

# PROFILO DI SALUTE DELL'AREA VASTA 2



**Dipartimento di Prevenzione  
AST Ancona  
UOC ISP Ambiente e Salute-  
UOS Epidemiologia**

AGGIORNAMENTO  
2022

A cura di:  
Marco Morbidoni  
Antonella Guidi  
Annalisa Cardone  
Cristina Mancini

con la collaborazione di  
Pietro Serafini\* per la stesura del  
paragrafo "ospedalizzazione"

*\*UOC Controllo di Gestione, AST An*

Foto di copertina: Stefano Remaggi Ste Rmg

## INDICE

Capitoli	Pagina
<b>Sintesi</b>	<b>1</b>
<b>1.CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO E DI SALUTE</b>	<b>10</b>
1.1 Struttura della Popolazione	10
la popolazione residente	10
la speranza di vita alla nascita	12
la popolazione residente in AV2 con cittadinanza straniera	12
1.2 Principali indicatori di struttura della Popolazione	14
1.3 Caratteristiche Sociali ed Economiche	15
la nuzialità	15
le famiglie	15
l'istruzione	18
il lavoro (gli occupati)	19
<b>2. COMPORAMENTI LEGATI ALLA SALUTE: GLI STILI DI VITA</b>	<b>21</b>
2.1 Attività fisica	21
2.2 Abitudine al fumo	24
2.3. Situazione nutrizionale	26
2.4. Abitudini alimentari	28
il consumo di frutta e verdura	28
il consumo di sale	29
2.5 Consumo di alcol	31
<b>3. CONDIZIONI DI SALUTE</b>	<b>33</b>
3.1 Percezione dello stato di salute e i sintomi depressivi	33
la salute percepita	33
i sintomi depressivi	34
3.2 Malattie croniche non trasmissibili	36
focus sul diabete	39
focus sul rischio cardiovascolare	41
- ipertensione arteriosa	42
- ipercolesterolemia	42
3.3 Patologie neoplastiche	44
3.4 Ospedalizzazione	49
<b>4. LA MORTALITÀ</b>	<b>51</b>
4.1 Numero assoluto e frequenza dei decessi	51
4.2 Decessi per età	54
4.3 Cause di morte	55
4.4 Mortalità evitabile	60
<b>5. INCIDENTALITA'</b>	<b>62</b>
5.1 Incidenti stradali e sicurezza sulle strade	62
5.1.1. Frequenza e gravità	62
5.1.2. Caratteristiche delle persone coinvolte	64
5.1.3. Strade più a rischio di incidenti stradali	65
5.1.4. Comportamenti scorretti alla guida	66
- L'uso di dispositivi di sicurezza	66
- La guida sotto l'effetto dell'alcol	67
5.2 Incidenti domestici e consapevolezza del rischio infortunistico	69
5.2.1. Frequenza	69
5.2.2. Consapevolezza del rischio infortunistico	70
5.3 Infortuni sul lavoro e malattie professionali	72
5.3.1. Aziende e lavoratori	72
5.3.2. Infortuni sul lavoro	74
- la frequenza	74

- le caratteristiche delle persone infortunate e la gravità degli infortuni	75
5.3.3. Denunce di Malattie Professionali	78
- la frequenza	78
- le caratteristiche dei lavoratori	78
- la tipologia di malattie professionali denunciate	79
<b>6. PROGRAMMI DI PREVENZIONE INDIVIDUALE</b>	<b>80</b>
6.1 Screening del tumore del collo dell'utero	80
6.2 Screening del tumore della mammella	82
6.3 Screening del tumore del colon retto	85
<b>7. FOCUS SU GRAVIDANZE E NASCITE</b>	<b>87</b>
7.1 Natalità e la fecondità nell'AV2	87
7.2 Caratteristiche socio-demografiche dei genitori	92
7.2.1. Cittadinanza materna	92
7.2.2 Età materna	93
7.2.3. Condizione professionale materna e paterna	94
7.2.4. Scolarità materna e paterna	95
7.3 Assistenza in gravidanza	96
7.3.1 Servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza	96
7.3.2. Visite in gravidanza	98
7.3.3. Epoca delle 1° visita ostetrica in gravidanza	100
7.3.4. Corso di accompagnamento alla nascita	101
7.4 Parto	103
7.4.1. Luogo del parto	103
7.4.2. Parto pretermine	105
7.4.3. Modalità del parto	107
7.5 Neonato	111
7.5.1 Parto semplice e plurimo e i nuovi nati	111
7.5.2. Proporzione e genere dei nuovi nati	111
7.5.3 Peso alla nascita	112
7.5.4. Punteggio Apgar a 5' e rianimazione neonatale	113
7.5.5. Natimortalità	114
7.5.6 Malformazioni congenite	115
<b>8. DISUGUAGLIANZE ED EQUITÀ NELLA SALUTE</b>	<b>117</b>
8.1 Disuguaglianze nei determinanti sociali della salute	118
8.1.1. Istruzione	118
- il livello d'istruzione	118
- le competenze alfabetiche e numeriche degli studenti	119
- l'abbandono precoce degli studi	121
- il livello d'istruzione e il rischio di esclusione sociale	124
8.1.2. Lavoro	125
- il lavoro e il differenziale di genere tra occupazione maschile e femminile	125
- il lavoro povero e la povertà lavorativa	127
- il lavoro che non c'è: i tassi di disoccupazione	127
8.1.3. Reddito /Ricchezza	129
- gli indicatori di benessere economico	130
- gli indicatori di disuguaglianza di distribuzione del reddito	135
- gli indicatori di povertà	137
8.2 Impatto delle disuguaglianze sociali sulle malattie croniche non trasmissibili e sugli stili di vita	138
8.3 Impatto delle disuguaglianze sociali sul percorso nascita	139
8.3.1 Epoca della gravidanza in cui viene effettuata la 1° visita ostetrica	139
8.3.2 Partecipazione ad un corso di accompagnamento alla nascita	141
8.3.3 Parto pretermine	143
8.3.4. Parto con taglio cesareo	145
<b>Bibliografia</b>	<b>148</b>

La descrizione del profilo di salute di una popolazione rappresenta uno strumento indispensabile per la programmazione delle attività di Sanità Pubblica ed è frutto della combinazione di fattori ambientali, socioeconomici, stili di vita, accesso ai servizi.

Tale descrizione si basa sulla lettura combinata e contestualizzata dei principali indicatori epidemiologici come, ad esempio, la prevalenza di alcune patologie o la mortalità per causa.

Il Profilo di Salute è stato redatto prima della riorganizzazione regionale in Aziende Sanitarie Territoriali, pertanto rappresenta un quadro di riferimento della situazione sul territorio dell'Area Vasta 2.

## A. RIASSUNTO DEI CAPITOLI DEL PROFILO

### DEMOGRAFIA

La popolazione residente è in costante riduzione dal 2013: al 1 gennaio 2022 la popolazione scende a 473.688 quasi il 4% abitanti in meno rispetto. La presenza femminile è leggermente maggiore di quella maschile (243.440 donne e 230.248 uomini; rapporto uomini/donne pari a 0,95). L'età media della popolazione della provincia di Ancona al 1 gennaio 2022 è di 47,3 anni.

Nella provincia di Ancona il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere alla nascita (definita speranza di vita alla nascita), dal 1992 è aumentato progressivamente (era di 78,8 anni per arrivare a 84,3 anni nel 2019). Negli ultimi due anni però c'è stata una battuta d'arresto per gli effetti della pandemia. Il valore è sceso a 83 anni.

Gli stranieri residenti nell'AV2 al 31/12/2021 rappresentano l'8,7% dei residenti. Si tratta di una popolazione più giovane: età media di 33,8 anni. Delle 143 cittadinanze presenti nella provincia di Ancona la comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 20,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'Albania (9,5%) e dal Bangladesh (8,8%).

#### I Principali indicatori di struttura della Popolazione

I principali indicatori di struttura della popolazione (indice di vecchiaia, indice di dipendenza anziani, Indice di dipendenza strutturale, indice di ricambio della popolazione attiva, indice di struttura della popolazione attiva), confermano un progressivo invecchiamento della popolazione: la popolazione con più di 64 anni costituisce il 25,8% della popolazione mentre quella con meno di 15 anni il 12,2%.

#### Caratteristiche sociali ed economiche

Nella provincia di Ancona il 46,5% della popolazione è coniugato, i divorziati sono il 3,2% mentre il 7,9% è vedovo/a, il resto è celibe o nubile. Si conferma anche nella Provincia di Ancona la tendenza alla posticipazione delle nozze: l'età media al matrimonio è passata da 38 anni nel 2016 a circa 43 anni per gli sposi e da 34 anni a 37 per le spose nel 2020.

Nella provincia di Ancona nel 2020 vivono 204.664 famiglie (210.511 nell'AV2) che presentano una dimensione media di 2,3 componenti, omogenea al territorio regionale ed in linea con la dimensione media nazionale.

Si osserva una semplificazione delle strutture familiari. All'aumento del numero di famiglie, corrisponde una progressiva riduzione della dimensione delle stesse.

Si stima che il 24% delle persone di 65 anni e più vivono da sole; le donne sole sono più del doppio degli uomini (31,6% vs il 13,9% degli uomini).

Nell'anno 2020 per quanto riguarda il livello di istruzione della popolazione di 9 anni e più, residente in AV2, 26 ragazzi su 100 sono in possesso di 'licenza di scuola media inferiore', 40 su 100 di un diploma di istruzione secondaria e 12 su 100 di laurea o dottorato di ricerca.

Dal punto di vista del lavoro complessivamente l'andamento dell'occupazione nella provincia di Ancona è simile a quella nazionale: nel 2021 è migliorata, ma resta sempre critica la situazione lavorativa per le donne. Il tasso di occupazione totale si mantiene al di sopra dei valori regionali e nazionali (65% vs il 64,1 delle Marche e il 58,2% dell'Italia).

### COMPORAMENTI LEGATI ALLA SALUTE: GLI STILI DI VITA

Dai dati della Sorveglianza PASSI dell'AV2 nel biennio 2020-2021 risulta essere **completamente sedentario** il 12,2% degli adulti tra 18-69 anni, il 24,2% è parzialmente attivo e il 63,6% fisicamente attivo. In Italia la proporzione dei sedentari è più del doppio (31,5%). I completamente sedentari sono più numerosi tra le donne, i meno giovani, tra le persone che hanno un livello basso di istruzione, in coloro che hanno molte difficoltà economiche, tra le persone in sovrappeso, tra le persone che presentano sintomi di depressione.

Circa un intervistato su 5 fra 18 e 69 anni (il 21,4%) **ha dichiarato di essere un fumatore** tra questi 4,2% è un “forte fumatore” cioè ne fuma più di 20. L'abitudine al fumo è più frequente tra gli uomini, tra i più giovani, tra le persone con molte difficoltà economiche.

Si stima che il 39,7% degli adulti di 18-69 anni è **in eccesso ponderale**, (l'8,4% obesi e il 31,3% in sovrappeso). L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età, ed è maggiore negli uomini rispetto alle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e in coloro che hanno molte difficoltà economiche. Il 49,9% ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario, solo il 30,2% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso e tra coloro che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso una persona su due segue una dieta (50,4%).

Solo il 9,1% aderisce alle raccomandazioni internazionali di **consumare frutta e verdura** 5 volte al giorno (*five a day*), ma più della metà degli intervistati nel biennio 2020-2021 dichiara di mangiarne almeno 3-4 porzioni al giorno (52%).

Poco più del 66,2% di adulti fa attenzione o cerca di ridurre **la quantità di sale** assunta a tavola.

Il 74,5% degli intervistati, tra 18-69 anni, riferisce di **aver consumato alcol negli ultimi 30 giorni**. Il 21,3% ne fa un consumo “a maggior rischio” perché consuma alcol abitualmente in modo elevato (3,4%) o prevalentemente fuori pasto (8,5%) o è un bevitore binge (13%) oppure è una combinazione delle tre modalità. Il consumo a “maggior rischio” è più frequente nei giovani (nella fascia di età fra i 18 e i 24 anni, si arriva al 43,1%), fra gli uomini (24,4% vs il 18,4% delle donne), fra le persone con un livello di istruzione più alto (18,8% dei laureati vs il 10,2% di chi ha la licenza elementare), fra chi dichiara di avere molte difficoltà economiche (26,7% vs il 20,5 di chi non ne ha).

## LE CONDIZIONI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

I dati della “Multiscopo” registrano che nella provincia di Ancona nel 2020 complessivamente il 71% delle persone di 6 anni e più riferisce di essere in buona salute (il 75,8% degli uomini e il 68,3% delle donne). La **salute risulta essere percepita positivamente** in particolare da coloro che sono in possesso di un titolo di studio alto (81,4% tra chi ha una laurea o post-laurea), rispetto a coloro che hanno la sola licenza elementare o nessun titolo di studio (57,7%).

Chi è occupato riferisce di essere in buona salute in percentuale maggiore rispetto a chi è disoccupato o alla ricerca di nuova occupazione (80,4% vs 73,2%). Una migliore percezione della propria salute è presente nella classe dei dirigenti, imprenditori e liberi professionisti (82,6%), rispetto agli operai, apprendisti (79,6%).

Il 47% degli individui di 6 anni e più con malattie croniche riferisce di sentirsi bene, ma tale proporzione è del 43% tra coloro che soffrono di almeno una malattia cronica e scende al 23% tra coloro che hanno almeno due o più malattie croniche.

Dai dati della sorveglianza *PASSI* nel biennio 2020-2021 il 7,8% delle persone intervistate dell'AV2 riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, **sintomi depressivi**. Il dato italiano è inferiore (6,6%). Le categorie più colpite sono le donne (11,9% vs 3,5% degli uomini), le persone nella fascia di età da 35 anni in poi, quelle con un livello di istruzione basso, con molte difficoltà economiche, senza un lavoro regolare, con almeno una malattia cronica.

Utilizzando come fonte dati l'Indagine Multiscopo sulle famiglie, approssimando che la frequenza percentuale delle **malattie croniche non trasmissibili** (MCNT) in AV2 sia simile a quella delle Marche, si stima che in tutta la nostra Area Vasta siano presenti più di 180.000 persone con almeno una malattia cronica e più di 100.000 con almeno due malattie croniche, indipendentemente dall'età. Sempre considerando la precedente approssimazione si può stimare che nel territorio dell'AV2 vi siano circa 26.000 diabetici, 87.000 ipertesi, 25.000 bronchitici cronici e altre persone con patologie croniche, il cui impatto sui servizi sanitari e sociali, visto anche l'invecchiamento della popolazione, sarà sempre più importante.

Secondo la **fonte dati PASSI** nell'AV2 il 20,1% degli adulti di 18-69 anni nel biennio 2020-2021 ha riferito che, nel corso della vita che un medico ha diagnosticato loro una o più tra le seguenti patologie: insufficienza

renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori, malattie croniche del fegato o cirrosi. Più precisamente il 14% riferisce di essere affetto da almeno una patologia cronica e il 6% da almeno due. Le categorie più colpite sono le persone con età più avanzata e, in particolare, quelle con status socioeconomico più svantaggiato (con molte difficoltà economiche il 32,1% vs il 17,2% di chi non ne ha), i soggetti con bassa istruzione (29% tra chi ha al massimo una licenza di scuola elementare vs il 13% di chi ha una laurea).

Nell'Area Vasta 2 nel biennio 2020-2021 il 5% della popolazione adulta di 18-69 anni ha riferito una **diagnosi di diabete**; il genere, l'età, le caratteristiche socio-economiche influenzano la prevalenza di diabete. Le categorie più colpite sono gli uomini, le persone con età più avanzata, quelle con status socioeconomico più svantaggiato, i soggetti con bassa istruzione.

Il 97,4% degli adulti tra 18-69 anni presenta almeno un fattore di rischio per malattie cardiovascolari. Tra coloro che soffrono di almeno un rischio cardiovascolare il 31% ne presenta uno, il 35% ne ha due, il 20% ne ha tre.

Le persone con diagnosi **di ipertensione** sono il 18,4%. Prevalso negli uomini (22% vs 14,8% fra le donne); è poco frequente fra i giovani (4,6% nella classe di età 18-34 anni vs il 31,3% nella classe di età di 50-69 anni); è associata all'eccesso ponderale, è più frequente fra le persone socialmente più svantaggiate, per disponibilità economiche o istruzione.

Coloro che riferiscono di avere il **colesterolo alto** sono il 21,4% degli adulti residenti. L'ipercolesterolemia è associata al genere femminile, all'età (cresce dal 6,9% fra i 18-34enni al 34,4% fra i 50-69enni); allo svantaggio sociale, per istruzione o risorse economiche, all'eccesso ponderale.

Dal **Registro Tumori delle Marche** ricaviamo i dati relativi all'incidenza della patologia neoplastica per il triennio 2013-2015. Risulta che tra i **primi 10 tumori** (incidenti per genere) nella provincia di Ancona, 'pelle, non melanomi' è al primo posto in entrambi i sessi, seguito da 'prostata' per gli uomini e 'mammella' per le donne. Troviamo poi per entrambi i generi le neoplasie del tratto intestinale ('colon, retto ed ano', 'colon e retto'). La fascia d'età più colpita da tumori per gli uomini è quella 75-79 anni (18% del totale), seguita da 70-74 anni (16,2%); per le donne la più colpita è 85+ (14%), seguita da 75-79 anni (13,3%). In totale circa l'80% dei tumori colpisce la fascia d'età ultrasessantenne. L'andamento dell'incidenza nei tre anni negli uomini mostra un decremento pressoché generale per tutti i tumori considerati ad eccezione di quelli della 'vescica (maligni)' e della 'pelle, non melanomi' che crescono sensibilmente nel periodo. Nelle donne vi è uno spiccato aumento delle neoplasie della "pelle, melanomi", una crescita dei tumori dell'utero totale e delle 'neoplasie ematologiche'. Si riducono invece le neoplasie del tratto intestinale.

## LA MORTALITA'

Nell'Area Vasta 2 nel 2021 ci sono stati 6.404 decessi. Il tasso grezzo di mortalità è stato di 13,5 deceduti ogni 1.000 abitanti.

Nel **2020** il totale dei decessi **in provincia di Ancona**, per il complesso delle cause, registra circa un + 10% rispetto la media del quinquennio precedente; nel 2021 le morti totali rispetto all'anno precedente aumentano ancora e fanno segnare un + 4,5%; dal raffronto 2021 rispetto alla media 2015-2019 si ricava che l'eccesso di mortalità è molto più alto (+ 15%).

L'età media dei deceduti residenti in provincia di Ancona, nelle Marche e in Italia è in progressivo aumento: da 82,8 anni del 2017 a 83,1 del 2021.

L'analisi dei tassi specifici di mortalità in entrambi i generi, per fasce d'età, mostra che il contributo più rilevante all'eccesso di mortalità del 2021 e del 2020, rispetto al 2019, inizia dalla fascia d'età dei settantenni. Nel 2020 la prima causa di morte più frequente è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio (32%), a seguire ci sono i tumori (24,8%) e le malattie del sistema respiratorio (7%). I decessi che riportano come

causa iniziale di morte la malattia da COVID 19 si trovano al quarto posto e corrispondono al 6,8% del totale. Complessivamente le prime cinque cause più frequenti coprono il 77% delle cause di morti totali.

## GLI INCIDENTI STRADALI E LA SICUREZZA SULLE STRADE

Secondo i dati ISTAT nel 2021 in provincia di Ancona sono avvenuti 1.482 **incidenti stradali** che hanno causato 26 vittime e 2.052 feriti. Complessivamente dal 2011 al 2021 la tendenza è quella di una diminuzione del numero di sinistri avvenuti sulle strade. Nel 2021 la ripresa graduale delle attività e del traffico stradale, dopo il lungo lockdown del 2020, anche se i periodi di “chiusura” di tutte le attività (commerciali, industriali etc...) sono stati attuati per tempi brevi e diversificati sul territorio, ha avuto come conseguenza che rispetto al 2020 aumentassero gli incidenti (+32%), le vittime della strada (+23,8%) e i feriti (+33,3%), in linea con quanto registrato a livello regionale (+26,2% per gli incidenti, +21,7% per le vittime e +27,7% per i feriti).

Nell’ambito dei 1.482 incidenti stradali i veicoli coinvolti sono stati circa 2.600 con prevalenza di autovetture (70%) seguite da motocicli (12%) e veicoli commerciali-industriali (7%).

Dei 2.052 feriti il 64,5% è un uomo. La fascia di età maggiormente coinvolta è quella tra 30 e 50 anni (37,4% tra gli uomini e 34,2% tra le donne).

Dei 26 decessi l’81% sono uomini e la fascia d’età più rappresentata è quella dei 65enni e più.

Tra gli ultra59enni è la categoria dei “pedoni” a essere più frequentemente coinvolta in sinistri stradali, mentre nella fascia d’età infantile-adolescenziale (tra 0-17 anni) è quella dei “passeggeri”; tra i 30-54 anni spicca invece la categoria dei “conducenti”.

Secondo il rapporto ACI 2021, le strade più coinvolte da incidenti stradali sono quelle urbane; solo per gli incidenti ‘mortal’ le strade più frequentemente interessate sono quelle ‘extraurbane secondarie’.

Dai dati PASSI del biennio 2020-2021 emerge che **l’uso della cintura di sicurezza anteriore** sembra oramai una pratica consolidata anche se non si raggiungono livelli di copertura del 100% come da obbligo di legge. Pure l’utilizzo del **casco** in motocicletta/motorino sembra ormai molto frequente: circa il 98,7%.

Per quanto riguarda l’uso dei **dispositivi di sicurezza per il trasporto dei bambini in auto** nel biennio 2020-2021, circa 2 persone su 10 hanno riferito di avere difficoltà a far sedere i piccoli sui seggiolini, oppure di non aver utilizzato o perfino di non avere alcun dispositivo di sicurezza.

Infine il 6% degli intervistati dell’AV2 nel biennio 2020-2021 riferisce di aver guidato sotto l’effetto dell’alcol nel mese precedente all’intervista, in particolare le persone da 18 a 34 anni (10,2% nella fascia di età di 18-24 anni e 11% in quella da 25 a 34 anni vs il 7,6% di quella da 50 a 69 anni) e tra gli uomini (10,7% vs il 3,5% delle donne), ma anche tra coloro che hanno un titolo di studio medio – basso, e qualche difficoltà economica.

## GLI INCIDENTI DOMESTICI E LA CONSAPEVOLEZZA DEL RISCHIO INFORTUNISTICO

La Sorveglianza PASSI ci informa che nel biennio pandemico il 4,5% degli adulti, residenti in AV2, riferisce di essere stato vittima di un incidente in casa che ha richiesto cure mediche. Questo dato è in aumento rispetto al quadriennio precedente (3,3%) ed è più elevato del valore nazionale (2,4%). Nonostante la frequenza degli infortuni, nella popolazione tra 18-69 anni la consapevolezza del rischio di incidente domestico è scarsa: infatti solo 8 intervistati su 100 considerano alta o molto alta la possibilità di avere un sinistro in casa. La consapevolezza aumenta nella popolazione femminile, con l’età, tra le persone con maggiori difficoltà economiche (20,7% vs il 5,9% di chi non ne ha), tra coloro che hanno un livello di istruzione alto.

## GLI INFORTUNI SUL LAVORO E LE MALATTIE PROFESSIONALI

La banca dati INAIL mostra che in provincia di Ancona i lavoratori dell’“Industria e Servizi” nel 2021 sono stati 129.256 (il 32,1% del totale delle Marche), in aumento dal 2017, con una flessione significativa nel 2020. Le Aziende sono per la maggior parte di piccole o medie dimensioni: oltre il 93% delle ditte ha ‘da 1 a 9 lavoratori’



e il 98,9% ha meno di 49 lavoratori. Gli addetti sono distribuiti per il 54% circa nelle piccole e medie Aziende, per il 27% circa nelle grandi Aziende (cioè quelle con oltre 250 lavoratori).

Nell'anno 2021 nella provincia di Ancona nel settore "Industria e Servizi" ci sono state 5.030 **denunce di infortunio sul lavoro** (il 30,5% del totale nelle Marche pari a 16.470 denunce) (in Italia sono state 564.089). Il trend 2017-2021 è quello di una diminuzione del numero di denunce anche per l'effetto negativo sull'occupazione dovuto alla pandemia.

Nel 2021 circa l'85% degli infortuni avvengono "in occasione di lavoro" e solo il 15% restante "in itinere". Il tasso grezzo d'infortunio sul lavoro nel settore "Industria e Servizi" corrisponde a circa 29 infortunati ogni 1.000 lavoratori; la più alta frequenza d'infortunio viene registrata nella fascia d'età tra 45-49 anni (16% del totale degli infortuni). Il 63% dei sinistri è appannaggio del genere maschile; negli uomini l'andamento del fenomeno infortunistico presenta due picchi; il primo nella fascia 25-29 anni (10%), il secondo in quella 45-49 anni (16%). Nelle donne i picchi sono tre: il primo nella fascia 25-29 anni (9%), il secondo in quella tra 45-49 anni (15,7%), ma il più elevato è il terzo, tra 55-59 anni (16,2%).

Gli infortuni mortali nel periodo 2017-2021 in Provincia di Ancona nel settore "Industria e Servizi" sono stati complessivamente 27 di cui più di 1 su 4 (26%) è avvenuto nella fascia d'età 55-59 anni.

Tra il 2017 ed il 2021 in provincia di Ancona ci sono state complessivamente 5.414 **denunce di malattie professionali**, circa l'89% di esse appartengono alla gestione 'Industria e Servizi'.

Complessivamente il 79% delle denunce proviene da lavoratori di 50 anni ed oltre. La maggior frequenza viene registrata nella fascia 55-59 anni. Più del 70% delle denunce di questo periodo riguarda le "Malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo"; il 15% quelle del "Sistema nervoso" e, con percentuali minori, le "Malattie dell'orecchio" (6%), del "Sistema respiratorio" (3,2%) e i "Tumori" (2,7%).

## I PROGRAMMI DI PREVENZIONE INDIVIDUALE

Dai dati della Sorveglianza PASSI nel biennio 2020-2021 nell'AV2 l'86,4% delle donne residenti fra i 25 e i 64 anni di età si è sottoposta allo **screening cervicale** (Pap-test o HPV test) a scopo preventivo, all'interno di programmi organizzati (il 56,7%) o per iniziativa personale (il 29,3%), secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali. In Italia tali proporzioni sono rispettivamente pari a: 77,5%; 46,2%; 30,8%.

L'adesione allo screening organizzato è più frequente fra le donne in condizioni di svantaggio socio-economico.

L'84,3% delle donne fra i 50 e i 69 anni si è sottoposta allo **screening mammografico** a scopo preventivo (all'interno di programmi organizzati il 55,9% o per iniziativa personale il 28,4%) secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali. In Italia nel medesimo biennio tali prevalenze sono rispettivamente pari a: 70%; 49% e 21%. L'adesione allo screening organizzato è più frequente fra le donne in condizioni di svantaggio socio-economico e tra le più anziane.

La copertura dello **screening coloretale** resta ancora piuttosto bassa: circa il 60% degli intervistati nella fascia di età 50-69 anni riferisce di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali a scopo preventivo nei tempi e modi raccomandati. La gran parte delle persone che ha effettuato lo screening coloretale lo ha fatto nell'ambito di programmi organizzati (49,5%), mentre quello eseguito su base spontanea (ossia al di fuori dell'offerta delle ASL) è poco frequente (9,9%). Nel 2021 la quota di persone che si sottopongono allo screening coloretale è maggiore tra gli uomini, tra le persone più avanti con gli anni, tra coloro che non hanno difficoltà economiche.

## LE GRAVIDANZE E NASCITE NELL'AREA VASTA 2

Sulla base dei dati CeDAP i **parti delle residenti in AV2**, avvenuti in qualsiasi Punto Nascita della regione Marche nel periodo 2016-2021, sono stati 17.229 pari al 32,6% del totale dei parti delle residenti marchigiane

(52.788) nel medesimo arco temporale. Nel 2021 il tasso di natalità in provincia di Ancona è del 6,1‰; nelle Marche è al 6,2‰, in Italia al 6,8‰.

Nel periodo 2016-2021 il 74,9% delle madri residenti (10.618), ha cittadinanza italiana, mentre 1 mamma su 4 è un'immigrata.

Le donne presentano un'età media al momento del parto di 32 anni, ma con differenze tra italiane ed immigrate: infatti per le prime l'età media è di 33 anni (stesso valore registrato a livello regionale), mentre le immigrate sono più giovani (età media 30 anni). Considerando invece solo le donne che sono al loro primo parto (nullipare) l'età media si abbassa sia tra le italiane che tra le immigrate ed è pari rispettivamente a 32,4 anni per le prime e a 29,3 anni per le seconde.

Riguardo la condizione professionale delle madri circa 65 donne su 100 risultano occupate, invece 20 su 100 sono casalinghe.

Rispetto al titolo di studio conseguito, una mamma su 5 ha un livello di scolarità uguale o inferiore alla licenza di scuola media inferiore, il 42,1% è in possesso di un diploma di scuola media superiore, il 38,7% è laureata o ha un diploma universitario (scolarità alta). Le immigrate con bassa scolarità sono più numerose in confronto alle italiane con bassa scolarità (43,8% vs 11,4%).

Nel periodo 2016-2021 in AV2 il 72% delle residenti si è fatta seguire durante la gravidanza da un libero professionista; 13% da un ambulatorio ospedaliero pubblico, il 14% dal consultorio familiare pubblico. Lo 0,6% delle madri si è rivolta al consultorio familiare privato ed il restante 0,4% (73 casi) ha dichiarato di non essere stata seguita in gravidanza; il numero medio di controlli svolti in gravidanza dalle residenti è pari a 7. Il 95% delle madri residenti (92% nelle Marche) ha effettuato la prima visita in gravidanza entro l'11° settimana di età gestazionale (lo standard) mentre il 5% l'ha fatta dopo (8% nelle Marche).

In AV2 nel periodo 2016-2021, complessivamente la quota di donne che ha partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita è pari a 38,7% (6.646 parti); vi è stato nel tempo un progressivo calo: dal 43% del 2016 si è arrivati al 34% del 2021.

Tra il 2016 ed il 2021 il parto nel 48,2% dei casi è avvenuto presso uno dei 4 Punti Nascita attivi all'interno dei presidi ospedalieri dell'Area Vasta 2, nello 0,2% dei casi (30 parti), presso la propria abitazione. Circa 94 parti su 100 sono stati "a termine"; circa 6 su 100 sono stati "pretermine".

Per il 64% delle residenti (11.108/17.228) il parto è avvenuto spontaneamente, per il 33% è avvenuto con il taglio cesareo (TC), il restante 3% dei parti è stato espletato attraverso la modalità operativa forcipe o ventosa od altro tipo di parto. Nel periodo 2011-2021 la modalità di parto attraverso TC mostra un netto trend in diminuzione.

**I nuovi nati da madri residenti in AV2** nel periodo 2016-2021 sono stati complessivamente 17.504. I parti gemellari sono stati l'1,6% del totale; tra le 275 gravidanze plurime 272 sono state bigemine e 2 trigemine; il numero di parti plurimi associati alla procreazione medicalmente assistita è stato pari a 67: il 24,4% del totale dei parti gemellari (67/275).

Tra tutti i nati 57 sono nati morti e 15 sono nati vivi, ma deceduti subito dopo la nascita (senza ricovero); quindi i nati vivi in totale sono stati 17.432.

Il 51,7% dei nati vivi è di genere maschile, il 48,3% sono bambine;

Il peso medio alla nascita dei nati vivi è pari a 3.272 grammi. Un basso peso alla nascita è più frequente in caso di nascita prima della 37° settimana di età gestazionale, nel parto plurimo, nelle immigrate, fra le madri in possesso al massimo del titolo di studio di scuola media inferiore.

Il 98,7% dei nati vivi ha un punteggio "Apgar" a 5 minuti dalla nascita tra 8 e 10 quindi normale e non indicante sofferenza neonatale.

Il 3,2% (552 bambini) dei nati vivi ha avuto necessità di rianimazione; per l'83% di questi è stata necessaria la ventilazione manuale. Dalla fonte CedAP emerge che, nel periodo 2016-2021 tra le madri residenti in AV2, ci

sono stati 57 bambini nati-morti, pari a un tasso di nati-mortalità del 3,3 per mille. Infine sono stati segnalati 128 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita (malformazioni neonatali), pari allo 0,7% del totale dei nati.

## LE DISUGUAGLIANZE E L'EQUITA' NELLA SALUTE

### Le disuguaglianze nei determinanti sociali della salute

I fattori socio-economici condizionano significativamente gli stili di vita delle persone, l'accesso ai servizi di prevenzione, la possibilità di usufruire di assistenza appropriata e precoce. Tutto ciò ha importanti ripercussioni in termini di morbilità e mortalità fra gruppi di popolazione. Pertanto le disuguaglianze di salute nella popolazione sono grandemente "spiegate" dallo status socio-economico degli individui.

L'**istruzione** ricopre un ruolo fondamentale nel fornire agli individui le conoscenze, competenze e titoli utili per accedere alle opportunità e alle risorse necessarie con cui vivere e per partecipare attivamente alla vita sociale ed economica.

Il quadro del livello d'istruzione in provincia di Ancona è confortante: nel quadriennio 2018-2021 la percentuale di persone tra 25-64 anni, che hanno completato almeno la scuola secondaria di secondo grado (la scuola media superiore), è più elevata di quella delle Marche e dell'Italia. Tuttavia analizzando la relazione tra la proporzione di adulti diplomati e la proporzione di abbandoni scolastici precoci tra i giovani, emerge che anche nei nostri territori è chiara la tendenza a una diminuzione dei tassi di abbandono in presenza di una percentuale più elevata di adulti istruiti.

In generale i ragazzi e le ragazze che abbandonano gli studi precocemente provengono più frequentemente da contesti sociali più difficili e da famiglie in difficoltà economica. Una simile disparità si concretizza anche nel caso in cui i giovani abbiano genitori con bassi livelli d'istruzione, i quali possono essere più propensi a ridurre l'investimento in capitale umano dei propri figli non solo per ragioni economiche, ma anche per ragioni culturali. La conseguenza è che i figli dei meno istruiti hanno percorsi di istruzione più brevi e una maggiore tendenza all'abbandono precoce.

Avere un **lavoro stabile** ha un effetto molto rilevante sulla salute e sul benessere delle persone e delle comunità in cui risiedono. I benefici collegati all'attività lavorativa riguardano sia la possibilità di avere un reddito, una sicurezza economica su cui contare per vivere, ma anche il senso di soddisfazione e di realizzazione personale con ripercussioni positive sulla qualità della vita.

Nel 2021 in provincia di Ancona e nelle Marche si registrano tassi di occupazione rispettivamente del 65% e del 64%. In Italia la situazione è meno favorevole (58%).

Esiste però un differenziale costante fra il tasso di occupazione maschile e quello femminile a sfavore delle donne che emerge anche nella nostra Provincia. Nel 2021, ultimo anno disponibile, il tasso di occupazione maschile rispetto a quello femminile registra: + 12 punti percentuali in provincia di Ancona; + 16 nelle Marche e + 18 in Italia. Nel 2020 nei Paesi dell'OCSE questa forbice era pari a + 15 punti percentuali.

Una differenza di genere viene evidenziata anche dall'analisi delle giornate retribuite nell'anno ai lavoratori dipendenti: nel periodo 2008-2020 le donne mostrano percentuali costantemente più basse rispetto agli uomini sia nella nostra Provincia che nella Regione Marche che in Italia.

Il **reddito** e la **ricchezza** ovvero le risorse economiche che le persone hanno a disposizione sono componenti essenziali del benessere individuale e sociale. La disponibilità economica incrementa le potenzialità di accedere a: cibi salutari, condizioni abitative dignitose, istruzione qualificata, forme di partecipazione alle spese sanitarie (se necessario), attività culturali e ricreative. Essa inoltre è associata alla soddisfazione della vita, allo status sociale percepito e alle relazioni sociali.

Gli indicatori di "benessere economico" descrivono in provincia di Ancona una situazione discordante:

- il *PIL pro-capite*, indicatore internazionalmente utilizzato per indicare il livello di ricchezza di un Paese o di un'Area, nella nostra Provincia nel periodo 1996-2019 mostra valori più elevati di quelli regionali: in particolare per il 2019 il dato annuo provinciale è più favorevole rispetto a quello regionale di + 2.290 euro (31.100 € per la provincia di Ancona, rispetto ai 28.107 € per la Regione);
- i dati provinciali 2008-2020 riguardanti la *retribuzione media annua dei lavoratori dipendenti del settore privato* mostrano valori costantemente inferiori ai dati nazionali, ma al di sopra di quelli regionali. Al 2020, ultimo anno disponibile, il differenziale nella retribuzione lorda media annua tra la provincia di Ancona e l'Italia è di circa - 1.100 (rispettivamente: 19.552 €, rispetto a 20.658 €). Inoltre esiste inoltre una chiara differenza di genere, a sfavore delle donne, che è sempre costante nell'arco temporale considerato;
- *l'importo medio mensile delle pensioni*, nel periodo 2008-2022, in provincia di Ancona è sempre inferiore alla media nazionale, mentre è in linea con i valori regionali. Nello specifico nel 2022 tale importo è pari a 818 € nella nostra Provincia; 828 € nelle Marche e 952 € in l'Italia.

### **L'impatto delle disuguaglianze sociali sulle malattie croniche non trasmissibili (MCNT)**

Dati di letteratura, consolidati da tanto tempo, evidenziano come i principali determinanti sociali della madre (il grado d'istruzione, la condizione professionale e la cittadinanza) abbiano grande influenza sull'accesso spontaneo al percorso nascita e più in generale sull'accesso ai servizi deputati all'assistenza alla gravidanza: infatti le donne meno svantaggiate dal punto di vista socio-culturale spesso sono più informate ed orientate già in partenza ad una demedicalizzazione della gravidanza e al parto naturale esse inoltre presentano esiti perinatali e neonatali migliori rispetto a madri in condizioni socio-economiche di svantaggio. diffusi nei sottogruppi di popolazione più sfavoriti (a reddito più basso e con inferiori livelli di istruzione).

### **L'impatto delle disuguaglianze sociali sul percorso nascita**

Dati consolidati di letteratura evidenziano come i principali determinanti sociali della madre (il grado d'istruzione, la condizione professionale e la cittadinanza) abbiano grande influenza sull'accesso spontaneo al percorso nascita e più in generale sull'accesso ai servizi deputati all'assistenza alla gravidanza: infatti le donne meno svantaggiate dal punto di vista socio-culturale spesso sono più informate ed orientate già in partenza ad una demedicalizzazione della gravidanza e al parto naturale, esse inoltre presentano esiti perinatali e neonatali migliori rispetto alle madri in condizioni socio-economiche di svantaggio.

#### *Epoca della prima visita in gravidanza*

L'epoca in cui avviene il primo controllo ostetrico in gravidanza è di fondamentale importanza in quanto una "presa in carico precoce" permette l'identificazione di problemi che necessitano di una sorveglianza specifica ("gravidanze a rischio") e problemi di carattere sociale.

In AV2 nel periodo 2016-2021 il 95% delle madri ha effettuato la prima visita in gravidanza entro l'11°esima settimana di età gestazionale (che è lo standard), mentre il 5% l'ha fatta tardivamente.

La quota di donne che ha effettuato la prima visita tardivamente è più elevata nelle immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria, rispetto alle italiane (11% vs 4%); nelle donne con bassa istruzione, rispetto a quelle con titolo di studio medio-alto (11% vs 4%); nelle non occupate, rispetto alle madri lavoratrici (9% vs 4%), nelle giovani con età <20 anni, rispetto a quelle di 20 anni e più (13% vs 5%), nelle multipare, rispetto alle nullipare (6% vs 5%).

#### *Partecipazione a un Corso di Accompagnamento alla Nascita (CAN)*

I Corsi di accompagnamento alla Nascita sono stati riconosciuti essere strumenti operativi fondamentali per attivare nelle donne processi di conoscenza al fine di far loro emergere e/o migliorare le competenze mettendole così in grado di compiere scelte consapevoli per se stesse e per il loro bambino durante il periodo della gravidanza, nel momento del parto e nel post-partum.

Nell'AV2 i dati del periodo 2016-2021 evidenziano che 6 donne su 10 non hanno frequentato un CAN.

La non partecipazione ad un Corso di Accompagnamento alla nascita è più elevata nelle immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria, rispetto alle italiane (84% vs 53%), nelle donne con bassa istruzione, rispetto a quelle con titolo di studio medio-alto (82% vs 56%), nelle non occupate, rispetto alle madri lavoratrici (76% vs 54%), nelle giovani con età <20 anni, rispetto a quelle di 20 anni e più (74% vs 61%), nelle multipare, rispetto alle nullipare (74% vs 56%).

#### *Parto pretermine*

La nascita pretermine è la principale causa singola di mortalità e morbilità perinatali e neonatali e la principale causa di morte nei bambini di età inferiore ai 5 anni.

Nell'AV2 i dati del periodo 2016-2021 evidenziano che circa 6% circa di donne ha partorito prima della 37esima settimana di età gestazionale.

Il parto pretermine ha una frequenza più elevata nelle immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria, rispetto alle italiane (8% vs 5%), nelle donne con bassa istruzione, rispetto a quelle con titolo di studio medio-alto (8% vs 6%), nelle non occupate, rispetto alle madri lavoratrici (7% vs 6%), nelle giovani con età <20 anni, rispetto a quelle di 20 anni e più (7% vs 6%).

#### *Parto con taglio cesareo*

La modalità di parto espletata con taglio cesareo, se eseguita sulla base di una specifica indicazione medica, può effettivamente ridurre la mortalità e la morbilità materna e perinatale. Non ci sono invece evidenze scientifiche che dimostrino i benefici del parto cesareo per le donne e per i bambini per i quali tale procedura non sia necessaria.

In AV2 nel periodo 2016-2021 il 64% delle residenti ha partorito con parto vaginale, mentre il 33% con taglio cesareo. Il trend 2011-2021 mostra una diminuzione di questa modalità di espletamento del parto.

La frequenza di parti cesarei è più elevata nelle madri immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria rispetto alle italiane (34% vs 32%), con bassa istruzione, rispetto a quelle con titolo di studio medio-alto (36% vs 32%), con età maggiore od uguale a 20 anni, rispetto a quelle sotto i 20 anni (33% vs 17%), nelle multipare, rispetto alle nullipare (42% vs 27%).

## 1-CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO E DI SALUTE

### 1.1 STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

#### Fonte dati:

- ISTAT

La conoscenza della struttura demografica della popolazione per età e genere rappresenta il punto di partenza per la comprensione dei principali bisogni di salute di un territorio ed è fondamentale per la programmazione delle scelte sanitarie.

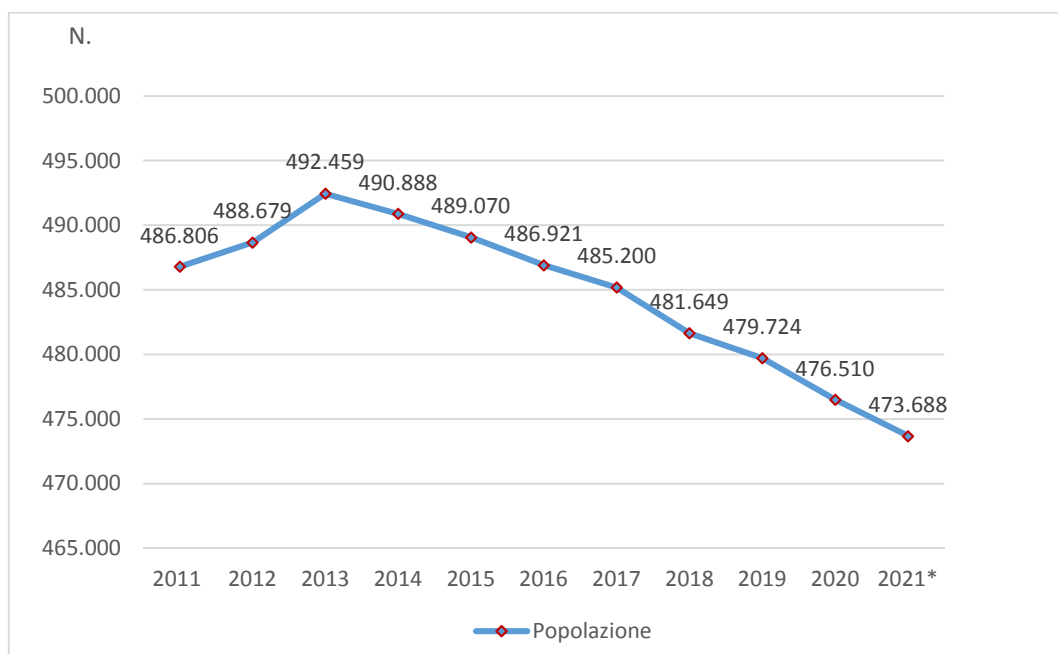
#### La popolazione residente

Per effetto della dinamica naturale negativa, la popolazione anche nell'Area Vasta 2, come nel resto d'Italia, ha da tempo perso la sua capacità di crescita, non riuscendo più a "sostituire" chi muore con chi nasce; è stato solo grazie all'apporto positivo delle immigrazioni se, a partire dalla fine del secolo scorso e fino al 2013, la popolazione residente è comunque cresciuta arrivando a 492.459 abitanti al 31/01/2013 per poi invertire la tendenza.

Al 1 gennaio 2022, secondo i primi dati provvisori, la popolazione scende a 473.688 abitanti (Grafico 1.1.1.): al 31/12/2021 risultano 18.771 unità in meno rispetto al 31/01/2013 (pari quasi a - 4%). La presenza femminile è leggermente maggiore di quella maschile (243.440 donne e 230.248 uomini; rapporto uomini/donne. 0,95).

Il quadro demografico degli ultimi due anni ha risentito degli effetti della pandemia che hanno accentuato le tendenze recessive della dinamica demografica.

**Graf. 1.1.1 Andamento della Popolazione residente nell'AV2 al 31/12 di ogni anno, periodo 2011-2021**



Fonte dati ISTAT, ultimo accesso marzo 2022, (\*) dato provvisorio – Elaborazione UO Epidemiologia AV2

In tutto il territorio dell'AV2 nel 2021 il tasso di crescita totale (crescita naturale del -7,6% + saldo migratorio totale del 1,6%) è negativo pari al -6% (Tabella 1.1.1.), valore simile a quello provinciale e regionale mentre il dato nazionale è pari al -4,3%.

**Tabella 1.1.1 Bilancio Demografico - Confronto provincia di Ancona, Marche e Italia, anno 2021**

Indicatore	Area Vasta 2	Prov. Ancona	Reg. Marche	Italia
<b>Saldo naturale anagrafico</b> <sup>(1)</sup>	-7,6‰	-7,5‰	-7,2‰	-5,2‰
<b>Saldo migratorio interno</b> <sup>(2)</sup>	/	1,4	0,8	0
<b>Saldo migratorio con l'estero</b> <sup>(3)</sup>	/	3,3	3	2,7
<b>Saldo migratorio per altro motivo</b> <sup>(4)</sup>	/	-3	-2,3	-1,7
<b>Saldo migratorio totale</b> <sup>(5)</sup>	1,6‰	1,7‰	1,5	1,0
<b>Tasso di crescita totale</b> <sup>(6)</sup>	-6‰	-5,8‰	-5,7‰	-4,3‰

Fonte dati ISTAT – Elaborazione UO Epidemiologia AV2

(1) Saldo Naturale = Nati - Morti

(2) Saldo Migratorio interno = Iscritti - Cancellati

(3) Saldo Migratorio con l'estero = Iscritti – Cancellati dall'estero

(4) Saldo migratorio per altro motivo = Iscritti –Cancellati per altri motivi

(5) Saldo Migratorio Totale = (Saldo Migratorio / Popolazione media)

(6) Tasso di Crescita = Tasso di Natalità - Tasso di Mortalità + Tasso Migratorio

La Tabella 1.1.2. evidenzia un'ampia variabilità nella distribuzione dei residenti sul territorio: la densità di popolazione dei comuni del distretto di Ancona (521 persone per Km<sup>2</sup>) è più di 6 volte superiore a quella dei comuni del distretto di Fabriano (80,3 persone per Km<sup>2</sup>).

**Tabella 1.1.2 Densità della popolazione nei Distretti e nell'AV2 al 31/12/2021**

Distretto	Popolazione	Superficie km <sup>2</sup>	Densità
<b>Senigallia</b>	76.543	456,8	167,6
<b>Jesi</b>	103.583	673,2	153,9
<b>Fabriano</b>	43.594	542,9	80,3
<b>Ancona</b>	249.968	479,8	521,0
<b>Totale AV2</b>	<b>473.688</b>	<b>2.152,7</b>	<b>922,7</b>

Fonte dati ISTAT– Elaborazione UO Epidemiologia AV2

La tabella 1.1.3. mostra la struttura per età della popolazione residente: i ragazzi sotto di 15 anni rappresentano il 12% della popolazione totale. La cosiddetta fascia "lavorativa", ovvero quella intermedia (40-64enni, 37%), domina sulle altre; segue la fascia dei giovani-adulti (15-39enni), che sono il 25% del totale. Vi è poi la popolazione anziana, in costante aumento per effetto dell'allungamento della vita media negli anni pre-pandemici. Gli ultra-64enni nel 2021 sono arrivati a rappresentare il 25,8% dei residenti (più di 1 su quattro); le donne sono più numerose: il rapporto uomini donne è, infatti, pari a 0,77 nella popolazione ultra 65enne, vale a dire che ci sono 77 uomini ogni 100 donne e di 0,67 negli ultra 75enni.

**Tabella 1.1.3. Distribuzione della popolazione AV2 per fasce di età e genere al 31/12/2021 - valori grezzi e percentuali**

Fasce di età	Uomini	% Uomini	Donne	% Donne	Totale	% Totale
0-14	29.763	6,3	27.978	5,9	57.741	12,2
15-39	60.323	12,7	57.002	12,0	117.325	24,8
40-64	87.015	18,4	89.410	18,9	176.425	37,2
65-74	26.975	5,7	30.012	6,3	56.987	12,0
75 e +	26.172	5,5	39.038	8,2	65.210	13,8
<b>Totale</b>	<b>230.248</b>	<b>48,6</b>	<b>243.440</b>	<b>51,4</b>	<b>473.688</b>	<b>100,0</b>

Fonte dati ISTAT– Elaborazione UO Epidemiologia AV2

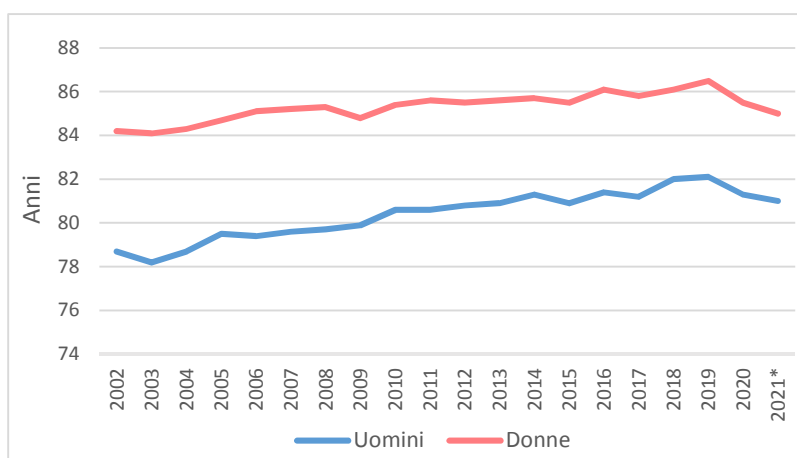
L'età media della popolazione della provincia di Ancona al 1 gennaio 2022 è di 47,3 anni, uguale a quella marchigiana, ma più elevata di quella nazionale (46,2 anni). Negli ultimi 20 anni è andata progressivamente aumentando: era di 44,1 anni al 1° gennaio 2002 e di 45,1 anni al 1° gennaio 2012.

## La speranza di vita alla nascita della popolazione residente

Nella provincia di Ancona il numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere alla nascita (definita speranza di vita alla nascita), che nel 1992 era di 78,8 anni (76 per gli uomini e 81,8 per le donne) è aumentato progressivamente per arrivare a 84,3 anni nel 2019 (82,1 per gli uomini e 86,5 per le donne) (Grafico 1.1.2.).

Negli ultimi due anni però c'è stata una battuta d'arresto per gli effetti della pandemia. Il valore è sceso a 83 anni (81 anni per gli uomini e 85 per le donne).

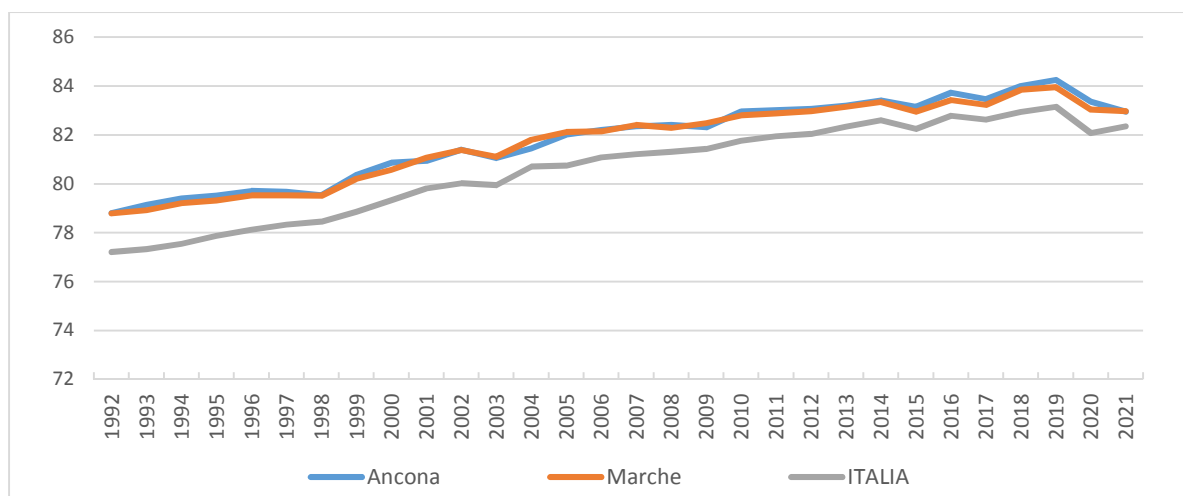
**Grafico 1.1.2. Speranza di vita alla nascita per genere della popolazione AV2, periodo 2002-2021**



Fonte dati ISTAT – Elaborazione UO Epidemiologia AV2

Nel Grafico 1.1.3. si evidenzia l'andamento della speranza di vita alla nascita, in provincia di Ancona, nelle Marche e in Italia nel periodo 1992-2021. Il decorso è sovrapponibile; da notare i valori sempre costantemente più elevati della provincia di Ancona.

**Grafico 1.1.3. Speranza di vita alla nascita - Confronto anni, provincia di Ancona, Marche e Italia, periodo 1992-2021**



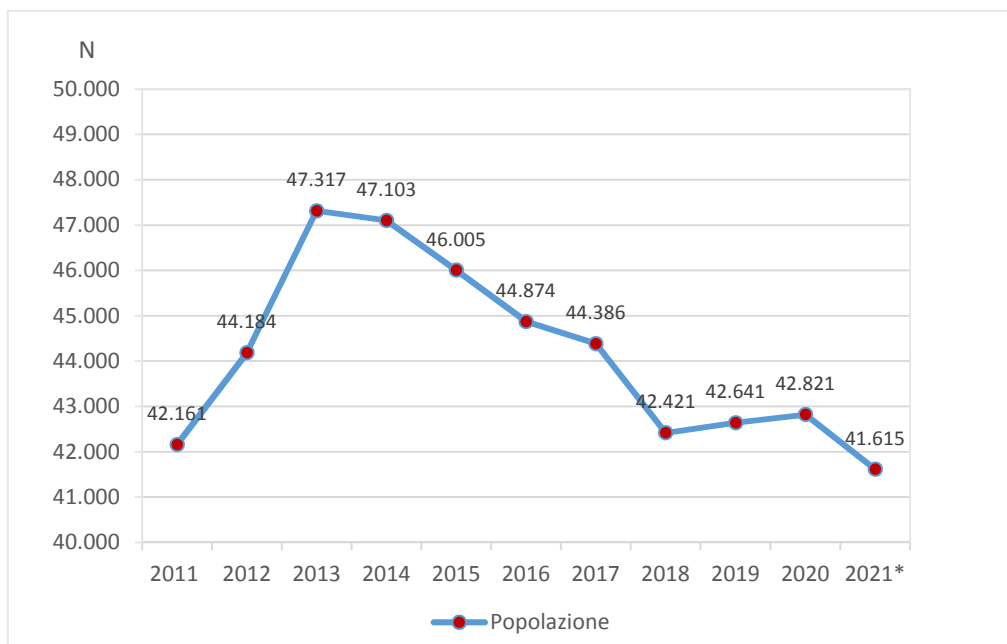
Fonte dati: ISTAT - Elaborazione UO Epidemiologia AV2

## La Popolazione residente nell'Area Vasta 2 con cittadinanza straniera

Gli stranieri residenti nell'AV2 al 31/12/2021 sono 41.615 (il 53,6% donne), e rappresentano l'8,7% della popolazione residente. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia. Si tratta di una presenza importante che, dopo aver raggiunto il massimo nel 2013. negli ultimi anni è in calo, probabilmente come conseguenza della crisi economica (Grafico 1.1.4.).



**Grafico 1.1.4 Andamento della Popolazione con cittadinanza straniera residente nell'AV2 al 31/12 di ogni anno, periodo 2011-2021**



Fonte dati ISTAT, ultimo accesso marzo 2022, (\*) dato provvisorio – Elaborazione UO Epidemiologia AV2

Rispetto al 2020 sono diminuiti di 1.206 unità (-2,8%). Anche nelle Marche sono diminuiti rispetto all'anno precedente (- 2,2%) e costituiscono l'8,6% della popolazione residente. L'età media è di 33,8 anni.

Dagli ultimi dati disponibili al 1/01/2021 delle 143 cittadinanze presenti nella provincia di Ancona la comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 20,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'Albania (9,5%) e dal Bangladesh (8,8%).

La popolazione straniera residente si differenzia da quella dell'AV2 per essere molto più giovane: il 16,3% ha meno di 15 anni (vs il 12,2%) e il 6,7% ne ha più di 65 (vs il 25,8%) (tabella 1.1.4).

**Tabella 1.1.4 Distribuzione della popolazione con cittadinanza straniera residente nell'AV2 per fascia di età e genere al 31/12/2021 - valori grezzi e percentuali**

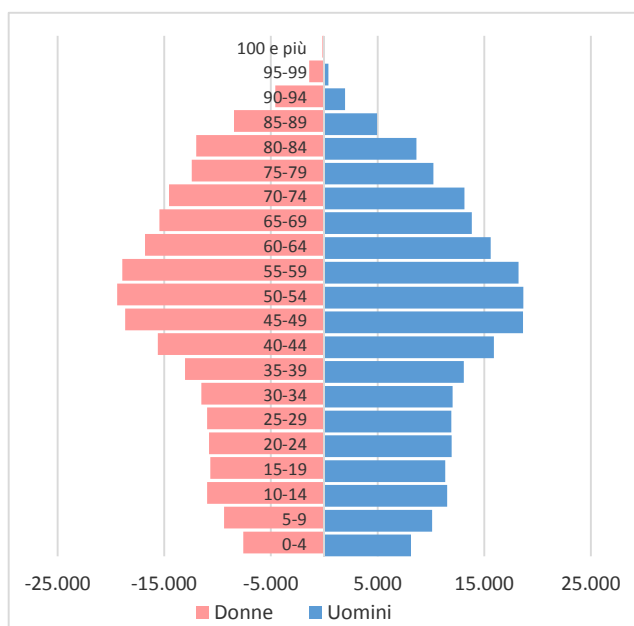
Fasce di età	Uomini	% Uomini	Donne	% Donne	Totale	% Totale
0-14	3.442	8,3	3.324	8,0	6.766	16,3
15-39	8.581	20,6	7.826	18,8	16.407	39,4
40-64	6.438	15,5	9.225	22,2	15.663	37,6
65-74	562	1,4	1.403	3,4	1.965	4,7
75 e +	299	0,7	515	1,2	814	2,0
<b>Totale</b>	<b>19.322</b>	<b>46,4</b>	<b>22.293</b>	<b>53,6</b>	<b>41.615</b>	<b>100,0</b>

Fonte dati ISTAT – Elaborazione UO Epidemiologia AV2

Il confronto delle piramidi dell'età tra la popolazione totale e quella straniera residente (Grafici 1.1.5. e 1.1.6.) mostra più chiaramente la differenza di struttura tra i due gruppi di individui. La piramide della prima popolazione ha una base "stretta" che sta a rappresentare la contrazione delle nascite degli ultimi decenni e di conseguenza il progressivo calo della fascia di età infantile, mentre la base della piramide della popolazione straniera è più ampia. Anche gli apici sono diversi: più largo nella prima per via della numerosità della popolazione ultra64enne e invece molto stretto nella seconda. Il settore mediano più rappresentato nella prima è quello dei 45-59enni corrispondente alle fasce d'età nate nella fase del boom demografico ed

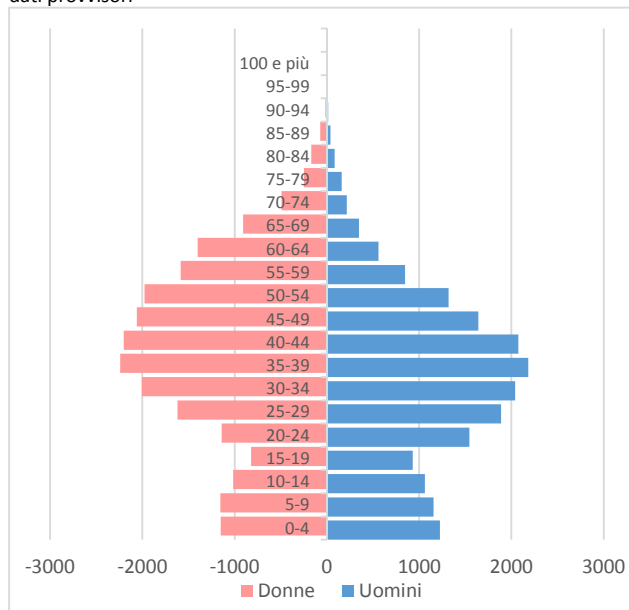
economico degli anni '50-60 del secolo scorso; quello della seconda piramide corrisponde invece ad una fascia d'età molto più giovane quella dei 35-44enni.

**Grafico 1.1.5. Piramide dell'Età della popolazione AV2 al 31/12/2021 – dati provvisori**



Fonte dati ISTAT – Elaborazione UO Epidemiologia AV2

**Grafico 1.1.6 Piramide dell'Età della popolazione con cittadinanza straniera residente nell'AV2 al 31/12/2021 – dati provvisori**



## 1.2 I Principali indicatori di struttura della Popolazione

L'**indice di vecchiaia** (ossia il rapporto tra la popolazione con oltre 64 anni e quella con meno di 15), è peggiorato nel tempo, era di 176,6 al 1/01/2002 ed è di 211,6 al 1/01/2022.

Allo stesso modo sono peggiorati l'**Indice di dipendenza anziani** (cioè il rapporto tra popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva di 15-64 anni \*100) era del 33,8% venti anni fa ora è di 41,6%, come pure l'**Indice di dipendenza strutturale**, che stima la capacità delle fasce di età economicamente attive (15-64 anni) a mantenere le età inattive (0-14 anni e  $\geq 65$  anni), è del 61,3% verso il 52,9% del 2002.

L'**Indice di ricambio della popolazione attiva**, che stima il rapporto tra la fascia di popolazione che sta per entrare nell'età pensionabile (60-64 anni) e la fascia di età che si affaccia al mondo del lavoro (15-19 anni), è passato da 139,1% del 2002 a 119% al 1/01/2022 (ultimi dati disponibili).

Non va meglio per l'**indice di struttura della popolazione attiva** che è il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni) e che rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa che è arrivato a 150,4% al 1/01/2022 (ultimi dati disponibili) rispetto al 98,8% di venti anni fa.

### 1.3 Caratteristiche sociali ed economiche

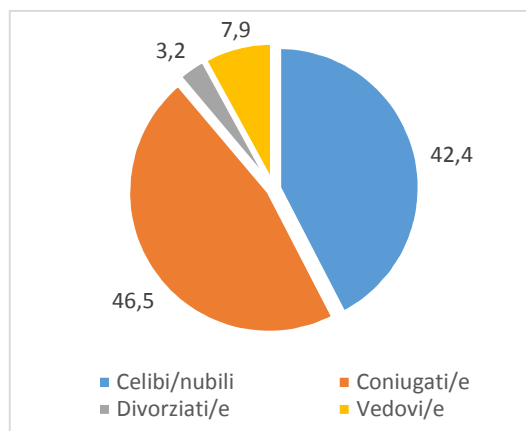
#### Nuzialità

Nella provincia di Ancona nel 2020 il 46,5% della popolazione è coniugata, i divorziati sono il 3,2% mentre il 7,9% è vedovo/a, il resto è celibe o nubile (Grafico 1.3.1). Sono stati celebrati 585 matrimoni di cui uno su 4 con rito civile, ma il numero di matrimoni è in forte calo: nel 2010 erano 1.403, di cui il 63,5% con rito civile.

Il tasso di nuzialità, quindi, ovvero la propensione a sposarsi, ha subito un forte calo e, come si osserva nel grafico 1.3.2. è diminuito progressivamente passando dal 4,3‰ del 2002 al 2,4‰ del 2021. La contrazione drastica del 2020 (1,3‰) è conseguente agli effetti diretti e indiretti della pandemia. Questa ha prodotto un'ulteriore accentuazione del rinvio delle prime nozze.

Lo stesso andamento si osserva nel territorio regionale e nazionale.

**Grafico 1.3.1. Stato civile della popolazione residente nella provincia di Ancona, anno 2020**

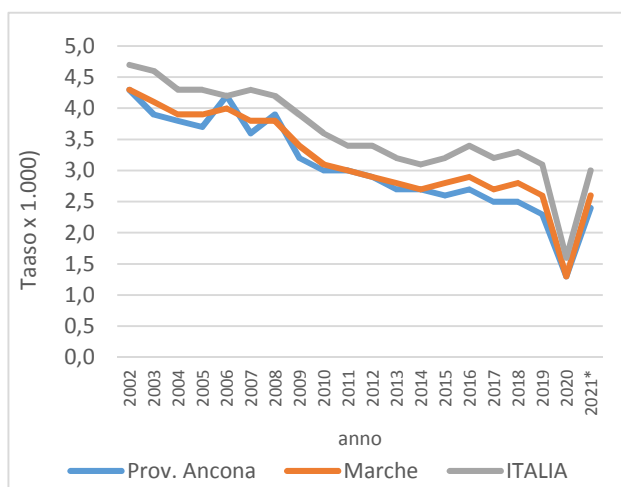


Fonte dati:

<https://ugeo.urbistat.com/adminstat/it/it/demografia/dati-sintesi/> - Elaborazione UO Epidemiologia AV2

Si conferma anche nella provincia di Ancona la tendenza alla posticipazione delle nozze: l'età media al matrimonio è passata da 38,1 anni nel 2016 a 42,8 anni per gli sposi e da 34,1 anni a 37,2 nelle spose nel 2020.

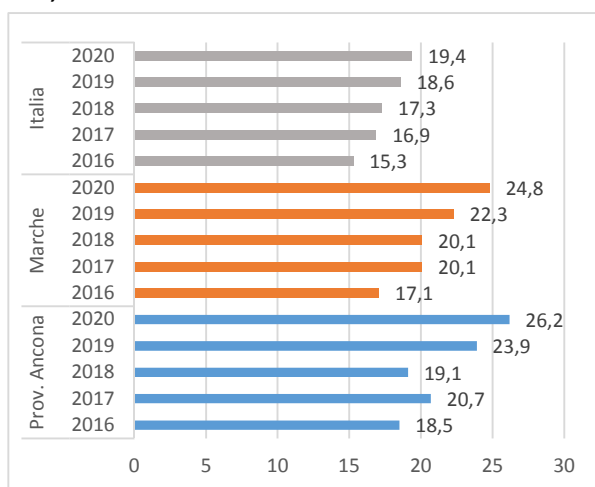
**Grafico 1.3.2. Tasso di nuzialità (x 1.000). Confronto provincia di Ancona, Marche e Italia, anni 2018- 2021**



Fonte dati ISTAT – Elaborazione UO Epidemiologia AV2

(\*) dati provvisori

**Grafico 1.3.3. Matrimoni con almeno uno straniero tra gli sposi (%). Confronto provincia di Ancona, Marche e Italia, anni 2016- 2020**



I matrimoni in cui uno degli sposi è uno straniero sono più numerosi rispetto alla media regionale e nazionale nel 2020 sono 26,2% vs il 24,8 nelle Marche e il 19,4% in Italia e sono in aumento (Grafico 1.3.3.).

#### Famiglie

Negli ultimi decenni si è osservata una semplificazione delle strutture familiari: all'aumento del numero di famiglie, corrisponde una progressiva riduzione della dimensione delle stesse (Tabella 1.3.1.).

Nella provincia di Ancona nel 2020 vivono 204.664 famiglie (210.511 nell'AV2) che presentano una dimensione media di 2,3 componenti omogenea sul territorio regionale e in linea con la dimensione media nazionale.

**Tabella 1.3.1. Trend famiglie residenti - Confronto provincia di Ancona, Marche e Italia, anni 2015- 2020**  
(valori grezzi e variazioni percentuali)

Anno	Provincia di Ancona			Marche			Italia		
	Famiglie	Variazione % su anno prec.	Componenti medi	Famiglie	Variazione % su anno prec.	Componenti medi	Famiglie	Variazione % su anno prec.	Componenti medi
<b>2015</b>	204.685	-	2,33	644.189	-	2,39	25.853.547	-	2,35
<b>2016</b>	204.392	-0,14	2,32	644.678	0,08	2,38	25.934.824	0,31	2,34
<b>2017</b>	205.419	0,5	2,3	645.681	0,16	2,37	25.981.996	0,18	2,33
<b>2018</b>	205.732	0,15	2,28	646.714	0,16	2,35	26.079.695	0,38	2,29
<b>2019</b>	205.951	0,11	2,27	646.339	-0,06	2,34	26.192.443	0,43	2,28
<b>2020</b>	204.664	-0,62	2,27	640.234	-0,94	2,34	26.012.449	-0,69	2,28

Fonte dati: <https://ugeo.urbistat.com/adminstat/it/it/demografia/dati-sintesi/> - Elaborazione UO Epidemiologia AV2

Alcuni ritengono che il calo delle famiglie con nuclei numerosi si deve alle conseguenze delle dinamiche socio-demografiche di lungo periodo: l'invecchiamento della popolazione, l'incremento dell'instabilità coniugale, la bassa natalità. L'aumento della speranza di vita genera un maggior numero di persone sole. Il calo della natalità incrementa le persone senza figli mentre l'aumento dell'instabilità coniugale accresce il numero di persone che vivono sole o di genitori soli in seguito allo scioglimento di un legame di coppia". In Italia le famiglie di persone sole sono in costante aumento, nel 2021 costituiscono un terzo del totale (32,4%) quasi una su 5 ha più di 60 anni (19%). La stessa cosa si verifica nelle Marche: quasi una famiglia su tre è costituita da una persona sola (32,8%) e una su 5 ha più di 60 anni (20%), le donne sono il doppio degli uomini. (Tabella n. 1.3.2)

**Tabella n. 1.3.2. Famiglie e nuclei familiari per tipologia e genere- media biennale, valori in migliaia – Confronto % Marche e Italia, anni 2020 e 2021**

Anno	Territorio	N. di famiglie	Persone sole	% Persone sole / tot. Famiglie	Persone sole di 60 anni e più			
					Maschi	Femmine	Totale	% Persone sole >60 anni / tot. Famiglie
<b>2020</b>	<b>Italia</b>	26.012.449	8.410	32,3	1.430	3.348	4.778	18,4
	<b>Marche</b>	640.234	195	30,5	35	84	120	18,8
<b>2021</b>	<b>Italia</b>	26.206.246	8.491	32,4	1.500	3.448	4.948	18,9
	<b>Marche</b>	646.864	212	32,8	39	86	125	19,5

Fonte dati ISTAT - Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana

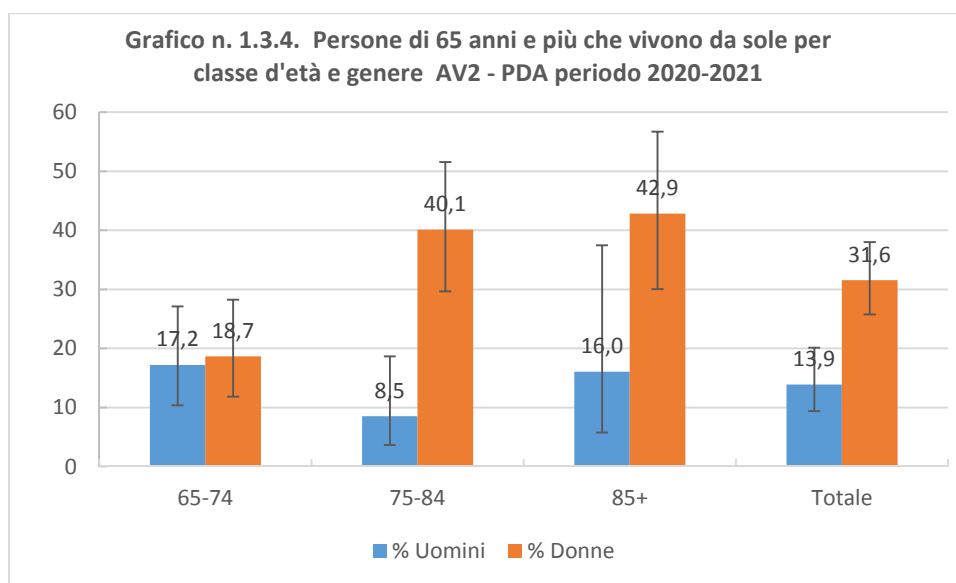
Nell'Area Vasta 2 la Sorveglianza PASSI d'Argento (PDA) sulle persone dai 65 anni e più fornisce informazioni più dettagliate, seppure su dati riferiti, delle condizioni socioeconomiche e di salute degli over65enni. Da questi dati si stima che nell'Area Vasta 2 nel biennio 2020-2021 il 24% degli over 65enni vive da solo (il 21,5% nelle Marche e il 20% in Italia).

**Tabella n. 1.3.3. Frequenza delle persone di 65 anni e più che vivono da sole, Confronto % AV2, Marche e Italia – PDA periodo 2020-2021**

Con chi vive	Area Vasta 2			Marche			Italia		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
<b>Vive solo</b>	24,0	20,0	28,4	21,5	19,3	23,9	20,0	19,4	20,6
<b>Vive solo Uomini</b>	13,9	9,4	20,1	/	/	/	12,6	10,8	14,5
<b>Vive solo donna</b>	31,6	25,8	38,0	/	/	/	26,8	25,3	28,3

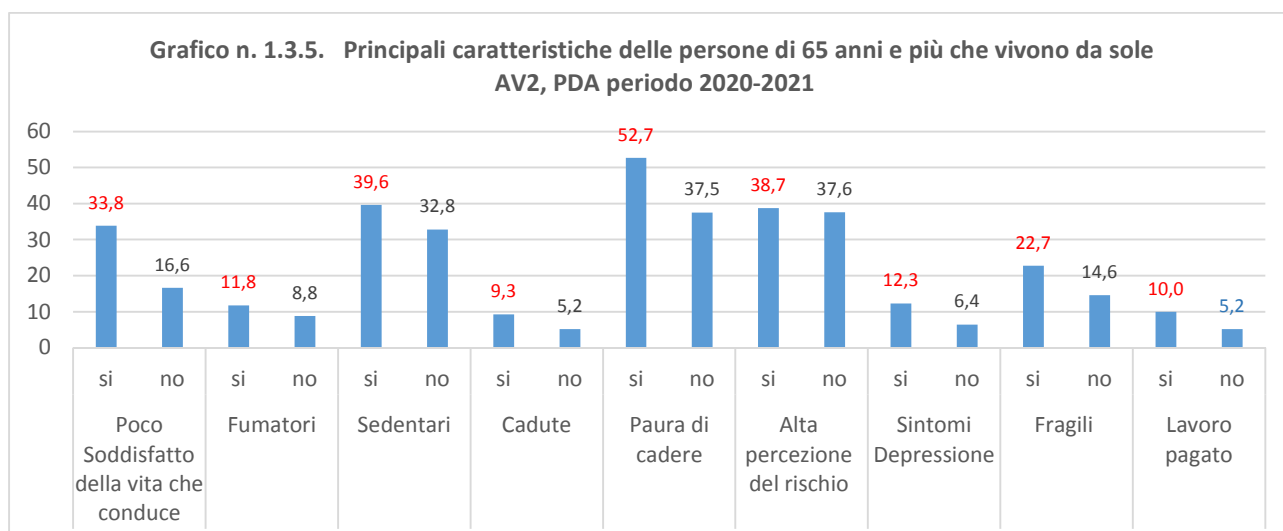
Fonte dati: Dati PDA AV2 e Epicentro ISS

Le donne sole sono più del doppio degli uomini (31,6% vs il 13,9% degli uomini), la differenza è statisticamente significativa (Tabella n. 1.3.3. e Grafico n. 1.3.4.). Il numero di donne sole aumenta soprattutto dopo i 75 anni a testimonianza della loro maggiore longevità.



Fonte dati: Dati PDA AV2

Associando le diverse variabili considerate nella sorveglianza di PASSI d'Argento alla condizione di vivere da soli si può osservare che tra le persone sole è più elevata la percentuale di fumatori, di sedentari e depressi, di persone che sono cadute e che hanno paura di cadere. Tra di loro sono più numerose le persone in condizione di fragilità e che svolgono un lavoro retribuito, è minore invece la percentuale di coloro che rappresentano una risorsa per la famiglia e la comunità (Grafico n. 1.3.5.). Complessivamente una persona su tre riferisce di essere poco soddisfatta della vita che conduce (33,8% vs il 16,6% di chi è soddisfatto).



Fonte dati: Dati PDA AV2 e Epicentro ISS

### Istruzione

L'istruzione, la formazione e il livello di competenze acquisite influenzano il benessere delle persone e aprono strade e percorsi altrimenti preclusi. In Italia, il livello di istruzione e formazione che gli individui riescono a raggiungere è correlato ancora in larga misura con l'estrazione sociale, il genere, il contesto socio-economico e il territorio in cui si vive. L'Italia è distante dalle medie europee e gli indicatori del livello di istruzione e delle competenze hanno subito una battuta d'arresto negli ultimi due anni. La pandemia del 2020, con la conseguente chiusura di scuole e università e il prevalere della didattica integrata hanno acuito le difficoltà. Unica eccezione la partecipazione alla formazione continua da parte della popolazione tra i 25 e i 64 anni che è aumentata nel 2021, non soltanto recuperando il livello del 2019 ma incrementandolo (1). I dati del livello di istruzione nell'Area Vasta 2 della popolazione di 9 anni e più, nell'anno 2020 sono sovrapponibili a quelli provinciali, e di poco si discostano da quelli regionali e nazionali: 26 ragazzi su 100 sono in possesso di 'licenza di scuola media inferiore', 40 su 100 di un diploma di istruzione secondaria e 12 su 100 di laurea o dottorato di ricerca (tabella 1.3.4.). Risultano lievemente più alte le percentuali di coloro che sono in possesso di un diploma di istruzione secondaria di II grado e terziaria di primo e secondo livello (laurea e dottorato).

**Tabella 1.3.4. Popolazione di 9 anni e più, per titolo di studio sul totale della popolazione. Confronto provincia di Ancona, Marche e Italia (valori %). Area Vasta 2, anno 2020**

Territorio	Nessun titolo di studio	Licenza di scuola elementare	Licenza di scuola media inferiore o di avviamento professionale	Diploma di istruzione secondaria di II grado o di qualifica professionale (corso di 3-4 anni) compresi IFTS	Diploma di tecnico superiore ITS o titolo di studio terziario di primo livello	Titolo di studio terziario di secondo livello e dottorato di ricerca	Totale popolazione di 9 anni e più
<b>Area Vasta 2</b>	4,0	16,7	25,9	36,8	4,4	12,2	444.380
<b>Prov. di Ancona</b>	4,0	16,6	25,8	37,0	4,4	12,3	433.048
<b>Reg. Marche</b>	4,5	16,5	27,1	36,1	4,2	11,6	1.397.088
<b>ITALIA</b>	4,3	15,5	29,3	36,0	3,8	11,1	54.982.858

Fonte dati ISTAT Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni– Elaborazione UO Epidemiologia AV2

## Lavoro (gli occupati)

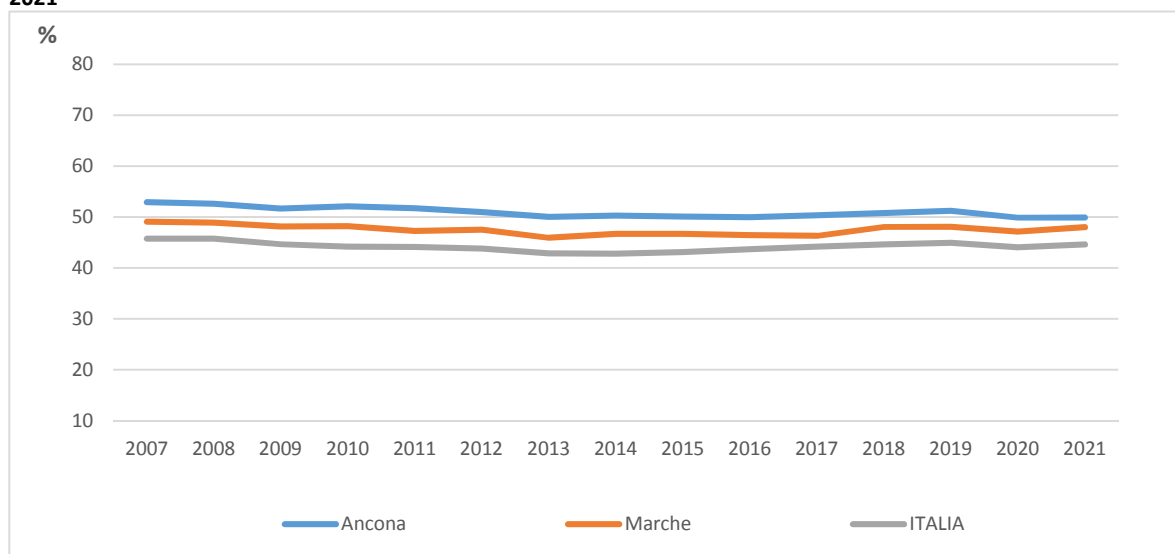
L'Italia, insieme alla Spagna, è stata fra i paesi Ue maggiormente colpiti dalla pandemia, soprattutto nella prima fase, con un netto miglioramento nel 2021 in concomitanza dell'avvio della campagna vaccinale. La pandemia ha avuto un impatto rilevante su tutte le componenti della dinamica demografica: l'elevato eccesso di mortalità registrato nel 2020 è stato accompagnato dal quasi dimezzamento dei matrimoni e dalla forte contrazione dei movimenti migratori a cui si sono aggiunti, nel 2021, gli effetti recessivi dovuti al calo delle nascite. L'emergenza sanitaria ha modificato anche le abitudini di vita della popolazione, con un impatto rilevante sui vari aspetti della quotidianità e anche sul mercato del lavoro, con l'esacerbarsi delle diseguaglianze a sfavore di segmenti della popolazione già in condizioni di vulnerabilità alla vigilia della pandemia. L'Italia si posiziona fra i paesi U.E. dove è stata più marcata la riduzione degli occupati tra il 2019 e il 2020. Come conseguenza si è ulteriormente aggravato il divario rispetto alla media rispetto ai 27 Stati membri dell'U.E. per tutti i principali indicatori del mercato del lavoro.

L'impatto della crisi sul tessuto produttivo italiano è stato profondo e diffuso ma circoscritto nel tempo. A livello aggregato l'attività economica alla fine del 2021 è tornata sui livelli di fine 2019, però non è stato così per tutti. D'altra parte questa crisi, più che in passato, ha spinto numerose imprese a sperimentare cambiamenti organizzativi e tecnologici importanti che hanno permesso di mitigare gli effetti della crisi e ne rappresentano un'eredità favorevole (2).

Le analisi del Centro Studi CNA Marche, sui dati Istat Marche, mostrano che nel 2021 l'occupazione è in crescita grazie al terziario, vanno invece male i settori manifatturieri ed è ancora in calo il lavoro delle donne (3). Secondo Banca d'Italia nel 2021 le condizioni del mercato del lavoro sono migliorate, ma non in misura tale da riassorbire gli effetti della pandemia: l'occupazione è cresciuta, come anche nel Paese, e sono aumentati sia i lavoratori dipendenti sia gli autonomi, ma questi ultimi mostrano un più ampio divario rispetto alla situazione pre-pandemia (4).

L'andamento dell'occupazione dal 2007 al 2021 in provincia di Ancona è simile a quello delle Marche e dell'Italia (5). I valori provinciali sono costantemente superiori a quelli regionali e nazionali (Grafico 1.3.6.). E' presente invece una differenza di genere a sfavore delle donne (Tabella 1.3.5.).

**Graf. 1.3.6. Tasso (x 100) di occupazione\* da 15 anni e più. Confronto provincia di Ancona, Marche e Italia, anni 2007-2021**



Fonte dati Healt for all Italia 2021 – Elaborazione UO Epidemiologia AV2

\*Tasso di Occupazione: Percentuale di occupati 15 anni e più sulla popolazione della stessa fascia di età

**Tabella 1.3.5. Tasso di occupazione per genere da 15 a 64 anni - Confronto % provincia di Ancona, Marche e Italia, anni 2018- 2021**

Anno	2018			2019			2020			2021		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
<b>Prov. di Ancona</b>	72,5	57,5	65,0	69,4	59,3	64,3	70,4	56,8	63,6	70,9	59,0	65,0
<b>Marche</b>	72,6	56,2	64,3	72,3	57,5	64,9	71,1	55,8	63,4	72,2	56,1	64,1
<b>ITALIA</b>	67,6	49,6	58,5	68,0	50,2	59,0	66,6	48,4	57,5	67,1	49,4	58,2

Fonte dati Healt for all Italia 2021 – Elaborazione UO Epidemiologia AV2



## 2. COMPORAMENTI LEGATI ALLA SALUTE: GLI STILI DI VITA

Fonte dati: Sorveglianza PASSI AV2  
Epicentro- ISS

Le informazioni sugli stili di vita e i fattori di rischio comportamentali della popolazione sono monitorati in Italia attraverso alcune Sorveglianze epidemiologiche di popolazione. Per la popolazione adulta di 18-69 anni, c'è il sistema *PASSI* (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), che è stato implementato sul modello della Behavioural Risk Factor Surveillance adottato in molti Paesi; esso è attivo dal 2008 sulla quasi totalità del territorio nazionale. Per la popolazione ultra65enne c'è invece il sistema *PASSI* d'Argento, più recente, è partito infatti nel 2012. Con queste Sorveglianze si raccolgono in continuo informazioni sui fattori connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

*PASSI* e *PASSI* d'Argento sono strumenti fondamentali per la Costruzione dei Profili di Salute specie di quelli territoriali in quanto sono in grado, all'interno del Sistema Sanitario Nazionale, di produrre in maniera continua e tempestiva, informazioni a livello di ASL e Regione al fine di guidare a livello locale le azioni di prevenzione e valutarne l'efficacia nel tempo anche in relazione agli obiettivi di salute fissati nei Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione.

In questo profilo di Salute, pertanto, per la descrizione dei comportamenti legati agli stili di vita dei residenti, si utilizzano i dati raccolti con la Sorveglianza *PASSI* attiva in AV2.

### 2.1. Attività fisica

Praticare una regolare attività fisica, preferibilmente di tipo aerobico e non necessariamente ad alta intensità, contribuisce a migliorare la qualità della vita a ogni età in quanto influisce positivamente sia sullo stato di salute fisica (prevenendo e/o alleviando molte patologie croniche) sia sul grado di soddisfazione personale (supportando il benessere psichico e sociale).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomandava prima del 2020 ad adulti e ultra 65enni di praticare almeno 150 minuti a settimana di attività fisica moderata, o 75 minuti di attività intensa, o combinazioni equivalenti delle due modalità, in sessioni di almeno 10 minuti per ottenere benefici cardio-respiratori. Oggi le più recenti raccomandazioni non considerano il limite minimo dei 10 minuti consecutivi e il movimento fisico è considerato utile per la salute, anche se praticato per brevi sessioni, con l'obiettivo di contrastare la completa sedentarietà.

Secondo la definizione dell'OMS<sup>1</sup> nell'AV2 nel biennio 2020-2021 è risultato completamente sedentario il 12,2% degli adulti tra 18-69 anni, il 24,2% è parzialmente attivo e il 63,6% fisicamente attivo. In Italia la proporzione dei sedentari è più del doppio (31,5%). Rispetto al quadriennio pre-pandemico l'indicatore della sedentarietà è diminuito in AV2, mentre è leggermente aumentato nel territorio nazionale (Tabella 2.1.1.).

---

<sup>1</sup>Definizioni *PASSI* dal 2020: sono "**fisicamente attive**" le persone che aderiscono alle indicazioni OMS, ovvero praticano settimanalmente almeno 150 minuti di attività fisica moderata o 75 minuti di attività intensa o combinazioni equivalenti delle due modalità (assumendo che i minuti di attività intensa valgono il doppio di quella moderata). Sono considerati fisicamente attivi anche coloro che svolgono un lavoro regolare (ovvero continuativo nel tempo) che richiede un notevole sforzo fisico (come il manovale, il muratore, l'agricoltore), indipendentemente dalla quantità di attività fisica svolta nel tempo libero. Si definiscono "**parzialmente attive**" le persone che svolgono qualche attività fisica moderata o intensa nel tempo libero, ma senza raggiungere i livelli settimanali raccomandati dall'OMS, oppure non fanno alcuna attività fisica nel tempo libero ma svolgono un lavoro regolare (continuativo) che richiede un moderato sforzo fisico (come l'operaio in fabbrica, il cameriere, l'addetto alle pulizie). Infine, sono classificati come "**sedentari**" gli individui che non praticano attività fisica nel tempo libero e non lavorano, oppure svolgono un lavoro sedentario o uno che pur richiedendo uno sforzo fisico (moderato o pesante) non è regolare e continuativo nel tempo.

**Tabella 2.1.1. Prevalenza dell'attività fisica. PASSI, confronto (%) AV2, Marche, Italia, biennio pandemico 2020-21 e quadriennio 2016-2019**

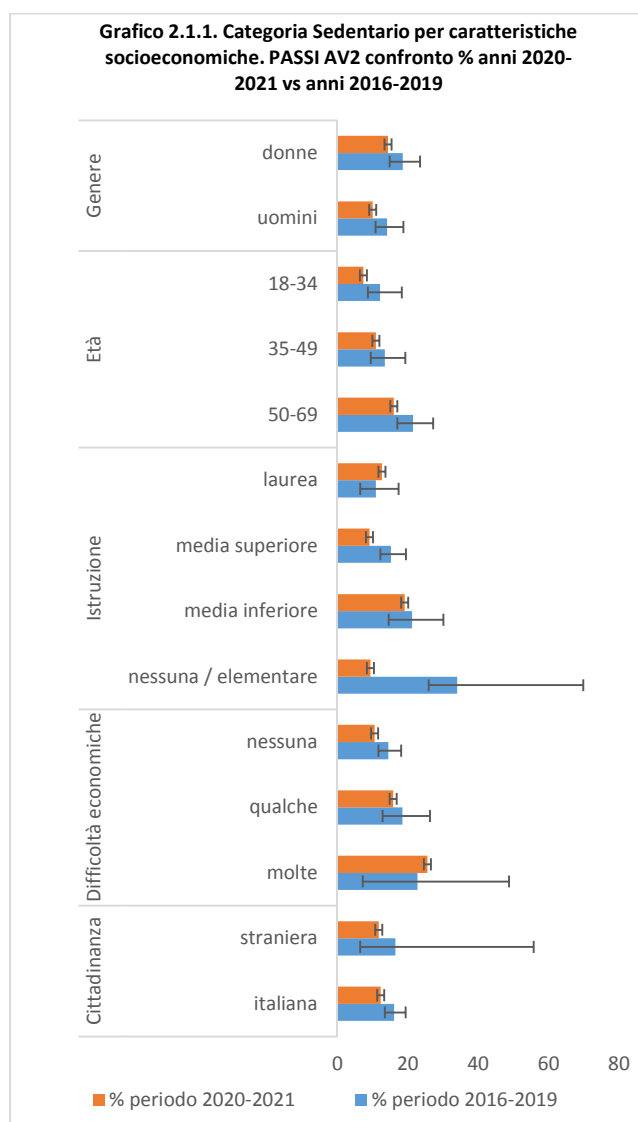
Attività fisica	2020-2021			2016-2019		
	AV2	Marche	Italia	AV2	Marche	Italia
<b>Fisicamente attivi</b>	63,6	60,7	44,9	50,7	48,6	48
<b>Parzialmente attivi</b>	24,2	24,1	23,6	33,0	26,2	22,8
<b>Sedentari</b>	12,2	15,2	31,5	16,3	25,2	29,2

Il genere, l'età, le caratteristiche socio-economiche influenzano la prevalenza di sedentarietà. Le categorie più colpite sono:

- le donne (14,3% vs il 10% degli uomini);
- i meno giovani (16% tra i 50-69enni vs il 7% dei 18-34enni),
- le persone che hanno un livello basso di istruzione (19,1% tra chi ha la licenza di scuola media inferiore vs il 12,6% di chi ha una laurea),
- coloro che hanno molte difficoltà economiche (25,6% vs il 10,5% di chi non ne ha),
- i soggetti in sovrappeso (17,2% vs il 9% dei normopeso/sottopeso),
- chi presenta sintomi di depressione (29,7% vs il 10,4% di chi non ha sintomi depressivi).

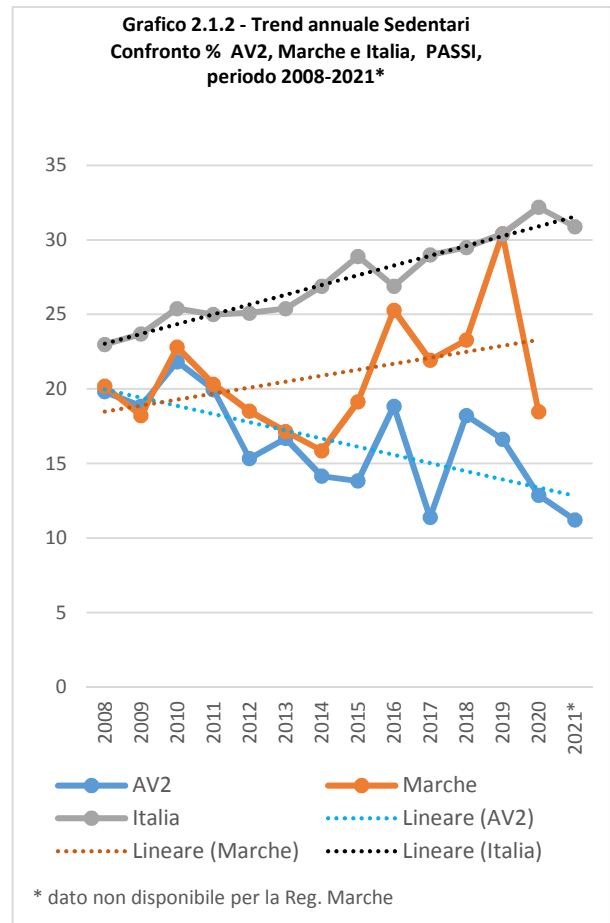
L'analisi degli intervalli di confidenza per ciascuna di queste tipologie evidenzia infine come il riscontro di una prevalenza più elevata di chi non svolge alcuna attività fisica sia statisticamente significativo nelle donne, nei più anziani, nei meno istruiti, in chi ha molte difficoltà economiche (non sovrapposizione degli intervalli di confidenza) (Grafico 2.1.1.).

Non sempre la percezione soggettiva del livello di attività praticata corrisponde a quella effettivamente svolta: il 34,5% fra i parzialmente attivi, e il 28,1% fra i sedentari, percepiscono come sufficiente il proprio impegno.



Sempre troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema della scarsa attività fisica, anche nei confronti di persone in eccesso ponderale o con patologie croniche. Poco più di un adulto su tre (35,6%) riferisce di aver ricevuto il consiglio da un medico o da un operatore sanitario di svolgere attività fisica regolarmente: ha ricevuto il consiglio 51,6% delle persone con patologie croniche, il 41,5% delle persone in sovrappeso.

Nell'AV2 secondo i dati raccolti con la sorveglianza *PASSI* dal 2008 si osserva in AV2 una inversione di tendenza infatti il numero dei completamente sedentari, sebbene con una certa variabilità, è in diminuzione. Risulta invece un trend in aumento nelle Marche e sul resto del territorio nazionale (Grafico 2.1.2.).



## 2.2. Abitudine al fumo

Il fumo di sigaretta rappresenta il principale fattore di rischio per i tumori (è fortemente associato a quelli del polmone, del cavo orale e gola, esofago, pancreas, colon, vescica, prostata, rene, seno, ovaie e ad alcuni tipi di leucemie) e per le malattie respiratorie non neoplastiche, come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco); è inoltre uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, ictus e infarto). Il fumo ha un impatto negativo sul sistema riproduttivo sia dell'uomo che della donna in quanto riduce la fertilità e deve essere totalmente evitato in fasi della vita quali ad esempio la gravidanza, per i molti effetti nocivi sul feto, rischio di basso peso alla nascita, aborti spontanei e altre complicanze. I danni fisici dovuti al fumo di tabacco sono legati a diversi fattori: età di inizio, numero di sigarette fumate quotidianamente, numero di anni di fumo, inalazione più o meno profonda.

Nell'AV2 nel biennio 2020-2021 circa un adulto su 5 fra 18 e 69 anni ha dichiarato di essere un fumatore<sup>2</sup> (21,4%). Gli ex fumatori, cioè coloro che hanno smesso da più di un anno, sono il 22,2%. In Italia la prevalenza dell'abitudine al fumo è del 24,5%. Rispetto al quadriennio precedente in AV2 e in Italia si registra una diminuzione di circa 1 punto percentuale.

Il consumo medio giornaliero è di circa 10 sigarette. Tra i fumatori il 4,2% è un "forte fumatore" cioè ne fuma più di 20, al giorno, il 16,6% è "un fumatore medio" e fuma almeno una sigaretta al giorno (Tabella 2.2.1.)

**Tabella 2.2.1. Prevalenza del fumo. PASSI, confronto (%) AV2, Marche, Italia, biennio pandemico 2020-21 e quadriennio 2016-2019**

Abitudine al fumo di sigaretta	2020-2021			2016-2019		
	AV2	Marche	Italia	AV2	Marche	Italia
Non fumatori	55,6	64,0	58,9	56,3	56,7	57,2
Fumatori	21,4	18,9	24,5	22,5	24,6	25,3
In astensione	0,8	0,6	0,8	0,7	1,1	1
Ex-fumatori	22,2	17,1	16,6	20,6	18,7	17,6
Numero medio di sigarette fumate	9,8	9	11,6	10,6	11,2	12,2

<sup>2</sup> Definizioni PASSI - **Non fumatore** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita meno di 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di non essere attualmente fumatore. **Fumatore, secondo la definizione dell'Oms**, è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20) e di essere fumatore al momento dell'intervista o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi. **Fumatore occasionale** è un fumatore che dichiara di non fumare tutti i giorni. **Fumatore quotidiano** è una persona che dichiara di fumare almeno una sigaretta ogni giorno. **Tentativo di cessazione** riguarda coloro che negli ultimi 12 mesi hanno tentato almeno una volta di smettere di fumare. **Ex fumatore** è una persona che dichiara di aver fumato nella sua vita almeno 100 sigarette (5 pacchetti da 20), di NON essere fumatore al momento dell'intervista e di aver smesso di fumare da più di 6 mesi. **Fumatore in astensione** è una persona che dichiara di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi.

Il genere, l'età, le caratteristiche socio-economiche influenzano la prevalenza del fumo. Le categorie più colpite sono:

- gli uomini (23,8% vs 20,8% delle donne);
- i più giovani (34,8% della classe di età 18-24 anni vs il 18% di quella 50-69);
- le persone con molte difficoltà economiche (44,6% vs il 19,7% di chi non ne ha);
- i soggetti con diploma di scuola media inferiore rispetto ai laureati (28% vs 19,4%)

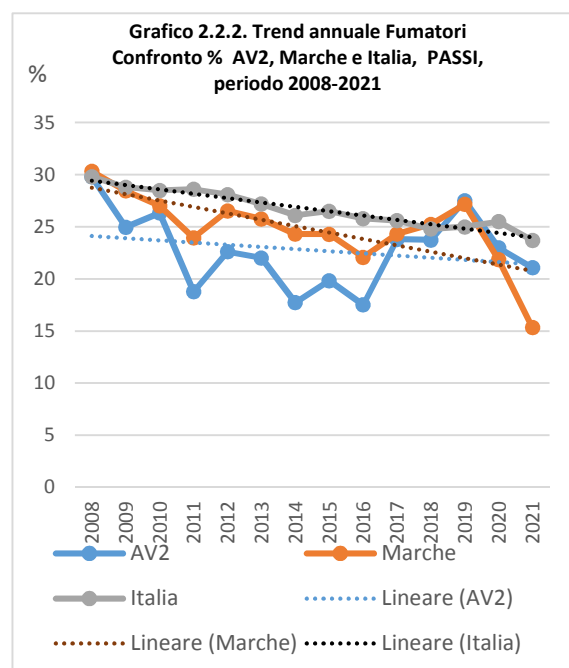
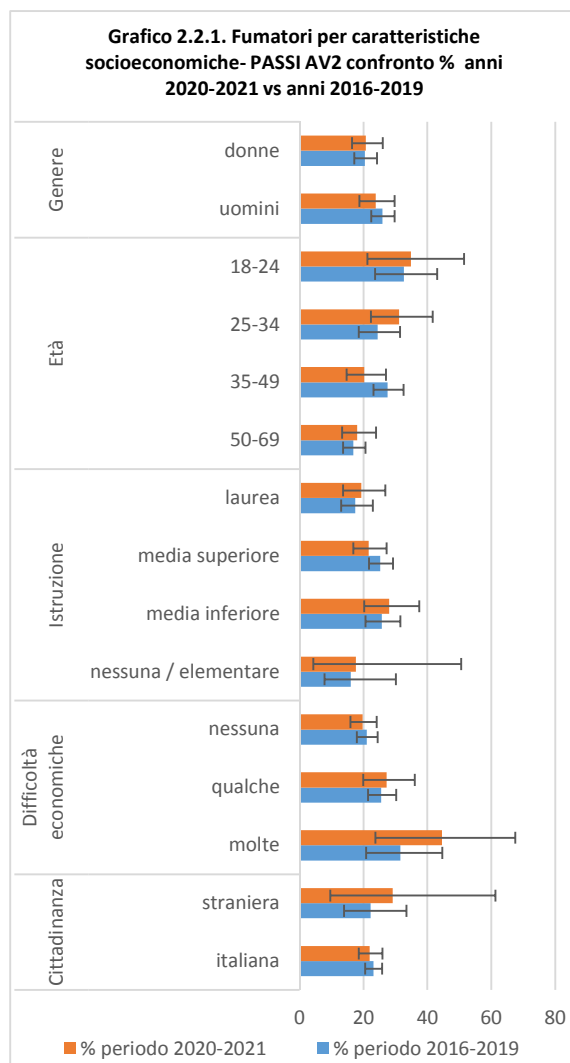
L'analisi degli intervalli di confidenza per ciascuna di queste tipologie a livello di AV2 non evidenzia alcuna differenza statisticamente significativa delle prevalenze del fumo per le caratteristiche socio-economiche (sovrapposizione degli intervalli di confidenza) (Grafico 2.2.1.).

Fra gli ex fumatori il 78% ha dichiarato di aver smesso di fumare da soli e il 17,5% con l'aiuto della sigaretta elettronica.

Ancora troppo bassa è l'attenzione degli operatori sanitari al fumo: solo al 36,2% dei fumatori che si è recato dal medico negli ultimi 12 mesi è stato chiesto se fumava (vs il 35,9% relativo al valore nazionale) e appena il 40,3% riferisce di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare, situazione peggiore rispetto alla media nazionale, (46,6%).

La legge sul divieto di fumare nei luoghi di lavoro viene rispettata sempre o quasi nel 93% dei casi (84% sempre e 9% quasi sempre). L'85,7% degli adulti ha riferito che non si fuma nelle proprie abitazioni, il 7,2% che si può fumare in alcune stanze e in alcuni orari e il 4,8% che si può fumare dappertutto. Il 7,4% dei soggetti tra 18-69 anni riferisce che nelle loro abitazioni si fuma anche alla presenza di bambini.

Osservando l'andamento dell'abitudine al fumo dal 2008 al 2021, nonostante una certa variabilità, la percentuale dei fumatori va riducendosi lentamente, ma significativamente sia in AV2 che nelle Marche e in Italia (Grafico 2.2.2.).



### 2.3. Situazione nutrizionale

L'eccesso ponderale è una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, in genere a causa di un'alimentazione scorretta e di una vita sedentaria. Abitudini alimentari ipercaloriche e sbilanciate determinano un eccesso di peso e, di conseguenza, un impatto considerevole sulla salute di una popolazione poiché favoriscono l'insorgenza di numerose patologie e/o aggravano quelle preesistenti, riducono la durata della vita e ne peggiorano la qualità. Sovrappeso e obesità sono infatti i principali fattori di rischio oncologico: si stima che, globalmente, nel 2012 lo sviluppo di mezzo milione di nuovi tumori fosse attribuibile all'eccesso ponderale, con valori ancora più alti nella Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms).

Nell'AV2 nel biennio 2020-2021 i dati autoriferiti, relativi a peso e altezza, dagli adulti coinvolti nella Sorveglianza portano a stimare che il 39,7% del campione è in eccesso ponderale, (l'8,4% obesi e il 31,3% in sovrappeso). In Italia la frequenza dell'eccesso ponderale è più alta (42,9%). Rispetto al quadriennio precedente nella nostra Area Vasta diminuiscono sia i soggetti in sovrappeso che obesi; in Italia tali valori non mostrano modificazioni sostanziali (Tabella 2.3.1.).

**Tabella 2.3.1. Situazione nutrizionale (%). PASSI, confronto AV2, Marche, Italia, biennio pandemico 2020-21 e quadriennio 2016-2019**

Situazione Nutrizionale	2020-2021			2016-2019		
	AV2	Marche	Italia	AV2	Marche	Italia
Sottopeso/ normopeso	60,3	65,9	57,1	56,5	58,3	57,7
Sovrappeso	31,3	27,7	32,5	33,8	32,5	31,5
Obeso	8,4	6,4	10,4	9,7	3,3	10,8

Il genere, l'età, le caratteristiche socio-economiche influenzano la prevalenza del sovrappeso e dell'obesità. Le categorie più colpite sono:

- il genere maschile (gli uomini in sovrappeso sono il 40,6% vs il 22,5% delle donne);
- i più anziani (il 36,3% dei 50-69enni sono in sovrappeso vs 18,7% dei 18-34enni);
- le persone con basso livello d'istruzione (il 42,2% dei soggetti con licenza di scuola media inferiore sono in sovrappeso vs il 22,8% dei laureati);
- i soggetti con molte difficoltà economiche (il 47,8% sono in sovrappeso vs il 29,3% di chi non ne ha);

L'analisi degli intervalli di confidenza per ciascuna di queste tipologie evidenzia infine come il riscontro di una prevalenza più elevata di sovrappeso sia statisticamente significativo negli uomini e nei più anziani (non sovrapposizione degli intervalli di confidenza) (Grafico 2.3.1.).

Solo il 41,5% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario, di queste il 37,2% delle persone in sovrappeso e il 56,6% di quelle obese.

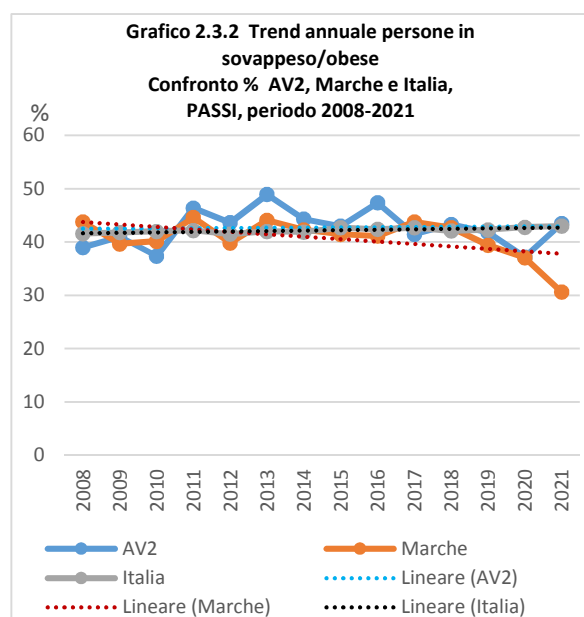
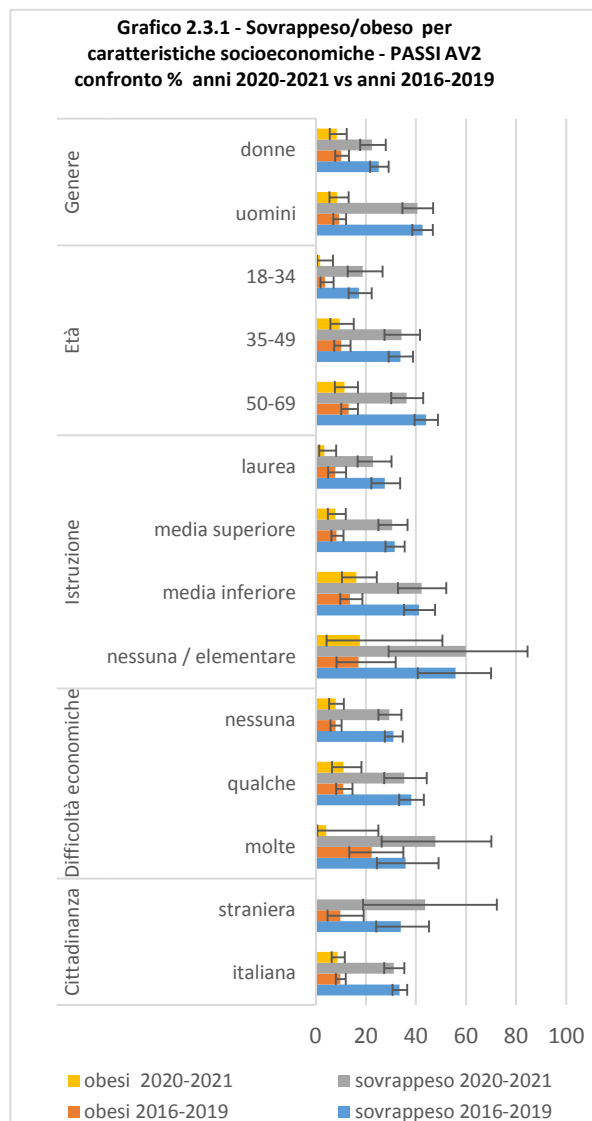
Il 49,9% ha ricevuto anche il consiglio di perdere peso (il 43,3% delle persone in sovrappeso e il 74,1% di quelle obese).

Solo il 30,2% delle persone in eccesso ponderale ha riferito di seguire una dieta per perdere o mantenere il proprio peso (36,3% nei soggetti in sovrappeso e 44,6% negli obesi).

Tra coloro che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso una persona su due segue una dieta (50,4%).

Considerando il rapporto con le patologie croniche, risulta che è in eccesso ponderale il 28,7% degli ipertesi, il 6,4% delle persone con malattie respiratorie croniche, il 9,8% dei diabetici, il 3,6% degli infartuati.

Osservando l'andamento della condizione di eccesso ponderale dal 2008 al 2021, i valori AV2 e quelli italiani, sebbene con piccole oscillazioni, si mantengono stabili (Grafico 2.3.2.).



## 2.4. Abitudini alimentari

Una nutrizione corretta costituisce uno degli elementi fondamentali per evitare l'insorgenza di numerose condizioni patologiche o di controllare l'evoluzione di malattie preesistenti: una dieta subottimale è riconosciuta infatti come un fattore correlato alle malattie croniche non trasmissibili. L'adozione di uno stile alimentare corretto e salutare si conferma un fattore protettivo per lo sviluppo di patologie neoplastiche: il rischio di sviluppare tumori può essere ridotto di un terzo attraverso alimentazione e attività fisica.

### Il consumo di frutta e verdura

Nell'AV2 il consumo di frutta e verdura è risultato abbastanza diffuso: poco più della metà degli intervistati (52%) nel biennio 2020-2021 dichiara di mangiarne 3-4 porzioni al giorno o più, ma solo il 9,1% ha aderito alle raccomandazioni internazionali consumandone 5+ volte al giorno (*five a day*). Una piccola parte, l'1,5% dichiara di non consumare né frutta né verdura. In Italia l'abitudine di mangiare da 3-4 porzioni di frutta e verdura al giorno o anche più è presente nel 46% degli adulti, anche il *five a day* registra una prevalenza più bassa (7,6%). Rispetto al quadriennio precedente l'abitudine di consumare 5 o più porzioni die diminuisce sia in AV2 che in Italia (tabella 2.4.1.).

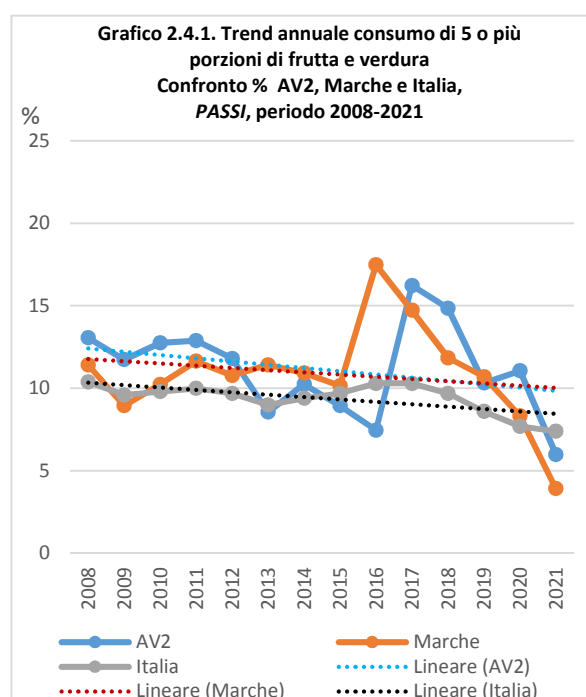
**Tabella 2.4.1. Consumo di frutta e verdura. PASSI, confronto (%) AV2, Marche, Italia, biennio pandemico 2020-21 e quadriennio 2016-2019**

Consumo di frutta e verdura	2020-2021			2016-2019		
	AV2	Marche	Italia	AV2	Marche	Italia
0 porzioni	1,5	1,7	2,4	0,8	1,7	2,7
1/2 porzioni	46,4	54,7	51,6	44,9	42,3	48,5
3/4 porzioni	43,0	37,3	38,5	42,1	42,2	39,0
5+ porzioni	9,1	6,3	7,6	12,2	13,8	9,8

L'adesione al *five a day* è maggiore tra:

- le donne (l'11,8% vs il 6,2% degli uomini);
- i più anziani (il 12,9% dei 50-69enni vs l'8,2% dei 18-34enni);
- le persone con basso livello d'istruzione (il 12,8% vs il 7,2% dei laureati);
- i soggetti con molte difficoltà economiche (il 16,4% vs l'8,9% di chi non ne ha);

Dal 2008 in poi il consumo di 5 o più porzioni di frutta e verdura mostra un trend in diminuzione sia in AV2 che nelle Marche che in Italia (Grafico 2.4.1.).





## Il consumo di sale

Assumere quantità elevate di sale attraverso la dieta aumenta il rischio cardiovascolare correlato all'ipertensione arteriosa, ma anche i rischi connessi all'insorgenza di altre malattie cronic-degenerative, come i tumori dell'apparato digerente (in particolare quelli dello stomaco), l'osteoporosi e le malattie renali: per questa ragione, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ne raccomanda un consumo giornaliero moderato, non superiore ai 5 grammi, corrispondenti a circa 2 grammi di sodio.

Dal 2015 PASSI raccoglie sistematicamente alcune informazioni su consumo di sale e consapevolezza delle persone e attenzione degli operatori sanitari a questa pratica.

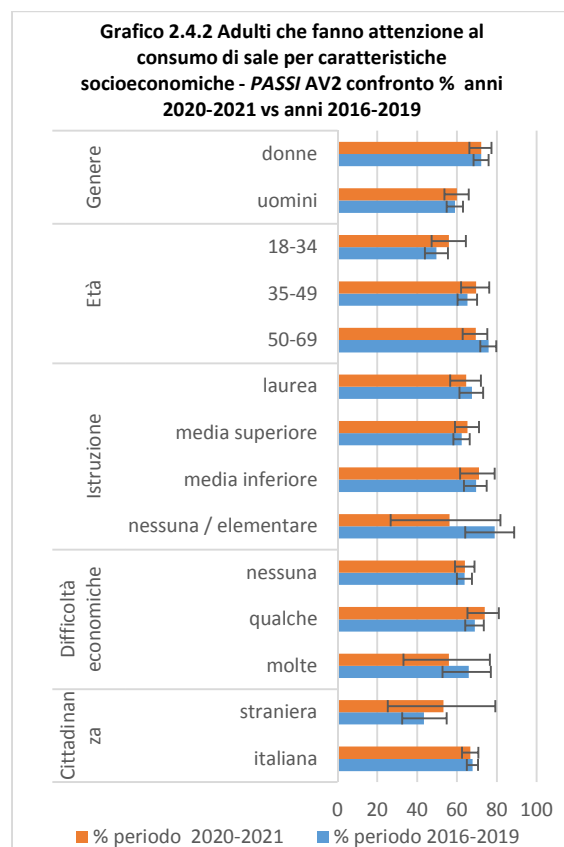
Nell'AV2 nel biennio 2020-2021 il 66,2% dei soggetti tra 18-69 anni sta attento o cerca di ridurre la quantità di sale assunta a tavola, nella preparazione dei cibi e nel consumo di quelli conservati; l'11,7% riferisce di aver cominciato a prestare attenzione all'utilizzo del sale nell'alimentazione nell'ultimo anno e il 54,4% da più tempo. In Italia l'attenzione "recente" al consumo è appannaggio del 9,4% degli adulti, mentre il 55,6% lo faceva già da diverso tempo. Rispetto al quadriennio precedente non ci sono importanti variazioni.

**Tabella 2.4.2. Consumo di sale (%). PASSI, confronto AV2, Marche, Italia, biennio pandemico 2020-21 e quadriennio 2016-2019**

Consumo di Sale	2020-2021			2016-2019		
	AV2	Marche	Italia	AV2	Marche	Italia
Attenzione negli ultimi 12 mesi	11,7	7,6	9,4	12,2	11,9	10,2
Attenzione da più tempo	54,4	63,5	55,6	53,4	59,0	57,8

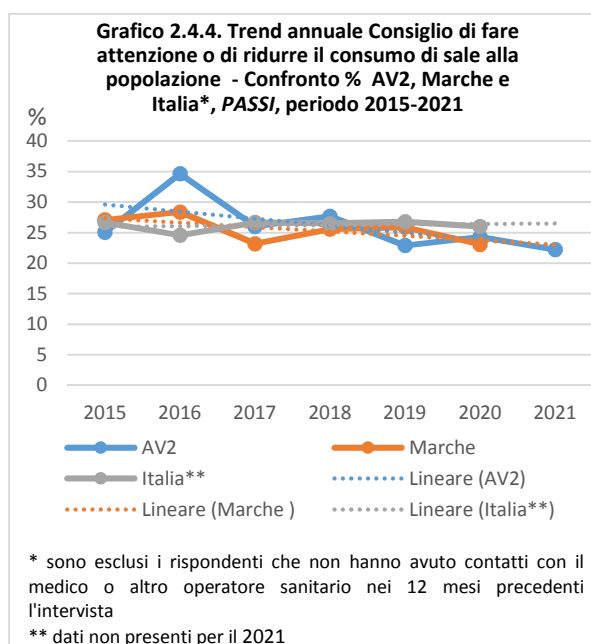
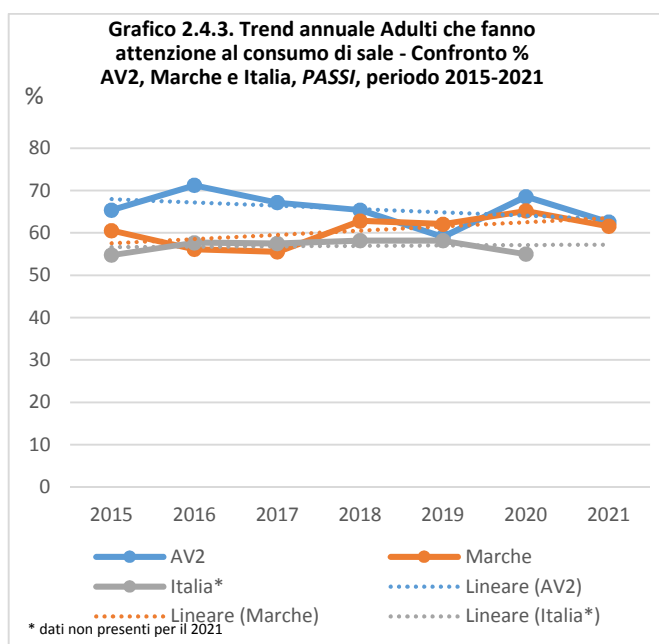
L'attenzione all'eccessivo consumo di sale è maggiore: tra le donne (72,1% vs il 60% degli uomini); in età più avanzata (raggiunge il 69,5% nella classe di età di 50-69 anni vs il 56,1% della classe tra 18-34 anni); in chi non ha difficoltà economiche (64,1% vs il 56% di chi ha molte difficoltà). Al contrario di quanto si verifica sul territorio nazionale, nell'AV2 risulta infine che chi è più attento al consumo di sale ha un livello di istruzione basso (71% tra chi ha una licenza di scuola media inferiore vs il 64% dei laureati).

L'analisi degli intervalli di confidenza per ciascuna categoria socio-economica evidenzia come il riscontro di una prevalenza più elevata di attenzione al consumo sia statisticamente significativo nelle donne (non sovrapposizione degli intervalli di confidenza) (Grafico 2.4.2.).



I dati sull'attenzione dei medici all'alimentazione dei propri assistiti mostra, come accade pure per i consigli su fumo, alcol, sedentarietà o eccesso ponderale, che il consiglio medico è uno strumento ancora poco utilizzato e quasi sempre finalizzato al contenimento del danno e non alla sua prevenzione. Infatti mediamente fra quelli che hanno avuto un contatto con un medico o altro operatore sanitario nei dodici mesi precedenti il coinvolgimento in *PASSI*, 1 su 4 circa (23,5%) riferisce di aver ricevuto il consiglio su un utilizzo appropriato del sale nella dieta e anche se si arriva al 53,1% fra le persone con ipertensione o insufficienza renale, queste percentuali non accennano a migliorare nel tempo.

Dal 2015 anno in cui è stata inserita la sezione sul consumo di sale si osserva un andamento costante della percentuale di adulti che fanno attenzione all'utilizzo del sale nella propria alimentazione in tutto il territorio nazionale, ma i dati dell'AV2 e della regione Marche sono leggermente superiori alla media nazionale (Grafici 2.4.3 e 2.4.4.)



## Il consumo di sale iodato

Lo iodio è il costituente essenziale degli ormoni tiroidei. Questi svolgono un ruolo critico sul differenziamento cellulare, in particolare per ciò che riguarda lo sviluppo del sistema nervoso centrale nelle prime fasi della vita e contribuiscono al mantenimento dell'equilibrio metabolico durante la vita adulta. Il metodo più efficace ed economico per prevenire le malattie da carenza di iodio consiste nell'utilizzare a fini alimentari esclusivamente sale iodato invece del comune sale da cucina, senza superare comunque le dosi raccomandate.

Nell'AV2 nel biennio 2020-2021 complessivamente il 76,8% degli adulti sceglie di utilizzare il sale iodato, sono il 72,3% in Italia.

Moltissimi lo usano abitualmente (43,6% sempre e il 19% spesso) altri riferiscono di usarlo qualche volta (14,2%). Solo una minima percentuale non sa cosa sia (1,7%). Il suo utilizzo cresce nel tempo: il consumo di sale iodato veniva riferito dal 62,4% degli intervistati nel 2015 ed è aumentato all'81,2% nel 2021.

Per la maggior parte sono le donne che usano il sale iodato (79,4% vs il 73,9% degli uomini) e le persone meno giovani. Anche l'istruzione ha un ruolo importante: gli individui più istruiti hanno generalmente un'attenzione maggiore all'impiego di sale iodato.

## 2.5. Consumo di alcol

Il consumo di prodotti alcolici (sostanze psicoattive che possono portare a dipendenza) è associato allo sviluppo di numerose MCNT e può creare dipendenza; provoca, inoltre, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie che espongono a un aumentato rischio non solo chi lo assume ma anche il contesto sociale di riferimento. Bere alcolici, infatti, può condurre a maggiore incidentalità stradale e correlata invalidità, nonché indurre comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza, abbandoni e incapacità di costruire legami affettivi stabili. Non esiste un consumo sicuro per la salute e i rischi di danni alcol-correlati variano in funzione di diversi fattori: la quantità di alcol bevuta abitualmente, la quantità assunta in una singola occasione, le modalità e il contesto di consumo, le caratteristiche individuali (quali ad esempio età, sesso, condizioni patologiche preesistenti che determinano una differente suscettibilità soggettiva). Gli effetti nocivi dell'alcol possono essere annullati completamente solo astenendosi dal consumo che non è tollerato/ammesso in alcune circostanze (come alla guida o sul luogo di lavoro) o fasi della vita come ad esempio durante la gravidanza (la sindrome alcolico fetale - *Fetal alcohol syndrome*, Fas - è la più grave delle patologie del feto indotte dall'assunzione di alcol durante la gestazione).

Nel biennio 2020-2021 il 74,5% degli adulti residenti in AV2 riferisce di aver consumato alcol negli ultimi 30 giorni. Il 21,3% ne fa un consumo "a maggior rischio" perché consuma alcol abitualmente in modo elevato (3,4%) o prevalentemente fuori pasto (8,5%) o è un bevitore *binge* (13%) oppure è una combinazione delle tre modalità<sup>3</sup>. In Italia il consumo di alcol è meno diffuso (circa il 56% degli adulti lo dichiarano). Anche il consumo "patologico" di alcol (vale a dire il "consumo a maggior rischio" e il "consumo binge") è meno frequente. Rispetto al quadriennio precedente in AV2 le prevalenze di consumo aumentano tutte, mentre in Italia il consumo "patologico" diminuisce (Tabella 2.5.1.).

**Tabella 2.5.1. Consumo di alcol (%). PASSI, confronto AV2, Marche, Italia, biennio pandemico 2020-21 e quadriennio 2016-2019**

Consumo di Alcol	2020-2021			2016-2019		
	AV2	Marche	Italia	AV2	Marche	Italia
Consumo alcol	74,5	59,9	55,8	66,8	65,9	55,6
Consumo a maggior rischio	21,3	15,6	15,0	17,9	18,6	16,8
Consumo binge	13,0	8,6	7,9	10,7	11,1	9,3

<sup>3</sup> Definizioni **PASSI Consumo abituale elevato**: consumo medio giornaliero maggiore di 2 UBA negli uomini e di 1 UBA nelle donne.

**Binge drinking**: consumo in una singola occasione di 5 o più UBA negli uomini e di 4 o più UBA nelle donne.

**UBA**: unità di bevanda alcolica corrispondente a una lattina di birra o a un bicchiere di vino o a un bicchierino di superalcolico.

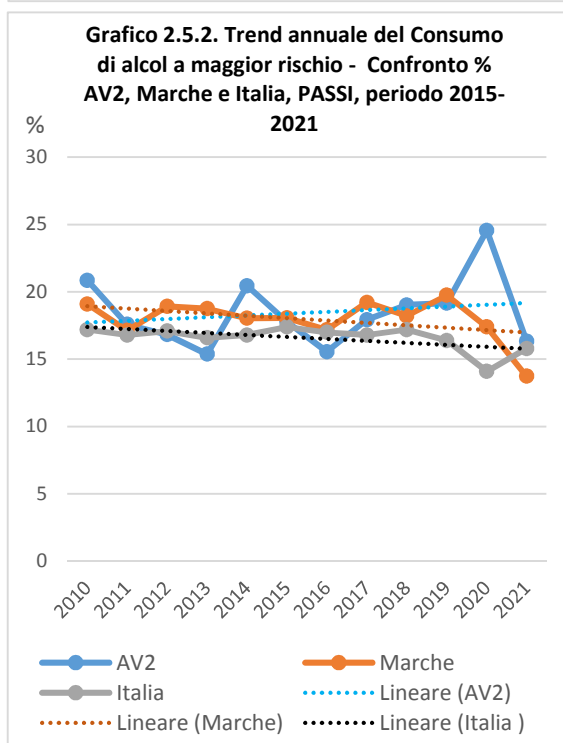
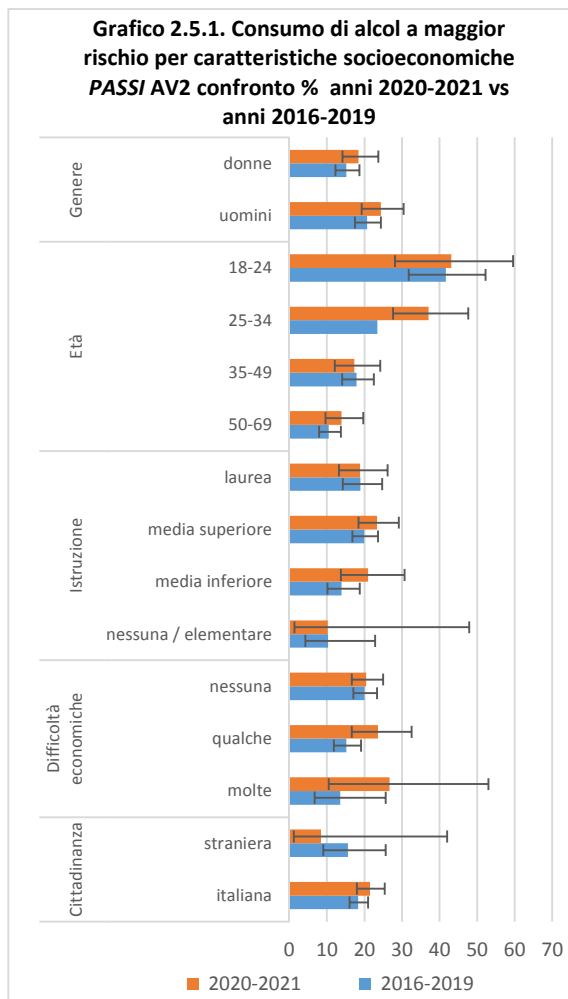
Il genere, l'età, le caratteristiche socio-economiche influenzano il consumo a "maggiore rischio". Esso è più frequente:

- fra gli uomini (24,4% vs il 18,4% nelle donne);
- fra i giovanissimi (nei 18-24enni si arriva al 43,1% vs il 13,9% dei 50-69enni)
- fra le persone con un livello di istruzione più alto (18,8% dei laureati vs il 10,2% di chi ha la licenza elementare).
- in chi ha molte difficoltà economiche (26,7% vs il 20,5% di chi non ne ha).

L'analisi degli intervalli di confidenza per ciascuna categoria socio-economica evidenzia come il riscontro di una prevalenza più elevata di consumo di alcol a maggior rischio sia statisticamente significativo nei soggetti più giovani rispetto ai meno giovani (non sovrapposizione degli intervalli di confidenza) (Grafico 2.5.1.).

I risultati della Sorveglianza evidenziano la scarsa attenzione degli operatori sanitari al problema: raramente essi danno consigli di moderare l'assunzione di alcool. Tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, solo l'8,2% dei bevitori a maggior rischio ha ricevuto il consiglio di bere meno.

In Italia dal 2010 si osservava un lento ma progressivo aumento del consumo di alcol a maggior rischio, ma dal 2018 si ha un'inversione di tendenza che si conferma, e anzi si accentua, durante la pandemia, per poi tornare a valori pre-pandemia nel 2021. Si tratta di modeste variazioni in termini assoluti ma statisticamente significative, sostenute evidentemente dalle minori occasioni di incontro e socialità. Nell'AV2 dal 2010 al 2021 c'è una tendenza all'aumento del consumo di alcol a maggior rischio, con un picco evidente nel 2020 (Grafico 2.5.2.).



### 3. LE CONDIZIONI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

#### Fonte dati:

- Sorveglianza PASSI AV2;
- ISTAT: Indagine Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana, 2020-2021
- Registro Tumori Marche

#### 3.1 La percezione dello stato di salute e i sintomi depressivi

##### La Salute Percepita

L'OMS nel 1948 definisce la Salute non "mera assenza di malattia" ma come: "uno stato di completo benessere fisico, mentale, e sociale ". Questa definizione ha comportato l'esigenza di trovare indicatori adeguati in grado di misurare in termini più complessivi lo "stato di benessere" degli individui. La letteratura scientifica nazionale ed internazionale utilizza allo scopo un indice complesso che fa riferimento alla percezione individuale dello stato di salute fisico e mentale in un determinato periodo di tempo. Si tratta sempre di informazioni autoriferite.

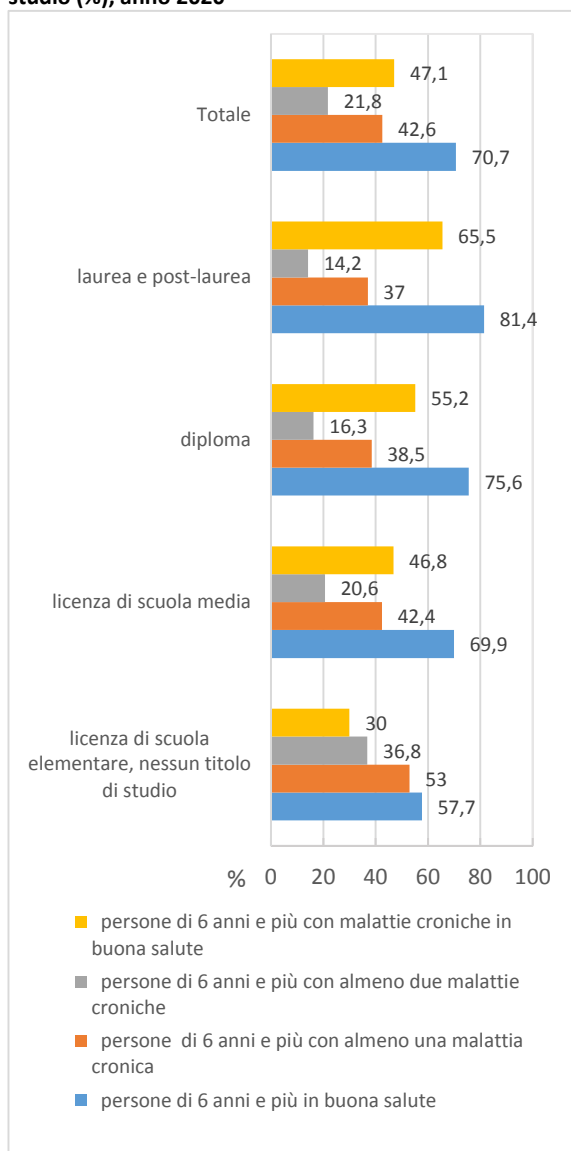
I dati sulla "salute percepita" sono raccolti dall'ISTAT (attraverso l'indagine Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana ) (6) o dall'Istituto Superiore di Sanità (attraverso le Sorveglianze di popolazione *PASSI* per le persone da 18 a 69 anni e *PASSI d'Argento* per quelle da 65 anni in poi) (7) (8).

I dati della "Multiscopo" registrano che, nella provincia di Ancona nel 2020, complessivamente il 71% delle persone di 6 anni e più riferisce di essere in buona salute.

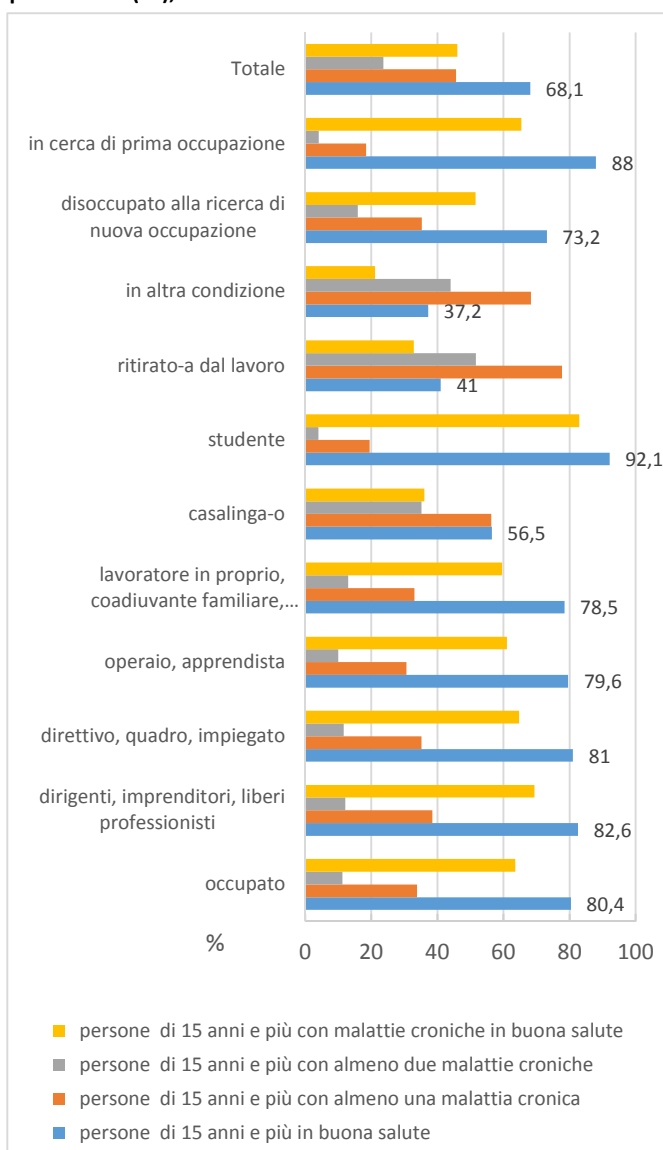
La percezione del proprio stato di salute è correlata ad una serie di fattori quali le condizioni fisiche, lo stato socio-economico e il grado di integrazione sociale. Tutto ciò è evidenziato nei grafici 3.1.1. e 3.1.2. dove osserviamo che il sentirsi in buona salute dipende:

- *dal genere*: tra gli uomini il 75,8%, riferisce di "sentirsi in buona salute", mentre tra le donne è il 68,3%;
- *dal livello d'istruzione*: la salute risulta essere percepita positivamente in particolare da coloro che sono in possesso di un titolo di studio alto (81,4% tra chi ha una laurea o post-laurea), rispetto a coloro che hanno la sola licenza elementare o nessun titolo di studio (57,7%)
- *dall'aver un lavoro*: chi è occupato riferisce di essere in buona salute in percentuale maggiore rispetto a chi è disoccupato o alla ricerca di nuova occupazione (80,4% vs 73,2%).
- *dalla posizione lavorativa*: una migliore percezione della propria salute è presente nella classe dei dirigenti, imprenditori e liberi professionisti (82,6%), rispetto agli operai, apprendisti (79,6%)
- *dalla presenza di malattie croniche*: il 47% degli individui di 6 anni e più con malattie croniche riferisce di sentirsi bene, ma tale proporzione è del 43% tra coloro che soffrono di almeno una malattia cronica e scende al 23% tra coloro che hanno almeno due o più malattie croniche.

**Grafico 3.1.1 Stato di salute della popolazione residente nella provincia di Ancona - da 6 anni e più, per titolo di studio (%), anno 2020**



**Grafico 3.1.2 Stato di salute della popolazione residente nella provincia di Ancona - da 15 anni e più, per posizione nella professione (%), anno 2020**



Fonte dati ISTAT Indagine Multiscopo <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=7283> – Elab:UOS Epidemiologia, AV2

## I sintomi depressivi

Attraverso la sorveglianza *PASSI* si può stimare, con una buona sensibilità (80%) e un'alta specificità (90%) la prevalenza di persone adulte tra 18-69 anni con "possibile" disturbo depressivo. Ciò avviene attraverso l'analisi dati relativi a due domande concernenti i sintomi di umore depresso e perdita di interesse o piacere per lo svolgimento di tutte, o quasi tutte, le attività<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Definizione *PASSI*: **Persona con sintomi di depressione** è una persona che nelle due settimane prima dell'intervista ha sperimentato sintomi di umore depresso e/o di anedonia (perdita di interesse nelle attività della vita di tutti i giorni) in modo duraturo.

% indicatore	2020-2021			2016-2019		
	AV2	Marche	Italia	AV2	Marche	Italia
<b>Sintomi di depressione</b>	7,8	6,2	6,6	6,3	6,4	6,0

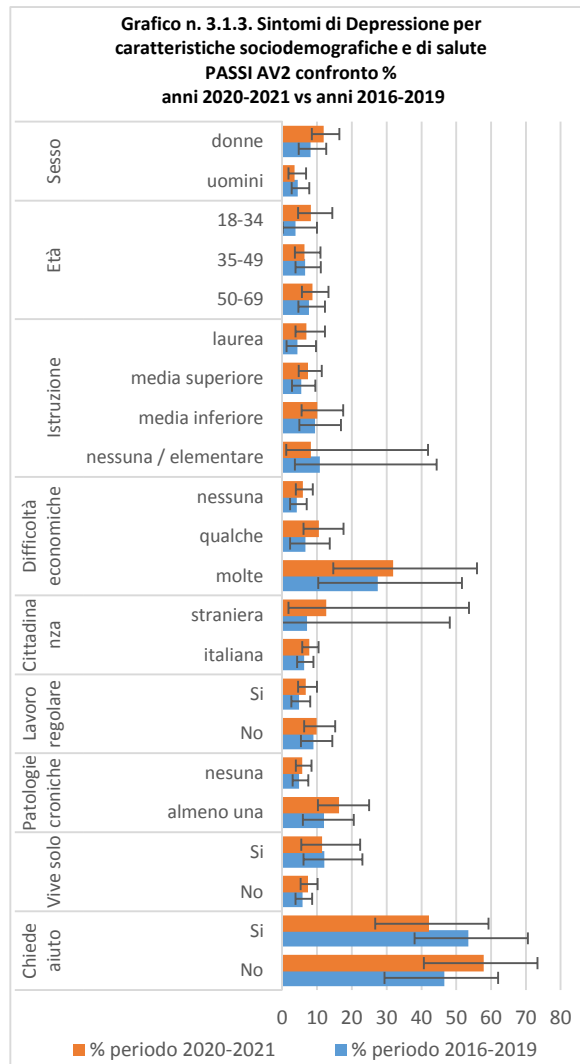
Nel biennio 2020-2021 il 7,8% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, sintomi depressivi. Il dato italiano è inferiore (6,6%).

Solo il 42% degli adulti "depressi" ricorre all'aiuto di qualcuno, rivolgendosi soprattutto a medici/operatori sanitari.

Confrontando i dati con il periodo pre-pandemico risulta che la prevalenza di sintomi depressivi è aumentata rispetto al quadriennio 2016-2019: in AV2 era il 6,3%; in Italia il 6%.

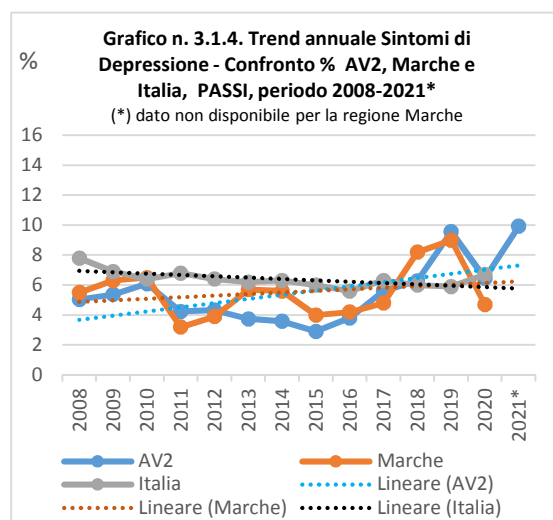
Il genere, l'età, le caratteristiche socio-economiche influenzano la prevalenza di adulti "depressi". Le persone più colpite sono:

- le donne (quasi quattro volte più degli uomini: 11,9% vs 3,5% degli uomini),
  - le persone nella fascia di età da 35 anni in poi,
  - quelle con un livello di istruzione basso (elementari 8,3% e medie 10,1% vs il 6,9% dei laureati),
  - quelle con molte difficoltà economiche (31,8% vs il 5,9% di chi non ne ha)
  - quelle senza un lavoro regolare (9,9% vs il 6,9% di chi lavora regolarmente,
  - quelle con almeno una malattia cronica (16,3% vs il 5,7 di chi non ce l'ha).
- (Grafico 3.1.3.).



L'analisi degli intervalli di confidenza per ciascuna di queste tipologie evidenzia infine come il riscontro di una prevalenza più elevata di sintomi depressivi in chi ha molte difficoltà economiche, rispetto a chi non ne ha sia statisticamente significativa (non sovrapposizione degli intervalli di confidenza)

L'andamento della prevalenza di sintomi depressivi dal 2008 al 2021 mostra una tendenza all'aumento per l'AV2 e le Marche, mentre per l'Italia si registra un trend di sostanziale stabilità (Grafico 3.1.4.).



### 3.2 Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT)

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) comprendono nella loro più vasta accezione: le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche, il diabete, i problemi di salute mentale e i disturbi muscolo scheletrici. Sono le principali cause di morte a livello mondiale (quasi il 70% delle morti), la maggior parte delle quali si verifica nei Paesi a basso e medio reddito. Le cause dell'insorgenza delle MCNT sono per lo più da ascrivere agli scorretti stili di vita quali, ad esempio, il consumo di tabacco, le errate abitudini alimentari, l'insufficiente attività fisica, il consumo rischioso e dannoso di alcol, insieme alle caratteristiche dell'ambiente e del contesto sociale, economico e culturale. A questi fattori di rischio, che sono modificabili, infatti si può ricondurre quasi il 60% del carico di malattia, in Europa e in Italia. I dati relativi alle MCNT sono pochi e poco disponibili, soprattutto considerando la loro scarsa disaggregazione su scala territoriale (regione, provincia, comune, ecc.); al massimo si hanno pochi dati regionali e solo attraverso studi specifici e le Sorveglianze epidemiologiche di popolazione si riescono ad avere quadri locali del fenomeno.

Utilizzando come fonte dati l'Indagine Multiscopo sulle famiglie (1), approssimando che la frequenza percentuale delle MCNT in AV2 sia simile a quella delle Marche, si stima che in tutta la nostra Area Vasta<sup>5</sup> siano presenti più di 180.000 persone con almeno una malattia cronica e più di 100.000 con almeno due malattie croniche (Tabella 3.2.1.), indipendentemente dall'età.

**Tabella 3.2.1. Frequenza persone con malattie croniche (per 100 persone) – Centro Italia e Marche, anni 2020-2021**

Anno	Territorio	Persone in buona salute	Persone con almeno una malattia cronica	Persone con almeno due malattie croniche	Persone con malattie croniche in buona salute
2020	Centro Italia	72,5	41,3	21,1	47,5
	Marche	70,9	40,6	21,5	44,1
2021	Centro Italia	71,8	40,7	21,4	47,2
	Marche	69,3	38,6	21,2	42,3

Fonte: Indagine Multiscopo delle Famiglie ISTAT Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Sempre considerando la precedente approssimazione si può stimare che nel territorio dell'AV2 vi siano circa 26.000 diabetici, 87.000 ipertesi, 25.000 bronchitici cronici e altre persone con patologie croniche (Tabella 3.2.2.) il cui impatto sui servizi sanitari e sociali, visto anche l'invecchiamento della popolazione, sarà sempre più importante.

**Tabella 3.2.2. Frequenza persone con specifiche malattie croniche (per 100 persone) – Centro Italia e Marche, anni 2020-2021**

Anno	Territorio	Diabete	Ipertens.	Bronchite Cronica	Artrosi, Artrite	Osteopor.	Malattie Cuore	Malattie Allergiche	Disturbi Nervosi	Ulcera Gastrica o Duodenale
2020	Centro Italia	5,5	18,3	6	14,7	8,3	4,2	11,7	4,5	2,5
	Marche	4,5	17,3	5,2	15,5	8,3	5,6	11	4,6	2,9
2021	Centro Italia	5,9	18,5	6,3	15,3	8,5	4,6	10,9	4,7	2,0
	Marche	5,6	18,3	5,4	15,8	7,3	4,9	9,6	5,3	2,7

Fonte: ISTAT, Indagine Multiscopo sulle Famiglie. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

<sup>5</sup> Nel 2021 la popolazione residente totale è di 473.688 unità



Utilizzando la **fonte dati PASSI** si ha un quadro più preciso della distribuzione delle patologie croniche nell'Area Vasta 2: esso però è riferito solo alla popolazione a cui questa Sorveglianza si rivolge, cioè agli adulti residenti tra 18-69 anni. Il 20,1% di questi soggetti nel biennio 2020-2021 ha riferito che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più tra le seguenti patologie: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi. Più precisamente il 14% riferisce di essere affetto da una patologia cronica e il 6% da almeno due.

In AV2 la policronicità è in leggero aumento rispetto al quadriennio pre-pandemico dove si era registrata una prevalenza del 5,7%, mentre per l'Italia i valori sono rimasti sostanzialmente stabili (Tabella 3.2.3.).

**Tabella 3.2.3. Frequenza di persone con specifiche malattie croniche (%). Confronto AV2, Marche, Italia, biennio pandemico 2020-2021 rispetto al quadriennio pre-pandemico 2016-2021.**

Patologie croniche	2020-2021			2016-2019		
	AV2	Marche	Italia	AV2	Marche	Italia
<b>Nessuna patologia</b>	79,9	86,2	81,6	78,8	82,9	81,8
<b>Almeno 1 patologia</b>	14,0*	13,8	18,4	16,0*	17,1	18,2
<b>Almeno 2 patologie</b>	6,05	3,8	4,2	5,7	3,5	4,4

\*Fonte dati per AV2 db Passi di Area Vasta, per Marche ed Italia Epicentro, Sorveglianza Passi

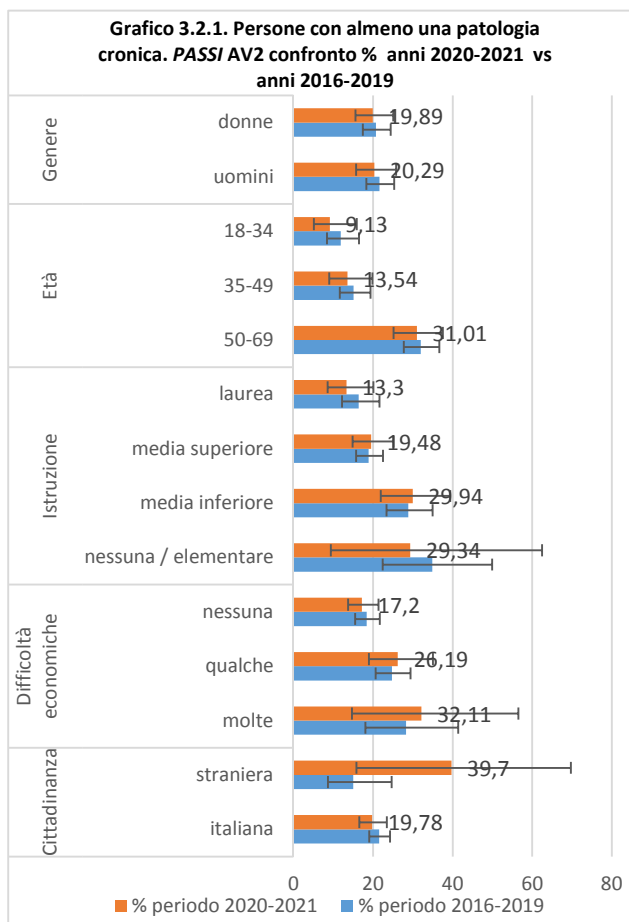
Le patologie croniche più frequentemente riferite, sono le malattie respiratorie croniche (circa 7,5%), i tumori (5,3%), il diabete (5%) e le malattie cardio-cerebrovascolari (4,9%).

Il genere, l'età, le caratteristiche socio-economiche influenzano la prevalenza di patologie croniche. Le categorie più colpite sono:

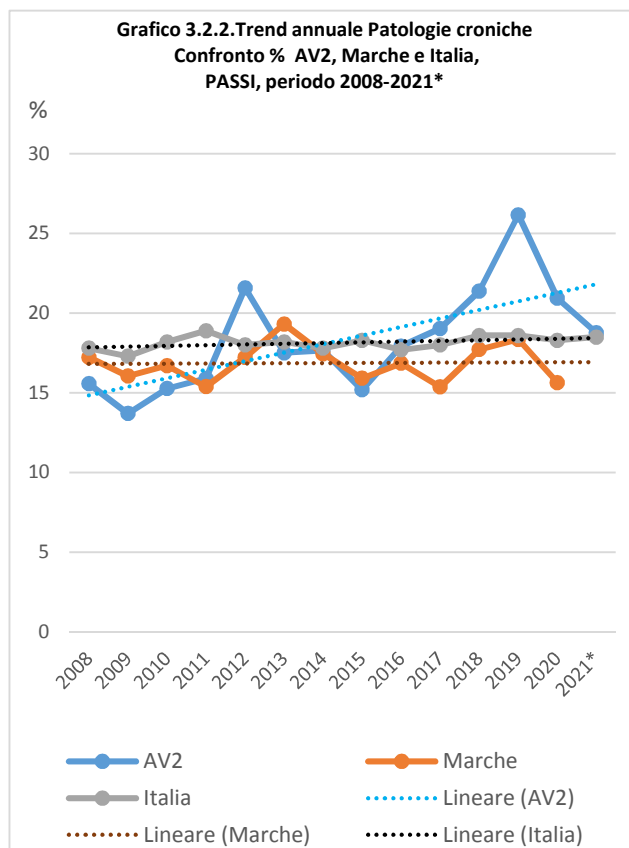
- le persone con età più avanzata (31% fra i 50-69enni vs il 9,0% dei 18-34enni);
- quelle con status socioeconomico più svantaggiato (con molte difficoltà economiche il 32,1% vs il 17,2% di chi non ne ha);
- i soggetti con bassa istruzione (29% tra chi ha al massimo una licenza di scuola elementare vs il 13% di chi ha una laurea).

Non si osservano sostanziali differenze tra uomini e donne.

L'analisi degli intervalli di confidenza per ciascuna di queste tipologie evidenzia infine come il riscontro di una prevalenza più elevata di MCNT tra i meno giovani, rispetto ai più giovani (i 50-69enni vs i 18-34enni); tra chi ha una licenza di scuola media inferiore vs chi ha una laurea sia statisticamente significativa (non sovrapposizione degli intervalli di confidenza) (Grafico 3.2.1.).



Nell'AV2 secondo i dati raccolti con la sorveglianza PASSI dal 2008 si osserva, se pure con una certa variabilità, una tendenza all'aumento della prevalenza di patologie croniche, mentre nelle Marche e in Italia l'andamento è più stabile (Grafico 3.2.2.)



(\*) dato non disponibile per la regione Marche

## Focus sul Diabete

Il diabete è una malattia frequente, seria e costosa. È associata allo stile di vita e a disuguaglianze sociali per cui è indispensabile disporre di strumenti di sorveglianza nella popolazione sulla sua diffusione e anche sui fattori ad essa associati in modo da poter fornire informazioni ai decisori in modo tempestivo.

Nell'Area Vasta 2 nel biennio 2020-2021 il 5% della popolazione adulta di 18-69 anni ha riferito una diagnosi di diabete; il dato italiano è all'incirca uguale (4,7%). La prevalenza nella nostra Area Vasta sembra essere in aumento rispetto al quadriennio pre-pandemico (3,7%)<sup>6</sup>; in Italia i valori sono invece rimasti identici (Tabella 3.2.4.).

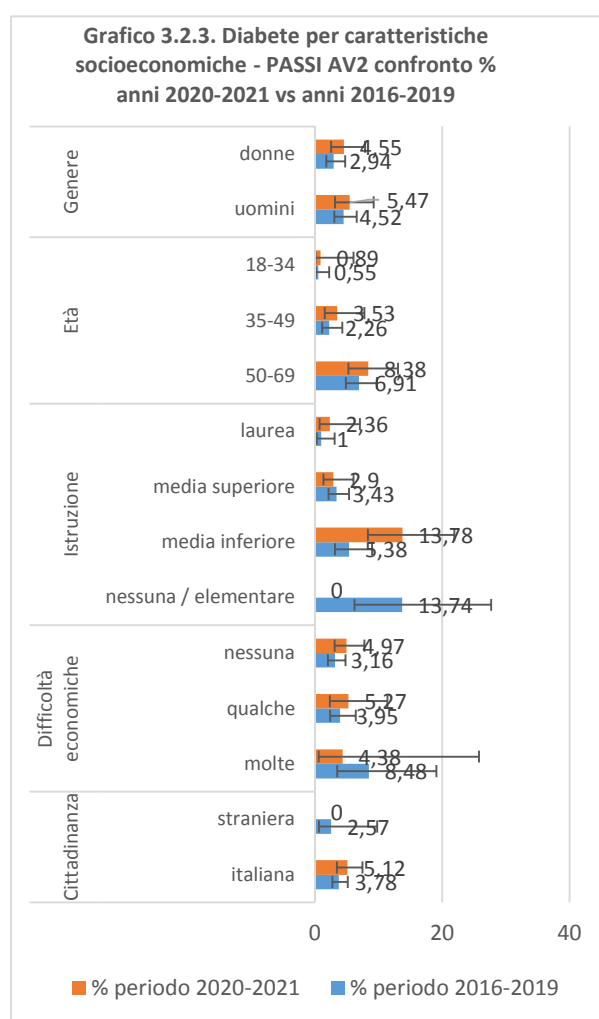
**Tabella 3.2.4. Frequenza del diabete tra la popolazione adulta residente (%). Confronto AV2, Marche, Italia, periodo 2020-2021 e quadriennio 2017-2019**

Patologia	2020-2021			2016-2019		
	AV2	Marche	Italia	AV2	Marche	Italia
Diabete	5,0	3,6	4,7	3,7	4,2	4,7

Il genere, l'età, le caratteristiche socio-economiche influenzano la prevalenza di diabete. Le categorie più colpite sono:

- gli uomini (5,5% vs il 4,6% delle donne);
- le persone con età più avanzata (8,4% fra i 50-69enni vs il 3,5% dei 35-49enni);
- quelle con status socioeconomico più svantaggiato (con molte/qualche difficoltà economiche il 9,7% vs il 5% di chi non ne ha);
- i soggetti con bassa istruzione (13,8% tra chi ha al massimo una licenza di scuola media inferiore vs il 5,3% di chi ha un diploma di scuola media superiore o più).

L'analisi degli intervalli di confidenza per ciascuna di queste tipologie evidenzia infine come il riscontro di una prevalenza più elevata di diabete tra chi ha una licenza di scuola media inferiore vs chi ha un diploma di scuola media superiore sia statisticamente significativa (non sovrapposizione degli intervalli di confidenza) (Grafico 3.2.3.).



<sup>6</sup> Nel campione 2020-2021 dell'AV2 le persone che riferiscono una diagnosi di diabete sono poche (per questo gli intervalli di confidenza molto ampi) pertanto il confronto con il quadriennio 2016-2019 è solo a scopo documentativo, per registrare la situazione nei periodi pre pandemici e pandemici.

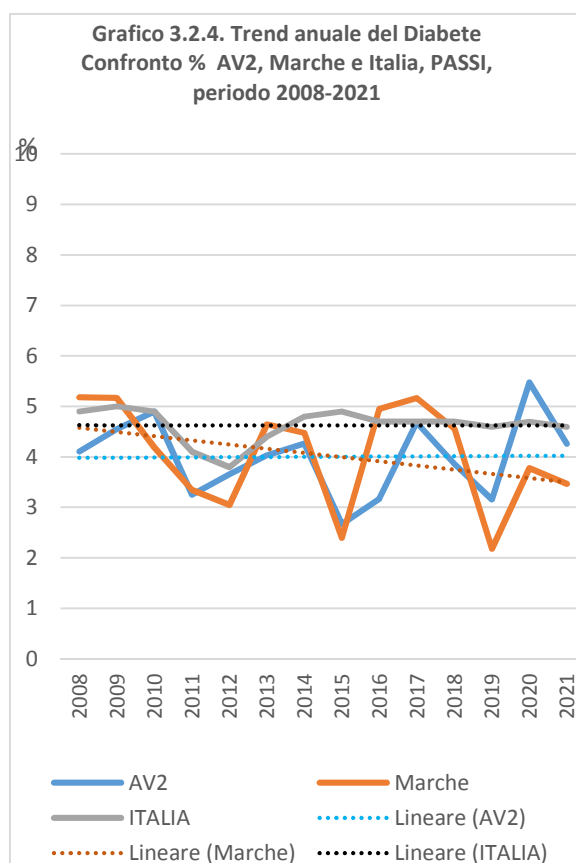
Il diabete è una patologia fortemente associata ad altri fattori di rischio cardiovascolari (tabella 3.2.5.), quali l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, l'eccesso ponderale e la sedentarietà:

- Il 77,9% riferisce di essere in eccesso ponderale (IMC  $\geq 25$ , vs 37,7% fra le persone senza diagnosi di diabete) e, di questi, il 60,2% sta seguendo una dieta per cercare di perdere peso.
- il 53,5% riferisce una diagnosi di ipertensione (vs 16,5% fra le persone senza diagnosi di diabete) di questi il 62,2% è in terapia per il diabete.
- il 32% riferisce una diagnosi di ipercolesterolemia (vs 20,9% fra chi non ha il diabete) di questi il 75,8% assume farmaci antidiabetici.
- Il 30,9% delle persone con diabete è completamente sedentario (vs 14,1% nelle persone senza diagnosi di diabete).

**Tabella 3.2.5. Fattori di rischio associati al Diabete. Confronto % AV2 e Italia, PASSI, periodo 2020-2021**

Fattori di rischio	AV2						ITALIA					
	Popolazione diabetica			Popolazione non diabetica			Popolazione diabetica			Popolazione non diabetica		
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup
<b>Eccesso ponderale</b>	77,9	56,3	90,6	37,7	33,5	42,0	70	67,1	72,8	41,6	40,9	42,2
<b>Iipertensione</b>	53,5	34,0	72,0	16,5	13,5	19,9	52,9	49,8	56,1	17,6	17,1	18,1
<b>Ipercolesterolemia</b>	32,0	16,6	52,7	20,9	17,4	24,8	42,4	39,3	45,5	17,6	17	18,1
<b>Sedentarietà</b>	30,9	15,3	52,5	14,1	11,2	17,6	46,9	43,7	50,1	37,5	36,8	38,1

In Italia e in AV2 il trend della prevalenza dei diabetici è sostanzialmente stabile dal 2008, nella regione Marche sembra invece essere in diminuzione. (Grafico 3.2.4.).



## Focus sul Rischio cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale e la principale causa di morte nel nostro Paese, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi.

Gran parte delle malattie del sistema cardio-circolatorio è imputabile alle malattie ischemiche del cuore (quali l'infarto del miocardio) e alle malattie cerebrovascolari (come l'ictus): il tasso di mortalità nel 2019 per le malattie ischemiche del cuore nella Provincia di Ancona era del 19,1%, nelle Marche del 17,5% e in Italia del 14,1% mentre per i disturbi circolatori dell'encefalo nell'AV2 era del 8,3%, nelle Marche del 10% e in Italia del 9,2% (fonte Healt For All Italia – Istat 2021).

I tassi di mortalità delle malattie cardiovascolari sono diminuiti progressivamente negli ultimi decenni. Ciò è avvenuto in parte in seguito alla diffusione di cure più efficaci, ma principalmente per i cambiamenti degli stili di vita, che hanno determinato una riduzione importante di fattori di rischio come il consumo di tabacco. Tuttavia, la diffusione degli scorretti stili di vita, ancora molto ampia e l'invecchiamento progressivo della popolazione, fanno prevedere che il carico di malattia attribuibile a queste patologie rimarrà a lungo elevato.

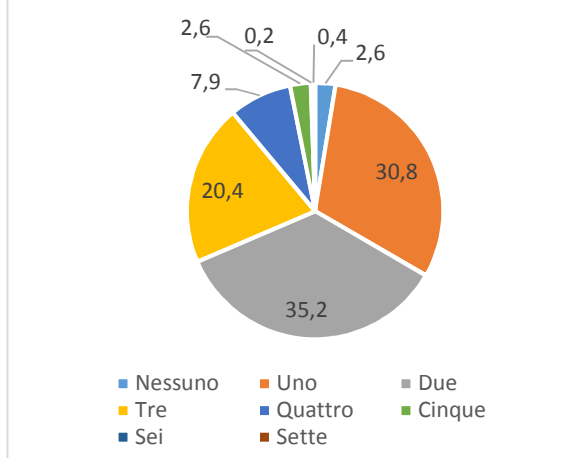
I fattori di rischio modificabili per le malattie cardio-circolatorie sono numerosi: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, fumo di tabacco, sovrappeso/obesità, sedentarietà e dieta scorretta (che comprende lo scarso consumo di frutta, verdura e pesce, l'eccessivo contenuto di sale e grassi saturi nei cibi, ecc).

% Indicatori	2020-2021			2016-2019		
	AV2	Marche	Italia	AV2	Marche	Italia
<b>Rischio Cardiovascolare</b>						
<b>Iperensione riferita</b>	18,4	17,2	19,3	20,8	19,9	19,8
<b>Ipercolesterolemia riferita</b>	21,4	19,2	18,7	30,1	28,3	22,5
<b>Almeno un fattore di rischio</b>	97,4	98,5	98,0	97,3	96,8	97,2

Nell'AV2 nel periodo 2020-2021 il 97,4% degli adulti tra 18-69 anni presenta almeno un fattore di rischio<sup>7</sup>; rispetto al periodo 2016-2019 non si osservano variazioni importanti. Tra coloro che soffrono di almeno un rischio cardiovascolare circa 1 adulto su 3 (31%) ne presenta uno, il 35% ne ha due, il 20% ne ha tre e solo una piccolissima quota (2,6%) risulta del tutto libera dall'esposizione rischio cardiovascolare noto (Grafico 3.2.5.).

In Italia nel biennio 2020-2021, *PASSI* ha rilevato che complessivamente il 98% degli intervistati presenta almeno un fattore di rischio cardiovascolare, nel quadriennio precedente erano il 97,2%

**Grafico n. 3.2.5. Profili di rischio multifattoriali Distribuzione % AV2. PASSI, periodo 2010-2021**



<sup>7</sup> Almeno un fattore di rischio cardiovascolare: su tutta la popolazione di 18-69 anni. Fattori di rischio considerati: ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura.

## Iperensione arteriosa e ipercolesterolemia riferite<sup>8</sup>

Nell'AV2 secondo i dati PASSI nel biennio 2020-2021 le persone con diagnosi di **ipertensione** sono il 18,4%. In Italia sono il 19,3%.

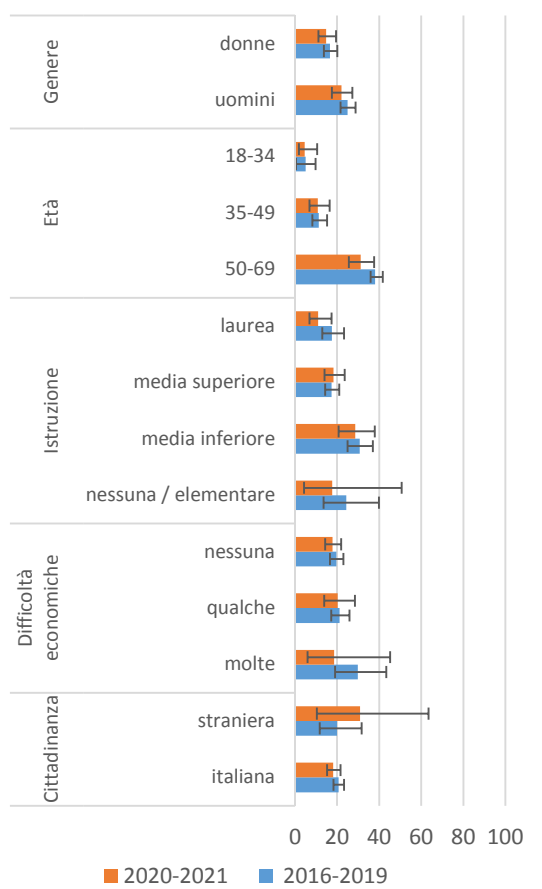
Il genere, l'età, le caratteristiche socio-economiche influenzano la prevalenza di ipertensione. Essa:

- prevale negli uomini (22% vs 14,8% fra le donne);
- è poco frequente fra i giovani (4,6% nella classe di età 18-34 anni vs il 31,3% nella classe di età di 50-69 anni)
- è associata all'eccesso ponderale (28,7% fra le persone in sovrappeso/obese)
- è più frequente fra le persone socialmente più svantaggiate, per disponibilità economiche o istruzione.

L'analisi degli intervalli di confidenza per ciascuna caratteristica socio-economica evidenzia infine come il riscontro di una prevalenza maggiore di ipertensione tra chi ha un'età più elevata (i 50-69enni vs i 18-34enni) e tra chi ha una licenza di scuola media inferiore vs chi ha una laurea sia statisticamente significativa (non sovrapposizione degli intervalli di confidenza) (Grafico 3.2.6.).

Il 65,8% degli ipertesi dichiara di essere in trattamento farmacologico, in molti hanno ricevuto i consigli per tenere sotto controllo la pressione arteriosa: l'83,5% ha ricevuto il consiglio di perdere peso, il 90% quello di svolgere attività fisica, l'87,8% di ridurre il consumo di sale.

Grafico 3.2.6. Iperensione riferita per caratteristiche socio-economiche - PASSI AV2 confronto % anni 2020-2021 vs anni 2016-2019



<sup>8</sup> Iperensione riferita: tra le persone a cui è stata misurata la pressione arteriosa. Ipercolesterolemia riferita: tra le persone a cui è stata misurata la colesterolemia.

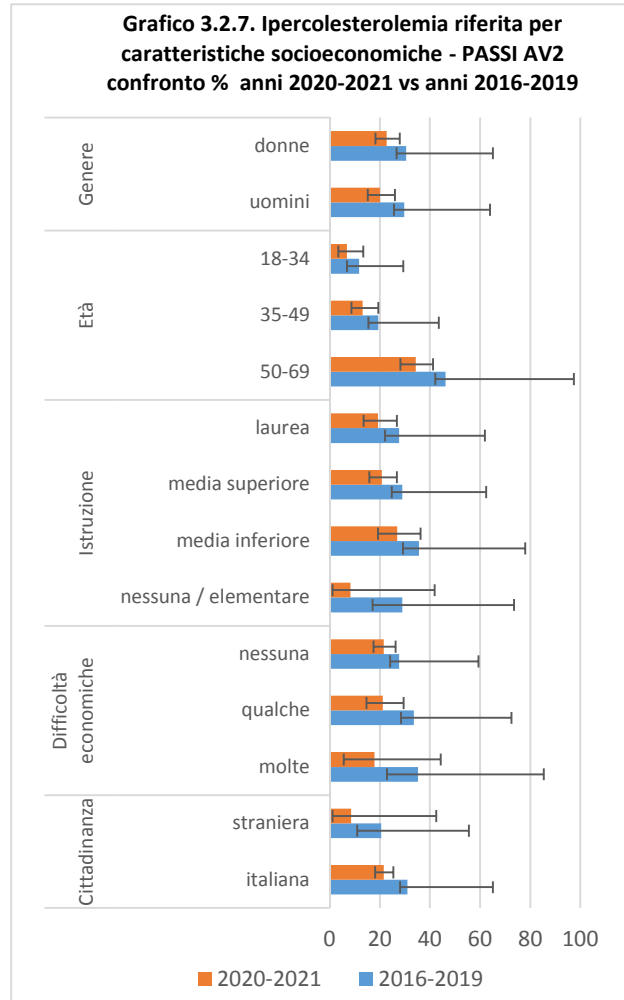
In AV2 dai dati *PASSI* del biennio 2020-2021 le persone che riferiscono di avere il **colesterolo alto** sono il 21,4%. In Italia sono il 18,7%.

Il genere, l'età, le caratteristiche socio-economiche influenzano la prevalenza di ipercolesterolemia. Essa è associata:

- al genere femminile (22,7% vs il 20% degli uomini);
- all'età (cresce dal 6,9% fra i 18-34enni al 34,4% fra i 50-69enni);
- allo svantaggio sociale, per istruzione o risorse economiche;
- all'eccesso ponderale (è riferita dal 22% fra le persone in sovrappeso o obese e dal 21% fra le persone normo/sottopeso).

L'analisi degli intervalli di confidenza per ciascuna caratteristica socio-economica evidenzia infine come il riscontro di una prevalenza maggiore di ipertensione tra chi ha un'età più elevata (i 50-69enni vs i 18-34enni) sia statisticamente significativa (non sovrapposizione degli intervalli di confidenza) (Grafico 3.2.7.).

Il 34,7% degli ipercolesterolemici dichiara di essere in trattamento farmacologico e la maggior parte ha ricevuto il consiglio di consumare meno carne e formaggi (87%) e più frutta e verdura (82,4%), di fare regolare attività fisica (81,8%) e controllare il peso corporeo (76,1%).



### 3.3 LA PATOLOGIA NEOPLASTICA

Gli ultimi dati disponibili del Registro Tumori delle Marche sono relativi al triennio 2013-2015. In questo periodo, tra i primi 10 tumori (incidenti per genere) nella provincia di Ancona, 'pelle, non melanomi' è al primo posto in entrambi i sessi, seguito da 'prostata' per gli uomini e 'mammella' per le donne. Troviamo poi per entrambi i generi le neoplasie del tratto intestinale ('colon, retto ed ano', 'colon e retto', 'colon').

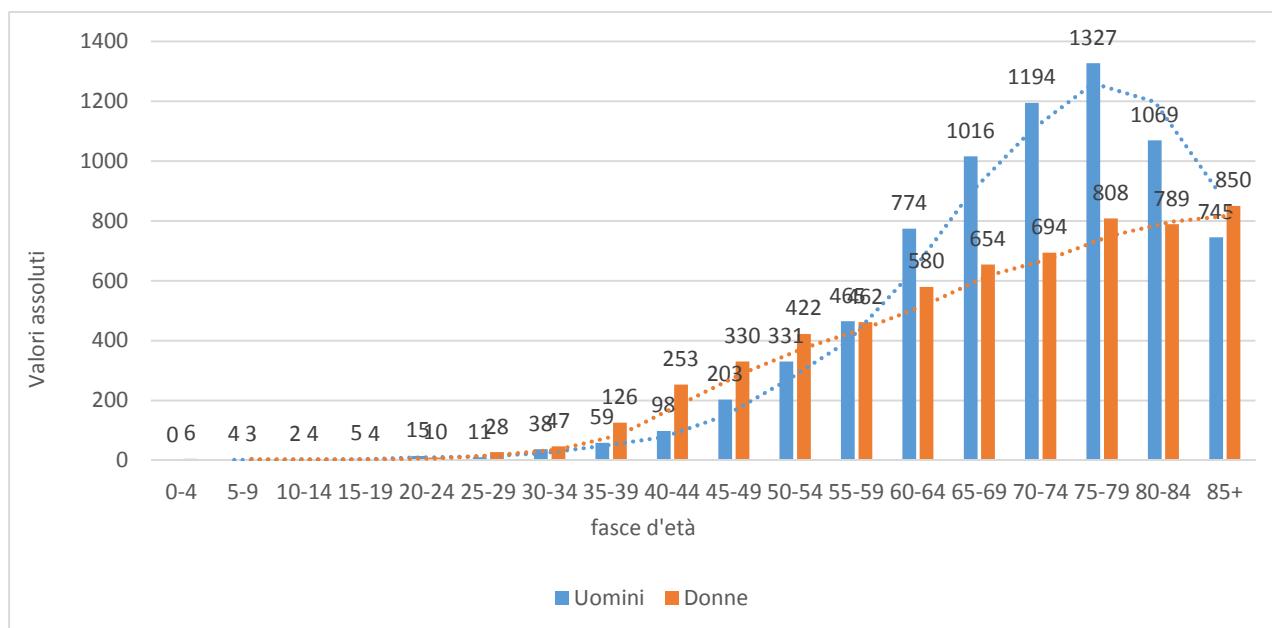
**Tabella 3.3.1. Primi 10 tumori (per numero casi incidenti), per genere. Provincia di Ancona, anni 2013-2015**

Rango	Uomini	Donne
1	Pelle, non melanomi	Pelle, non melanomi
2	Prostata	Mammella
3	Colon, retto e ano	Colon, retto e ano
4	Colon e retto	Colon e retto
5	Colon	Neoplasie ematologiche
6	Neoplasie ematologiche	Colon
7	Polmone	Utero totale
8	Vescica totale	Polmone
9	Vescica (maligni)	Encefalo e altro SNC totale
10	Pelle, melanomi	Pelle, melanomi

Fonte: Registro Tumori delle Marche. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

La fascia d'età più colpita da tumori per gli uomini è quella 75-79 anni (18% del totale), seguita da 70-74 anni (16,2%); per le donne la più colpita è 85+ (14%), seguita da 75-79 anni (13,3%). In totale circa il 78% dei tumori colpisce la fascia d'età ultrasessantenne (Grafico 3.3.1.).

**Grafico 3.3.1. Primi 10 tumori per genere: frequenza assoluta per fasce d'età (per numero casi incidenti). Provincia di Ancona, anni 2013-2015**



Fonte: Registro Tumori delle Marche. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

L'andamento dell'incidenza nei tre anni (2013-2015) negli uomini mostra un decremento pressochè generale per tutti i tumori considerati ad eccezione di quelli della 'vescica (maligni)' e della 'pelle, non melanomi' che crescono sensibilmente nel periodo (Tabella 3.3.2.).



**Tabella 3.3.2. UOMINI andamento dell'incidenza dei primi 10 tumori più frequenti (tasso x 100.000).  
Provincia di Ancona, triennio 2013-2015**

Apparato/distretto	2013	2014	2015	N. totale	Differenza 2015-2013 (valori assoluti)	Differenza % 2013-2015
Pelle, non melanomi	726	728	774	2228	48	6,61
Prostata	429	323	312	1064	-117	-27,27
Colon, retto e ano	275	234	239	748	-36	-13,09
Colon e retto	272	226	235	733	-37	-13,60
Colon	202	169	169	540	-33	-16,34
Neoplasie ematologiche	175	183	171	529	-4	-2,29
Polmone	202	162	149	513	-53	-26,24
Vescica totale	180	154	163	497	-17	-9,44
Vescica (maligni)	72	85	98	255	26	36,11
Pelle, melanomi	85	78	88	251	3	3,53

Fonte: Registro Tumori delle Marche. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

L'andamento dell'incidenza nei tre anni (2013-2015) nelle donne mostra uno spiccato aumento delle neoplasie della "pelle, melanomi" una crescita dei tumori dell'utero totale e delle 'neoplasie ematologiche'. Si riducono invece le neoplasie del tratto intestinale (Tabella 3.3.3.).

**Tabella 3.3.3. DONNE andamento dell'incidenza dei primi 10 tumori più frequenti (tasso x 100.000).  
Provincia di Ancona, triennio 2013-2015**

Apparato/distretto	2013	2014	2015	N. totale	Differenza 2015-2013 (valori assoluti)	Differenza % 2013-2015
Pelle, non melanomi	612	532	624	1768	12	1,96
Mammella	456	408	430	1294	-26	-5,70
Colon, retto e ano	226	165	186	577	-40	-17,70
Colon e retto	222	163	182	567	-40	-18,02
Neoplasie ematologiche	137	146	156	439	19	13,87
Colon	174	128	135	437	-39	-22,41
Utero totale	81	87	95	263	14	17,28
Polmone	88	77	82	247	-6	-6,82
Encefalo e altro SNC totale	79	85	80	244	1	1,27
Pelle, melanomi	70	76	88	234	18	25,71

Fonte: Registro Tumori delle Marche. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

### 3.4 Ospedalizzazione

L'elaborazione, realizzata sul database delle Schede di Dimissione Ospedaliera degli anni 2016-2021 fornito dalla UOC "Controllo di Gestione dell'AV2, è relativa ai ricoveri dei cittadini residenti nel territorio dell'Area Vasta 2 effettuati presso le strutture pubbliche o convenzionate del Sistema Sanitario Nazionale. Non sono compresi i DRG 391 relativi ai 'neonati sani'.

Nel corso del 2021 le dimissioni per acuti in regime di ricovero ordinario e/o diurno a carico dei residenti in AV2 sono state 60.660. La maggior parte di ricoveri è stata effettuata dai residenti del distretto di Ancona (52,8%), seguono quelle dei residenti del distretto di Jesi (20,9%), di Senigallia (16,2%) e infine di Fabriano (10,1%).

Nella tabella 3.4.1. sono evidenti gli effetti sul ricorso al ricovero ospedaliero da parte dei residenti in AV2 provocati dalla pandemia da SARS-CoV-2: c'è stata una riduzione complessiva di circa il 20% dei ricoveri rispetto al 2019 e una riduzione del corrispondente numero complessivo di giornate/accessi di circa il 13%.

**Tabella 3.4.1. Distribuzione delle dimissioni e delle giornate di ricovero, dei residenti in AV2, per tipo di attività e regime di ricovero. AV2, anni 2019-2020**

REGIME DI RICOVERO	DIMISSIONI			GIORNATE / ACCESSI		
	2019	2020	var%	2019	2020	var%
Acuti - regime ordinario	52.743	43.247	-18,0	463.381	402.629	-13,1
Acuti - regime diurno	18.680	13.619	-27,1	59.927	47.936	-20,0
Riabilitazione - regime ordinario	2.487	2.248	-9,6	64.614	60.577	-6,2
Riabilitazione - regime diurno	115	25	-78,3	1028	244	-76,3
Lungodegenza	1.677	1.460	-12,9	29.782	28.778	-3,4
<b>Totale</b>	<b>75.702</b>	<b>60.599</b>	<b>-20,0</b>	<b>618.732</b>	<b>540.164</b>	<b>-12,7</b>

Fonte db SDO, Asur Marche, Elab UOS Epidemiologia, AV2

Nel 2020 sono state rilevate 43.247 dimissioni per acuti di residenti in AV2 in regime ordinario e 13.619 in regime diurno (queste ultime pari al 23,9% del totale delle dimissioni per acuti); 2.273 dimissioni di residenti in AV2, in riabilitazione (di cui il 98,9% in regime ordinario) e 1.460 dimissioni per lungodegenza.

Il corrispondente volume di giornate erogate si attesta a 402.629 giornate per acuti in regime ordinario e 47.936 accessi in regime diurno; 60.821 giornate in riabilitazione (di cui il 99,6% in regime ordinario) e 28.778 giornate in lungodegenza.

Più nel dettaglio:

- il numero di dimissioni per acuti, di residenti in AV2 in regime ordinario, subisce una riduzione del 18% (18,2% in Italia) e il corrispondente volume di giornate di degenza si riduce del 13,1% (13,2% in Italia);
- le dimissioni per acuti, di residenti in AV2 in regime diurno, presentano un calo del 27,1% (-28,4% in Italia), mentre il corrispondente numero di accessi diminuisce del 20% (-23,6% in Italia);
- il numero di dimissioni, di residenti in AV2 per riabilitazione in regime ordinario si riduce del 9,6% (-24,4% in Italia), mentre il corrispondente volume di giornate diminuisce del 6,2% (-20,7% in Italia);
- per la riabilitazione in regime diurno, il numero di dimissioni di residenti in AV2 diminuisce del 78,3% (-34,7% in Italia), mentre il corrispondente volume di accessi si riduce del 76,3% (-40,1% in Italia);

- infine, per l'attività di lungodegenza si osserva un decremento delle dimissioni dei residenti in AV2 del 12,9% (-26,1% in Italia), mentre il corrispondente volume di giornate erogate presenta un calo del 3,4% (25,4% in Italia).

E' possibile collegare l'andamento descritto all'impatto indiretto della pandemia sui percorsi organizzativi ospedalieri, che ha prodotto misure di rimodulazione dell'erogazione delle attività programmate differibili e anche riconversioni dei posti letto (compresi quelli di riabilitazione) per l'ampliamento delle aree dedicate al trattamento dei pazienti affetti da malattia da SARS-Cov-2.

Nella tabella 3.4.2. si evidenzia come nel 2021, rispetto al primo anno pandemico, aumenta il numero complessivo di ricoveri svolti dai residenti in AV2: +5,9% e cresce lievemente anche il corrispondente numero complessivo di giornate/accessi: circa +2%.

**Tabella 3.4.2. Distribuzione delle dimissioni e delle giornate di ricovero, dei residenti in AV2, per tipo di attività e regime di ricovero. AV2, anni 2020-2021**

REGIME DI RICOVERO	DIMISSIONI			GIORNATE / ACCESSI		
	2020	2021	var%	2020	2021	var%
<b>Acuti - regime ordinario</b>	43.247	46.161	6,7	402.629	421.514	4,7
<b>Acuti –regime diurno</b>	13.619	14.499	6,5	47.936	48.857	1,9
<b>Riabilitazione – regime ordinario</b>	2.248	2.285	1,6	60.577	59.704	- 1,4
<b>Riabilitazione – regime diurno</b>	25	5	-80,0	244	13	- 94,7
<b>Lungodegenza</b>	1.460	1.234	- 15,5	28.778	20.093	-30,2
<b>Totale</b>	<b>60.599</b>	<b>64.184</b>	<b>5,9</b>	<b>540.164</b>	<b>550.181</b>	<b>1,9</b>

Fonte db SDO, Asur Marche, Elab UOS Epidemiologia, AV2

La fascia d'età dove la frequenza dei ricoveri è più elevata è quella dei 75enni ed oltre: da notare l'aumento di circa 1 punto percentuale circa nel biennio pandemico rispetto al 2019. A seguire c'è la fascia d'età 40-64 anni (tab. 3.4.3).

**Tabella 3.4.3. Distribuzione dei ricoveri per acuti dei residenti in AV2, per classe d'età. AV2, anni 2019-2021**

Fasce di età	2019	2020	2021	2019	2020	2021
	Numero			%		
0-14	5.638	3.620	3.955	7,9	6	6,5
15-39	11.540	8.903	9.468	16,2	15,7	15,6
40-64	19.837	15.990	17.382	27,8	28,1	28,7
65-74	12.661	10.514	10.670	17,7	18,5	17,6
75 e +	21.747	17.839	19.185	30,4	31,4	31,6
<b>Totale</b>	<b>71.423</b>	<b>56.866</b>	<b>60.660</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte db SDO, Asur Marche, Elab UOS Epidemiologia, AV2

L'analisi per distretto di residenza mostra che nel 2020, rispetto alla media del quadriennio pre-pandemico 2016-2019, i ricoveri per acuti sia in regime ordinario che diurno, fatti dai residenti, sono in calo in tutti i distretti dell'Area Vasta 2. In particolare per le dimissioni in regime ordinario il range va da - 18% circa di Fabriano a - 22% circa di Senigallia (tab. 3.4.4.); mentre per le dimissioni per acuti in regime diurno si va dal - 22% di Senigallia al - 25% circa di Fabriano (tab. 3.4.5.).

Nel 2021, rispetto il 2020 invece si assiste ad una ripresa generale del ricorso al ricovero ospedaliero da parte di tutti i residenti in AV2, tranne che per quelli del distretto di Ancona, limitatamente però al regime diurno.

**Tabella 3.4.4. Ricoveri per acuti in regime ordinario, per distretto di residenza: var% tra la media annua del periodo 2016-2019 e singolo anno pandemico. Area Vasta 2, periodo 2016-2021**

Distretto di residenza	Media 2016-2019 ricoveri ordinari	n. ricoveri ord.2020	N. ricoveri ord.2021	differenza percentual e 2020 vs 2016-2019	differenza percentual e 2021 vs 2020
Ancona	27.648	22.576	24.335	-18,3	7,8
Fabriano	5.532	4.525	4.837	-18,2	6,9
Jesi	11.431	9.265	9.801	-18,9	5,8
Senigallia	8.801	6.881	7.188	-21,8	4,5

Fonte db SDO, Asur Marche, Elab UOS Epidemiologia, AV2

**Tabella 3.4.5. Ricoveri per acuti in regime diurno, per distretto di residenza: var% tra la media annua del periodo 2016-2019 e singolo anno pandemico. Area Vasta 2, periodo 2016-2021**

Distretto di residenza	Media 2016-2019 ricoveri diurni	n. ricoveri diurni 2020	N. ricoveri diurni 2021	differenza percentuale 2020 vs 2016-2019	differenza percentuale 2021 vs 2020
Ancona	10.102	7.758	7.713	-23,2	-0,6
Fabriano	1.362	1.027	1.273	-24,6	24,0
Jesi	3.453	2.670	2.860	-22,7	7,1
Senigallia	2.782	2.164	2.653	-22,2	22,6

Fonte db SDO, Asur Marche, Elab UOS Epidemiologia, AV2

Complessivamente nel 2021 per l'AV2 il tasso grezzo di ospedalizzazione è di 128 ricoveri ogni 1.000 residenti, con un range che va dal più basso pari a 122‰ per il distretto di Jesi al più elevato di 140‰ del distretto di Fabriano (tab. 3.4.6.).

**Tabella 3.4.6. Tasso grezzo di ospedalizzazione (per 1.000 abitanti) - ricoveri per acuti totali, per distretto e Area Vasta. Area Vasta 2, anno 2021**

Distretto	Tot ricoveri	Pop Totale	Tasso grezzo di H (x 1.000)
Ancona	32.048	249.968	128,2
Fabriano	6.110	43.594	140,2
Jesi	12.661	103.583	122,2
Senigallia	9.841	76.543	128,6
<b>AV2</b>	<b>60.660</b>	<b>473.688</b>	<b>128,1</b>

Fonte db SDO, Asur Marche, Elab UOS Epidemiologia, AV2

La standardizzazione per età del tasso di ospedalizzazione dei ricoveri per acuti, fatti dai residenti in AV2, mostra una riduzione della misura che è pari a 106 ogni 1.000 residenti in AV2, rispetto ai 102‰ per la regione Marche (tab. 3.4.7.)

**Tabella 3.4.7. Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per età) per 1.000 abitanti, ricoveri per acuti totali. Confronto AV2, Marche, Italia anni 2020 e 2021**

Anno	AV2°	Marche^	Italia^
2020	106	102	95
2021	114	non pubblicato	non pubblicato

Nota: La standardizzazione è effettuata rispetto alla popolazione italiana al Censimento 2001.

Fonte:

°db SDO, Asur Marche, Elab UOS Epidemiologia, AV2

^ Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio 6. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. DATI SDO 2020

In tabella 3.4.8 è riportata la distribuzione delle diagnosi principali (prime 20 più frequenti) di tutti i ricoveri in regime ordinario fatti dai residenti in AV2 nel 2021; escludendo la diagnosi di "Parto normale", si evidenziano percentuali maggiori di ricoveri per:

- 'Polmonite in COVID-19, virus identificato';
- 'Insufficienza respiratoria acuta';
- 'Artrosi localizzata primaria, ginocchio'.

**Tab. 3.4.8. Frequenza della diagnosi principale (prime 20) di tutti i ricoveri per acuti in regime ordinario dei residenti in AV2. Area Vasta2, anno 2021**

DIAGNOSI -Descrizione	2021	
	N. Totale	%
Polmonite in COVID-19, virus identificato	2.194	4,8%
Parto normale	1.684	3,6%
Insufficienza respiratoria acuta	1.103	2,4%
Artrosi localizzata primaria, ginocchio	701	1,5%
Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)	617	1,3%
Artrosi localizzata primaria, anca	529	1,1%
Insufficienza cardiaca congestizia non specificata (scompenso cardiaco congestizio non	503	1,1%
Tumori maligni della mammella (della donna),non specificata	417	0,9%
Trombosi cerebrale con infarto cerebrale	388	0,8%
Ipertrofia prostatica benigna con ostruzione urinaria ed altri sintomi delle basse vie	366	0,8%
Sindrome da distress respiratorio (ARDS) in COVID-19, virus identificato	365	0,8%
Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori	337	0,7%
Fibrillazione atriale	336	0,7%
Insufficienza renale acuta, non specificata	329	0,7%
Altre forme di embolia polmonare e infarto polmonare	315	0,7%
Infarto subendocardico, episodio iniziale di assistenza	295	0,6%
Calcolosi ureterale	278	0,6%
Nato singolo, nato in ospedale senza menzione di taglio cesareo	270	0,6%
Pregresso parto cesareo complicante la gravidanza, il parto e il puerperio, parto con o senza menzione della condizione antepartum	260	0,6%
Disturbi della valvola aortica	259	0,6%

Fonte db SDO, Asur Marche, Elab UOS Epidemiologia, AV2

I DRG più frequenti (primi 20) di tutti i ricoveri per acuti in regime ordinario del 2021, sempre escludendo il Parto vaginale senza diagnosi complicanti, riguardano:

- 'Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC';
- 'Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori';
- 'Insufficienza cardiaca e shock' (tab. 3.4.9.).

**Tab. 3.4.9. Frequenza dei DRG (prime 20) di tutti i ricoveri per acuti in regime ordinario dei residenti in AV2. Area Vasta2, anno 2021**

DRG - Descrizione	2021	
	N. Totale	%
Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	1.787	3,9
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.718	3,7
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	1.605	3,5
Insufficienza cardiaca e shock	1.382	3,0
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	1.208	2,6
Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	922	2,0
Non attribuibile ad altro DRG	733	1,6
Emorragia intracranica o infarto cerebrale	727	1,6
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	717	1,6
Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza	686	1,5
Parto cesareo senza CC	672	1,5
Interventi per via transuretrale senza CC	622	1,3
Insufficienza renale	576	1,2
Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	538	1,2
Psicosi	486	1,1
Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	458	1,0
Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	424	0,9
Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	418	0,9
Prostatectomia transuretrale senza CC	412	0,9
Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	398	0,9

Fonte db SDO, Asur Marche, Elab UOS Epidemiologia, AV2

## 4. LA MORTALITA'

Fonti dati:

- Istat, archivio mortalità, <https://www.istat.it/it/archivio/mortalit%C3%A0>

- Centro studi NEBO, mortalità evitabile, <https://www.mortalitaevitabile.it/>

### 4.1. Numero assoluto e frequenza dei decessi

Nell'Area Vasta 2 nel 2021 ci sono stati 6.404 decessi corrispondenti al 32,5% del totale delle morti avvenute nelle Marche. Il tasso grezzo di mortalità è stato di 13,5 deceduti ogni 1.000 abitanti (13,2‰ nelle Marche; 11,9‰ in Italia). In tabella 4.1.1. è riportato l'andamento annuo della mortalità (tasso per 1.000 abitanti) dal 2017 al 2021: è evidente la rilevante crescita del numero assoluto dei deceduti e dei relativi tassi, nel biennio pandemico rispetto al triennio precedente, in tutti i territori analizzati.

**Tabella 4.1.1. Decessi totali e tasso grezzo di mortalità (x 1.000). Confronto Area Vasta 2, Marche, Italia, periodo 2017-2021**

Anno	Area Vasta 2		Marche		Italia	
	Tot. decessi	Tasso x 1.000	Tot. decessi	Tasso x 1.000	Tot. decessi	Tasso x 1.000
2017	5.836	12,0	18.449	12,1	649.061	10,8
2018	5.483	11,4	17.175	11,3	633.133	10,6
2019	5.542	11,6	17.442	11,5	634.417	10,6
2020	6.158	12,9	19.967	13,3	740.317	12,5
2021	6.404	13,5	19.730	13,2	701.346	11,9

Fonte: demo.istat.it. Ultimo accesso 30 dicembre 2022 Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Nei rapporti periodici prodotti congiuntamente dall'Istituto nazionale di statistica (Istat) e dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss) viene indicato che "uno degli approcci più efficaci per misurare l'impatto dell'epidemia di COVID-19 sulla mortalità è quello di conteggiare l'eccesso di decessi per il complesso delle cause, vale a dire quanti morti in più (per tutte le cause) ci sono stati in un territorio rispetto agli anni precedenti. L'eccesso di mortalità può fornire un'indicazione dell'impatto complessivo dell'epidemia, non solo tenendo conto dei decessi attribuiti direttamente a COVID-19, ma anche di quelli che possono essere avvenuti senza una diagnosi microbiologica o indirettamente collegati, come le morti causate da un trattamento ritardato o mancato a causa di un sistema sanitario sovraccarico. L'eccesso di mortalità viene stimato confrontando, a parità di periodo, i dati del 2020 e del 2021 con la media dei decessi del quinquennio 2015-2019. In tal modo si assume implicitamente che la diffusione dell'epidemia produce un aumento di morti anche non direttamente riferibile al numero di casi positivi deceduti "(9).

Nel 2020 il totale dei decessi in provincia di Ancona, per il complesso delle cause, registra circa un + 10% rispetto la media del quinquennio precedente; nel 2021 le morti totali rispetto all'anno precedente aumentano ancora e fanno segnare un + 4,5%; dal raffronto 2021 rispetto alla media 2015-2019 si ricava che l'eccesso di mortalità è molto più alto (+ 15%).

Nel 2020 il totale dei decessi nelle Marche per il complesso delle cause, registra circa un + 13% rispetto la media del quinquennio precedente; (+16% in Italia), mentre il valore regionale del 2021 vs il 2020 registra un decremento - 1,1%.

Questo calo non si conferma nel raffronto tra numero dei decessi avvenuti tra i residenti marchigiani nel 2021 e la media di quelli accaduti tra il 2015-2019: c'è in questo caso un eccesso importante pari a + 11,5% (+ 9,8% in Italia) (tabella 4.1.2.).

**Tabella 4.1.2. Decessi per territorio. Anni 2021 e 2020, valori assoluti e differenza percentuale rispetto alla media 2015-2019 (per il 2021 rispetto anche all'anno 2020). Provincia di Ancona, Marche, Italia**

Territorio	Media 2015-2019	2020	2021	Differenza percentuale 2020 vs media 2015-2019	Differenza percentuale 2021 vs 2020	Differenza percentuale 2021 vs 2015-2019
Prov. di Ancona	5.486	6.017	6.287	9,7	4,5	14,6
Marche	17.863	20.123	19.910	12,6	-1,1	11,5
Italia	645.620	746.146	709.035	15,6	-5,0	9,8

Fonte: Istat, decessi anni 2011,2022 <https://www.istat.it/it/archivio/240401>: "tabella prov decessi totali" ultimo accesso febbraio 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

La tabella 4.1.3. mostra la distribuzione mensile del numero assoluto dei decessi dei residenti in provincia di Ancona negli anni 2020 e 2021, confrontati con la media mensile delle morti accadute nel quinquennio prepandemico 2015-2019; i grafici 4.1.1 e 4.1.2 riportano le medesime informazioni sotto forma di variazioni % mensili.

**Tabella 4.1.3. Distribuzione mensile dei decessi (valori assoluti). Provincia di Ancona, media periodo 2015-2019 vs anni 2020 e 2021**

Anno	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	Totale
Media 2015-2019	555	476	475	440	428	425	487	456	405	435	431	473	5486
2020	495	433	672	544	392	437	515	498	408	467	571	585	6017
2021	625	610	730	583	466	429	467	527	427	486	420	517	6287

Fonte: Istat, mortalità <https://www.istat.it/it/archivio/240401>. Ultimo accesso febbraio 2023 Elab: UOS Epidemiologia, AV2

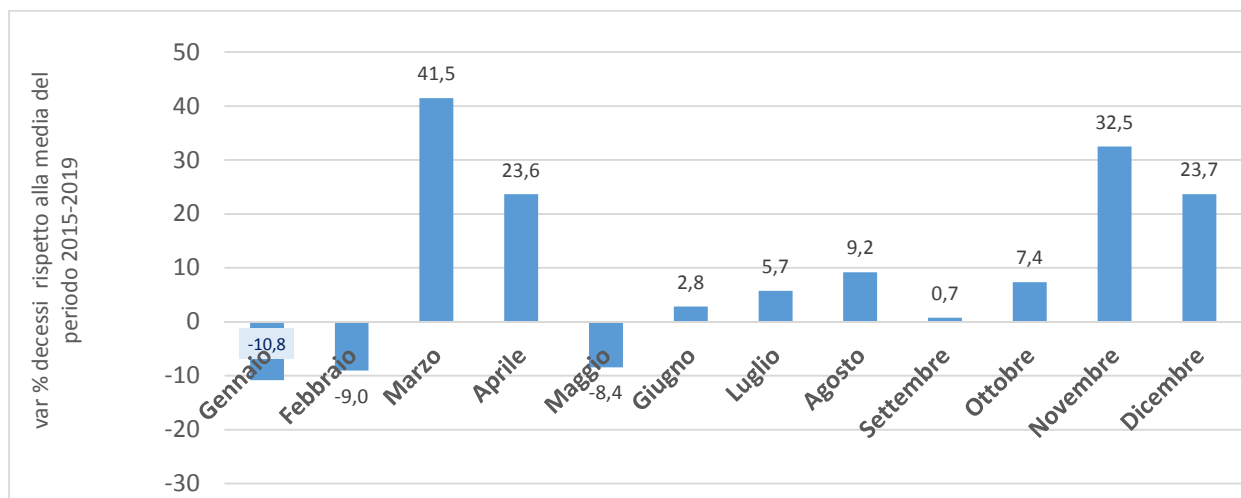
Il numero di decessi avvenuti in provincia di Ancona nel **periodo gennaio-giugno 2020** è pari a 2.973. In particolare nei primi due mesi dell'anno si osservano valori negativi della variazione percentuale dei decessi rispetto alla media mensile dello stesso periodo del quinquennio precedente (a gennaio -10,8%; a febbraio -9,0%).

Un cambiamento di tendenza si ha invece a marzo e aprile con picchi rispettivamente del +41,5% e del +23,6%. A maggio i valori ritornano al di sotto della media del quinquennio prepandemico e a giugno sono lievemente superiori.

Nel II semestre 2020 (**periodo luglio-dicembre**) il numero dei decessi aumenta (sono 3.044. Analizzando la situazione, mese per mese, si osservano incrementi rilevanti della variazione percentuale dei decessi, rispetto alla media mensile dello stesso periodo 2015-2019, da luglio a ottobre (ad eccezione del mese di settembre), che culminano con i picchi importanti dei mesi di novembre e dicembre (rispettivamente + 32,5% e + 23,7%) (Grafico 4.1.1.).



**Grafico 4.1.1. Distribuzione mensile dei decessi (variazioni percentuali). Provincia di Ancona, anno 2020 vs media mensile del periodo pre-pandemico 2015-2019.**

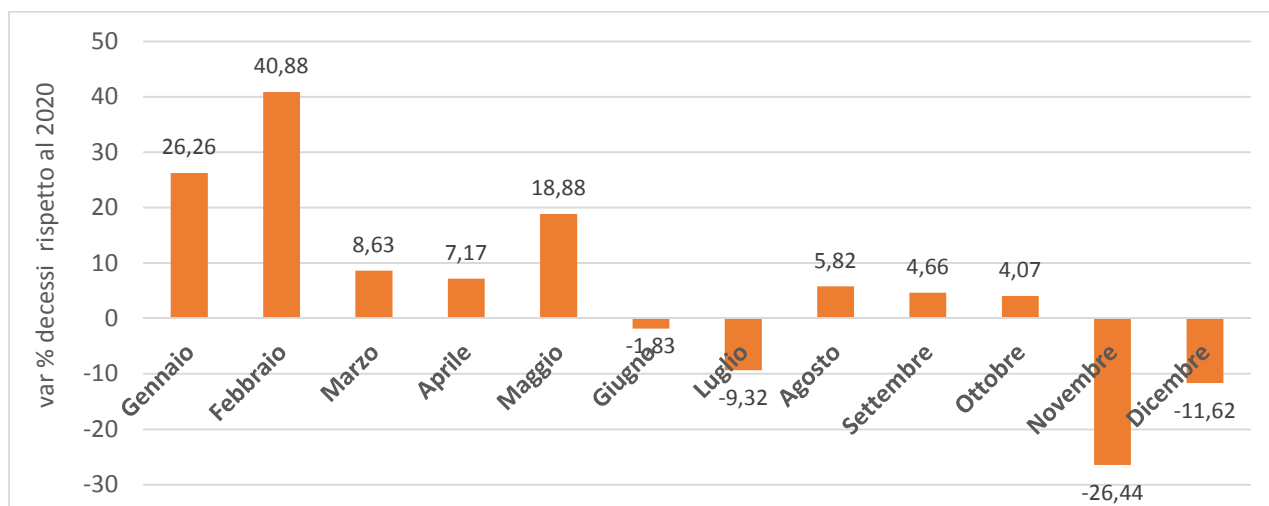


Fonte: Istat, mortalità <https://www.istat.it/it/archivio/240401>. Ultimo accesso febbraio 2023 Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Il numero di decessi avvenuti in provincia di Ancona nel **periodo gennaio-giugno 2021** è pari a 3.443. Quelli avvenuti nel **periodo luglio-dicembre 2021** sono 2.844. Analizzando la situazione, mese per mese, si nota che nei primi cinque mesi del 2021 ci sono variazioni rilevanti con picchi molto alti a gennaio, febbraio e maggio (rispettivamente +26,3%; +40,9% e +18,9%). Un cambiamento di tendenza lo si osserva nei mesi di giugno e luglio quando inizia una diminuzione del numero dei decessi rispetto allo stesso periodo 2020.

Tale diminuzione, ad eccezione di lievi rialzi nel periodo agosto-ottobre, diviene molto importante negli ultimi due mesi dell'anno: ciò produce variazioni percentuali negative dei decessi, rispetto allo stesso periodo del 2020, pari a: -26,4% a novembre e - 11,6% a dicembre. Complessivamente gran parte dell'eccesso del 2021 è stato osservato nel primo quadrimestre quando la copertura vaccinale era ancora bassa. (Grafico 4.1.2.).

**Grafico 4.1.2. Distribuzione mensile dei decessi (variazioni percentuali). Provincia di Ancona, anno 2021 vs anno 2020.**



Fonte: Istat, mortalità <https://www.istat.it/it/archivio/240401>. Ultimo accesso 30 dicembre 2022 Elab: UOS Epidemiologia, AV2

## 4.2. Decessi per età

L'età media dei deceduti residenti in provincia di Ancona, nelle Marche e in Italia è in progressivo aumento dal 2017 al 2021 (tabella 4.2.1).

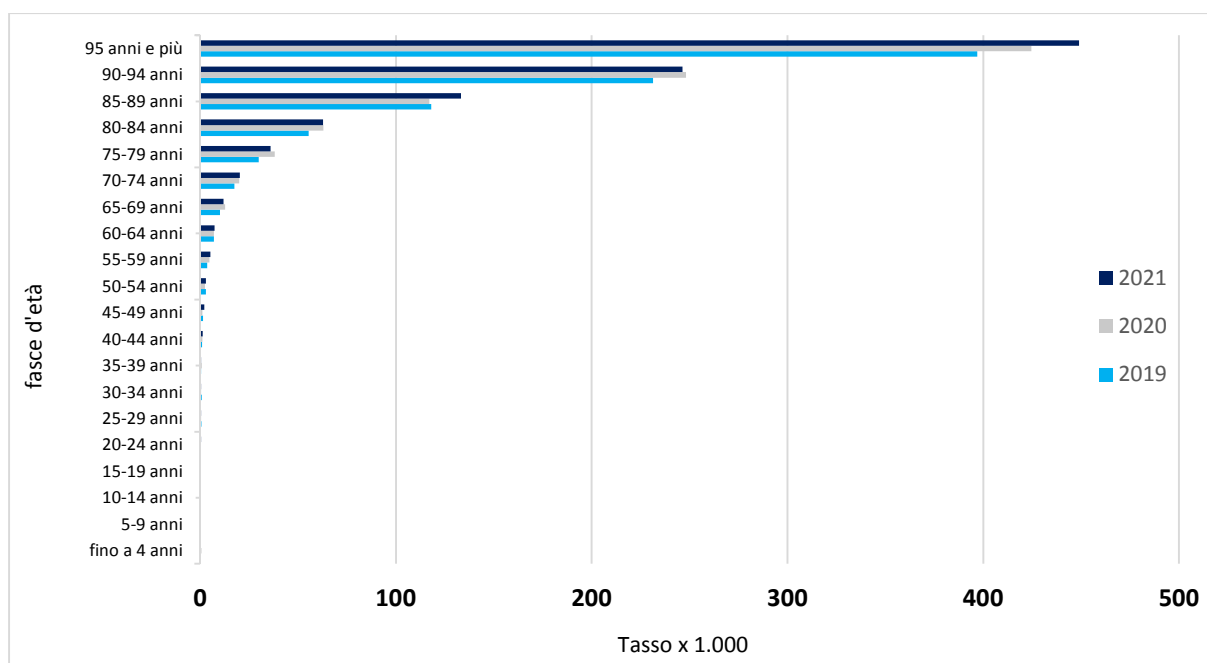
**Tabella 4.2.1. Età media al decesso, per anno. Provincia di Ancona, periodo 2017-2021**

Anno	AV2	Marche	Italia
2017	82,8	82,7	81,1
2018	83,0	82,7	81,1
2019	83,2	83,0	81,4
2020	83,1	83,1	81,6
2021	83,1	83,0	81,3

Fonte: Istat, mortalità <https://www.istat.it/it/archivio/240401>. Ultimo accesso 30 dicembre 2022 Elab: UOS Epidemiologia, AV2

L'analisi dei tassi specifici di mortalità negli uomini, per fasce d'età, mostra che il contributo più rilevante all'eccesso di mortalità del 2021 e del 2020, rispetto al 2019, inizia dalla fascia d'età dei settantenni. Il confronto tra ondate epidemiche di COVID-19 evidenzia che nel 2021 l'impatto sulla mortalità rispetto al 2019 è maggiore nella classe fra 85-89 anni e quella dei 95enni e più (Grafico 4.2.1.).

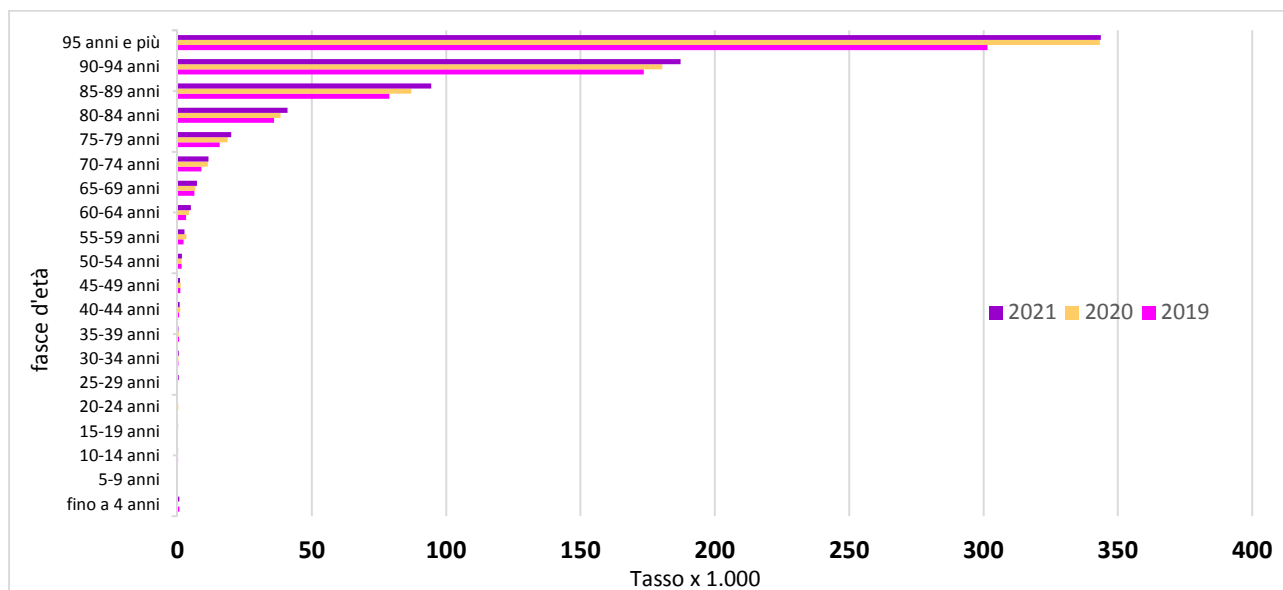
**Grafico 4.2.1 Tassi (x 1.000) specifici di mortalità negli uomini. Provincia di Ancona, Confronto anni 2019, 2020 e 2021.**



Fonte: Istat, mortalità <https://www.istat.it/it/archivio/240401>. Ultimo accesso 30 dicembre 2022 Elab: UOS Epidemiologia, AV2

L'analisi dei tassi specifici di mortalità nelle donne, per fasce d'età, ricalca all'incirca quanto detto in precedenza per il genere maschile. Eccessi di mortalità, negli anni pandemici, rispetto al 2019, iniziano dalla fascia delle settantenni con contributi molto rilevanti nelle fasce delle 95enni e più. Il confronto tra ondate epidemiche di COVID-19 evidenzia che nel 2021 l'impatto sulla mortalità, rispetto al 2019, è maggiore nelle fasce fra 85-89 anni e 90-94 anni (Grafico 4.2.2.).

**Grafico 4.2.2 Tassi (x 1.000) specifici di mortalità nelle donne. Provincia di Ancona, Confronto anni 2019, 2020 e 2021.**



Fonte: Istat, mortalità <https://www.istat.it/it/archivio/240401>. Ultimo accesso 30 dicembre 2022 Elab: UOS Epidemiologia, AV2

### 4.3. Cause di morte

Le informazioni sulle cause di morte più frequenti in Italia riguardano l'anno 2020. L'ISTAT le fornisce categorizzandole sotto forma di un elenco di voci, l'"European Shortlist for Causes of Death (COD)", che è uno strumento utilizzato principalmente a fini statistici il quale ricomprende le cause di morte più rilevanti in tutta l'Unione europea (10). In questa Short List è inserita la Causa Iniziale di Morte (CIM) che deriva da un processo di codifica della scheda di morte Istat in quanto: le patologie riportate nella scheda, secondo l'ordine di presenza, permettono l'individuazione, dopo opportune valutazioni, del processo patologico che ha causato il decesso dell'individuo: la 'causa iniziale di morte'.

Nell'anno 2020 i decessi avvenuti tra tutti i residenti della provincia di Ancona sono stati 5.987. La prima causa di morte più frequente è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio (32%), a seguire ci sono i tumori (24,8%) e le malattie del sistema respiratorio (7%). I decessi che riportano come causa iniziale di morte la malattia da COVID 19 si trovano al quarto posto e corrispondono al 6,8% del totale. Complessivamente le prime cinque cause più frequenti coprono il 77% delle cause di morti totali (tabella 4.3.1.).

Nel 2020 i decessi avvenuti tra i residenti di genere maschile della provincia di Ancona sono stati 2.795. Anche negli uomini la causa più frequente è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio (29%), a seguire ci sono i tumori (28%), le malattie del sistema respiratorio (8%) e la malattia da COVID 19 (7%). Complessivamente le prime cinque cause più frequenti coprono il 79% delle cause di morti totali (tabella 4.3.2.).

Nel 2020 i decessi avvenuti tra le residenti di genere femminile della provincia di Ancona sono stati 3.192. Anche nelle donne la causa più frequente è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio (35%), a seguire ci sono i tumori (22%) Al terzo posto troviamo invece le malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (7%); la malattia da COVID 19 (6%) occupa la quarta posizione. Complessivamente le prime cinque cause più frequenti coprono il 76% delle cause di morti totali (tabella 4.3.3.).

**Tabella 4.3.1. Decessi dei residenti in provincia di Ancona, per grandi cause di morte. Provincia di Ancona, anno 2020**

Rango	Causa iniziale di morte - European Short List	N.	%	% cum
1	Malattie del sistema circolatorio	1.924	32,1	32,1
2	Tumori	1.482	24,8	56,9
3	Malattie del sistema respiratorio	421	7,0	63,9
4	Covid-19	406	6,8	70,7
5	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	384	6,4	77,1
6	Disturbi psichici e comportamentali	246	4,1	81,2
7	Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	232	3,9	85,1
8	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	230	3,8	88,9
9	Malattie dell'apparato digerente	193	3,2	92,2
10	Alcune malattie infettive e parassitarie	151	2,5	94,7
11	Malattie dell'apparato genitourinario	122	2,0	96,7
12	Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	98	1,6	98,4
13	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	36	0,6	99,0
14	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del Sistema immunitario	30	0,5	99,5
15	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	14	0,2	99,7
16	Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	14	0,2	99,9
17	Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	4	0,1	100,0
18	Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	-	0,0	100,0
	<b>Totale</b>	<b>5.987</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Istat, archivio mortalità <https://www.istat.it/it/archivio/mortalit%C3%A0>: "Mortalità per territorio di residenza". Ultimo accesso 30 dicembre 2020 Elab: UOS Epidemiologia, AV2

**Tabella 4.3.2. Decessi dei residenti UOMINI in provincia di Ancona, per grandi cause di morte. Provincia di Ancona, anno 2020**

Rango	Causa iniziale di morte - European Short List	N	%	% cum
1	Malattie del sistema circolatorio	823	29,4	29,4
2	Tumori	772	27,6	57,1
3	Malattie del sistema respiratorio	234	8,4	65,4
4	Covid-19	208	7,4	72,9
5	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	167	6,0	78,9
6	Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	129	4,6	83,5
7	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	95	3,4	86,9
8	Malattie dell'apparato digerente	93	3,3	90,2
9	Disturbi psichici e comportamentali	91	3,3	93,5
10	Alcune malattie infettive e parassitarie	66	2,4	95,8
11	Malattie dell'apparato genitourinario	45	1,6	97,4
12	Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	37	1,3	98,7
13	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del Sistema immunitario	10	0,4	99,1
14	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	9	0,3	99,4
15	Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	8	0,3	99,7
16	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	5	0,2	99,9
17	Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	3	0,1	100,0
18	complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	-	0,0	100,0
	<b>Totale</b>	<b>2.795</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Istat, archivio mortalità <https://www.istat.it/it/archivio/mortalit%C3%A0>: "Mortalità per territorio di residenza. Ultimo accesso 30 dicembre 2020 Elab: UOS Epidemiologia, AV2

**Tabella 4.3.3. Decessi delle residenti DONNE in provincia di Ancona, per grandi cause di morte. Provincia di Ancona, anno 2020**

Rango	Causa iniziale di morte - European Short List	N.	%	% cum
1	Malattie del sistema circolatorio	1.101	34,5	34,5
2	Tumori	710	22,2	56,7
3	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	217	6,8	63,5
4	Covid-19	198	6,2	69,7
5	Malattie del sistema respiratorio	187	5,9	75,6
6	Disturbi psichici e comportamentali	155	4,9	80,5
7	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	135	4,2	84,7
8	Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	103	3,2	87,9
9	Malattie dell'apparato digerente	100	3,1	91,0
10	Alcune malattie infettive e parassitarie	85	2,7	93,7
11	Malattie dell'apparato genitourinario	77	2,4	96,1
12	Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	61	1,9	98,0
13	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	27	0,8	98,9
14	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del Sistema immunitario	20	0,6	99,5
15	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	9	0,3	99,8
16	Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	6	0,2	100,0
17	Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	1	0,0	100,0
18	complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	-	0,0	100,0
	<b>Totale</b>	<b>3.192</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Istat, archivio mortalità <https://www.istat.it/it/archivio/mortalit%C3%A0>: "Mortalità per territorio di residenza. Ultimo accesso 30 dicembre 2020 Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Confrontando, per ciascun gruppo di cause di morte, il numero dei decessi 2020 rispetto alla media dei decessi 2015-2019, attraverso il calcolo delle singole variazioni percentuali si osserva quanto segue:

- l'aumento dei decessi per "sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite" risulta essere quello più consistente (+47%). Esso però è "un artificio" poiché è da attribuirsi in larga parte alla variazione della codifica dell'arresto cardiaco che, a partire dai dati del 2020 non è più una causa di morte valida: i decessi per arresto cardiaco vengono, quindi, classificati nel gruppo dei sintomi e segni;
- in valori assoluti (+19 casi) e percentuali (+21%) si osservano eccessi di mortalità per "malattie del sistema genito-urinario", osservati anche sul territorio italiano nel secondo semestre 2020 (3);
- i decessi per malattie del sangue e degli organi ematopoietici aumentano del 22% rispetto la media 2015-2019 (in valori assoluti l'eccesso però è più "contenuto": 7 morti in più);

- eccessi percentualmente (+8%) e numericamente consistenti (+ 19 casi) sono rappresentati dai “decessi per disturbi psichici e comportamentali”, in coerenza con quanto accade in Italia sia nel primo che nel secondo semestre 2020. Dai rapporti Istat (11) (12) si evince che sul territorio nazionale, all’interno di questo gruppo, aumentano in particolare le morti per “demenza”;
- le malattie del sistema respiratorio presentano anch’esse un eccesso numericamente (+19 casi) e percentualmente rilevante (+4,5%), come accade anche in tutto il Paese. Sempre dai rapporti Istat si ricava che tale crescita è spiegata con un aumento, all’interno del gruppo, delle polmoniti e delle polmoniti interstiziali;
- è osservato un aumento (percentualmente + 2,8%; numericamente: +11 casi) delle “malattie del sistema nervoso e organi di senso”. L’eccesso è evidente anche a livello nazionale e l’Istat (3) (4) informa che, per gran parte, esso è rappresentato dai decessi dovuti alla malattia di Alzheimer.

**Tabella 4.3.4. Decessi dei residenti, per grandi cause di morte. Provincia di Ancona, confronto valori 2020 con la media dei decessi 2015-2019.**

Causa iniziale di morte - European Short List	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2015-2019 media	var % 2020 rispetto media
	N	N	N	N	N	N		
Alcune malattie infettive e parassitarie	152	119	123	170	174	151	148	2,3
Tumori	1.461	1.511	1.491	1.449	1.414	1.482	1.465	1,1
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del Sistema immunitario	27	23	23	18	26	30	23	22,0
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	231	241	232	215	208	230	225	2,0
Disturbi psichici e comportamentali	230	213	234	231	225	246	227	7,9
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	342	332	436	398	358	384	373	2,8
Malattie del sistema circolatorio	2.092	1.849	2.025	1.844	1.869	1.924	1.936	-0,6
Malattie del sistema respiratorio	378	390	448	358	437	421	402	4,5
Malattie dell'apparato digerente	203	216	211	181	207	193	204	-5,5
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	14	9	16	17	9	14	13	7,1
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	36	21	30	34	44	36	33	8,3
Malattie dell'apparato genitourinario	115	91	89	79	110	122	97	20,7
Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio	1	-	-	-	1	-	0	
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	9	7	5	3	10	4	7	-70,0
Malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	12	6	15	13	9	14	11	21,4
Sintomi, segni, risultati anomali e cause maldefinite	63	53	54	50	42	98	52	46,5
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	216	211	261	240	213	232	228	1,6
<b>Covid-19</b>	-	-	-	-	-	<b>406</b>	-	<b>100,0</b>
<b>Totale</b>	<b>5.582</b>	<b>5.292</b>	<b>5.693</b>	<b>5.300</b>	<b>5.356</b>	<b>5.987</b>	<b>5.445</b>	<b>9,1</b>

Fonte: Istat, archivio mortalità <https://www.istat.it/it/archivio/mortalit%C3%A0>. Ultimo accesso 30 dicembre 2020 Elab: UOS Epidemiologia, AV2

#### 4.4. Mortalità evitabile

Il centro studi NEBO pubblica da anni un Atlante dal titolo 'MEV(i) - Mortalità EVitabile (con intelligenza)', che misura l'impatto delle **morti evitabili** in Italia e nelle singole regioni e province, sulla base dei dati di mortalità ISTAT. Il sistema di classificazione delle cause di morte consente infatti di individuare decessi potenzialmente evitabili con: a) interventi di prevenzione primaria, b) diagnosi precoce e terapie mirate, c) adeguate condizioni igieniche e corretta assistenza sanitaria. In questi tre gruppi, tra loro non sovrapponibili, rientrano in sintesi la **prevenzione primaria** ovvero le morti causate da patologie che per gran parte sono riconducibili a stili di vita non corretti e rischiosi per la salute (ad es. patologie circolatorie e polmonari legate a fumo, alcol, dieta o scarsa attività fisica, alcuni tipi di tumore, i traumi), la **diagnosi precoce e le cure** ovvero i decessi causati da neoplasie per le quali oggi esistono terapie efficaci e programmi di screening oncologici in grado di diagnosticare la malattia nelle fasi iniziali (ad es. gli screening per il tumore della mammella, del colon-retto e della cervice uterina) e **igiene e assistenza sanitaria** vale a dire le morti riconducibili a diverse cause tra cui le scarse condizioni igieniche o i livelli di assistenza sanitaria non ottimali (ad es. alcune malattie infettive, le malattie croniche del sistema circolatorio, polmonare o endocrino, complicanze della gravidanza, infezioni). La somma dei tre gruppi fornisce l'impatto totale delle morti evitabili nella popolazione, misurabili sia come tasso di incidenza che come **giorni di vita pro-capite persi**, rispetto all'aspettativa di vita media. Questa misura risente dei limiti che in generale hanno gli indicatori basati esclusivamente sul dato amministrativo e non su un'osservazione clinica (non è possibile avere evidenza ad esempio che il singolo decesso sia effettivamente dovuto ad una carenza del sistema sanitario o del sistema di prevenzione), ma fornisce comunque una **misura standardizzata** per poter confrontare i territori e valutare l'evoluzione temporale del fenomeno. Infatti l'indicatore "giorni di vita pro capite perduti", (espresso in forma standardizzata) è un indice che tiene conto non solo della frequenza dei decessi per le cause selezionate, ma anche dell'età del deceduto. A ciascun caso viene attribuito un peso, elaborato come differenza fra l'età alla morte e la speranza di vita alla medesima età (in base alla media nazionale e per genere) calcolata al netto dei decessi evitabili e che pertanto, soprattutto nel caso dei maschi, assume un valore sensibilmente più elevato della vita media. Il risultato che ne deriva, standardizzato per età, permette di quantificare il peso pro-capite delle vite perdute per cause di morte evitabile (13).

Per il triennio 2016-2018 Ancona, con circa 16 giorni di vita pro-capite perduti tra i residenti nella fascia 0-74 anni, è al 20° posto nella classifica della mortalità evitabile per province italiane. Pesaro-Urbino, Fermo e Macerata risulta essere più "virtuose". Solo Ascoli Piceno è in posizione inferiore (al 34° posto) (Tabella 4.4.1).



**Tabella 4.4.1. Decessi tra 0-74 anni. Giorni perduti pro-capite standardizzati, per provincia delle Marche. Triennio 2016-2018**

#Rango	Provincia	TD*	AD**(a)	°[pos]	PD*** (b)	°[pos]
5	Pesaro-Urbino	14,8	5,5	7	9,4	10
10	Fermo	15,1	6,1	35	9,0	5
15	Macerata	15,3	6	32	9,3	9
20	Ancona	15,9	6,2	40	9,7	17
34	Ascoli Piceno	16,4	6	31	10,4	32

Fonte: Mev(i) atlante 2020-2021 <https://www.mortalitaevitabile.it/index.php/rapporti/68-mevi2021>. Elab: UOS Epidemiologia, AV2  
 Nota: \*Mortalità evitabile totale (TD) di cui: \*\*(a) trattabile (AD)= mortalità “evitabile” principalmente tramite diagnosi tempestiva e cure efficaci. L’evitabilità, in questa in questa accezione, ha come fine la riduzione del numero dei decessi per alcune cause di morte specifiche (ad es. le morti per tumore della mammella) per le quali esistono cure efficaci e programmi di prevenzione individuali efficaci (ad es. lo screening per la neoplasia mammaria); \*\*\*(b) prevenibile (PD)= mortalità evitabile principalmente tramite interventi di prevenzione primaria rivolti all’adozione di stili di vita sani. L’evitabilità, in questa accezione, ha come fine la prevenzione dell’insorgenza della malattia (quindi la riduzione della sua incidenza tra la popolazione). # Rango= posizionamento della provincia, rispetto alle altre province italiane per la mortalità evitabile totale TD). °[pos] = posizionamento della provincia, rispetto alle altre province italiane, per le sole cause trattabili (AD) o prevenibili (PD).

Nell’anno 2018 la regione Marche occupa la 2° posizione nella classifica delle regioni italiane con meno giorni di vita perduti pro-capite (valore standardizzato) pari a 15 ed è in prima posizione per la mortalità “prevenibile” (Tabella 4.2.2.).

**Tabella 4.4.2. Mortalità evitabile. Confronto regione Marche- Italia. Totale (TD), di cui trattabile (AD) e prevenibile (PD). Decessi 0-74 anni - Giorni perduti pro-capite standardizzati. Dati 2018**

#Rango	Regione	TD*	AD**(a)	°[pos]	PD*** (b)	°[pos]
2	Marche	15,1	6,0	[7]	9,0	[1]
	Italia	17,2	6,8		10,5	

Fonte: Mev(i) atlante 2020-2021 <https://www.mortalitaevitabile.it/index.php/rapporti/68-mevi2021>. Elab: UOS Epidemiologia, AV2  
 Nota: \*Mortalità evitabile totale (TD) di cui: \*\*(a) trattabile (AD)= mortalità “evitabile” principalmente tramite diagnosi tempestiva e cure efficaci. L’evitabilità, in questa in questa accezione, ha come fine la riduzione del numero dei decessi per alcune cause di morte specifiche (ad es. le morti per tumore della mammella) per le quali esistono cure efficaci e programmi di prevenzione individuali efficaci (ad es. lo screening per la neoplasia mammaria); \*\*\*(b) prevenibile (PD)= mortalità evitabile principalmente tramite interventi di prevenzione primaria rivolti all’adozione di stili di vita sani. L’evitabilità, in questa accezione, ha come fine la prevenzione dell’insorgenza della malattia (quindi la riduzione della sua incidenza tra la popolazione). # Rango= posizionamento della provincia, rispetto alle altre province italiane per la mortalità evitabile totale TD). °[pos] = posizionamento della provincia, rispetto alle altre province italiane, per le sole cause trattabili (AD) o prevenibili (PD).

## 5. INCIDENTALITA'

### 5.1 INCIDENTI STRADALI E LA SICUREZZA SULLE STRADE

#### Fonti dati:

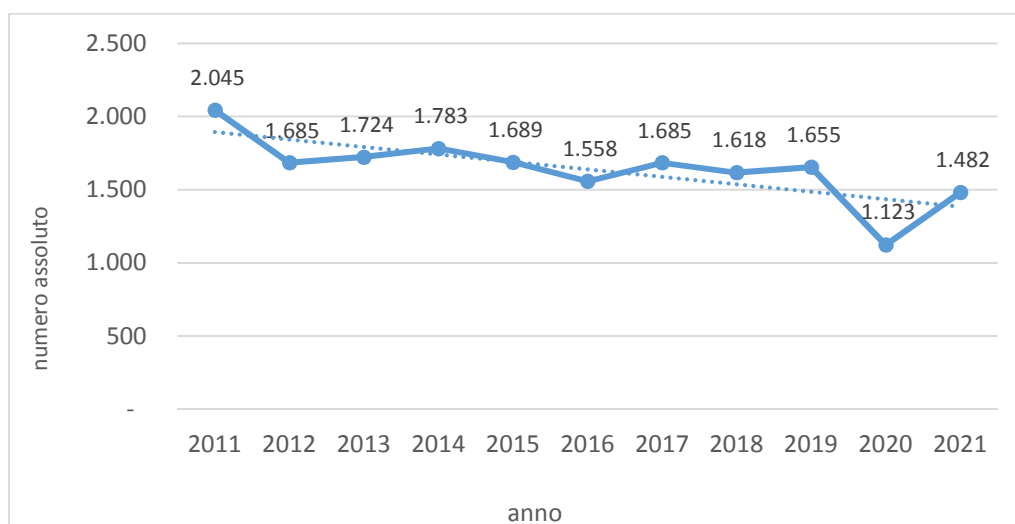
- Banca Dati ACI
- Istat, incidenti stradali
- Sorveglianza PASSI AV2 e EPICENTRO-ISS

Gli incidenti stradali sono un importante problema di Sanità Pubblica per l'alto numero di morti e di invalidità permanenti e temporanee che causano. La grande maggioranza degli incidenti gravi e di quelli mortali sono dovuti a una serie di comportamenti scorretti: principalmente eccesso di velocità, guida distratta e pericolosa, mancato rispetto della precedenza o della distanza di sicurezza, assunzione di alcol e sostanze stupefacenti. Gli incidenti stradali sono favoriti anche da alcuni determinanti legati alla persona quali l'età, le condizioni di salute, l'assunzione di farmaci compromettenti l'attenzione, l'equilibrio ed i riflessi. Infine al loro concorrere intervengono anche fattori come la sicurezza delle strade e la sicurezza dei veicoli.

#### 5.1.1. Frequenza e gravità

Nel 2021 in provincia di Ancona sono avvenuti 1.482 incidenti stradali che hanno causato 26 vittime e 2.052 feriti. Complessivamente dal 2011 al 2021 la tendenza è quella di una diminuzione del numero di sinistri avvenuti sulle strade (Grafico 5.1.1.1.). L'anno 2021 è caratterizzato dalla ripresa graduale delle attività e del traffico stradale, dopo il lungo lockdown del 2020, tuttavia esso risente ancora di periodi di chiusura di tutte le attività (commerciali, industriali etc...) attuati per tempi più brevi e diversificati sul territorio. La conseguenza di ciò è che rispetto al 2020, aumentano gli incidenti (+32%), le vittime della strada (+23,8%) e i feriti (+33,3%), in linea con quanto registrato a livello regionale (+26,2% per gli incidenti, +21,7% per le vittime e +27,7% per i feriti) (Tabella 5.1.1.1.).

**Grafico 5.1.1.1. Andamento degli incidenti stradali (valori assoluti). Provincia di Ancona, anni 2011-2021**



Fonte: Istat, Statistiche focus - Incidenti stradali in provincia di Ancona, 2011-2021; Elab: UOS Epidemiologia, AV2

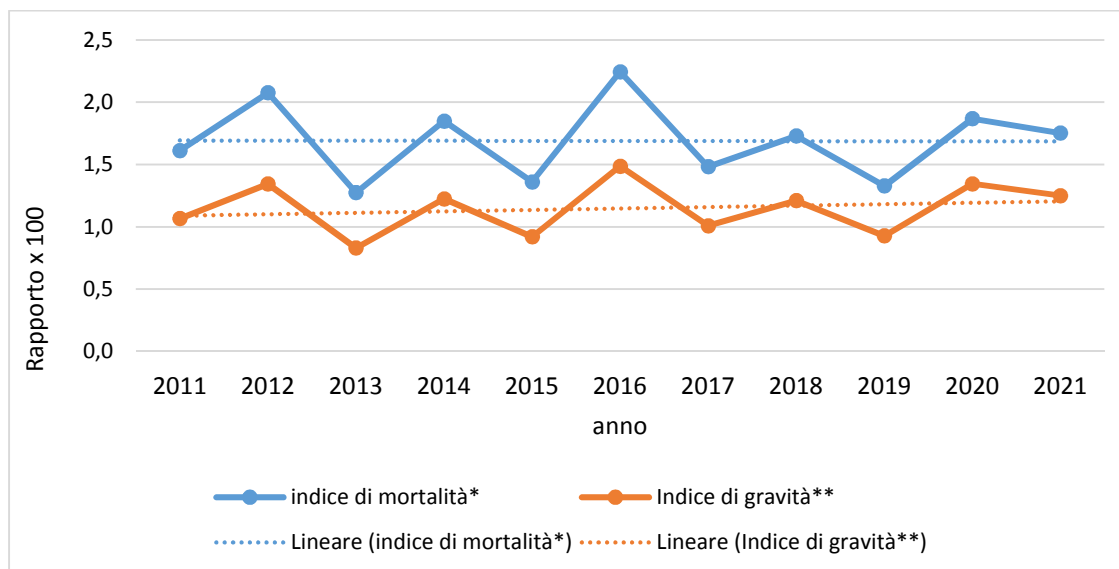
**Tabella 5.1.1.1. Incidenti stradali, feriti e morti (valori assoluti) e variazioni % rispetto anno precedente. Provincia di Ancona anni 2011-2021**

<i>Anno</i>	N. incidenti	N. morti	N. feriti	Variazione % incidenti rispetto anno prec.	Variazione % morti rispetto anno prec.	Variazione % feriti rispetto anno prec.
<b>2011</b>	2.045	33	3.056	-	-	-
<b>2012</b>	1.685	35	2.568	17,6	6,1	16,0
<b>2013</b>	1.724	22	2.625	2,3	37,1	2,2
<b>2014</b>	1.783	33	2.660	3,4	50,0	1,3
<b>2015</b>	1.689	23	2.474	5,3	30,3	7,0
<b>2016</b>	1.558	35	2.318	7,8	52,2	6,3
<b>2017</b>	1.685	25	2.449	8,2	28,6	5,7
<b>2018</b>	1.618	28	2.283	4,0	12,0	6,8
<b>2019</b>	1.655	22	2.345	2,3	21,4	2,7
<b>2020</b>	1.123	21	1.539	32,1	4,5	34,4
<b>2021</b>	1.482	26	2.052	32,0	23,8	33,3

Fonte: Istat, Statistiche focus - Incidenti stradali in provincia di Ancona, 2011-2021; Elab: UOS Epidemiologia, AV2

La pericolosità media, in termini di impatto sulla salute degli incidenti stradali, viene misurata attraverso due indicatori: l'indice di mortalità e l'indice di gravità i cui andamenti nell'ultimo decennio sono evidenziati nel grafico 5.1.1.2. Confrontando il triennio prepandemico 2017-2019 con il biennio pandemico 2020-2021 si osserva un aumento della pericolosità media degli incidenti stradali (gli indici 2020-2021 sono più elevati), tuttavia analizzando la tendenza decennale, questa mostra una sostanziale stabilità.

**Grafico 5.1.1.2. Andamento dell'indice di mortalità\* e di gravità\*\* degli incidenti stradali. Provincia di Ancona, anni 2011-2021**



\*Rapporto tra il numero dei morti e il numero degli incidenti stradali con lesioni a persone, moltiplicato 100

\*\* Rapporto tra il numero dei morti e il numero dei morti e dei feriti in incidenti stradali con lesioni a persone, moltiplicato 100

Fonte: Istat, Statistiche focus - Incidenti stradali in provincia di Ancona, 2011-2021; Elab: UOS Epidemiologia, AV2

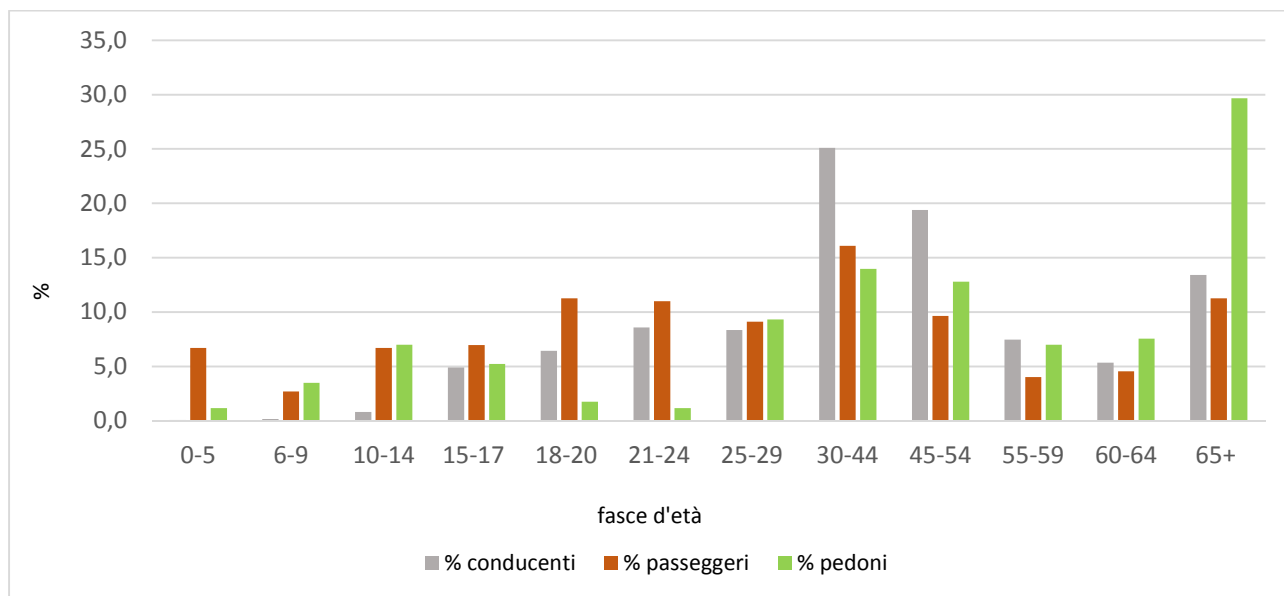
### 5.1.2. Caratteristiche delle persone coinvolte

Nei 1.482 incidenti stradali i veicoli coinvolti sono stati circa 2.600 con prevalenza di autovetture (70%) seguite da motocicli (12%) e veicoli commerciali-industriali (7%).

Dei 2.052 feriti il 64,5% è un uomo. Tra i feriti di genere maschile: più di 1 su 3 (37,4%) è un adulto tra 30-50 anni; seguono i 18-29enni (28%) e gli ultra64enni (13,4%). Anche tra i feriti di genere femminile più di 1 su 3 (34,2%) è un'adulta tra 30-50 anni; seguono le 18-29enni (23%) e le donne più mature tra 50-64 anni (12,5%)

Dei 26 decessi l'81% sono uomini e la fascia d'età più rappresentata è quella dei 65enni e più. Il grafico 5.1.2.1. mostra la distribuzione percentuale dei morti e dei feriti, per fasce d'età e ruolo svolto al momento dell'incidente: si nota come tra gli ultra59enni è la categoria dei "pedoni" a essere più frequentemente coinvolta in sinistri stradali, mentre nella fascia d'età infantile-adolescenziale (tra 0-17 anni) è quella dei "passaggeri"; tra i 30-54 anni spicca invece la categoria dei "conducenti".

**Grafico 5.1.2.1. Distribuzione percentuale dei morti e dei feriti, per fasce d'età e "ruolo" svolto al momento dell'incidente. Provincia di Ancona, anni 2011-2021**

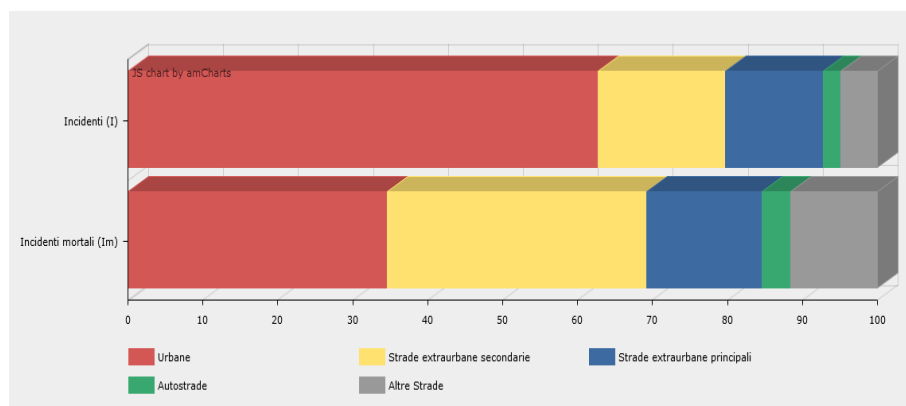


Fonte: Istat, incidenti stradali Elab: UOS Epidemiologia, AV2

**5.1.3. Strade più a rischio di incidenti stradali**

Secondo il rapporto ACI 2021, le strade più coinvolte da incidenti stradali sono quelle urbane; solo per gli incidenti 'mortalì' le strade più frequentemente interessate sono quelle 'extraurbane secondarie' (Grafico 5.1.3.1.).

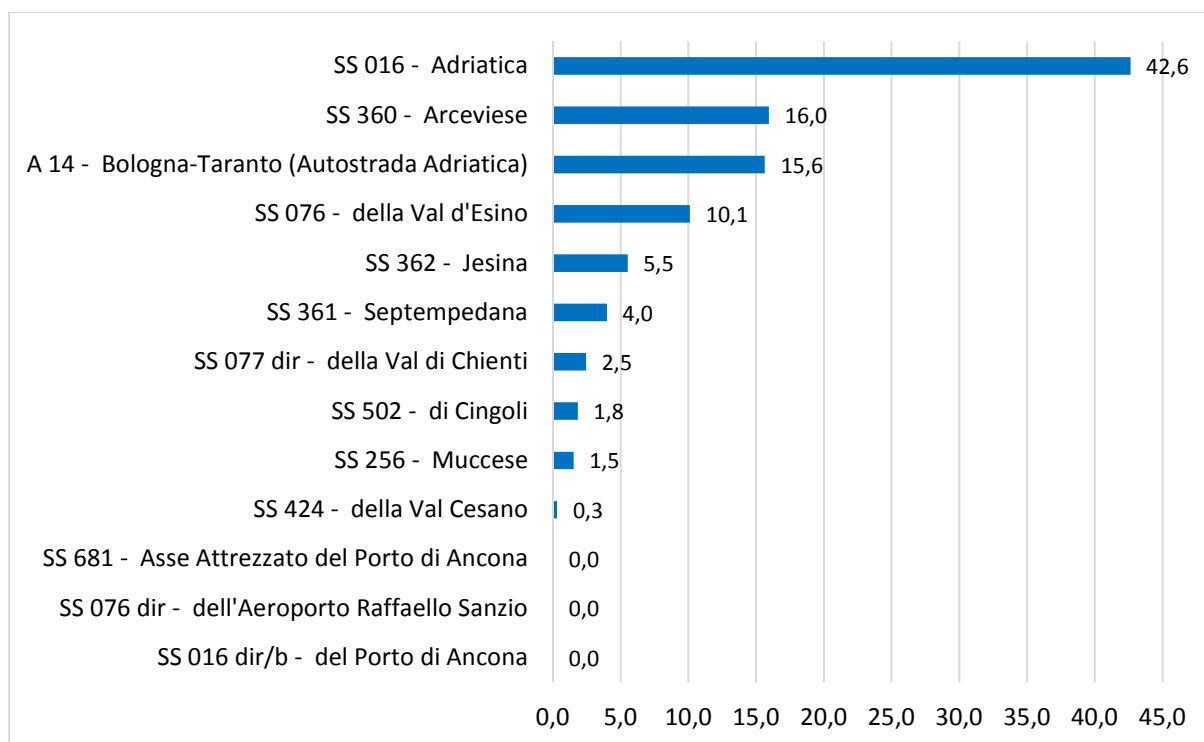
**Grafico 5.1.3.1. Incidentalità per tipologia strade. Provincia di Ancona, anno 2021**



Banca Dati ACI, 2021. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Nel 2021 in provincia di Ancona ai primi posti per frequenza di incidenti si trovano alcuni tratti di strade di maggior traffico comunque vicini alla costa: tra queste la statale SS16 adriatica e l'autostrada A14- Bologna-Taranto. All'interno i tratti "più a rischio" sono presenti nella statale SS 360 - Arcevese e nella statale SS 076 della Val d'Esino (Grafico 5.1.3.2.)

**Grafico 5.1.3.2. Frequenza incidenti, per strade statali ed autostrada. Provincia di Ancona, anno 2021**



Banca Dati ACI, 2021. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

#### 5.1.4 Comportamenti scorretti alla guida

Influiscono sulla gravità di un incidente stradale il non uso o l'uso non corretto dei dispositivi di sicurezza stradale come anche la guida in stato di ebbrezza.

##### L'uso dei dispositivi di sicurezza

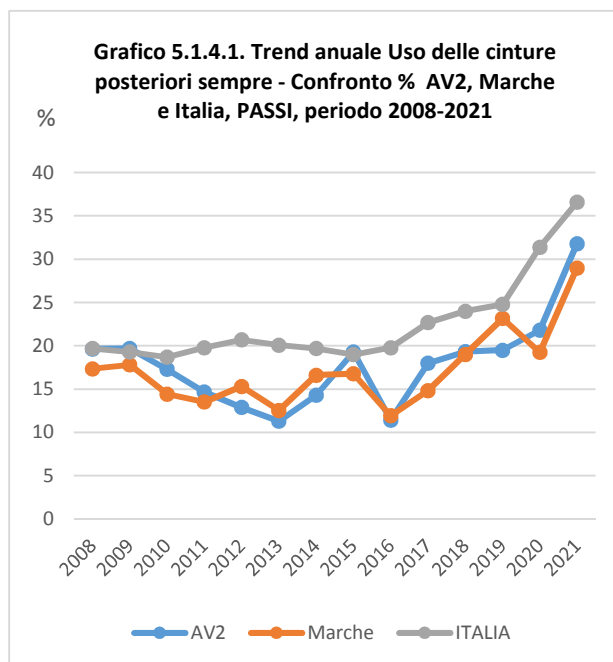
Gli articoli 171 e 172 del codice della strada dispongono l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto, delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. In più è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età ed alla taglia: seggiolini di sicurezza e adattatori per i più grandicelli.

La Sorveglianza epidemiologica *PASSI* monitorizza la frequenza di questi comportamenti tra la popolazione residente tra i 18-69 anni.

L'uso della cintura di sicurezza anteriore sembra oramai una pratica consolidata anche se non si raggiungono livelli di copertura del 100% come da obbligo di legge. Anche l'utilizzo del casco in motocicletta/motorino sembra ormai molto frequente: circa il 98,7% degli adulti, che hanno riferito di aver viaggiato su una moto come guidatori o passeggeri, ha dichiarato di averlo indossato sempre. Invece non sono così elevati i dati sull'utilizzo della cintura posteriore in auto.

Nell'AV2 nel biennio 2020-21 questa buona pratica è abbastanza diffusa tra i 18-69enni residenti (25,4%), anche se tale frequenza è al di sotto della media italiana (34,2%). I valori sono in aumento (14,7% nel quadriennio pre pandemico) e ciò se da una parte è coerente con la tendenza all'aumento che si andava osservando negli ultimi anni, ed anche con la crescita che si continua a osservare tra il 2020 e il 2021, dall'altra parte potrebbero essere sovrastimati in termini quantitativi a causa di modifiche introdotte nel 2020 al questionario *PASSI*. Pertanto nella realtà questo aumento potrebbe essere più contenuto (Grafico 5.1.4.1.).

Il mancato uso è più frequente nei giovanissimi da 18 a 24 anni (80% vs il 73,8% della classe di età da 50-69 anni), negli uomini (24,3% vs il 26% delle donne), nelle persone con maggiori difficoltà economiche (85,2% vs il 74,8% di chi non ne ha).



A partire dal 2011 la Sorveglianza *PASSI* indaga anche sulla frequenza di utilizzo di seggiolini e/o adattatori per il trasporto in auto di bambini, tra coloro che dichiarano di vivere in famiglia con bambini fino a 6 anni di età.

Nell'AV2 nel biennio 2020-2021, circa 2 persone su 10 hanno riferito di avere difficoltà a far sedere su questi dispositivi i bambini che trasportano in auto o di non utilizzare affatto i seggiolini e/o adattatori o perfino di non avere alcun dispositivo di sicurezza, pur viaggiando in auto. In Italia sono il 20%.

Nel quadriennio precedente nell'AV2 erano il 18,8%, in Italia il 18,8%.

Il non utilizzo, o l'utilizzo "inadeguato" dei seggiolini/adattatori per il trasporto dei bambini in auto, è più frequente tra le persone socialmente svantaggiate, per bassa istruzione (29,8% vs il 17% di chi ha un livello alto) o per molte difficoltà economiche (24,3% vs il 21% di chi non ne ha).

## La Guida sotto l'effetto dell'alcol

Per un guidatore, il rischio di incidenti stradali, e ancora di più quello di un incidente grave, aumenta di pari passo all'aumento della concentrazione di alcol nel sangue (BAC). Ciò accade perché il consumo di alcol compromette le capacità di guida a vari livelli, a partire dalle abilità di base necessarie a tenere la velocità appropriata o compiere azioni come sterzare, accelerare, frenare, che richiedono buoni tempi di reazione, abilità di riconoscimento visivo ed altre capacità operative che cominciano a essere compromesse già quando il BAC è ancora sotto gli 0,5 gr/l. La Sorveglianza *PASSI* monitorizza questo scorretto e pericoloso comportamento misurando la frequenza con cui gli adulti si sono messi a guidare un veicolo a motore (auto o moto) dopo aver bevuto, nell'ultima ora, 2 unità alcoliche o più<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Passi- definizioni:

**Guida sotto l'effetto dell'alcol:** un uomo o una donna che, negli ultimi 30 giorni precedenti l'intervista, almeno una volta, si è messo alla guida di un veicolo a motore (auto o moto) dopo aver bevuto, nell'ultima ora, 2 unità alcoliche o più.

**Guida sotto l'effetto dell'alcol riferita da passeggeri:** una persona che, negli ultimi 30 giorni precedenti l'intervista, ha viaggiato in un veicolo a motore (auto o moto) guidato da un uomo o una donna che aveva bevuto 2 unità alcoliche o più, nell'ultima ora.

**Unità alcolica:** il consumo di alcol si misura in unità alcoliche. L'unità alcolica (UA) corrisponde a 12 grammi di 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.

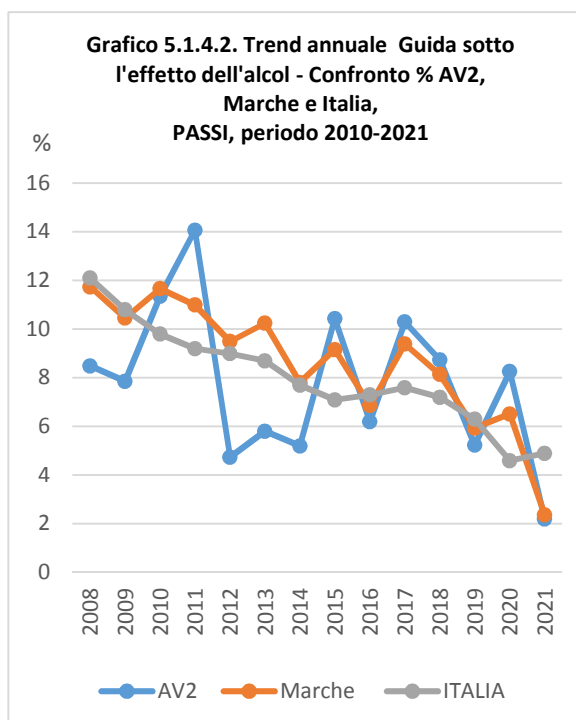
% indicatore	2020-2021			2016-2019		
	AV2	Marche	Italia	AV2	Marche	Italia
Alcol e guida						
Guida sotto l'effetto dell'alcol	6,0	4,5	4,7	7,6	7,6	7,1

Il 6% degli intervistati dell'AV2 nel biennio 2020-2021 riferisce di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente all'intervista; in Italia tale percentuale è del 5%.

La frequenza di questo scorretto e pericoloso comportamento aumenta in particolare tra le persone da 18 a 34 anni (10,2% nella fascia di età di 18-24 anni e 11% in quella da 25 a 34 anni vs il 7,6% di quella da 50 a 69 anni), tra gli uomini (10,7% vs il 3,5% delle donne), tra coloro che hanno un titolo di istruzione medio - basso (6,7% vs il 4,6% dei laureati), tra chi ha qualche difficoltà economica (8,9% vs il 7,1% di chi non ne ha).

Il 6% degli adulti infine riferisce di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol.

Dal 2008 al 2021 in AV2, nelle Marche e in Italia si osserva una significativa riduzione della quota di chi si mette alla guida dopo aver bevuto alcolici; va segnalata in particolare la riduzione nel biennio 2020-2021 che potrebbe essere anche letta come conseguenza delle misure di contenimento per il contrasto alla pandemia di COVID-19, con la chiusura dei locali e la riduzione delle occasioni di incontro e socialità (quindi del consumo di alcol fuori casa). (Grafico 5.1.4.2.).





## 5.2. INCIDENTI DOMESTICI E CONSAPEVOLEZZA DEL RISCHIO INFORTUNISTICO

### Fonti dati:

- Istat, Indagine Multiscopo
- Sorveglianza PASSI AV2 ed EPICENTRO-ISS

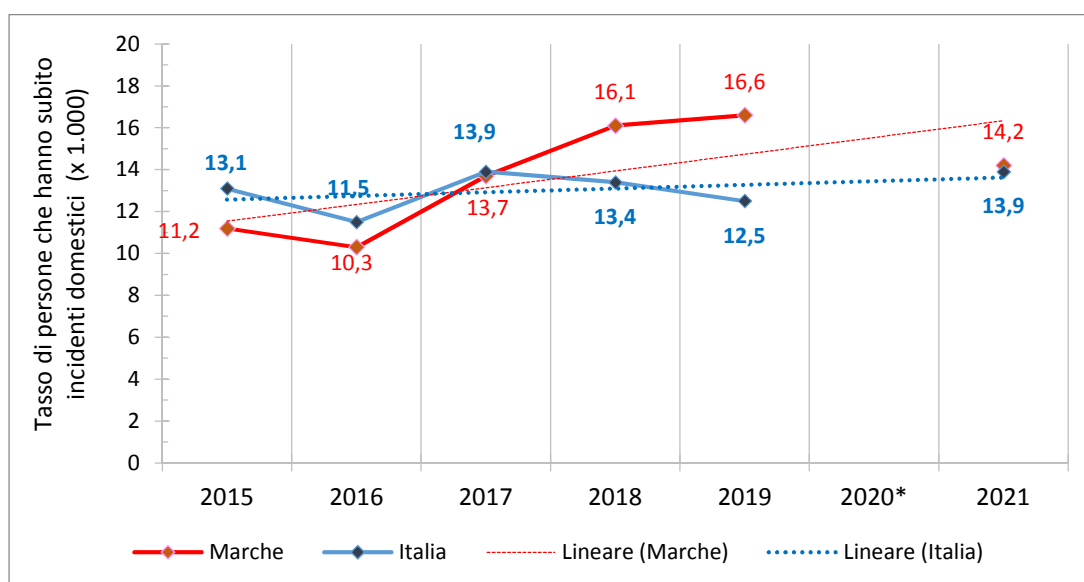
Per incidente domestico si intende l'evento che compromette temporaneamente o definitivamente le condizioni di salute di una persona (a causa di ferite, fratture, contusioni, lussazioni, ustioni o altre lesioni del soggetto) e che si verifica in modo accidentale in un'abitazione, intesa come insieme dell'appartamento vero e proprio e di tutte le sue estensioni (cantina, scala, giardino, balcone, garage). La casa nell'immaginario collettivo è ritenuta il luogo sicuro per eccellenza, eppure gli infortuni domestici costituiscono un problema di Salute Pubblica di grande rilevanza in quanto spesso determinano sofferenza, disabilità ed anche morte. Il rischio di infortunio domestico dipende dalle caratteristiche delle persone e dai pericoli presenti nelle abitazioni (all'interno delle case esistono oggetti, materiali, utensili apparentemente innocui, che possono rivelarsi pericolosi sia per la sicurezza che per la salute soprattutto quando usati in modo non appropriato).

### 5.2.1. Frequenza

Nelle Marche nel 2021 si sono verificati circa 25 mila incidenti domestici (743 mila in Italia) che hanno coinvolto circa 21 mila persone (633 mila in Italia); nella nostra Regione si sono infortunate 14 persone ogni 1.000 residenti, sono all'incirca lo stesso numero in Italia.

Il confronto Marche-Italia dell'andamento dell'incidenza di soggetti che hanno subito infortuni domestici, nel periodo 2015-2021 (il valore relativo all'anno 2020 non è stato pubblicato dall'ISTAT), mostra nelle Marche un trend in netta crescita, questa è invece più contenuta a livello nazionale (Grafico 5.2.1.1.).

**Grafico 5.2.1.1. Tasso di persone (x 1.000 persone con le stesse caratteristiche) che hanno subito incidenti in ambiente domestico negli ultimi 3 mesi. Confronto Marche-Italia, periodo 2015-2019**



\* dato non pubblicato sul sito ISTAT <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=16743#>

Fonte: ISTAT, Indagine Multiscopo sulle famiglie: Aspetti della vita quotidiana. Elab UOS Epidemiologia, AV2

Le informazioni sulla frequenza di infortuni domestici a livello provinciale non sono rese disponibili dalla fonte ISTAT: un dato ufficiale relativo però alla sola fascia di popolazione tra 18-69 anni lo possiamo ricavare dalla fonte PASSI.

Questa Sorveglianza ci informa che nel biennio pandemico il 4,5% degli adulti, residenti in AV2, riferisce di essere stato vittima di un incidente in casa che ha richiesto cure mediche, il dato è in aumento rispetto il quadriennio precedente (3,3%) ed è più elevato del valore nazionale (2,4%).

### 5.2.2. Consapevolezza del rischio infortunistico

Nonostante la frequenza degli infortuni nella popolazione tra 18-69 anni, la consapevolezza del rischio di incidente domestico è scarsa, infatti solo 8 intervistati su 100 considerano alta o molto alta la possibilità di avere un sinistro in casa (facendo riferimento a loro stessi o ai propri familiari), comunque, seppure di poco, essa è superiore a quella rilevata nel territorio nazionale (6,6%) (Tabella 5.2.2.1.).

**Tabella 5.2.2.1. Infortuni domestici: frequenza e consapevolezza del rischio di incidente. Confronto % AV2, Marche, Italia biennio 2020-2021 con quadriennio 2016-2019**

% indicatore	2020-2021			2016-2019		
	AV2	Marche	Italia	AV2	Marche	Italia
<b>Infortuni domestici</b>						
<b>Infortunio domestico che ha richiesto cure</b>	4,5	3,2	2,4	3,3	4,6	4,6
<b>Consapevolezza del rischio di infortunio domestico</b>	7,9	5,1	6,6	6,7	9,2	9,2

Fonte; Sorveglianza PASSI. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

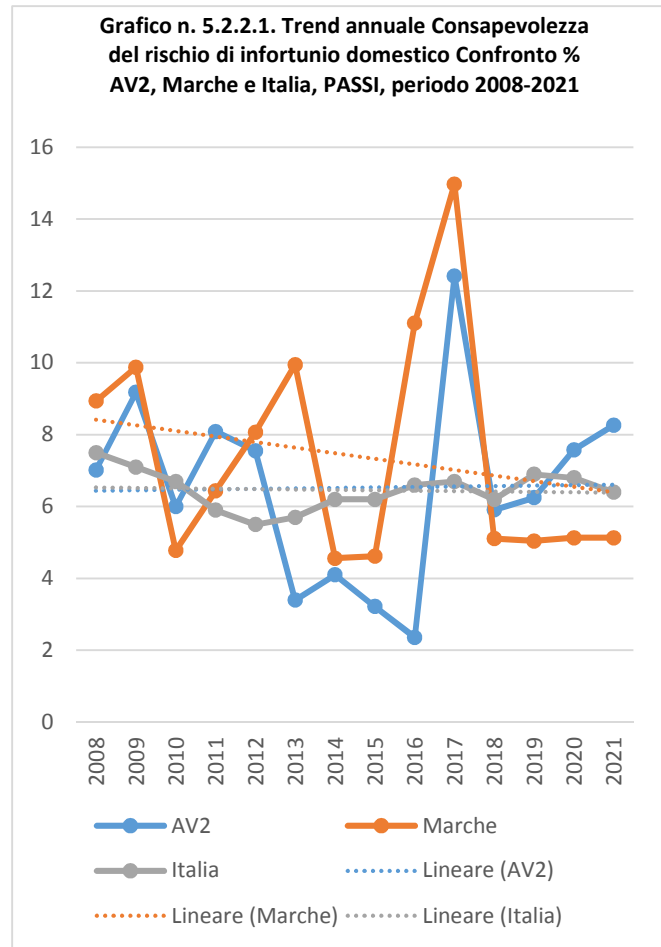
Questa consapevolezza aumenta: nella popolazione femminile (9,1% vs il 6,5% negli uomini), con l'età (tra gli ultra64enni è del 7,5% vs il 5,9% della fascia di età 18-34), tra le persone con maggiori difficoltà economiche (20,7% vs il 5,9% di chi non ne ha), tra coloro che hanno un livello di istruzione alto (8,6% dei laureati vs il 5,1% di coloro che hanno il diploma di scuola media inferiore o nessun titolo). Come c'era da aspettarsi il rischio d'infortunio domestico è maggiormente percepito come presente in coloro che vivono con minori di 14 anni (13,4%), è però molto bassa in chi vive con gli ultra-64enni (3,5%) (Tabella 5.2.2.2.).

**Tabella 5.2.2.2. Consapevolezza del rischio di infortunio domestico. Confronto % AV2, Marche e Italia, anni 2020-2021**

Territorio	Consapevolezza del rischio di infortunio domestico			
	Nelle donne	Negli ultra-64enni	In chi convive con ultra-64enni	In chi vive con bambini fino ai 14 anni
<b>Area Vasta 2</b>	9,1	7,5	3,5	13,4
<b>Marche</b>	6,1	3,3	3	9,1
<b>Italia</b>	7,5	7,9	7,1	7,9

Fonte; Sorveglianza PASSI. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Dal 2008 in poi sia per l'AV2 che l'Italia l'andamento della percezione del rischio mostra, all'interno di una certa variabilità annuale, una tendenza sostanzialmente stabile. Il trend per le Marche è invece quello di un decremento.



## 5.3.GLI INFORTUNI SUL LAVORO E LE MALATTIE PROFESSIONALI

### Fonte dati:

- Banca dati statistica INAIL, periodo 2017-2021

### Premessa

- Le informazioni contenute nella banca dati INAIL presentano un livello di disaggregazione territoriale al massimo provinciale, pertanto tutte le analisi si riferiscono alla sola provincia di Ancona.
- Nelle elaborazioni epidemiologiche degli infortuni e delle malattie professionali si è preso in considerazione solo la gestione INAIL 'industria e servizi' per la sua prevalenza nel territorio marchigiano e, nello specifico, nella provincia di Ancona. La gestione industria e servizi è a sua volta suddivisa in 4 gestioni tariffarie: industria, artigianato, terziario e altre attività.
- Nell'analisi degli infortuni si è tenuto conto delle denunce pervenute e degli infortuni 'definiti positivamente' (ovvero che sono passati al vaglio dell'INAIL che li ha riconosciuti come infortuni 'veri'). Le prime danno un quadro macro del fenomeno, i secondi approssimano alla realtà infortunistica del territorio.

### 5.3.1. Aziende e Lavoratori

In provincia di Ancona i lavoratori dell'"Industria e Servizi" nel 2021 sono stati 129.256 (il 32,1% del totale delle Marche), in aumento dal 2017, con una flessione significativa nel 2020 (probabilmente legata agli effetti della pandemia).

Anche il numero delle Aziende e delle PAT<sup>10</sup> sono in decremento negli ultimi 5 anni. Nella regione Marche gli addetti del 2021 sono stati 402.476 (il 2,3% del totale nazionale), in Italia sono stati 17.146.622 (Tabella 5.3.1.1).

**Tabella 5.3.1.1. Numero Aziende, PAT e Lavoratori. Provincia di Ancona, periodo 2017-2021**

Anno	Numero Aziende	Numero PAT*	Numero lavoratori
<b>2017</b>	25.828	30.243	122.747
<b>2018</b>	25.706	30.117	124.471
<b>2019</b>	25.669	30.390	129.721
<b>2020</b>	25.287	29.837	115.487
<b>2021</b>	25.414	29.966	129.256

\*Posizione Assicurativa Territoriale Fonte: db-INAIL. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Le Aziende nella provincia di Ancona sono per la maggior parte di piccole o medie dimensioni: oltre il 93% delle ditte ha 'da 1 a 9 lavoratori' e il 98,9% ha meno di 49 lavoratori.

Nel 2021 i lavoratori sono distribuiti per il 54% circa nelle piccole e medie Aziende, per il 27% circa nelle grandi Aziende (cioè quelle con oltre 250 lavoratori) (Tabella 5.3.1.2.).

<sup>10</sup> Le PAT 'Posizioni Assicurative Territoriali' sono le polizze infortuni sul lavoro che le Aziende sono tenute per legge a stipulare a beneficio di tutti i loro lavoratori e individuano ciascuna sede di lavoro dell'azienda; in genere ogni azienda ha una o più PAT per cui il numero di PAT è sempre superiore al numero delle aziende.

**Tabella 5.3.1.2. Dimensioni delle Aziende (valori assoluti e %). Provincia di Ancona, anno 2021**

<i>Dimensione aziendale</i>	Numero ditte	% ditte	Numero PAT afferenti ditta (*)	Numero lavoratori ditta (*)	% lavoratori
<b>Da 1 a 9 lavoratori</b>	23.727	93,4	26.295	42.090	32,6
<b>Da 10 a 49 lavoratori</b>	1.401	5,5	2.640	27.965	21,6
<b>Da 50 a 249 lavoratori</b>	243	1,0	795	23.901	18,5
<b>250 lavoratori ed oltre</b>	43	0,2	236	35.299	27,3
<b>Totale</b>	<b>25.414</b>	<b>100</b>	<b>29.966</b>	<b>129.256</b>	<b>100</b>

Fonte: db-INAIL. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Sempre nel 2021 tra le Aziende presenti nel territorio della nostra Provincia, nelle prime 10 attività economiche (di cui fanno parte l'80% del totale delle ditte), spiccano quelle del settore "Commercio all'ingrosso e dettaglio" (con il 14% dei lavoratori occupati sul totale), seguite dal settore "Costruzioni" (8% di lavoratori). Da sottolineare il fatto che il settore "Sanità e assistenza sociale" (che occupa la 9° posizione per numero di ditte) è invece la seconda attività economica per numero di lavoratori occupati (il 9% del totale). I lavoratori di queste prime 10 attività economiche rappresentano complessivamente il 57,9% di tutti i lavoratori della Provincia (5.3.1.3.).

**Tabella 5.3.1.3. Prime 10 attività economiche (ATECO)<sup>11</sup> - (valori assoluti e %). Provincia di Ancona, anno 2021**

Settore di attività economica (Codice Ateco)	Numero ditte	% ditte	Numero PAT	Numero lavoratori ditta	% lavoratori
<b>G Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione di autoveicoli e motocicli</b>	4.852	19,1	6.016	17.660	13,7
<b>F Costruzioni</b>	4.423	17,4	4.938	10.365	8,0
<b>X Non determinato</b>	2.348	9,2	2.433	3.368	2,6
<b>I Attivita' dei servizi di alloggio e di ristorazione</b>	2.101	8,3	2.355	8.540	6,6
<b>S Altre attivita' di servizi</b>	1.857	7,3	2.030	3.863	3,0
<b>M Attivita' professionali, scientifiche e tecniche</b>	1.457	5,7	1.620	4.710	3,6
<b>H Trasporto e magazzinaggio</b>	992	3,9	1.159	3.907	3,0
<b>N Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese</b>	806	3,2	928	2.819	2,2
<b>Q Sanita' e assistenza sociale</b>	683	2,7	847	11.430	8,8
<b>C 25 Fabbricazione di prodotti in metallo (esclusi macchinari e attrezzature)</b>	657	2,6	918	8.222	6,4
<b>Totale parziale (prime 10)</b>	<b>20.176</b>	<b>79,4</b>	<b>23.244</b>	<b>74.884</b>	<b>57,9</b>
Altri	5.238	20,6	6.722	54.372	42,1
<b>Totale</b>	<b>25.414</b>	<b>100,0</b>	<b>29.966</b>	<b>129.256</b>	<b>100,0</b>

Fonte: db-INAIL. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

<sup>11</sup> Codice Ateco: la sigla ATECO derivava dalle lettere iniziali ATtività ECONomiche. Rappresenta la nomenclatura delle attività economiche (NACE) creata dall'Eurostat. Oggi è in uso la versione ATECO 2007, entrata in vigore il 1° gennaio 2008.

## 5.3.2. Infortuni sul lavoro

### Frequenza

Nell'anno 2021 nella provincia di Ancona ci sono state nel settore "Industria e Servizi" 5.030 denunce di infortunio sul lavoro (il 30,5% del totale nelle Marche pari a 16.470 denunce) (in Italia sono state 564.089). Nel quinquennio esaminato la tendenza è quella di una diminuzione del numero di denunce (per effetto sull'occupazione dovuto alla pandemia). Infatti le denunce del 2017 erano state il 21% del totale del quinquennio, mentre nel 2021 esse sono il 19% circa del totale. Gli infortuni riconosciuti come positivi invece dal 2017 al 2020 diminuiscono, in particolare proprio nel primo anno pandemico, ma poi nel 2021 registrano un rialzo (Tabella 5.3.2.1.).

**Tabella 5.3.2.1. Infortuni sul lavoro nell'Industria e Servizi, denunciati, definiti e positivi (valori assoluti e %). Provincia di Ancona, periodo 2017-2021.**

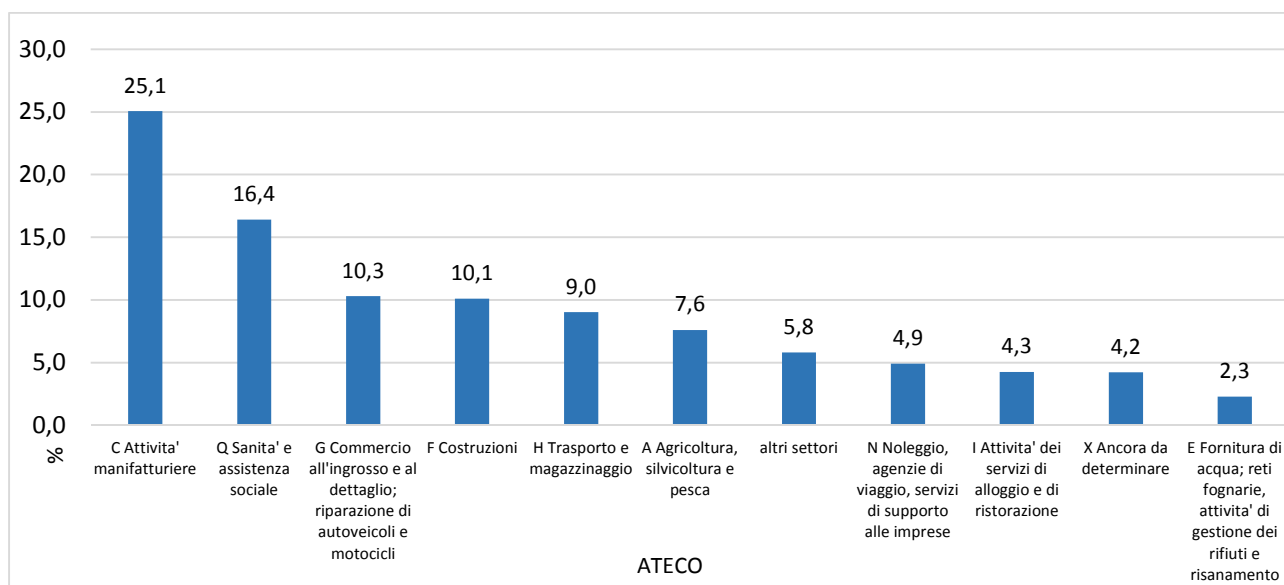
Anno di accadimento	Positivi con indennizzo (a)	Positivi senza indennizzo* (b)	Positivi totali (c=a+b)	% positivi	**Franchigie (d)	Negativi (e)	Definiti (f=c+d+e)	In istruttoria (g)	Totale denunce (h=f+g)	% denunce
2017	3.728	75	3.803	20,7	1.112	665	5.580	13	5.593	21,0
2018	3.612	70	3.682	20,1	1.148	584	5.414	10	5.424	20,3
2019	3.590	48	3.638	19,8	1.291	688	5.617	10	5.627	21,1
2020	3.433	46	3.479	19,0	855	639	4.973	22	4.995	18,7
2021	3.659	75	3.734	20,4	577	626	4.937	93	5.030	18,9
Tot quinquennio	18.022	314	18.336	100,0	4.983	3.202	26.521	148	26.669	100,0

Note: \*Infortuni positivi senza indennizzo= sono i casi riconosciuti dall'INAIL come "da lavoro" ma che non hanno dato luogo a corresponsione di un indennizzo per vari motivi di natura amministrativo/sanitaria. \*\*Franchigie = questa voce ricomprende pure le comunicazioni obbligatorie effettuate ai soli fini statistici e informativi

Fonte: db-INAIL. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Tra i primi settori ATECO interessati dal fenomeno infortunistico nell'anno 2021, prevale quello delle 'Attività manifatturiere (che rappresenta 1 infortunio su 4)', seguito dalla 'Sanità e assistenza sociale (16% del totale degli infortuni)' e dal 'Commercio all'ingrosso (10%).' Questi tre settori ATECO coprono il 52% del totale degli infortuni della gestione "Industria e Servizi" nella nostra Provincia (Grafico 5.3.2.1.).

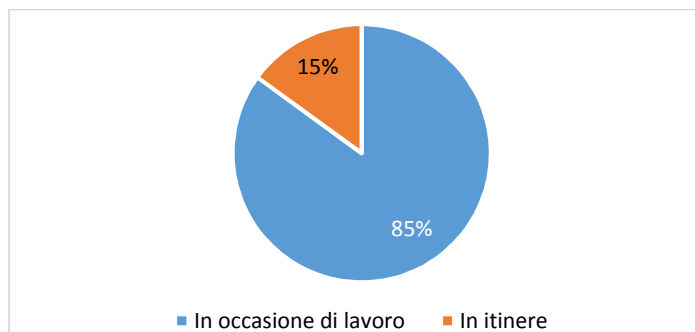
**Grafico 5.3.2.1 Infortuni sul lavoro "definiti come positivi" in 'Industria e Servizi' (%). Provincia di Ancona, anno 2021**



Fonte: db-INAIL. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Circa l'85% degli infortuni avvengono "in occasione di lavoro" e solo il 15% restante "in itinere"; di questi il 77% circa con coinvolgimento di autoveicoli, mentre tra quelli "in occasione di lavoro" la percentuale scende al 4% (Grafico 5.3.2.2.).

**Grafico 5.3.2.2. Modalità di accadimento degli Infortuni (%). Provincia di Ancona, anno 2021**



Fonte: db-INAIL. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

### Le Caratteristiche delle persone infortunate e la gravità degli infortuni

Il tasso grezzo d'infortunio sul lavoro nel settore "Industria e Servizi" nel 2021 in provincia di Ancona corrisponde a circa 29 infortunati ogni 1.000 lavoratori; la tabella 5.3.2.2 ne evidenzia l'andamento nel periodo 2017-2021.

**Tabella 5.3.2.2. Tasso grezzo d'infortunio nel Settore "Industria e Servizi". Provincia di Ancona, periodo 2017-2021**

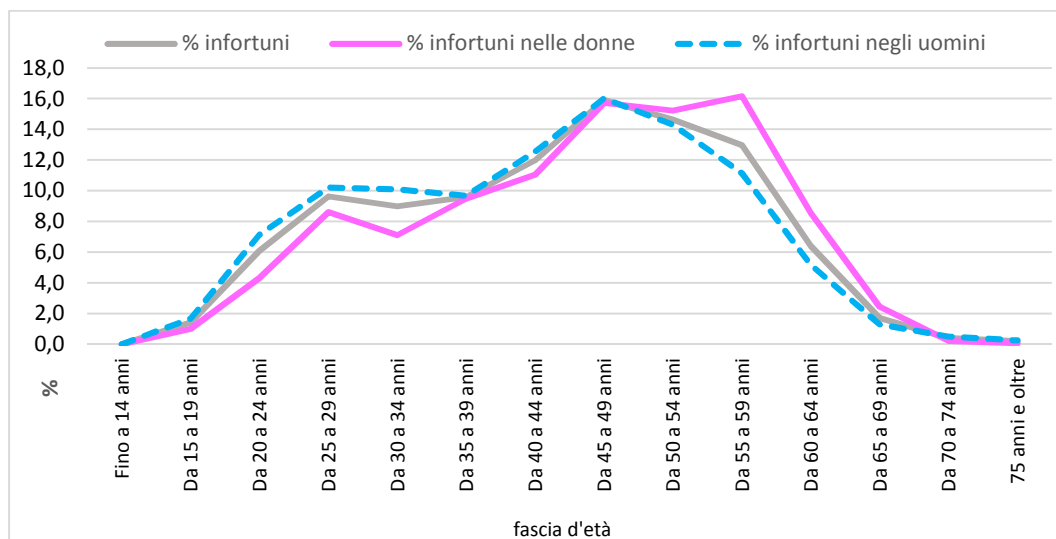
Anno	N. infortuni	Tot. lavoratori	Tasso (x 1.000)
2017	3.803	122.747	31,0
2018	3.682	124.471	29,6
2019	3.638	129.721	28,0
2020	3.483	115.487	30,2
2021	3.790	129.256	29,3

Fonte: db-INAIL. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Complessivamente nel 2021 nella nostra Provincia la più alta frequenza d'infortunio viene registrata nella fascia d'età tra 45-49 anni (16% del totale degli infortuni). Il 63% dei sinistri è appannaggio del genere maschile; negli uomini l'andamento del fenomeno infortunistico presenta due picchi; il primo nella fascia 25-29 anni (10%), il secondo in quella 45-49 anni (16%). Nelle donne i picchi sono tre: il primo nella fascia 25-29 anni (9%), il secondo in quella 45-49 anni (15,7%), ma il più elevato è il terzo, tra 55-59 anni (16,2%) (Grafico 5.3.2.3).

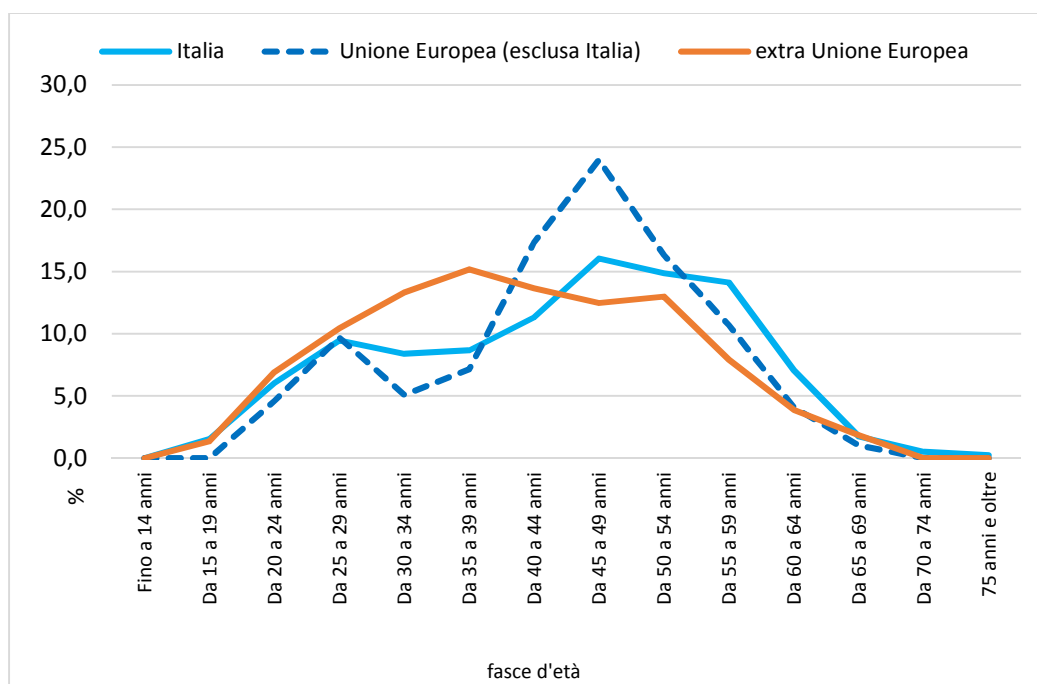
L'analisi degli infortuni, per Paese di nascita dei lavoratori, mostra che il 79% di essi accade tra gli italiani; il 16% tra i lavoratori proveniente da Paesi extra Unione Europea (UE) ed il 5% fra gli addetti provenienti da Paesi dell'Unione Europea (esclusa l'Italia). Il grafico 5.3.2.4. riporta la distribuzione del fenomeno infortunistico per fasce d'età e Paese di nascita del lavoratore. I lavoratori extra UE presentano le frequenze più elevate, rispetto alle altre due categorie di addetti, fino alla fascia 35-39 anni che rappresenta anche il picco della distribuzione (15%); l'andamento tra i lavoratori italiani evidenzia invece tre picchi il primo più contenuto nella fascia 25-29 anni (9,5%), il secondo, il più elevato, in quella 45-49 anni (16%) e poi ce n'è un terzo tra 50-54 anni (15%). Di rilievo per i lavoratori dell'UE (esclusa l'Italia) è il picco nella fascia 45-49 anni (24%).

**Grafico 5.3.2.3. Infortuni sul lavoro nel settore “Industria e Servizi”, per genere e fasce d’età. Provincia di Ancona, anno 2021**



Fonte: db-INAIL. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

**Grafico 5.3.2.4. Infortuni sul lavoro nel settore “Industria e Servizi”, per Paese di nascita e fasce d’età. Provincia di Ancona, anno 2021**

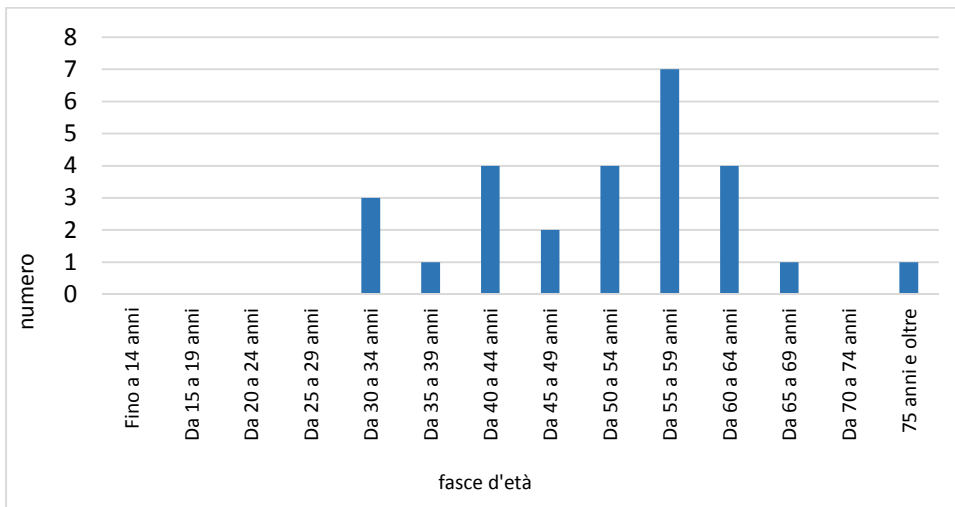


Fonte: db-INAIL. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Gli infortuni mortali nel periodo 2017-2021 in Provincia di Ancona nel settore “Industria e Servizi” sono stati complessivamente 27 di cui più di 1 su 4 (26%) è avvenuto nella fascia d’età 55-59 anni. Il grafico 5.3.2.5 mostra la distribuzione del numero di infortuni mortali per età nel quinquennio oggetto dell’analisi.



**Grafico 5.3.2.5. Infortuni sul lavoro, con esito mortale, nel settore "Industria e Servizi", per fasce d'età. Provincia di Ancona, periodo 2017-2021**



Fonte: db-INAIL. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

### 5.3.3. Le Denunce di Malattie Professionali (M.P.)

#### Frequenza

Nel periodo 2017-2021 in provincia di Ancona ci sono state complessivamente 5.414 denunce di malattie professionali, circa l'89% di esse appartengono alla gestione 'Industria e Servizi'. L'analisi temporale mostra che tali denunce aumentano dal 2017 al 2019 in tutte le diverse gestioni, mentre diminuiscono negli anni successivi (Tabella 5.3.3.1.).

**Tabella 5.3.3.1. Malattie Professionali Denunciate, per gestione (Industria e Servizi, Agricoltura, Conto Stato) e anno. Provincia di Ancona, periodo 2017-2021**

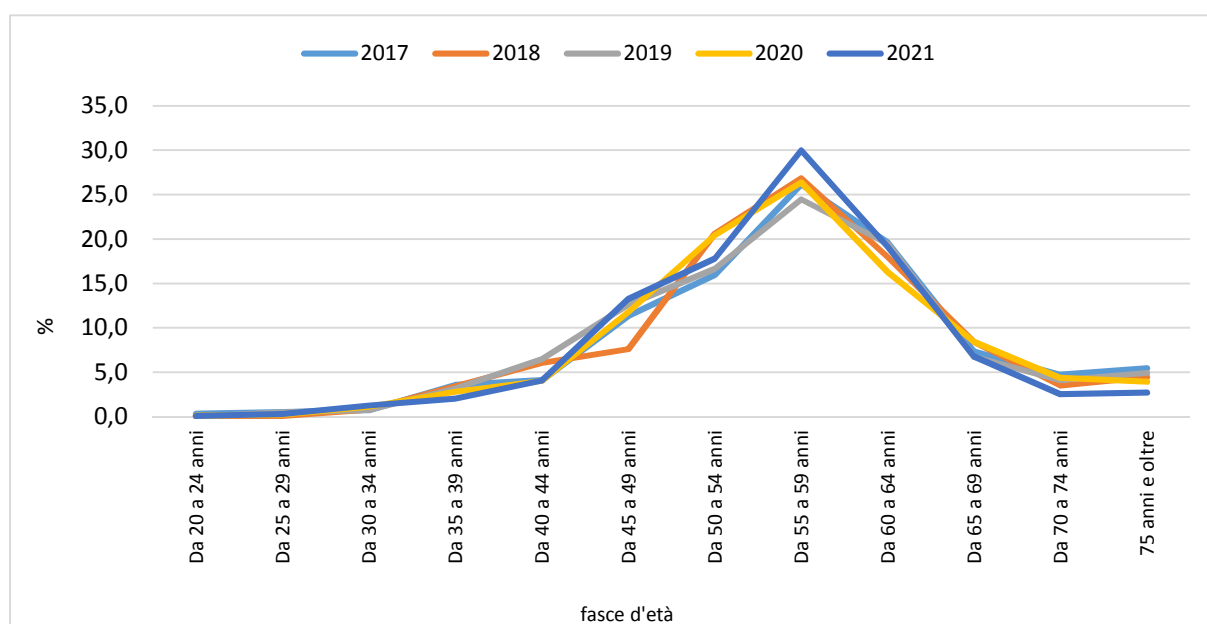
Gestione	2017	2018	2019	2020	2021	Totale periodo	%
<b>Industria e Servizi</b>	821	1.102	1.135	808	947	4.813	88,9
<b>Agricoltura</b>	119	136	144	80	80	559	10,3
<b>Per conto dello Stato</b>	11	12	11	2	6	42	0,8
<b>Totale</b>	951	1.250	1.290	890	1.033	5.414	100

Fonte: db-INAIL. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

#### Caratteristiche dei lavoratori

Nella nostra Provincia nel periodo 2017-2021 il 27% circa delle denunce di M.P. sono pervenute da lavoratori della fascia d'età 55-59 anni, il 18,6% da quelli della fascia 60-64 e il 18,3% dai lavoratori 50-54enni. Il 79% delle denunce proviene da lavoratori di 50 anni ed oltre, con presumibili storie lavorative e di esposizioni a rischi da lavoro, di lungo periodo. Nel Grafico 5.3.3.1. si evidenzia la distribuzione delle denunce di malattie professionali per fasce d'età ed anno: la maggior frequenza viene registrata nella fascia 55-59 anni; in questa fascia di età inoltre vi è un netto aumento di denunce rispetto gli anni precedenti.

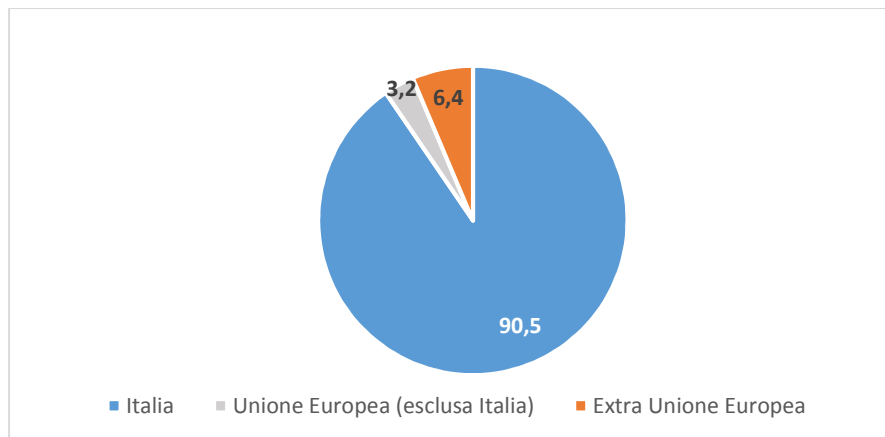
**Grafico 5.3.3.1. Malattie Professionali Denunciate - totale gestioni (Industria e Servizi, Agricoltura, Conto Stato), per fasce d'età e anno. Provincia di Ancona, periodo 2017-2021**



Fonte: db-INAIL. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

L'analisi delle M.P. denunciate nel quinquennio 2017-2021, per Paese di nascita del lavoratore mostra che il 90% di esse proviene da addetti con cittadinanza italiana, il 6% da lavoratori extra UE e il 3% da cittadini europei (esclusa l'Italia) (Grafico 5.3.3.2.).

**Grafico 5.3.3.2. Malattie Professionali Denunciate - totale delle gestioni (Industria e Servizi, Agricoltura, Conto Stato), per Paese di nascita dell'addetto. Provincia di Ancona, periodo 2017-2021**



Fonte: db-INAIL. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

### Tipologia di malattie professionali denunciate

In provincia di Ancona più del 70% delle denunce del periodo 2017-2021 riguarda le “Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo”; il 15% quelle del “Sistema nervoso” e, con percentuali minori, le “Malattie dell'orecchio” (6%), del “Sistema respiratorio” (3,2%) e i “Tumori” (2,7%). I primi quattro gruppi di malattie comprendono il 95% delle denunce.

**Tabella 5.3.3.2. Malattie Professionali Denunciate - totale gestioni (Industria e Servizi, Agricoltura, Conto Stato). Caratteristiche delle patologie, per settore ICD-10 ed anno. Provincia di Ancona, periodo 2017-2021.**

Settore ICD-10	2017	2018	2019	2020	2021	Tot MP denunciate 2017-2021	% M.P. denunciate 2017-2021
	N.	N.	N.	N.	N.		
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (M00-M99)	649	861	922	639	740	3.811	70,4
Malattie del sistema nervoso (G00-G99)	133	202	180	130	180	825	15,2
Malattie dell'orecchio e dell'apofisi mastoide (H60-H95)	72	85	79	49	40	325	6,0
Malattie del sistema respiratorio (J00-J99)	35	42	48	24	22	171	3,2
Tumori (C00-D48)	24	36	35	26	24	145	2,7
Non determinato	8	6	9	15	11	49	0,9
Malattie dell'apparato digerente (K00-K93)	8	6	4	2	7	27	0,5
Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)	7	3	7	1	5	23	0,4
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (L00-L99)	7	4	2	1	-	14	0,3
Malattie del sistema circolatorio (I00-I99)	6	1	1	3	1	12	0,2
Malattie dell'occhio e degli annessi oculari (H00-H59)	1	1	1	-	1	4	0,1
Traumatismi, avvelenamenti ed alcune altre conseguenze di cause esterne (S00-T98)	-	2	1	-	1	4	0,1
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario (D50-D89)	-	1	1	-	1	3	0,1
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (E00-E90)	1	-	-	-	-	1	0,0
<b>Totale</b>	<b>951</b>	<b>1.250</b>	<b>1.290</b>	<b>890</b>	<b>1.033</b>	<b>5.414</b>	<b>100,0</b>

Fonte: db-INAIL. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

## 6. I PROGRAMMI DI PREVENZIONE INDIVIDUALE

Fonte dati: Sorveglianza PASSI AV2  
Epicentro - ISS

### 6.1. Lo screening del tumore del collo dell'utero

% indicatore Adesione allo screening Cervicale	2020-2021			2016-2019		
	AV2	Marche	Italia	AV2	Marche	Italia
S. organizzato (%)	56,7	53,5	46,2	60,6	56,3	48,7
S. spontaneo (%)	29,3	30,8	30,8	24,4	25,8	30,8
Adesione totale (%)	86,4	85,3	77,5	85,2	82,6	79,9

Nel biennio 2020-2021 nell'AV2 l'86,4% delle donne residenti fra i 25 e i 64 anni di età si è sottoposta allo screening cervicale (Pap-test o HPV test) a scopo preventivo, all'interno di programmi organizzati (il 56,7%) o per iniziativa personale (il 29,3%), secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali<sup>12</sup>. In Italia tali proporzioni sono rispettivamente pari a: 77,5%; 46,2%; 30,8%.

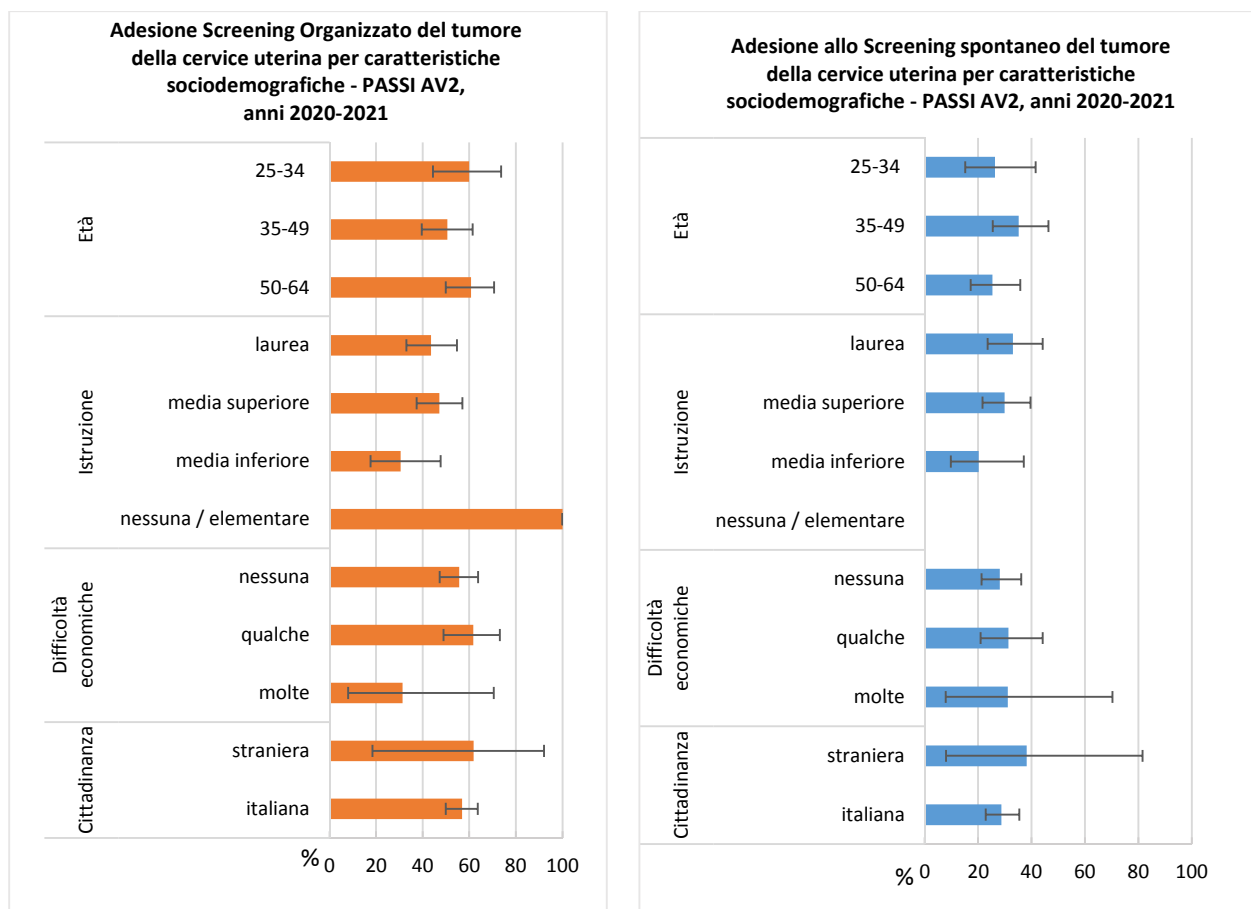
In AV2 anche per il biennio pandemico, così come avveniva nei quadrienni precedenti, si conferma l'esistenza di importanti differenze nelle caratteristiche socio-demografiche delle donne che fanno prevenzione su iniziativa personale rispetto a quelle che partecipano ai programmi organizzati.

L'adesione allo screening organizzato è più frequente fra le donne in condizioni di svantaggio socio-economico: tra le più anziane (50-64enni) circa il 61% si è riferita al programma organizzato vs il 25% della stessa fascia d'età che ha fatto ricorso alla prevenzione in maniera spontanea; tra le meno istruite (cioè quelle con diploma di scuola media inferiore) il 31% ha fatto un pap-test a scopo preventivo dentro il programma organizzato vs un 20% dello stesso livello d'istruzione che lo ha fatto fuori; Tra chi dichiara di avere qualche o molte difficoltà economiche il 93% ha aderito al programma organizzato vs il 62%, con le medesime difficoltà economiche dichiarate, che lo ha eseguito fuori (Grafico 6.1.1.).

Pertanto anche nella nostra Area Vasta, così come avviene in tutto il territorio regionale e nazionale, i dati evidenziano chiaramente come il programma di screening organizzato sia un importante strumento di riduzione delle disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione: per la gran parte delle donne con età più elevata, meno istruite o con maggiori difficoltà economiche l'offerta del programma organizzato rappresenta l'unica possibilità di fare prevenzione.

<sup>12</sup> E' raccomandato alle donne di 25-64 anni di effettuare lo screening per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina ogni tre anni.

**Grafico 6.1.1. Caratteristiche socio-demografiche delle donne che effettuano lo screening per il tumore della cervice uterina all'interno dei programmi organizzati vs quelle che lo effettuano per iniziativa personale (%). Area Vasta 2, periodo 2020-2021**

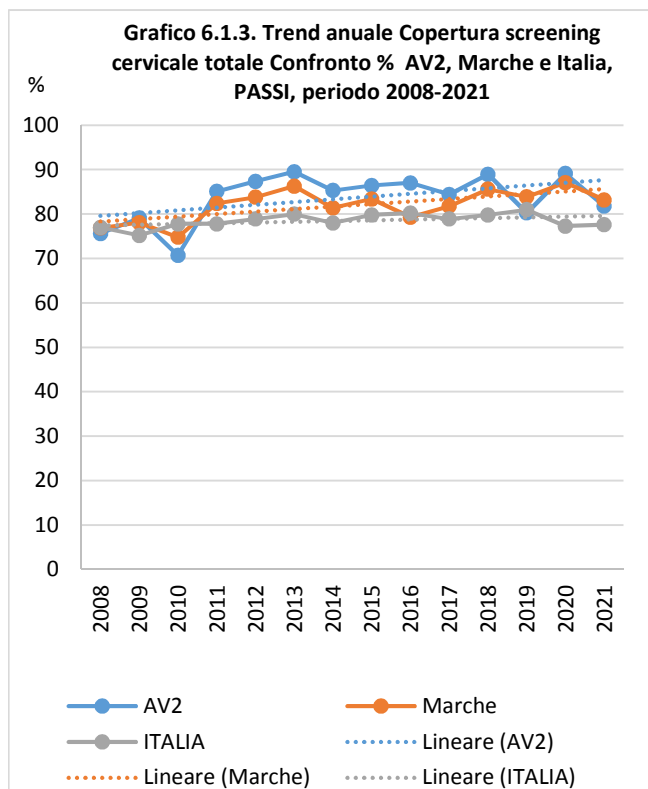
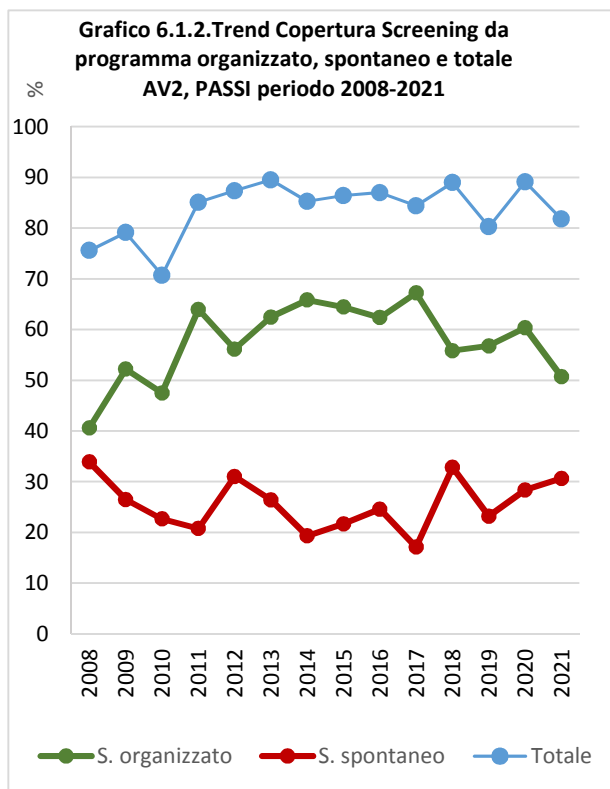


Una quota non trascurabile di donne 25-64enni riferisce di non essersi mai sottoposta allo screening cervicale (6,1%) o di averlo fatto da più di tre anni (8%). La motivazione più frequentemente addotta per la mancata esecuzione dello screening è “per pigrizia” (13,6%), seguita da quella di “non ho avuto tempo” (8,5%).

Il 2,4% riferisce di avere avuto difficoltà a prendere contatti con la ASL. Il 24,5% riferisce di non aver ricevuto la lettera di convocazione e il 26,6% di non aver ricevuto il consiglio da medici o operatori sanitari.

Rispetto al quadriennio 2016-2019 nell'AV2 nel biennio 2020-2021 è diminuita l'adesione allo screening cervicale organizzato a favore della prevenzione per iniziativa personale (Grafico 6.1.2.). La stessa situazione si è verificata nella regione Marche, mentre in Italia l'adesione spontanea è rimasta invariata.

Osservando il trend della copertura dal 2008 al 2021 si osserva che in AV2 e nelle Marche vi è una tendenza all'aumento, mentre su tutto il territorio nazionale sembra esserci una sostanziale stabilità. (Grafico 6.1.3.).



## 6.2. Lo Screening del tumore della mammella

% indicatore Adesione allo screening Mammografico	2020-2021			2016-2019		
	AV2	Marche	Italia	AV2	Marche	Italia
S. organizzato (%)	55,9	45,6	49,3	60,6	56,7	55,3
S. spontaneo (%)	28,4	36,3	20,8	25,2	26,1	19,1
Adesione totale (%)	84,3	85,1	70,4	86,0	83,1	74,8

Nel biennio 2020-2021 nell'AV2 l'84,3% delle donne fra i 50 e i 69 anni si è sottoposta allo screening mammografico a scopo preventivo (all'interno di programmi organizzati il 55,9% o per iniziativa personale il 28,4% sostenendo in tutto o in parte il costo dell'esame) secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali<sup>13</sup>. In Italia nel medesimo biennio tali prevalenze sono rispettivamente pari a: 70%; 49% e 21%.

In AV2 anche per il biennio pandemico, così come avveniva nei quadrienni precedenti, si conferma l'esistenza di importanti differenze nelle caratteristiche socio-demografiche delle donne che fanno prevenzione su iniziativa personale rispetto a quelle che partecipano ai programmi organizzati.

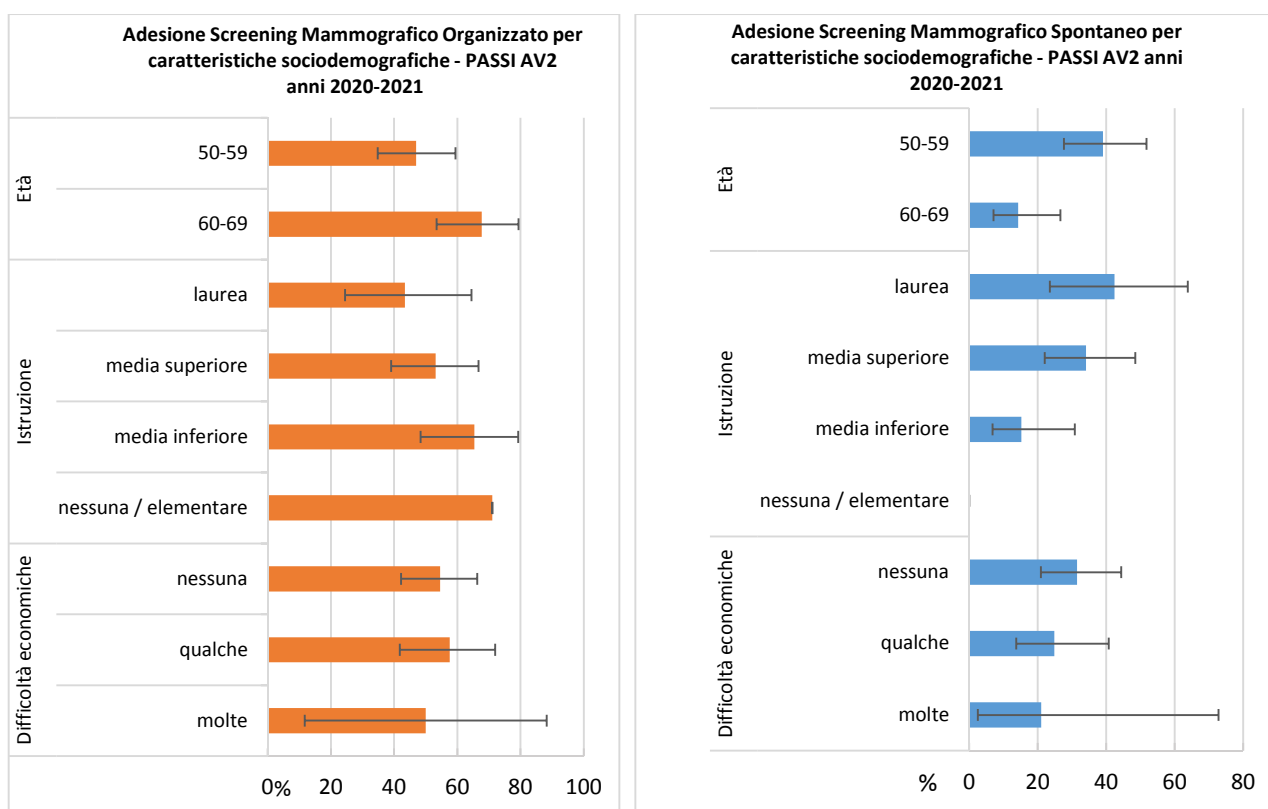
L'adesione allo screening organizzato è più frequente fra le donne in condizioni di svantaggio socio-economico: tra le più anziane (60-69enni) circa il 68% si è riferita al programma organizzato vs il 14% della stessa fascia d'età che ha fatto ricorso alla prevenzione in maniera spontanea; tra le meno istruite (cioè quelle con diploma di scuola media inferiore) il 65% ha fatto una mammografia a scopo preventivo dentro il

<sup>13</sup> E' raccomandato alle donne tra 50-69 anni di sottoporsi a mammografia ogni due anni per la diagnosi precoce del tumore al seno.

programma organizzato vs un 15%, del medesimo livello d'istruzione, che lo ha eseguito fuori; tra coloro che dichiarano di avere molte difficoltà economiche il 50% ha aderito al programma organizzato vs il 21%, con le medesime difficoltà economiche dichiarate, che lo ha eseguito fuori (Grafico 6.2.1.).

Pertanto anche nella nostra Area Vasta, così come avviene in tutto il territorio regionale e nazionale, i dati evidenziano chiaramente come il programma di screening organizzato sia un importante strumento di riduzione delle disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione: per la gran parte delle donne con età più elevata, meno istruite o con maggiori difficoltà economiche l'offerta del programma organizzato rappresenta l'unica possibilità di fare prevenzione.

**Grafico 6.2.1. Caratteristiche socio-demografiche delle donne che effettuano lo screening per il tumore della mammella all'interno dei programmi organizzati vs quelle che lo effettuano per iniziativa personale (%). Area Vasta 2, periodo 2020-2021**

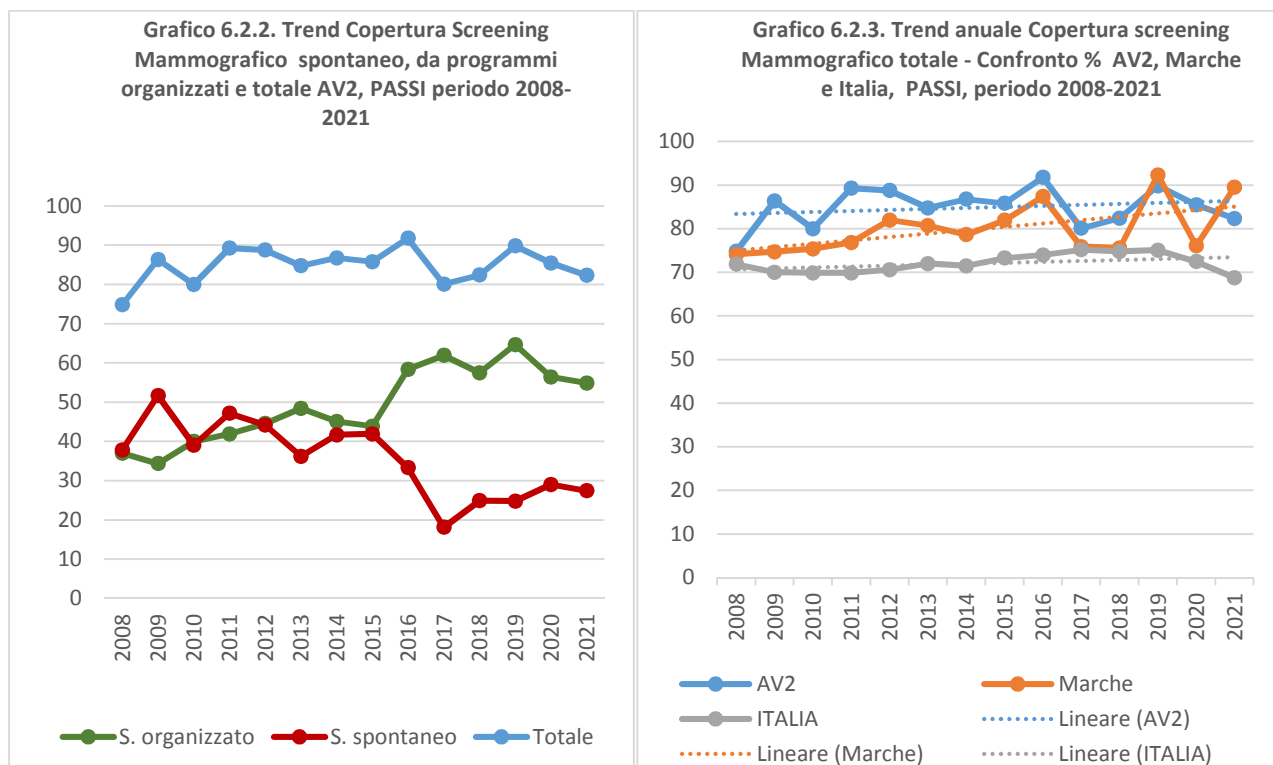


Il 17,3% non ha mai effettuato una mammografia nel corso della sua vita. La motivazione più frequentemente adottata per la mancata esecuzione dello screening è quella di non avere avuto tempo (17,7%), seguita da "penso di non averne bisogno" (13,6%), "per pigrizia" e "è fastidioso/doloroso" (a parità 9,6%). Il 5,5% delle donne riferisce di essere già stata operata.

Il 30,3% non ha ricevuto il consiglio a sottoporsi allo screening da parte del medico e il 14,4% non ha ricevuto la lettera da parte della segreteria organizzativa degli screening organizzati.

Il quadriennio 2016-2019 segna in AV2 una "forbice", tra l'adesione al programma organizzato rispetto a quella "su iniziativa personale", a favore dei programmi aziendali che mostrano prevalenze costantemente più elevate. Nel biennio 2020-2021, l'adesione allo screening mammografico organizzato diminuisce mentre cresce la prevenzione per iniziativa personale; ciò con molta probabilità è la conseguenza degli effetti delle restrizioni imposte dalla pandemia da SARS-COV 19. La stessa situazione si è verificata nella regione Marche e in Italia (Grafico 6.2.2.).

Osservando il trend della copertura dal 2008 al 2021 si nota su tutti e tre i territori osservati un trend in leggero aumento di donne si sottopongono allo screening mammografico (Grafico 6.2.3.).





### 6.3. Screening del tumore del colon retto

% indicatore Adesione allo screening Colorettale	2020-2021			2016-2019		
	AV2	Marche	Italia	AV2	Marche	Italia
S. organizzato (%)	49,5	44,6	35,9	59,9	50,9	39,6
S. spontaneo (%)	9,9	11,2	7,6	8,1	9,9	7,4
Adesione totale (%)	59,6	56,8	44,1	68,6	61,7	47,6
Ricerca S.O. nelle feci negli ultimi 2 anni (%)	53,8	51,7	37,9	61,0	54,6	41,6
Colonscopia o rettosigmoidoscopia negli ultimi 5 anni (%)	18,6	17,7	14,5	19,3	18,7	14,3

Nel biennio 2020-2021 nell'Area Vasta 2 la copertura dello screening coloretale resta ancora piuttosto bassa: circa il 60% degli intervistati nella fascia di età 50-69 anni riferisce di aver eseguito uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori coloretali a scopo preventivo nei tempi e modi raccomandati (ricerca del sangue occulto fecale - S.O.F. - negli ultimi due anni oppure colonscopia/rettosigmoidoscopia negli ultimi cinque anni).

La gran parte delle persone che ha effettuato lo screening coloretale lo ha fatto nell'ambito di programmi organizzati (49,5%), mentre quello eseguito su base spontanea (ossia al di fuori dell'offerta delle ASL) è poco frequente (9,9%). In Italia la proporzione di soggetti che riferisce di essersi sottoposta a screening per la ricerca del tumore del colon-retto (adesione totale) è ancora più bassa del dato di AV2 ed è pari al 44%.

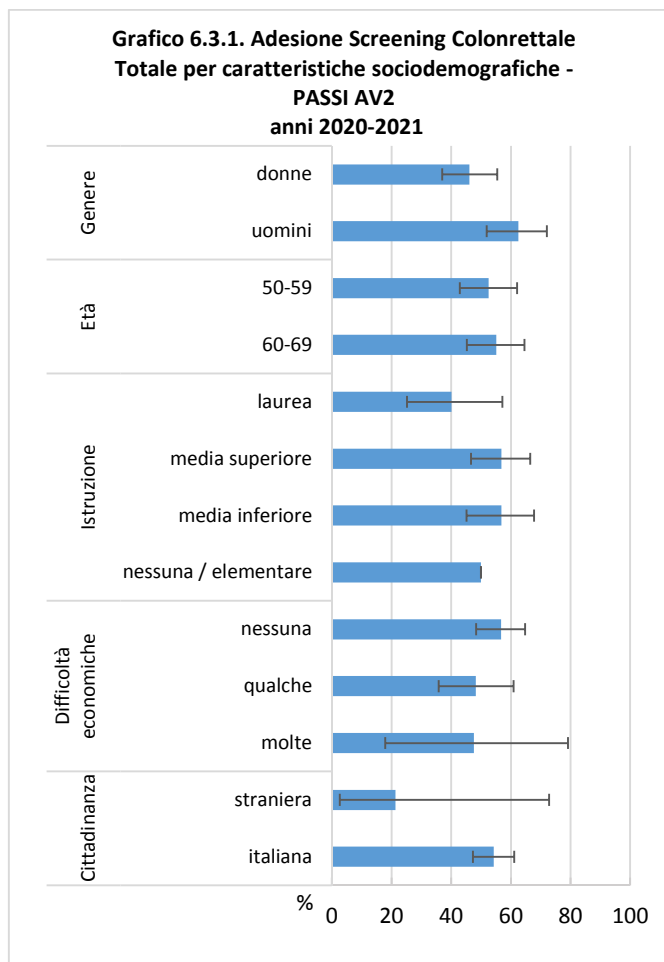
Per completezza d'informazione si riporta che il 18,6% dei residenti della nostra Area Vasta, tra i 50 e i 69 anni, riferisce di aver effettuato una colonscopia o una rettosigmoidoscopia a scopo preventivo nei cinque anni precedenti l'intervista. La colonscopia/rettosigmoidoscopia però è un esame secondario alla ricerca del sangue occulto fecale, che ne completa la procedura diagnostica qualora il SOF risultasse positivo; pertanto, non costituisce di per sé un indicatore di adesione al programma di screening.

L'emergenza sanitaria per la gestione della pandemia di COVID-19 si è tradotta, da un parte, in un ritardo e in una conseguente sostanziale riduzione dell'offerta dei programmi di screening organizzati da parte delle ASL e, dall'altra, in una riduzione di adesione da parte della popolazione, con il risultato che nel 2020 la copertura dello screening coloretale (come accade per gli altri screening oncologici) subisce una significativa riduzione, che nel 2021 resta ancora lontana dai valori pre-pandemia. Ciò viene evidenziato confrontando i dati di copertura all'interno del programma organizzato tra il quadriennio 2016-2019 e il biennio pandemico. I 50-69enni residenti in AV2 nel quadriennio pre-pandemico avevano riferito un'adesione al programma di prevenzione organizzato dalla Asl del 60%, che è scesa, come sopra-riferito, al 50% nel biennio pandemico. Lo stesso quadro si è osservato su tutto il territorio marchigiano e nazionale

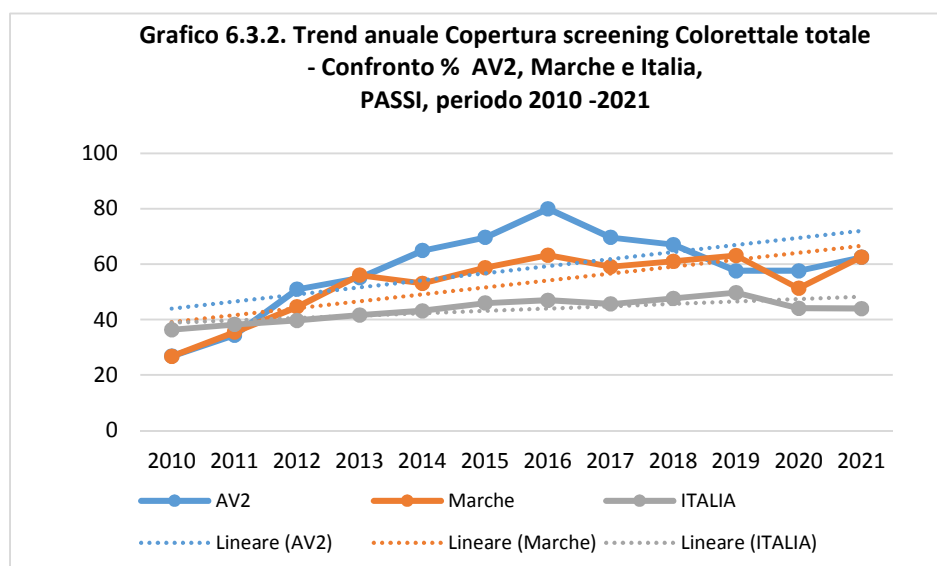
Nel biennio 2020-2021 la quota di persone che si sottopongono allo screening coloretale è maggiore tra gli uomini (62,5% vs il 46,1% delle donne), tra le persone più avanti con gli anni (55,1% nella classe di età di 60-69 anni vs il 52,6% nella classe di 50-59 anni), tra coloro che non hanno difficoltà economiche (57% vs il 47,6% di chi ne ha molte e il 48% qualche difficoltà), mentre non ci sono differenze importanti per grado di istruzione (Grafico 6.3.1.).

Il 35,5% degli intervistati riferisce di non avere mai effettuato la ricerca del Sangue Occulto nelle feci in tutta la vita. La motivazione più frequentemente riferita dalle persone intervistate per la mancata esecuzione è quella di non avere avuto tempo (20,6%), seguita da “penso di non averne bisogno” (17,3%), “per pigrizia” (10,1%).

Il 59,4% riferisce di non aver ricevuto il consiglio di sottoporsi a screening da parte del medico e il 25,9% di non aver ricevuto la lettera da parte della segreteria organizzativa degli screening.



Osservando il trend di copertura dal 2008 al 2021 dello screening coloretale totale si osserva una tendenza all'aumento su tutti e tre i territori esaminati (Grafico 6.3.2.).



## 7. GRAVIDANZE E NASCITE NELL'AREA VASTA 2

Fonti dati:

- Istat, popolazione residente [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)
- Istat, data -base "Health for all" <https://www.istat.it/it/archivio/14562>
- data base 2016-2021 dei Certificati di Assistenza al Parto (CedAP), ARS Marche, Settore Flussi informativi e monitoraggio del SSR, aggiornamento a luglio 2022

### 7.1 La Natalità e Fecondità nell'AV2

La denatalità è un problema che interessa l'Italia da anni e, con la pandemia, le cose sono peggiorate. I territori della nostra Area Vasta e tutta la regione Marche riflettono quanto sta succedendo nel nostro Paese. Sulla base dei dati CedAP i parti delle residenti in AV2, avvenuti in qualsiasi Punto Nascita della regione Marche, nel periodo 2016-2021, sono stati 17.229 pari al 32,6% del totale dei parti delle residenti marchigiane (52.788) nel medesimo arco temporale.

La tabella 7.1.1 mostra l'andamento dei parti, per anno e per distretto di residenza materna, dal 2016 al 2021. In questo periodo in AV2 vi è una diminuzione complessiva del numero di parti di -23,8% (-26% nelle Marche). Il distretto più colpito appare essere quello di Fabriano.

**Tab.7.1.1. N. assoluto di parti di donne residenti, per Distretto e relativa variazione %. Area Vasta 2, anni 2016-2021**

Distretto	2016	2017	2018	2019	2020	2021	var% 16-21
Senigallia	484	463	455	400	424	434	-11,5
Jesi	743	690	693	624	572	582	-27,7
Fabriano	274	254	252	100	87	98	-179,6
Ancona	1.729	1.669	1.581	1.608	1.519	1.494	-15,7
<b>Area Vasta 2</b>	<b>3.230</b>	<b>3.076</b>	<b>2.981</b>	<b>2.732</b>	<b>2.602</b>	<b>2.608</b>	<b>-23,8</b>
<b>Regione Marche</b>	<b>9.869</b>	<b>9.449</b>	<b>9.046</b>	<b>8.446</b>	<b>8.145</b>	<b>7.833</b>	<b>-26,0</b>

Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

Ovviamente la riduzione del numero dei parti ha comportato una riduzione del numero delle nascite. Nel periodo 2016-2021 i nati da madri residenti in AV2 sono stati complessivamente 17.504 (il 32,7% del totale dei nati da donne residenti nelle Marche). La tabella 7.1.2. mostra in valori assoluti l'andamento del numero di nuovi nati, per anno e Distretto dell'AV2 e la relativa variazione percentuale 2016-2021. Complessivamente su tutto il nostro territorio si registra un'importante flessione delle nascite: - 24% (- 26% a livello regionale).

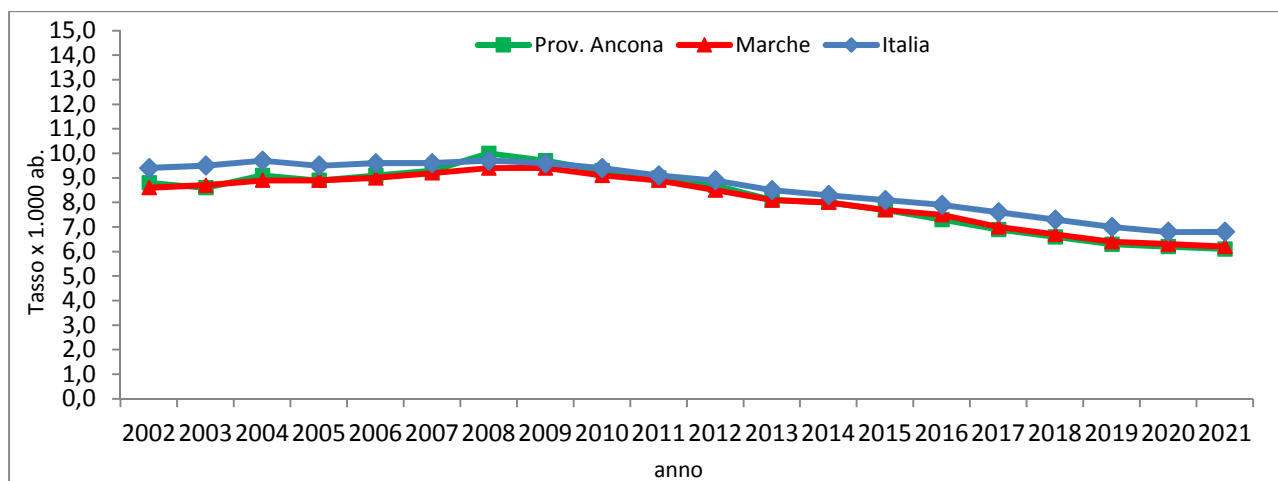
**Tabella. 7.1.2.N. assoluto di nati da residenti in AV2, per Distretto, AV2, regione Marche e variazione %. Area Vasta 2, anni 2016-2021**

Distretto	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Totale	var% 16-21
Senigallia	487	470	464	405	430	441	2697	-10,4
Jesi	759	698	700	637	577	590	3961	-28,6
Fabriano	278	259	255	102	91	100	1085	-178,0
Ancona	1766	1704	1610	1629	1539	1513	9761	-16,7
<b>Area Vasta 2</b>	<b>3.290</b>	<b>3.131</b>	<b>3.029</b>	<b>2.773</b>	<b>2.637</b>	<b>2.644</b>	<b>17.504</b>	<b>-24,4</b>
<b>Regione Marche</b>	<b>10.040</b>	<b>9.579</b>	<b>9.198</b>	<b>8.569</b>	<b>8.269</b>	<b>7.940</b>	<b>53.595</b>	<b>- 26,4</b>

Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

Nel grafico 7.1.1. è evidenziato l'andamento del tasso di natalità<sup>14</sup> in provincia di Ancona, raffrontato a quello delle Marche e al dato italiano, dal 2002 al 2021. Nel territorio provinciale e in quello regionale vi è una costante riduzione della natalità dopo un picco registrato nel 2008 (rispettivamente di 10 e di 9,4 nati vivi ogni 1.000 abitanti). Invece i valori nazionali, nello stesso periodo, pur presentando un decremento rimangono comunque sempre più elevati. Nel 2021 il tasso di natalità in provincia di Ancona raggiunge il 6,1‰; nelle Marche è al 6,2‰, in Italia al 6,8‰.

**Grafico 7.1.1. Tasso di natalità (x 1.000 ab.), per anno. Confronto provincia di Ancona, Marche e Italia, periodo 2002-2021**



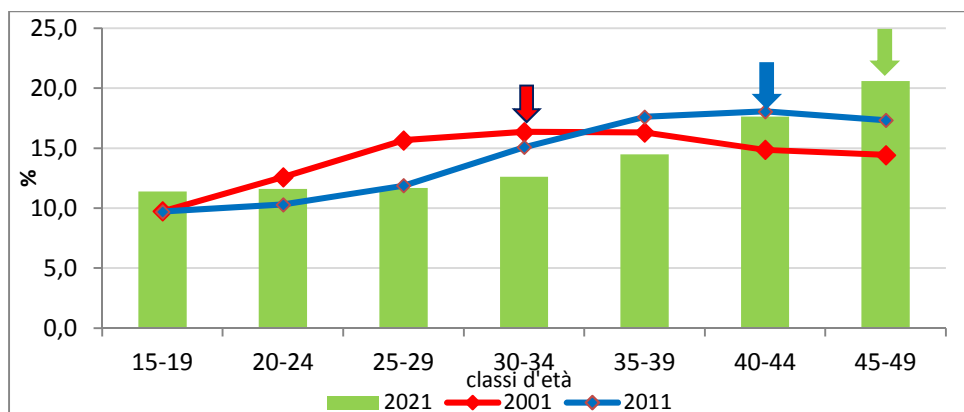
Fonte: <https://demo.istat.it/altridati/indicatori/index.php> ultimo accesso 30 dicembre 2022; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

Le ragioni di questo preoccupante fenomeno “partono da lontano” e sono supportate da una serie di cause comuni su tutto il territorio nazionale. Il calo della natalità è in parte spiegato dalle profonde modificazioni della struttura per età della popolazione femminile residente in età feconda, convenzionalmente fissata tra 15 e 49 anni. Questo fenomeno viene osservato in AV2 così come nel resto d'Italia ormai da circa un ventennio. Tra il 2001 ed il 2021 in AV2 il numero assoluto delle residenti (15-49enni) si è ridotto: -12,3% (-12,5% nelle Marche) ed è estremamente cambiato nella sua composizione: se nel 2001 la fascia d'età più

<sup>14</sup> Tasso di natalità: rapporto tra numero di nati vivi e l'ammontare della popolazione residente, moltiplicato per 1.000

rappresentata era quella delle 30-34enni (16,4%), nel 2011 lo diviene quella delle 40-44enni (18,1%) e nel 2021 quella delle 45-49enni (20,6%) (Grafico 7.1.2.). In altre parole succede che in provincia di Ancona, come appunto anche su gran parte del territorio nazionale, la popolazione femminile residente “invecchia” e non vi è un sufficiente ricambio generazionale. Infatti le cosiddette baby-boomers (ovvero le donne nate tra la seconda metà degli anni Sessanta e la prima metà dei Settanta) stanno uscendo dalla fase riproduttiva (o si stanno avviando a concluderla), mentre le odierne generazioni di donne più giovani sono sempre meno consistenti per via del forte calo della fecondità registrato nel periodo 1976-1995 il quale ha portato al minimo storico di 1,19 figli per donna nel 1995.

**Grafico 7.1.2. Donne in età feconda, residenti nell'AV2, per classi quinquennali di età (valori %). Confronto 1 gennaio 2001- 1 gennaio 2011 - 1 gennaio 2021.**



Fonte: <https://demo.istat.it> ultimo accesso 30 dicembre 2022; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

Il calo della natalità è inoltre in parte spiegato da una minor propensione delle donne ad avere figli. Anche questo fenomeno è comune su tutto il territorio nazionale. Nella nostra provincia Il numero medio di figli per donna<sup>15</sup> nel 2021 è sceso a 1,20; nelle Marche a 1,19; in Italia a 1,25. Complessivamente per il dodicesimo anno consecutivo, dopo un biennio 2008-2009 di “timida ripresa”, si registra una riduzione costante del tasso di fecondità totale. Questi livelli di fecondità sono insufficienti a garantire il necessario ricambio generazionale (tabella. 7.1.3.)

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

**Tabella 7.1.3. Numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale). Confronto provincia di Ancona, Marche e Italia, periodo 2002-2021**

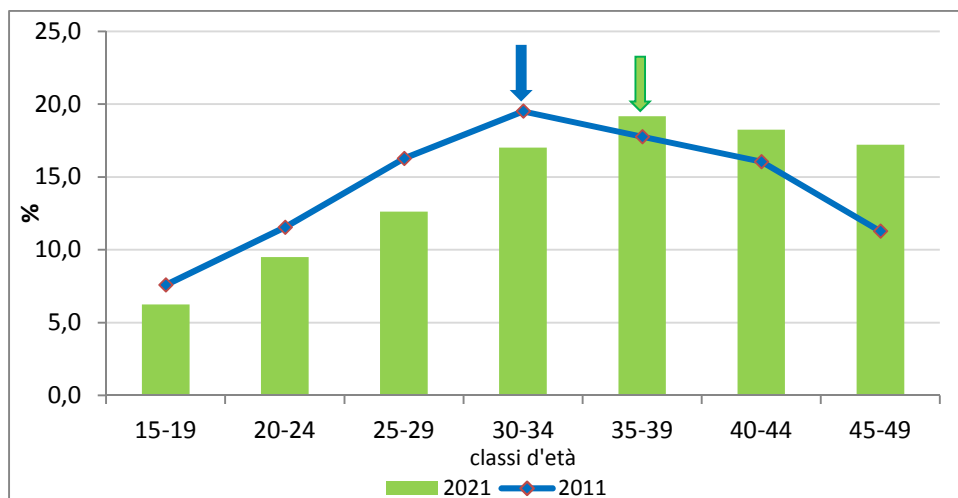
Anno	prov AN	Marche	Italia
2002	1,23	1,22	1,27
2003	1,20	1,22	1,29
2004	1,29	1,27	1,34
2005	1,28	1,28	1,33
2006	1,33	1,32	1,37
2007	1,39	1,36	1,39
2008	1,50	1,42	1,44
2009	1,50	1,43	1,44
2010	1,46	1,41	1,44
2011	1,44	1,42	1,42
2012	1,43	1,38	1,42
2013	1,36	1,35	1,39
2014	1,38	1,35	1,38
2015	1,36	1,34	1,36
2016	1,32	1,32	1,36
2017	1,27	1,26	1,34
2018	1,24	1,23	1,31
2019	1,21	1,19	1,27
2020	1,21	1,19	1,24
2021	1,20	1,19	1,25

Fonte: <https://demo.istat.it/altridati/indicatori/index.php> ultimo accesso 30 dicembre 2022; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

Il calo della natalità è infine in parte spiegato anche dalla riduzione dell’apporto positivo delle donne straniere su questo fenomeno. A partire dagli anni duemila il contributo dell’immigrazione, con l’ingresso di popolazione giovane (spesso derivante dai ricongiungimenti familiari favoriti dalle massicce regolarizzazioni) ha parzialmente contenuto gli effetti della riduzione della fecondità delle donne italiane. Ma da qualche tempo anche tra le straniere residenti si osservano gli stessi problemi di progressivo invecchiamento della popolazione femminile, con riduzione del numero di donne in età feconda e una loro minore propensione alla riproduzione.

In AV2 questa popolazione mostra tra il 2011 ed il 2021 una contrazione della sua numerosità (var% 2011-2021 di: -16,4%); inoltre se nel 2011 la fascia d’età più rappresentata era quella delle 30-34enni (19,5%), nel 2021 lo diviene quella delle 35-39enni (19,2%) (Grafico 7.1.3.).

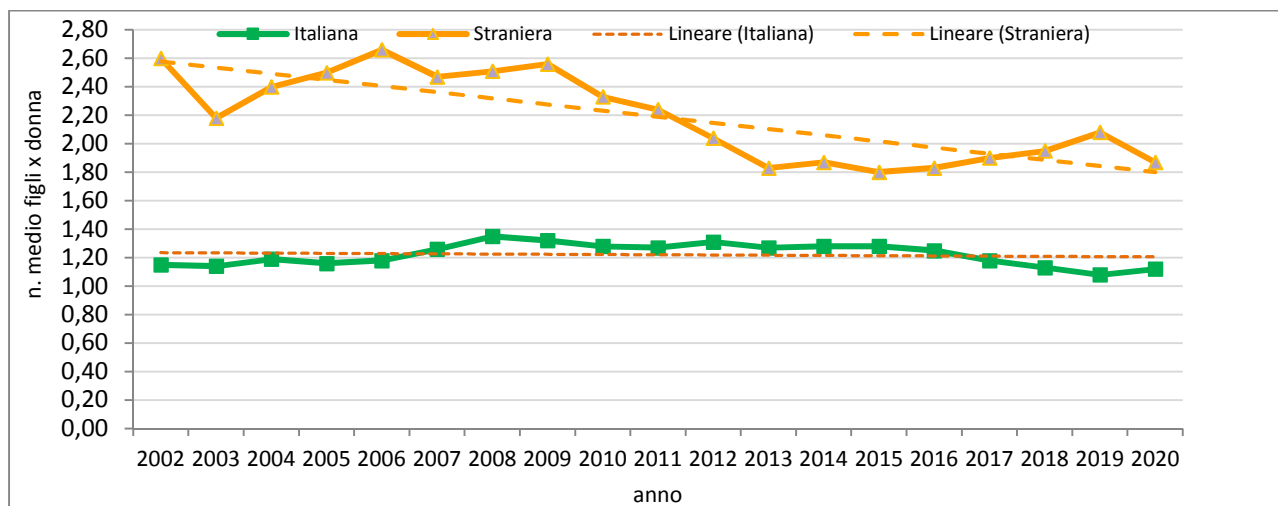
**Grafico 7.1.3. Donne straniere in età feconda, residenti nell'AV2, per classi quinquennali di età (valori %). Confronto 1 gennaio 2011 - 1 gennaio 2021.**



Fonte: <https://demo.istat.it> ultimo accesso 30 dicembre 2022; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

Tra le straniere residenti sta diminuendo pure il tasso di fecondità totale: nel 2020 in provincia di Ancona arriva a 1,87 figli per donna (era uguale a 2,60 nel 2002), mostrando un chiaro progressivo calo nel periodo considerato. In particolare poi questo indicatore a partire dal 2012 sta mostrando (ad eccezione dell'anno 2019) valori costantemente al di sotto delle 2 unità: numero che garantisce il minimo ricambio generazionale (Grafico 7.1.4.).

**Grafico 7.1.4. Numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale), per cittadinanza materna. Provincia di Ancona, periodo 2002-2020**



Fonte: <http://dati.istat.it/#> ultimo accesso 30 dicembre 2022; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

Concludendo l'apporto positivo dell'immigrazione, che in AV2 come su tutto il territorio nazionale a partire dagli anni duemila ha svolto un ruolo importante nel contrastare la riduzione delle nascite e della fecondità registrato tra le donne italiane, si è arrestato. Infatti nell'ultimo decennio le residenti straniere nella nostra Provincia, le quali fino ad ora avevano almeno in parte riempito i "vuoti" di popolazione femminile, presenti nella struttura per età delle italiane, stanno a loro volta invecchiando e, pertanto, il loro "contributo" alla lotta alla denatalità sta perdendo d'efficacia.

## 7.2 LE CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEI GENITORI

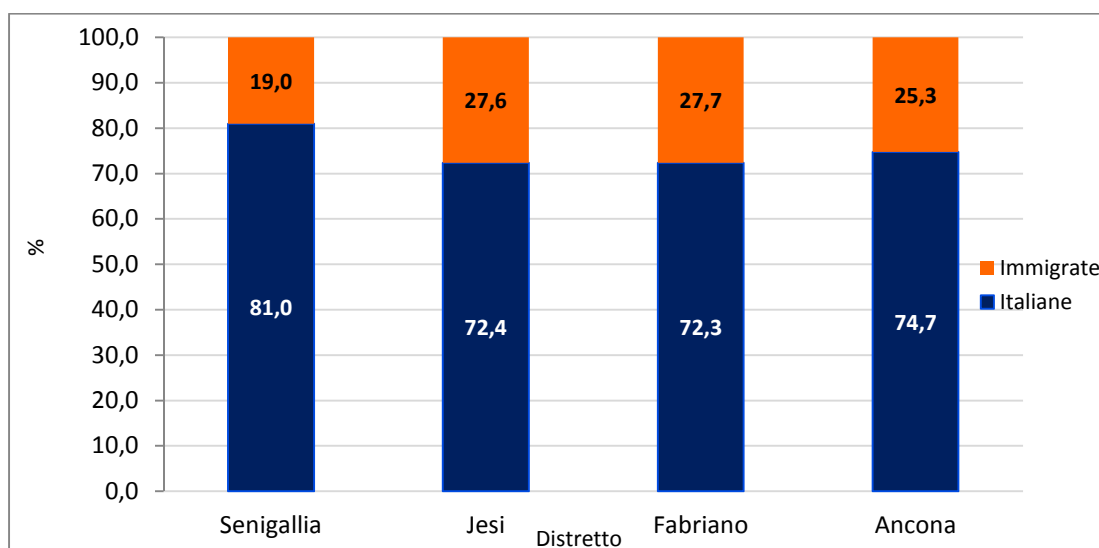
### 7.2.1. La cittadinanza materna

Sempre da fonte CedAP si evince<sup>16</sup> che nel periodo 2016-2021 il 74,9% delle madri residenti nell'Area Vasta 2 (10.618) ha cittadinanza italiana; lo 0,2% (32) ha cittadinanza in uno dei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e il 24,9% (3.530) ha cittadinanza in Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM): in pratica 1 mamma su 4 è un'immigrata.

Il grafico 7.2.1.1. mette in evidenza la distribuzione dei parti per cittadinanza materna nell'ambito di ciascun Distretto dell'AV2.

La proporzione di mamme residenti, provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria è più alta nel distretto di Fabriano (27,7%, ma pari a soli 239 parti), segue quella del distretto di Jesi (27,6% pari però a 911 parti), poi c'è il distretto di Ancona (25,3%: 1.921 parti), quindi vi è il distretto di Senigallia (19%: 459 parti).

**Grafico 7.2.1.1. Parti per cittadinanza materna e Distretto di residenza. AV2, periodo 2016-2021**



Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

La tabella 7.2.1.1. mostra le prime 10 cittadinanze più rappresentate tra le madri straniere residenti in AV2 mettendo a confronto l'anno 2015 con l'anno 2021.

La fotografia del 2015 non viene confermata nel 2021: ci sono stati dei cambiamenti importanti. Infatti: al primo posto troviamo le mamme del Bangladesh (13,1% del totale di parti delle straniere), e quelle albanesi (13%), seguono poi le mamme romene (12%). Nel 2015 invece le madri provenienti dal Bangladesh rappresentavano solo la quarta cittadinanza materna più numerosa, mentre erano le magrebine (donne di cittadinanza marocchina e tunisina) il gruppo di mamme più rappresentato (17,9%), seguito dalle rumene e dalle albanesi.

<sup>16</sup> Al netto delle 3.049 schede su 17.299 (17,7% del totale) in cui l'informazione sulla cittadinanza materna è mancante



**Tabella 7.2.1.1. Donne immigrate residenti: prime 10 cittadinanze materne più rappresentate (valori percentuali). Area Vasta 2, confronto anno 2015 con 2021.**

Anno 2021			Anno 2015		
Rango	Cittadinanza materna	%	Rango	Cittadinanza materna	%
1	Bangladesh	13,2	1	Romania	15,1
2	Albania	13,0	2	Marocco	11,3
3	Romania	12,2	3	Albania	9,8
4	Nigeria	9,5	4	Bangladesh	9,7
5	Marocco	6,4	5	Macedonia	7,5
6	Tunisia	4,8	6	Tunisia	6,6
7	India	3,1	7	India	4,4
8	Pakistan	3,1	8	Nigeria	4,1
9	Moldavia	2,9	9	Ucraina	3,2
10	Ucraina	2,9	10	Moldavia	2,8
	altro	28,9		altro	25,4

Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

### 7.2.2. L'età materna

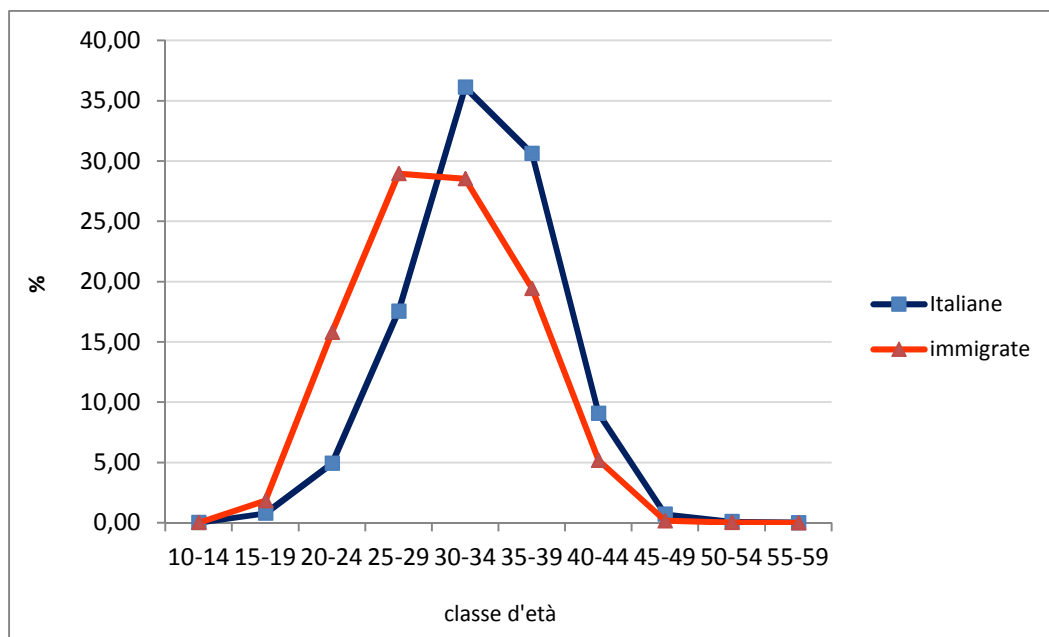
Nel periodo 2016-2021 le madri residenti nell'AV2 hanno un'età media al momento del parto di 32 anni, ma con differenze tra italiane ed immigrate; infatti mentre per le prime l'età media è pari a 33 anni (stesso valore registrato a livello regionale), le immigrate sono più giovani: l'età media è di 30 anni (come nel resto della nostra Regione).

Considerando solo le donne che sono al loro primo parto (nullipare<sup>17</sup>) l'età media delle italiane e delle immigrate si abbassa ed è pari rispettivamente a 32,4 anni per le prime e a 29,3 anni per le seconde.

La curva di distribuzione delle madri, per età al parto (Grafico 7.2.2.1.), mostra che la maggior percentuale di donne con cittadinanza italiana e/o in PSA si trova nella classe 30-34 anni (moda 35), mentre le madri residenti in PFP si trovano prevalentemente nella fascia 25-34 anni (moda 32)

<sup>17</sup> Definizioni: **nullipara** = donna che non ha mai partorito (una nullipara può essere primigravida o plurigravida se ha avuto, in precedenza, gravidanze esitate in aborto spontaneo o IVG); **pluripara** = donna che ha già partorito con o senza TC.

**Grafico 7.2.2.1 Parti di donne residenti, per classi d'età e cittadinanza (valori percentuali). Area Vasta 2, periodo 2016-2021**

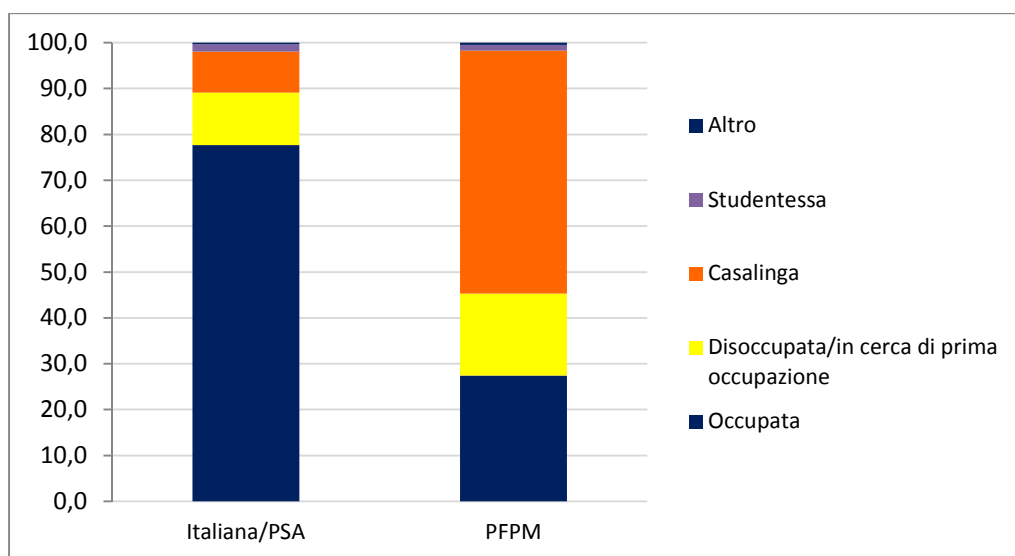


Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

### 7.2.3. La condizione professionale materna e paterna

Dall'analisi della condizione professionale materna<sup>18</sup>, risulta che nel periodo 2016-2021 nell'Area Vasta 2 su 100 madri: circa 65 sono occupate; 20 sono casalinghe; 13 si dichiarano disoccupate od in cerca di una prima occupazione; 2 sono studentesse e/o appartengono ad altre categorie. Ci però differenze molto rilevanti tra le immigrate e le italiane (Grafico 7.2.3.1.).

**Grafico 7.2.3.1. Parti di residenti, per condizione professionale e cittadinanza materna (valori percentuali). Area Vasta 2, periodo 2016-2021**



Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

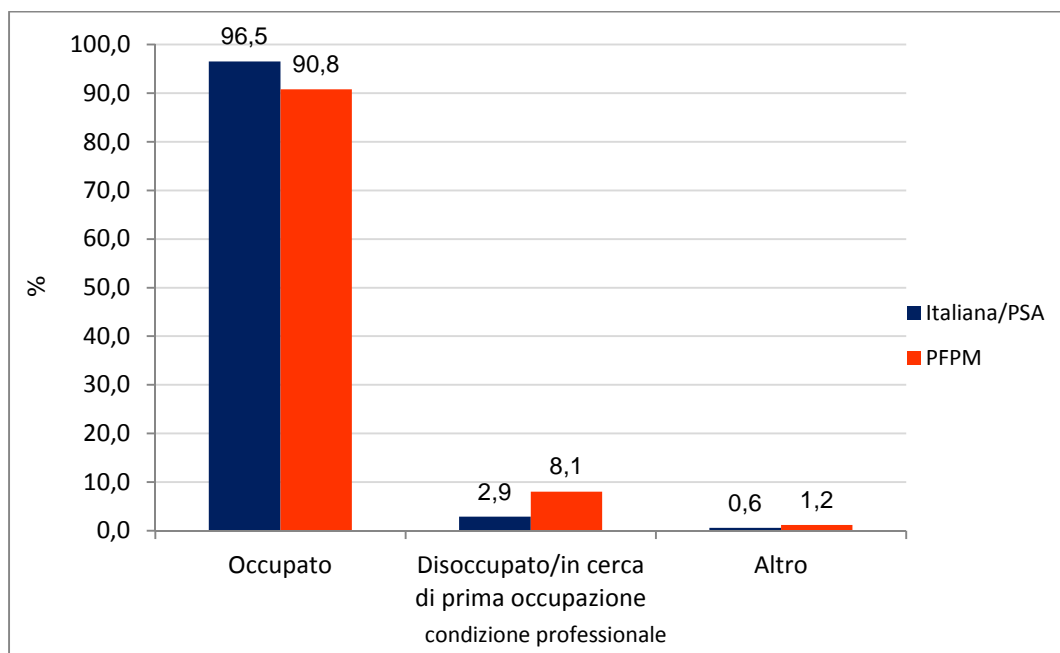
<sup>18</sup> Al netto di 59 schede su 17.299 (0,3%) in cui l'informazione sulla condizione professionale materna è mancante

Le italiane risultano per lo più lavoratrici: infatti sono occupate nel 78% dei casi, casalinghe nel 9% dei casi e disoccupate o in cerca di prima occupazione in circa il 12% dei casi (rispettivamente 77%, 11% e 11% nelle Marche nello stesso periodo).

Le immigrate invece sono prevalentemente casalinghe (53%), risultano occupate solamente nel 27% dei casi e disoccupate nel 18% dei casi (rispettivamente 58% 26% e 14% nelle Marche nello stesso periodo).

Il grafico 7.2.3.2. mostra lo stato di occupazione paterna: il dato da evidenziare riguarda la proporzione di disoccupati tra i padri immigrati rispetto agli italiani: più del doppio (l'8% rispetto al 3%)

**Grafico 7.2.3.2. Parti di residenti, per condizione professionale e cittadinanza paterna (valori percentuali). Area Vasta 2, periodo 2016-2021**



Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

#### 7.2.4. La scolarità materna e paterna

L'analisi dei dati sulla scolarità materna<sup>19</sup> rileva che fra le donne che hanno partorito in AV2:

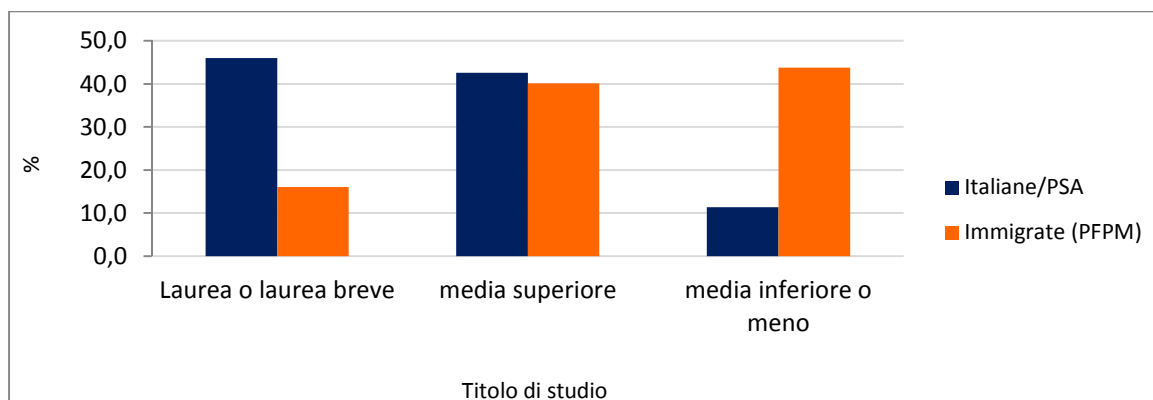
- il 19,2% ha un livello di scolarità uguale o inferiore alla licenza di scuola media inferiore (scolarità bassa); sono all'incirca la stessa proporzione nelle Marche (19,5%)
- il 42,1% ha conseguito un diploma di scuola media superiore (scolarità media); sono di più nelle Marche (43,6%);
- il 38,7% è laureata o ha conseguito un diploma universitario (scolarità alta); sono di meno nelle Marche (36,9%).

Fra le immigrate, rispetto alle italiane<sup>20</sup>, la frequenza di donne con bassa scolarità è molto più elevata (43,8% vs 11,4%); è il contrario per quelle con alto titolo di studio: 46% tra le italiane vs 16,1% fra le PFPM (Grafico 7.2.4.1).

<sup>19</sup> Al netto delle 74 schede (0,4% del totale) in cui l'informazione sulla scolarità materna è mancante

<sup>20</sup> Al netto delle 3.049 schede (17,7% del totale) in cui l'informazione sulla scolarità e/o sulla cittadinanza materna è mancante

**Grafico 7.2.4.1. Parti di residenti nell'AV2, per titolo di studio e cittadinanza materna (valori percentuali). Area Vasta 2, periodo 2016-2021**

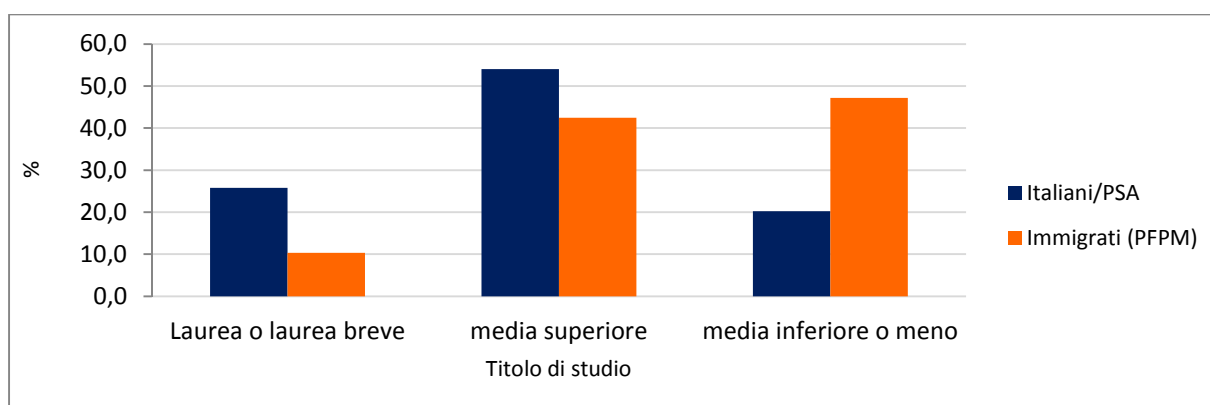


Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

L'analisi della scolarità paterna mostra risultati analoghi a quelli della scolarità materna (Grafico 7.2.4.2).

Tra gli immigrati si registrano percentuali molto più elevate di livello d'istruzione al massimo di scuola media inferiore rispetto ai padri italiani (47,2% rispetto 20,2%) e percentuali molto più basse di laureati (10,4% rispetto 26%).

**Grafico 7.2.4.1. Parti di residenti nell'AV2, per titolo di studio e cittadinanza paterna (valori percentuali). Area Vasta 2, periodo 2016-2021**



Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

## 7.3 L'ASSISTENZA IN GRAVIDANZA

### 7.3.1. Il servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza

Le informazioni sul servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza mostrano che le donne residenti nell'Area Vasta 2, che hanno partorito nel periodo 2016-2021, si sono fatte seguire durante la gravidanza per il<sup>21</sup>:

- 72% da un libero professionista (ginecologo/ostetrico privato, compresa attività intramoenia) (74% nelle Marche);

<sup>21</sup> Al netto delle 55 schede su 17.299 (0,3%) in cui l'informazione sul Servizio che la donna ha prevalentemente utilizzato per l'assistenza alla gravidanza

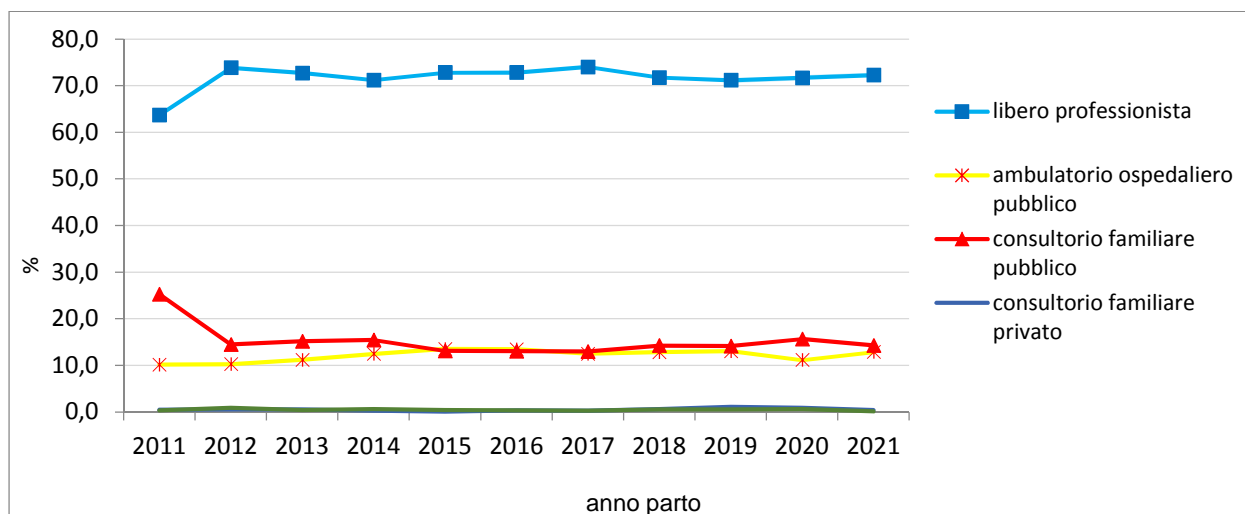
- 13% da un ambulatorio ospedaliero pubblico (14% nelle Marche);
- 14% dal consultorio familiare pubblico (11% nelle Marche).

Infine lo 0,6% delle madri (pari a 104 casi) si è rivolta al consultorio familiare privato (stessa proporzione nelle Marche, corrispondente a 341 parti) ed il restante 0,4% (73 casi) ha dichiarato di non essere stata seguita in gravidanza (è lo 0,6% nelle Marche: 306 parti).

Nel grafico 7.3.1.1. è evidenziato l'andamento decennale (2011-2021) della proporzione di donne gravide seguite da ciascuna tipologia di Servizio preposto per questo scopo.

Complessivamente in questo decennio per la maggioranza delle mamme residenti in AV2 la figura di riferimento in gravidanza è il libero professionista privato, mentre la struttura pubblica, intesa come consultorio familiare pubblico o ambulatorio ospedaliero, si è fatta carico del 28% del totale delle gravidanze; il consultorio familiare privato ha "intercettato" lo 0,5% delle gravidanze.

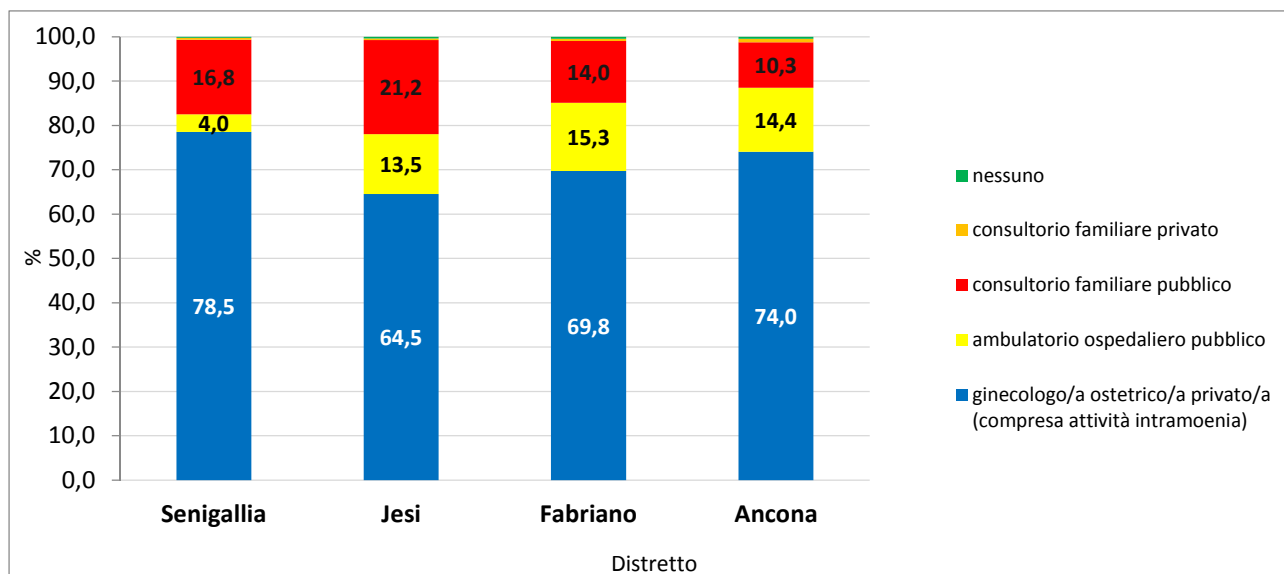
**Grafico 7.3.1.1. Parti di residenti in AV2 per servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza (valori percentuali). Area Vasta 2, periodo 2011-2021**



Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

Il grafico 7.3.1.2. mostra con quale frequenza, nel periodo sopra-menzionato, le diverse tipologie di Servizio, deputate all'assistenza in gravidanza, sia stato scelto dalle donne residenti in ciascuno dei Distretti dell'AV2. Il sanitario di riferimento privato presenta un range che va dal 65% circa delle residenti del distretto di Jesi al 79% circa delle residenti del distretto di Senigallia.

**Grafico 7.3.1.2. Parti di residenti, per Distretto di residenza materna e servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza (valori percentuali). Area Vasta 2, periodo 2016-2021**



Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

### 7.3.2. Le visite in gravidanza

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

Non esiste uno standard, stabilito da una normativa nazionale, riguardo il numero di visite di controllo che dovrebbe essere fatto durante il periodo della gestazione; le attuali "Linee guida (LG) sulla gravidanza fisiologica", in corso di revisione, affermano che il numero delle visite offerte alle gestanti non deve essere inferiore a quattro (14).

A livello internazionale nel 2016 l'OMS ha aggiornato lo schema di assistenza alla gravidanza fisiologica raccomandando che il numero minimo di visite, utile per un efficace controllo della mamma e del nascituro, sia non più quattro, ma otto visite<sup>22</sup> (15). Inoltre, sempre secondo il nuovo "schema OMS", entro la ventiquattresima settimana di età gestazionale deve essere effettuata l'ecografia "morfologica" al fine di valutare la presenza di uno o più feti, eventuali anomalie e stabilire la data di inizio della gestazione.

Circa invece il numero di ecografie da effettuare durante la gravidanza, in Italia nel 2021 sono state pubblicate le: "Linee guida nazionali per ecografia ostetrica e ginecologica" che affermano che tale numero non deve essere inferiore a tre (16).

In AV2 nel periodo 2016-2021 il numero medio di controlli svolti in gravidanza dalle residenti è pari a 7; questo valore varia leggermente a seconda della cittadinanza materna (Tabella 7.3.2.1.).

<sup>22</sup> Secondo lo "schema OMS 2016" il primo controllo andrebbe effettuato entro la 12esima settimana di età gestazionale e i successivi andrebbero programmati a 20, 26, 30, 34, 36, 38 e 40 settimane di gravidanza.

**Tabella 7.3.2.1. Parti di residenti in AV2 totali e per cittadinanza materna: media, moda e mediana delle visite di controllo in gravidanza. Area Vasta 2, periodo 2016-2021**

Parti di residenti in AV2	Visite in gravidanza		
	Media	Moda	Mediana
Parti totali	7,3	8,0	7,0
Parti di italiane	7,5	8,0	8,0
Parti di PSA	7,0	8,0	7,0
Parti di immigrate da PFPM	6,7	8,0	7,0

Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

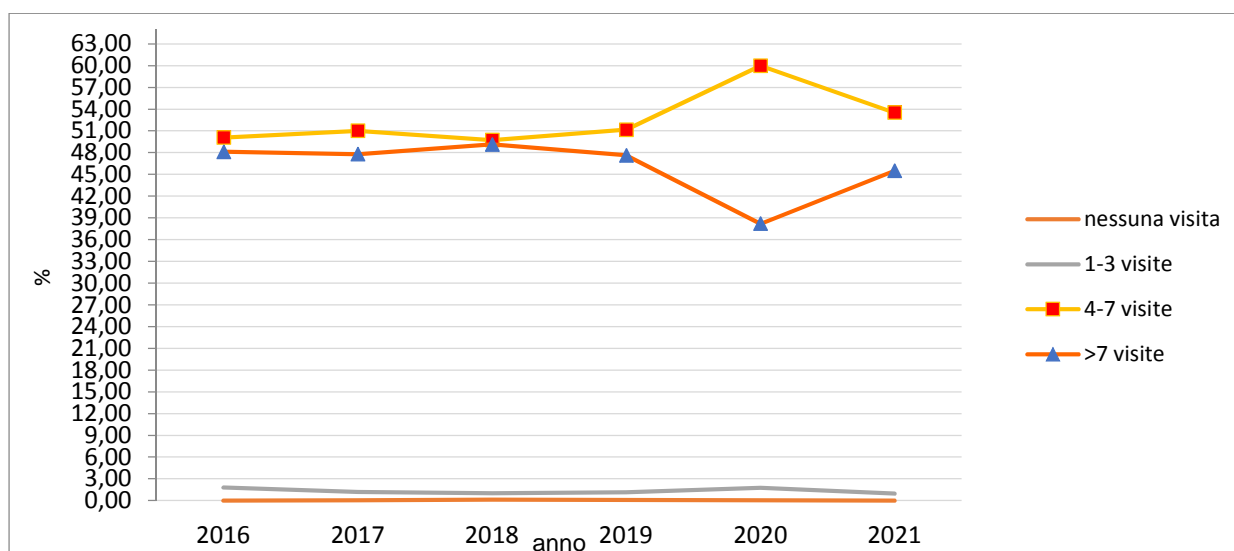
Nel dettaglio<sup>23</sup>:

- lo 0,05% delle donne (8 casi) non avrebbe effettuato alcuna visita durante la gestazione;
- l'1,3% delle madri (225 casi) ha effettuato tra 1 e 3 visite;
- il 52,3% ne ha effettuate da 4 a 7;
- il 46,3% ne ha fatte invece 8 o più.

A livello regionale, nello stesso periodo, nel 42% delle gravidanze sono state effettuate più di 8 visite, mentre la percentuale di gravidanze in cui o non è stata effettuata alcuna visita o sono state effettuate un numero di visite inferiori a 4 (standard minimo sulla base delle LG nazionali) è complessivamente del 2,5%.

Il grafico 7.3.2.1. mostra l'andamento del numero di visite di controllo per ciascuno degli anni considerati: la frequenza di visite  $\geq 7$  mostra un'importante diminuzione nel 2020 (primo anno di pandemia da SARS COV-2) rispetto al periodo precedente, per poi risalire nel 2021.

**Grafico 7.3.2.1 Parti di residenti in AV2, per n. visite di controllo in gravidanza ed anno parto. Area Vasta 2, periodo 2016-2021**



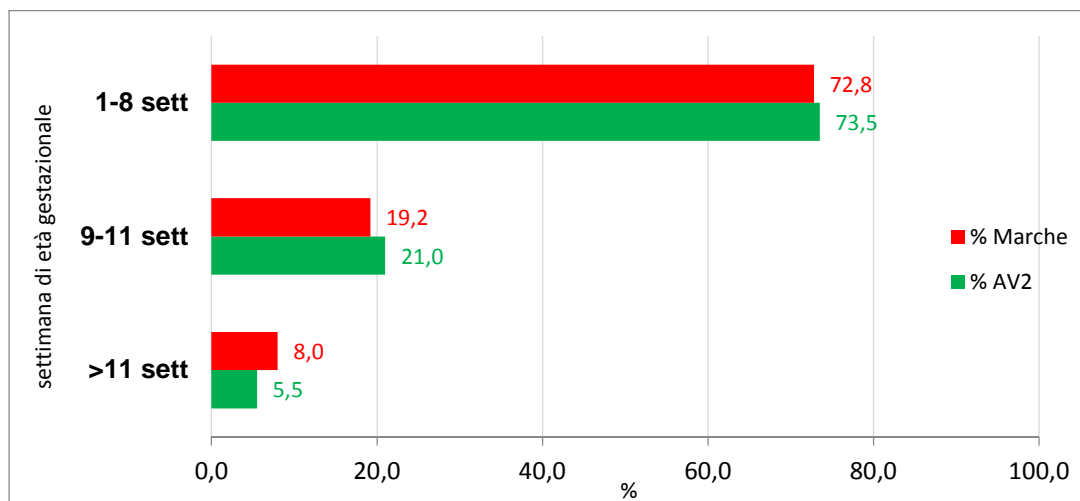
Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

<sup>23</sup>Al netto delle 75 schede (0,4% del totale) in cui l'informazione sul n. di visite effettuate in gravidanza è mancante

### 7.3.3. L'epoca delle 1° visita ostetrica in gravidanza

La prima visita ostetrica è raccomandata entro il terzo mese di gestazione<sup>24</sup>. Nell'AV2 i dati del periodo 2016-2021 evidenziano che il 95% delle donne ha effettuato la prima visita in gravidanza entro lo standard (92% nelle Marche), mentre il 5% l'ha fatta dopo la 11° settimana (8% nelle Marche). Il grafico 7.3.3.1. mostra il confronto AV2-Marche riguardo l'epoca di svolgimento della 1° visita di controllo.

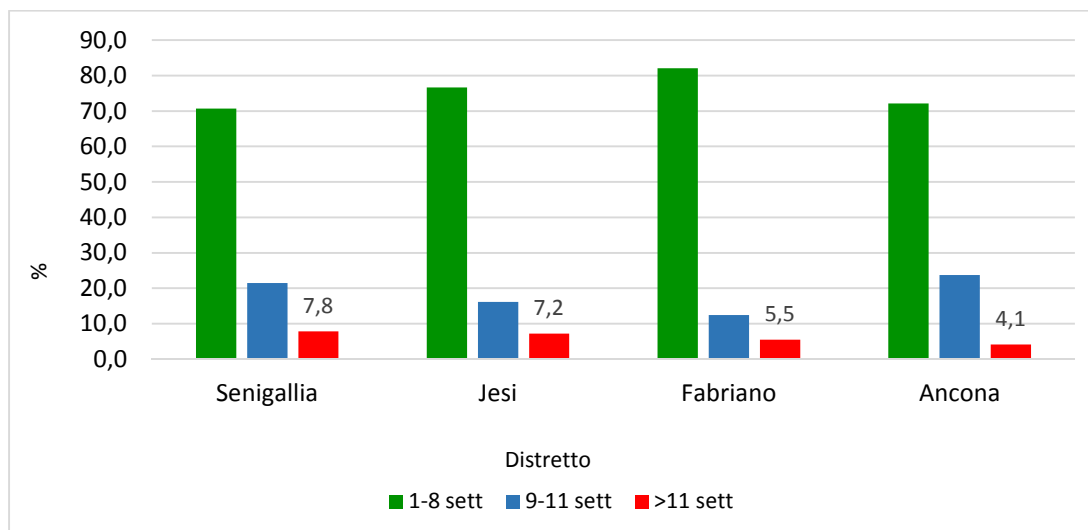
**Grafico 7.3.3.1. Parti di residenti, per epoca della 1° visita di controllo effettuata in gravidanza (valori percentuali). Confronto Area Vasta 2 - Marche, periodo 2016-2021**



Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

La proporzione di donne che ha effettuato tardivamente (dopo l'11° settimana) la prima visita di controllo mostra un range che va dall'8% nel Distretto di Senigallia al 4% in quello di Ancona (Grafico 7.3.3.2.)

**Grafico 7.3.3.2. Parti di residenti, per epoca della prima visita di controllo in gravidanza e distretto di residenza materna. Area Vasta 2, periodo 2016-2021**



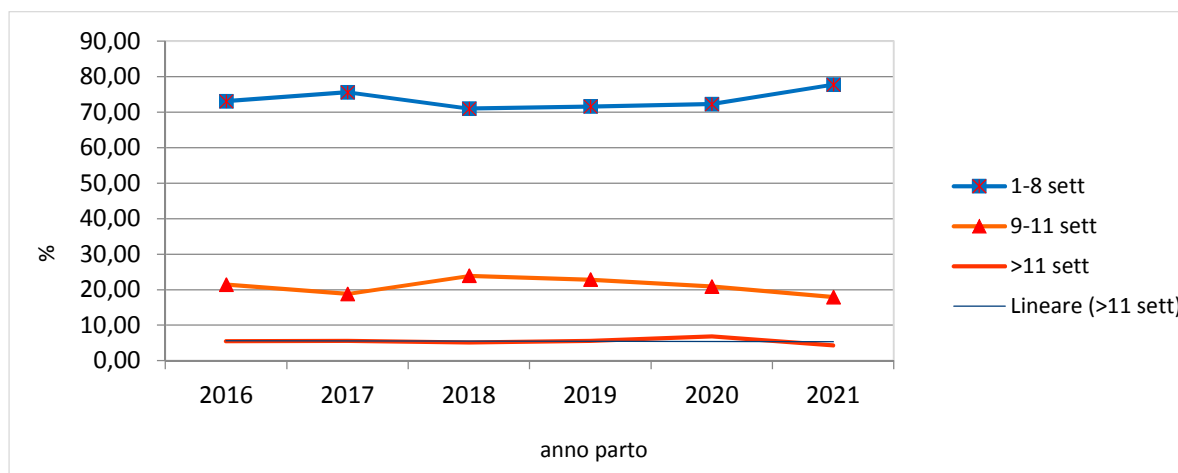
Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

<sup>24</sup> Il modello assistenziale dell'OMS indica che la 1° visita debba essere fatta entro la 12° settimana di età gestazionale: <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10>; l'epoca della prima visita entro la 12° settimana viene riconfermato anche nelle Linee guida nazionali sulla gravidanza fisiologica [http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_Gravidanza.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf)



Il trend 2016-2021 della percentuale di prime visite ostetriche tardive è pressoché costante negli anni osservati (Grafico 7.3.3.3.).

**Grafico 7.3.3.3. Parti di residenti, per epoca della prima visita di controllo in gravidanza, Area Vasta 2, trend 2016-2021**

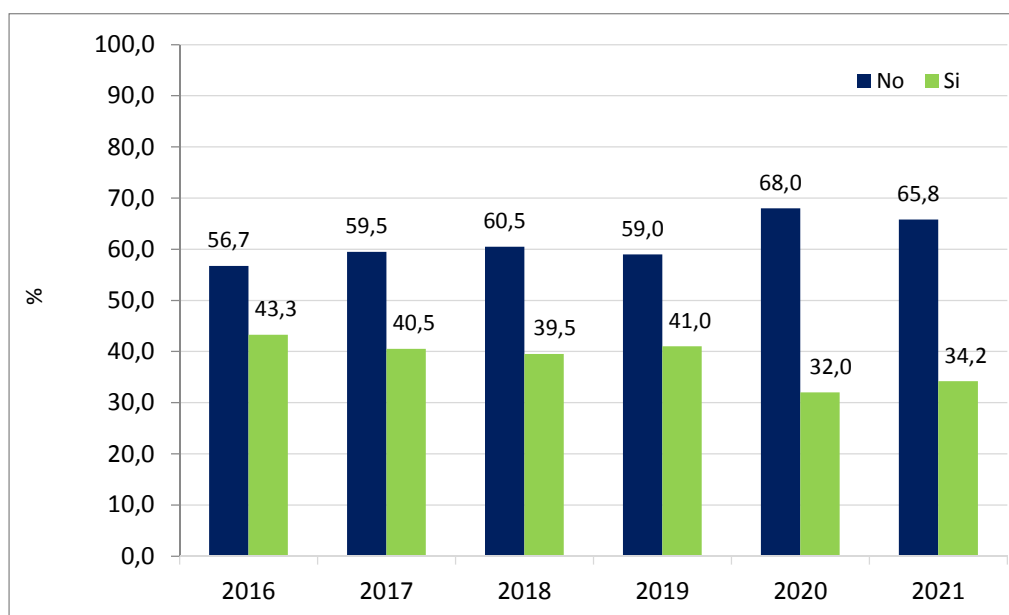


Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

#### 7.3.4. Il Corso di Accompagnamento alla Nascita (CAN)

In AV2 nel periodo 2016-2021, la quota di donne<sup>25</sup> che ha partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita è pari a 38,7% (6.646 parti) (sono il 42% nelle Marche: 7.820 parti); vi è stato nel tempo un progressivo calo: dal 43% del 2016 si è arrivati al 34% del 2021 (Grafico 7.3.4.1.). Invece circa sei donne su dieci (61,3%) non lo hanno frequentato (58% nelle Marche).

**Grafico 7.3.4.1. Parti di residenti in AV2, per frequentazione di un CAN ed anno parto. Area Vasta 2, periodo 2016-2021**



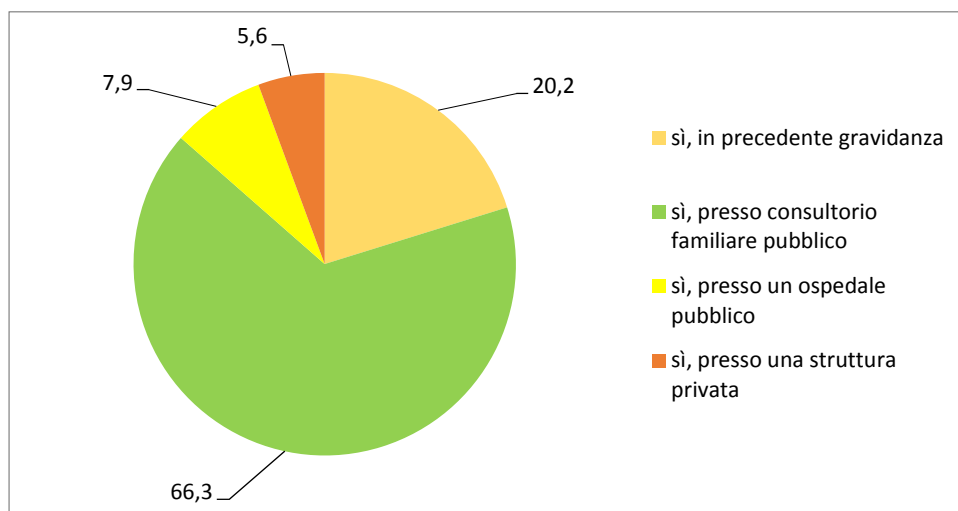
Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

<sup>25</sup> Al netto dei record missing per l'informazione sulla partecipazione ad un CAN (53/17.229=0,3%)

Tra le donne che hanno partecipato al CAN<sup>26</sup>:

- il 66% lo ha fatto presso un consultorio familiare pubblico (58% nelle Marche);
- l'8% presso un ospedale pubblico (12% nelle Marche);
- il 6% presso una struttura privata (9% nelle Marche)
- il 20% in una precedente gravidanza (22% nelle Marche) (Grafico 7.3.4.2.).

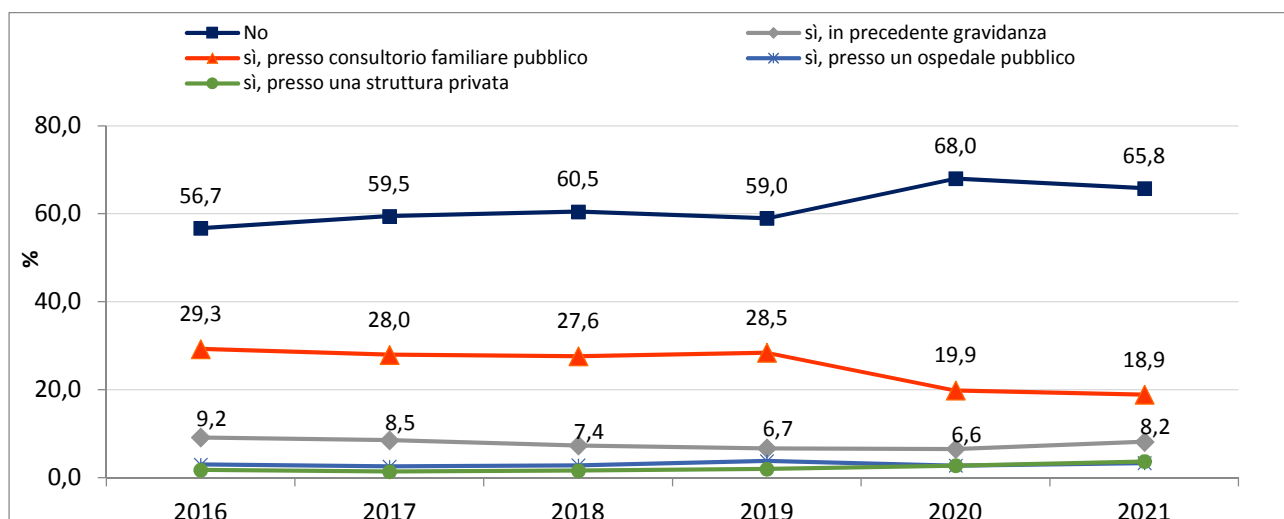
**Grafico 7.3.4.2. Parti di residenti in AV2 che hanno frequentato un CAN, per struttura di frequenza. Area Vasta 2, periodo 2016-2021**



Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

Analizzando i dati sulla frequenza al CAN si rileva un aumento della non partecipazione negli anni pandemici 2020-2021 (Grafico 7.3.4.3.)

**Grafico 7.3.4.3. Parti di residenti in AV2, per luogo di frequentazione CAN e anno parto. Area Vasta 2, periodo 2016-2021**



Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

<sup>26</sup> 31% circa nell'AV2; 33% nelle Marche, nel periodo 2016-2021

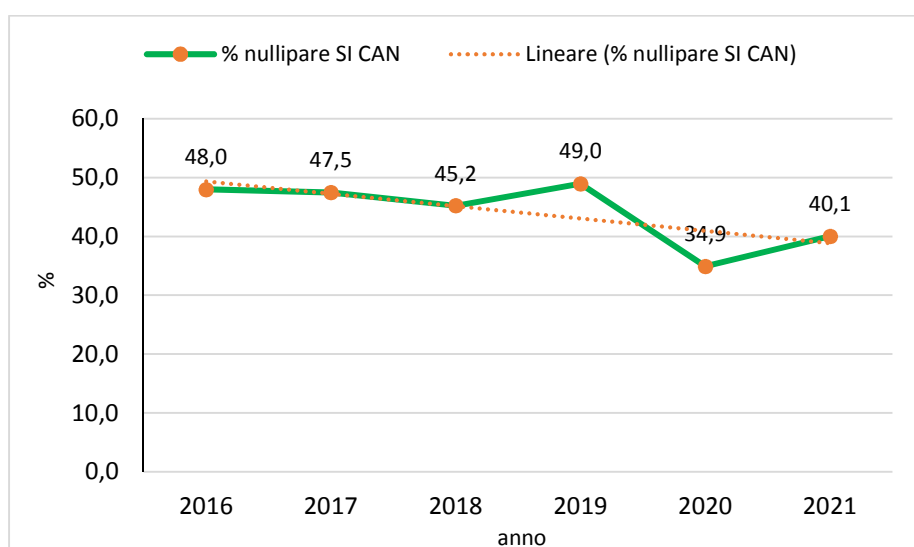
### **Frequenzazione di un CAN nelle nullipare:**

Nel periodo 2016-2021:

- la proporzione complessiva di nullipare che hanno frequentato un CAN, sul totale dei parti (17.176) è del 30,5%;
- la proporzione complessiva di nullipare che hanno frequentato un CAN, sul totale delle nullipare (11.805 madri) è del 44,4%;
- la proporzione complessiva di nullipare che hanno frequentato un CAN, sul totale delle donne che hanno partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita (6.646 madri) è del 78,8%;

Nel grafico 7.3.4.4. è evidenziato il trend della percentuale di nullipare che hanno partecipato ad un CAN, sul totale delle nullipare, per ciascun anno:

**Grafico 7.3.4.4. Parti di residenti in AV2, proporzione di nullipare che frequentano un CAN, sul totale delle nullipare, per anno. Area Vasta 2, periodo 2016-2021**



Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

## **7.4 IL PARTO**

### **7.4.1. Il luogo del parto**

Le 17.229 donne residenti nell'AV2 che hanno partorito nel periodo 2016-2021 hanno effettuato il parto:

- nel 48,2% dei casi presso uno dei 4 Punti Nascita operanti all'interno dei presidi ospedalieri dell'Area Vasta 2 <sup>27</sup>;
- nel 46,3% dei casi presso il punto nascita del presidio ospedaliero "Salesi", (facente parte dell'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" che territorialmente è ricompresa nell'Area Vasta 2);
- nel 5,4% dei casi presso uno degli altri punti nascita collocati al di fuori dell'Area Vasta 2 (ma ovviamente presenti nel territorio della regione Marche);

<sup>27</sup> Per completezza d'informazione si fa presente che il PN di Osimo è stato chiuso a gennaio 2016 pertanto, nel periodo temporale considerato, in questo PN ci sono stati solo 74 parti. Riguardo il PN di Fabriano esso è stato chiuso a febbraio 2019, quindi dal 2016 fino alla sua chiusura in esso si sono svolti 737 parti.

- nello 0,2% dei casi (30 parti), presso la propria abitazione.

La tabella 7.4.1.1. mostra, nel dettaglio, il luogo dove è avvenuto il parto per ciascuna delle residenti dei Distretti dell'Area Vasta 2 nel periodo 2016-2021.

**Tabella 7.4.1.1. Parti di residenti, per Distretto di residenza materna e Punto Nascita dove è avvenuto il parto. Area Vasta 2, periodo 2016-2021**

Distretto di residenza materna	Punto Nascita														Totale	
	11000000-parto a domicilio	11000101-Osp. di Urbino	11000201-Osp. di Senigallia	11000202-Osp. di Jesi	11000203-Osp. di Osimo	11000204-Osp. di Fabriano	11000301-Osp. di Civitanova M.	11000302-Osp. di Macerata	11000304-Osp. di S. Severino	11000401-Osp. di Fermo	11000501-Osp. di S. Benedetto del T.	11000502-Osp. di Ascoli P.	11090101-AO Marche Nord, Pesaro	11090102-AO Marche Nord, Fano		11090503-AOU presidio osp "Salesi"
<b>Senigallia</b>																
n. assoluto	13	11	2183	145	1	15	0	3	0	1	2	0	14	66	206	2660
% riga	0,49	0,41	82,07	5,45	0,04	0,56	0,00	0,11	0,00	0,04	0,08	0,00	0,53	2,48	7,74	100,00
<b>Jesi</b>																
n. assoluto	4	2	114	3016	1	50	10	259	5	5	0	0	9	1	428	3904
% riga	0,10	0,05	2,92	77,25	0,03	1,28	0,26	6,63	0,13	0,13	0,00	0,00	0,23	0,03	10,96	100,00
<b>Fabriano</b>																
n. assoluto	0	3	12	236	0	664	2	35	0	0	1	1	2	1	108	1065
% riga	0,00	0,28	1,13	22,16	0,00	62,35	0,19	3,29	0,00	0,00	0,09	0,09	0,19	0,09	10,14	100,00
<b>Ancona</b>																
n. assoluto	13	5	669	1114	72	8	152	260	3	35	4	8	11	16	7230	9600
% riga	0,14	0,05	6,97	11,60	0,75	0,08	1,58	2,71	0,03	0,36	0,04	0,08	0,11	0,17	75,31	100,00
<b>AV2</b>																
n. assoluto	30	21	2978	4511	74	737	164	557	8	41	7	9	36	84	7972	17229
% riga	0,17	0,12	17,28	26,18	0,43	4,28	0,95	3,23	0,05	0,24	0,04	0,05	0,21	0,49	46,27	100,00

Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

Attualmente nel territorio dell'Area Vasta 2 insistono 3 PN: quelli situati c/o gli ospedali di Senigallia e di Jesi sono a gestione diretta territoriale, invece il PN "Salesi", come detto, fa parte dell'AOU "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi". La "fotografia" della situazione del luogo in cui si è svolto il parto nell'anno 2021, ultimo disponibile, per Distretto di residenza materna, stante la chiusura di alcuni PN e l'emergenza pandemica, è evidenziata in tabella 5.4.1.2. da essa si evince che la maggior parte delle residenti del Distretto di Fabriano (79%), dopo la chiusura del PN, ha partorito a Jesi.

Complessivamente, nell'anno 2021, il 49,2% dei parti delle residenti AV2 è avvenuto all'interno dei 2 PN a gestione ASUR (PN di Senigallia e di Jesi); il 43,6% nel PN Salesi e il restante 7% in altri PN della regione Marche. Cinque parti (lo 0,2%) sono avvenuti a domicilio.

**Tabella 7.4.1.2. Parti di residenti, per Distretto di residenza materna e Punto Nascita dove è avvenuto il parto. Area Vasta 2, anno 2021**

Distretto di residenza materna	Punto Nascita												Totale
	11000000-parto a domicilio	11000101-Osp. di Urbino	11000201-Osp. di Senigallia	11000202-Osp. di Jesi	11000301-Osp. di Civitanova M.	11000302-Osp. di Macerata	11000401-Osp. di Fermo	11000501-Osp. di S. Benedetto del T.	11000502-Osp. di Ascoli P.	11090101-AO Marche Nord, Pesaro	11090102-AO Marche Nord, Fano	11090503-AOU presidio osp "Salesi"	
<b>Senigallia</b>													
n. assoluto	3	3	349	25	0	0	0	0	0	6	18	30	434
% riga	0,69	0,69	80,41	5,76	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,38	4,15	6,91	100,00
<b>Jesi</b>													
n. assoluto	2	0	24	464	2	40	0	0	0	4	1	45	582
% riga	0,34	0,00	4,12	79,73	0,34	6,87	0,00	0,00	0,00	0,69	0,17	7,73	100,00
<b>Fabriano</b>													
n. assoluto	0	1	0	77	2	2	0	0	0	1	0	15	98
% riga	0,00	1,02	0,00	78,57	2,04	2,04	0,00	0,00	0,00	1,02	0,00	15,31	100,00
<b>Ancona</b>													
n. assoluto	0	0	123	221	23	66	2	2	2	2	6	1047	1494
% riga	0,00	0,00	8,23	14,79	1,54	4,42	0,13	0,13	0,13	0,13	0,40	70,08	100,00
<b>AV2</b>													
n. assoluto	5	4	496	787	27	108	2	2	2	13	25	1137	2608
% riga	0,19	0,15	19,02	30,18	1,04	4,14	0,08	0,08	0,08	0,50	0,96	43,60	100,00

Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

### 7.4.2. Il parto pretermine

I dati relativi alla durata della gestazione sono stati analizzati suddividendo le settimane di gravidanza, secondo le cinque classi descritte nel report annuale del Ministero della Salute: “Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP). Analisi dell’evento”. Esso prende in considerazione la classificazione utilizzata in ambito europeo e contenuta nell’”European Perinatal Health Report 2013”. I parti pretermine sono quelli che avvengono prima della 37esima settimana di età gestazionale; nella classificazione sopra-menzionata essi vengono distinti in:

- parti estremamente pretermine (22-27 sett di età gestazionale);
- parti molto pretermine (28-31 sett di età gestazionale);
- parti moderatamente pretermine (32-36 sett di età gestazionale).

La tabella 7.4.2.1. mostra il confronto AV2-Marche, nel periodo 2016-2021, della durata della gravidanza rispetto le cinque classi<sup>28</sup>.

**Tabella 7.4.2.1. Parti di residenti, per durata della gravidanza. Confronto Marche-Italia, periodo 2016-2021**

Classi di età gestazionale (European Perinatal Health Report 2013)	AV2		Marche	
	N.	%	N.	%
Parti estremamente pretermine (22-27 sett)	43	0,2	129	0,2
Parti molto pretermine (28-31 sett)	94	0,5	270	0,5
Parti moderatamente pretermine (32-36 sett)	899	5,2	2.787	5,3
Parti a termine (37-41 sett)	16.139	93,8	49.396	93,8
Parti post-termine (>41)	30	0,2	55	0,1
<b>Totale</b>	<b>17.205</b>	<b>100,00</b>	<b>52.637</b>	<b>100,00</b>

Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

Dal raffronto si evince come il quadro in AV2 sia sovrapponibile a quello regionale: circa 94: parti su 100 sono stati “a termine”; circa 6 su 100 sono stati “pretermine”; mentre 30 parti in AV2 e 55 nel territorio regionale sono avvenuti dopo la 41° settimana di età gestazionale. In tabella 7.4.2.2. è riportato il quadro 2016-2021 (in valori assoluti) dei parti pretermine delle donne residenti in AV2, per età gestazionale e PN in cui è avvenuto il parto.

In sintesi i parti pretermine sono stati 1.040. I PN in cui più frequentemente ci sono stati parti pretermine sono quelli di: Salesi (62% del totale); Jesi (20,4% del totale); Senigallia (9,8% del totale).

<sup>28</sup> Al netto dei missing per il campo durata della gravidanza (20 per l’AV2; 140 per le Marche) e dei parti avvenuti a < 22 settimane di età gestazionale (4 per l’AV2 e 11 per le Marche)

**Tabella 7.4.2.2. N. assoluto di parti pretermine di residenti, per età gestazionale e Punto Nascita in cui è avvenuto il parto. Area Vasta 2, periodo 2016-2021**

CLA_ETA_GEST	n parti pretermine															Totale
	11000000-parto a domicilio	11000101-Osp. di Urbino	11000201-Osp. di Senigallia	11000202-Osp. di Jesi	11000203-Osp. di Osimo	11000204-Osp. di Fabriano	11000301-Osp. di Civitanova M.	11000302-Osp. di Macerata	11000304-Osp. di S. Severino	11000401-Osp. di Fermo	11000501-Osp. di S. Benedetto del T.	11000502-Osp. di Ascoli P.	11090101-AO Marche Nord, Pesaro	11090102-AO Marche Nord, Fano	11090503-AOU presidio osp "Salesi"	
< 22 sett	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4
22-27 sett	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	39	43
28-31 sett	0	0	2	7	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	83	94
32-36 sett	0	2	100	200	0	35	9	28	0	2	0	0	0	1	522	899
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>102</b>	<b>212</b>	<b>0</b>	<b>36</b>	<b>9</b>	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>645</b>	<b>1040</b>

Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

I parti pretermine verificatisi alle età gestazionali più basse (<= della 31° settimana di gravidanza) sono avvenuti, più di 8 volte su 10 (123/141=87,2%), presso il Punto Nascita "Salesi" che è il presidio ospedaliero di alta specializzazione dotato dell'unica terapia intensiva neonatale presente nel territorio regionale (tabella 7.4.2.3.).

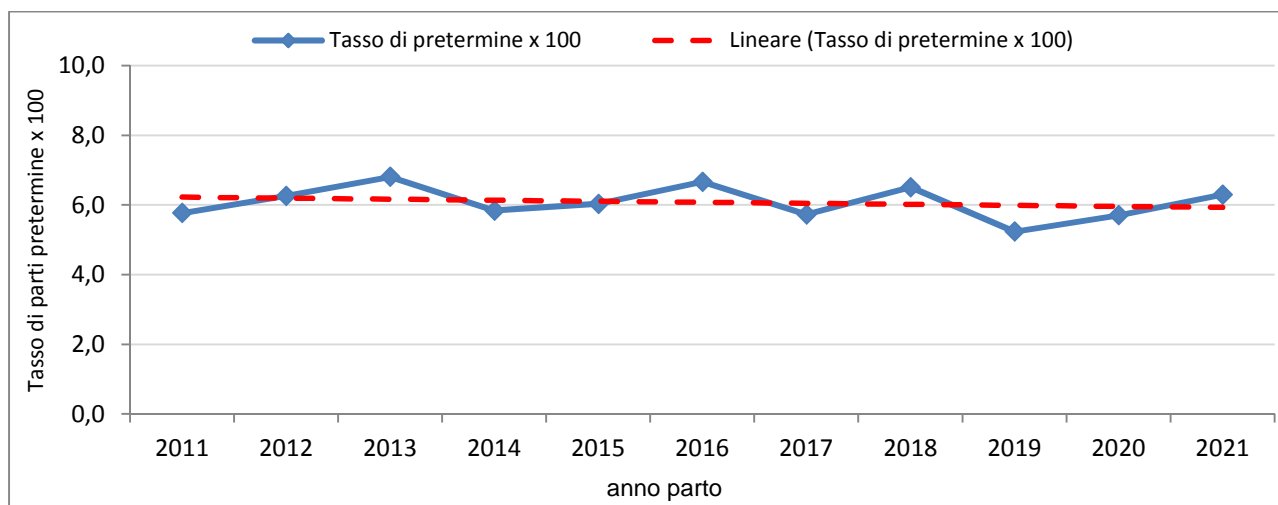
**Tabella 7.4.2.3. N. e % di parti pretermine di residenti, per età gestazionale e Punti Nascita con o senza terapia intensiva neonatale. Area Vasta 2, periodo 2016-2021**

Punti Nascita	Età gestazionale (in settimane)							
	< 22		22-27		28-31		32-36	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Punto Nascita "Salesi"	1	25,0	39	90,7	83	88,3	522	58,1
altri Punti Nascita della regione	3	75,0	4	9,3	11	11,7	377	41,9
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>94</b>	<b>100,0</b>	<b>899</b>	<b>100,0</b>

Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

In AV2 il tasso di parti pretermine (ogni 100 parti) appare sostanzialmente stabile nell'ultimo decennio (Grafico 7.4.2.1.).

**Grafico 7.4.2.1. Tasso (x 100) di parti pretermine di residenti. Area Vasta 2, periodo 2011-2021**

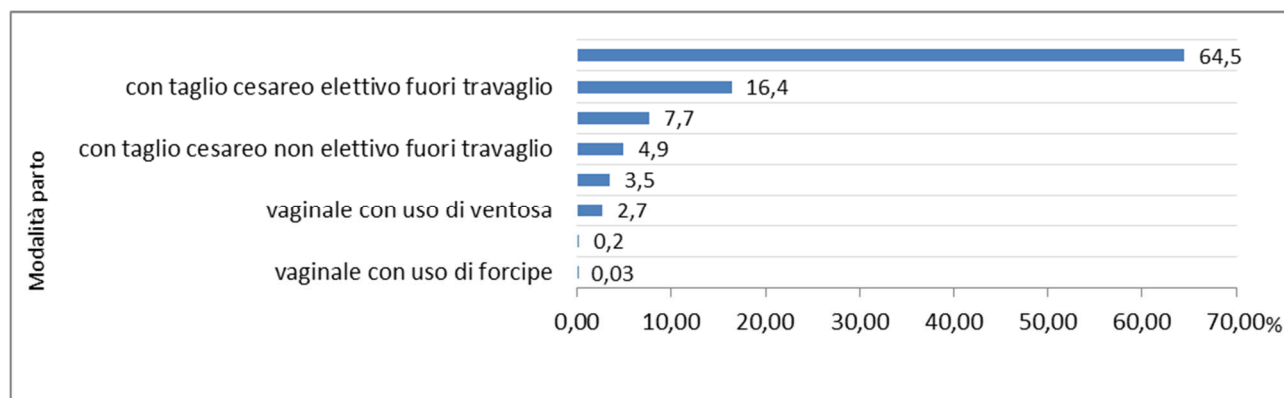


Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

### 7.4.3. Le modalità del parto

Nel periodo 2016-2021 in AV2 per il 64% delle residenti (11.108/17.228)<sup>29</sup> il parto è avvenuto spontaneamente, per il 33% è avvenuto con il taglio cesareo (TC) (5.616); il restante 3% dei parti (504) è stato espletato attraverso la modalità operativa (forcipe o ventosa) od altro tipo di parto (Grafico 7.4.3.1).

**Grafico 7.4.3.1. Parti di residenti, per modalità del parto (%). Area Vasta 2 periodo 2016-2021**



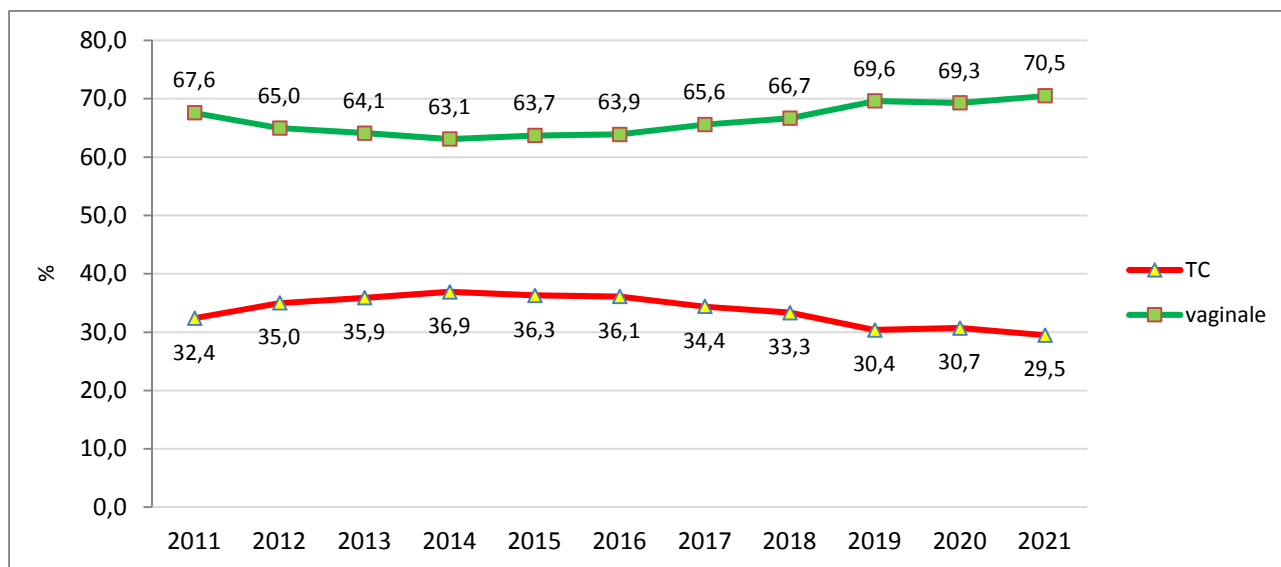
Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

Nel periodo 2011-2021 la modalità di parto attraverso TC mostra un netto trend in diminuzione (Grafico 7.4.3.2.). Se nel periodo 2011-2014 si assisteva a una diminuzione del valore assoluto di parti cesarei, ma la loro proporzione sulla totalità dei parti comunque aumentava a causa del drastico calo del numero totale di parti che annualmente si verificavano, nei sette anni successivi si osserva un quadro in diminuzione anche della proporzione di parti cesarei.

La variazione percentuale 2011-2021 dei parti totali, dei cesarei e di quelli spontanei è rispettivamente di: -36,3%; -42,0%; -33,5%.

<sup>29</sup> I parti di donne residenti in AV2 nel periodo 2016-2021 sono stati 17.229, ma in un caso non è stata riportata la tipologia di espletamento.

**Grafico 7.4.3.2. Parti di residenti effettuati con e senza taglio cesareo<sup>30</sup>(valori percentuali). Area Vasta 2, trend 2011-2021.**



Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

La scheda CedAP scompone l'informazione sul parto cesareo nelle seguenti quattro tipologie: taglio cesareo d'elezione fuori travaglio od in travaglio e taglio cesareo non elettivo fuori travaglio od in travaglio; queste tipologie possono essere considerate proxy rispettivamente del TC programmato e del TC urgente<sup>31</sup>.

Nel periodo 2016-2021 circa 6 parti cesarei su 10 sono stati tagli cesarei programmati (3.439/5.616) e 3 su 10 quelli "urgenti". I TC d'elezione rappresentano il 20% del totale dei parti; invece i TC urgenti circa il 13%.

Il grafico 7.4.3.3. mostra l'andamento 2011-2021 delle modalità di parto espletate dalle residenti in AV2. Da essa si evince come in questo decennio si sia verificata una progressiva diminuzione dei TC elettivi fuori travaglio (dal 18% del 2011 al 14% del 2021), mentre la proporzione di quelli "non elettivi" è rimasta pressoché costante.

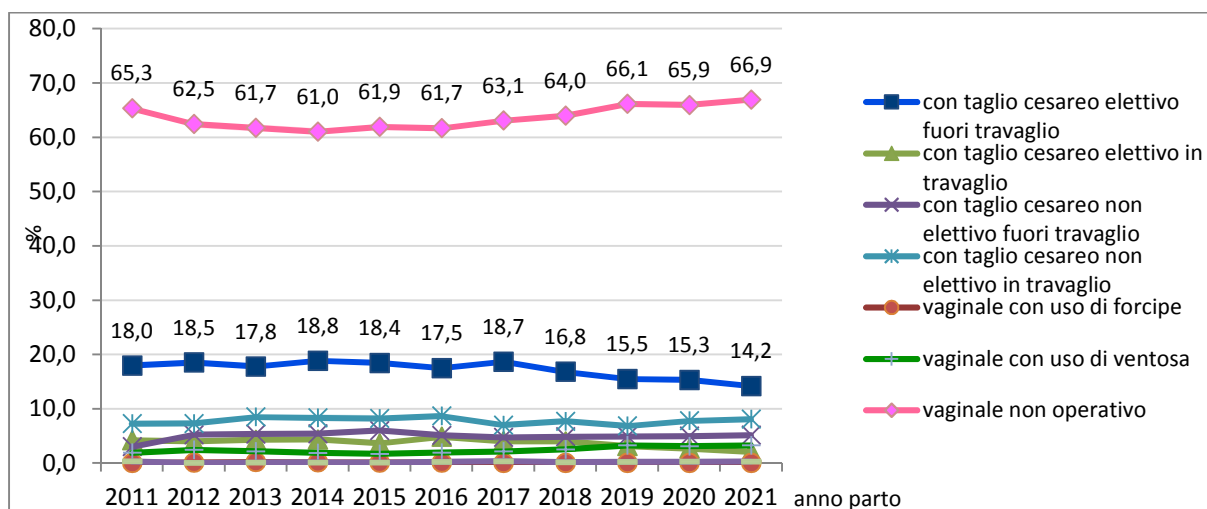
<sup>30</sup>Tra i parti "senza TC" sono compresi i parti avvenuti spontaneamente, quelli operativi e quelli avvenuti con modalità definita "altro".

<sup>31</sup> Il TC si definisce d'elezione quando viene pianificato per fare fronte a situazioni particolari (parto podalico, anomalie dell'inserzione placentare, parto plurimo, macrosomia fetale ecc...) che renderebbero il parto impossibile o pericoloso. In alcuni casi può essere una scelta della donna. Il **parto cesareo d'elezione** in alcuni casi può avvenire **in travaglio** per il "sopraggiungere anticipato del travaglio stesso".

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



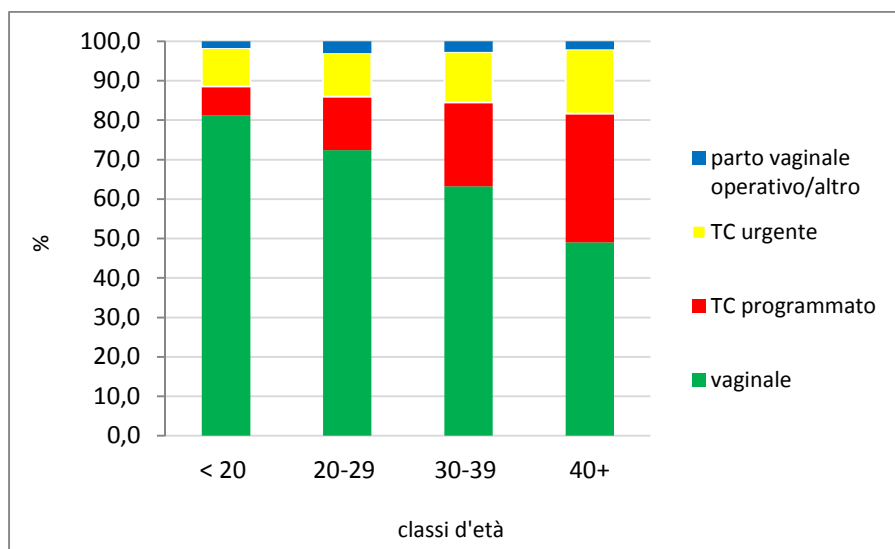
**Grafico 7.4.3.3. Parti di residenti, per tipologia di parto. Area Vasta 2, periodo 2011-2021**



Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

La proporzione di parti vaginali diminuisce all'aumentare dell'età della donna; il ricorso al taglio cesareo programmato invece aumenta con l'aumentare dell'età della donna, mentre la proporzione di cesarei in urgenza è all'incirca stabile in tutte le classi d'età materna (Grafico 7.4.3.4.).

**Grafico 7.4.3.4. Parti di residenti per modalità di parto e classi d'età materna (valori percentuali). Area Vasta 2, periodo 2016-2021**



Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

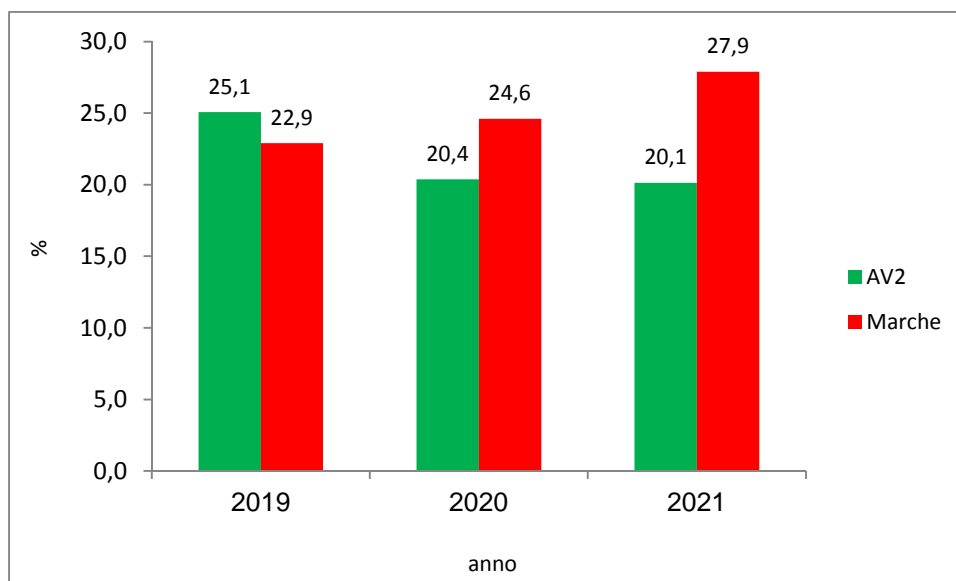
Il network delle Regioni<sup>32</sup> che aderiscono al "Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali" (facente capo al Laboratorio Management e Sanità dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa), utilizza un indicatore specifico per monitorare l'appropriatezza relativa al comportamento dei professionisti, circa l'utilizzo della modalità di parto cesareo, depurandolo però di alcuni fattori che ne possono aumentare il ricorso. Infatti: "nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti, di cui gli specialisti si fanno carico, generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie.

<sup>32</sup> Basilicata, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana, P.A. Trento, Umbria, Veneto.

Per risolvere questo problema l'American College of Obstetricians and Gynecologists propone di usare un indicatore specifico che restringe l'analisi ad un case-mix costituito da *donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione vertice (NTSV)*, rendendo in questo modo confrontabili i punti nascita con differenti casistiche, e che riesce a comprendere un'ampia fascia di popolazione costituita da circa il 32-39% dei parti cesarei (Evaluation of Cesarean Delivery, 2000). La percentuale di parti cesarei NTSV rappresenta perciò l'indicatore più appropriato per la valutazione della qualità dei servizi legati al percorso materno infantile a livello ospedaliero”(17).<sup>33</sup>

Il grafico 7.4.3.5 mostra il confronto AV2-Marche del tasso (x 100) di cesarei “depurati”<sup>34</sup>, svolti negli anni 2019-2021. Il dato regionale è in evidente crescita, mentre quello dell'AV2 presenta un trend in diminuzione.

**Grafico 7.4.3.5. Indicatore C7.1 % Cesarei depurati (NTSV). Confronto AV2-Marche. Anni 2019-2021**



Fonte: "Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali". Reports 2019-2021; a cura del Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna – Pisa Elab. UOS Epidemiologia, AV2.

<sup>33</sup> Tratto da: "Il Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali". Report 2021, pag. 383, a cura del Laboratorio Management e Sanità istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna - Pisa

<sup>34</sup> Cesarei avvenuti in donne NTSV (Nullipar, Terminal, Single, Vertex), vale a dire:

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

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

## 7.5 IL NEONATO

### 7.5.1. Parto semplice e plurimo e nuovi nati

Come già precedentemente detto, in AV2 nel periodo 2016-2021: i parti di donne residenti (che hanno partorito in qualunque PN del territorio regionale) sono stati complessivamente 17.229. I nuovi nati da madri residenti sono stati complessivamente 17.504.

Nello specifico:

- i parti gemellari sono stati 275 (1,6% del totale dei 17.229 parti di residenti); nelle Marche i parti gemellari sono stati 798 (1,5% del totale dei 52.788 parti di residenti nella nostra Regione);
- tra le 275 gravidanze plurime: 272 sono state bigemine e 2 trigemine;
- il numero di parti plurimi associati alla procreazione medicalmente assistita è stato pari a 67: il 24,4% del totale dei parti gemellari (67/275), sono il 25% nelle Marche (199/798);
- i nati da parto plurimo sono stati complessivamente 505 (il 3% del totale dei nati);
- tra i 17.504 nati da madri residenti: 57 sono nati morti e 15 sono nati vivi, ma deceduti subito dopo la nascita (senza ricovero); quindi i nati vivi in totale sono stati 17.432.

### 7.5.2. Proporzione e genere dei nuovi nati

Il 51,7% dei nati vivi è di genere maschile, il 48,3% sono bambine; in 5 casi i genitali esterni sono indeterminati. Il rapporto tra maschi su femmine, nel periodo 2016-2021, è pari a 1,07, uguale al dato regionale.

In tabella 7.5.2.1. viene mostrato il confronto tra AV2, Marche ed Italia nel rapporto M/F per l'anno 2021.

**Tabella 7.5.2.1. Rapporto tra nati vivi maschi su nati vivi femmine. Confronto Area Vasta 2, Marche, Italia, anno 2021**

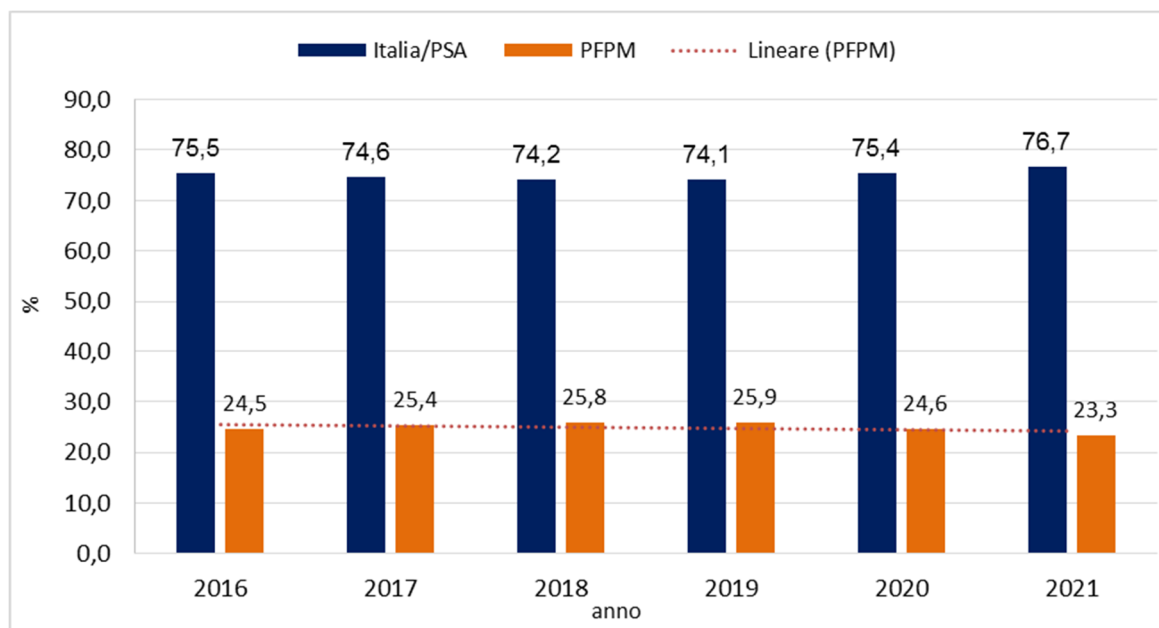
Area geografica	Rapporto M/F
Area Vasta 2	0,99
Marche	1,02
Italia°	1,05

Fonte: db CedAP Marche; °fonte: demo.istat.it Elab. UOS Epidemiologia, AV2.

I nati da madre immigrata<sup>35</sup> nel periodo 2016-2021 diminuiscono e ciò è in linea con la diminuzione dei parti che si è avuta in questo sottogruppo di popolazione. Nel 2021 essi rappresentano circa il 23% di tutti i nuovi nati (pari a 485 bambini) (Grafico 7.5.2.1).

<sup>35</sup> Nel periodo 2016-2021 per 3.094 nati non è stata indicata la cittadinanza materna (il 17,7% del totale dei nati).

**Grafico 7.5.2.1. Nati da madri residenti, per cittadinanza materna (valori percentuali). Area Vasta 2, anni 2016-2021**



Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

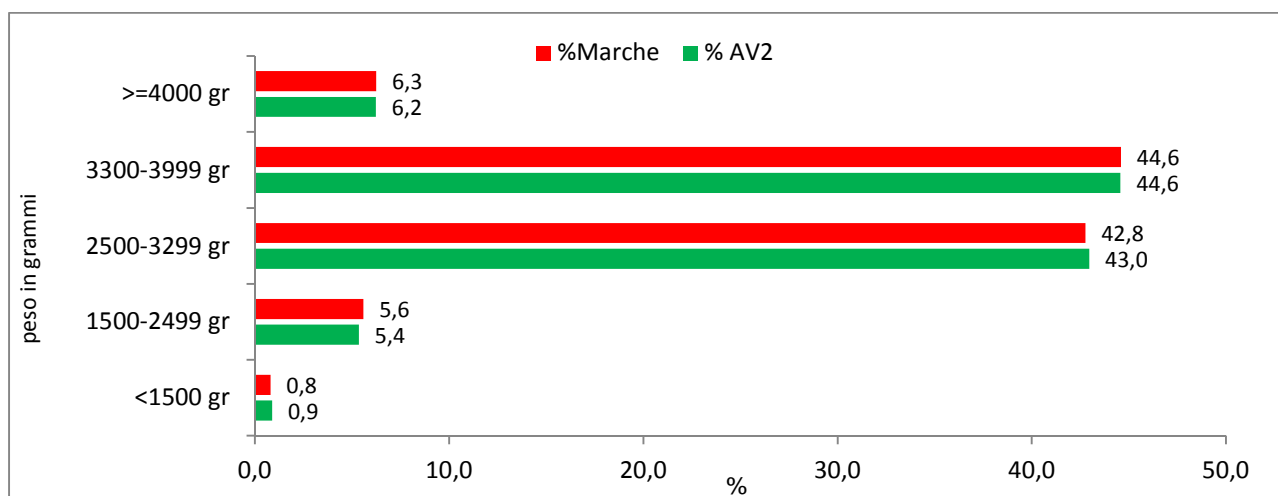
### 7.5.3 Peso alla nascita

Il peso medio alla nascita dei nati vivi è pari a 3.272 grammi (25° percentile: 3.000 grammi; 75°percentile: 3.600 grammi); gli stessi valori si registrano per i 53.367 nati vivi nelle Marche.

La proporzione di bambini di peso inferiore ai 2.500 grammi (nati vivi di basso peso) è del 6,2% (1.089 neonati) in AV2 e del 6,4% nelle Marche (3.409 bambini).

Il grafico 7.5.3.1. mostra il confronto AV2-Marche delle proporzioni di nati, per classi di peso: le percentuali sono sostanzialmente sovrapponibili.

**Grafico 7.5.3.1. Peso alla nascita dei nati da madri residenti, per classi di peso. Confronto AV2-Marche, periodo 2016-2021**



Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

Un basso peso alla nascita è di più frequente riscontro:

- in caso di nascita prima della 37ª settimana di età gestazionale, rispetto alla nascita a termine (60,2% tra i pre-termine, rispetto al 2,4% tra i nati a termine);
- nel parto plurimo rispetto al parto semplice (61,3% tra i parti gemellari in confronto al 4,5% tra i parti singoli);
- nelle immigrate rispetto alle italiane: 8,3% tra le donne con cittadinanza in PFP, rispetto al 5,5% tra le donne con cittadinanza italiana o in PSA;
- fra le madri in possesso al massimo del titolo di studio di scuola media inferiore, rispetto alle madri con titolo di studio uguale o maggiore alla scuola media superiore (8,0% tra le meno istruite in confronto al 5,2% tra le più istruite);

In tabella 7.5.3.1. evidenziata la distribuzione dei nuovi nati, da madri residenti in AV2, con basso peso alla nascita (inferiore a 2.500 grammi), per classi di peso e struttura ospedaliera dove è avvenuto il parto: nel periodo 2016-2021 più di 6 nati vivi su 10 di basso peso (circa il 63%) è venuto al mondo presso il presidio ospedaliero "Salesi", (facente parte dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" di Ancona); più di 2 su 10 (21%) presso il punto nascita dell'ospedale di Jesi; 1 su 10 (10%) presso quello dell'ospedale di Senigallia.

**Tabella 7.5.3.1. Nati da madri residenti, per peso alla nascita e struttura dove è avvenuta la nascita. Area Vasta 2, periodo 2016-2021**

classi di peso alla nascita	Totale	Punto Nascita													
		11000101 Osp. di Urbino	11000201 Osp. di Senigallia	11000202 Osp. di Jesi	11000203 Osp. di Osimo	11000204 Osp. di Fabriano	11000301 Osp. di Civitanov a M.	11000302 Osp. di Macerata	11000304 Osp. di S. Severino	11000401 Osp. di Fermo	11000501 Osp. di S. Benedetto del T.	11000502 Osp. di Ascoli P.	11090101 AO Marche Nord, Pesaro	11090102 AO Marche Nord, Fano	11090503 AOU presidio osp "Salesi"
<500	13	0	1	6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
500-749	25	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	24
750-999	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29
1000-1249	30	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27
1250-1499	58	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53
1500-1749	86	1	2	12	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	69
1750-1999	128	0	6	28	0	2	0	7	0	0	0	0	0	0	85
2000-2499	720	0	99	172	0	22	7	25	0	1	0	0	1	1	392
Totale	1089	1	109	225	0	25	7	35	0	1	0	0	1	1	684

Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

#### 7.5.4. Punteggio Apgar a 5 minuti e rianimazione neonatale

Nel periodo 2016-2021 il 98,7% dei nati vivi ha un punteggio Apgar<sup>36</sup> a 5' tra 8 e 10, quindi normale; l'1,2% un punteggio di modesta sofferenza neonatale (Apgar da 4 a 7). Per lo 0,07% dei nati vivi invece (12 bambini) si è registrato un punteggio d'importante sofferenza neonatale (Apgar < = 3 che significa scarsa attività cardio-respiratoria, cianosi, tono e reattività quasi assente).

La tabella 7.5.4.1 mostra il confronto AV2-Marche della distribuzione dei valori di punteggio Apgar (per classi) tra i nati vivi da madri residenti. Le proporzioni nei due territori presi in esame sono sostanzialmente omogenee.

<sup>36</sup> Apgar: è un indice basato su cinque parametri (battito cardiaco, respirazione, tono muscolare, riflessi, colore della pelle) utilizzato per valutare la vitalità del neonato e l'efficienza delle funzioni vitali primarie. Il valore va da 0 a 10. Il valore normale è tra 8 e 10. Valori inferiori indicano vari gradi di sofferenza neonatale.

**Tabella 7.5.4.1 Nati vivi da madri residenti, per classi di punteggio Apgar. Confronto AV2- Marche, periodo 2016-2021**

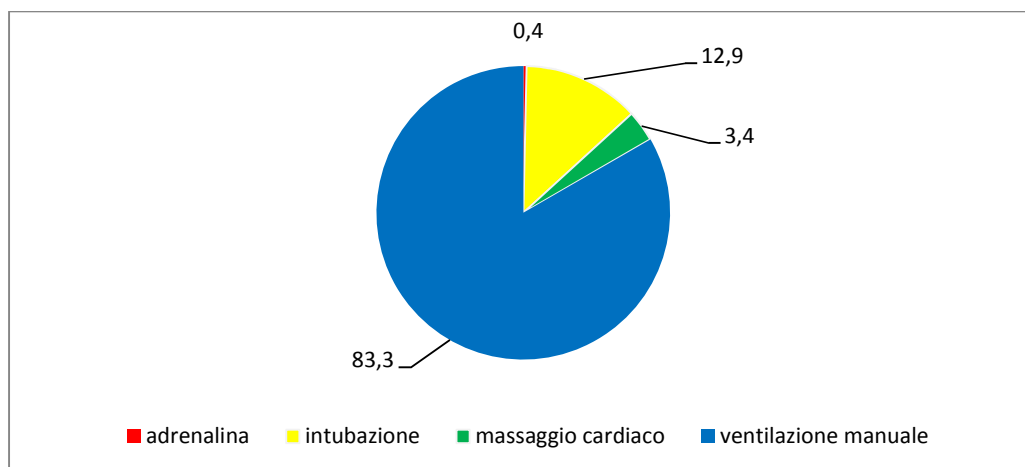
Classi di punteggio Apgar a 5'	AV2		Marche	
	N.	%	N.	%
0	2	0,01	4	0,01
1-3	10	0,06	42	0,08
4-7	210	1,2	508	1,0
8-10	17.210	98,7	52.841	99,0
<b>Totale</b>	<b>17.432</b>	<b>100</b>	<b>53.395</b>	<b>100</b>

Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

### Necessità di rianimazione neonatale

Il 3,2% (552 bambini) dei nati vivi ha avuto necessità di rianimazione; per l'83% di questi è stata necessaria la ventilazione manuale (Grafico 7.5.4.1)

**Grafico 7.5.4.1. Nati vivi da madri residenti, per tipologia di tecnica rianimatoria ricevuta. Area Vasta 2, periodo 2016-2021**



Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2

### 7.5.5. Natimortalità<sup>37, 38</sup>

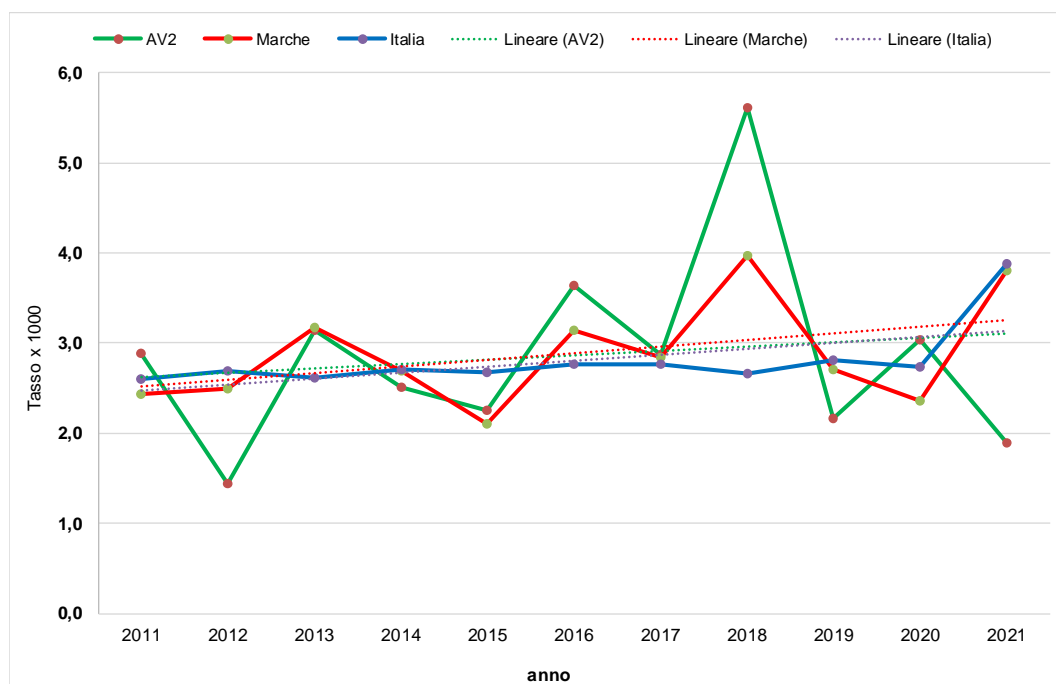
La fonte CedAP registra nel periodo 2016-2021, tra le madri residenti nell'Area Vasta 2, 57 nati-morti pari a un tasso di nati-mortalità del 3,3 per mille. Il grafico 5.5.5.1. mostra i valori 2011-2021 di questo indicatore per l'AV2 (da fonte CedAP), per le Marche e per l'Italia (da fonte Health for All<sup>39</sup>). L'analisi sembra evidenziare un andamento in aumento per tutte le tre aree geografiche prese in esame.

<sup>37</sup> Nato morto: espulsione di un feto senza segni di vita a partire dal 181° giorno di età gestazionale (Istat).

<sup>38</sup> Tasso di natimortalità: N. nati morti/ N. totale nati\* 1.000.

<sup>39</sup> "Health for all" (Hfa-db) è un data-base europeo contenente una selezione di indicatori relativi ai 53 Paesi membri dall'Organizzazione mondiale della sanità-Europa. Gli indicatori coprono: dati demografici di base, stato di salute (mortalità, morbilità, salute materno infantile), determinanti di salute (stili di vita e ambiente), assistenza sanitaria (risorse e utilizzo); esso è strutturato in

**Grafico 7.5.5.1. Tasso (x 1.000) di natimortalità. Confronto AV2, Marche-Italia, anni 2011-2021**



Fonti: per AV2 = db CedAP ARS Marche; per Marche e Italia =Istat, Health for All, versione dicembre 2022.

Elab. UOS Epidemiologia, AV2.

### 7.5.6 Malformazioni congenite<sup>40</sup>

Nel periodo 2016-2021, attraverso il CedAP sono stati segnalati 128 casi di malformazioni, riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita, pari allo 0,7% del totale dei nati. In tabella 5.5.6.1. si riporta la proporzione di nati (da madri residenti) con malformazioni congenite, per anno di osservazione. E' importante sottolineare però che il CedAP è una fonte assolutamente parziale per la rilevazione di queste patologie in quanto la qualità della compilazione della sezione è scadente e, soprattutto, perché molte malformazioni non sono immediatamente documentabili alla nascita, ma possono essere diagnosticate solo dopo alcuni mesi da essa, mentre la compilazione del certificato di assistenza al parto, va terminata entro 10 giorni dalla nascita. Pertanto le patologie congenite diagnosticate dopo il decimo giorno dal parto molto difficilmente vi sono contenute.

maniera tale da poter essere interrogato dal software Hfa fornito dall'Oms, adattato alle esigenze nazionali. Il data-base in Italia è scaricabile dal sito dell'Istat <https://www.istat.it/it/archivio/14562>

<sup>40</sup> Nella scheda CedAP devono essere riportate le malformazioni diagnosticate utilizzando i codici di malformazione congenita della Classificazione delle Malattie, dei Traumatismi, degli Interventi Chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche ICD 9 CM e successivi aggiornamenti.

**Tabella 7.5.6.1. Nati da madri residenti, per presenza di malformazioni alla nascita. Area Vasta 2, periodo 2016-2021**

<b>Anno</b>	<b>N. nati con malformazioni congenite</b>	<b>Tot. Nati</b>	<b>% nati con malformazioni</b>
2016	26	3.290	0,79
2017	21	3.131	0,67
2018	22	3.029	0,73
2019	19	2.773	0,69
2020	23	2.637	0,87
2021	17	2.664	0,64
<b>Totale</b>	<b>128</b>	<b>17.524</b>	<b>0,73</b>

Fonte: db CedAP ARS Marche; Elab. UOS Epidemiologia, AV2



## 8. DISUGUAGLIANZE ED EQUITA' NELLA SALUTE

### Fonti dati:

- Istat, "Il Benessere dei territori". Anno 2022 [https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-\(bes\)/il-bes-dei-territori](https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/la-misurazione-del-benessere-(bes)/il-bes-dei-territori)
- Istat, "Indicatori territoriali per le politiche di sviluppo" <https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/obiettivi-di-sviluppo-sostenibile>
- IRES Piemonte: "Sistema degli Indicatori sociali regionali e provinciali" <https://sisreg.it/>
- OECD Better Life index (BLI): "Iniziativa per una vita migliore" <https://www.oecdbetterlifeindex.org>
- Fondazione Openpolis: "Il giornalismo basato sui dati" <https://www.openpolis.it/>
- Commissione Europea: "Ufficio Statistico dell'Unione Europea (Eurostat)" [https://commission.europa.eu/statistics\\_it](https://commission.europa.eu/statistics_it)
- Associazione per la ricerca sociale (ARS): "Osservatorio nazionale sulle politiche sociali" <https://www.welforum.it/>
- IN. TWIG: "Make data work" <https://www.intwig.it>
- INPS: "Osservatori Statistici ed altre statistiche" <https://www.inps.it/it/it/dati-e-bilanci/osservatori-statistici-e-altre-statistiche.html>

Il benessere di una popolazione è il risultato di una complessa interazione di fattori diversi: genetici, ambientali, comportamentali, ma anche socio-economici. La povertà materiale, la mancanza di relazioni interpersonali, la debolezza delle reti di aiuto, il lavoro poco qualificato o scarsamente retribuito (lavoro povero), la disoccupazione, il livello d'istruzione basso sono fattori, spesso correlati tra loro, che influenzano grandemente la salute degli individui. Una grande mole di letteratura scientifica degli ultimi 20 anni ha dimostrato che le persone più agiate presentano migliori condizioni di salute, si ammalano di meno e vivono più a lungo, mentre al contrario i cittadini svantaggiati dal punto di vista socio-economico tendono ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere la loro autosufficienza, ad essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima (18)

I fattori socio-economici condizionano significativamente gli stili di vita delle persone, l'accesso ai servizi di prevenzione, la possibilità di usufruire di assistenza appropriata e precoce. Tutto ciò ha importanti ripercussioni in termini di morbilità e mortalità fra gruppi di popolazione. Pertanto le disuguaglianze di salute nella popolazione sono grandemente "spiegate" dallo status socio-economico degli individui.

Esse però, almeno in parte, sono evitabili attraverso azioni di contrasto determinate da scelte di Istituzioni di carattere sanitario, ma anche e soprattutto di Istituzioni che producono e distribuiscono opportunità e risorse in un territorio (come ad esempio le scelte di natura economica, fiscale, ambientale, culturale, urbanistica, di lavoro, di istruzione e così via). Il lavoro e la convergenza di intenti di tutti gli *stakeholder* che operano in questi settori possono mitigare/ridurre gli esiti negativi di salute che si manifestano in sottogruppi di popolazione a causa del livello socio-economico degli individui.

Alla luce di quanto sopra-esposto è allora d'obbligo, nella stesura di un Profilo di salute di una Comunità, "leggere" i bisogni/problemi di salute degli individui, alla luce delle variabili socio-economiche caratteristiche delle persone residenti, in modo da identificare alcuni gruppi più fragili e svantaggiati all'interno della società su cui "mirare" adeguate azioni di contrasto.

## 8.1 LE DISUGUAGLIANZE NEI DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE

### 8.1.1. L'Istruzione

L'istruzione ricopre un ruolo fondamentale nel fornire agli individui le conoscenze, competenze e titoli utili per accedere alle opportunità e alle risorse necessarie con cui vivere e per partecipare attivamente alla vita sociale ed economica.

Un buon livello d'istruzione offre più opportunità di trovare un lavoro stabile e redditizio e ciò crea le condizioni favorevoli per vivere una vita di buona qualità; un elevato grado d'istruzione dà anche più possibilità di dotarsi di risorse materiali come cibo salutare e abitazioni più sicure.

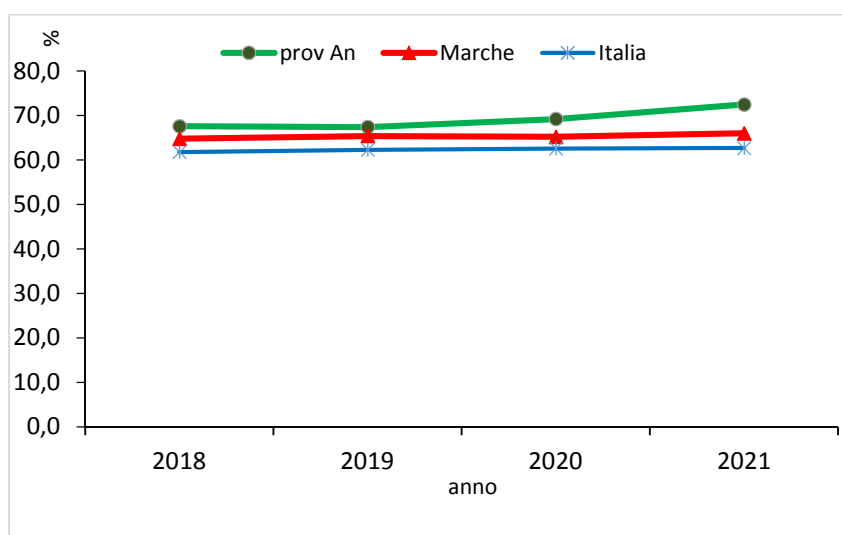
L'esistenza di una forte relazione tra il livello di istruzione degli individui e lo stato di salute in età adulta è oramai acclarata da un'enorme quantità di letteratura scientifica nazionale ed internazionale: le persone con alto titolo di studio sono meno esposte a fattori di rischio per malattie croniche e ad agenti ambientali nocivi, sono maggiormente in grado di accedere ai percorsi di prevenzione e di cura più appropriati e vivono più a lungo.

#### Il livello d'istruzione

Tutti gli indicatori presi in esame, relativi al grado d'istruzione della popolazione residente nella provincia di Ancona, mostrano un quadro positivo rispetto ai dati regionali e nazionali (19).

Nel quadriennio 2018-2021 la percentuale di persone tra 25-64 anni che hanno completato almeno la scuola secondaria di secondo grado (la scuola media superiore) è più elevata di quella delle Marche e dell'Italia; nel 2021 è del 73%: superiore di circa sette punti percentuali rispetto al dato regionale e di ben dieci punti percentuali in confronto al valore nazionale. Tale percentuale non è molto lontana dalla media dei Paesi dell'OCSE pari al 79%<sup>41</sup> (20) (Grafico 8.1.1.1.).

**Grafico 8.1.1.1. Persone tra 25-64 anni con almeno il diploma di scuola media superiore (valori percentuali). Confronto provincia di Ancona, Marche, Italia. Periodo 2018-2021**



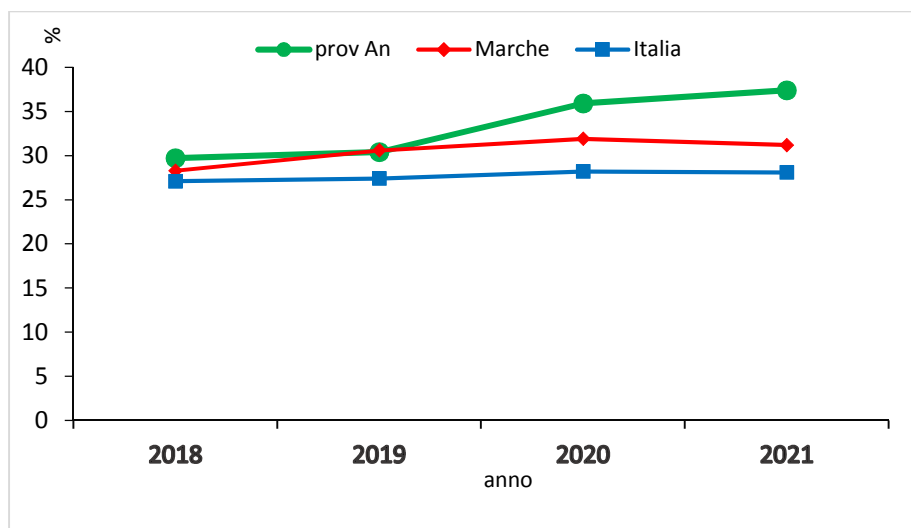
Fonte: Istat, BES territori 2022

[https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022\\_territorio/Provincia?publish=yes](https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022_territorio/Provincia?publish=yes) ultimo accesso 30 dicembre 2022. Elab:UOS Epidemiologia, AV2.

<sup>41</sup> OECD Better life Index: "Istruzione" <https://www.oecdbetterlifeindex.org/it/topics/education-it/>. Ultimo accesso 30 dicembre 2022. La Better Life Initiative (letteralmente "iniziativa per una vita migliore") dell'OCSE fornisce statistiche volte a misurare gli aspetti della vita che contano per i cittadini.

La provincia di Ancona presenta, nel quadriennio 2018-2021, anche buone percentuali di 25-39enni in possesso di un titolo universitario (37% nel 2021); il dato provinciale non è molto lontano dall'obiettivo ricompreso nella "Strategia europea per la Crescita (Europe 2020)<sup>42</sup> (21) rappresentato dal 40% e più di persone tra i 20-34 anni con un'istruzione universitaria; il valore regionale (31%) e quello nazionale (28%) mostrano scostamenti ancora rilevanti (Grafico 8.1.1.2.).

**Grafico 8.1.1.2. Laureati e soggetti tra i 25-39 anni in possesso di altri titoli terziari (valori percentuali). Confronto provincia di Ancona, Marche, Italia. Periodo 2018-2021**



Fonte: Istat, BES territori 2022

[https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022\\_territorio/Provincia?publish=yes](https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022_territorio/Provincia?publish=yes) ultimo accesso 30 dicembre 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2.

### Le competenze alfabetiche e numeriche degli studenti

I tassi di conseguimento di un diploma, sebbene siano importanti, dicono poco sui livelli di apprendimento degli studenti e sulla qualità dell'insegnamento ricevuto. Esistono specifici indicatori che analizzano in che misura gli studenti abbiano acquisito, alla fine della scuola obbligatoria alcune conoscenze e competenze, in particolare in lettura, matematica e scienze, essenziali per una piena partecipazione alla società moderna. Gli studi mostrano infatti che queste competenze costituiscono indici più attendibili del livello di benessere economico e sociale rispetto al numero di anni di scuola o d'insegnamento post-scolastico.

La tabella 8.1.1.1. evidenzia il punteggio medio ottenuto rispettivamente nelle prove di competenza alfabetica funzionale e numerica degli studenti delle classi quinte della scuola secondaria di secondo grado (scuola media superiore): i livelli di apprendimento, espressi in valori medi, degli studenti della provincia di Ancona sono più elevati rispetto a quelli degli studenti marchigiani e italiani.

<sup>42</sup> La **Strategia Europa 2020** è il Programma dell'Unione che ha come obiettivi la crescita e l'occupazione nel territorio dell'UE. Succede alla Strategia di Lisbona e si rende necessaria per affrontare più efficacemente la crisi economico-finanziaria che ha investito l'intera Europa a partire dal 2008. Fonte: <https://temi.camera.it/leg18/post/OCD25-313.html>

**Tabella 8.1.1.1. Competenza alfabetica funzionale e numerica degli studenti delle classi quinte della scuola secondaria di secondo grado (V classi delle scuole medie superiori). Confronto provincia di Ancona, Marche, Italia anno 2020**

Indicatore	Misura	Prov. AN	Marche	Italia
<b>Livello di competenza alfabetica degli studenti</b>	punteggio medio	190,4	188,7	186,0
<b>Livello di competenza numerica degli studenti</b>	punteggio medio	197,8	193,8	190,7

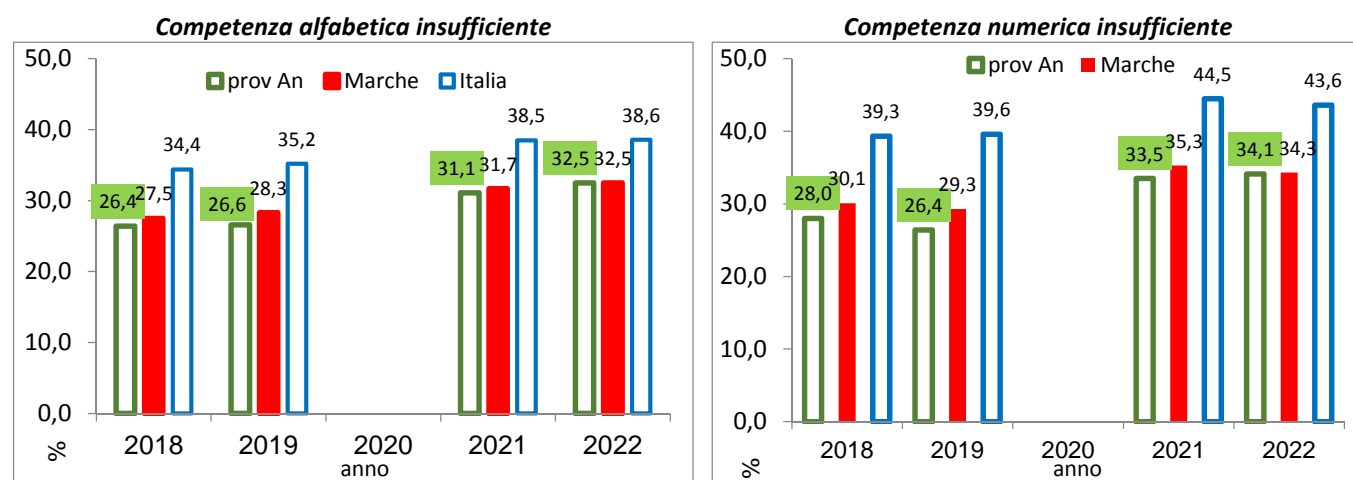
Fonte: Istat, BES territori 2022

In un'economia della conoscenza in costante evoluzione, dove lo scopo ultimo dell'istruzione è l'acquisizione di competenze per la vita, è molto importante dedicare un'attenzione particolare ai livelli di apprendimento acquisiti dagli studenti, monitorando in particolare quelli non adeguati (insufficienti). Ciò è possibile analizzando periodicamente la quota di studenti che non lasciano precocemente la scuola, ma che conseguono un titolo di studio che non corrisponde alle reali competenze apprese.

Nei test Invalsi 2022, il 33% circa degli studenti delle III classi della scuola media inferiore della provincia di Ancona si è attestato sui livelli di *competenza 1 e 2 in italiano*, considerati insufficienti, la stessa proporzione si è registrata a livello regionale mentre la media nazionale è più alta: 39% circa. Il dato 2022 è in aumento di più di un punto percentuale rispetto all'anno precedente e in ogni caso è molto superiore ai valori degli anni pre-pandemici 2018 e 2019 che erano intorno al 26% (Grafico 8.1.1.3.).

Le medesime considerazioni possono essere fatte analizzando le proporzioni di studenti sempre di terza media con livelli di *competenza numerica 1 e 2* cioè non adeguati: in provincia di Ancona sono il 34% come nelle Marche, mentre salgono al 44% circa in Italia. Anche in questo caso l'andamento rispetto agli anni precedenti (soprattutto il biennio 2018-2019) presenta peggioramenti significativi (Grafico 8.1.1.3.). In questo severo depauperamento del quadro di competenze, acquisite dagli studenti, ha svolto un ruolo fondamentale le profonde e inaspettate trasformazioni del percorso scolastico, imposte dalla pandemia da Sars-Cov2 nel periodo 2020-2022, attraverso il passaggio da una didattica in presenza a una totalmente a distanza, per poi procedere con la didattica mista negli anni scolastici 2020/21 e 2021/2022.

**Grafico 8.1.1.3. Competenza alfabetica e numerica non adeguata (studenti delle classi III della scuola secondaria primo grado – scuola media inferiore) (%). Confronto provincia di Ancona, Marche, Italia. Periodo 2018-2019 e 2021-2022.**



Fonte: Istat, BES territori 2022

[https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022\\_territorio/Provincia?publish=yes](https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022_territorio/Provincia?publish=yes) ultimo accesso 30 dicembre 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2.

L'indagine Invalsi (Tabella 8.1.1.2. e Tabella 8.1.1.3.) mostra anche come le disparità nei livelli di apprendimento e nei risultati scolastici siano largamente associate al genere. Nel 2022 in provincia di Ancona

il divario di genere, a sfavore dei ragazzi, è particolarmente accentuato nella competenza alfabetica: questa è inadeguata nel 38% degli alunni rispetto al 26% delle alunne: c'è una differenza di ben 12 punti percentuali tra i due sessi. La competenza numerica non adeguata è di più frequente riscontro invece tra le giovani (36%) rispetto ai giovani (33%); il gradiente di genere è però più contenuto: "solo" circa 3 punti percentuali in più a sfavore del genere femminile.

**Tabella 8.1.1.2. Competenza alfabetica non adeguata (studenti delle classi III della scuola secondaria primo grado – scuola media inferiore), per genere (valori %). Confronto provincia di Ancona, Marche, Italia. Periodo 2018, 2019, 2021,2022**

Anno	Prov. An		Marche		Italia	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
2018	29,9	22,8	30,6	24,1	38	30,6
2019	31,1	21,8	32,7	23,7	39,8	30,3
2020	-	-	-	-	-	-
2021	36,1	25,8	37,4	25,8	43,4	33,3
2022	38,3	26,4	37,8	26,8	43,4	33,5

Fonte: Istat, BES territori 2022

[https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022\\_territorio/Provincia?publish=yes](https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022_territorio/Provincia?publish=yes) ultimo accesso 30 dicembre 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2.

**Tabella 8.1.1.3. Competenza numerica non adeguata (studenti delle classi III della scuola secondaria primo grado – scuola media inferiore), per genere (valori %). Confronto provincia di Ancona, Marche, Italia. Periodo 2018, 2019, 2021,2022**

Anno	Prov. An		Marche		Italia	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne
2018	26,4	29,6	28,2	32,2	37,6	41,1
2019	25,9	26,9	28,4	30,3	38,4	40,8
2020	-	-	-	-	-	-
2021	32,6	34,5	34,3	36,2	42,9	46,2
2022	32,8	35,5	32,7	35,9	41,6	45,8

Fonte: Istat, BES territori 2022

[https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022\\_territorio/Provincia?publish=yes](https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022_territorio/Provincia?publish=yes) ultimo accesso 30 dicembre 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2.

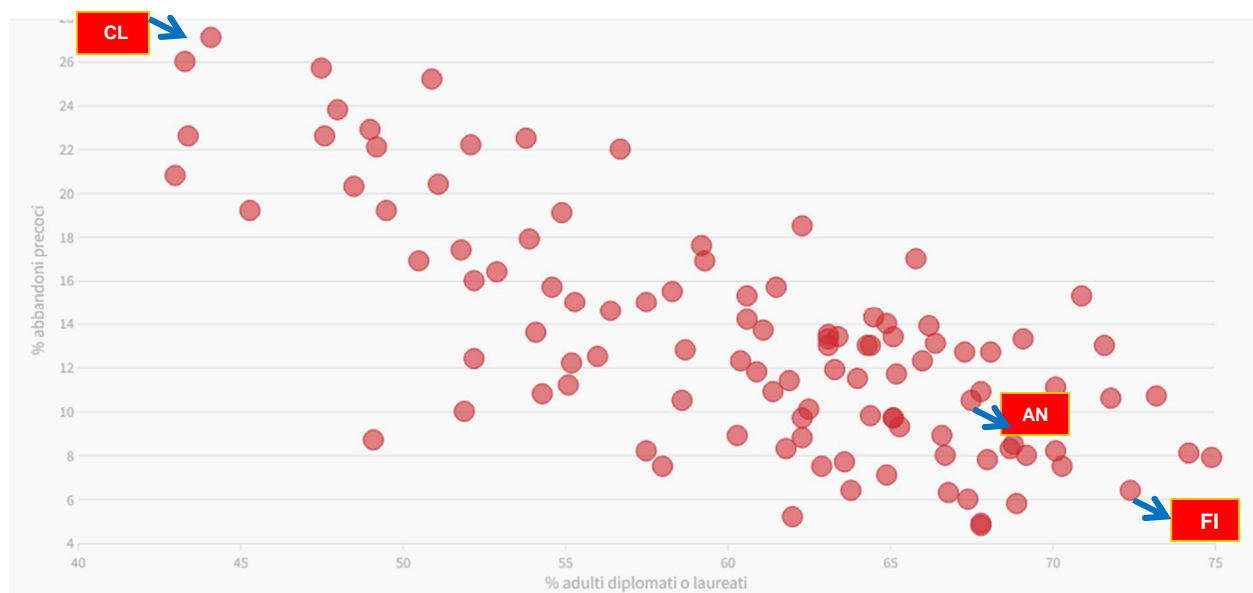
## L'abbandono precoce degli studi

Il fenomeno dell'abbandono scolastico precoce colpisce quei giovani che lasciano gli studi con il solo diploma di scuola media inferiore, senza conseguire ulteriori titoli di studio o qualifiche professionali. Esso comporta una grave carenza delle competenze di base e delle qualifiche essenziali per una piena partecipazione alla vita in una società complessa, pertanto dal punto di vista del sistema educativo e dell'intera società, si tratta di un fallimento formativo.

Nelle Marche il tasso di abbandono scolastico nel 2021 si è attestato al 7,9%, uno dei dati più contenuti tra le regioni italiane, di 4,8 punti inferiore alla media nazionale (22), rientrando ampiamente nell'obiettivo della "Strategia europea per la Crescita (Europe 2020)" di riduzione di tale tasso al di sotto del 10%".

I ragazzi e le ragazze che abbandonano gli studi provengono più frequentemente da contesti sociali più difficili e da famiglie in difficoltà economica. Una simile disparità si concretizza anche nel caso in cui i giovani abbiano genitori con bassi livelli d'istruzione, i quali possono essere più propensi a ridurre l'investimento in capitale umano dei propri figli non solo per ragioni economiche, ma anche per ragioni culturali. La conseguenza è che i figli dei meno istruiti hanno percorsi di istruzione più brevi e una maggiore tendenza all'abbandono precoce. Una conferma, per quanto indiretta che quanto sopra-esposto accade anche nei nostri territori la si ricava dall'analisi della relazione tra tassi di abbandono scolastico e percentuali di adulti diplomati mostrata nel grafico 8.1.1.4. dove ogni punto rappresenta una Provincia italiana. In tale grafico appare abbastanza chiaro che le Province con meno adulti diplomati e quelle con il più elevato tasso di abbandono in molti casi coincidono; infatti in alto a sinistra si trovano le Province con pochi adulti diplomati e alti abbandoni precoci tra i giovani (ad esempio la provincia di Caltanissetta con il 44% di adulti diplomati e il 27% di abbandoni precoci), mentre in basso a destra è il contrario (ad esempio la provincia di Ancona con il 68% di adulti diplomati e l'11% di abbandoni precoci).

**Grafico 8.1.1.4. Relazione nei territori tra proporzione di adulti diplomati e proporzione di abbandoni scolastici precoci tra i giovani, per provincia italiana. Anno 2018**



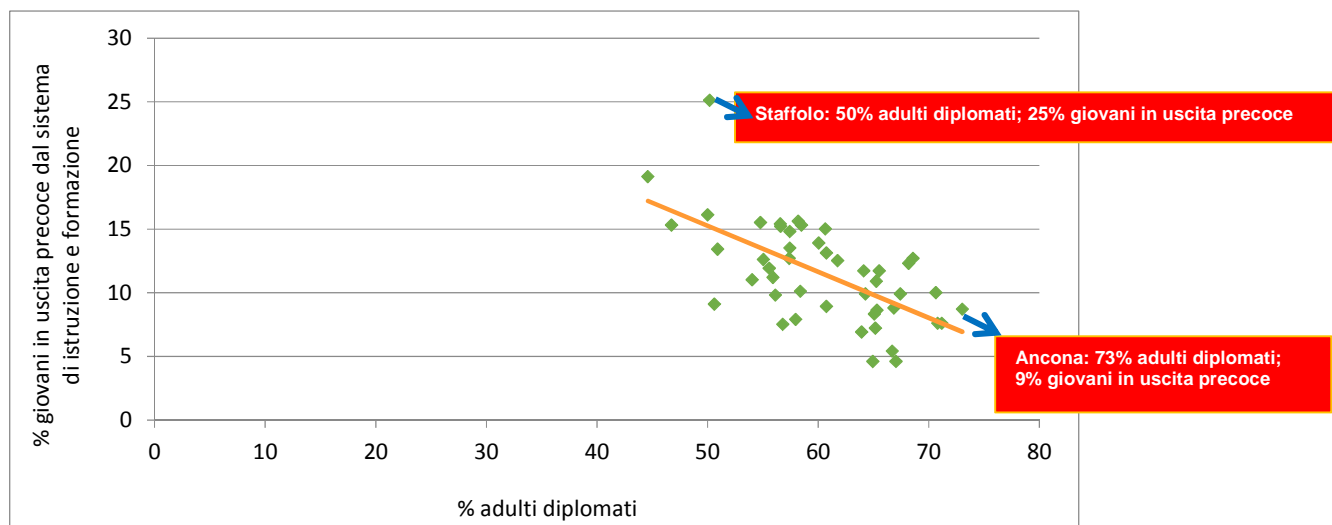
Note: sull'asse orizzontale è indicata la percentuale di adulti 25-64 anni che hanno completato almeno la scuola secondaria di II grado (la scuola media superiore); sull'asse verticale è indicata la percentuale di soggetti 15-24 anni con licenza di scuola media inferiore che non frequenta un corso regolare di studi e/o di formazione professionale.

Fonte: estratto da Openpolis: "In Italia il titolo di studio dei figli dipende troppo spesso da quello dei genitori" <https://www.openpolis.it/in-italia-il-titolo-di-studio-dei-figli-dipende-troppo-spesso-da-quello-dei-genitori/> ultimo accesso 30 dicembre 2022.

Elaborazione openpolis - Con i Bambini su dati Istat e Svimez (ultimo aggiornamento: martedì 11 settembre 2018)

Questa relazione sembra in parte emergere anche a un livello di disaggregazione territoriale comunale: il grafico 8.1.1.5. confronta la percentuale di adulti diplomati con la quota di giovani fuori da percorsi di istruzione, per Comune della provincia di Ancona. Anche in questo caso è chiara la tendenza a una diminuzione dei tassi di abbandono in presenza di una percentuale più elevata di adulti più istruiti.

**Grafico 8.1.1.5. Relazione tra proporzione di adulti diplomati e proporzione di giovani in uscita precoce dal sistema d'istruzione/formazione, per Comune della provincia di Ancona. Anno 2018**



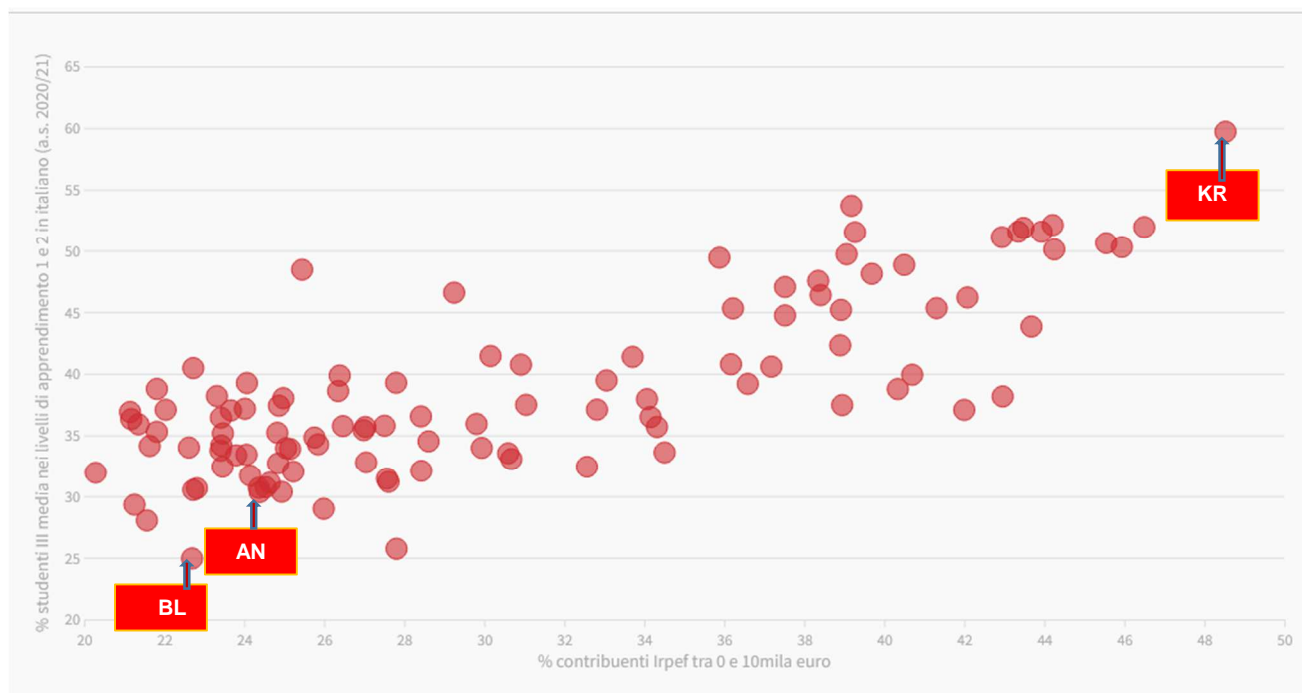
Note: sull'asse orizzontale è indicata la percentuale di adulti 25-64 anni che hanno completato almeno la scuola secondaria di II grado; sull'asse verticale è indicata la percentuale di soggetti 15-24 anni con licenza media che non frequenta un corso regolare di studi e/o di formazione professionale.

Fonte: estratto da Openpolis: "L'impatto del Pnrr sulla povertà educativa nelle Marche" <https://www.openpolis.it/limpatto-del-pnrr-sulla-poverta-educativa-nelle-marche/> ultimo accesso 30 dicembre 2022. elaborazione openpolis – Con i Bambini su dati UrbanIndex e Istat (statistiche sperimentali).

Elab grafica UOS Epidemiologia, AV2.

Esiste anche una relazione tra la "ricchezza economica" di un territorio e il grado di istruzione della comunità che ci vive. Nel grafico 8.1.1.6. si analizza, con disaggregazione provinciale, la relazione tra territori meno "ricchi" (ossia dove la proporzione di redditi bassi è più elevata) e la quota di soggetti con livelli di apprendimento scolastico insufficiente che vivono in quel territorio. In molti casi le Province italiane con maggior frequenza di redditi bassi sono anche quelle con percentuali più elevate di competenze alfabetiche non adeguate. Ad esempio in basso a sinistra si trova la provincia di Ancona con il 25% circa di percentuale di contribuenti Irpef tra 0 e 10 mila euro (bassi redditi) e il 31% di studenti delle III classi di scuola media inferiore con livelli di competenze alfabetiche non adeguate (1 e 2), mentre in alto a destra c'è la provincia di Crotone con il 49% circa di redditi bassi e il 60% circa di alunni con livelli di apprendimento scolastico insufficiente in italiano.

**Grafico 8.1.1.6. Relazione nei territori tra proporzioni di bassi redditi e proporzioni di studenti delle III classi delle scuole medie inferiori con livelli di apprendimento in italiano non adeguati, per provincia italiana. Anno 2021**



Note: sull'asse orizzontale è indicata la percentuale di dichiarazioni dei redditi che nel 2021 (anno d'imposta 2020) si è attestato tra 0 e 10mila euro (redditi bassi); sull'asse verticale è presentata la percentuale di studenti delle III classi delle scuole medie inferiori che, nelle prove Invalsi (2020/21) si sono collocati nei 2 livelli più bassi nelle prove di italiano (livelli 1 e 2).

Fonte: estratto da Openpolis: "Come la condizione familiare incide sugli apprendimenti degli studenti" <https://www.openpolis.it/come-la-condizione-familiare-incide-sugli-apprendimenti-degli-studenti/> ultimo accesso 03 gennaio 2023.

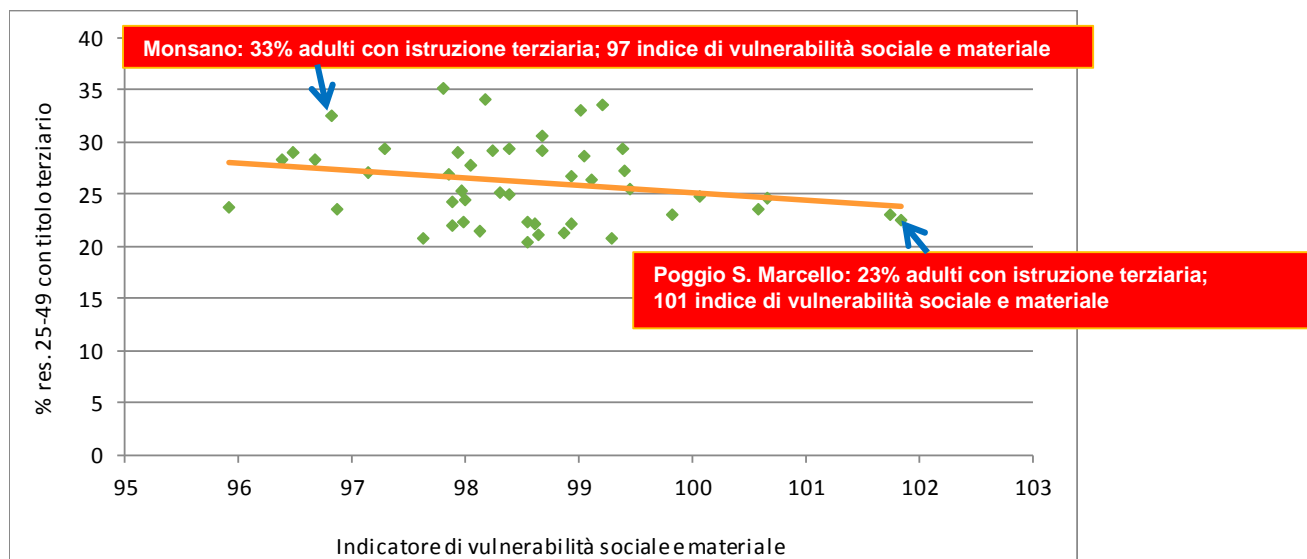
## Il livello d'istruzione e il rischio di esclusione sociale

Come mostrato nei paragrafi precedenti il divario nei livelli d'istruzione si traduce in disuguaglianze socio-economiche. Per un giovane, lasciare gli studi prima del tempo significa ad esempio avere più difficoltà nel trovare opportunità lavorative o lavori peggio retribuiti, con la conseguenza di avere maggiori probabilità di ricadere nell'esclusione sociale. La relazione tra basso livello d'istruzione e rischio di vulnerabilità sociale e materiale viene evidenziata nel grafico 8.1.1.7.<sup>43</sup> dove ogni punto rappresenta un Comune della provincia di Ancona. In questo grafico la quota di persone con titolo di studio di livello terziario è messa in relazione con l'indice di vulnerabilità materiale e sociale del territorio in cui esse vivono: in alto a sinistra ci sono i Comuni con più adulti laureati e bassa vulnerabilità sociale, viceversa in basso a destra. La linea di tendenza evidenzia come al diminuire della proporzione di adulti tra 25-49 anni con titolo di studio di livello terziario cresce la vulnerabilità sociale e materiale di quella zona.

<sup>43</sup> "Si mette a confronto la quota di adulti (25-49 anni) con titolo di studio di livello terziario nel comune con l'indice di vulnerabilità sociale e materiale dello stesso. Il primo indicatore è stato elaborato a partire dai dati del censimento permanente (dati 2020) e calcola la quota di residenti tra 25 e 49 anni che dispongono di: 1) un diploma di tecnico superiore ITS o titolo di studio terziario di primo livello; 2) un titolo di studio terziario di secondo livello / dottorato di ricerca. Il secondo indicatore rende possibile stimare per ciascun territorio la sua vulnerabilità, a partire dalle caratteristiche di chi ci abita. Più è alto, maggiore è il rischio di disagio e vulnerabilità in quella zona. I dati, relativi al censimento generale del 2011, a livello nazionale sono stati riclassificati rispetto ai confini comunali del 2018" Fonte: <https://www.openpolis.it/quali-sono-i-fattori-di-esclusione-sociale-tra-bambini-e-ragazzi/>, ultimo accesso 30 dicembre 2022.



**Grafico 8.1.1.7. Relazione nei territori tra proporzione di adulti con titolo di studio terziario e grado di vulnerabilità sociale e materiale di quei territori. Comuni della provincia di Ancona, anno 2021.**



Note: sull'asse orizzontale è indicato l'indice di vulnerabilità sociale e materiale, stimato per ciascun territorio a partire dalle caratteristiche di chi ci abita. Sull'asse verticale è indicata la percentuale di adulti (25-49 anni) con titolo di studio di livello terziario, vale a dire la quota di residenti tra 25 e 49 anni che dispongono di: 1) un diploma di tecnico superiore ITS o titolo di studio terziario di primo livello; 2) un titolo di studio terziario di secondo livello / dottorato di ricerca

Fonte: Openpolis: "Quali sono i fattori di esclusione sociale tra bambini e ragazzi" <https://www.openpolis.it/quali-sono-i-fattori-di-esclusione-sociale-tra-bambini-e-ragazzi/> ultimo accesso 30 dicembre 2022. Elab. elaborazione openpolis - Con i Bambini su dati Istat, mappa rischi e censimento permanente.

Elab grafica: UOS Epidemiologia, AV2

### 8.1.2. Il Lavoro

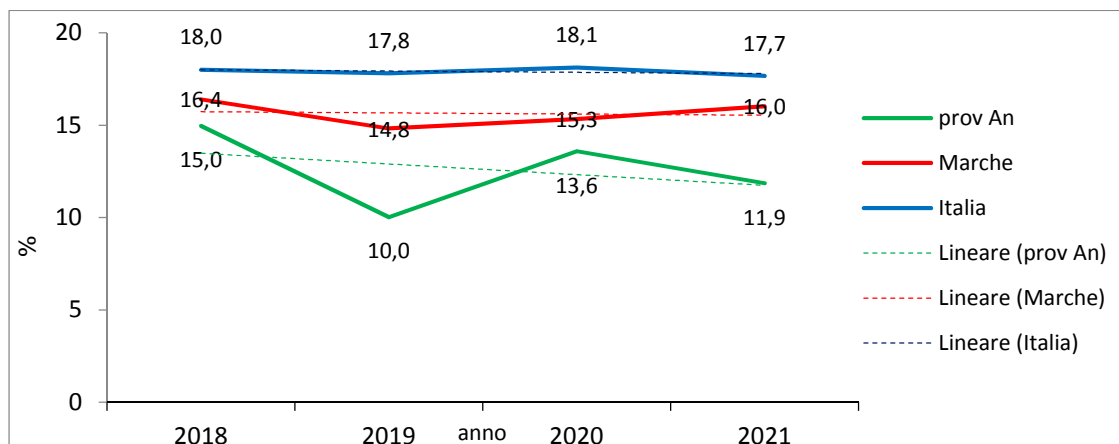
Avere un lavoro stabile ha un effetto molto rilevante sulla salute e sul benessere delle persone e delle comunità in cui risiedono. I benefici collegati all'attività lavorativa riguardano sia la possibilità di avere un reddito, una sicurezza economica su cui contare per vivere, ma anche il senso di soddisfazione e di realizzazione personale con ripercussioni positive sulla qualità della vita.

#### Il lavoro e il differenziale di genere tra occupazione maschile e femminile

Nel 2021 in Italia il 58% della popolazione in età lavorativa, compresa tra 15 e 64 anni, ha un lavoro retribuito: tale percentuale è inferiore alla media OCSE del 66%; in provincia di Ancona e nelle Marche la situazione è migliore: si registrano infatti tassi di occupazione rispettivamente del 65% e del 64%.

Esiste però un differenziale costante fra il tasso di occupazione maschile e quello femminile a sfavore delle donne. Nel grafico 8.1.2.1. si osserva il trend 2018-2021 di questo differenziale: la buona notizia è che la tendenza per la provincia di Ancona è quella di una riduzione di questa differenza, mentre per le Marche e per l'Italia l'andamento è pressoché costante. Nel 2021, ultimo anno disponibile, il tasso di occupazione maschile rispetto a quello femminile registra: + 12 punti percentuali nella nostra Provincia; + 16 nelle Marche e + 18 in Italia (23). Nel 2020 nei Paesi dell'OCSE questa forbice era pari a + 15 punti percentuali.

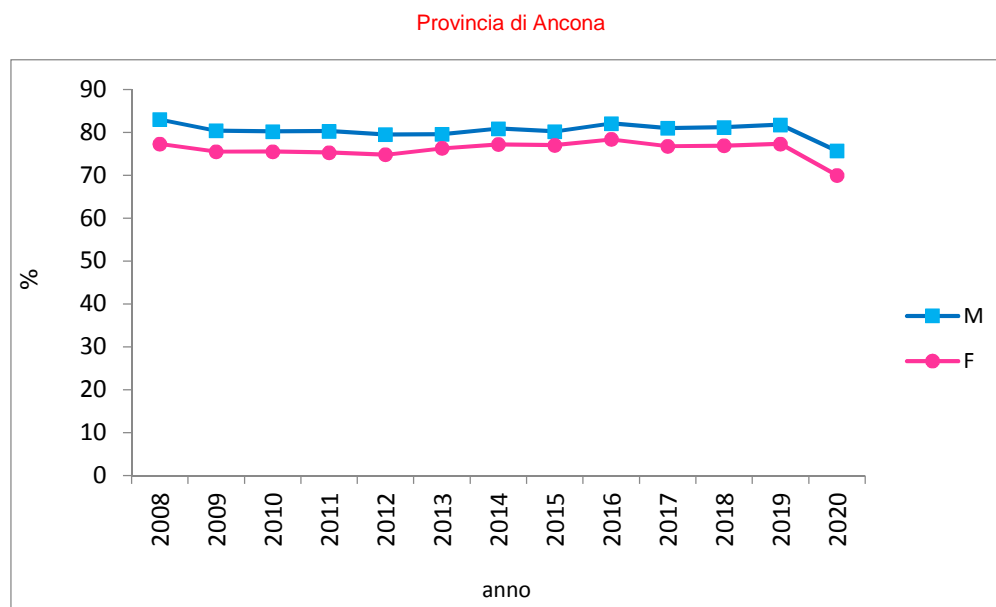
**Grafico 8.1.2.1. Differenza assoluta fra tasso di occupazione maschile e tasso di occupazione femminile nella fascia 15-64 anni (valori %). Confronto provincia di Ancona, Marche, Italia. Periodo 2018-2021**



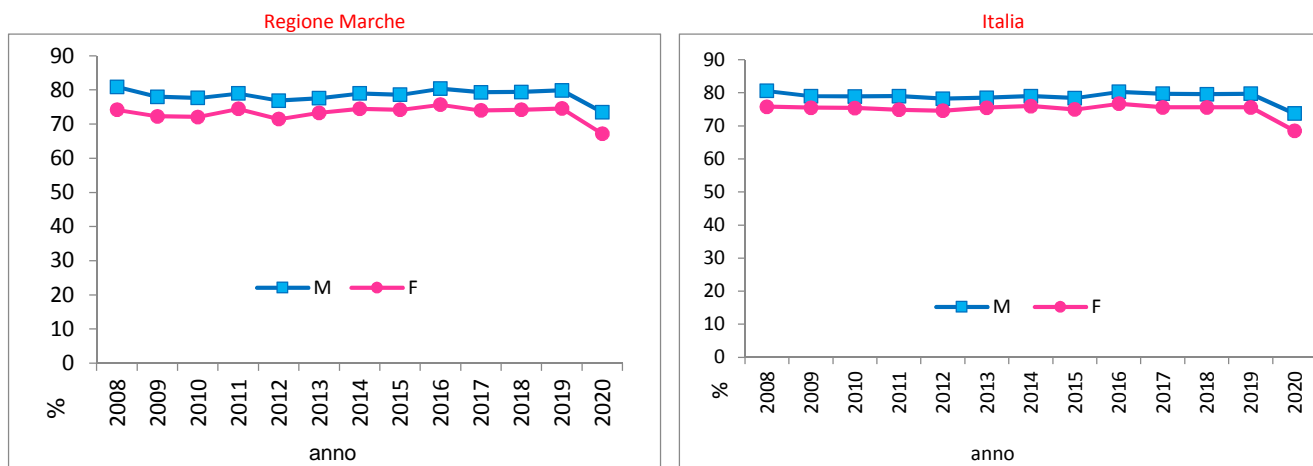
Fonte: Istat, indicatori territoriali per le politiche di sviluppo, <https://www.istat.it/it/archivio/16777> ultimo accesso 30 dicembre 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Una differenza di genere viene evidenziata anche dall'analisi delle giornate retribuite nell'anno ai lavoratori dipendenti<sup>44</sup>: nel periodo 2008-2020 le donne mostrano percentuali costantemente più basse rispetto agli uomini sia nella nostra Provincia che nella Regione che in Italia. Il grafico evidenzia anche bene come nel 2020 (il primo pandemico) ci sia stata complessivamente in entrambi i sessi una chiara diminuzione della proporzione di giornate retribuite in un anno (Grafico 8.1.2.2.).

**Grafico 8.1.2.2. Giornate retribuite nell'anno (lavoratori dipendenti), per genere (valori %). Confronto tra provincia di Ancona, Marche, Italia periodo 2008-2020.**



<sup>44</sup> Questo indicatore consiste nel rapporto percentuale tra numero medio di giornate di lavoro effettivamente retribuite nell'anno a un lavoratore dipendente assicurato INPS e il numero teorico delle giornate retribuite in un anno a un lavoratore dipendente occupato a tempo pieno (312 giorni).



Fonte: Istat, indicatori territoriali per le politiche di sviluppo, <https://www.istat.it/it/archivio/16777> ultimo accesso 30 dicembre 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

## Il lavoro povero e la povertà lavorativa

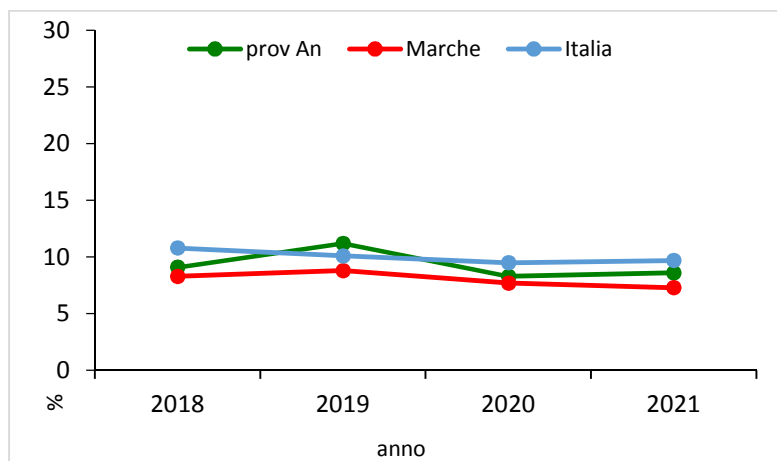
Avere un lavoro non è di per sé sufficiente per scongiurare il rischio di vivere in povertà: questa evidenza si riscontra – sebbene in misura diversa – in tutti i paesi dell’Unione europea dove la “povertà lavorativa” viene costantemente monitorata attraverso un preciso indicatore. Esso identifica come “lavoratori poveri” coloro che sono stati occupati per più di sei mesi nell’anno considerato e che vivono in famiglie con un reddito al di sotto del 60 per cento del reddito mediano nazionale. La media europea (Europa a 27 Paesi) per il 2021 è del 9%, ma per l’Italia il valore sale all’11,6%. Non sono stati pubblicati dati regionali e/o provinciali (24).

- Le cause del “lavoro povero non sono solo collegate a *salari* insufficienti, ma nascono da un processo che, oltre al salario orario, riguarda (25):
- i *tempi* di lavoro (ovvero quante ore si lavora abitualmente a settimana e quante settimane si è occupati nel corso di un anno). In Italia nel 2021 la “povertà lavorativa” è appannaggio del 20% di chi ha un’occupazione part-time rispetto al 10,1% di coloro che sono impiegati full-time;
- la *composizione familiare* (in particolare quante persone percepiscono un reddito all’interno del nucleo e quante sono “a carico”);
- l’*azione redistributiva dello stato* (il reddito familiare disponibile dopo trasferimenti e imposte)”

## Il lavoro che non c’è: i tassi di disoccupazione

Il tasso di disoccupazione nella fascia d’età 15-64 anni in provincia di Ancona nel 2021 è del 8,6% (7,3% nelle Marche; 9,7% in Italia). L’andamento 2018-2021 mostra un trend in diminuzione dopo il picco dell’11,2% registrato nel 2019 (Grafico 8.1.2.3.).

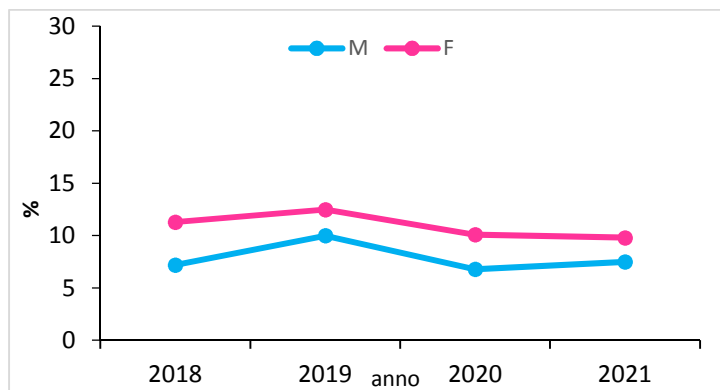
**Grafico 8.1.2.3. Tasso di disoccupazione nella fascia d'età 15-64 anni (valori %). Confronto provincia di Ancona, Marche, Italia periodo 2018-2021**



Fonte: Istat, indicatori territoriali per le politiche di sviluppo, <https://www.istat.it/it/archivio/16777> ultimo accesso 30 dicembre 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Anche il tasso di disoccupazione (come quello di occupazione precedentemente analizzato) dipende fortemente dal genere ed è a sfavore delle donne. Nel 2021 nella nostra Provincia la disoccupazione, nella fascia d'età 15-64 anni è negli uomini uguale a circa 7 soggetti ogni 100 mentre nelle donne sale a 9 su 100, con valori, per quest'ultime, costantemente superiori anche nei tre anni precedenti (Grafico 8.1.2.4.).

**Grafico 8.1.2.4. Tasso di disoccupazione nella fascia d'età 15-64 anni, per genere (valori %). Provincia di Ancona, periodo 2018-2021**



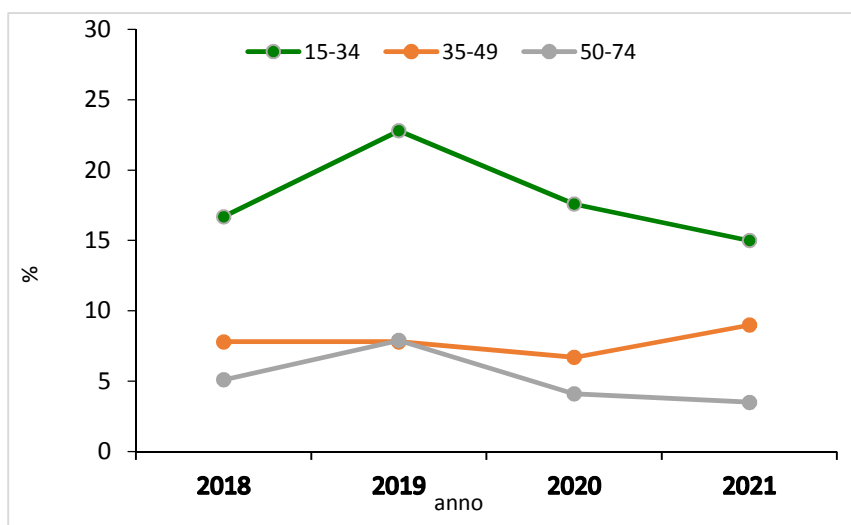
Fonte: Istat, indicatori territoriali per le politiche di sviluppo, <https://www.istat.it/it/archivio/16777> ultimo accesso 30 dicembre 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

L'analisi del tasso di disoccupazione per fasce d'età (15-34 anni; 35-49 anni, 50-74 anni), genere e totale (Grafico 8.1.2.5.) nel quadriennio 2018-2021 mostra:

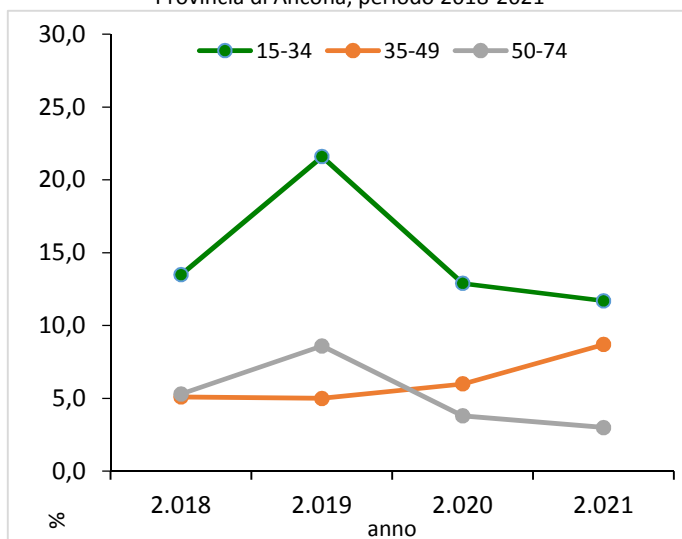
- livelli costantemente più elevati tra i più giovani (fascia 15-34 anni), indipendentemente dal genere;
- un trend in graduale costante aumento negli uomini per la fascia 35-49 anni (+3 punti percentuali nel 2021 rispetto l'anno precedente);
- un trend in lieve diminuzione nelle donne sempre nella fascia 35-49 anni.

### Grafico 8.1.2.5. Tasso di disoccupazione per fasce d'età (valori %), genere e totale. Provincia di Ancona, periodo 2018-2021

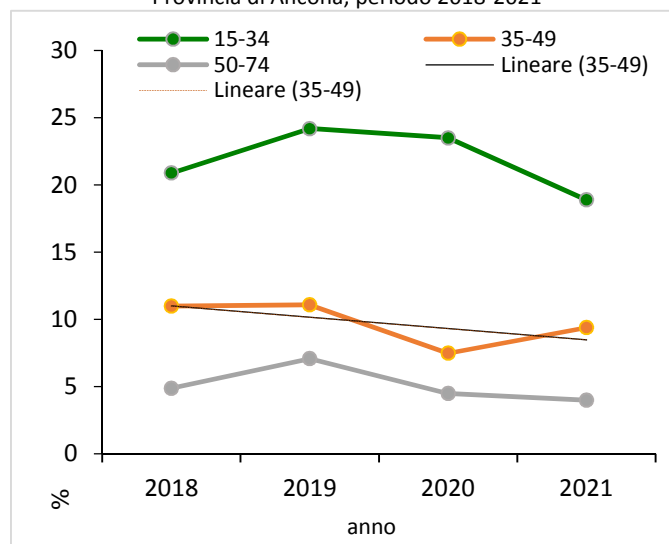
Tasso di disoccupazione **totale (uomini + donne)**, per fascia d'età (valori%). Provincia di Ancona, periodo 2018-2021



Tasso di disoccupazione **negli uomini**, per fascia d'età (valori%).  
Provincia di Ancona, periodo 2018-2021



Tasso di disoccupazione **nelle donne**, per fascia d'età (valori%).  
Provincia di Ancona, periodo 2018-2021



Fonte: Istat, indicatori territoriali per le politiche di sviluppo, <https://www.istat.it/it/archivio/16777> ultimo accesso 30 dicembre 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

### 8.1.3. Il Reddito/Ricchezza

Il reddito e la ricchezza ovvero le risorse economiche che le persone hanno a disposizione sono componenti essenziali del benessere individuale e sociale. La disponibilità economica incrementa le potenzialità di accedere a: cibi salutari, condizioni abitative dignitose, istruzione qualificata, forme di compartecipazione alle spese sanitarie (se necessario), attività culturali e ricreative. Essa inoltre è associata alla soddisfazione della vita, allo status sociale percepito e alle relazioni sociali.

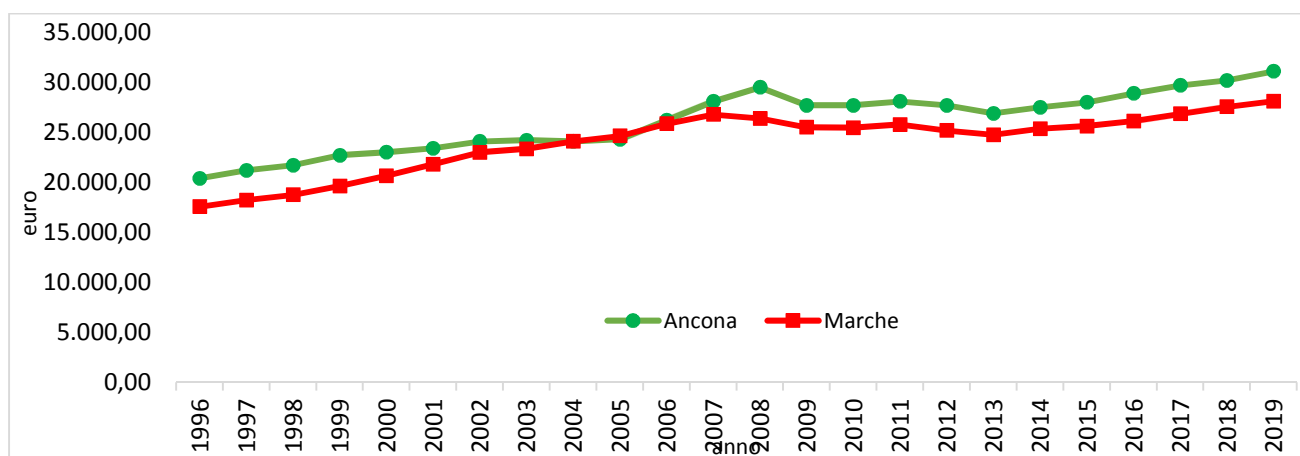
È quindi importante monitorare il reddito medio di una popolazione e il grado di povertà per valutare lo stato di salute di una popolazione.

## Indicatori di benessere economico

Gli indicatori di “benessere economico” descrivono in provincia di Ancona una situazione discordante:

- *il PIL pro-capite a parità di potere d'acquisto*<sup>45</sup> è l'indicatore internazionalmente utilizzato per indicare il livello di ricchezza di un Paese o di un'Area; nella nostra Provincia nel periodo 1996-2019 mostra valori più elevati di quelli regionali. In particolare per il 2019, ultimo anno disponibile, il dato annuo provinciale è più favorevole rispetto a quello regionale di + 2.290 euro (31.100 € per la provincia di Ancona, rispetto ai 28.107 € per la Regione) (fig. 8.1.3.1.).

**Grafico 8.1.3.1. PIL procapite a parità di potere di acquisto (valori assoluti in euro)\*. Confronto prov. AN, Marche. Periodo 1996-2019**



\* Il PIL procapite è il **valore complessivo dei beni e servizi** prodotti all'interno di un territorio in un certo intervallo di tempo e destinati ad usi finali diviso per il numero di abitanti. Il PIL è un indicatore del livello del reddito nazionale; nei confronti internazionali viene utilizzato il PIL a parità di potere di acquisto (PPS) al fine di eliminare le distorsioni indotte dai differenti livelli dei prezzi: esso è calcolato come la media pesata dei prezzi di un paniere di beni e servizi che sono omogenei, comparabili e rappresentativi di ogni paese membro dell'Unione Europea. Fonte: Sistema degli indicatori sociali regionali e provinciali (26): [https://www.sisreg.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=102&Itemid=75](https://www.sisreg.it/index.php?option=com_content&view=article&id=102&Itemid=75) Ultimo accesso 16 dicembre 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2.

- I dati diffusi dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (Mef) sui redditi del 2020 evidenziano che in Italia, in piena pandemia, *il reddito imponibile pro-capite* (al netto delle eventuali detrazioni) è di 19.796 €. Come era lecito aspettarsi questo dato risulta in calo (-283 €) rispetto a quello del 2019 (20.079 €), invertendo il trend registrato negli anni precedenti.

Nelle Marche il reddito imponibile pro-capite per l'anno 2020 è inferiore a quello italiano ed è pari a 18.706 euro (-193 € rispetto al 2019). La nostra Regione occupa la dodicesima posizione sul totale delle 20 regioni italiane.

Nel 2020 il comune più ricco d'Italia risulta essere Basiglio, in provincia di Milano con un reddito imponibile pro-capite di 44.684 €.

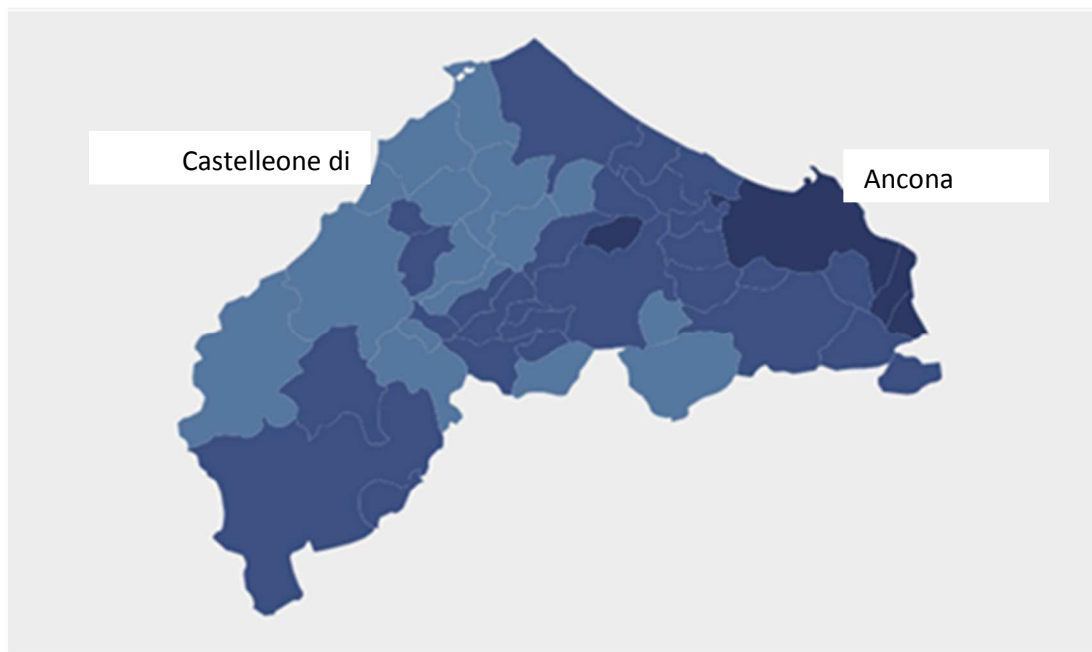
I valori di questo indicatore, sempre per l'anno 2020, per ciascun comune della provincia di Ancona sono evidenziati nel grafico 8.1.3.2. sotto forma di “mappa colorata”: più è intenso il colore, maggiore è il valore del reddito pro-capite.

<sup>45</sup> Il PIL-procapite è una media derivante dalla sommatoria del valore di tutti i beni e servizi prodotti in un Paese, destinato alla vendita, diviso per il numero degli abitanti

E' evidente la presenza di una differenza territoriale: il range va dai 21.920 euro di Ancona ai 15.412 di Castelleone di Suasa.

Complessivamente il 50% dei comuni della Provincia (25/50) presenta un reddito imponibile pro-capite inferiore al dato regionale.

**Grafico 8.1.3.2. Reddito pro-capite, per Comune. Provincia di Ancona, anno 2020**

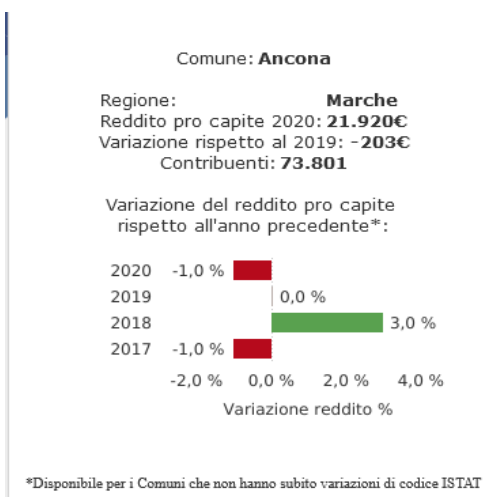
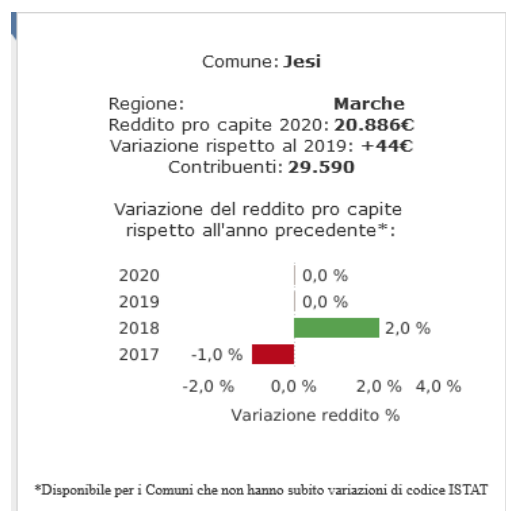
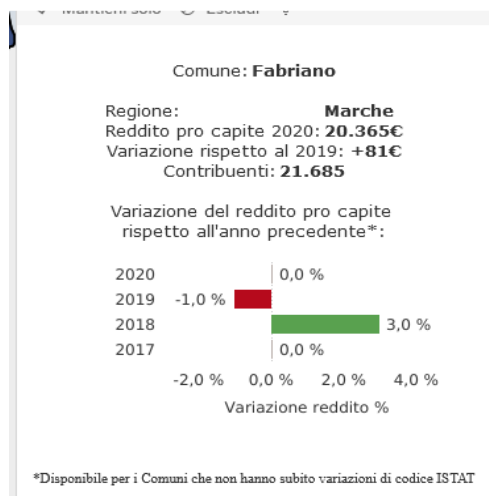
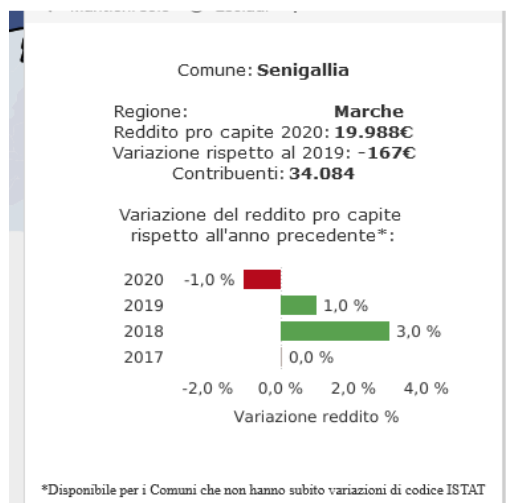


Fonte dati Ministero dell'Economia e delle Finanze ([Mef](#)) redditi del 2020

Elaborazioni: <https://www.intwig.it/reddito-pro-capite-italia-2020-classifica-comuni-regioni/> ultimo accesso 09.12.2022

L'impatto della pandemia sul reddito pro-capite nei Comuni "capoluogo" di Distretto dell'Area Vasta 2 viene mostrato invece nel grafico 8.1.3.3. Rispetto al 2019 Senigallia e Ancona presentano una variazione di -1%, questo calo è in linea con quanto accaduto a livello nazionale (27).

**Grafico 8.1.3.3. Variazione del reddito pro-capite. Confronto tra i comuni di Senigallia, Jesi, Fabriano e Ancona, anni 2017-2020. Area Vasta 2, anno 2020**



Fonte dati Ministero dell'Economia e delle Finanze ([Mef](#)) redditi del 2020

Elaborazioni: <https://www.intwig.it/reddito-pro-capite-italia-2020-classifica-comuni-regioni/> ultimo accesso 09.12.2022

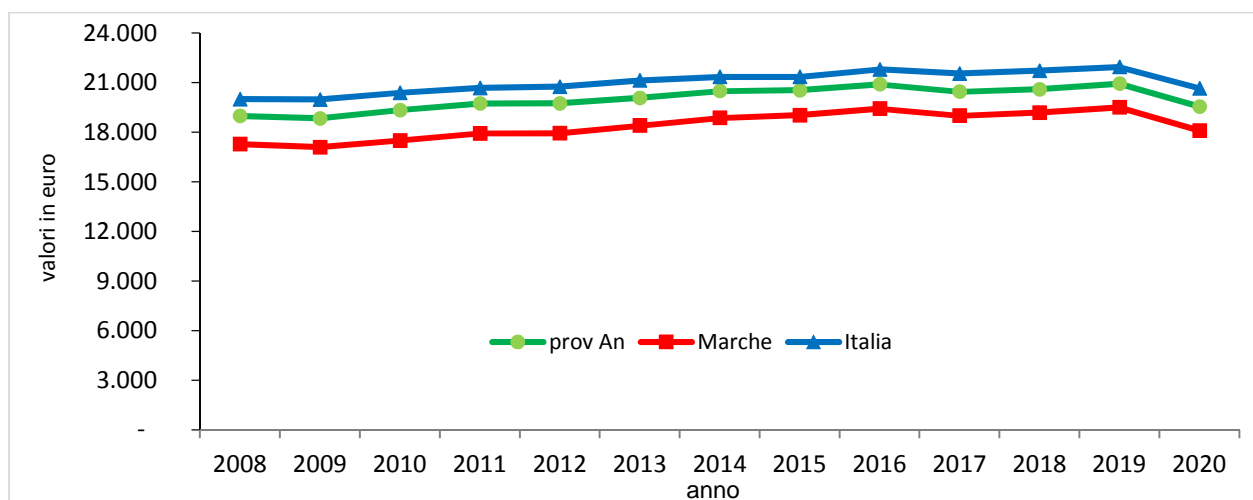
- i dati provinciali 2008-2020 riguardanti *la retribuzione media annua dei lavoratori dipendenti del settore privato*<sup>46</sup> mostrano valori costantemente inferiori ai dati nazionali, ma al di sopra di quelli regionali. Al 2020, ultimo anno disponibile, il differenziale nella retribuzione lorda media annua tra la provincia di Ancona e l'Italia è di circa - 1.100 (rispettivamente: 19.552 €, rispetto a 20.658 €) (Grafico 8.1.3.4.).

Esiste inoltre una chiara differenza di genere, a sfavore delle donne, che è sempre costante nell'arco temporale considerato. Nel 2020 tale svantaggio economico è quantificato in - 7.534 € in provincia di Ancona: valore economico più elevato di quello regionale (- 6.849 €), ma sostanzialmente allineato a quello nazionale (- 7.573 €) (Tabella 8.1.3.1.).

<sup>46</sup> *retribuzione media annua dei lavoratori dipendenti* = rapporto tra la retribuzione totale annua (al lordo dell'Irpef) dei lavoratori dipendenti del settore privato non agricolo assicurati presso l'Inps e il numero dei lavoratori dipendenti (in euro).



**Grafico. 8.1.3.4. Retribuzione media annua dei lavoratori dipendenti (valori assoluti in euro). Confronto prov. AN, Marche, Italia. Periodo 2008-2020**



Fonte: Istat, BES dei territori

[https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022\\_territorio/Provincia?publish=yes](https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022_territorio/Provincia?publish=yes) Ultimo accesso 11 dicembre 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

**Tabella 8.1.3.1. Differenza di genere nella retribuzione media dei lavoratori dipendenti (F-M) (valori assoluti in euro). Confronto provincia di Ancona, Marche, Italia. Periodo 2008-2020**

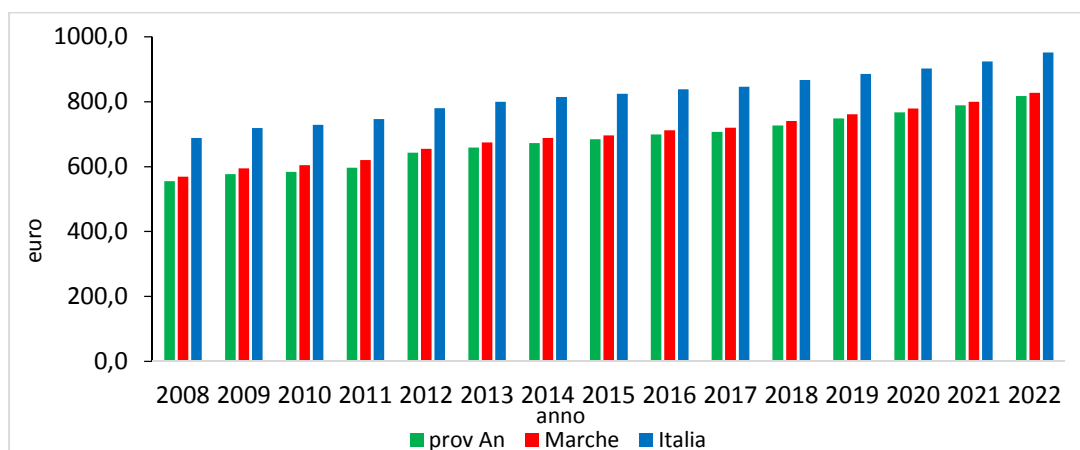
Anno	Prov An			Marche			Italia		
	Donne	Uomini	Diff Donne-Uomini (valori assoluti)	Donne	Uomini	Diff Donne-Uomini (valori assoluti)	Donne	Uomini	Diff Donne-Uomini (valori assoluti)
2008	14.578	22.478	- 7.900	13.463	20.323	- 6.861	15.513	23.137	- 7.624
2009	14.655	22.177	- 7.522	13.488	20.028	- 6.540	15.748	22.991	- 7.243
2010	15.039	22.783	- 7.744	13.815	20.507	- 6.692	16.088	23.462	- 7.374
2011	15.300	23.321	- 8.021	14.057	21.112	- 7.056	16.237	23.887	- 7.650
2012	15.368	23.344	- 7.976	14.133	21.103	- 6.970	16.336	23.978	- 7.643
2013	15.795	23.579	- 7.784	14.624	21.537	- 6.913	16.724	24.374	- 7.650
2014	16.068	24.108	- 8.040	14.971	22.083	- 7.112	16.877	24.633	- 7.757
2015	16.186	24.016	- 7.830	15.101	22.218	- 7.116	16.833	24.663	- 7.830
2016	16.492	24.376	- 7.884	15.457	22.597	- 7.140	17.247	25.139	- 7.892
2017	16.108	23.911	- 7.803	15.051	22.170	- 7.119	17.036	24.880	- 7.844
2018	16.283	24.024	- 7.741	15.246	22.332	- 7.086	17.232	25.043	- 7.811
2019	16.525	24.439	- 7.913	15.519	22.688	- 7.170	17.448	25.272	- 7.824
2020	15.311	22.845	- 7.534	14.270	21.120	- 6.850	16.285	23.859	- 7.573

Fonte: Istat, BES dei territori

[https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022\\_territorio/Provincia?publish=yes](https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022_territorio/Provincia?publish=yes) Ultimo accesso 30 dicembre 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

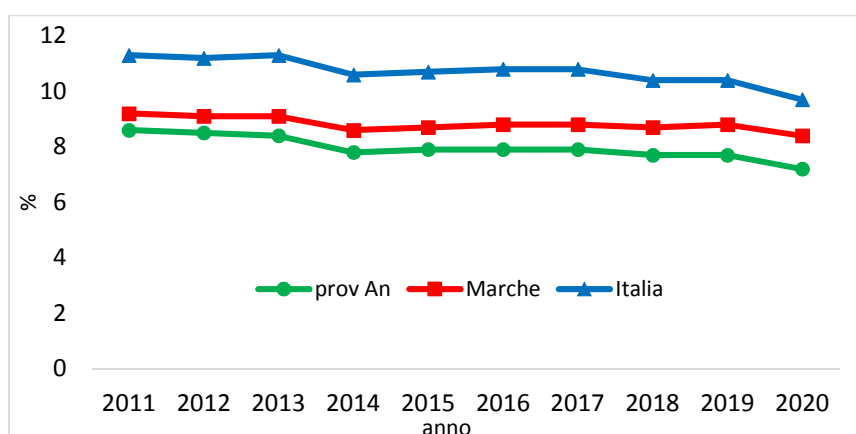
- nel periodo 2008-2022 si osserva che *l'importo medio mensile delle pensioni* in provincia di Ancona è sempre inferiore alla media nazionale, mentre è in linea con i valori regionali. Nel 2022 tale importo è pari a 818 € nella nostra Provincia; 828 € nelle Marche e 952 € in l'Italia (Grafico 8.1.3.5.) (28).
- *La proporzione di pensionati con reddito pensionistico di basso importo* (considerato come percentuale di pensioni vigenti inferiori a 500 euro, sul totale delle pensioni) risulta essere nel periodo 2011-2020 meno marcata rispetto al dato regionale ed italiano (Grafico 8.1.3.6). C'è sempre però lo svantaggio del genere femminile (Tabella 8.1.3.2.) (28).

**Fig. 8.1.3.5. Importo medio mensile delle pensioni erogate dall'INPS (valori in euro). Confronto provincia di Ancona, Marche, Italia. Periodo 2012-2022**



Fonte: Osservatorio sulle pensioni erogate dall'INPS / Pensioni vigenti/ Serie storica  
<https://www.inps.it/osservatoristatistici/6/37/o/390> ultimo accesso 12 dicembre 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

**Fig. 8.1.3.6. Pensionati con reddito pensionistico di basso importo (valori %). Confronto provincia di Ancona, Marche, Italia. Periodo 2011-2020**



Fonte: Istat, BES dei territori  
[https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022\\_territorio/Provincia?publish=yes](https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022_territorio/Provincia?publish=yes) Ultimo accesso 11 dicembre 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

**Tabella 8.1.3.2. Differenza di genere nei pensionati con reddito pensionistico di basso importo (valori %). Confronto provincia di Ancona, Marche, Italia. Periodo 2011-2020**

Anno	Prov An			Marche			Italia		
	Donne	Uomini	Diff Donne-Uomini (valori %)	Donne	Uomini	Diff Donne-Uomini (valori %)	Donne	Uomini	Diff Donne-Uomini (valori %)
2011	10,1	6,9	3,2	10,3	7,8	2,5	13,0	9,3	3,7
2012	9,8	7,0	2,8	10,2	8,0	2,2	12,8	9,5	3,3
2013	9,6	7,1	2,5	10,0	8,1	1,9	12,7	9,7	3,0
2014	8,8	6,8	2,0	9,3	7,7	1,6	11,7	9,2	2,5
2015	8,7	7,0	1,7	9,4	7,9	1,5	11,8	9,4	2,4
2016	8,6	7,0	1,6	9,4	8,1	1,3	11,8	9,6	2,2
2017	8,5	7,2	1,3	9,5	8,1	1,4	11,8	9,6	2,2
2018	8,3	7,0	1,3	9,4	8,0	1,4	11,5	9,3	2,2
2019	8,2	7,1	1,1	9,3	8,1	1,2	11,4	9,2	2,2
2020	7,8	6,6	1,2	9,0	7,7	1,3	10,8	8,5	2,3

Fonte: Istat, BES dei territori  
[https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022\\_territorio/Provincia?publish=yes](https://public.tableau.com/app/profile/istat.istituto.nazionale.di.statistica/viz/BES2022_territorio/Provincia?publish=yes) Ultimo accesso 11 dicembre 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

## Indicatori di disuguaglianza di distribuzione del reddito

L'informazione sulla distribuzione dei redditi e della ricchezza delle famiglie è fondamentale per valutare come le risorse economiche siano suddivise fra le persone e per individuare gruppi "lasciati indietro" su cui concentrare politiche di miglioramento delle condizioni materiali di vita.

Uno dei metodi per **stimare il livello di disuguaglianza del reddito è il coefficiente di Gini**: un indicatore, formulato dall'economista italiano Corrado Gini, che misura la concentrazione nei redditi delle famiglie. Esso può essere compreso tra 0 e 1: è pari a zero quando c'è una perfetta equità della distribuzione dei redditi, nell'ipotesi cioè che tutte le famiglie ricevano lo stesso reddito; è invece pari a uno quando c'è la massima disuguaglianza, nell'ipotesi che il reddito totale sia percepito da una sola famiglia.

L'indice di Gini per le Marche nel 2020 è uguale a 0,275, in leggera flessione rispetto al 2019 (0,282). I dati italiani sono rispettivamente pari a 0,329 e 0,325

Ricostruire questa informazione a livello locale non è semplice, per la carenza di dati disaggregati e per la presenza di fattori (come l'evasione fiscale) che possono compromettere l'analisi.

Per indagare la questione, il programma di ricerca di interesse nazionale Postmetropoli (29) (i cui dati sono inseriti tra gli indicatori delle politiche urbane, raccolti dal governo) ha sviluppato una versione semplificata dell'indice di Gini. Si tratta di una stima a livello comunale (basata sull'imponibile Irpef del 2012). Purtroppo la granularità dei dati non consente un'analisi sul reddito delle singole famiglie, ma su sottogruppi di popolazione (assunti come omogenei), perciò l'indicatore non è confrontabile con quello nazionale.

La tabella 8.1.3.3. riporta i valori di questo indicatore per Distretto e Comune dell'Area Vasta 2: coefficienti di Gini maggiori o uguali a 0,20 si registrano nei comuni "capoluogo" dei distretti dell'AV2: Senigallia, Jesi, Fabriano, Ancona, ma anche nel comune di San Marcello (facente capo al distretto di Jesi) e in quelli di Numana e Sirolo (ricompresi nel Distretto di Ancona).

**Tabella 8.1.3.3. Indice di Gini semplificato\* (2012), per Comuni dell'AV2.**

Distretto	Comune	Indice di Gini (semplificato) *
Senigallia	Arcevia	0,18
	Barbara	0,17
	Castelleone di Suasa	0,18
	Corinaldo	0,19
	Ostra	0,19
	Ostra Vetere	0,18
	Senigallia	0,21
	Serra de' Conti	0,18
	TRECASTELLI	
	Castel Colonna	#N/D
	Monterado	#N/D
	Ripe	#N/D

Distretto	Comune	Indice di Gini (semplificato) *
Fabriano	Cerreto d'Esi	0,18
	Fabriano	0,20
	Genga	0,17
	Sassoferrato	0,18
	Serra San Quirico	0,18

Distretto	Comune	Indice di Gini (semplificato) *
Jesi	Apiro	0,19
	Belvedere Ostrense	0,19
	Castelbellino	0,16
	Castelplanio	0,18
	Cingoli	0,18
	Cupramontana	0,18
	Filottrano	0,17
	Jesi	0,20
	Maiolati Spontini	0,17
	Mergo	0,18
	Monsano	0,19
	Monte Roberto	0,17
	Montecarotto	0,18
	Morro d'Alba	0,18
	Poggio San Marcello	0,17
	Poggio San Vicino	0,15
	Rosora	0,19
	San Marcello	0,21
	San Paolo di Jesi	0,19
	Santa Maria Nuova	0,16
	Staffolo	0,18

Distretto	Comune	Indice di Gini (semplificato) *
Ancona	Agugliano	0,18
	Ancona	0,21
	Camerano	0,19
	Camerata Picena	0,18
	Castelfidardo	0,19
	Chiaravalle	0,17
	Falconara Marittima	0,19
	Loreto	0,19
	Monte San Vito	0,17
	Montemarciano	0,18
	Numana	0,23
	Offagna	0,19
	Osimo	0,19
	Polverigi	0,17
	Sirolo	0,21

Fonte: indicatori delle politiche urbane: Dipe (Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica) a partire dal programma di ricerca di interesse nazionale (Prin-Postmetropoli). Elab. openpolis #conibambini <https://www.openpolis.it/le-disuguaglianze-nei-redditi-delle-famiglie-in-italia/> ultimo accesso 30 dicembre 2022

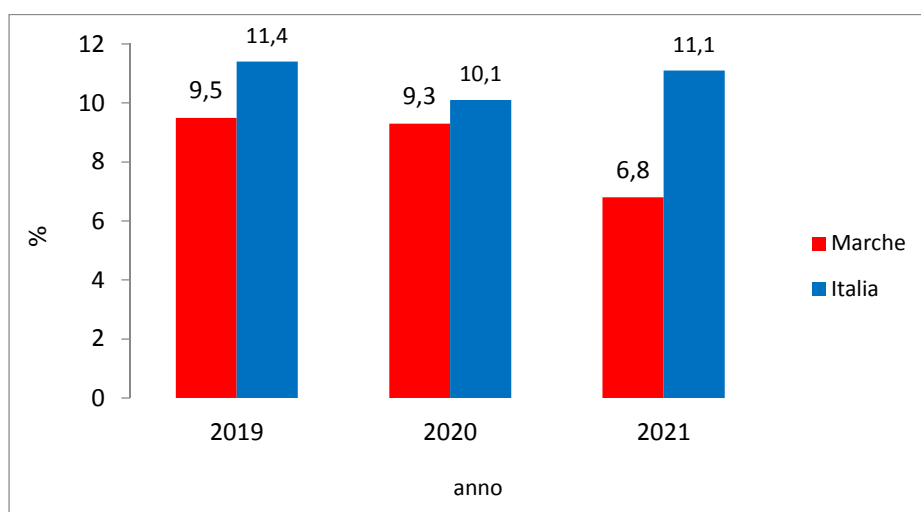
\* Il dato rappresenta una stima dell'indice di Gini comunale. Esso è stato calcolato non sul reddito delle singole famiglie, ma su sottogruppi di popolazione. A partire dal reddito (imponibile Irpef 2012) la popolazione è stata divisa in sottogruppi, e di ciascuno è stato calcolato il reddito medio. Si tratta quindi di una sottostima della disuguaglianza attraverso l'indice di Gini perché riguarda solo la componente 'tra gruppi', essendo costruita sull'ipotesi che dentro ciascun gruppo non ci siano differenze.

## Indicatori di povertà

L'ISTAT definisce una famiglia, costituita da due componenti<sup>47</sup>, povera in termini relativi quando la sua spesa per consumi è uguale o al di sotto della linea di povertà relativa, che viene calcolata sui dati dell'indagine riguardante le spese delle famiglie; nel 2021 tale linea è uguale ad una spesa media mensile per persona di 1.048,81 euro. Il rapporto tra il numero di famiglie in condizione di povertà e il numero di famiglie residenti è l'indicatore che rende l'idea della diffusione del fenomeno in un territorio.

Nel 2021, le famiglie marchigiane in condizioni di povertà relativa sono il 6,8% delle famiglie residenti (11,1% in Italia); tale proporzione è in diminuzione di circa 2,5 punti percentuali rispetto all'anno precedente (Grafico 8.1.3.7.).

**Fig. 8.1.3.7. Incidenza di famiglie in condizioni di povertà relativa. Confronto Marche-Italia, anni 2019-2021**



Fonte: Istat, [http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-metadata=1&lang=it&QueryId=17968&metadata=DCCV\\_POVERTA](http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&view-metadata=1&lang=it&QueryId=17968&metadata=DCCV_POVERTA) Ultimo accesso 30 dicembre 2022. Elab: UOS Epidemiologia, AV2

<sup>47</sup> Per definire le soglie di povertà relativa per famiglie di diversa ampiezza si utilizzano coefficienti correttivi (scala di equivalenza Carbonaro) che tengono conto dei differenti bisogni e delle economie/diseconomie di scala che è possibile realizzare al variare del numero dei componenti.

## 8.2. L'IMPATTO DELLE DISUGUAGLIANZE SOCIALI SULLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI E SUGLI STILI DI VITA

Le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie e il diabete sono le malattie con maggiore impatto sulla salute delle singole persone e sulle risorse di una collettività. Questa situazione, come c'era da aspettarsi, trova riscontro anche nella realtà della nostra Area Vasta 2, infatti:

- nel capitolo 3 di questo Profilo di Salute ed Equità, al paragrafo "3.2.", è stato riportato come le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) più frequentemente riferite dalla popolazione adulta residente siano proprio le patologie respiratorie croniche (circa 7,5%), i tumori (5,3%), il diabete (5%) e le malattie cardio-cerebrovascolari (4,9%);
- nel capitolo 4 "Mortalità" tra le cause di morte più frequenti per l'anno 2020 sono presenti al primo posto le malattie del sistema circolatorio (32%), seguite dai tumori (25%) e dalle malattie del sistema respiratorio (7%). Insieme, queste cause di morte, rappresentano il 64% di tutti i decessi dei residenti della provincia di Ancona.

Un concetto importante da sottolineare è che le patologie croniche non si diffondono in modo uniforme nella popolazione: la loro distribuzione tra i residenti di una comunità è enormemente influenzato dalle disuguaglianze socio-economiche. Un esempio paradigmatico è quello della patologia diabetica (capitolo 3 – paragrafo 3.2.) dove è più frequentemente malato chi è più socio-economicamente svantaggiato.

La sorveglianza epidemiologica *PASSI* (attiva negli adulti tra 18-69 anni) mostra che in AV2 nel biennio 2020-2021 la prevalenza del diabete tra la popolazione adulta è del 5%, ma che essa aumenta con l'età (8% tra i 50-69enni), le difficoltà economiche (9,7% in chi dichiara di avere molte o qualche difficoltà economiche) e il basso livello d'istruzione (13% in chi ha un titolo di studio al massimo di scuola media inferiore).

Le cause dell'insorgenza delle MCNT risiedono per grandissima parte nell'adozione di stili di vita non salutari quali un'alimentazione non sana (a cui spesso si accompagnano problemi di sovrappeso e obesità, di ipertensione e di ipercolesterolemia); la sedentarietà; l'abitudine al fumo di tabacco e l'eccessivo consumo di alcol.

Si tratta di comportamenti basati in parte su scelte individuali, ma che sono anche questi profondamente influenzati dalle caratteristiche socio-economiche delle persone, come oramai evidenziato da una grande mole di letteratura scientifica, accumulatasi in questi ultimi due decenni.

Lo dimostrano bene anche i dati della Sorveglianza epidemiologica *PASSI*, riguardanti il monitoraggio degli stili di vita nei 18-69enni residenti in AV2. Nel capitolo 3 di questo Profilo risulta infatti chiaramente come anche nel nostro territorio il livello d'istruzione nell'età adulta e la situazione economica determinino la distribuzione dei fattori di rischio comportamentali nella popolazione secondo un gradiente sociale: in modo costante essi sono maggiormente diffusi nei gruppi di popolazione più sfavoriti (a reddito più basso e con inferiori livelli di istruzione) (30).

### 8.3 L'IMPATTO DELLE DISUGUAGLIANZE SOCIALI SUL PERCORSO NASCITA

La salute materno-infantile ha assunto da decenni per i Sistemi Sanitari una valenza strategica per le sue ricadute positive sul benessere psico-fisico dell'intera popolazione, attuale e futura. E' pertanto di fondamentale importanza garantire a tutti i gruppi di popolazione una buona qualità dell'assistenza alla gravidanza, al parto e ai neonati. Dati di letteratura, consolidati da tanto tempo, evidenziano come i principali determinanti sociali della madre (il grado d'istruzione, la condizione professionale e la cittadinanza) abbiano grande influenza sull'accesso spontaneo al percorso nascita e più in generale sull'accesso ai servizi deputati all'assistenza alla gravidanza: infatti le donne meno svantaggiate dal punto di vista socio-culturale spesso sono più informate ed orientate già in partenza ad una demedicalizzazione della gravidanza e al parto naturale esse inoltre presentano esiti perinatali e neonatali migliori rispetto a madri in condizioni socio-economiche di svantaggio.

Nella trattazione che segue si valuteranno le dimensioni delle diseguaglianze in alcune fasi del percorso nascita in AV2 e le loro eventuali ripercussioni negative per la salute della donna e del bambino.

In particolare verranno analizzati, alla luce delle variabili materne: cittadinanza, istruzione, condizione occupazionale, età ed esperienza di parti precedenti, i seguenti aspetti:

- l'epoca della gravidanza in cui viene effettuata la prima visita ostetrica;
- la partecipazione ad un Corso di Accompagnamento alla Nascita (CAN);
- il parto che avviene prima della 37 esima settimana di età gestazionale (parto pretermine),
- il parto con taglio cesareo.

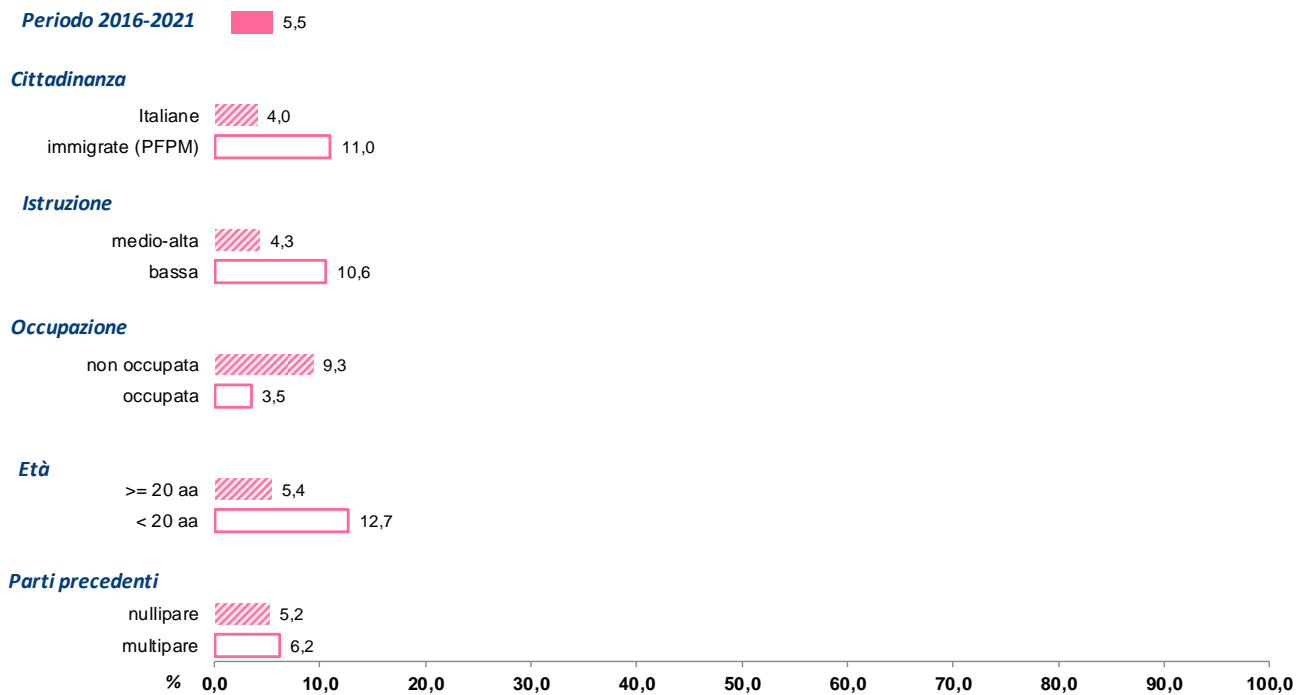
#### 8.3.1. Epoca della gravidanza in cui viene effettuata la prima visita ostetrica

La presa in carico della donna nei primi mesi di gravidanza è di fondamentale importanza in quanto permette di identificare precocemente problemi che necessitano di una sorveglianza specifica (gravidanze "a rischio") e problemi di carattere sociale. Inoltre consente di fornire alla donna un'informazione precoce sui servizi, sugli accertamenti da fare e sul parto e indicazioni per controllare eventuali fattori di rischio. L'effettuazione tardiva della prima visita può indicare una scarsa conoscenza da parte delle donne dell'importanza di effettuare controlli all'inizio della gravidanza e/o difficoltà di accesso ai servizi. E' per tali motivi che l'epoca entro cui avviene il primo controllo ostetrico è un importante indicatore della qualità dell'assistenza alla gravidanza stessa. Secondo il modello assistenziale dell'OMS, riconfermato anche nelle Linee guida nazionali sulla gravidanza fisiologica, la prima visita deve essere fatta entro la 12° settimana di età gestazionale.

Come descritto nel capitolo 7 – paragrafo 7.3.3. nell'AV2 i dati del periodo 2016-2021 evidenziano che il 95% delle donne ha effettuato la prima visita in gravidanza entro lo standard, mentre il 5% l'ha fatta tardivamente. Il grafico 8.3.1.1. mostra che in AV2 la frequenza di madri che hanno effettuato la 1° visita tardivamente è più elevata:

- nelle immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria, rispetto alle italiane (11% vs 4%);
- nelle donne con bassa istruzione, rispetto a quelle con titolo di studio medio-alto (11% vs 4%);
- nelle non occupate, rispetto alle madri lavoratrici (9% vs 4%)
- nelle giovani con età <20 anni, rispetto a quelle di 20 anni e più (13% vs 5%)
- nelle multipare, rispetto alle nullipare (6% vs 5%).

**Grafico 8.3.1.1. Parti di residenti in AV2, proporzione di donne che hanno effettuato il 1° controllo in gravidanza tardivamente, per caratteristiche materne. AV2, periodo 2016-2021**



Fonte: db Cedap Regione Marche, anni 2016-2021; Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Note:

istruzione medio-alta = diploma di scuola media superiore e più

istruzione bassa = diploma di scuola media inferiore o meno

non occupata = madre casalinga o in cerca di prima occupazione o disoccupata o studentessa

occupata = madre lavoratrice

nullipare= donne che non hanno mai partorito

multipare = donne che hanno avuto almeno una precedente esperienza di parto

Con l'analisi univariata (tabella 8.3.1.1.) si conferma che il rischio di 1° controllo tardivo è significativamente più alto ( $p < 0,005$ ): nelle immigrate da PFPM (OR: 3,0; IC95%: 2,6 - 3,5) e nelle donne con bassa istruzione (OR: 2,8; IC95%: 2,3 - 3,1).

La condizione di madre lavoratrice invece sembra essere un fattore di protezione statisticamente significativo ( $p < 0,005$ ) nei confronti della probabilità di effettuare la 1° visita ostetrica dopo lo standard (OR: 0,37; IC95%: 0,32-0,42).



**Tabella 8.3.1.1. Stima del rischio di effettuare tardivamente la 1° visita ostetrica in gravidanza, per caratteristiche materne. AV2, periodo 2016-2021**

Caratteristiche della madre	dopo l'11° settimana di età gestazionale				
	N°	%	O.R. (MH) <sup>o</sup>	(I.C. 95%)	p-value
<b>Cittadinanza</b>					
italiana/PSA	420	4,0			
immigrate da PFPM	333	11,0	3,0	2,6 - 3,5	0,00000
<b>Istruzione</b>					
medio-alta*	587	4,3			
bassa**	348	10,6	2,8	2,3 - 3,1	0,00000
<b>Condizione professionale</b>					
non occupata <sup>^</sup>	533	9,1			
occupata <sup>^^</sup>	396	3,5	0,37	0,32-0,42	0,00000
<b>Parti precedenti</b>					
nullipare	609	5,2			
multipare	331	6,2	1,2	1,1 - 1,4	<b>0,007</b>

Fonte: db Cedap Regione Marche, anni 2016-2021; Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Note:

\*diploma di scuola media superiore e più

\*\*diploma di scuola media inferiore o meno

<sup>^</sup> madre casalinga o in cerca di prima occupazione o disoccupata o studentessa

<sup>^^</sup> madre lavoratrice

<sup>o</sup>adjusted OR (MH) (OR stratificato per anno parto)

*In rosso e corsivo sono indicati i p-value non significativi*

### 8.3.2. Partecipazione ad un corso di accompagnamento alla nascita

I Corsi di accompagnamento alla Nascita sono stati riconosciuti essere strumenti operativi fondamentali per attivare nelle donne processi di conoscenza al fine di far loro emergere e/o migliorare le competenze mettendole così in grado di compiere scelte consapevoli.

La letteratura scientifica evidenzia che la partecipazione ai CAN si associa generalmente a migliori performance riguardanti il percorso nascita. Una serie di indicatori utili per il monitoraggio dell'assistenza alla gravidanza quali ad esempio:

- l'informazione sui metodi di procreazione responsabile;
- l'accettazione di una visita domiciliare post-partum;
- la frequenza del ricorso al Taglio Cesareo;
- la frequenza dell'allattamento al seno;

presentano migliori risultati nelle donne che hanno seguito un CAN rispetto a quelle che non lo hanno fatto (31).

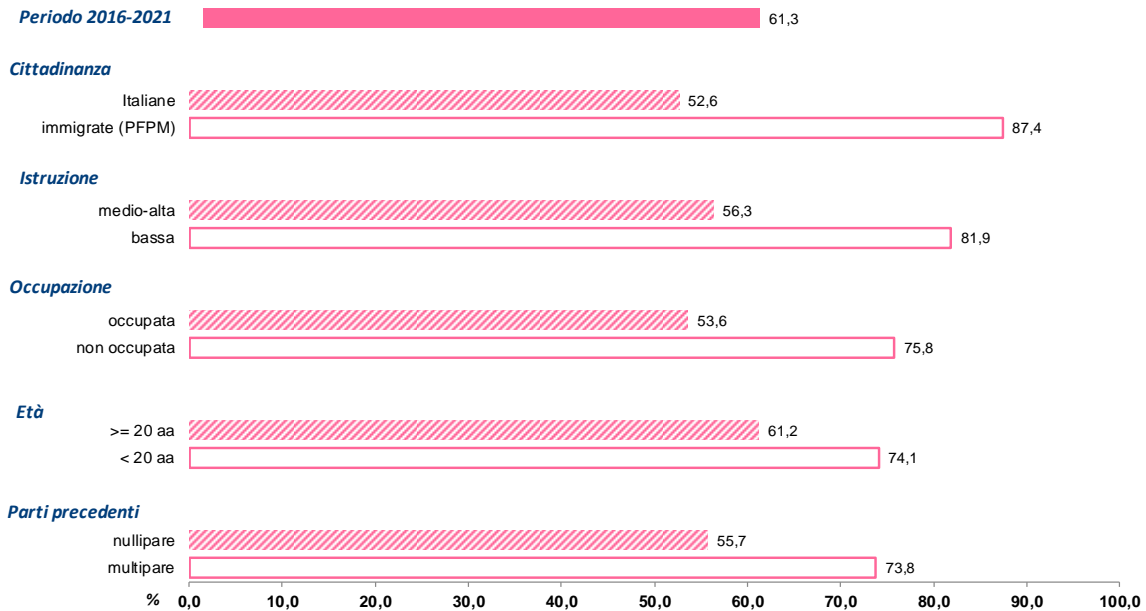
Come descritto nel capitolo 7 – paragrafo 7.3.4. nell'AV2 i dati del periodo 2016-2021 evidenziano che 6 donne su 10 non hanno frequentato un CAN.

Il grafico 8.3.2.1. mostra che in AV2 la non partecipazione ad un Corso di Accompagnamento alla nascita è più elevata:

- nelle immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria, rispetto alle italiane (84% vs 53%);
- nelle donne con bassa istruzione, rispetto a quelle con titolo di studio medio-alto (82% vs 56%);

- nelle non occupate, rispetto alle madri lavoratrici (76% vs 54%)
- nelle giovani con età <20 anni, rispetto a quelle di 20 anni e più (74% vs 61%)
- nelle multipare, rispetto alle nullipare (74% vs 56%).

**Grafico 8.3.2.1. Parti di residenti in AV2, proporzione di donne che NON hanno frequentato un CAN, per caratteristiche materne. AV2, periodo 2016-2021**



Fonte: db Cedap Regione Marche, anni 2016-2021; Elab: UOS Epidemiologia, AV2

**Note:**

istruzione medio-alta = diploma di scuola media superiore e più

istruzione bassa = diploma di scuola media inferiore o meno

non occupata = madre casalinga o in cerca di prima occupazione o disoccupata o studentessa

occupata = madre lavoratrice

nullipare= donne che non hanno mai partorito

multipare = donne che hanno avuto almeno una precedente esperienza di parto

Con l'analisi univariata (tabella 8.3.2.1.) si conferma che il rischio di NON frequentazione di un CAN è significativamente più alto ( $p < 0,005$ ): nelle immigrate da PFPM (OR: 6,3; IC95%: 5,7 – 7,0); nelle donne con bassa istruzione (OR: 3,6; IC95%: 3,3 – 4,0).

La condizione di madre lavoratrice e il non aver avuto parti precedenti invece sembrano essere fattori di protezione statisticamente significativi ( $p < 0,005$ ) nei confronti della probabilità di non partecipazione ad un corso di accompagnamento alla nascita (rispettivamente OR: 0,36; IC95%: 0,34-0,39 e OR: 0,44; IC95%: 0,41-0,47).

**Tabella 8.3.2.1. Stima del rischio di NON partecipazione ad un CAN, per caratteristiche materne. AV2, periodo 2016-2021**

Caratteristiche della madre	NON partecipazione a un CAN				
	N°	%	O.R. (MH) <sup>°</sup>	(I.C. 95%)	p-value
<b>Cittadinanza</b>					
italiana/PSA	5.588	52,6			
immigrate da PFP	3.054	87,4	6,3	5,7-7,0	0,00000
<b>Istruzione</b>					
medio-alta*	7.792	56,3			
bassa**	2.699	81,9	3,6	3,3-4,0	0,00000
<b>Condizione professionale</b>					
non occupata <sup>^</sup>	4.449	75,8			
occupata <sup>^^</sup>	6.011	53,6	0,36	0,34-0,39	0,00000
<b>Parità</b>					
multipare	3.961	73,8			
nullipare	6.569	55,7	0,44	0,41-0,47	0,00000

Fonte: db Cedap Regione Marche, anni 2016-2021; Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Note:

\*diploma di scuola media superiore e più

\*\*diploma di scuola media inferiore o meno

<sup>^</sup> madre casalinga o in cerca di prima occupazione o disoccupata o studentessa

<sup>^^</sup> madre lavoratrice

<sup>°</sup>adjusted OR (MH) (OR stratificato per anno parto)

### 8.3.3. Parto pretermine

La nascita pretermine è la principale causa singola di mortalità e morbilità perinatali e neonatali e la principale causa di morte nei bambini di età inferiore ai 5 anni.

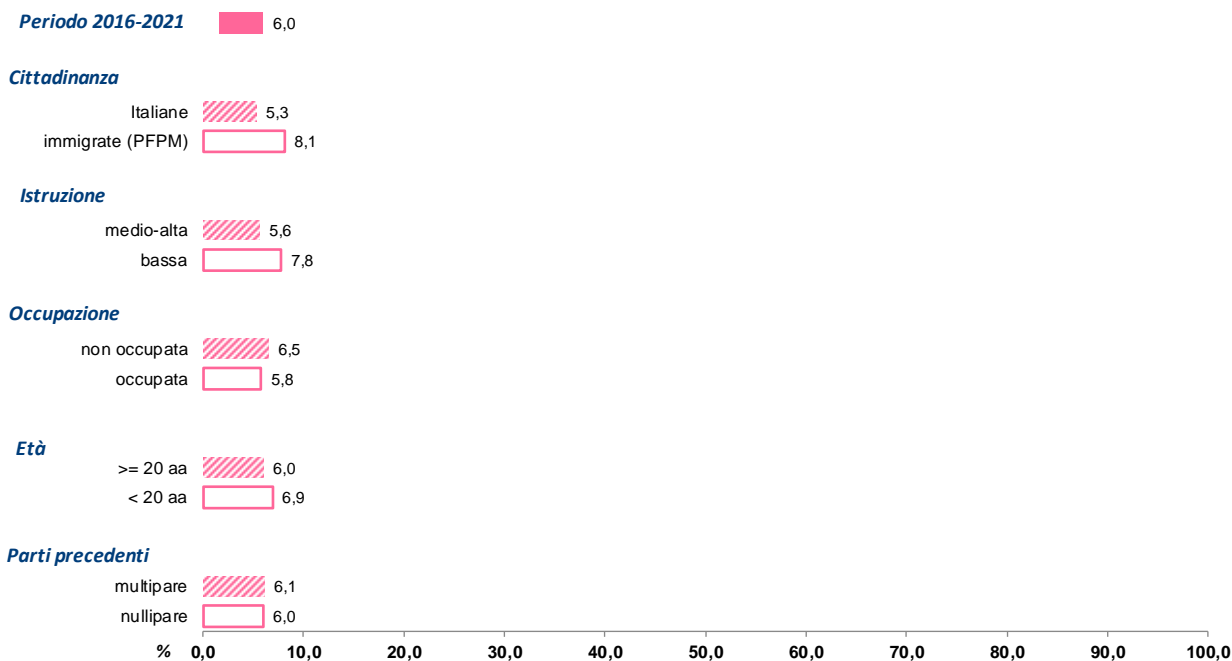
Le morti infantili e le disabilità a lungo termine successive alla nascita pretermine possono essere ridotte quando gli interventi sono adeguatamente forniti alla madre a rischio imminente di parto pretermine e al neonato pretermine dopo la nascita. Gli interventi sono più efficaci se applicati all'interno di un continuum che integra la gestione delle donne a rischio di parto pretermine imminente con l'assistenza postnatale dei neonati prematuri (32).

Come descritto nel capitolo 7 –paragrafo 7.4.2. nell'AV2 i dati del periodo 2016-2021 evidenziano che il 6% circa di donne hanno partorito prima della 37esima settimana di età gestazionale.

Il grafico 8.3.3.1. mostra che il parto pretermine ha una frequenza più elevata:

- nelle immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria, rispetto alle italiane (8% vs 5%);
- nelle donne con bassa istruzione, rispetto a quelle con titolo di studio medio-alto (8% vs 6%);
- nelle non occupate, rispetto alle madri lavoratrici (7% vs 6%)
- nelle giovani con età <20 anni, rispetto a quelle di 20 anni e più (7% vs 6%).

**Grafico 8.3.3.1. Parti di residenti in AV2, proporzione di donne che hanno effettuato un parto pretermine, per caratteristiche materne. AV2, periodo 2016-2021**



Fonte: db Cedap Regione Marche, anni 2016-2021; Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Note:

istruzione medio-alta = diploma di scuola media superiore e più

istruzione bassa = diploma di scuola media inferiore o meno

non occupata = madre casalinga o in cerca di prima occupazione o disoccupata o studentessa

occupata = madre lavoratrice

nullipare= donne che non hanno mai partorito

multipare = donne che hanno avuto almeno una precedente esperienza di parto

Con l'analisi univariata (tabella 8.3.3.1.) si conferma che il rischio di parto pretermine è significativamente più alto ( $p < 0,005$ ): nelle immigrate da PFP (OR: 1,6; IC95%: 1,4 – 1,8) e nelle donne con bassa istruzione (OR: 1,4; IC95%: 1,2 – 1,6).

**Tabella 8.3.3.1. Stima del rischio di parto pretermine, per caratteristiche materne. AV2, periodo 2016-2021**

Caratteristiche della madre	N°	%	parti pretermine		
			O.R. (MH) <sup>°</sup>	(I.C. 95%)	p-value
<b>Cittadinanza</b>					
italiana/PSA	559	5,3			
immigrate da PFP	285	8,1	1,6	1,4 - 1,8	0,0000
<b>Istruzione</b>					
medio-alta*	780	5,6			
bassa**	256	7,8	1,4	1,2 - 1,6	0,0000
<b>Condizione professionale</b>					
non occupata <sup>^</sup>	384	6,5			
occupata <sup>^^</sup>	651	5,8	<i>0,9</i>	<i>0,8-1,0</i>	<i>0,0641</i>
<b>Parità</b>					
multipare	327	6,1			
nullipare	713	6,0	<i>1,0</i>	<i>0,9-1,1</i>	<i>0,9646</i>

Fonte: db Cedap Regione Marche, anni 2016-2021; Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Note:

\*diploma di scuola media superiore e più

\*\*diploma di scuola media inferiore o meno

<sup>^</sup> madre casalinga o in cerca di prima occupazione o disoccupata o studentessa

<sup>^^</sup> madre lavoratrice

<sup>°</sup>adjusted OR (MH) (OR stratificato per anno parto)

*In rosso e corsivo sono indicati i p-value non significativi*

### 8.3.4. Parto con taglio cesareo

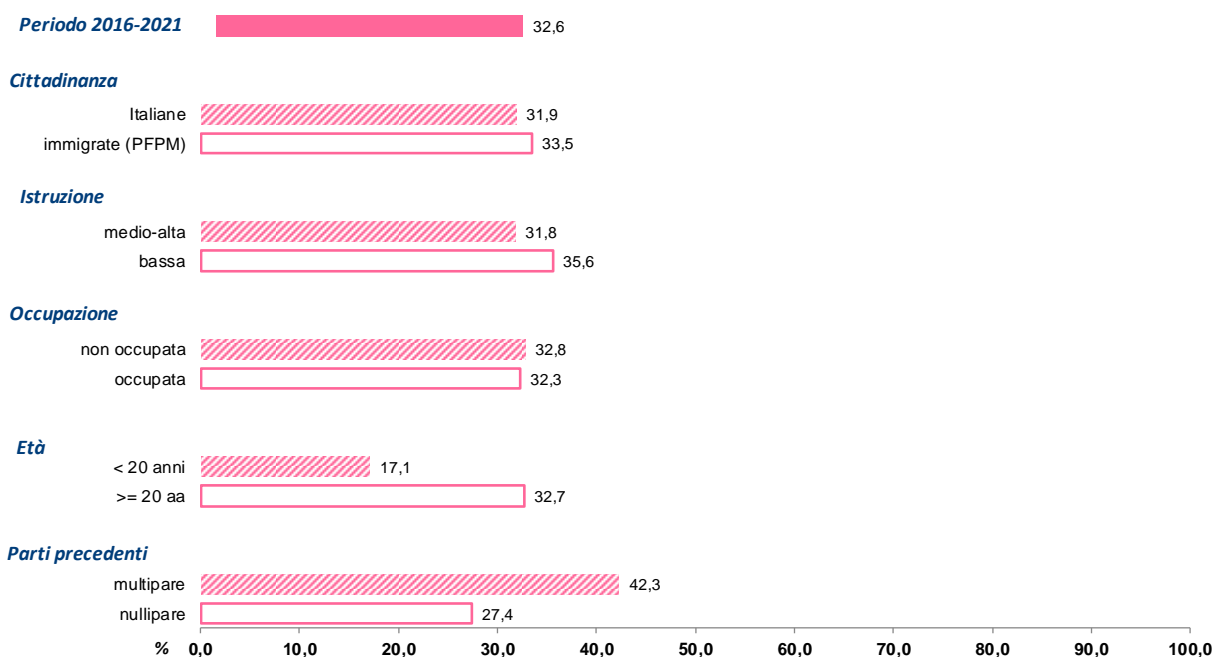
La modalità di parto espletata con taglio cesareo, se eseguita sulla base di una specifica indicazione medica, può effettivamente ridurre la mortalità e la morbilità materna e perinatale. Non ci sono invece evidenze scientifiche che dimostrino i benefici del parto cesareo per le donne e per i bambini per i quali tale procedura non sia necessaria.

Come descritto nel capitolo 7- paragrafo 7.4.3. in AV2 nel periodo 2016-2021 il 64% delle residenti ha partorito con parto vaginale, mentre il 33% con taglio cesareo. Il trend 2011-2021 mostra una diminuzione di questa modalità di espletamento del parto.

Il grafico 8.3.4.1. evidenzia che in AV2 la frequenza di cesarei è più elevata nelle madri:

- immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria rispetto alle italiane (34% vs 32%);
- con bassa istruzione, rispetto a quelle con titolo di studio medio-alto (36% vs 32%);
- con età maggiore od uguale a 20 anni, rispetto a quelle sotto i 20 anni (33% vs 17%);
- nelle multipare, rispetto alle nullipare (42% vs 27%).

**Grafico 8.3.4.1. Parti di residenti in AV2, proporzione di cesarei per caratteristiche materne. AV2, periodo 2016-2021**



Fonte: db Cedap Regione Marche, anni 2016-2021; Elab: UOS Epidemiologia, AV2

**Note:**

istruzione medio-alta = diploma di scuola media superiore e più

istruzione bassa = diploma di scuola media inferiore o meno

non occupata = madre casalinga o in cerca di prima occupazione o disoccupata o studentessa

occupata = madre lavoratrice

nullipare= donne che non hanno mai partorito

multipare = donne che hanno avuto almeno una precedente esperienza di parto

Con l'analisi univariata (tabella 8.3.4.1.) si conferma che il rischio di parto con taglio cesareo è significativamente più alto ( $p < 0,005$ ): nelle madri con titolo di studio basso (OR: 1,2; IC95%: 1,1-1,3).

Il fatto di non aver avuto parti precedenti sembra essere un fattore di protezione nei confronti della probabilità di partorire con TC (OR: 0,48; IC95%: 0,45-0,51). Ciò è in linea con l'osservazione che, per le donne che hanno già fatto un parto con taglio cesareo, nella maggior parte dei casi, alla gravidanza successiva, viene ri-programmato un secondo TC.

**Tabella 8.3.4.1. Stima del rischio di effettuare un parto cesareo, per caratteristiche materne. Area Vasta 2, periodo 2016-2021**

Caratteristiche della madre	N°	%	TC		p-value
			O.R. (MH) <sup>°</sup>	(I.C. 95%)	
<b>Cittadinanza</b>					
italiana/PSA	3.397	31,9			
immigrate da PFP	1.182	33,5	1,1	1,0-1,2	<i>0,0891</i>
<b>Istruzione</b>					
medio-alta*	4.407	31,8			
bassa**	1.176	35,6	1,2	1,1-1,3	0,0001
<b>Condizione professionale</b>					
non occupata <sup>^</sup>	1.933	32,8			
occupata <sup>^^</sup>	3.629	32,3	0,98	0,92-1,05	<i>0,5631</i>
<b>Parità</b>					
multipare	2.378	42,3			
nullipare	3238	27,4	0,48	0,45-0,51	0,00000

Fonte: db Cedap Regione Marche, anni 2016-2021; Elab: UOS Epidemiologia, AV2

Note:

\*diploma di scuola media superiore e più

\*\*diploma di scuola media inferiore o meno

<sup>^</sup> madre casalinga o in cerca di prima occupazione o disoccupata o studentessa

<sup>^^</sup> madre lavoratrice

<sup>°</sup>adjusted OR (MH) (OR stratificato per anno parto)

*In rosso e corsivo sono indicati i p-value non significativi*

## Bibliografia

- (1) <https://www.istat.it/it/archivio/269316> : Rapporto BES 2021: “Il benessere equo e sostenibile in Italia”-
- (2) <https://www.istat.it/it/files//2022/07/Pillole-RAPPORTO-ANNUALE-2022-2.pdf> .
- (3) <https://marche.cna.it/articolo-del-15/03/2022>
- (4) Rapporto Annuale 2022 Osservatorio Mercato del Lavoro Regione Marche  
(<https://www.regione.marche.it/Entra-in-Regione/Osservatorio-mercato-del-lavoro/Il-mercato-del-lavoro-nelle-Marche/Pubblicazioni-periodiche>)
- (5) Health for All Italia 2021 (versione giugno 2022)
- (6) Istat: “Indagine Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana”  
<https://www.istat.it/it/archivio/91926>
- (7) Istituto Superiore di Sanità: “Sorveglianza Passi - Qualità della vita e Salute”,  
<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/PercezioneSalute?tab-container-1=tab1#tecnic>
- (8) Istituto Superiore di Sanità: “Sorveglianza Passi d’Argento” – Percezione dello stato di salute - Definizioni operative”, <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/percezione#indicatori>
- (9) Istat: "Impatto dell’epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Anni 2020-2021 e Gennaio 2022” [https://www.istat.it/it/files//2022/03/Report\\_ISS\\_ISTAT\\_2022\\_tab3.pdf](https://www.istat.it/it/files//2022/03/Report_ISS_ISTAT_2022_tab3.pdf) ultimo accesso 30 dicembre 2022.
- (10) Commissione Europea: “European Shortlist for Causes of Death (COD)”  
<https://joinup.ec.europa.eu/collection/eu-semantic-interoperability-catalogue/solution/european-shortlist-causes-death> ultimo accesso 30 dicembre 2022.
- (11) Istat “Mortalità per causa del decesso nel periodo luglio dicembre 2020”  
<https://www.istat.it/it/files//2022/10/decessi-per-causa-principali-risultati-Nota-metodologica-2sem2020-1-1.pdf> ultimo accesso 30 dicembre 2022.
- (12) Istat “Mortalità per causa del decesso nel periodo luglio dicembre 2020-Nota metodologica”  
[https://www.istat.it/it/files//2020/03/Nota\\_e\\_CommentoTavoleDati.pdf](https://www.istat.it/it/files//2020/03/Nota_e_CommentoTavoleDati.pdf) ultimo accesso 30 dicembre 2022.
- (13) Centro Studi NEBO, Mortalità evitabile con intelligenza (MEV (i)): “MEV(i) atlante 2020-2021”  
<https://www.mortalitaevitabile.it/mevi/2021/MEVi2021-rapporto.pdf> ultimo accesso 30 dicembre 2022.
- (14) Sistema Nazionale Linee Guida: “Linee Guida sulla gravidanza fisiologica”. Anno 2011  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1436\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf)
- (15) OMS :“WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience”. Anno 2016  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=C4E552DBFC483058BC1A764C29BA9046?sequence=1>
- (16) Sistema Nazionale Linee Guida, Istituto Superiore di Sanità e SIEOG - Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologica e Metodologie Biofisiche: “Linee guida per ecografia ostetrica e ginecologica”. Anno 2021  
[https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2021/11/LG-SIEOG-2021\\_def.pdf](https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2021/11/LG-SIEOG-2021_def.pdf)
- (17) Scuola Superiore universitaria S. Anna Pisa: “Sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari regionali”  
<https://www.santannapisa.it/it/terza-missione/sistema-di-valutazione-della-performance-dei-sistemi-sanitari-regionali>



- (18) Giraldi L: "Equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in Sanità". Dors Piemonte <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=409> (Ultimo accesso 30 dicembre 2022)
- (19) Istat: "Il Benessere Equo e Sostenibile nella provincia di Ancona. 2021" <https://www.besdelleprovince.it/pubblicazioni/2021/ancona> (Ultimo accesso 30 dicembre 2022)
- (20) OCSE - Better Life Index (BLI): iniziativa per una vita migliore- "L'Istruzione" <https://www.oecdbetterlifeindex.org/it/topics/education-it/> (Ultimo accesso 30 dicembre 2022)
- (21) Unione Europea: "La strategia dell'Unione europea per la crescita e l'occupazione" <https://eur-lex.europa.eu/IT/legal-content/summary/europe-2020-the-european-union-strategy-for-growth-and-employment.html> (Ultimo accesso 30 dicembre 2022)
- (22) Fondazione Openpolis: "L'impatto del Pnrr sulla povertà educativa nelle Marche" <https://www.openpolis.it/limpatto-del-pnrr-sulla-poverta-educativa-nelle-marche/> (Ultimo accesso 30 dicembre 2022)
- (23) OCSE - Better Life Index (BLI): iniziativa per una vita migliore- "Lavoro" <https://www.oecdbetterlifeindex.org/it/topics/jobs-it/> (Ultimo accesso 30 dicembre 2022)
- (24) Banca dati Eurostat: "Reddito e condizioni di vita" <https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/database> (Ultimo accesso 30 dicembre 2022)
- (25) Struffolino E: "Un mix di politiche per contrastare il lavoro povero". Osservatorio sulle politiche sociali <https://www.welforum.it/un-mix-di-politiche-per-contrastare-il-lavoro-povero/> . Ultimo accesso 30 dicembre 2022
- (26) IRES Piemonte - Il Sistema degli Indicatori Sociali Regionali e Provinciali- "Il PIL pro-capite" [https://www.sisreg.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=102&Itemid=75](https://www.sisreg.it/index.php?option=com_content&view=article&id=102&Itemid=75)
- (27) IN.TWIG: "Reddito pro-capite Italia -l'impatto della pandemia" <https://www.intwig.it/reddito-pro-capite-italia-2020-classifica-comuni-regioni/> (Ultimo accesso 30 dicembre 2022)
- (28) INPS: "Osservatorio sulle pensioni erogate dall'INPS / Pensioni vigenti/ Serie storica" <https://www.inps.it/osservatoristatistici/6/37/o/390> (Ultimo accesso 30 dicembre 2022)
- (29) Programma di ricerca di interesse nazionale (2010-2011): "Territori post metropolitani come forme urbane emergenti: le sfide della sostenibilità, abitabilità e governabilità. Atlante web dei territori post metropolitani. Reddito medio pro-capite di residenti e contribuenti 2012" <https://www.postmetropoli.it/atlante/?p0=D-Processi-economici&p1=D2-Ricchezza%20dei%20territori&p2=02Reddito-medio-pro-capite-2012> (Ultimo accesso 30 dicembre 2022)
- (30) Osservatorio della salute, provincia autonoma di Trento: "La salute disuguale in trentino. 2017" <https://www.trentinosalute.net/Pubblicazioni/La-salute-disuguale-in-Trentino.-2017>
- (31) Ministero della Sanità: Decreto Ministeriale del 24/4/2000. Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI). Gazzetta Ufficiale n. 132 Suppl. Ord. N. 89 del 7/6/2000
- (32) OMS: "Recommendations on Interventions to Improve Preterm Birth Outcomes", Agosto 2015 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988_eng.pdf)

## Sitografia

[Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana - parte generale](#)

<https://www.istat.it/it/dati-analisi-e-prodotti/banche-dati/statbase>

<https://ugeo.urbistat.com/adminstat/it/it/demografia/dati-sintesi/>

<https://www.istat.it/it/files/2020/12/C03.pdf> - cap. 3 “Popolazione e famiglie”

<https://www.epicentro.iss.it/passi/>