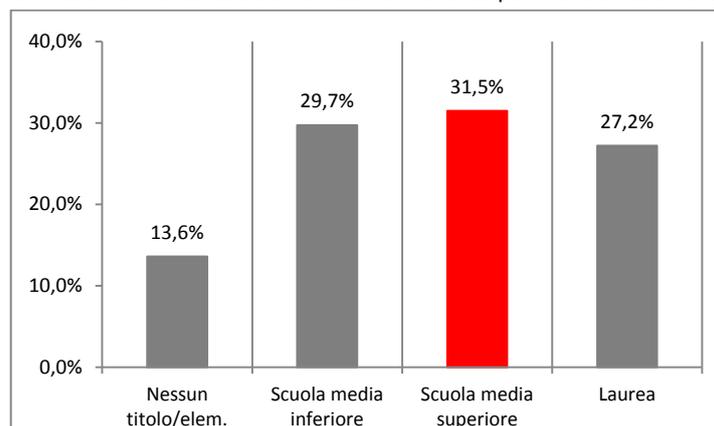
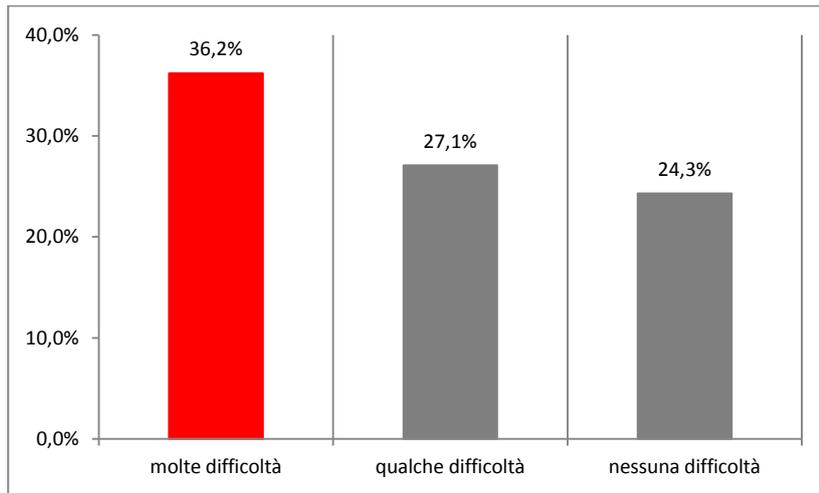


Grafico 5.14 Percentuale di fumatori stratificato per situazione economica AV1 PU anno 2013



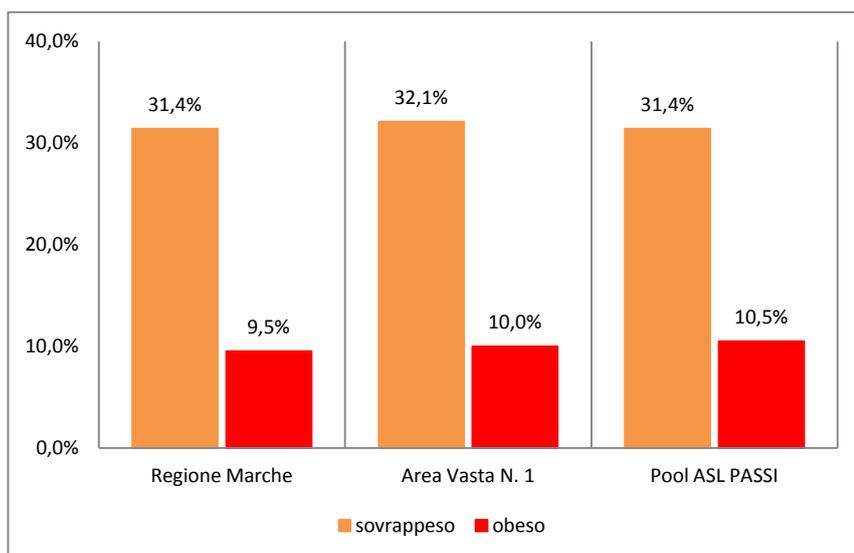
STATO NUTRIZIONALE

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 cronico-degenerative 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 2013 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 2013 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.

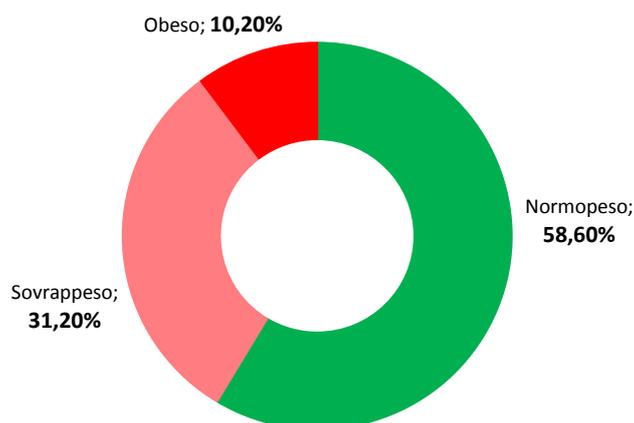
Grafico 5.15 Percentuale popolazione in eccesso ponderale anno 2009-2012 distribuzione per territorio



In Area Vasta n.1 l'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità, Imc≥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.

Grafico 5.16 Percentuale Stato ponderale popolazione AV1 PU anno 2013



Nel periodo 2009-2012 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. nel campione del pool Passi 2013 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 2009-2012, 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.

Grafico 5.17 Consiglio di perdere peso anno 2013

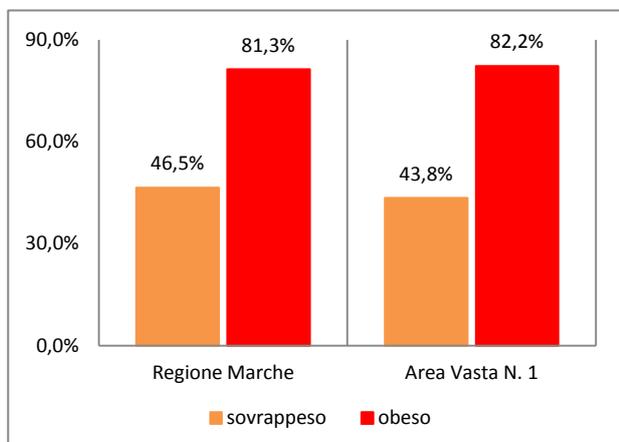
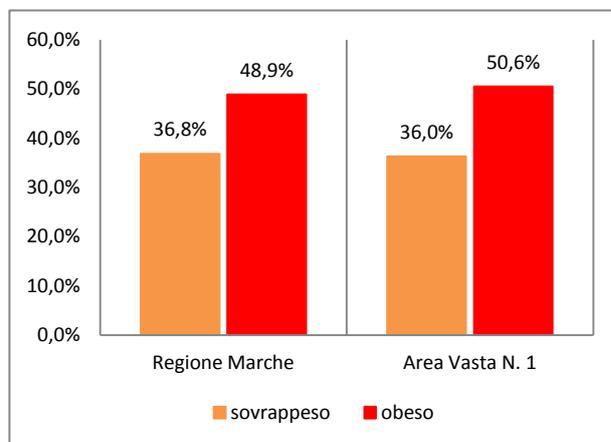


Grafico 5.18 Consiglio di fare attività fisica anno 2013

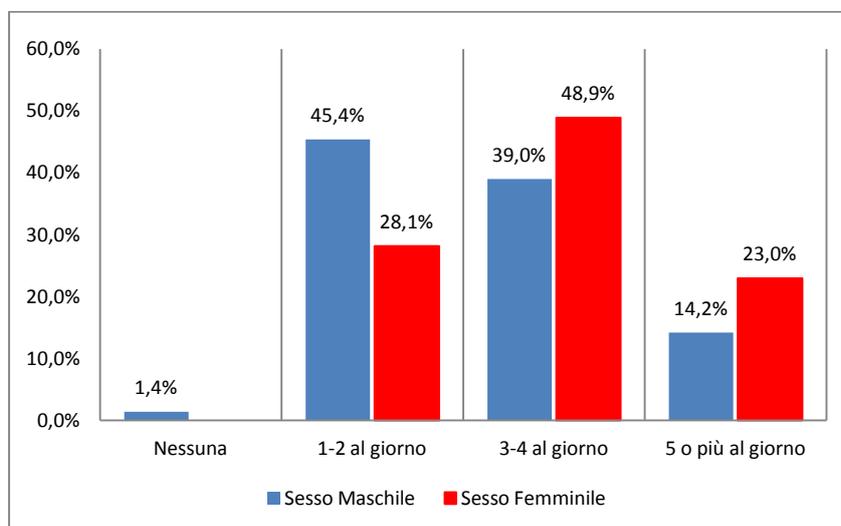


L' Organizzazione Mondiale della Sanità ci consiglia almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, utili ad una alimentazione sana ed equilibrata; analizzando i dati di consumo dell'Area Vasta n.1 PU emerge che il 12,1% degli intervista mangia almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno a fronte di un 10,4% media regionale e un 9,6% media Italia.

Tabella 5.9 Percentuale consumo di almeno 5 porzioni di frutta (2009-12)

2009-2012	Regione Marche	Area Vasta N. 1	Pool ASL PASSI
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	10,40%	12,10%	9,60%

Grafico 5.19 Percentuale consumo giornaliero di frutta stratificato per sesso AV1 PU (anno 2013)



Analizzando il consumo di frutta e verdura al giorno stratificato per classe di età, si rileva che il maggior consumo di frutta e verdura è strettamente correlato alle classi di età adulte/anziane e il minor consumo alle classi di età giovanili.

Grafico 5.20 Percentuale consumo giornaliero di frutta stratificato per classe di età AV1 PU (anno 2013)

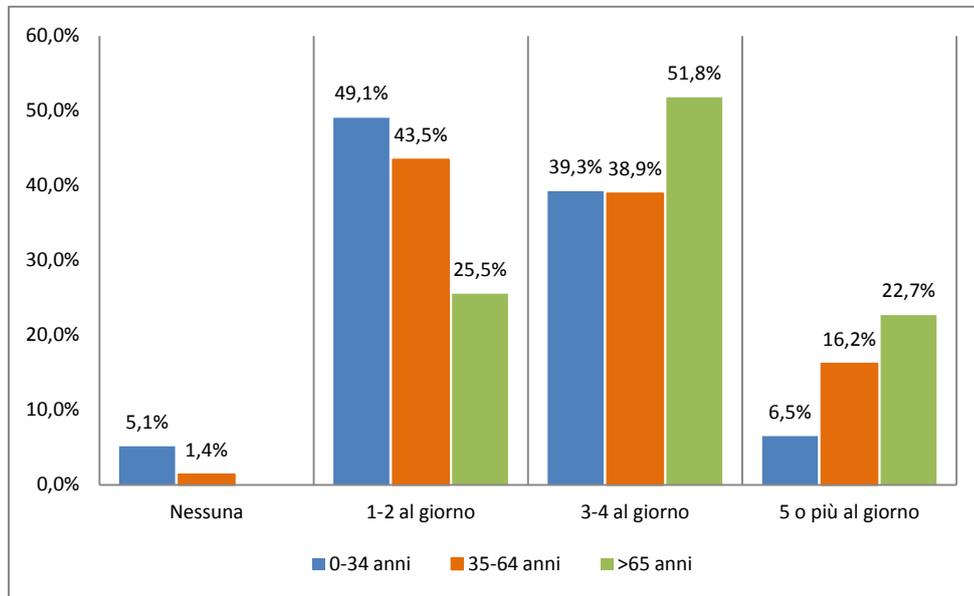
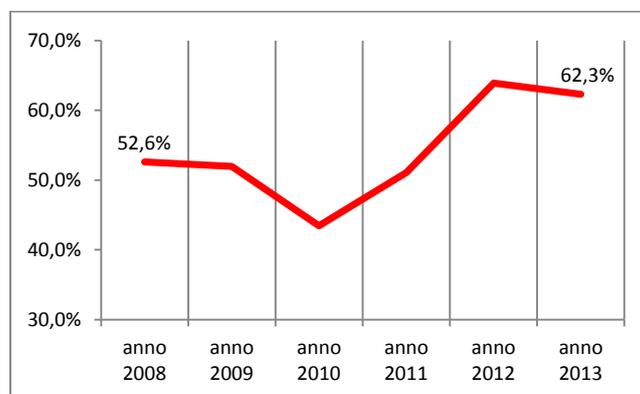


Grafico 5.21 Percentuale consumo giornaliero di 3-5 porzioni di frutta al giorno, serie storica AV1 PU



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 12,1% del campione intervistato consuma almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno.

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. 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. 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 n.1 PU. 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 5.10 Percentuale del consumo di alcol (2009-2012)

Anno 2009-2012	Regione Marche	Area Vasta N. 1	Pool ASL PASSI
Bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	60,90%	69,10%	55,60%
Consumo fuori pasto (prevalentemente od esclusivamente)	7,70%	8,90%	7,90%
Consumo abituale elevato ¹	4,50%	3,90%	4,60%
Consumo binge ² (2010-2011) e (2010-2012)	9,20%	9,80%	8,60%
Consumo a maggior rischio ³ (2010-2011) e /2010-2012)	18,40%	21,50%	17%

Consumo elevato¹: 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).

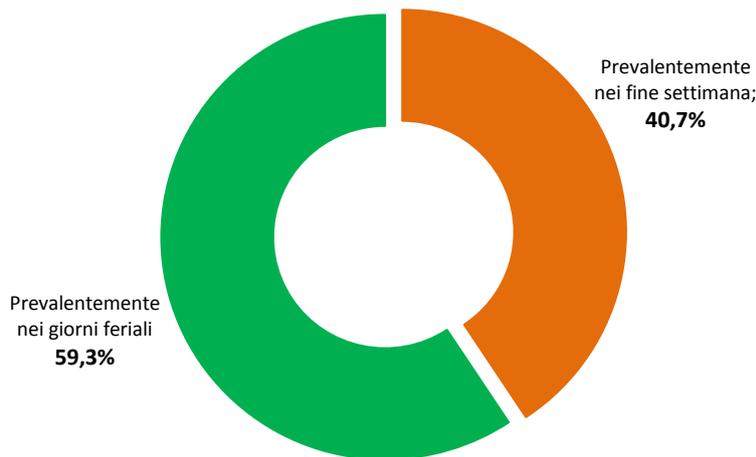
Consumo Binge²: 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010).

Consumo a maggior rischio³: 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

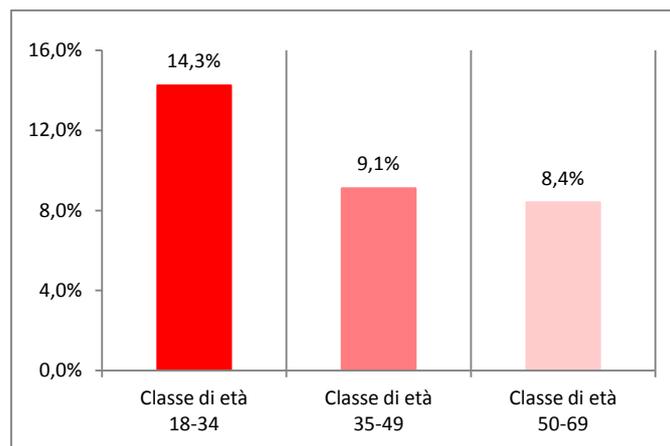
tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione alto e quelle senza difficoltà economiche, c'è differenza invece con la situazione nazionale per la cittadinanza, che nel contesto nazionale non influenza mentre in Area Vasta n.1 si osserva un maggiore consumo tra le persone di cittadinanza italiana rispetto a quella straniera.

Grafico 5.22 Durante gli ultimi 30 giorni, in quale momento della settimana ha bevuto le bevande alcoliche, Area Vasta n.1 PU 2013



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

Grafico 5.23 Consumo a maggior rischio stratificato per classe di età, Area Vasta 1 PU (anno 2013)



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 2013,

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 Alcool 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 alcool. 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'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 14,9% 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 (10,7%) e dell'Area Vasta n.1 (13,7%), che riferisce di essere stata interpellata da personale sanitario sul consumo di alcol. In particolare, nel pool ASL PASSI tra coloro che bevono alcol (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto la frequenza di consigli è pari al 6,4%, 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 5.11 Percentuale dell' attenzione degli operatori sanitari (2008-11)

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

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 *counseling* 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 assoluta (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.

2013-2014

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

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.

