

proposta di atto amministrativo n. 59/07

a iniziativa della Giunta regionale
presentata in data 29 maggio 2007

PIANO SANITARIO REGIONALE 2007/2009
LE LINEE DI INTERVENTO

IL CONSIGLIO REGIONALE

Visto l'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

Vista la legge regionale 5 settembre 1992, n. 46 "Norme sulle procedure della programmazione regionale e locale";

Vista la proposta della Giunta regionale;

Visto il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d), della l.r. 15 ottobre 2001, n. 20 in ordine alla regolarità tecnica e sotto il

profilo di legittimità del Dirigente del servizio salute, nonché l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può comunque derivare un impegno di spesa a carico della Regione, resi nella proposta della Giunta regionale;

Visto l'articolo 21 dello Statuto regionale;

D E L I B E R A

di approvare il "Piano sanitario regionale 2007/2009. Le linee di intervento" nel testo allegato che forma parte integrante e sostanziale del presente atto.

Introduzione

Piano Sanitario 2007/2009

**Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo
sviluppo del SSR per la salute del cittadino
marchigiano**

Indice

I	GLI INTERVENTI SULLA RETE SANITARIA: PREMESSA	3
II	RETE OSPEDALIERA: ANALISI DELLE PRINCIPALI CRITICITA' DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA	6
II.1	LA DOMANDA.....	6
II.2	L'OFFERTA.....	8
II.3	CONCLUSIONI.....	11
III	PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI	14
III.1	LE AZIONI DA INTRAPRENDERE	18
III.2	LE PRINCIPALI SCELTE STRATEGICHE	19

I GLI INTERVENTI SULLA RETE SANITARIA: PREMESSA

La situazione del sistema sanitario delle Marche presenta una struttura diversificata, polverizzata e frammentata, con una organizzazione delle attività clinico-sanitarie raramente in logica di rete sovrazonale e regionale, con una insufficiente organizzazione a rete dell'assistenza territoriale e dell'integrazione socio-sanitaria, e con un sistema dell'emergenza da consolidare, in termini di operatività, localizzazione delle strutture e livelli di coordinamento. Si impone quindi il passaggio da una logica di assistenza basata su strutture e posti letto ad una logica basata sulle funzioni, che si devono svolgere dentro e fuori le strutture.

Il nuovo PSR descrive il passaggio dall'obiettivo della programmazione tradizionale, rivolto a definire i servizi necessari per soddisfare localmente i bisogni assistenziali della popolazione di un territorio, ad un obiettivo di riprogrammazione e di superamento della frammentarietà dei servizi, per eliminare inutili duplicazioni e creare nuove sinergie ed interazioni.

Le indicazioni del PSR sono rivolte a garantire dimensioni e caratteristiche delle Unità Operative dal punto di vista della funzionalità e dell'economicità, correlandole ad un bacino di utenza sufficiente/necessario per garantirne la qualità in termini di risultati.

Le attuali strutture, comprese quelle più recenti, sono spesso inadeguate sotto il profilo della concezione stessa dell'organismo ospedaliero, perché basata sul modello della divisione/reparto ospedaliero autonomo ed autosufficiente. L'esatto contrario di quanto richiesto dai nuovi principi per la realizzazione di ospedali ad alta tecnologia ed assistenza, che prevedono l'introduzione di nuovi modelli organizzativi di scala dipartimentale e di modelli organizzativi delle aree di degenza basati sulla modulazione dell'intensità assistenziale. E' chiaro che le risorse assorbite da schemi strutturali – organizzativi non adeguati sono maggiori, che i costi di gestione sono quindi più elevati, e che la mancata integrazione genera effetti disfunzionali.

Il nuovo modello organizzativo prevede quindi un sistema sinergico ed omogeneo che integra la funzione sanitaria, diagnostica e terapeutica, con le funzioni di ricerca e di didattica.

Tale integrazione deve avere valenza innanzitutto organizzativa, supportata e possibilmente potenziata dalla tipologia funzionale e dalle soluzioni spaziali.

A questo aspetto, si deve aggiungere la necessità di strutturare il sistema ospedaliero come organizzazione a rete in cui, per ogni Area Vasta, la presenza di Centri di Riferimento regionale, che devono garantire l'erogazione di prestazioni delle "alte specialità", si lega con gli altri nodi del network clinico, che sono rappresentati dagli Ospedali di Rete e, in un ambito più locale e con funzioni più limitate, dagli Ospedali di Polo. Tutto questo al fine di offrire la

maggior copertura assistenziale nello specifico bacino di utenza definito dall'AV, secondo modalità di coordinamento e integrazione che sostengano l'equilibrio in termini di dotazioni e livelli di assistenza e che definiscano percorsi di diagnosi e cura garantiti nell'AV.

I nodi/ospedali si coordinano e completano la loro offerta di servizi e prestazioni in modo complementare ed integrato tra loro, in ragione della differenziata distribuzione delle funzioni e delle dotazioni; i nodi/ospedali devono collaborare con i centri di riferimento regionale secondo comuni percorsi diagnostico-terapeutici relativi alle specifiche aree di patologia o di servizio, nell'ambito dei compiti di coordinamento e integrazione definiti all'interno dei *Dipartimenti clinici sovrazonali*.

Il network clinico si deve inoltre avvalere sul territorio di strutture specialistiche in grado di erogare prestazioni per pazienti in elezione, in modo complementare e ad integrazione di quanto previsto dalle strutture ospedaliere. L'attività di coordinamento ed integrazione deve essere sempre compito del Dipartimento clinico sovrazonale.

Il programma di Ricerca del Ministero della Salute, promosso da Umberto Veronesi, "Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza", che individuava un modello di ospedale per il futuro, esprimeva non solo rilievi architettonici, bensì una strategia che investiva tutto il sistema sanitario.

Questa strategia, che prevede di progettare una rete ospedaliera che vede le attività diagnostiche distribuite capillarmente nel territorio e le attività terapeutiche concentrate in un numero limitato di ospedali ad alta tecnologia, all'interno però di una logica di continuità assistenziale e di stretta relazione comunicazionale tra i diversi attori del sistema, **è fatto proprio dal nuovo Piano sanitario della regione Marche**.

In quest'ottica molti ospedali esistenti, potrebbero così seguire la strada della riqualificazione per essere dedicati a strutture per pazienti fragili, centri multispecialistici di diagnosi precoce ed altri servizi innovativi per rispondere ad una nuova domanda di salute dei cittadini.

Pertanto, il problema dell'ottimizzazione dell'organizzazione funzionale e spaziale delle strutture ospedaliere, è inteso come ricerca dell'associazione ottimale delle sue componenti funzionali volta, da un lato, a garantire un efficiente funzionamento dell'organismo edilizio e, dall'altro, al soddisfacimento complessivo degli obiettivi prefissati.

L'idea originaria si è poi espansa e perfezionata in un **nuovo modello di ospedale**: la nuova medicina nell'era "post genomica" prevede ora l'indispensabilità della compresenza della ricerca e l'applicazione rapida, delle nuove tecnologie che ne derivano, alle cure, in un'indispensabile fusione sinergica da attuare tra le cure stesse e le ricerche. Con l'obiettivo di una migliore comprensione delle malattie, la loro previsione e la successiva possibilità di migliori terapie, anche personalizzate, sorrette da tecnologie avanzate di cura, per ottenere un sensibile miglioramento della qualità della vita per tutti.

A maggior ragione in questo nuovo contesto è indispensabile ricorrere per la progettazione e la gestione ad un approccio innovativo, coerente e avanzato:

- Occorre una rivoluzione nel modo di concepire, progettare, realizzare e gestire l'Ospedale, perché corrisponda alle nuove esigenze e ai nuovi contesti.
- E' necessaria una revisione totale di approccio, un cambiamento di 180 gradi nell'angolo di visuale.
- Tutto deve essere fatto per soddisfare le necessità del singolo cittadino malato e quelle della comunità che lo accoglie.
- Bisogna pensare all'Ospedale anzitutto dal punto di vista degli utilizzatori: questa considerazione, apparentemente ovvia, in realtà, non ha trovato adeguata applicazione e rappresenta un cambiamento epocale, assolutamente necessario.
- E' indispensabile seguire un percorso razionale, coerente, senza deviazioni.
- Partire da finalità e obiettivi dello specifico ospedale e dall'immagine che se ne vuole dare.
- Percorrere poi in modo consequenziale e integrato tutti i passi necessari, definendo e condividendo: linee guida, politiche, principi operativi che ne discendono, procedure da seguire nella quotidianità.

Il nuovo modello di ospedale preso a riferimento prevede quindi il superamento del concetto di reparto tradizionale a favore del modello dipartimentale, per realizzare funzioni specifiche in settori di "facility" il più possibile comuni: i percorsi di diagnosi e cura possono così seguire percorsi integrati e non gerarchici, che intersecano le diverse facility. Devono cioè essere superate le suddivisioni per funzioni o competenze e dare spazio ad un'organizzazione per "processi" (o percorsi di diagnosi e terapia), in cui il paziente percorrerà un tragitto "orizzontale" attraversando, nel corso del trattamento, una serie a volte molto articolata di unità operative.

Il Piano Sanitario Regionale indica chiaramente delle linee "operative" sulla distribuzione dei servizi che dovranno riguardare il massimo soddisfacimento della domanda di assistenza da parte della popolazione residente a cui rispondere con una offerta che calibri i livelli di attività secondo volumi e tipologie di prestazioni e non secondo le dotazioni strutturali, passando da una logica di efficienza operativa della singola Unità Operativa e della singola struttura sanitaria ad una logica di efficienza allocativa del sistema nella sua globalità.

II RETE OSPEDALIERA: ANALISI DELLE PRINCIPALI CRITICITA' DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA ¹

II.1 La domanda

La popolazione residente esprime una domanda di ricovero che affluisce alle strutture della Regione che è rappresentata da 199.679 ricoveri ordinari e da 63.702 ricoveri in regime di day hospital (24% del totale).

Circa il 50% dei ricoveri ordinari riguardano soggetti con età oltre 65 anni ma si sottolinea che quasi il 30% ha più di 75 anni.

I ricoveri sono per la maggior parte di tipo medico e appartengono alle categorie diagnostiche maggiori relative all'apparato cardiocircolatorio, all'apparato muscolo scheletrico e nervoso.

Per quanto riguarda la complessità, circa il 48% dei ricoveri è caratterizzato da un peso medio DRG inferiore ad 1, il 41% da un peso compreso tra 1 e 2 e la restante parte (11%) da un peso superiore a 2.

Si sottolinea che nelle fasce brevi di durata della degenza (tra 1 e 5 giorni) si concentrano più del 50% dei ricoveri ordinari che presentano età molto bassa dei pazienti, bassa complessità e alta inappropriatazza² e, al tempo stesso, anche una concentrazione molto elevata di procedure ed interventi.

Ciò conferma che si tratta di ricoveri brevi che possono trovare una risposta in regime alternativo alla degenza ordinario (diurno, residenziale, domiciliare, ecc.).

Nel complesso il 26% di tutti i ricoveri sono ripetuti e il 22% dei pazienti presenta almeno un ricovero ripetuto che si concentra nella riacutizzazione delle patologie croniche mostrando la necessità di monitoraggio e follow-up in regime alternativo alla degenza per acuti.

I primi 30 DRG sono chirurgici per il 27% dei casi, di essi il 7% riguardano patologie chirurgiche di tipo ortopedico. Nei primi 8 DRG, che sono il 20% di tutti i ricoveri oltre al neonato sano e al parto figurano le patologie legate all'anziano con le diverse tipologie di diagnosi legate allo scompenso cardiaco e all'insufficienza respiratoria differenziate in diverse diagnosi.

¹ Fonte: SDO 2005

² L'inappropriatazza è valutata secondo quanto riportato nell'allegato 2 del DPCM del 29/11/2001, relativo alla definizione dei livelli essenziali di assistenza.

Anche i ricoveri in regime diurno riguardano per quasi il 50% la popolazione over 65, sono principalmente di tipo chirurgico e riguardano, in particolare, gli interventi all'occhio, di ortopedia e l'ernia inguinale.

I primi 8 DRG rappresentano circa il 50% di tutti i ricoveri.

La mobilità della popolazione residente in strutture di altre regioni (mobilità passiva) è circa il 10% di tutti i ricoveri dei residenti e presenta caratteristiche molto diverse dai ricoveri in regione.

La popolazione degli over 65 è molto inferiore e le patologie hanno un peso e una complessità più elevata; infatti, circa il 46% dei ricoveri è caratterizzato da un peso medio DRG inferiore ad 1, il 34% da un peso compreso tra 1 e 2 e la restante parte (20%) da un peso superiore a 2.

Inoltre, si evidenzia una percentuale molto superiore di interventi chirurgici che sono più del 50%.

Le categorie di diagnosi maggiori più rappresentative sono le malattie sul sistema muscolo scheletrico, i disturbi del rene e otorino.

I residenti in regione mostrano una mobilità passiva anche in regime diurno con circa il 27% di tutti i ricoveri e anche questi ultimi, sono molto diversi da quelli nelle strutture della regione: l'età è molto più bassa, vi è equilibrio tra ricoveri medici e chirurgici che sono concentrati per il 21% negli interventi di ortopedia.

Infine si deve sottolineare che la mobilità passiva si differenzia in modo significativo, in particolare, tra le regioni confinanti a nord e a sud e si concentra in Emilia Romagna col 43% e in Abruzzo col 15%.

In Emilia si ricovera una domanda caratterizzata da elevata complessità proveniente principalmente dalla Area Vasta di Pesaro ma con percentuali pari al 10% da tutte le altre aree, compresa Ancona.

Essa è caratterizzata da interventi chirurgici con peso molto elevato di cui segnaliamo circa il 50% di tipo ortopedico e, tra quelli con frequenza maggiore, *“interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori”* (DRG 209) e *“interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea”* (DRG 112).

Le strutture in cui si concentra tale mobilità sono principalmente di alta complessità, sia di tipo pubblico ma non è trascurabile anche il privato accreditato in Romagna.

La domanda di ricovero in Abruzzo si concentra in strutture private accreditate e mostra una inappropriatezza più elevata ma anche in questo caso si conferma una percentuale del 50% di patologie chirurgiche ortopediche di nuovo particolarmente elevata nel DRG 209 e nel DRG 112 già descritti per l'Emilia.

La terza regione per frequenza è la Lombardia in cui la domanda che si ricovera è particolarmente complessa con un peso superiore a tutti gli altri ricoveri che conferma le caratteristiche di complessità sovrapponibili all'Emilia Romagna.

Si sottolinea tuttavia nel caso di questa regione che al 1° posto compare il ricovero per chemioterapia ma subito dopo il DRG 209 e DRG112.

Va comunque ricordato che anche la chemioterapia e radioterapia rappresentano un fabbisogno soddisfatto fuori regione soprattutto in quelle di confine.

In conclusione si sottolinea che la mobilità passiva è caratterizzata da patologie chirurgiche molto complesse principalmente di tipo ortopedico e si ricorda che nel caso di 2 DRG ad alta complessità vi è una fuga in tutte le Regioni che complessivamente rappresenta per il DRG 112 un terzo e per il DRG 209 circa un quarto di tutti i ricoveri dei residenti.

Alla luce di quanto detto, i ricoveri *ordinari* dei residenti per 1000 abitanti se si considerano i ricoveri nelle strutture della regione e quelli fuori regione è pari a 152 per 1000.

II.2 L'offerta

Per quanto riguarda le caratteristiche dell'offerta si ricorda che le strutture ospedaliere sono 49 di cui il 30% è privato accreditato mentre i posti letto sono concentrati per più dell'80% nelle strutture pubbliche.

Si deve sottolineare che il numero di strutture considerate per acuti che, come abbiamo detto sono complessivamente 49 (in quanto sono tutte strutture i cui ricoveri sono codificati dalla SDO) presentano 35 strutture con un numero di posti letto inferiore a 150 di cui addirittura 31 inferiore a 100. Delle rimanenti, 7 hanno un numero di posti letto tra 150 e 250, 6 strutture tra 250-350 ed 1 con più di 600 posti letto.

La concentrazione dei posti letto è molto differente nelle Aree Vaste e, di conseguenza, risulta variabile anche il numero di posti letto per 1000 abitanti.

Per quanto riguarda la zona di Ancona e l'Area Vasta 2 offrono un numero di posti letto superiore a 5 per 1000 ma che si rivolge a tutta la regione attraverso gli ospedali di alta complessità (Ospedali Riuniti e INRCA) e quindi i posti letto di tale Area vanno distribuiti sulla popolazione di tutte le altre Aree Vaste.

Nonostante i posti letto per 1000 abitanti in tutte le Aree non siano particolarmente elevati, i tassi di utilizzo risultano abbastanza bassi o decisamente bassi; in particolare, negli ospedali con numero di posti letto bassissimo e nelle strutture private accreditate.

Sui piccolissimi presidi un discorso particolare riguarda la criticità rappresentata dall'attuale presenza di reparti chirurgici, di punti nascita e di punti di emergenza urgenza, che presentano una casistica molto ridotta.

L'analisi dell'offerta di discipline specialistiche e dei relativi posti letto per Area Vasta, mostra che tutte le Aree dispongono delle cosiddette "specialità di base": medicina generale, chirurgia generale, ortopedia, ostetricia-ginecologia, pediatria, ecc.

Sono presenti, inoltre, in tutte le Aree Vaste in ambito medico: cardiologia, UTIC, geriatria, malattie infettive, psichiatria, nefrologia.

In ambito chirurgico, invece: oculistica, otorino, terapia intensiva e rianimazione.

L'astanteria è presente in tutte le Aree Vaste ad esclusione della 4

La lungodegenza e la pneumologia sono presenti in tutte le Aree ad esclusione della 4; la dermatologia è presente in 2 Aree Vaste.

Si sottolinea che tutte le specialità sono presenti nell'Area Vasta di Ancona e, in particolare, nella Zona e nella città di Ancona (Ospedali Riuniti e INRCA); contemporaneamente sia nell'area di Ancona che nella 1 di Pesaro sono presenti le discipline di: ematologia, neurologia, neuropsichiatria infantile, dermatologia, oncologia e neurochirurgia.

Per quanto riguarda il rapporto tra risorse umane (operatori pubblici) e strutture /attività pubbliche, si sottolinea che il numero di medici e infermieri per posto letto risulta molto elevato, mentre è basso il rapporto degli stessi rispetto ai ricoveri.

In particolare in tutte le Aree Vaste si osserva mediamente un rapporto di 1 infermiere, o più di 1, per posto letto.

Il numero di medici per ricoveri si attesta mediamente ad un rapporto di 1 a 100 mentre per gli infermiere è di 1 per 40 ricoveri: questo evidenzia una abbondanza di risorse che richiede una riprogettazione e ottimizzazione rispetto all'intensità di cura.

Di seguito è rappresentata una tabella di sintesi con i principali indicatori.

Indicatori	Ricoveri residenti in Regione	Mobilità Passiva
ricoveri ordinari	199.679	24.209 (10% dei residenti)
% ricoveri ord. over 65	47,2%	31,0%
peso medio DRG ric.ord.	1,26	1,50
% ric. ord. Peso <1	48,0%	46,0%
% ric. ord. Peso tra 1 e 2	41,0%	34,0%
% ric. ord. Peso >2	11,0%	20,0%
patologie concomitanti per caso	1,4	1,1
% ric. ord. Medici	58,8%	43,6%
% ric. ord. Chirurgici	34,3%	53,9%
% ric. LEA	14,0%	16,3%
ric. ord. ripetuti	26,0%	21,8%
giornate di degenza	1.501.964	166.898 (10% dei residenti)
degenza media	7,5	6,9
procedure per caso	2,4	2,3
% giornate di degenza LEA	8,0%	9,0%
ricoveri day hospital (% tot)	63.702 (24%)	9.156 (27%)
% ricoveri day hospital over 65	44,6%	23,1%
peso medio DRG ric.day hospital	0,80	0,86
% ric. day hospital Medici	35,7%	46,1%
% ric. day hospital Chirurgici	64,3%	53,6%

Una analisi di dettaglio, con i relativi dati numerici e grafici, è riportata nel documento sul sistema di governo, nella parte relativa all'analisi dell'assistenza ospedaliera.

II.3 Conclusioni

L'analisi della popolazione suddivisa rispetto all'organizzazione sanitaria primaria definita dalle 5 Aree Vaste evidenzia una *elevata disomogeneità* tra le Aree (da 461.000 residenti della Area Vasta 2 a 153.000 dell'Area Vasta 4) .

L'analisi della domanda e dell' offerta ma anche della mobilità passiva extra regione mostra una significativa disaffezione della popolazione nei confronti delle strutture della regione che ha motivazioni diverse.

La disaffezione nelle strutture piccole e piccolissime con ricoveri ripetuti numerosi e di bassa complessità mostra la necessità di rispondere alle patologie croniche, cronico stabilizzate e di riabilitazione e quindi la necessità di funzioni alternative alla degenza per acuti per la tutela dei pazienti fragili, di tipo residenziale, diurno e domiciliare.

Per quanto riguarda la mobilità passiva è significativo sottolineare non solo l'aspetto quantitativo ma anche l'aspetto qualitativo.

Si assiste infatti anche a una disaffezione per le patologie di alta complessità che sono per più della metà di tipo chirurgico ortopedico: la migrazione dalla regione è sia verso strutture qualificate pubbliche sia verso le strutture private.

Tali patologie che rappresentano più del 50% della mobilità passiva si orientano comunque verso numerose regioni anche non vicine e riguardano sostanzialmente i residenti di tutte le zone.

A proposito delle zone di Pesaro e Ancona che presentano tutte le specialità, e anche numerosi duplicati particolarmente diseconomici in termini di casistica, si evidenzia come anche da queste stesse zone vi sia, anche se di diversa entità, un flusso migratorio passivo verso altre regioni per patologie di alta complessità.

La disaffezione si misura anche nelle patologie di bassa complessità in regime diurno sia extra regione che intraregione: è il caso della chemioterapia e radioterapia che escono persino dalle zone di Ancona e di Pesaro.

L'analisi evidenzia inoltre i seguenti aspetti:

- a) l'estrema differenziazione e complessità della domanda e dei fabbisogni;
- b) i diversi livelli di complessità delle strutture di offerta (specializzazione, dotazione tecnologica, meccanismi operativi) e, quindi, di costo;
- c) le diverse alternative tra:
 - la necessità, massima nei servizi di primo livello, di portare le prestazioni molto vicino al cittadino

- la necessità, massima nell'ospedale per acuti, di portare il cittadino nella struttura di offerta per ragioni di sicurezza, tempestività e appropriatezza.

Secondo la logica del processo clinico-sanitario, l'ospedalizzazione costituisce solo una fase della malattia (fase acuta, subacuta) e necessita non solo di essere integrata con le altre funzioni che caratterizzano l'intero processo, ma anche di essere ridotta attraverso lo sviluppo delle altre fasi, precedenti e successive, con una conseguente diminuzione dei costi e un aumento della qualità complessiva.

Dall'analisi della domanda e dell'offerta possono rilevarsi due linee di intervento con cui la programmazione regionale può migliorare il livello di salute della popolazione:

- a) la prima focalizzata sulla "risposta" che si esprime attraverso l'aumento delle funzioni/strutture alternative alla degenza ospedaliera per acuti, aumento di attività distrettuale e della prevenzione;
- b) la seconda focalizzata sui meccanismi operativi ad essa correlati attraverso la creazione di un rete integrata di funzioni/professionisti/strutture.

Per poter raggiungere l'obiettivo del miglioramento delle modalità di "risposta", cioè il miglioramento dell'offerta la cui razionalizzazione produce effetti su ogni aspetto della domanda e del bisogno assistenziale, occorre perseguire un impegno identificabile nelle seguenti azioni prioritarie:

- forte sviluppo della realizzazione di strutture alternative alla degenza ospedaliera per acuti (distretti, RSA, ospedali di riabilitazione, degenza diurna, assistenza domiciliare, ecc); al tempo stesso,
- forte sviluppo dei meccanismi di comunicazione, integrazione e coordinamento delle strutture e/o funzioni sanitarie e sociali (ospedale, territorio, medico di famiglia, articolazione dei distretti, ecc.); inoltre,
- forte sviluppo di strumenti e metodi di "governo dell'accesso" ai servizi sanitari, attraverso la formazione degli operatori e l'educazione dei cittadini ma anche con meccanismi di controllo di gestione (appropriatezza, accreditamento, costi, outcomes, ecc).

Si sottolinea che è necessario passare da una logica di assistenza basata sulle strutture e i posti letto, ad una logica basata sulle funzioni che si devono svolgere dentro e fuori le strutture ospedaliere.

Le strutture devono essere funzionali alle attività e alle prestazioni che servono per rispondere ai bisogni attuali e futuri.

Vi è quindi la necessità di interventi che rimuovano eventuali ostacoli al pieno sviluppo delle funzioni sanitarie fondamentali (prevenzione, diagnosi precoce, diagnosi, controllo e mantenimento, e riabilitazione) per evitare, anche nel grado di complessità di base, di non trovare risposte all'interno del territorio.

Questo fenomeno si evidenzia, ancor di più, nelle funzioni di secondo e terzo livello rappresentate da funzioni particolarmente complesse che tuttavia potrebbero essere svolte rivalutando le risorse esistenti.

Rivalutando, in particolare, le capacità professionali e le risorse edilizie e tecnologiche sotto-utilizzate ed evitando, in tal modo, il decadimento di attività che non producono interventi qualitativamente efficaci e, inoltre, la progressiva e ineluttabile diminuzione di standard e delle capacità professionali esistenti.

Per realizzare questo processo è necessario che la Regione sostenga la volontà di:

- gestire e guidare il cambiamento culturale e quindi analizzare e comprendere il rinnovamento necessario;
- realizzare e garantire un livello di fiducia reciproca tra le professioni coinvolte, attraverso trasparenza e chiarezza di comportamenti;
- avere la capacità di stendere programmi attraverso il consenso e la partecipazione di tutti i "portatori di interesse", unica garanzia della possibilità di realizzazione.

III PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI

Le linee dello sviluppo del sistema sanitario vede il proprio elemento centrale nella definizione di una nuova visione strategica, che ridefinisce il sistema in termini di **sistema reticolare** dell'assistenza. Per l'assistenza ospedaliera, il modello si basa sulla definizione di un unico ospedale regionale articolato nelle diverse sedi (poli ospedalieri – strutture private accreditate - ospedali di rete – aziende ospedaliere e INRCA) per l'offerta dei servizi ponendo al centro i percorsi del paziente.

Tale prospettiva, come già accennato in premessa, si può realizzare esclusivamente dando tempestivo e concreto avvio alla creazione delle reti cliniche. Tale modello consente una forte flessibilità organizzativa, una distribuzione dell'attività basata sulla domanda e una conseguente crescita della professionalità e contestuale dell'efficienza nell'utilizzo delle professionalità.

Le modalità operative per dare attuazione al modello si basano su:

- uno sviluppo delle **reti cliniche** (necessariamente centrate verso problematiche di salute e di autentica integrazione su base area vasta),
- l'utilizzo di **studi di fattibilità** e delle **sperimentazioni gestionali** quali strumenti per offrire adeguati spazi di collaborazione fra soggetti del sistema; la sperimentazione costituisce uno strumento per superare gradualmente, attraverso processi monitorati, la rigidità del sistema ed introdurre in esso, attraverso forme di collaborazione con altri soggetti, strumenti e modelli gestionali efficaci ed efficienti.

Le reti cliniche vengono ad operare nella rete delle strutture, ospedaliere e territoriali, che si configurano come contenitori per l'erogazione (hardware) delle prestazioni assistenziali che necessariamente vengono ripensati, puntando l'attenzione sugli aspetti di professionalizzazione dell'assistenza garantita dalle aree di degenza organizzate per intensità di cura.

Dalla lettura dell'esistente alla luce del modello proposto nel nuovo PSR, deriva l'evidenziazione delle maggiori criticità del sistema che dovranno essere oggetto delle azioni di adeguamento: tra queste è evidente la rilevanza della corretta programmazione degli interventi strutturali quale elemento di completamento del percorso che si avvierà da subito con il nuovo piano.

La lettura che si propone utilizzerà tre dimensioni di lettura (qualità, efficacia e efficienza) per le quali si forniranno gli elementi essenziali di innovazione.

Rispetto alla dimensione della **qualità** letta come *prospettiva che mette al centro il paziente* è del tutto evidente che il contatto con qualunque punto della rete deve immettere il paziente in un sistema complessivo in cui, sul bisogno di salute del singolo, viene definito un percorso assistenziale integrato e personalizzato che sfrutta le potenzialità del sistema stesso. In questo modo, il sistema si propone come attivo rispetto al problema di salute presentato dal paziente e non più come passivo erogatore di insiemi di prestazioni separate. Non quindi più un sistema composto da erogatori di prestazioni ma una organizzazione di professionisti centrata sui problemi di salute. La ricaduta in termini di continuità assistenziale e quindi sicurezza per il paziente, come pure in possibilità di valutazione degli esiti dell'assistenza è evidente.

Rispetto alla dimensione dell'**efficacia**, è altrettanto chiaro che lo sviluppo delle singole specialità e delle alte tecnologie richiede l'integrazione delle risorse all'interno del sistema, come pure l'integrazione del sistema sanitario marchigiano in un ambito più ampio, come può realizzarsi con gli accordi con le altre Regioni, che possono consentire lo sviluppo di altissime specializzazioni che non troverebbero nel solo bacino regionale un adeguato supporto. Si noti come nel sistema reticolare proposto non si generano diseguaglianze nel trattamento dei cittadini in ragione della dimensione geografica del centro di residenza, essendo ogni punto del sistema coinvolto e partecipe della rete regionale e quindi in grado di attivare un percorso anche di altissima specialità.

La dimensione dell'**efficienza** è quella naturalmente di maggiore impatto immediato stante l'indifferibile necessità di garantire la compatibilità del sistema con le risorse date. Pertanto si dedicherà a questo punto un particolare approfondimento.

L'attuale frammentazione – ovvero non messa in rete - dell'offerta sanitaria in generale, e ospedaliera in particolare, genera di per sé fenomeni di inefficienza a partire dall'utilizzo delle risorse umane che costituiscono l'elemento portante dell'attività clinico assistenziale.

L'attuale modello, basato sull'unità operativa monodisciplinare con una propria équipe dirigenziale e infermieristica e una *dote* di posti letto in un sistema caratterizzato da una distribuzione dell'offerta ospedaliera in molte sedi, genera delle fortissime diseconomie (oltre che delle disomogeneità del carico di lavoro) evidenziabili dalla lettura delle presenze medie dei pazienti nelle strutture.

L'applicazione delle indicazioni del nuovo PSR distinguono invece la dimensione strutturale del sistema rappresentata dalle aree di degenza da quella funzionale delle attività svolte nelle stesse, imponendo sin da subito una reingegnerizzazione dell'assetto delle strutture che a parità di servizi erogati guadagnano in efficienza (anche nel breve periodo considerando il forte turn over del personale). La logica che deve guidare la riorganizzazione del sistema non deve quindi partire dai posti letto bensì dall'analisi dei processi e dei profili di cura.

Il governo delle aree di degenza è garantito dalla componente infermieristica coordinata dal Dipartimento delle professioni, istituito ma non applicato in gran parte del sistema proprio con la legge regionale 13/03.

Inoltre la riorganizzazione interna alle aree di degenza delle strutture ospedaliere consente:

- la diffusione di modelli organizzativi efficienti all'interno del sistema (aree a ciclo breve, aree di day surgery, aree di day hospital, intensività integrata nei Dipartimenti di emergenza urgenza, area pediatrica, lungodegenze post acuzie);
- il superamento della fortissima disomogeneità nel sistema dell'inserimento delle nuove figure professionali dell'assistenza (OSS) che deriva dalla scarsità di risorse infermieristiche disponibili e rappresenta la naturale evoluzione derivante dalla professionalizzazione dell'infermiere (e presenta anche un impatto economico significativo);
- la possibilità di realizzare un benchmarking costante delle aree di degenza e quindi di verificare il grado di efficienza e intervenire nelle situazioni anomale.

Si noti che tale processo è attuabile nel breve periodo e non è vincolato al percorso più lungo e complesso di costruzione delle reti cliniche ed agli interventi di tipo strutturale.

Il percorso individuato dal nuovo PSR ha immediate ricadute nella rilettura degli investimenti strutturali poiché richiede una coerente individuazione delle priorità e garantisce un ulteriore miglioramento dell'efficienza con strutture che saranno progettate sul modello sopra esposto e non adattate allo stesso.

La lettura delle strutture, ospedaliere e territoriali, come elemento di supporto (hardware) alle reti cliniche porta alla definizione di un disegno delle macroaree prioritarie di intervento all'interno del sistema.

L'**area vasta 1** si caratterizza per alcune specificità rappresentate dal rapporto con l'Emilia Romagna che richiedono anche sul livello inter regionale l'avvio di un rapporto di cooperazione al fine di definire un sistema assistenziale coerente per l'area di confine. Tra gli strumenti, sono da ricordare anche gli accordi di confine, che devono evolvere da strumento per definire dei tetti di spesa a strumento di raccordo della programmazione regionale.

Anche nell'area vasta 1 si applicano le indicazioni generali sopra esposte per la valorizzazione delle strutture esistenti che, con l'adozione di modelli organizzativi efficienti ed inserite nel sistema reticolare, riacquistano la capacità di produrre valore aggiunto al sistema.

Si presenta invece specifica la situazione relativa alle necessità di definire sinergie tra le strutture di Fano e Pesaro che vadano oltre l'integrazione già realizzata di alcuni servizi minori. Infatti l'impatto di una configurazione dell'offerta livellata sulla bassa-media

complessità, e sostanzialmente invariata tra le strutture, si acuisce in strutture che operano su un bacino di utenza unico.

Nello sviluppo delle reti cliniche la revisione dell'attuale assetto dell'offerta si pone come una delle priorità proprio al fine di individuare un modello organizzativo cui far corrispondere un assetto strutturale. Rimanendo ferma la priorità di sviluppare, per l'Azienda ospedaliera San Salvatore, un percorso coordinato con l'Azienda Ospedaliera Riuniti e con l'INRCA per la costruzione della rete della alte specialità.

L'**area vasta 2** si caratterizza per la presenza di una forte offerta ospedaliera e presenta una specificità relativa all'area metropolitana di Ancona per la necessità di:

- sviluppare la funzione di riferimento regionale e nazionale, in accordo con l'AO San Salvatore e l'INRCA, per l'AOU Ospedali Riuniti,
- individuare un progetto di sviluppo per il Presidio di alta specializzazione Salesi anche tramite un rafforzamento delle relazioni con la rete nazionale degli ospedali pediatrici,
- garantire una funzione ospedaliera alla popolazione anconetana anche grazie ad una sinergizzazione delle strutture private;
- ridefinire la mission dell'INRCA all'interno del sistema, individuabile, ad esempio, in uno dei settori di confine della ricerca sanitaria quale quello della medicina molecolare in sinergia con le strutture universitarie regionali.

Gli elementi di riferimento per la revisione dell'assetto nelle **aree vaste 3 e 4**, alla luce dei quali definire le linee di investimento e in aggiunta alle considerazioni generali, sono rappresentati da:

- la necessità di normalizzare la situazione del fermano nel senso di garantire alla popolazione una offerta adeguata e quindi riportare le risorse già spese entro il sistema dai residenti della ZT 11 nell'ambito della Zona stessa;
- la definizione di un modello di integrazione della sede di Fermo dell'INRCA con la Zona territoriale;
- lo sviluppo del percorso sopra esposto deve avvenire sempre nella nuova ottica reticolare al fine di non riprodurre un assetto con i difetti registrati già in altre aree (duplicazione dell'offerta, inefficienza dei servizi).

La rilettura in tale prospettiva della offerta ospedaliera delle due aree vaste rappresenta la base per definire interventi che rappresentino un momento di crescita della qualità dell'offerta per l'intero sistema.

Nell'**area vasta 5** la situazione presenta elementi di somiglianza con il quadro relativo alla Area vasta 1 per la necessità di definire uno sviluppo dell'offerta ospedaliera dell'area alla luce di una relazione necessaria con la Regione Abruzzo.

Anche in questo ambito appare centrale la possibilità di dare vita a breve, nell'ambito del percorso di realizzazione delle reti cliniche, a esperienze di integrazione che rappresentano la premessa indispensabile alla progettazione di una nuova realtà integrata e garantiscono nel breve periodo un effetto di riqualificazione dell'offerta e di incremento di efficienza.

In tale percorso è importate individuare un percorso di crescita della specializzazione delle strutture che dovrebbe essere individuata in una ottica di necessaria cooperazione con la Regione Abruzzo e che potrebbe consentire di potenziare l'attrazione dalle regioni meridionali e quindi ampliare il bacino di utenza delle strutture.

III.1 Le azioni da intraprendere

La definizione di azioni nell'ambito ospedaliero riguarda prevalentemente la necessità di intervenire sul funzionamento, e non solo sull'assetto e sulle risorse, per cercare di dar vita ad un "sistema" ed a "reti" in grado di assumere in cura e prendere in carico il cittadino ed i suoi problemi di salute e di farli assurgere a centralità effettive, basando il processo di rinnovamento sui bisogni reali di salute della popolazione.

Un elemento centrale dell'intervento sul funzionamento riguarda l'innalzamento delle logiche funzionali dell'assistenza ospedaliera *al livello di Area Vasta*, con l'assicurazione che a tutti i livelli ci sia contemporaneamente il coinvolgimento in modo integrato delle funzioni ospedaliere. In particolare, le azioni si dovranno rivolgere ad un percorso di razionalizzazione dell'offerta di servizi sanitari nella logica di soddisfare pienamente la domanda espressa dai cittadini marchigiani e, nello stesso tempo, riqualificare le strutture potenziandone le capacità e valorizzando le professionalità presenti rispetto a condizioni modulari di assistenza.

In questo senso, si ritiene che le scelte strategiche dovranno essere approfondite sia con **sperimentazioni gestionali** che con la predisposizione di **studi di fattibilità** per verificare, ed eventualmente validare, le indicazioni fornite e rendere operative le scelte strutturali, gestionali ed economiche, con particolare attenzione all'analisi costi/benefici.

Contestualmente si potrà quindi valutare quali strumenti utilizzare per la realizzazione di tali progetti (project financing, alienazione delle strutture da dismettere, ecc.).

III.2 Le principali scelte strategiche

A fronte dell'analisi delle criticità e dei dati di attività, i principali orientamenti che sono emersi individuano la necessità di intervenire sulla riorganizzazione della rete ospedaliera per riorientare i flussi di mobilità passiva dei residenti verso le strutture presenti nell'AV di riferimento in ragione dell'adeguamento e del completamento dei servizi offerti. In particolare si evidenziano i seguenti obiettivi principali elencati in ordine di priorità:

- **Riqualificazione INRCA**

Lo studio di fattibilità deve analizzare la possibile riqualificazione della struttura per la creazione di un punto di eccellenza nel trattamento delle persone anziane; dovrà essere valutata anche l'opzione di un trasferimento della sede, motivato dall'inadeguatezza spaziale dell'attuale struttura. Il trasferimento dell'INRCA di Ancona in una nuova sede potrebbe garantire maggiori servizi nell'area della ricerca e dell'alta specializzazione, consentendo inoltre lo sviluppo di funzioni proprie di un centro specializzato in oncologia, strettamente connesso con le attività di ricerca nel campo della medicina molecolare.

- **Analisi dell'Area Vasta 2**

Lo studio di fattibilità per l'INRCA potrà inoltre avere un ambito di approfondimento ben più allargato, in quanto dovrà essere funzionale ad analizzare l'intera area di Ancona, all'interno della quale stabilire un protocollo di intervento che tenga conto di tutte le esigenze che emergono dal territorio. Lo studio di fattibilità dovrà anche prendere in considerazione ed analizzare sia la possibilità del trasferimento del Salesi in sede dedicata in località da individuare, eventualmente all'interno dell'area di Torrette; sia la riqualificazione dell'ospedale di Osimo, la cui struttura non è più rispondente alle esigenze del bacino di utenza; sia la verifica della situazione dell'urgenza-emergenza della città di Ancona.

- **Analisi dell'Area Vasta 1**

La sperimentazione gestionale avviata per l'integrazione Fano-Pesaro sarà monitorata in relazione alle condizioni di offerta all'intero bacino di utenza di una gamma completa di servizi che si integrano in logica di differenziazione, con l'eliminazione delle duplicazioni su particolari aree specialistiche.

Si potrà contemporaneamente avviare uno studio di fattibilità che analizzerà il territorio dell'Area Vasta 1 per la valutazione dei parametri necessari e della localizzazione per la realizzazione di un eventuale nuovo ospedale di riferimento quale punto di eccellenza dell'area nord regionale, in sostituzione dell'attuale struttura di Pesaro e ad integrazione dell'offerta sanitaria delle strutture dell'AV.

- **Analisi delle aree vaste 3 e 4**

L'analisi congiunta delle due AV consente una sperimentazione gestionale in grado di mettere in relazione la complessiva offerta di servizi, così da offrire all'intero bacino di utenza una gamma completa di servizi differenziati che si integrano per eliminare inutili duplicazioni su particolari aree specialistiche in realtà tra loro contigue.

Lo studio di fattibilità analizzerà la realtà delle due aree vaste, con particolare attenzione alle situazioni di Macerata, Civitanova e Fermo.

La creazione di una situazione di eccellenza dovrà essere espressione dell'integrazione e delle forti sinergie che ne conseguono per la diagnosi, la cura, la ricerca e la didattica, oltre a introdurre delle forti relazioni con tutte le altre realtà presenti sul territorio.

- **Analisi dell'Area Vasta 5**

Lo studio di fattibilità, già avviato, analizza il territorio dell'Area Vasta per l'individuazione dei parametri necessari per l'integrazione delle strutture di Ascoli e San Benedetto, al fine di realizzare un nuovo punto di eccellenza per la parte sud della Regione.

La costituzione di una realtà integrata di eccellenza deve rappresentare il punto di riferimento per la copertura della domanda dei residenti, in modo complementare con le altre strutture presenti sul territorio, e con il coordinamento dell'intera attività clinico-sanitaria erogata dalle strutture ospedaliere.

L'analisi consente una sperimentazione gestionale in grado di differenziare la complessiva offerta di servizi, così da offrire all'intero bacino di utenza una gamma completa di servizi che si integrano ed eliminano le duplicazioni su particolari aree specialistiche.

- **Potenziamento della rete di emergenza-urgenza**

Il potenziamento della rete regionale per l'emergenza urgenza, deve tener conto delle esigenze di copertura del servizio della fascia montana e di quella costiera. Il potenziamento della fascia montana potrà essere realizzato con la creazione di

nuove elisuperfici e l'utilizzo di un secondo elicottero, che possa collegare le aree montane con gli ospedali di riferimento in grado di accoglierlo. Rimane sottinteso che va potenziata la capacità di prima gestione dell'emergenza da parte della rete ospedaliera in sede montana, con particolare riferimento agli ospedali di rete con sede in: Fabriano, Urbino e Camerino – San Severino.

La realizzazione di uno studio di fattibilità e la definizione di una sperimentazione gestionale, comprenderanno l'analisi per la riqualificazione delle strutture di rete, che costituiscono il punto di snodo fondamentale della rete ospedaliera e del sistema dell'urgenza emergenza, ad integrazione dei centri ospedalieri di eccellenza e dei servizi territoriali, al fine di differenziare e potenziare l'assistenza nell'area dorsale appenninica della Regione, con specifiche funzioni definite nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici e dei profili di cura.

- **Integrazione socio-sanitaria**

In coerenza con il rafforzamento della logica di un sistema unitario e coerente nelle politiche regionali sociali e sanitarie, si intende procedere con uno studio sull'armonizzazione dei processi di riqualificazione delle residenze sociali e socio-sanitarie al fine di potenziare e razionalizzare la residenzialità extraospedaliera, attraverso l'utilizzo di strutture esistenti, con finalità assistenziali per l'area della post-acuzie e della non autosufficienza.

Settore di intervento – Sistema di governo

Piano Sanitario 2007/2009

**Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo
sviluppo del SSR per la salute del cittadino
marchigiano**

Indice

I	PARTE 1: SISTEMA DI GOVERNO	3
I.1	INTRODUZIONE	3
I.2	LA SITUAZIONE ESISTENTE	4
I.3	OBIETTIVI DI SVILUPPO.....	8
I.4	IL MODELLO INTERPRETATIVO.....	10
I.5	GLI STRUMENTI DI ANALISI.....	12
I.5.1	<i>Il confronto con altre Regioni.....</i>	<i>17</i>
II	PARTE 2: ANALISI DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA	20
II.1	CONTESTO DEMOGRAFICO: CARATTERISTICHE GENERALI DELLA POPOLAZIONE	21
II.2	QUADRO EPIDEMIOLOGICO: IL BISOGNO DELLA POPOLAZIONE.....	22
II.3	DOMANDA E OFFERTA DEL SISTEMA OSPEDALIERO	22
II.3.1	<i>Caratteristiche della domanda di ricovero ospedaliero dei residenti nelle strutture della Regione</i>	<i>22</i>
II.3.2	<i>Caratteristiche della domanda di ricovero ospedaliero dei residenti in strutture di altre Regioni (mobilità passiva)</i>	<i>25</i>
II.3.3	<i>Caratteristiche della domanda di ricovero ospedaliero nelle strutture della Regione di cittadini residenti in altre Regioni (mobilità attiva).....</i>	<i>30</i>
II.3.4	<i>Caratteristiche della domanda di ricovero ospedaliero di residenti e non residenti nelle strutture della Regione (produzione complessiva).....</i>	<i>32</i>
II.3.5	<i>Analisi dell'assistenza ospedaliera: le Aree Vaste</i>	<i>34</i>
III	ALLEGATI.....	40

I PARTE 1: SISTEMA DI GOVERNO

I.1 Introduzione

L'obiettivo fondamentale del sistema di governo riguarda l'organizzazione di un "sistema della conoscenza", che permetta di rendere circolare il processo di fruizione, a tutti i livelli istituzionali, delle informazioni sul sistema sanitario e sulla copertura dei livelli essenziali di assistenza (LEA). In questo modo, si vuole consentire la verifica tempestiva delle reali condizioni del sistema e agevolare il processo decisionale per la definizione di azioni ed interventi, rafforzando così il ruolo di indirizzo strategico e coordinamento della Regione. La realizzazione di un tale sistema richiede azioni quali:

- definizione di variabili e indicatori nell'ambito delle aree di indagine e delle dimensioni di analisi;
- definizione, regolazione ed eventuale revisione dei processi per la raccolta dei flussi informativi, in particolare per livelli di assistenza;
- realizzazione dell'archivio regionale dei dati e delle informazioni di governo (datawarehouse);
- definizione dei modelli statistici di analisi e di previsione;
- procedure di analisi e interpretazione e predisposizione strumenti di reporting.

Per il sistema strategico del livello regionale si dovrà quindi procedere alla definizione degli indicatori fondamentali per la corretta interpretazione del quadro di bisogni, domanda, offerta e risultati del SSR, secondo il modello interpretativo descritto nelle linee guida del nuovo PSR. Nello stesso tempo, a livello area vasta e zona, per il consolidamento del sistema informativo, si dovrà effettuare l'analisi dei processi operativi e dei loro contenuti informativi oltre alla verifica delle modalità di raccolta delle informazioni attraverso l'ampliamento delle basi dati.

L'azione fondamentale da intraprendere riguarda l'avvio di una mappatura completa delle informazioni e dei dati attualmente disponibili, anche se con diverse modalità, in Regione. A questa deve seguire l'identificazione del fabbisogno informativo necessario per poter conoscere e monitorare in modo esaustivo le varie linee di attività ed i livelli di assistenza, a cui far seguire il completamento ed il consolidamento delle basi dati per l'elaborazione di

indicatori significativi e la produzione di report utili ad azioni di governo ed indirizzo mirate, tempestive ed efficaci.

L'obiettivo finale consiste quindi nella creazione del **datawarehouse** che contiene tutte le informazioni su tutte le articolazioni dei livelli di assistenza, fruibili in modo univoco e condiviso ai diversi livelli istituzionali.

L'analisi delle variabili e degli effetti che su queste producono gli interventi organizzativi, tecnologici ed economici, conferisce al sistema di governo il ruolo di strumento per la guida del SSR, dapprima in termini di **indirizzo**, in secondo luogo in termini di **monitoraggio e valutazione**, al fine di attivare in un circolo virtuoso il processo di continuo miglioramento ed evoluzione del SSR.

La Cabina di regia regionale ha il compito di coordinare le attività per implementare la programmazione regionale sanitaria e l'armonizzazione delle normative in materia. Il sistema di governo costituisce quindi lo strumento con cui la Cabina di regia è in grado di procedere allo svolgimento dell'attività di programmazione nonché all'analisi congiunta dei dati e delle informazioni sui molteplici aspetti provenienti dal territorio.

Nei paragrafi seguenti sono esplicitate alcune indicazioni sulla costruzione del sistema di governo, in ragione degli obiettivi posti dal nuovo PSR e ad eliminazione delle aree di criticità attualmente presenti nelle funzioni di monitoraggio e controllo.

Nella seconda parte del documento viene descritto un lavoro di analisi che costituisce un primo livello di approfondimento sull'utilizzo della base dati attualmente già disponibile relativa all'assistenza ospedaliera e che rappresenta la base per la costruzione di indicatori e report che andranno a costituire gli strumenti del sistema di governo.

I.2 La situazione esistente

La riorganizzazione del Servizio Salute e dell'Agenzia regionale sanitaria voluta dalla Regione Marche tra l'altro con la DGR 179/07 e 183/07 ha arricchito le precedenti competenze del Servizio Salute e dell'ARS attraverso la diretta responsabilizzazione sull'attivazione e sulla gestione di un sistema informativo sanitario nell'ambito del sistema informativo regionale integrato.

All'interno del Servizio Salute coadiuvato dall'ARS le responsabilità specifiche sul sistema informativo sanitario possono essere così sintetizzate:

- rilevazione e gestione dei dati relativi alle prestazioni sanitarie (ad es. schede di dimissione ospedaliera, assistenza specialistica ambulatoriale ecc), all'anagrafe delle strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate, dei dati di mortalità, eccetera;

- collaborazione con i soggetti nazionali interessati allo sviluppo del sistema informativo sanitario (ISTAT, Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Istituto Superiore di Sanità, ecc.);
- definizione e monitoraggio delle regole e standard per l'organizzazione e la gestione dei flussi informativi del SSR;
- identificazione della tipologia di dati presenti e/o generati dai diversi attori (ASUR, Zone, AO, Servizio Statistico, eccetera), delle metodologie e dei *software* adottati per la raccolta dei dati e l'alimentazione dei sistemi;
- validazione dei flussi informativi intraregionali (da e verso gli attori istituzionali identificati al punto precedente) ed extraregionali (debito informativo nei confronti dei ministeri, gestione dei flussi di mobilità con le altre regioni), raccordo con altri sistemi informativi regionali e nazionali e definizione di un modello che consenta la fruibilità delle informazioni a tutti i livelli interessati.

L'inserimento di tale attività all'interno delle responsabilità del Servizio Salute rappresenta una significativa opportunità per attivare un insieme di azioni volte ad assicurare la disponibilità di informazioni omogenee e quanto più possibile integrate, sempre fruibili dai vari livelli del SSR per finalità decisionali e di governo. Lo sviluppo di tecniche e modalità operative per il governo e la gestione coordinata dei flussi informativi della sanità regionale, adeguatamente supportate dal sistema informativo, rappresenta un processo critico per supportare le decisioni in merito alla programmazione sanitaria regionale.

Allo stato attuale è l'ARS l'organo tecnico preposto dai provvedimenti regionali (LR 26/1996 e DGRM 183/05) alla gestione e al trattamento dei flussi informativi. Secondo la DGR 183/07, l'ARS continuerà a svolgere il ruolo di supporto, fondamentale per una buona gestione del sistema informativo sanitario del Servizio Salute.

Emerge da tale assetto, in prima istanza, l'esigenza di costituire, nel lungo periodo, una "regia integrata", la Cabina di regia, circa le modalità di governo e gestione dei processi e dei flussi informativi, al fine di omogeneizzare e dare coerenza ad un sistema che risulta, sotto questo profilo, non del tutto adeguato.

Infatti, la volontà di far decollare il sistema informativo sanitario nella Regione Marche è, ad oggi, decisamente connessa alla scelta di una collaborazione sempre più stretta e continuativa tra i soggetti coinvolti nel sistema, in particolare Servizio Salute e ARS.

Ciò in quanto, soprattutto a seguito del processo di riorganizzazione che ha investito le strutture sanitarie marchigiane, è sempre più stringente la necessità di conoscere e controllare la consistente mole di flussi informativi di diversa natura, oggi non

adeguatamente monitorati, attraverso un “corpo normativo” in grado di tracciarli e gestirli razionalmente.

Dal quadro complessivo della situazione attuale, emerge la necessità di una soluzione che interverga per risolvere le criticità riscontrate principalmente nel presidio delle funzioni del Servizio Salute.

Come già sottolineato, le specifiche **funzioni** che il Servizio Salute, coadiuvato dall'ARS, è chiamato a svolgere, con particolare riferimento al sistema informativo sanitario, sono quelle tipiche di una responsabilità di governo complessiva dei flussi informativi, che si traduce in attività di:

- individuazione di origine, configurazione organizzativa, ruoli e responsabilità degli attori coinvolti, tempi e scadenze da rispettare;
- definizione e regolamentazione dei livelli collaborazione con gli attori regionali ed extraregionali;
- definizione di modalità, regole e tempistica da rispettare nel monitoraggio, nella verifica e nella validazione dei medesimi;
- identificazione delle modalità di raccordo con altri sistemi informativi regionali e nazionali;
- definizione del modello di riferimento regionale per la fruibilità delle informazioni a tutti i livelli interessati.

D'altra parte, le **prerogative organizzative** rilevanti, ai fini dell'identificazione delle aree di miglioramento nella gestione dei flussi informativi, sono:

- tipologia e disponibilità di dati omogenei, conformi agli standard definiti, affidabili e tempestivi;
- formalizzazione, condivisione e adozione ufficiale di procedure di riferimento regionale per un'adeguata gestione dei medesimi;
- strumenti e regole per il coordinamento delle attività dei diversi attori coinvolti;
- struttura organizzativa, profilo, competenze e attitudini delle risorse umane disponibili presso le unità operative regionali e l'ARS;
- risorse tecnologiche e strumentali.

Da un'analisi incrociata delle funzioni del Servizio Salute rispetto alle prerogative organizzative dello stesso, operata in collaborazione tra l'ARS e il Servizio Salute, sono state

riscontrate alcune aree di criticità. La rappresentazione schematica di tali criticità è fornita nella figura seguente.

PREROGATIVE ORGANIZZATIVE	FUNZIONI				
	Flussi informativi (origine, destinazione, ruoli e responsabilità, tempi)	Collaborazione con gli attori regionali ed extraregionali	Monitoraggio, verifica e validazione flussi informativi	Identificazione e raccordo con altri sistemi informativi regionali e nazionali	Modello per la fruibilità delle informazioni a tutti i livelli interessati
Standard, tipologia, disponibilità dati	Yellow	Green	Yellow	Green	Red
Processi (regole e metodologie di gestione)	Red	Yellow	Red	Yellow	Red
Coordinamento attività	Red	Red	Red	Red	Red
Risorse umane disponibili	Green	Green	Green	Green	Yellow
Risorse tecnologiche e strumentali	Green	Green	Green	Green	Yellow

In tale schema le aree critiche sono rappresentate come “zone rosse” (le aree più scure), così definite in quanto zone in cui si registra una carenza o assenza (nella matrice, la maggiore intensità di rosso individua una totale assenza, le due tonalità meno intense una carenza di livello inferiore) di presidio della specifica funzione. Al contrario, le “zone verdi” indicano funzioni dovutamente assolte.

In particolare, il presidio delle funzioni è:

- **sostanzialmente assente**, rispetto alle aree di governo dei *processi* e a quelle di *coordinamento delle attività degli attori del sistema*;
- **carente**, rispetto alla disponibilità e tipologia dei dati, dove è peraltro del tutto assente la funzione di *modello per la fruibilità delle informazioni a tutti i livelli interessati*;
- **presente**, in riferimento alle risorse umane e tecnologiche, anche se ancora migliorabile rispetto alla funzione di *modello per la fruibilità delle informazioni a tutti i livelli interessati*.

In generale, al di là del livello di dettaglio di tali problematicità, gli aspetti che si configurano come punti critici nodali sono:

- la poco chiara distribuzione delle responsabilità tra i diversi attori istituzionali della Regione, che si traduce in una mancanza di comunicazione e condivisione delle informazioni e una complessiva assenza di coerenza nel governo delle stesse;

- l'insufficiente livello di coordinamento, che deriva dalla poco chiara distribuzione delle responsabilità e incide sulla disomogeneità nella gestione dei dati;
- il basso livello di integrazione dei dati (modelli dati non omogenei, tecnologie di raccolta e interrogazione differenti, etc.), che è legato a strumenti e metodologie di trattamento del dato molto diversi tra loro;
- la limitata e non omogenea fruibilità delle informazioni;
- la scarsa tempestività nella produzione e messa a disposizione dei flussi, frutto dell'insieme delle criticità sopra rilevate.

Le precedenti considerazioni inducono a ritenere necessaria, e non più posticipabile, la scelta di avviare un progetto complessivo di riorganizzazione del sistema informativo sanitario, agendo su due versanti:

- aspetti organizzativi di gestione e trattamento dei flussi informativi;
- soluzioni tecnologiche ed informatiche a supporto di tutte le procedure e le attività che afferiscono al sistema informativo sanitario.

I.3 Obiettivi di sviluppo

Le principali azioni da attivare sono finalizzate all'individuazione di adeguate soluzioni metodologiche, organizzative ed operative che siano in grado di consolidare il sistema informativo sanitario e di superare le criticità oggi esistenti.

Obiettivo ultimo è la messa a disposizione ai diversi interlocutori della Regione di un sistema di soluzioni attraverso il quale integrare basi informative di diversa natura (epidemiologiche, di produzione, di attività, di costo, di struttura, di capacità produttiva ecc.) la cui analisi congiunta fornirà una visione significativa circa l'andamento gestionale del SSR, assicurando la disponibilità delle informazioni necessarie per la produzione della reportistica istituzionale e favorendo la disponibilità di un patrimonio informativo comune in grado di consolidare all'interno del Servizio Salute la necessaria sensibilità sulle variabili di carattere sanitario e gestionale.

Il Servizio Salute disporrà di un sistema di reportistica e lettura delle informazioni in grado di:

- analizzare i tutti i dati rilevanti in modo tempestivo;
- analizzare i dati in chiave multi-dimensionale;
- dettagliare l'analisi con approfondimenti successivi che partano da dati aggregati e arrivino ai dati puntuali;

- alimentare in modo ottimale (per tempestività e qualità delle informazioni), tutti i flussi informativi di carattere ministeriale/sovra regionale, monitorando puntualmente sia l'operato dei diversi attori coinvolti nel processo di produzione e verifica del flusso sia la tempestività e il rispetto delle scadenze fissate.

La progettazione delle specifiche funzionali, organizzative e di alimentazione del sistema informativo a disposizione del Servizio Salute prevedrà, di massima, la distinzione delle modalità di accesso alle informazioni in:

- o *sistema di cruscotto direzionale o reportistica stabile*, che identificherà, per ciascun livello di assistenza, il contenuto di specifici indicatori di performance; il cruscotto produrrà informazioni a date definite e tendenzialmente sarà stabile nel tempo;
- o *sistema di reporting di approfondimento*, che evidenzierà molteplici fenomeni che in un certo senso danno ragione degli indicatori presenti nel cruscotto; i report forniscono un quadro completo ed approfondito della situazione gestionale;
- o *sistema di navigazione nelle informazioni*, che si baserà sull'utilizzo di sistemi di analisi multidimensionale;
- o *sistema di verifica, validazione e produzione dei flussi ministeriali/sovraregionali* (flussi dalla regione verso l'esterno);
- o *sistema di verifica, validazione e produzione dei flussi regionali* (flussi dalle aziende/AV verso la Regione).

La progettazione di un sistema così configurato deve consentire:

- da un lato, di **avviare concretamente** un progetto che consenta a tutti gli attori del SSR di lavorare **comunemente** verso l'obiettivo di una **sostanziale riprogettazione dei processi di programmazione sanitaria del SSR marchigiano**;
- dall'altro di esplicitare gli elementi tecnici ed organizzativi necessari, nel **modello a tendere**, per un efficiente processo di **monitoraggio dell'attuazione del piano sanitario regionale**, e per un adeguato supporto all'azione di operatori e strutture del SSR marchigiano. L'intervento, infatti, sotto questo profilo, apporterebbe l'ulteriore beneficio di fornire un insieme di strumenti che consentano alle Aziende e alle AV di non limitarsi alla produzione dei soli dati economici, ma di operare un'analisi complessiva che abbracci anche le variabili organizzative/sanitarie, in quanto variabili che determinano e influenzano i costi.

I.4 Il modello interpretativo

L'acquisizione e l'interpretazione di dati e informazioni che siano adeguati allo scopo di monitorare l'andamento dei principali fenomeni che caratterizzano il "sistema salute" della Regione e quindi di indirizzarne il percorso, costituiscono due momenti fondamentali per l'organizzazione sistematica della conoscenza necessaria per il governo del sistema sanitario.

Il presupposto fondamentale consiste quindi nell'introduzione di un modello interpretativo finalizzato al miglioramento delle capacità di conoscenza e di intervento della Regione, relativamente alla valutazione della capacità di offerta assistenziale delle strutture appartenenti al SSR, posta in relazione al crescente fabbisogno di salute della popolazione.

L'obiettivo finale riguarda lo sviluppo di uno strumento di governo che contribuisca alla razionalizzazione del processo di programmazione e pianificazione in materia di controllo e gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, potenziando da un lato le fasi di selezione ed elaborazione delle informazioni, dall'altro la definizione di modelli di analisi delle informazioni stesse basati su sistemi di indicatori che tengano in considerazione tutte le dinamiche che operano nel sistema sanitario.

Questo approccio consente di trasformare i flussi di dati disponibili in un reale sistema di supporto alle decisioni, basato su una stretta integrazione e interdipendenza fra le diverse aree di analisi, con particolare riferimento alle condizioni epidemiologiche della popolazione, al contesto socio-economico-ambientale, alla struttura e dotazione delle aziende, alla capacità di risposta alle richieste generate dal bacino di utenza, all'efficienza (economicità e produttività) e all'efficacia (outcome) della strutture stesse.

Un intervento di questo tipo comprende quindi la realizzazione di un **sistema di indicatori** (selezionati) che, dopo aver sistematizzato e sintetizzato le principali caratteristiche dei fenomeni oggetto di analisi, consenta di mantenere sotto costante controllo l'andamento del sistema, per la definizione degli obiettivi strategici e l'impostazione di valori previsionali attraverso i quali effettuare simulazioni relativamente alla consistenza delle azioni da intraprendere.

Una prima fase metodologica dell'implementazione del modello consiste nella definizione sistemica di **aree di indagine** (Bisogno, Domanda, Offerta, Risultato, etc.) che identifichino altrettanti macrofenomeni strettamente connessi all'analisi del sistema sanitario.

Quale passo successivo, per ciascuna area di indagine devono essere definite le principali *dimensioni di analisi*, descritte mediante raggruppamenti di indicatori capaci di cogliere i fenomeni associati alle dimensioni (domanda evasa e inevasa, accessibilità, struttura e dotazione, produttività, risultato, etc.).

Gli indicatori devono poter fornire la misura, la valutazione e l'interpretazione dei fenomeni sottoposti ad osservazione secondo più livelli di aggregazione dei dati, per ciascuno dei quali è possibile applicare la medesima metodologia di determinazione e analisi.

Questo approccio deve consentire di correlare le informazioni sul sistema sanitario che generalmente vengono analizzate in modo disgiunto e che riguardano:

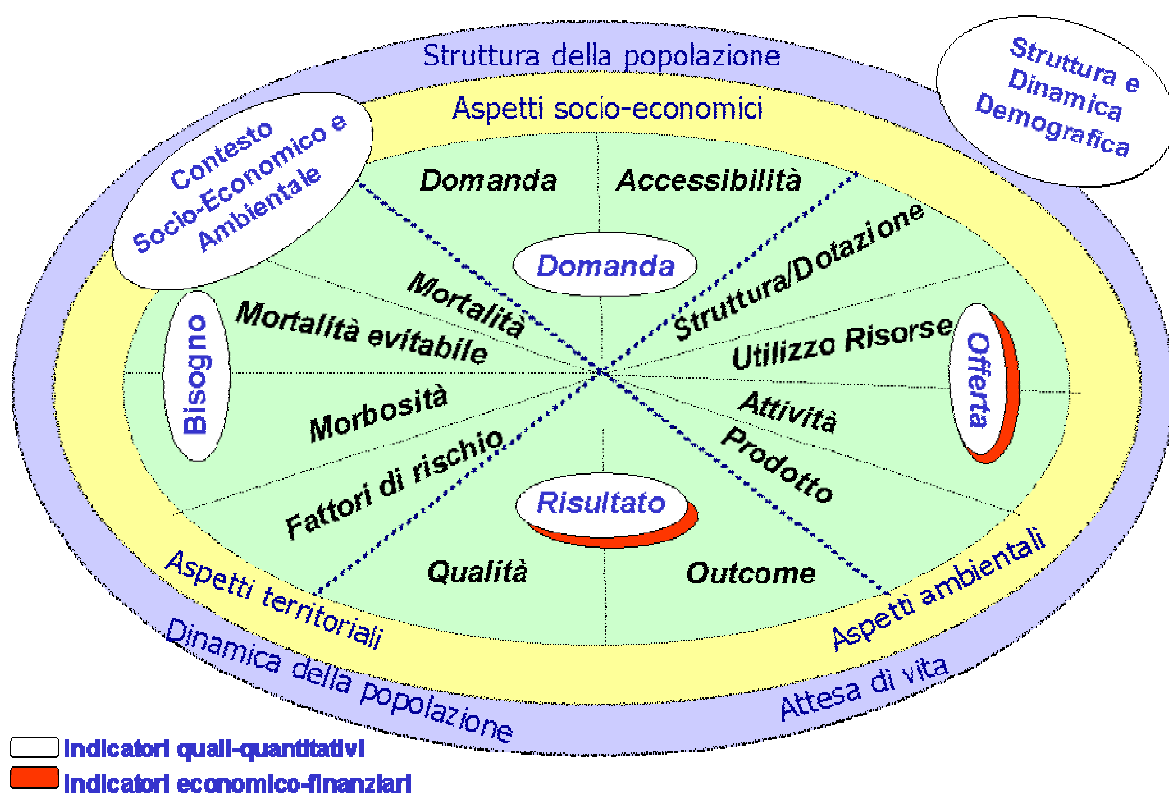
- i dati sul fabbisogno della popolazione, sulle patologie, sulla situazione epidemiologica della Regione;
- i dati di attività inerenti le prestazioni erogate, il volume della domanda espressa, la capacità di risposta delle strutture, la mobilità sul territorio, ecc.;
- i dati sul contesto socio-economico-ambientale.

Le informazioni devono essere studiate secondo viste logiche differenti che tengano conto degli ambiti territoriali, della struttura per età della popolazione, ed altri criteri opportuni. Inoltre, dati e in formazioni sono letti, interpretati e valutati in termini di confronto reciproco (benchmarking) fra le diverse unità statistiche (aziende, zone, presidi, distretti, U.O., etc.) oggetto di analisi regionale e nazionale.

Il risultato dell'adozione di tale modello deve fornire:

- valori numerici, di sintesi e analitici, di indicatori e di dati di origine;
- rappresentazioni grafiche per facilitare la valutazione dei dati e per meglio rappresentare il confronto ed il posizionamento fra le unità osservate;
- indicazioni previsionali per definire decisioni da adottare ed eventuali azioni da intraprendere.

La ricognizione e l'elaborazione delle informazioni disponibili deve consentire le migliori condizioni di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, cioè dell'insieme delle attività e delle prestazioni sanitarie che devono essere erogate dal Servizio Sanitario Regionale, in relazione alle evidenze cliniche maturate, per facilitare la definizione dei migliori e più appropriati percorsi di cura per i pazienti e per tenere sotto controllo l'andamento della spesa relativa.



Il modello interpretativo

I.5 Gli strumenti di analisi

Di seguito sono riportati alcuni indicatori che sintetizzano, a livello macro, la situazione delle diverse Aree Vaste, classificando i fenomeni in termini di domanda, offerta e risultato.

La scelta degli indicatori, in questa fase, è sperimentale ed esemplificativa della metodologia adottata. Con il consolidamento del sistema, il set di indicatori sarà rivisto, arricchito ed approfondito per tutti i livelli di assistenza, in ragione dell'identificazione dei principali fenomeni da sottoporre a monitoraggio e che rappresenteranno al meglio la realtà oggetto di indagine.

Secondo l'approccio metodologico indicato, è possibile associare ai micro fenomeni di ciascuna dimensione di analisi una serie di indicatori semplici, come lettori di aspetti singoli della realtà sanitaria, al di sotto dei quali esistono le componenti più disaggregate del sistema, che costituiscono i valori di base delle informazioni che riguardano i livelli di assistenza. Una possibile evoluzione del sistema consiste nell'aggregazione degli indicatori

semplici, che equivale all'aggregazione per livelli successivi degli elementi informativi riguardanti i singoli micro fenomeni.

La lettura degli indicatori e, quindi, la valutazione dei fenomeni relativi, ad un dato livello di aggregazione, può essere svolta in termini matriciali: orizzontalmente, è possibile leggere le relazioni tra i dati di sintesi di una unità per tutte le diverse dimensioni di indagine, per evidenziarne il comportamento lungo tutto il macro-processo; verticalmente possono essere letti gli indicatori per una data dimensione, ponendo a confronto i valori conseguiti dalle diverse unità del campione omogeneo sottoposto ad indagine, al fine di evidenziare i diversi comportamenti per il medesimo fenomeno (benchmarking).

Gli strumenti da utilizzare possono essere sia report in forma tabellare sia rappresentazioni grafiche che rappresentano, secondo diverse chiavi di lettura e di approfondimento, gli indicatori specificati.

Di seguito una tabella con alcuni indicatori di *domanda*.

Area Vasta	Domanda H inevasa	Accessibilità			Dom. evasa	
	Indice fuga fuori regione	PL per residenti (x 1000)	PL pediatrici (x 1000 res <15 anni)	PL medici (x 1000 res >64 anni)	Tasso ospedalizz azione	Tasso osped. Locale (ZT)
AV1 Pesaro	16,5%	3,29	1,65	7,51	190,1	123,6
AV2 Ancona	6,9%	5,58	3,13	9,83	199,3	146,2
AV3 Macerata	9,7%	4,52	0,98	7,85	185,6	109,7
AV4 Fermo	10,1%	2,86	0,72	7,39	198,8	100,6
AV5 Ascoli	14,9%	4,52	1,48	9,66	206,5	129,1
Regione	11,2%	4,38	1,85	8,61	195,4	126,3

Nella tabella seguente, sono riportati alcuni indicatori che evidenziano alcuni aspetti dell'*offerta* ospedaliera per Area Vasta.

Area Vasta	Dotazione				Attività				Prodotto
	% PL DH	Medici per 10 PL	Infermieri per 10 PL	Altro pers. per 10 PL	Degenza media	Tasso di utilizzo PL	Ricoveri per medico	Ricoveri per infermiere	Peso medio DRG
AV1 Pesaro	13,3%	4,76	10,84	9,74	5,8	75,0%	103,9	45,6	1,19
AV2 Ancona	8,4%	4,86	12,71	9,15	6,3	84,4%	96,4	36,9	1,36
AV3 Macerata	11,3%	4,22	10,77	8,61	6,4	83,1%	105,6	41,4	1,18
AV4 Fermo	13,2%	4,60	12,11	8,46	6,8	79,9%	89,9	34,2	1,23
AV5 Ascoli	8,2%	4,87	12,02	8,88	6,0	96,0%	92,6	37,5	1,17
Regione	10,2%	4,70	11,82	9,09	6,2	83,3%	98,6	39,2	1,26

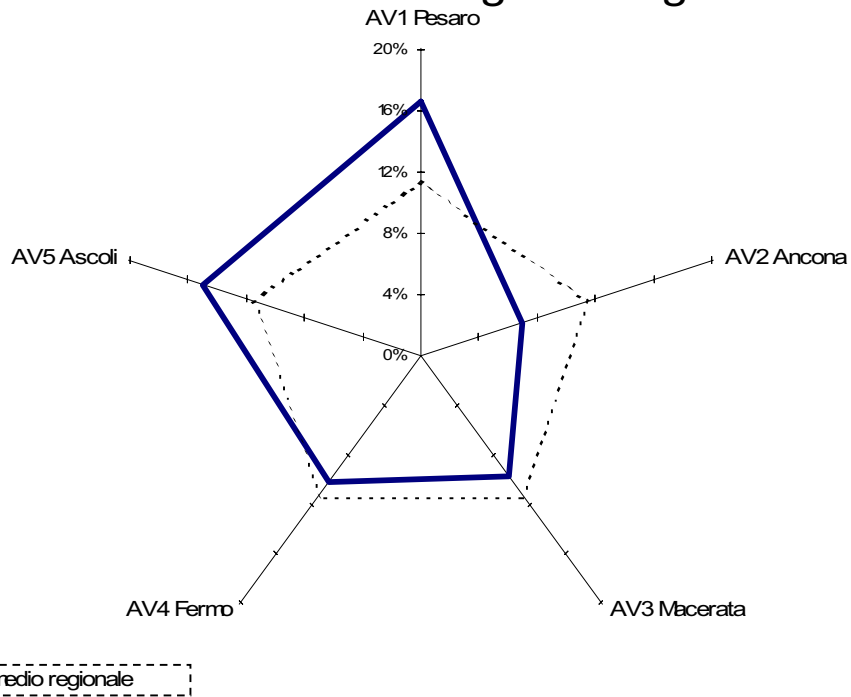
Di seguito alcuni indicatori che riassumono alcuni aspetti di *risultato* delle strutture presenti nelle Aree Vaste.

Area Vasta	Risultato - outcome				
	%casi complicati	% parti cesarei	%casi oltre soglia in rep. chir.	% DRG medici in rep.chir.	% ric.ord.DRG medici <2gg
AV1 Pesaro	22,9%	28,7%	0,8%	19,1%	8,6%
AV2 Ancona	26,3%	39,6%	2,1%	17,2%	10,0%
AV3 Macerata	24,1%	33,6%	1,1%	14,7%	6,8%
AV4 Fermo	37,9%	24,1%	1,5%	17,7%	7,3%
AV5 Ascoli	23,8%	37,8%	1,2%	21,4%	7,8%
Regione	25,4%	34,8%	1,5%	17,7%	8,6%

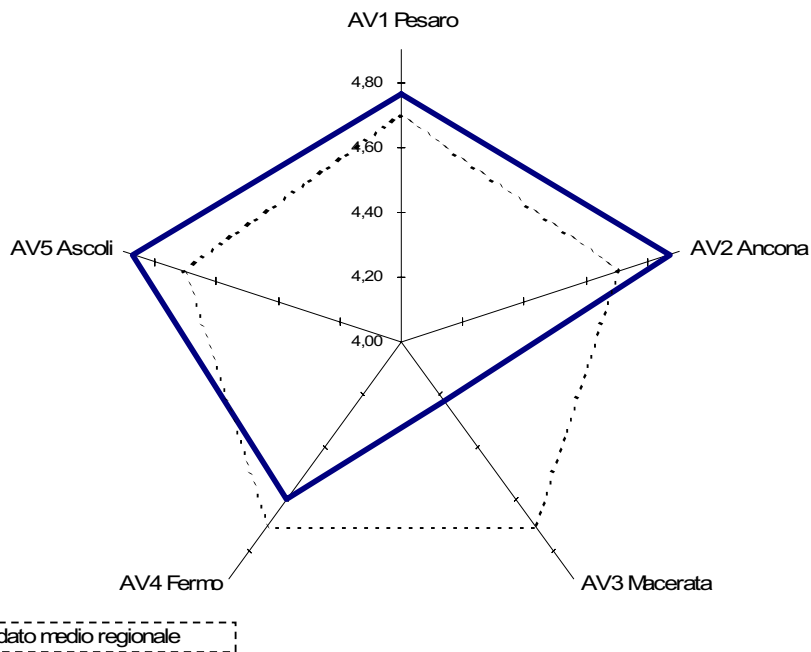
L'utilizzo di rappresentazioni grafiche, oltre ai report tabellari numerici, costituisce una modalità per facilitare la lettura dei dati rendendo evidenti le differenze nei comportamenti delle diverse unità statistiche sottoposte ad indagine.

Di seguito sono rappresentati alcuni grafici che esemplificano gli strumenti a disposizione.

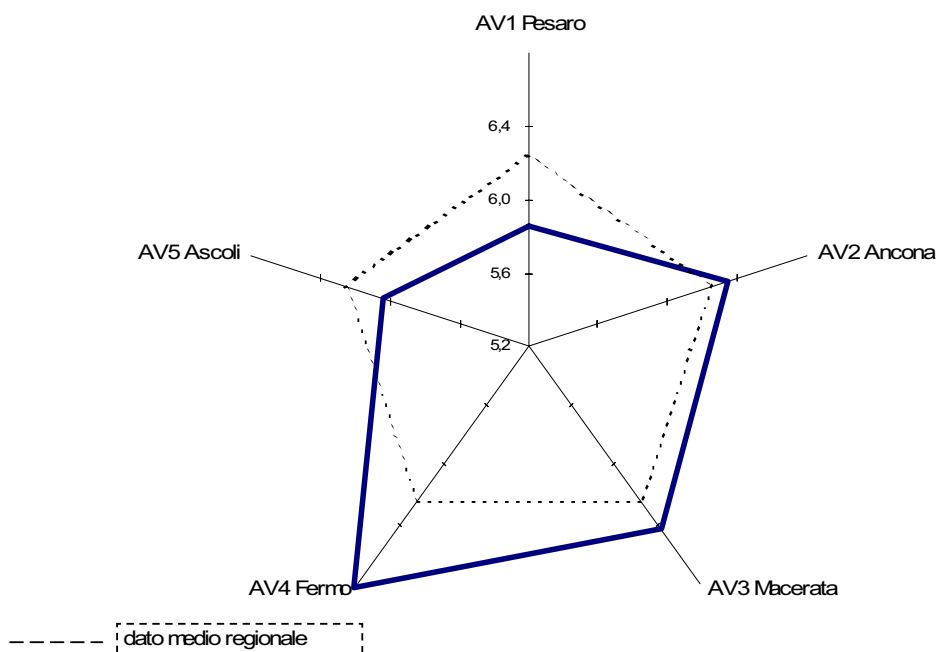
Domanda Hinevasa: Indice fuga fuori regione



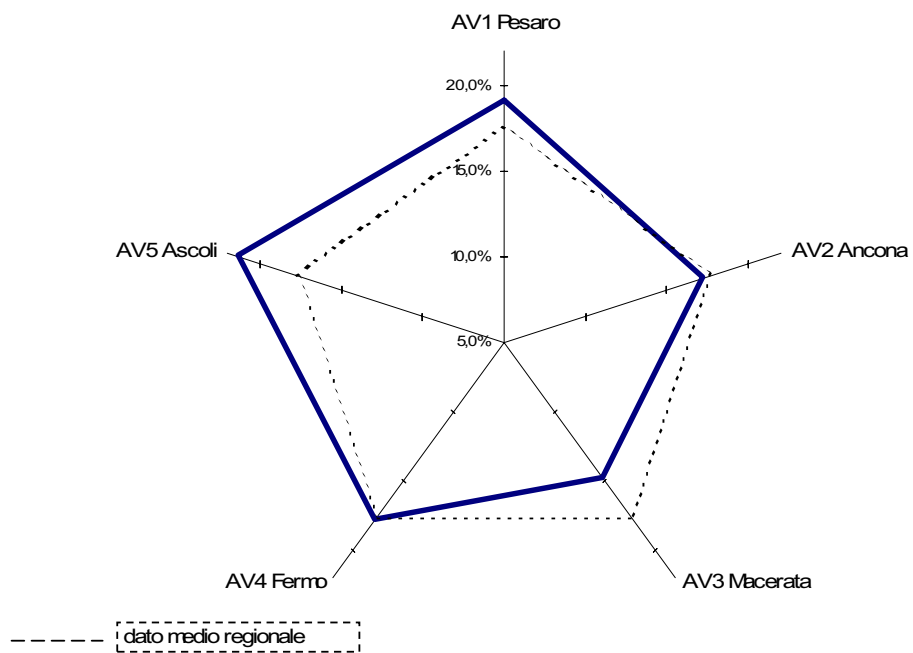
Ind.di Dotazione: Medici per 10 PL



Ind. di Attività: Degenza media



Ind. di Risultato-outcome: % DRG medici in rep.chir.



In allegato, è riportato l'insieme delle rappresentazioni grafiche che consentono una valutazione immediata del confronto degli indicatori fra le diverse Aree Vaste.

I.5.1 Il confronto con altre Regioni

Per avere un quadro completo della situazione dell'assistenza ospedaliera della Regione Marche è possibile fare un confronto con altre Regioni, attraverso alcuni indicatori di struttura ed attività ospedaliera.

I dati, pur non recentissimi, sono quelli disponibili attraverso i flussi nazionali e consentono di fornire una fotografia della realtà ospedaliera che va oltre i confini regionali, per verificare se l'andamento generale della regione è in linea o meno con quanto avviene a livello nazionale.

Una ricerca del 2003 realizzata dalla Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali di Roma mostra il più recente confronto disponibile tra tutte le Regioni riguardo alcuni indicatori di attività, struttura e costo in cui le Marche presentano alcuni differenti risultati.

In particolare si evidenzia che nei Presidi ospedalieri la durata media della degenza e il tasso di occupazione dei posti-letto sono peggiori della media nazionale; mentre il peso medio del DRG e la percentuale dei DRG considerati inappropriati in regime di ricovero ordinario, i cosiddetti LEA, sono nella media. Per quanto riguarda il rapporto tra risorse umane e strutture e cioè tra personale e posti-letto si sottolinea che è lievemente inferiore alla media nazionale ma tuttavia il rapporto tra personale e attività è dunque tra dimessi per medico e per infermiere è più basso.

Gli indicatori relativi a costo medio per ricovero, per posto-letto e del personale sono inferiori a quelli del confronto nazionale.

In conclusione si rileva che le strutture sono complessivamente sotto utilizzate ma hanno al tempo stesso; più personale della media anche se sono meno costose.

L'analisi degli indicatori per le Aziende Ospedaliere fa osservare che il peso DRG è più alto della media come pure la percentuale DRG con peso superiore a 2.5 e il peso dei ricoveri dei cittadini non residenti.

Anche gli indici di occupazione, rotazione e turnover dei posti-letto di queste strutture sono migliori della media e i DRG LEA sono più bassi della media soprattutto quelli di tipo medico.

Inoltre; si sottolinea che il rapporto personale posti-letto risulta superiore alla media nazionale mentre, al tempo stesso, il rapporto dimessi per medico e infermiere è, invece, inferiore e conferma i dati dei Presidi.

In conclusione nel caso delle Aziende Ospedaliere la Regione Marche mostra una complessità dei ricoveri più alta della media nazionale e al tempo stesso una buona occupazione e attrazione; tuttavia il rapporto tra personale e strutture e attività è peggiore del valore medio di confronto.

Regione	Tasso Ospedalizzazione	Peso Medio DRG (R.O.)	% ric con peso >2,5/ tot (R.O.)	% ric DH/ ric tot	Degenza media (R.O.)	% 43 DRG Lea su tot. dimessi	Tasso occupazione (R.O.)	Totale personale per posto letto	Dimessi per medico	Dimessi per infermiere	Costo medio per ricovero	Costo medio per posto letto	Costo medio del personale
Piemonte	188,72	1,19	6,18	29,74	8,01	22,06	75,63	2,77	90,08	37,09	3.813	165.433	41.398
V.Aosta	196,19	1,21	6,55	26,88	8,49	18,07	77,08	2,40	97,35	39,70	5.431	220.286	54.558
P.A. Bolzano	222,35	1,07	5,17	18,71	6,52	24,57	72,35	2,96	119,50	39,96	4.081	190.449	44.342
P.A. Trento	200,12	1,20	6,01	27,06	8,00	20,13	70,28	2,64	110,28	38,58	4.788	194.116	52.046
Veneto	199,14	1,21	6,80	29,84	8,25	22,06	76,51	2,22	119,85	40,21	3.497	152.548	41.942
Friuli V. Giulia	176,23	1,22	7,89	18,96	7,29	19,34	64,97	2,59	98,89	29,70	3.909	149.225	38.263
Liguria	251,25	1,18	5,59	37,21	7,90	26,38	75,41	2,05	121,43	45,91	3.071	148.291	42.183
Emilia Romagna	208,14	1,24	7,29	25,59	7,71	19,70	82,03	2,32	110,00	41,14	3.436	160.092	43.551
Toscana	190,30	1,20	6,32	25,56	7,15	17,55	74,69	2,47	99,52	36,52	3.501	159.899	39.364
Umbria	211,77	1,09	4,87	32,91	6,47	27,02	74,63	2,18	119,28	48,20	3.060	164.278	44.396
Marche	199,16	1,14	5,20	23,39	7,12	23,15	70,04	2,19	107,32	39,70	3.121	129.495	39.793
Lazio	205,58	1,06	4,21	25,50	6,99	24,56	78,44	2,62	85,36	39,08	-	-	-
Abruzzo	275,77	1,09	4,78	27,56	7,13	25,79	77,05	2,27	129,54	52,20	2.960	156.150	40.324
Molise	240,45	1,06	4,41	21,30	7,38	25,93	81,40	1,91	116,69	53,77	3.675	173.929	43.539
Campania	227,45	1,02	3,54	26,13	5,68	23,09	75,55	2,92	94,83	45,92	3.426	203.992	49.631
Puglia	214,73	1,00	3,68	14,35	5,82	25,31	68,05	1,94	116,07	49,67	3.061	137.181	46.625
Basilicata	219,10	1,01	3,54	31,34	6,66	26,58	57,58	1,93	117,09	46,00	3.161	110.274	42.273
Calabria	239,61	0,93	2,05	30,23	5,55	26,49	71,89	2,49	117,43	51,54	2.830	162.542	47.007
Sicilia	270,42	0,96	2,84	35,01	5,16	25,21	70,66	2,18	140,47	71,43	2.083	141.123	48.569
Sardegna	231,52	1,05	4,29	29,38	6,96	24,01	66,51	2,07	102,24	45,54	3.053	139.892	42.834
Italia	221,92	1,10	5,03	26,81	6,91	23,12	74,11	2,36	108,11	43,60	3.266	156.924	43.620

Presidi ospedalieri. Indicatori di attività, struttura e costo. Valori medi regionali, anno 2003.

Regione	Totale persone per PL	Medici per PL	Infermieri per PL	Rapporto inf/medici	Dimessi per medico	Dimessi per infermiere
Piemonte	3,19	0,55	1,13	2,07	82,09	39,62
Lombardia	2,75	0,42	1,14	2,74	108,50	39,61
Veneto	2,75	0,42	1,23	2,90	108,18	37,29
Friuli V. Giulia	2,74	0,38	1,19	3,10	89,07	28,75
Liguria	2,64	0,47	1,13	2,41	99,57	41,29
Emilia Romagna	2,76	0,47	1,15	2,47	99,52	40,33
Toscana	2,77	0,53	1,14	2,16	79,52	36,74
Umbria	2,67	0,56	1,04	1,84	95,40	51,76
Marche	2,90	0,56	1,29	2,30	89,90	39,16
Lazio	3,39	0,65	1,50	2,33	69,70	29,90
Campania	2,87	0,60	1,25	2,07	110,89	53,58
Puglia	2,29	0,52	0,83	1,62	91,33	56,38
Basilicata	2,02	0,37	1,00	2,68	126,21	47,04
Calabria	2,57	0,56	1,09	1,93	92,51	47,93
Sicilia	2,45	0,54	0,97	1,80	118,21	65,85
Sardegna	2,93	0,60	1,17	1,95	97,23	49,85
Italia	2,75	0,48	1,14	2,35	100,66	42,82

Aziende Ospedaliere. Indicatori di struttura. Valori medi regionali, anno 2003.

Regione	Peso Medio DRG (R.O.)	% ric con peso >2,5/ tot (R.O.)	Indice attrazione (R.O.)	Peso ricoveri cittadini non residenti (R.O.)	% ric DH/ ric tot	Degenza media	% 43 DRG Chirurgico Lea su tot. Dimessi	% 43 DRG Medico Lea su tot. Dimessi	% 43 DRG Lea su tot. Dimessi	Di cui in regime ordinario	Di cui in regime day hospital	Indice rotazione R.O.	Intervallo turnover R.O.	Tasso occupazione R.O.
Piemonte	1,43	11,44	6,89	1,72	37,49	8,30	7,30	9,62	16,92	36,30	63,70	32,12	3,06	77,81
Lombardia	1,18	6,91	6,36	1,29	28,52	7,21	10,31	11,37	21,67	54,99	45,01	35,82	2,98	70,78
Veneto	1,40	11,38	15,26	1,76	30,58	8,32	9,37	10,20	19,56	45,69	54,31	35,37	2,00	80,58
Friuli V. Giulia	1,47	10,58	6,65	1,60	20,17	8,90	9,88	8,80	18,68	57,63	42,37	29,96	3,29	73,04
Liguria	1,51	12,30	11,39	1,68	39,51	8,97	9,80	11,50	21,30	31,70	68,30	32,42	2,29	79,66
Emilia Romagna	1,37	9,30	12,94	1,55	28,08	7,65	8,06	7,60	15,65	55,89	44,11	37,69	2,03	79,01
Toscana	1,51	12,51	16,41	1,44	31,41	7,78	8,76	9,94	18,70	43,14	56,86	32,37	3,49	69,04
Umbria	1,39	10,29	16,53	1,51	31,90	6,77	10,98	11,22	22,21	43,40	56,60	42,95	1,73	79,63
Marche	1,42	10,97	11,28	1,52	24,34	6,88	8,79	7,49	16,28	57,65	42,35	42,67	1,67	80,44
Lazio	1,39	10,20	6,76	1,52	34,48	9,08	8,78	11,30	20,08	39,07	60,93	34,27	1,57	85,22
Campania	1,14	6,13	2,33	1,19	31,62	5,75	5,18	17,96	23,14	60,90	39,10	51,92	1,28	81,86
Puglia	1,14	6,31	5,58	1,19	20,57	6,78	9,82	14,45	24,27	65,32	34,68	41,40	2,04	76,87
Basilicata	1,22	7,03	9,36	1,44	29,63	7,17	6,56	14,71	21,27	55,78	44,22	36,67	2,79	72,02
Calabria	1,14	5,43	3,13	1,22	36,91	6,99	7,74	16,82	24,56	42,73	57,27	38,77	2,43	74,24
Sicilia	1,11	5,45	1,52	1,19	38,05	5,75	8,67	16,59	25,26	42,41	57,59	45,85	2,21	72,22
Sardegna	1,26	7,33	1,61	1,22	24,10	6,03	7,23	15,31	22,55	68,77	31,23	48,24	1,54	79,66
Italia	1,26	8,05	7,21	1,45	31,29	7,20	8,94	12,37	21,32	49,94	50,06	37,83	2,45	74,36

Aziende Ospedaliere. Indicatori di attività. Valori medi regionali, anno 2003.

II PARTE 2: ANALISI DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

La definizione di azioni nell'ambito ospedaliero riguarda prevalentemente la necessità di intervenire sul funzionamento, e non solo sull'assetto e sulle risorse, per cercare di dar vita ad un "sistema" ed a "reti" in grado di assumere in cura e prendere in carico il cittadino ed i suoi problemi di salute e di farli assurgere a centralità effettive, basando il processo di rinnovamento sui bisogni reali di salute della popolazione.

Un elemento centrale dell'intervento sul funzionamento riguarda l'innalzamento delle logiche funzionali dell'assistenza ospedaliera al livello di area vasta, con l'assicurazione che a tutti i livelli ci sia contemporaneamente il coinvolgimento in modo integrato delle funzioni ospedaliere.

Le coordinate di riferimento per gli interventi sul funzionamento, come già indicato nelle linee guida del PSR, possono dunque essere ragionevolmente rappresentate:

- dalla centratura sui bisogni di salute;
- dalla facilitazione dell'accessibilità e della fruibilità di attività e servizi;
- dalla implementazione di sistemi operativi ad elevata relazionalità (reti) verticale ed orizzontale, intra-presidi, intra-specialità, inter-specialità, interprofessionali, intrazonali ed interzonal, intralivello ed interlivelli;
- dalla ricerca di livelli avanzati di flessibilità del sistema e delle reti, onde consentire una adeguata personalizzazione delle cure;
- dal perseguimento di un processo di innalzamento della qualità professionale ed assistenziale e di omogeneizzazione dei profili di assistenza;
- dalla individuazione e dalla responsabilizzazione dei ruoli impegnati nel funzionamento e nella manutenzione delle reti;
- dalla ricerca di modelli operativi in grado di consentire una migliore duttilità di impiego e di impegno delle risorse, in particolare di quelle umane, garantendone anche opportune forme di incentivazione;
- dallo sviluppo di una opportuna osmosi tra i vari regimi, in particolare con il regime ambulatoriale.

Di seguito viene formulato e documentato un primo quadro di analisi sul sistema ospedaliero regionale secondo le logiche del modello interpretativo adottato, al fine di evidenziare i principali elementi di criticità e/o i più rilevanti punti di forza nell'ambito di una macro analisi a livello di aree vaste.

In particolare, emerge una realtà che, pur necessaria di approfondimenti puntuali, consente di evidenziare la necessità di interventi su ciascuna delle singole Aree vaste in ragione sia della condizione di esaustività di ciascuna di esse, ma anche per rendere concreto il concetto di geometria variabile, applicato alle condizioni di garanzia che deve assicurare il sistema di offerta: in sostanza, si evidenzia la necessità di formulare azioni ed interventi che realizzino un sistema reticolare ospedaliero che garantisca per il bacino di utenza di riferimento tutte le condizioni di assistenza che soddisfino la domanda ma che nello stesso tempo consentano di razionalizzare le risorse disponibili (strutturali, tecnologiche, professionali, e così via) concentrandone e valorizzandone le competenze.

II.1 Contesto demografico: caratteristiche generali della popolazione

Fino al 2003, la popolazione suddivisa per province (quindi, escluso Fermo) mostra la maggiore densità nella provincia di Ancona (236 ab/kmq) e Ascoli (180) con una densità media di 155, inferiore a quella nazionale (vedi tab. 1).

Il movimento naturale mostra un saldo negativo abbastanza simile nelle 3 province Pesaro, Macerata e Ascoli e nettamente più elevato ad Ancona (-1.156) (vedi tab. 2).

Per quanto riguarda la struttura della popolazione, si rileva che la percentuale media regionale degli over 65 anni (22%) è superiore a quella nazionale (19%) e che la provincia di Macerata mostra la concentrazione più elevata (22,9%) mentre la provincia di Pesaro quella inferiore (21,3%) (vedi tab. 4).

L'analisi della popolazione suddivisa rispetto all'organizzazione sanitaria primaria delle Zone (vedi tab. 5) mostra un'evidente disomogeneità tra la Zona di Ancona (in cui si concentra il 16% della popolazione), Fermo (10,4), Pesaro (9,6) ed il resto del territorio che presenta una concentrazione molto più bassa.

Al tempo stesso, le Zone mostrano una disomogeneità anche nella percentuale di soggetti over 65 anni con differenze significative tra le percentuali più alte di Camerino (26%) e Fabriano (23%) rispetto a Pesaro e Civitanova con le percentuali più basse (circa il 19%).

Anche le Aree Vaste, come forme di organizzazione sanitaria più elevata, mostrano delle disomogeneità ed un diversa popolazione per fasce di età (vedi tab. 6).

Infatti, si passa dall'Area Vasta 1–Pesaro che presenta il 24% della popolazione, l'Area Vasta 2–Ancona con il 31% e l'Area Vasta 3–Macerata con il 19% fino alle Aree Vaste 4–Fermo e 5–Ascoli con rispettivamente il 10% e 15%.

Anche gli over 65 anni sono distribuiti in modo diverso: l'Area Vasta 3-Macerata con il 22,2% presenta la concentrazione maggiore, l'Area Vasta 2-Ancona il 21,9%, l'Area Vasta 4-Fermo il 21,4%, l'Area Vasta 1-Pesaro il 20,9 e l'Area Vasta 5-Ascoli il 20,7.

II.2 Quadro epidemiologico: il bisogno della popolazione

I contenuti di dettaglio dell'analisi sul quadro epidemiologico e la valutazione del bisogno della popolazione sono contenuti nel Documento "*I profili di salute delle Marche*" relativo all'area di intervento Osservatorio epidemiologico/Bisogno.

II.3 Domanda e offerta del sistema ospedaliero

II.3.1 Caratteristiche della domanda di ricovero ospedaliero dei residenti nelle strutture della Regione

Nell'anno 2005 la popolazione della Regione ha espresso una domanda di ricovero ordinario nelle strutture della regione stessa pari a 199.679 e di ricoveri in regime di day hospital pari a 63.702 (24%).

La percentuale dei **ricoveri ordinari** degli over 65 anni è pari a circa il 47%, mentre la popolazione over 75 anni rappresenta il 29%.

Le categorie di diagnosi maggiore (MDC) sono rappresentate:

- per il 16% dall'MDC 5 (Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio)
- per il 10% dall'MDC 8 (Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo)
- per il 9% dall'MDC 1 (Malattie e disturbi del sistema nervoso), dall'MDC 6 (Malattie e disturbi dell'apparato digerente) e dall'MDC 14 (Gravidanza, parto puerperio).

I ricoveri ordinari sono caratterizzati da un peso medio pari a 1,2 e da un numero di patologie concomitanti per caso pari a 1,4.

Per quanto riguarda la complessità, circa il 48% dei ricoveri è caratterizzato da un peso medio DRG inferiore ad 1, il 41% da un peso compreso tra 1 e 2 e la restante parte (11%) da un peso superiore a 2.

I ricoveri ad elevato rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario (LEA)¹ sono pari al 14%.

I ricoveri ordinari ripetuti sono pari al 26% di tutti i ricoveri ordinari (il 22% dei pazienti ha effettuato almeno 1 ricovero ripetuto).

I DRG Medici rappresentano quasi il 60% e quelli Chirurgici circa il 34%.

I primi 30 DRG rappresentano il 40% del totale (vedi Grafico 1).

Le giornate di degenza presentano percentuali quasi sovrapponibili per quanto riguarda la distribuzione per categorie di diagnosi maggiore (vedi Grafico 2).

Le fasce di durata della degenza nelle giornate tra 1 e 5 comprendono circa il 55% di tutti i ricoveri che sono caratterizzati da una bassa età media e una concentrazione di over 65 anni intorno al 30%. Al tempo stesso, questi ricoveri presentano bassa complessità (peso inferiore a 1 e patologie concomitanti per caso tra 0,5 e 1) e, in particolare, una percentuale di ricoveri LEA molto elevata.

All'aumentare della degenza con una durata superiore a 6 giornate, si assiste ad un aumento dell'età media e della percentuale over 65 anni che diventa più del 60-70% di tutti i ricoveri.

Si rileva, inoltre, che in questi ricoveri "brevi" si concentra quasi il 50% di tutte le procedure/interventi effettuati.

La complessità degli stessi cresce fino a raddoppiare nella fascia con durata oltre a 15 giornate insieme alle patologie concomitanti per caso e, contemporaneamente, crollano i ricoveri LEA.

All'aumentare della durata del ricovero, aumenta l'età ma, soprattutto, la complessità delle patologie trattate (vedi tab. 9-10).

Per quanto riguarda le caratteristiche delle diagnosi di dimissione, si sottolinea che (vedi tab. 11):

- i primi 30 DRG rappresentano circa il 40% di tutti i ricoveri ed hanno un peso medio di 1, i ricoveri LEA sono pari al 14%, la percentuale dei DRG Chirurgici è pari al 27%, i DRG di tipo Ortopedico sono pari a circa il 7% e quelli con peso maggiore di 1 sono 16
- i primi 8 DRG rappresentano il 20% circa di tutti i ricoveri (al primo posto si colloca il Neonato normale) e presentano 4 DRG di tipo Chirurgico tra cui il parto cesareo, gli interventi su articolazioni maggiori, interventi per ernia inguinale e femorale e interventi su utero non per neoplasia. Mentre, per quanto riguarda i 3 DRG Medici si tratta del parto vaginale, dello scompenso cardiaco e delle malattie cerebrovascolari.

¹ Secondo quanto riportato nell'allegato 2 del DPCM del 29/11/2001, relativo alla definizione dei livelli essenziali di assistenza.

Nella lettura delle diagnosi principali mediante la classificazione ICD-IX, oltre al neonato e al parto che rimangono ai primi posti insieme allo scompenso cardiaco e la fibrillazione atriale si evidenzia l'insufficienza respiratoria declinata in diverse diagnosi.

Si sottolinea, inoltre, la presenza al 16° posto dell'infarto acuto, al 19° dell'iperplasia della prostata e al 22° della chemioterapia (vedi tab. 12).

Per quanto riguarda i ricoveri in regime di **day hospital**, nel 44% dei casi si tratta di pazienti over 65 anni e nel 24% di pazienti over 75 anni.

I primi 30 DRG rappresentano più del 70% dei ricoveri. Il 64% dei ricoveri è di tipo Chirurgico.

Le categorie di diagnosi maggiore (vedi Grafico 3) sono rappresentate:

- per il 26% dall'MDC 2 (Malattie e disturbi dell'occhio)
- per il 12% dall'MDC 17 (Malattie e disturbi mieloproliferativi)
- per il 9% dall'MDC 8 (Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo)
- per il 6% dall'MDC 1 (Malattie e disturbi del sistema nervoso) e dall'MDC 9 (Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella).

Per quanto riguarda le caratteristiche delle diagnosi di dimissione, si sottolinea che :

- nei primi 30 DRG si evidenzia la presenza al 1° posto dell'intervento al cristallino col 22% dei ricoveri, seguito dalla chemioterapia con il 10%, da interventi ortopedici con circa il 7% (tunnel carpale, ginocchio, mano e polso), dall'aborto con circa il 5% e dall'ernia inguinale con il 2,5%
- i primi 8 DRG, che rappresentano circa il 50% di tutti i ricoveri, sono per l'80% circa DRG di tipo Chirurgico (vedi tab. 13)
- nella classificazione ICD-IX le prime 8 diagnosi comprendono 3 codici afferenti alla cataratta, la chemioterapia, la sclerosi, il tunnel carpale, l'ernia inguinale e l'aborto (vedi tab. 14).

II.3.2 Caratteristiche della domanda di ricovero ospedaliero dei residenti in strutture di altre Regioni (mobilità passiva)

La mobilità passiva extra-regione della popolazione residente in regione è rappresentata da 24.209 **ricoveri ordinari** (circa il 10% di tutti i ricoveri dei residenti) e presenta caratteristiche molto diverse dei ricoveri in regione sempre dei residenti.

Si sottolinea che la popolazione degli over 65 anni è inferiore (31% versus 45%); le patologie hanno un peso più elevato (1,5 versus 1,2), nonostante le patologie concomitanti per caso siano minori (1,1 versus 1,4).

Per quanto riguarda la complessità circa il 46% dei ricoveri è caratterizzato da un peso medio DRG inferiore ad 1, il 34% da un peso compreso tra 1 e 2 e la restante parte (20%) da un peso superiore a 2.

I ricoveri LEA sono più elevati (16,3% versus 14,2%) e la percentuale dei ricoveri ripetuti inferiore (21,8% versus 26%). Mentre la percentuale dei DRG Chirurgici è molto superiore (53,9% versus 34%).

Inoltre, cambiano le categorie diagnostiche maggiori prevalenti, in particolare:

- l'MDC 8 (Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo) rappresenta il 25% di tutte le diagnosi
- per la restante parte la situazione è invariata ad eccezione dell'MDC 11 (Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie) e dell'MDC 3 (Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola) mentre hanno minor peso le categorie afferenti alla gravidanza, al neonato e all'apparato respiratorio (vedi grafico 4).

Le fasce di durata della degenza presentano caratteristiche sovrapponibili ai ricoveri dei residenti nelle strutture della regione con un'elevata concentrazione dei ricoveri tra 1 e 5 giornate, bassa complessità (basso peso e poche patologie concomitanti) ed elevata inappropriatazza.

Tuttavia, in questo caso diminuisce l'età anche nelle fasce di durata della degenza più elevata, con minori ricoveri dei soggetti over 65 anni che mostrano, di conseguenza, patologie concomitanti per caso inferiori ma, al tempo stesso, un peso elevato (vedi tab. 16-17).

Per quanto riguarda la classificazione dei codici DRG:

- i primi 30 rappresentano circa il 40% e sono caratterizzati da un peso medio pari a 1,3
- nei primi 30 DRG, i ricoveri di tipo Chirurgico sono pari al 63%, i DRG di tipo Ortopedico sono pari a circa il 41% e quelli con peso maggiore di 1 sono 13

- i primi 8 DRG rappresentano il 20% circa di tutti i ricoveri ma con caratteristiche completamente diverse da quelle dei ricoveri nelle strutture della regione
- i DRG Chirurgici sono 6, di cui 5 di tipo ortopedico ed 1 di emodinamica (DRG 112). Si sottolinea che il numero di casi afferenti a quest'ultimo DRG (697) sono pari a circa il 50% di quelli che si effettuano in regione (1.155)
- per le patologie ortopediche si ricorda gli interventi su articolazioni maggiori (DRG 209) con 983 casi, mentre in regione ne vengono effettuati 3.199 (vedi tab. 18).

L'osservazione delle diagnosi principali attraverso l'ICD-IX mostra al primo posto la chemioterapia, la radioterapia e patologie di carattere medico (vedi tab. 19).

I ricoveri in Mobilità Passiva in regime di **day hospital** sono 9.156 pari al 27% di tutti i ricoveri ed hanno caratteristiche molto diverse da quelle dei residenti nelle strutture della regione.

L'età è molto più bassa e vi è un equilibrio tra DRG Medici e Chirurgici, mentre nei residenti ricoverati in regione la percentuale chirurgica è molto elevata.

Nei ricoveri diurni si confermano le patologie ortopediche (MDC 8) con il 21% (in regione tale valore è pari al 9%) (vedi grafico 6).

La lettura dei codici DRG mostra che:

- i primi 8 codici rappresentano circa il 36% dei ricoveri relativi a interventi su cristallino e retina, sul ginocchio, tunnel carpale, mano ma anche chemioterapia, aborto e malattie endocrine (vedi tab. 20).

Per quanto riguarda le regioni di destinazione dove i residenti mostrano più mobilità nei ricoveri ordinari il:

- a) 43% si concentra in Emilia Romagna
- b) 15% in Abruzzo
- c) 8% nel Lazio
- d) 7% in Umbria
- e) 4% in Toscana

tutte regioni di confine.

Inoltre, l'11% trova risposta in Lombardia ed il 4% nel Veneto (vedi tab. 22).

I ricoveri in day hospital confermano le stesse percentuali di ricovero al primo posto l'Emilia Romagna mentre al secondo posto vi è l'Umbria anziché l'Abruzzo (vedi grafico 8).

Per quanto riguarda la mobilità passiva dei ricoveri ordinari per Zone di provenienza, la percentuale più elevata si concentra (vedi tab. 23) nelle Zone di:

- a) Pesaro (17%)
- b) San Benedetto (11%)
- c) Ascoli (11%)
- d) Fermo (10%)
- e) Ancona (9%).

Per quanto concerne l'analisi delle strutture che accolgono la mobilità Passiva per regione, si sottolinea che le strutture dell' *Emilia Romagna* sono rappresentate prevalentemente da ospedali pubblici tra cui il Sant'Orsola di Bologna è al 1° posto (con circa 1.400 ricoveri). Si sottolinea che un'elevata percentuale di strutture private si concentra nella zona romagnola.

La Zona di provenienza di questa mobilità è soprattutto il confine settentrionale (Pesaro 30%, Urbino 12%, Fano 10%) ma anche la Zona di Fermo (9%) e quella di Ancona (8%) (vedi tab. 25).

La mobilità passiva che trova risposta in Emilia Romagna è caratterizzata:

- da elevata complessità (peso 1,6)
- al 1° posto si colloca il DRG 209 (Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori) e al 2° posto il DRG 112 (Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea)
- i ricoveri LEA sono pari al 15% del totale
- i primi 30 DRG sono pari al 51% del totale di cui il 74% è rappresentato da DRG di tipo Chirurgico
- i DRG di tipo Ortopedico nei primi 30 DRG sono pari a circa il 46% e quelli con peso maggiore di 1 sono 16 (vedi tab. 26).

La mobilità passiva che trova risposta in *Abruzzo* è notevolmente diversa da quella dell'Emilia Romagna; per il 60% circa si concentra in case di cure accreditate (vedi tab. 28) e proviene dalle Zone di:

- a) San Benedetto (36%)
- b) Ascoli (29%)
- c) Fermo (15%).

Tale mobilità passiva è caratterizzata da:

- il peso medio dei DRG è elevato (1,4)
- al 1° posto si colloca il DRG 112 (Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea) e al 2° posto il DRG 209 (Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori)
- i ricoveri LEA sono pari al 20% del totale
- i primi 30 DRG sono pari al 51% del totale di cui il 45% è rappresentato da DRG di tipo Chirurgico
- i DRG di tipo Ortopedico nei primi 30 DRG sono pari a circa il 25% e quelli con peso maggiore di 1 sono 17 (vedi tab. 29).

Inoltre, la terza regione per frequenza di mobilità passiva risulta la *Lombardia* con l'11% dei ricoveri che per il 50% circa trova risposta in strutture di elevata complessità (vedi tab. 30).

Le maggiori percentuali di mobilità provengono (vedi tab. 31) dalle Zone di:

- a) Ancona (13%)
- b) Pesaro (12%)
- c) Fano (11%)
- d) San Benedetto e Fermo (10%).

Per quanto riguarda (vedi tab. 32) le caratteristiche delle diagnosi di dimissione:

- il peso medio dei DRG è molto elevato (1,7)
- al 1° posto si colloca il DRG 410 (Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) ed al 2° posto il DRG 112 (Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea)
- I ricoveri LEA sono pari al 13% del totale
- i primi 30 DRG sono pari al 45% del totale di cui il 54% è rappresentato da DRG di tipo Chirurgico
- i DRG di tipo Ortopedico nei primi 30 DRG sono pari a circa il 30% e quelli con peso maggiore di 1 sono 17
- nei primi 8 DRG ve ne sono 5 di tipo Chirurgico tra i quali si evidenziano il DRG 112 ed il 209 (Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori).

Anche la mobilità passiva che trova risposta nella regione *Lazio* è caratterizzata da strutture di elevata complessità, per il 50% sono IRCCS o Policlinici Universitari (vedi tab. 33).

Ma la provenienza in questo caso (vedi tab. 34) è legata a Zone di confine:

- a) Ascoli (22%)
- b) Fermo (12%)
- c) San Benedetto (10%)
- d) ma anche Ancona (10%).

In questo caso l'analisi dei ricoveri ordinari (vedi tab. 35) mostra:

- il peso medio più basso di tutte le regioni (1,3)
- al 1° posto si colloca il DRG 410 (Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) e al 2° posto il DRG 273 (Malattie maggiori della pelle senza cc)
- i ricoveri LEA sono pari al 19% del totale
- i primi 30 DRG sono pari al 38% del totale di cui il 40% è rappresentato da DRG di tipo Chirurgico
- i DRG di tipo Ortopedico nei primi 30 DRG sono pari a circa il 18%
- i DRG con peso maggiore di 1 sono 19
- i primi 8 DRG rappresentano solo il 10%, con codici per il 50% LEA ma anche in questa regione vi sono ricoveri per chemioterapia.

La mobilità passiva nella regione *Umbria* si concentra per la maggior parte (circa l'80%) in strutture sanitarie pubbliche (vedi tab. 36) e proviene soprattutto (vedi tab. 37) dalle Zone di confine:

- a) Urbino (17%)
- b) Macerata (15%)
- c) Fabriano (13%)
- d) Camerino (12%).

Per quanto riguarda le caratteristiche delle diagnosi di dimissione:

- il peso medio dei DRG è elevato (1,5)
- al 1° posto si colloca il DRG 222 (Interventi sul ginocchio senza cc) e al 2° posto il DRG 209 (Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori)
- i ricoveri LEA sono pari al 21% del totale

- i primi 30 DRG sono pari al 57% del totale di cui il 78% è rappresentato da DRG di tipo Chirurgico
- i DRG di tipo Ortopedico nei primi 30 DRG sono pari a circa il 66%
- i DRG con peso maggiore di 1 sono 18
- i primi 8 DRG rappresentano circa il 30% di tutti i ricoveri e si sottolinea l'alta presenza di ricoveri per patologie ortopediche (vedi tab. 38).

In conclusione, si sottolinea che la mobilità passiva è caratterizzata da patologie chirurgiche molto complesse principalmente di tipo ortopedico e si ricorda che nel caso di 2 DRG ad alta complessità vi è una fuga in tutte le Regioni che complessivamente rappresenta per il DRG 112 un terzo e per il DRG 209 circa un quarto di tutti i ricoveri dei residenti.

Un'ultima considerazione riguarda il tasso di ospedalizzazione ogni 1000 abitanti per i ricoveri ordinari: tale indicatore, considerando solo i residenti che trovano risposte nella Regione, è pari a 136; mentre il tasso di ospedalizzazione su 1000 abitanti considerando tutti i residenti (compresa la mobilità passiva) è pari a 152.

II.3.3 Caratteristiche della domanda di ricovero ospedaliero nelle strutture della Regione di cittadini residenti in altre Regioni (mobilità attiva)

La Mobilità Attiva rappresenta il 9,4% di tutti i ricoveri ordinari della Regione (si ricorda che la Mobilità Passiva è pari al 10,4% dei ricoveri dei residenti).

Le caratteristiche di tali pazienti sono diverse da quelle della Mobilità Passiva: infatti, presentano una concentrazione più bassa nei soggetti over 65 anni (28,5% versus 31%), peso inferiore (1,2 versus 1,5), ricoveri LEA leggermente maggiori (17,4 versus 16,3), ricoveri ripetuti minori (18% versus 22%) e una concentrazione di ricoveri chirurgici inferiore (43% versus 54%) (vedi grafico 9).

Per quanto riguarda la distribuzione e le caratteristiche dei ricoveri per fasce di durata della degenza, i ricoveri sono caratterizzati da un'età media bassa (47 anni), da bassa complessità e da una maggiore concentrazione dei ricoveri LEA nella fascia 1-5 giornate.

In sostanza, riproducono le caratteristiche della Mobilità Passiva, aumentando la complessità nelle fasce di assistenza di durata maggiore anche se in modo molto più lieve. Il peso medio dei ricoveri con durata di degenza maggiore a 15 giorni è pari a 2,1 (contro il 2,8 rilevato nella Mobilità Passiva) (vedi tab. 40-41).

Nel caso dei ricoveri ordinari della Mobilità Attiva, la regione (vedi grafico 11).da dove proviene la maggior parte dei pazienti è:

- a) l'Abruzzo (con il 43% dei casi)
- b) l'Emilia Romagna (con il 12%)
- c) il Lazio e la Puglia (8%)
- d) l' Umbria (6%)
- e) pazienti provenienti dall'estero (6%).

Per quanto riguarda la classificazione dei codici DRG:

- il peso medio di tutti i ricoveri è pari a 1,2
- al 1° posto si colloca il DRG 373 (Parto vaginale senza diagnosi complicanti) e al 2° posto il DRG 437 (Dipendenza da alcool/farmaci, terapia riabilitativa e disintossicante combinate)
- i ricoveri LEA sono pari al 17% del totale
- i primi 30 DRG sono pari al 37% del totale di cui il 47% è rappresentato da DRG di tipo Chirurgico. Il peso medio è pari a 1,03 ed i DRG con peso maggiore di 1 sono 14
- nei primi 8 codici si concentra il 16% di tutti i ricoveri con la prevalenza di patologie legate al parto e al neonato (6,4%), all'ortopedia (3,8%), alla dipendenza da farmaci (2,2%) e alla psicosi (1,6%) (vedi tab. 42).

Nel caso dei ricoveri in regime di day hospital per:

- il 35% riguardano patologie oculari (MDC 2)
- il 10% apparato scheletrico (MDC 8)
- l'8% gravidanza e parto (MDC 14).

Per il 70% circa si tratta di DRG di tipo chirurgico (vedi grafico 12).

Per quanto riguarda le caratteristiche delle diagnosi di dimissione (vedi tab. 44). :

- I primi 30 DRG sono pari al 76% del totale e l'80% degli stessi è rappresentato da DRG di tipo Chirurgico
- i primi 8 codici DRG rappresentano il 54% di tutti i ricoveri con la prevalenza di patologie oculari (circa il 30%), aborto (7%), chemioterapia (6%) e tunnel carpale (2,5%).

Anche nel caso dei ricoveri in regime di day hospital la regione (vedi grafico 13) da dove proviene la maggior parte dei pazienti è:

- a) l'Abruzzo (con il 49% dei casi)

- b) l'Emilia Romagna (con il 15%)
- c) l' Umbria (7%)
- d) il Lazio (6%)
- e) la Puglia (5%)
- f) pazienti provenienti dall'estero (6%).

II.3.4 Caratteristiche della domanda di ricovero ospedaliero di residenti e non residenti nelle strutture della Regione (produzione complessiva)

Si sottolinea che i ricoveri dei soggetti over 65 anni rappresentano più del 45% del totale ed i ricoveri degli over 75 anni il 28%.

La complessità dei **ricoveri ordinari** è pari ad 1,25 con un numero di patologie concomitanti per caso pari a 1,4.

I ricoveri ad elevato rischio di inappropriatelyzza (LEA) sono il 14,2%, i pazienti con ricovero superiore ad 1 sono il 21% ed i ricoveri ripetuti rappresentano il 25% del totale.

I primi 30 DRG rappresentano circa il 40% di tutti i ricoveri che sono per il 58% di tipo Medico e per il 35% di tipo Chirurgico.

Le categorie di diagnosi maggiore (vedi grafico 14) sono rappresentate da:

- patologia cardiovascolare (MDC 5), al primo posto con circa il 16% dei ricoveri
- apparato muscolo scheletrico (MDC 8) con l'11%
- apparato digerente (MDC 6) e sistema nervoso (MDC 9) con il 9% ciascuno.

Le giornate di degenza consumate (pari a 1.645.280) riguardano per il 60% circa soggetti over 65 anni con quasi il 40% di over 75 anni.

Sono distribuite soprattutto (circa il 70%) nei ricoveri medici con una media di 7,5 giornate di degenza e l'8,2% afferenti a ricoveri LEA.

Il numero di procedure per ricovero effettuate è pari a 2.5 (vedi grafico 15).

Le fasce di durata della degenza esprimono il tempo di assistenza nelle strutture che è la terza variabile attraverso la quale analizzare la domanda che ha incontrato l'offerta; in questo caso, le fasce mostrano che i ricoveri di 1 giornata e tra 2-5 sono più del 55% di tutti i

ricoveri, presentano un'età media inferiore a 50 anni e una complessità molto bassa delle patologie (peso compreso tra 0,92 e 0,94 e patologie concomitanti per caso tra 0,6 e 1,1).

Al tempo stesso, durante queste degenze brevi si concentrano i ricoveri così detti LEA, cioè ad elevato rischio di inappropriatelyzza, nelle percentuali maggiori (tra 38,3 e 12,2) con una concentrazione del 50% di tutte le procedure effettuate ed un numero di procedure per caso maggiore di 2 (vedi tab. 46-47).

Per quanto riguarda la classificazione dei codici DRG (vedi tab. 48):

- il peso medio di tutti i ricoveri è pari a 1,25;
- al 1° posto si colloca il DRG 391 (Neonato normale) con il 4,7%;
- al 2° posto il DRG 373 (Parto vaginale senza diagnosi complicanti) con il 3,9%;
- i ricoveri LEA sono pari al 14,2% del totale;
- i primi 30 DRG sono pari al 40% del totale di cui il 28% è rappresentato da DRG di tipo Chirurgico. Il peso medio è pari a 1,06 ed i DRG con peso maggiore di 1 sono 16;
- si sottolinea che i primi 8 codici rappresentano il 20% di tutti i ricoveri ed il 17% di tutte le giornate di degenza.

Oltre ai primi due codici già descritti, abbiamo il DRG 127 (Insufficienza cardiaca e shock) con il 3,3% dei ricoveri ed il 4,5% delle giornate di degenza seguito dal DRG 14 (Malattie cerebro vascolari) con il 2,2% dei ricoveri ed il 4,1% delle giornate. Gli altri 4 codici sono afferenti a DRG Chirurgici (parto cesareo, interventi su articolazioni maggiori, ernia e interventi all'utero). Al 23° posto si colloca il DRG 122 riguardante l'infarto miocardico acuto.

Tra le patologie mediche più rilevanti, oltre al codice 127 e 14, si evidenzia la broncopatia cronico ostruttiva al 10° posto mentre figurano in posizione non rilevante le patologie mediche afferenti all'MDC 6 e 7 (Apparato digerente ed epatobiliare) (vedi tab. 48).

Per quanto riguarda le patologie chirurgiche, oltre a sottolineare che rappresentano anche DRG LEA (162-Interventi per ernia, 359-Interventi su utero, 119-Legatura e stripping di vene, 222-Interventi su ginocchio, 158-Interventi su ano e stomaco), si apprezza come per la maggior percentuale siano afferenti agli MDC 6, 7 e 8.

Meriterebbero alcune considerazioni le patologie legate alla gravidanza e al parto, prima fra tutte l'elevata percentuale di parti cesarei sul totale (circa il 35%) (vedi tab. 48).

Per quanto riguarda le diagnosi principali (ICD-IX), i primi 8 codici rappresentano in questo caso il 15% di tutti i ricoveri.

Dalla lettura di questo tipo di classificazione, a parte i nati ed il parto normale, emerge la conferma al 3° ed al 7° posto dello scompenso cardiaco, al 5° dell'ernia inguinale, al 6° della fibrillazione atriale, all'8° della broncopatia cronico ostruttiva.

Da questa classificazione emerge che l'iperplasia della prostata si colloca al 20° posto, la chemioterapia al 19°: entrambi non comparivano nell'elenco dei primi 30 DRG (vedi tab. 49).

Per quanto riguarda i ricoveri in regime di **day hospital** (69.936), essi rappresentano il 24% del totale dei ricoveri e sono caratterizzati per il 44% da soggetti over 65 anni e per il 23% da over 75 anni.

Nel 64% dei casi si tratta di ricoveri di tipo Chirurgico.

I primi 30 DRG rappresentano il 72% dei casi e le prime 30 diagnosi principali il 55%.

Per quanto riguarda, invece, le categorie di diagnosi maggiore (vedi grafico 16)., si trova:

- l'MDC 2 (Malattie e disturbi dell'occhio) con il 27% dei ricoveri
- l'MDC 17 (Malattie e disturbi mieloproliferativi) con l'11%
- l'MDC 8 (Malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico) con il 9%.

Tali aspetti emergono anche nei primi 8 codici DRG che rappresentano circa il 50% di tutti i ricoveri e si riferiscono, in particolare, a interventi sul cristallino (23%), chemioterapia (9,6%), aborto (5%), tunnel carpale (3%), ernia inguinale (2,3%), interventi su polso e mano (2,2%) e interventi sul ginocchio (2,1). Tale classificazione evidenzia l'avvenuto trasferimento di numerosi interventi chirurgici LEA da regime ordinario a regime appropriato di day surgery.

Inoltre, si sottolinea la presenza di DRG Medici, come la chemioterapia, le malattie endocrine, il diabete, i linfomi e i disturbi metabolici (vedi tab. 50).

Tali osservazioni sono confermate anche dalla lettura della classificazione per diagnosi principali ICD-IX (vedi tab. 51)

II.3.5 Analisi dell'assistenza ospedaliera: le Aree Vaste

Dall'analisi dei dati di offerta nella regione Marche risultano presenti 49 strutture sanitarie che per poco più del 70% sono di tipo pubblico.

I posti letto (che complessivamente sono circa 6.000) sono concentrati per l'83% presso le strutture pubbliche; anche i ricoveri presentano il medesimo andamento (90% presso strutture pubbliche).

Si deve sottolineare che il numero di strutture considerate per acuti, complessivamente 49 (in quanto sono tutte strutture i cui ricoveri sono codificati dalla SDO), presentano 35 strutture con un numero di posti letto inferiore a 150, di cui addirittura 31 inferiore a 100. Per

quanto riguarda le restanti strutture, 7 hanno un numero di posti letto tra 150 e 250, 6 strutture tra 250-350 ed 1 con più di 600 posti letto.

La degenza media è pari a 8 giornate nelle strutture pubbliche e a 10,4 in quelle private; il tasso di occupazione è rispettivamente dell'86% e del 63% (vedi tab. 52).

Nella Zona di Ancona si concentra la maggiore percentuale di posti letto (circa il 24), seguita dalle Zona di Macerata e Jesi (con circa il 9% ciascuno) e Ascoli (con circa l'8%); la minor concentrazione di posti letto si osserva nella Zona di Fabriano (con il 3% circa).

In generale i posti letto/1000 abitanti risultano essere 4,08 con il valore maggiore nella Zona di Ancona (circa 6) e quello inferiore nella Zona di Fermo (2,5) (vedi tab. 53).

Nonostante i posti letto per 1.000 abitanti in tutte le Aree non siano particolarmente elevati, i tassi di utilizzo risultano abbastanza bassi o decisamente bassi; in particolare, negli ospedali con numero di posti letto bassissimo e nelle strutture private accreditate.

L'analisi per Area Vasta evidenzia inoltre le seguenti situazioni.

- a) Per quanto riguarda l'Area Vasta 1, che comprende le Zone di Fano, Pesaro e Urbino si rileva la presenza di 8 strutture pubbliche con circa 1.000 posti letto ed un numero di ricoveri ordinari pari a circa 45.000 che portano a 2.96 i posti letto/1000 abitanti.

In particolare, si rileva la presenza dell'Azienda Ospedaliera di Pesaro, con 347 posti letto e l'Ospedale di Fano con 267. Gli altri presidi sono 6: l'Ospedale di Urbino, con 165 posti letto, mentre i rimanenti 5 hanno meno di 60 posti letto (vedi tab. 54).

La percentuale dei posti letto di day hospital è pari al 13%.

Inoltre, ogni 10 posti letto, i medici sono pari a 4,76, gli infermieri a 10,84 mentre altro personale a 9,74. I ricoveri per medico sono pari a 103,9 mentre quelli per infermiere a 45,6 (vedi la tabella di indicatori di seguito riportata).

Infine, il peso medio DRG è pari a 1,19 ed il tasso di utilizzo dei posti letto ammonta al 75%.

- b) L'Area Vasta 2, composta da Ancona, Fabriano, Jesi e Senigallia è costituita da 17 strutture che presentano tutti i gradi di complessità: l'Azienda Ospedaliera degli Ospedali riuniti (Policlinico Universitario, Lancisi e Salesi), con circa 1.000 posti letto, l'INRCA, un IRCCS a carattere geriatrico con 202 posti letto, strutture intorno ai 250 posti letto (come Senigallia e Jesi), Fabriano con 134 posti letto, fino ai piccoli e piccolissimi presidi come Loreto, Cingoli, Sassoferrato e 5 strutture private tra cui 1 istituto di riabilitazione con posti letto. I posti letto/1000 abitanti sono pari a circa 5.

In questa area vasta sono presenti tutte le specialità mediche e chirurgiche (vedi tab. 55).

La percentuale dei posti letto di day hospital è pari all'8%.

Inoltre, ogni 10 posti letto, i medici sono pari a 4,86, gli infermieri a 12,71 mentre altro personale a 9,15. I ricoveri per medico sono pari a 96,4 mentre quelli per infermiere a 36,9.

Infine, il peso medio DRG è pari a 1,36 ed il tasso di utilizzo dei posti letto ammonta al 84,4%.

- c) *L'Area Vasta 3*, composta dalle Zone di Civitanova, Camerino e Macerata, presenta 11 strutture, a cui corrispondono 1.203 posti letto, di cui 8 pubbliche e 3 private che determinano un valore dei posti letto/1000 abitanti pari a circa 4.

Anche in questo caso l'offerta è estremamente differenziata: troviamo l'Ospedale di Zona di Macerata con 343 posti letto, quello di Civitanova con 175, fino agli altri presidi pubblici, Treia e Matelica di 38 e 26 posti letto rispettivamente.

Si evidenzia che nella Zona di Civitanova insiste una struttura di riabilitazione con 99 posti letto (vedi tab. 56).

La percentuale dei posti letto di day hospital è pari all'11,3%.

Inoltre, ogni 10 posti letto, i medici sono pari a 4,22, gli infermieri a 10,77 mentre altro personale a 8,61. I ricoveri per medico sono pari a 105,6 mentre quelli per infermiere a 41,4.

Infine, il peso medio DRG è pari a 1,18 ed il tasso di utilizzo dei posti letto ammonta al 83,1%.

- d) *L'Area Vasta 4*, è rappresentata esclusivamente dalla Zona di Fermo che ha 6 presidi, di cui 5 pubblici e un valore dei posti letto/1000 abitanti pari a circa 2,5.

All'interno di tale Area sono presenti, il presidio di Fermo, con 233 posti letto, 2 strutture di 20 posti letto, 1 di 13, 1 struttura dell'INRCA con 71 posti letto ed una casa di cura con 36.

A parte il presidio di Fermo, che ha un buon tasso di occupazione (pari a circa il 100%), le altre strutture presentano tassi di occupazione più bassi (vedi tab. 57).

La percentuale dei posti letto di day hospital è pari all'13,2%.

Inoltre, ogni 10 posti letto, i medici sono pari a 4,60, gli infermieri a 12,11 mentre altro personale a 8,46. I ricoveri per medico sono pari a 89,9 mentre quelli per infermiere a 34,2.

Infine, il peso medio DRG è pari a 1,23 ed il tasso di utilizzo dei posti letto ammonta al 79,9%.

- e) *L'Area Vasta 5*, è rappresentata dalle Zone di Ascoli e San Benedetto, possiede 7 strutture, di cui 3 pubbliche e un valore dei posti letto/1000 abitanti pari a circa 4.

All'interno di tale Area sono presenti, l'Ospedale di San Benedetto, con 233 posti letto che si caratterizza da un buon livello di occupazione e l'Ospedale di Ascoli con 335 posti letto. L'altro presidio pubblico si trova ad Amandola con 59 posti letto ed un tasso di occupazione inferiore al 70%. Inoltre, le altre 4 strutture sono private e presentano tra 50 e 100 posti letto, con tassi di occupazione molto bassi, eccetto una casa di cura ad Ascoli (vedi tab. 58).

La percentuale dei posti letto di day hospital è pari all'8,2%.

Inoltre, ogni 10 posti letto, i medici sono pari a 4,87, gli infermieri a 12,02 mentre altro personale a 8,88. I ricoveri per medico sono pari a 92,6 mentre quelli per infermiere a 37,5.

Infine, il peso medio DRG è pari a 1,17 ed il tasso di utilizzo dei posti letto ammonta al 96%.

L'analisi dell'offerta di discipline specialistiche ed i relativi posti letto per Area Vasta, mostra che tutte le Aree presentano le così dette "specialità di base": medicina generale, chirurgia generale, ortopedia, ostetricia-ginecologia, pediatria, ecc. (un discorso a parte deve essere fatto per i punti nascita e per i parti).

Sono presenti, inoltre, in tutte le Aree Vaste in ambito medico: cardiologia, UTIC, geriatria, malattie infettive, psichiatria, nefrologia.

In ambito chirurgico, invece: oculistica, otorino, terapia intensiva e rianimazione.

Mentre l'astanteria è presente in tutte le Aree Vaste ad esclusione della 4 (vedi tab. 59).

La lungodegenza e la pneumologia sono presenti in tutte le Aree ad esclusione della 4; la dermatologia è presente in 2 Aree Vaste.

Si sottolinea che tutte le specialità sono presenti nell'Area Vasta di Ancona e, in particolare, nella Zona e nella città di Ancona dove si concentrano le Aziende Ospedaliere e l'INRCA; contemporaneamente nell'Area Vasta 1 di Pesaro sono presenti le discipline di: ematologia, neurologia, neuropsichiatria infantile, dermatologia, oncologia e neurochirurgia (vedi tab. 59).

Ad integrazione dell'analisi sopra riportata, è possibile riportare alcuni elementi di sintesi sulla mobilità dei residenti per Area Vasta.

A livello regionale, il 75% dei residenti trova risposta alla domanda di ricovero all'interno della propria Area Vasta di riferimento: da un massimo di 87% dell'AV di Ancona (per la presenza dell'AO Torrette) al minimo dell'AV di Fermo con il 50,6% (vedi tab. 60 e 64).

In particolare, se a livello regionale si considera il ricovero nella propria Zona di riferimento, la percentuale complessiva di soddisfazione della domanda scende al 48,8%.

Dei cittadini che si spostano fuori dalla propria AV, il 13,7% si rivolge ad altre strutture presenti in Regione, mentre l'11,2% si muove verso altre Regioni. Il peso economico di queste attività non è molto superiore e corrisponde al 12,4% del totale.

In particolare, sono i residenti dell'AV 1 a nord con il 16,5% ed i residenti dell'AV 5 a sud con il 14,9% che presentano le percentuali più elevate di fuga verso altre regioni (la percentuale minore riguarda i residenti dell'AV 2 con il 6,9%).

Per l'AV 4 di Fermo, i residenti si ricoverano per circa il 40% in strutture di altre AV della Regione, mentre il 10,1% si rivolge a strutture fuori regione.

Se si considera l'attività chirurgica, che riguarda circa il 43% dei ricoveri totali, la domanda è soddisfatta all'interno della propria AV di residenza nel 69,4% dei casi, mentre oltre il 14% dei residenti si sposta in altre regioni, con picchi del 20,9% per i residenti dell'AV1 e del 17,4% per l'AV5 (vedi tab. 61 e 65).

Per l'AV 4 di Fermo, quasi il 50% dei residenti si rivolge a strutture di altre AV, mentre il 13,6% la domanda viene soddisfatta fuori dalla Regione.

L'AV2 di Ancona è quella che presenta la minore fuga sia dall'AV verso il resto della Regione (8,2%) sia verso altre regioni (8,8%).

Il dato regionale sulla soddisfazione della domanda di **assistenza ambulatoriale** all'interno della Zona di residenza corrisponde a circa il 90% delle prestazioni erogate sui residenti; percentuale che arriva al 94% se si considerano prestazioni erogate da strutture all'interno dell'Area Vasta di riferimento. Il valore economico complessivo delle prestazioni fruiti all'interno della propria zona corrisponde però solo all'81,3% sul totale.

In strutture presenti in altre aree vaste sono state eseguite il 3,9% delle prestazioni, mentre solo l'1,9% delle prestazioni sono state richieste in strutture di altre regioni. A questo proposito, il maggior numero di prestazioni fuori regione sono state richieste dai residenti dell'AV1 di Pesaro (con il 3,9% delle prestazioni), mentre i residenti dell'AV4 di Fermo si sono rivolti in misura maggiore della restante popolazione a strutture presenti in altre AV (12,1%).

Il peso economico delle prestazioni fruite al di fuori della Regione Marche è pari al 3,6% del valore totale (7,6% per le prestazioni fruite dai residenti dell'AV di Pesaro).

III ALLEGATI

- Analisi domanda e offerta assistenza ospedaliera – grafici e tabelle di riferimento
- Analisi della mobilità di Area Vasta
- Indicatori di Area Vasta
- Indicatori sulle strutture ospedaliere

ANALISI DOMANDA E OFFERTA ASSISTENZA OSPEDALIERA
GRAFICI E TABELLE DI RIFERIMENTO

Tab.1 Regione Marche - Analisi popolazione,anno 2003

province	popolazione	%	variazione 02-03	densita popolazione
Pesaro	361.394	24,02	1,8%	125
Ancona	457.611	30,41	1,2%	236
Macerata	309.493	20,57	1,4%	112
Ascoli Piceno	376.329	25,01	1,1%	180
Totale	1.504.827	100	1,4	155
Italia			1,0	198

Fonte: Istat 2003

Tab.2 Regione Marche - Analisi del territorio: movimento naturale

province	nati vivi	morti	saldo naturale
Pesaro	3.252	3.982	-730
Ancona	3.883	5.039	-1.156
Macerata	2.699	3.523	-824
Ascoli Piceno	3.062	3.840	-778
Marche	12.896	16.384	-3.488
Italia	544.063	586.468	-42.405

Fonte:Istat 2003

Tab.3 Regione Marche - Analisi della popolazione (fasce d'età)

Province	0-14		15-64		Over 65		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Pesaro	46.205	23,97	233.287	24,18	75.447	23,06	354.939	23,91
Ancona	57.287	29,72	293.882	30,46	101.006	30,88	452.175	30,46
Macerata	39.698	20,60	195.547	20,27	69.835	21,35	305.080	20,55
Ascoli Piceno	49.541	25,70	242.032	25,09	80.834	24,71	372.407	25,08
Marche	192.731	100	964.748	100	327.122	100	1.484.601	100

Fonte: Istat 2002

Tab.4 Regione Marche - Analisi della popolazione (confronti regionali)

Province	0-14	15-64	over 65	Totale
Pesaro	13,02%	65,73%	21,26%	100%
Ancona	12,67%	64,99%	22,34%	100%
Macerata	13,01%	64,10%	22,89%	100%
Ascoli Piceno	13,30%	64,99%	21,71%	100%
Marche	12,98%	64,98%	22,03%	100%
Emilia-Romagna	11,90%	65,54%	22,55%	100%
Abruzzo	13,80%	65,40%	20,79%	100%
Italia	14,21%	66,77%	19,01%	100%

Fonte: Istat 2002

Tab.5 Regione Marche - Analisi della popolazione per Zona Sanitaria

province	zona sanitaria	popolazione	%	over 65	%
Ancona	Ancona	239.161	16,26	50.237	21,01
	Senigallia	74.253	5,05	16.952	22,83
	Jesi	102.331	6,96	23.153	22,63
	Fabriano	45.725	3,11	10.742	23,49
Ascoli Piceno	Ascoli-Piceno	116.969	7,95	24.778	21,18
	Fermo	153.884	10,46	32.931	21,40
	San Benedetto	98.726	6,71	19.802	20,06
Macerata	Camerino	47.796	3,25	12.498	26,15
	Civitanova	110.559	7,52	21.799	19,72
	Macerata	130.303	8,86	29.691	22,79
Pesaro-Urbino	Fano	128.275	8,72	27.284	21,27
	Pesaro	142.288	9,67	27.937	19,63
	Urbino	80.653	5,48	18.188	22,55

Marche	1.470.923	100	315.992	21,48
---------------	------------------	------------	----------------	--------------

Fonte: Ministero della Salute, anno 2002

Tab.6 Regione Marche - Analisi della popolazione per Area Vasta

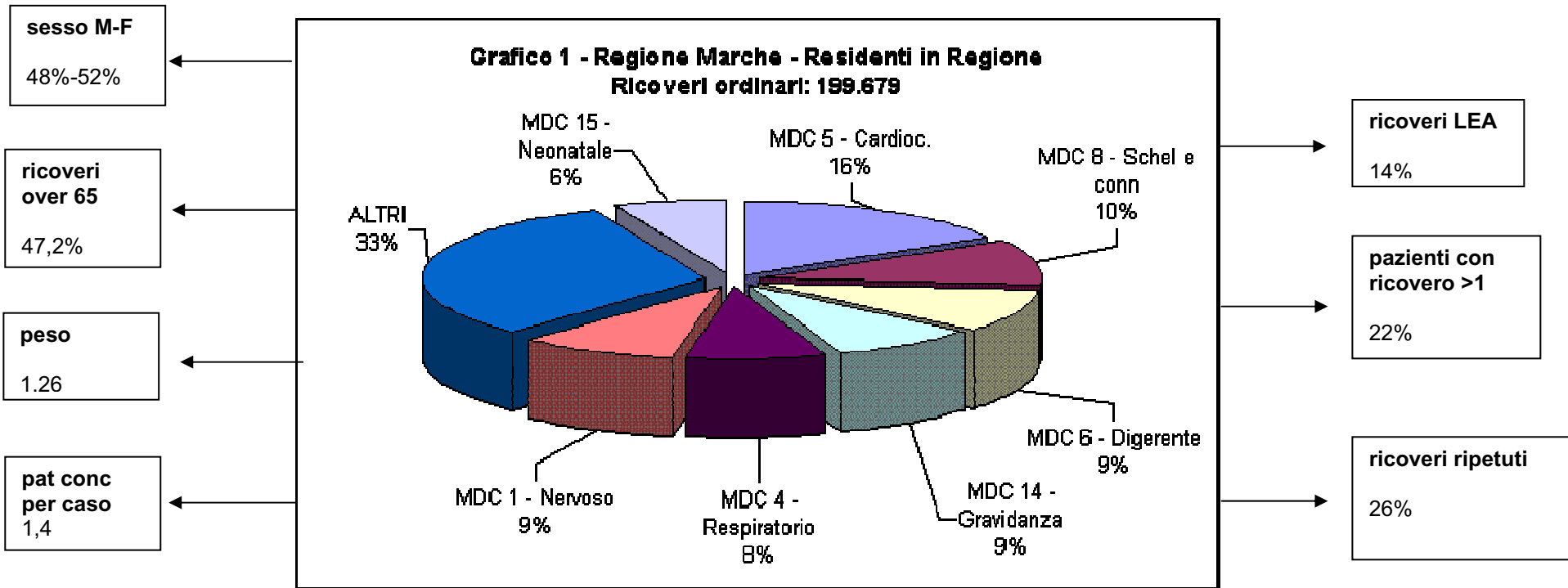
AREA VASTA	popolazione	%	over 65	%
Pesaro - Urbino(1)	351.216	23,88	73.409	20,90
Ancona(2)	461.470	31,37	101.084	21,90
Macerata(3)	288.658	19,62	63.988	22,17
Fermo(4)	153.884	10,46	32.931	21,40
Ascoli Piceno(5)	215.695	14,66	44.580	20,67
Totale	1.470.923	100	315.992	21,48

Fonte: Ministero della Salute, anno 2002

Tab.7 Regione Marche - Analisi della popolazione per Zona Sanitaria

AREA VASTA	zona sanitaria	popolazione	%	over 65	%
Pesaro-Urbino(1)	Fano	128.275	8,72	27.284	21,27
	Pesaro	142.288	9,67	27.937	19,63
	Urbino	80.653	5,48	18.188	22,55
Ancona(2)	Ancona	239.161	16,26	50.237	21,01
	Senigallia	74.253	5,05	16.952	22,83
	Jesi	102.331	6,96	23.153	22,63
	Fabriano	45.725	3,11	10.742	23,49
Macerata(3)	Camerino	47.796	3,25	12.498	26,15
	Civitanova	110.559	7,52	21.799	19,72
	Macerata	130.303	8,86	29.691	22,79
Fermo(4)	Fermo	153.884	10,46	32.931	21,40
Ascoli Piceno(5)	Ascoli-Piceno	116.969	7,95	24.778	21,18
	San Benedetto	98.726	6,71	19.802	20,06
Totale		1.470.923	100	315.992	21,48

Fonte: Ministero della Salute, anno 2002



Fasce di età %

da 0 a 14 anni	12,7
da 15 a 44 anni	22,1
da 45 a 64 anni	18,0
da 65 a 74 anni	17,8
da 75 a 84 anni	20,8
> 85	8,6

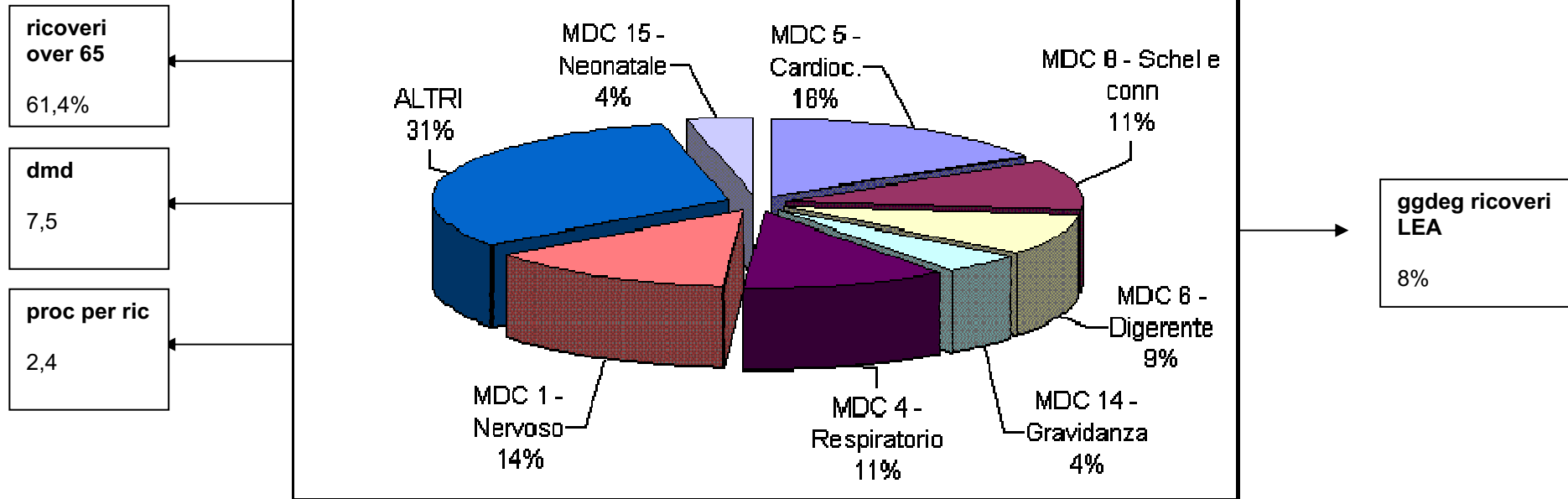
DRG e ICD-IX, dati di sintesi

I primi 30 DRG rappresentano:	40,5%
Le prime 30 diagnosi principali ICD-IX:	30,2%

DRG Medici e Chirurgici %

DRG Medici	58,8
DRG Chirurgici	34,3

Grafico 2 - Regione Marche - Residenti in Regione
Giornate di degenza ricoveri ordinari : 1.501.964



ricoveri over 65
61,4%

dmd
7,5

proc per ric
2,4

ggdeg ricoveri LEA
8%

Fasce di età %

da 0 a 14 anni	6,7
da 15 a 44 anni	14,7
da 45 a 64 anni	17,1
da 65 a 74 anni	20,9
da 75 a 84 anni	28,4
> 85	12,1

DRG e ICD-IX, dati di sintesi

I primi 30 DRG rappresentano:	37,5%
Le prime 30 diagnosi principali ICD-IX:	27,8%

DRG Medici e Chirurgici %

DRG Medici	68,4
DRG Chirurgici	27,1

Tab.8 Regione Marche - Residenti in Regione, ricoveri ordinari e giornate di degenza per fasce di età

fasce età	ricoveri	%	ggdeg	%
0-14	25.342	12,7	101.373	6,7
15-44	44.143	22,1	221.020	14,7
45-64	35.956	18,0	257.210	17,1
65-74	35.495	17,8	314.610	20,9
75-84	41.604	20,8	426.222	28,4
>85	17.139	8,6	181.529	12,1
Totale	199.679	100	1.501.964	100

Tab. 9 Regione Marche - Residenti in Regione, ricoveri ordinari per fasce di durata della degenza

fasce durata degenza	ricoveri	%	età media	>= 65	%>=65 sui ricoveri	peso	% ric LEA
1	30.518	15,3	50	10.370	34,0	0,92	38,4
2-5	82.646	41,4	42	25.233	30,5	0,94	11,5
6-10	43.611	21,8	64	27.159	62,3	1,43	9,1
11-15	21.251	10,6	70	15.815	74,4	1,77	6,0
>15	21.653	10,8	69	15.661	72,3	2,08	5,6
Totale	199.679	100	54	94.238	47,2	1,26	13,9

Tab.10 Regione Marche - Residenti in Regione, patologie concomitanti e procedure per ricoveri ordinari

fasce durata degenza	pat conc	pat conc per caso	% pat conc	procedure	proc per caso	% proc
1	18.576	0,6	6,6	56.564	1,9	11,6
2-5	90.752	1,1	32,1	176.049	2,1	36,1
6-10	79.453	1,8	28,1	123.502	2,8	25,3
11-15	43.711	2,1	15,4	63.396	3,0	13,0
>15	50.574	2,3	17,9	68.094	3,1	14,0
Totale	283.066	1,4	100	487.605	2,4	100

Tab.11 Regione Marche - Residenti in Regione, primi 30 DRG ricoveri ordinari

n	tipo	drgr	descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmd	dvstd	peso
1	0	391	NEONATO NORMALE	9.978	5,0	5,0	32.641	2,2	2,2	3,3	1,3	0,20
2	M	373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	8.007	4,0	9,0	28.028	1,9	4,0	3,5	4,7	0,64
3	M	127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	7.040	3,5	12,5	72.025	4,8	8,8	10,2	8,0	1,26
4	M	14	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCEPPO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	4.721	2,4	14,9	65.124	4,3	13,2	13,8	12,2	1,57
5	C	371	PARTO CESAREO SENZA CC	4.076	2,0	16,9	19.744	1,3	14,5	4,8	2,0	1,00
6	C	209	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	3.199	1,6	18,5	37.983	2,5	17,0	11,9	5,4	3,32
7	C	162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA` > 17 SENZA CC	2.944	1,5	20,0	4.112	0,3	17,3	1,4	1,1	0,75
8	C	359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	2.764	1,4	21,4	12.292	0,8	18,1	4,4	2,7	1,04
9	M	88	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	2.745	1,4	22,8	26.216	1,7	19,9	9,6	5,9	1,19
10	M	15	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	2.696	1,4	24,1	22.015	1,5	21,3	8,2	6,4	0,98
11	M	430	PSICOSI	2.615	1,3	25,4	44.971	3,0	24,3	17,2	19,2	1,23
12	M	89	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA` > 17 CON CC	2.450	1,2	26,7	31.094	2,1	26,4	12,7	9,0	1,65
13	M	139	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	2.101	1,1	27,7	8.094	0,5	26,9	3,9	3,7	0,66
14	M	316	INSUFFICIENZA RENALE	1.854	0,9	28,6	19.603	1,3	28,2	10,6	9,2	1,37
15	C	119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	1.794	0,9	29,5	2.434	0,2	28,4	1,4	1,7	0,77
16	M	12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	1.728	0,9	30,4	30.477	2,0	30,4	17,6	21,3	1,60
17	M	379	MINACCIA DI ABORTO	1.674	0,8	31,2	7.812	0,5	30,9	4,7	4,5	0,77
18	M	87	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	1.572	0,8	32,0	16.564	1,1	32,0	10,5	8,8	1,26
19	C	112	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	1.555	0,8	32,8	9.798	0,7	32,7	6,3	4,9	2,45
20	M	122	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	1.502	0,8	33,6	12.606	0,8	33,5	8,4	5,2	1,58
21	C	494	COLECISTECTOMIA LAPAR. SNZ.. ESP. DOTTO COM. SENZA CC	1.471	0,7	34,3	5.809	0,4	33,9	3,9	3,9	1,17
22	C	222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	1.439	0,7	35,0	2.508	0,2	34,1	1,7	1,9	1,09
23	M	138	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	1.437	0,7	35,7	9.308	0,6	34,7	6,5	5,5	1,23
24	M	183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` >17 SENZA CC	1.436	0,7	36,5	8.501	0,6	35,3	5,9	5,3	0,60
25	M	140	ANGINA PECTORIS	1.416	0,7	37,2	9.837	0,7	35,9	6,9	5,4	0,86
26	C	39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	1.397	0,7	37,9	1.895	0,1	36,1	1,4	1,1	0,75
27	M	125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCEPPO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	1.372	0,7	38,6	5.867	0,4	36,4	4,3	4,2	0,71
28	C	158	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	1.364	0,7	39,2	2.710	0,2	36,6	2,0	2,0	0,73
29	M	243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	1.306	0,7	39,9	9.280	0,6	37,2	7,1	7,5	0,77
30	M	143	DOLORE TORACICO	1.280	0,6	40,5	4.402	0,3	37,5	3,4	2,6	0,71
Totale				80.933	40,5		563.750	37,5		7,0		1,06
Altro				118.746	59,5		938.214	62,5		7,9		
Totale				199.679	100		1.501.964	100		7,5		1,26

Tab.12 Regione Marche - Residenti in Regione, prime 30 Diagnosi principali ricoveri ordinari

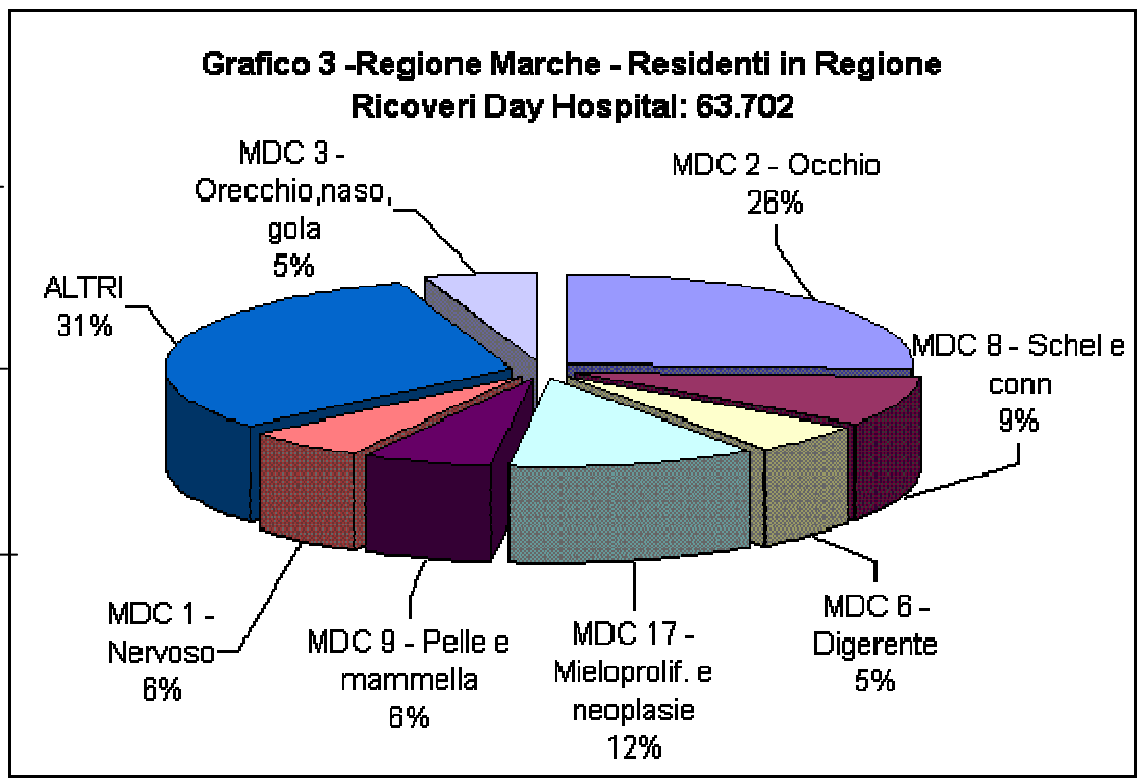
n	icd-ix	descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	dmd	devstd
1	V3000	Nato singolo, nato in ospedale senza menzione di taglio cesareo	7.311	3,7	3,7	22.010	3,0	1,4
2	650	Parto normale	6.268	3,1	6,8	21.372	3,4	1,8
3	4280	Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio)	4.111	2,1	8,9	45.361	11,0	7,9
4	V3001	Nato singolo, nato in ospedale con taglio cesareo	3.298	1,7	10,5	13.466	4,1	1,8
5	55090	Ernia inguinale monolaterale o non specificata, senza menzione di ostruzione o gangrena	2.664	1,3	11,8	3.778	1,4	1,4
6	42731	Fibrillazione atriale	2.567	1,3	13,1	12.136	4,7	4,7
7	4281	Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)	2.551	1,3	14,4	23.560	9,2	7,8
8	49121	Bronchite cronica ostruttiva, con riacutizzazione	2.483	1,2	15,7	24.484	9,9	6,9
9	485	Broncopolmonite, non specificata	2.027	1,0	16,7	23.421	11,6	8,6
10	51881	Insufficienza respiratoria	1.901	1,0	17,6	24.044	12,6	11,9
11	4359	Ischemia cerebrale transitoria non specificata	1.767	0,9	18,5	13.667	7,7	4,7
12	43401	Trombosi cerebrale con infarto cerebrale	1.751	0,9	19,4	26.317	15,0	12,5
13	585	Insufficienza renale cronica	1.655	0,8	20,2	15.571	9,4	8,6
14	4549	Varici degli arti inferiori senza menzione di ulcera o infiammazione	1.588	0,8	21,0	1.863	1,2	0,8
15	66971	Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione, parto con o senza menzione delle condizioni antepartum	1.559	0,8	21,8	8.016	5,1	2,6
16	41071	Infarto subendocardico, episodio iniziale di assistenza	1.551	0,8	22,6	13.741	8,9	5,5
17	4148	Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica	1.408	0,7	23,3	13.399	9,5	9,3
18	4139	Altre e non specificate forme di angina pectoris	1.292	0,6	23,9	6.747	5,2	4,5
19	600	Iperplasia della prostata	1.174	0,6	24,5	8.020	6,8	4,4
20	82020	Sezione trocanterica, non specificata	1.170	0,6	25,1	15.965	13,6	8,1
21	4111	Sindrome coronarica intermedia	1.133	0,6	25,7	8.177	7,2	5,9
22	V581	Chemioterapia	1.084	0,5	26,2	7.905	7,3	8,9
23	7802	Sincope e collasso	1.049	0,5	26,7	6.015	5,7	4,6
24	2765	Deplezione di volumi	1.030	0,5	27,2	5.676	5,5	4,9
25	436	Vasculopatie cerebrali acute, mal definite	1.006	0,5	27,7	12.165	12,1	8,9
26	4829	Polmonite batterica, non specificata	1.004	0,5	28,2	11.119	11,1	9,8
27	57420	Calcolosi della colecisti senza menzione di colecistite, senza menzione di ostruzione	1.002	0,5	28,7	4.368	4,4	5,0
28	65421	Pregresso parto cesareo complicante la gravidanza, il parto e il puerperio, parto con o senza menzione della condizione antepartum	989	0,5	29,2	4.313	4,4	1,5
29	71516	Artrosi localizzata primaria, ginocchio	951	0,5	29,7	10.796	11,4	5,0
30	486	Polmonite, agente non specificato	936	0,5	30,2	11.050	11,8	8,1
Totale			60.280	30,2		418.522	6,9	
Altro			139.399	69,8		1.083.442	7,8	
Totale			199.679	100		1.501.964	7,5	

**Grafico 3 - Regione Marche - Residenti in Regione
Ricoveri Day Hospital: 63.702**

sexso M-F
46%-54%

ricoveri over 65
44,6%

peso
0.80



Fasce di età %

da 0 a 14 anni	7,6
da 15 a 44 anni	23,7
da 45 a 64 anni	24,1
da 65 a 74 anni	21
da 75 a 84 anni	20,3
> 85	3,3

DRG e ICD-IX, dati di sintesi

I primi 30 DRG rappresentano:	72,0%
Le prime 30 diagnosi principali ICD-IX:	55,8%

DRG Medici e Chirurgici %

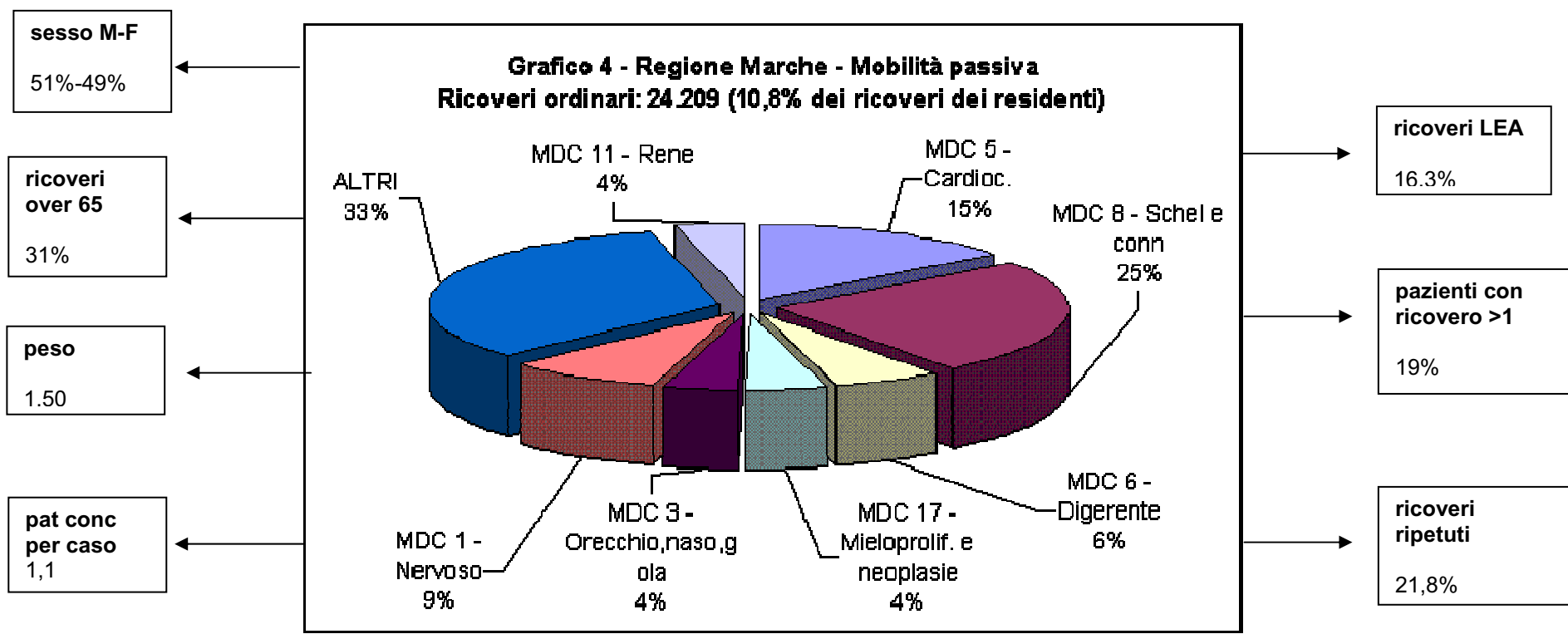
DRG Medici	35,7
DRG Chirurgici	64,3

Tab.13 Regione Marche - Residenti in Regione, primi 30 DRG ricoveri Day Hospital

n	tipo	drg	descrizione	day hospital	%	%cum	peso
1	C	39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	14.326	22,5	22,5	0,75
2	M	410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNASI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	6.350	10,0	32,5	0,52
3	C	381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	3.049	4,8	37,2	0,45
4	C	6	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	1.955	3,1	40,3	0,57
5	C	162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA` > 17 SENZA CC	1.571	2,5	42,8	0,75
6	C	364	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCEPTE PER NEOPLASIE MALIGNI	1.475	2,3	45,1	0,54
7	C	229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCEPTE INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	1.397	2,2	47,3	0,60
8	C	222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	1.344	2,1	49,4	1,09
9	C	119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	1.321	2,1	51,5	0,77
10	C	169	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	1.248	2,0	53,4	0,90
11	C	266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCEPTE PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	1.247	2,0	55,4	0,94
12	C	359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	913	1,4	56,8	1,04
13	C	55	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	859	1,3	58,2	0,81
14	C	231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCEPTE ANCA E FEMORE	777	1,2	59,4	0,94
15	C	42	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCEPTE RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	749	1,2	60,6	0,97
16	M	301	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	729	1,1	61,7	0,62
17	C	270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	674	1,1	62,8	0,62
18	C	227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	612	1,0	63,7	0,77
19	M	404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	539	0,8	64,6	1,21
20	M	294	DIABETE ETA` > 35	512	0,8	65,4	1,01
21	C	342	CIRCONCISIONE ETA` > 17	502	0,8	66,2	0,55
22	M	450	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA` > 17 SENZA CC	459	0,7	66,9	0,42
23	C	360	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	430	0,7	67,6	0,76
24	C	40	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCEPTE L'ORBITA, ETA` > 17	427	0,7	68,2	0,58
25	M	298	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA` < 18	422	0,7	68,9	0,55
26	M	297	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA` > 17 SENZA CC	411	0,6	69,5	0,94
27	C	262	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	411	0,6	70,2	0,64
28	M	26	CONVULSIONI E CEFALIA ETA` < 18	400	0,6	70,8	0,59
29	M	323	CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	380	0,6	71,4	0,94
30	M	467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	378	0,6	72,0	0,45
Totale				45.867	72,0		0,71
Altro				17.835	28,0		
Totale				63.702	100		0,80

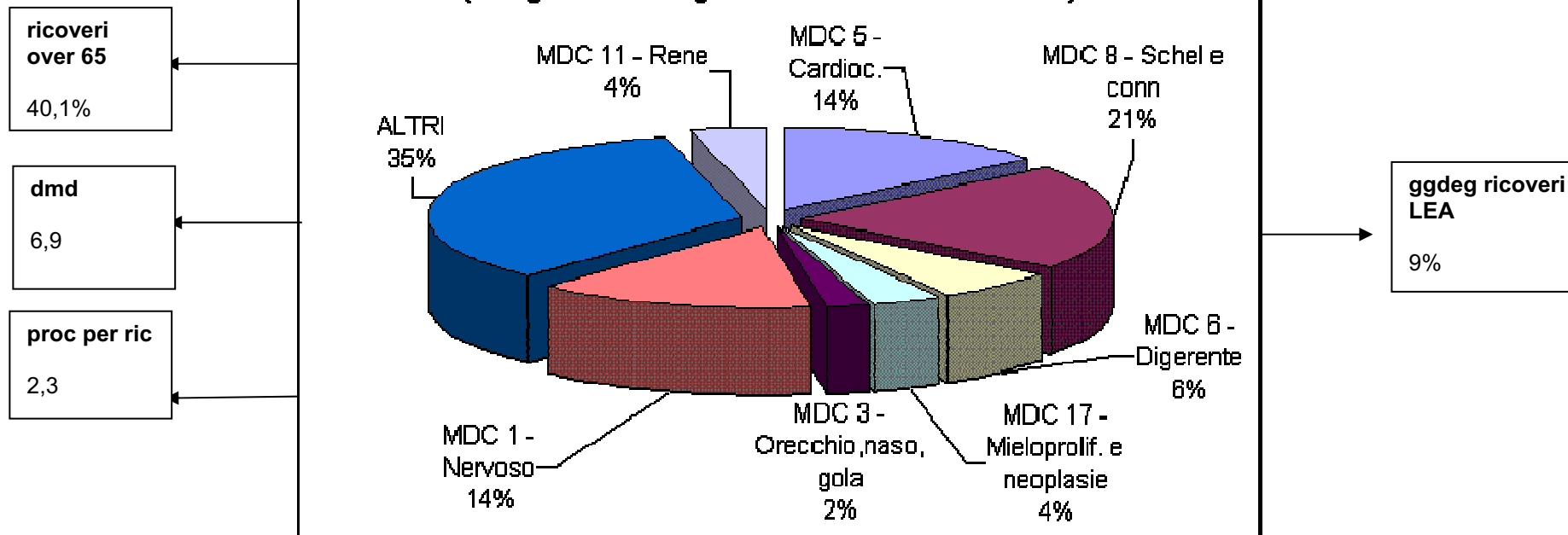
Tab.14 Regione Marche - Residenti in Regione, prime 30 Diagnosi principali ricoveri Day Hospital

n	icd-ix	descrizione	ordinari	%	%cum
1	V581	Chemioterapia	6.393	10,0	10,0
2	36610	Cataratta senile, non specificata	6.002	9,4	19,5
3	36616	Sclerosi nucleare	2.524	4,0	23,4
4	36617	Cataratta totale o matura	2.117	3,3	26,7
5	3540	Sindrome del tunnel carpale	2.001	3,1	29,9
6	36615	Cataratta corticale senile	1.800	2,8	32,7
7	55090	Ernia inguinale monolaterale o non specificata, senza menzione di ostruzione o gangrena	1.514	2,4	35,1
8	63592	Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, completo	1.333	2,1	37,2
9	4549	Varici degli arti inferiori senza menzione di ulcera o infiammazione	1.254	2,0	39,1
10	6210	Polipo del corpo dell'utero	1.089	1,7	40,9
11	63590	Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, non specificato se completo o incompleto	741	1,2	42,0
12	36619	Altre forme combinate di cataratta senile	740	1,2	43,2
13	5243	Anomalie della posizione del dente	737	1,2	44,3
14	605	Prepuzio esuberante e fimosi	717	1,1	45,5
15	4780	Ipertrofia dei turbinati nasali	707	1,1	46,6
16	7172	Lesione del corno posteriore del menisco interno	619	1,0	47,5
17	632	Aborto ritenuto	558	0,9	48,4
18	72703	Dito a scatto (acquisito)	489	0,8	49,2
19	9952	Effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici non classificati altrove	460	0,7	49,9
20	1733	Altri tumori maligni della cute di altre e non specificate parti della faccia	404	0,6	50,5
21	V540	Trattamento ulteriore per l'estrazione di una placca o di altro dispositivo di fissazione interna	377	0,6	51,1
22	217	Tumori benigni della mammella	375	0,6	51,7
23	25002	Diabete mellito, tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, scompensato, senza menzione di complicanze	364	0,6	52,3
24	1739	Altri tumori maligni della cute, sede non specificata	342	0,5	52,8
25	7173	Altre lesioni non specificate del menisco interno	338	0,5	53,4
26	25001	Diabete mellito, tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), non definito se scompensato, senza menzione di complicanze	320	0,5	53,9
27	5920	Calcolosi renale	317	0,5	54,4
28	27801	Obesità grave	311	0,5	54,9
29	6266	Metrorragia	308	0,5	55,3
30	42731	Fibrillazione atriale	300	0,5	55,8
Totale			35.551	55,8	
Altro			28.151	44,2	
Totale			63.702	100	



Fasce di età %		DRG e ICD-IX, dati di sintesi		DRG Medici e Chirurgici %	
da 0 a 14 anni	10,4	I primi 30 DRG rappresentano:	40,5%	DRG Medici	43,6
da 15 a 44 anni	29,4	Le prime 30 diagnosi principali ICD-IX:	26%	DRG Chirurgici	53,9
da 45 a 64 anni	29,1				
da 65 a 74 anni	17,8				
da 75 a 84 anni	11,1				
> 85	2,1				

Grafico 5 - Regione Marche - Mobilità passiva
Giornate di degenza ricoveri ordinari : 166.898
(10% giornate di degenza dei ricoveri dei residenti)



ricoveri over 65
40,1%

dmd
6,9

proc per ric
2,3

ggdeg ricoveri LEA
9%

Fasce di età %

da 0 a 14 anni	8,2
da 15 a 44 anni	22,9
da 45 a 64 anni	28,8
da 65 a 74 anni	21,6
da 75 a 84 anni	15
> 85	3,5

DRG e ICD-IX, dati di sintesi

I primi 30 DRG rappresentano:	33,3%
Le prime 30 diagnosi principali ICD-IX:	21,5%

DRG Medici e Chirurgici %

DRG Medici	50,8
DRG Chirurgici	46,7

Tab.15 Regione Marche - Mobilità passiva, ricoveri ordinari e giornate di degenza per fasce di età

fasce età	ricoveri	%	ggdeg	%
0-14	2.519	10,4	13.646	8,2
15-44	7.126	29,4	38.175	22,9
45-64	7.043	29,1	48.040	28,8
65-74	4.321	17,8	36.066	21,6
75-84	2.691	11,1	25.048	15,0
>85	509	2,1	5.923	3,5
Totale	24.209	100	166.898	100

Tab.16 Regione Marche - Mobilità passiva, ricoveri ordinari per fasce di durata della degenza

fasce durata degenza	ricoveri	%	età media	>= 65	%>=65 sui ricoveri	peso	% ric LEA
1	3.592	14,8	43	641	17,8	0,96	30,87
2-5	12.048	49,8	45	3.025	25,1	1,18	18,31
6-10	4.335	17,9	55	1.819	42,0	1,83	8,93
11-15	1.806	7,5	58	878	48,6	2,1	7,36
>15	2.428	10,0	58	1.158	47,7	2,88	4,53
Totale	24.209	100	49	7.521	31,1	1,5	16,30

Tab.17 Regione Marche - Mobilità passiva, patologie concomitanti e procedure per ricoveri ordinari

fasce durata degenza	pat conc	pat conc per caso	% pat conc	procedure	proc per caso	% proc
1	2.010	0,6	7,3	6.652	1,9	11,9
2-5	12.806	1,1	46,3	25.028	2,1	44,8
6-10	5.559	1,3	20,1	10.971	2,5	19,6
11-15	2.925	1,6	10,6	5.117	2,8	9,2
>15	4.373	1,8	15,8	8.119	3,3	14,5
Totale	27.673	1,1	100	55.887	2,3	100

Tab.18 Regione Marche - Mobilità passiva, primi 30 DRG ricoveri ordinari

n	tipo	drg	Descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmd	devstd	peso
1	C	209	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	983	4,1	4,1	9.823	5,9	5,9	10,0	4,8	3,32
2	C	222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	774	3,2	7,3	1.703	1,0	6,9	2,2	1,5	1,09
3	C	112	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	697	2,9	10,1	2.278	1,4	8,3	3,3	2,9	2,45
4	M	125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	488	2,0	12,2	1.322	0,8	9,1	2,7	1,9	0,71
5	C	225	INTERVENTI SUL PIEDE	460	1,9	14,1	885	0,5	9,6	1,9	1,3	0,93
6	C	215	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	455	1,9	15,9	2.419	1,4	11,0	5,3	5,5	1,35
7	M	410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	438	1,8	17,7	1.764	1,1	12,1	4,0	3,5	0,52
8	C	223	INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	365	1,5	19,2	668	0,4	12,5	1,8	1,5	0,99
9	C	359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	364	1,5	20,8	1.110	0,7	13,2	3,0	2,3	1,04
10	O	391	NEONATO NORMALE	357	1,5	22,2	1.127	0,7	13,8	3,2	1,2	0,20
11	C	231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	337	1,4	23,6	867	0,5	14,4	2,6	2,8	0,94
12	M	430	PSICOSI	298	1,2	24,9	4.111	2,5	16,8	13,8	10,1	1,23
13	C	55	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	285	1,2	26,0	863	0,5	17,3	3,0	2,2	0,81
14	M	373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	276	1,1	27,2	945	0,6	17,9	3,4	1,6	0,64
15	M	243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	263	1,1	28,3	1.856	1,1	19,0	7,1	7,8	0,77
16	M	12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	239	1,0	29,2	5.913	3,5	22,6	24,7	31,1	1,60
17	M	467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	232	1,0	30,2	738	0,4	23,0	3,2	4,0	0,45
18	C	371	PARTO CESAREO SENZA CC	228	0,9	31,1	1.229	0,7	23,7	5,4	3,0	1,00
19	C	5	INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	224	0,9	32,1	976	0,6	24,3	4,4	3,1	2,00
20	C	1	CRANIOTOMIA ETA` > 17, ECCETTO PER TRAUMATISMO	216	0,9	33,0	2.518	1,5	25,8	11,7	13,4	3,97
21	M	256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	209	0,9	33,8	3.111	1,9	27,7	14,9	12,4	0,54
22	C	229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	200	0,8	34,6	400	0,2	27,9	2,0	2,1	0,60
23	C	42	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	198	0,8	35,5	436	0,3	28,2	2,2	2,4	0,97
24	C	227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	194	0,8	36,3	499	0,3	28,5	2,6	2,8	0,77
25	C	408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	181	0,7	37,0	452	0,3	28,8	2,5	5,8	1,82
26	M	462	RIABILITAZIONE	179	0,7	37,8	4.107	2,5	31,2	22,9	10,8	0,79
27	M	131	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	179	0,7	38,5	732	0,4	31,7	4,1	3,9	0,90
28	M	409	RADIOTERAPIA	173	0,7	39,2	1.461	0,9	32,5	8,4	10,6	1,30
29	M	124	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI COMPLICATA	162	0,7	39,9	663	0,4	32,9	4,1	5,1	1,42
30	M	183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` >17 SENZA CC	158	0,7	40,5	648	0,4	33,3	4,1	3,6	0,60
Totale				9.812	40,5		55.624	33,3		5,7		1,36
Altro				14.397	59,5		111.274	66,7		7,7		
Totale				24.209	100		166.898	100		6,9		1,50

Tab.19 Regione Marche - Mobilità passiva, prime 30 Diagnosi principali ricoveri ordinari

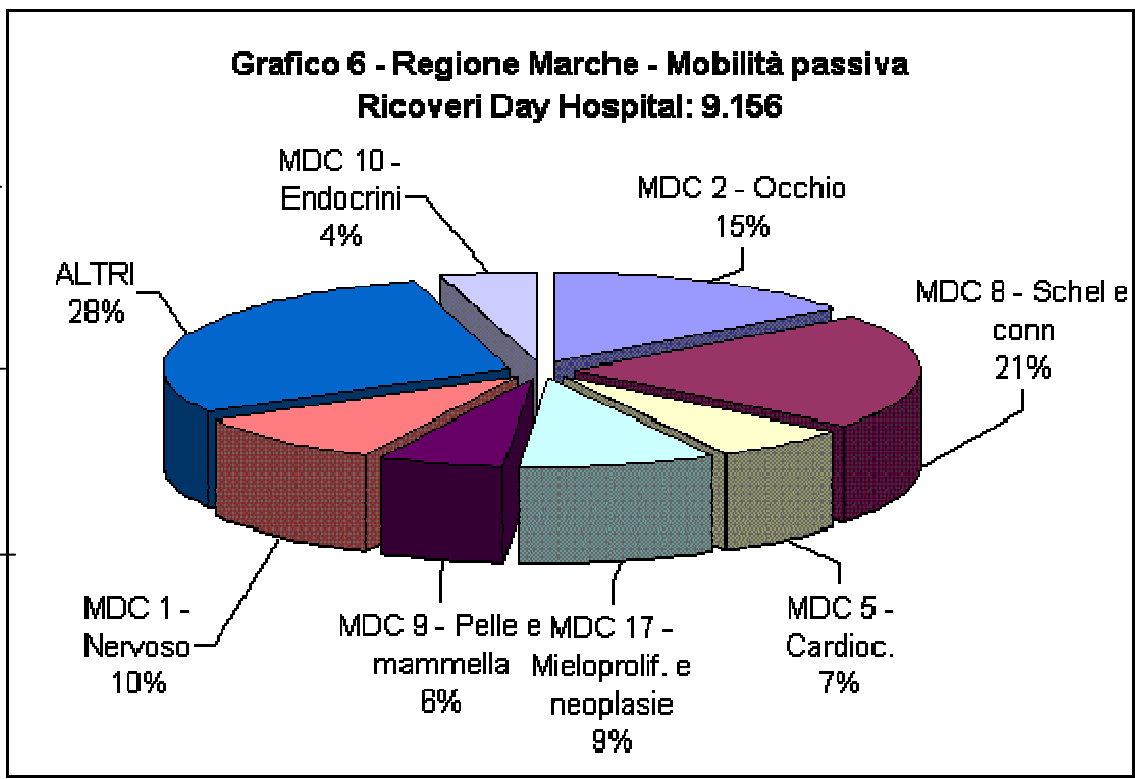
n	icd-ix	descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	dmd	devstd
1	V581	Chemioterapia	479	2,0	2,0	2.017	4,2	4,4
2	71516	Artrosi localizzata primaria, ginocchio	442	1,8	3,8	4.174	9,4	4,5
3	4148	Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica	350	1,4	5,3	2.231	6,4	7,5
4	72210	Ernia del disco intervertebrale lombare senza mielopatia	342	1,4	6,7	1.431	4,2	3,5
5	V580	Sessione di radioterapia	303	1,3	7,9	1.713	5,7	9,6
6	4139	Altre e non specificate forme di angina pectoris	296	1,2	9,1	1.416	4,8	5,3
7	7350	Alluce valgo (acquisito)	294	1,2	10,4	504	1,7	0,8
8	72761	Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori	273	1,1	11,5	473	1,7	2,8
9	71515	Artrosi localizzata primaria, anca	271	1,1	12,6	2.752	10,2	6,2
10	43310	Occlusione e stenosi della carotide senza menzione di infarto cerebrale	233	1,0	13,6	938	4,0	3,2
11	71783	Lesione inveterata del legamento crociato anteriore	227	0,9	14,5	647	2,9	1,0
12	V3000	Nato singolo, nato in ospedale senza menzione di taglio cesareo	224	0,9	15,4	622	2,8	1,0
13	44021	Aterosclerosi delle arterie native degli arti con claudicazione intermittente	222	0,9	16,3	804	3,6	3,0
14	8442	Distorsione e distrazione legamento crociato del ginocchio	208	0,9	17,2	472	2,3	1,0
15	4111	Sindrome coronarica intermedia	188	0,8	18,0	1.037	5,5	7,1
16	42731	Fibrillazione atriale	178	0,7	18,7	647	3,6	3,4
17	650	Parto normale	175	0,7	19,4	636	3,6	1,6
18	27801	Obesità grave	159	0,7	20,1	1.540	9,7	10,3
19	9964	Complicazioni meccaniche di dispositivi, impianti e innesti ortopedici interni	149	0,6	20,7	1.550	10,4	13,4
20	V3001	Nato singolo, nato in ospedale con taglio cesareo	145	0,6	21,3	563	3,9	2,6
21	V571	Altra fisioterapia	140	0,6	21,9	3.272	23,4	9,7
22	4549	Varici degli arti inferiori senza menzione di ulcera o infiammazione	134	0,6	22,4	247	1,8	1,1
23	185	Tumori maligni della prostata	123	0,5	22,9	928	7,5	4,2
24	7172	Lesione del corno posteriore del menisco interno	116	0,5	23,4	234	2,0	2,6
25	4414	Aneurisma addominale senza menzione di rottura	110	0,5	23,9	878	8,0	6,0
26	585	Insufficienza renale cronica	110	0,5	24,3	1.467	13,3	13,4
27	4241	Disturbi della valvola aortica	106	0,4	24,8	1.484	14,0	8,4
28	5691	Prolasso rettale	105	0,4	25,2	342	3,3	1,3
29	600	Iperplasia della prostata	102	0,4	25,6	587	5,8	3,5
30	470	Deviazione del setto nasale	100	0,4	26,0	275	2,8	1,7
Totale			6.304	26,0		35.881	5,7	
Altro			17.905	74,0		131.017	7,3	
Totale			24.209	100		166.898	6,9	

Grafico 6 - Regione Marche - Mobilità passiva
Ricoveri Day Hospital: 9.156

sexso M-F
46%-54%

ricoveri over 65
23,1%

peso
0.86



Fasce di età %

da 0 a 14 anni	13,8
da 15 a 44 anni	35,6
da 45 a 64 anni	27,5
da 65 a 74 anni	13
da 75 a 84 anni	8,7
> 85	1,4

DRG e ICD-IX, dati di sintesi

I primi 30 DRG rappresentano:	62,8%
Le prime 30 diagnosi principali ICD-IX:	41,7%

DRG Medici e Chirurgici %

DRG Medici	46,1
DRG Chirurgici	53,6

Tab.20 Regione Marche - Mobilità passiva, primi 30 DRG Day Hospital

n	tipo	drg	descrizione	day hospital	%	%cum	peso
1	C	39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	735	8,0	8,0	0,75
2	C	222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	575	6,3	14,3	1,09
3	C	6	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	436	4,8	19,1	0,57
4	M	410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	413	4,5	23,6	0,52
5	C	42	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	367	4,0	27,6	0,97
6	C	381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	328	3,6	31,2	0,45
7	C	229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	238	2,6	33,8	0,60
8	M	301	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	206	2,2	36,0	0,62
9	C	225	INTERVENTI SUL PIEDE	191	2,1	38,1	0,93
10	C	231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	186	2,0	40,1	0,94
11	C	266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	174	1,9	42,0	0,94
12	C	119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	157	1,7	43,8	0,77
13	M	409	RADIOTERAPIA	154	1,7	45,4	1,30
14	C	359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	154	1,7	47,1	1,04
15	C	40	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA` > 17	130	1,4	48,5	0,58
16	C	227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	126	1,4	49,9	0,77
17	M	133	ATEROSCLEROSI, SENZA CC	124	1,4	51,3	0,84
18	C	270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	101	1,1	52,4	0,62
19	M	467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	100	1,1	53,5	0,45
20	M	256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	93	1,0	54,5	0,54
21	M	206	MALATTIE DEL FEGATO ECCETTO NEOPLASIE MALIGNI, CIRROSI, EPATITE ALCOLICA, SENZA CC	90	1,0	55,5	0,80
22	M	284	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	88	1,0	56,4	0,56
23	M	241	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	84	0,9	57,3	1,08
24	M	490	H.I.V. ASSOCIATO O NON AD ALTRE PATOLOGIE CORRELATE	76	0,8	58,2	1,31
25	M	186	MALATTIE DEI DENTI E DEL CAVO ORALE, ECCETTO ESTRAZIONE E RIPARAZIONE, ETA` < 18	75	0,8	59,0	0,48
26	M	404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	74	0,8	59,8	1,21
27	M	35	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	72	0,8	60,6	0,95
28	C	223	INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	68	0,7	61,3	0,99
29	M	431	DISTURBI MENTALI DELL'INFANZIA	66	0,7	62,0	0,62
30	M	369	DISTURBI MESTRUALI E ALTRI DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	66	0,7	62,8	0,42
Totale				5.747	62,8		0,78
Altro				3.409	37,2		
Totale				9.156	100		0,86

Tab.21 Regione Marche - Mobilità passiva, prime 30 Diagnosi principali ricoveri Day Hospital

n	icd-ix	descrizione	ordinari	%	%cum
1	V581	Chemioterapia	426	4,7	4,7
2	3540	Sindrome del tunnel carpale	424	4,6	9,3
3	63592	Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, completo	267	2,9	12,2
4	36610	Cataratta senile, non specificata	232	2,5	14,7
5	36604	Cataratta nucleare	208	2,3	17,0
6	3671	Miopia	198	2,2	19,2
7	3669	Cataratta non specificata	195	2,1	21,3
8	7173	Altre lesioni non specificate del menisco interno	177	1,9	23,2
9	7350	Alluce valgo (acquisito)	161	1,8	25,0
10	4549	Varici degli arti inferiori senza menzione di ulcera o infiammazione	156	1,7	26,7
11	V580	Sessione di radioterapia	153	1,7	28,4
12	8442	Distorsione e distrazione legamento crociato del ginocchio	125	1,4	29,7
13	72703	Dito a scatto (acquisito)	107	1,2	30,9
14	7172	Lesione del corno posteriore del menisco interno	96	1,0	31,9
15	412	Infarto miocardico pregresso	89	1,0	32,9
16	6288	Infertilità femminile, di altra origine specificata	85	0,9	33,8
17	042	Infezione da virus della immunodeficienza umana (HIV)	78	0,9	34,7
18	37522	Epifora da insufficiente drenaggio	68	0,7	35,4
19	71981	Altri disturbi specifici delle articolazioni, spalla	60	0,7	36,1
20	6289	Infertilità femminile, di origine non specificata	58	0,6	36,7
21	193	Tumori maligni della ghiandola tiroide	56	0,6	37,3
22	71610	Artrosi post-traumatica, sede non specificata	56	0,6	38,0
23	4148	Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica	49	0,5	38,5
24	72704	Tenosinovite della apofisi stiloide radiale	45	0,5	39,0
25	V1051	Anamnesi personale di tumore maligno della vescica	44	0,5	39,5
26	99678	Altre complicazioni da altre protesi, impianti e innesti interni ortopedici	44	0,5	39,9
27	1733	Altri tumori maligni della cute di altre e non specificate parti della faccia	42	0,5	40,4
28	36720	Astigmatismo, non specificato	41	0,4	40,8
29	55090	Ernia inguinale monolaterale o non specificata, senza menzione di ostruzione o gangrena	41	0,4	41,3
30	22801	Emangioma della cute e del tessuto sottocutaneo	40	0,4	41,7
Totale			3.821	41,7	
Altro			5.335	58,3	
Totale			9.156	100	

Tab. 22 - Regione Marche - Mobilità Passiva, ricoveri ordinari per Regione

Regione	ordinari	%
Emilia	10.487	43
Abruzzo	3.663	15
Lombardia	2.607	11
Lazio	1.986	8
Umbria	1.706	7
Veneto	957	4
Toscana	874	4
Campania	348	1
Puglia	325	1
Piemonte	265	1
B.Gesù	205	1
Liguria	196	1
Friuli	113	0
Sicilia	98	0
P.A.Trento	85	0
Molise	81	0
Calabria	75	0
P.A.Bolzano	56	0
Sardegna	48	0
Basilicata	21	0
Valle Aosta	9	0
Acismom	4	0
Totale	24.209	100

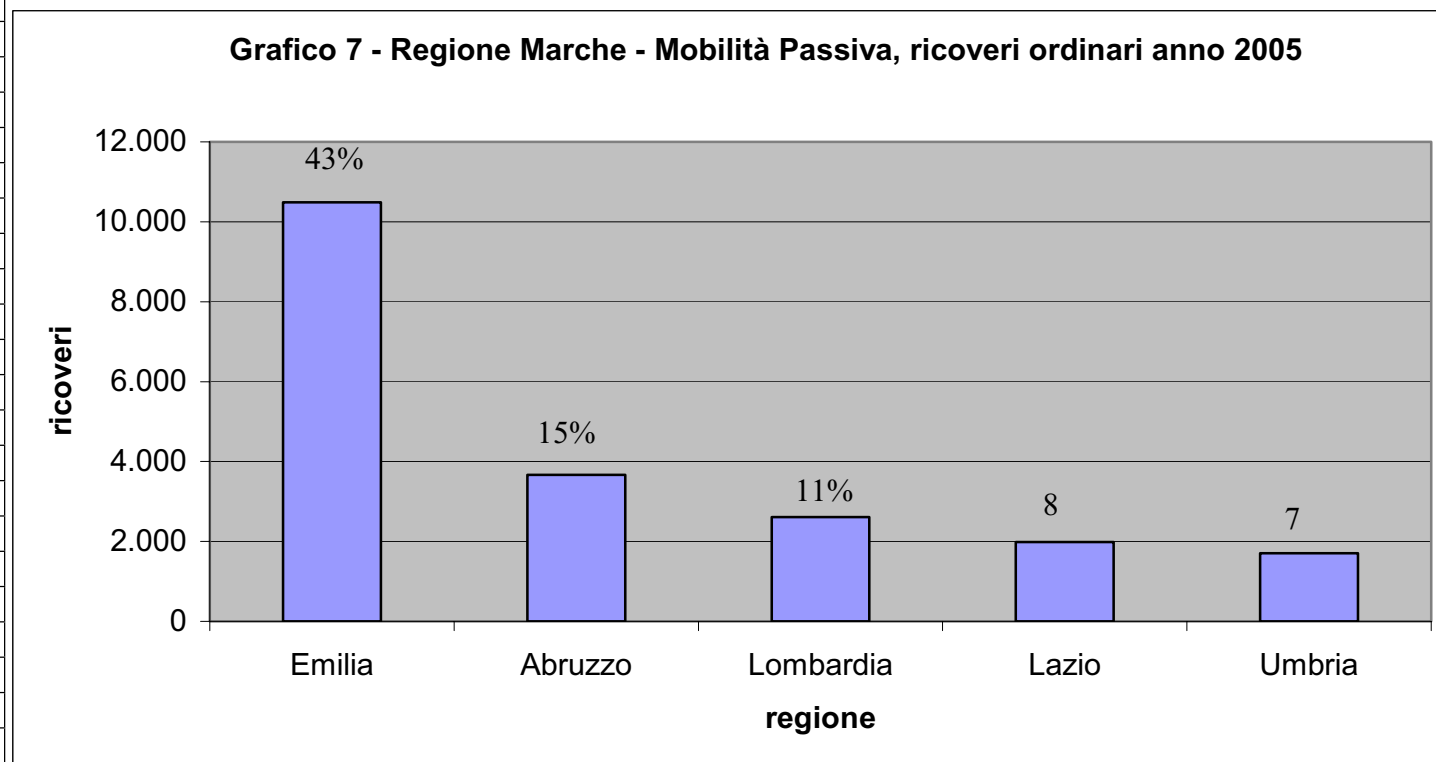
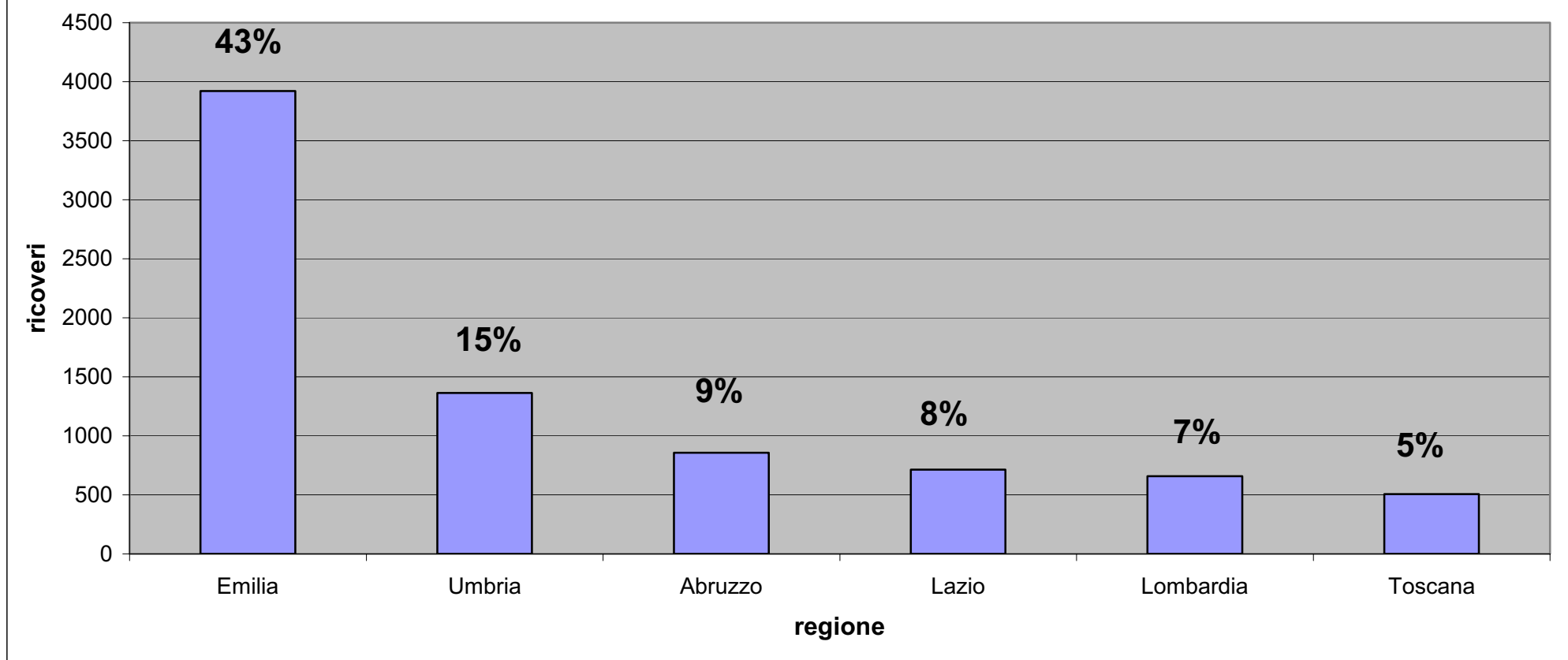


Grafico 8 - Regione Marche - Mobilità passiva, ricoveri day hospital



Tab.23 - Regione Marche - Mobilità Passiva, ricoveri ordinari per Zona di residenza

ZONA Residenza	zona	ordinari	%
Pesaro	101	4.005	17
San Benedetto	112	2.737	11
Ascoli Piceno	113	2.552	11
Fermo	111	2.489	10
Ancona	107	2.286	9
Urbino	102	1.955	8
Fano	103	1.931	8
Macerata	109	1.809	7
Civitanova	108	1.222	5
Jesi	105	963	4
Senigallia	104	874	4
Camerino	110	757	3
Fabriano	106	629	3
Totale		24.209	100

Tab.24 - Regione Marche - Mobilità Passiva in Emilia Romagna ricoveri ordinari per struttura

Città	Pr.	Istituto	cod. Istituto	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmd
Bologna	BO	S.Orsola Malpighi	080908	1.400	13	13	9.722	14	14	7
Cotignola	RA	Casa di Cura Villa Maria Cecilia	080239	1.312	13	26	7.775	11	25	6
Rimini	RN	Presidio Ospedaliero di Rimini	08009501	1.175	11	37	6.670	10	35	6
Cesena	FC	Casa di Cura Novello Malatesta	080245	678	6	44	3.420	5	40	5
Bologna	BO	IRCCS Rizzoli	080960	649	6	50	3.286	5	45	5
Rimini	RN	Casa di Cura Villa Maria	080249	589	6	55	1.696	2	47	3
Cesena	FC	Presidio di Cesena	08009101	580	6	61	3.499	5	52	6
Rimini	RI	Casa di Cura Sol et Salus	080247	420	4	65	8.554	12	64	20
Morciano di Romagna	RN	Casa di Cura Prof.Montanari	080252	385	4	69	1.731	2	67	4
Totale				7.188	69		46.353	67		6
Altre strutture				3.299	31		22.980	33		7
Totale				10.487	100		69333	100		7

Tab.25 - Regione Marche - Mobilità Passiva in Emilia Romagna, ricoveri ordinari per Zona di residenza

ZONA Residenza	zona	ordinari	%
Pesaro	101	3.174	30
Urbino	102	1.250	12
Fano	103	1.096	10
Fermo	111	912	9
Ancona	107	801	8
Macerata	109	666	6
San Benedetto	112	568	5
Ascoli Piceno	113	463	4
Senigallia	104	429	4
Civitanova	108	419	4
Jesi	105	379	4
Camerino	110	203	2
Fabriano	106	127	1
Totale		10.487	100

Tab.26 - Regione Marche - Mobilità Passiva in Emilia Romagna ricoveri ordinari, Primi 30 DRG

n	tipodrg	descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmd	devstd	peso
1	C 209	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	590	5,6	5,6	6.189	8,9	8,9	10,5	4,5	3,3
2	C 112	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	388	3,7	9,3	1.176	1,7	10,6	3,0	2,4	2,5
3	C 222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	380	3,6	12,9	801	1,2	11,8	2,1	1,2	1,1
4	C 223	INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	317	3,0	16,0	536	0,8	12,6	1,7	1,4	1,0
5	C 225	INTERVENTI SUL PIEDE	303	2,9	18,9	513	0,7	13,3	1,7	0,9	0,9
6	M 125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIocardico ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	295	2,8	21,7	761	1,1	14,4	2,6	1,9	0,7
7	C 231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	250	2,4	24,1	548	0,8	15,2	2,2	2,6	0,9
8	C 359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	233	2,2	26,3	623	0,9	16,1	2,7	1,9	1,0
9	C 215	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	197	1,9	28,2	905	1,3	17,4	4,6	4,5	1,3
10	C 55	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	189	1,8	30,0	518	0,7	18,1	2,7	1,8	0,8
11	M 410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	181	1,7	31,7	755	1,1	19,2	4,2	3,1	0,5
12	391	NEONATO NORMALE	170	1,6	33,3	451	0,7	19,9	2,7	1,0	0,2
13	C 229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	149	1,4	34,7	264	0,4	20,3	1,8	2,0	0,6
14	C 408	ALTERAZIONI MIELOPROLIFERATIVE O NEOPLASIE POCO DIFFERENZIATE CON ALTRI INTERVENTI	149	1,4	36,1	333	0,5	20,7	2,2	6,1	1,8
15	C 227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	127	1,2	37,4	259	0,4	21,1	2,0	2,3	0,8
16	M 409	RADIOTERAPIA	125	1,2	38,6	1.244	1,8	22,9	10,0	11,7	1,3
17	M 373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	123	1,2	39,7	365	0,5	23,4	3,0	1,4	0,6
18	M 462	RIABILITAZIONE	122	1,2	40,9	3.207	4,6	28,1	26,3	9,2	0,8
19	M 243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	111	1,1	41,9	526	0,8	28,8	4,7	4,1	0,8
20	C 371	PARTO CESAREO SENZA CC	110	1,0	43,0	591	0,9	29,7	5,4	3,4	1,0
21	C 5	INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	108	1,0	44,0	354	0,5	30,2	3,3	2,4	2,0
22	M 256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	98	0,9	45,0	1.070	1,5	31,7	10,9	7,6	0,5
23	M 430	PSICOSI	91	0,9	45,8	1.055	1,5	33,2	11,6	10,1	1,2
24	C 1	CRANIOTOMIA ETA' > 17, ECCETTO PER TRAUMATISMO	90	0,9	46,7	975	1,4	34,6	10,8	16,1	4,0
25	C 158	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	87	0,8	47,5	140	0,2	34,8	1,6	1,0	0,7
26	C 36	INTERVENTI SULLA RETINA	81	0,8	48,3	220	0,3	35,2	2,7	1,9	1,1
27	C 53	INTERVENTI SU SENI E MASTOIDE, ETA' > 17	73	0,7	49,0	225	0,3	35,5	3,1	1,9	0,9
28	C 107	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO	73	0,7	49,7	1.284	1,9	37,3	17,6	3,9	5,4
29	M 124	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIocardico ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI COMPLICATA	68	0,6	50,3	249	0,4	37,7	3,7	4,1	1,4
30	C 219	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERO ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' > 17 SENZA CC	68	0,6	51,0	287	0,4	38,1	4,2	2,8	1,2
Totale			5.346	51,0		26.424	38,1		4,9		
Altro			5.141	49,0		42.909	61,9		8,3		
Totale			10.487	100		69.333	100		6,6		1,6
% ricoveri ad elevato rischio di inapproprietezza			1.587	15,1		4.801	6,9				

Tab.27 - Regione Marche - Mobilità Passiva in Abruzzo ricoveri ordinari per struttura

Città	Pr.	Istituto	cod. Istituto	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmd
Chieti	CH	Casa di Cura Villa dei Pini	130034	992	27	27	4.458	19	19	4,5
Città Sant'Angelo	PE	Casa di Cura Villa Serena Dr. Petruzzi	130024	564	15	42	5.142	22	22	9,1
Pescara	PE	Casa di Cura Pietrangeli S.r.L.	130022	511	14	56	1.603	7	7	3,1
Teramo	TE	Ospedale Mazzini	130014	452	12	69	4.116	18	18	9,1
Sant'Omero	TE	Ospedale Val Vibrata	130017	241	7	75	1.654	7	7	6,9
Pescara	PE	Ospedale Civile Spirito Santo	130018	219	6	81	1.257	5	5	5,7
Chieti	CH	Presidio Ospedaliero SS. Annunziata	130026	150	4	85	1.122	5	5	7,5
Chieti	CH	Casa di Cura Dott. Spatocco	130035	101	3	88	756	3	3	7,5
Totale				3.230	88		20.108	87		6,2
Altre strutture				433	12		3.094	13		7,1
Totale				3.663	100		23.202	100		6,3

Tab.28 - Regione Marche - Mobilità Passiva in Abruzzo, ricoveri ordinari per Zona di residenza

Zona Residenza	zona	ordinari	%
San Benedetto	112	1.320	36
Ascoli Piceno	113	1.071	29
Fermo	111	543	15
Ancona	107	205	6
Civitanova	108	168	5
Macerata	109	117	3
Jesi	105	56	2
Camerino	110	45	1
Senigallia	104	44	1
Pesaro	101	43	1
Fano	103	22	1
Fabriano	106	19	1
Urbino	102	10	0
Totale		3.663	100

Tab.29 - Regione Marche - Mobilità Passiva in Abruzzo ricoveri ordinari, Primi 30 DRG

n	tipo	drg	descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmd	devstd	peso
1	C	112	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	131	3,6	3,6	469	2,0	2,0	3,6	3,2	2,5
2	C	209	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	127	3,5	7,0	1.135	4,9	6,9	8,9	4,5	3,3
3	M	131	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, SENZA CC	123	3,4	10,4	468	2,0	8,9	3,8	3,6	0,9
4	M	430	PSICOSI	115	3,1	13,5	1.731	7,5	16,4	15,1	9,5	1,2
5	C	215	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	111	3,0	16,6	581	2,5	18,9	5,2	4,9	1,3
6	M	125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	107	2,9	19,5	281	1,2	20,1	2,6	1,2	0,7
7	M	467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	85	2,3	21,8	364	1,6	21,7	4,3	2,7	0,5
8	M	247	SEGNI E SINTOMI RELATIVI AL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E AL TESSUTO CONNETTIVO	83	2,3	24,1	1.092	4,7	26,4	13,2	5,4	0,6
9	C	42	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	81	2,2	26,3	83	0,4	26,7	1,0	0,2	1,0
10	C	149	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	65	1,8	28,1	271	1,2	27,9	4,2	4,6	2,1
11	C	222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	62	1,7	29,8	187	0,8	28,7	3,0	3,4	1,1
12	M	130	MALATTIE VASCOLARI PERIFERICHE, CON CC	62	1,7	31,4	252	1,1	29,8	4,1	4,6	1,4
13	C	5	INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	54	1,5	32,9	351	1,5	31,3	6,5	3,8	2,0
14	M	124	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCETTO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI COMPLICATA	52	1,4	34,3	159	0,7	32,0	3,1	2,1	1,4
15	C	119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	52	1,4	35,8	112	0,5	32,5	2,2	0,5	0,8
16	M	243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	51	1,4	37,2	374	1,6	34,1	7,3	6,3	0,8
17	M	73	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA, ETA' > 17	49	1,3	38,5	131	0,6	34,7	2,7	0,8	0,7
18	M	15	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	46	1,3	39,7	163	0,7	35,4	3,5	2,6	1,0
19	M	297	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 SENZA CC	43	1,2	40,9	479	2,1	37,4	11,1	14,6	0,9
20	M	12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	42	1,1	42,1	538	2,3	39,7	12,8	14,3	1,6
21	C	479	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	42	1,1	43,2	203	0,9	40,6	4,8	4,8	1,6
22	M	248	TENDINITE, MIOSITE E BORSITE	40	1,1	44,3	153	0,7	41,3	3,8	2,8	0,6
23	M	145	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	39	1,1	45,4	202	0,9	42,1	5,2	4,2	0,9
24	M	35	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	37	1,0	46,4	212	0,9	43,1	5,7	8,3	1,0
25	M	183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' >17 SENZA CC	35	1,0	47,3	137	0,6	43,7	3,9	2,7	0,6
26		391	NEONATO NORMALE	34	0,9	48,3	136	0,6	44,2	4,0	1,4	0,2
27	C	198	COLECISTECTOMIA SENZA ESPLOAZIONE DEL DOTTO BILIARE COMUNE, SENZA CC	34	0,9	49,2	144	0,6	44,9	4,2	1,6	1,2
28	C	311	INTERVENTI PER VIA TRANSURETRALE, SENZA CC	29	0,8	50,0	115	0,5	45,4	4,0	2,8	0,8
29	C	107	BYPASS CORONARICO SENZA CATETERISMO CARDIACO	28	0,8	50,8	460	2,0	47,3	16,4	11,1	5,4
30	C	36	INTERVENTI SULLA RETINA	27	0,7	51,5	90	0,4	47,7	3,3	2,4	1,1
Totale				1.886	51,5		11.073	47,7		5,9		
Altro				1.777	48,5		12.129	52,3		6,8		
Totale				3.663	100		23.202	100		6,3		1,4
% ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza				720	19,7		2.858	12,3				

Tab.30 - Regione Marche - Mobilità Passiva in Lombardia ricoveri ordinari per struttura

Città	Pr.	Istituto	cod. Istituto	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmd
Milano	MI	IRCCS San Raffaele	030935	284	10,9	10,9	2.086	10,6	10,6	7,3
Milano	MI	IRCCS Istituto Tumori	030922	224	8,6	19,5	1.734	8,8	19,4	7,7
Milano	MI	IRCCS Istituto Europeo Oncologia	030941	201	7,7	27,2	884	4,5	23,9	4,4
Milano	MI	Casa di Cura Ortopedica Galeazzi	030115	156	6,0	33,2	665	3,4	27,3	4,3
Milano	MI	IRCCS San Matteo	030923	117	4,5	37,7	794	4,0	31,4	6,8
Pavia	PV	IRCCS Istituto Neurologico Besta	030924	104	4,0	41,7	1.024	5,2	36,6	9,8
Milano	MI	A.O. Niguarda	030913	77	3,0	44,6	1.075	5,5	42,0	14,0
Milano	MI	IRCCS Mangiagalli	030925	71	2,7	47,3	343	1,7	43,8	4,8
Totale				1.234	47,3		8.605	43,8		7,0
Altre strutture				1.373	52,7		11.047	56,2		8,0
Totale				2.607	100		19.652	100		7,5

Tab.31 - Regione Marche - Mobilità Passiva in Lombardia, ricoveri ordinari per Zona di residenza

Zona Residenza	zona	ordinari	%
Ancona	107	345	13
Pesaro	101	304	12
Fano	103	299	11
San Benedetto	112	262	10
Fermo	111	260	10
Macerata	109	228	9
Ascoli Piceno	113	201	8
Civitanova	108	180	7
Jesi	105	133	5
Senigallia	104	128	5
Urbino	102	128	5
Fabriano	106	74	3
Camerino	110	65	2
Totale		2.607	100

Tab.32 - Regione Marche - Mobilità Passiva in Lombardia ricoveri ordinari, Primi 30 DRG

n	tipo	drg	descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmd	devstd	peso
1	M	410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	116	4,4	4,4	484	2,5	2,5	4,2	3,8	0,5
2	C	112	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	116	4,4	8,9	349	1,8	4,2	3,0	2,2	2,5
3	C	222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	72	2,8	11,7	177	0,9	5,1	2,5	1,4	1,1
4	C	1	CRANIOTOMIA ETA` > 17, ECCEPPO PER TRAUMATISMO	70	2,7	14,3	646	3,3	8,4	9,2	9,2	4,0
5	C	209	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	58	2,2	16,6	427	2,2	10,6	7,4	3,6	3,3
6	M	12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	54	2,1	18,6	791	4,0	14,6	14,6	29,1	1,6
7	C	215	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	51	2,0	20,6	319	1,6	16,2	6,3	4,2	1,3
8	M	125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCEPPO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	51	2,0	22,6	153	0,8	17,0	3,0	2,0	0,7
9	M	467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	49	1,9	24,4	170	0,9	17,9	3,5	6,4	0,5
10	C	75	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	39	1,5	25,9	462	2,4	20,2	11,8	10,2	3,1
11	C	359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	38	1,5	27,4	128	0,7	20,9	3,4	2,6	1,0
12	M	35	ALTRE MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO, SENZA CC	32	1,2	28,6	224	1,1	22,0	7,0	9,3	1,0
13	C	211	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCEPPO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA` >17 SENZA CC	32	1,2	29,8	152	0,8	22,8	4,8	3,9	1,8
14	M	124	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCEPPO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI COMPLICATA	31	1,2	31,0	200	1,0	23,8	6,5	9,0	1,4
15	C	104	INTERVENTI SULLE VALVOLE CARDIACHE CON CATETERISMO CARDIACO	31	1,2	32,2	426	2,2	26,0	13,7	9,0	7,7
16	C	231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCEPPO ANCA E FEMORE	31	1,2	33,4	133	0,7	26,7	4,3	3,9	0,9
17	M	256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	28	1,1	34,5	383	1,9	28,6	13,7	7,9	0,5
18	M	13	SCLEROSI MULTIPLA E ATASSIA CEREBELLARE	26	1,0	35,5	422	2,1	30,8	16,2	11,2	0,9
19	M	203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	25	1,0	36,4	153	0,8	31,5	6,1	6,1	1,3
20	M	243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	25	1,0	37,4	230	1,2	32,7	9,2	6,4	0,8
21	C	260	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	25	1,0	38,4	59	0,3	33,0	2,4	0,8	1,0
22	M	249	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	23	0,9	39,2	240	1,2	34,2	10,4	7,6	0,5
23	M	245	MALATTIE DELL'OSSO E ARTROPATIE SPECIFICHE, SENZA CC	21	0,8	40,0	202	1,0	35,3	9,6	3,5	0,8
24	M	429	DISTURBI ORGANICI E RITARDO MENTALE	21	0,8	40,9	246	1,3	36,5	11,7	13,3	1,2
25	M	241	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	21	0,8	41,7	123	0,6	37,1	5,9	3,9	1,1
26	C	8	INTERVENTI SU NERVI PERIFERICI E CRANICI E ALTRI INTERVENTI SU SISTEMA NERVOSO SENZA CC	20	0,8	42,4	68	0,3	37,5	3,4	3,0	1,1
27	M	145	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO SENZA CC	19	0,7	43,2	226	1,2	38,6	11,9	7,2	0,9
28	C	229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCEPPO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	18	0,7	43,8	53	0,3	38,9	2,9	2,5	0,6
29	C	39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	18	0,7	44,5	25	0,1	39,0	1,4	0,8	0,8
30	C	225	INTERVENTI SUL PIEDE	18	0,7	45,2	58	0,3	39,3	3,2	3,4	0,9
Totale				1.179	45,2		7.729	39,3		6,6		
Altro				1.428	54,8		11.923	60,7		8,3		
Totale				2.607	100		19.652	100		7,5		1,7
% ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza				333	12,8		1.438	7,3				

Tab. 33 - Regione Marche - Mobilità Passiva in Lazio ricoveri ordinari per struttura

Città	Pr.	Istituto	cod. Istituto	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmd
Roma	Roma	Policlinico Gemelli	120905	315	15,9	15,9	2.719	17,4	17,4	8,6
Roma	Roma	IRCCS I.D.I.	12091100	165	8,3	24,2	917	5,9	23,2	5,6
Roma	Roma	Policlinico Umberto I	12090600	152	7,7	31,8	1.713	10,9	34,2	11,3
Roma	Roma	A.O. San Camillo	12090100	97	4,9	36,7	909	5,8	40,0	9,4
Roma	Roma	IRCCS Istituti Fisioterapici	12090801	62	3,1	39,8	465	3,0	42,9	7,5
Roma	Roma	A.O. Sant'Andrea	12091900	57	2,9	42,7	657	4,2	47,1	11,5
Roma	Roma	A.O. Policlinico Tor Vergata	12092000	49	2,5	45,2	340	2,2	49,3	6,9
Roma	Roma	Ospedale Fatebenefratelli	12007100	48	2,4	47,6	342	2,2	51,5	7,1
Totale				945	47,6		8.062	51,5		8,5
Altre strutture				1.041	52,4		7.595	48,5		7,3
Totale				1.986	100		15.657	100		7,9

Tab.34- Regione Marche - Mobilità Passiva in Lazio, ricoveri ordinari per Zona di residenza

Zona Residenza	zona	ordinari	%
Ascoli Piceno	113	432	22
Fermo	111	231	12
San Benedetto	112	206	10
Ancona	107	194	10
Macerata	109	165	8
Camerino	110	129	6
Fano	103	129	6
jesi	105	105	5
Civitanova	108	99	5
Pesaro	101	81	4
Fabriano	106	75	4
Senigallia	104	75	4
Urbino	102	65	3
Totale		1986	100

Tab. 35 - Regione Marche - Mobilità Passiva in Lazio ricoveri ordinari, Primi 30 DRG

n	tipo	drg	descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmd	devstd	peso
1	M	410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	63	3,2	3,2	236	1,5	1,5	3,7	4,6	0,5
2	M	273	MALATTIE MAGGIORI DELLA PELLE SENZA CC	48	2,4	5,6	240	1,5	3,0	5,0	2,3	1,0
3	C	359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	44	2,2	7,8	176	1,1	4,2	4,0	2,2	1,0
4	M	241	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	38	1,9	9,7	172	1,1	5,3	4,5	2,8	1,1
5	M	284	MALATTIE MINORI DELLA PELLE SENZA CC	37	1,9	11,6	185	1,2	6,4	5,0	3,0	0,6
6	C	55	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	34	1,7	13,3	130	0,8	7,3	3,8	3,9	0,8
7	C	42	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCEP TO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	31	1,6	14,9	71	0,5	7,7	2,3	2,0	1,0
8	C	209	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	30	1,5	16,4	459	2,9	10,7	15,3	8,9	3,3
9	M	183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA` >17 SENZA CC	27	1,4	17,7	108	0,7	11,3	4,0	3,3	0,6
10	M	179	MALATTIE INFIAMMATORIE DELL'INTESTINO	27	1,4	19,1	189	1,2	12,6	7,0	7,6	1,2
11		391	NEONATO NORMALE	27	1,4	20,4	94	0,6	13,2	3,5	1,1	0,2
12	C	39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	26	1,3	21,8	69	0,4	13,6	2,7	2,5	0,8
13	M	12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	24	1,2	23,0	727	4,6	18,2	30,3	34,4	1,6
14	M	127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	24	1,2	24,2	248	1,6	19,8	10,3	15,3	1,3
15	C	290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	22	1,1	25,3	159	1,0	20,8	7,2	4,2	1,0
16	C	222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	22	1,1	26,4	50	0,3	21,2	2,3	1,1	1,1
17	M	82	NEOPLASIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	22	1,1	27,5	126	0,8	22,0	5,7	4,3	1,4
18	M	373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	20	1,0	28,5	75	0,5	22,4	3,8	1,3	0,6
19	C	36	INTERVENTI SULLA RETINA	18	0,9	29,4	104	0,7	23,1	5,8	3,7	1,1
20	C	215	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	18	0,9	30,3	208	1,3	24,4	11,6	16,2	1,3
21	M	203	NEOPLASIE MALIGNI DELL'APPARATO EPATOBILIARE O DEL PANCREAS	17	0,9	31,2	110	0,7	25,1	6,5	6,7	1,3
22	C	261	INTERVENTI SULLA MAMMELLA NON PER NEOPLASIE MALIGNI ECCEP TO BIOPSIA E ESCISSIONE LOCALE	17	0,9	32,0	29	0,2	25,3	1,7	2,0	1,0
23	M	139	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	16	0,8	32,8	58	0,4	25,7	3,6	3,7	0,7
24	M	243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	16	0,8	33,6	182	1,2	26,9	11,4	17,5	0,8
25	M	125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCEP TO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	16	0,8	34,4	74	0,5	27,3	4,6	3,8	0,7
26	M	256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	15	0,8	35,2	374	2,4	29,7	24,9	20,6	0,5
27	C	371	PARTO CESAREO SENZA CC	15	0,8	36,0	93	0,6	30,3	6,2	5,6	1,0
28	C	75	INTERVENTI MAGGIORI SUL TORACE	15	0,8	36,7	164	1,0	31,4	10,9	4,7	3,1
29	M	14	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCEP TO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	15	0,8	37,5	168	1,1	32,4	11,2	10,2	1,6
30	C	149	INTERVENTI MAGGIORI SU INTESTINO CRASSO E TENUE, SENZA CC	14	0,7	38,2	202	1,3	33,7	14,4	7,4	2,1
Totale				758	38,2		5.280	33,7		7,0		
Altro				1.228	61,8		10.377	66,3		8,5		
Totale				1.986	100		15.657	100		7,9		1,3
% ricoveri ad elevato rischio di inapproprietezza				382	19,2		1.869	11,9				

Tab. 36 - Regione Marche - Mobilità Passiva in Umbria ricoveri ordinari per struttura

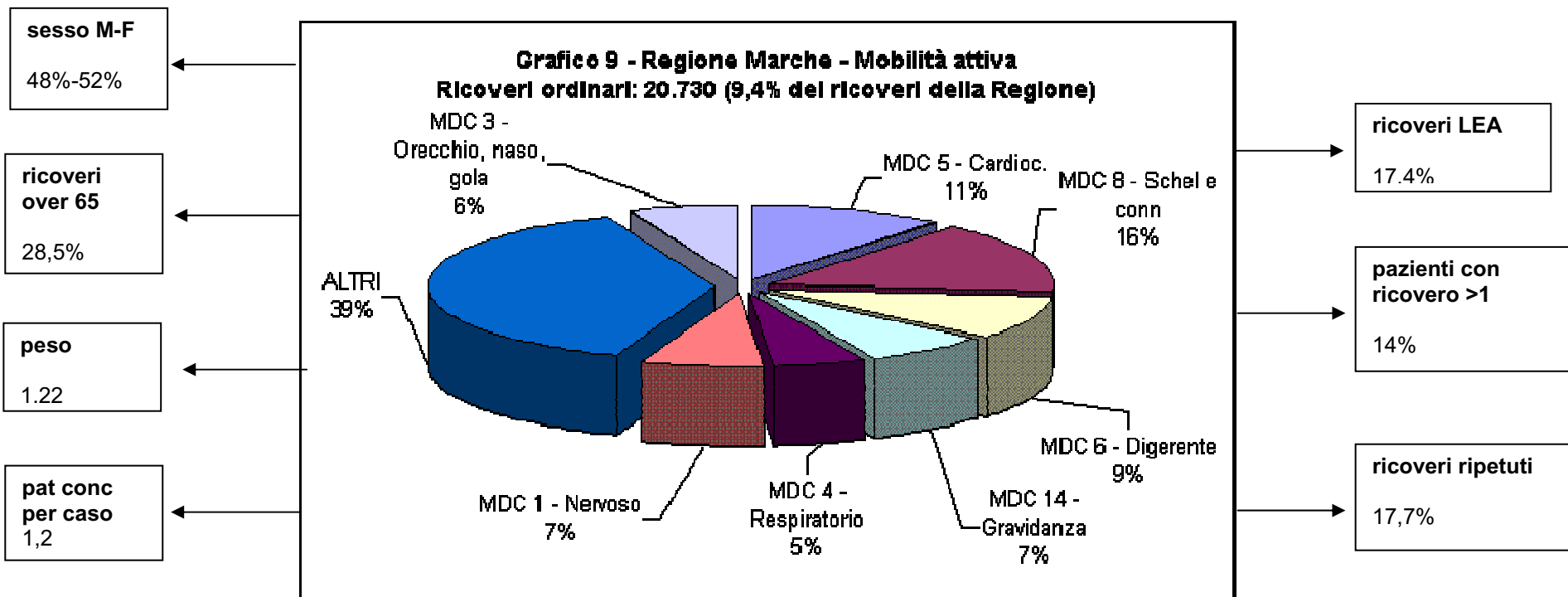
Città	Pr.	Istituto	cod. Istituto	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmd
Perugia	PG	A.O. di Perugia	10090102	390	22,9	22,9	1.938	18,0	18,0	5,0
Perugia	PG	A.O. di Perugia	10090101	339	19,9	42,7	2.317	21,5	39,4	6,8
Gubbio	PG	Presidio Ospedaliero di Gubbio	10080801	157	9,2	51,9	755	7,0	46,4	4,8
Perugia	PG	Casa di Cura Porta Sole	100702	156	9,1	61,1	405	3,8	50,2	2,6
Città di Castello	PG	Presidio Ospedaliero di Città di Castello	10080101	113	6,6	67,7	790	7,3	57,5	7,0
Perugia	PG	Casa di Cura Madonna degli.....(SAGIS S.r.L.)	100703	105	6,2	73,9	780	7,2	64,7	7,4
Foligno	PG	Polo Ospedaliero di Foligno	10080901	69	4,0	77,9	380	3,5	68,2	5,5
Terni	TR	A.O. Santa Maria	100902	58	3,4	81,3	390	3,6	71,8	6,7
Totale				1.387	81,3		7.755	71,8		5,6
Altre strutture				319	18,7		3.040	28,2		9,5
Totale				1.706	100		10.795	100		6,3

Tab.37 - Regione Marche - Mobilità Passiva in Umbria ricoveri ordinari per Zona di residenza

Zona Residenza	zona	ordinari	%
Urbino	102	295	17
Macerata	109	262	15
Fabriano	106	216	13
Camerino	110	206	12
Fermo	111	165	10
Civitanova	108	112	7
Ancona	107	102	6
Ascoli Piceno	113	94	6
Fano	103	86	5
Jesi	105	62	4
San Benedetto	112	47	3
Pesaro	101	37	2
Senigallia	104	22	1
Totale		1.706	100

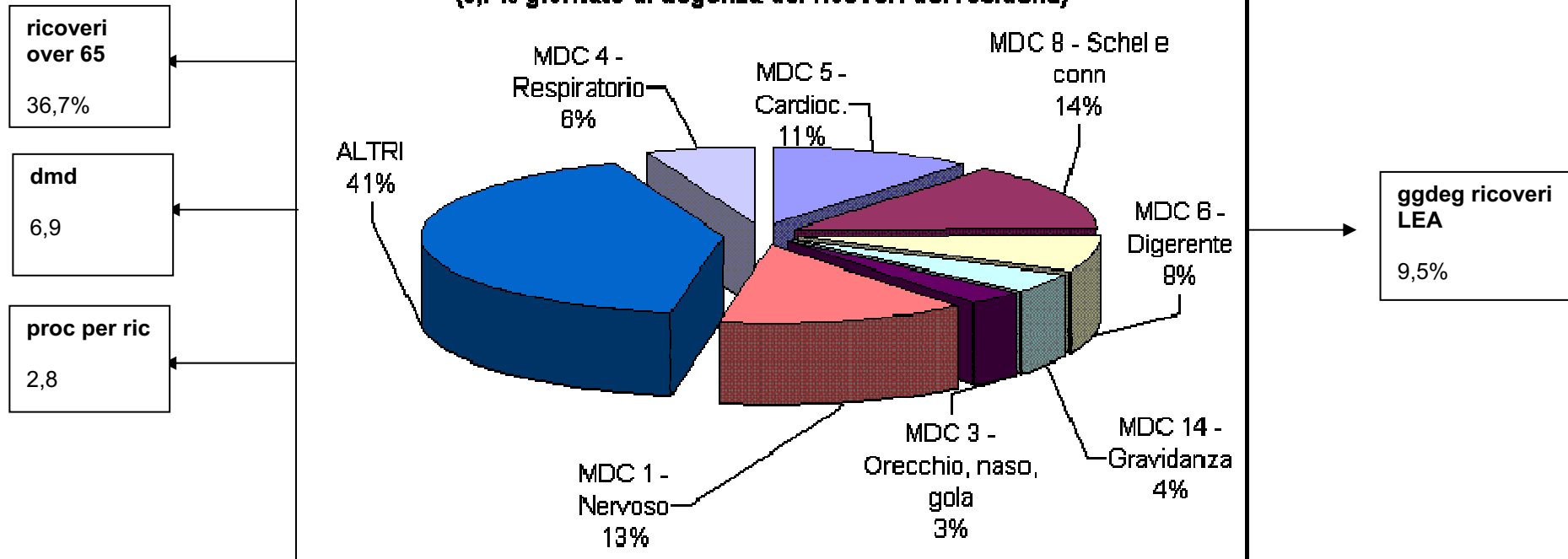
Tab. 38 - Regione Marche - Mobilità Passiva in Umbria ricoveri ordinari, Primi 30 DRG

n	tipo	drg	descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmd	devstd	peso
1	C	222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	220	12,9	12,9	433	4,0	4,0	2,0	1,1	1,1
2	C	209	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	110	6,4	19,3	854	7,9	11,9	7,8	2,8	3,3
3	C	225	INTERVENTI SUL PIEDE	103	6,0	25,4	198	1,8	13,8	1,9	0,4	0,9
4	C	5	INTERVENTI SUI VASI EXTRACRANICI	48	2,8	28,2	184	1,7	15,5	3,8	2,2	2,0
5	M	323	CALCOLOSI URINARIA, CON CC E/O LITOTRIPSIA MEDIANTE ULTRASUONI	37	2,2	30,4	98	0,9	16,4	2,6	2,7	0,9
6	C	478	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	33	1,9	32,3	263	2,4	18,8	8,0	5,1	2,4
7	M	256	ALTRE DIAGNOSI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	30	1,8	34,1	851	7,9	26,7	28,4	12,4	0,5
8	C	215	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	29	1,7	35,8	102	0,9	27,6	3,5	2,4	1,3
9	M	249	ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	27	1,6	37,3	296	2,7	30,4	11,0	11,4	0,5
10	C	110	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, CON CC	27	1,6	38,9	220	2,0	32,4	8,1	5,1	4,2
11	C	219	INTERVENTI SU ARTO INFERIORE E OMERI ECCETTO ANCA, PIEDE E FEMORE, ETA' >17 SENZA CC	24	1,4	40,3	61	0,6	33,0	2,5	2,0	1,2
12	M	373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	24	1,4	41,7	84	0,8	33,8	3,5	1,5	0,6
13	M	243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	22	1,3	43,0	229	2,1	35,9	10,4	10,1	0,8
14	M	462	RIABILITAZIONE	20	1,2	44,2	249	2,3	38,2	12,5	4,9	0,8
15	C	231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	18	1,1	45,3	38	0,4	38,5	2,1	0,8	0,9
16	C	223	INTERVENTI MAGGIORI SU SPALLA E GOMITO O ALTRI INTERVENTI SU ARTO SUPERIORE CON CC	17	1,0	46,2	31	0,3	38,8	1,8	0,6	1,0
17	M	12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	16	0,9	47,2	293	2,7	41,5	18,3	16,5	1,6
18	C	227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	16	0,9	48,1	32	0,3	41,8	2,0	0,8	0,8
19	C	211	INTERVENTI SU ANCA E FEMORE, ECCETTO ARTICOLAZIONI MAGGIORI, ETA' >17 SENZA CC	16	0,9	49,1	60	0,6	42,4	3,8	1,4	1,8
20	C	232	ARTROSCOPIA	15	0,9	49,9	25	0,2	42,6	1,7	0,7	0,8
21	C	224	INTERVENTI SU SPALLA, GOMITO O AVAMBRACCIO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SU ARTICOLAZIONI SENZA CC	15	0,9	50,8	21	0,2	42,8	1,4	0,6	0,8
22	C	111	INTERVENTI MAGGIORI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	14	0,8	51,6	104	1,0	43,8	7,4	4,4	2,6
23		391	NEONATO NORMALE	14	0,8	52,5	48	0,4	44,2	3,4	0,9	0,2
24	C	461	INTERVENTO CON DIAGNOSI DI ALTRO CONTATTO CON I SERVIZI SANITARI	13	0,8	53,2	48	0,4	44,7	3,7	2,6	1,1
25	C	290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	13	0,8	54,0	40	0,4	45,0	3,1	0,5	1,0
26	C	260	MASTECTOMIA SUBTOTALE PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	12	0,7	54,7	33	0,3	45,3	2,8	1,0	1,0
27	C	479	ALTRI INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE, SENZA CC	12	0,7	55,4	83	0,8	46,1	6,9	3,9	1,6
28	M	14	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	11	0,6	56,0	60	0,6	46,7	5,5	6,2	1,6
29	M	404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	11	0,6	56,7	82	0,8	47,4	7,5	6,7	1,2
30	C	371	PARTO CESAREO SENZA CC	11	0,6	57,3	57	0,5	48,0	5,2	1,9	1,0
Totale				978	57,3		5.177	48,0		5,3		
Altro				728	42,7		5.618	52,0		7,7		
Totale				1.706	100		10.795	100		6,3		1,5
% ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza				356	20,9		1.170	10,8				



Fasce di età %		DRG e ICD-IX, dati di sintesi		DRG Medici e Chirurgici %	
da 0 a 14 anni	11,4	I primi 30 DRG rappresentano:	37,4%	DRG Medici	50,9
da 15 a 44 anni	34,2	Le prime 30 diagnosi principali ICD-IX:	25,8%	DRG Chirurgici	42,8
da 45 a 64 anni	25,9				
da 65 a 74 anni	15				
da 75 a 84 anni	10,7				
> 85	2,7				

Grafico 10 - Regione Marche - Mobilità attiva
Giornate di degenza ricoveri ordinari : 143.316
(8,7% giornate di degenza dei ricoveri dei residenti)



ricoveri over 65
36,7%

dmd
6,9

proc per ric
2,8

ggdeg ricoveri LEA
9,5%

Fasce di età %

da 0 a 14 anni	7,7
da 15 a 44 anni	29,3
da 45 a 64 anni	26,3
da 65 a 74 anni	17,9
da 75 a 84 anni	14,9
> 85	3,9

DRG e ICD-IX, dati di sintesi

I primi 30 DRG rappresentano:	34,3%
Le prime 30 diagnosi principali ICD-IX:	22,7%

DRG Medici e Chirurgici %

DRG Medici	56,7
DRG Chirurgici	32,7

Tab.39 Regione Marche - Mobilità attiva, ricoveri ordinari e giornate di degenza per fasce di età

fasce età	ricoveri	%	ggdeg	%
0-14	2.372	11,4	10.969	7,7
15-44	7.081	34,2	42.017	29,3
45-64	5.376	25,9	37.760	26,3
65-74	3.119	15,0	25.634	17,9
75-84	2.225	10,7	21.363	14,9
>85	557	2,7	5.573	3,9
Totale	20.730	100	143.316	100

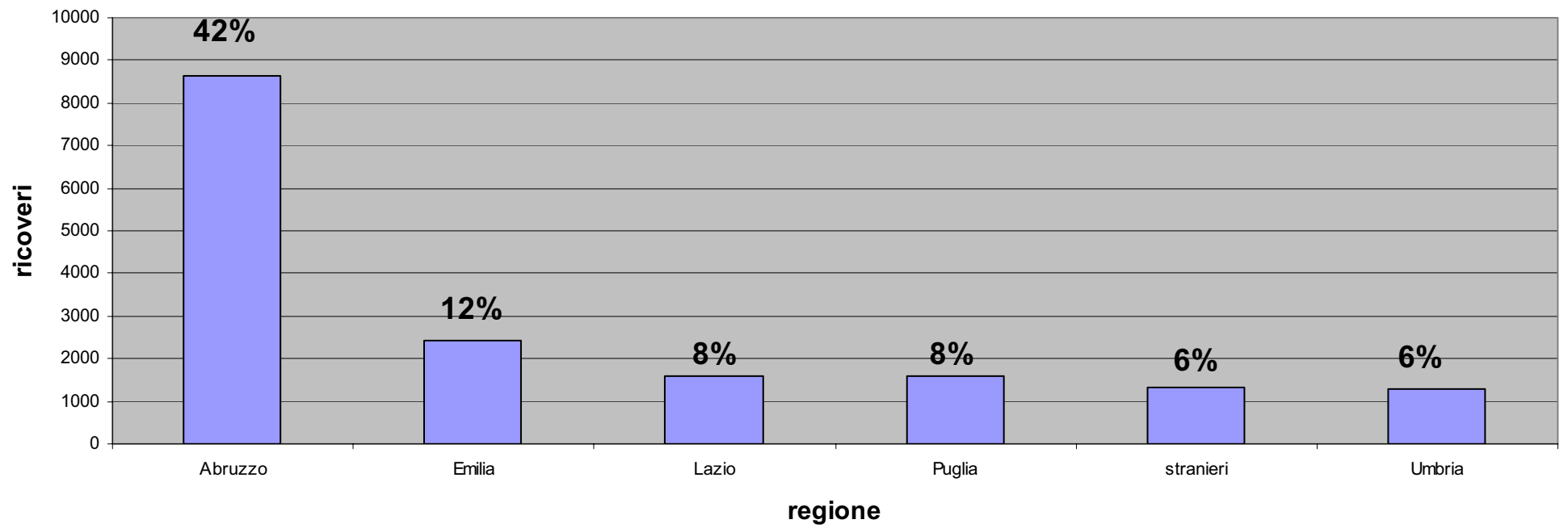
Tab.40 Regione Marche - Mobilità attiva ricoveri ordinari per fasce di durata della degenza

fasce durata degenza	ricoveri	%	età media	>= 65	%>=65 sui ricoveri	peso	% ric LEA
1	3.119	15,0	42	639	20,5	0,87	37,6
2-5	10.119	48,8	42	2.083	20,6	0,99	18,1
6-10	3.762	18,1	54	1.523	40,5	1,38	10,0
11-15	1.642	7,9	60	831	50,6	1,78	6,6
>15	2.088	10,1	55	825	39,5	2,14	5,6
Totale	20.730	100	47	5.901	28,5	1,22	17,4

Tab.41 Regione Marche - Mobilità attiva patologie concomitanti e procedure per ricoveri ordinari

fasce durata degenza	pat conc	pat conc per caso	% pat conc	procedure	proc per caso	% proc
1	1.511	0,5	6,3	6.047	1,9	10,3
2-5	9.700	1,0	40,3	27.507	2,7	46,7
6-10	6.077	1,6	25,3	12.280	3,3	20,8
11-15	2.927	1,8	12,2	5.706	3,5	9,7
>15	3.833	1,8	15,9	7.403	3,5	12,6
Totale	24.048	1,2	100	58.943	2,8	100

Grafico 11 - Regione Marche - Mobilità Attiva, ricoveri ordinari



Tab.42 Regione Marche - Mobilità attiva primi 30 DRG ricoveri ordinari

n	tipo	drg	Descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmd	devstd	peso
1	M	373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	544	2,6	2,6	1.888	1,3	1,3	3,5	1,8	0,64
2	0	437	DIPENDENZA DA ALCOOL/FARMACI, TERAPIA RIABILITATIVA E DISINTOSSICANTE COMBINATE	462	2,2	4,9	8.956	6,2	7,6	19,4	5,6	1,06
3	0	391	NEONATO NORMALE	448	2,2	7,0	1.468	1,0	8,6	3,3	1,2	0,20
4	C	215	INTERVENTI SU DORSO E COLLO, SENZA CC	436	2,1	9,1	1.621	1,1	9,7	3,7	4,1	1,35
5	C	222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	361	1,7	10,9	721	0,5	10,2	2,0	1,7	1,09
6	M	430	PSICOSI	325	1,6	12,4	4.960	3,5	13,7	15,3	10,7	1,23
7	C	371	PARTO CESAREO SENZA CC	325	1,6	14,0	1.574	1,1	14,8	4,8	2,1	1,00
8	C	359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	318	1,5	15,5	1.622	1,1	15,9	5,1	3,0	1,04
9	C	209	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	315	1,5	17,0	3.665	2,6	18,5	11,6	5,0	3,32
10	C	119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	295	1,4	18,5	438	0,3	18,8	1,5	1,2	0,77
11	C	162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	291	1,4	19,9	526	0,4	19,1	1,8	1,3	0,75
12	M	127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	280	1,4	21,2	2.813	2,0	21,1	10,0	7,1	1,26
13	C	36	INTERVENTI SULLA RETINA	237	1,1	22,4	747	0,5	21,6	3,2	4,7	1,15
14	M	379	MINACCIA DI ABORTO	234	1,1	23,5	990	0,7	22,3	4,2	3,1	0,77
15	C	39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	229	1,1	24,6	361	0,3	22,6	1,6	0,8	0,75
16	C	290	INTERVENTI SULLA TIROIDE	214	1,0	25,6	921	0,6	23,2	4,3	1,7	1,04
17	M	14	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECETTO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	212	1,0	26,7	3.076	2,1	25,4	14,5	15,2	1,57
18	M	241	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, SENZA CC	210	1,0	27,7	1.426	1,0	26,4	6,8	3,9	1,08
19	M	410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	207	1,0	28,7	969	0,7	27,0	4,7	4,4	0,52
20	C	42	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	192	0,9	29,6	537	0,4	27,4	2,8	2,8	0,97
21	M	88	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	177	0,9	30,4	1.485	1,0	28,4	8,4	4,7	1,19
22	M	183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' >17 SENZA CC	171	0,8	31,3	657	0,5	28,9	3,8	2,6	0,60
23	C	225	INTERVENTI SUL PIEDE	169	0,8	32,1	449	0,3	29,2	2,7	2,3	0,93
24	M	243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	169	0,8	32,9	1.041	0,7	29,9	6,2	5,3	0,77
25	C	55	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	167	0,8	33,7	546	0,4	30,3	3,3	1,8	0,81
26	C	381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	159	0,8	34,5	262	0,2	30,5	1,6	1,3	0,45
27	C	158	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	155	0,7	35,2	409	0,3	30,8	2,6	1,6	0,73
28	C	60	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA, ETA' < 18	152	0,7	36,0	260	0,2	31,0	1,7	1,0	0,27
29	M	12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	151	0,7	36,7	3.666	2,6	33,5	24,3	29,4	1,60
30	M	240	MALATTIE DEL TESSUTO CONNETTIVO, CON CC	146	0,7	37,4	967	0,7	34,2	6,6	4,6	1,89
Totale				7.751	37,4		49.021	34,2		6,3		1,03
Altro				12.979	62,6		94.295	65,8		7,3		
Totale				20.730	100		143.316	100		6,9		1,22

Tab.43 Regione Marche - Mobilità attiva, prime 30 Diagnosi principali ricoveri ordinari

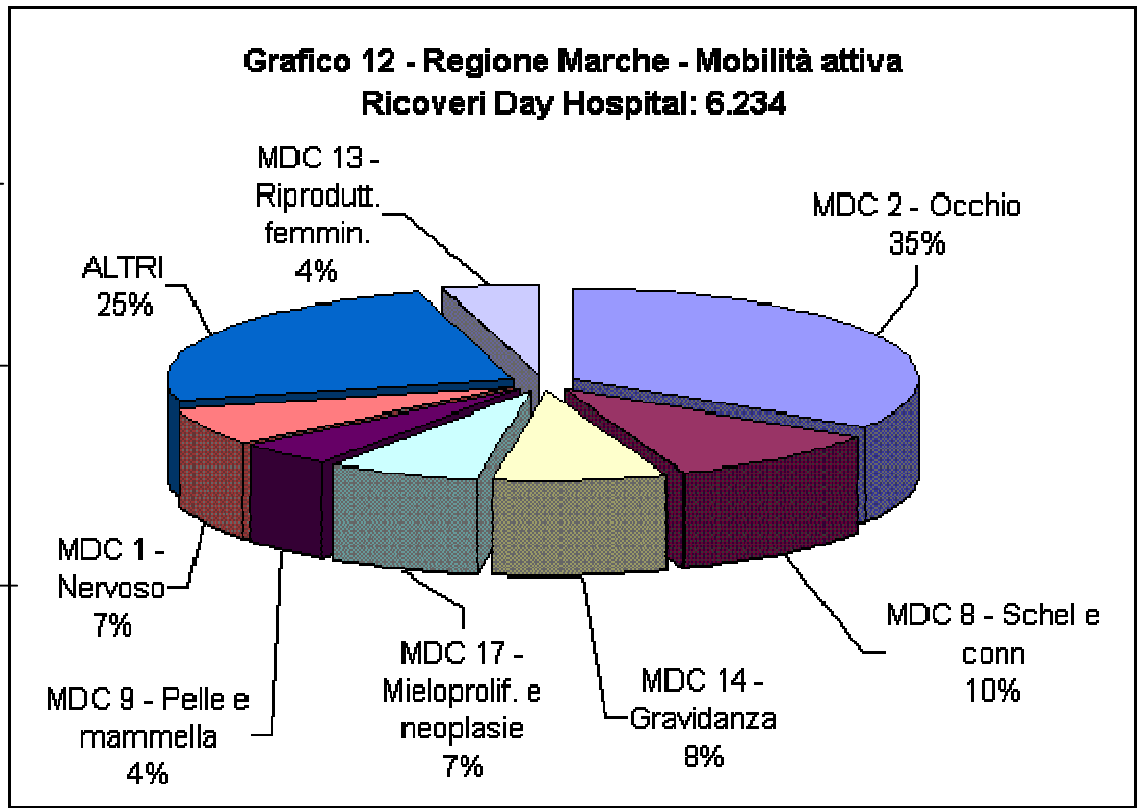
n	icd-ix	descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	dmd	devstd
1	30391	Dipendenza da alcool, altra e non specificata, continua	392	1,9	1,9	7.705	19,7	6,7
2	72210	Ernia del disco intervertebrale lombare senza mielopatia	387	1,9	3,8	1.052	2,7	2,1
3	650	Parto normale	387	1,9	5,6	1.376	3,6	2,1
4	4549	Varici degli arti inferiori senza menzione di ulcera o infiammazione	342	1,6	7,3	501	1,5	0,9
5	V3000	Nato singolo, nato in ospedale senza menzione di taglio cesareo	332	1,6	8,9	983	3,0	0,7
6	55090	Ernia inguinale monolaterale o non specificata, senza menzione di ostruzione o gangrena	312	1,5	10,4	618	2,0	1,6
7	V581	Chemioterapia	235	1,1	11,5	1.451	6,2	6,8
8	7172	Lesione del corno posteriore del menisco interno	210	1,0	12,5	306	1,5	0,6
9	4280	Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio)	204	1,0	13,5	2.132	10,5	7,8
10	585	Insufficienza renale cronica	187	0,9	14,4	1.617	8,6	42,2
11	66971	Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione, parto con o senza menzione delle condizioni antepartum	166	0,8	15,2	805	4,8	2,2
12	30390	Dipendenza da alcool, altra e non specificata, non specificata	154	0,7	16,0	3.035	19,7	9,0
13	V3001	Nato singolo, nato in ospedale con taglio cesareo	146	0,7	16,7	588	4,0	1,1
14	42731	Fibrillazione atriale	138	0,7	17,3	681	4,9	4,7
15	4555	Emorroidi esterne con altre complicazioni	136	0,7	18,0	473	3,5	2,1
16	71516	Artrosi localizzata primaria, ginocchio	131	0,6	18,6	1.390	10,6	4,0
17	57420	Calcolosi della colecisti senza menzione di colecistite, senza menzione di ostruzione	130	0,6	19,2	494	3,8	2,7
18	V580	Sessione di radioterapia	130	0,6	19,9	563	4,3	3,1
19	49121	Bronchite cronica ostruttiva, con riacutizzazione	129	0,6	20,5	1.095	8,5	4,8
20	64003	Minaccia d'aborto, condizione o complicazione antepartum	122	0,6	21,1	516	4,2	3,4
21	470	Deviazione del setto nasale	117	0,6	21,6	437	3,7	1,8
22	7101	Sclerosi sistemica	109	0,5	22,2	565	5,2	4,2
23	51881	Insufficienza respiratoria	99	0,5	22,6	1.218	12,3	13,7
24	7350	Alluce valgo (acquisito)	99	0,5	23,1	241	2,4	1,9
25	2411	Gozzo multinodulare non tossico	99	0,5	23,6	405	4,1	1,4
26	5409	Appendicite acuta senza menzione di peritonite, perforazione o rottura	99	0,5	24,1	385	3,9	1,8
27	64403	Minaccia di travaglio prematuro, condizione o complicazione antepartum	93	0,4	24,5	406	4,4	2,8
28	4564	Varicocele	92	0,4	25,0	165	1,8	0,5
29	71515	Artrosi localizzata primaria, anca	91	0,4	25,4	1.001	11,0	4,8
30	4139	Altre e non specificate forme di angina pectoris	90	0,4	25,8	435	4,8	4,2
Totale			5.358	25,8		32.639	6,1	
Altro			15.372	74,2		110.677	7,2	
Totale			20.730	100		143.316	6,9	

Grafico 12 - Regione Marche - Mobilità attiva
Ricoveri Day Hospital: 6.234

sexso M-F
43%-57%

ricoveri over 65
36,1%

peso
0.80



Fasce di età %

da 0 a 14 anni	11,0
da 15 a 44 anni	29,8
da 45 a 64 anni	23,1
da 65 a 74 anni	18,1
da 75 a 84 anni	15,5
> 85	2,5

DRG e ICD-IX, dati di sintesi

I primi 30 DRG rappresentano:	76,6%
Le prime 30 diagnosi principali ICD-IX:	55,5%

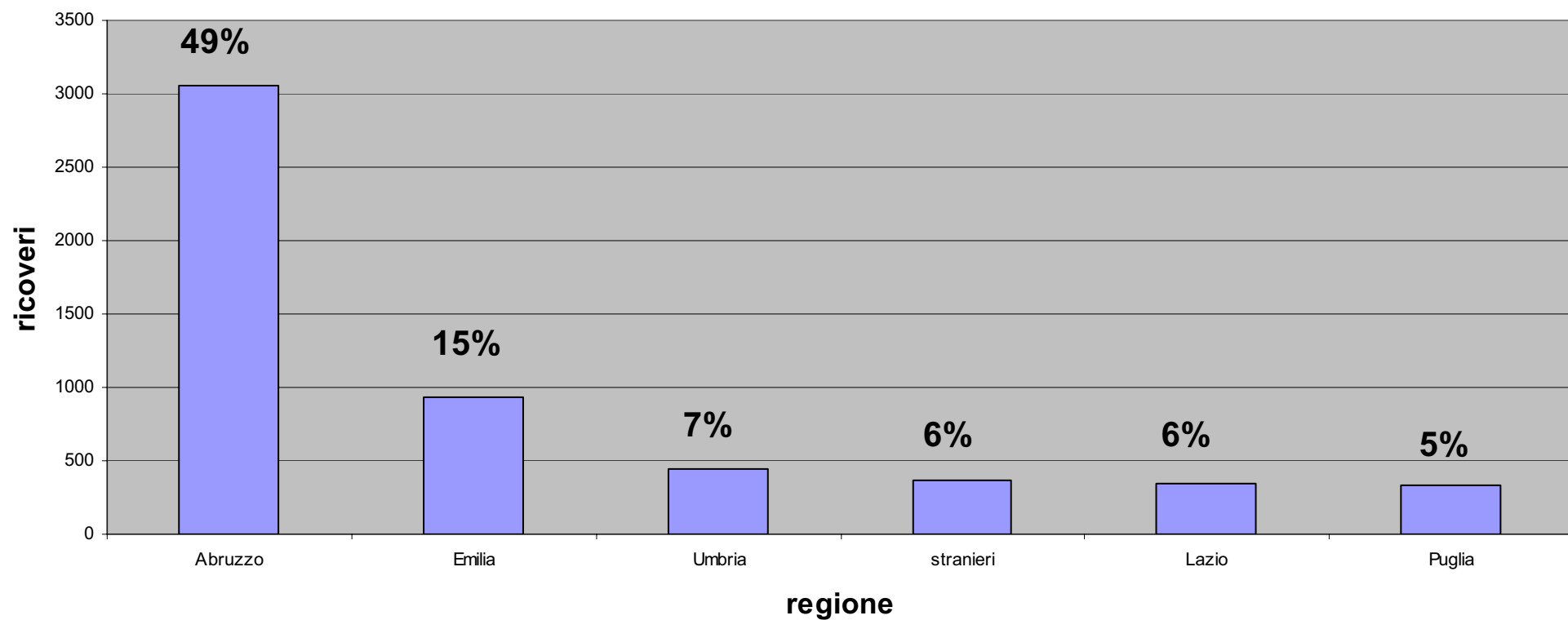
DRG Medici e Chirurgici %

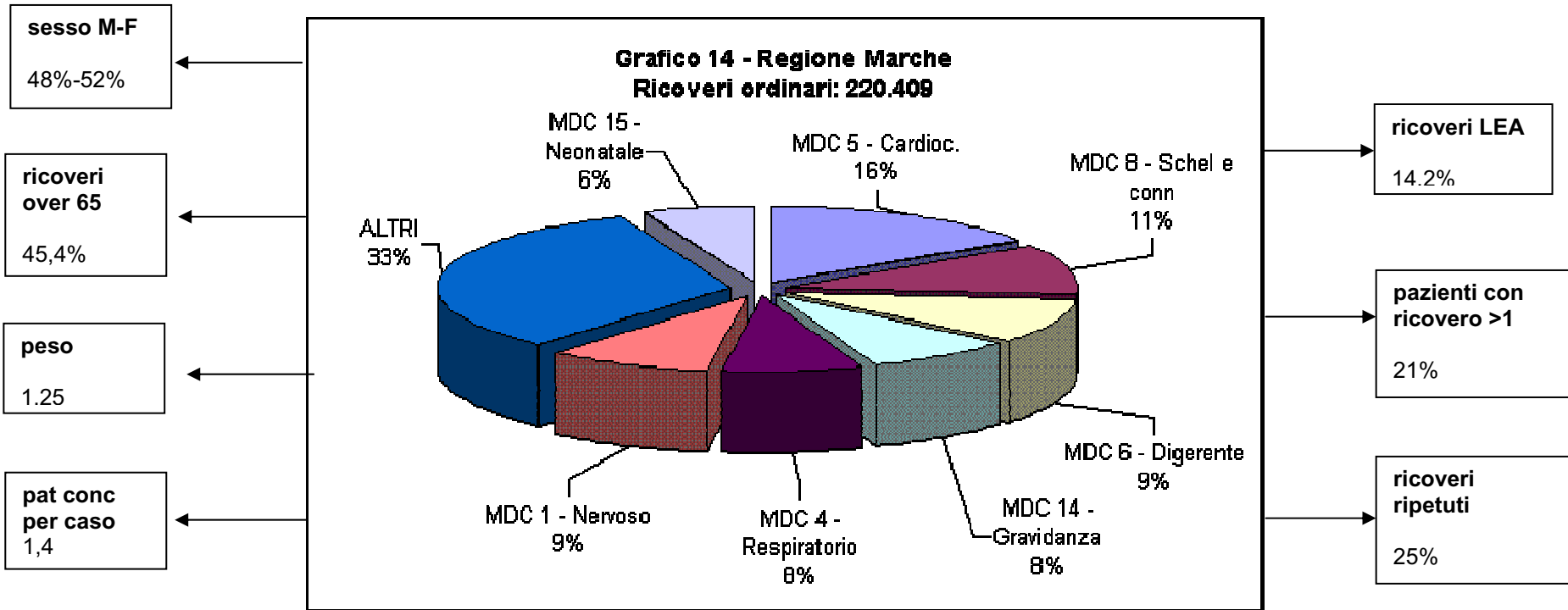
DRG Medici	31,3
DRG Chirurgici	68,6

Tab.44 Regione Marche - Mobilità attiva, primi 30 DRG Day Hospital

n	tipo	drg	descrizione	day hospital	%	%cum	peso
1	C	39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	1.490	23,9	23,9	0,75
2	C	381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	469	7,5	31,4	0,45
3	C	42	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCETTO RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	390	6,3	37,7	0,97
4	M	410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNASI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	372	6,0	43,6	0,52
5	C	364	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCETTO PER NEOPLASIE MALIGNI	180	2,9	46,5	0,54
6	C	6	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	158	2,5	49,1	0,57
7	M	26	CONVULSIONI E CEFALIA ETA` < 18	153	2,5	51,5	0,59
8	C	229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCETTO INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	144	2,3	53,8	0,60
9	C	222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	137	2,2	56,0	1,09
10	C	119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	124	2,0	58,0	0,77
11	C	227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	107	1,7	59,7	0,77
12	C	36	INTERVENTI SULLA RETINA	99	1,6	61,3	1,15
13	C	55	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	93	1,5	62,8	0,81
14	C	270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	93	1,5	64,3	0,62
15	C	40	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCETTO L'ORBITA, ETA` > 17	73	1,2	65,5	0,58
16	M	450	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA` > 17 SENZA CC	71	1,1	66,6	0,42
17	C	231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCETTO ANCA E FEMORE	69	1,1	67,7	0,94
18	M	467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	59	0,9	68,7	0,45
19	C	169	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	54	0,9	69,5	0,90
20	M	333	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE A RENE E VIE URINARIE, ETA` < 18	51	0,8	70,4	0,71
21	C	266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCETTO PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	46	0,7	71,1	0,94
22	C	162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA` > 17 SENZA CC	45	0,7	71,8	0,75
23	M	399	DISTURBI DEL SISTEMA RETICOLOENDOTELIALE E IMMUNITARIO SENZA CC	44	0,7	72,5	0,93
24	M	12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	39	0,6	73,1	1,60
25	C	360	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	38	0,6	73,8	0,76
26	M	404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	37	0,6	74,4	1,21
27	M	294	DIABETE ETA` > 35	37	0,6	74,9	1,01
28	M	297	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA` > 17 SENZA CC	36	0,6	75,5	0,94
29	M	295	DIABETE ETA` < 36	34	0,5	76,1	0,69
30	M	144	ALTRE DIAGNOSI RELATIVE ALL'APPARATO CIRCOLATORIO CON CC	34	0,5	76,6	1,59
Totale				4.776	76,6		0,73
Altro				1.458	23,4		
Totale				6.234	100		0,80

Grafico 13 - Regione Marche - Mobilità attiva, ricoveri day hospital





Fasce di età %

da 0 a 14 anni	12,6
da 15 a 44 anni	23,2
da 45 a 64 anni	18,8
da 65 a 74 anni	17,5
da 75 a 84 anni	19,9
> 85	8

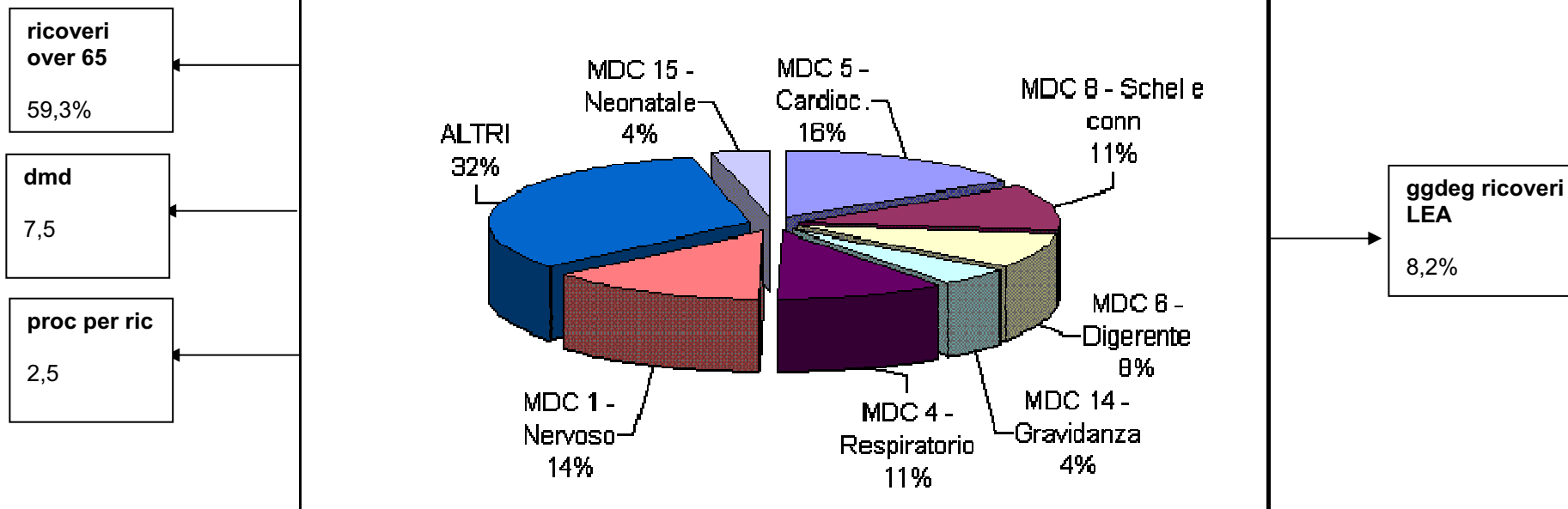
DRG e ICD-IX, dati di sintesi

I primi 30 DRG rappresentano:	39,5%
Le prime 30 diagnosi principali ICD-IX:	29,2%

DRG Medici e Chirurgici %

DRG Medici	58,1
DRG Chirurgici	35,1

Grafico 15 - Regione Marche
Giornate di degenza ricoveri ordinari : 1.645.280



ricoveri over 65
59,3%

dmd
7,5

proc per ric
2,5

ggdeg ricoveri LEA
8,2%

Fasce di età %

da 0 a 14 anni	6,8
da 15 a 44 anni	16
da 45 a 64 anni	17,9
da 65 a 74 anni	20,7
da 75 a 84 anni	27,2
> 85	11,4

DRG e ICD-IX, dati di sintesi

I primi 30 DRG rappresentano:	36,6%
Le prime 30 diagnosi principali ICD-IX:	26,4%

DRG Medici e Chirurgici %

DRG Medici	67,3
DRG Chirurgici	27,6

Tab.45 Regione Marche - ricoveri ordinari e giornate di degenza per fasce di età

fasce età	ricoveri	%	ggdeg	%
0-14	27.714	12,6	112.342	6,8
15-44	51.224	23,2	263.037	16,0
45-64	41.332	18,8	294.970	17,9
65-74	38.614	17,5	340.244	20,7
75-84	43.829	19,9	447.585	27,2
>85	17.696	8,0	187.102	11,4
Totale	220.409	100,0	1.645.280	100,0

Tab.46 Regione Marche - Ricoveri ordinari per fasce di durata della degenza

fasce durata degenza	ricoveri	%	età media	>= 65	%>=65 sui ricoveri	peso	% ric LEA
1	33.637	15,3	49	11.009	32,7	0,92	38,3
2-5	92.765	42,1	42	27.316	29,4	0,94	12,2
6-10	47.373	21,5	63	28.682	60,5	1,43	9,2
11-15	22.893	10,4	69	16.646	72,7	1,77	6,1
>15	23.741	10,8	68	16.486	69,4	2,09	5,6
Totale	220.409	100,0	53	100.139	45,4	1,25	14,2

Tab.47 Regione Marche - Patologie concomitanti e procedure per ricoveri ordinari

fasce durata degenza	pat conc	pat conc per caso	% pat conc	procedure	proc per caso	% proc
1	20.087	0,6	6,5	62.611	1,9	11,5
2-5	100.452	1,1	32,7	203.556	2,2	37,2
6-10	85.530	1,8	27,8	135.782	2,9	24,8
11-15	46.638	2,0	15,2	69.102	3,0	12,6
>15	54.407	2,3	17,7	75.497	3,2	13,8
Totale	307.114	1,4	100,0	546.548	2,5	100

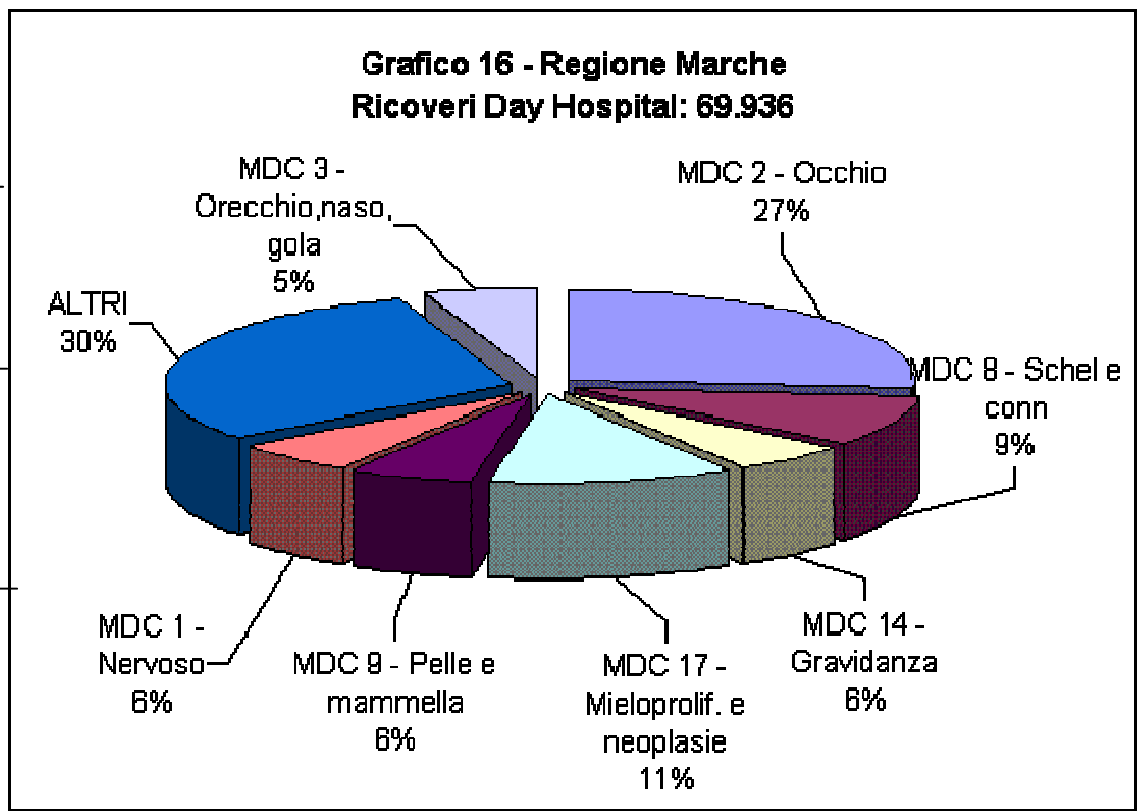
Tab.48 Regione Marche - Primi 30 DRG ricoveri ordinari

n	tipo	drg	Descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	%	%cum	dmd	devstd	peso
1	0	391	NEONATO NORMALE	10.426	4,7	4,7	34.109	2,1	2,1	3,3	1,3	0,20
2	M	373	PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	8.551	3,9	8,6	29.916	1,8	3,9	3,5	4,6	0,64
3	M	127	INSUFFICIENZA CARDIACA E SHOCK	7.320	3,3	11,9	74.838	4,5	8,4	10,2	8,0	1,26
4	M	14	MALATTIE CEREBROVASCOLARI SPECIFICHE ECCEP TO ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO	4.933	2,2	14,2	68.200	4,1	12,6	13,8	12,3	1,57
5	C	371	PARTO CESAREO SENZA CC	4.401	2,0	16,2	21.318	1,3	13,9	4,8	2,0	1,00
6	C	209	INTERVENTI SU ARTICOLAZIONI MAGGIORI E REIMPIANTI DI ARTI INFERIORI	3.514	1,6	17,8	41.648	2,5	16,4	11,9	5,4	3,32
7	C	162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	3.235	1,5	19,2	4.638	0,3	16,7	1,4	1,2	0,75
8	C	359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	3.082	1,4	20,6	13.914	0,8	17,5	4,5	2,7	1,04
9	M	430	PSICOSI	2.940	1,3	22,0	49.931	3,0	20,6	17,0	18,4	1,23
10	M	88	MALATTIA POLMONARE CRONICA OSTRUTTIVA	2.922	1,3	23,3	27.701	1,7	22,3	9,5	5,9	1,19
11	M	15	ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO E OCCLUSIONI PRECEREBRALI	2.802	1,3	24,6	22.627	1,4	23,6	8,1	6,3	0,98
12	M	89	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE, ETA' > 17 CON CC	2.539	1,2	25,7	31.997	1,9	25,6	12,6	8,9	1,65
13	M	139	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, SENZA CC	2.225	1,0	26,7	8.591	0,5	26,1	3,9	3,6	0,66
14	C	119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	2.089	0,9	27,7	2.872	0,2	26,3	1,4	1,6	0,77
15	M	316	INSUFFICIENZA RENALE	1.970	0,9	28,6	21.203	1,3	27,6	10,8	15,7	1,37
16	M	379	MINACCIA DI ABORTO	1.908	0,9	29,4	8.802	0,5	28,1	4,6	4,3	0,77
17	M	12	MALATTIE DEGENERATIVE DEL SISTEMA NERVOSO	1.879	0,9	30,3	34.143	2,1	30,2	18,2	22,1	1,60
18	C	222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	1.800	0,8	31,1	3.229	0,2	30,4	1,8	1,8	1,09
19	C	112	INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE PER VIA PERCUTANEA	1.665	0,8	31,9	10.489	0,6	31,0	6,3	5,0	2,45
20	M	87	EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	1.635	0,7	32,6	17.166	1,0	32,1	10,5	8,8	1,26
21	C	39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	1.626	0,7	33,3	2.256	0,1	32,2	1,4	1,1	0,75
22	M	183	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ETA' >17 SENZA CC	1.607	0,7	34,1	9.158	0,6	32,7	5,7	5,1	0,60
23	M	122	MALATTIE CARDIOVASCOLARI CON INFARTO MIOCARDICO ACUTO SENZA COMPLICANZE CARDIOVASCOLARI DIMESSI VIVI	1.579	0,7	34,8	13.049	0,8	33,5	8,3	5,2	1,58
24	C	494	COLECISTECTOMIA LAPAR. SNZ.. ESP. DOTTO COM. SENZA CC	1.570	0,7	35,5	6.174	0,4	33,9	3,9	3,9	1,17
25	M	138	ARITMIA E ALTERAZIONI DELLA CONDUZIONE CARDIACA, CON CC	1.547	0,7	36,2	10.022	0,6	34,5	6,5	5,4	1,23
26	C	158	INTERVENTI SU ANO E STOMA, SENZA CC	1.519	0,7	36,9	3.119	0,2	34,7	2,1	2,0	0,73
27	M	140	ANGINA PECTORIS	1.503	0,7	37,6	10.376	0,6	35,3	6,9	5,5	0,86
28	M	243	AFFEZIONI MEDICHE DEL DORSO	1.475	0,7	38,2	10.321	0,6	36,0	7,0	7,3	0,77
29	M	125	MALATTIE CARDIOVASCOLARI ECCEP TO INFARTO MIOCARDICO ACUTO, CON CATETERISMO CARDIACO E DIAGNOSI NON COMPLICATA	1.442	0,7	38,9	6.139	0,4	36,3	4,3	4,2	0,71
30	M	143	DOLORE TORACICO	1.392	0,6	39,5	4.808	0,3	36,6	3,5	2,6	0,71
Totale				87.096	39,5		602.754	36,6		6,9		1,06
Altro				133.313	60,5		1.042.526	63,4		7,8		
Totale				220.409	100		1.645.280	100		7,5		1,25

Tab.49 Regione Marche - Prime 30 Diagnosi principali ricoveri ordinari

n	icd-ix	descrizione	ordinari	%	%cum	ggdeg	dmd	devstd
1	V3000	Nato singolo, nato in ospedale senza menzione di taglio cesareo	7.643	3,5	3,5	22.993	3,0	1,4
2	650	Parto normale	6.655	3,0	6,5	22.748	3,4	1,8
3	4280	Insufficienza cardiaca congestizia (scompenso cardiaco congestizio)	4.315	2,0	8,4	47.493	11,0	7,9
4	V3001	Nato singolo, nato in ospedale con taglio cesareo	3.444	1,6	10,0	14.054	4,1	1,8
5	55090	Ernia inguinale monolaterale o non specificata, senza menzione di ostruzione o gangrena	2.976	1,4	11,4	4.396	1,5	1,4
6	42731	Fibrillazione atriale	2.705	1,2	12,6	12.817	4,7	4,7
7	4281	Insufficienza del cuore sinistro (scompenso cardiaco sinistro)	2.625	1,2	13,8	24.282	9,3	7,8
8	49121	Bronchite cronica ostruttiva, con riacutizzazione	2.612	1,2	15,0	25.579	9,8	6,8
9	485	Broncopolmonite, non specificata	2.104	1,0	15,9	24.158	11,5	8,6
10	51881	Insufficienza respiratoria	2.000	0,9	16,8	25.262	12,6	12,0
11	4549	Varici degli arti inferiori senza menzione di ulcera o infiammazione	1.930	0,9	17,7	2.364	1,2	0,9
12	585	Insufficienza renale cronica	1.842	0,8	18,5	17.188	9,3	15,7
13	43401	Trombosi cerebrale con infarto cerebrale	1.835	0,8	19,4	27.608	15,0	12,6
14	4359	Ischemia cerebrale transitoria non specificata	1.833	0,8	20,2	14.008	7,6	4,7
15	66971	Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione, parto con o senza menzione delle condizioni antepartum	1.725	0,8	21,0	8.821	5,1	2,6
16	41071	Infarto subendocardico, episodio iniziale di assistenza	1.624	0,7	21,7	14.278	8,8	5,5
17	4148	Altre forme specificate di cardiopatia ischemica cronica	1.480	0,7	22,4	14.075	9,5	9,3
18	4139	Altre e non specificate forme di angina pectoris	1.382	0,6	23,0	7.182	5,2	4,5
19	V581	Chemioterapia	1.319	0,6	23,6	9.356	7,1	8,6
20	600	Iperplasia della prostata	1.258	0,6	24,2	8.545	6,8	4,3
21	82020	Sezione trocanterica, non specificata	1.216	0,6	24,7	16.547	13,6	8,2
22	4111	Sindrome coronarica intermedia	1.205	0,5	25,3	8.638	7,2	5,9
23	57420	Calcolosi della colecisti senza menzione di colecistite, senza menzione di ostruzione	1.132	0,5	25,8	4.862	4,3	4,8
24	7802	Sincope e collasso	1.103	0,5	26,3	6.254	5,7	4,6
25	2765	Deplezione di volumi	1.086	0,5	26,8	5.878	5,4	4,9
26	71516	Artrosi localizzata primaria, ginocchio	1.082	0,5	27,3	12.186	11,3	4,9
27	4829	Polmonite batterica, non specificata	1.041	0,5	27,8	11.497	11,0	9,7
28	72210	Ernia del disco intervertebrale lombare senza mielopatia	1.038	0,5	28,2	3.910	3,8	1,5
29	65421	Pregresso parto cesareo complicante la gravidanza, il parto e il puerperio, parto con o senza menzione della condizione antepartum	1.038	0,5	28,7	4.530	4,4	4,1
30	436	Vasculopatie cerebrali acute, mal definite	1.030	0,5	29,2	12.541	12,2	9,4
Totale			64.278	29,2		434.050	6,8	
Altro			156.131	70,8		1.211.230	7,8	
Totale			220.409	100		1.645.280	7,5	

Grafico 16 - Regione Marche
Ricoveri Day Hospital: 69.936



sesto M-F
46%-54%

ricoveri over 65
43,8%

peso
0.80

Fasce di età %

da 0 a 14 anni	7,9
da 15 a 44 anni	24,3
da 45 a 64 anni	24
da 65 a 74 anni	20,7
da 75 a 84 anni	19,9
> 85	3,2

DRG e ICD-IX, dati di sintesi

I primi 30 DRG rappresentano:	72,2%
Le prime 30 diagnosi principali ICD-IX:	55,3%

DRG Medici e Chirurgici %

DRG Medici	35,3
DRG Chirurgici	64,6

Tab.50 Regione Marche - Primi 30 DRG ricoveri Day Hospital

n	tipo	drg	descrizione	day hospital	%	%cum	peso
1	C	39	INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA	15.816	22,6	22,6	0,75
2	M	410	CHEMIOTERAPIA NON ASSOCIATA A DIAGNOSI SECONDARIA DI LEUCEMIA ACUTA	6.722	9,6	32,2	0,52
3	C	381	ABORTO CON DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, MEDIANTE ASPIRAZIONE O ISTEROTOMIA	3.518	5,0	37,3	0,45
4	C	6	DECOMPRESSIONE DEL TUNNEL CARPALE	2.113	3,0	40,3	0,57
5	C	364	DILATAZIONE E RASCHIAMENTO, CONIZZAZIONE ECCEPTE PER NEOPLASIE MALIGNI	1.655	2,4	42,6	0,54
6	C	162	INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE, ETA' > 17 SENZA CC	1.616	2,3	45,0	0,75
7	C	229	INTERVENTI SU MANO O POLSO ECCEPTE INTERVENTI MAGGIORI SULLE ARTICOLAZIONI, SENZA CC	1.541	2,2	47,2	0,60
8	C	222	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	1.481	2,1	49,3	1,09
9	C	119	LEGATURA E STRIPPING DI VENE	1.445	2,1	51,3	0,77
10	C	169	INTERVENTI SULLA BOCCA, SENZA CC	1.302	1,9	53,2	0,90
11	C	266	TRAPIANTI DI PELLE E/O SBRIGLIAMENTI ECCEPTE PER ULCERE DELLA PELLE/CELLULITE SENZA CC	1.293	1,8	55,1	0,94
12	C	42	INTERVENTI SULLE STRUTTURE INTRAOCULARI ECCEPTE RETINA, IRIDE E CRISTALLINO	1.139	1,6	56,7	0,97
13	C	55	MISCELLANEA DI INTERVENTI SU ORECCHIO, NASO, BOCCA E GOLA	952	1,4	58,0	0,81
14	C	359	INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC	938	1,3	59,4	1,04
15	C	231	ESCISSIONE LOCALE E RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAGGIO INTRAMIDOLLARE ECCEPTE ANCA E FEMORE	846	1,2	60,6	0,94
16	C	270	ALTRI INTERVENTI SU PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO E MAMMELLA SENZA CC	767	1,1	61,7	0,62
17	M	301	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	762	1,1	62,8	0,62
18	C	227	INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI SENZA CC	719	1,0	63,8	0,77
19	M	404	LINFOMA E LEUCEMIA NON ACUTA SENZA CC	576	0,8	64,6	1,21
20	M	26	CONVULSIONI E CEFALEA ETA' < 18	553	0,8	65,4	0,59
21	M	294	DIABETE ETA' > 35	549	0,8	66,2	1,01
22	M	450	AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI, ETA' > 17 SENZA CC	530	0,8	67,0	0,42
23	C	342	CIRCONCISIONE ETA' > 17	521	0,7	67,7	0,55
24	C	40	INTERVENTI SULLE STRUTTURE EXTRAOCULARI ECCEPTE L'ORBITA, ETA' > 17	500	0,7	68,4	0,58
25	C	360	INTERVENTI SU VAGINA, CERVICE E VULVA	468	0,7	69,1	0,76
26	M	298	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' < 18	453	0,6	69,7	0,55
27	M	297	DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E MISCELLANEA DI DISTURBI DEL METABOLISMO, ETA' > 17 SENZA CC	447	0,6	70,4	0,94
28	C	262	BIOPSIA DELLA MAMMELLA E ESCISSIONE LOCALE NON PER NEOPLASIE MALIGNI	440	0,6	71,0	0,64
29	M	467	ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE	437	0,6	71,6	0,45
30	C	36	INTERVENTI SULLA RETINA	429	0,6	72,2	1,15
Totale				50.528	72,2		0,71
Altro				19.408	27,8		
Totale				69.936	100		0,80

Tab.51 Regione Marche - Prime 30 Diagnosi principali ricoveri Day Hospital

n	icd-ix	descrizione	ordinari	%	%cum
1	V581	Chemioterapia	6.765	9,7	9,7
2	36610	Cataratta senile, non specificata	6.304	9,0	18,7
3	36616	Sclerosi nucleare	2.825	4,0	22,7
4	36617	Cataratta totale o matura	2.475	3,5	26,3
5	3540	Sindrome del tunnel carpale	2.162	3,1	29,4
6	36615	Cataratta corticale senile	1.943	2,8	32,1
7	55090	Ernia inguinale monolaterale o non specificata, senza menzione di ostruzione o gangrena	1.557	2,2	34,4
8	63592	Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, completo	1.549	2,2	36,6
9	4549	Varici degli arti inferiori senza menzione di ulcera o infiammazione	1.372	2,0	38,5
10	6210	Polipo del corpo dell'utero	1.129	1,6	40,2
11	36619	Altre forme combinate di cataratta senile	926	1,3	41,5
12	63590	Aborto indotto legalmente senza complicazione riferita, non specificato se completo o incompleto	911	1,3	42,8
13	4780	Ipertrofia dei turbinati nasali	778	1,1	43,9
14	5243	Anomalie della posizione del dente	753	1,1	45,0
15	605	Prepuzio esuberante e fimosi	745	1,1	46,0
16	7172	Lesione del corno posteriore del menisco interno	677	1,0	47,0
17	632	Aborto ritenuto	615	0,9	47,9
18	72703	Dito a scatto (acquisito)	562	0,8	48,7
19	9952	Effetti avversi non specificati di farmaci, medicinali e prodotti biologici non classificati altrove	508	0,7	49,4
20	36252	Degenerazione maculare senile essudativa della retina	439	0,6	50,0
21	1733	Altri tumori maligni della cute di altre e non specificate parti della faccia	414	0,6	50,6
22	V540	Trattamento ulteriore per l'estrazione di una placca o di altro dispositivo di fissazione interna	407	0,6	51,2
23	217	Tumori benigni della mammella	405	0,6	51,8
24	25002	Diabete mellito, tipo II (non insulinodipendente) (diabete dell'adulto) o non specificato, scompensato, senza menzione di complicanze	397	0,6	52,4
25	7173	Altre lesioni non specificate del menisco interno	361	0,5	52,9
26	1739	Altri tumori maligni della cute, sede non specificata	354	0,5	53,4
27	25001	Diabete mellito, tipo I (insulinodipendente) (diabete giovanile), non definito se scompensato, senza menzione di complicanze	343	0,5	53,9
28	5920	Calcolosi renale	334	0,5	54,3
29	6266	Metrorragia	332	0,5	54,8
30	27801	Obesità grave	327	0,5	55,3
Totale			38.669	55,3	
Altro			31.267	44,7	
Totale			69.936	100	

Tab.52 Regione Marche - Dati di attività e struttura

	numero strutture		p.l.		ricoveri		dmd	t.o.
	n	%	n	%	n	%		
Pubblico	36	73	4.994	83	197.575	90	8,0	86,4
Privato	13	27	1.012	17	22.434	10	10,4	62,9
Totale	49	100	6.006	100	220.009	100		

Tab.53 Regione Marche - Distribuzione posti letto per Zona Sanitaria

Zona Sanitaria	Strutture Pubbliche	Strutture Private	Totale	p.l. pubblici	%	p.l. privati	%	Totale	%	p.l./1000 ab
Ancona	7	2	9	1.326	26,6	135	13,34	1.461	24,33	6,11
Senigallia	1	1	2	254	5,1	42	4,15	296	4,93	3,99
Jesi	2	2	4	291	5,8	234	23,12	525	8,74	5,13
Fabriano	2	0	2	173	3,5	0	0,00	173	2,88	3,78
Ascoli Piceno	2	2	4	394	7,9	106	10,47	500	8,33	4,27
Fermo	5	1	6	357	7,1	36	3,56	393	6,54	2,55
San Benedetto	1	2	3	233	4,7	182	17,98	415	6,91	4,20
Camerino	3	0	3	220	4,4	0	0,00	220	3,66	4,60
Civitanova Marche	2	2	4	256	5,1	191	18,87	447	7,44	4,04
Macerata	3	1	4	450	9,0	86	8,50	536	8,92	4,11
Fano	3	0	3	384	7,7	0	0,00	384	6,39	2,99
Pesaro	2	0	2	407	8,1	0	0,00	407	6,78	2,86
Urbino	3	0	3	249	5,0	0	0,00	249	4,15	3,09
Totale	36	13	49	4.994	100	1.012	100	6.006	100	4,08

TAB. 54 AREA VASTA 1

ZONA Pesaro (1) - Strutture Pubbliche

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Nova Feltria	Presidio Osp. Sacra Famiglia	60	2.276	19.353	8,50	88,37
Pesaro	A.O. San Salvatore	347	16.416	128.228	7,81	101,24
Totale		407	18.692	147.581	7,90	99,34

ZONA Urbino (2) - Strutture Pubbliche

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Urbino	Ospedale Civile	165	7.433	49.294	6,63	81,85
Acqualagna	Ospedale Lanciarini-Sassocor.	40	1.519	12.024	7,92	82,36
Cagli	Ospedale Celli	44	1.550	13.221	8,53	82,32
Totale		249	10.502	74.539	7,10	82,01

ZONA Fano (3) - Strutture Pubbliche

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Pergola	Ospedale Dommino e Carlo	59	1.862	17.582	9,44	81,64
Fano	Ospedale Santa Croce Fano	267	12.098	87.255	7,21	89,53
Fossombrone	Ospedale Civile	58	1.905	15.097	7,92	71,31
Totale		384	15.865	119.934	7,56	85,57

SINTESI

	strutture	p.l.	%	ordinari	%	p.l./1000ab
Pubblico	8	1040	100	45049	100	
Privato	0	0	0	0	0	
Totale	8	1.040	100	45.049	100	2,96

TAB. 55 AREA VASTA 2

ZONA SENIGALLIA (4) - Strutture Pubbliche

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Senigallia	Ospedale di Senigallia	254	9.745	80.922	8,30	87,29
Totale		254	9.745	80.922	8,30	87,29

ZONA SENIGALLIA (4) - Strutture Private

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Senigallia	Villa Silvia	42	789	15.497	19,64	101,09
Totale		42	789	15.497	19,64	101,09

ZONA Jesi (5) - Strutture Pubbliche

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Cingoli	Ospedale Generale di Zona	10	430	3.638	8,46	99,67
Jesi	Ospedale Riuniti di Jesi	281	13.366	93.154	6,97	90,82
Totale		291	13.796	96.792	7,02	91,13

ZONA Jesi (5) - Strutture Private

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Jesi	Casa di Cura Villa Serena	162	2.113	21.519	10,18	36,39
Maiolati	Casa di Cura Villa Jolanda	72	459	17.235	37,55	65,58
Totale		234	2.572	38.754	15,07	45,37

ZONA Fabriano (6) - Strutture Pubbliche

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Fabriano	Ospedale Civile Profili	134	6.131	40.528	6,61	82,86
Sassoferrato	Sant'Antonio Abate	39	186	6.848	36,82	48,11
Totale		173	6.317	47.376	7,50	75,03

ZONA Ancona (7) - Strutture Pubbliche

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Ancona	A.O.Salesi	214	11.202	62.670	5,59	80,23
Ancona	A.O. Torrette	604	23.047	205.341	8,91	93,14
Ancona	Montessori	40	877	11.166	12,73	76,48
Loreto	Santa Casa di Loreto	48	1.806	13.720	7,60	78,31
Osimo	Benvenuto e Rocco	96	3.728	24.854	6,67	70,93
Ancona	Ospedale Cardiologico Lancisi	122	5.067	40.344	7,96	90,60
Ancona	INRCA	202	5.823	58.459	10,04	79,29
Totale		1.326	51.550	416.554	8,08	86,07

ZONA Ancona (7) - Strutture Private

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Ancona	Istituto Riabilitaz. S. Stefano-Villa Adria	45	402	15.701	39,06	95,59
Ancona	Casa di Cura Villa Igea	90	2.656	16.033	6,04	48,81
Totale		135	3.058	31.734	10,38	64,40

SINTESI

	strutture	p.l.	%	ordinari	%	p.l./1000ab
Pubblico	12	2044	83,3	81408	92,7	
Privato	5	411	16,7	6419	7,3	
Totale	17	2.455	100	87.827	100	5,32

TAB. 56 AREA VASTA 3

ZONA Civitanova Marche (8) - Strutture Pubbliche

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Civitanova Marche	Ospedale Generale di Zona	175	7.788	55.387	7,11	86,71
Recanati	Ospedale Civile Santa Lucia	81	3.937	25.300	6,43	85,57
Totale		256	11.725	80.687	6,88	86,35

ZONA Civitanova Marche (8) - Strutture Private

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Potenza Picena	Casa di Cura Centro San Stefano	99	641	32.775	51,13	90,70
Civitanova Marche	Casa di Cura Villa dei Pini	92	3.062	27.223	8,89	81,07
Totale		191	3.703	59.998	16,20	86,06

ZONA Macerata (9) - Strutture Pubbliche

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Tolentino	Presidio Ospedaliero	69	1.578	19.150	12,14	76,04
Treia	Ospedale di Treia	38	431	11.882	27,57	85,67
Macerata	Ospedale generale Provinciale	343	12.925	110.574	8,56	88,32
Totale		450	14.934	141.606	9,48	86,21

ZONA Macerata (9) - Strutture Private

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Macerata	Casa di Cura Dott. Marchetti	86	1.110	8.638	7,78	27,52
Totale		86	1.110	8.638	7,78	27,52

ZONA Camerino (10) - Strutture Pubbliche

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Camerino	Ospedale S.Maria della Pietà	103	3.055	21.619	7,08	57,50
Matelica	Ospedale S.Sollecito	26	425	6.953	16,36	73,27
San Severino Marche	Ospedale B. Eustachio	91	4.409	28.305	6,42	85,22
Totale		220	7.889	56.877	7,21	70,83

SINTESI						
	strutture	p.l.	%	ordinari	%	p.l./1000ab
Pubblico	8	926	77,0	34.548	87,8	
Privato	3	277	23,0	4.813	12,2	
Totale	11	1.203	100	39.361	100	4,17

TAB.57 AREA VASTA 4

ZONA Fermo (11) - Strutture Pubbliche

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Fermo	Presidio di Fermo	233	10.258	84.113	8,20	98,90
Montegiorgio	Presidio Ospedaliero	20	407	5.614	13,79	76,90
Sat'Elpidio	Presidio Ospedaliero	20	615	6.511	10,59	89,19
Porto san Giorgio	Presidio Ospedaliero	13	77	2.685	34,87	56,59
Appignano	INRCA	71	1.308	19.125	14,62	73,80
Totale		357	12.665	118.048	9,32	90,59

ZONA Fermo (11) - Strutture Private

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Fermo	Villa Verde	36	1.967	11.122	5,65	84,64
Totale		36	1.967	11.122	5,65	84,64

SINTESI

	strutture	p.l.	%	ordinari	%	p.l./1000ab
Pubblico	5	357	90,8	12.665	86,6	
Privato	1	36	9,2	1.967	13,4	
Totale	6	393	100	14.632	100	2,55

TAB.58 AREA VASTA 5

ZONA San Benedetto del Tronto (12) - Strutture Pubbliche

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
San Benedetto del Tronto	Ospedale Madonna del Soccorso	233	9.518	76.704	8,06	90,19
Totale		233	9.518	76.704	8,06	90,19

ZONA San Benedetto del Tronto (12) - Strutture Private

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
San Benedetto del Tronto	Casa di Cura Villa Anna	108	3.647	23.615	6,48	59,91
San Benedetto del Tronto	Casa di Cura Stella Maris	74	2.939	13.675	4,65	50,63
Totale		182	6.586	37.290	5,66	56,13

ZONA Ascoli Piceno (13) - Strutture Pubbliche

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Ascoli Piceno	Ospedale Mazzoni	335	12.456	102.406	8,22	83,75
Amandola	Vittorio Emanuele	59	1.921	14.999	7,81	69,65
Totale		394	14.377	117.405	8,17	81,64

ZONA Ascoli Piceno (13) - Strutture Private

comune	struttura	p.l.	ordinari	ggdeg	dmd	t.o.
Ascoli Piceno	Casa di Cura Villa San Marco	56	1.829	9.316	5,09	45,58
Ascoli Piceno	Casa di Cura San Giuseppe	50	820	20.096	24,51	110,12
Totale		106	2.649	29.412	11,10	76,02

SINTESI						
	strutture	p.l.	%	ordinari	%	p.l./1000ab
Pubblico	3	627	68,5	23.895	72,1	
Privato	4	288	31,5	9.235	27,9	
Totale	7	915	100	33.130	100	4,24

Tab.59 - Regione Marche Distribuzione posti letto per Area Vasta

	AREA VASTA 1	AREA VASTA 2	AREA VASTA 3	AREA VASTA 4	AREA VASTA 5	Totale	%
01 - ALLERGOLOGIA	0	2	0	0	0	2	0,0
7 - CARDIOCHIRURGIA	0	38	0	0	0	38	0,8
8 - CARDIOLOGIA	41	107	44	34	36	262	5,2
09 - CHIRURGIA GENERALE	122	209	140	31	75	577	11,6
10 - CHIRURGIA MAXILLO-FACC.	0	8	0	0	0	8	0,2
11 - CHIRURGIA PEDIATRICA	0	23	0	0	0	23	0,5
12 - CHIRURGIA PLASTICA	0	15	0	0	0	15	0,3
13 - CHIRURGIA TORACICA	0	8	0	0	0	8	0,2
14 - CHIRURGIA VASCOLARE	0	15	0	0	0	15	0,3
18 - EMATOLOGIA	23	11	0	0	0	34	0,7
19 - MALATT. ENDOCRINE,ECC.	0	24	0	0	2	26	0,5
21 - GERIATRIA.	27	24	19	24	20	114	2,3
24 - MALATTIE INFETTIVE	15	38	14	13	10	90	1,8
26 - MEDICINA GENERALE	292	310	234	105	121	1.062	21,3
29 - NEFROLOGIA	5	22	14	8	17	66	1,3
30 - NEUROCHIRURGIA	6	39	0	0	0	45	0,9
31 - NIDO	41	32	13	0	10	96	1,9
32 - NEUROLOGIA	18	78	0	6	29	131	2,6
33 - NEUROPSICH. INFANTILE	1	20	0	0	0	21	0,4
34 - OCULISTICA	7	29	13	2	5	56	1,1
35 - ODONTOSTOMATOLOGIA	0	7	0	0	0	7	0,1
36 - ORTOPEDIA-TRAUMAT.	81	145	87	30	55	398	8,0
37 - OSTETR-GINEC	74	132	89	20	45	360	7,2
38 - OTORINOLARINGOIATRIA	13	48	28	9	17	115	2,3
39 - PEDIATRIA	24	61	26	14	27	152	3,0

40 - PSICHIATRIA	20	48	24	14	22	128	2,6
43 - UROLOGIA	32	43	28	14	19	136	2,7
49 - TER.INT. - RIANIMAZIONE	15	75	14	5	13	122	2,4
50 - UTIC	14	46	15	4	12	91	1,8
51 - ASTANTERIA	21	33	20	0	18	92	1,8
52 - DERMATOLOGIA	0	11	4	0	0	15	0,3
54 - EMODIALISI	4	16	0	0	0	20	0,4
56 - RIEDUCAZ.-FUNZIONALE	20	54	12	24	4	114	2,3
58 - GASTROENTEROLOGIA	0	46	0	0	3	49	1,0
60 - LUNGODEGENTI	87	102	60	0	32	281	5,6
62 - NEONATOLOGIA	5	2	5	0	3	15	0,3
64 - ONCOLOGIA	12	23	0	0	10	45	0,9
65 - ONCOLOGIA PEDIATRICA	0	7	0	0	0	7	0,1
68 - PNEUMOLOGIA	19	54	17	0	22	112	2,2
71 - REUMATOLOGIA CLINICA	0	15	0	0	0	15	0,3
73 - TER.INTES.NEONATALE	0	24	0	0	0	24	0,5
xx - MEDICINA NUCLEARE	0	0	6	0	0	6	0,1
Detenuti	1	0	0	0	0	1	0,0
Totale	1.040	2.044	926	357	627	4.994	100

Fonte: Agenzia Marche, anno 2005

ANALISI DELLA MOBILITA' DI AREA VASTA

Tab.n. 60 Regione Marche - Soddisfazione domanda di ricovero ospedaliero per Area Vasta

Totale ricoveri

Area Vasta di Resid	Ospedale in ZT	AO in ZT	Totale ZT	Resto AV	Altra_AV	Fuori regione	totale
AV1 Pesaro	28.899	16.264	45.163	7.256	5.554	11.456	69.429
AV2 Ancona	39.858	29.535	69.393	13.325	5.338	6.546	94.602
AV3 Macerata	32.917	0	32.917	7.201	10.166	5.390	55.674
AV4 Fermo	14.772	1.178	15.950	0	12.400	3.171	31.521
AV5 Ascoli	28.464	0	28.464	3.113	7.141	6.802	45.520
Regione	144.910	46.977	191.887	30.895	40.599	33.365	296.746

Tab.n. 61 Regione Marche - Soddisfazione domanda di ricovero ospedaliero per Area Vasta

Ricoveri chirurgici

Area Vasta di Resid	Ospedale in ZT	AO in ZT	Totale ZT	Resto AV	Altra_AV	Fuori regione	totale
AV1 Pesaro	10.716	6.325	17.041	3.749	2.418	6.142	29.350
AV2 Ancona	15.507	11.254	26.761	6.720	3.308	3.538	40.327
AV3 Macerata	13.012	0	13.012	4.068	4.898	3.094	25.072
AV4 Fermo	5.192	6	5.198	0	6.593	1.852	13.643
AV5 Ascoli	10.358	0	10.358	1.488	3.904	3.327	19.077
Regione	54.785	17.585	72.370	16.025	21.121	17.953	127.469

Tab.n. 62 Regione Marche - Soddisfazione domanda di ricovero ospedaliero per Area Vasta

Ricoveri medici per pop. <65 anni

Area Vasta di Resid	Ospedale in ZT	AO in ZT	Totale ZT	Resto AV	Altra_AV	Fuori regione	totale
AV1 Pesaro	8.210	5.106	13.316	2.402	2.407	3.659	21.784
AV2 Ancona	11.166	9.308	20.474	4.474	1.335	2.298	28.581
AV3 Macerata	8.784	0	8.784	2.001	3.751	1.709	16.245
AV4 Fermo	4.608	73	4.681	0	4.037	949	9.667
AV5 Ascoli	8.768	0	8.768	992	2.341	2.349	14.450
Regione	41.536	14.487	56.023	9.869	13.871	10.964	90.727

Tab.n. 63 Regione Marche - Soddisfazione domanda di ricovero ospedaliero per Area Vasta

Ricoveri medici per pop. =>65 anni

Area Vasta di Resid	Ospedale in ZT	AO in ZT	Totale ZT	Resto AV	Altra_AV	Fuori regione	totale
AV1 Pesaro	9.973	4.833	14.806	1.105	729	1.655	18.295
AV2 Ancona	13.185	8.973	22.158	2.131	695	710	25.694
AV3 Macerata	11.121	0	11.121	1.132	1.517	587	14.357
AV4 Fermo	4.972	1.099	6.071	0	1.770	370	8.211
AV5 Ascoli	9.338	0	9.338	633	896	1.126	11.993
Regione	48.589	14.905	63.494	5.001	5.607	4.448	78.550

Tab.n. 64 Regione Marche - Soddisfazione domanda di Assistenza ambulatoriale per Area Vasta

Totale prestazioni

Area Vasta di Resid	Strutture presenti in ZT	AO presenti ZT	Totale ZT	Resto AV	Altra_AV	Fuori regione	totale
AV1 Pesaro	4.080.693	1.058.544	5.139.237	289.816	185.220	208.593	5.822.866
AV2 Ancona	5.887.121	1.490.678	7.377.799	376.890	158.739	92.455	8.005.883
AV3 Macerata	4.199.844	8.095	4.207.939	307.670	231.339	61.530	4.808.478
AV4 Fermo	1.711.817	44.679	1.756.496	-	246.020	26.310	2.028.826
AV5 Ascoli	2.781.187	-	2.781.187	125.852	101.794	57.020	3.065.853
Regione	18.660.662	2.601.996	21.262.658	1.100.228	923.112	445.908	23.731.906

Tab.n. 65 Regione Marche - Soddisfazione domanda di ricovero ospedaliero per Area Vasta

Totale ricoveri

in euro

Area Vasta di Resid	Presidi presenti in ZT	AO presenti ZT	Totale ZT	Resto AV	Altra_AV	Fuori regione	totale
AV1 Pesaro	77.787.203	46.602.384	124.389.586	20.471.334	23.068.565	38.193.339	206.122.825
AV2 Ancona	105.906.351	102.726.157	208.632.508	47.672.469	15.106.562	21.517.451	292.928.989
AV3 Macerata	94.160.956	-	94.160.956	19.178.639	37.364.752	17.935.811	168.640.158
AV4 Fermo	42.653.543	3.905.790	46.559.333	-	38.016.434	11.331.049	95.906.816
AV5 Ascoli	78.260.372	-	78.260.372	8.545.731	25.112.217	22.690.980	134.609.300
Regione	398.768.425	153.234.330	552.002.755	95.868.173	138.668.529	111.668.630	898.208.088

Tab.n. 66 Regione Marche - Soddisfazione domanda di ricovero ospedaliero per Area Vasta

Ricoveri chirurgici

in euro

Area Vasta di Resid	Presidi presenti in ZT	AO presenti ZT	Totale ZT	Resto AV	Altra_AV	Fuori regione	totale
AV1 Pesaro	32.997.408	22.888.146	55.885.554	12.139.994	15.178.170	24.613.850	107.817.568
AV2 Ancona	43.622.112	53.879.367	97.501.479	30.639.912	8.802.714	15.061.719	152.005.823
AV3 Macerata	40.580.144	-	40.580.144	10.829.998	25.255.541	13.383.458	90.049.142
AV4 Fermo	17.320.973	28.032	17.349.005	-	24.081.875	8.496.417	49.927.296
AV5 Ascoli	32.436.037	-	32.436.037	4.275.505	15.928.514	15.856.719	68.496.774
Regione	166.956.675	76.795.545	243.752.219	57.885.408	89.246.813	77.412.163	468.296.603

Tab.n. 67 Regione Marche - Soddisfazione domanda di ricovero ospedaliero per Area Vasta

Ricoveri medici per pop. <65 anni

in euro

Area Vasta di Resid	Presidi presenti in ZT	AO presenti ZT	Totale ZT	Resto AV	Altra_AV	Fuori regione	totale
AV1 Pesaro	15.762.300	9.313.329	25.075.629	4.960.116	5.626.390	8.357.018	44.019.153
AV2 Ancona	20.754.242	19.298.909	40.053.150	10.000.317	3.254.272	4.589.421	57.897.160
AV3 Macerata	17.707.849	-	17.707.849	4.368.611	7.783.602	3.104.830	32.964.892
AV4 Fermo	9.395.938	256.420	9.652.358	-	8.382.998	1.952.265	19.987.622
AV5 Ascoli	17.947.664	-	17.947.664	2.205.123	5.681.992	4.207.583	30.042.363
Regione	81.567.993	28.868.658	110.436.651	21.534.167	30.729.255	22.211.117	184.911.189

Tab.n. 68 Regione Marche - Soddisfazione domanda di ricovero ospedaliero per Area Vasta

Ricoveri medici per pop. =>65 anni

in euro

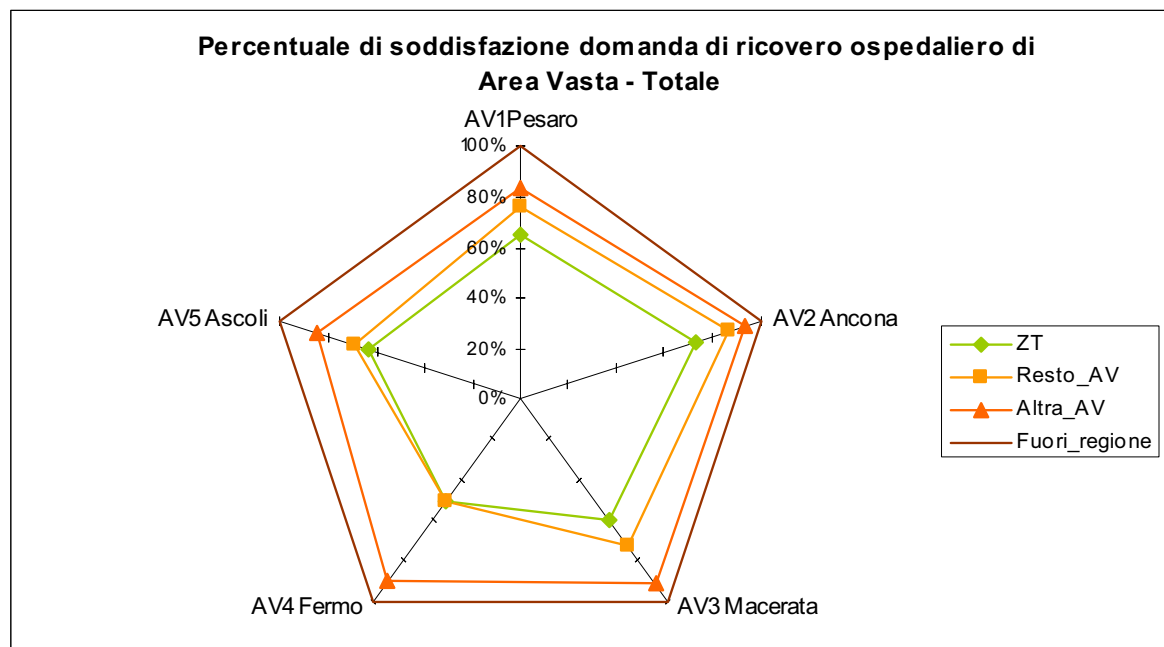
Area Vasta di Resid	Presidi presenti in ZT	AO presenti ZT	Totale ZT	Resto AV	Altra_AV	Fuori regione	totale
AV1 Pesaro	29.027.494	14.400.909	43.428.403	3.371.225	2.264.005	5.222.471	54.286.104
AV2 Ancona	41.529.997	29.547.881	71.077.879	7.032.240	3.049.576	1.866.311	83.026.006
AV3 Macerata	35.872.963	-	35.872.963	3.980.030	4.325.610	1.447.522	45.626.124
AV4 Fermo	15.936.633	3.621.338	19.557.970	-	5.551.560	882.367	25.991.898
AV5 Ascoli	27.876.670	-	27.876.670	2.065.103	3.501.711	2.626.679	36.070.163
Regione	150.243.757	47.570.128	197.813.885	16.448.598	18.692.462	12.045.350	245.000.295

Tab.n. 69 Regione Marche - Soddisfazione domanda di Assistenza ambulatoriale per Area Vasta

Totale prestazioni

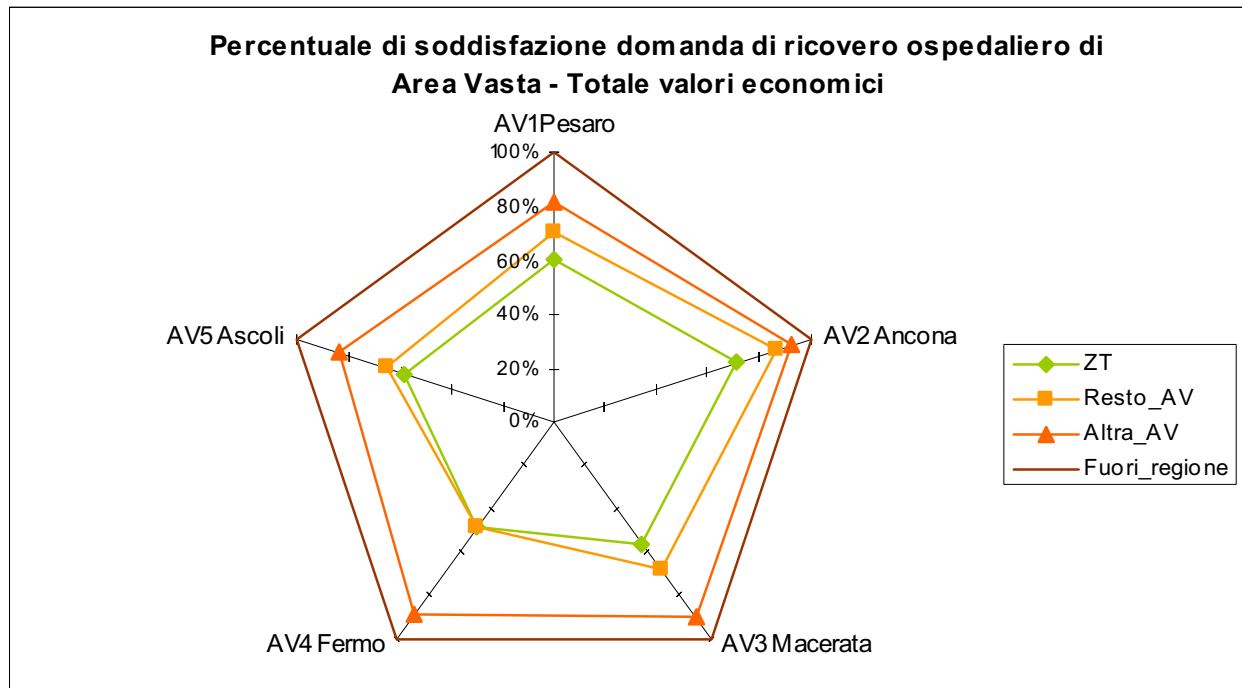
in euro

Area Vasta di Resid	Strutture presenti in ZT	AO presenti ZT	Totale ZT	Resto AV	Altra_AV	Fuori regione	totale
AV1 Pesaro	36.040.975	12.116.583	48.157.558	5.159.721	2.848.192	4.633.584	60.799.055
AV2 Ancona	55.463.601	24.155.452	79.619.053	7.842.409	3.845.166	2.111.913	93.418.541
AV3 Macerata	44.231.535	33.924	44.265.458	6.040.312	4.505.340	1.267.242	56.078.353
AV4 Fermo	18.200.515	649.185	18.849.700	-	5.897.351	478.542	25.225.593
AV5 Ascoli	29.608.831	-	29.608.831	2.531.138	2.444.604	1.214.982	35.799.556
Regione	183.545.457	36.955.143	220.500.600	21.573.582	19.540.653	9.706.263	271.321.098



Tab.n. 70 Regione Marche - Soddisfazione domanda di ricovero ospedaliero per Area Vasta
% Totale ricoveri

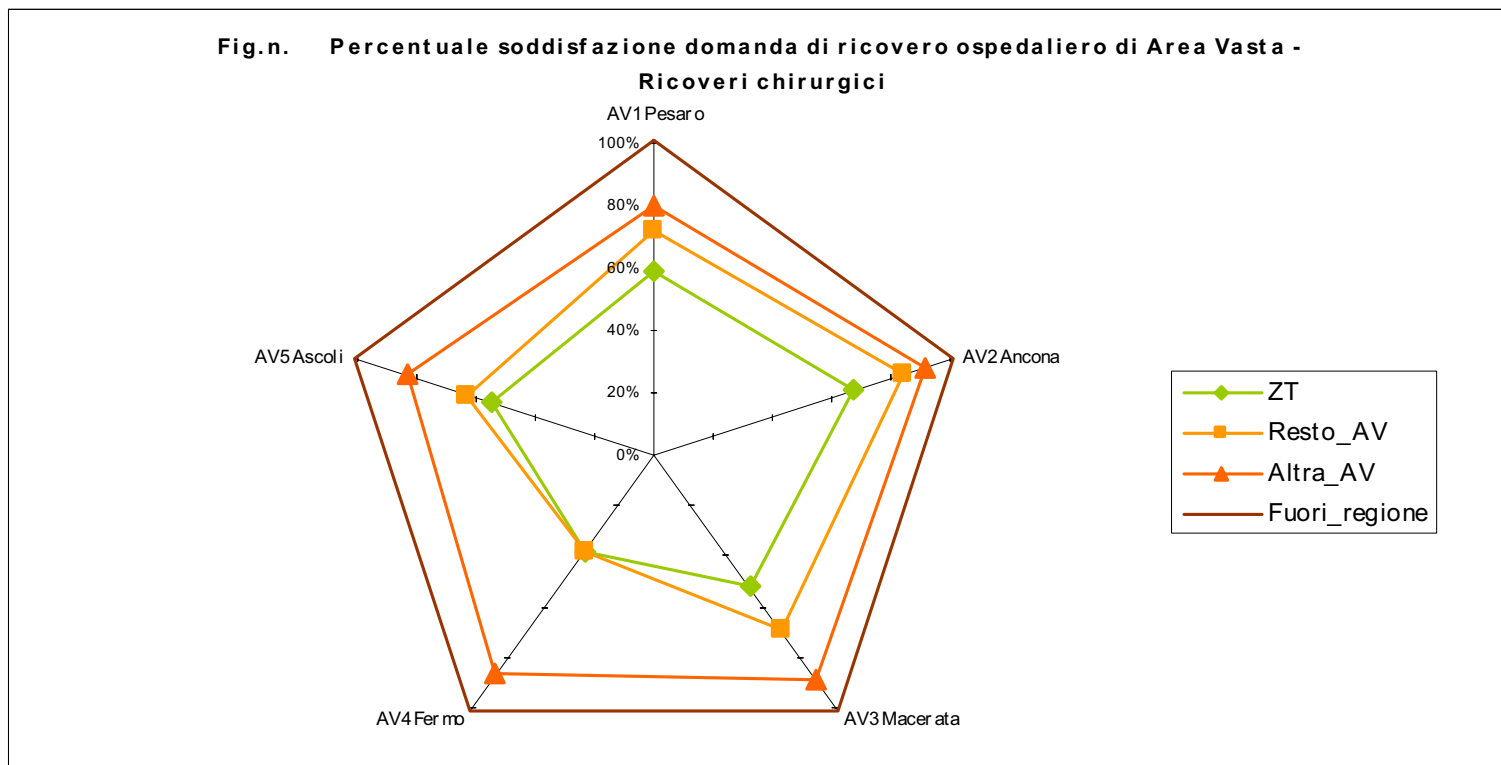
Area Vasta di Resid	ZT	Resto_AV	Altra_AV	Fuori_regione	Totale
AV1 Pesaro	65,0%	10,5%	8,0%	16,5%	100,0%
AV2 Ancona	73,4%	14,1%	5,6%	6,9%	100,0%
AV3 Macerata	59,1%	12,9%	18,3%	9,7%	100,0%
AV4 Fermo	50,6%	0,0%	39,3%	10,1%	100,0%
AV5 Ascoli	62,5%	6,8%	15,7%	14,9%	100,0%
Regione	64,7%	10,4%	13,7%	11,2%	100,0%



Tab.n. 71 Regione Marche - Soddisfazione domanda di ricovero ospedaliero per Area Vasta

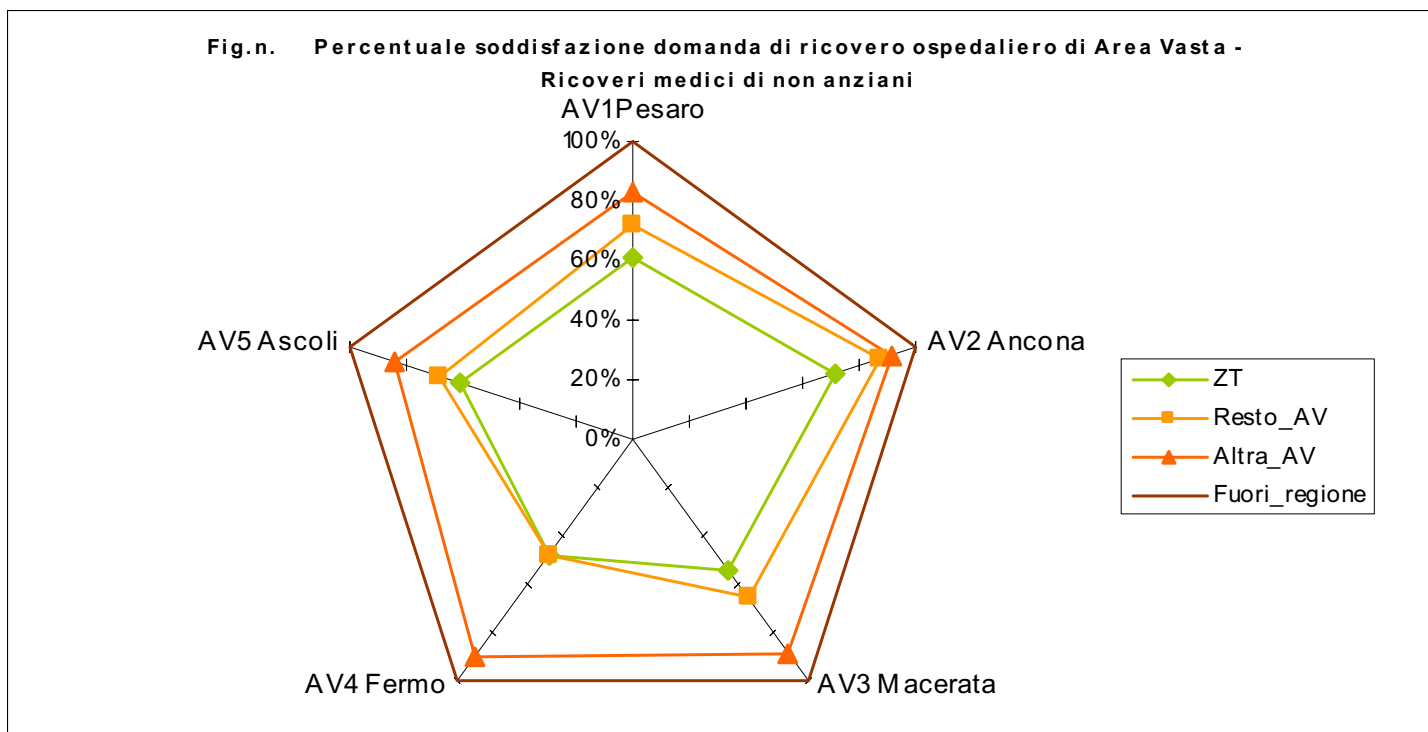
% Totale valori in euro dei ricoveri

Area Vasta di Resid	ZT	Resto_AV	Altra_AV	Fuori_regione	Totale
AV1 Pesaro	60,3%	9,9%	11,2%	18,5%	100,0%
AV2 Ancona	71,2%	16,3%	5,2%	7,3%	100,0%
AV3 Macerata	55,8%	11,4%	22,2%	10,6%	100,0%
AV4 Fermo	48,5%	0,0%	39,6%	11,8%	100,0%
AV5 Ascoli	58,1%	6,3%	18,7%	16,9%	100,0%
Regione	61,5%	10,7%	15,4%	12,4%	100,0%



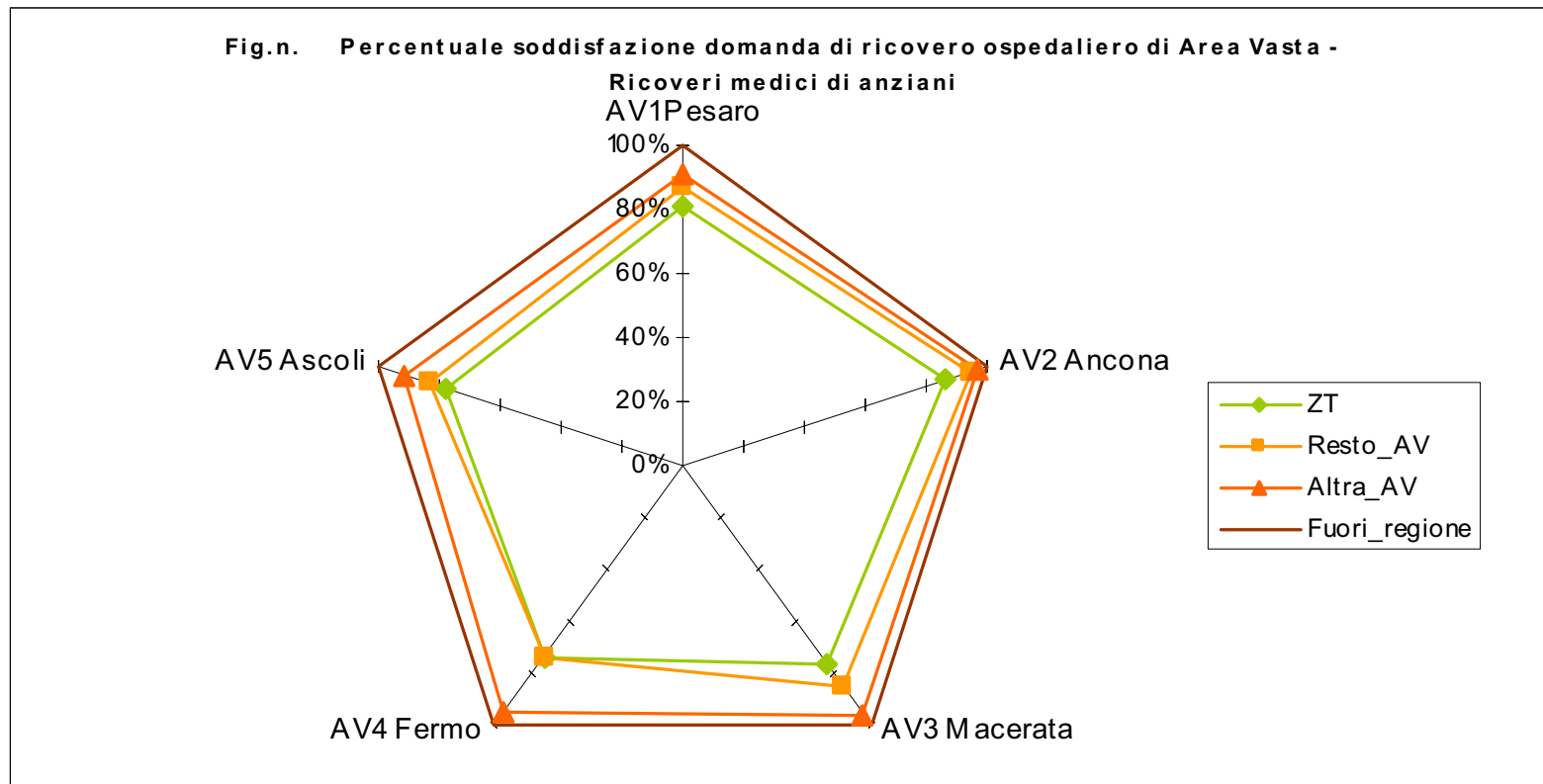
Tab.n. 72 Regione Marche - Soddisfazione domanda di ricovero ospedaliero per Area Vasta
% Ricoveri chirurgici

Area Vasta di Resid	ZT	Resto_AV	Altra_AV	Fuori_regione	Totale
AV1 Pesaro	58,1%	12,8%	8,2%	20,9%	100,0%
AV2 Ancona	66,4%	16,7%	8,2%	8,8%	100,0%
AV3 Macerata	51,9%	16,2%	19,5%	12,3%	100,0%
AV4 Fermo	38,1%	0,0%	48,3%	13,6%	100,0%
AV5 Ascoli	54,3%	7,8%	20,5%	17,4%	100,0%
Regione	56,8%	12,6%	16,6%	14,1%	100,0%



Tab.n. 73 Regione Marche - Soddisfazione domanda di ricovero ospedaliero per Area Vasta
% Ricoveri medici

Area Vasta di Resid	ZT	Resto_AV	Altra_AV	Fuori_regione	Totale
AV1 Pesaro	61,1%	11,0%	11,0%	16,8%	100,0%
AV2 Ancona	71,6%	15,7%	4,7%	8,0%	100,0%
AV3 Macerata	54,1%	12,3%	23,1%	10,5%	100,0%
AV4 Fermo	48,4%	0,0%	41,8%	9,8%	100,0%
AV5 Ascoli	60,7%	6,9%	16,2%	16,3%	100,0%
Regione	61,7%	10,9%	15,3%	12,1%	100,0%

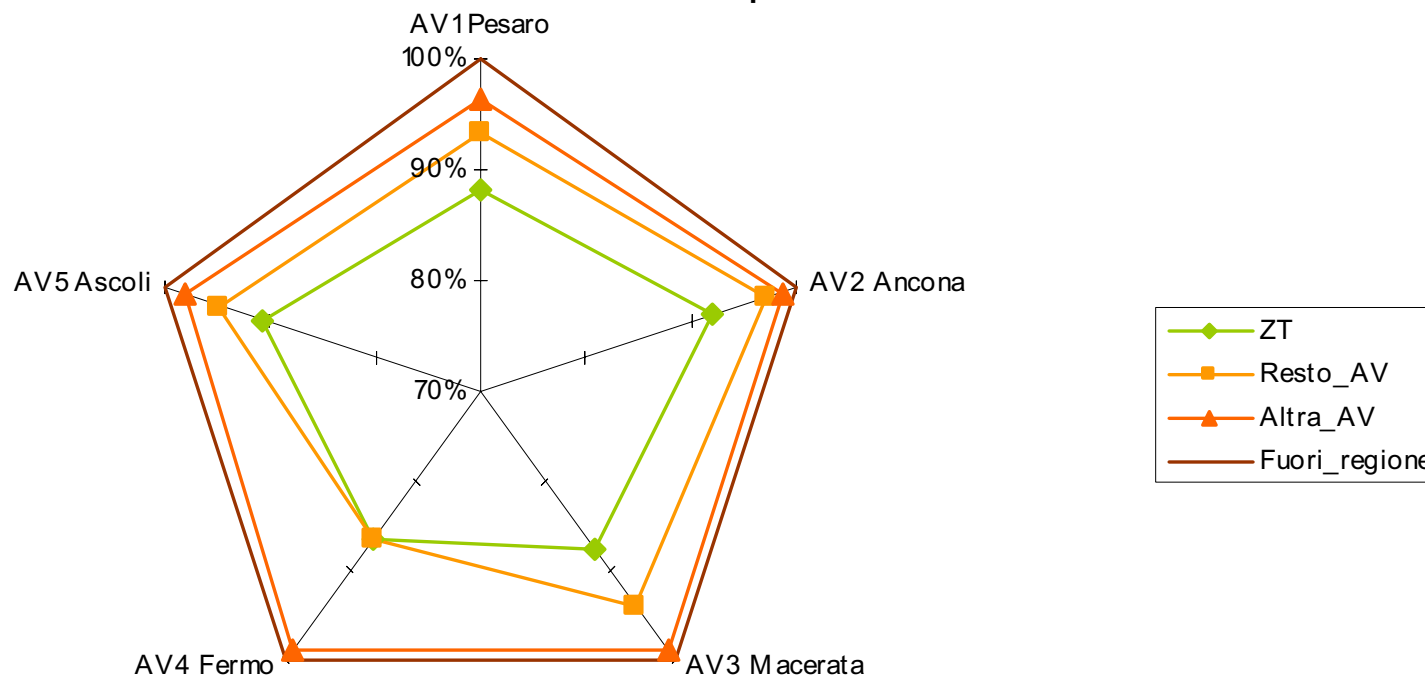


Tab.n. 74 Regione Marche - Soddisfazione domanda di ricovero ospedaliero per Area Vasta

% Ricoveri medici

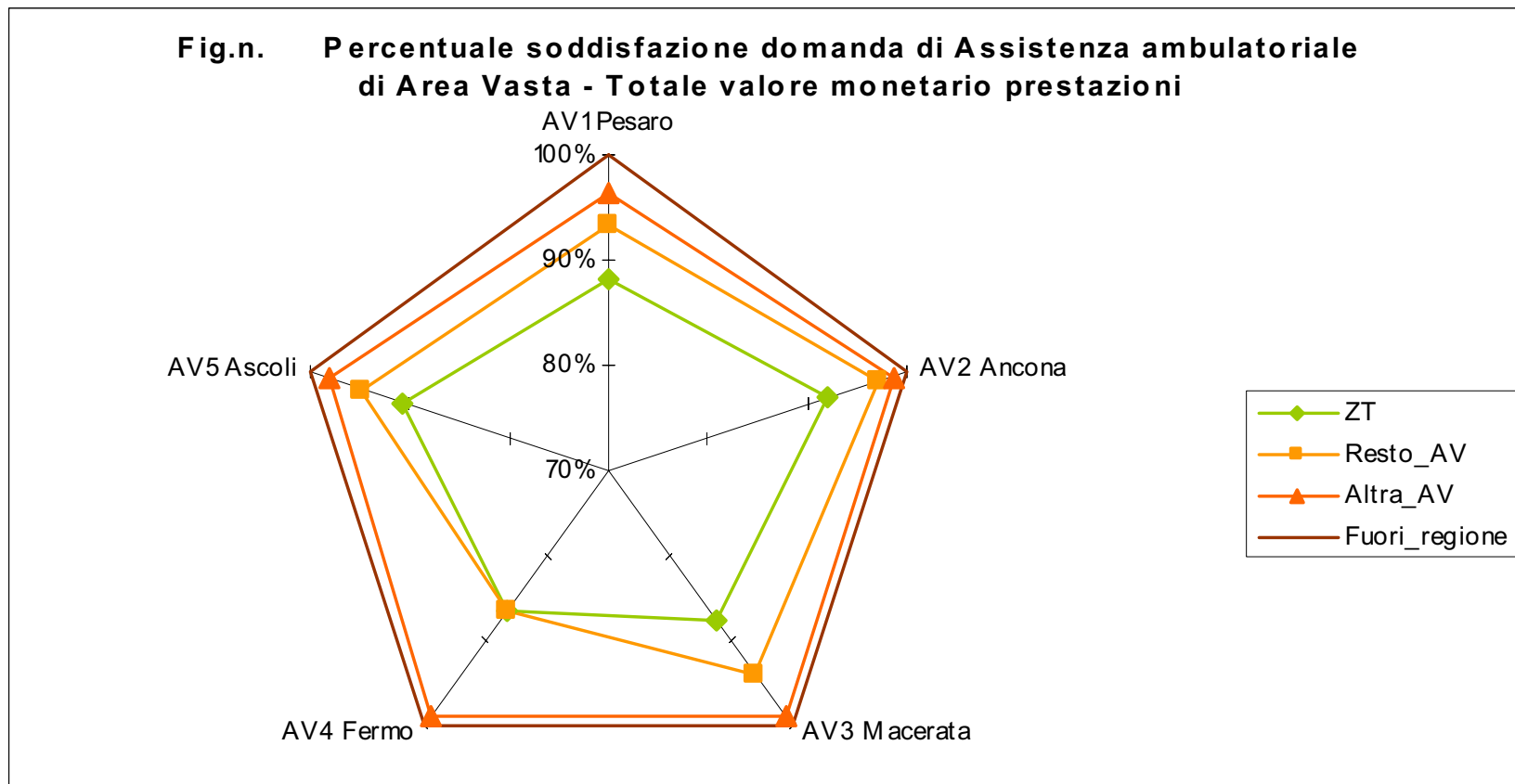
Area Vasta di Resid	ZT	Resto_AV	Altra_AV	Fuori_regione	Totale
AV1 Pesaro	80,9%	6,0%	4,0%	9,0%	100,0%
AV2 Ancona	86,2%	8,3%	2,7%	2,8%	100,0%
AV3 Macerata	77,5%	7,9%	10,6%	4,1%	100,0%
AV4 Fermo	73,9%	0,0%	21,6%	4,5%	100,0%
AV5 Ascoli	77,9%	5,3%	7,5%	9,4%	100,0%
Regione	80,8%	6,4%	7,1%	5,7%	100,0%

Fig.n. Percentuale soddisfazione domanda di Assistenza ambulatoriale di Area Vasta - Totale prestazioni



Tab.n. 75 Regione Marche - Soddisfazione domanda di Assistenza ambulatoriale per Area Vasta
% Totale volumi di prestazioni

Area Vasta di Resid	ZT	Resto_AV	Altra_AV	Fuori_regione	Totale
AV1 Pesaro	88,3%	5,0%	3,2%	3,6%	100,0%
AV2 Ancona	92,2%	4,7%	2,0%	1,2%	100,0%
AV3 Macerata	87,5%	6,4%	4,8%	1,3%	100,0%
AV4 Fermo	86,6%	0,0%	12,1%	1,3%	100,0%
AV5 Ascoli	90,7%	4,1%	3,3%	1,9%	100,0%
Regione	89,6%	4,6%	3,9%	1,9%	100,0%



Tab.n. 76 Regione Marche - Soddisfazione domanda di Assistenza ambulatoriale per Area Vasta

% Totale del valore monetario delle prestazioni

Area Vasta di Resid	ZT	Resto_AV	Altra_AV	Fuori_regione	Totale
AV1 Pesaro	79,2%	8,5%	4,7%	7,6%	100,0%
AV2 Ancona	85,2%	8,4%	4,1%	2,3%	100,0%
AV3 Macerata	78,9%	10,8%	8,0%	2,3%	100,0%
AV4 Fermo	74,7%	0,0%	23,4%	1,9%	100,0%
AV5 Ascoli	82,7%	7,1%	6,8%	3,4%	100,0%
Regione	81,3%	8,0%	7,2%	3,6%	100,0%

INDICATORI DI AREA VASTA

Variabili di base anno 2005

Area Vasta	Giornate perse per mortalità evitabile							Mortalità infantile (x10.000)	Nati con peso<1500g	totale nati	Dipendenza senile
	Tumori *	Sistema cardiocircolatorio *	Traumatismi e avvelenamenti *	Altre cause *	Prevenzione primaria **	Diagnosi precoce e terapia **	Igiene e assistenza sanitaria **				
AV1 Pesaro	3,70	2,43	4,14	0,55	7,05	1,13	2,62	23	18	3168	30,7%
AV2 Ancona	3,48	2,13	3,47	0,57	6,27	1,11	2,27	46	39	2491	33,0%
AV3 Macerata	3,34	2,21	3,31	0,50	5,99	1,14	2,22	39	28	2387	33,6%
AV4 Fermo	2,86	2,52	3,75	0,44	6,13	1,00	2,44	39	10	1070	33,0%
AV5 Ascoli	3,37	2,38	3,47	0,43	6,29	1,06	2,30	39	22	1655	31,7%
Regione	3,48	2,28	3,59	0,52	6,40	1,11	2,35	31	117	10.771	32,4%
Triennio 2000-2002								Anno 2002	2006	2.005	

Variabili di base anno 2005

Area Vasta	Infortunati sul lavoro	Addetti	Mortalità per suicidio (x100.000ab)	Ricoveri marchigiani in regione	di cui effettuati in ZT	Ricoveri marchigiani fuori regione	TOT. Ricoveri marchigiani	PL ordinari Pubblici	PL ordinari Pubblici + privati	Pop. Residente	PL reparti pediatrici	Pop. <15 anni
AV1 Pesaro	8651	119.128	11	57.973	45.163	11.456	69.429	1.040	1.040	365.249	79	47.897
AV2 Ancona	11457	175.864	4	88.056	69.393	6.546	94.602	2.044	2.425	474.628	192	61.403
AV3 Macerata	5241	88.793	5	50.284	32.917	5.390	55.674	926	1.203	299.942	38	38.968
AV4 Fermo	2112	49.330	8	28.350	15.950	3.171	31.521	357	393	158.554	15	20.739
AV5 Ascoli	3677	58.202	8	38.718	28.464	6.802	45.520	627	915	220.407	43	28.989
Regione	31138	491.317	6	263.381	191.887	33.365	296.746	4.994	5.976	1.518.780	367	197.996
2004			2002									

Variabili di base anno 2005

Area Vasta	PL spec. Mediche	Pop. > 65 anni	PL DH	PL DH (di cui pubblici)	Medici	Infermieri	Altro personale	Ricoveri prodotti	di cui Prod. in ospedali pubblici	gg degenza prodotte	gg degenza teoriche	peso medio DRG prod
AV1 Pesaro	589	78.418	160	160	571	1.301	1.169	59.378	59.378	347.332	463.120	1,19
AV2 Ancona	1.059	107.714	223	218	1.100	2.875	2.070	114.680	106.054	727.629	862.466	1,36
AV3 Macerata	543	69.143	154	128	445	1.136	908	54.145	46.963	347.806	418.378	1,18
AV4 Fermo	266	35.996	60	42	184	483	338	18.899	16.501	129.170	161.625	1,23
AV5 Ascoli	469	48.561	82	79	343	848	627	43.243	31.824	260.811	271.659	1,17
Regione	2.926	339.832	679	627	2.643	6.643	5.112	290.345	260.720	1.812.748	2.177.248	1,26

Variabili di base anno 2005

Area Vasta	casi complicati	Casi complicati e non	parti cesarei	tot.parti	dimessi oltre soglia rep.chir.	dimessi rep.chir.	dimessi DRG medici rep.chir.	dimessi r.ord<2gg DRG medici	dimessi ric.ordDRG medici
AV1 Pesaro	6.505	28.367	932	3.249	132	16.842	3.225	10.348	119.944
AV2 Ancona	13.710	52.210	1.985	5.010	884	41.932	7.205	21.808	218.504
AV3 Macerata	5.904	24.529	1.009	3.003	264	23.363	3.444	6.796	99.932
AV4 Fermo	2.720	7.186	130	539	104	7.025	1.244	3.044	41.804
AV5 Ascoli	4.823	20.296	688	1.820	216	17.831	3.810	7.172	91.588
Regione	33.662	132.588	4.744	13.621	1.600	106.993	18.928	49.168	571.772

Indicatori 2005 per Area Vasta

Area Vasta	Stato di salute					Giornate perdute per mortalità evitabile						
	Mortalità infantile (x10.000)	Nati con peso<1500	Dipendenza senile	Infortunati sul lavoro (x100add)	Mortalità per suicidio (x100.000ab)	Tumori *	Sistema cardiocircolatorio *	Traumatismi e avvelenamenti *	Altre cause *	Prevenzione primaria **	Diagnosi precoce e terapia **	Igiene e assistenza sanitaria **
AV1 Pesaro	23	0,6%	30,7%	7,3%	11,0	3,7	2,43	4,14	0,55	7,05	1,13	2,62
AV2 Ancona	46	1,6%	33,0%	6,5%	4,0	3,48	2,13	3,47	0,57	6,27	1,11	2,27
AV3 Macerata	39	1,2%	33,6%	5,9%	5,0	3,34	2,21	3,31	0,5	5,99	1,14	2,22
AV4 Fermo	39	0,9%	33,0%	4,3%	7,8	2,86	2,52	3,75	0,44	6,13	1	2,44
AV5 Ascoli	39	1,3%	31,7%	6,3%	7,8	3,37	2,38	3,47	0,43	6,29	1,06	2,3
Regione	31	1,1%	32,4%	6,3%	6,0	3,48	2,28	3,59	0,52	6,4	1,11	2,35

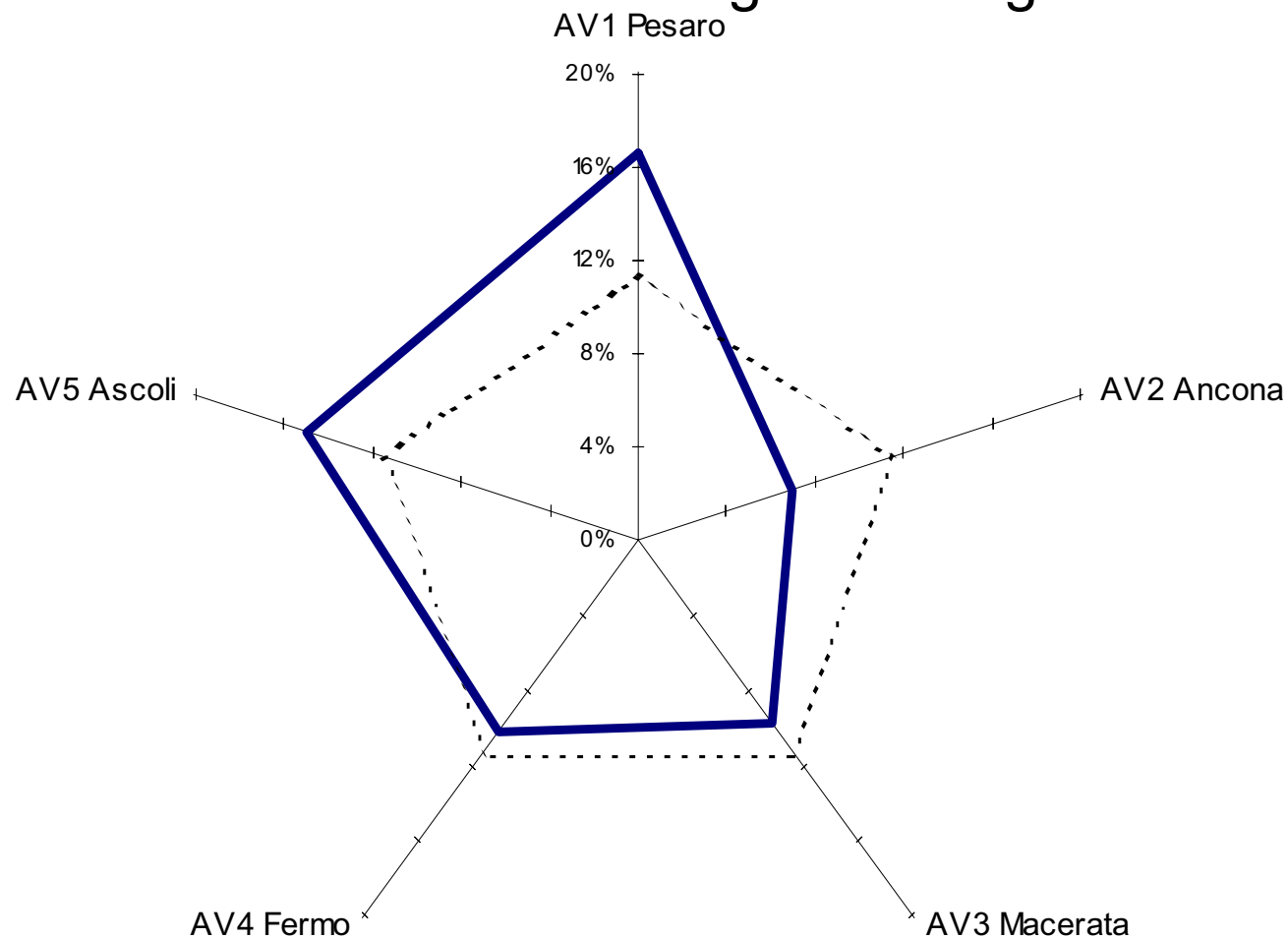
Indicatori 2005 per Area Vasta

Area Vasta	Domanda H inevasa	Accessibilità			Dom. evasa		Dotazione				Attività				Prodotto
	Indice fuga fuori regione	PL per residenti (x 1000)	PL pediatrici (x 1000 res <15 anni)	PL medici (x 1000 res >64 anni)	Tasso ospedalizzazione	Tasso osped. Locale (ZT)	% PL DH	Medici per 10 PL	Infermieri per 10 PL	Altro pers. per 10 PL	Degenza media	Tasso di utilizzo PL	Ricoveri per medico	Ricoveri per infermiere	Peso medio DRG
AV1 Pesaro	16,5%	3,29	1,65	7,51	190,1	123,6	13,3%	4,76	10,84	9,74	5,8	75,0%	103,9	45,6	1,19
AV2 Ancona	6,9%	5,58	3,13	9,83	199,3	146,2	8,4%	4,86	12,71	9,15	6,3	84,4%	96,4	36,9	1,36
AV3 Macerata	9,7%	4,52	0,98	7,85	185,6	109,7	11,3%	4,22	10,77	8,61	6,4	83,1%	105,6	41,4	1,18
AV4 Fermo	10,1%	2,86	0,72	7,39	198,8	100,6	13,2%	4,60	12,11	8,46	6,8	79,9%	89,9	34,2	1,23
AV5 Ascoli	14,9%	4,52	1,48	9,66	206,5	129,1	8,2%	4,87	12,02	8,88	6,0	96,0%	92,6	37,5	1,17
Regione	11,2%	4,38	1,85	8,61	195,4	126,3	10,2%	4,70	11,82	9,09	6,2	83,3%	98,6	39,2	1,26

Indicatori 2005 per Area Vasta

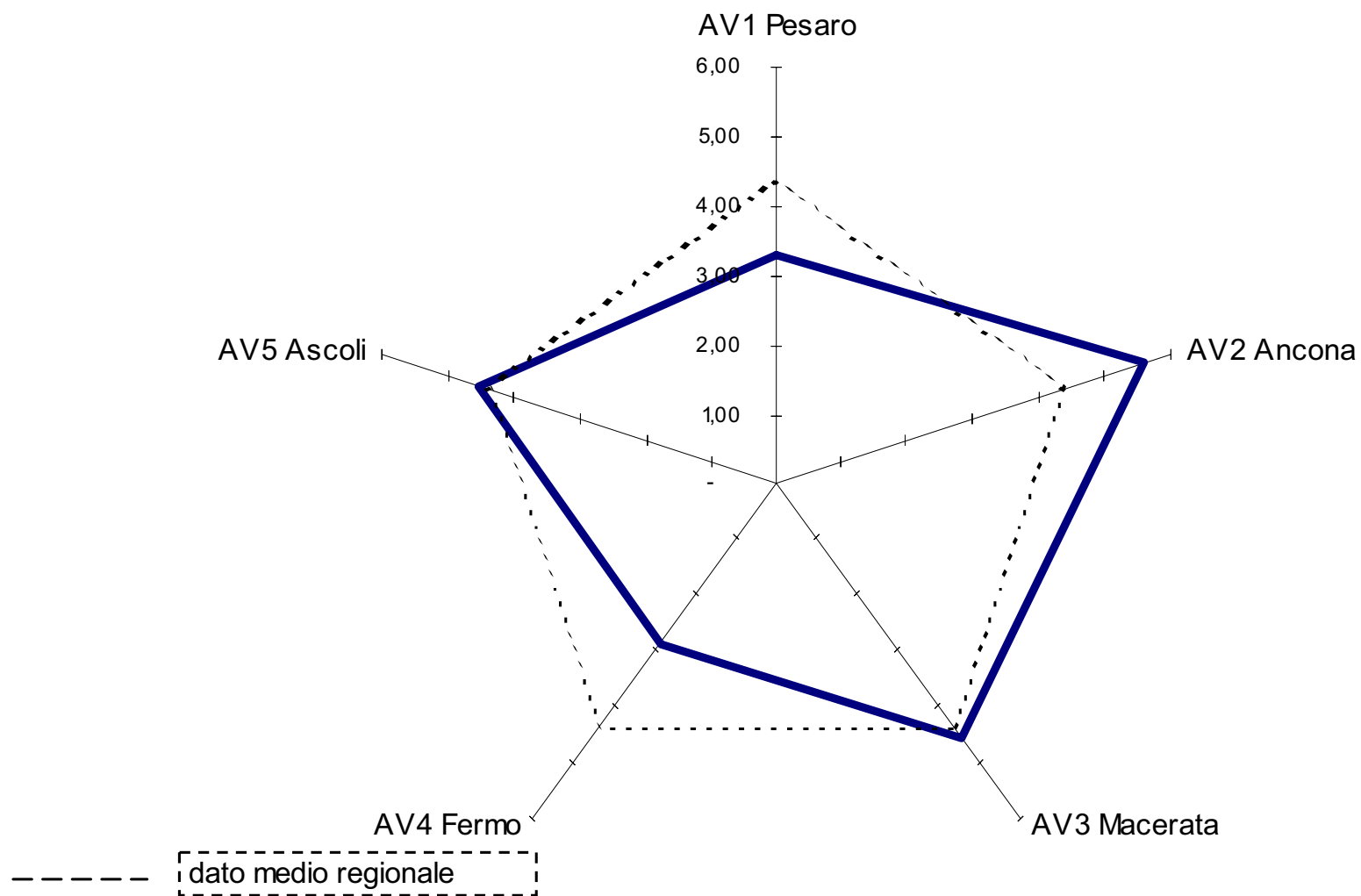
Area Vasta	Risultato - outcome				
	%casi complicati	% parti cesarei	%casi oltre soglia in rep. chir.	% DRG medici in rep.chir.	% ric.ord.DRG medici <2gg
AV1 Pesaro	22,9%	28,7%	0,8%	19,1%	8,6%
AV2 Ancona	26,3%	39,6%	2,1%	17,2%	10,0%
AV3 Macerata	24,1%	33,6%	1,1%	14,7%	6,8%
AV4 Fermo	37,9%	24,1%	1,5%	17,7%	7,3%
AV5 Ascoli	23,8%	37,8%	1,2%	21,4%	7,8%
Regione	25,4%	34,8%	1,5%	17,7%	8,6%

Domanda H in evasa: Indice fuga fuori regione

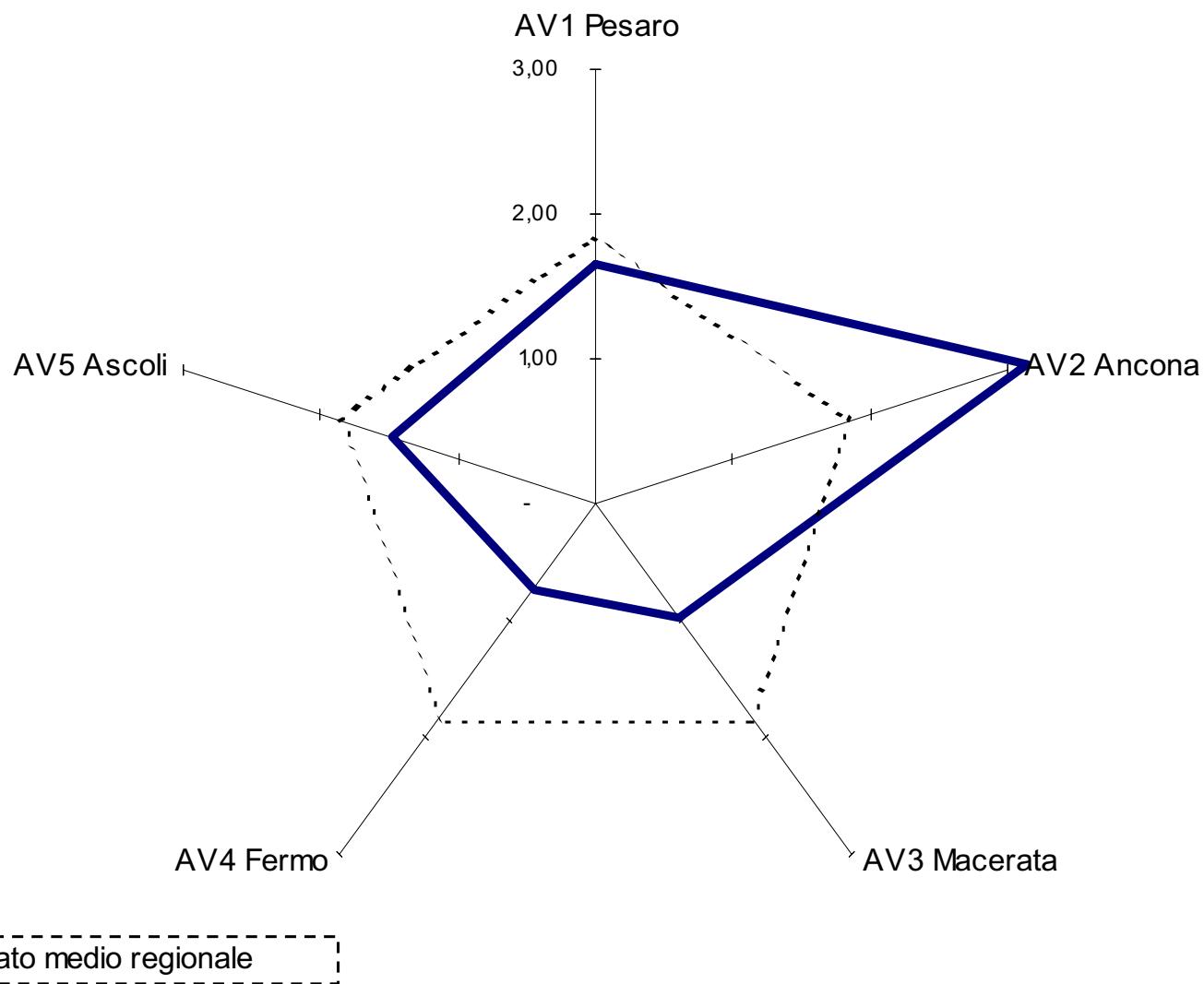


----- dato medio regionale

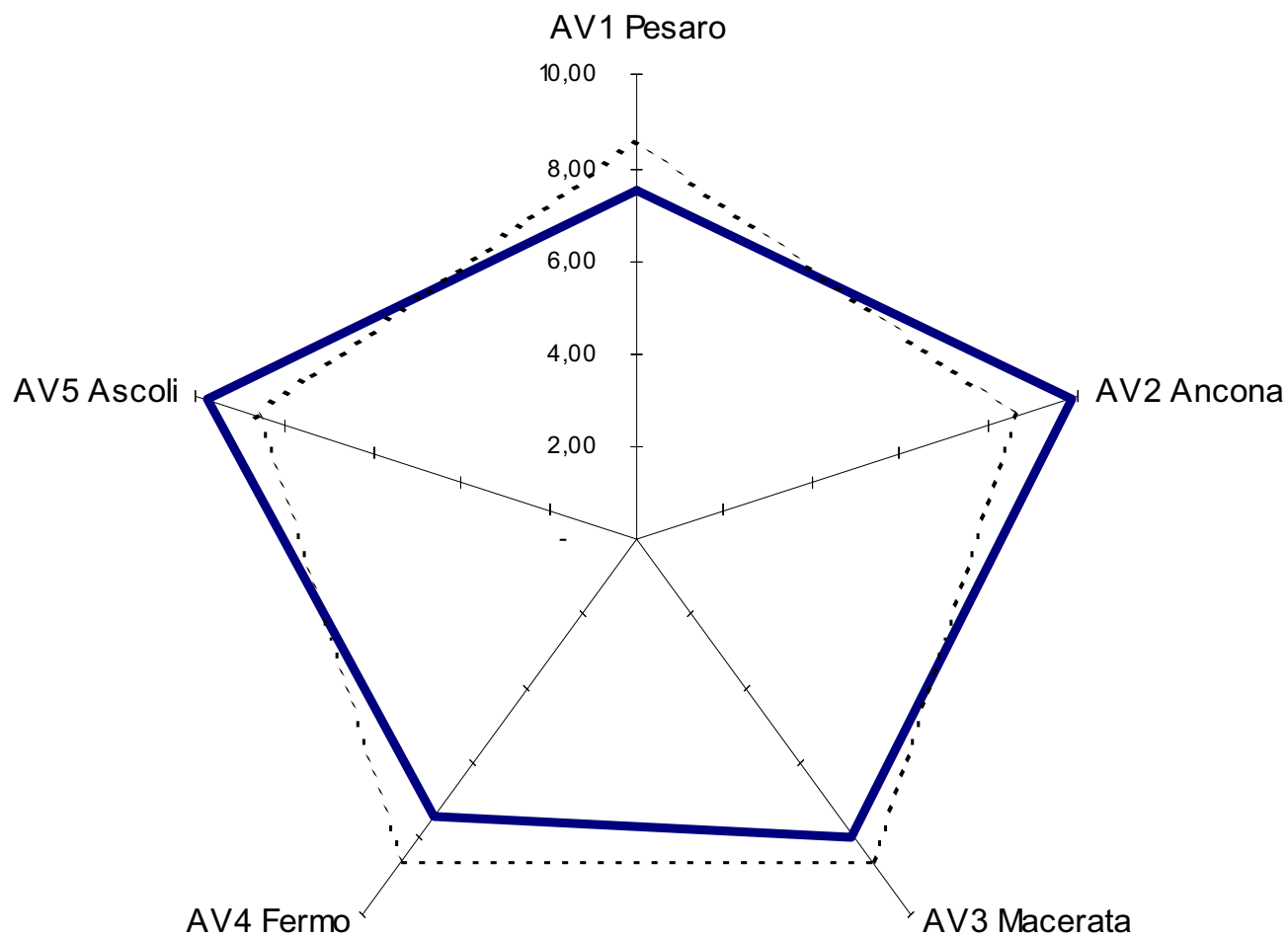
Ind. Accessibilità: PL per residenti (x 1000)



Ind. Accessibilità: PL pediatrici (x 1000 res <15 anni)

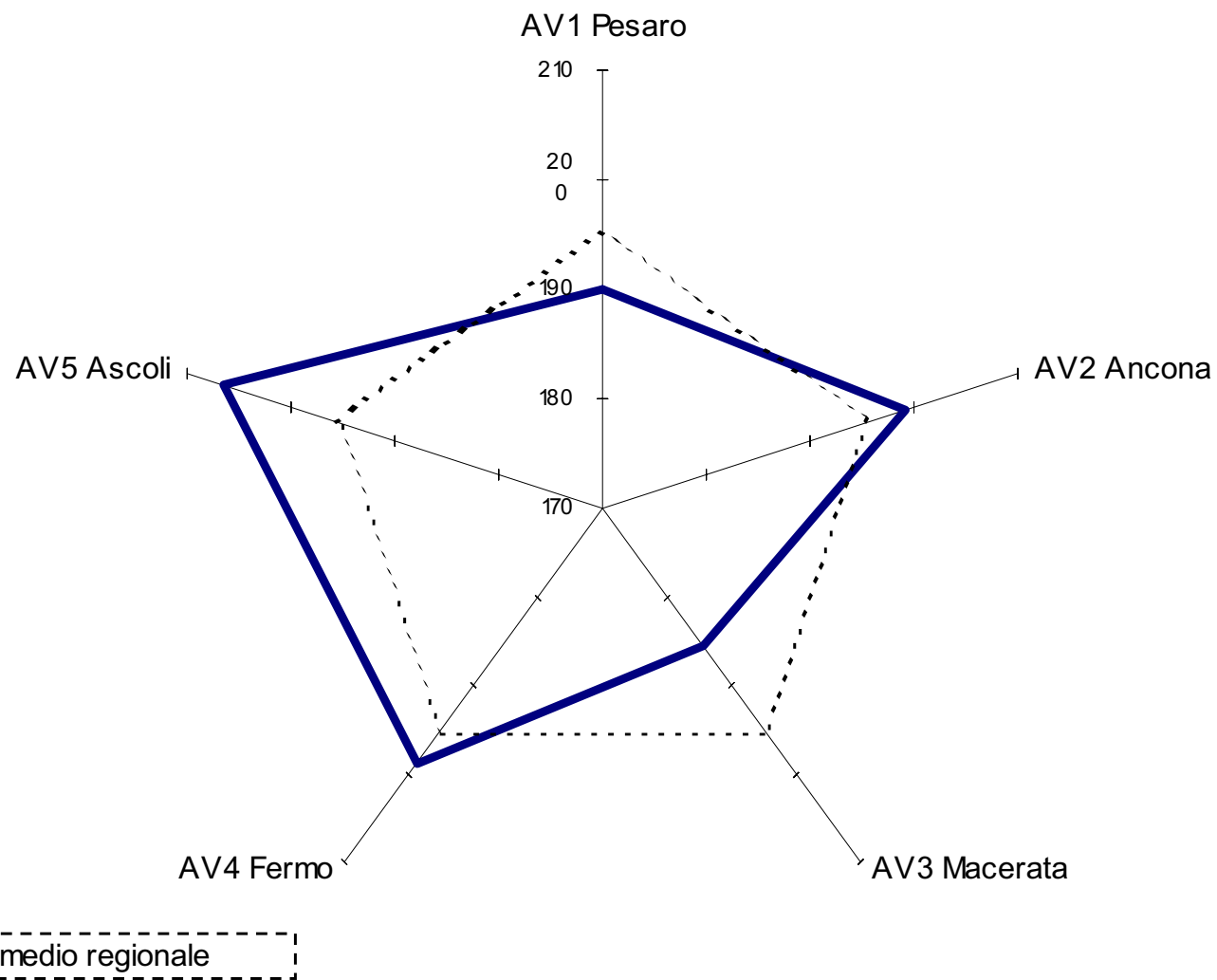


Ind. Accessibilità: PL medici (x 1000 res >64 anni)

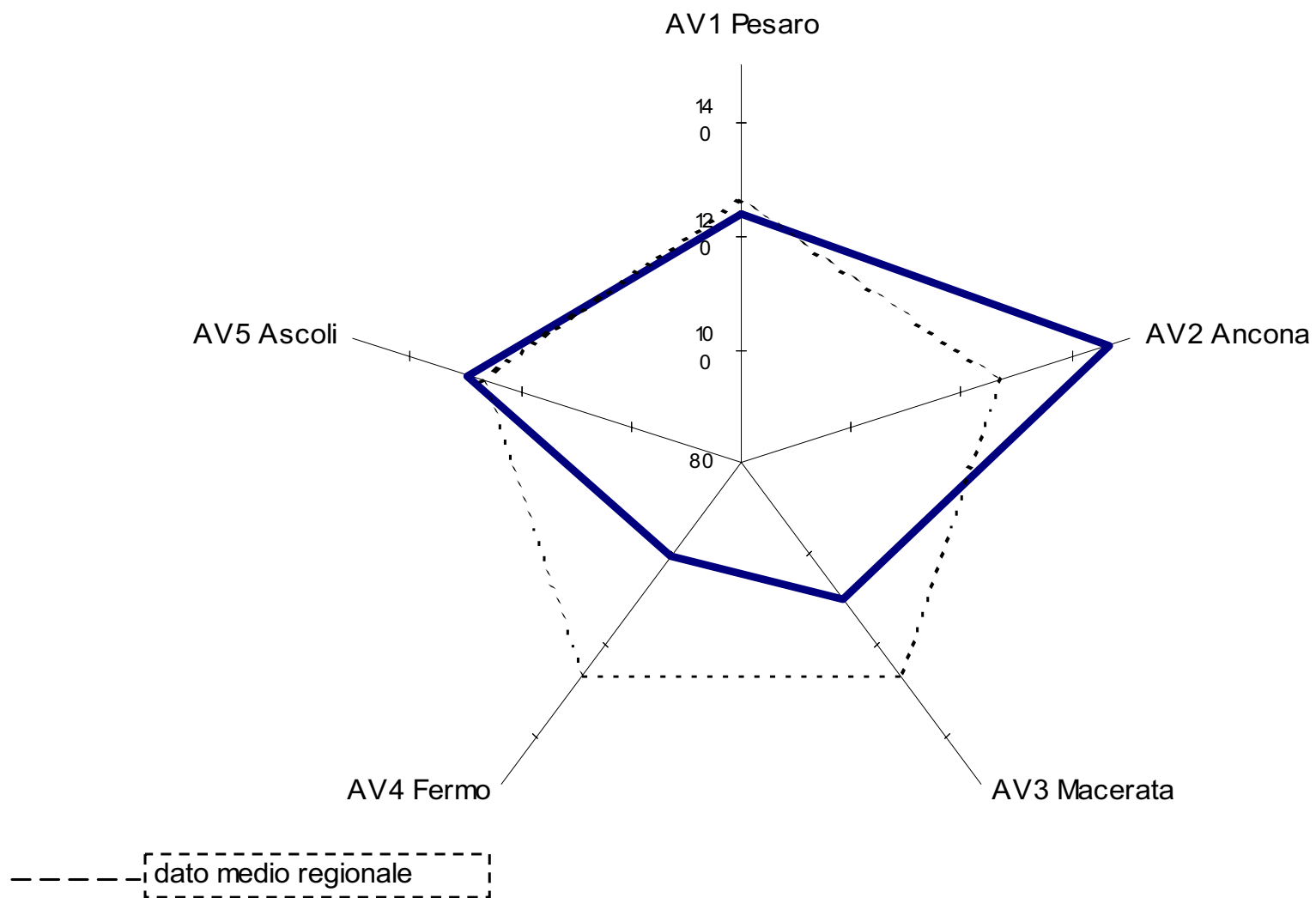


----- dato medio regionale

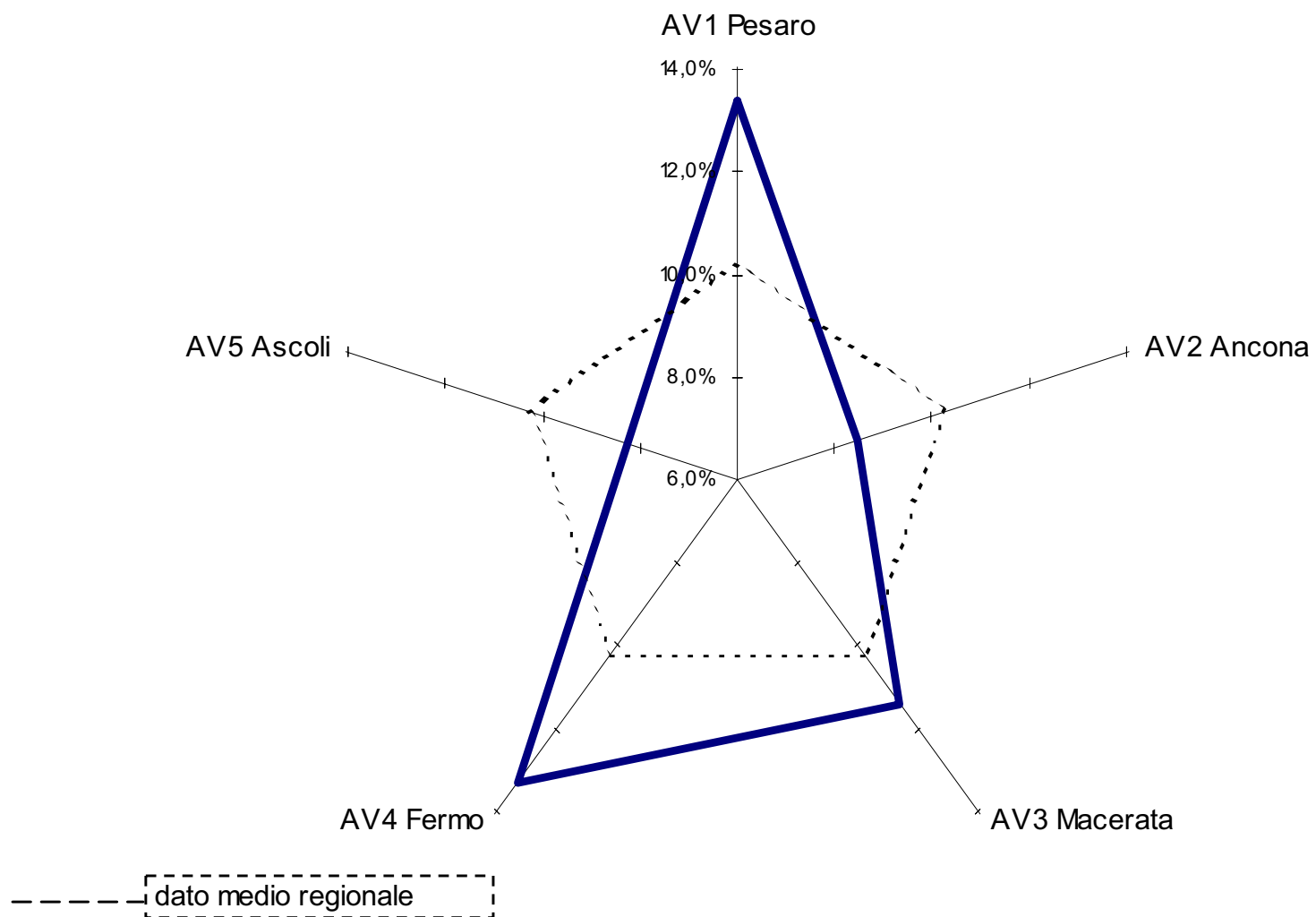
Ind.Dom.evasa: Tasso ospedalizzazione



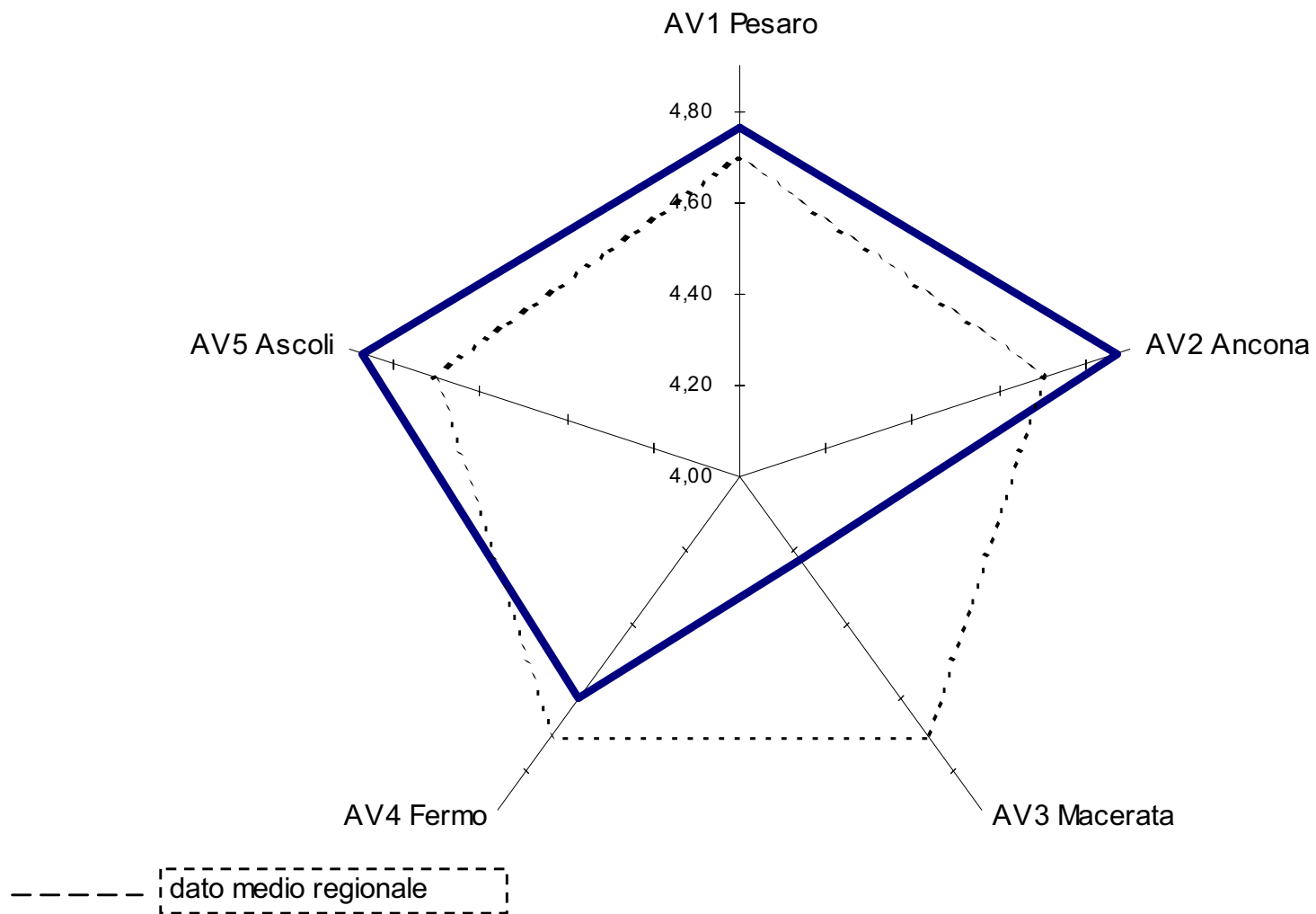
Ind.Dom.evasa: Tasso osped. locale (ZT)



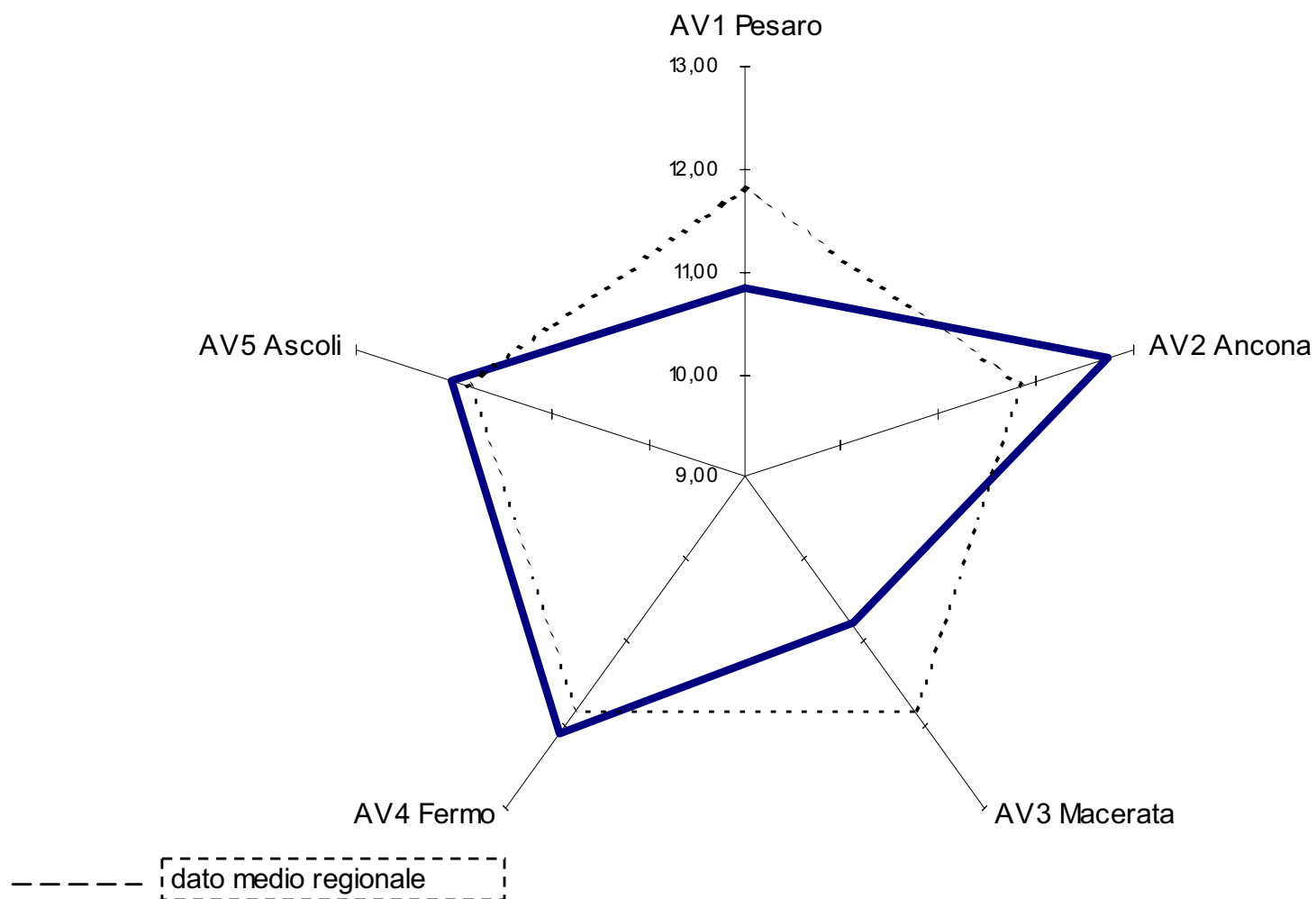
Ind.di Dotazione: % PL DH



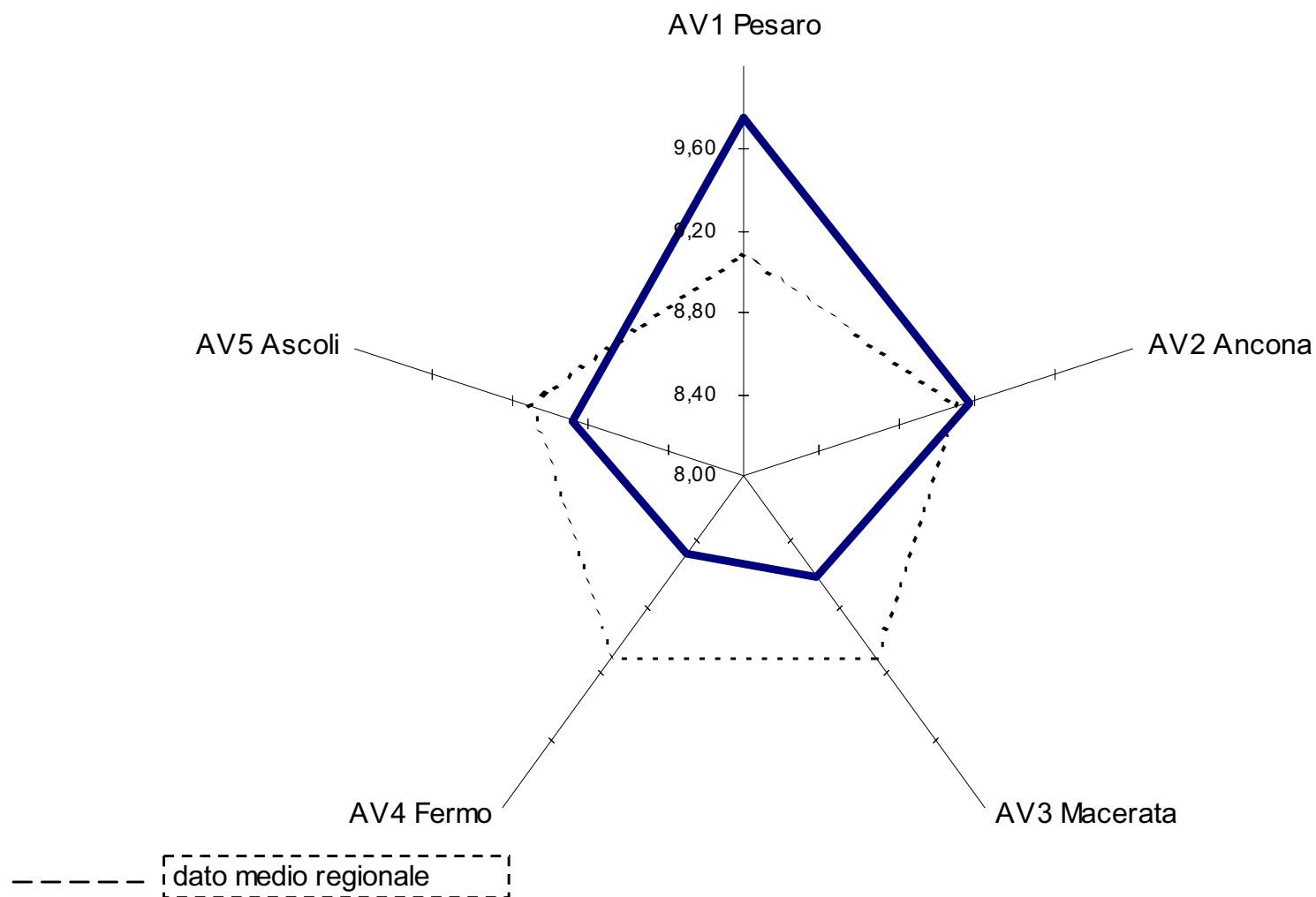
Ind.di Dotazione: Medici per 10 PL



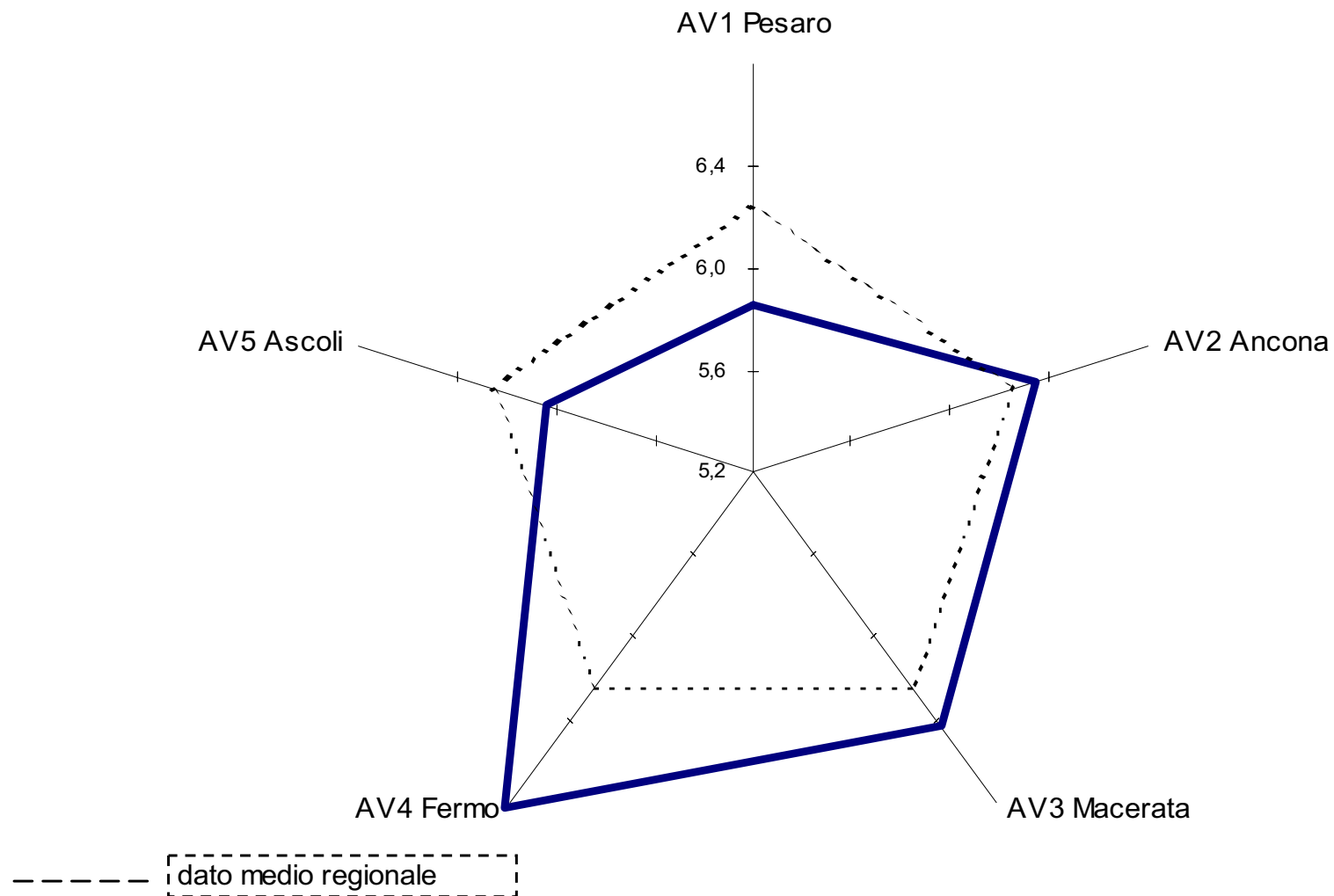
Ind.di Dotazione: Infermieri per 10 PL



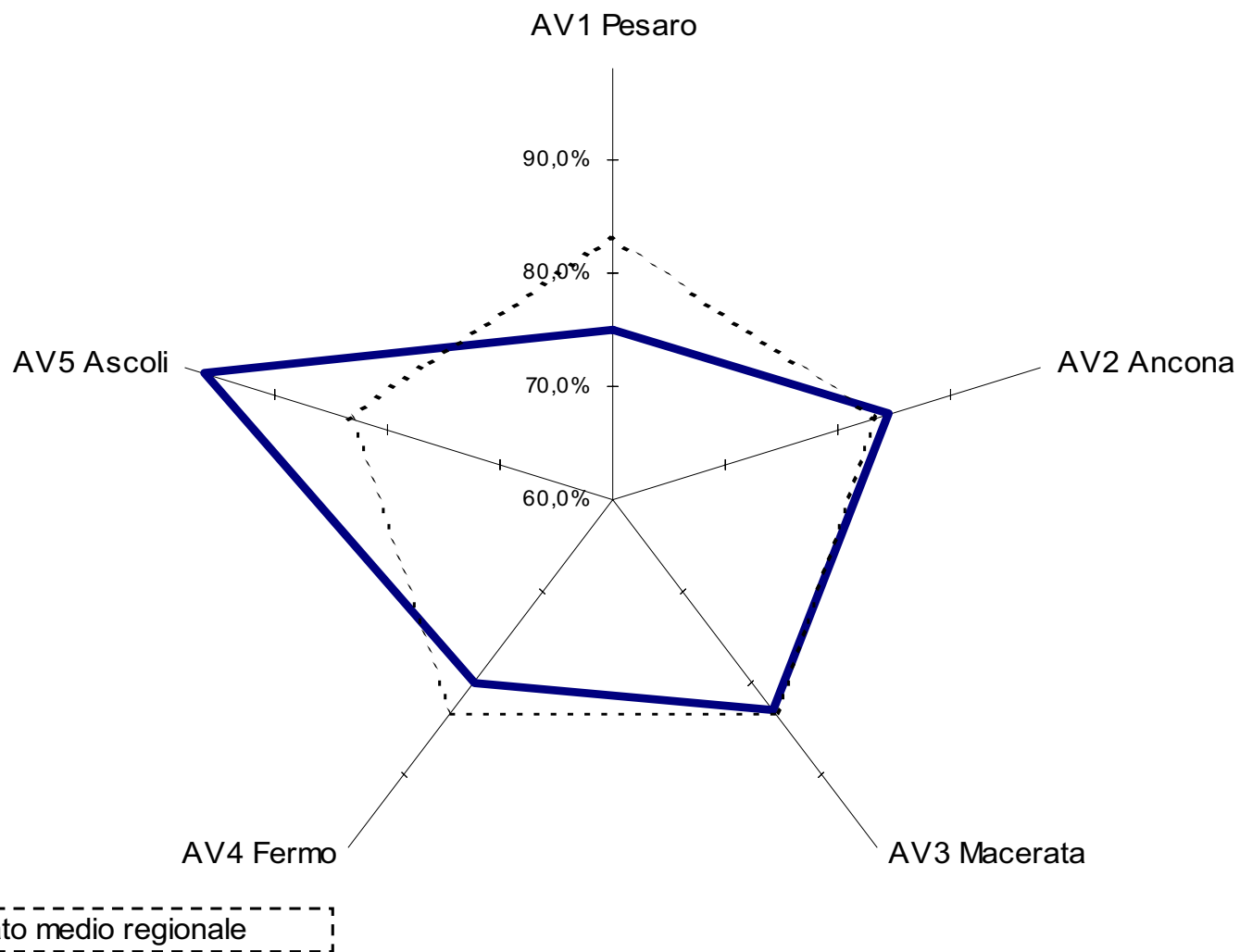
Ind.di Dotazione: Altro pers. per 10 PL



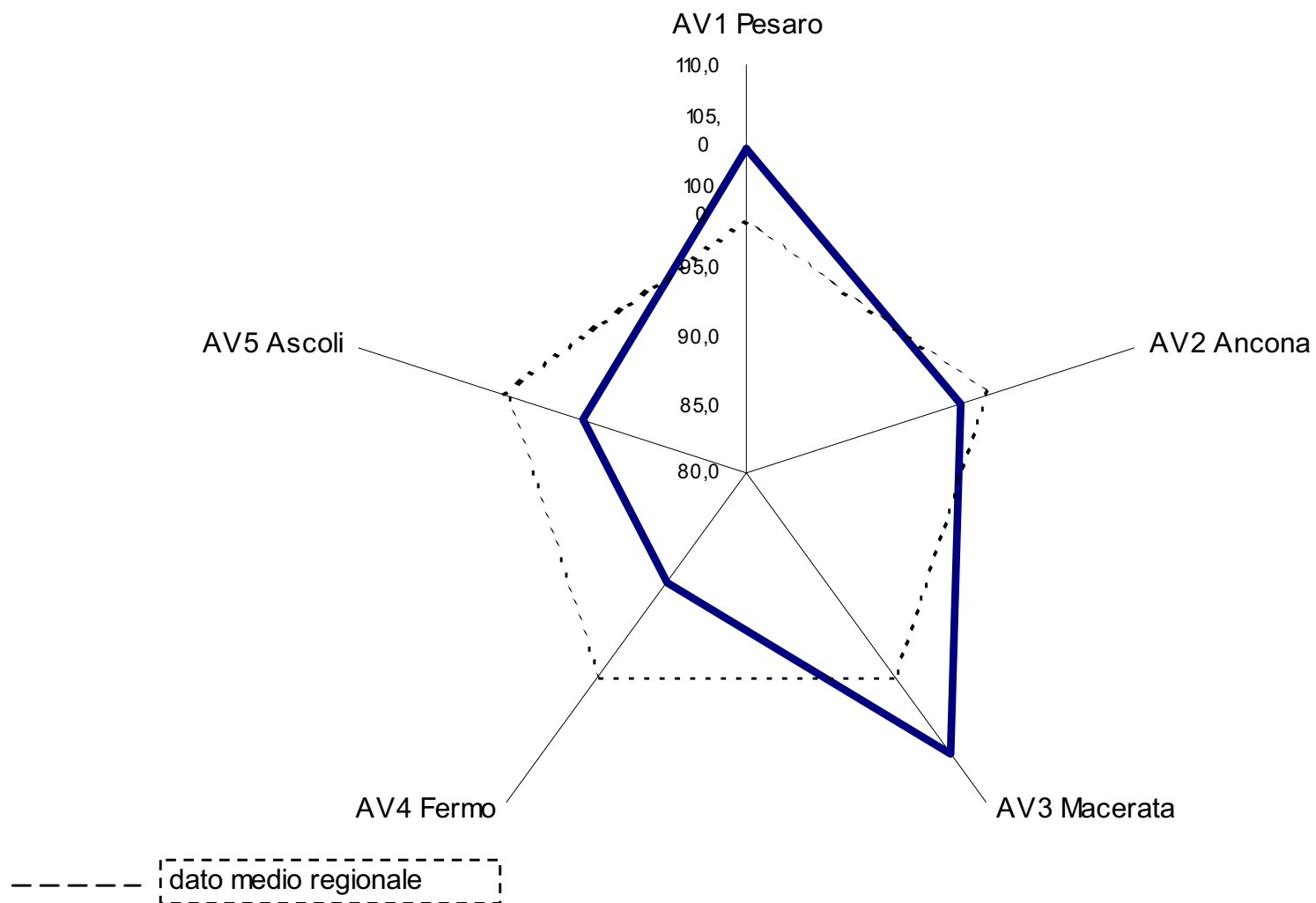
Ind. di Attività: Degenza media



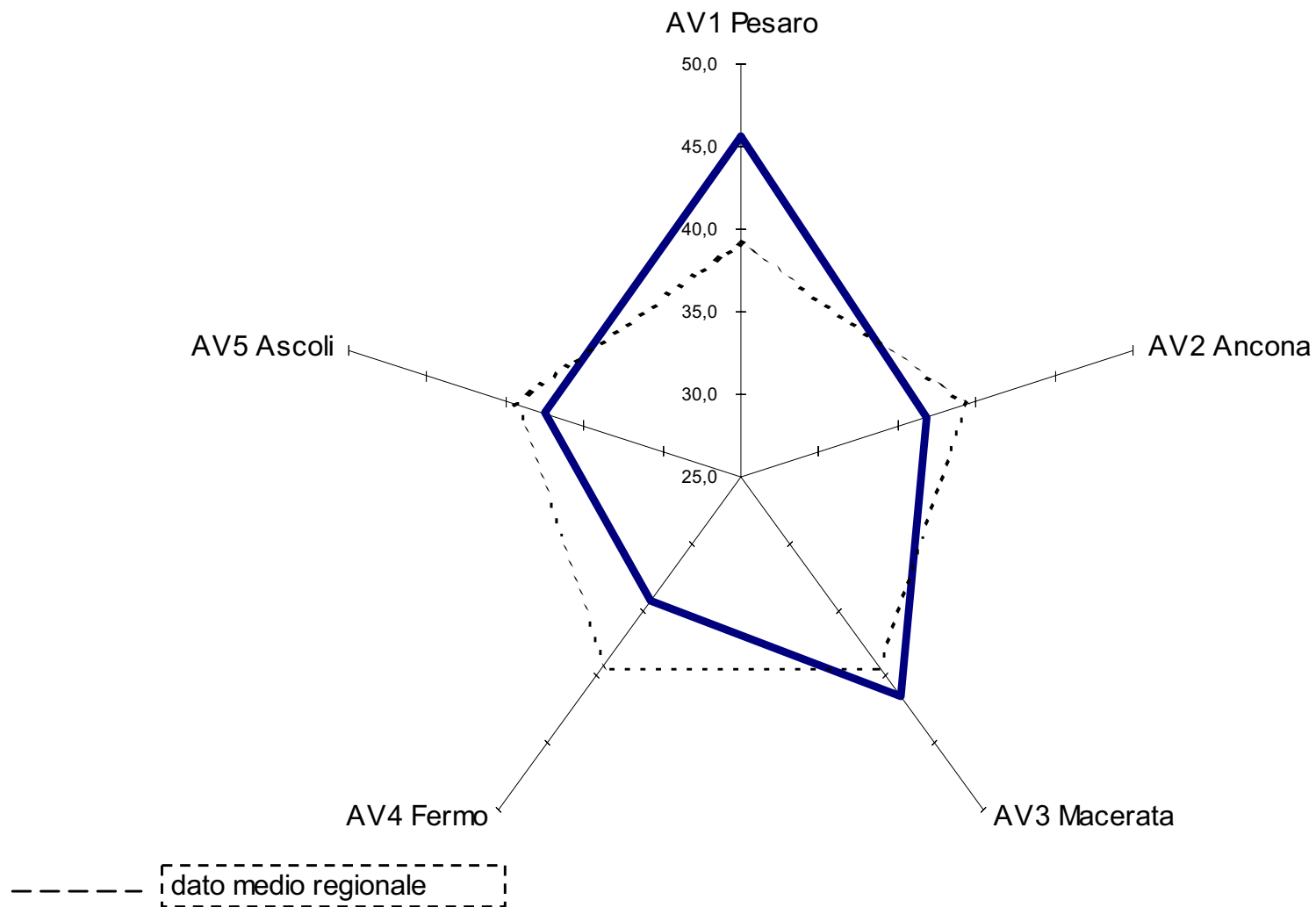
Ind.di Attività: Tasso di utilizzo PL



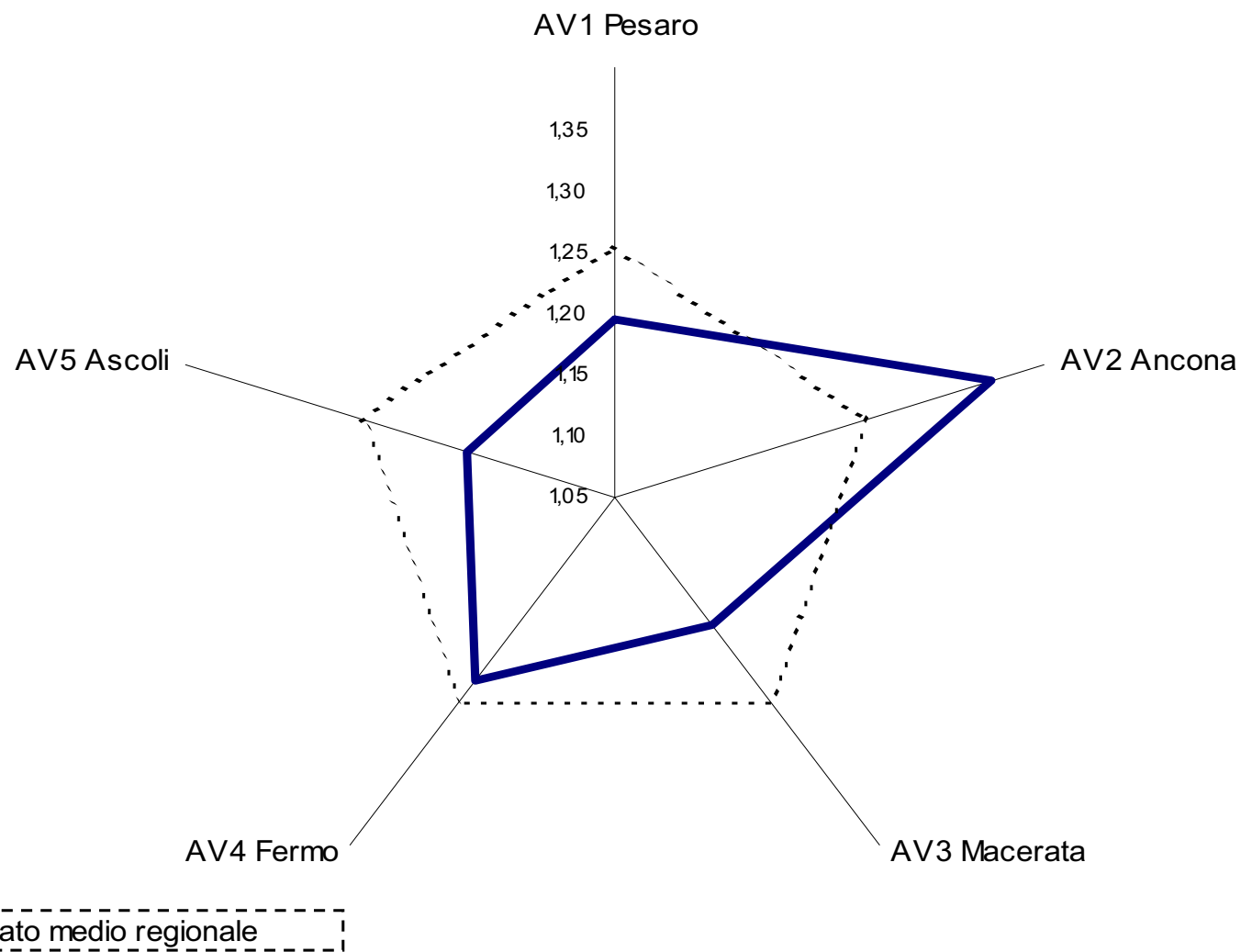
Ind.di Attività: Ricoveri per medico



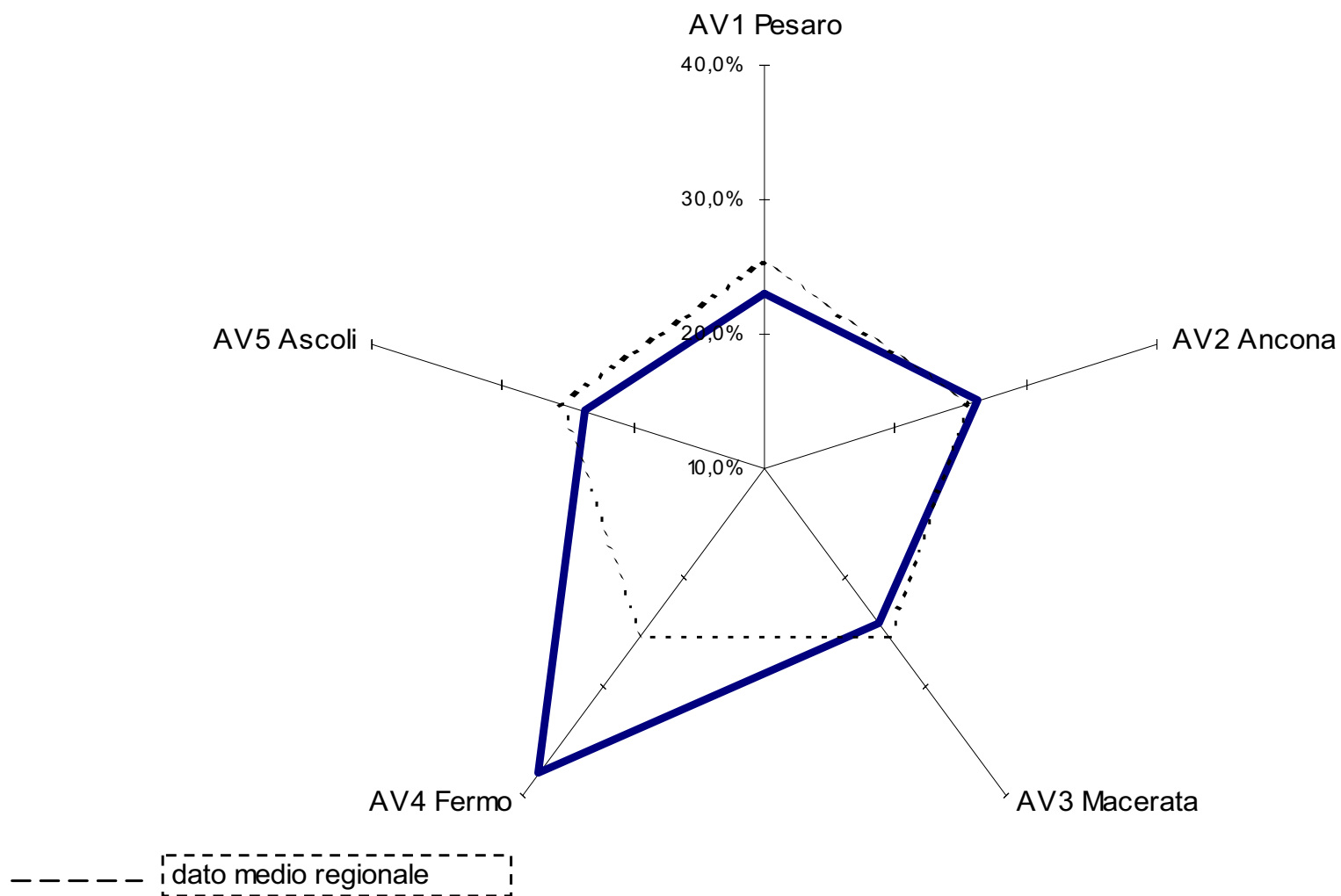
Ind.di Attività: Ricoveri per infermiere



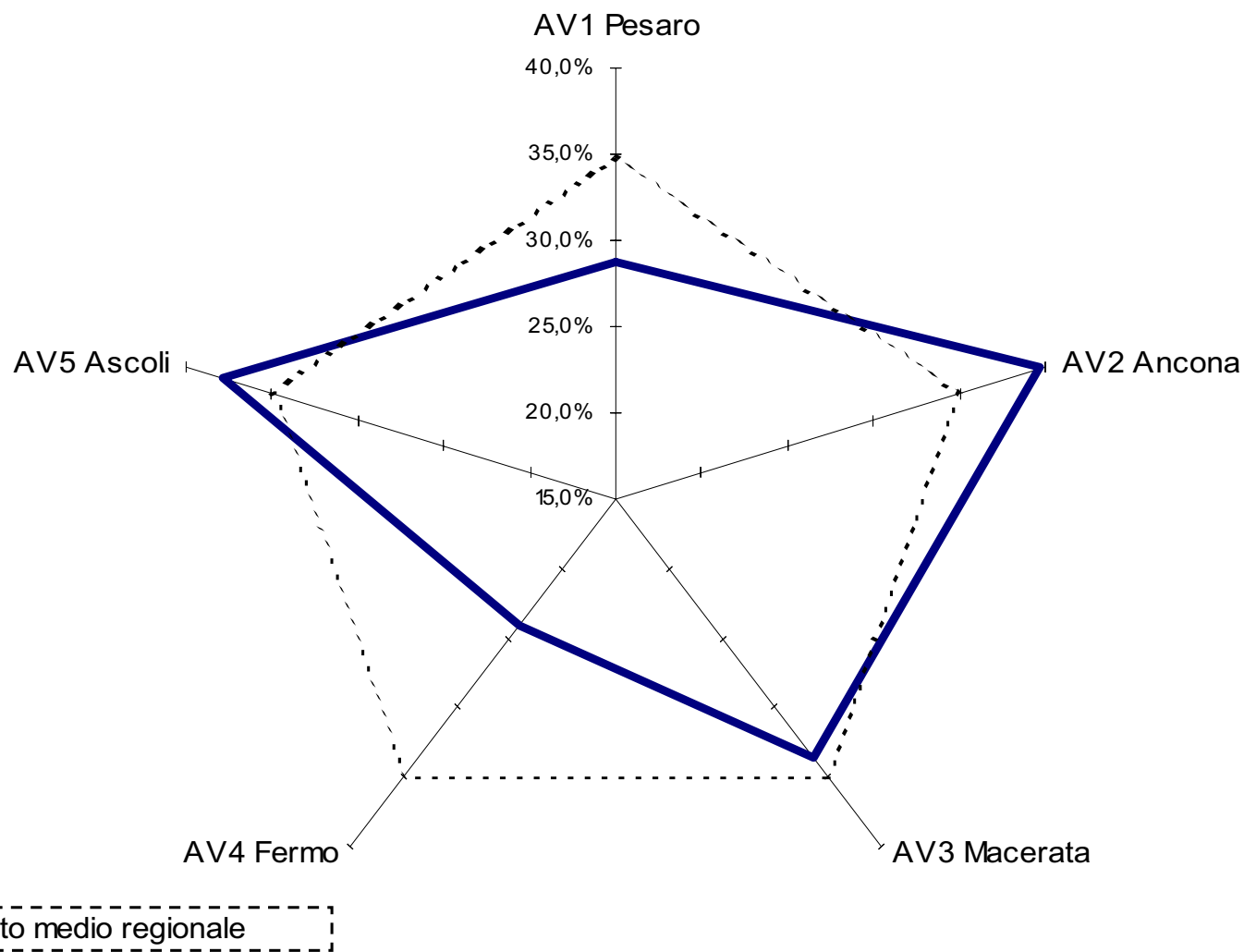
Ind.di Prodotto: Peso medio DRG



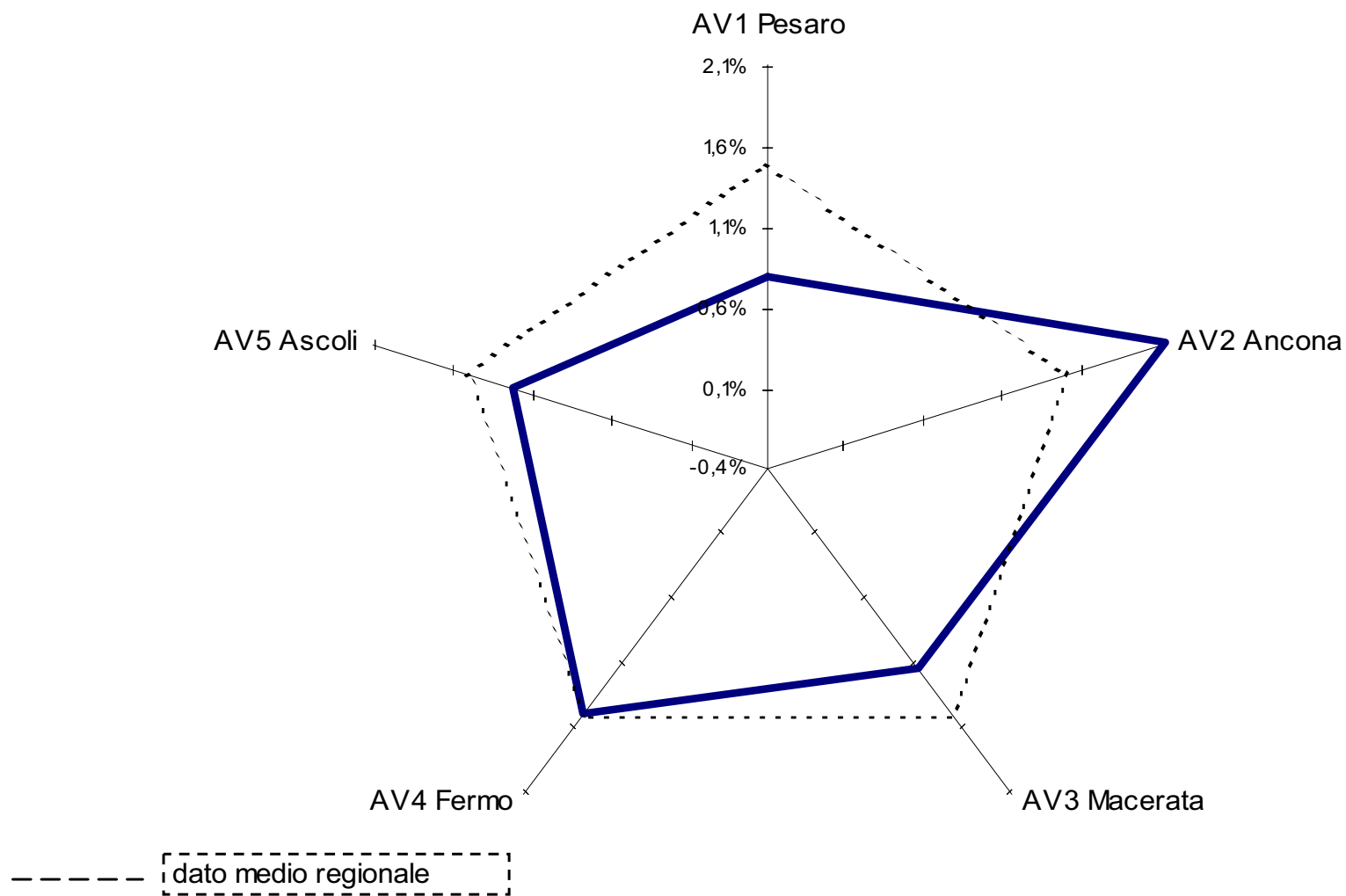
Ind.di Risultato-outcome: %casi complicati



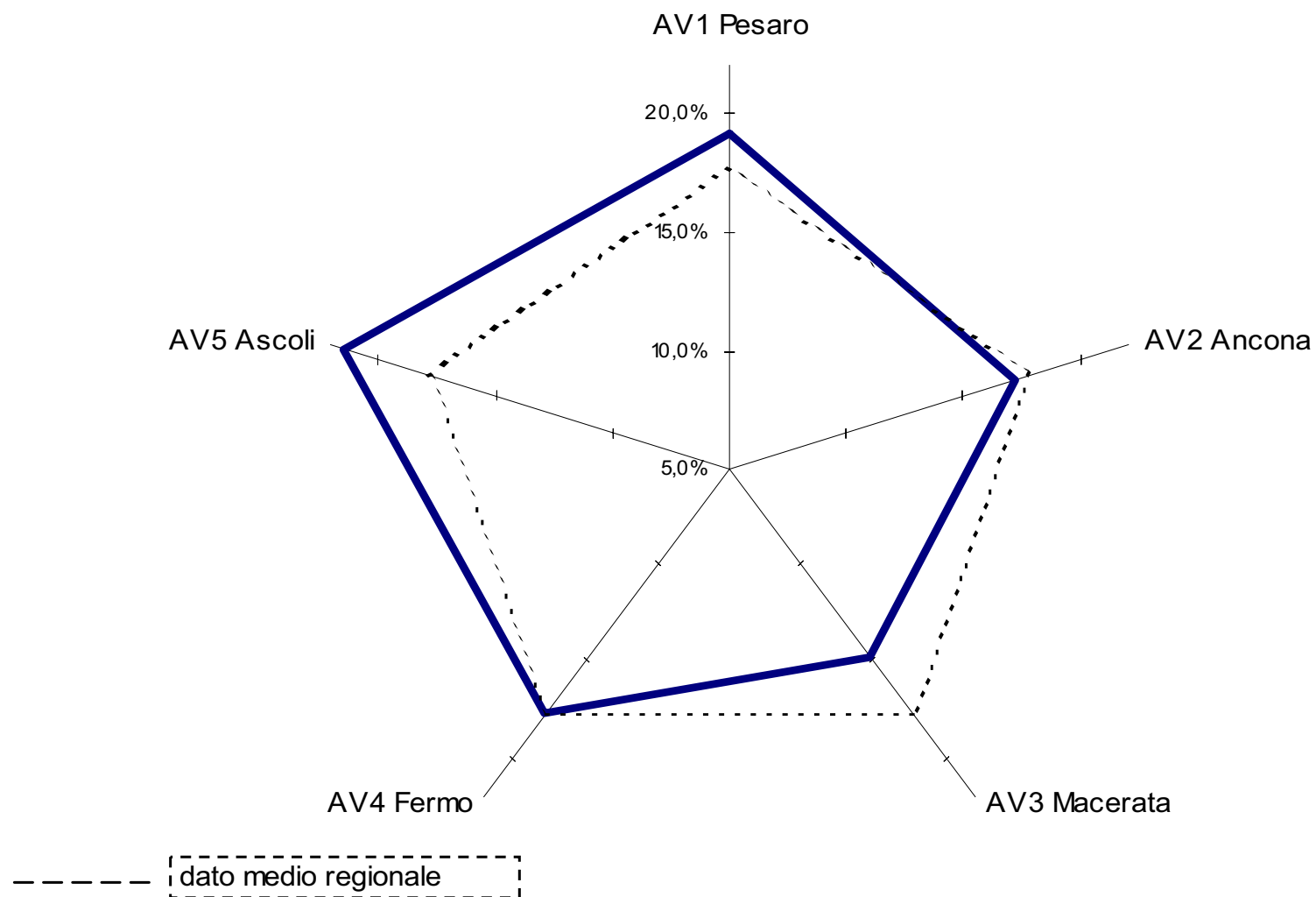
Ind.di Risultato-outcome: % parti cesarei



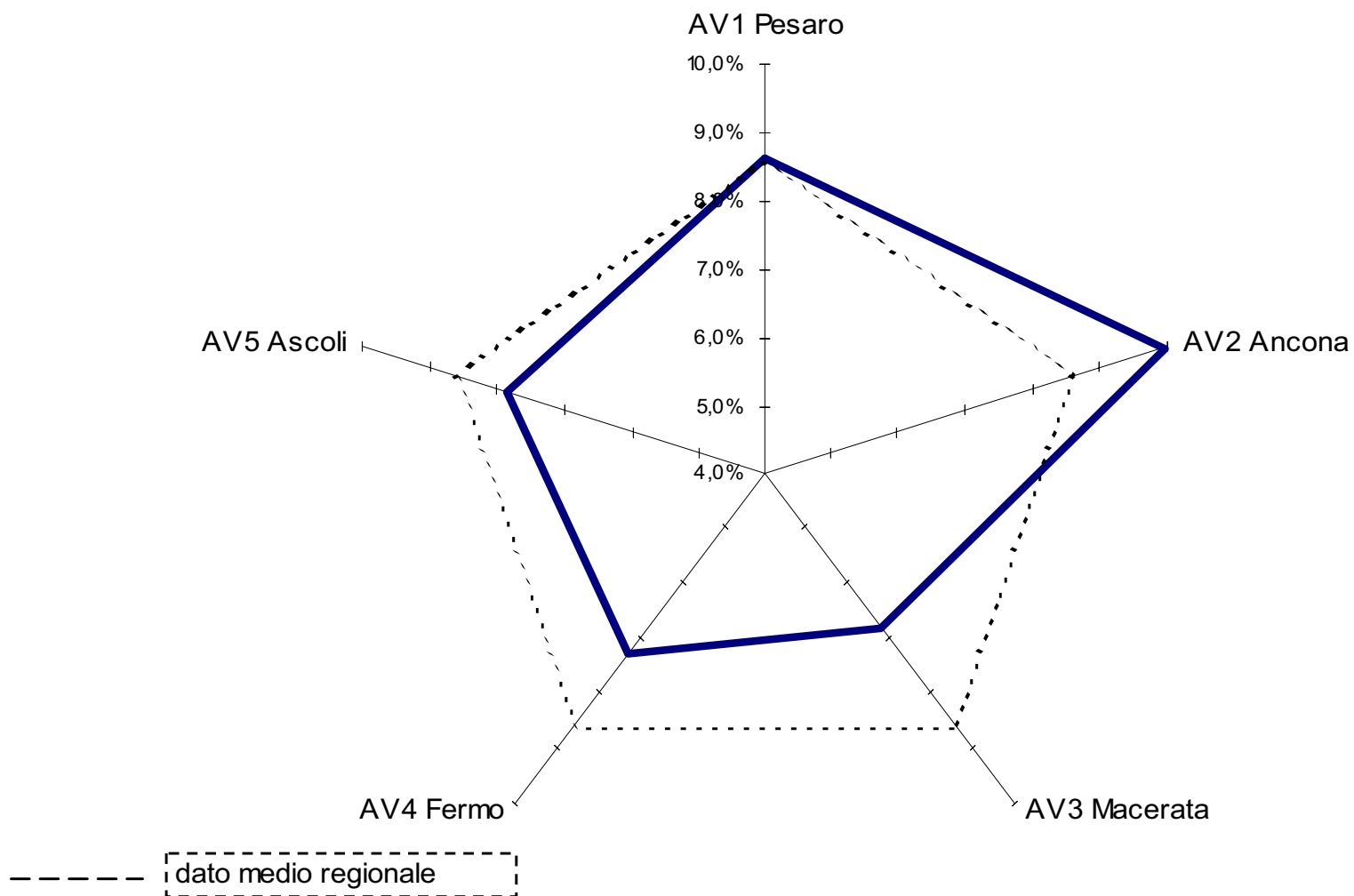
Ind.di Risultato-outcome: %casi oltre soglia in rep.chir.



Ind.di Risultato-outcome: % DRG medici in rep.chir.



Ind.di Risultato-outcome: % ric.ord.DRG medici <2gg



Indicatori 2005 per Area Vasta

Ranghi indicatori di area vasta

Area Vasta	Stato di salute					Giornate perdute per mortalità evitabile						
	Mortalità infantile (x10.000)	Nati con peso<1500	Dipendenza senile	Infortuni sul lavoro (x100add)	Mortalità per suicidio (x100.000ab)	Tumori *	Sistema cardiocircolatorio *	Traumatismi e avvelenamenti *	Altre cause *	Prevenzione primaria **	Diagnosi precoce e terapia **	Igiene e assistenza sanitaria **
AV1 Pesaro	1	1	1	6	6	6	5	6	5	6	5	6
AV2 Ancona	6	6	5	5	1	4	1	2	6	3	3	2
AV3 Macerata	3	4	6	2	2	2	2	1	3	1	6	1
AV4 Fermo	3	2	4	1	4	1	6	5	2	2	1	5
AV5 Ascoli	3	5	2	3	4	3	4	2	1	4	2	3
Regione	2	3	3	4	3	4	3	4	4	5	3	4

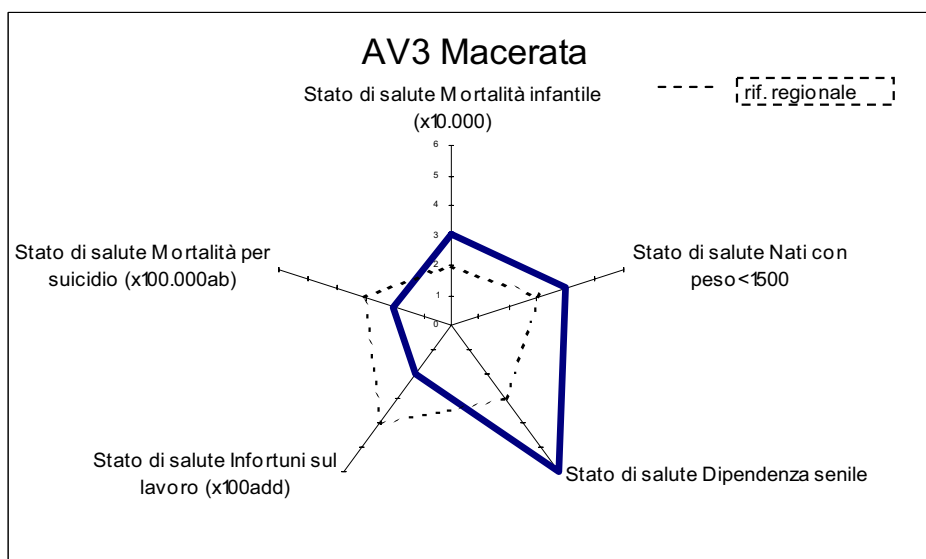
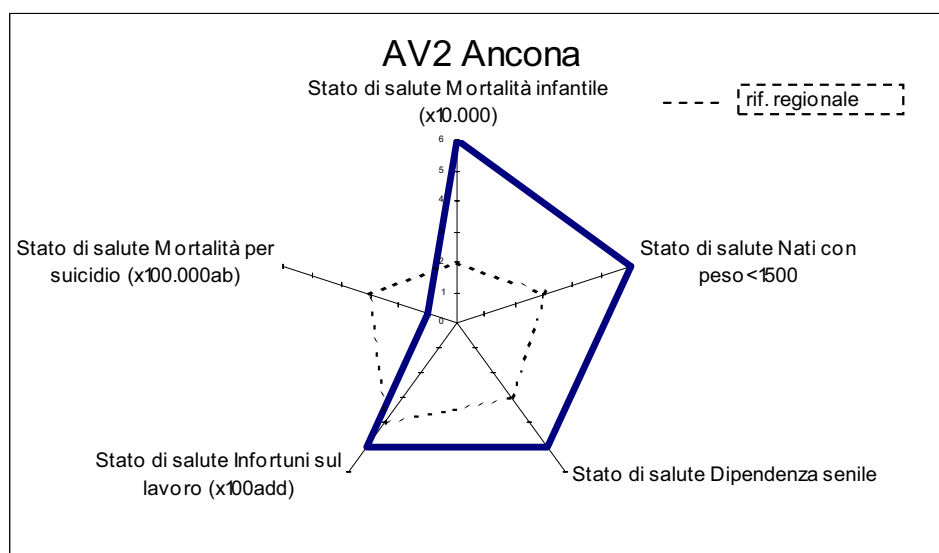
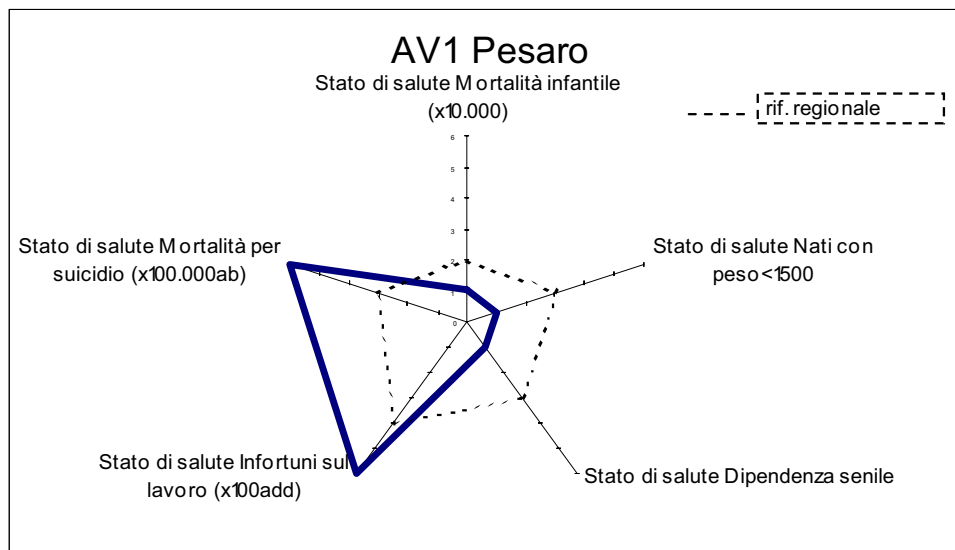
Indicatori 2005 per Area Vasta

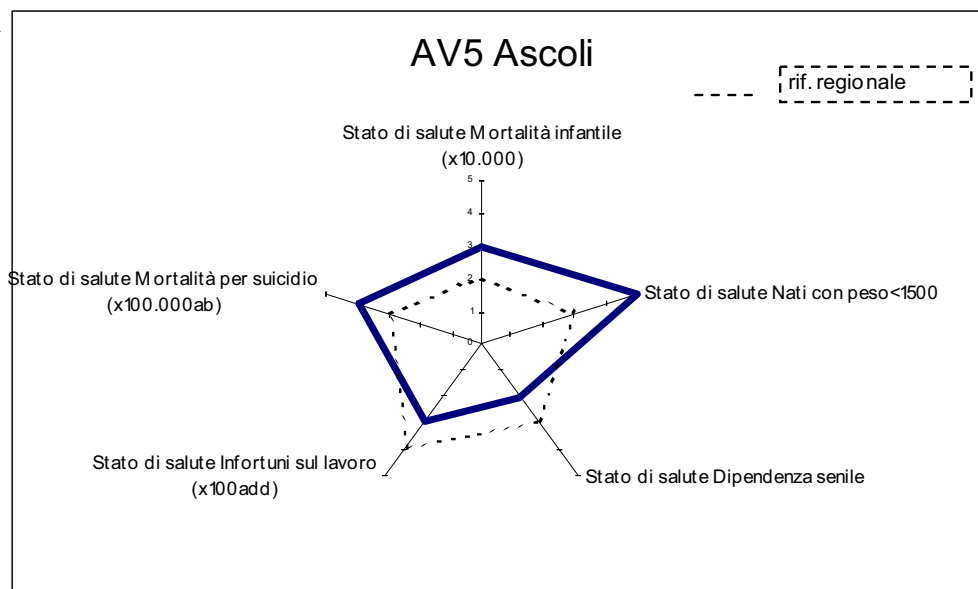
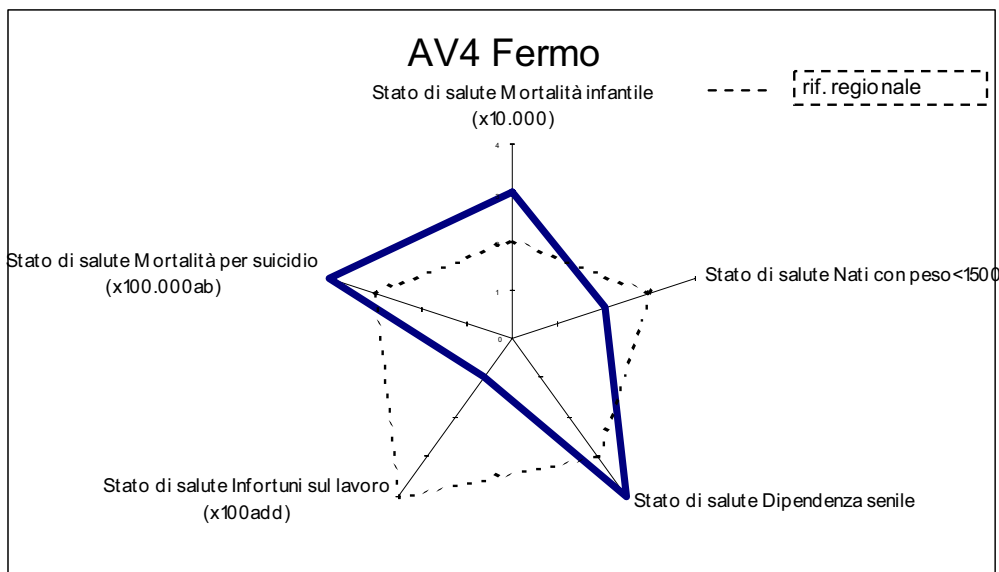
Ranghi indicatori di area vasta

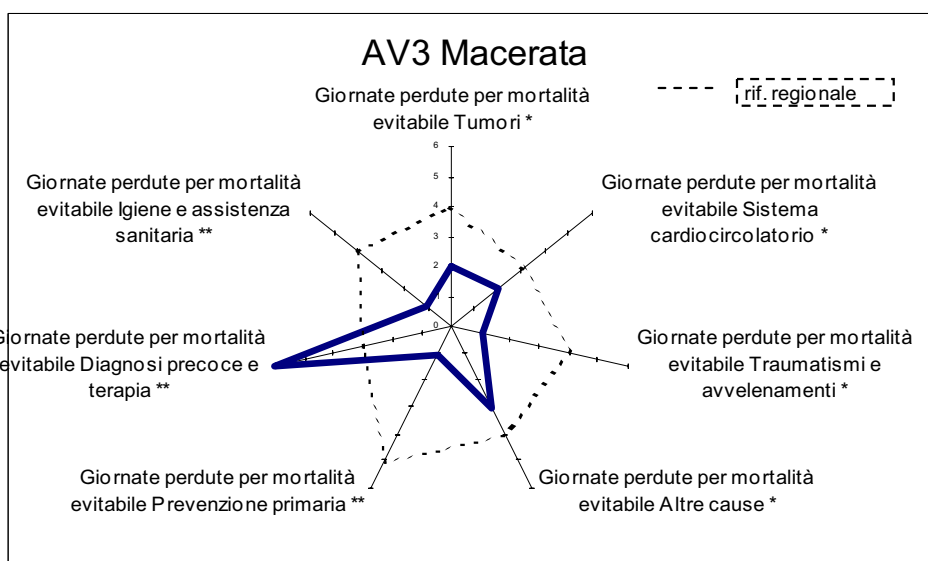
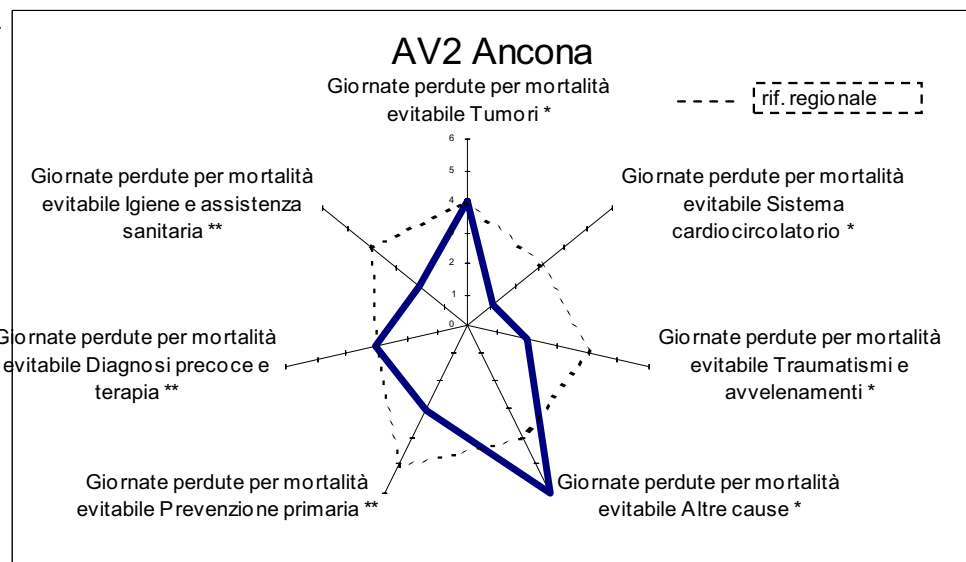
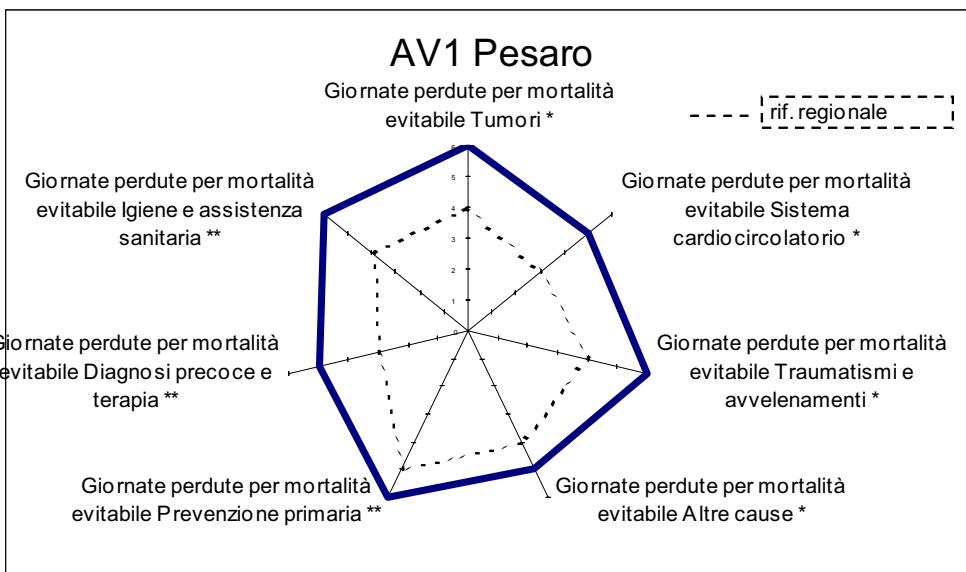
Area Vasta	Domanda H inevasa	Accessibilità			Dom. evasa		Dotazione				Attività				Prodotto
	Indice fuga fr	PL per residenti (x 1000)	PL pediatrici (x 1000 res <15 anni)	PL medici (x 1000 res >64 anni)	Tasso ospedalizzazione	Tasso osped. Locale (ZT)	% PL DH	Medici per 10 PL	Infermieri per 10 PL	Altro pers. per 10 PL	Degenza media	Tasso di utilizzo PL	Ricoveri per medico	Ricoveri per infermiere	Peso medio DRG
AV1 Pesaro	6	2	4	2	2	3	6	4	2	6	1	1	5	6	3
AV2 Ancona	1	6	6	6	5	6	2	5	6	5	4	5	3	2	6
AV3 Macerata	2	5	2	3	1	2	4	1	1	2	5	3	6	5	2
AV4 Fermo	3	1	1	1	4	1	5	2	5	1	6	2	1	1	4
AV5 Ascoli	5	4	3	5	6	5	1	6	4	3	2	6	2	3	1
Regione	4	3	5	4	3	4	3	3	3	4	3	4	4	4	5

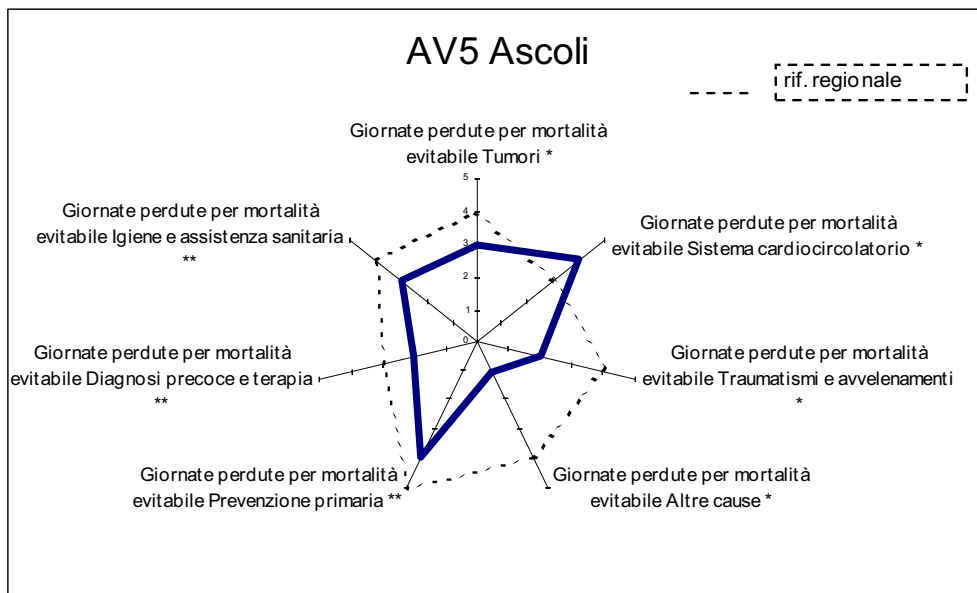
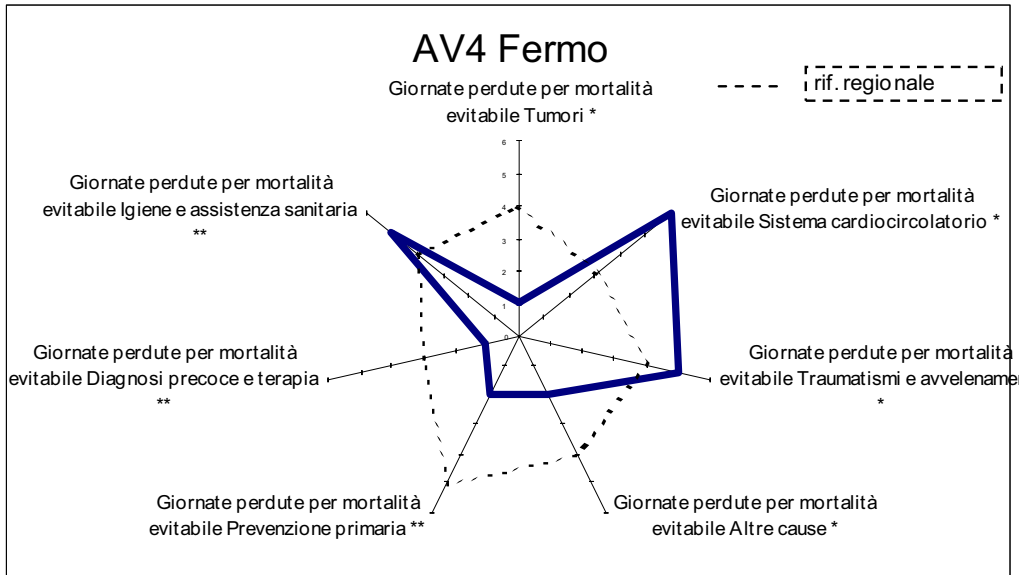
Ranghi indicatori di area vasta

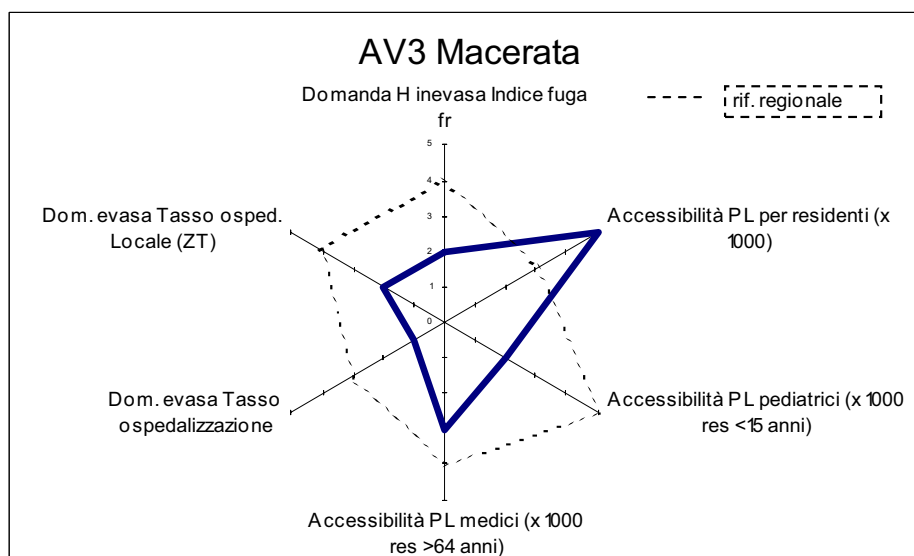
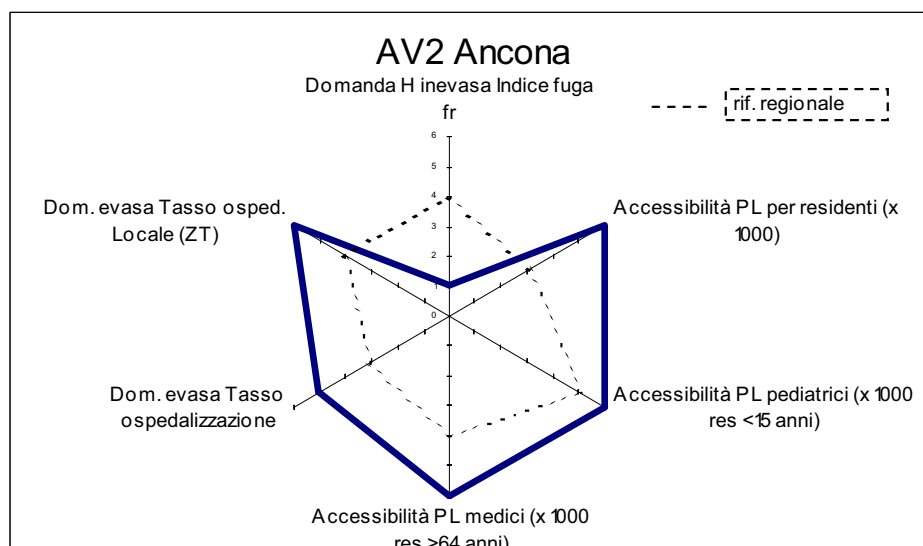
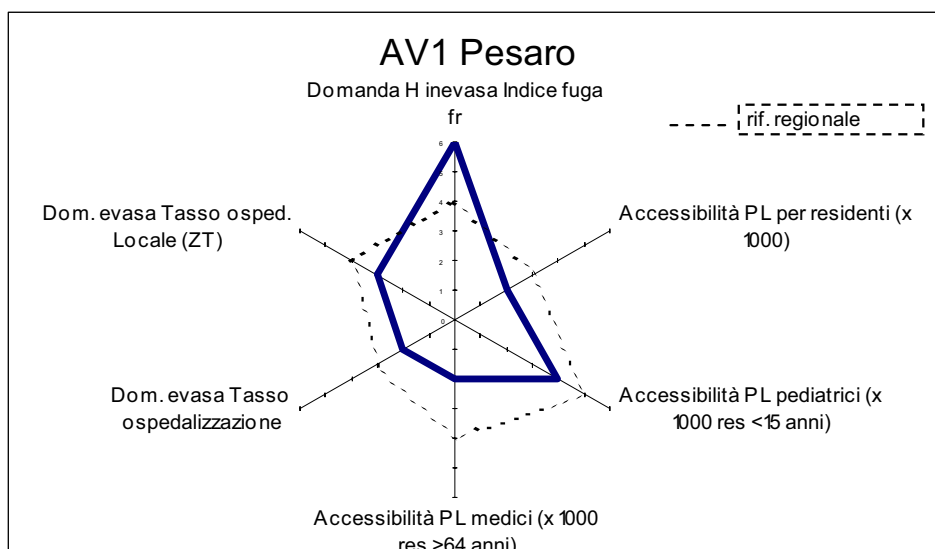
Area Vasta	Risultato - outcome				
	%casi complicati	% parti cesarei	%casi oltre soglia in rep. chir.	% DRG medici in rep.chir.	% ric.ord.DRG medici <2gg
AV1 Pesaro	1	2	1	5	5
AV2 Ancona	5	6	6	2	6
AV3 Macerata	3	3	2	1	1
AV4 Fermo	6	1	4	4	2
AV5 Ascoli	2	5	3	6	3
Regione	4	4	5	3	4

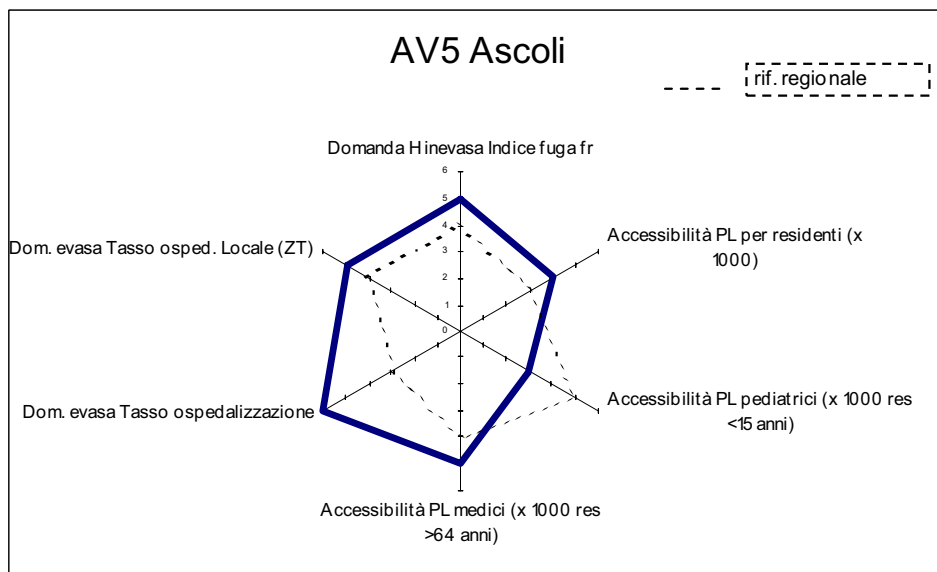
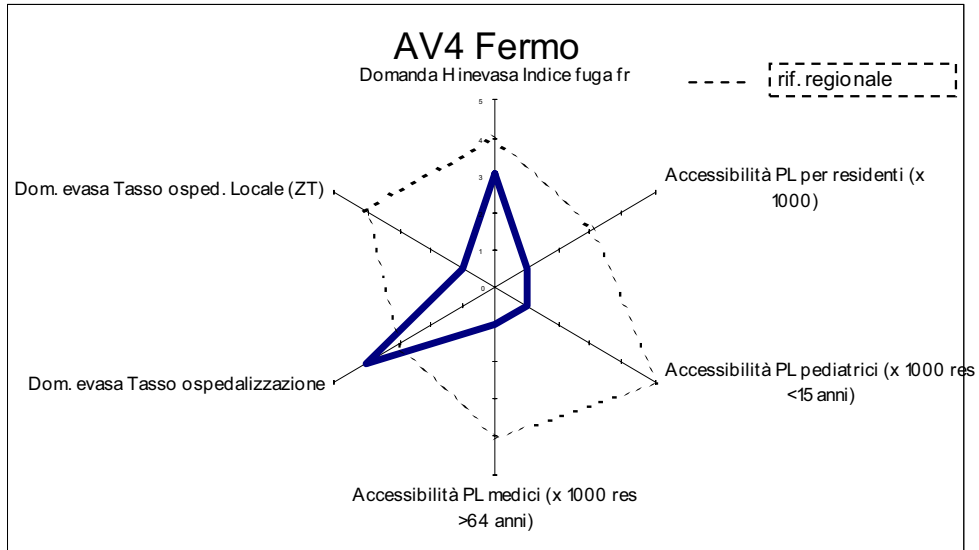


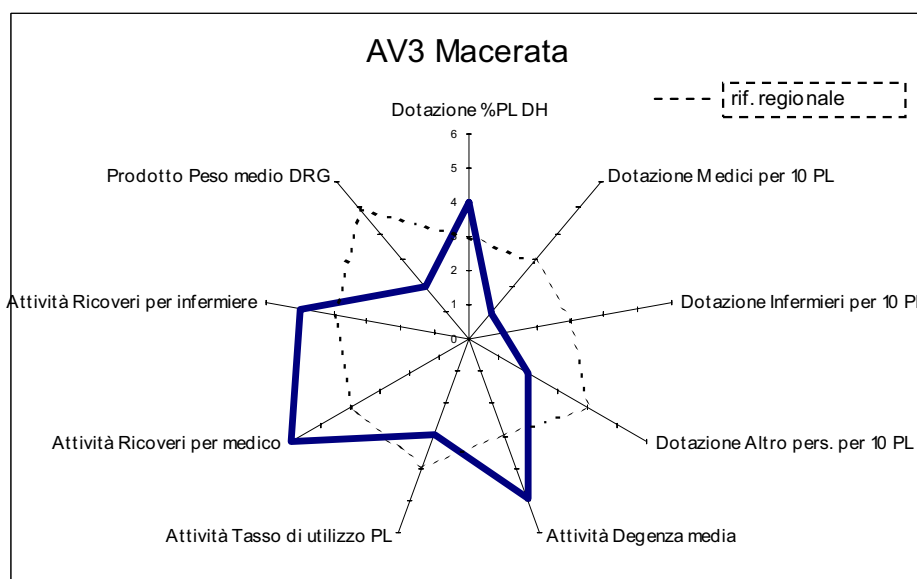
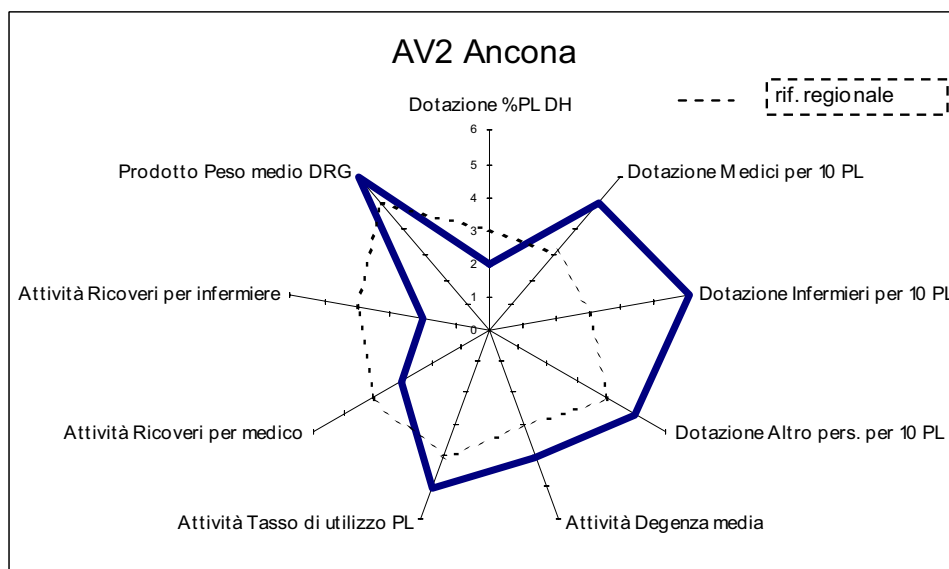
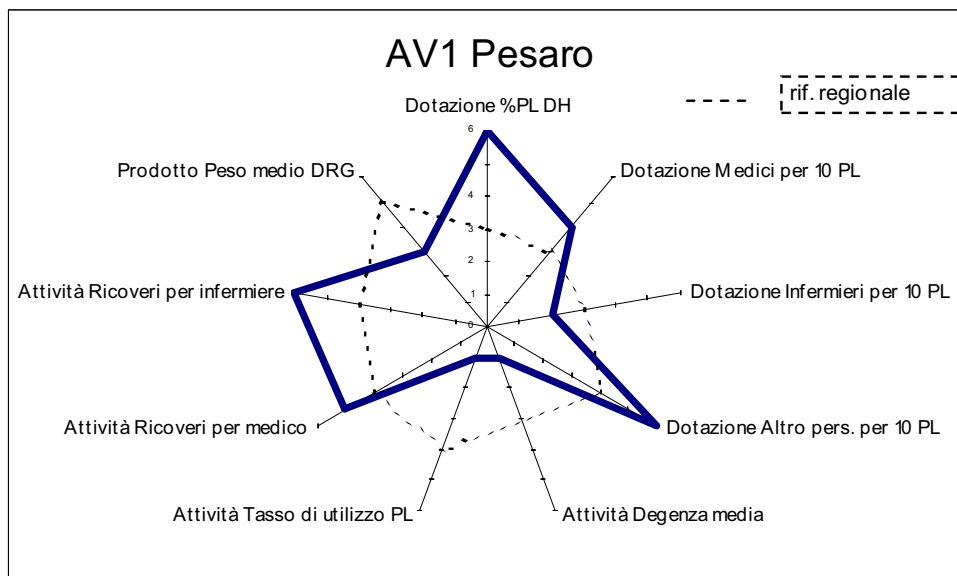


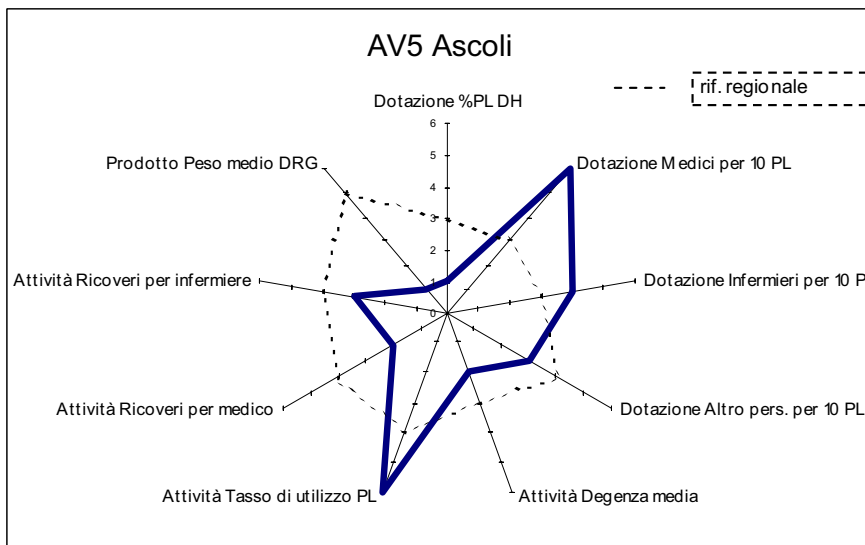
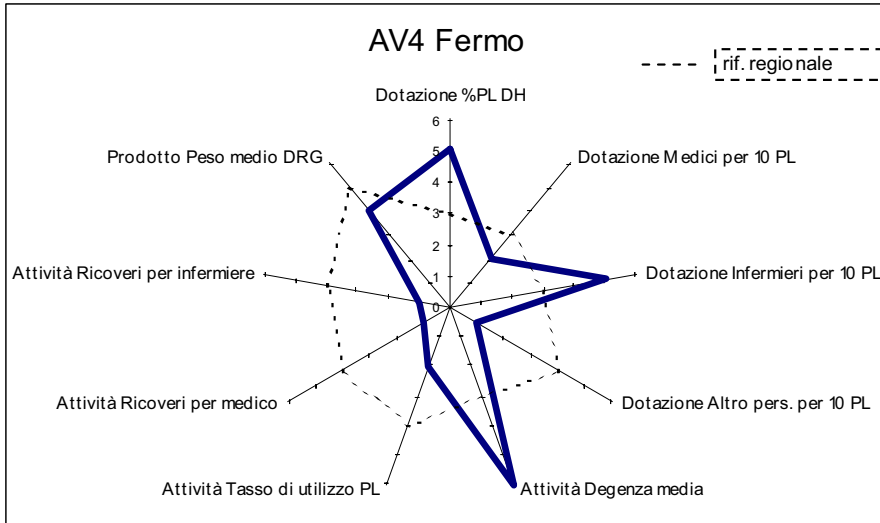


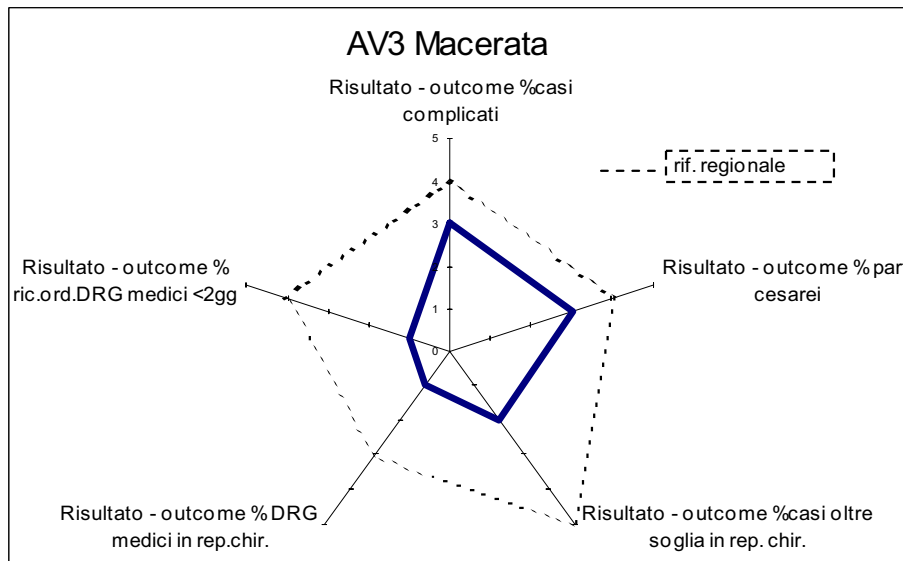
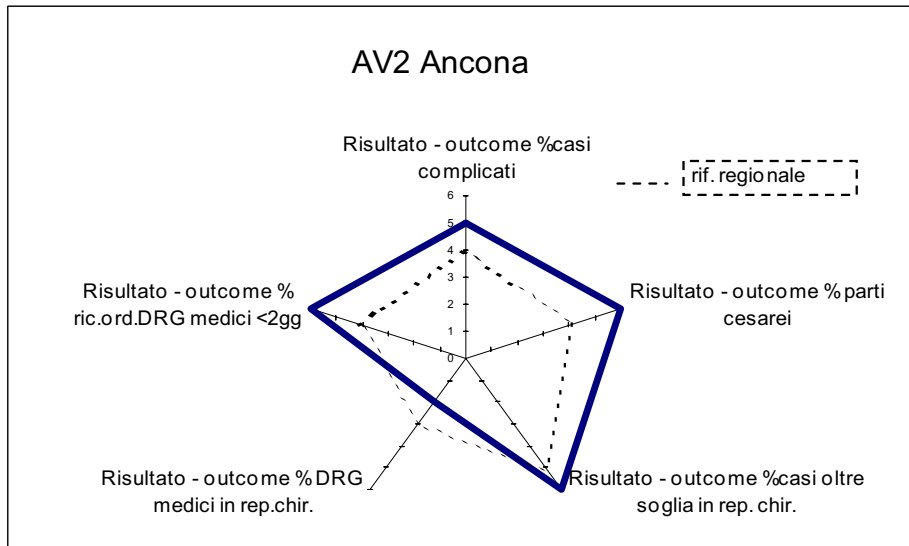
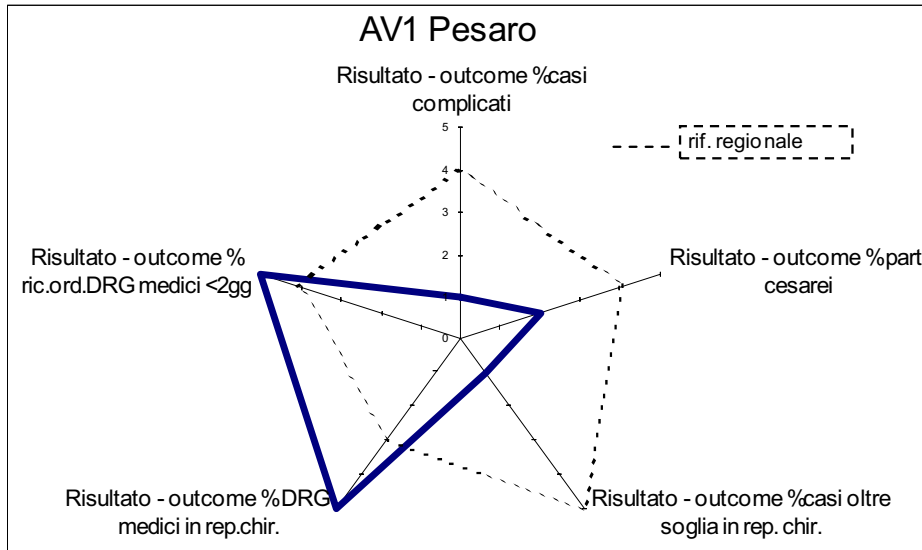


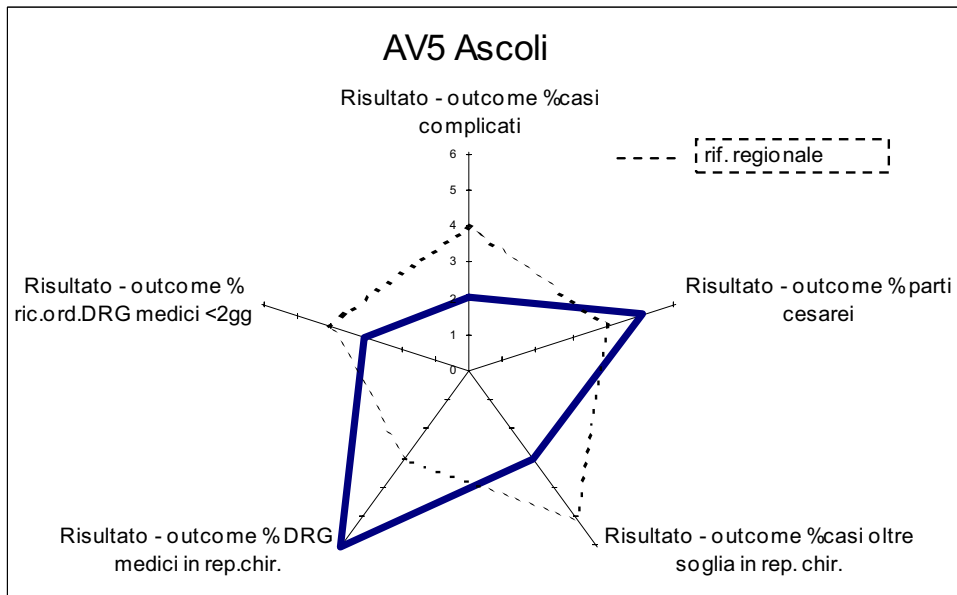
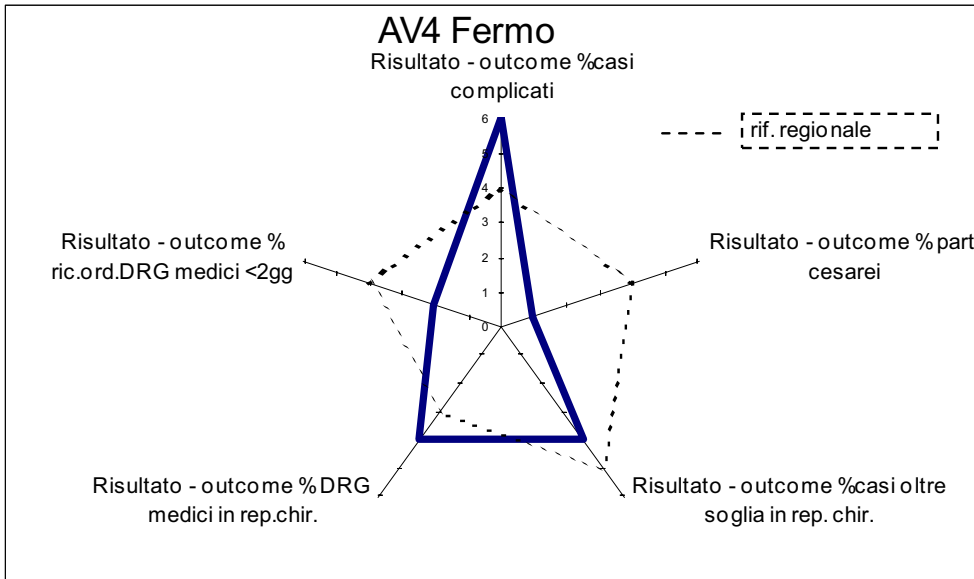












INDICATORI SULLE STRUTTURE OSPEDALIERE

Variabili di base per struttura anno 2005

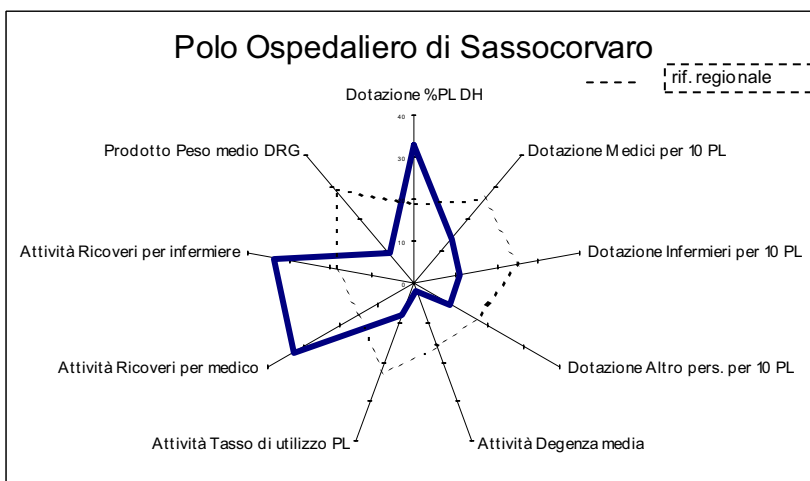
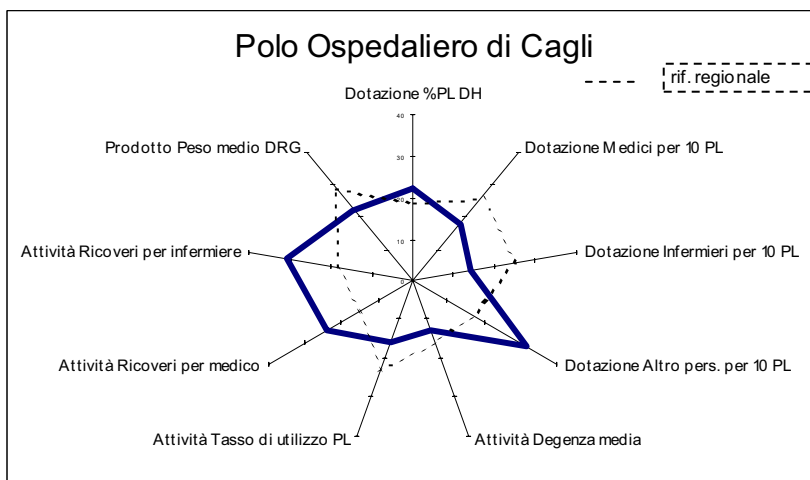
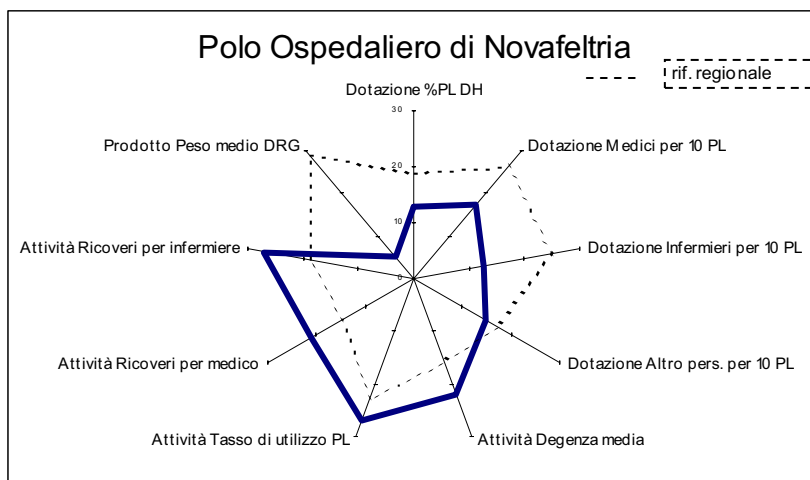
Struttura pubblica	PL ordinari	PL DH	Ricoveri prodotti	gg degenza prodotte	gg degenza teoriche	peso medio DRG prod	Medici	Infermieri	Altro personale
101NOVAFELTRIA - OSP. SACRA FAMIGLIA	60	7	2.791	19.353	25.554	0,97	25	64	59
101REP. PSICHIATRIA (USL101 C/O S.SALV.)			400	5.278	0	1,02			0
102CAGLI - OSPEDALE A. CELLI	44	6	2.238	13.221	19.192	1,13	20	49	59
102SASSOCORVARO - OSP. LANCIARINI	40	10	2.781	12.024	19.820	1,03	17	46	41
102URBINO - OSPEDALE CIVILE	165	30	8.940	49.294	75.885	1,11	102	239	146
103FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	267	33	15.325	87.255	114.681	1,06	159	363	283
103FOSSOMBRONE - OSPEDALE CIVILE	58	9	2.562	15.097	25.868	0,99	17	59	73
103PERGOLA - OSP. SS DONNINO E CARLO	59	9	2.076	17.582	26.233	1,22	20	44	65
104SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	254	34	12.993	80.922	110.458	1,03	119	338	222
105CINGOLI - OSP.GENERALE DI ZONA	10	1	442	3.638	4.172	1,13	4	15	17
105JESI - OSPEDALI RIUNITI	281	33	16.129	93.154	119.791	1,04	143	366	280
106FABRIANO - OSP. "E.PROFILI"	134	19	8.167	40.528	58.828	1,07	78	200	182
106SASSOFERRATO - OSP.S.ANTONIO AB.	39	1	186	6.848	14.757	0,93	3	16	29
107CHIARAVALLE - OSP. M.MONTESSORI	40	9	1.597	11.166	19.298	1,07	13	38	56
107LORETO - OSPEDALE S. CASA	48	5	1.906	13.720	20.130	1,53	15	66	61
107OSIMO - OSP. GENERALE DI ZONA	96	11	4.579	24.854	40.782	1,02	49	113	93
108CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	175	23	9.347	55.387	75.881	1,09	106	230	172
108RECANATI - OSP.CIVILE S.TA LUCIA	81	12	4.866	25.300	35.829	0,87	39	94	97
109MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	343	51	17.659	110.574	151.817	1,13	183	485	354
109TOLENTINO - PRESIDIO OSPEDALIERO	69	7	2.400	19.150	28.839	1,09	20	72	58
109TREIA - OSPEDALE	38	1	431	11.882	14.392	1,14	3	18	43
110CAMERINO - OSP. S.MARIA D.PIETA'	103	8	3.593	21.619	41.771	1,37	41	115	69
110MATELICA - OSP.S.SOLLECITO	26	2	681	6.953	10.534	1,20	6	23	25
110S.SEVERINO - OSP. "B.EUSTACCHIO"	91	25	7.986	28.305	46.265	0,85	46	100	89
111FERMO - OSPEDALE	233	29	13.834	84.113	100.183	1,12	160	377	220
111OSPEDALE DI MONTEGIORGIO	20	0	407	5.614	7.300	1,28	7	23	17
111PORTO S. GIORGIO	13	2	107	2.685	5.789	0,96	2	17	21
111S.ELPIDIO - OSP.GENERALE DI ZONA	20	11	845	6.511	13.042	1,10	6	27	19
112S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	233	33	12.040	76.704	102.271	1,06	130	309	197
113AMANDOLA - OSP. VITTORIO E. II	59	7	2.221	14.999	25.189	1,07	17	56	60
113ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	335	40	17.563	102.406	143.155	1,11	196	484	370
901PESARO - OSPEDALI RIUNITI	347	56	22.265	128.228	155.887	1,16	213	500	381
905OSPEDALI RIUNITI - AN	940	96	53.226	308.355	393.212	1,42	584	1.504	936
921ANCONA-OSP.GERIATRICO U.SESTILI -	202	11	6.829	58.459	79.472	1,38	91	220	194
923FERMO - I.N.R.C.A.	71	0	1.308	19.125	25.915	1,35	10	38	37
Regione	4.994	631	260.720	1.580.303	2.152.192	1,26	2.643	6.704	5.025

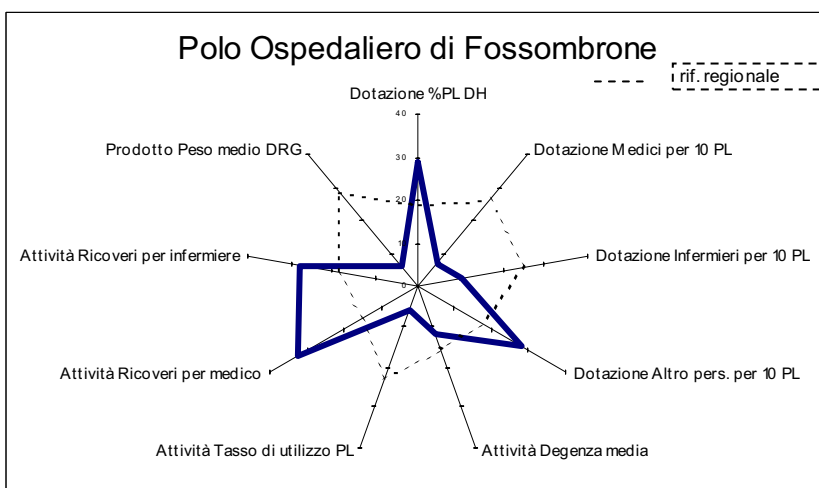
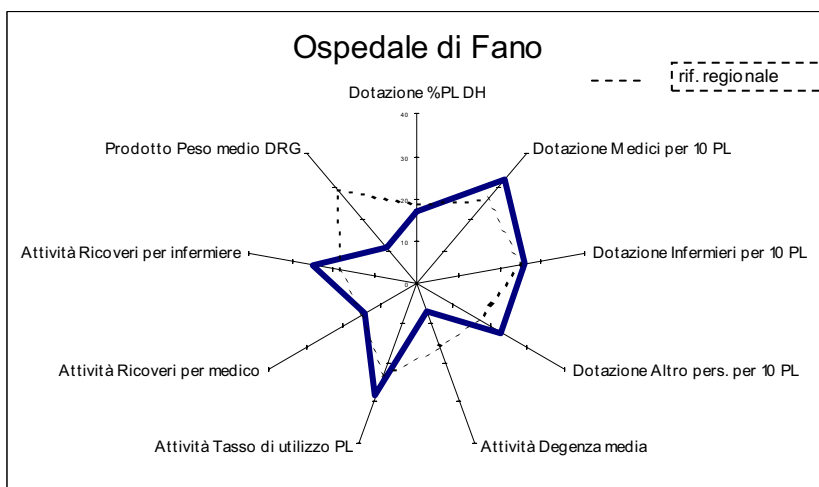
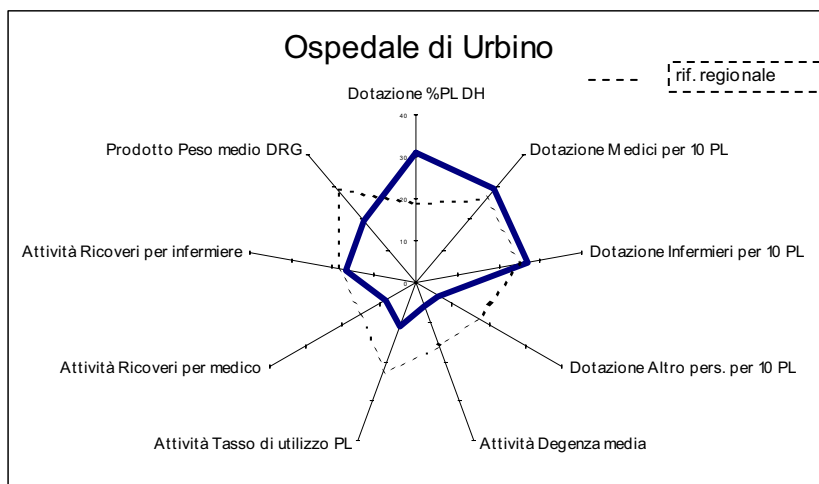
Indicatori 2005 per struttura pubblica

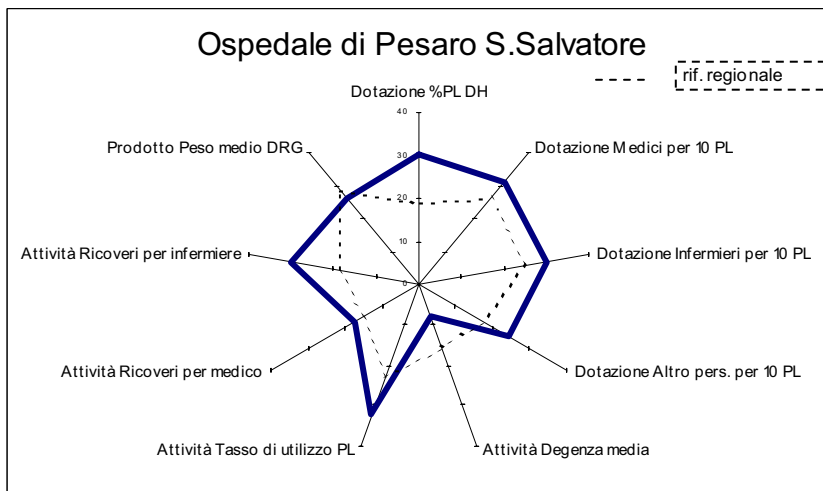
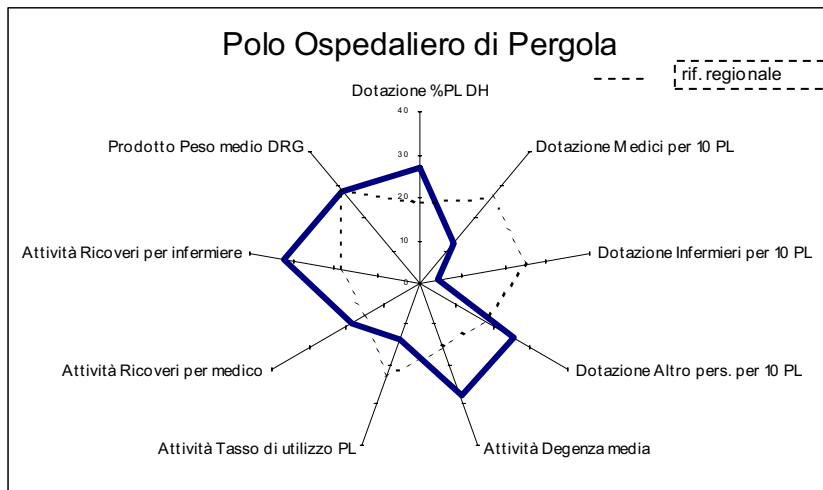
Struttura	Dotazione				Attività				Prodotto Peso medio DRG
	% PL DH	Medici per 10 PL	Infermieri per 10 PL	Altro pers. per 10 PL	Degenza media	Tasso di utilizzo PL	Ricoveri per medico	Ricoveri per infermiere	
101NOVAFELTRIA - OSP. SACRA FAMIGLIA	10,4%	3,74	9,55	8,81	6,9	75,7%	111,5	43,6	0,97
102CAGLI - OSPEDALE A. CELLI	12,0%	3,94	9,86	11,78	5,9	68,9%	113,7	45,4	1,13
102SASSOCORVARO - OSP. LANCIARINI	20,0%	3,34	9,22	8,15	4,3	60,7%	166,6	60,4	1,03
102URBINO - OSPEDALE CIVILE	15,4%	5,21	12,24	7,46	5,5	65,0%	88,1	37,4	1,11
103FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	11,0%	5,30	12,10	9,44	5,7	76,1%	96,5	42,2	1,06
103FOSSOMBRONE - OSPEDALE CIVILE	13,4%	2,54	8,75	10,88	5,9	58,4%	150,7	43,7	0,99
103PERGOLA - OSP. SS DONNINO E CARLO	13,2%	2,92	6,46	9,60	8,5	67,0%	104,7	47,3	1,22
104SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	11,8%	4,14	11,74	7,70	6,2	73,3%	108,9	38,4	1,03
105CINGOLI - OSP.GENERALE DI ZONA	9,1%	3,64	13,96	15,47	8,2	87,2%	110,5	28,8	1,13
105JESI - OSPEDALI RIUNITI	10,5%	4,57	11,66	8,93	5,8	77,8%	112,5	44,1	1,04
106FABRIANO - OSP. "E.PROFIL"	12,4%	5,11	13,08	11,92	5,0	68,9%	104,4	40,8	1,07
106SASSOFERRATO - OSP.S.ANTONIO AB.	2,5%	0,76	4,02	7,33	36,8	46,4%	61,6	11,6	0,93
107CHIARAVALLE - OSP. M.MONTESSORI	18,4%	2,58	7,66	11,48	7,0	57,9%	126,3	42,6	1,07
107LORETO - OSPEDALE S. CASA	9,4%	2,82	12,38	11,43	7,2	68,2%	127,6	29,0	1,53
107OSIMO - OSP. GENERALE DI ZONA	10,3%	4,55	10,57	8,69	5,4	60,9%	94,0	40,5	1,02
108CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	11,6%	5,36	11,61	8,67	5,9	73,0%	88,0	40,7	1,09
108RECANATI - OSP.CIVILE S.TA LUCIA	12,9%	4,23	10,09	10,41	5,2	70,6%	123,7	51,8	0,87
109MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	12,9%	4,65	12,31	8,99	6,3	72,8%	96,3	36,4	1,13
109TOLENTINO - PRESIDIO OSPEDALIERO	9,2%	2,68	9,47	7,69	8,0	66,4%	117,7	33,4	1,09
109TREIA - OSPEDALE	2,6%	0,65	4,64	11,01	27,6	82,6%	171,1	23,8	1,14
110CAMERINO - OSP. S.MARIA D.PIETA'	7,2%	3,72	10,34	6,18	6,0	51,8%	87,0	31,3	1,37
110MATELICA - OSP.S.SOLLECITO	7,1%	2,14	8,06	9,08	10,2	66,0%	113,5	30,2	1,20
110S.SEVERINO - OSP. "B.EUSTACCHIO"	21,6%	3,95	8,58	7,70	3,5	61,2%	174,4	80,2	0,85
111FERMO - OSPEDALE	11,1%	6,09	14,39	8,39	6,1	84,0%	86,7	36,7	1,12
111OSPEDALE DI MONTEGIORGIO	0,0%	3,25	11,46	8,70	13,8	76,9%	62,6	17,8	1,28
111PORTO S. GIORGIO	13,3%	1,50	11,11	14,03	25,1	46,4%	47,5	6,4	0,96
111S.ELPIDIO - OSP.GENERALE DI ZONA	35,5%	1,83	8,71	6,13	7,7	49,9%	149,2	31,3	1,10
112S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	12,4%	4,90	11,60	7,39	6,4	75,0%	92,3	39,0	1,06
113AMANDOLA - OSP. VITTORIO E. II	10,6%	2,63	8,41	9,14	6,8	59,5%	128,1	40,0	1,07
113ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	10,7%	5,22	12,91	9,86	5,8	71,5%	89,7	36,3	1,11
901PESARO - OSPEDALI RIUNITI	13,9%	5,28	12,41	9,46	5,8	82,3%	104,6	44,5	1,16
905OSPEDALI RIUNITI - AN	9,3%	5,64	14,52	9,03	5,8	78,4%	91,1	35,4	1,42
921ANCONA- OSP.GERIATRICO U.SESTILI - INRCA	5,2%	4,29	10,31	9,11	8,6	73,6%	74,7	31,1	1,38
923FERMO - I.N.R.C.A.	0,0%	1,34	5,28	5,21	14,6	73,8%	137,6	34,9	1,35
Regione	11,2%	4,70	11,92	8,93	6,1	73,4%	98,6	38,9	1,26

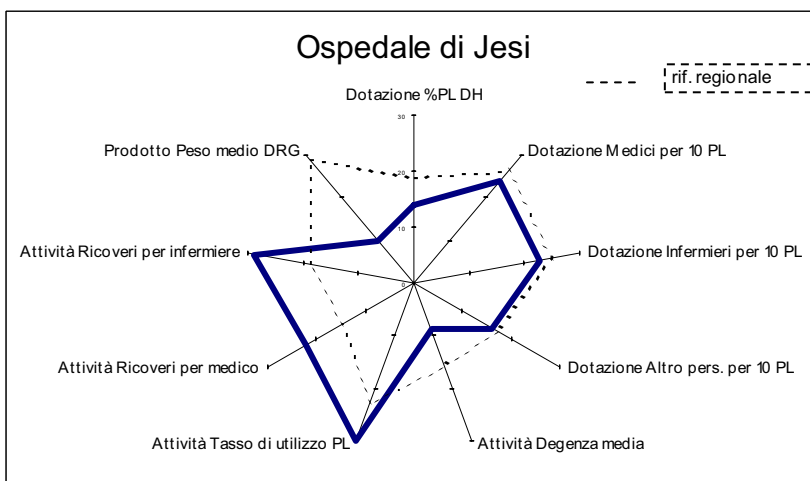
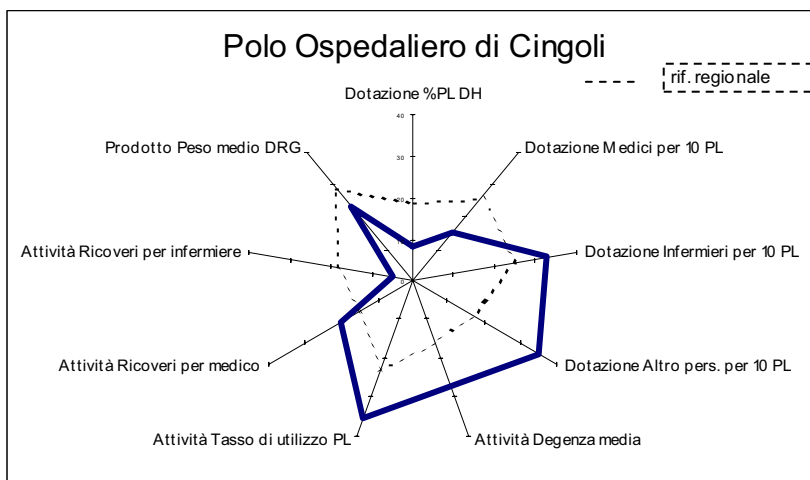
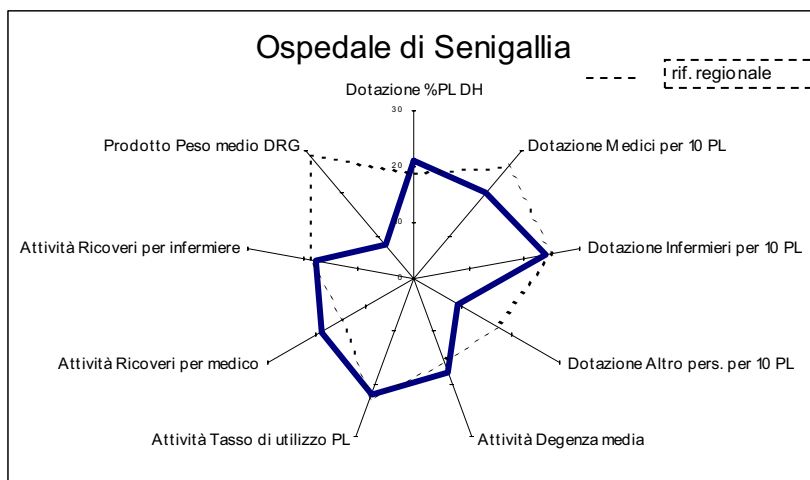
Indicatori 2005 per Struttura

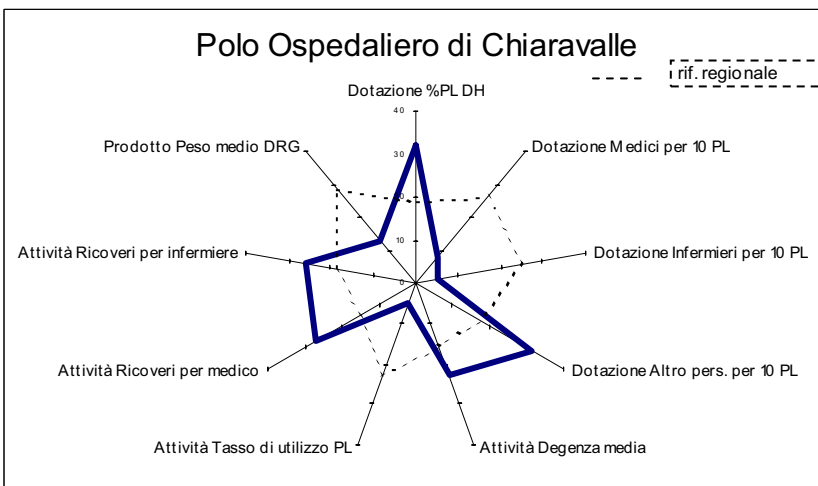
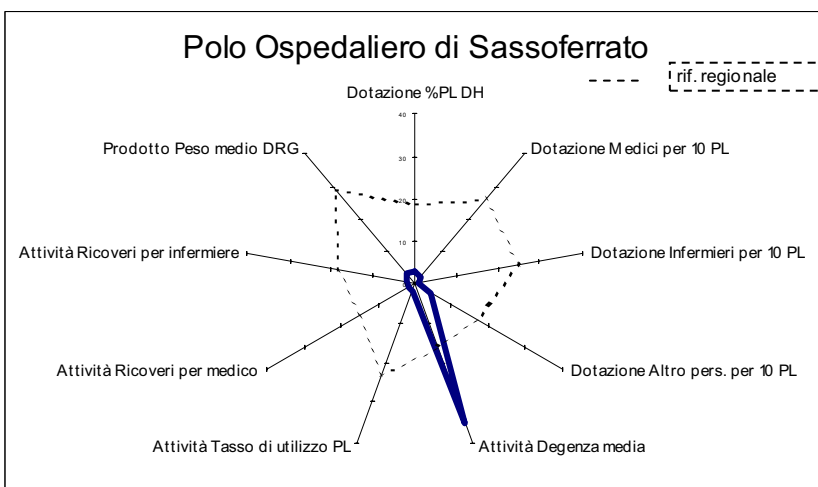
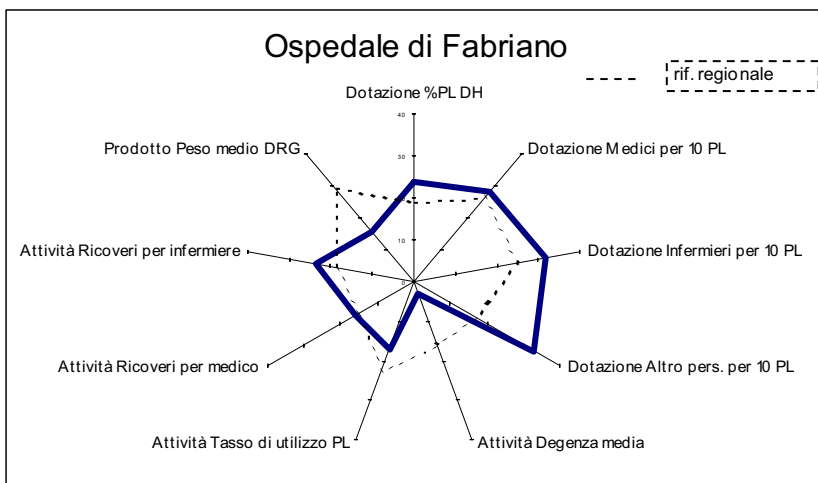
Ranghi indicatori di struttura	Dotazione				Attività				Prodotto
	Struttura	% PL DH	Medici per 10 PL	Infermieri per 10 PL	Altro pers. per 10 PL	Degenza media	Tasso di utilizzo PL	Ricoveri per medico	Ricoveri per infermiere
101NOVAFELTRIA - OSP. SACRA FAMIGLIA	13	17	13	15	22	27	21	27	5
102CAGLI - OSPEDALE A. CELLI	22	18	14	32	13	16	24	31	22
102SASSOCORVARO - OSP. LANCIARINI	33	14	11	10	2	8	33	34	9
102URBINO - OSPEDALE CIVILE	31	29	27	6	6	11	8	17	19
103FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	17	32	26	23	7	28	14	25	11
103FOSSOMBRONE - OSPEDALE CIVILE	29	7	10	28	12	6	32	28	6
103PERGOLA - OSP. SS DONNINO E CARLO	27	12	4	25	28	14	18	32	28
104SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	21	20	24	9	18	22	19	18	8
105CINGOLI - OSP.GENERALE DI ZONA	8	15	33	35	27	35	20	5	23
105JESI - OSPEDALI RIUNITI	14	24	23	16	9	30	22	29	10
106FABRIANO - OSP. "E.PROFILI"	24	28	32	33	3	17	16	24	15
106SASSOFERRATO - OSP.S.ANTONIO AB.	3	2	1	4	35	2	2	2	3
107CHIARAVALLE - OSP. M.MONTESSORI	32	8	5	31	23	5	27	26	13
107LORETO - OSPEDALE S. CASA	11	11	29	30	24	15	28	6	35
107OSIMO - OSP. GENERALE DI ZONA	12	23	18	13	5	9	12	22	7
108CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	20	33	22	12	14	21	7	23	16
108RECANATI - OSP.CIVILE S.TA LUCIA	25	21	15	27	4	18	26	33	2
109MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	26	25	28	18	19	20	13	15	24
109TOLENTINO - PRESIDIO OSPEDALIERO	9	10	12	7	26	13	25	11	17
109TREIA - OSPEDALE	4	1	2	29	34	33	34	4	25
110CAMERINO - OSP. S.MARIA D.PIETA'	7	16	17	3	15	4	6	9	32
110MATELICA - OSP.S.SOLLECITO	6	6	6	20	30	12	23	7	27
110S.SEVERINO - OSP. "B.EUSTACCHIO"	34	19	8	8	1	10	35	35	1
111FERMO - OSPEDALE	18	35	34	11	17	34	5	16	21
111OSPEDALE DI MONTEGIORGIO	1	13	20	14	31	29	3	3	30
111PORTO S. GIORGIO	28	4	19	34	33	1	1	1	4
111S.ELPIDIO - OSP.GENERALE DI ZONA	35	5	9	2	25	3	31	10	18
112S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	23	27	21	5	20	26	11	20	12
113AMANDOLA - OSP. VITTORIO E. II	15	9	7	22	21	7	29	21	14
113ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	16	30	31	26	11	19	9	14	20
901PESARO - OSPEDALI RIUNITI	30	31	30	24	8	32	17	30	26
905OSPEDALI RIUNITI - AN	10	34	35	19	10	31	10	13	34
921ANCONA- OSP.GERIATRICO U.SESTILI - INRCA	5	22	16	21	29	24	4	8	33
923FERMO - I.N.R.C.A.	1	3	3	1	32	25	30	12	31
Regione	19	26	25	17	16	23	15	19	29

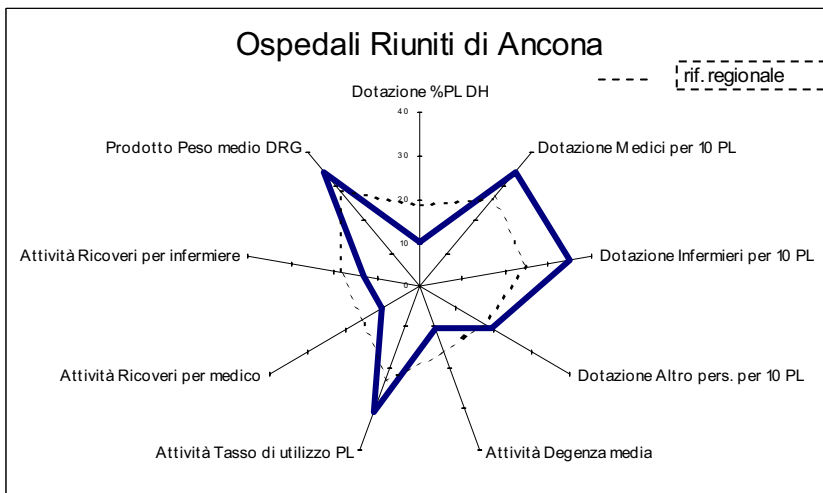
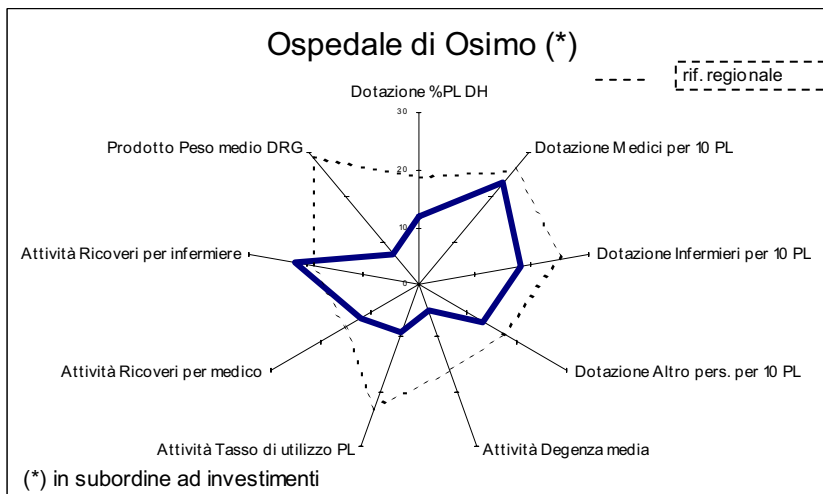
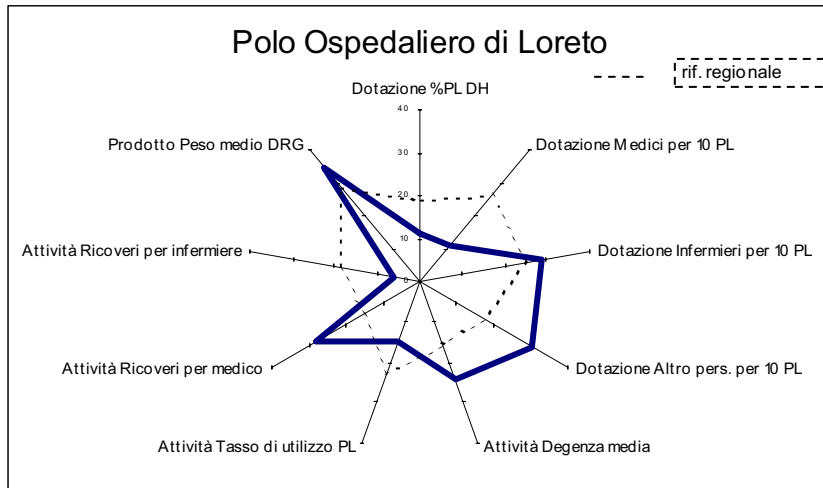


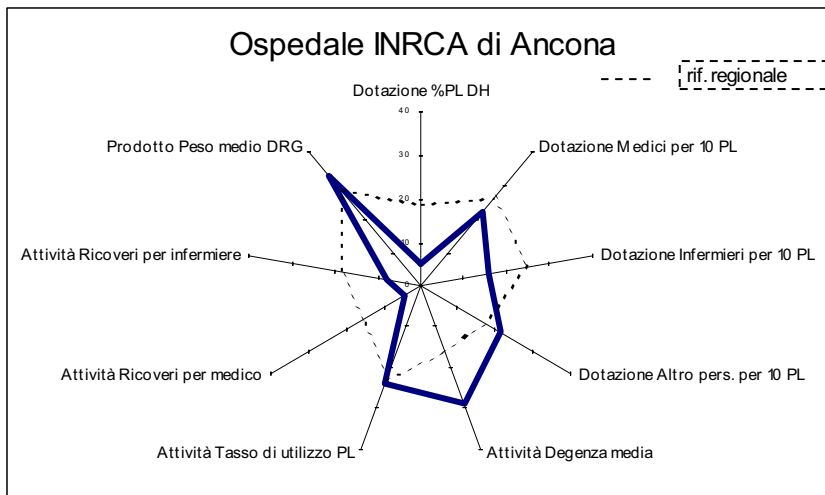


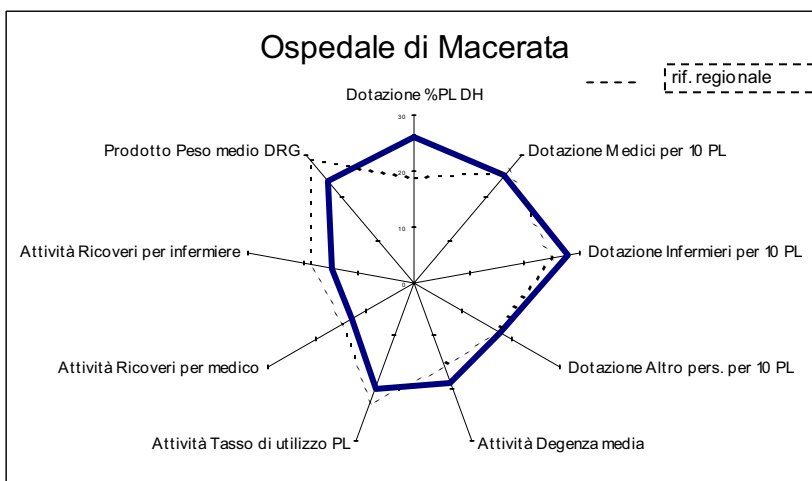
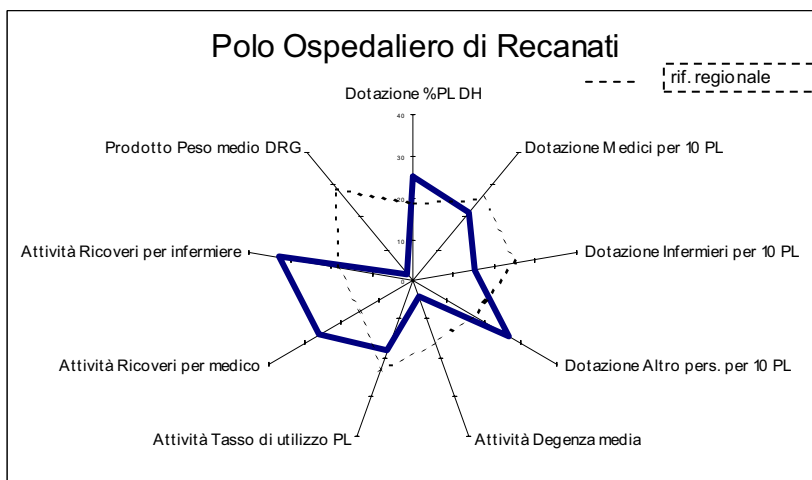
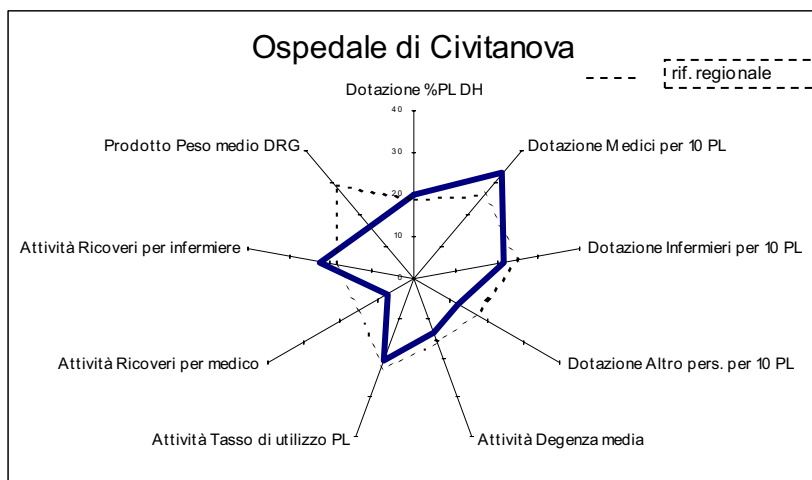


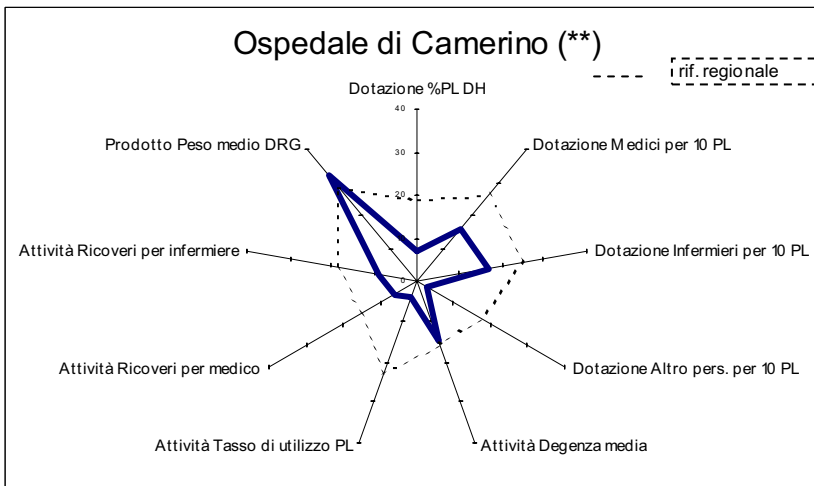
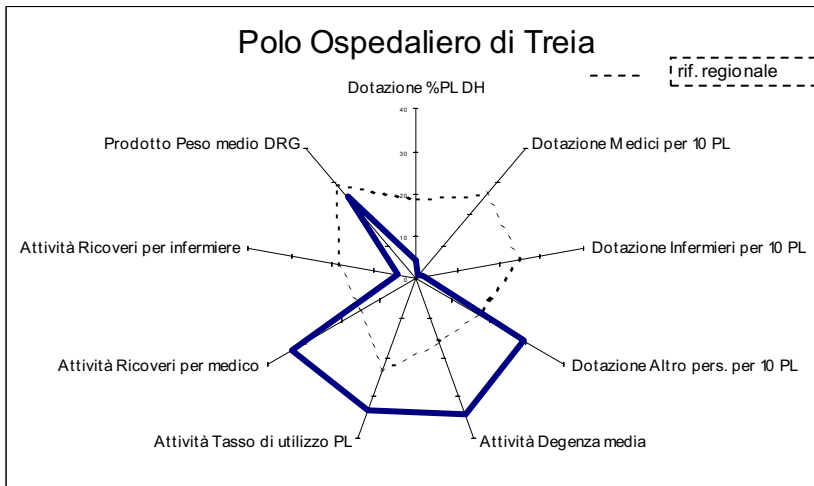
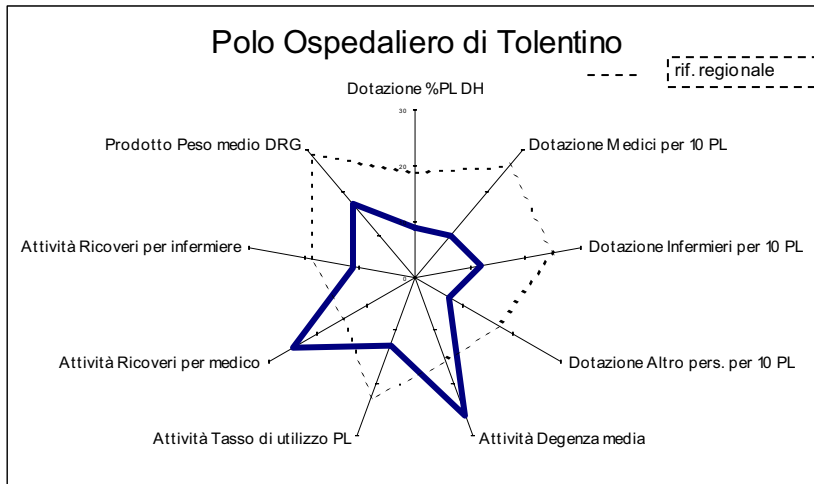


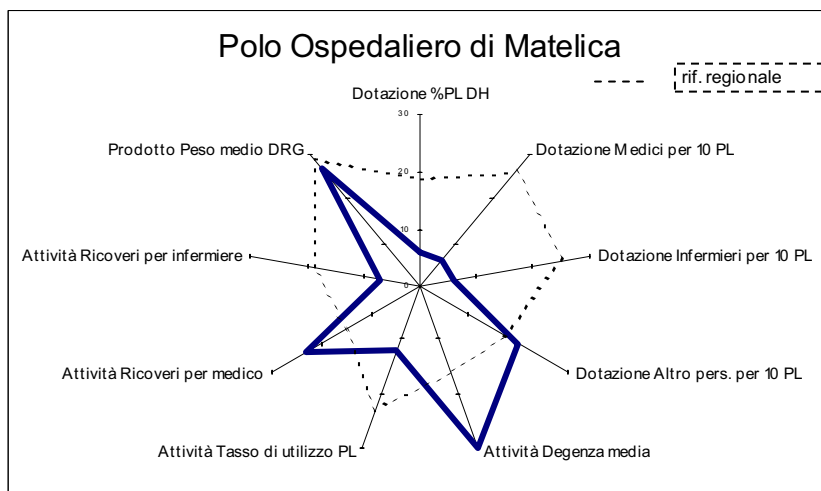
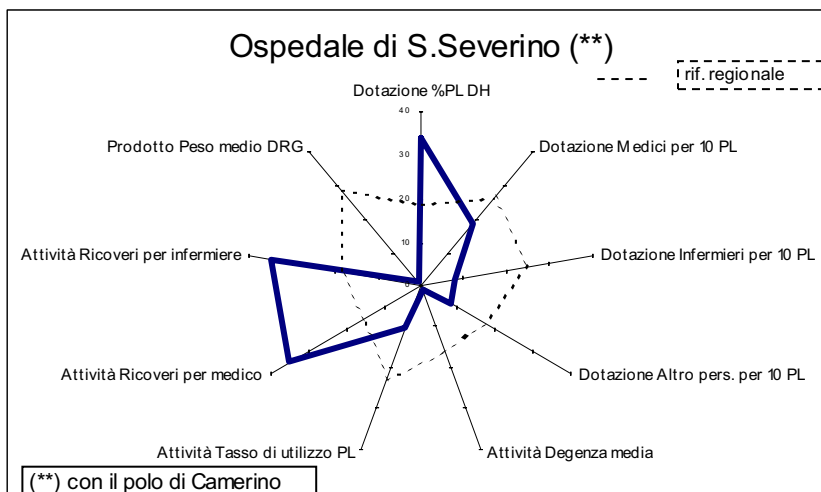


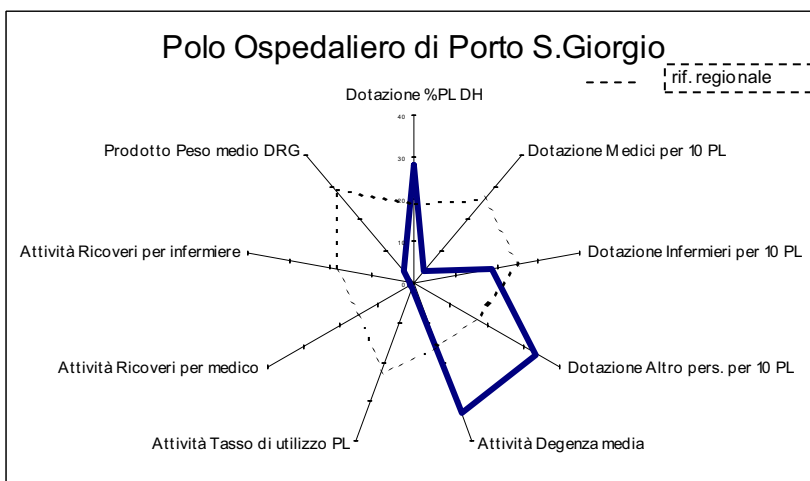
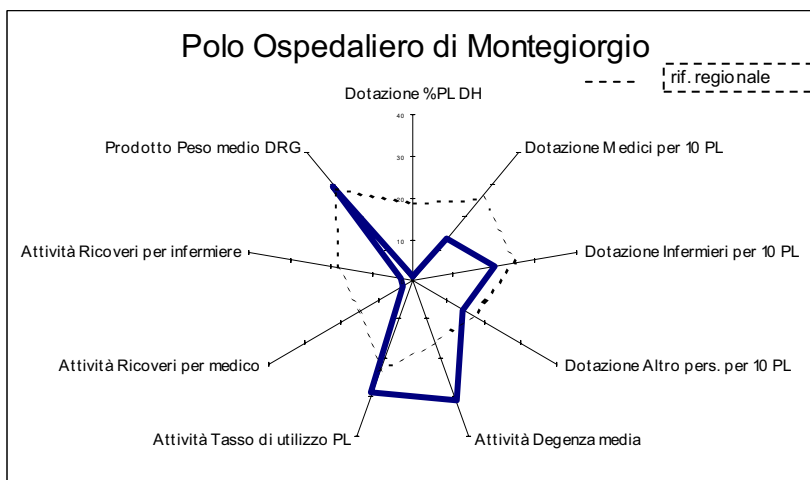
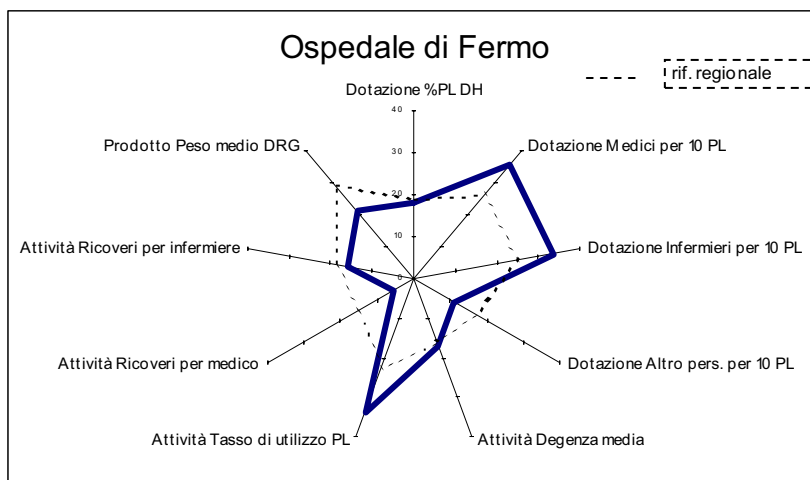


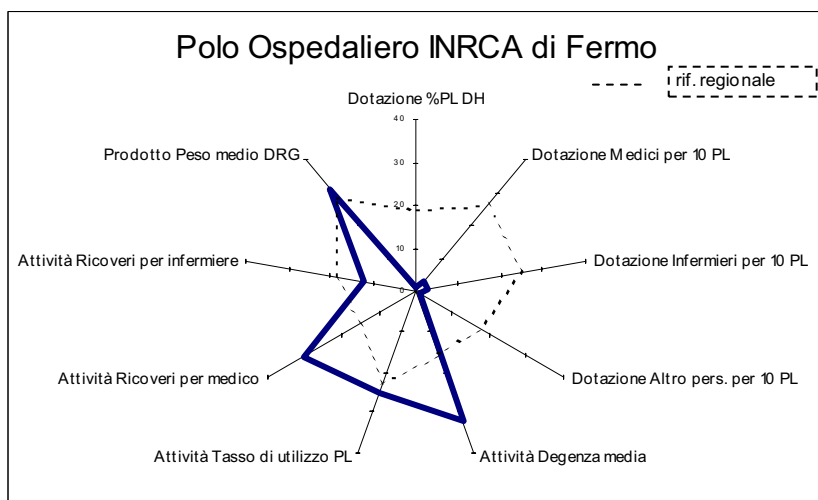
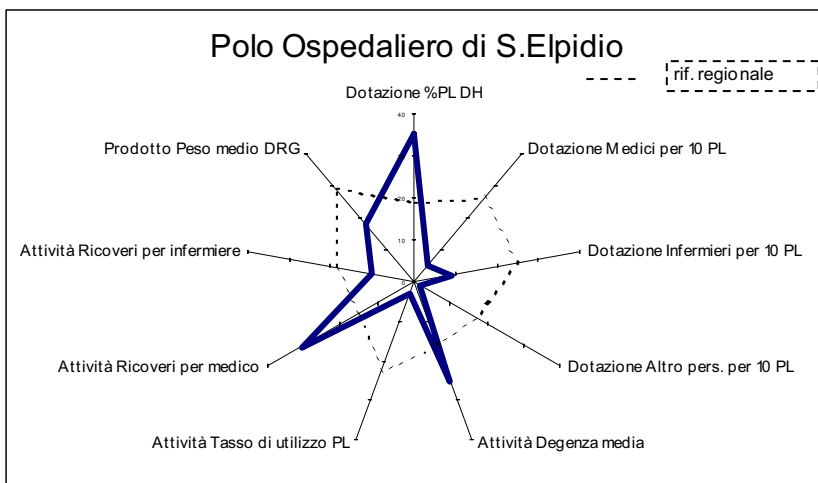


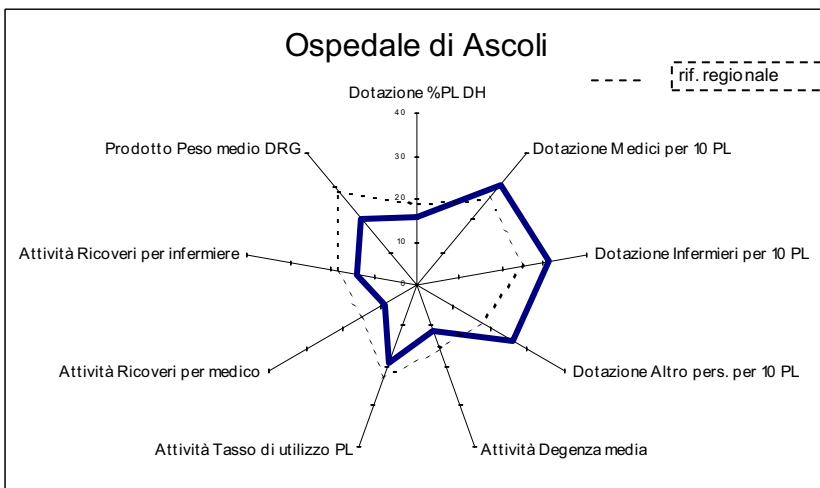
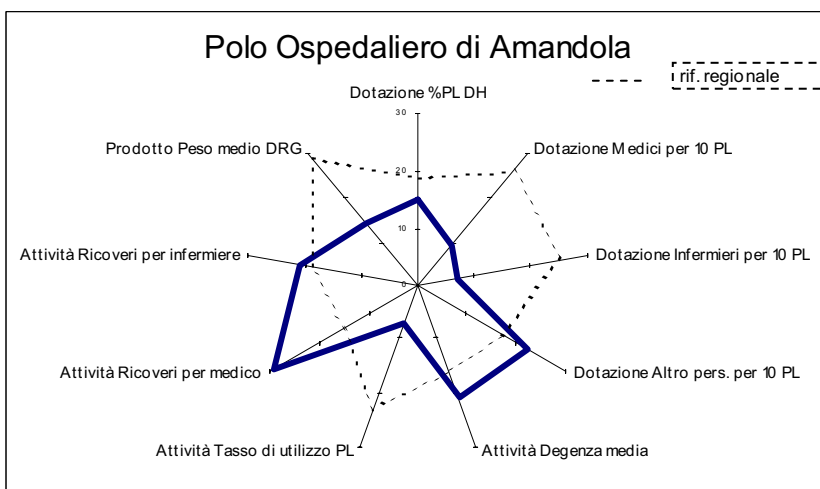
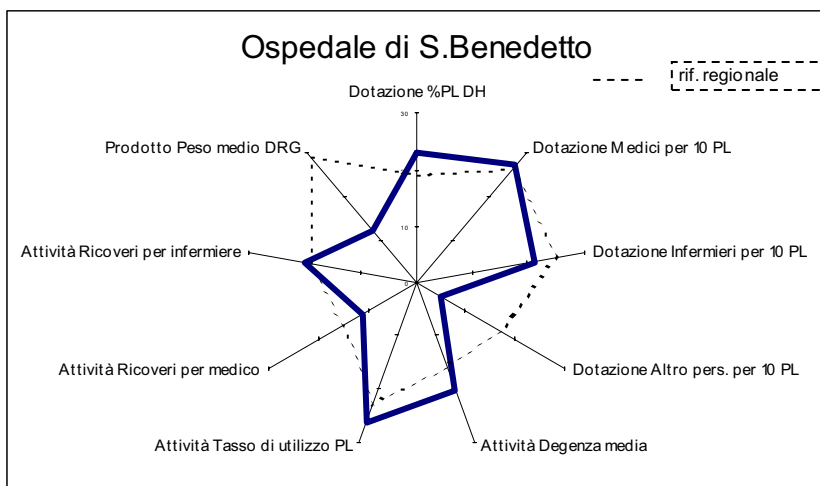












**Settore di intervento:
Analisi del bisogno di Salute della popolazione**

Piano Sanitario 2007/2009

**Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo
sviluppo del SSR per la salute del cittadino
marchigiano**

IL PROFILO DI SALUTE DELLE MARCHE

1. INTRODUZIONE

2. LA POPOLAZIONE E IL TERRITORIO

- 2.1 Il territorio
- 2.2 Caratteristiche socio-demografiche
- 2.3 Fattori socio-economici (classe sociale, istruzione, povertà, occupazione)

3. I GRANDI INDICATORI DI SALUTE

- 3.1 Mortalità e morbosità generali
- 3.2 Il percorso nascita (Salute materno-infantile)
- 3.3 Età pediatrica e adolescenza (0-17 anni)
- 3.4 Il soggetto anziano (>65 anni)

4. I PRINCIPALI GRUPPI DI PATOLOGIE

- 4.1 Le malattie cardio-cerebro vascolari
- 4.2 I tumori
- 4.3 Gli screening
- 4.4 Le malattie infettive
- 4.5 Altre patologie rilevanti
 - 4.5.1 Diabete
 - 4.5.2 Uremia
 - 4.5.3 Le malattie respiratorie

5. LA SALUTE NEI SOGGETTI FRAGILI

- 5.1 Il soggetto con disagio/disturbo psichico e sensoriale
- 5.2 L'anziano non autosufficiente
- 5.3 L'immigrato

6. LA SICUREZZA COME ELEMENTO DI QUALITÀ DELLA VITA

- 6.1 Sicurezza stradale
- 6.2 Sicurezza domestica
- 6.3 Sicurezza nel lavoro
- 6.4 Sicurezza nei comportamenti individuali
- 6.5 Sicurezza alimentare
- 6.6 Miglioramento della qualità ambientale come determinante di salute

Introduzione

La tutela della popolazione e la promozione della salute rappresentano gli obiettivi fondamentali del Sistema Sanitario Nazionale e del Sistema Sanitario Regionale. Per raggiungere questi obiettivi è necessario avere a disposizione informazioni che permettano di orientare nelle scelte il governo del sistema. Da questo punto di vista la componente epidemiologica riveste un ruolo centrale, in quanto individua i problemi prioritari, effettua il monitoraggio dei programmi in corso di attuazione e valuta la loro efficacia. La presentazione della Relazione sullo stato di salute della popolazione marchigiana, che aggiorna la precedente edizione dell'anno 2000, rappresenta quindi un momento importante per tutti gli operatori di ambito sanitario, in quanto viene messo a disposizione uno strumento di lavoro, organico e indispensabile, per conoscere nella sua globalità la popolazione, partendo dalle problematiche di salute. Ma rappresenta anche un importante contributo rivolto a tutti i cittadini marchigiani, che possono avere un quadro chiaro ed esaustivo della realtà sanitaria in cui vivono.

La relazione è essenzialmente basata sui bisogni della popolazione ed è stata strutturata in modo da focalizzare, in termini epidemiologici, tutti i grandi temi individuati dal Piano Sanitario Regionale. L'analisi dei determinanti della salute e dei principali problemi sanitari e la conoscenza delle problematiche dei gruppi più fragili (bambini, anziani e immigrati) intendono fornire un quadro basato sulla realtà locale per offrire spunti di riflessione ed elementi utili ai decisori.

I principali fenomeni sanitari sono descritti attraverso gli indicatori disponibili da varie fonti correnti, altre volte sono descritti da studi specifici condotti per approfondire il settore d'interesse e vengono, inoltre, riportate alcune interessanti esperienze epidemiologiche effettuate in ambito regionale. I dati rilevati confermano nel complesso la solidità del Servizio Sanitario Regionale e la sua capacità di rispondere efficacemente nei confronti dei bisogni di salute emergenti, in conformità ai Piani Sanitari Regionali.

I contenuti del report rappresentano materiale utile per la programmazione sanitaria territoriale, che si sviluppa attraverso i Piani di diverso livello: il Piano delle attività Zonali, dove si definiscono le iniziative di sviluppo e di miglioramento dei servizi, nonché quelle connesse alla gestione delle attività già presenti nell'ambito territoriale di riferimento; il Programma delle Attività Distrettuali, che contiene gli obiettivi e le azioni di tutti i servizi attivi nel Distretto; il Piano Sociale d'Ambito, strumento che ha la finalità di dotare tutti i territori di una rete essenziale di servizi per tutti i cittadini con particolare attenzione agli stati di fragilità sociale; i Piani Comunitari per la Salute, che individuano i bisogni, definiscono gli obiettivi di salute di un territorio indicando le strategie per il loro conseguimento. I contenuti del Profilo di salute delle Marche non potranno che essere un prezioso supporto a tutte queste attività. In questo modo gli interlocutori interessati ad elaborare immagini dello stato di salute della popolazione, a livello di Zona Territoriale e di Distretto, saranno in grado di utilizzare questo strumento allo scopo di confezionare le proprie relazioni in conformità agli obiettivi conoscitivi della propria attività e degli obiettivi di piano.

In conclusione, va rilevato che la realizzazione di questo rapporto rappresenta un primo momento di collaborazione di tutti i nodi della Rete Epidemiologica delle Marche, prevista dal Piano Sanitario Regionale, già attiva ed in fase di consolidamento. Il coordinamento è stato effettuato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale dell'Agenzia Regionale Sanitaria, che concretizza così uno dei suoi mandati, ossia la elaborazione e diffusione delle informazioni sui bisogni di salute della popolazione e sui fattori di rischio per la salute.

2. IL TERRITORIO E LA POPOLAZIONE

2.1 IL TERRITORIO

Le Marche si estendono per una superficie di 9.694,1 Km² (il 3,2% del territorio italiano), con una struttura geomorfologica caratterizzata da una grande varietà: rilievi che dal crinale orientale degli Appennini si collegano, attraverso una serie di colline interrotte da brevi pianure alluvionali e litoranee, al mare Adriatico.

La regione è suddivisa, a livello amministrativo, in quattro *province*¹ e 246 comuni (3% del totale dei comuni italiani) distribuiti, per quanto riguarda il Sistema Sanitario, in 13 Zone Territoriali e 24 Ambiti Socio Sanitari.

**Tabella 2.1.1 - Province delle Marche: superficie, densità demografica e n° comuni.
Anno 2003**

Provincia	Superficie (Km ²)	Densità demografica/Km ²	N. Comuni
Pesaro-Urbino	2892,4	120,9	67
Ancona	1940,2	230,7	49
Macerata	2774,2	108,6	57
Ascoli Piceno	2086,8	174,9	73
Totale	9694,1	153	246

Fonte: SISTAR-ISTAT

La provincia più estesa del territorio regionale è Pesaro-Urbino (29.8%) mentre la più piccola è Ancona (20%), che risulta però quella con la maggiore densità demografica. In termini comunali, la provincia più articolata è Ascoli Piceno (73 comuni, pari al 29.7% dei comuni marchigiani).

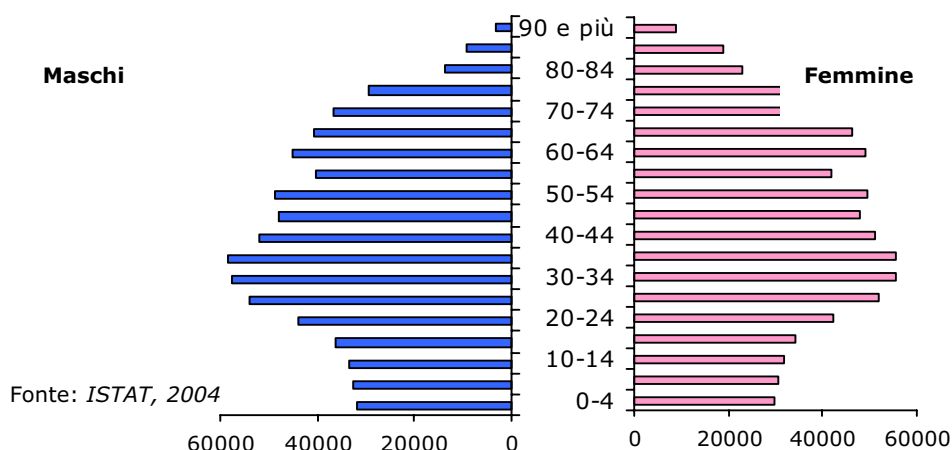
2.2 CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE

Fonti informative:
– ISTAT
– SISTAR Marche

I cittadini residenti nei comuni della regione Marche, secondo i dati ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2004, sono 1.504.827 di cui 773.104 femmine (pari al 51,4%) e 731.723 maschi (pari al 48,6%). La dinamica demografica, tipica delle regioni ad economia avanzata, è evidenziata dalla piramide delle età, una rappresentazione grafica che descrive la distribuzione per età di una popolazione: una base piuttosto "stretta", un segmento mediano più allargato e un vertice "appiattito", a testimoniare un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare quella femminile (Figura 2.2.1). Questa configurazione è la conseguenza di una maggiore attesa di vita e del differenziale negativo (-0,23%) tra i nati vivi ed i deceduti.

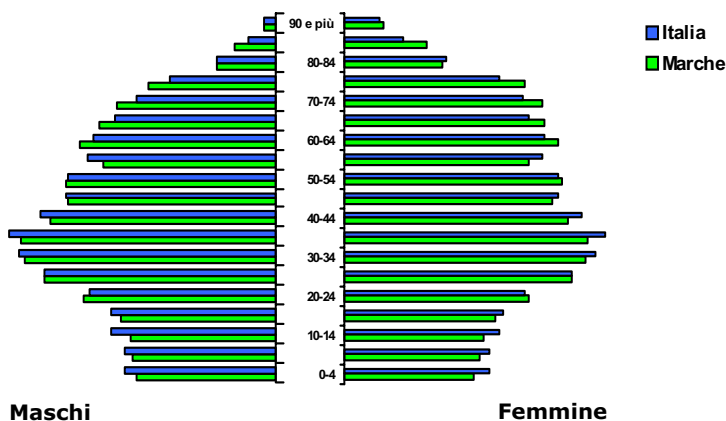
¹ Con la legge n.147/2004, viene istituita la quinta provincia della regione: la Provincia di Fermo. I dati presentati in questa pubblicazione, tuttavia, non possono essere tanto aggiornati da permettere un dettaglio sulla neonata zona amministrativa.

Figura 2.2.1 - Residenti nella Regione Marche per sesso e classi d'età, all'1.1.2003



La tendenza all'invecchiamento risulta presente a livello nazionale, ma nella nostra regione appare più spiccata, tanto che la speranza di vita alla nascita (78,1 anni per i maschi ed 84,0 per le femmine, dati provvisori 2002) è maggiore del valore nazionale (rispettivamente di 76,8 e 82,9 anni, sempre al 2002) e rappresenta il valore più alto tra tutte le regioni italiane. La popolazione ultrasessantatreenne è del 22,0% della popolazione totale (nell'anno 2001 risultava il 21,8%, con uno scarto di + 3,3% rispetto al censimento del 1991). Risulta evidente, inoltre, uno scarto percentuale generalmente accresciuto rispetto al dato nazionale per le età che caratterizzano i "grandi anziani" (75 anni e oltre), con l'eccezione della fascia 80-84 (Figura 2.2.2).

Figura 2.2.2 - Composizione percentuale per sesso e classi di età della popolazione. Confronto Marche-Italia, anno 2003.



L'età media dei residenti delle Marche è di 43,4 anni, valore maggiore di 1,7 anni rispetto al dato nazionale e comunque vicina ai valori espressi dalle regioni limitrofe (44,2 in Umbria, 44,5 in Emilia-Romagna, 44,6 in Toscana, 41,6 in Lazio e 42,3 in Abruzzo). La Tabella 2.2.1 analizza alcuni indicatori demografici strutturali della popolazione marchigiana, confrontati con il dato nazionale.

Tabella 2.2.1 - Principali indicatori di struttura² della popolazione residente nelle Marche. Anno 2003

² Indice di invecchiamento: rapporto percentuale tra i cittadini di 65 anni e più e l'intera popolazione.

Indice di vecchiaia: rapporto percentuale tra i cittadini di 65 anni e più e quelli compresi tra 0-14 anni.

Indice di dipendenza strutturale: rapporto percentuale tra i cittadini in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e quelli in età attiva (15-64 anni).

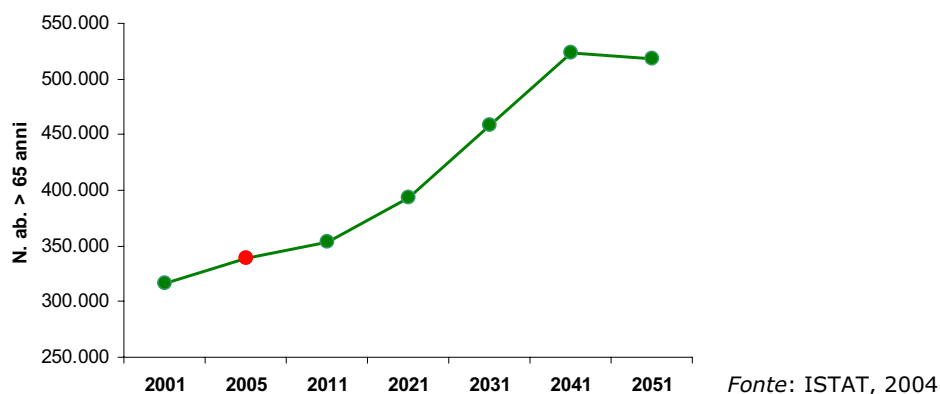
Indice di dipendenza strutturale degli anziani: rapporto percentuale tra i cittadini di 65 anni e più e quelli in età attiva (15-64 anni).

Indice quarta età/terza età: rapporto percentuale tra i cittadini di 75 anni e più e quelli compresi tra 65-74 anni.

Indici	Marche	Italia centrale	Italia
Indice di invecchiamento	22,0%	20,7%	19,0%
Indice di vecchiaia	169,7%	159,1%	133,8%
Indice di dipendenza strutturale	53,9%	50,7%	49,9%
Indice di dipendenza strutturale degli anziani	33,9%	31,1%	28,5%
Indice quarta età/terza età	12,0%	11,1%	11,0%

Fonte: ISTAT, 2004

Figura 2.2.3 - Proiezioni sulla popolazione anziana della Regione Marche (2001-2051) in valori assoluti.

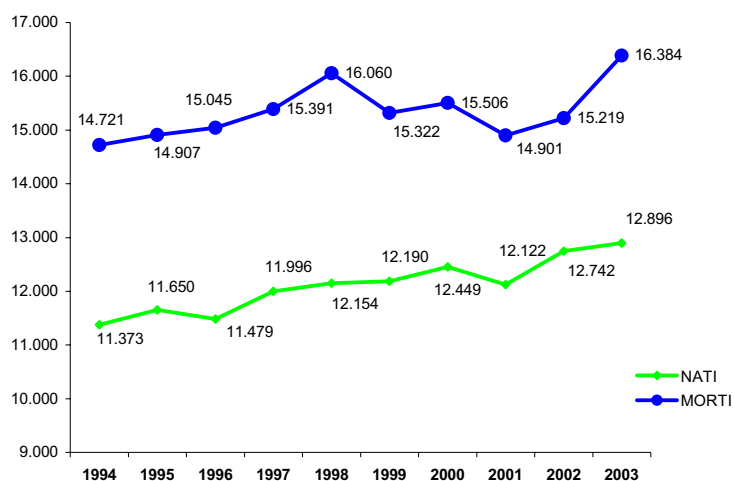


Al 1/1/2003 il numero di persone con oltre sessantacinque anni ammonta a 327.122 unità; si prevede una quota pari a 523.830 nel 2041, con un tasso di incremento medio pari al 13% ogni dieci anni.

Nel 2051 la quota di anziani dovrebbe registrare una flessione di circa l'1% (Figura 2.2.3).

Nel 2003, come avviene ormai da 20 anni, il saldo naturale risulta negativo, pari a -3.488 unità.

Figura 2.2.4 - Nati e morti nella regione Marche, periodo 1994-2003



Fonte: ISTAT, 2004

Nel corso del 2003 si è registrato il più alto numero di nascite degli ultimi 10 anni, così come il più elevato numero di decessi (Figura 2.2.4). L'incremento demografico complessivo è ancora determinato, dunque, da un saldo migratorio fortemente positivo.

Il nucleo familiare

I cambiamenti che hanno interessato la famiglia italiana, negli ultimi decenni, delineano un modello in continua evoluzione: ad un aumento del numero di famiglie si associa una diminuzione del numero di componenti con evoluzione del profilo nucleare. Una "famiglia", secondo l'Art. 4 del Regolamento Anagrafico della Popolazione Residente (D.P.R. n. 223/89), è costituita da persone che vivono insieme e legate fra loro da vincoli di matrimonio, parentela, adozione o affettivi. Un "nucleo" è l'insieme delle persone che formano una relazione di coppia o di tipo genitore-figlio. Una famiglia può essere formata da un nucleo, da un nucleo più altri membri aggregati, da più nuclei, o da persone sole.

Sono 577.034 le famiglie marchigiane al 31 dicembre 2003, con un numero medio di componenti di 2,6 (Tabella 2.2.2).

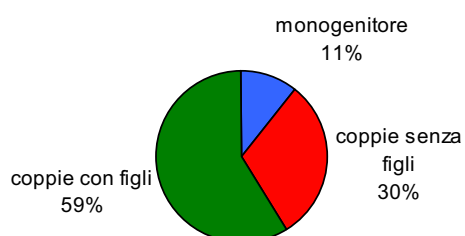
Tabella 2.2.2 – Frequenza relativa di alcune tipologie familiari. Confronto Marche-Italia (Media 2001-2002)

TERRITORIO	Famiglie di single	Nuclei familiari			Numero medio componenti familiari
		Coppie con figli	Coppie senza figli	Monogenitori	
Marche	21%	58,8%	30%	11,2%	2,6
Italia nord-occidentale	26,1%	55,7%	31,7%	12,5%	2,4
Italia nord-orientale	24,8%	57,3%	30,6%	12,1%	2,5
Italia centrale	25,8%	57,3%	30,3%	12,4%	2,5
Italia meridionale	19,6%	67,6%	21,2%	11,1%	3,0
Italia insulare	21,6%	65,9%	22,6%	11,5%	2,8
Italia	23,9%	60,2%	27,8%	12%	2,6

Fonte: ISTAT – Indagine Multiscopo sulle famiglie

L'Indagine Multiscopo sulle famiglie (campionaria annuale) svolta dall'Istat tra dicembre 2001 e marzo 2002, evidenzia che la tipologia prevalente è quella delle coppie con figli, che costituiscono circa il 59% del totale dei nuclei della regione, mentre quelle senza figli, costituite sia da coppie di giovani che non hanno figli, sia da coppie di anziani, rappresentano circa un terzo del totale (il 30%) dei nuclei familiari marchigiani. Il restante 11% sono nuclei monogenitore (Figura 2.2.5).

Figura 2.2.5 – Nuclei familiari per tipologia. Marche, media 2001-2002



Fonte: ISTAT – Indagine Multiscopo sulle famiglie

Le famiglie monocomponenti (i cosiddetti *single*) e le famiglie monogenitore, cioè quelle costituite da una madre o un padre e uno o più figli di qualsiasi età, sono le tipologie familiari a diffusione crescente.

Nel 2001, nelle Marche, il 21% del totale delle famiglie è rappresentato da persone che vivono sole, contro il 24% circa della media nazionale.

Dal Censimento della Popolazione e delle Abitazioni (Istat, 2001) risultano 49.228 nuclei monogenitoriali (Tabella 2.2.3).

Tabella 2.2.3 – Nuclei familiari per tipologia e per provincia nelle Marche. Anno 2001

Provincia	Coppie senza figli	Coppie con figli	Nuclei Monogenitoriali		Totale
			Padre con figli	Madre con figli	
Pesaro-Urbino	42.871	73.629	2.396	12.261	131.157
Ancona	32.356	61.932	2.155	10.125	106.568
Macerata	27.399	48.973	1.690	8.477	86.539
Ascoli Piceno	32.050	57.894	2.022	10.102	102.068
Totale	134.676	242.428	8.263	40.965	426.332

Fonte: SISTAR Marche (Censimento della Popolazione e delle Abitazioni 2001)

Espressione di una convivenza interrotta (per la morte di un genitore o a seguito di separazione dei coniugi) o mai iniziata (matri nubili) o di una convivenza "di fatto" non registrata anagraficamente, i nuclei monogenitoriali sono costituiti in prevalenza da madri con figli (40.965, pari al 9,6% del totale) rispetto ai padri con figli (8.263, pari all'1,9% del totale). Dai dati dell'Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Aspetti di vita quotidiana" (cfr, StatMarche 2 gennaio 2004) nel 2001 nella nostra regione la percentuale di giovani che vivono in famiglia ha raggiunto un valore pari al 63% contro il 60,1% della media nazionale (Tabella 2.2.4). Tale situazione è più simile a quella delle regioni del Sud (63,4%) che a quella delle vicine regioni centrali (61,3%).

Tabella 2.2.4 – Percentuale di giovani con età 18-34 anni che vivono in famiglia, per area geografica. Variazione 1998-2001

Territorio	1998	2001	Variazione %
Nord-ovest	57,8	58,4	+ 0,6
Nord-est	57,8	57,4	- 0,4
Centro	59,8	61,3	+ 1,5
Marche	60,1	63,0	+ 2,9
Sud	60,7	63,4	+ 2,7
Isole	59,5	58,4	- 1,1
Italia	59,1	60,1	+ 1,0

Fonte: SISTAR-ISTAT, 2004

Nelle Marche l'uscita dalla famiglia di origine è rimandata soprattutto dai giovanissimi (18-24 anni); l'89,1% di loro, infatti, vive con i propri genitori, contro il 49,6% dei meno giovani (25-34 anni). Tale fenomeno è ancora più evidente nel centro Italia dove la percentuale dei giovanissimi che restano in famiglia è 92,8% contro il 44,7% dei meno giovani (Tabella 2.2.5). Dal 1998 nelle Marche si è assistito ad un aumento della percentuale di giovani tra i 18-34 anni che rimangono a vivere nelle famiglie di origine, in particolare la tendenza a stare in famiglia si sta spostando soprattutto fra i meno giovani. La percentuale dei giovanissimi che restano in famiglia è infatti diminuita del 4,6%, mentre si è registrata una tendenza a rimandare l'uscita dalla famiglia di origine nella fascia di età 25-34, con un valore percentuale pari a 49,6% nel 2001 contro il 42,1% del 1998.

Tabella 2.2.5 – Percentuale di giovani con età 18-34 anni che vivono con almeno un genitore, per area geografica. Anni 1998-2001.

Territorio	18-24		25-34	
	1998	2001	1998	2001
Nord-ovest	92,0	91,6	39,9	42,9
Nord-est	90,6	92,4	40,7	42,1
Centro	92,8	92,8	41,7	44,7
Marche	93,7	89,1	42,1	49,6
Sud	90,5	91,5	40,6	45,3
Isole	91,3	85,4	38,6	41,7
Italia	91,4	91,1	40,4	43,5

Fonte: SISTAR-ISTAT, 2004

Tale fenomeno seppur con entità minore si è evidenziato anche a livello nazionale; soprattutto fra i meno giovani dove la percentuale di coloro che restano in famiglia è aumentata del 3,5%.

In una comunità sempre più attenta alla continua rimodulazione delle politiche di welfare, la struttura del nucleo familiare (e le sue modifiche nel tempo) costituisce un parametro certamente rilevante per la programmazione e l'organizzazione sociale e sanitaria.

2.3 – FATTORI SOCIO-ECONOMICI

Fonti informative:

- ISTAT
- SISTAR Marche
- ARMAL Marche
- Dossier Statistici Immigrazione Caritas/Migrantes
- Atlante sociale delle Marche (Diamanti I, Bordignon F)

L'occupazione

La distribuzione percentuale della popolazione attiva (forze di lavoro³) e della popolazione che non ha alcuna condizione professionale (non forze di lavoro⁴) nella regione Marche e in Italia nell'anno 2003 è mostrata nella Figura 2.3.1. Nella regione la percentuale di "non forze lavoro in età non lavorativa" (persone di 65 anni e più) è superiore a quella italiana a causa del maggior invecchiamento della popolazione marchigiana.

Il **tasso di attività**⁵ nella regione è pari al 50,9%, analogo a quello italiano.

³ **Forze di lavoro:** persone occupate e persone in cerca di occupazione, rappresentano la popolazione attiva, operante sul mercato del lavoro. (Definizione Istat)

Occupato: persona di 15 anni e più che soddisfa almeno uno dei seguenti requisiti:

1. avere un'attività lavorativa, anche se nel periodo di riferimento non ha effettuato ore di lavoro;
2. aver effettuato una o più ore di lavoro retribuite nel periodo di riferimento indipendentemente dalla condizione dichiarata;
3. aver effettuato una o più ore di lavoro non retribuite presso un'impresa familiare. (Definizione Istat)

Persona in cerca di occupazione: persona di 15 anni e più non occupata e che dichiara:

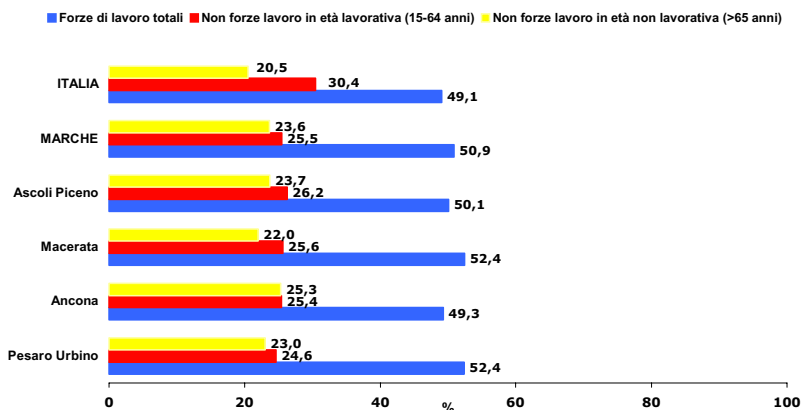
1. di non aver effettuato ore di lavoro nel periodo di riferimento;
2. di essere alla ricerca di lavoro;
3. di aver effettuato almeno un'azione di ricerca di lavoro attiva nelle quattro settimane che precedono al periodo di riferimento;
4. di essere immediatamente disponibile (entro due settimane) ad accettare un lavoro, qualora gli venga offerto. (Definizione Istat)

⁴ **Non forze di lavoro:** persone che dichiarano di essere in condizione non professionale (casalinga, studente, ritirato dal lavoro) e di non aver svolto alcuna attività lavorativa, né di aver cercato lavoro nel periodo di riferimento; oppure di averlo cercato ma non con le modalità definite per le persone in cerca di occupazione. Le non forze di lavoro comprendono, inoltre, gli inabili e i militari di leva o in servizio civile sostitutivo e la popolazione in età fino a 15 anni. (Definizione Istat)

⁵ **Tasso di attività:** rapporto percentuale fra forze lavoro e popolazione in età di lavoro (ovvero fra forze di lavoro e popolazione residente dai 15 ai 70 anni, abitualmente utilizzato dall'Istat).

Il tasso di occupazione⁶ in età lavorativa (15-64 anni) è del 63,7%, nettamente superiore a quello italiano (56%), e la differenza di genere è meno rilevante rispetto alla media italiana (18,9 vs. 26,6) (Tabella 2.3.1).

Figura 2.3.1 - Distribuzione percentuale delle "forze di lavoro" e delle "non forze di lavoro". Confronto province marchigiane-Marche-Italia. Anno 2003.



Fonte: Sistar-Marche. Elaborazione Osservatorio Epidemiologico Regionale ARS Marche

Tabella 2.3.1 - Tasso percentuale di occupazione (T.O.) distribuito per sesso e per provincia delle persone da 15 – 64 anni e tasso di occupazione della popolazione totale marchigiana. Confronto Marche – Italia. Anno 2003.

Territorio	Maschi	Femmine	T.O. popolazione totale
Pesaro-Urbino	75,8%	54,8%	65,4%
Ancona	72,5%	55,2%	63,8%
Macerata	73,3%	54,2%	63,8%
Ascoli Piceno	71,1%	52,2%	61,7%
Marche	73,1%	54,2%	63,7%
Italia	69,3%	42,7%	56,0%

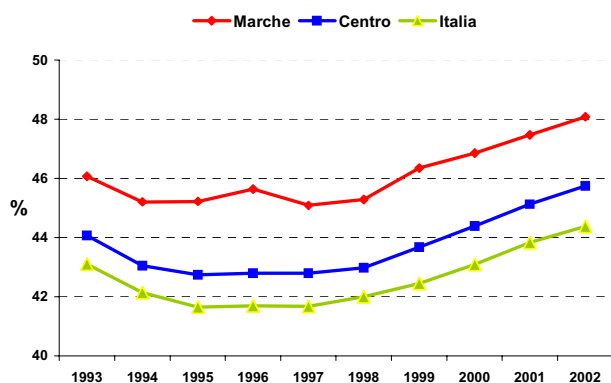
Fonte: Sistar-Marche

⁶ **Tasso di occupazione:** percentuale della popolazione residente di età > 15 anni che ha una occupazione.

Nella regione l'andamento dell'occupazione, nel decennio 1993-2002, è positivo, con tassi costantemente superiori a quelli nazionali e delle regioni centrali. Complessivamente dal 1993 al 2002 vi è stato un incremento del 2% (Figura 2.3.2.).

Figura 2.3.2 - Tasso di occupazione delle persone di 15 anni e più, (valori percentuali) confronto Marche, Centro, Italia, anni 1993-2002.

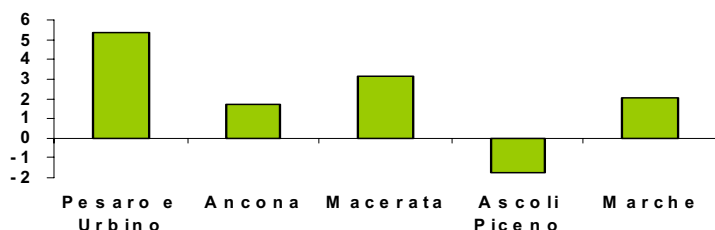
Fonti: Istat. Armal Marche



Dal confronto tra le province si rileva un aumento maggiore nella provincia di Pesaro Urbino ed una tendenza negativa in quella di Ascoli Piceno. (Figura 2.3.3.)

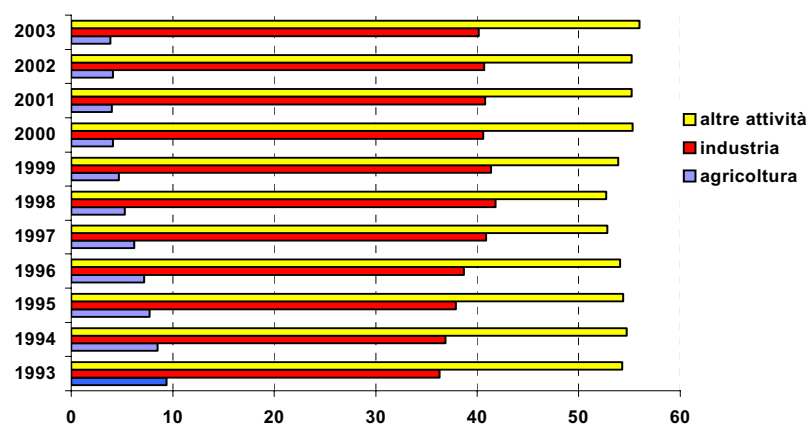
Figura 2.3.3 - Differenza assoluta tra il tasso di occupazione (persone di 15 anni e più) dal 1993 al 2002, confronto province marchigiane.

Fonti: Istat. Armal Marche. Elaborazione Osservatorio Epidemiologico Regionale ARS Marche



Nella figura 2.3.4. sono riportati i settori d'impiego degli occupati marchigiani, nel periodo 1993-2003: si osserva una diminuzione rilevante delle persone occupate nell'agricoltura (dal 9,4% al 3,9%) ed una certa stabilità negli altri settori. Tale riduzione è maggiore rispetto a quella italiana (dal 5,6% al 3,3%) e del centro Italia (dal 8,2% al 4,9%).

Figura 2.3.4 - Tasso di occupazione regolare per attività economica, (valori percentuali) Marche. Periodo 1993-2003.



Fonti: Istat, Armal Marche

Per quanto riguarda la popolazione femminile (Tabella 2.3.1), nell'anno 2003 questa risulta avere, mediamente, un tasso di occupazione superiore alla media nazionale (54,2% vs. 42,7%), con una certa variabilità tra le province; il settore di attività prevalente è quello dei servizi, seguito dall'agricoltura e dall'industria (Tabella 2.3.2).

Tabella 2.3.2 - Tasso di occupazione femminile (valori percentuali) per settore di attività economica, confronto province marchigiane, Marche, Italia, anno 2003.

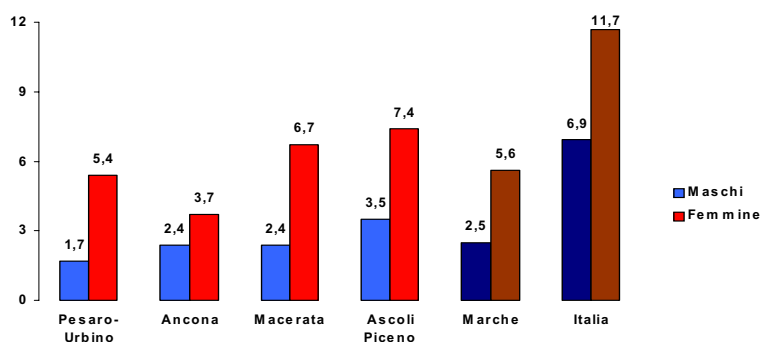
Territorio	Agricoltura	Industria	Servizi
Pesaro-Urbino	38,2	34,9	47,9
Ancona	41,1	33,9	47,4
Macerata	42,2	33,1	50,0
Ascoli Piceno	32,3	28,6	51,1
Marche	38,4	32,6	48,9
Italia	30,7	23,7	45,7

Fonte: Sistar-Marche

Nella regione Marche il **tasso di disoccupazione** della popolazione in età lavorativa (15-64 anni), nell'anno 2003, è del 3,8% (maschi + femmine), la metà circa di quello italiano (8,7%), con un minimo nella provincia di Pesaro Urbino (3,0%) ed un massimo in quella di Ancona (5,2%); tuttavia il tasso di disoccupazione femminile è doppio di quello maschile. La differenza di genere è maggiore nella provincia di Macerata e minore in quella di Ancona. (Figura 2.3.5).

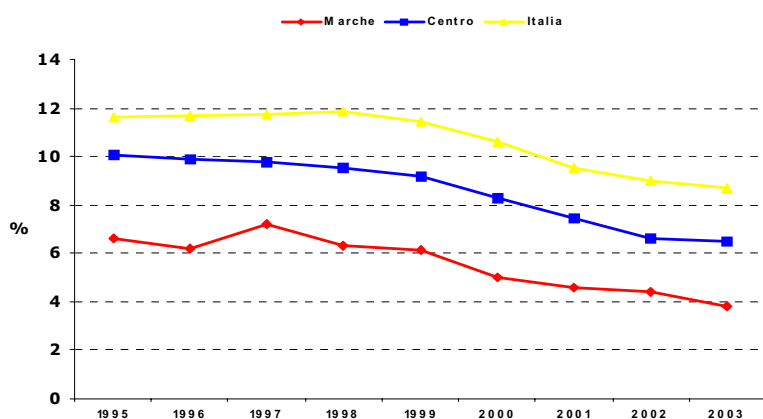
Figura 2.3.5 - Tasso di disoccupazione in età lavorativa (15-64 anni), (valori percentuali) per sesso e per provincia, confronto Marche, Italia, anno 2003.

Fonte: Sistar-Marche



Se esaminiamo il trend temporale risulta evidente che dal 1995 nelle Marche si registra una importante diminuzione della disoccupazione (Figura 2.3.6), particolarmente positivi risultano i dati relativi alla disoccupazione giovanile⁷ ed alla disoccupazione di lunga durata⁸ (Tabella 2.3.3).

Figura 2.3.6 - Tasso di disoccupazione, (valori percentuali) confronto Marche, Centro, Italia, anni 1995-2003.



Fonte: Istat. Indicatori di "contesto chiave". Asse III. Risorse umane. (Indicatori regionali per la valutazione delle politiche di sviluppo.)

Tabella 2.3.3 - Tasso di disoccupazione giovanile, (valori percentuali) confronto Marche, Centro, Italia, anni 1997- 2003.

Territorio	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Marche	21,5	17,9	16,1	13,8	12,2	10,5	10,3
Centro	33,1	31,0	29,6	26,3	24,2	22,0	22,4
Italia	34,0	33,8	32,9	31,1	28,2	27,2	27,1

Fonte: Istat. Indicatori di "contesto chiave". Asse III. Risorse umane. (Indicatori regionali per la valutazione delle politiche di sviluppo).

⁷ **Tasso di disoccupazione giovanile:** persone in cerca di occupazione in età 15-24 anni su forze di lavoro della corrispondente classe di età per 100.

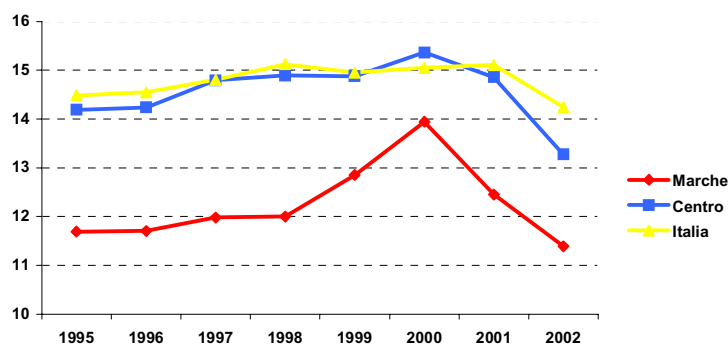
⁸ **Tasso di disoccupazione di lunga durata:** persone in cerca di occupazione da oltre 12 mesi sul totale delle persone in cerca di occupazione per 100.

Il **tasso di irregolarità**⁹ nelle Marche negli anni 1995-2002 è costantemente inferiore a quello nazionale e del Centro Italia. Dal confronto si evidenzia che nella regione, nel periodo 1998-2001, il tasso di irregolarità ha subito un importante incremento, in particolare nell'anno 2000 (Figura 2.3.7).

L'irregolarità lavorativa si verifica principalmente nell'agricoltura (superiore al 25% nel 2002), dove si riscontra una forte riduzione del tasso di occupazione regolare (Figura 2.3.4).

Verosimilmente il carattere stagionale dell'attività favorisce l'impiego di lavoratori non regolari.

Figura 2.3.7 - Tasso di irregolarità 15-64 anni, (valori percentuali) confronto Marche, Centro, Italia, anni 1995-2002.



Fonte: Istat. Variabili di rottura (Indicatori regionali per la valutazione delle politiche di sviluppo).

⁹ **Tasso di irregolarità:** percentuale di unità di lavoro irregolari sul totale delle unità di lavoro.

Unità di lavoro: numero di posizioni lavorative equivalenti a tempo pieno.

Le unità di lavoro irregolari comprendono le seguenti tipologie di attività lavorative:

- continuative svolte senza il rispetto della normativa vigente;
- occasionali svolte da persone che si dichiarano non attive in quanto studenti, casalinghe o pensionati;
- degli stranieri presenti e non regolari;
- plurime non dichiarate alle istituzioni fiscali.

L'istruzione

Il 3,1% della popolazione residente nelle Marche di età 6-14 anni nell'anno 2001 non è iscritta alla scuola dell'obbligo (media italiana 3,7%) (Tabella 2.3.4). L' 8,2% della popolazione residente di età superiore a 11 anni non ha alcun titolo di studio (media italiana 6,8%). (Dati Istat, Censimento 2001)

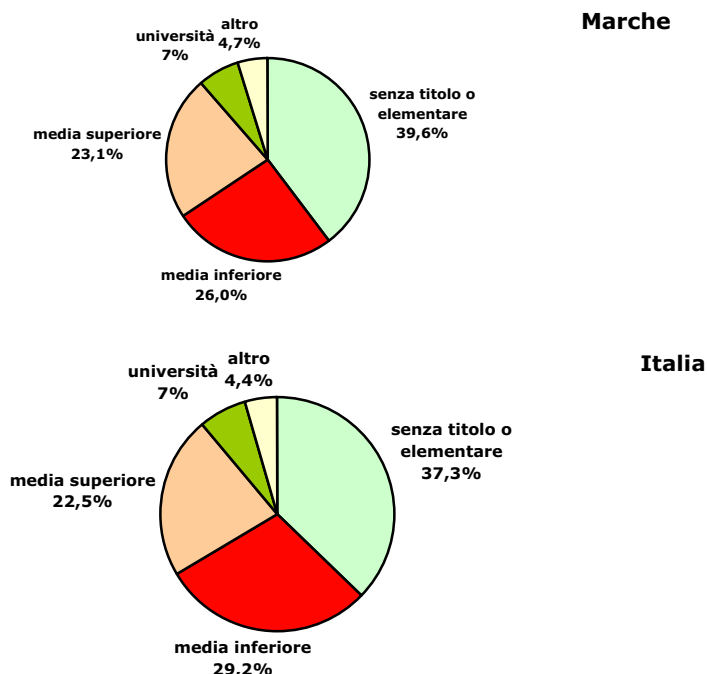
Tabella 2.3.4 - Popolazione residente dai 6 ai 14 anni iscritta e non iscritta ad un corso regolare di studi, per regione e provincia (valori assoluti e percentuali). Anno 2001.

Territorio	Iscritti	%	Non iscritti	%	Totale
Pesaro e Urbino	26.754	97,1	785	2,9	27.539
Ancona	32.524	96,6	1.148	3,4	33.672
Macerata	23.140	96,7	796	3,3	23.936
Ascoli Piceno	29.572	97,0	909	3,0	30.481
Marche	111.990	96,9	3.638	3,1	115.628
Italia	4.778.782	96,3	183.621	3,7	4.962.403

Fonte: ISTAT, Censimento 2001

La figura 2.3.8. mostra le percentuali dei residenti marchigiani per titolo di studio ed il confronto con l'Italia nel 2003. Nelle Marche le persone senza titolo di studio o con il solo titolo elementare sono il 39,6% (la percentuale sale al 43,3% nelle donne), valore superiore a quello medio nazionale (37,3%). Per gli studi superiori (media superiore e università) le Marche si situano nella media italiana.

Figura 2.3.8 - Distribuzione percentuale di residenti nelle Marche per titolo di studio. Anno 2003.



Fonte: ISTAT. Database HFA.

Nella scuola è rilevante, negli ultimi anni, l'incremento della presenza straniera, che nella regione si è più che triplicata dal 1999 al 2004, passando da 3.136 nell'anno scolastico (a.s.)1998/99 a 10.368 nell'a.s. 2002/03, pari al 5,9% del totale degli studenti nella regione. Tale percentuale risulta superiore alla media nazionale (3,5%). L'incremento interessa tutti i gradi scolastici. (Tabella 2.3.5).

Più della metà degli studenti stranieri proviene da Paesi europei non appartenenti alla Unione Europea ed il 25% circa dal continente africano.

Tabella 2.3.5 - Presenza di studenti stranieri nella scuola marchigiana (valori percentuali), media Marche e media Italia. Anni scolastici 2000/01, 2001/02 e 2002/03.

	2000/01	2001/02	2002/03
Infanzia	3,8	4,6	6,7
Elementare	4,0	5,0	7,5
Secondaria di I grado	3,1	4,3	6,8
Secondaria di II grado	1,4	1,9	3,3
Media Marche	3,0	3,8	5,9
Media Italia	1,8	2,3	3,5

Fonte: Dossiers Statistici Immigrazione Caritas/Migrantes 2002, 2003, 2004.

La povertà e l'esclusione sociale

La condizione di povertà, o deprivazione, va esplorata in tutte le sue dimensioni: economica, lavorativa, culturale, psico-sociale, relazionale, fattori questi che generano svariate forme di esclusione sociale. Si tratta di un fenomeno complesso, perché come affermano alcuni autori "i processi di esclusione sono legati non solo alla disoccupazione e/o al basso reddito, ma anche alle condizioni abitative, ai livelli di istruzione, alle opportunità, alla salute, alla discriminazione, alla cittadinanza e alla integrazione nella comunità locale."¹⁰

Qualunque siano gli indicatori sociali utilizzati (economici, istruzione, casa, classe sociale, contesto) si evidenzia che le diseguaglianze socio economiche influenzano negativamente la salute e l'aspettativa di vita. Il profilo di salute di un individuo o di un gruppo dipende da determinanti non solo genetici e biologici, ma dagli stili di vita, dalle condizioni culturali, sociali, lavorative, economiche.

È noto che chi è "socialmente svantaggiato" si ammala di più; la condizione di malattia, a sua volta, genera ulteriore svantaggio.

Va rilevato che negli anni le diseguaglianze nella salute risultano in aumento.

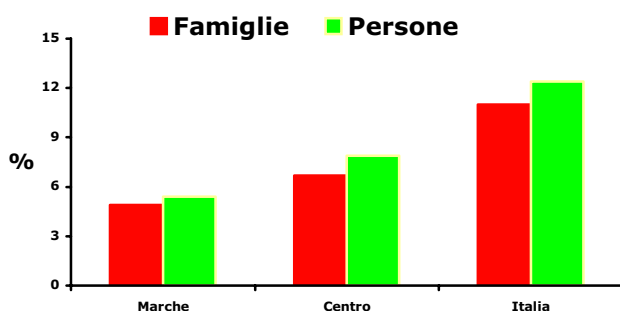
¹⁰ Marmot M, Wilkinson G. Social determinants of health. New York, Oxford University Press, 1999.

La povertà economica

Nella regione Marche, nel 2002, la percentuale di famiglie che hanno una spesa mensile per consumi al di sotto della soglia di povertà (incidenza di povertà¹¹) è pari al 4,9%, cioè una famiglia su 20 è povera, per un ammontare di 26.933 famiglie e 78.793 persone (5,4% della popolazione marchigiana).

Tali prevalenze sono inferiori alla media italiana e del centro Italia. (Figura 2.3.9.)

Figura 2.3.9 - Incidenza di povertà relativa di famiglie e persone povere. Confronto Marche, Centro, Italia, anno 2002



Fonte: Istat

¹¹ L'incidenza di povertà relativa è calcolata sulla base del numero di famiglie (e relativi componenti) che presentano spese per consumi al di sotto di una soglia convenzionale. Tale soglia viene fissata annualmente in base alla spesa media mensile pro-capite per consumi delle famiglie:

Ampiezza della famiglia	Linea di povertà (euro per mese)	
	2002	2003
1	494,07	521,70
2 (linea standard)	823,45	869,50
3	1.095,19	1.156,44
4	1.342,22	1.417,29
5	1.564,56	1.652,05
6	1.778,65	1.878,72
7 o più	1.976,28	2.086,80

A conferma di questi dati si evidenzia che sia nel 2002 che nel 2003 l'incidenza di povertà nelle Marche è significativamente inferiore a quella nazionale (Tabella 2.3.6.).

Tabella 2.3.6 - Incidenza di povertà relativa delle famiglie e intervallo di confidenza al 95% nella regione Marche. Confronto Marche-Centro-Italia. Anni 2002, 2003.

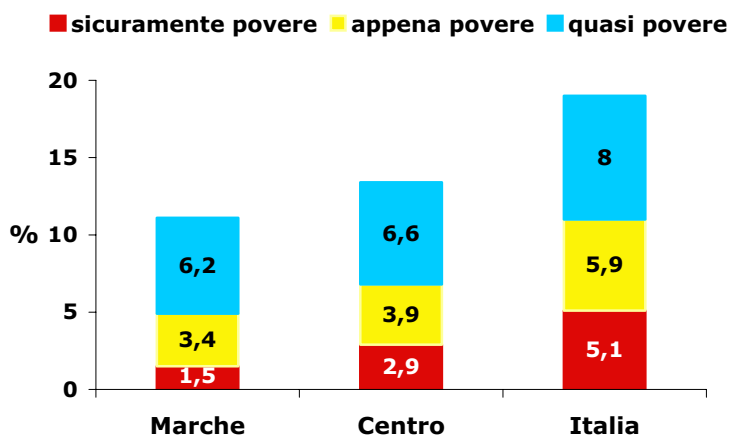
Territorio	2002			2003		
	Incidenza (%)	I.C.95 %		Incidenza (%)	I.C.95 %	
		lim. Inf.	lim. Sup.		lim. Inf.	lim. Sup.
Marche	4,9	3,7	6,1	5,7	4,0	7,4
Centro	6,7	5,9	7,5	5,7	4,9	6,5
Italia	11,0	10,5	11,5	10,6	10,1	11,1

Fonte: Istat.

Oltre alle famiglie che hanno a disposizione un importo mensile pari o inferiore a quello considerato "soglia di povertà", vanno considerate le famiglie che l'Istat definisce "quasi povere"¹², cioè quelle con consumi superiori di non oltre il 20% alla soglia di povertà, che sono quindi, a forte rischio di povertà; nella regione Marche le famiglie a forte rischio di povertà rappresentano il 6,2% del totale. Pertanto, le famiglie marchigiane povere o a rischio di povertà sono, complessivamente nell'anno 2002, l'11,1% (valore inferiore alla media nazionale - 19% - e della Italia Centrale - 13,4% -). (Figura 2.3.10.)

I dati comunque sono da considerarsi una stima in difetto in quanto non rilevano le condizioni di alcuni gruppi sociali, quali immigrati clandestini, senza fissa dimora, detenuti.

Figura 2.3.10 - Distribuzione percentuale delle famiglie povere e quasi povere. Confronto Marche, Centro, Italia, anno 2002.



Fonte: Istat.

Le tipologie familiari più a rischio di povertà sono le famiglie con 2 o più figli minori, le coppie con il capofamiglia di 65 anni e più, e le famiglie monogenitoriali. L'incidenza di povertà è superiore quando la persona di riferimento non ha alcun titolo di studio o ha la sola licenza elementare e se è ritirato del lavoro (Istat, 2002 e 2003).

¹² L'Istat classifica le famiglie in quattro categorie:

- quelle che possono essere definite "sicuramente povere" (con consumi inferiori all'80% della linea di povertà standard),
- quelle "appena povere" (tra l'80% della linea e la linea stessa),
- quelle "quasi povere" (con consumi superiori alla linea di non oltre il 20%) e
- quelle "sicuramente non povere" con consumi più elevati.

Altri indicatori di esclusione sociale

L'abitazione

Il 16,35 % delle famiglie italiane dichiara di avere almeno un problema abitativo quali: scarsa luminosità, infiltrazioni d'acqua, infissi o pavimenti fatiscenti e, nelle Marche ciò si verifica con una frequenza analoga alle regioni del centro Italia e lievemente inferiore rispetto al resto dell'Italia. I problemi dell'abitazione sono particolarmente rilevanti tra le famiglie povere in tutto il paese; nella regione si verificano con una percentuale doppia nelle famiglie povere rispetto a quelle non povere (Tabella 2.3.7).

Tabella 2.3.7.- Famiglie (valori percentuali) che hanno dichiarato alcuni problemi in relazione all'abitazione in cui vivono per tipo di problema, condizione di povertà e luogo di residenza. anno 2002.

Territorio	Almeno un problema		
	Famiglie povere	Famiglie non povere	Totale
Marche	27,0%	14,1%	14,7%
Centro	21,9%	14,4%	14,9%
Italia	25,8%	15,1%	16,3%

Fonte: Istat

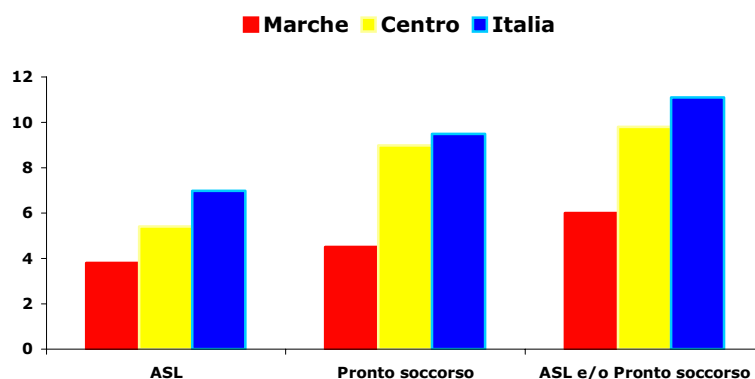
L'accesso ai servizi

Le informazioni in questo ambito vengono rilevate dalle difficoltà dichiarate dai cittadini per l'accesso ai servizi della ASL, al Pronto Soccorso e all'asilo nido/scuola materna.

In Italia la difficoltà di accesso a tali servizi viene dichiarata in media dal 10,3% delle famiglie non povere e dal 17,1% delle famiglie povere, specialmente se costituite da anziani soli. Esiste tuttavia un forte gradiente geografico nord-sud. Nelle Marche i dati riguardanti l'intera popolazione mostrano che le famiglie hanno minori difficoltà di accesso ai suddetti servizi rispetto dell'Italia.

Non sono disponibili dati relativi alle famiglie marchigiane povere (Figura 2.3.11).

Figura 2.3.11 - Percentuale di famiglie con molta difficoltà nell'utilizzo dei servizi sanitari. Confronto Marche-Italia centrale-Italia. Anno 2002.



Fonte: Istat.

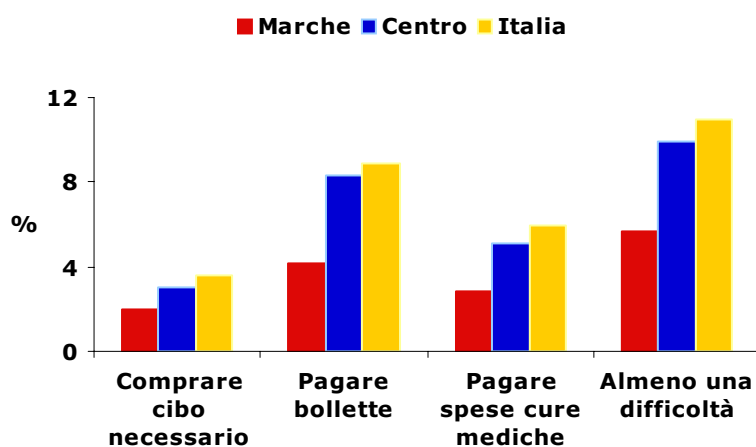
L'acquisizione di beni e servizi essenziali

La rilevazione delle difficoltà per l'acquisto di alcuni servizi essenziali come il cibo, la luce, il gas, il telefono, le cure mediche, fornisce indicazioni ulteriori sulle condizioni di vita delle famiglie.

Complessivamente il 5,7% delle famiglie marchigiane ha avuto, nell'anno 2002, almeno una difficoltà nell'acquisizione di beni e servizi essenziali: il 2% per comprare il cibo necessario, il 4,2% per pagare le bollette e il 2,8% per pagare le spese per cure mediche, percentuali inferiori a quelle nazionali e dell'Italia centrale; tuttavia non sono disponibili i dati regionali per le famiglie povere (Figura 2.3.12).

Nel Centro Italia la percentuale di famiglie con difficoltà è del 9,5% tra i non poveri ma è più del doppio tra i poveri (23,3%).

Figura 2.3.12.- Famiglie (valori percentuali) con difficoltà nell'acquisizione di beni o servizi essenziali. Confronto Marche, Centro, Italia, anno 2002.



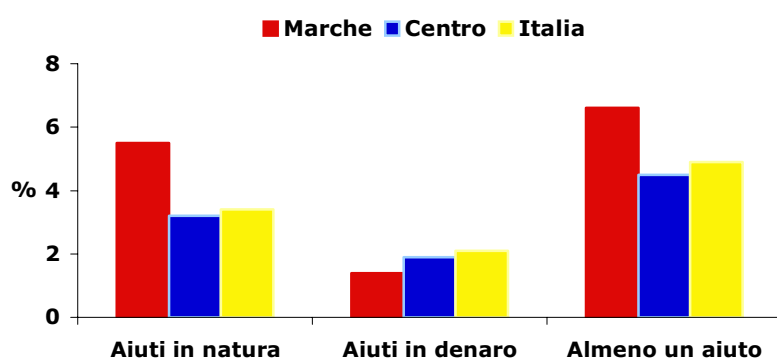
Fonte: Istat.

Gli aiuti informali

Gli aiuti di vario tipo da parte di parenti e/o amici rappresentano una risorsa importante nei momenti di difficoltà e possono essere determinanti per la risoluzione di situazioni critiche per la famiglia o per il singolo.

Nella regione Marche la percentuale di famiglie che nell'anno 2002 ha ricevuto un qualche aiuto informale (prevalentemente in natura) è lievemente superiore alle medie nazionali e del Centro Italia (Figura 2.3.13.); da segnalare che l'ammontare degli aiuti in denaro ricevuti dalle famiglie marchigiane bisognose supera del 30% la media italiana (Marche: 3.336,34 euro; Italia: 2.493,45 euro).

Figura 2.3.13.- Percentuale di famiglie che hanno ricevuto aiuti informali. Confronto Marche-Centro-Italia. Anno 2002.



Fonte: Istat.

In caso di difficoltà dunque i marchigiani fanno riferimento ai familiari e in seconda battuta agli amici e alle associazioni di volontariato come il resto degli italiani, ma, rispetto a questi, contano di più sulle istituzioni quali la Chiesa, il Comune o lo Stato. (Tabella 2.3.8.)

Tabella 2.3.8 – Fonte di aiuto dichiarata in caso di difficoltà. Confronto Marche-Italia. Anno 2001.

Fonte di aiuto	Marche	Italia
Familiari	89,8%	92,1%
Amici	71,3%	76,8%
Associazioni di volontariato	63,1%	67,6%
Vicini di casa	55,0%	52,4%
Parrocchia	54,3%	51,9%
Gente del paese/città	39,2%	39,0%
Servizi del Comune	34,5%	33,2%
Lo Stato	21,0%	14,0%

Fonte: Atlante sociale delle Marche, anno 2001

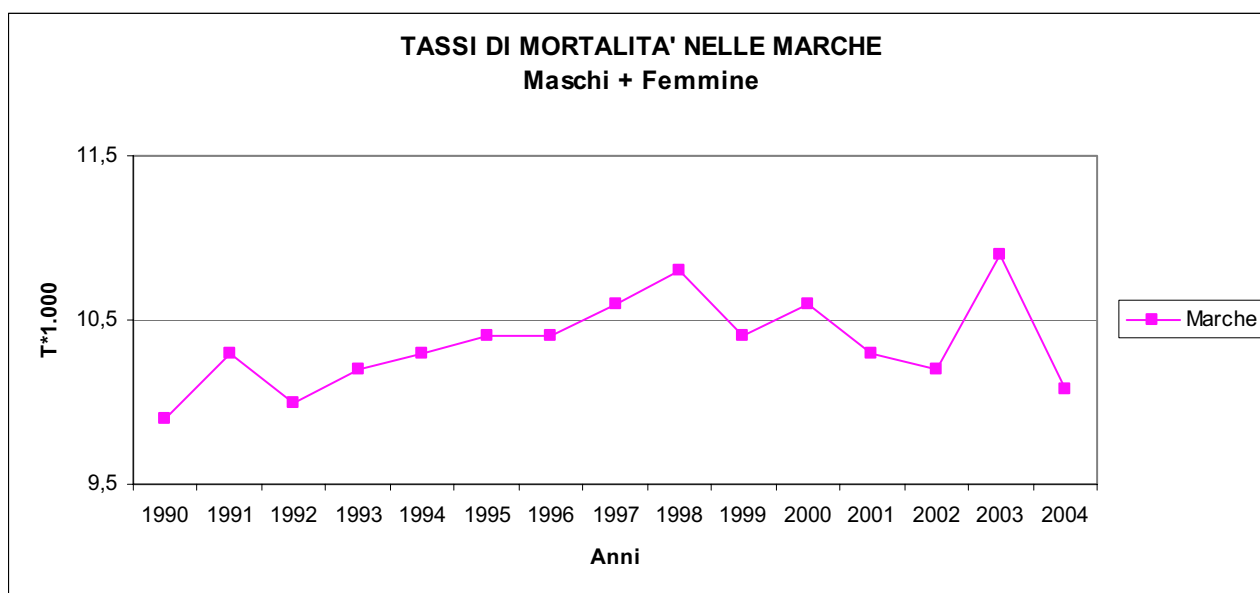
3. I GRANDI INDICATORI DI SALUTE

3.1 Mortalità e morbosità generali

Fonte dati: ISTAT

Ogni anno muoiono nelle Marche circa 15.000 persone pari all'1% dei residenti (fig. 2). La popolazione marchigiana è in costante aumento e tende al progressivo invecchiamento con riduzione delle nascite e maggiore longevità in particolare del sesso femminile che, nelle classi di età più avanzate, supera di numerosità il sesso maschile. Anche a causa di questo invecchiamento della popolazione il tasso di mortalità generale fino al 1998 è stato in leggero incremento per poi stabilizzarsi negli ultimi anni. Nell'anno 2003, pur essendosi verificato un brusco incremento della popolazione residente (+ 20.226 ab., pari all'1,4% della popolazione residente) per la regolarizzazione degli stranieri presenti in Italia, si è manifestato un picco di mortalità attribuibile in gran parte alle eccezionali condizioni climatiche del periodo estivo dell'anno (figg. 1-2).

Figura 1. Tassi di mortalità per 1000 residenti nelle Marche negli anni 1990-2004.

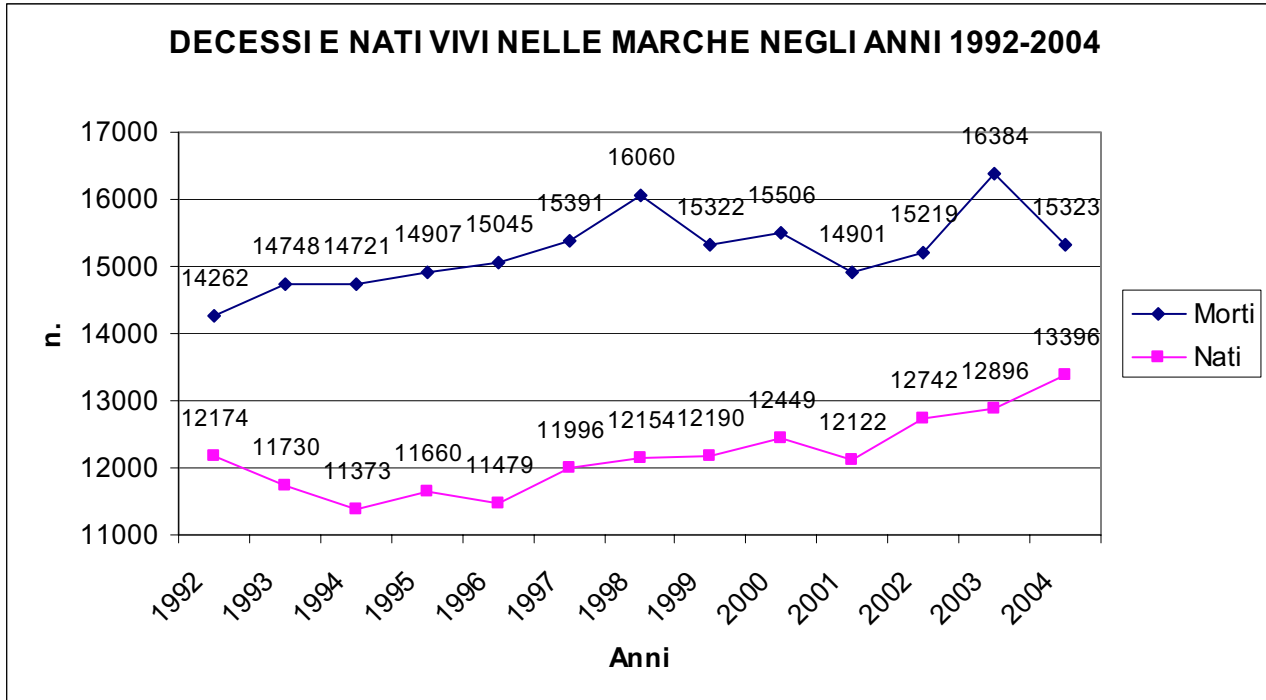


Nel corso del 2004 si è registrato il più alto numero di nati vivi dal 1992 (fig. 2).

Il saldo naturale, rappresentato dalla differenza tra il numero dei morti ed il numero dei nati vivi, anche se minore in valore assoluto rispetto a quello dell'anno precedente (1.927 contro 3.488 unità in meno rispettivamente nel 2004 e 2003), si presenta negativo come ormai avviene da molti anni (fig. 2).

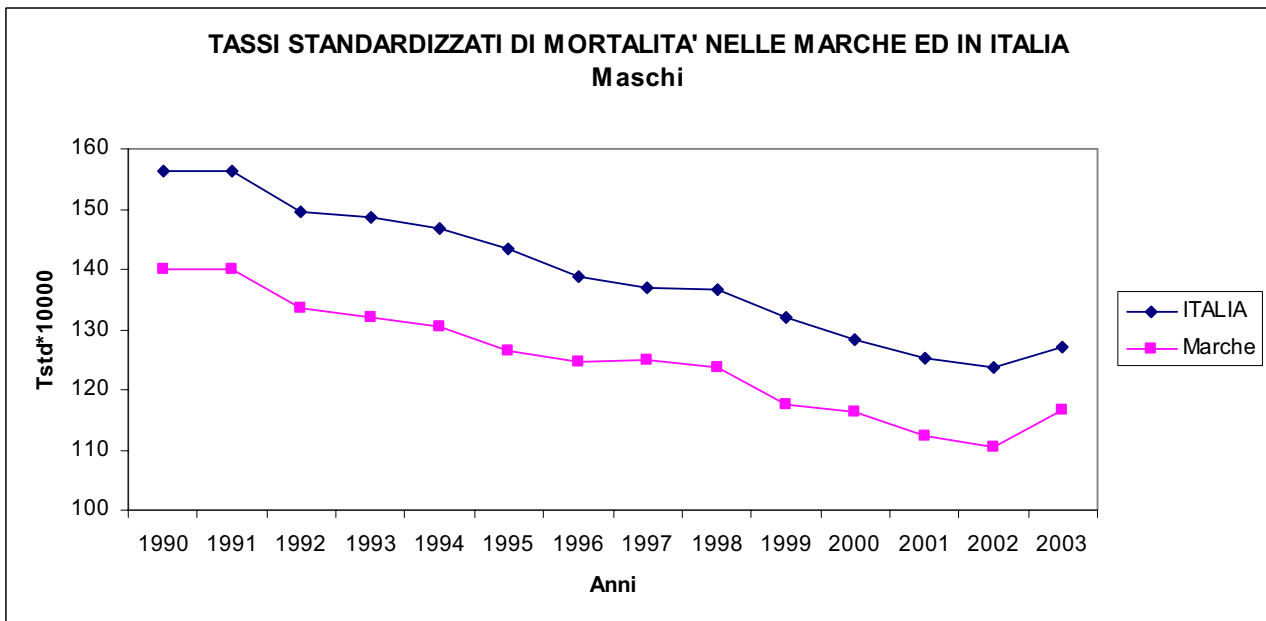
E' da notare tuttavia come per la prima volta negli ultimi 12 anni il saldo naturale sia sceso al di sotto delle 2.000 unità. A tale diminuzione hanno contribuito prevalentemente gli andamenti tendenziali degli ultimi sei anni: la sostanziale stabilità dei decessi intorno alle 15.000 unità da un lato e l'innalzamento progressivo della natalità dall'altro. Fanno eccezione per i due indicatori il dato di mortalità nell'anno 2003 e quello di natalità nel 2001 che appaiono in controtendenza. L'incremento delle nascite ha coinciso con l'aumento delle iscrizioni anagrafiche successive alla regolarizzazione degli stranieri.

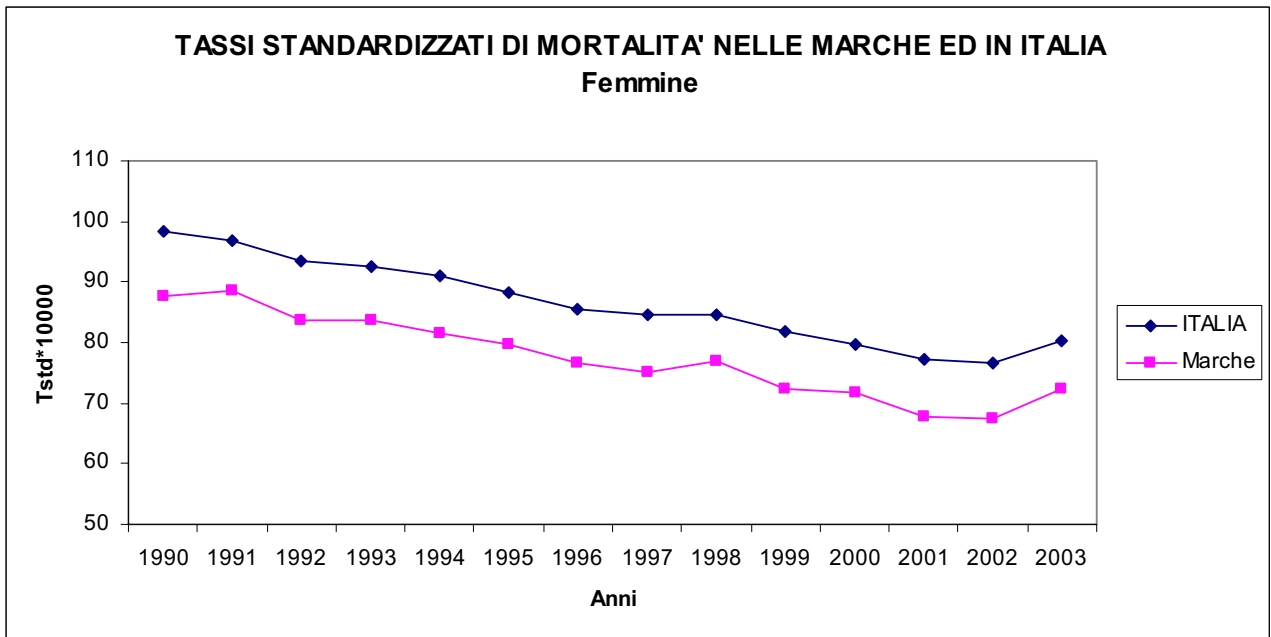
Figura 2. Morti e nati vivi nelle Marche negli anni 1992-2004.



Le Marche presentano tassi standardizzati di mortalità generale nei due sessi inferiori a quelli medi nazionali. Se si esclude la ormai nota anomalia del 2003 si registra una tendenza progressiva alla diminuzione (fig. 3).

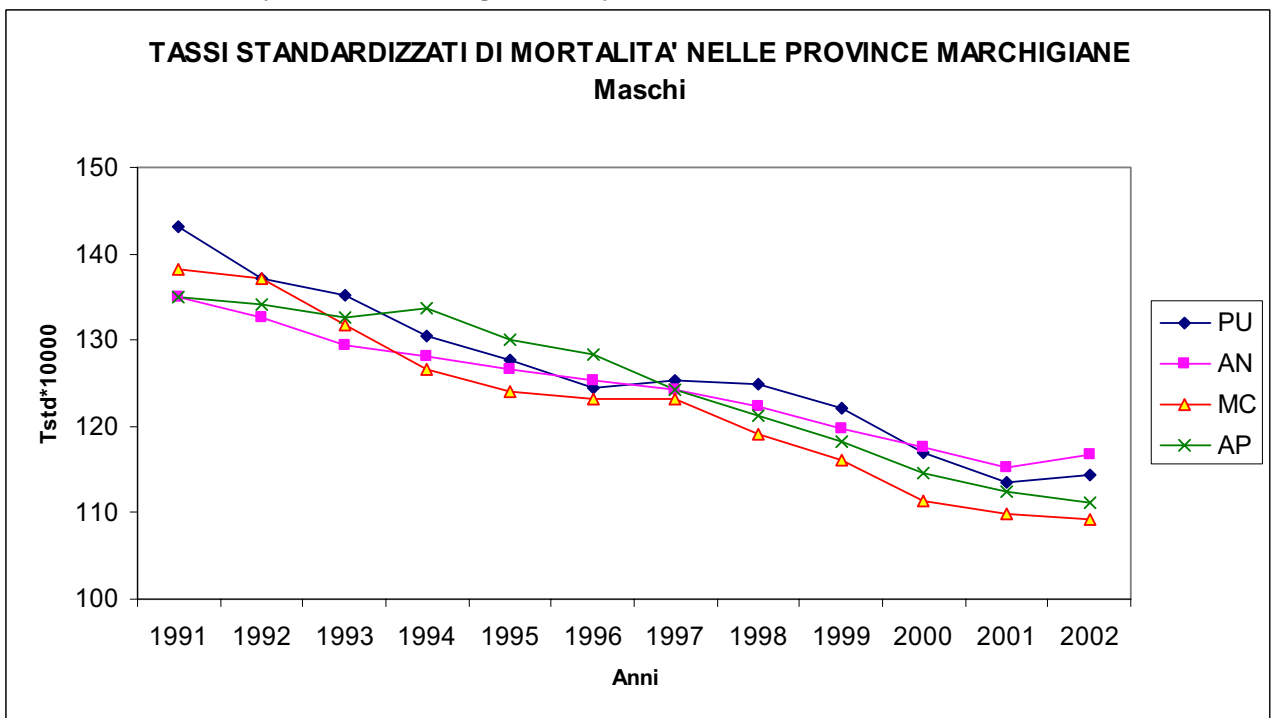
Figura 3. Confronto tassi standardizzati di mortalità generale *10.000 residenti nelle Marche ed in Italia. Popolazione standard: Italia 2001. Anni 1990-2003.

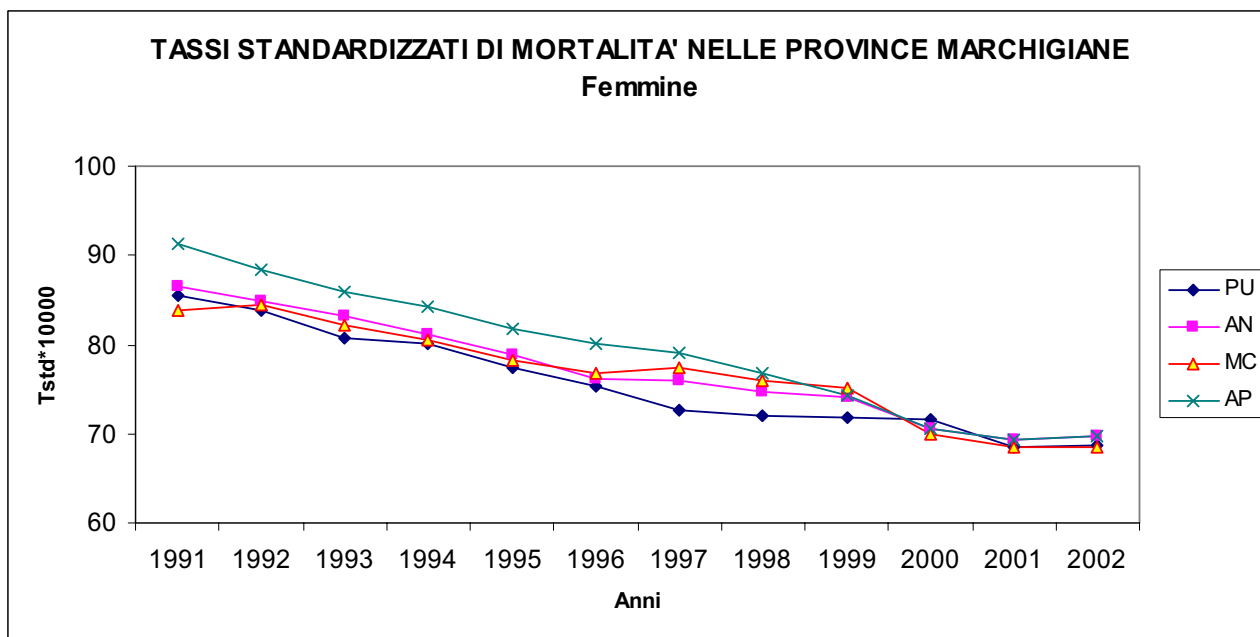




Piccole differenze si notano nei trend temporali della mortalità generale tra le province marchigiane; valori tendenzialmente più bassi si rilevano nella provincia di Macerata ma solo nel sesso maschile (fig. 4).

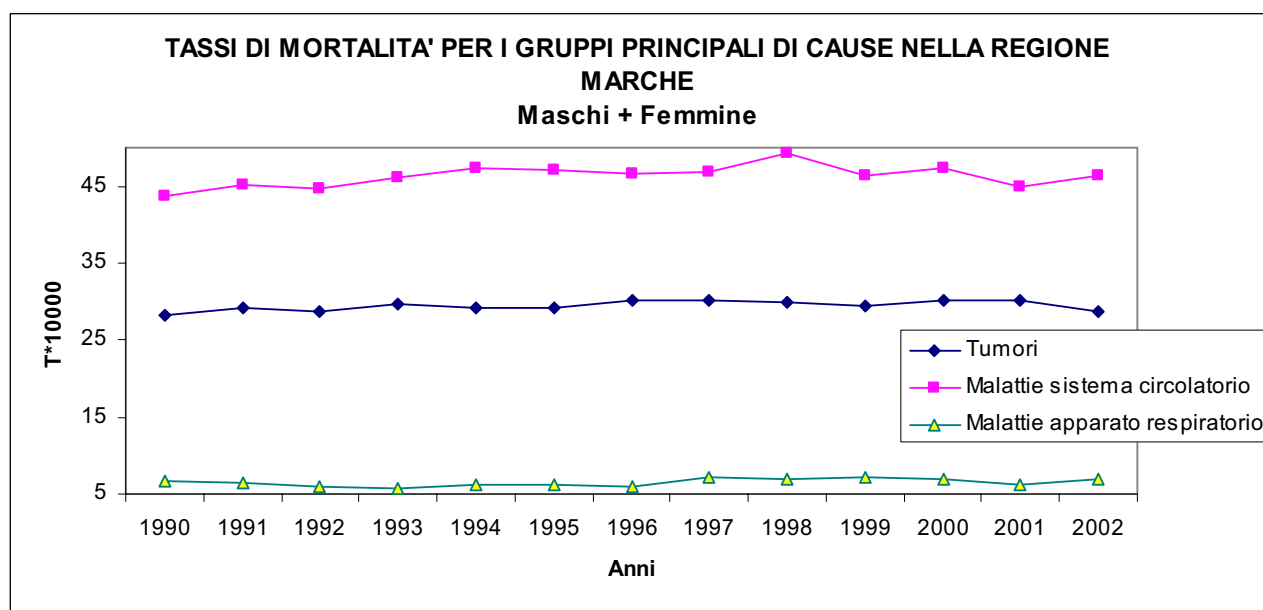
*Figura 4. Confronto dei tassi standardizzati di mortalità generale *10.000 tra le province marchigiane. Popolazione standard: Italia 2001. Anni 1991-2002.*





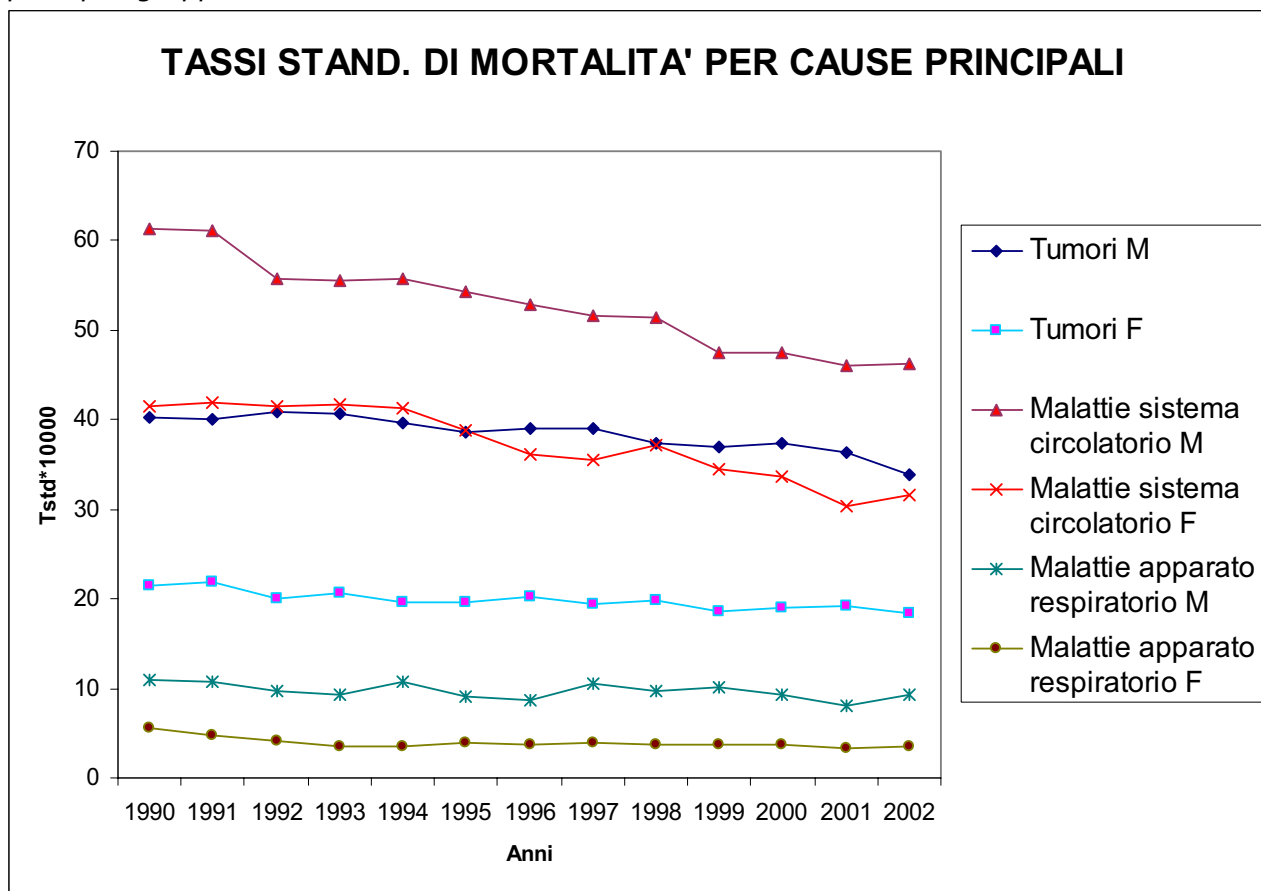
La mortalità per i tre principali gruppi di cause (malattie del sistema circolatorio, neoplasie e malattie dell'apparato respiratorio) presenta tassi grezzi pressoché costanti nel periodo considerato (fig. 5).

*Figura 5. Tassi di mortalità *10.000 per i tre principali gruppi di patologie. Anni 1990-2002.*



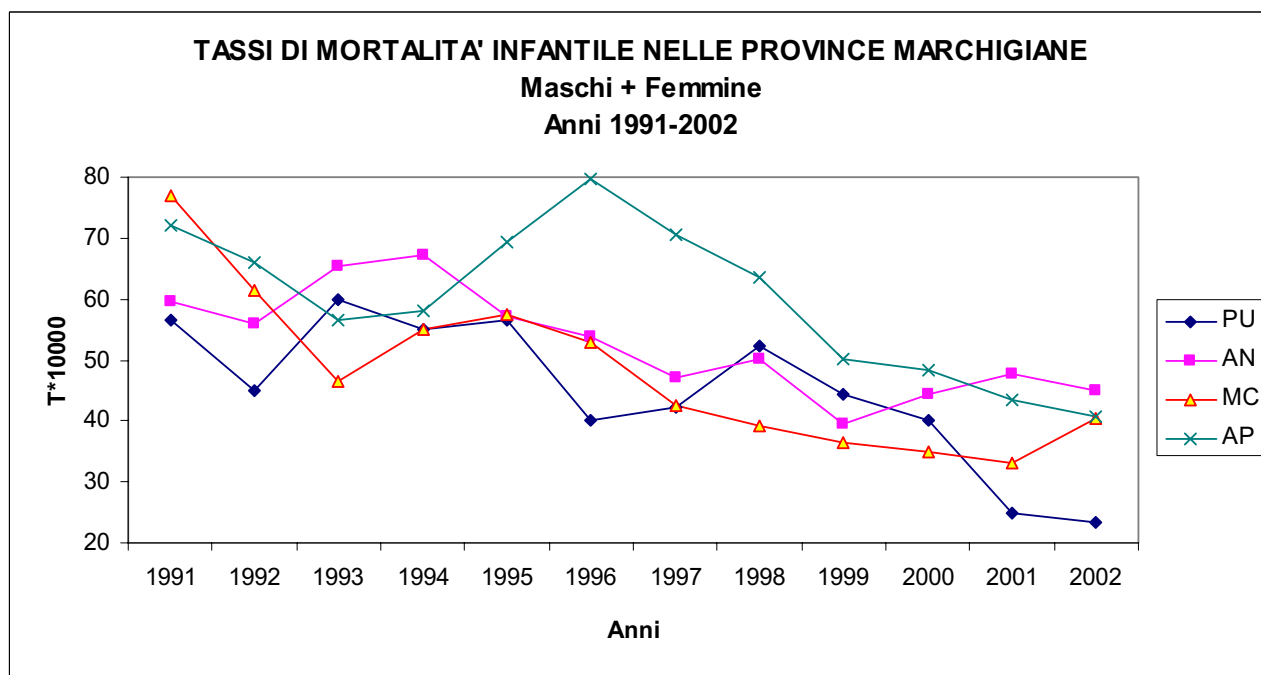
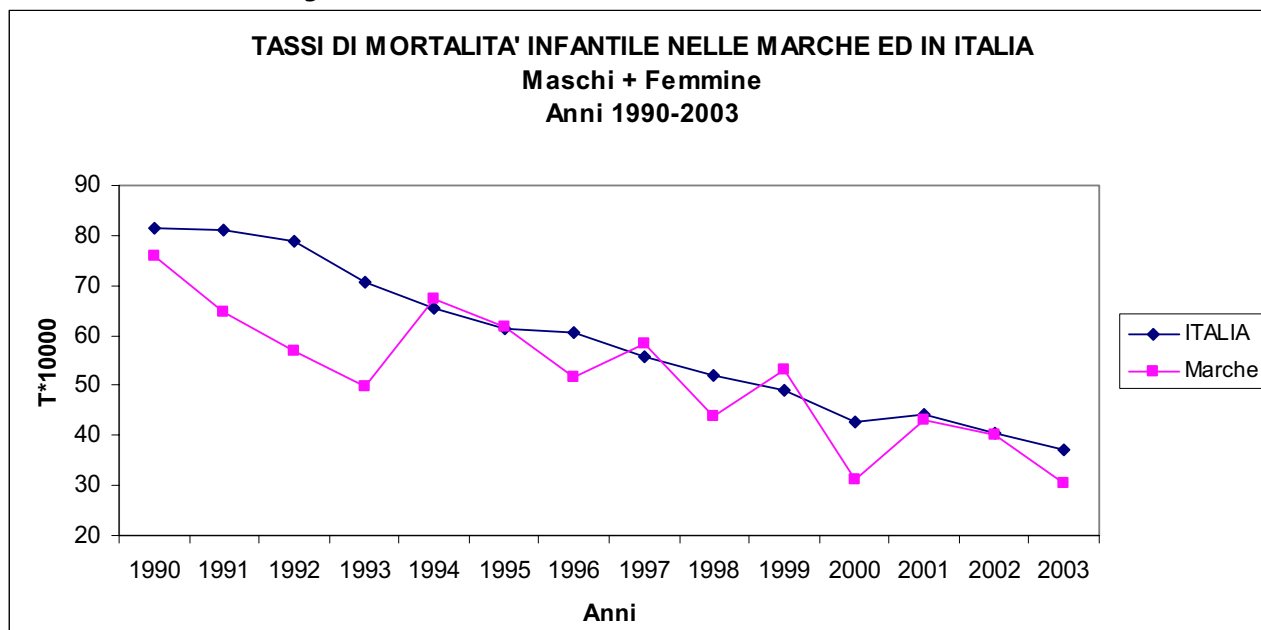
Correggendo questo ultimo dato per l'invecchiamento progressivo della popolazione si rileva, come tasso standardizzato, una spiccata tendenza alla riduzione della mortalità per malattie del sistema circolatorio ed una riduzione, seppure meno marcata, della mortalità per tumori più evidente nel sesso maschile (fig. 6).

Figura 6. Trend temporale dei tassi standardizzati di mortalità generale *10.000 dei tre principali gruppi di cause di morte. Anni 1990-2002.



La mortalità infantile è tendenzialmente in diminuzione e negli ultimi anni si è allineata ai valori nazionali. I tassi di mortalità infantile sono abbastanza simili tra le quattro province con valori leggermente più bassi negli ultimi anni per la provincia di Macerata e Pesaro-Urbino (fig. 7). A causa della bassa numerosità dei decessi infantili nella regione il grafico regionale presenta un aspetto irregolare (effetto a denti di sega).

Figura 7. Tassi di mortalità infantile *10.000 nelle Marche.



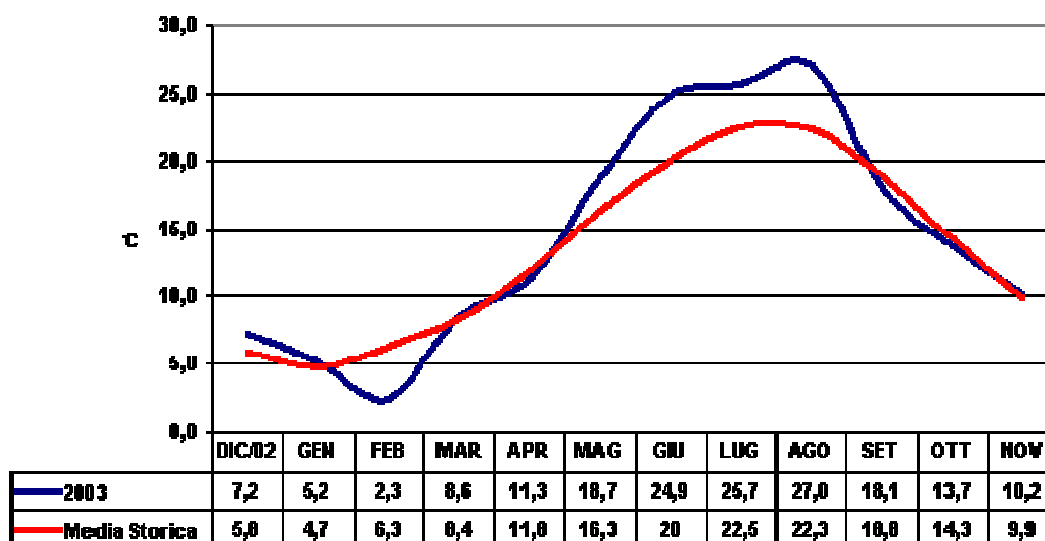
Nel periodo 2001-2004, la regione Marche evidenzia tassi standardizzati di mortalità generale inferiori alle altre regioni italiane (tabb. 2, 3 e 4)⁷.

Dalle tabelle suddette si osserva, nel 2003, un marcato incremento della mortalità rispetto all'anno precedente e al successivo con, rispettivamente, 1.174 (7,18%) e 1.265 (7,74%) decessi in più. L'aumento del numero di morti nel 2003 sarebbe verosimilmente da imputare all'anomalia climatica dell'anno che ha fatto registrare un eccesso di mortalità concentrato nei mesi estivi. Ciò spiegherebbe, nelle stesse tabelle, per un fenomeno di "harvesting", la diminuzione del valore assoluto della mortalità generale nel 2004.

I valori medi mensili della temperatura nel 2003 presentano in generale un incremento rispetto alla media storica del periodo 1958/79 (fig. 8)¹. Il fenomeno è risultato particolarmente evidente in estate con un aumento di 4,3°C. In particolare nel mese di agosto si è raggiunta una temperatura media di 27°C (+4,7°C rispetto alla media storica). Il massimo incremento si è verificato nel mese di giugno con +4,9°C.

Durante il periodo estivo sono state registrate frequentemente temperature massime assolute di oltre 40°C lungo la fascia litoranea e medio collinare del territorio marchigiano.

Figura 8. Temperature: andamento medio mensile 2003.



Studi sulla relazione tra temperatura e mortalità hanno evidenziato un andamento a "U", con tassi di mortalità più accentuati in inverno ed estate e con valori minimi nei giorni con temperatura compresa tra i 20-25°C. Per quello che riguarda le temperature elevate, l'attenzione degli esperti si è incentrata sugli effetti sulla salute provocati dalle cosiddette "ondate di calore".

Nel periodo da giugno a settembre 2003, nelle Marche, si sono avuti 5.472 decessi con un aumento di 850 casi sullo stesso periodo dell'anno precedente pari ad una variazione del 18,4% (tab. 1). In particolare si osserva un aumento della mortalità nel mese di agosto del 39,8%.

*Tabella 1. Morti nel 2002 e 2003. Differenze in valore assoluto e variazione percentuale**

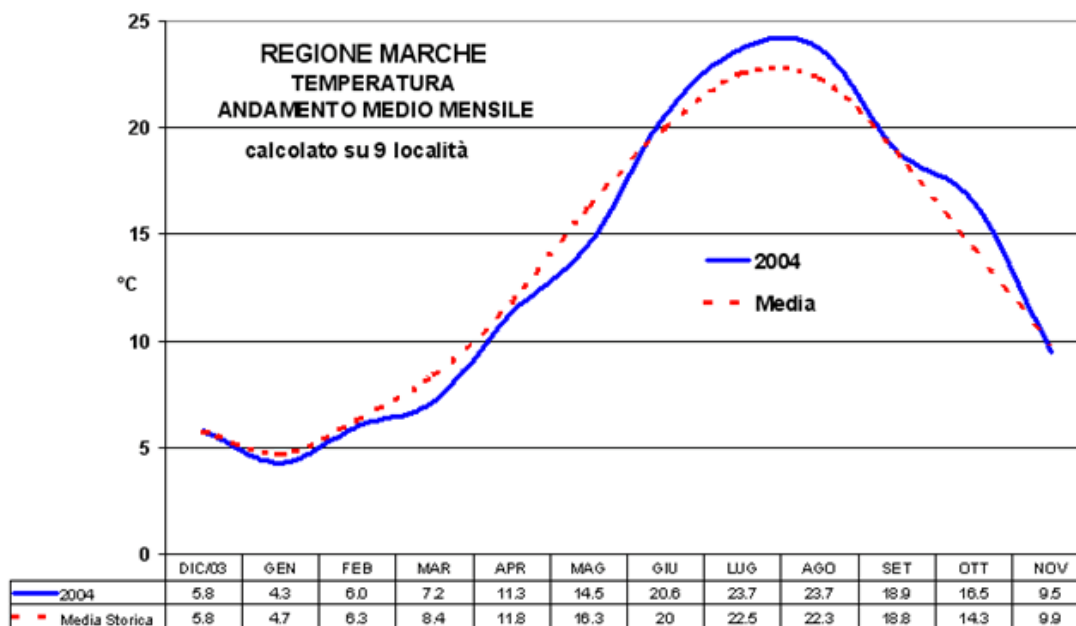
Mesi			Variazione	
	2002	2003	2003/2002	
			val.	
			ass.	%
Giugno	1267	1397	130	10,3
Luglio	1242	1402	160	12,9
Agosto	1054	1473	419	39,8
Settembre	1059	1200	141	13,3
Totale periodo	4622	5472	850	18,4
Resto dell'anno	10597	10912	315	3,0
Totale anno	15219	16384	1165	7,7

* Fonte Bilancio demografico regionale Marche – Anno 2003, ISTAT Ufficio Regionale per le Marche, 26 luglio 2004

Nel 2004 la temperatura media annua calcolata sul territorio regionale è stata di 13,5 °C molto vicina ai 13,4°C della media ventennale; il valore registrato in questo anno è il più basso dal 1998 ad oggi, periodo in cui la media annua ha toccato i 14,4 – 14,5 °C nel 2000, 2001, 2003.

Le temperature medie mensili più elevate (23,7 °C) nell'anno 2004 sono state raggiunte in luglio ed agosto mentre in giugno si è avuto il maggior incremento termico (+4,3 °C) rispetto all'anno precedente. Nei mesi estivi le temperature sono state lievemente al di sopra della media storica, tuttavia i mesi maggio-agosto hanno registrato valori inferiori ai corrispondenti mesi dell'anno 2003 (figg. 8-9).

Figura 9. Temperature: andamento medio mensile 2004.



Se vengono confrontati i decessi del 2004 con quelli del 2002 (15.088 contro 15.179) si osserva una riduzione della loro numerosità (tab. 2) che, se pur contenuta (91 in meno), rispetta il trend di decremento della mortalità regionale.

(a) Sono esclusi i morti a meno di un anno di vita. Anni 2003-2004: dati provvisori per regione fatta eccezione per le province autonome di Trento e Bolzano-Bozen, i cui dati sono definitivi.

Tabella 2. Graduatorie annuali delle Regioni italiane ordinate per decessi e tassi standardizzati*10.000 (Tstd*10000) di mortalità generale. Anni 2001-2004. (a)

n.	2001			2002			2003			2004		
	Regione di decesso	Decessi	Tstd*10000	Regione di decesso	Decessi	Tstd*10000	Regione di decesso	Decessi	Tstd*10000	Regione di decesso	Decessi	Tstd*10000
1	Marche	15.077	68,06	Marche	15.179	66,43	Marche	16.353	69,53	Marche	15.088	63,54
2	Abruzzo	12.513	71,43	Trento	4.404	69,09	Abruzzo	12.942	69,70	Abruzzo	12.356	65,68
3	Bolzano-Bozen	3.647	71,85	Trentino-Alto Adige	8.124	70,35	Basilicata	5.442	71,90	Toscana	39.108	66,41
4	Trentino-Alto Adige	8.187	72,63	Molise	3.312	70,98	Trento	4.705	72,14	Trento	4.404	66,44
5	Molise	3.344	72,67	Toscana	40.652	71,81	Molise	3.441	72,22	Veneto	41.286	66,86
6	Toscana	40.589	73,02	Bolzano-Bozen	3.720	72,00	Umbria	9.804	72,47	Umbria	9.218	66,86
7	Veneto	41.743	73,11	Basilicata	5.287	72,01	Veneto	43.820	72,52	Puglia	30.960	67,36
8	Trento	4.540	73,22	Veneto	42.494	72,29	Toscana	42.603	73,28	Calabria	16.597	68,41
9	Basilicata	5.269	73,26	Umbria	9.494	72,40	Trentino-Alto Adige	8.695	73,75	Trentino-Alto Adige	8.249	68,56
10	Umbria	9.466	73,58	Calabria	16.771	72,42	Calabria	17.621	74,21	Emilia Romagna	45.661	68,64
11	Piemonte	48.509	73,58	Emilia Romagna	46.483	72,85	Lazio	47.899	75,15	Basilicata	5.295	69,18
12	Emilia Romagna	46.296	74,18	Abruzzo	13.102	73,00	Emilia Romagna	49.323	75,25	Lombardia	82.679	69,43
13	Puglia	31.571	74,55	Puglia	31.886	73,49	Puglia	33.847	75,38	Liguria	20.338	69,68
14	Calabria	16.985	74,73	Lombardia	85.030	74,77	Bolzano-Bozen	3.990	75,63	Sardegna	13.509	70,16
15	ITALIA	554.410	75,36	Sardegna	13.853	75,28	Friuli-Venezia Giulia	14.402	76,02	ITALIA	540.934	70,16
16	Lombardia	84.820	76,53	ITALIA	558.053	75,61	ITALIA	583.060	76,91	Molise	3.374	70,54
17	Sardegna	13.807	77,18	Liguria	21.650	76,12	Lombardia	90.401	77,29	Friuli-Venezia Giulia	13.481	70,62
18	Friuli-Venezia Giulia	14.205	78,04	Friuli-Venezia Giulia	14.310	76,89	Sardegna	14.606	77,48	Bolzano-Bozen	3.845	71,09
19	Liguria	21.962	78,12	Piemonte	48.524	77,95	Liguria	23.017	79,38	Piemonte	46.217	71,84
20	Lazio	48.517	79,64	Lazio	48.732	78,82	Piemonte	51.026	80,78	Lazio	46.931	72,37
21	Sicilia	44.659	80,81	Sicilia	45.471	80,55	Valle d'Aosta	1.332	81,34	Valle d'Aosta	1.230	75,15
22	Valle d'Aosta	1.291	82,70	Valle d'Aosta	1.341	84,68	Sicilia	48.157	82,95	Sicilia	44.826	75,77
23	Campania	45.600	87,32	Campania	46.358	86,49	Campania	48.329	87,37	Campania	44.531	78,49

Tabella 3. Graduatorie annuali delle Regioni italiane ordinate per tassi standardizzati*10.000 (Tstd*10000) di mortalità generale. Sesso maschile. Anni 2001-2004. (a)

n.	2001		2002		2003		2004	
	Regione di decesso	Tstd* 10000	Regione di decesso	Tstd* 10000	Regione di decesso	Tstd* 10000	Regione di decesso	Tstd* 10000
1	Marche	90,81	Marche	88,42	Abruzzo	90,91	Marche	84,54
2	Calabria	92,51	Molise	91,37	Marche	91,4	Puglia	86,48
3	Basilicata	95,35	Calabria	91,58	Molise	91,75	Calabria	86,68
4	Molise	95,84	Basilicata	93,44	Basilicata	92,15	Basilicata	87,34
5	Puglia	95,88	Puglia	93,52	Calabria	92,73	Abruzzo	87,83
6	Abruzzo	96,28	Toscana	95,37	Toscana	96,19	Toscana	88,45
7	Toscana	97,6	Umbria	95,95	Puglia	96,84	Umbria	88,63
8	<i>Bolzano-Bozen</i>	97,67	Abruzzo	96,78	Umbria	97,49	Emilia-Romagna	90,85
9	Piemonte	97,87	Emilia-Romagna	97,36	Lazio	98,7	Veneto	92,21
10	Umbria	98,2	<i>Bolzano-Bozen</i>	97,44	Veneto	98,88	Sardegna	92,46
11	Emilia-Romagna	98,25	Trentino-Alto Adige	98,25	Emilia-Romagna	99,6	<i>Trento</i>	92,63
12	ITALIA	99,2	Sardegna	98,27	<i>Trento</i>	<i>100,82</i>	ITALIA	92,96
13	Sicilia	100,1	<i>Trento</i>	99,06	Sardegna	101	Molise	93,16
14	Veneto	101	ITALIA	99,85	ITALIA	101,03	Liguria	93,93
15	Trentino-Alto Adige	102,74	Veneto	100,46	Trentino-Alto Adige	101,5	Trentino-Alto Adige	94,03
16	Sardegna	103,21	Sicilia	100,72	<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>102,26</i>	Friuli-Venezia Giulia	94,73
17	Lazio	104,48	Lazio	101,88	Sicilia	102,7	Lombardia	95,24
18	Liguria	105,06	Liguria	102,08	Liguria	103,64	Sicilia	95,25
19	Lombardia	105,55	Lombardia	102,35	Lombardia	105,13	Lazio	95,56
20	<i>Trento</i>	<i>106,93</i>	Piemonte	103,03	Friuli-Venezia Giulia	105,15	<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>95,76</i>
21	Friuli-Venezia Giulia	107,98	Friuli-Venezia Giulia	104,66	Piemonte	105,93	Piemonte	95,82
22	Campania	112,6	Campania	110,54	Valle d'Aosta	109,96	Valle d'Aosta	100,22
23	Valle d'Aosta	113,29	Valle d'Aosta	115,77	Campania	112,14	Campania	101,01

Tabella 4. Graduatorie annuali delle Regioni italiane ordinate per tassi standardizzati*10.000 (Tstd*10000) di mortalità generale. Sesso femminile. Anni 2001-2004. (a)

n.	2001		2002		2003		2004	
	Regione di decesso	Tstd* 10000	Regione di decesso	Tstd* 10000	Regione di decesso	Tstd* 10000	Regione di decesso	Tstd* 10000
1	Trento	50,60	Trento	49,25	Trento	52,86	Trento	48,81
2	Marche	51,74	Marche	50,29	Marche	53,28	Marche	48,07
3	Trentino-Alto Adige	52,06	Trentino-Alto Adige	51,33	Abruzzo	53,84	Abruzzo	49,02
4	Abruzzo	52,90	Veneto	53,77	Umbria	53,99	Veneto	49,97
5	<i>Bolzano-Bozen</i>	53,77	<i>Bolzano-Bozen</i>	53,96	Veneto	54,58	Umbria	50,64
6	Veneto	54,42	Abruzzo	54,91	Trentino-Alto Adige	55,14	Toscana	50,67
7	Molise	54,64	Molise	54,98	Basilicata	55,60	Trentino-Alto Adige	51,10
8	Toscana	55,24	Toscana	55,07	Molise	56,71	Lombardia	52,46
9	Umbria	55,30	Umbria	55,08	Friuli-Venezia Giulia	56,76	Emilia-Romagna	52,68
10	Basilicata	55,53	Basilicata	55,10	Toscana	56,86	Sardegna	52,77
11	Piemonte	56,42	Emilia-Romagna	55,12	Emilia-Romagna	57,73	Liguria	52,98
12	Emilia-Romagna	56,75	Lombardia	56,99	<i>Bolzano-Bozen</i>	57,89	Molise	52,98
13	Sardegna	57,28	Sardegna	57,33	Lazio	58,32	Puglia	53,13
14	Lombardia	57,84	Calabria	57,56	Valle d'Aosta	58,86	<i>Bolzano-Bozen</i>	53,83
15	ITALIA	58,10	Friuli-Venezia Giulia	58,23	Sardegna	59,21	ITALIA	53,93
16	Friuli-Venezia Giulia	58,11	ITALIA	58,41	Lombardia	59,29	Calabria	54,28
17	Puglia	58,96	Liguria	58,41	Puglia	59,51	Basilicata	54,68
18	Liguria	60,04	Puglia	58,55	Calabria	59,70	Friuli-Venezia Giulia	54,74
19	Calabria	60,76	Piemonte	60,55	ITALIA	59,76	Piemonte	55,18
20	Lazio	61,87	Lazio	62,05	Liguria	62,54	Lazio	55,81
21	Valle d'Aosta	62,10	Valle d'Aosta	62,06	Piemonte	63,14	Valle d'Aosta	56,71
22	Sicilia	66,26	Sicilia	65,22	Sicilia	67,91	Sicilia	60,92
23	Campania	69,27	Campania	68,95	Campania	69,48	Campania	61,93

Tabella 5. Tassi standardizzati*10000 (Tstd*10000) delle Regioni italiane per grandi gruppi di cause – Anni 2001-2004.

Regione di decesso	Malattie del sistema circolatorio				Malattie dell'apparato respiratorio				Tumori			
	Tstd*10000				Tstd*10000				Tstd*10000			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
Piemonte	27,8	30,0	31,2	27,2	4,4	5,3	6,0	4,9	24,8	24,7	24,5	24,6
Valle d'Aosta	30,6	31,2	30,6	24,8	5,6	6,4	4,3	4,3	23,4	27,6	25,7	27,7
Lombardia	28,6	28,0	28,6	25,0	4,3	4,6	5,3	4,0	27,9	26,9	26,9	26,4
Trentino-Alto Adige	30,7	29,5	30,2	27,2	4,7	4,7	5,3	4,9	24,4	23,2	24,1	23,6
Trento	32,2	28,6	30,0	26,0	4,4	4,4	5,0	4,7	24,4	23,6	23,8	23,3
Bolzano-Bozen	28,9	30,6	30,3	28,7	5,0	5,1	5,6	5,1	24,6	22,8	24,5	23,9
Veneto	27,8	27,6	27,5	24,7	4,4	4,3	4,5	4,2	25,0	24,7	23,8	23,5
Friuli-Venezia Giulia	28,5	28,2	28,1	25,8	4,3	4,9	5,0	4,5	27,5	27,5	25,8	24,7
Liguria	28,4	28,1	29,6	25,2	4,0	4,1	4,8	3,5	25,2	24,5	24,6	23,2
Emilia Romagna	28,4	27,8	28,8	25,9	4,1	4,2	4,8	3,9	25,3	24,8	24,6	24,0
Toscana	29,1	28,5	29,1	25,6	4,1	4,1	5,0	3,8	23,9	23,5	23,3	23,1
Umbria	30,7	29,7	30,2	27,5	4,2	4,1	4,5	3,7	23,5	22,7	22,2	22,5
Marche	27,6	27,7	29,0	24,6	3,8	4,1	4,6	3,6	22,2	21,0	21,0	21,6
Lazio	32,6	32,1	30,0	28,6	4,2	4,3	4,8	3,7	24,7	24,5	23,1	23,6
Abruzzo	29,5	29,9	29,2	27,5	4,5	4,7	4,6	4,2	20,5	21,0	19,2	17,5
Molise	31,7	32,0	34,3	29,3	3,6	3,5	4,0	4,5	19,5	17,9	17,6	19,7
Campania	38,9	38,5	38,7	33,2	5,1	5,1	5,7	4,4	23,8	23,4	23,0	22,4
Puglia	30,0	29,6	30,5	25,8	5,0	5,2	6,0	4,0	22,2	21,4	20,7	20,6
Basilicata	32,0	32,0	32,2	30,0	4,6	4,4	5,6	3,9	18,9	18,7	17,6	19,0
Calabria	35,7	34,4	34,9	30,2	4,1	4,3	5,2	4,0	18,0	17,2	16,9	17,6
Sicilia	36,7	36,1	37,6	33,1	4,8	4,8	5,7	4,5	20,5	20,6	20,4	20,6
Sardegna	29,1	28,1	28,9	24,9	4,9	5,3	6,3	4,8	23,8	22,5	21,6	22,3
ITALIA	30,1	30,4	30,8	27,3	4,3	4,6	5,2	4,1	24,1	23,8	23,3	23,1

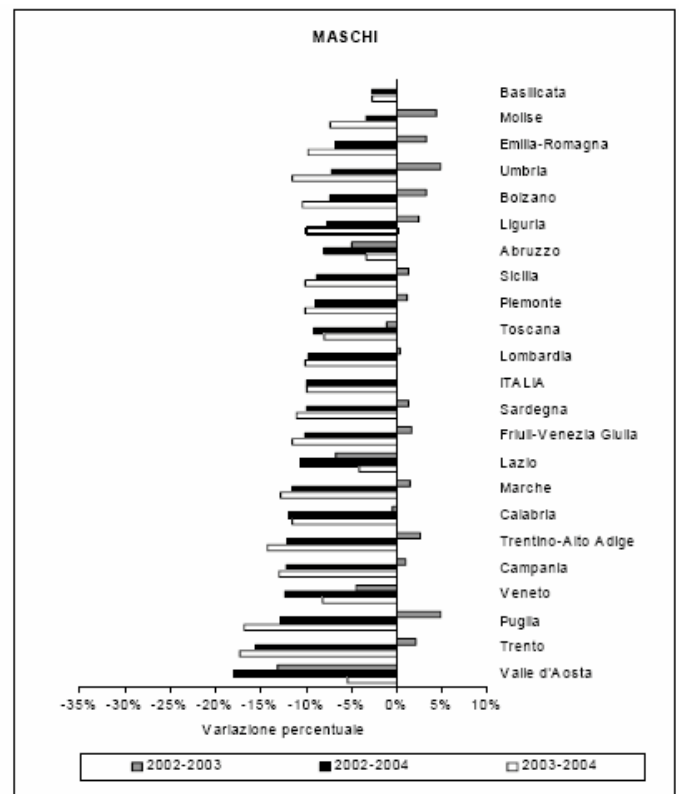
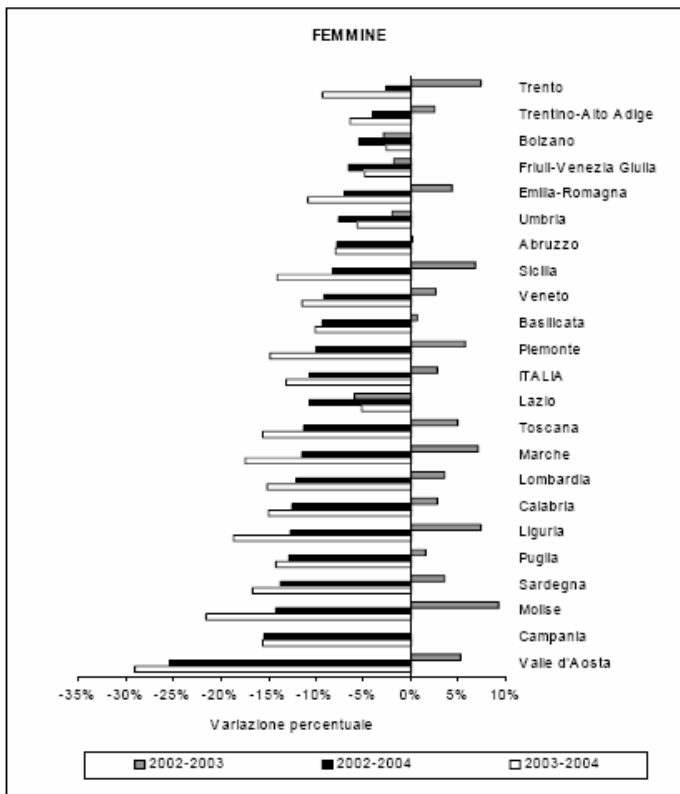
Il gruppo delle malattie del sistema circolatorio e quello delle malattie dell'apparato respiratorio mostrano, negli anni 2001-2004, tassi specifici di mortalità che riflettono l'andamento già evidenziato dalla mortalità generale nello stesso periodo. Anche in questi gruppi di patologie, infatti, si nota un incremento dell'occorrenza dell'evento sanitario nell'anno 2003 (tab. 5). Nel 2004, invece, è rilevabile una diminuzione della mortalità rispetto all'anno precedente. Dissimile è la situazione per la mortalità nel gruppo delle neoplasie dove i tassi standardizzati non mostrano alcun incremento nel 2003. E' di interesse, invece, la loro lieve inversione di tendenza, registrata nel 2004, con un andamento crescente che interrompe quello costante dei due anni precedenti (tab. 5).

Tale evidenza può trovare una spiegazione nei dati che provengono dalla letteratura scientifica in cui si osserva una relazione tra "ondate di calore" e incrementi di mortalità per cause cardiovascolari, cerebrovascolari e respiratorie²⁻⁵. L'incremento della mortalità per tumori va studiata meglio su un più lungo periodo in quanto, ad un riconosciuto aumento dell'incidenza dei tumori, indipendentemente dalle classi di età⁸, corrisponde attualmente una minore mortalità per diagnosi più precoci e terapie più efficaci.

In genere le cause di mortalità che mostrano le maggiori differenze tra gli uomini e le donne sono le malattie del sistema circolatorio. Il confronto tra regioni per questo gruppo di cause fa registrare per le donne, che come noto hanno rischi di mortalità più bassi, rialzi nel 2002-2003 nonché riduzioni nel 2003-2004 (fig. 10).

Le spiegazioni dell'evoluzione della mortalità, in termini di variazioni regionali e di sesso osservate, vanno ricercate in molteplici fattori di natura ambientale, sociale e sanitaria le cui relazioni sono talvolta poco conosciute.

Figura 10. Variazione dei tassi standardizzati di mortalità delle malattie del sistema circolatorio oltre il primo anno di vita per regione e sesso - Anni 2002-2003, 2002-2004, 2003-2004* (dati provvisori; valori percentuali).



* Fonte: ISTAT. Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane. Anno 2004. Informazioni n. 1 – 2007

Risultati leggermente diversi si rilevano per la mortalità infantile dove le Marche si posizionano nel 2003 al 5^ posto; in posizione più favorevole rispetto alla media nazionale ed al valore medio delle regioni del centro Italia (tab. 6).

Tabella 6. Regioni italiane ordinate per tassi di mortalità infantile.
Maschi + femmine anno 2003.

TASSO DI MORTALITÀ INFANTILE		
n.	Aree	2003
1	Toscana	23,79
2	Friuli V.G.	24,36
3	Molise	26,81
4	Veneto	28,01
5	Marche	30,24
6	Sardegna	30,95
7	Emilia Romagna	31,59
8	Liguria	32,94
9	Lombardia	33,58
10	Abruzzo	33,73
11	Piemonte	33,82
12	Trentino A.A.	36,73
13	ITALIA	37,18
14	Basilicata	37,99
15	Lazio	38,82
16	Campania	40,34
17	Umbria	43,57
18	Puglia	49,06
19	Sicilia	51,45
20	Calabria	51,57
21	Valle d'Aosta	60,82
	Nord Est	29,84
	Nord	32,14
	Centro	33,67
	Nord Ovest	33,82
	Sud	43,41
	Mezzogiorno	44,6
	Isole	47,2

Per quanto concerne la speranza di vita alla nascita si possono fare le seguenti considerazioni. In Italia, nel 2003, la speranza di vita alla nascita è pari a 77,2 anni per gli uomini e a 82,8 anni per le donne. Rispetto al 2002, gli uomini guadagnano soltanto 0,1 anni in termini di vita media mentre per le donne si registra una perdita di 0,2 anni. La relativa frenata della speranza di vita nel corso del 2003 è legata agli eventi di natura climatica già descritti precedentemente; gli eccessi di mortalità sono stati evidenziati soprattutto tra gli anziani e, in particolare, tra le donne che ne rappresentano la maggioranza⁶.

Nel 2004, in virtù di un effetto "selezione" dei soggetti più deboli, prematuramente scomparsi nel 2003, la speranza di vita alla nascita risale ai livelli (record per l'Italia) di 77,7 anni per i maschi e di 83,7 anni per le femmine. Le stime della speranza di vita alla nascita per il 2005 suggerirebbero un ritorno alla crescita regolare conosciuta nel recente passato. La vita media degli uomini raggiunge, infatti, i 77,6 anni (-0,1 rispetto all'eccezionale 2004 ma più 0,6 rispetto al 2001), quella delle donne gli 83,2 (-0,5 e +0,4, rispettivamente). A livello territoriale, nel 2005, la regione Marche è la più longeva: gli uomini e le donne hanno una speranza di vita alla nascita rispettivamente di 78,8 e 84,7 anni⁹.

Bibliografia

- ¹ASSAM. Andamento meteorologico 2003-2004. Disponibile on-line all'indirizzo <http://meteo.regione.marche.it/assam/> (ultimo accesso 29/01/2007).
- ² Belmin J. The consequences of the heat wave in August 2003 on the mortality of the elderly. The first overview Presse Med. 2003 Oct 18;32(34):1591-4.
- ³ Bouchama A. The 2003 European heat wave. Intensive Care Med. 2004 Jan;30(1): 1-3.
- ⁴ Bouchama A, Knochel JP. Heat stroke. N Engl J Med. 2002 Jun 20;346(25): 1978-88.
- ⁵ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Impact of heat waves on mortality--Rome, Italy, June-August 2003. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2004 May 7;53(17):369-71.
- ⁶ ISTAT . Tavole di mortalità della popolazione residente Anno 2003. Nota Informativa, 24 ottobre 2006.
- ⁷ ISTAT. Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane. Anno 2004. Informazioni n. 1 - 2007.
- ⁸ Newby JA, Howard CV. Environmental Influences in Cancer Aetiology. J Nutri and Environ Med. 2006, 1-59.
- ⁹ ISTAT. Indicatori demografici. Anno 2005. Nota informativa, 24 aprile 2006.

Mortalità evitabile nelle Marche

La fonte informative

- Atlante ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) 2006. Mortalità evitabile e contesto demografico per USL.

La Mortalità evitabile è un indicatore sentinella che considera l'evento morte quando esso si verifici nella fascia d'età compresa fra i 5 e i 69 anni e quando esso sia determinato da cause che possono essere attivamente contrastate attraverso politiche sanitarie efficaci. Non è un caso, evidentemente, che nel corso degli ultimi anni le morti evitabili siano progressivamente diminuite (tabella 1).

Tabella 1 – Mortalità evitabile in Italia

	Morti v.a.	Variazioni cumulate	
		assolute	%
1995	84.929		
1996	82.033	- 2.896	- 3,4
1997	80.693	- 4.236	- 5,0
1998	78.974	- 5.955	- 7,0
1999	74.821	- 10.108	- 11,9
2000	72.066	- 12.863	- 15,1
2001	69.811	- 15.118	- 17,8
2002	68.771	- 16.158	- 19,0

Fonte: elaborazione ERA su dati Istat

L'indicatore appositamente costruito per classificare Regioni e AUSL sulla scorta del dato di Mortalità evitabile è il numero medio di giorni perduti ogni anno per decessi evitabili (per abitante in età compresa fra i 5 e i 69 anni).

L'indicatore dei giorni perduti per mortalità evitabile è sintetizzato a livello regionale nella tabella 2, dove si riportano i dati del triennio di riferimento per la classifica 2005 sullo stato di salute (2000-02) e il confronto con il triennio 1996-98.

La regione Marche risulta in posizione estremamente favorevole e figura in testa alla classifica dei giorni perduti per cause evitabili. Nel confronto fra i trienni in studio emerge un evidente miglioramento generale dell'indicatore. I giorni perduti per mortalità evitabile nelle Marche passano da 10,0 a 9,9, con una riduzione di circa un punto percentuale.

Tabella 2 – Giorni perduti per cause evitabili pro capite (5-69 anni) e Regione. Trienni 2000-02 e 1996-98

	2000-2002 [a]	1996-1998 [b]	Differenza [a] – [b]
Marche	9,9	10,0	- 0,1
Liguria	9,9	10,0	- 0,1
Toscana	10,0	10,0	-
Calabria	10,0	10,6	- 0,6
Umbria	10,0	10,7	- 0,7
Puglia	10,2	10,6	- 0,4
Abruzzo	10,4	10,0	+ 0,4
Basilicata	10,6	11,1	- 0,5
Sicilia	10,6	11,1	- 0,5
Molise	10,9	11,6	- 0,7
Lazio	11,1	11,1	-
Veneto	11,2	12,1	- 0,9
Emilia Romagna	11,3	11,9	- 0,6
Lombardia	11,5	12,3	- 0,8
Campania	11,6	12,4	- 0,8
Trentino A. Adige	11,9	12,9	- 1,0
Friuli V. Giulia	12,1	13,5	- 1,4
Sardegna	12,1	12,9	- 0,8
Piemonte	12,2	12,7	- 0,5
Valle d'Aosta	15,7	15,0	+ 0,7
Italia	11,1	11,6	- 0,5

Fonte: elaborazione ERA su dati Istat

Nella tabella 3 viene riportato lo stesso indicatore con la possibilità di contemplare quanto incidano le singole cause che determinano il complesso dei giorni perduti per cause evitabili, e quale peso abbiano le tipologie di intervento per contrastare attivamente le morti evitabili (prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria).

Si noti come in nessuna regione italiana i giorni perduti per mancata "prevenzione primaria" scendano al di sotto del 50% del totale dei giorni persi per mortalità evitabile. Dalla lettura di questi dati si evince come nella regione Marche circa il 65% delle morti evitabili (6,4 giorni perduti per cause evitabili su un totale di 9,86) sarebbe attivamente contrastabile attraverso politiche pubbliche di prevenzione primaria.

Solo per la causa "traumatismi e avvelenamenti" il dato regionale si presenta in eccesso rispetto al dato medio nazionale (3,59 vs 3,25).

Le tabelle successive (tabelle 4 e 5) consentono di approfondire l'analisi dei dati relativi alla regione Marche scendendo nel dettaglio provinciale e zonale. Le quattro province regionali mostrano un dato generale inferiore a quello medio nazionale, con il massimo divario registrato fra le province di Macerata (9,36 giorni perduti) e Pesaro Urbino (10,8).

Tabella 3 - Giorni persi per cause evitabili pro capite (5-69 anni)

Regioni	Posizione in classifica	Tutte le cause	Tumori *	Sistema cardiocircolatorio *	Traumatismi e avvelenamenti *	Altre cause *	Prevenzione primaria **	Diagnosi precoce e terapia **	Igiene e assistenza sanitaria **
Piemonte	20	12,25	4,41	2,79	4,18	0,87	8,08	1,29	2,89
Valle d'Aosta	21	15,74	5,17	3,21	5,99	1,36	11,05	1,36	3,33
Lombardia	14	11,48	4,72	2,62	3,35	0,78	7,39	1,28	2,81
p.a. Bolzano	19	12,18	3,51	2,30	5,38	1,00	8,50	1,04	2,64
p.a. Trento	15	11,52	4,58	2,45	3,62	0,87	7,69	1,16	2,68
Veneto	12	11,17	4,37	2,23	3,88	0,69	7,56	1,21	2,39
Friuli V. Giulia	17	12,06	4,67	2,56	3,98	0,85	8,06	1,44	2,56
Liguria	2	9,95	4,48	2,44	2,25	0,77	6,02	1,33	2,60
Emilia Romagna	13	11,32	4,02	2,59	4,04	0,67	7,42	1,21	2,69
Toscana	3	9,96	3,98	2,27	3,06	0,65	6,39	1,19	2,38
Umbria	5	10,01	3,47	2,56	3,37	0,60	6,20	1,19	2,62
Marche	1	9,86	3,48	2,28	3,59	0,52	6,40	1,11	2,35
Lazio	11	11,07	4,35	2,98	3,04	0,71	6,65	1,25	3,17
Abruzzo	7	10,38	3,52	2,70	3,51	0,65	6,47	1,11	2,79
Molise	10	10,94	3,22	3,22	3,76	0,74	6,63	0,91	3,40
Campania	16	11,62	4,87	3,88	2,00	0,87	6,53	1,24	3,86
Puglia	6	10,16	3,94	2,60	2,89	0,73	6,07	1,25	2,84
Basilicata	8	10,61	3,34	3,01	3,47	0,79	6,62	1,02	2,97
Calabria	4	9,97	3,43	3,00	2,83	0,70	5,87	1,06	3,04
Sicilia	9	10,62	3,87	3,36	2,67	0,72	6,14	1,22	3,26
Sardegna	18	12,10	4,49	2,61	4,08	0,93	7,90	1,22	2,99
Italia		11,1	4,26	2,81	3,25	0,75	6,92	1,23	2,92

Scendendo al dettaglio zonale le differenze riscontrabili fra differenti territori sono amplificate. La ZT 8 di Civitanova Marche (8,37 - 3^A nella classifica generale delle ASL) occupa la prima posizione e la ZT 2 di Urbino l'ultima (11,9 - 139^A nella classifica generale delle ASL), con un divario notevole: 3,53 giorni persi per mortalità evitabile.

Tabella 4 - Giorni perduti per mortalità evitabile - classifica e indicatori per Provincia

Province	Posizione in classifica	Tutte le cause	Tumori * Sistema cardiocircolatori o *	Traumatismi e avvelenamenti *	Altre cause *	Prevenzione primaria **	Diagnosi precoce e terapia **	Igiene e assistenza sanitaria **	
Pesaro-Urbino	49	10,8	3,70	2,43	4,14	0,55	7,05	1,13	2,62
Ancona	13	9,65	3,48	2,13	3,47	0,57	6,27	1,11	2,27
Macerata	6	9,36	3,34	2,21	3,31	0,50	5,99	1,14	2,22
Ascoli Piceno	14	9,65	3,37	2,38	3,47	0,43	6,29	1,06	2,30
Marche	1	9,86	3,48	2,28	3,59	0,52	6,40	1,11	2,35
Italia		11,1	4,26	2,81	3,25	0,75	6,92	1,23	2,92

Fonte: Elaborazioni ERA su dati ISTAT - Triennio 2000-2002

* Giorni perduti per causa di morte

** Giorni perduti per tipologia di intervento

Tabella 5 - Giorni perduti per mortalità evitabile - classifica e indicatori per Zona Territoriale (ZT)

ZT	Posizione in classifica	Tutte le cause	Tumori * Sistema cardiocircolatorio *	Traumatismi e avvelenamenti *	Altre cause *	Prevenzione primaria **	Diagnosi precoce e terapia **	Igiene e assistenza sanitaria **	
Pesaro	56	10,2	3,52	2,22	3,96	0,56	6,74	1,17	2,34
Urbino	139	11,9	3,54	2,56	5,29	0,58	8,08	0,92	2,97
Fano	53	10,2	3,86	2,46	3,45	0,47	6,45	1,21	2,59
Senigallia	77	10,6	3,41	2,37	3,94	0,86	7,36	0,84	2,37
Jesi	9	8,94	3,40	2,04	2,82	0,69	5,60	1,07	2,28
Fabriano	10	9,00	3,39	2,19	2,77	0,64	5,15	1,16	2,68
Ancona	27	9,63	3,51	2,05	3,66	0,41	6,33	1,18	2,13
Civitanova	3	8,37	3,27	2,00	2,64	0,46	5,38	0,95	2,04
Macerata	29	9,64	3,34	2,27	3,59	0,44	6,19	1,30	2,15
Camerino	18	9,49	3,31	2,03	3,43	0,72	6,14	1,12	2,23
Fermo	20	9,57	2,86	2,52	3,75	0,44	6,13	1,00	2,44
S. Benedetto	13	9,20	3,84	2,14	2,91	0,32	5,82	1,16	2,23
Ascoli Piceno	30	9,66	3,46	2,30	3,37	0,53	6,57	0,97	2,11
Marche	1	9,86	3,48	2,28	3,59	0,52	6,40	1,11	2,35
Italia		11,1	4,26	2,81	3,25	0,75	6,92	1,23	2,92

Fonte: Elaborazioni ERA su dati ISTAT - Triennio 2000-2002

* Giorni perduti per causa di morte

** Giorni perduti per tipologia di intervento

I tassi standardizzati per sesso e causa di mortalità evitabile (calcolati quindi sulla popolazione compresa fra i 5 e i 69 anni) rispecchiano a grandi linee i dati precedentemente presentati (tabelle 6 e 7). Da notare le evidenti differenze riscontrabili fra generi. Queste differenze vanno sostanzialmente attribuite alla differente incidenza delle principali patologie che gravano sulla "prevenzione primaria" e sulla "diagnosi precoce e terapia".

Tabella 6 - Mortalità evitabile 5-69 anni. Tassi standardizzati per sesso e causa (cause evitabili) per Provincia

Province	Maschi				Femmine			
	Prevenzione primaria	Diagnosi precoce e terapia	Igiene e assistenza sanitaria	Tutte le cause	Prevenzione primaria	Diagnosi precoce e terapia	Igiene e assistenza sanitaria	Tutte le cause
Pesaro U.	93,0	2,2	39,4	134,6	30,3	16,9	14,8	62,0
Ancona	87,1	2,0	37,7	126,8	21,8	17,8	12,3	51,9
Macerata	80,8	1,3	34,6	116,7	25,0	18,7	11,6	55,3
Ascoli P.	85,5	2,7	36,8	125,0	26,4	16,8	13,6	56,8
Marche	86,8	2,1	37,2	126,1	25,6	17,5	13,0	56,1
Italia	99,5	2,5	45,3	147,3	27,2	19,5	16,0	62,7

Tabella 7 - Mortalità evitabile 5-69 anni. Tassi standardizzati per sesso e causa (cause evitabili) per Zona Territoriale

ZT	Maschi				Femmine			
	Prevenzione primaria	Diagnosi precoce e terapia	Igiene e assistenza sanitaria	Tutte le cause	Prevenzione primaria	Diagnosi precoce e terapia	Igiene e assistenza sanitaria	Tutte le cause
Pesaro	86,1	2,6	40,2	128,9	33,1	16,5	9,2	58,8
Urbino	100,7	2,2	39,6	142,5	32,5	15,7	20,2	68,4
Fano	91,9	1,6	37,3	130,8	25,1	17,7	16,7	59,5
Senigallia	103,2	1,1	36,3	140,6	22,4	15,9	13,4	51,7
Jesi	81,6	2,5	38,7	122,8	21,1	17,5	11,7	50,3
Fabriano	75,9	2,5	44,8	123,2	17,3	19,0	13,6	49,9
Ancona	86,1	1,9	35,6	123,6	21,9	18,0	11,5	51,4
Civitanova	71,4	1,1	32,8	105,3	24,9	15,6	9,4	49,9
Macerata	80,2	1,6	32,7	114,5	26,2	21,7	11,2	59,1
Camerino	86,9	0,8	34,3	122,0	25,2	17,3	14,5	57,0
Fermo	78,3	3,2	37,8	119,3	27,9	15,5	13,4	56,8
S. Benedetto	79,4	2,4	34,0	115,8	25,7	18,1	11,6	55,4
Ascoli Piceno	95,4	2,4	36,5	134,3	24,0	15,9	15,5	55,4
Marche	86,8	2,1	37,2	126,1	25,6	17,5	13,0	56,1
Italia	99,5	2,5	45,3	147,3	27,2	19,5	16,0	62,7

Fonte (per entrambe le tabelle): Elaborazioni ERA su dati ISTAT - Triennio 2000-2002

LA MORBOSITA' (RICOVERI OSPEDALIERI)

Occorre premettere che il ruolo dell'ospedale nell'ambito di un sistema sanitario in un paese avanzato è soggetto ad una forte revisione, infatti mentre da un lato occorre garantire una forte riqualificazione delle strutture ospedaliere per garantire prestazioni di elevata specialità (per restare al passo dell'innovazione medica) al contempo si richiede un trasferimento di risorse dall'ospedale verso l'assistenza territoriale (assistenza domiciliare, residenzialità, ecc.) a favore del crescente numero di pazienti afflitti da patologie croniche.

Nella regione Marche tale intervento di riorganizzazione è già parte degli obiettivi programmati indicati nel Piano Sanitario Regionale che in particolare identifica le reti cliniche quale modello di riferimento; tale modello riconosce nella specializzazione dei diversi nodi della rete e nella capacità di ciascun nodo di indirizzare i pazienti verso la struttura specializzata la soluzione alla necessità di sviluppo del sistema e di equità del sistema.

Altro elemento di forza è poi rappresentato dall'attuazione della normativa in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie (ovvero nell'aver la Regione definito i requisiti di dettaglio richiesti alle strutture sanitarie, anche pubbliche, per poter operare).

Il passaggio obbligato per un processo di riordino della funzione ospedaliera è rappresentato dalla revisione dell'appropriatezza (ovvero la garanzia di erogare a ciascun paziente l'assistenza richiesta riservando quindi un maggiore volume assistenziale ai pazienti maggiormente critici) delle prestazioni erogate al fine di liberare le risorse dagli usi impropri e indirizzarle verso quelli propri.

Su tale tema nelle Marche si sono realizzati i maggiori interventi (e raccolti i risultati) in questo ultimo triennio: si consideri che dal 2001 al 2003 il numero di ricoveri e le giornate per alcune tipologie di ricoveri a rischio di utilizzo inappropriato dell'ospedale (ovvero trattabili senza il ricorso al ricovero ospedaliero). Un'altra area di intervento è stata rappresentata dal day hospital che sono stati ricondotti al trattamento di alcune tipologia di patologie in modo uniforme in tutta la regione, come pure il ricorso alla day surgery o one day surgery (ovvero ricoveri diurni o al massimo con una notte di ricovero) per gli interventi di chirurgia minore. D'altra parte occorre evidenziare una delle caratteristiche propria dell'uso dell'ospedale nella regione, ovvero la forte disomogeneità tra le diverse Zone; tale dato rappresenta un elemento critico rispetto alla necessità di garantire l'uniformità di comportamenti a livello regionale. Analizzando i dati relativi ai ricoveri per mille abitanti (tasso di ospedalizzazione) nel 2003 si evidenziano valori che da Zona a Zona variano da un massimo di 203 per mille abitanti a un minimo di 161 (si consideri che il dato migliore è in linea con le indicazioni nazionali sul livello di ospedalizzazione ottimale).

Da rilevare in particolare il dato relativo al ricorso al ricovero in età pediatrica che registra un ampio divario tra le diverse realtà regionali (con valori che variano per i ricoveri ordinari nel 2003 da 24,3 a 58,8 ricoveri per mille residenti di età inferiore ai 14 anni), segno della necessità di far maturare un nuovo modello di assistenza in età pediatrica che a fronte della garanzia della continuità dell'assistenza consenta di evitare il ricovero ospedaliero.

Significativo è anche il divario nel ricorso al ricovero in ambito psichiatrico con valori di ricoveri per mille abitanti che passano da 0,8 a 5; anche in questo caso si evidenzia l'importanza di favorire modelli assistenziali legati all'assistenza ambulatoriale e alla presa in carico del paziente.

Un elemento specifico della realtà marchigiana è costituito dalla rete dei poli ospedalieri che devono riconvertirsi verso nuovi modelli assistenziali (lungodegenza, riabilitazione, hospice, country hospital) e garantire l'erogazione di prestazioni chirurgiche di base in sedi più vicine ai cittadini. Altra significativa area di intervento è costituita poi dall'integrazione nell'ambito dell'offerta di prestazioni di ciascuna Zona delle strutture di ricovero private.

**Tabella 3.1.5 - Ricoveri ospedalieri e giornate di degenza per tipologia.
Anni 2001-2003.**

	Numero di ricoveri			Giornate di degenza ordinaria		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Ricoveri per acuti	316.217	302.706	288.017	1.682.199	1.564.570	1.499.115
<i>Ricoveri per 1000 abitanti</i>	<i>215,2</i>	<i>206,0</i>	<i>196,0</i>	<i>1.145,0</i>	<i>1.064,9</i>	<i>1.020,4</i>
Ricoveri in lungodegenza	2.499	2.923	3.080	71.406	83.865	84.678
Ricoveri in riabilitazione	3.650	3.916	4.071	88.770	97.211	99.248

I dati specifici relativi ai Ricoveri Ospedalieri sono inseriti nei capitoli specifici relativi alle diverse patologie. Di seguito si riportano alcune Tabelle riepilogative dei consumi attività di ricovero per tipologia

Tabella 3.1.6 - Consumi attività di ricovero per acuti, per area territoriale. Anno 2003

		Ricoveri per acuti°					
		Tasso stand osp			GG deg / popol		
		Reg	Extra	Tot	Reg	Extra	Tot
ZT 1	Pesaro	153,7	40,8	194,4	749,8	157,8	907,6
ZT 2	Urbino	144,9	34,6	179,5	774,3	144,7	919
ZT 3	Fano	170,7	18,4	189,1	924,3	76	1.000,3
ZT 4	Senigallia	170,6	14,3	184,9	871,1	62,7	933,8
ZT 5	Jesi	181	9,7	190,7	936,8	41,7	978,5
ZT 6	Fabriano	162,3	18,7	181	762,4	81,1	843,5
ZT 7	Ancona	173,3	11,6	185	917,5	47,6	965,1
ZT 8	Civitanova M	165,1	12,6	177,7	881,8	50,2	932
ZT 9	Macerata	142,7	18,8	161,5	803,8	77,6	881,4
ZT 10	Camerino	169,7	18,3	188,1	877,7	95,6	973,3
ZT 11	Fermo	174,8	16,3	191,2	982	79,2	1.061,2
ZT 12	San Benedetto	174,3	28,8	203,1	882,3	157,8	1.040,1
ZT 13	Ascoli Piceno	175,2	25,9	201,1	889,1	134,3	1.023,4

° escluse le dimissioni da lungodegenza, riabilitazione, psichiatria e il DRG 391 (neonato sano)

Tabella 3.1.7 - Consumi attività di ricovero per lungodegenza, per area territoriale. Anno 2003

		Ricoveri lungodegenza*					
		Tasso stand osp			GG deg / popol		
		Reg	Extra	Tot	Reg	Extra	Tot
ZT 1	Pesaro	1,4	0,1	1,5	35,7	2,5	38,2
ZT 2	Urbino	0,9	0	1	17,4	0,5	17,9
ZT 3	Fano	3,2	0,1	3,2	53,6	1,8	55,4
ZT 4	Senigallia	2,4	0	2,4	74,8	0	74,8
ZT 5	Jesi	0,1	0	0,1	2	0,1	2,1
ZT 6	Fabriano	1,6	0,1	1,7	67,6	3,9	71,5
ZT 7	Ancona	2,6	0	2,7	59	0	59,1
ZT 8	Civitanova M	0,9	0	1	25	0,9	25,9
ZT 9	Macerata	2,6	0	2,6	67	0,9	67,9
ZT 10	Camerino	0,2	0	0,2	4,8	0,4	5,2
ZT 11	Fermo	0,3	0	0,3	5	0,8	5,8
ZT 12	San Benedetto	0,5	0,1	0,6	10,7	1,3	12
ZT 13	Ascoli Piceno	0,3	0	0,3	8,4	0	8,4

* le dimissioni dalle strutture San Giuseppe, Villa Jolanda e Villa Silvia con codice di lungodegenza sono state attribuite alla psichiatria

Tabella 3.1.8 - Consumi attività di ricovero per riabilitazione, per area territoriale. Anno 2003

		Ricoveri riabilitazione					
		Tasso stand osp			GG deg / popol		
		Reg	Extra	Tot	Reg	Extra	Tot
ZT 1	Pesaro	0,1	1,7	1,8	3,6	44	47,6
ZT 2	Urbino	0,3	1,1	1,4	8,7	28,3	37
ZT 3	Fano	1,4	0,8	2,2	45,5	16,5	62
ZT 4	Senigallia	0,8	0,7	1,5	30,8	11,1	41,9
ZT 5	Jesi	1,3	0,4	1,8	39,1	8	47,1
ZT 6	Fabriano	2,6	3,1	5,7	93,9	16,8	110,6
ZT 7	Ancona	3,2	0,4	3,7	81,6	7,9	89,6
ZT 8	Civitanova M	2,2	0,6	2,7	73,1	8,9	82
ZT 9	Macerata	1,3	0,6	2	42,1	12,1	54,2
ZT 10	Camerino	1	1,1	2,1	26,8	19,5	46,3
ZT 11	Fermo	2	0,7	2,8	59,8	13,2	73
ZT 12	San Benedetto	1,2	1,9	3,1	41,1	26,4	67,5
ZT 13	Ascoli Piceno	0,6	1,5	2,1	22,6	18,9	41,5

Tabella 3.1.9 - Consumi attività di ricovero per psichiatria, per area territoriale. Anno 2003

		Ricoveri psichiatria*					
		Tasso stand osp			GG deg / popol		
		Reg	Extra	Tot	Reg	Extra	Tot
ZT 1	Pesaro	2,6	0,5	3	38,1	10,3	48,4
ZT 2	Urbino	2,1	0,1	2,1	27,1	1,7	28,8
ZT 3	Fano	2,1	0,2	2,3	28,8	4,1	32,9
ZT 4	Senigallia	2,5	0,3	2,8	59,6	6,3	65,9
ZT 5	Jesi	2,8	0,1	2,9	74,9	0,9	75,8
ZT 6	Fabriano	2,2	0,1	2,3	55,5	8,6	64,1
ZT 7	Ancona	3,2	0,1	3,4	76,6	3,9	80,5
ZT 8	Civitanova M	2	0,1	2,1	35	1,5	36,5
ZT 9	Macerata	2,9	0,1	3,1	49,2	2,7	51,9
ZT 10	Camerino	0,7	0,1	0,8	11,7	0,7	12,4
ZT 11	Fermo	4,5	0,1	4,6	39,8	1,6	41,4
ZT 12	San Benedetto	4,2	0,4	4,6	65,6	5	70,6
ZT 13	Ascoli Piceno	4,8	0,3	5	82	1,6	83,6

* le dimissioni dalle strutture San Giuseppe, Villa Jolanda e Villa Silvia con codice di lungodegenza sono state attribuite alla psichiatria

I dati specifici relativi ai Ricoveri Ospedalieri sono inseriti nei capitoli specifici relativi alle diverse patologie

3.2 IL PERCORSO NASCITA

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I.¹³) relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000, dopo aver stabilito nella premessa che "la tutela della salute in ambito materno-infantile costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura", individua una serie di obiettivi da raggiungere, cui corrispondono dettagliate azioni ed indicatori. Fra gli obiettivi principali relativi al percorso nascita ci sono: l'umanizzazione, la riduzione dei tagli cesarei, la promozione dell'allattamento al seno, favorire l'avvicinamento puerpera-neonato. Nel raggiungimento di tali obiettivi, il P.O.M.I. assegna un ruolo centrale al Consultorio Familiare.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale nel 2002 ha partecipato ad un'indagine campionaria promossa dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per:

- valutare quale sia l'effettivo bisogno di salute della popolazione marchigiana durante il percorso nascita,
- quale sia la disponibilità dei servizi in risposta a tali bisogni,
- la loro utilizzazione da parte delle donne,
- l'offerta attiva proposta,
- la continuità dell'assistenza,

in modo da poter definire interventi sanitari appropriati in termini di efficacia ed efficienza.

Lo studio ha riguardato un campione di 800 donne, italiane e straniere, residenti in tutta la regione Marche che avevano partorito da 1 anno alla data dell'intervista.

La selezione probabilistica del campione, rappresentativo dell'intera popolazione femminile marchigiana, è stata effettuata su base temporale: in ogni provincia, sono state individuate le donne residenti che avevano partorito e registrato all'anagrafe la nascita a partire dal 15 febbraio 2001. Lo strumento di rilevazione dei dati è consistito in un questionario predisposto da operatori del Laboratorio di Biostatistica dell'ISS ed operatori provenienti dalle regioni partecipanti all'indagine durante un apposito corso svolto presso l'ISS. Le interviste sono state effettuate da personale (n. 50 tra ostetriche, infermiere professionali, assistente sanitarie, puericultrici, assistenti sociali) di tutte le AUSL regionali, addestrato durante corsi di formazioni svolti presso l'ARS in collaborazione con i responsabili dell'indagine dell'ISS.

Caratteristiche socio-demografiche del campione

Il campione è rappresentativo della popolazione femminile residente nelle Marche.

Età

L'età delle donne intervistate va dai 18 ai 46 anni, con una media di 31,6. Tale dato si colloca nella media italiana: nel nostro paese negli ultimi 30 anni, si è avuto un aumento dell'età media delle donne al primo parto (29 anni nel 1965 e 30 nel 1996 secondo l'ISTAT).

Livello di istruzione

Mediamente nella regione è presente una netta prevalenza di donne con titolo di studio alto (66,8%): 51,8% con licenza di scuola media superiore e 15,0% con laurea.

¹³ Ministero della Sanità. Decreto Ministeriale 24 aprile 2000. Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al "Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000" G.U. 7-6-2000

Professione della donna

Considerando non occupate le casalinghe, le studentesse e le disoccupate ed occupate tutte le altre, si registra, a livello regionale, una percentuale del 62,6% di occupate con un minimo ad Ascoli Piceno (53,9%) ed un massimo a Macerata (69,5%).

La condizione professionale delle intervistate riflette una diversa opportunità di accesso al mondo del lavoro nelle varie zone della regione.

La percentuale di casalinghe, del 30% mediamente nella regione, varia dal 39% di Ascoli Piceno al 24% di Ancona.

Tra le occupate, la posizione professionale di gran lunga più frequente è quella di lavoratrice dipendente in ruoli esecutivi (43,3%).

Parità

Dall'anamnesi ostetrica, risulta che il 53,0% del campione è costituito da donne al primo figlio, con un massimo ad Ancona (circa 60%) ed un minimo ad Ascoli Piceno (poco più del 44%).

L'assistenza in gravidanza

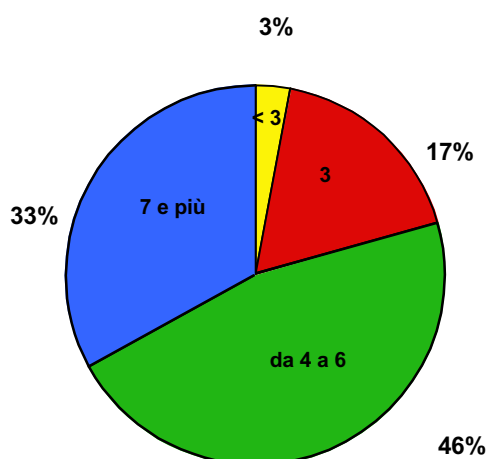
La percentuale di intervistate seguite da un operatore sanitario durante la gravidanza è del 99,7%, quasi la totalità.

Le figure professionali a cui le donne si rivolgono più frequentemente per essere seguite durante la gravidanza sono il ginecologo privato che lavora anche in ospedale ed il ginecologo privato, che, complessivamente vengono scelti dal 77% delle intervistate.

Il ricorso al consultorio familiare nella regione è risultato nella regione molto basso: circa il 2%.

Nella figura 3.2.1 è riportato il numero di ecografie eseguite in gravidanza: si evidenzia che il 79,5% delle donne intervistate ha eseguito 4 o più ecografie nel corso della gravidanza, il 33% ne ha eseguite più di 7 (Il numero di ecografie raccomandato in una gravidanza non a rischio è di 3).

Figura 3.2.1 - Numero di ecografie eseguite in gravidanza. Regione Marche, anno 2002.



E' interessante notare che il 75,7% delle donne che riferiscono un decorso regolare della gravidanza ha eseguito 4 o più ecografie, il 25,5% più di 7.

Adeguatezza dell'informazione ricevuta su travaglio e parto durante la gravidanza

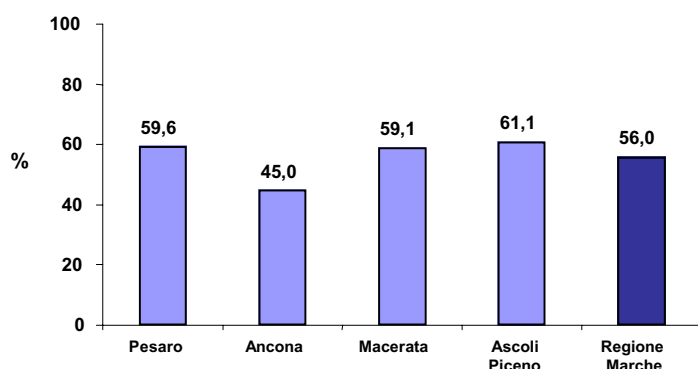
Per verificare quanto le donne fossero informate e consapevoli della gestione dell'evento nascita, è stata loro posta una serie di domande relative all'adeguatezza delle informazioni

ricevute in gravidanza su molti temi, tra cui il travaglio, il parto, i punti nascita disponibili, l'allattamento, la contraccezione, ecc.

Al quesito se l'operatore sanitario che ha assistito la gravidanza abbia fornito informazioni sul travaglio e sul parto, il 56% delle donne intervistate ha riferito di averle ricevute adeguate, con oscillazioni da un minimo ad Ancona (45%) ad un massimo ad Ascoli Piceno (61,1%) (Figura 3.2.2).

Inoltre, le informazioni sui punti nascita disponibili, offerte da chi ha assistito la gravidanza, sono state considerate adeguate nel 36,8% dei casi, con valori più bassi a Pesaro e ad Ancona (31,9% e 28,5% rispettivamente).

Figura 3.2.2 - Adeguatezza dell'informazione ricevuta su travaglio e parto durante la gravidanza. Regione Marche, anno 2002.

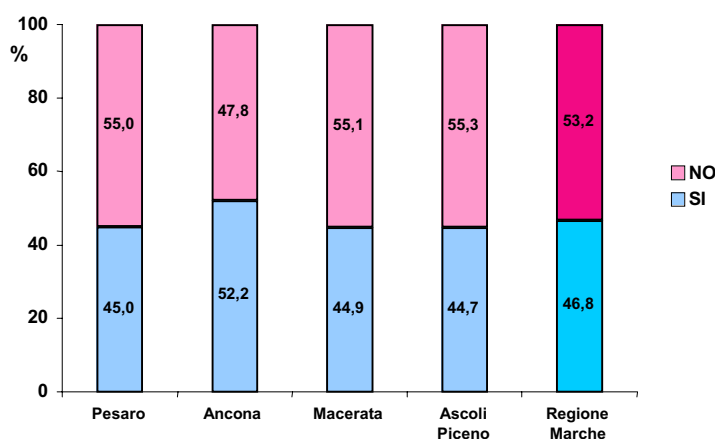


I corsi di preparazione alla nascita

Le donne che hanno partecipato ad un corso di preparazione alla nascita durante l'ultima gravidanza sono state, nella regione, il 33,2%, con un minimo ad Ascoli Piceno (28,9%) ed un massimo ad Ancona (42,8%).

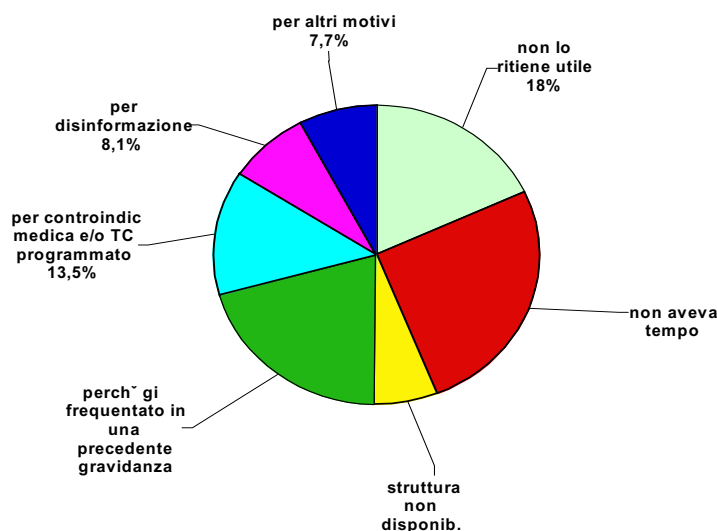
Nella figura 3.2.3 si evidenzia che, raggruppando le donne che hanno partecipato almeno una volta (durante l'ultima o in precedenti gravidanze) ad un corso di preparazione alla nascita, la media regionale è del 46,8% con un massimo ad Ancona (52,2%)

Figura 3.2.3 - Partecipazione ad un corso di preparazione alla nascita almeno una volta. Regione Marche, anno 2002.



Nella regione i corsi di preparazione alla nascita si sono svolti presso un consultorio familiare nel 65% dei casi, presso un ospedale nel 25% e presso una struttura privata nel 10% dei casi. Nella figura 3.2.4 sono riportati i motivi della mancata partecipazione ad un corso di preparazione alla nascita.

Figura 3.2.4 - Distribuzione percentuale dei motivi della mancata partecipazione al corso di preparazione alla nascita. Regione Marche, anno 2002.



Escludendo le donne che riferiscono di non avervi partecipato per averlo già frequentato in una precedente gravidanza, il motivo più frequentemente addotto relativamente alla mancata partecipazione ad un corso di preparazione alla nascita, è stato la mancanza di tempo (26,1%).

Seguono, il non ritenerlo utile (18%), la controindicazione medica e/o il taglio cesareo programmato (13,5%).

L' 8,1% delle donne riferisce di non essere a conoscenza dell'esistenza del corso e che nessuno l'ha informata in proposito.

Il 6,4% riporta di non averlo potuto frequentare per non aver trovato una struttura disponibile. La mancanza di una struttura disponibile è di una certa rilevanza soprattutto a Macerata ed a Pesaro dove rispettivamente il 10,1% ed il 9,3% delle donne intervistate riferisce di non aver potuto partecipare ad un corso per tale motivo.

Le donne che hanno frequentato almeno una volta il corso di preparazione alla nascita lo hanno ritenuto utile tanto la quasi totalità consiglierebbe ad un'amica di parteciparvi (93,7%)

Il parto

Globalmente, nel campione di donne partecipanti all'indagine, i parti a termine, tra le 37 e le 41 settimane, sono stati l'87,8%.

La quota di parti avvenuti ad un'epoca gestazionale inferiore a 37 settimane è del 6%, ciò in accordo con i dati nazionali (ISTAT).

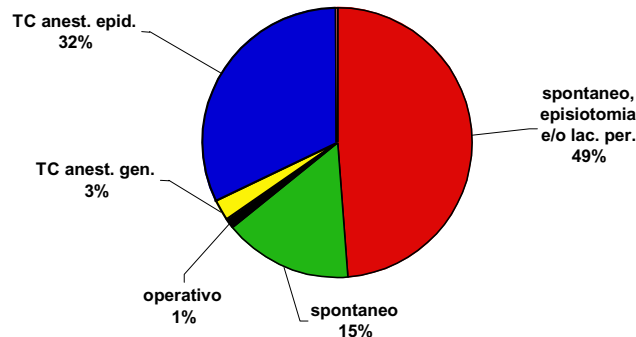
Il 91% delle donne ha partorito presso una struttura pubblica; l'8,8% in una struttura convenzionata o privata con un minimo in quest'ultimo caso a Pesaro (1,1%) ed un massimo ad Ascoli Piceno (25,2%).

Un solo parto è stato effettuato a domicilio, nessuno in casa di maternità.

Il peso medio neonatale è di 3.283 grammi e la percentuale di neonati di basso peso, inferiore a 2.500 grammi è del 5,8% (dato medio italiano secondo l'ISTAT: 6%).

La percentuale di gravidanze gemellari è del 3,3%. Nella figura 3.2.5 è riportata tipologia di parto.

Figura 3.2.5 - Distribuzione percentuale della tipologia del parto. Regione Marche, anno 2002.



Il parto spontaneo con episiotomia e/o lacerazione perineale e sutura risulta essere la modalità di parto più frequente (49%) seguita dal taglio cesareo in anestesia epidurale (32%), dal parto spontaneo senza episiotomia nè lacerazione perineale (15%) ed infine dal taglio cesareo in anestesia generale (3%).

In tutta la regione sono stati segnalati 9 parti operativi (ventosa e/o forcipe) per una percentuale pari all'1% dei parti totali.

La percentuale dei parti effettuati tramite taglio cesareo, è, nella regione, del 34,5% (Figura 3.2.6), in accordo con quanto rilevato nel 2001 dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO)^{14,15}.

Il valore più alto si registra ad Ascoli Piceno (39,7%), il più basso a Pesaro (29,1%).

La percentuale di tagli cesarei è maggiore nelle strutture private (39,1%) rispetto a quelle pubbliche (34,2%); (dati SDO 2001: 39,1% nelle strutture private e 33,9% nelle strutture pubbliche).

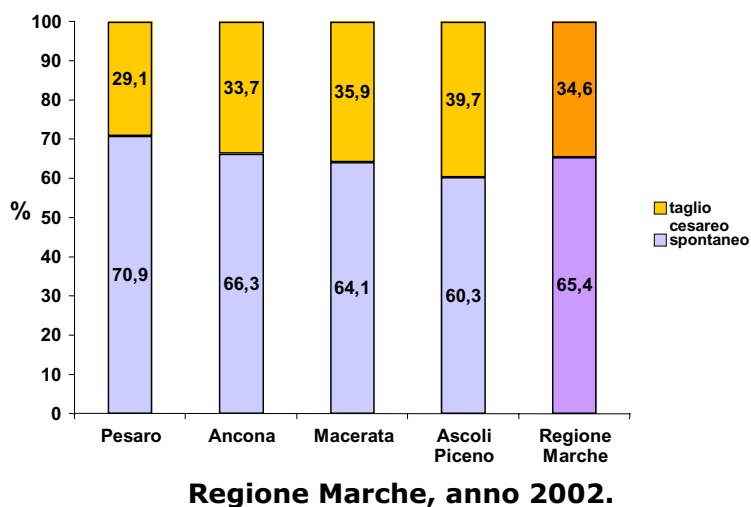
Da segnalare che, indipendentemente dal tipo di parto cui effettivamente la donna è andata incontro, l'84,7 % delle donne intervistate ha dichiarato che, potendo, avrebbe scelto di partorire con parto spontaneo.

Il 96% delle donne precedentemente cesarizzate ripete lo stesso tipo di parto: pertanto il pregresso taglio cesareo costituisce ancora, nella nostra regione, un'indicazione assoluta a ripeterlo.

¹⁴ Le "Raccomandazioni sulla nascita" pubblicate sulla rivista Lancet nel 1985 prodotte dall'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS (WHO. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2:436-7) sostengono l'importanza del sostegno psico-sociale dell'assistenza alla nascita quale determinate nella riduzione degli esiti negativi, raccomandano la partecipazione della donna alle decisioni sul parto, pongono un limite massimo del 15% alla percentuale di tagli cesarei, considerano non necessario ripeterli di routine nelle donne già cesarizzate, raccomandano la permanenza del neonato sano con la madre e l'immediato allattamento al seno.

¹⁵ "WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model" (WHO/RHR/01.30. Gèneva;WHO; 2002

Figura 3.2.6 - Percentuale del tipo di parto (spontaneo o cesareo) per provincia.



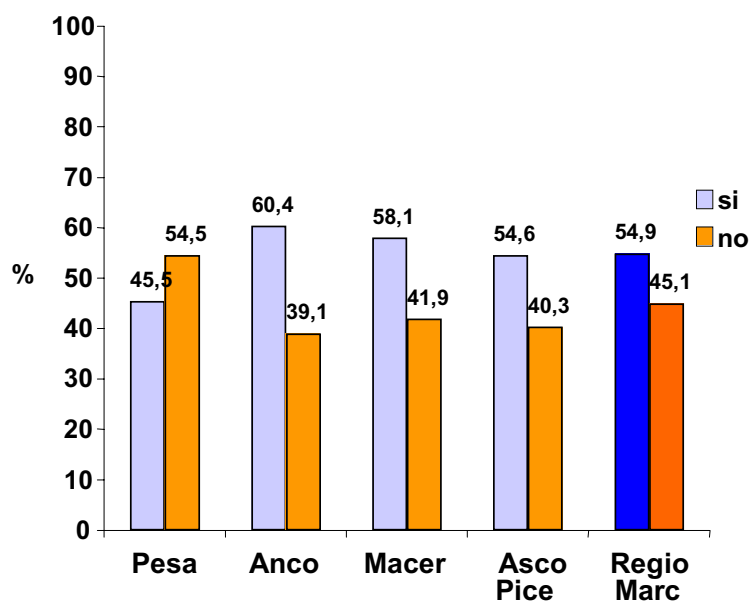
Rooming-in

Durante il ricovero ospedaliero il rooming-in, cioè la possibilità per la donna di avere sempre il bambino con sé¹⁶, è stato effettuato nel 54,9% dei casi (con un massimo ad Ancona: 60,4% ed un minimo a Pesaro: 45,5%) (figura 3.2.7).

Nel 7,9% dei casi la donna lo avrebbe desiderato ma la struttura non lo prevedeva.

Mediamente, per le donne della regione, il desiderio di avere con sé il bambino durante il ricovero, indipendentemente dal fatto che lo si sia potuto effettivamente realizzare, è stato manifestato dal 62,8% delle intervistate.

Figura 3.2.7 - Distribuzione della percentuale di donne, per provincia, che hanno usufruito del Rooming-in. Regione Marche, anno 2002.



Allattamento

Il 96% delle donne marchigiane ha attaccato al seno il/la bambino/a dopo la nascita (figura 3.2.8).

Il 59,1% delle donne lo ha fatto entro 2 ore dalla nascita (dato pressoché omogeneo nel territorio regionale) e l'88,7% lo ha fatto entro le 24 ore.

Percentuali più elevate di allattamento tardivo sono riscontrate nella provincia di Ascoli Piceno (14,8%).

Nell'82,5% dei casi si è trattato di allattamento al seno completo (66,4% esclusivo e 16,1% predominante), tuttavia al rientro a casa, tale percentuale si è immediatamente ridotta di circa 9 punti (è passata al 73,3%) a favore dell'allattamento misto o artificiale.

Inoltre nonostante la buona propensione all'allattamento, soltanto il 63% continua ad allattare oltre il 3° mese ed il 40% oltre il 6° mese. (Figura 3.2.9)

Figura 3.2.8 - Percentuale di donne per tempo di inizio allattamento al seno . Regione Marche, anno 2002.

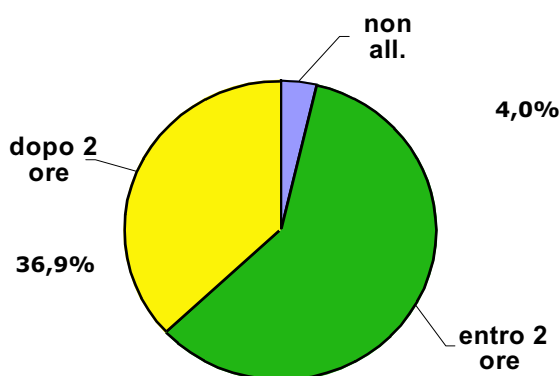
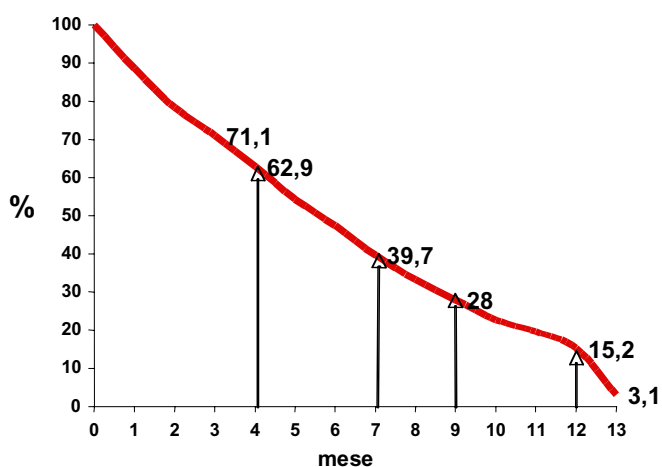
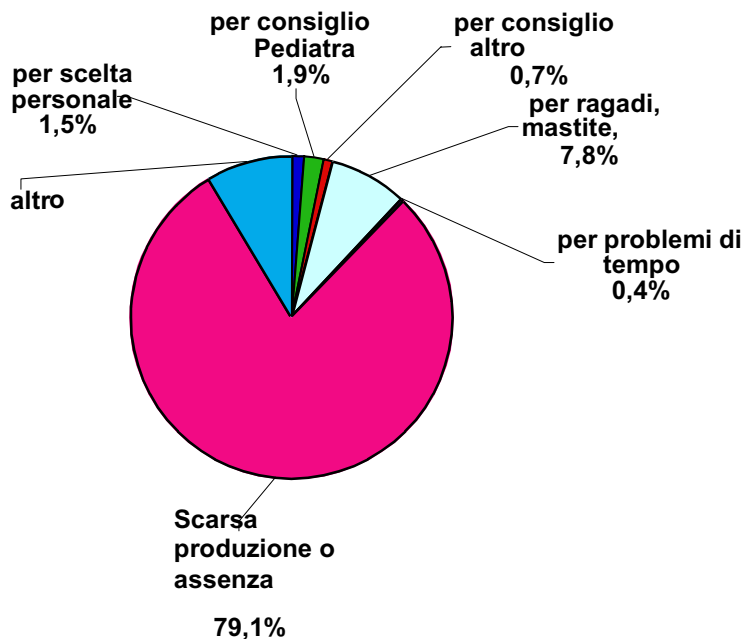


Figura 3.2.9 - Prevalenza dell'allattamento totale al seno (esclusivo, dominante, misto), per mese dalla nascita. Regione Marche, anno 2002.



I motivi del mancato allattamento al seno o della interruzione prima del 3° mese sono illustrati nella Figura 3.2.10

Figura 3.2.10 - Distribuzione in percentuale dei motivi del mancato allattamento al seno o della interruzione prima del 3° mese. Regione Marche, anno 2002.



Nel 79,1% dei casi le donne che non hanno allattato o hanno smesso di farlo prima del 3° mese, riferiscono scarsa produzione o assenza di latte, nel 7,8% riportano problemi al seno e/o al capezzolo quali mastiti e ragadi.

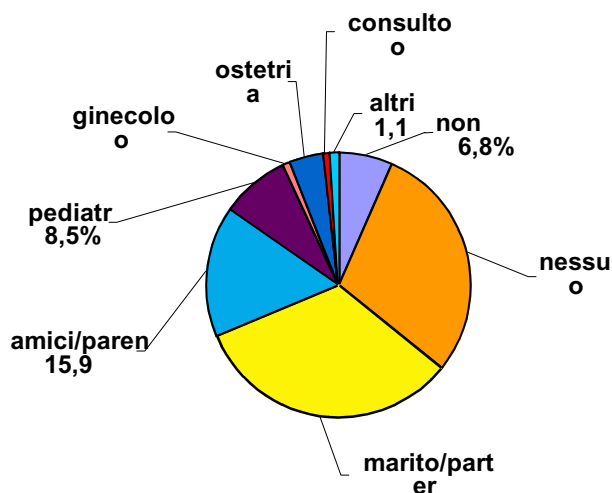
Se si va ad indagare la qualità dell'informazione fornita in gravidanza sull'allattamento, il quadro non è molto incoraggiante: meno del 40% delle intervistate riferisce di aver ricevuto informazioni adeguate in tal senso.

L'informazione relativa all'allattamento, inoltre, è stata riferita come inadeguata nel 23% dei casi circa ai corsi di preparazione alla nascita e in oltre il 26% dei punti nascita.

Inoltre poco meno di un terzo delle donne (29,2%) riferisce di non aver ricevuto sostegno da nessuno nell'allattamento a casa.

Il 48,6% di esse ha trovato aiuto nella rete degli amici e dei parenti, l'8,5% dal pediatra, il 4,2% dall'ostetrica, lo 0,6% dal ginecologo e meno dell'1% s'è rivolto al consultorio (Figura 3.2.11)

Figura 3.2.11 - Distribuzione percentuale di soggetti che hanno sostenuto l'allattamento a domicilio. Regione Marche, anno 2002.



Va ricordato, infine che un sostegno ed un'assistenza adeguati nel puerperio siano considerati essenziali sia nel prolungamento dell'allattamento al seno che nella riduzione notevole di tutte le problematiche materne e/o neonatali. Nella regione tuttavia soltanto il 14,5% delle intervistate ha potuto usufruire di visite ostetriche a domicilio dopo il parto (13% attraverso il servizio pubblico, 1,5% attraverso quello privato). La percentuale minima di visite domiciliari la si è avuta nella provincia di Ancona (11,4%), la massima a Pesaro (19%). Fra le donne che non hanno ricevuto alcuna visita domiciliare il 30,5% non ha ricevuto alcun invito dalla struttura sanitaria per un controllo in puerperio; il 43,9% riferisce di essere stato invitato a recarsi presso l'ambulatorio ospedaliero, il 15,3% presso una struttura privata e solo il 7,4% presso il consultorio. Infine, da segnalare che solo il 5% delle donne ha partecipato ad incontri organizzati con altre mamme.

Contracezione nel puerperio

Il 64,6% delle donne nella regione, riferisce di avere ripreso i rapporti sessuali entro 2 mesi dal parto

La maggior parte delle donne (66,2%) campione riferisce di avere scelto di utilizzare un mezzo contraccettivo alla ripresa dei rapporti sessuali, esprimendo con ciò una forte esigenza di contraccezione.

Ma le informazioni adeguate al riguardo sia da parte di chi ha assistito la gravidanza, che al corso di preparazione alla nascita, che soprattutto al punto nascita sono risultate largamente insufficienti.

Il 70,7% delle donne riferisce di non aver avuto alcuna informazione in proposito al punto nascita.

In conclusione

Occorre recuperare la fisiologia dell'evento nascita, senza negare quei benefici in termini di riduzione della mortalità e morbilità materna e neonatale che la migliorata assistenza ostetrica negli anni ha portato.

Uno strumento sicuramente efficace per ottenere tutto questo è costituito dalla partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita, che vanno quindi incentivati. Tuttavia, è necessario che vengano organizzati in modo da far fronte alle reali esigenze della popolazione femminile (troppe donne hanno affermato di non avervi preso parte per problemi di tempo) e che, soprattutto sia data la possibilità a tutte le donne di parteciparvi, particolarmente a quelle meno istruite, disoccupate o casalinghe più giovani e immigrate

La partecipazione di donne provenienti da altri paesi avrebbe il duplice effetto di garantire una migliore e più adeguata assistenza ad esse e di costituire nello stesso tempo un prezioso arricchimento per le donne italiane, offrendo loro la possibilità di sperimentare percorsi diversi provenienti da altre culture. Per raggiungere le donne immigrate, sono necessarie strategie mirate ed è anche indispensabile dotare gli operatori di competenze interculturali e fornire loro la possibilità di avvalersi della mediazione linguistico-culturale, risultata efficace in contesti nazionali ed internazionali.

La mancanza di continuità assistenziale dopo il parto andrebbe affrontata ridando impulso ai consultori, come del resto ampiamente sottolineato nel Progetto Obiettivo Materno Infantile in modo che essi, in collaborazione con i punti nascita garantiscano la presa in carico della donna fin dall'inizio della gravidanza per continuarla nel puerperio, momento in cui l'abbandono da parte delle strutture sanitarie è stato manifestato con più forza dalle donne.

Infine va sottolineato che se si vuole attuare un'efficace opera di prevenzione non ci si può limitare ad interventi volti all'utenza spontanea ma occorre implementare interventi di offerta attiva. La promozione della salute richiede strategie operative volte a raggiungere chi è a rischio, cioè chi ha maggiore probabilità di produrre quegli esiti negativi che si vuol prevenire e, "poiché la popolazione a maggior rischio è generalmente quella più difficile da raggiungere, le attività di prevenzione e diagnosi precoce passano attraverso una offerta attiva modulata per superare le barriere della comunicazione, anche mirando a recuperare i non rispondenti.

3.3. ETÀ PEDIATRICA E ADOLESCENZA

Speranza di vita alla nascita

La durata media della vita in Italia risulta tra le più lunghe del mondo. La situazione nella regione Marche rispecchia l'evoluzione particolarmente favorevole sperimentata nel nostro paese e i dati risultano migliori dei valori medi nazionali. Nel 2005 la speranza di vita alla nascita si è attestata sui 78,8 anni per i maschi e sugli 84,7 anni per le femmine, contro un dato nazionale di 76,8 per i maschi e 82,9 per le femmine. Tra il 1951 e il 2005 la life expectancy degli uomini marchigiani è aumentata di oltre 12 anni e nelle donne di oltre i 15 anni. Permane costante il divario fra i generi (figura 1).

Fonti informative:

- ISTAT
- Archivio SDO Agenzia Regionale Sanitaria
- Centro Screening Neonatale Regionale
- Ministero della Salute

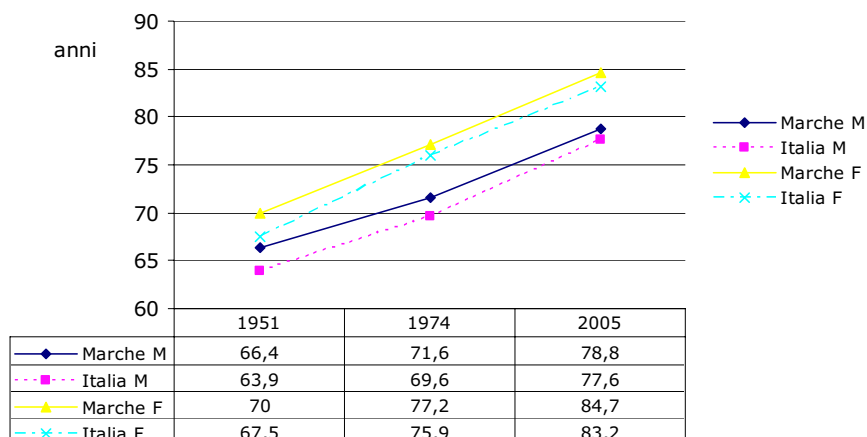
I dati inerenti le caratteristiche demografiche della popolazione infantile come la speranza di vita alla nascita e i dati di mortalità sono stati acquisiti dall'ISTAT.

I dati relativi al basso peso alla nascita, alle malformazioni e ai ricoveri ospedalieri sono stati ottenuti attraverso le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). I dati relativi agli screening neonatali provengono dal Centro Screening Neonatale Regionale. I dati di copertura vaccinale sono stimati dal Ministero della Salute sulla base dei riepiloghi inviati dalle Regioni e Province Autonome. Per gran parte dei dati, al fine di permettere una più attenta valutazione dei fenomeni, sono stati presentati andamenti temporali e confronti tra realtà marchigiana e nazionale. Per tutti i risultati si è optato per un livello massimo di disaggregazione provinciale.

Per gli aspetti della salute adolescenziale si è fatto riferimento alle seguenti pubblicazioni:

- Bocchini C, Di Stanislao F, Filippetti F, Simonetti R. *Rapporto sull'infanzia e l'adolescenza nella Regione Marche* (pagg 81-222) in: *Al servizio dell'infanzia e dell'adolescenza. Lo sviluppo programmatico e organizzativo del nuovo sistema regionale*, Regione Marche, 2005.
- *Indagine epidemiologica svolta a conclusione di un progetto sull'Epidemiologia di Campo organizzato dalla Zona Territoriale 7, da Arpa Marche e Istituto Zooprofilattico Umbria-Marche in collaborazione con il Dipartimento Servizi alla persona e alla Comunità e l'Agenzia Sanitaria Regionale con patrocinio dell'Asur.*

Figura 1 - Evoluzione della speranza di vita alla nascita[§] per sesso nel dopoguerra (1951, 1974, 2005). Confronto Marche-Italia



Health For All – Istat, 2006

§ La speranza di vita alla nascita è il numero medio di anni che un bambino nato in un certo anno vivrebbe se nel corso della sua vita fosse esposto agli stessi rischi di morte che le persone viventi in quello stesso anno sperimentano alle diverse età

Mortalità

I tassi di mortalità infantile e neonatale rappresentano efficaci indicatori della salute del bambino nel primo anno di vita. Il tasso di mortalità infantile è il principale indicatore per la valutazione delle condizioni sanitarie, socio-economiche, ambientali e della qualità delle cure materno infantili mentre il tasso di mortalità neonatale è maggiormente legato a fattori biologici ed all'assistenza alla gravidanza.

Dalla tabella 1 si evince come il dato regionale relativo all'anno 2001 si presenti di poco inferiore al dato medio nazionale, sia per il tasso di mortalità infantile che per il tasso di mortalità neonatale; quest'ultimo costituisce la quota più rilevante della mortalità infantile complessiva.

Per ulteriori approfondimenti su questa tematica si rimanda al capitolo relativo alla mortalità generale.

Tabella 1 - Tassi di mortalità infantile e neonatale (x 1.000 nati vivi) nelle regioni italiane. Anno 2001

Regione di residenza	T. di mortalità infantile*	T. di mortalità neonatale[§]
Piemonte	3,6	1,5
Valle d'Aosta	3,6	2,7
Lombardia	3,9	1,7
Trentino A.A.	2,3	1,1
Veneto	2,4	1,0
Friuli V.G.	3,7	1,9
Liguria	4,5	2,7
Emilia Romagna	3,6	1,4
Toscana	3,3	1,7
Umbria	3,0	1,6
Marche	4,3	2,0
Lazio	4,4	2,0
Abruzzo	5,0	2,9
Molise	5,8	2,3
Campania	5,4	2,9
Puglia	5,6	2,6
Basilicata	5,0	2,7
Calabria	5,9	3,2
Sicilia	6,3	3,0
Sardegna	3,9	1,9
ITALIA	4,4	2,1

Fonte: ISTAT

* N. deceduti di 0-1 anni/N. nati vivi nello stesso anno per 1000 nati vivi

§ N. deceduti nelle prime quattro settimane di vita/N. nati vivi nello stesso anno per 1000 nati vivi

Basso peso alla nascita

Nel 2003 sono nati nelle Marche 12.363 bambini (fonte SDO*). Lo 0,7% di questi è nato con un peso inferiore ai 1500 grammi.

Nello stesso anno l'esame per provincia mostra valori variabili dallo 0,4% di Pesaro-Urbino allo 0,9% di Ancona, del tutto sovrapponibili ai dati di letteratura (0,6-1,0 per 100 nati vivi) (tabella 2).

Tabella 2 - Distribuzione assoluta e percentuale per provincia di residenza e peso alla nascita dei bambini residenti nelle Marche. Anno 2003.

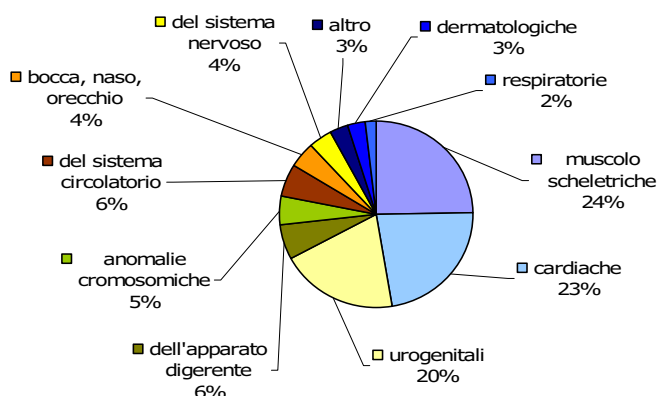
Territorio	< 1500		1500-2499		≥ 2500		N.D.*		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Pesaro	15	0,4	119	3,7	3067	94,2	54	1,7	3255	100
Ancona	33	0,9	181	4,8	3558	93,4	37	0,9	3809	100
Macerata	20	0,8	103	4,0	2420	93,7	40	1,5	2583	100
Ascoli P.	20	0,7	120	4,4	2452	90,3	124	4,6	2716	100
Totale	88	0,7	523	4,2	11497	93,0	255	2,1	12363	100

*Elaborazione effettuata su dati provvisori ricavati dall'archivio regionale delle SDO

Malformazioni

Nella regione Marche non è ancora presente un registro delle malformazioni. I dati riportati sono relativi ai ricoveri verificatisi nell'anno 2003 con diagnosi di malformazione alla dimissione. Nel complesso si sono registrate 268 dimissioni relative a patologie malformative. Le principali cause di ricovero sono state le malformazioni muscoloscheletriche (24% delle ospedalizzazioni), le cardiache (23%) e le urogenitali (20%) (figura 2).

Figura 2 - Distribuzione percentuale delle dimissioni per malformazione per tipologia malformativa nelle Marche. Anno 2003



Tra le malformazioni muscoloscheletriche quelle relative a piede e mano sono le più frequenti, con oltre il 65% dei ricoveri (39 ricoveri complessivi), mentre lussazione e sublussazione congenita dell'anca hanno dato luogo al 15% delle ospedalizzazioni (12 ricoveri). Il 26% delle dimissioni per malformazioni cardiache è conseguenza del difetto del setto interventricolare e il 21% è relativo al difetto del setto interatriale del tipo ostium secundum. Ipospazia, testicolo non disceso-criptorchidismo-testicolo ectopico sono responsabili di oltre il 40% delle malformazioni dell'apparato genito-urinario.

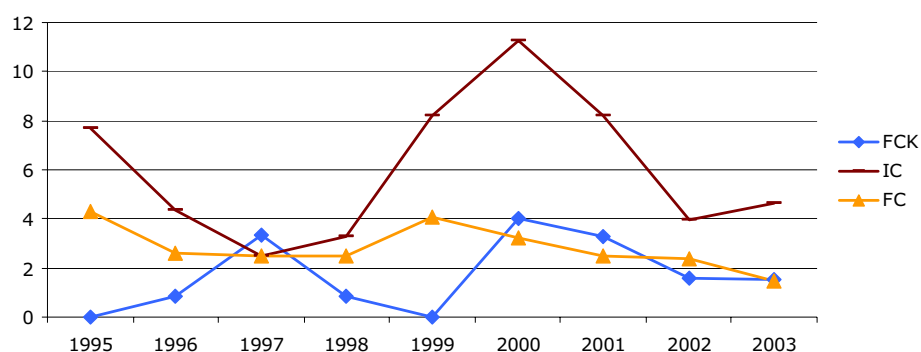
Gli screening neonatali

Da oltre 15 anni tutta la popolazione neonatale marchigiana è sottoposta a screening. Dall'inizio dell'attività sono comunque trascorsi circa 15 anni prima che lo screening si diffondesse capillarmente a tutti i punti nascita.

Attualmente lo screening è attivato nei confronti di Fenilchetonuria, Ipotiroidismo Congenito e Fibrosi Cistica (rispettivamente dal 1973, dal 1981 e dal 1995).

Nella figura 3 viene rappresentato l'andamento del tasso d'incidenza per le suddette patologie nel periodo 1995-2003. La Fenilchetonuria presenta un'incidenza variabile, fino a valori di 4 per 10.000 nati vivi; nel 1995 e nel 1999 non sono stati diagnosticati nuovi casi. La Fibrosi Cistica manifesta il trend più costante con valori d'incidenza compresi tra il 4,3 per 10.000 del 1995 e l'1,5 del 2003. Al contrario, per l'Ipotiroidismo Congenito, si segnalano maggiori fluttuazioni con valore minimo segnalato nel 1997 (2,5 per 10.000) e valore più elevato segnalato nel 2000 (11,2 per 10.000).

Figura 3 - Andamento del tasso d'incidenza* per 10.000 nati vivi delle patologie sottoposte a screening neonatale nella regione Marche. Periodo 1995-2003



FCK = Fenilchetonuria; IC = Ipotiroidismo Congenito; FC = Fibrosi Cistica

*Tasso d'incidenza = rapporto tra N. di nuovi casi in un anno e N. dei nati vivi nello stesso anno per 10.000 nati vivi

Ricoveri ospedalieri

Nelle tabella 3 sono classificate in ordine di frequenza le principali cause di ospedalizzazione per MDC (Major Diagnostic Category) relative all'anno 2003. I primi dieci gruppi MDC rappresentano oltre il 90% delle cause di ospedalizzazione per i bambini di 0-1 anni e circa l'82% dei soggetti da 1 a 17 anni.

Per la classe d'età 0-1 anni le tre grandi cause di ospedalizzazione che seguono l'MDC delle malattie e dei disturbi neonatali (43,8%) sono i disturbi dell'apparato respiratorio (11,3%), i disturbi del rene e delle vie urinarie (6,05%) e i disturbi dell'apparato digerente (5,63%). Nella classe d'età 1-17 anni le prime cause di ospedalizzazione divengono le malattie e i disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola (15,5%) e le malattie e i disturbi del sistema nervoso (11,98%). Le malattie e i disturbi dell'apparato digerente salgono al terzo posto tra le cause di ospedalizzazione (11,35%).

Considerando la distribuzione percentuale delle dimissioni per i primi venti DRG prodotti nello stesso anno 2003. Per la classe d'età 1-17 anni il DRG Tonsillectomia e/o Adenoidectomia rappresenta la prima causa di ospedalizzazione (6,5%), il DRG Convulsioni e cefalea si colloca al 2° posto (6,0% delle ospedalizzazioni) e il DRG esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente al terzo (5,0%). Le patologie dell'apparato respiratorio (DRG Bronchite e asma, DRG Otite medie e infezioni alte vie respiratorie, DRG Polmonite semplice e pleurite) rientrano tutte tra le prime dieci cause di ospedalizzazione e determinano nel complesso l'8,87% dei ricoveri. Queste patologie rappresentano inoltre le prime cause di ospedalizzazioni nella classe 0-1 anni se si escludono i DRG relativi ai nuovi nati, normali o con affezioni (DRG 388-391).

Tabella 3 – Distribuzione percentuale delle dimissioni per MDC* in età pediatrica (0-1 e 1-17 anni). Anno 2003

Rank	0-1 anni			1-17 anni		
	Descrizione MDC	N	%	Descrizione MDC	N	%
1	MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	2832	43,8	MALATTIE E DISTURBI DELL'ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	3198	15,5
2	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	731	11,3	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	2466	11,9
3	MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	391	6,05	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	2337	11,3
4	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	364	5,63	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	2121	10,3

5	MALATTIE E DISTURBI DELL' ORECCHIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	340	5,26	MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	2108	10,2
6	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	309	4,78	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RESPIRATORIO	1523	7,40
7	MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	272	4,21	MALATTIE E DISTURBI DELL' APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	873	4,24
8	MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	261	4,04	MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	846	4,11
9	MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	195	3,01	MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTANEO E DELLA MAMMELLA	793	3,85
10	MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	153	2,37	MALATTIE E DISTURBI MENTALI	587	2,85

Fonte: Archivio SDO, Agenzia Regionale Sanitaria Marche

*MDC: ciascuno dei gruppi di diagnosi (25 in totale) che costituiscono l'architettura di base del sistema di classificazione DRG; ciascun gruppo comprende tutte le diagnosi correlate ad un determinato criterio di rilevanza clinica (anatomico o eziologico).

Copertura vaccinale

La vaccinazione dei bambini è uno dei più importanti interventi di sanità pubblica. La copertura vaccinale indica la percentuale di vaccinati rispetto alla popolazione target.

Per quanto riguarda le Marche, secondo i dati ministeriali del 2003, la copertura vaccinale risulta più elevata rispetto a quella nazionale per tutte le vaccinazioni a esclusione di quella per l'Epatite B (Marche 95,1 vs Italia 95,3) (Tabella 4).

Tabella 4 - Tassi di copertura vaccinale per tipologia e regione. Anno 2003

Regione di residenza	Polio3	DT-DTP	HBV	MPR	Hib
Piemonte	97	96,9	96,8	88,6	94,0
Valle D'Aosta	99,5	99,4	99,3	91,8	98,7
Lombardia	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
P.A. Bolzano	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
P.A. Trento	96,7	96,8	96,0	84,7	94,1
Veneto	97,2	97,2	97,0	92,2	96,0
Friuli V. G.	97,1	97,2	96,5	92,1	95,5
Liguria	96,5	96,5	96,4	87,2	94,6
Emilia-Romagna	97,7	97,7	97,4	92,9	96,3
Toscana	95,2	95,9	95,8	89,3	95,3
Umbria	97,9	97,8	97,8	93,2	97,1
Marche	98,1	98,1	97,9	87,5	97,1
Lazio	91,1	90,8	91,6	87,7	89,0
Abruzzo	98,1	98,2	98,1	88,8	98,1
Molise	98,4	98,4	98,4	86,1	98,4
Campania	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Puglia	99	98,6	99,1	90,2	96,8
Basilicata	98,9	98,9	98,9	87,6	98,9
Calabria	94,6	81,6	81,6	78,4	84,5
Sicilia	92,9	97,8	92,5	83,8	92,6
Sardegna	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Italia (medie)	96,8	96,1	95,9	88,3	94,9

Se si confrontano i risultati attuali con quelli relativi all'anno 2000 si osserva che quasi tutti i tassi di copertura vaccinale restano pressoché stabili. Rappresentano un'eccezione i dati relativi alle vaccinazioni per *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) e Morbillo (nel 2000 rispettivamente di 88,9% e 80%), che hanno dimostrato in tre anni un incremento percentuale di 6,7% e 5,6% rispettivamente.

Adolescenza

Obesità e Sovrappeso

Da alcuni anni sovrappeso e obesità rappresentano un problema di salute sempre più frequente anche nei più giovani. Il confronto fra i dati Istat degli anni 2000 e 2005 relativi alla nostra regione, mostra un aumento nella percentuale delle giovani donne con problemi di obesità e un notevole incremento nella percentuale dei giovani uomini in sovrappeso (tabelle 5 e 6).

Tabella 5 - Percentuale di adolescenti in età 15-24 anni con obesità. Confronto Marche, Centro, Italia. Anni 2000 e 2005 (tassi per 100 persone).

Livello Territoriale	Femmine		Maschi	
	2000	2005	2000	2005
Marche	0	3,73	1,66	1,6
Centro	0,57	0,5	1,22	1,37
Italia	1,58	1,24	1,69	2,82

Fonte: Database Health For All, 2006

Tabella 6 - Percentuale di adolescenti in età 15-24 anni in Sovrappeso. Confronto Marche, Centro, Italia. Anni 2000 e 2005 (tassi per 100 persone).

Livello Territoriale	Femmine		Maschi	
	2000	2005	2000	2005
Marche	7,16	4,74	14,48	23,86
Centro	6,53	10,34	14,51	16,61
Italia	7,71	8,59	18,52	18,82

Fonte: Database Health For All, 2006

Attività fisica

In materia di attività fisica nella regione Marche la percentuale della popolazione che pratica sport o una qualche attività fisica una o più volte a settimana si attesta attorno al 58%, circa il 30% di questa pratica sport in modo continuativo o saltuario. Rispetto a chi intraprende la pratica sportiva l'età di inizio della stessa è per il 67% dei casi l'età inferiore ai 18 anni, una percentuale distante dal valore medio nazionale pari al 76,3% (Istat, *Indagine multiscopo, 2002*).

Abitudine al fumo

Dati Istat relativi all'anno 2005 stabiliscono che il 19,32% dei giovani uomini marchigiani (età 15-24) presenta abitudine al fumo. Nel sesso femminile la percentuale di fumatrici scende, seppure di poco, attestandosi al 15,16%. Nel confronto con i dati nazionali le Marche presentano valori inferiori, più accentuati per il genere maschile rispetto al femminile (Tabella 7).

Tabella 7 - Giovani di 15-24 anni di età ed abitudine al fumo per sesso. Anno 2005 (per 100 persone dello stesso sesso e classe di età).

	Fumatori	
	M	F
Marche	19,32	15,16
Centro	28,24	17,83
Italia	27,11	16,4

Fonte: Database Health For All, 2006

Indagine epidemiologica di campo sulla salute degli adolescenti

Nel 2004 è stata eseguita una ricerca volta ad indagare lo stile e la percezione della qualità della vita degli adolescenti del capoluogo marchigiano. L'indagine, condotta su un campione di 270 ragazzi delle scuole superiori nell'ambito della Zona Territoriale 7 di Ancona, si prefiggeva lo scopo di portare ad una conoscenza diretta e approfondita della realtà adolescenziale della città, di evidenziare nodi critici e disagi come base e punto di partenza per un'azione mirata da parte di insegnanti, operatori e amministratori. I questionari sottoposti agli studenti contenevano domande su comportamenti, caratteristiche oggettive e percezioni soggettive. Le aree tematiche principali sono state: il peso e la percezione del proprio corpo; il fumo; l'uso di alcolici e stupefacenti; i comportamenti sessuali; la percezione generale della propria qualità della vita. Il campionamento è stato eseguito in modo che fosse rappresentativo della popolazione studentesca di Ancona della stessa età.

Tra i dati acquisiti: l'81% del campione è risultato normopeso, l'11% sottopeso e il 7% sovrappeso, l'1% obeso. Il 53% del campione vuole dimagrire e questa percentuale non comprende solo gli obesi e i sovrappeso ma anche i normopeso e i sottopeso. Si rileva così una percezione distorta del proprio corpo, più diffusa, come era prevedibile, nelle adolescenti.

Il 56% del campione fuma e ha iniziato in età precoce (14 anni circa); di questo il 41% non si considera fumatore evidenziando anche in questo caso una distorsione dell'autopercezione del problema. L'82% fa uso di alcolici più o meno frequentemente; di questo, il 53% è stato nell'ultima settimana, almeno una volta, bevitore binge, ossia ha assunto più di 5 unità alcoliche nella stessa occasione; un quarto dei bevitori ha guidato o è stato passeggero di auto guidate da persone sotto effetto di alcolici. Il 31% fa uso di stupefacenti con una netta prevalenza della cannabis, ma anche con percentuali significative di cocaina (7%) ed ecstasy (4%). Il 50% usa metodi anticoncezionali; di questi solo il 63% usa il preservativo, gli altri si espongono ad un rischio epidemiologico oltre che a gravidanze indesiderate. Si evidenzia una scarsa consapevolezza della necessità di contraccettivi.

Rapporto sull'infanzia e l'adolescenza nella Regione Marche

Il rapporto sull'infanzia e l'adolescenza nella regione Marche (Bocchini C, 2005) è un tentativo di rappresentare un quadro complessivo aggiornato dei principali fenomeni che coinvolgono la fascia di popolazione 0-17 anni nella nostra regione. Esso è stato redatto lungo gli assi del 1° rapporto predisposto dal Centro documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani delle Marche, modificandolo in alcune sezioni.

Il rapporto cerca innanzitutto di delineare aspetti importanti della mappa dei bisogni socio-sanitari della popolazione minorenni, identificando una sorta di profilo della comunità giovanile della Regione, per poi analizzare lo stato dei servizi di offerta del sistema.

Nel primo capitolo (contesto demografico e familiare) vengono analizzati i principali indici demografici, familiari e socioeconomici che configurano lo scenario di fondo, presente e futuro, entro cui si manifestano i bisogni della popolazione giovanile; nel secondo capitolo (salute e stili di vita) viene analizzata la domanda socio-educativa e sociosanitaria partendo dalla rilevazione di condizioni di salute, comportamenti, stili di vita e manifestazioni di disagio e devianza che si ripercuotono nella configurazione dei bisogni sociali in senso ampio; nel terzo capitolo (offerta) viene descritto il sistema dell'offerta educativa sociale e sanitaria, come risposta alla configurazione dei bisogni appartenenti alla fascia di età minorenni.

Le fonti consultate sono state l'ISTAT, il Ministero della Giustizia, il Ministero della Pubblica Istruzione, il Centro regionale di documentazione analisi per l'infanzia e l'adolescenza e le banche dati dell'Agenzia Sanitaria Regionale. In più sono stati reperiti dati su siti internet nazionali attinenti problematiche specifiche (es. handicap, ecc.).

Il Rapporto delinea un quadro descrittivo che conferma e connota il grande tema della complessità sociale e la necessità di integrare tutte le aree della collettività che interagiscono con la dimensione di vita di bambini ragazzi giovani e loro famiglie. Pertanto tale rapporto contribuisce ad avviare il disegno promosso dal documento 'Sviluppo programmatico ed organizzativo' del Sistema dei servizi per l'infanzia, che lo precede nella pubblicazione omnia. Detto documento si costituisce come rivisitazione delle politiche adottate dalla Regione Marche, assumendo come focus la qualità della vita dei bambini giovani adolescenti e loro famiglie: quale immagine di infanzia, quali prospettive per il suo sviluppo e, quali opportunità emergono dal quadro dei provvedimenti regionali, all'interno della legislazione nazionale. In modo tale da poter offrire uno schema metodologico di organizzazione integrata dei servizi e di progettazione operativa degli interventi da adottare come riferimento flessibile per garantire sia unitarietà e contestualità dell'azione che miglioramento della qualità dell'offerta dei servizi. È a tale rapporto che si rimanda per un approfondimento relativo alle tematiche di infanzia e adolescenza nelle Marche.

3.4. IL SOGGETTO ANZIANO

L'invecchiamento della popolazione rappresenta un fenomeno che pone dei problemi rilevanti sia dal punto di vista delle politiche sanitarie ed assistenziali che di quelle socio-economiche. L'insorgere di forti squilibri tra il gruppo degli ultrasessantatenni ed i soggetti in età lavorativa (15-64 anni) solleva preoccupazioni inerenti i rapporti intergenerazionali, la tenuta del sistema familiare, la capacità di innovazione e di iniziativa economica. In una società in cui le persone rappresentano il bene principale, gli anziani dovrebbero essere visti come una risorsa preziosa, mai come un problema. Pertanto i loro bisogni sociali e di salute sono una priorità per l'intera comunità civile che è tenuta a dare risposte efficaci.

Fonti informative:

- ISTAT;
- Sistar Marche;
- l'archivio regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), ARS Marche;
- lo "Studio Argento";
- l'indagine "Le patologie croniche a rilevante impatto sociale nella regione Marche".

Lo Studio Argento

È un'indagine campionaria con disegno di tipo trasversale (di prevalenza) che l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nel 2002, ha condotto in 11 regioni italiane, tra cui le Marche, per avere informazioni sullo stato di salute della popolazione anziana non inserita in strutture socio-sanitarie assistenziali. In ogni regione è stato selezionato un campione di 210 persone di 65 anni e più rappresentativo della popolazione ultrasessantatenne ed adeguato per ottenere delle stime regionali. Gli anziani selezionati erano residenti in 30 Comuni marchigiani scelti in modo casuale con probabilità proporzionale al numero dei residenti. Le informazioni sono state raccolte tramite un questionario standardizzato, predisposto dall'ISS, somministrato tramite intervista diretta.

Il coordinamento dello Studio, nella nostra Regione, è stato affidato all'Osservatorio Epidemiologico Regionale che ha:

- diretto le fasi operative della raccolta dati;
- validato i dati
- elaborato le informazioni
- prodotto un report.

L'indagine "Impatto" sulla prevalenza di condizioni patologiche a rilevante impatto sociale nelle Marche

È uno studio condotto dall'Osservatorio Epidemiologico regionale nel 2001. Esso è consistito nella rilevazione, tra gli assistiti dei Medici di Medicina Generale, di alcune condizioni patologiche che comportano un rilevante impegno assistenziale ed economico per le famiglie e la collettività, legato alla situazione di fragilità dei soggetti malati. Le malattie prese in esame sono state:

- la cardiopatia ischemica,
- la demenza/psicosi,
- la patologia neurologica,
- la broncopatia cronica,
- i tumori maligni,
- la patologia osteo-articolare,
- il diabete complicato,
- l'insufficienza renale cronica

La rilevazione è stata effettuata direttamente dai MMG utilizzando una scheda appositamente predisposta dall'Agenzia Regionale Sanitaria Marche in collaborazione con gli stessi MMG.

Il campione di assistiti oggetto dello studio sono risultati complessivamente 680.233, cioè il 46% della popolazione assistita regionale

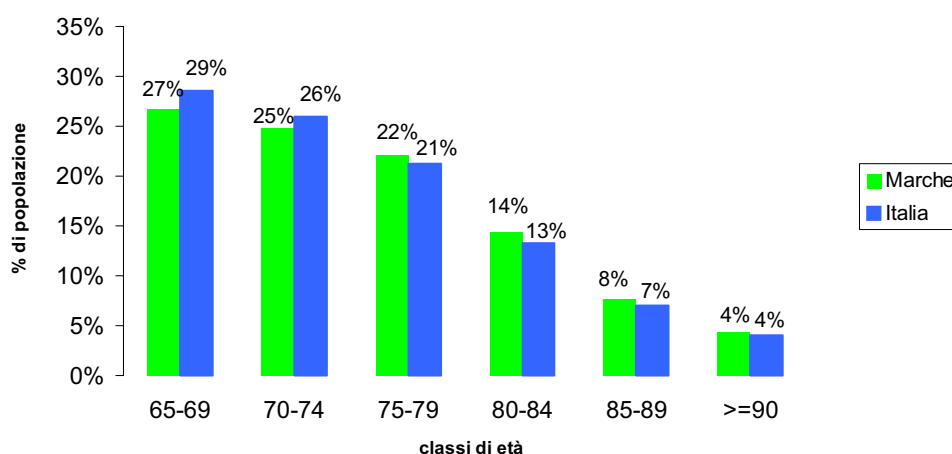
Caratteristiche socio-demografiche

Presenza e distribuzione della popolazione anziana

Nel 2003 le persone di 65 anni o più, residenti nelle Marche, sono pari a 327.122 individui; di questi il 58% è costituito da donne. Complessivamente rappresentano il 22% della popolazione residente (il 19% in Italia). Dal 1981 al 2001 gli anziani sono in crescita con un incremento percentuale, per ciascun anno censuario, di circa 3 punti (15.3% del totale dei residenti delle Marche, nel censimento 1981; 18.5% nel censimento 1991; 21,7% nel censimento 2001).

La figura 3.4.1 mostra il confronto Marche - Italia relativamente alla distribuzione percentuale della popolazione anziana per classi di età: la proporzione di persone di 74 anni e più nella nostra Regione è costantemente più elevata rispetto ai soggetti delle stesse classi di età, in Italia.

Figura 3.4.1 Distribuzione % della popolazione anziana per classi di età. Confronto Marche-Italia, all'1-1-2003



Come già rilevato (Cap. 2), nelle Marche, nel 2003, ci sono circa 170 anziani ogni 100 ragazzi di età inferiore ai 15 anni. Questo rapporto, definito "indice di vecchiaia", è più alto rispetto alla media italiana (che è pari a 134 ogni 100 soggetti tra 0 e 14 anni). L'indice di vecchiaia inoltre non è uguale in tutta la Regione: nella Zona territoriale n° 8 di Civitanova Marche, per esempio, questo rapporto è parecchio inferiore a quello della Zona territoriale n° 10 di Camerino (Tabella 3.4.1). In Tab.1 viene indicato, per Zona territoriale, l'"indice di dipendenza senile" che consente di conoscere il peso economico-sociale della popolazione anziana rispetto alla popolazione in età lavorativa. Il dato regionale di circa 34 ultrasessantaquattrenni per 100 soggetti tra i 15 ed i 64 anni supera di gran lunga quello italiano.

Tabella 3.4.1 - Indicatori demografici: confronto tra Zone territoriali, regione Marche ed Italia. Anno 2003.

Aree geografiche	Indice di vecchiaia*	Indice di dipendenza senile**
Z.T. 1	153,0	30,0
Z.T. 2	176,2	35,5
Z.T. 3	166,7	33,1
Z.T. 4	189,8	36,7
Z.T. 5	181,7	36,0
Z.T. 6	191,7	36,9
Z.T. 7	167,9	32,8
Z.T. 8	149,5	31,1
Z.T. 9	183,6	37,0
Z.T. 10	220,1	42,0
Z.T. 11	169,0	34,3
Z.T. 12	154,1	31,8
Z.T. 13	163,4	33,6
Marche	169,7	33,9
Italia	133,8	28,5

* pop di 65 anni e più per 100 giovani di età tra 0-14 anni

** (o indice di dipendenza strutturale degli anziani) pop di 65 anni e più per 100 persone di età 15-64 anni

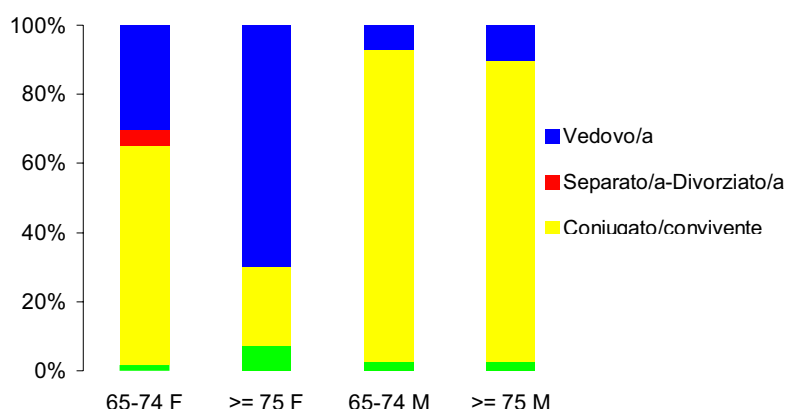
Fonte: Sistar Marche

Stato Civile ⁽¹⁾

Il 62% (I.C al 95%: 55,2-69,1) degli ultrassessantatquattrenni marchigiani è sposato, mentre 1 anziano su 3, il 33% (I.C. al 95%: 26,2-39,7) è vedovo.

La Figura 3.4.2 mostra la distribuzione percentuale degli anziani intervistati nell'indagine Argento, per stato civile, classi di età e sesso.

**Fig. 3.4.2 Stato civile, per sesso ed età.
Studio Argento, regione Marche, anno 2002.**



La percentuale di persone vedove aumenta con l'aumentare dell'età: è pari al 21% (I.C. al 95%: 13,8-30,3) nella classe di età 65-74 anni e sale al 45% (I.C. al 95%: 35,0%-55,8%) tra i soggetti di 75 anni e più.

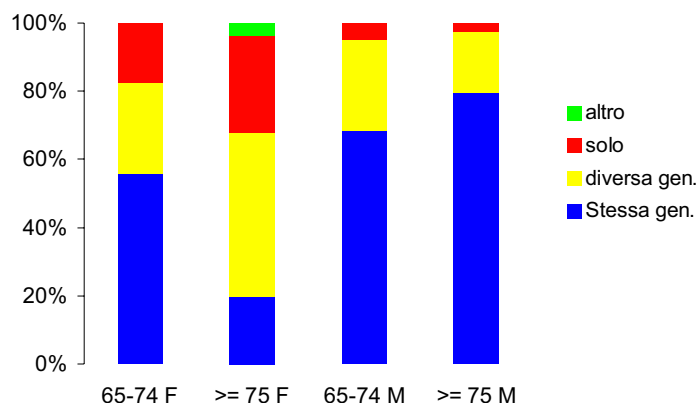
Il rapporto tra i vedovi dei 2 sessi è profondamente diverso: tra le donne ultrasessantatreenni il 48,7% (I.C. al 95%: 39,5-58,1) è rappresentato da vedove, mentre tra gli uomini della stessa fascia di età solo il 9% (I.C. al 95%: 3,6-17,2) è costituito da vedovi.

Convivenza ⁽¹⁾

Un anziano su 2, il 53% (I.C. al 95%: 45,6-59,9), vive con il coniuge o con familiari della stessa generazione, circa 1 su 3, il 31% (I.C. al 95%: 24,8-38,1), abita con parenti di diversa generazione (figli, nipoti ecc...), il 15% (I.C. al 95%: 10,4-20,8) è solo. La condizione di solitudine è una caratteristica prevalente nel sesso femminile, specie nelle donne ultrasessantatreenni.

In Figura 3.4.3 viene evidenziata la distribuzione percentuale delle persone intervistate, nello studio Argento, per tipologia di convivenza, sesso e classi di età.

Figura 3.4.3 - Convivenza, per sesso ed età. Indagine Argento, regione Marche, anno 2002.



Istruzione ⁽¹⁾

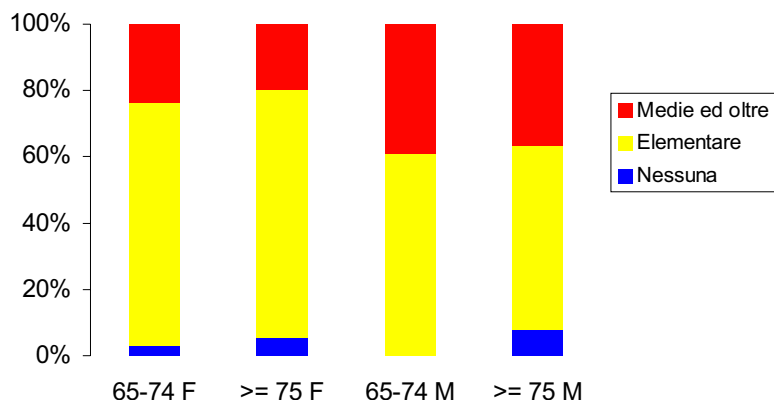
Il grado di istruzione è un indicatore fortemente correlato con le condizioni socio-economiche di un individuo che, a loro volta, influenzano lo stato di salute. Ad un basso grado di scolarità corrispondono svantaggiate condizioni socio-economiche, a cui conseguono:

a) una maggiore esposizione a fattori di rischio comportamentali ed occupazionali; b) un maggior ritardo diagnostico legato ad un più difficoltoso accesso ai servizi sanitari; c) un minor corretto utilizzo delle strutture sanitarie.

Il 61% (I.C. al 95%: 53,9-67,9) degli ultrasessantatreenni marchigiani ha frequentato da 3 - 5 anni di scuola elementare.

Lo Studio Argento ha evidenziato (Figura 3.4.4) come la condizione di analfabetismo, complessivamente presente nel 4% degli intervistati, aumenti nelle classi di età più avanzate.

**Figura 3.4.4 - Istruzione, per sesso ed età.
Studio Argento, regione Marche, anno 2002**



Abitudini di vita

L'attività fisica – qualsiasi attività motoria, anche moderata, ma costante -riduce i rischi di morbilità e mortalità in tutte le fasce di popolazione, quindi anche tra gli anziani. Essa inoltre gioca un ruolo importante nella prevenzione delle cadute ⁽³⁾ e della depressione.

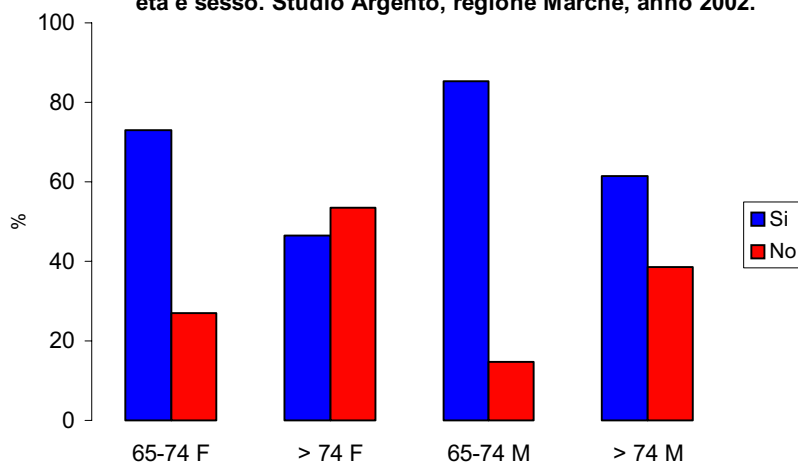
Attività fisica ⁽¹⁾

Nelle Marche circa due anziani su tre, il 66% (I.C. al 95%: 58,8-72,4) riferiscono di svolgere un esercizio fisico costante più volte alla settimana. Per svolgimento di esercizio fisico si deve intendere l'effettuazione di una "qualsiasi attività motoria" più che un'attività sportiva vera e propria. Ciò in quanto il fare del movimento moderato, ma costante, è comunque correlato con i benefici per la salute.

Su 10 uomini ultrasessantaquattrenni circa 7, il 74% (I.C. al 95%: 62,7-83,0), effettuano costantemente una qualche attività motoria; mentre tra le donne circa 6 su 10 (61%; I.C. al 95%: 51,1-69,3) svolgono attività motoria.

Nella Figura 3.4.5 viene evidenziata la distribuzione percentuale delle persone intervistate nell'indagine Argento per svolgimento di esercizio fisico, sesso e classi di età.

Figura 3.4.5 - Svolgimento di attività fisica, per classi di età e sesso. Studio Argento, regione Marche, anno 2002.



L'esercizio fisico effettuato più frequentemente è rappresentato dal camminare a passo sostenuto che viene regolarmente praticato dal 38% degli anziani (I.C. al 95%: 30,9-44,8); seguito dal "lavorare nell'orto o nei campi" svolto dal 27% (I.C. al 95%: 20,6-33,3) degli ultrasessantatrenni. Ciò testimonia la vocazione lavorativa contadina della popolazione anziana della nostra Regione.

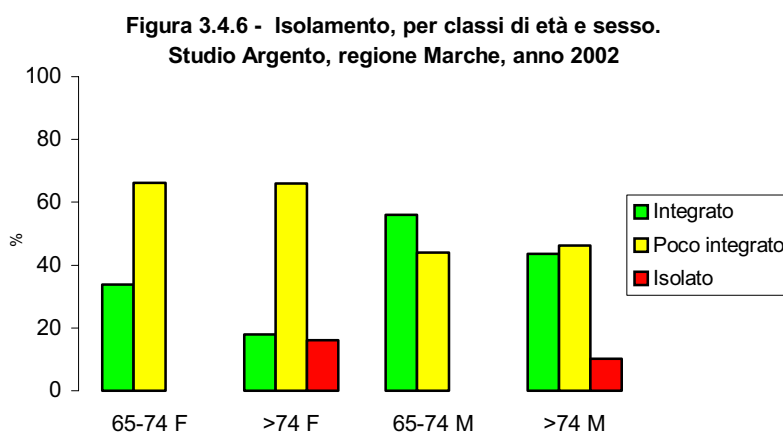
Partecipazione alla vita sociale ⁽¹⁾

Lo svolgimento o meno di una qualche attività sociale: a) rappresenta un buon indice della qualità della vita; b) influenza la domanda di assistenza sanitaria; c) è un indicatore utile alla programmazione sociale.

Nelle Marche il 37% (I.C. al 95%: 29,2-43,0) della popolazione anziana riferisce di essere "totalmente integrata"; vale a dire che essa svolge comunemente le 3 seguenti attività: a) intrattenere relazioni abituali con persone che non appartengono esclusivamente alla cerchia familiare; b) uscire frequentemente di casa; c) partecipare alle attività sociali del proprio territorio.

Invece circa 1 ultrasessantatrenne su 2, il 57% (I.C. al 95%: 50,4-64,6) ne svolge almeno una risultando "parzialmente integrato". Il 7% di anziani (I.C. al 95%: 3,5-11,0) non ne svolge nessuna: è questa la fascia della esclusione sociale.

Nella Figura 3.4.6 viene evidenziata la distribuzione percentuale delle persone intervistate per grado di integrazione sociale, sesso e classi di età.



Il vivere con il coniuge o con familiari della stessa generazione favorisce il mantenimento di relazioni sociali. L'essere donna ultrasessantatrenne risulta invece una condizione di svantaggio riguardo alla partecipazione alla vita sociale.

Morbosità

Lo stato di salute della popolazione anziana è spesso condizionato dalla presenza di malattie croniche che influenzano in modo permanente la qualità di vita della persona.

Di seguito verranno analizzati l'autopercezione dello stato di salute degli ultrasessantatrenni marchigiani e la prevalenza delle principali malattie cronicodegenerative.

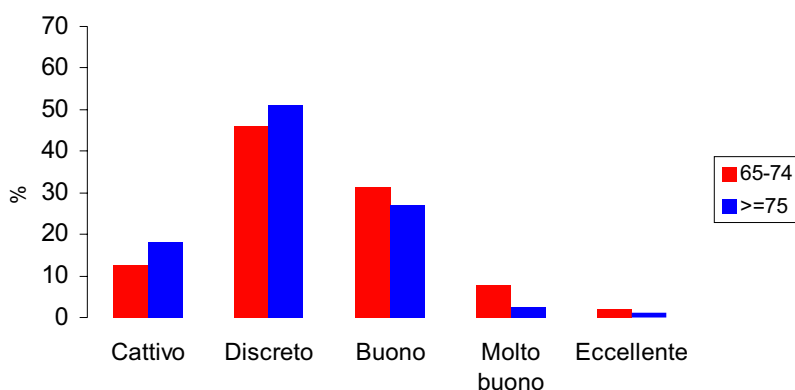
Salute Percepita ⁽¹⁾

La dimensione soggettiva della salute ha una rilevanza notevole sui comportamenti, sulla domanda di servizi sanitari e sulle aspettative dei cittadini.

Nelle Marche il 36% degli anziani (I.C. al 95%: 29,5-43,8) giudica positivamente (buono, molto buono od eccellente) il proprio stato di salute; il 48% (I.C. al 95%: 41,0-55,8) lo definisce discreto, mentre il 15% (I.C. al 95%: 10,4-21,2) lo ritiene "cattivo". La Figura 3.4.7 mostra la percezione dello stato di salute nella popolazione dei soggetti intervistati dello Studio Argento, per classi di età.

Negli anziani con più di 74 anni è prevalente una percezione "negativa" delle condizioni di salute.

**Figura 3.4.7 - Stato di salute percepito, per fasce di età.
Regione Marche, anno 2002**



Nell'autopercezione dello stato di salute vi sono delle differenze di genere (da rilevare, pur tenendo conto della sovrapposizione degli I.C.): complessivamente le donne si percepiscono "meno bene" degli uomini. Infatti tra le ultrasessantatreenni 1 su 3, il 32% (I.C. al 95%: 23,6-42,2) giudica positivamente la propria salute, mentre tra gli uomini di 65 anni e più è il 42% (I.C. al 95%: 30,8-53,4) a dare un giudizio positivo.

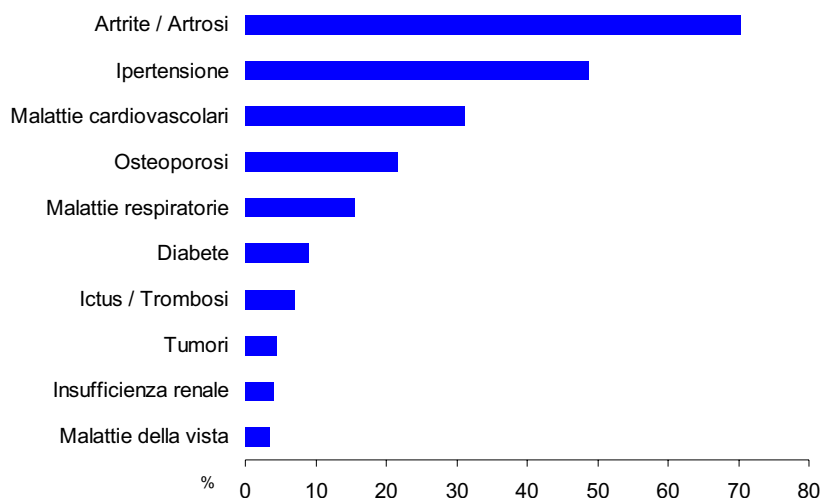
Presenza di patologie croniche ^(1,2)

Gli anziani, soprattutto nelle età più avanzate rischiano di soffrire di più patologie croniche contemporaneamente. Questa situazione, definita polipatologia, pone gli ultrasessantatreenni in una condizione di "difficoltà/fragilità" non soltanto "fisica", ma anche "organizzativo-gestionale" nella conduzione delle normali attività quotidiane, nell'attenzione ad una corretta assunzione delle diverse medicine, nella capacità di accudire la casa, fare la spesa ecc...

Complessivamente la condizione patologica più frequentemente riferita è l'artrite/artrosi: ne soffre il 70% (I.C. al 95%: 63,5-76,6) degli anziani della nostra Regione; a seguire si ha l'ipertensione dichiarata dal 49% degli ultrasessantatreenni (I.C. al 95%: 41,6-55,9) e le malattie cardiovascolari ammesse dal 31% (I.C. al 95%: 24,8-38,1) dei soggetti di 65 anni e più ⁽¹⁾.

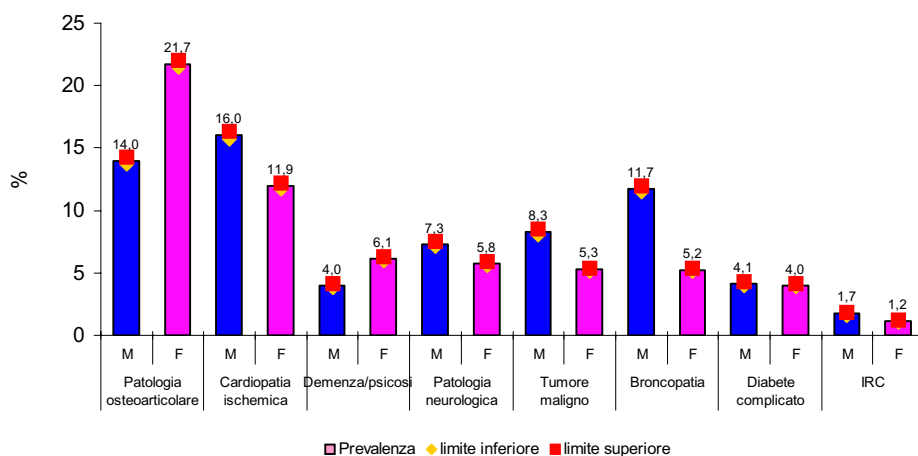
La Figura 3.4.8 è riporta la distribuzione delle malattie croniche tra gli anziani intervistati nello Studio Argento.

Figura 3.4.8 - Malattie diagnosticate negli ultrasessantaquattrenni. Studio Argento, regione Marche, anno 2002



Nella Figura 3.4.9 è riportata la prevalenza, per sesso, di condizioni patologiche croniche "a rilevante impatto sociale" (ossia condizioni patologiche che comportano un importante impegno, assistenziale ed economico, per le famiglie e la collettività, legato alla situazione di "fragilità" dei soggetti malati) diagnosticate, nel 2001, dai Medici di Medicina Generale nella popolazione degli assistiti marchigiani con più di 64 anni.

Figura 3.4.9 - Prevalenza delle patologie croniche nella popolazione anziana, per sesso. Indagine "Impatto", regione Marche anno 2001



In generale la patologia osteo-articolare e le malattie del cuore (cardiopatía ischemica), sono le condizioni patologiche croniche che affliggono di più gli anziani marchigiani. Esistono poi delle differenze di genere nella frequenza di riscontro clinico- diagnostico delle malattie croniche ad "elevato impatto sociale": infatti la patologia osteo-articolare è stata prevalentemente diagnosticata dai MMG nelle donne così come la demenza/psicosi, mentre la broncopneumopatia cronica ostruttiva e la cardiopatía ischemica sono più frequenti tra gli uomini.

Disabilità percettive, difficoltà masticatorie ⁽¹⁾

Le disabilità percettive, quali i difetti della vista e dell'udito, possono condizionare la qualità di vita ed il livello di integrazione sociale dell'anziano, incidendo sulle sue capacità di comunicazione e sulle sue abilità quotidiane.

Il 15% (I.C. al 95%: 10,4-20,8) dei marchigiani ha problemi di udito, mentre il 16% (I.C. al 95%: 10,8-21,4) ha difficoltà nella visione. I deficit visivi sono, oltretutto, un riconosciuto importante fattore di rischio per cadute, evento, quest'ultimo assai temibile nella popolazione anziana a causa dei possibili importanti effetti invalidanti che ne possono derivare, unitamente alle gravi conseguenze di tipo psicologico ⁽³⁾.

Circa 1 ultrasessantatreenne su 3, il 31% (I.C. al 95%: 25,1-38,5), dichiara di avere problemi nella masticazione. Le difficoltà masticatorie, negli anziani spesso sottovalutate/trascurate in quanto ritenute "normali" per l'età, condizionando in maniera pesante la dieta dell'individuo, producono importanti ripercussioni sul suo "benessere" fisico.

Focus sulle cadute ⁽¹⁾

Nelle Marche, nel 2002, 1 anziano su 4, il 27% (I.C. al 95%: 21,2-34,0) è caduto nell'ambito del proprio ambiente domestico. Il rischio di caduta aumenta con l'aumentare dell'età e nel sesso femminile. I luoghi della casa dove sono avvenute più frequentemente le cadute risultano: la camera da letto, la cucina, le scale interne dell'abitazione ed il bagno. Alcuni dispositivi anticaduta, utili per prevenire questo evento e/o limitarne le conseguenze (ad es. i maniglioni nella vasca da bagno o nella doccia, i sottotappeti antiscivolo e la luce accesa durante la notte per illuminare il percorso letto-bagno), sono scarsamente presenti nelle abitazioni degli anziani marchigiani.

Ospedalizzazione della popolazione anziana

Dall'analisi del ricorso all'ospedalizzazione dei soggetti anziani emerge quanto segue:

- Nelle Marche, nel 2003, la popolazione anziana che rappresenta il 22% della popolazione marchigiana totale, ha determinato circa il 47% delle degenze ospedaliere.
- L'analisi dei ricoveri del triennio 2001-2003, disaggregati per le fasce d'età 65-74 anni e ≥ 75 anni mostra che: complessivamente si sta assistendo ad una riduzione dei ricoveri ordinari ed ad un aumento rilevante dei day hospital.
- Nelle Marche nel 2002 ci sono stati, in regime ordinario, circa 245 ricoveri ogni 1.000 persone residenti nella fascia di età 65-74 anni, che sono saliti a circa 409 ogni 1.000 soggetti negli ultrasessantatreenni. Questi valori sono molto al di sopra del dato registrato per la popolazione generale pari a 152 per 1.000. In particolare nella fascia degli ultrasessantatreenni esso è più del doppio.
- In regime di day-hospital ci sono stati, circa 77 ricoveri ogni 1.000 persone residenti nella fascia di età 65-74 anni, che sono saliti a circa 98 ogni 1.000 soggetti con più di 74 anni. Nella popolazione generale per il day-hospital il tasso di ospedalizzazione è pari a 48 degenze ogni 1.000 residenti ⁽⁴⁾.
- Dall'analisi dei ricoveri aggregati per DRG omologhi (dal punto di vista della significatività clinica) spicca il peso delle malattie cronico-degenerative, in questa fascia di popolazione, anche nel ricorso all'ospedalizzazione infatti:
 - gli interventi sul cristallino con o senza vitrectomia sono in assoluto il motivo più frequente di ricorso al ricovero in ospedale; quindi seguono i problemi cardiovascolari (l'insufficienza cardiaca e shock; le aritmie ed alterazione della conduzione cardiaca) e quelli cerebro-vascolari (malattie cerebro-vascolari specifiche eccetto TIA), infine la chemioterapia, per cui la patologia neoplastica;

- importanti dal punto di vista della frequenza sono anche i ricoveri per le malattie polmonari acute/croniche (polmonite semplice e pleurite; BPCO);
- Quanto descritto sopra è sostanzialmente sovrapponibile con ciò che accade a livello nazionale ⁽⁵⁾;

Dato che le principali cause di ricovero, in questo target di popolazione, sono le patologie croniche (escluso la cataratta) si può pensare ad un possibile contenimento del ricorso all'ospedalizzazione attraverso interventi che mirino a:

- a) un monitoraggio "stretto" e "continuo" delle condizioni del paziente, al proprio domicilio, da parte del Medico di Medicina Generale, per permettere il mantenimento del soggetto il più a lungo possibile in condizioni di stabilità pur nel vissuto di patologia cronica;
- b) un "potenziamento" di modalità assistenziali alternative, in primis l'assistenza domiciliare, che non comportino lo sradicamento, anche temporaneo, dell'anziano dal proprio ambiente evitandone così il "disorientamento" e migliorando la qualità della vita anche nella fase della malattia.

Da sottolineare però che in un'ottica di "Promozione della Salute della persona anziana", va contemporaneamente data importanza, e di conseguenza perseguita con convinzione, la strada dell'individuazione ed attuazione di interventi volti alla prevenzione del decadimento psico-fisico.

Gli anziani hanno il diritto di vivere con serenità questa loro fase della vita in cui si ha potenzialmente ancora un ruolo importante da svolgere (ideando e perseguendo progetti di vita in ambito personale e sociale), pur in una situazione condizionata da processi biologici di usura fisica e da una realtà sociale che tende a creare isolamento.

L'approccio corretto delle politiche socio-sanitarie ai problemi legati all'anzianità è allora quello complessivo di Promozione della Salute del soggetto anziano, attuata con azioni mirate alla:

- prevenzione del decadimento psico-fisico;
- cura delle patologie;
- recupero (quando possibile) e mantenimento dell'autonomia.

Bibliografia

1. Mancini C., De Giacomi G.V., Carletti P., Dubbini L. *"La Salute degli anziani nella regione Marche. Studio Argento"*. Regione Marche, Agenzia Regionale Sanitaria, giugno 2004. www.ars.marche.it
2. Cimica S., De Giacomi G.V., Carletti P., Mancini C., *"Le patologie croniche a rilevante impatto sociale nella regione Marche"*. Regione Marche, Agenzia Regionale Sanitaria, febbraio 2004. www.ars.marche.it
3. Mancini C., Williamson D. F., Binkin N., Michieletto F., De Giacomi G.V. e Gruppo Profeta 2001. *"Le cadute tra gli anziani, un problema sottovalutato: Studio Argento 2001-2002"*. Workshop: "Prima Conferenza Internazionale sul programma di formazione in epidemiologia applicata (PROFEA)". Roma, 20 luglio 2004. www.epicentro.iss.it
4. Ministero della Salute: *"Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - dati SDO 2002"*. www.ministerosalute.it
5. Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico e degli Investimenti strutturali e tecnologici. Direzione Generale della Programmazione Sanitaria: *"Stato di Salute e prestazioni sanitarie nella popolazione anziana"*. Anno 2000

4. I PRINCIPALI GRUPPI DI PATOLOGIE

4.1 LE MALATTIE CARDIO E CEREBROVASCOLARI

Le malattie cardiovascolari, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi, rappresentano ancora oggi la principale causa di morte nel nostro paese. In particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, (28% di tutti i decessi), mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori.

Nell'elaborazione dei dati, l'analisi dei DRG ha comportato la necessità di una standardizzazione espressa attraverso il rapporto standardizzato di ospedalizzazione (SHR)¹⁷.

Fonti informative:

- Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), ARS Marche.

La cardiopatia ischemica

Nell'analisi della patologia cardiovascolare è stata studiata la cardiopatia ischemica come causa di ricovero ospedaliero. All'interno del gruppo di diagnosi "malattie ischemiche del cuore" è stato poi esaminato in dettaglio "l'infarto del miocardio".

Ricoveri per malattie ischemiche del cuore¹⁸

Il numero complessivo di ricoveri di residenti nella Regione Marche per "Malattie ischemiche del cuore" (codici ICD IX 410-414) è stato di 7452 nel 2001, 6863 nel 2002 e 5869 nel 2003 con un tasso grezzo rispettivamente di 50,72; 46,71 e 39,94 per 10000 (Tabella 4.1.1).

Tabella 4.1.1 - Ricoveri per malattie ischemiche del cuore, per provincia distribuiti per anno. Regione Marche periodo 2001-2003.

Provincia	2001	2002	2003
AN	2270	1973	1726
AP	1997	1988	1592
MC	1466	1277	956
PU	1719	1625	1595
Tot	7452	6863	5869

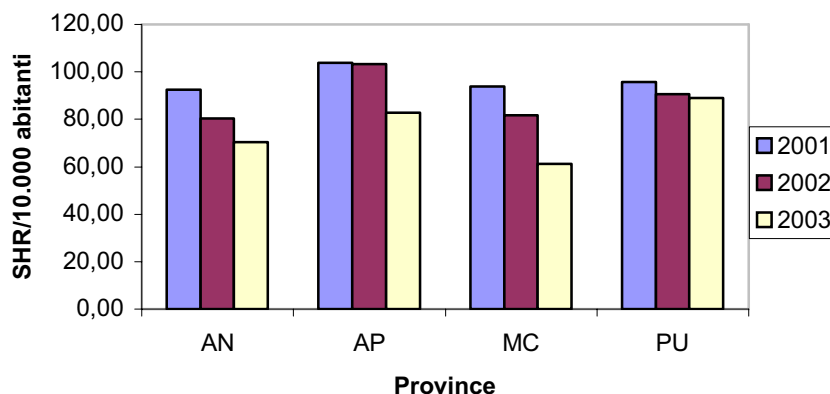
Il rapporto standardizzato di ospedalizzazione (SHR) per malattie ischemiche del cuore nelle quattro province mostra una riduzione dei ricoveri in tutto il territorio regionale (Figura 4.1.1).

¹⁷ L'SHR è una tecnica epidemiologica che consente di eliminare gli errori di confondimento determinati dalla diversa composizione per età e sesso delle diverse province.

¹⁸ **Criteri di selezione dei ricoveri:** Ricoveri Ordinari; dimissioni dal 1/1/2001 al 31/12/2003; residenza nelle Marche; presenza di codici ICD-IX 410-414 per le malattie ischemiche del cuore e ICD IX 414 per l'IMA in diagnosi principale;

Standardizzazione: Dati Standardizzati con metodo diretto (per 10.000 abitanti) sulla popolazione delle Marche (Dati ISTAT, Censimento 2001).

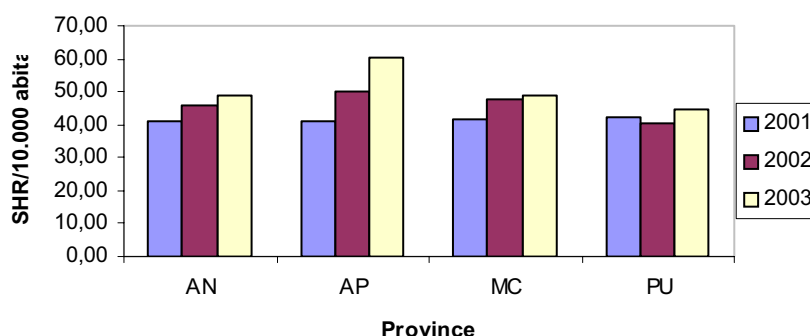
Figura 4.1.1 - SHR per Malattie ischemiche del cuore (Codici ICD IX 410-414), per provincia. Regione Marche, anni 2001-2003.



Ricoveri per infarto acuto del miocardio

I dati relativi ai ricoveri delle quattro province della regione marche manifestano un trend in aumento per l'Infarto acuto del miocardio. In particolare, la provincia di Ascoli Piceno mostra un valore superiore rispetto alle altre realtà provinciali (Figura 4.1.2).

Figura 4.1.2 - SHR per IMA (Codice ICD IX 410), per provincia. Regione Marche, anni 2001-2003.



Il Registro "Sindromi Coronariche Acute" della Regione Marche

Con il DGR N° 56 del 18/01/05, la Regione Marche ha approvato, in via sperimentale fino al 31 dicembre 2005, l'istituzione del Registro Marchigiano delle Sindromi Coronariche Acute. Gli obiettivi del registro sono strutturati su due aree di attività, un'Area istituzionale Regionale ed un'Area di Ricerca e sono così definiti:

- Per l'area "Istituzionale regionale":
 - ❖ rilevazione dei dati necessari al monitoraggio dell'applicazione del "Profilo di assistenza per l'infarto miocardico acuto ST-sovraslivellato" su tutto il territorio Marchigiano
 - ❖ analisi dell'adeguamento agli standard regionali relativi alla qualità dell'assistenza prestata ai pazienti con infarto miocardico acuto ST-sovraslivellato
- Per l'area di attività e di ricerca:
 - ❖ rilevazione di dati epidemiologici sulle sindromi coronariche acute nella Regione Marche in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e la Rete Epidemiologica Marchigiana
 - ❖ rilevazione di dati relativi all'efficacia degli interventi clinico-assistenziali (outcome) sui pazienti con sindrome coronarica acuta della Regione Marche
 - ❖ effettuazione di progetti di ricerca relativi alle Sindromi Coronariche Acute definiti di volta in volta dal Comitato Scientifico.

La struttura organizzativa del registro si articola in:

- **Un comitato scientifico**, costituito dai Direttori delle Unità Operative di Cardiologia, UTIC, Emodinamica, Cardiochirurgia della Regione Marche e della Unità Operativa di Medicina Generale del Presidio Ospedaliero di Osimo; dal Direttore dell'Agenda Regionale Sanitaria della Regione Marche; dal Responsabile dell'Assistenza Ospedaliera del Dipartimento dei Servizi alla Persona e alla Comunità della Regione Marche; dal coordinatore regionale del Progetto Profili di Assistenza della Regione Marche; da un Chairman ed un Cochairman individuati tra esperti in Ricerca clinica cardiologica nazionali ed internazionali.
- Un gruppo Regionale di Esperti Profilo IMA e Coordinatori Profilo IMA delle Aziende Ospedaliere e delle Zone Territoriali della Regione Marche.
- **Un comitato esecutivo**, composto dal cochairman; da cinque Direttori di Unità Operativa facenti parte del Comitato Scientifico e indicati dal Comitato Scientifico; dal coordinatore regionale del Progetto Profili di Assistenza della Regione Marche; da un esperto in ricerca clinica Cardiologia.
- **Un Comitato aggiudicazione eventi**, con il compito di validare gli eventi che vengono rilevati dai centri periferici esaminando tutta la documentazione ritenuta necessaria.
- **Un Gruppo operativo** composto da: Un Coordinatore Organizzativo; da un gruppo di addetti al monitoraggio della qualità dei dati del Registro; un gruppo di addetti alla segreteria amministrativa del Registro; da un informatico.
- **Un writing committee**, costituito da: un esperto in statistica sanitaria ed un esperto in epidemiologia come componenti stabili. La restante composizione del Writing Committee è flessibile in base al contenuto di ciascuna pubblicazione scientifica e di norma prevede la presenza di chi ha proposto lo studio, di chi ha preparato il protocollo e di chi ha analizzato i dati.

Ricoveri per patologia cerebrovascolare¹⁹

Negli anni oggetto dell'analisi il numero di ricoveri per patologia cerebrovascolare è stato piuttosto stabile quantificandosi in 9716 nel 2001; 9882 nel 2002 e 9522 nel 2003. Per quanto concerne la distribuzione dei ricoveri per patologia sono stati considerati i quattro gruppi rappresentati nella tabella 4.1.2.

Tabella 4.1.2 - Ricoveri per patologia cerebrovascolare, nella regione Marche, distribuiti per categoria diagnostica. Anni 2001-2003.

	Occlusione cerebrale			Emorragia subaracnoidea, Emorragia cerebrale e altre non specificate emorragie intracraniche			Dist. Circol. Mal definiti			TIA		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
PS	931	1051	1041	209	208	221	803	585	612	506	634	676
AN	1193	1122	1134	293	272	316	548	564	492	611	557	476
MC	482	615	610	201	235	209	932	926	781	457	471	434
AP	746	769	888	239	239	249	989	970	779	576	664	604
Totale	3352	3557	3673	942	954	995	3272	3045	2664	2150	2326	2190

¹⁹ **Criteri di selezione dei ricoveri:** Ricoveri Ordinari; dimissioni dal 1/1/2001 al 31/12/2003; residenza nelle Marche; presenza in diagnosi principale di codici:

ICD-IX 433-434 per occlusione e stenosi delle arterie precerebrali e cerebrali, ICD IX 430-432 per emorragia subaracnoidea, emorragia cerebrale e altre non specificate emorragie intracraniche,

ICD IX 435 per ischemia cerebrale transitoria,

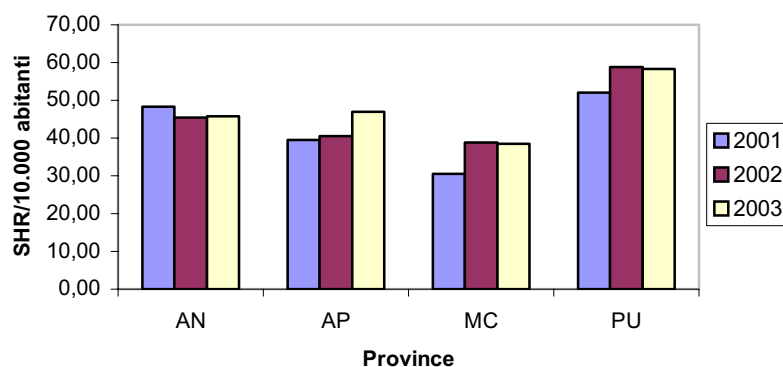
ICD IX 436-437 per disturbi circolatori acuti mal definiti;

Standardizzazione: Dati Standardizzati con metodo diretto (per 10.000 abitanti) sulla popolazione delle Marche (Dati ISTAT, Censimento 2001).

Ricoveri per occlusione o stenosi delle arterie precerebrali e cerebrali

La provincia di Pesaro mostra un tasso standardizzato di ricoveri sensibilmente superiore rispetto alle altre province (Figura 4.1.3).

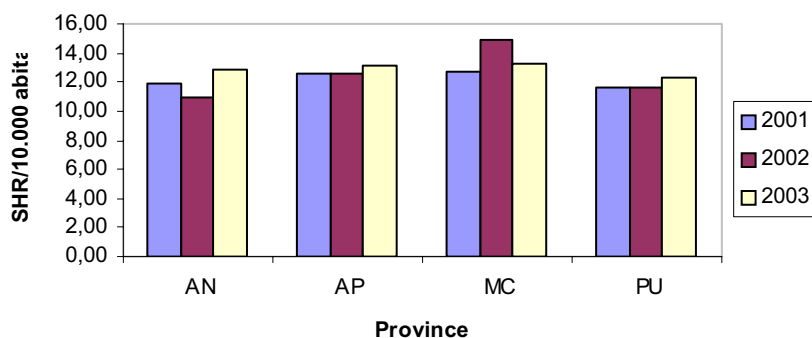
Figura 4.1.3 - SHR per occlusione e stenosi delle arterie precerebrali e cerebrali (Codici ICD IX 433-434), per provincia. Regione Marche, anni 2001-2003.



Ricoveri per emorragia subaracnoidea, emorragia cerebrale e altre non specificate emorragie intracraniche

Le quattro province non evidenziano differenze e le variazioni annuali sono complessivamente stabili (Figura 4.1.4).

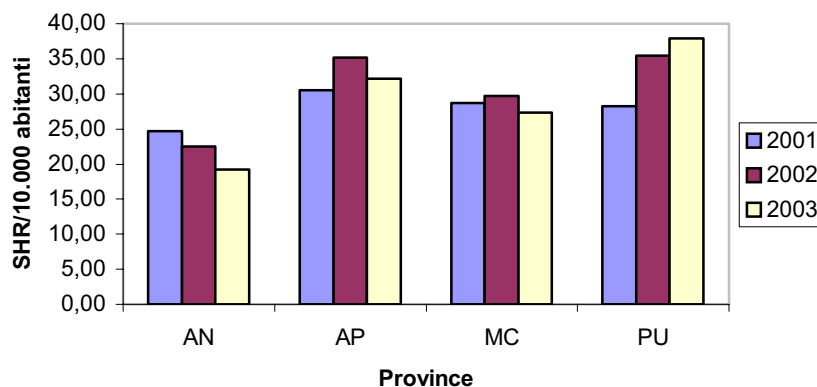
Figura 4.1.4 - SHR per emorragia subaracnoidea, emorragia cerebrale e altre non specificate emorragie intracraniche (Codici ICD IX 430-432), per provincia. Regione Marche anni 2001-2003.



Ricoveri per Ischemia Cerebrale Transitoria

La provincia di Pesaro mostra un trend in aumento dei ricoveri per ischemia cerebrale transitoria mentre la provincia di Ancona evidenzia una diminuzione del tasso standardizzato di ricoveri. Le province di Ascoli e Macerata sono invece caratterizzate da una maggiore variabilità (Figura 4.1.5)

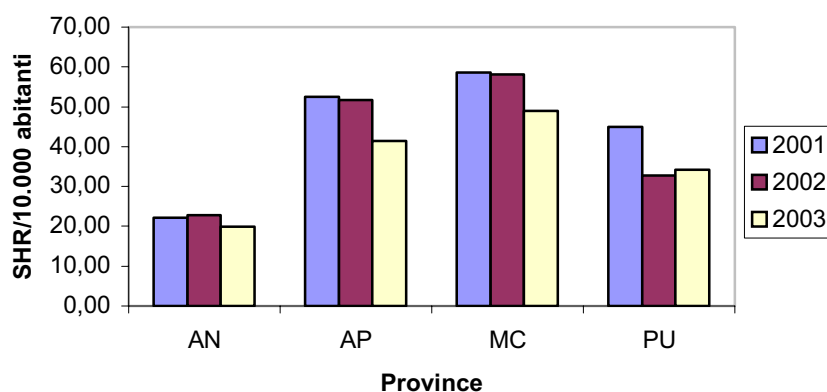
Figura 4.1.5 - SHR per ischemia cerebrale transitoria (Codice ICD IX 435), per provincia. Regione Marche, anni 2001-2003.



Ricoveri per disturbi circolatori acuti mal definiti

La provincia di Ancona mostra valori sensibilmente inferiori rispetto alle altre province che comunque evidenziano una tendenza in decremento nei ricoveri (Figura 4.1.6).

Figura 4.1.6 - SHR per disturbi circolatori acuti mal definiti (Codici ICD IX 436-437), per provincia. Regione Marche, anni 2001-2003.



4.2 I TUMORI

Fonti informative:

- ISTAT (Osservatorio della mortalità per tumori maligni nelle Marche dal 1980 al 2001);
- Registro tumori di popolazione della provincia di Macerata (1991-1999);
- Registro dei tumori infantili e negli adolescenti (0-19 anni) delle Marche (1990-2002);
- Registro regionale dei Mesoteliomi (1996-2001).

Incidenza, mortalità e sopravvivenza in provincia di Macerata

In provincia di Macerata ogni anno (stima al 2002) sono complessivamente registrati circa 2.200 nuovi casi di tumore (58% nei maschi e 42% nelle femmine). I tumori più frequenti nei maschi, escluse le neoplasie non melanocitarie della pelle che rappresentano il 19% del totale dei casi, sono la prostata (16%), il polmone (11%), la vescica (11%), lo stomaco (9%) ed il colon (9%); nelle femmine, la mammella (21%), il colon (11%), lo stomaco (7%), il corpo dell'utero (4%) e il polmone (3%).

La frequenza della patologia tumorale aumenta con l'età dei soggetti: in un anno, i pazienti con meno di 20 anni sono circa 0,5%, al di sotto di 50 anni sono 7% maschi e 13% femmine e fra gli anziani rappresentano 71% maschi ed 64% femmine.

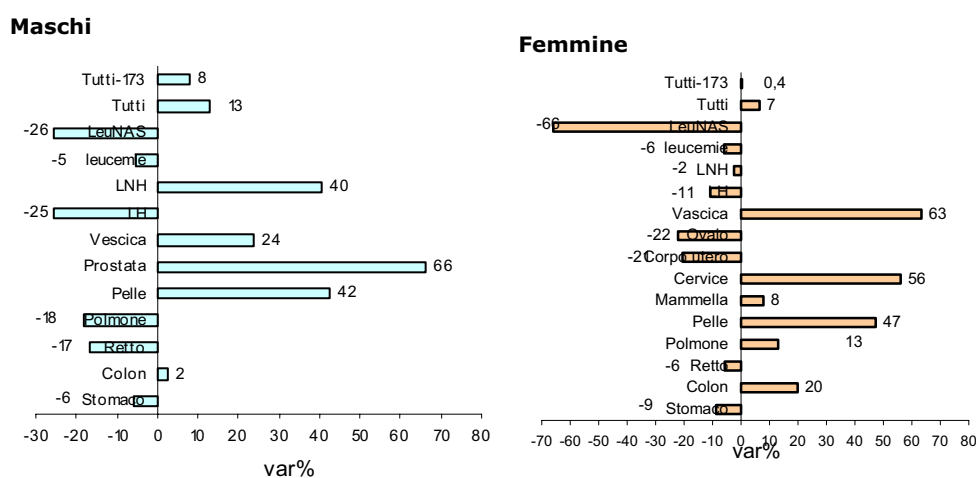
Nel decennio 1991-'99, l'incidenza complessiva dei tumori è andata aumentando: tale aumento è la risultante di andamenti contrapposti presenti nelle diverse sedi. Nei maschi, infatti aumenta l'incidenza dei tumori della prostata (+ 66%), della pelle (+ 42%) dei linfomi non Hodgkin (+ 41%), dei tumori della vescica (+ 24%), mentre diminuisce l'incidenza dei linfomi di Hodgkin (- 25%), dei carcinomi del polmone (- 18%), del retto (- 17%) e dello stomaco (- 6%).

Nelle femmine sono aumentati i tumori della vescica (+ 63%), della cervice uterina (+ 56%), della pelle (+ 47%), del colon (+ 20%) e del polmone (+ 13%), mentre sono diminuiti le leucemie (- 6%), i tumori dell'ovaio (- 22%), del corpo dell'utero (- 21%), i linfomi di Hodgkin (-11%) e i carcinomi dello stomaco (- 8%) (Tabella 4.2.1 e Figura 4.2.1).

Tabella 4.2.1 - Incidenza del cancro in provincia di Macerata: numero dei casi, tassi standardizzati per età (popolazione italiana 1981) per 100.000 residenti, per alcune sedi e variazioni percentuali, Maschi e Femmine.

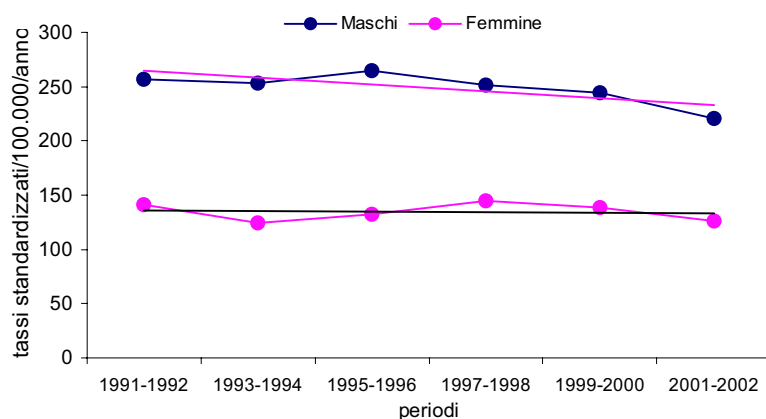
SEDI	Maschi					Femmine				
	1991-'92		1998-'99		var%	1991-'92		1998-'99		var%
	casi	tassi st	casi	tassi st		casi	tassi st	casi	tassi st	
Stomaco	174	43.7	192	41.1	-5.9	108	26.0	112	23.7	-8.7
Colon	146	37.3	177	38.2	2.4	125	31.5	178	37.8	19.9
Retto	81	20.6	75	17.1	-16.8	51	13.0	60	12.2	-5.8
Polmone	255	69.2	251	56.5	-18.3	43	11.1	54	12.6	13.1
Pelle	264	64.9	424	92.4	42.3	186	47.2	337	69.5	47.3
Mammella	-	-	-	-	-	299	83.8	358	90.4	7.8
Prostata	177	41.9	351	69.6	66.2	-	-	-	-	-
Cervice	-	-	-	-	-	12	3.4	20	5.3	56.1
Corpo utero	-	-	-	-	-	76	20.5	65	16.3	-20.5
Ovaio	-	-	-	-	-	55	14.8	48	11.5	-22.1
Vescica	155	40.8	234	50.5	23.7	25	5.7	44	9.3	63.4
LH	12	4.2	11	3.1	-25.3	12	3.8	11	3.4	-10.8
LNH	40	11.1	67	15.6	40.5	39	10.4	44	10.1	-2.5
Leucemie	36	10.0	40	9.5	-5.3	27	8.1	28	7.6	-6.0
Tutti	1703	439.7	2243	497.3	13.1	1362	360.0	1672	383.5	6.5
Tutti-173	1439	374.8	1819	405.0	8.0	1176	312.8	1335	314.0	0.4

Figura 4.2.1 - Incidenza per cancro in provincia di Macerata: variazioni temporali dei tassi standardizzati di alcune sedi (1991-'92 vs 1998-'99).



I dati forniti dal Registro di Mortalità della provincia di Macerata per il biennio 2001-2002 indicano che ogni anno nel nostro territorio si verificano, in media, 880 decessi per cancro (500 maschi e 380 femmine). Dall'inizio degli anni '90 ad oggi, il numero complessivo dei casi di decesso per neoplasie è aumentato, ma l'andamento temporale dei tassi standardizzati evidenzia una leggera diminuzione della mortalità complessiva in entrambi i sessi (Figura 4.2.2).

Figura 4.2.2 - Mortalità per cancro in provincia di Macerata: andamenti temporali (tutte le sedi). Maschi e Femmine.



Le sedi in cui la mortalità è in diminuzione sono lo stomaco in entrambi i sessi (- 32% nei maschi e -33% nelle femmine), la prostata, il polmone e il colon-retto nei maschi (- 11%, - 15% e - 6% rispettivamente), mentre quelle in cui aumenta sono il colon-retto e il polmone nelle femmine (+ 27% e + 5% rispettivamente).

Tabella 4.2.2 - Mortalità per cancro in provincia di Macerata: numero dei casi, tassi standardizzati per età e sesso (popolazione italiana 1981) per 100.000 residenti, per alcune sedi e variazioni percentuali, Maschi e Femmine.

SEDI	Maschi					Femmine				
	1991-'92		2000-'01		var%	1991-'92		2000-'01		Var%
	casi	tassi st	casi	tassi st		casi	tassi st	casi	tassi st	
Stomaco	133	37.0	117	25.3	-31.6	95	17.1	84	11.5	-32.5
Colon-retto	97	26.4	112	24.8	-6.0	73	13.6	104	17.3	27.2
Polmone	239	68.1	246	58.2	-14.6	41	8.7	49	9.1	4.6
Mammella	-	-	-	-	-	127	29.2	108	20.6	-29.3
Prostata	84	21.9	107	19.5	-10.8	-	-	-	-	-
Tutti	916	256.9	986	220.5	-14.2	683	140.8	754	126.3	-10.3

La sopravvivenza relativa per tutte le sedi a 5 anni dalla diagnosi (casi incidenti negli anni 1991-'94), presenta, nel complesso, un andamento migliore nelle femmine (61%) che nei maschi (42%) ed i valori, in entrambi i sessi, diminuiscono all'aumentare dell'età. Fra le sedi tumorali a prognosi più infausta figurano il pancreas (2% nei maschi e 6% nelle femmine), il polmone (7% nei maschi e 13% nelle femmine), il fegato (8% nei maschi e 9% nelle femmine) e lo stomaco (22% nei maschi e 30% nelle femmine), mentre quelle con buona prognosi sono la prostata (70%), la laringe (73% nei maschi e 45% nelle femmine), la mammella femminile (78%), la vescica (71% nei maschi e 76% nelle femmine) ed il melanoma cutaneo (59% nei maschi e 79% nelle femmine).

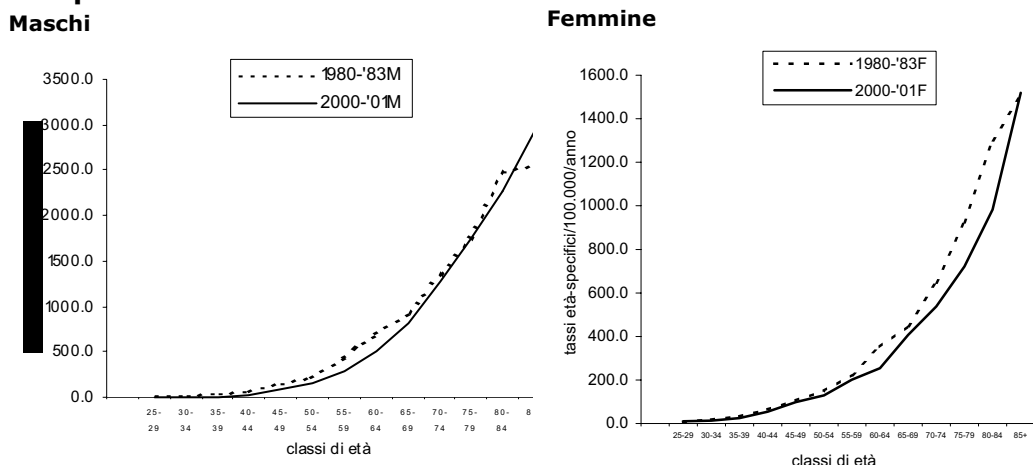
La mortalità per tumori nella regione

Il numero complessivo di morti per tumori maligni nella regione Marche, nel periodo 1980-'83, raggiungeva in media, ogni anno, 3.343 unità (1.958 maschi e 1.385 femmine). Negli anni successivi, il numero di decessi è notevolmente cresciuto: nel biennio 2000-2001, infatti, su una popolazione complessiva di 1.471.123 abitanti, sono morte per tumore 4.234 persone (34% del totale dei decessi per tutte le cause nei maschi e 31% nelle femmine).

L'aumento di frequenza assoluta dei decessi per cancro registrato nel suddetto periodo è accompagnato però, a partire dalla metà degli anni '80, da una riduzione del rischio complessivo di mortalità per neoplasie. Se eliminiamo, infatti, l'effetto dovuto alla diversa struttura per età della popolazione marchigiana nei due periodi considerati, si osserva che negli anni 1980-'83 il tasso di mortalità (standardizzato con la popolazione delle Marche al censimento del 1981) era 322,0 per 100.000 residenti nei maschi e 172,0 nelle femmine, mentre nel periodo 2000-2001 è stato rispettivamente di 276,9 e 144,9.

L'apparente contraddizione tra incremento totale del numero dei decessi e riduzione del rischio può essere spiegata, sostanzialmente, dall'invecchiamento della popolazione e da fenomeni generazionali: l'aumento della mortalità nei maschi, infatti, è legata solo al numero di decessi in alcune coorti di anziani (di oltre i 75 anni) che presentano tassi tuttora in crescita, mentre ciò non avviene nelle femmine (Figura 4.2.3).

Figura 4.2.3 - Mortalità per cancro nelle Marche (tutte le sedi): confronto dei tassi età-specifici (per 100.000 residenti/anno) in due periodi: 1980-'83 vs 2000-'01.



All'interno della Regione, la distribuzione della mortalità presenta, sia nei maschi che nelle femmine, un gradiente di valori a diminuire dalle province del centro-nord a quelle del centro-sud (in provincia di Ancona e Pesaro Urbino si riscontrano i valori più elevati, in quelle di Macerata ed Ascoli Piceno i più bassi) (Tabelle 4.2.3 - 4.2.4).

Tabella 4.2.3 - Mortalità per cancro nelle Marche (periodo 2000-2001): tassi standardizzati per età e sesso (popolazione italiana 1981) per 100.000 residenti/anno, per alcune sedi e per provincia, Maschi.

SEDI	PU		AN		MC		AP		MARCHE	
	casi	tassi st	casi	tassi st	casi	tassi st	casi	tassi st	casi	tassi st
Stomaco	132	26.2	157	25.4	129	28.9	99	19.7	517	24.9
Colon	78	15.9	127	20.1	84	19.8	96	18.3	385	18.6
Retto	41	8.7	38	6.1	36	8.2	35	7.4	150	7.5
Pancreas	60	13.3	84	13.8	45	10.9	50	9.8	239	12.1
Polmone	289	63.5	415	70.2	256	61.2	309	63.6	1,269	65.0
Prostata	103	19.9	126	18.3	108	20.9	117	20.4	454	19.8
Vescica	60	12.0	77	12.0	37	7.7	56	10.6	230	10.7
Rene	25	5.2	62	10.0	28	6.3	23	4.8	138	6.8
Linfomi	44	9.4	50	8.3	32	7.3	45	10.2	171	8.8
Mielomi	19	4.1	24	3.9	12	3.0	11	2.2	66	3.3
Leucemie	61	13.9	54	9.1	30	7.8	40	7.9	185	9.6
Tutte le sedi	1.191	252.3	1.589	259.9	1.017	233.9	1.160	231.4	4.957	245.4

Tabella 4.2.4 - Mortalità per cancro nelle Marche (periodo 2000-2001): tassi standardizzati per età e sesso (popolazione italiana 1981) per 100.000 residenti/anno, per alcune sedi e per provincia, Femmine.

SEDI	PU		AN		MC		AP		MARCHE	
	casi	tassi st	casi	tassi st	casi	tassi st	casi	tassi st	casi	tassi st
Stomaco	117	15.8	89	9.6	78	11.1	83	12.1	367	12.0
Colon	81	13.0	141	14.9	75	13.3	67	9.8	364	12.9
Retto	30	4.7	34	4.1	13	2.2	24	3.5	101	3.7
Pancreas	50	7.8	70	8.2	51	7.7	48	7.6	219	7.9
Polmone	74	13.0	105	13.4	56	10.4	61	9.9	296	11.8
Mammella	116	20.1	181	24.7	108	22.9	129	22.8	534	22.8
Utero	26	4.4	29	3.2	27	5.3	26	4.6	108	4.3
Ovaio	45	6.7	60	8.6	36	7.8	28	5.1	169	7.1
Vescica	16	2.1	14	1.1	9	1.1	8	0.9	47	1.3
Rene	17	2.5	27	3.1	8	1.0	10	1.7	62	2.2
Linfomi	39	6.7	45	4.8	28	4.6	28	3.7	140	4.9
Mielomi	20	3.1	21	2.5	17	2.4	9	1.4	67	2.4
Leucemia	34	5.1	50	5.9	41	7.0	36	5.4	161	5.8
Tutte le sedi	864	133.9	1.148	136.1	737	127.8	762	118.7	3.511	129.5

Nelle Marche, il cancro rappresenta, attualmente, la prima causa di morte negli adulti e la seconda negli anziani. In particolare, il 79% dei deceduti ha oltre 65 anni, il 4% ha meno di 50 anni e solo lo 0,2% ha un'età compresa tra 0 e 19 anni (Tabella 4.2.5). Le sedi di tumore che più frequentemente conducono a morte gli uomini sono quelle del polmone (65,0, tasso per 100.000 abitanti, standardizzato con pop. italiana censimento 1981), dello stomaco (24,9), della prostata (19,8) e del colon (18,6). Nelle donne, invece, sono più frequenti i decessi per neoplasie della mammella (22,8), del colon (12,9), dello stomaco (12,0) e del polmone (11,8) (Tabelle 4.2.3 - 4.2.4).

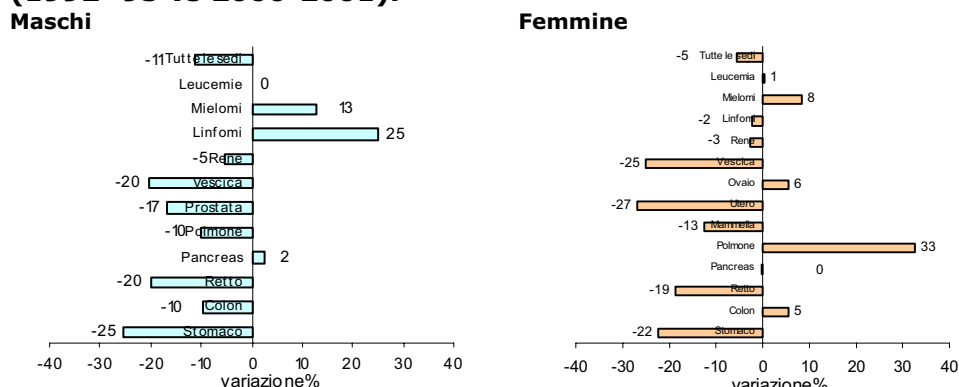
Tabella 4.2.5 - Mortalità per cancro nelle Marche (2000-2001). Decessi per classi di età e percentuale cumulativa, M+F

Classi di età	N	%	% cum.
0-19	18	0.2	0.2
20-49	347	4.1	4.3
50-64	1.398	16.5	20.8
65-74	2.459	29.1	49.9
75+	4.246	50.1	100
Totale	8.468	100,0	

La riduzione della mortalità è invece più evidente nelle età meno anziane: tale tendenza, già presente nelle classi giovanili all'inizio degli anni '80, ha coinvolto, successivamente, anche le persone di età più adulta.

Rispetto alla situazione descritta nella precedente edizione riferita agli anni 1992-'95, nel biennio 2000-2001 la mortalità neoplastica risulta complessivamente in diminuzione (- 11% nei maschi, - 6% nelle femmine). Tale riduzione interessa buona parte delle sedi tumorali, mentre rimane tuttora in aumento la mortalità per cancro del polmone nelle donne (+ 33%), per linfomi nei maschi (+ 25%) e per mielomi in entrambi i sessi (+ 13% nei maschi e + 9% nelle femmine) (Figura 4.2.4).

Figura 4.2.4 - Mortalità per cancro nelle Marche: variazioni temporali dei tassi standardizzati per età e sesso di alcune sedi (1992-'95 vs 2000-2001).



A livello provinciale, le variazioni temporali dei tassi evidenziano, per lo stesso periodo, una diminuzione della mortalità compresa tra - 16% di Pesaro Urbino e - 8% di Ancona nei maschi e tra -11% di Ascoli Piceno e - 4% di Pesaro ed Ancona per le femmine (Tabelle 4.2.6 e 4.2.7).

Le principali sedi tumorali che registrano una mortalità in aumento per i maschi sono: in provincia di Macerata i linfomi (+ 40 %) e il colon (+ 15%), in provincia di Pesaro Urbino i mielomi (+ 37%) e le leucemie (+ 60%), in provincia di Ancona i mielomi (+ 29%); per le femmine: in provincia di Pesaro Urbino il polmone (+ 56%), i mielomi (+ 35%) il rene (+ 30%) e la vescica (+ 29%); in provincia di Ancona, il polmone (+ 28%), l'ovaio (+ 26%) e il colon (15%); in provincia di Macerata il polmone (+ 44%), i mielomi (+ 22%), l'ovaio (+ 19%) e il pancreas (+ 19%). In provincia di Ascoli Piceno, sostanzialmente, è in aumento solo la mortalità per i linfomi nei maschi (+ 50%) e per il polmone nelle donne (+ 11%). Le eventuali differenze sull'andamento della mortalità in provincia di Macerata descritto nel paragrafo precedente, sono riferibili ai diversi periodi di tempo presi in esame.

Tabella 4.2.6 - Mortalità per cancro nelle Marche: variazioni temporali dei tassi standardizzati per età e sesso di alcune sedi (1992-'95 vs 2000-2001), per provincia. Maschi

SEDI	PU			AN			MC			AP			MARCHE		
	1992-95	2000-01	var%	1992-95	2000-01	var%	1992-95	2000-01	var%	1992-95	2000-01	var%	1992-95	2000-01	var%
Stomaco	42.2	26.2	-38.1	29.1	25.4	-12.6	31.9	28.9	-9.4	31.7	19.7	-38.0	33.3	24.9	-25.3
Colon	18.5	15.9	-13.8	25.4	20.1	-21.0	17.2	19.8	15.1	19.4	18.3	-5.6	20.5	18.6	-9.5
Retto	9.4	8.7	-7.0	8.7	6.1	-29.1	9.6	8.2	-14.3	10.1	7.4	-27.2	9.4	7.5	-20.0
Pancreas	12.7	13.3	4.9	12.6	13.8	9.3	10.3	10.9	6.4	11.3	9.8	-13.7	11.8	12.1	2.4
Polmone	78.1	63.5	-18.7	80.5	70.2	-12.8	65.1	61.2	-6.0	63.7	63.6	-0.1	72.4	65.0	-10.1
Prostata	25.6	19.9	-22.2	23.4	18.3	-21.8	22.4	20.9	-6.6	23.9	20.4	-14.4	23.7	19.8	-16.7
Vescica	14.1	12.0	-14.6	13.5	12.0	-10.8	12.7	7.7	-39.2	13.9	10.6	-24.0	13.5	10.7	-20.4
Rene	7.9	5.2	-34.7	7.4	10.0	35.7	7.4	6.3	-15.7	6.1	4.8	-20.4	7.2	6.8	-5.3
Linfomi	8.4	9.4	11.2	7.6	8.3	9.5	5.2	7.3	40.4	6.8	10.2	49.9	7.1	8.8	24.9
Mielomi	3.0	4.1	36.6	3.0	3.9	28.8	3.2	3.0	-7.2	2.5	2.2	-10.0	2.9	3.3	13.0
Leucemie	8.6	13.9	60.4	9.8	9.1	-7.9	9.8	7.8	-20.7	10.2	7.9	-22.3	9.6	9.6	0.2
Tutte le sedi	298.4	252.3	-15.5	283.0	259.9	-8.2	267.0	233.9	-12.4	259.4	231.4	-10.8	276.8	245.4	-11.3

Tabella 4.2.7 - Mortalità per cancro nelle Marche: variazioni temporali dei tassi standardizzati per età e sesso di alcune sedi (1992-'95 vs 2000-2001), per provincia. Femmine

SEDI	PU		AN		MC		AP		MARCHE						
	1992-95	2000-01	var%	1992-95	2000-01	var%	1992-95	2000-01	var%	1992-95	2000-01	var%			
	Stomaco	18.6	15.8	-14.8	13.3	9.6	-27.8	15.4	11.1	-28.4	15.1	12.1	-19.8	15.4	12.0
Colon	12.5	13.0	4.3	12.9	14.9	15.4	12.3	13.3	8.1	11.0	9.8	-10.8	12.2	12.9	5.4
Retto	5.0	4.7	-6.5	4.9	4.1	-17.5	3.3	2.2	-34.1	4.6	3.5	-24.3	4.5	3.7	-18.6
Pancreas	7.9	7.8	-1.7	9.0	8.2	-8.5	6.5	7.7	18.8	7.7	7.6	-1.5	7.9	7.9	-0.3
Polmone	8.3	13.0	55.9	10.5	13.4	27.6	7.3	10.4	44.1	8.9	9.9	11.1	8.9	11.8	32.5
Mammella	23.0	20.1	-12.5	27.9	24.7	-11.3	27.1	22.9	-15.5	25.7	22.8	-11.5	26.0	22.8	-12.6
Utero	5.0	4.4	-12.6	6.4	3.2	-49.9	6.3	5.3	-15.7	5.4	4.6	-15.1	5.8	4.3	-26.8
Ovaio	7.2	6.7	-6.0	6.8	8.6	25.9	6.6	7.8	19.1	6.4	5.1	-19.5	6.7	7.1	5.6
Vescica	1.6	2.1	29.1	2.2	1.1	-51.7	1.5	1.1	-24.4	1.3	0.9	-28.5	1.7	1.3	-25.1
Rene	1.9	2.5	29.7	2.8	3.1	10.6	2.0	1.0	-47.9	2.1	1.7	-19.6	2.3	2.2	-2.7
Linfomi	6.3	6.7	6.5	4.2	4.8	13.8	4.7	4.6	-1.4	5.2	3.7	-28.7	5.0	4.9	-2.2
Mielomi	2.3	3.1	34.6	2.3	2.5	5.5	2.0	2.4	22.3	2.0	1.4	-28.3	2.2	2.4	8.5
Leucemia	5.3	5.1	-4.1	6.1	5.9	-1.9	6.0	7.0	16.5	5.9	5.4	-7.3	5.8	5.8	0.5
Tutte le sedi	138.7	133.9	-3.5	141.0	136.1	-3.5	134.4	127.8	-4.9	133.0	118.7	-10.7	137.0	129.5	-5.5

Stima dei casi incidenti nelle Marche

Il numero di nuovi casi di tumore che ogni anno insorgono nelle Marche non è noto per l'assenza di un sistema di registrazione della patologia neoplastica su base regionale. Utilizzando i dati di incidenza per tutti i tipi di tumore rilevati in provincia di Macerata e quelli per le classi di età 0-19 anni nella regione Marche (dati provenienti rispettivamente, dal Registro tumori provincia di Macerata relativi agli anni 1998-'99 e dal Registro tumori infantili e negli adolescenti delle Marche relativi agli anni 1998-2001), è stato recentemente stimato che nella nostra regione, per l'anno 2005 è atteso un numero complessivo di 8.729 nuovi casi di tumore (4.896 maschi e 3.833 femmine) (**Stima dei casi incidenti di tumore maligno, escluse le neoplasie non melanocitarie della cute, nella regione Marche al 2005*: dati forniti al Servizio Assistenza Territoriale e Integrazione Socio-sanitaria della Regione Marche) (Tabella 4.2.8).

Tabella 4.2.8 - Stima dei casi incidenti di tumore maligno nella regione Marche al 2005.

Classi di età	Maschi					Femmine				
	PU	AN	MC	AP	MARCHE	PU	AN	MC	AP	MARCHE
0-19	21	29	25	27	102	18	27	13	15	73
20-34	22	22	19	23	86	22	60	27	15	124
35-54	87	148	75	107	417	164	252	142	177	735
55-64	192	260	168	190	810	129	196	125	145	595
65-74	408	509	377	444	1738	202	290	224	233	949
75+	391	529	401	422	1743	302	421	299	335	1357
Totale	1121	1497	1065	1213	4896	837	1246	830	920	3833

Incidenza e sopravvivenza per tumori infantili e negli adolescenti nelle Marche

Dal 1990 al 2002, nella regione Marche sono stati registrati 449 casi di neoplasie pediatriche (0-14 anni) di cui 258 maschi (57%) e 191 femmine (43%), pari ad un'incidenza complessiva (tasso standardizzato per età e sesso) di 174,1 casi per 1.000.000/anno (Tabella 4.2.9). I tumori più frequenti sono le leucemie (30%), i linfomi (13%) e le neoplasie del sistema nervoso centrale (SNC) (22%) che, insieme, costituiscono il 64% di tutti i casi (Tabella 4.2.10). Circa il 49% di tutti i tumori infantili è diagnosticato nei primi 4 anni di vita. Di questi,

il 39% è costituito da leucemie, di cui la maggior parte (85%) sono leucemie linfatiche acute (LLA). I linfomi, invece, sono più frequenti dopo i 5 anni, in particolare nei preadolescenti (10-14 anni) dove sono il 20% di tutti i tumori. I tumori del SNC, infine, sono distribuiti abbastanza uniformemente tra 0 e 14 anni (Tabella 4.2.10 e Figura 4.2.5).

Tabella 4.2.9 - Incidenza dei tumori infantili e negli adolescenti delle Marche: tassi standardizzati per età e sesso (popolazione italiana 1981) per 1.000.000 residenti/anno suddivisi per categorie diagnostiche (ICCC[#]). Maschi + Femmine.

Categorie ICCC	Tasso st 0-14 1990-2002	Tasso st 15-19 1998-2002*
Leucemie	50.5	28.1
Linfomi	23.1	92.7
SNC	38.7	30.9
SNS	11.1	-
Retinoblastomi	3.2	-
T. renali	9.5	2.8
T. epatici	1.9	-
T. osso	12.1	11.2
T. tessuti molli	8.5	19.7
T. a cellule germinali	5.9	22.5
Carcinomi e altri T. epiteliali	7.2	39.3
Altri tumori	2.5	2.8
Totale	174.1	250.1

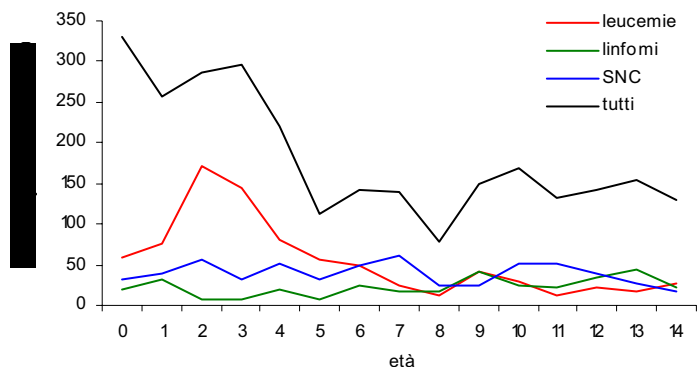
[#]International Classification of Childhood Cancer

*dal 1998

Tabella 4.2.10 -Incidenza dei tumori infantili e negli adolescenti delle Marche: numero di casi nel periodo 1990-2002, suddivisi per categorie ICCC e classi di età. Maschi+Femmine.

Categorie ICCC	Classi di età				
	0-4	5-9	10-14	0-14	15-19
Leucemie	84	30	19	133	10
Linfomi	13	18	26	57	33
SNC	33	31	33	97	11
SNS	30	2	-	32	-
Retinoblastomi	9	-	-	9	-
T. renali	21	5	-	26	1
T. epatici	3	2	-	5	-
T. osso	2	6	21	29	4
T. tessuti molli	11	3	8	22	7
T. a cellule germinali	6	1	8	15	8
Carcinomi e altri T. epiteliali	5	2	11	18	14
Altri tumori	1	2	3	6	1
Totale	218	102	129	449	89

Figura 4.2.5 - Incidenza dei tumori infantili delle Marche: andamento dei tassi età-specifici per 1.000.000 residenti/anno, per alcune categorie diagnostiche. Maschi + Femmine



Le variazioni di incidenza per tutte le sedi (148 casi per milione/anno nel triennio 1990-'92 e 204 nel periodo 1999-2002), evidenziano un incremento dei tassi pari al 38%. Tale aumento è imputabile prevalentemente ai linfomi, ai tumori del SNC, del rene, dei tessuti molli ed ai carcinomi.

Negli adolescenti (15-19 anni), dal 1998 al 2002, sono stati registrati complessivamente 89 casi di cui 46 nei maschi (52%) e 43 nelle femmine (48%), pari ad un tasso di 250,1. Per i soggetti di questo gruppo di età, i tumori più frequenti sono i linfomi (37%), i carcinomi (16%), i tumori del SNC (12%) e le leucemie (11%): tali categorie, complessivamente, costituiscono il 77% di tutti i tumori registrati negli adolescenti (Tabelle. 4.2.9 - 4.2.10).

Sia in età pediatrica che negli adolescenti, l'incidenza dei tumori nelle Marche sembra essere più elevata di quella rilevata in altre aree geografiche con l'eccezione di quelle incluse nel SEER americano; sono, tuttavia, da tenere in considerazione i differenti periodi di registrazione a cui si fa riferimento (i dati marchigiani sicuramente più aggiornati comprendono l'anno 2002) (Figure 4.2.6 - 4.2.7). In ambito italiano, invece, le Marche si collocano tra le aree a maggior rischio di tumori infantili, ma se si analizzano i tumori in età adolescenziale la nostra regione si porta tra quelle ad incidenza intermedia (Tabella 4.2.11).

Figura 4.2.6 - Incidenza dei tumori infantili (0-14 anni): tassi standardizzati sulla popolazione mondiale. Maschi + Femmine.

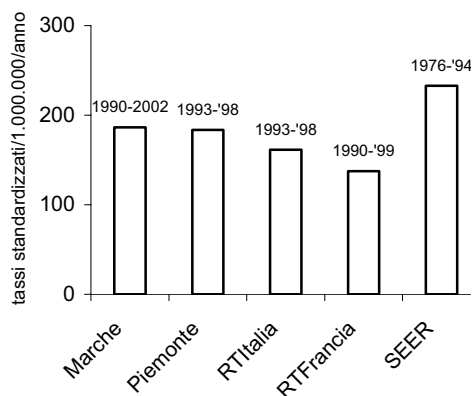


Figura 4.2.7 - Incidenza dei tumori adolescenziali (15-19 anni): tassi standardizzati sulla popolazione mondiale. Maschi + Femmine.

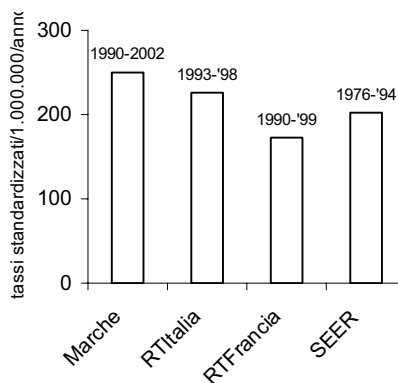


Tabella 4.2.11 - Incidenza dei tumori infantili e negli adolescenti: tassi standardizzati per età e sesso. Dati dei Registri italiani 1993-'98. Maschi + Femmine.

0-14		15-19	
REGISTRI TUMORI	Tasso st	REGISTRI TUMORI	Tasso st
FERRARA	224.4	FIRENZE-PRATO	326.6
BIELLA	206.9	PARMA	315.6
MARCHE	203.7*	FERRARA	267.7
FIRENZE-PRATO	185.2	UMBRIA	262.4
UMBRIA	182.4	GENOVA	262.3
VENETO	181.9	NAPOLI	254.2
VARESE	174.2	MARCHE	250.1**
PIEMONTE	172.3	VENETO	249.8
NAPOLI	168.0	BIELLA	249.5
PARMA	157.9	ROMAGNA	241.0
POOL	154.9	POOL	226.5
NOR-DEST	151.9	NOR-DEST	223.7
GENOVA	144.1	RAGUSA	220.3
RAGUSA	141.8	SASSARI	208.3
SASSARI	139.3	VARESE	206.4
ROMAGNA	132.4	TORINO	181.3
MODENA	126.7	MODENA	170.2

*Periodo 1999-2002

**Periodo 1998-2002

L'analisi della sopravvivenza osservata, a 5 anni dalla diagnosi, infine, per i casi (0-14 anni) incidenti tra il 1990 e il 1998, è pari al 70%; la prognosi per la LLA è buona (86%), migliore risulta quella per il linfoma di Hodgkin (93%), mentre l'aspettativa di vita per i tumori del SNC è di poco superiore al 50% (Tabella 4.2.12)

Tabella 4.2.12 - Sopravvivenza per tumori infantili (0-14 anni) nelle Marche per periodi. Casi incidenti 1990-1994. Maschi + Femmine.

Categorie e sottocategorie	1990-'94		1995-'98	
	Casi	S. oss%	Casi	S.oss%
LLA	39	85.9	38	84.1
LnLA	6	50.0	4	50.0
LEUCEMIE	50	77.0	44	81.8
LH	7	85.7	7	100.0
LNH e Burkitt	8	50.0	8	100.0
LINFOMI	19	63.2	17	94.1
Ependimoma	3	33.3	3	50.0
Astrocitoma	8	75.0	13	53.9
Medulloblastoma	5	20.0	4	37.5
SNC	22	50.0	31	57.2
Tutte le sedi	146	64.2	144	75.1

Incidenza e sopravvivenza per Mesotelioma nelle Marche

Dal 1996 al 2002 il Registro regionale dei Mesoteliomi maligni (Mm) ha rilevato, complessivamente 168 casi: 123 nei maschi (73%) e 45 nelle femmine (27%). L'89% dei pazienti presentava un Mm della pleura, il 10% del peritoneo e solo l'1% del pericardio. Il 66% dei casi, al momento della diagnosi, aveva più di 65 anni di età e l'età media era più alta nelle donne (74 anni) rispetto a quella degli uomini (67 anni) (Tabella 4.2.13).

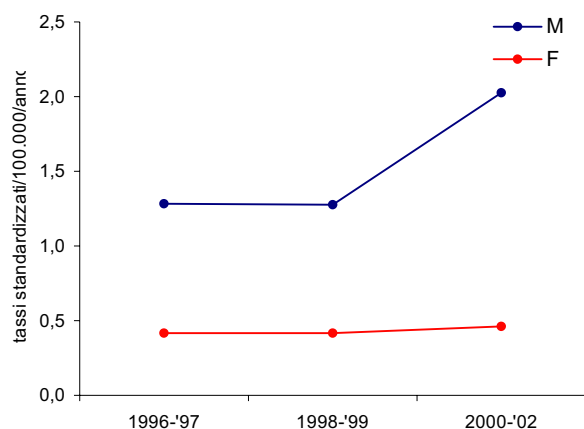
Tabella 4.2.13 - Mesotelioma Maligno nelle Marche (1996-2002): casi incidenti per età e sesso.

Classi di età	Maschi	%	Femmine	%	Totali	%
0-44	0	0.0	1	2.2	1	0.6
45-54	11	8.9	1	2.2	12	7.1
55-64	34	27.6	10	22.2	44	26.2
65-74	52	42.3	12	26.7	64	38.1
75+	26	21.1	21	46.7	47	28.0
Totali	123	100	45	100	168	100

In funzione della documentazione diagnostica acquisita (citologica, istologica, immunologica ed immunoistochimica), i casi registrati possono essere suddivisi in Mm certi (86%), probabili (9%) e possibili (5%).

Il tasso di incidenza complessiva dei soli casi di Mm della pleura a diagnosi certa è di 1,0 per 100.000 per anno (tasso standardizzato) e tale patologia è circa 4 volte più frequente nei maschi (1,6) che nelle femmine (0,4). L'andamento temporale dei tassi di incidenza dei Mm mostra, negli uomini, una evidente tendenza all'aumento dei casi (Figura 4.2.8).

Figura 4.2.8 - Incidenza del Mm nelle Marche: tassi standardizzati per età, per periodi.



A livello subregionale, le aree a più alto rischio di Mm per l'intero periodo sono quelle della provincia di Ancona (2,5 nei maschi e 0,5 nelle femmine) e del comune Senigallia, quelle della provincia di Pesaro Urbino (1,8 nei maschi e 0,6 nelle femmine) e del comune di Fano; seguono la provincia di Macerata (1,0 e 0,4 rispettivamente), in cui si segnala una concentrazione di casi a Civitanova M., e la provincia di Ascoli Piceno (0,9 nei maschi e 0,3 nelle femmine) (Tabella 4.2.14).

Il Mm è considerato un tumore a bassa incidenza ma ad alta letalità (86%): nella nostra regione la sopravvivenza complessiva media dei casi presenti in archivio è di 16 mesi: a 6 mesi dalla diagnosi è pari al 72%, ad 1 anno è circa il 50% ed a 4 anni scende al 5%.

E' opinione comune che il Mm pleurico sia una patologia di origine professionale riconducibile ad una pregressa esposizione ad amianto.

Tabella 4.2.14 - Mm nelle Marche: tassi standardizzati per età, per periodo, sesso e provincia.

	1996-'97		1998-'99		2000-'02		1996-'02	
	M	F	M	F	M	F	M	F
PU	1.6	0.2	0.9	0.6	2.5	0.8	1.8	0.6
AN	1.8	0.5	2.3	0.6	3.0	0.4	2.5	0.5
MC	1.2	1.0	0.7	0.0	0.9	0.2	1.0	0.4
AP	0.5	0.0	0.8	0.2	1.2	0.5	0.9	0.3
Marche	1.3	0.4	1.3	0.4	2.0	0.5	1.6	0.4

La distribuzione territoriale e la frequenza dei casi rilevati nelle Marche ha consentito una "mappatura" dei siti in cui era presente e/o veniva usato asbesto. In particolare, sono emersi settori in cui la presenza del suddetto minerale era già nota, come nei cantieri navali, in edilizia, in idraulica ed in agricoltura.

La distribuzione geografica dei casi all'interno delle Marche, infine, oltre a confermare la presenza di alcuni importanti "siti di amianto" dislocati prevalentemente lungo la costa (Pesaro, Fano, Senigallia, Ancona, Civitanova) dove, dal dopoguerra in poi si sono concentrate alcune attività cantieristiche navali, di demolizione di carrozze ferroviarie, di produzione di cemento-amianto e manufatti in cemento-amianto, suggerisce l'esistenza di altre limitate fonti di esposizione regionale (Ascoli Piceno, Macerata, Fabriano e Jesi) da individuare anche all'interno del territorio e da tenere sotto controllo.

4.3 GLI SCREENING

Lo screening citologico nella Regione Marche: i risultati della survey GISCI/ONS 2006

Screening citologico: estensione degli inviti (pop 25-64 anni), per Zona Territoriale. Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	Popolazione	Popolazione bersaglio/anno	N° invitate	% Estensione
1	Pesaro	42.084	14.028	12.573	89,6
2	Urbino	21.684	7.228	6.367	88,1
3	Fano	36.986	12.329	9.766	79,2
4	Senigallia	21.059	7.020	5.808	82,7
5	Jesi	28.262	9.421	9.491	100,7
6	Fabriano	12.623	4.208	934	22,2
7	Ancona	68.692	22.897	42.367	185,0
8	Civitanova	31.978	10.659	7.079	66,4
9	Macerata	35.952	11.984	12.823	107,0
10	Camerino	12.700	4.233	3.957	93,5
11	Fermo	43.208	14.403	15.533	107,8
12	S. Benedetto	28.462	9.487	7.294	76,9
13	Ascoli**	32.072	10.691	9.136	85,5
	Marche	415.762	138.587	143.128	103,3

** dato complessivo: la ZT non ha fornito le informazioni per classe di età

Fonte:

pop target 2005: è la pop ISTAT all'1-01-05

n° invitate 2005: pop invitata tra 25-64 anni dichiarata da ciascuna Zona Territoriale, survey GISCI 2006

Il programma organizzato di screening dei tumori del collo dell'utero è partito in tutte le Zone territoriali nell'arco temporale dei 12 mesi del 2001.

Il Pap Test di screening viene offerto a tutte le donne residenti con la seguente periodicità 0, 1, 3 anni.

L'offerta sistematica del test di screening a tutta la popolazione bersaglio si definisce "round" o "passaggio di screening".

Lo standard prevede per lo screening a regime che si inviti, ogni anno, un terzo della popolazione target cioè il 100% della popolazione bersaglio divisa per il triennio della periodicità consigliata.

Nella nostra Regione però l'indicatore estensione è difficilmente calcolabile e valutabile in quanto: la peculiare periodicità dell'invito (tempi: 0;1;3) e il fatto che, al momento, non è possibile separare il dato riguardante il 1° invito (fatto al tempo 0) da quello fatto in tempi successivi (2° test ad un anno di distanza e test successivo a 3 anni se entrambi i precedenti risultano negativi) non permettono di capire se ogni anno 1/3 delle donne aventi diritto sia stata invitata per la prima volta ed anche se alla fine del triennio alla intera popolazione bersaglio si sia potuta offrire questa opportunità.

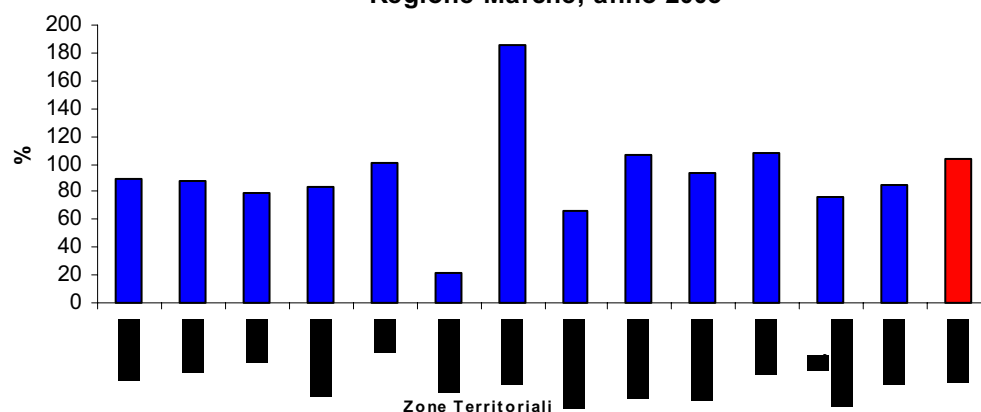
Nel 2005 il 34,4% della popolazione femminile di età 25-64 anni (tra invito al tempo 0 ed inviti successivi) è stata invitata a sottoporsi al pap test di screening.

Il dato italiano 2004 (l'ultimo disponibile) è pari al 27,2%.

Screening citologico: % inviti (pop 25-64 anni), per Zona Territoriale. Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	Popolazione	N° invitate	% inviti	Standard
1	Pesaro	42.084	12.573	29,9	33
2	Urbino	21.684	6.367	29,4	33
3	Fano	36.986	9.766	26,4	33
4	Senigallia	21.059	5.808	27,6	33
5	Jesi	28.262	9.491	33,6	33
6	Fabriano	12.623	934	7,4	33
7	Ancona	68.692	42.367	61,7	33
8	Civitanova	31.978	7.079	22,1	33
9	Macerata	35.952	12.823	35,7	33
10	Camerino	12.700	3.957	31,2	33
11	Fermo	43.208	15.533	35,9	33
12	S. Benedetto	28.462	7.294	25,6	33
13	Ascoli**	32.072	9.136	28,5	33
	Marche	415.762	143.128	34,4	33

Estensione inviti (n°invitate/pop bersaglio 25-64aa). Regione Marche, anno 2005



Screening citologico: % adesione all'invito (pop 25-64 anni), per Zona Territoriale. Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	N° invitate	N° aderenti	% adesione
1	Pesaro	12.573	3.566	28,4
2	Urbino	6.367	3.455	54,3
3	Fano	9.766	4.778	48,9
4	Senigallia	5.808	4.376	75,3
5	Jesi	9.491	2.652	27,9
6	Fabriano	934	243	26,0
7	Ancona	42.367	7.864	18,6
8	Civitanova	7.079	2.928	41,4
9	Macerata*	12.823	3.898	30,4
10	Camerino	3.957	2.547	64,4
11	Fermo	15.533	2.570	16,5
12	S. Benedetto	7.294	2.634	36,1
13	Ascoli**	9.136	5.824	63,7
	Regione Marche	143.128	47.335	33,1

* nel dato delle aderenti sono comprese anche le adesioni spontanee: la ZT non riesce a scomporre le 2 informazioni

** dato complessivo: la ZT non ha fornito le informazioni per classe di età

Fonte:

n°invitate 2005: pop invitata tra 25-64 anni dichiarata da ciascuna Zona Territoriale, survey GISCI 2006

n°aderenti 2005: pop aderente tra 25-64 anni dichiarata da ciascuna Zona Territoriale, survey GISCI 2006

L'adesione al programma di screening è un indicatore che esprime la proporzione di donne, che si sottopongono al test di screening, tra quelle che sono state invitate in un certo periodo.

A livello nazionale non esiste uno standard di adesione all'invito. Esistono invece degli standard regionali: ad esempio per la regione Piemonte sono i seguenti: accettabile $\geq 40\%$; desiderabile $\geq 60\%$.

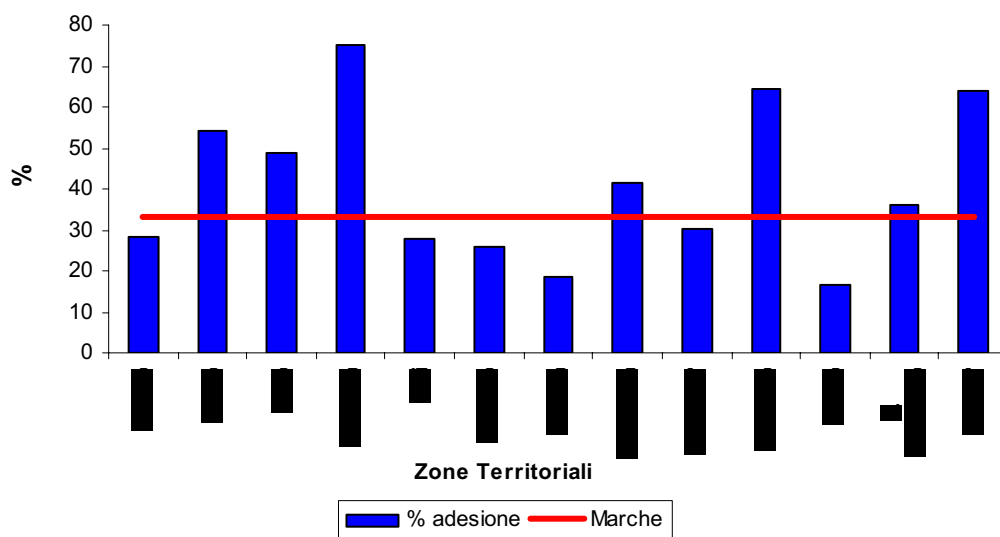
Nel 2005 l'adesione complessiva della regione Marche è pari al 33,1%. Tuttavia si registrano valori di adesione superiori al 50% a Urbino, Senigallia, Camerino ed Ascoli.

Il dato italiano 2005 (l'ultimo disponibile) è pari al 36,7%.

Screening citologico: % adesione all'invito (pop 25-64 anni), per Zona Territoriale. Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	% adesione	Marche
1	Pesaro	28,4	33,1
2	Urbino	54,3	33,1
3	Fano	48,9	33,1
4	Senigallia	75,3	33,1
5	Jesi	27,9	33,1
6	Fabriano	26,0	33,1
7	Ancona	18,6	33,1
8	Civitanova	41,4	33,1
9	Macerata*	30,4	33,1
10	Camerino	64,4	33,1
11	Fermo	16,5	33,1
12	S. Benedetto	36,1	33,1
13	Ascoli**	63,7	33,1

% adesione all'invito (pop 25-64aa), per Zona Territoriale. Regione Marche, anno 2006



Screening del carcinoma cervicale: n° donne screenate. Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	Popolazione bersaglio/anno	donne screenate	% donne screenate
1	Fabriano	4.208	250	5,94
2	Fermo	14.403	2.863	19,88
3	S. Benedetto	9.487	2.723	28,70
4	Macerata	11.984	4.085	34,09
5	Civitanova	10.659	3.856	36,17
6	Pesaro	14.028	5.759	41,05
7	Ancona	22.897	10.319	45,07
8	Fano	12.329	5.790	46,96
9	Urbino	7.228	4.414	61,07
10	Camerino	4.233	2.595	61,30
11	Senigallia	7.020	4.570	65,10
12	Ascoli	10.691	8.127	76,02
13	Jesi	9.421	np	nc
Regione Marche		138.587	55.351	39,94

Fonte: Survey GISCI, 2006

Screening del carcinoma cervicale: distribuzione dei risultati citologici (N). Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	K	HSIL	LSIL	ASC-H/ ASC-US	Cellule Ghiandolari Atipiche (AGC)	NEG per lesioni intraepiteliali	Insoddisfacente	TOT
1	Pesaro	1	11	16	9	0	5.708	14	5.759
2	Urbino	0	18	24	10	0	4.335	27	4.414
3	Fano	0	27	38	19	0	5.455	251	5.790
4	Senigallia	1	4	9	27	0	4.516	13	4.570
5	Jesi	np	np	np	np	np	np	np	nc
6	Fabriano	0	0	0	0	0	249	1	250
7	Ancona	1	14	18	36	0	10.250	52	10.371
8	Civitanova	0	6	73	173	3	3.540	61	3.856
9	Macerata	0	17	87	151	6	3.730	94	4.085
10	Camerino	0	4	23	93	0	2.450	136	2.706
11	Fermo	0	1	6	1	0	2.855	0	2.863
12	S. Benedetto	1	3	4	12	0	2.667	36	2.723
13	Ascoli	1	7	19	37	0	8.040	23	8.127
Regione Marche		5	112	317	568	9	53.795	708	55.514

Fonte: Survey GISCI, 2006

Screening del carcinoma cervicale: distribuzione dei risultati citologici (%). Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	K	HSIL	LSIL	ASC-H/ ASC-US	Cellule Ghiandolari Atipiche (AGC)	NEG per lesioni intraepiteliali	Insoddisfacente	TOT
1	Pesaro	0,02	0,2	0,3	0,2	0,00	99,1	0,2	100,0
2	Urbino	0,00	0,4	0,5	0,2	0,00	98,2	0,6	100,0
3	Fano	0,00	0,5	0,7	0,3	0,00	94,2	4,3	100,0
4	Senigallia	0,02	0,1	0,2	0,6	0,00	98,8	0,3	100,0
5	Jesi	np	np	np	np	np	np	np	nc
6	Fabriano	0,00	0,0	0,0	0,0	0,00	99,6	0,4	100,0
7	Ancona	0,01	0,1	0,2	0,3	0,00	98,8	0,5	100,0
8	Civitanova	0,00	0,2	1,9	4,5	0,08	91,8	1,6	100,0
9	Macerata	0,00	0,4	2,1	3,7	0,15	91,3	2,3	100,0
10	Camerino	0,00	0,1	0,8	3,4	0,00	90,5	5,0	100,0
11	Fermo	0,00	0,0	0,2	0,0	0,00	99,7	0,0	100,0
12	S. Benedetto	0,04	0,1	0,1	0,4	0,00	97,9	1,3	100,0
13	Ascoli	0,01	0,1	0,2	0,5	0,00	98,9	0,3	100,0
Regione Marche		0,01	0,2	0,6	1,0	0,02	96,9	1,3	100,0

Fonte: Survey GISCI, 2006

Gli standard relativi alla proporzione di esiti insoddisfacenti sono: accettabile < 6%; desiderabile <4%: la fonte è la regione Piemonte. Gli indicatori GISCI parlano infatti di esito inadeguato indicando i seguenti standard (accettabile < 7%; desiderabile <5%.

Nelle Marche nel 2005 la proporzione di esiti citologici insoddisfacenti è pari all'1,3%. In 10 Zone Territoriali, su 12 per cui è disponibile il dato, viene ampiamente raggiunto lo standard di desiderabilità.

Nella survey GISCI 2005 la % nazionale di donne con citologico "insoddisfacente" è pari al 3,1%

Screening del carcinoma cervicale: distribuzione dei motivi di ripetizione della citologia (N). Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	Insoddisfacent e	LSIL	ASC-US	AGC	ASCH-H	Altro	N° donne con indicazione alla ripetizione
1	Pesaro	np	np	np	np	np	np	np
2	Urbino	np	np	np	np	np	np	np
3	Fano	246	0	0	0	0	5	251
4	Senigallia	13	4	9	0	1	111	138
5	Jesi	np	np	np	np	np	np	np
6	Fabriano	1	0	0	0	0	0	1
7	Ancona	52	0	0	0	0	236	288
8	Civitanova	61	73	1	3	172	6	316
9	Macerata	94	87	161	6	0	17	365
10	Camerino	136	0	30	0	0	0	166
11	Fermo	0	6	1	0	0	0	7
12	S. Benedetto	36	4	7	0	5	4	56
13	Ascoli	23	19	0	0	37	0	79
Regione Marche		662	193	209	9	215	379	1.667

Fonte: Survey GISCI, 2006

Screening del carcinoma cervicale: distribuzione della ripetizione della citologia (%). Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	N° donne con indicazione alla ripetizione	N° screenate	% indicazione ripetizione
1	Pesaro	np	5.759	nc
2	Urbino	np	4.414	nc
3	Fano	251	5.790	4,3
4	Senigallia	138	4.570	3,0
5	Jesi	np	np	np
6	Fabriano	1	250	0,4
7	Ancona	288	10.319	2,8
8	Civitanova	316	3.856	8,2
9	Macerata	365	4.085	8,9
10	Camerino	166	2.595	6,4
11	Fermo	7	2.863	0,2
12	S. Benedetto	56	2.723	2,1
13	Ascoli	79	8.127	1,0
Regione Marche		1.667	55.351	
ZT 3-4-6-7-8-9-10-11-12-13		1.667	45.178	3,7

Nel 2005 nella regione Marche 1.667 donne su 55.351 screenate hanno avuto la raccomandazione alla ripetizione della citologia. Tuttavia la % complessiva regionale non può essere calcolata in quanto non tutte le Zone Territoriali hanno fornito le informazioni.

Per le 10 Zone Territoriali (su 13), di cui disponiamo dei numeratori e dei denominatori, tale percentuale è pari al 3,7%. Nella survey GISCI 2005 la % nazionale di donne a cui è stata raccomandata la ripetizione della citologia è pari al 6,1%

Screening del carcinoma cervicale: compliance alla ripetizione della citologia (%). Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	N° donne con citologia ripetuta	N° donne con indicazione alla ripetizione	% ripetizione
1	Pesaro	np	np	nc
2	Urbino	np	np	nc
3	Fano	166	251	66,14
4	Senigallia	101	138	73,19
5	Jesi	np	np	nc
6	Fabriano	0	1	-
7	Ancona	np	288	nc
8	Civitanova	np	316	nc
9	Macerata	np	365	nc
10	Camerino	np	166	nc
11	Fermo	np	7	nc
12	S. Benedetto	35	56	62,50
13	Ascoli	70	79	88,61
Regione Marche		372	1.667	

ZT 3-4-6-12-13	389	525	74,1
-----------------------	------------	------------	-------------

Fonte: Survey GISCI, 2006

Nel 2005 nella regione Marche 389 donne su 1.667 con raccomandazione alla ripetizione della citologia hanno ripetuto il test. Tuttavia la % regionale complessiva non può essere calcolata in quanto non tutte le Zone Territoriali hanno fornito le informazioni.

Per le 5 Zone Territoriali (su 13), di cui disponiamo dei numeratori e dei denominatori, tale percentuale è pari al 74,1%.

Negli indicatori GISCI lo standard relativo alla % di donne non aderenti all'indicazione di ripetere il pap-test è indicato in < 5%.

Il dato nazionale della compliance alla ripetizione della citologia nella survey 2005 è pari al 61,1%

Screening del carcinoma cervicale: distribuzione degli invii in colposcopia (N): "Referral Rate". Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	citologia di ca invasivo	citologia di HSIL	citologia di LSIL	ASC-H	AGC	ASC-US	Altro	Tot
1	Pesaro	1	11	16	9	0	0	93	130
2	Urbino	0	18	24	8	0	0	20	70
3	Fano	0	25	33	16	0	0	15	89
4	Senigallia	0	4	9	1	0	26	1	41
5	Jesi	np	np	np	np	np	np	np	nc
6	Fabriano	np	np	np	np	np	np	np	nc
7	Ancona	1	14	18	36	0	0	0	69
8	Civitanova	0	6	73	172	0	1	0	252
9	Macerata	0	15	21	0	8	90	0	134
10	Camerino	0	4	23	0	0	27	0	54
11	Fermo	0	1	6	0	0	1	0	8
12	S. Benedetto	1	3	3	5	0	7	0	19
13	Ascoli	1	7	19	0	0	37	115	179
Regione Marche		4	108	245	247	8	189	244	1.045

Fonte: Survey GISCI, 2006

Nel 2005 nella regione Marche 1.045 donne su 55.351 screenate sono state avviate all'esame di approfondimento diagnostico: la colposcopia.

Lo standard GISCI desiderabile per questo indicatore è pari a <3%; gli standard della regione Piemonte sono i seguenti: accettabile <=5%; desiderabile <=3,5%.

La percentuale complessiva regionale di invio in colposcopia o "Referral Rate" non può essere calcolata in quanto non tutte le Zone Territoriali hanno fornito le informazioni.

Per le 11 Zone Territoriali (su 13), di cui disponiamo dei numeratori e dei denominatori, tale percentuale è pari al 1,9%.

In 9 su 11 Zone territoriali viene rispettato ampiamente lo standard GISCI desiderabile.

Il dato nazionale relativo alla survey 2005 è pari al 2,5%

Screening del carcinoma cervicale: distribuzione degli invii in colposcopia (%), "Referral Rate", per tutte le classi citologiche sul totale delle donne screenate. Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	Tot donne inviate in colposcopia	donne screenate	% invio
1	Pesaro	130	5.759	2,3
2	Urbino	70	4.414	1,6
3	Fano	89	5.790	1,5
4	Senigallia	41	4.570	0,9
5	Jesi	np	np	nc
6	Fabriano	np	250	nc
7	Ancona	69	10.319	0,7
8	Civitanova	252	3.856	6,5
9	Macerata	134	4.085	3,3
10	Camerino	54	2.595	2,1
11	Fermo	8	2.863	0,3
12	S. Benedetto	19	2.723	0,7
13	Ascoli	179	8.127	2,2
Regione Marche		1.045	55.351	

Fonte: Survey GISCI, 2006

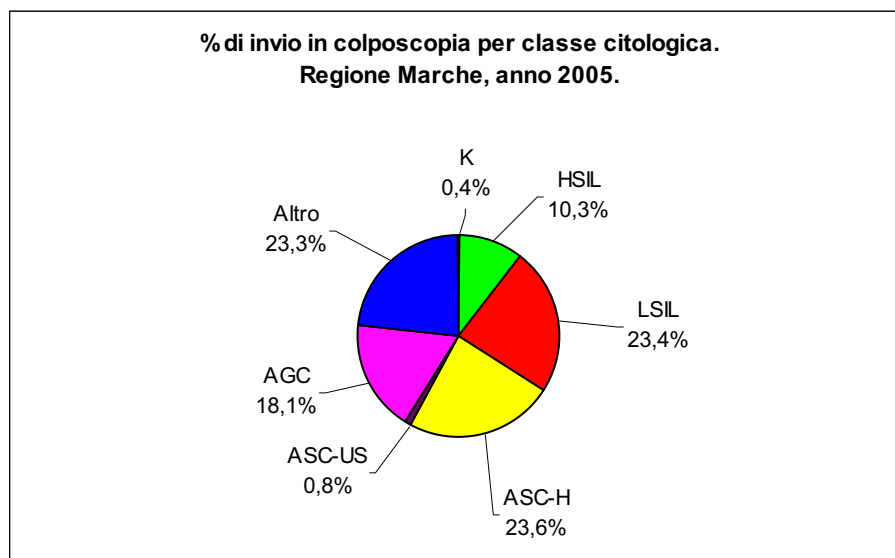
ZT: 7-8-9-10-11-12-13	1-2-3-4-	1.045	55.101	1,9
---------------------------------	----------	--------------	---------------	------------

Percentuale di invio in colposcopia per classe citologica. Regione Marche, anno 2005

Citologia	N° casi	%
K	4	0,4
HSIL	108	10,3
LSIL	245	23,4
ASC-H	247	23,6
ASC-US	8	0,8
AGC	189	18,1
Altro	244	23,3
Tot	1.045	100,0

Fonte: Survey GISCI, 2006

ASC-H, ASC-US, AGC	444	42,5
-----------------------------------	-----	------



Screening del carcinoma cervicale: distribuzione degli invii in colposcopia (N): "Referral Rate". Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	citologia di ca invasivo	citologia di HSIL	citologia di LSIL	ASC-H	AGC	ASC-US	Altro	Tot
1	Pesaro	0,02	0,19	0,28	0,16	0	0	1,61	2,26
2	Urbino	0	0,41	0,54	0,18	0	0	0,45	1,59
3	Fano	0	0,43	0,57	0,28	0	0	0,26	1,54
4	Senigallia	0	0,09	0,20	0,02	0	0,57	0,02	0,90
5	Jesi	np	np	np	np	np	np	np	nc
6	Fabriano	np	np	np	np	np	np	np	nc
7	Ancona	0,01	0,14	0,17	0,35	0	0	0	0,67
8	Civitanova	0	0,16	1,89	4,46	0	0,03	0	6,54
9	Macerata	0	0,37	0,51	0	0,20	2,20	0	3,28
10	Camerino	0	0,15	0,89	0	0	1,04	0	2,08
11	Fermo	0	0,03	0,21	0	0	0,03	0	0,28
12	S. Benedetto	0,04	0,11	0,11	0,18	0	0,26	0	0,70
13	Ascoli	0,01	0,09	0,23	0	0	0,46	1,42	2,20
Regione Marche									

Fonte: Survey GISCI, 2006

Nel 2005 nella regione Marche 1.045 donne su 55.351 screenate sono state avviate all'esame di approfondimento diagnostico: la colposcopia.

Lo standard GISCI desiderabile per questo indicatore è pari a <3%; gli standard della regione Piemonte sono i seguenti: accettabile <=5%; desiderabile <=3,5%.

La percentuale complessiva regionale di invio in colposcopia o "Referral Rate" non può essere calcolata in quanto non tutte le Zone Territoriali hanno fornito le informazioni.

Per le 11 Zone Territoriali (su 13), di cui disponiamo dei numeratori e dei denominatori, tale percentuale è pari al 1,9%.

In 9 su 11 Zone territoriali viene rispettato ampiamente lo standard GISCI desiderabile.

Il dato nazionale relativo alla survey 2005 è pari al 2,5%

Screening del carcinoma cervicale: distribuzione degli invii in colposcopia (%), "Referral Rate", per tutte le classi citologiche sul totale delle donne screenate. Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	Tot donne inviate in colposcopia	donne screenate	% invio
1	Pesaro	130	5.759	2,26
2	Urbino	70	4.414	1,59
3	Fano	89	5.790	1,54
4	Senigallia	41	4.570	0,90
5	Jesi	np	np	nc
6	Fabriano	np	250	nc
7	Ancona	69	10.319	0,67
8	Civitanova	252	3.856	6,54
9	Macerata	134	4.085	3,28
10	Camerino	54	2.595	2,08
11	Fermo	8	2.863	0,28
12	S. Benedetto	19	2.723	0,70
13	Ascoli	179	8.127	2,20
Regione Marche		1.045	55.351	

Fonte: Survey GISCI, 2006

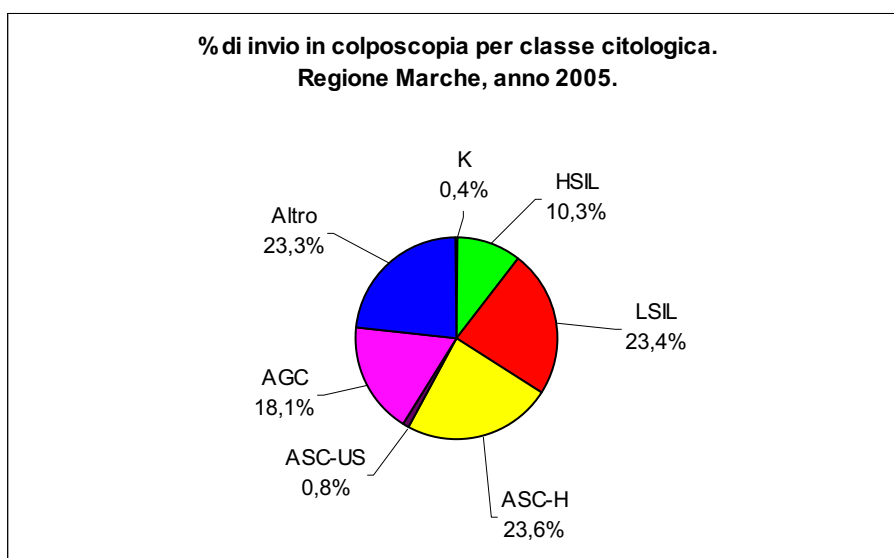
ZT: 1-2-3-4-7-8-9-10-11-12-13	1.045	55.101	1,9
--	--------------	---------------	------------

Percentuale di invio in colposcopia per classe citologica. Regione Marche, anno 2005

Citologia	N° casi	%
K	4	0,4
HSIL	108	10,3
LSIL	245	23,4
ASC-H	247	23,6
ASC-US	8	0,8
AGC	189	18,1
Altro	244	23,3
Tot	1.045	100,0

Fonte: Survey GISCI, 2006

ASC-H, ASC-US, AGC	444	42,5
-----------------------------------	-----	------



Screening del carcinoma cervicale: distribuzione degli invii in colposcopia (N): "Referral Rate". Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	citologia di ca invasivo	citologia di HSIL	citologia di LSIL	ASC-H	AGC	ASC-US	Altro	Tot
1	Pesaro	0,02	0,19	0,28	0,16	0	0	1,61	2,26
2	Urbino	0	0,41	0,54	0,18	0	0	0,45	1,59
3	Fano	0	0,43	0,57	0,28	0	0	0,26	1,54
4	Senigallia	0	0,09	0,20	0,02	0	0,57	0,02	0,90
5	Jesi	np	np	np	np	np	np	np	nc
6	Fabriano	np	np	np	np	np	np	np	nc
7	Ancona	0,01	0,14	0,17	0,35	0	0	0	0,67
8	Civitanova	0	0,16	1,89	4,46	0	0,03	0	6,54
9	Macerata	0	0,37	0,51	0	0,20	2,20	0	3,28
10	Camerino	0	0,15	0,89	0	0	1,04	0	2,08
11	Fermo	0	0,03	0,21	0	0	0,03	0	0,28
12	S. Benedetto	0,04	0,11	0,11	0,18	0	0,26	0	0,70
13	Ascoli	0,01	0,09	0,23	0	0	0,46	1,42	2,20
Regione Marche									

Fonte: Survey GISCI, 2006

Nel 2005 nella regione Marche 1.045 donne su 55.351 screenate sono state avviate all'esame di approfondimento diagnostico: la colposcopia.

Lo standard GISCI desiderabile per questo indicatore è pari a <3%; gli standard della regione Piemonte sono i seguenti: accettabile <=5%; desiderabile <=3,5%.

La percentuale complessiva regionale di invio in colposcopia o "Referral Rate" non può essere calcolata in quanto non tutte le Zone Territoriali hanno fornito le informazioni.

Per le 11 Zone Territoriali (su 13), di cui disponiamo dei numeratori e dei denominatori, tale percentuale è pari al 1,9%.

In 9 su 11 Zone territoriali viene rispettato ampiamente lo standard GISCI desiderabile.

Il dato nazionale relativo alla survey 2005 è pari al 2,5%

Screening del carcinoma cervicale: distribuzione degli invii in coloscopia (%), "Referral Rate", per tutte le classi citologiche sul totale delle donne screenate. Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	Tot donne inviate in coloscopia	donne screenate	% invio
1	Pesaro	130	5.759	2,26
2	Urbino	70	4.414	1,59
3	Fano	89	5.790	1,54
4	Senigallia	41	4.570	0,90
5	Jesi	np	np	nc
6	Fabriano	np	250	nc
7	Ancona	69	10.319	0,67
8	Civitanova	252	3.856	6,54
9	Macerata	134	4.085	3,28
10	Camerino	54	2.595	2,08
11	Fermo	8	2.863	0,28
12	S. Benedetto	19	2.723	0,70
13	Ascoli	179	8.127	2,20
Regione Marche		1.045	55.351	

Fonte: Survey GISCI, 2006

ZT: 1-2-3-4-7-8-9-10-11-12-13	1.045	55.101	1,9
--------------------------------------	--------------	---------------	------------

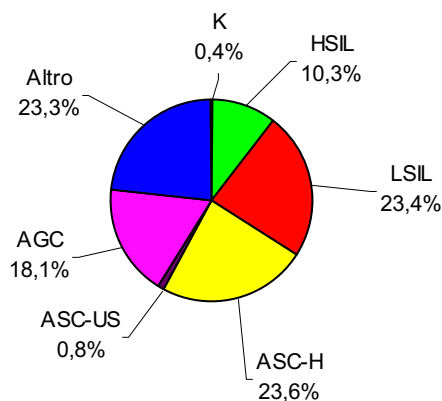
Percentuale di invio in coloscopia per classe citologica. Regione Marche, anno 2005

Citologia	N° casi	%
K	4	0,4
HSIL	108	10,3
LSIL	245	23,4
ASC-H	247	23,6
ASC-US	8	0,8
AGC	189	18,1
Altro	244	23,3
Tot	1.045	100,0

Fonte: Survey GISCI, 2006

ASC-H, ASC-US, AGC	444	42,5
---------------------------	-----	------

% di invio in coloscopia per classe citologica. Regione Marche, anno 2005.

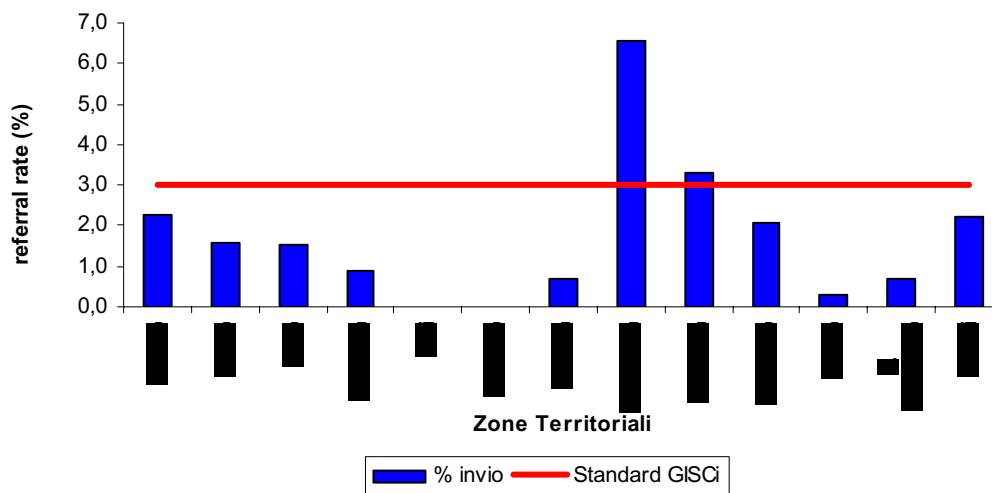


Screening del carcinoma cervicale: distribuzione degli invii in coloscopia (%), "Referral Rate", per tutte le classi citologiche sul totale delle donne screenate. Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	% invio	Standard GISCI
1	Pesaro	2,3	2,99
2	Urbino	1,6	2,99
3	Fano	1,5	2,99
4	Senigallia	0,9	2,99
5	Jesi	nc	2,99
6	Fabriano	nc	2,99
7	Ancona	0,7	2,99
8	Civitanova	6,5	2,99
9	Macerata	3,3	2,99
10	Camerino	2,1	2,99
11	Fermo	0,3	2,99
12	S. Benedetto	0,7	2,99
13	Ascoli	2,2	2,99

Fonte: Survey GISCI, 2006

% invio in coloscopia per tutte le classi citologiche sul totale delle donne screenate, per ZT. Regione Marche, anno 2005



Screening del carcinoma cervicale: compliance alla Coloscopia per tutte HSIL+. Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	coloscopie		%
		effettuate	invii	
1	Pesaro	12	12	100
2	Urbino	17	18	94,4
3	Fano	19	25	76
4	Senigallia	4	4	100
5	Jesi	np	np	nc
6	Fabriano	np	np	nc
7	Ancona	15	15	100
8	Civitanova	np	6	nc
9	Macerata	14	15	93,3
10	Camerino	4	4	100
11	Fermo	np	1	nc
12	S. Benedetto	4	4	100
13	Ascoli	np	8	nc
	Marche	89	801	

Fonte: Survey GISCI, 2006

ZT:	1-2-3-4-7-9-			
10-12		89	97	91,8

Nel 2005 nella regione Marche 431 donne, su 801 avviate all'esame di approfondimento diagnostico, hanno effettuato la colposcopia.

Gli standard GISCI accettabile e desiderabile per questo indicatore sono rispettivamente pari a $\geq 90\%$ ed a $\geq 95\%$.

La percentuale complessiva regionale di invio in colposcopia o "Referral Rate" non può essere calcolata in quanto non tutte le Zone Territoriali hanno fornito le informazioni.

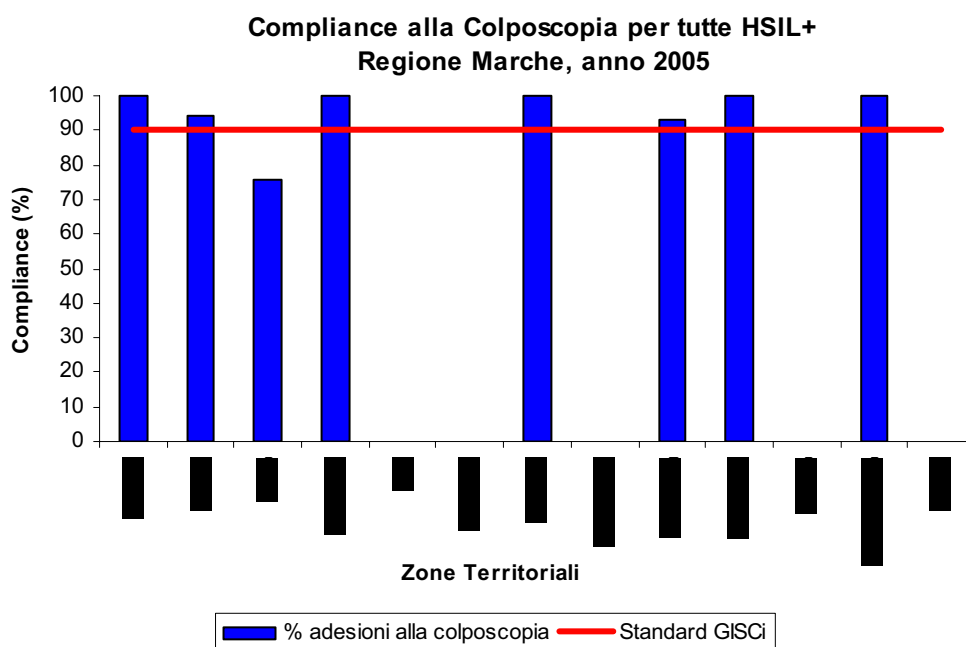
Per le 8 Zone Territoriali (su 13), di cui disponiamo dei numeratori e dei denominatori, tale percentuale è pari al 91,8%.

In 7 di queste 8 Zone territoriali viene ampiamente rispettato lo standard GISCI accettabile.

Il dato nazionale relativo alla survey 2005 è pari al 90,02%

Screening del carcinoma cervicale: compliance alla Colposcopia per tutte HSIL+. Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	% adesioni alla colposcopia	Standard GISCI
1	Pesaro	100	90
2	Urbino	94,4	90
3	Fano	76,0	90
4	Senigallia	100	90
5	Jesi	nc	90
6	Fabriano	nc	90
7	Ancona	100	90
8	Civitanova	nc	90
9	Macerata	93,3	90
10	Camerino	100	90
11	Fermo	nc	90
12	S. Benedetto	100	90
13	Ascoli	nc	90



Screening del carcinoma cervicale: compliance alla Colposcopia per tutte ASCUS+. Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	colposcopia		%
		effettuate	invii	
1	Pesaro	37	37	100
2	Urbino	32	50	64
3	Fano	63	74	85,1
4	Senigallia	40	40	100
5	Jesi	np	np	nc
6	Fabriano	np	np	nc
7	Ancona	67	69	97,1
8	Civitanova	np	252	nc
9	Macerata	127	134	94,8
10	Camerino	46	54	85,2
11	Fermo	np	8	nc
12	S. Benedetto	19	19	100
13	Ascoli	np	64	nc
	Marche	431	801	

Fonte: Survey GISCI, 2006

ZT: 1-2-3-4-7-9-10-12	431	477	90,4
------------------------------	------------	------------	-------------

Nel 2005 nella regione Marche 431 donne, su 801 avviate all'esame di approfondimento diagnostico, hanno effettuato la colposcopia.

Gli standard GISCI accettabile e desiderabile per questo indicatore sono rispettivamente pari a $\geq 80\%$ ed a $\geq 90\%$.

La percentuale complessiva regionale di invio in colposcopia o "Referral Rate" non può essere calcolata in quanto non tutte le Zone Territoriali hanno fornito le informazioni.

Per le 8 Zone Territoriali (su 13), di cui disponiamo dei numeratori e dei denominatori, tale percentuale è pari al 90,4%.

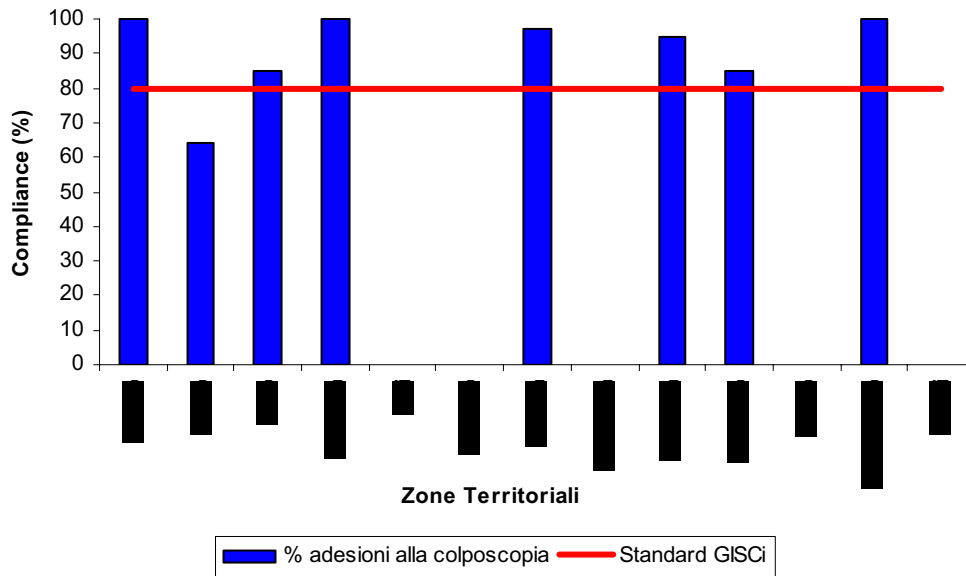
In 7 di queste 8 Zone territoriali viene ampiamente rispettato lo standard GISCI accettabile.

Il dato nazionale relativo alla survey 2005 è pari all'84,7%

Screening del carcinoma cervicale: compliance alla Colposcopia per tutte ASCUS+. Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	% adesioni alla colposcopia	Standard GISCI
1	Pesaro	100	80
2	Urbino	64	80
3	Fano	85,1	80
4	Senigallia	100	80
5	Jesi	nc	80
6	Fabriano	nc	80
7	Ancona	97,1	80
8	Civitanova	nc	80
9	Macerata	94,8	80
10	Camerino	85,2	80
11	Fermo	nc	80
12	S. Benedetto	100	80
13	Ascoli	nc	80

**Compliance alla Colposcopia per tutte ASCUS+
Regione Marche, anno 2005**



Screening del carcinoma cervicale: lesioni citologiche CIN2+ riscontrate, per Zona Territoriale. Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	Ca invasivo	Adeno Ca in situ	CIN3	CIN2	Totale
1	Pesaro	0	0	4	6	10
2	Urbino	0	1	7	5	13
3	Fano	0	0	4	7	11
4	Senigallia	1	0	3	5	9
5	Jesi	np	np	np	np	nc
6	Fabriano	np	np	np	np	np
7	Ancona	np	np	np	np	np
8	Civitanova	np	np	np	np	np
9	Macerata	np	np	np	np	np
10	Camerino	np	np	np	np	np
11	Fermo	np	np	np	np	np
12	S. Benedetto	0	0	2	1	3
13	Ascoli	np	np	np	np	np
Regione Marche		1	1	20	24	46

Fonte: Survey GISCi, 2006

Valore predittivo positivo del pap-test (VPP) (%) per lesioni istologiche CIN2+ tra le donne che hanno eseguito la colposcopia per citologia ASCUS+ Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	N°istologie CIN2+	N° citologie ASCUS+	%
1	Pesaro	8	18	44,4
2	Urbino	13	32	40,6
3	Fano	11	54	20,4
4	Senigallia	8	40	20,0
5	Jesi	np	np	nc
6	Fabriano	np	np	nc
7	Ancona	np	67	nc
8	Civitanova	np	np	nc
9	Macerata	np	127	nc
10	Camerino	np	46	nc
11	Fermo	np	np	nc
12	S. Benedetto	3	19	15,8
13	Ascoli	np	np	nc
Regione Marche		43	403	

Fonte: Survey GISCi, 2006

Il Valore Predittivo Positivo è l'indicatore che informa su quanto il sospetto diagnostico ottenuto dal test di screening di primo livello sia effettivamente confermato istologicamente. Esso viene calcolato sulle lesioni CIN2 o superiori, in rapporto al numero di donne sottoposte a colposcopia per diagnosi citologica ASCUS o superiori.

In base ai dati disponibili nel 2005 nelle Marche, alle 431 donne inviate in colposcopia per citologia ASCUS o superiori sono state riscontrate nel complesso 43 lesioni di grado CIN 2 o superiori:

1 caso di ca invasivo; 1 caso di adenocarcinoma in situ; 18 casi di CIN3; 23 casi di CIN2.

Il valore predittivo positivo, complessivo delle 5 Zone Territoriali di cui si dispongono dei numeratori e dei denominatori, è pari al 26,4%.

Il dato regionale 2004 della Toscana è pari al 22,9%; quello del Piemonte è del 19%.

Nella survey GISCi 2005 il valore medio nazionale è pari al 15,5%.

Screening del carcinoma cervicale: Detection rate (DR) grezzo (x 1.000) per lesioni CIN2+ Regione Marche, anno 2005

N° ZT	Nome	N°istologie CIN2+	donne screenate	DR CIN2+
1	Pesaro	10	5.759	1,7
2	Urbino	13	4.414	2,9
3	Fano	11	5.790	1,9
4	Senigallia	9	4.570	2,0
5	Jesi	np	np	nc
6	Fabriano	np	250	nc
7	Ancona	np	10.319	nc
8	Civitanova	np	3.856	nc
9	Macerata	np	4.085	nc
10	Camerino	7	2.595	2,7
11	Fermo	np	2.863	nc
12	S. Benedetto	3	2.723	1,1
13	Ascoli	np	8.127	nc
Regione Marche		46	55.351	
ZT 1-2-3-4-10-12		53	25.851	2,1

Fonte: Survey GISCi, 2006

Complessivamente nel 2005 nella regione Marche, in base ai dati disponibili, su 55.351 donne screenate sono state riscontrate 46 lesioni istologiche CIN2 o maggiori.

Il tasso di identificazione o "Detection Rate (D.R.)" calcolato per le 5 Zone Territoriali (su 13) di cui si dispone del numeratore e del denominatore corrisponde a: 2 lesioni CIN2+ ogni 1.000 screenate.

Il valore regionale del Piemonte nel 2004 è pari all'1,6 per 1.000; quello della regione Toscana è pari al 3 per 1.000.

Nella survey GISCi 2005 il valore medio nazionale corrisponde al 2,7 per 1.000

Lo screening mammografico nella Regione Marche: i risultati della survey GISMa/ONS 2006

Introduzione

- La legge 26 maggio 2004, n. 138 all'articolo 2bis, ha previsto interventi orientati alla prevenzione oncologica, attraverso il consolidamento dei programmi di screening di massa per il cancro del seno, della cervice uterina e la diffusione del programma di screening per il cancro del colon retto.
- Allo scopo di perseguire gli obiettivi della suddetta legge, nonché del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 di cui all'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005, il Ministero della Salute ha affidato all'Osservatorio Nazionale Screening, tra l'altro, il compito di monitorare le attività relative agli screening oncologici che le Regioni si sono impegnate a mettere in atto, al fine di raggiungere gli obiettivi della legge 138/04 stessa.
- Strumenti per questo monitoraggio sono le Survey nazionali che l'Osservatorio conduce attraverso la collaborazione dei seguenti Centri nazionali deputati alla rilevazione dati:

- il Centro Prevenzione Oncologica (CPO) Piemonte, per lo screening del cervicocarcinoma;
- il Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (CSPO) di Firenze, per lo screening mammografico;
- il Registro Tumori Romagna insieme con il Registro Tumori del Veneto, per lo screening del tumore del colon-retto.
- In pratica, ogni anno, le Regioni hanno l'obbligo di aderire a queste survey nazionali in modo da rispondere al debito informativo che esse hanno con il Ministero della Salute riguardo gli screening oncologici.
- Tutte le 13 Zone Territoriali della regione Marche hanno fornito (*in modo più o meno completo*) i dati per la survey 2006, che si riferiscono all'attività di screening mammografico effettuata nel 2005.

Questo ha permesso di:

- calcolare, a livello regionale, alcuni degli indicatori ricompresi nel manuale operativo denominato: "Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro della mammella", curato dal Gruppo Italiano per lo screening mammografico (GISMa);
- operare confronti per zona territoriale;
- operare confronti, quando possibile, tra dato regionale, dato nazionale e standard.

Tali confronti risultano fondamentali perché costituiscono un'importante base di conoscenza per una valutazione della corretta conduzione del programma e per la effettuazione di scelte volte a migliorare la qualità dei programmi stessi.

- E' nato così questo report che vuole raccogliere tutta l'informazione disponibile sui programmi di screening mammografico attivi, nella Regione Marche, nell'anno 2005.
- Nell'interpretazione dei risultati, ivi contenuti, è opportuno però tenere presente che:
 - i dati sono riassuntivi e derivano dall'insieme dei dati di programmi che sono a volte differenti per modelli organizzativi e gestionali;
 - molti programmi non sono stati in grado di separare i primi esami dagli esami ripetuti: in questo caso si è scelto di inserire i risultati, per omogeneità di elaborazione dati, nel gruppo degli esami ripetuti;
 - alcuni programmi non hanno fornito i dati separatamente per fasce di età quinquennali e questo ha reso difficoltoso fornire i risultati per la classe di età 50-69 anni considerata, dalle linee guida italiane ed europee, la fascia di età target per lo screening mammografico;
 - la maggioranza dei programmi non è riuscita a fornire i dati completi relativi ai casi diagnosticati, quindi i risultati diagnostici sono molto sottostimati rispetto alla situazione reale.

Punti di forza:

La stesura di questo report è stata possibile grazie al:

- grande lavoro svolto dagli operatori delle segreterie organizzative screening. Essi hanno operato, quasi sempre, in condizioni molto difficili caratterizzate da:
 - una frammentazione all'interno delle Zone Territoriali delle fonti detentrici dei dati (Unità Operative cliniche, Centri di Elaborazione Dati ecc...);
 - non chiarezza dei flussi informativi, con conseguente non ritorno informativo alle segreterie screening;
 - gravi carenze del software screening attualmente in uso;
- grande sforzo del livello regionale nell'"accompagnare" e supervisionare la raccolta dati e nel rendere infine coerenti tra loro i dati raccolti;
- aiuto fornito, al livello regionale, dagli operatori del GISMa. I dati riportati in questo report infatti sono il frutto di una intensa attività di verifica svolta tra il Coordinamento regionale del Progetto Screening Oncologici ed il GISMa. Attività, per altro, ancora in corso.

Punti di debolezza:

- Il problema della incompletezza delle informazioni sul numero dei casi identificati dal programma di screening e le inadeguate informazioni sui risultati diagnostici e terapeutici non permettono, al momento, di monitorare in modo opportuno la qualità di tutte le fasi del percorso di screening.
- Le cause di ciò risiedono nelle criticità, sopra-menzionate, riscontrate nell'attività di raccolta dati. Questa attività inoltre è a volte condotta da operatori "non sanitari" che devono districarsi invece tra numerose informazioni cliniche (stadiazione del tumore, grading ecc...) presenti nella scheda GISMa e che quindi risultano loro di difficile comprensione.
- Infine sembrerebbe che in alcune Zone Territoriali l'attività di raccolta dati sia appannaggio di un cospicuo numero di operatori senza un chiaro coordinamento e questo è un elemento di ulteriore confusione.

Conclusioni

- Per la prima volta, dal 2001, data di inizio del programma organizzato regionale di screening mammografico, la nostra Regione dispone di informazioni relative non solo all'estensione ed all'adesione dei programmi, ma anche alla diagnosi ed al trattamento terapeutico.
- Ciò ha permesso di confrontare tra loro le diverse performance zonali nell'ottica non di operare giudizi, quanto piuttosto di fornire/offrire informazioni utili per un possibile miglioramento.
- I dati riguardanti la diagnosi ed il trattamento, forniti dalle 13 Zone Territoriali, però sono ancora incompleti, di conseguenza il monitoraggio dell'intero percorso di screening risulta parziale.
- In particolare, spicca su tutto, l'informazione relativa al numero dei tumori diagnosticati dal programma (detection rate o tasso di identificazione totale), non fornita da 4 programmi su 13. Ne deriva che l'efficacia dello screening appare ancora grandemente sottostimata.
- Anche il Gruppo Italiano Screening Mammografico (GISMa) ha sottolineato la necessità di un miglioramento della completezza della rilevazione che contribuirebbe anche a dipanare dei dubbi sulla solidità di alcuni dati.
- Per far fronte allora alle molteplici criticità relative alla raccolta dati, sopra-menzionate, si ritiene che l'introduzione "formalizzata" della figura del referente epidemiologico zonale, in questa attività, possa apportare un importante contributo. Tale figura infatti per le specifiche competenze relative alla conduzione dei sistemi di sorveglianza potrebbe far chiarezza sui flussi informativi, controllare i dati, validare le informazioni. Tutte queste azioni quanto più sono svolte vicino alle fonti informative, tanto più risultano di più facile esecuzione.

Indicazioni riguardanti la formazione di gruppi di lavoro ad hoc per la raccolta dati, composti da operatori delle segreterie screening, referenti clinici, operatori CED e referente epidemiologico zonale, sono state date, dal Servizio Salute, ai Direttori di Zona, con lettera prot n°170944/S04/SOP/CMM del 24 luglio 2006, sono state ribadite dalla Direzione sanitaria dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale con lettera protocollo n° 8663/PB del 20 settembre 2006 e ancora dal Servizio Salute con lettera prot n° 218985/S04/SOP/CMM del 26 settembre 2006: "Obiettivi di budget 2006" e riformulate, sempre dal Servizio Salute", come proposte di obiettivi di budget per il 2007.

- Infine emerge chiaramente l'urgenza di dotarsi di un nuovo software informativo-gestionale adeguato a far fronte alle complesse esigenze informative ricomprese nel debito informativo nazionale. A questo proposito l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) ha indetto a novembre 2006 una gara pubblica per la realizzazione di un nuovo software a supporto delle attività di screening oncologico. Tale gara verrà aggiudicata a giugno 2007.

Tab.1 Screening mammografico: estensione degli inviti (50-69 anni), per Zona Territoriale. Regione Marche, anno 2005.

N° ZT	Nome	Popolazione	Popolazione invitata	% inviti
1	Pesaro	18.567	9.017	48,6
2	Urbino	9.555	3.889	40,7
3	Fano	16.519	6.474	39,2
4	Senigallia	9.802	2.460	25,1
5	Jesi	13.036	8.057	61,8
6	Fabriano	5.725	2.662	46,5
7	Ancona	31.637	9.627	30,4
8	Civitanova ^o	18.061	4.565	25,3
9	Macerata	17.099	1.914	11,2
10	Camerino	6.118	1.632	26,7
11	Fermo	19.843	2.515	12,7
12	S. Benedetto	12.878	2.121	16,5
13	Ascoli	14.756	6.437	43,6
	Marche	193.596	61.370	31,7

^opop bersaglio nella fascia 45-69

Fonte:

popolazione: è la pop ISTAT all'1-01-05 delle donne residenti nella fascia 50-69 anni
n°invitate 2005: pop invitata tra 50-69 anni dichiarata da ciascuna Zona Territoriale, survey GISMa 2006

Il programma organizzato di screening dei tumori della mammella è partito, nell'arco temporale dei 12 mesi del 2001, su 11 delle 13 le Zone territoriali della Regione Marche: Fabriano (ZT n° 6) lo ha avviato infatti nel 2004, mentre Jesi (ZT n° 5) solo nel 2005.

Tranne allora che per le ZT 5 e 6 l'attività di screening mammografico del 2005 è ricompresa nel III° round.

Con il termine di estensione si indica la percentuale di donne che ha ricevuto un invito, nell'anno in esame, rispetto alla popolazione femminile residente nella fascia di età 50-69 anni. Come denominatore per il calcolo di questo indicatore si è scelto di utilizzare la popolazione di donne tra i 50 ed i 69 anni indicata dall'ISTAT e non il dato, relativo alla stessa fascia di età, dichiarato da ciascuna Zona Territoriale nella scheda GISMa. Ciò in quanto esso è apparso a volte molto sovrastimato e quindi "poco credibile". Questa criticità potrebbe essere spiegata con le gravi difficoltà di aggiornamento delle anagrafi zonali, a cui il software screening è attualmente collegato.

Nel 2005 solo due programmi (Urbino e Fano) si rivolgono a donne della fascia di età compresa tra i 50 ed i 69 anni, così come indicato dalle linee guida italiane ed europee e dalla DGR 899/05, le altre 11 ZT includono nella chiamata attiva anche le donne della fascia di età 45-49 anni come conseguenza di indicazioni regionali conseguenti al decreto ministeriale che permette di usufruire ogni due anni di una mammografia gratuita a partire dai 45 anni.

Si precisa, per chiarezza, che il calcolo di questo indicatore, e di tutti gli altri di cui è composto il presente report, è stato effettuato considerando la fascia di età 50-69 anni. Tuttavia si sono evidenziate con tonfo, di volta in volta, quelle ZT che non hanno dato i dati disaggregati per la fascia di età 50-69 per le quali allora è stato riportato sia come numeratore che come denominatore il dato complessivo loro fornito (cioè quello della fascia di età 45-69).

La mammografia di screening viene offerta con cadenza biennale alla popolazione bersaglio, di conseguenza in un anno dovrebbe essere invitata il 50% della popolazione target complessiva.

I dati ISTAT indicano che nelle Marche, nel 2005, le donne residenti della fascia di età 50-69 anni sono 193.596: circa il 32% di queste è stata raggiunta dall'invito.

Tutte le Zone territoriali, esclusa Jesi, cioè hanno mostrato una difficoltà nell'invitare la metà della popolazione femminile bersaglio. Le situazioni più critiche tuttavia si sono registrate a Macerata, Fermo e S. Benedetto.

Bisogna ricordare che i programmi di screening oncologico organizzati sono stati inseriti tra i livelli essenziali di assistenza (LEA) con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre del 2001, per cui il non offrire a tutte le donne aventi diritto questa importante opportunità di prevenzione crea una diseguità di accesso al programma di screening stesso. Occorre dunque incrementare l'attività di offerta attiva.

Tab. 2 Screening mammografico: adesione grezza (%) e adesione corretta (%) nella fascia 50-69 anni per Zona Territoriale. Regione Marche, anno 2005.

N° ZT	Nome	Popolazione invitata	Inviti inesitati	Donne escluse dopo l'invito per mammografia recente	Rispondenti	Adesione Grezza (%)	Adesione Corretta (%)
1	Pesaro	9.017	0	0	3.809	42,2	42,2
2	Urbino	3.889	0	0	2.673	68,7	68,7
3	Fano	6.474	0	0	5.247	81,0	81,0
4	Senigallia	2.460	0	357	1.722	70,0	81,9
5	Jesi	8.057	0	0	1.837	22,8	22,8
6	Fabriano	2.662	0	362	626	23,5	27,2
7	Ancona	9.627	0	0	5.867	60,9	60,9
8	Civitanova°	4.565	0	0	2.288	50,1	50,1
9	Macerata	1.914	0	0	1.031	53,9	53,9
10	Camerino	1.632	0	0	1.238	75,9	75,9
11	Fermo	2.515	0	0	1.539	61,2	61,2
12	S. Benedetto	2.121	76	126	1.841	90,0	95,9
13	Ascoli°	6.437	0	0	4.471	69,5	69,5
	Marche	61.370	76	845	34.189	55,8	56,6

°pop nella fascia 45-69

aa

Fonte:

n°invitate 2005: pop invitata tra 50-69 anni dichiarata da ciascuna Zona Territoriale, survey GISMa 2006

n°rispondenti 2005: pop rispondente tra 50-69 anni dichiarata da ciascuna Zona Territoriale, survey GISMa 2006

n° inviti inesitati 2005: inviti ritornati indietro, dichiarati da ciascuna Zona Territoriale, survey GISMa 2006

n° donne escluse dopo invito: pop femminile tra 50-69 anni esclusa dopo invito per mammografia recente, dichiarata da ciascuna Zona Territoriale, survey GISMa 2006

L'adesione al programma di screening è uno degli indicatori fondamentali per valutare l'impatto e l'efficienza del programma nel ridurre la mortalità. Il tasso di adesione ha un effetto diretto e proporzionale sul risultato finale.

Bassi tassi di adesione possono vanificare l'imponente sforzo organizzativo che lo screening mammografico comporta (tratto dal manuale operativo: "Indicatori e standard per la valutazione di processo dei programmi di screening del cancro della mammella": GISMa, anno 2006 pag 15).

Definizioni:

Adesione grezza: n° totale di donne rispondenti sul totale della popolazione invitata, cui vanno sottratti gli inviti inesitati (se il programma è in grado di conoscerli).

Standard GISMa accettabile uguale a $\geq 50\%$; desiderabile uguale a $\geq 70\%$

Adesione corretta: n° totale di donne rispondenti sul totale della popolazione invitata, cui vanno sottratti gli inviti inesitati ed il n° di donne che dopo l'invito hanno segnalato una mammografia recente (mammografia effettuata negli ultimi 12 mesi).

Standard GISMa accettabile uguale a $\geq 60\%$; desiderabile uguale a $\geq 75\%$

Nella tabella 2 sono riportati i risultati di adesione grezza e corretta per Zona Territoriale. Non tutti i programmi sono in grado di fornire i dati per il calcolo dell'adesione corretta, quindi l'indicatore risulta sottostimato.

Nel 2005 circa 56 donne su 100 aderiscono all'invito ad effettuare il test: complessivamente quindi, a livello regionale, viene rispettato lo standard di accettabilità di adesione grezza stabilito dal GISMa.

Il dato italiano di adesione grezza relativo alla survey GISMa 2006 è pari a 57,6% (range 37,9-71,0); quello di adesione corretta è pari a 60,7% (range 39,2-73,9).

L'analisi per Zona Territoriale evidenzia che in tutte le Zone, eccetto la ZT 1-5-6, si hanno valori di adesione grezza maggiori od uguali allo standard GISMa di accettabilità. A Fano, Senigallia, Camerino e S. Benedetto vengono addirittura registrati valori maggiori od uguali allo standard GISMa di desiderabilità.

Di rilievo è il dato di adesione grezza e corretta della ZT n° 12 - S. Benedetto.

Il GISMa ha dato un giudizio positivo riguardo i risultati di questo indicatore, anche se ha ipotizzato per la Regione Marche un ampio margine di miglioramento ed ha indicato l'utilità di una indagine campionaria per stimare lo screening opportunistico.

Tab. 3 Screening mammografico: N° totale richiami, N° donne esaminate, % richiami per primi esami e esami successivi. Regione Marche, anno 2005.

N° ZT	Nome	primi esami			esami successivi			Totale		
		N° totale richiami	N° donne esaminate	% richiami	N° totale richiami	N° donne esaminate	% richiami	N° totale richiami	N° donne esaminate	% richiami
1	Pesaro	4	1.524	0,3	6	2.285	0,3	10	3.809	0,3
2	Urbino #				114	2.673	4,3	114	2.673	4,3
3	Fano	67	1.036	6,5	145	4.211	3,4	212	5.247	4,0
4	Senigallia	31	190	16,3	41	1.532	2,7	72	1.722	4,2
5	Jesi °	225	2.511	9,0				225	2.511	9,0
6	Fabriano	84	626	13,4				84	626	13,4
7	Ancona	133	988	13,5	427	4.879	8,8	560	5.867	9,5
8	Civitanova # °				32	2.288	1,4	32	2.288	1,4
9	Macerata #				172	1.031	16,7	172	1.031	16,7
10	Camerino # °				131	1.394	9,4	131	1.394	9,4
11	Fermo #				312	1.539	20,3	312	1.539	20,3
12	S. Benedetto	62	869	7,1	66	972	6,8	128	1.841	7,0
13	Ascoli °	52	1.421	3,7	45	3.050	1,5	97	4.471	2,2
	Marche	658	9.165		1.491	25.854		2.149	35.019	6,1

il dato non è disaggregabile tra primi esami e esami successivi

° i dati riguardanti il n° totale di richiami ed il n. donne esaminate non sono disaggregabili per fasce d'età

Fonte survey GISMa 2006

% richiami per primi esami ZT: 1-3-4-5-6-7-12-13	658	9.165	7,2

% richiami per esami successivi ZT: 1-3-4-7-12-13	730	16.929	4,3

Il tasso di richiamo rappresenta la percentuale di donne che dopo una mammografia di I° livello vengono riconvocate presso la struttura di screening per essere sottoposte ad ulteriori approfondimenti diagnostici. Il valore di tale indicatore deve essere ragionevolmente basso, per limitare gli effetti psicologici negativi (ansia) e gli approfondimenti invasivi che possono derivare (prelievi, biopsie), oltre che i costi complessivi della procedura. E' questo un indicatore che fornisce informazioni sulla specificità diagnostica del programma nella fase del primo livello.

Gli standard proposti dal GISMa per questo indicatore sono: primi esami: accettabile < 7%; desiderabile < 5%

esami successivi: accettabile < 5%; desiderabile < 3%

Presentare un dato regionale del tasso di richiami per primi esami ed esami successivi, nel 2005, è impossibile in quanto solo le Zone Territoriali 1-3-4-7-12-13 sono riuscite a fornire le informazioni, utili al calcolo di questo indicatore, disaggregate tra primi esami ed esami successivi.

Le ZT 5 e 6 hanno presentato, correttamente, solo i dati riguardanti i primi esami. Esse infatti hanno attivato il programma di screening rispettivamente nel 2005 e nel 2004, per cui nell'anno 2005 non possono aver completato il primo round.

Le restanti cinque Zone Territoriali hanno dato valori aggregati che, per omogeneità di elaborazione dati, sono stati tutti inseriti tra gli esami successivi, anche se a volte riportati nella scheda GISMa, sempre in modo aggregato, tra i primi esami.

La percentuale di richiami, per i primi esami delle otto Zone Territoriali è pari al 7,2% al limite dello standard di accettabilità del GISMa; quella riguardante i richiami per gli esami successivi, e relativa alle sei ZT che sono riuscite a fornire i dati disaggregati, corrisponde al 4,3%, valore questo che rientra nello standard GISMa di accettabilità.

Il dato italiano, relativo alla survey GISMa 2006, del tasso di richiami per primi esami è pari a 8,8 (range 4,1-14,5); quello riguardante gli esami ripetuti è pari a 4,8 (range 2,2-6,2).

Complessivamente, nel 2005, circa 6 donne ogni 100 che si sottopongono ad una mammografia di screening sono state richiamate per approfondimenti. Spiccano gli alti valori del tasso di richiamo totale delle ZT 9 ed 11.

Il GISMa suggerisce di identificare i radiologi con tasso di richiamo più elevato e riaddestrarli, magari adottando anche il consenso o l'arbitrato dei casi discordanti.

Tab. 4 Screening mammografico: Tasso di identificazione totale (DRx1.000), fascia d'età 50-69 anni per primi esami e esami successivi. Regione Marche, anno 2005.

N° ZT	Nome	primi esami				esami successivi				Totale			
		N° donne esaminate	N° donne operate con diagnosi di malignità	N° cancri su donne inoperabili/non operate	Tasso di identific. totale (DR x 1000)	N° donne esaminate	N° donne operate con diagnosi di malignità	N° cancri su donne inoperabili/non operate	Tasso di identific. totale (DR x 1000)	N° donne esaminate	N° donne operate con diagnosi di malignità	N° cancri su donne inoperabili/non operate	Tasso di identific. totale (DR x 1000)
1	Pesaro	1.524	2	0	1,3	2.285	4	0	1,8	3.809	6	0	1,6
2	Urbino #					2.673	15	0	5,6	2.673	15	0	5,6
3	Fano					5.247	np	np	nc	5.247	nc	nc	nc
4	Senigallia	190	3	0	15,8	1.532	5	0	3,3	1.722	8	0	4,6
5	Jesi °	2511	np	np	nc					2.511	nc	nc	nc
6	Fabriano	626	2	0	3,2					626	2	0	3,2
7	Ancona					5.867	np	np	nc	5.867	nc	nc	nc
8	Civitanova # °					2.288	11	0	4,8	2.288	11	0	4,8
9	Macerata #					1.031	7	0	6,8	1.031	7	0	6,8
10	Camerino # °					1394	9	0	6,5	1.394	9	0	6,5
11	Fermo #					1.539	np	np	nc	1.539	nc	nc	nc
12	S. Benedetto	869	4	0	4,6	972	11	0	11,3	1.841	15	0	8,1
13	Ascoli °	1.421	2	0	1,4	3.050	np	np	nc	4.471	2	0	0,4
	Marche	7.141	13	0		27.878	62	0		35.019	75	0	2,1

il dato non è disaggregabile tra primi esami e esami successivi

° i dati riguardanti non sono disaggregabili per fasce d'età

Fonte survey GISMa 2006

Tasso di identificazione totale per primi esami ZT: 1-4-6-12-13	4630	13	0	2,8
--	------	----	---	-----

Tasso di identificazione totale per esami successivi ZT: 1-4-12	4789	20	0	4,2
--	------	----	---	-----

Il Tasso di identificazione totale (Detection Rate) corrisponde al numero di carcinomi diagnosticati ogni 1.000 donne esaminate. Costituisce uno dei principali indicatori della sensibilità diagnostica del programma.

Il GISMa ne suggerisce il calcolo non presentando nessuno standard di riferimento

Presentare un dato regionale del tasso di identificazione totale suddiviso per primi esami ed esami successivi, nel 2005, è impossibile in quanto:

- solo le Zone Territoriali 1-4-6-12-13 sono riuscite a fornire le informazioni, utili al calcolo di questo indicatore, per i primi esami;
- solo le Zone Territoriali 1-4-12 sono riuscite a fornire le informazioni, utili al calcolo di questo indicatore, per gli esami successivi;
- le Zone territoriali 3-5-7-11 non hanno fornito alcun numeratore per il calcolo di questo indicatore;
- le Zone Territoriali 2-8-9-10 hanno fornito valori aggregati che, per omogeneità di elaborazione dati, sono stati tutti inseriti tra gli esami successivi, anche se a volte riportati nella scheda GISMa, sempre in modo aggregato, tra i primi esami.

Il tasso di identificazione totale per i "primi esami" per le cinque ZT che hanno fornito i dati è pari a 2,8 per 1000. Il valore nazionale, relativo alla survey GISMa 2006, è pari a 4,7 per 1000 (range 2,2-6,7).

Il tasso di identificazione per gli "esami successivi" per le tre ZT che hanno fornito i dati è pari a 4,2 per 1000 mentre il valore nazionale, sempre relativo alla survey 2006, corrisponde a 4,8 per 1000 (range 2,2-6,2).

Complessivamente nella regione Marche, nel 2005, 75 donne, sulle 35.019 esaminate, sono state sottoposte ad intervento chirurgico per tumore maligno pari ad un D.R. di 2,1 x 1.000.

Questo dato però è notevolmente sottostimato.

Complessivamente il GISMa afferma che il quadro della Regione Marche suggerisce una bassa sensibilità ed evidenzia la necessità di un addestramento.

Tab. 5 Screening mammografico: Tasso di identificazione totale (DR x 1.000) < 10 mm, fascia d'età 50-69 anni, per primi esami e esami successivi. Regione Marche, anno 2005.

N° ZT	Nome	primi esami			esami successivi		
		N° donne esaminate	N° carcinomi invasivi <= 10 mm	Tasso di identificazione totale (DR*1000)	N° donne esaminate	N° carcinomi invasivi <= 10 mm	Tasso di identificazione totale (DR*1000)
1	Pesaro	1.524	np	nc	2.285	np	nc
2	Urbino #				2.673	np	nc
3	Fano	1.036	np	nc	4.211	np	nc
4	Senigallia	190	np	nc	1.532	1	0,7
5	Jesi °	2.511	np	nc			
6	Fabriano	626	np	nc			
7	Ancona	988	np	nc	4.879	np	nc
8	Civitanova # °				2.288	np	nc
9	Macerata #				1.031	np	nc
10	Camerino # °				1.394	np	nc
11	Fermo #				1.539	np	nc
12	S. Benedetto	869	2	2,3	972	4	4,1
13	Ascoli °	1.421	0	0,0	3.050	0	0,0
	Marche	9.165	2		25.854	5	

il dato non è disaggregabile tra primi esami e esami successivi

° i dati riguardanti non sono disaggregabili per fasce d'età

Fonte survey GISMa 2006

Il Tasso di identificazione dei tumori minori od uguali a 10 mm (Detection Rate tumori <= 10mm) corrisponde al numero di carcinomi invasivi <= 10 mm diagnosticati ogni 1.000 donne esaminate. Rappresenta quindi la capacità del programma di diagnosticare tumori piccoli, cioè molto probabilmente in fase precoce e pertanto con prognosi migliore. Costituisce un indicatore particolarmente significativo della sensibilità diagnostica del programma.

Il GISMa ne suggerisce il calcolo non presentando nessuno standard di riferimento.

Tuttavia il Gruppo Italiano screening mammografico ritiene che: " valori molto bassi, specie se inferiori all'1%° (dove non giustificati da una bassa incidenza attesa), potrebbero far prendere in considerazione una rivalutazione della qualità delle procedure diagnostiche in atto; viceversa, valori superiori all'1,75-2%° possono essere considerati molto incoraggianti rispetto alla sensibilità diagnostica del programma" (tratto da: "Quinto rapporto" - curato dall'Osservatorio Nazionale Screening, novembre 2006; pag 22).

La tabella 5 mostra come tutte le Zone Territoriali, eccetto Senigallia, S. Benedetto ed Ascoli, abbiano gravi difficoltà a raccogliere le informazioni utili per il calcolo di questo indicatore.

Il valore nazionale, relativo alla survey GISMa 2006, del tasso di identificazione per tumori <= 10mm per i "primi esami" è pari a 1,1 per 1000 (range 0,0-2,3) quello per gli "esami successivi" è pari a 1,4 per 1000 (range 0,3-1,8).

Tab. 6 Screening mammografico: Proporzione di tumori duttali in situ (pTis duttale), nella fascia d'età 50-69 anni, diagnosticati allo screening. Regione Marche, anno 2005.

N° ZT	Nome	primi esami			esami successivi		
		N° tumori duttali in situ	N° tumori con diagnosi istologica	% tumori in situ	N° tumori duttali in situ	N° tumori con diagnosi istologica	% tumori in situ
1	Pesaro	np	np	nc	np	np	nc
2	Urbino #				np	np	nc
3	Fano	np	np	nc	np	np	nc
4	Senigallia	0,0	3	0,0	0,0	5	0,0
5	Jesi °	np	np	nc			
6	Fabriano	np	np	nc			
7	Ancona	np	np	nc	np	np	nc
8	Civitanova # °				np	np	nc
9	Macerata #				np	np	nc
10	Camerino # °				np	np	nc
11	Fermo #				np	np	nc
12	S. Benedetto	2	4	50,0	4	12	33,3
13	Ascoli °	2	2	100,0	5	5	100,0
	Marche	4	9		9	22	

il dato non è disaggregabile tra primi esami e esami successivi

° i dati riguardanti non sono disaggregabili per fasce d'età

Fonte survey GISMa 2006

La percentuale di tumori duttali in situ è il rapporto tra il numero di cancri identificati con diagnosi istologica chirurgica di tumore duttale in situ (pTis duttale) ed il numero di lesioni maligne totali diagnosticate allo screening con diagnosi istologica chirurgica. Un'alta proporzione di pTis duttale potrebbe essere indice di sovradiagnosi, oppure essere l'espressione di diverse abitudini degli anatomopatologi nell'utilizzo delle categorie patologiche. Gli standard proposti dal GISMa sono accettabile: 10%; desiderabile: 10-20% questo sia per i primi esami che per gli esami successivi.

La tabella 6 mostra come tutte le Zone Territoriali, eccetto Senigallia, S. Benedetto ed Ascoli, abbiano gravi difficoltà a raccogliere le informazioni utili per il calcolo di questo indicatore.

Il valore nazionale, relativo alla survey GISMa 2006, della percentuale di tumori duttali in situ per i "primi esami" è pari a 11,5% (range 0,0-17,4) quello per gli "esami successivi" è pari a 14,1% (range 2,3-18,3).

Il GISMa giudica che i valori relativi a questo indicatore evidenziati dai nostri programmi, valori eccessivi, siano falsati da bias grossolani (come ad esempio bias classificativi dell'anatomopatologo o bias derivati da un elevato numero di missing) e/o da campioni esigui.

Tab. 7 Screening mammografico: rapporto Benigni/Maligni per primi esami e esami successivi, per Zona Territoriale. Regione Marche, anno 2005

Nome	primi esami			esami successivi		
	N° donne operate con diagnosi di benignità	N° donne operate con diagnosi di malignità	Rapporto B/M (tra le donne operate)	N° donne operate con diagnosi di benignità	N° donne operate con diagnosi di malignità	Rapporto B/M (tra le donne operate)
Pesaro	0	2	0,0	0	4	0,0
Urbino #				0	15	0,0
Fano	np	np	nc	np	np	nc
Senigallia	3	3	1,0	0	5	0,0
Jesi °	np	np	nc			
Fabriano	1	2	0,5			
Ancona	np	np	nc	np	np	nc
Civitanova # °				0	11	0,0
Macerata #				0	7	0,0
Camerino # °				2	9	0,2
Fermo #				np	np	nc
S. Benedetto	2	4	0,5	2	11	0,2
Ascoli °	0	2	0,0	np	np	nc
Marche	6	13		4	62	

il dato non è disaggregabile tra primi esami e esami successivi

° i dati riguardanti non sono disaggregabili per fasce d'età

Fonte survey GISMa 2006

rapporto B/M per primi esami ZT: 1-4-6-12-13	6	13	0,5
--	---	----	-----

rapporto B/M per esami successivi ZT: 1-4-12	2	20	0,1
---	---	----	-----

Il rapporto tra diagnosi istologica benigna e maligna si calcola nelle pazienti in cui è stata consigliata la verifica chirurgica. E' il rapporto tra coloro che dopo l'intervento hanno avuto una diagnosi istologica di tipo benigno e quelle che hanno avuto una diagnosi istologica di tipo maligno. Deve essere il più basso possibile; un rapporto troppo alto può deporre per un'inadeguata capacità del programma a discernere tra tipi di lesioni con la conseguenza di dare origine ad un numero ingiustificato di biopsie e/o interventi chirurgici. E' un ottimo indicatore di specificità diagnostica del programma dopo la fase di approfondimento.

Gli standard proposti dal GISMa per questo indicatore sono: primi esami: accettabile $\leq 1:1$; desiderabile $\leq 1:2$ (0,5); esami successivi: accettabile $\leq 1:2$ (0,5); desiderabile $\leq 1:4$ (0,25)

Nel 2005 solo le Zone Territoriali 1-4-6-12-13 sono riuscite a fornire le informazioni, utili al calcolo di questo indicatore, per i primi esami e solo le ZT 1-4-12 le informazioni utili al calcolo di questo indicatore, per gli esami successivi.

Il rapporto tra diagnosi istologiche benigne/maligne, per primi esami delle cinque Zone Territoriali è pari a 0,5: tale valore rientra nello standard GISMa di accettabilità. Quello per gli esami successivi delle tre ZT è pari a 0,1 e rientra nello standard di desiderabilità.

Il valore nazionale, relativo alla survey GISMa 2006, del rapporto B/M per i "primi esami" è pari a 0,3 (range 0,0-0,8) quello per gli "esami successivi" è pari a 0,2 (range 0,0-0,6).

Il GISMa esprime un giudizio positivo riguardo i risultati relativi a questo indicatore che vengono registrati dai nostri programmi di screening.

Tab. 8 Screening mammografico: intervallo tra la mammografia di screening e l'esito negativo della stessa, per Zona Territoriale. Regione Marche, anno 2005

ZT	Nome	% Donne con esito negativo in cui la differenza fra le 2 date è ≤ 21 gg	% Donne con esito negativo in cui la differenza fra le 2 date è ≤ 15 gg
1	Pesaro	100,0	96,0
2	Urbino	98,5	97,4
3	Fano	92,3	65,8
4	Senigallia	84,0	60,3
5	Jesi	100,0	0,0
6	Fabriano	dato pervenuto, ma da chiarire	
7	Ancona	dato pervenuto, ma da chiarire	
8	Civitanova	np	np
9	Macerata	70,0	30,0
10	Camerino	98,6	95,8
11	Fermo	57,7	np
12	S. Benedetto	0,0	100,0
13	Ascoli	80,0	np

Fonte survey GISMa 2006

Il Tempo tra la mammografia di screening e l'esito negativo della stessa è l'intervallo, espresso in giorni, trascorso tra la data in cui è stata effettuata la mammografia di screening e la data in cui è stato inserito nel data-base l'esito negativo della stessa. Esso è un indicatore di efficienza del programma e fornisce informazioni su quanto tempo una donna attende una risposta di esito negativo

Gli standard proposti dal GISMa per questo indicatore sono: accettabile 90% entro 15 gg di calendario; desiderabile 90% entro 15 gg di calendario.

Delle sette Zone territoriali sulle 13 che hanno fornito il dato Pesaro, Urbino, Camerino e S. Benedetto rientrano negli standard sopra-menzionati

Tab. 9 Screening mammografico: intervallo tra la data di effettuazione del test di screening e la data di effettuazione dell'approfondimento, per Zona Territoriale. Regione Marche, anno 2005

ZT	Nome	% Donne richiamate in cui la differenza fra le 2 date è ≤ 28 gg	% Donne richiamate in cui la differenza fra le 2 date è ≤ 21 gg
1	Pesaro	100,0	95,0
2	Urbino	0,0	100,0
3	Fano	np	np
4	Senigallia	63,09	34,9
5	Jesi	np	np
6	Fabriano	dato pervenuto, ma da chiarire	
7	Ancona	dato pervenuto, ma da chiarire	
8	Civitanova	np	np
9	Macerata	dato pervenuto, ma da chiarire	
10	Camerino	92,0	88,2
11	Fermo	0,0	100,0
12	S. Benedetto	0,0	100,0
13	Ascoli	0,0	100,0

Fonte survey GISMa 2006

Il Tempo tra la data di effettuazione del test di screening e la data di effettuazione dell'approfondimento è l'intervallo, espresso in giorni, trascorso tra la data in cui è stata effettuata la mammografia di screening e la data della seduta di approfondimento. Esso è un indicatore di efficienza del programma che fornisce informazioni su quanto tempo occorre al programma nel pianificare le procedure diagnostiche.

Gli standard proposti dal GISMa per questo indicatore sono: accettabile 90% entro 20 gg di calendario; desiderabile 90% entro 11 gg di calendario

Delle sette Zone territoriali sulle 13 che hanno fornito il dato relativo all'intervallo di tempo ≤ 21 gg Pesaro, Urbino, Fermo, S. Benedetto ed Ascoli rientrano nello standard di accettabilità sopra-menzionato.

Tab. 10 Screening mammografico: intervallo tra la data di effettuazione del test di screening e la data di effettuazione dell'intervento chirurgico, per Zona Territoriale.Regione Marche, anno 2005

ZT	Nome	% Donne operate in cui la differenza fra le 2 date è ≤ 60 gg	% Donne operate in cui la differenza fra le 2 date è ≤ 30 gg
1	Pesaro	np	np
2	Urbino	np	np
3	Fano	np	np
4	Senigallia	100,0	60,0
5	Jesi	np	np
6	Fabriano	dato pervenuto, ma da chiarire	
7	Ancona	np	np
8	Civitanova	np	np
9	Macerata	np	np
10	Camerino	np	np
11	Fermo	np	np
12	S. Benedetto	0,0	100,0
13	Ascoli	0,0	100,0

Fonte survey GISMa 2006

Il tempo tra la data di effettuazione del test e la data di effettuazione dell'intervento chirurgico è l'intervallo, espresso in giorni, trascorso tra la data in cui è stata effettuata la mammografia di screening e la data dell' intervento chirurgico. Esso è un indicatore di efficienza del programma che fornisce informazioni su quanto tempo occorre al programma nel pianificare le procedure trattamentali.

Il GISMa non fornisce standard per questo indicatore.

Solo le ZT 4-6-12-13 riescono a fornire qualche informazione utile al calcolo di questo indicatore. Ciò è un indice indiretto che la maggior parte dei programmi della nostra Regione non hanno alcun ritorno informativo circa la fase trattamentale dello screening.

4.4 Le Malattie Infettive

Fonti informative:

- Archivio notifica malattie infettive, Regione Marche;
- SIMI (Sistema Informatizzato Malattie Infettive ISS)

Le malattie infettive rappresentano ancora un rilevante problema di sanità pubblica, anche se le migliorate condizioni socio-economiche, l'utilizzo dei vaccini, l'impiego dei farmaci antibiotici ed i sistemi di sorveglianza hanno contribuito a ridurre drasticamente la mortalità per queste cause. La tabella 4.4.1 riporta le malattie infettive notificate con maggiore frequenza nelle Marche nel quinquennio 2000-2004. La malattia infettiva che colpisce il maggior numero di marchigiani è la **varicella** che è anche l'unica malattia esantematica dell'infanzia per la quale non è ancora attuata una vaccinazione di massa. La maggior parte dei soggetti colpiti è compresa nella fascia di età fra 0 e 15 anni, tuttavia il numero di giovani e di adulti che contraggono la malattia non è trascurabile considerando che la varicella in età adulta ha una più elevata frequenza di complicazioni. Solo nel 2004, 234 soggetti fra i 15 e i 24 anni e 470 soggetti fra i 25 e i 64 anni hanno contratto la malattia. Complessivamente, nel quinquennio esaminato, gli individui sopra i 24 anni ammalati di varicella sono stati 2117. E' anche interessante notare che la varicella non ha più, almeno nelle Marche, il tipico andamento a ondate epidemiche, ma è costantemente presente con un numero di casi che, negli ultimi 10 anni è oscillato fra 3612 (1997) e 6673 (1995); negli ultimi 3 anni il numero non è mai sceso al di sotto di 5500.

Tabella 4.4.1 – Notifiche delle principali malattie infettive nella regione Marche – Periodo 2000-2004.

Malattia	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Varicella</i>	4183	4046	5534	5640	5704
<i>Scarlattina</i>	348	444	715	351	729
<i>Salmonellosi</i>	430	354	367	351	299
<i>Meningo enc. Virali</i>	36	77	68	81	89
<i>Parotite epidemica</i>	2370	141	145	119	42
<i>Rosolia</i>	504	2008	321	319	17
<i>Pertosse</i>	79	68	60	26	15
<i>Epatite B</i>	43	46	44	42	52
<i>Epatite A</i>	23	28	38	29	22

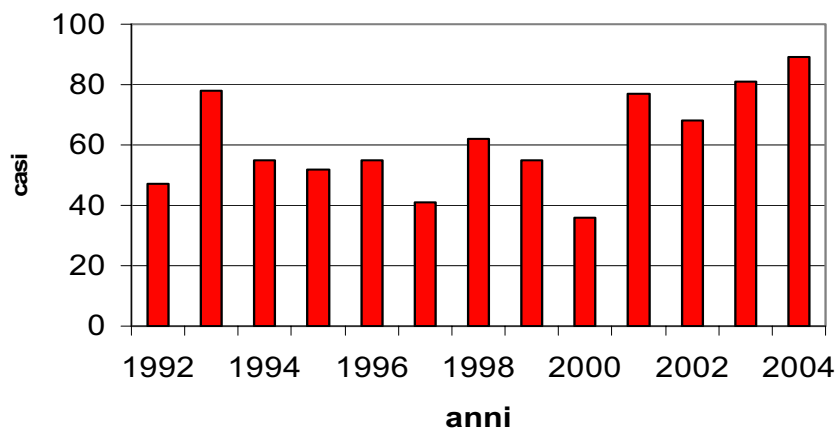
Costantemente presente è anche la **scarlattina**, malattia non prevenibile con vaccinazione, causata dallo streptococco beta emolitico di gruppo A. La malattia, un tempo molto grave, attualmente è benigna, colpisce prevalentemente nella prima infanzia e solo raramente richiede il ricovero ospedaliero.

Parimenti presenti sono le **salmonellosi**. E' importante sottolineare che i casi notificati sono sempre sporadici, non collegati dal punto di vista epidemiologico e per i quali è praticamente impossibile identificare se siano in relazione a qualche alimento particolare. Resta comunque importante la sorveglianza dei vari ceppi sierologici della malattia effettuata sia nei soggetti malati che nelle matrici alimentari.

Malattie come la **pertosse** e la **parotite epidemica** sono in diminuzione grazie alla vaccinazione, tuttavia la costante presenza delle malattie indica che l'intervento vaccinale può essere migliorato. L'ultima epidemia consistente di parotite è avvenuta nel 2000 con 2370 casi notificati.

In aumento sono invece le **meningiti virali**. La malattia è causata da diversi tipi di virus, a volte difficili da identificare e con modalità di trasmissione diversa, per cui è difficile stabilire le reali caratteristiche epidemiologiche del fenomeno. L'andamento delle notifiche a partire dal 1992 è riportato nella Figura 4.4.1. Paragonando i dati all'andamento nazionale non si riscontrano differenze significative in quanto la malattia è presente nel territorio nazionale tutti gli anni con fluttuazioni. Non è ancora possibile verificare se l'aumento degli ultimi 3 anni si sia verificato nell'intera nazione, in quanto i dati nazionali definitivi del 2003 e del 2004 non sono ancora disponibili.

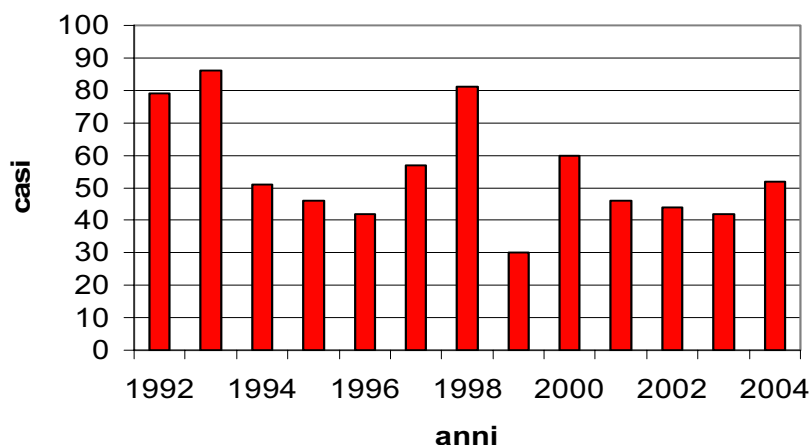
Figura 4.4.1 – Casi di Meningite Virale nella regione Marche – Periodo 1992-2004.



Un elevato numero di casi di **epatite B** continua ad essere rilevato nella Regione. La figura 4.4.2 mostra l'andamento della malattia a partire dal 1992. I soggetti colpiti sono prevalentemente i giovani adulti maschi. L'obbligatorietà della vaccinazione nei neonati e negli adolescenti di 11 anni è iniziata nel 1991, attualmente pertanto sono vaccinati tutti i soggetti fino all'età di 23-24 anni. I casi notificati riguardano, in effetti, i soggetti di età superiore, con qualche eccezione dovuta a individui di età inferiore immigrati e non vaccinati. Il numero resta però elevato anche rispetto all'andamento nazionale in cui invece si rileva una progressiva diminuzione dei nuovi casi. I dati del sistema di sorveglianza delle epatiti acute istituito dall'Istituto Superiore di Sanità (SEIEVA) indica che il principale fattore di rischio rilevato nei casi di epatite B è l'uso di droghe per via endovenosa.

La stessa fonte indica invece che il principale fattore di rischio per l'**epatite A**, trasmessa prevalentemente dagli alimenti, è il viaggio, non necessariamente all'estero, considerato che l'epatite A è endemica in molte regioni italiane. Anche il numero di epatiti A è comunque relativamente elevato e apparentemente non tende alla diminuzione

Figura 4.4.2 – Casi di Epatite B nella regione Marche – Periodo 1992-2004.



Fra le altre malattie infettive rilevate nella regione, meritano particolare interesse le seguenti:

Tubercolosi: l'andamento della tubercolosi nelle Marche, così come quello nazionale, si è ridotto negli anni 1997-2000 (Figure 4.4.3-4.4.4). Dal 2001, nelle Marche, il numero di nuovi casi sembra fluttuare intorno ai 70.

Figura 4.4.3 – Casi di Tubercolosi in Italia – Periodo 1993-2003.

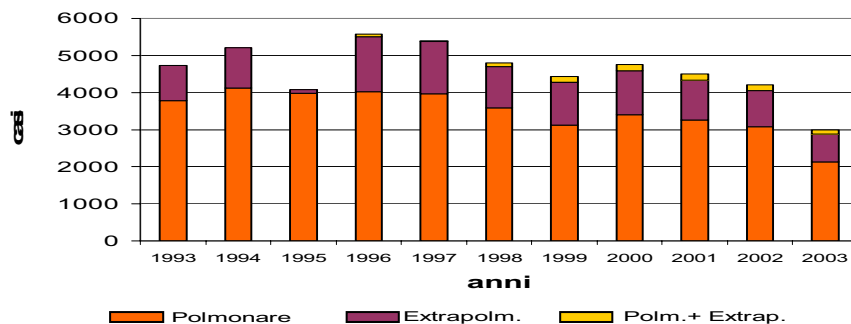
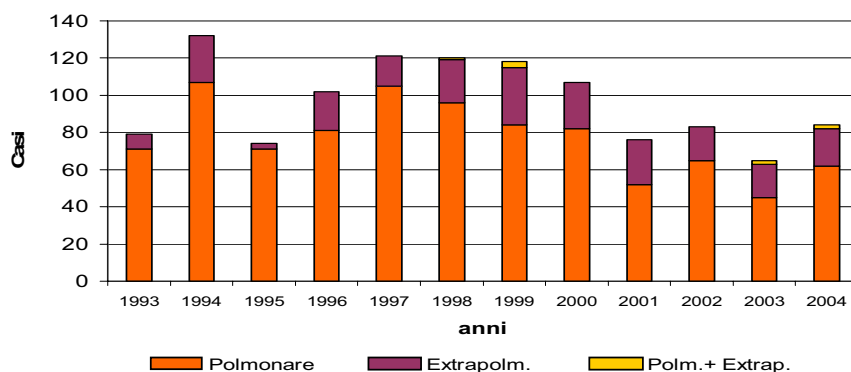


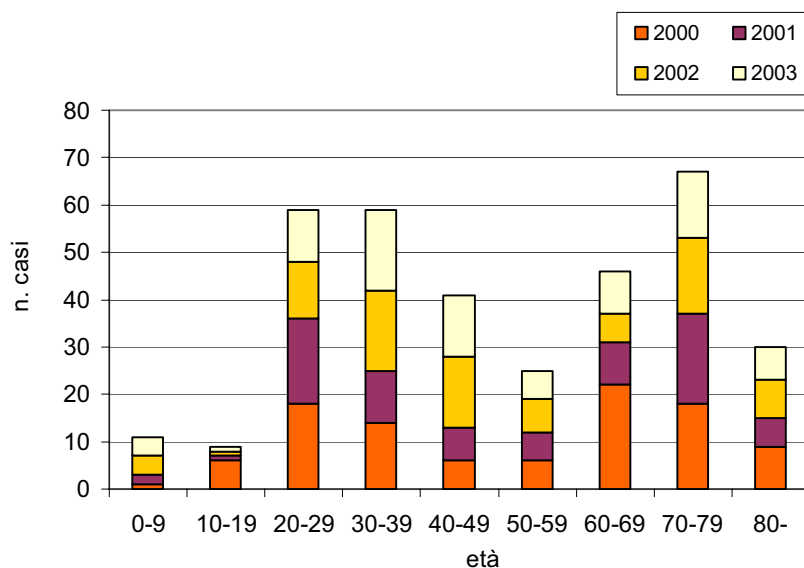
Figura 4.4.4 – Casi di Tubercolosi nelle Marche – Periodo 1993-2004.



La distribuzione per età osservata nel quadriennio 2000-2003 mostra due picchi rispettivamente fra i 20 e i 40 anni e intorno ai 70 anni (figura 4.4.5). Mentre il secondo è dovuto quasi esclusivamente a riacutizzazioni di vecchi casi contratti negli anni della guerra il primo picco riguarda nuovi casi che colpiscono la popolazione giovane e che quindi dovrebbero poter essere, almeno in parte, prevenuti. E' interessante notare che circa la metà (54,7%) dei casi di età inferiore ai 50 anni è costituita da extracomunitari. Non esiste tuttavia documentazione di trasmissione della malattia da individui stranieri a italiani.

I casi nei soggetti di età inferiore ai 20 anni sono, nei quattro anni esaminati, solo 20 pari a circa il 6%.

**Figura 4.4.5 – Casi di Tubercolosi per classe d'età nelle Marche
– Periodo 2000-2004.**



Morbillo: verificare l'andamento del morbillo è importante, in quanto è in corso una campagna nazionale per l'eliminazione della malattia. Il piano nazionale è stato recepito dalle Marche che sta attuando in tutte le Zone una campagna straordinaria di vaccinazione.

Il morbillo è una malattia infettiva altamente contagiosa che continua ad essere una importante causa di morbosità e di mortalità sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo. Considerato che da anni esistono vaccini efficaci e sicuri, la Regione Europea dell'OMS ha fissato l'obiettivo di interrompere la trasmissione indigena dell'infezione entro il 2007 e di certificarne l'eliminazione nel 2010. L'Italia è una delle nazioni a maggior rischio a causa di una copertura vaccinale scarsa e disomogenea. La copertura vaccinale delle Marche viene discussa altrove, tuttavia è interessante notare che la malattia continua ad essere presente in corrispondenza delle epidemie nazionali. In particolare (Figura 4.4.6), nelle Marche sono state rilevate epidemie nel 1997 e successivamente negli anni 2002-2003; le ultime due, che possono essere considerate come una unica epidemia, hanno colpito complessivamente 550 soggetti. Considerando che mediamente le notifiche vengono effettuate in ragione di una ogni 4 casi reali si può comprendere come l'impatto della epidemia sia stato rilevante, malgrado le buone coperture vaccinali. La malattia ha colpito prevalentemente soggetti di età tra i 6 e i 18 anni ma non sono mancati casi in età adulta e casi in bambini piccoli.

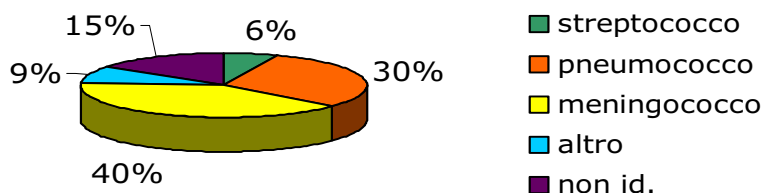
Figura 4.4.6 – Casi di Morbillo nelle Marche – Periodo 1996-2004.



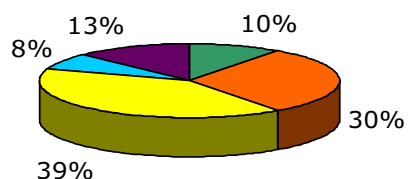
Meningiti batteriche: sono oggetto di sorveglianza speciale da parte del Ministero della Salute. Come per le meningiti virali, anche nelle batteriche gli agenti eziologici sono numerosi per cui l'andamento totale, comunque contenuto, non ha grande rilevanza. La figura 4.4.7 mostra la distribuzione per agente eziologico nel triennio 1999-2001 e 2002-2004. Il totale dei casi è rispettivamente di 33 e di 40 ma la distribuzione resta quasi identica. Il tipo di meningite più frequente è quella da meningococco con 29 casi in 6 anni seguita da quella da pneumococco con 22 casi nello stesso periodo. Purtroppo il sistema di sorveglianza non permette di identificare i sierogruppi responsabili della malattia. Nel caso del meningococco questo avrebbe una certa rilevanza in quanto attualmente in Europa il numero di casi di gruppo sierologico B si sta riducendo mentre i casi dovuti al gruppo C sono in aumento e contro quest'ultimo è stato recentemente messo in commercio un vaccino pediatrico, così come contro lo pneumococco.

Figura 4.4.7 – Casi di Meningite Batterica nelle Marche – Periodo 1999-2001 e 2002-2004.

1999-2001



2002-2004

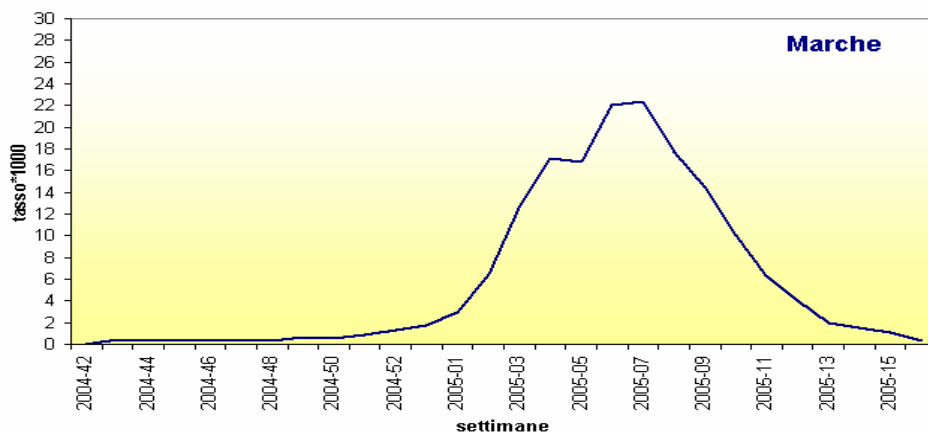


E' importante sottolineare che la meningite batterica, di qualunque tipo, anche se colpisce specialmente i bambini, viene riscontrata in tutte le fasce di età. Nei sei anni considerati 19 casi su 73 sono avvenuti in bambini di età inferiore ad un anno mentre 10 casi avevano più di 50 anni ed altri 10 avevano fra 20 e 50 anni.

Malaria: è una tipica malattia d'importazione che, tuttavia è presente tutti gli anni nelle Marche. Nel 2004 sono stati notificati complessivamente 6 casi in soggetti residenti nella regione: 3 in cittadini extracomunitari e 3 in italiani. Tutti i casi sono stati contratti nell'Africa subsahariana. Altri 3 casi sono stati notificati in non residenti nelle Marche.

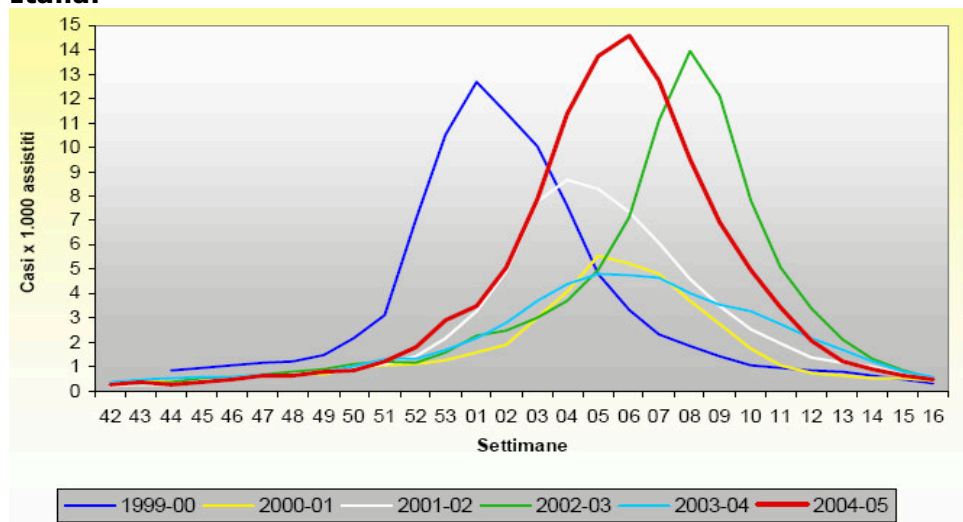
Influenza: ha un andamento regionale sovrapponibile a quello nazionale. La figura 4.4.8 mostra l'andamento dell'epidemia 2005.

Figura 4.4.8 – Incidenza dell'influenza nella stagione 2004-2005 nelle Marche.



La figura 4.4.9 mostra l'andamento nazionale delle epidemie influenzali dal 2000: le epidemie di maggiore impatto sulla popolazione sono state nel 2000, nel 2003 e nel 2005, mentre le epidemie del 2001 e del 2004 hanno colpito un numero molto più basso di individui. La popolazione anziana non risulta tra le più colpite grazie alla copertura vaccinale che, nelle Marche, supera ormai il 70% dei soggetti di età superiore ai 64 anni.

Figura 4.4.9 – Incidenza dell'influenza nelle stagioni comprese tra il 1999 e il 2005 in Italia.

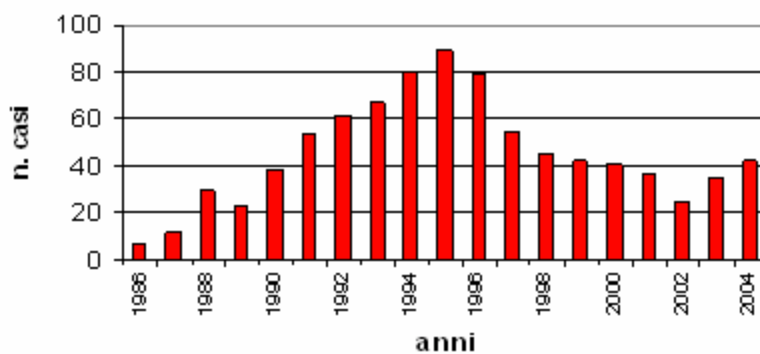


Tetano: continua ad essere presente nella Regione tutti gli anni (7 casi nel 2000, 4 casi nel 2001, 8 casi nel 2002, 11 casi nel 2003 e 5 casi nel 2004). La malattia resta a carico delle fasce di età più avanzate (età media dei casi nel quinquennio 2000-2004 = 73,3); 6 casi su 35 si sono verificati in soggetti al di sotto dei 60 anni fra cui 2 extracomunitari non vaccinati (età 39 e 33 anni). Le femmine vengono colpite più dei maschi (77% F e 23% M), verosimilmente perchè i maschi hanno avuto più probabilità di essere vaccinati durante il servizio militare o in ambito lavorativo.

La presenza del tetano resta comunque un segnale estremamente negativo, in quanto l'efficacia e la sicurezza della vaccinazione antitetanica, obbligatoria dal 1963 e disponibile da molti anni prima, sono ormai consolidati e nonostante questo sono ancora molti i soggetti non vaccinati. Campagne di vaccinazione e raccomandazioni ai medici vengono fatte quasi annualmente per cui la presenza di casi di tetano non dovrebbe essere rilevata. Tale presenza, va detto, non è a carico solo delle Marche in quanto casi di malattia vengono riportati in tutta Italia.

AIDS: l'andamento della malattia è riportato nella figura 4.4.10 e rispecchia quello dell'Italia. Negli ultimi anni l'incidenza sembra tendere ad un livellamento sui 40 nuovi casi annui anche se questo va verificato nei prossimi anni.

Figura 4.4.10 – Casi di AIDS nelle Marche. Periodo 1986-2004



La figura 4.4.11 mostra il tasso per 100.000 abitanti suddiviso per Regione italiana rilevato nel 2002.

Figura 4.4.11 - Tasso di incidenza di AIDS per regione di residenza (per 100.000 ab.) per i casi notificati tra Gennaio 2002 e Dicembre 2002.



Infezioni e tossinfezioni alimentari

Nonostante gli enormi progressi nel campo dell'igiene degli alimenti, della formazione degli alimentaristi, dell'educazione sanitaria della popolazione e delle normative sulla sicurezza degli alimenti, le infezioni e le tossinfezioni alimentari continuano ad essere un rilevante problema di sanità pubblica. L'individuazione ed il controllo di queste patologie vede coinvolti diversi servizi che agiscono in maniera integrata; un ruolo fondamentale è rivestito dai Servizi Igiene degli Alimenti e Nutrizione. Si riportano di seguito i dati, relativi all'anno 2002, riguardanti le malattie infettive di origine alimentare notificate ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e quindi giunte ai S.I.A.N. per gli adempimenti di competenza.

Tabella 4.4.2 - Malattie infettive a carattere alimentare notificate al Servizio d'Igiene e Sanità Pubblica e giunte ai S.I.A.N. della Regione Marche- Anno 2002

Z.T.	N° Notifiche pervenute al SIAN	Di cui SOSPETTE	Di cui ACCER TATE	Tempo medio tra l'inizio della malattia e la data di notifica [§]	Tempo medio tra data di notifica ed arrivo della stessa al SIAN [§]	Popolazione al 31.12.2002 (dati ISTAT)	Tasso di notifica/ 10.000 residenti
1	2	2	0	6	1	144.100	0,1
2	50	0	50	7	2	81.312	6,1
3	25	14	11	6	3	129.527	1,9
4	50	0	50	7	4	75.391	6,6
5	21	0	21	10	1	102.956	2,0
6	5	0	5	5	5	46.172	1,1
7	14	2	12	5 *	5 **	240.650	0,6
8	33	5	28	5	1	112.358	2,9
9	42	0	42	7	1	131.246	3,2
10	17	1	16	8	1	48.482	3,5
11	0	-	-	-	-	155.155	0,0
12	15	0	15	9	6	99.853	1,5
13	2	0	2	1	1	117.399	0,2
TOT.	276	24	252	5	2	1.484.601	1,9

Fonte: S.I.A.N. delle Zone Territoriali della Regione Marche).

§ I tempi medi sono espressi in giorni

* I dati ottenuti nella Zona Territoriale 7 sono riferiti solo a 8 notifiche su 14, cioè solo a quelle in cui la data di inizio della malattia risulta essere stata specificata dal medico notificatore risultando tale dato assente nel 42,85%.

** I dati ottenuti nella Zona Territoriale 7 sono riferiti solo ad 11 notifiche su 14, cioè quelle in cui era presente la data di notifica (assente nel 21,4%).

Dalla rilevazione emerge quanto segue: un'incidenza, in ottica regionale di 1,9/10.000 di eventi infettivi (notificati) a carattere alimentare; solo il corrispondente 8,7% dei casi, è stato notificato in ambito di "sospetto"; il tempo medio intercorso tra "l'inizio della malattia" così come compare nell'atto di notifica e la data di notifica è di 5 giorni, su base regionale; il tempo medio intercorso tra la data di notifica ed il suo arrivo al SIAN è, su base regionale, di giorni 2; il range di notifiche varia tra 0 (ZT11) e 50 (ZT2 e ZT4) ed il tasso di malattie notificate tra 0/10.000 (ZT11) e 6,6/10.000 (ZT4).

Sono in programmazione - da parte dei Servizi coinvolti nella problematica - la stesura di linee guida regionali, che permettano di indagare in maniera completa i focolai di tossinfezione alimentare, e la realizzazione di interventi formativi specifici per i medici notificatori.

Infezioni ospedaliere

Si definiscono Infezioni Ospedaliere "le infezioni che insorgono durante il ricovero in ospedale, o in alcuni casi dopo che il paziente è stato dimesso, e che non erano manifeste clinicamente né in incubazione al momento dell'ammissione". Nonostante i notevoli progressi sulla conoscenza dei fattori di rischio e sugli interventi di prevenzione, tali infezioni rappresentano tuttora un problema di rilevante importanza, in termini di impatto clinico sui pazienti ospedalizzati ed in termini di costi ad esse associati. Inoltre il cambiamento nell'ambito dei modelli assistenziali richiede una revisione della definizione riportata nel senso di allargare la problematica al tema più generale delle infezioni associate ad attività assistenziale per ricomprendere sia le infezioni legate a procedure ambulatoriali che quelle che possono diffondersi in strutture extraospedaliere (ad esempio in pazienti assistiti in ADI).

Le Infezioni Ospedaliere rappresentano un indicatore della qualità dell'assistenza prestata in ospedale: già il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000 (parte I, Obiettivo II) riportava un obiettivo specifico da perseguire, ossia la riduzione dell'incidenza (nuovi casi) del 25%; inoltre, nel Manuale di Accreditamento delle strutture sanitarie della Regione Marche, tra i requisiti richiesti figurano la necessità di strategie di controllo delle I.O. e la necessità di una loro sorveglianza.

Nel Piano Sanitario Regionale viene ribadita la necessità di prevenzione e lotta alle infezioni ospedaliere nell'ambito della tematica più generale della gestione del rischio clinico, ovvero nella prevenzione degli eventi avversi nell'ambito dell'attività sanitaria (lesioni da decubito, cadute accidentali).

Nel 2004 si è poi tenuto il II Workshop dei Comitati Infezioni Ospedaliere delle diverse aziende regionali che ha avviato l'elaborazione di un Manuale di gestione del rischio di infezioni attraverso il quale in tutte le strutture regionali si potrà uniformare la gestione del rischio e quindi la riduzione dello stesso. Sulla base dei documenti prodotti nell'ambito del Workshop si sta predisponendo un "Progetto regionale di prevenzione e gestione alle infezioni associate alle attività assistenziali" che consenta di creare una rete regionale di sorveglianza, a partire dalla messa in rete dei laboratori di microbiologia per il monitoraggio della circolazione microbica. Nell'ambito regionale in diverse strutture sono attivi sistemi di sorveglianza delle infezioni ospedaliere, tra i maggiormente significativi si segnalano quelli dell'AO Ospedali riuniti di Ancona e dell'AO San Salvatore di Pesaro.

Viene anche citata una pubblicazione "storica" riguardante un'indagine di prevalenza delle I.O. svolta in ambito regionale nel lontano 1989.

La sorveglianza attiva delle infezioni chirurgiche: esperienza nell'Azienda ospedaliero-universitaria Ospedali Riuniti di Ancona

Il programma di sorveglianza delle ISO (Infezioni del Sito Operatorio), avviato nel marzo 1998, interessa le 15 Unità Operative chirurgiche dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona ed è basato sulla revisione bisettimanale delle cartelle cliniche e delle cartelle infermieristiche dei pazienti ricoverati sottoposti ad intervento chirurgico e sul monitoraggio degli esami colturali eseguiti su tamponi delle ferite chirurgiche dal laboratorio di Microbiologia. Su una scheda di rilevazione appositamente predisposta, per ciascun paziente vengono registrati: dati amministrativi relativi al ricovero, il punteggio di gravità delle condizioni cliniche secondo l'American Society of Anesthesiologists (ASA score), il tipo (secondo l'ICD-9CM) e la durata dell'intervento chirurgico ed eventuali infezioni del sito operatorio. Sulla base di tali dati è possibile calcolare i tassi di ISO per raggruppamenti di procedure chirurgiche e categorie di rischio e confrontarli con i tassi dello studio americano *National Nosocomial Infection Study* (NNIS). La scheda è di agevole compilazione e garantisce l'anonimato del paziente che viene identificato e registrato con un codice di reparto e con le prime cinque lettere del cognome. Tutte le fasi metodologiche (raccolta, archiviazione, elaborazione dei dati e produzione di carte statistiche di processo) sono effettuate con il supporto del software "SOR.R.I.S.O. (SORveglianza Routinaria delle Infezioni del Sito Operatorio), appositamente sviluppato in ambiente MS Access 1997. Non appena il rilevatore evidenzia un caso di infezione sospetto od accertato, ne informa il coordinatore del gruppo di lavoro che provvederà tempestivamente a segnalarlo alla Unità Operativa interessata, allo scopo di prendere i più opportuni provvedimenti. Entro la prima settimana del mese successivo a quello di rilevazione, viene eseguito un output dei dati, che vengono trasmessi alle singole Unità Operative.

Programma di sorveglianza circolazione dei microrganismi caratterizzati da una multiresistenza agli antibiotici.

Giornalmente personale del Servizio di Igiene Ospedaliera raccoglie presso il Laboratorio di Microbiologia i dati sugli isolamenti di tali microrganismi ed avverte in tempo reale le Unità Operative interessate (in questo caso tutte, non solamente quelle chirurgiche) al fine di provvedere ad applicare ai pazienti coinvolti le opportune misure di isolamento, in modo da evitare la trasmissione del microrganismo tra paziente e paziente e la sua diffusione ambientale.

Razionalizzazione dell'uso degli antibiotici nella profilassi preoperatoria

Il progetto ha previsto inizialmente una fase caratterizzata dal censimento dei protocolli adottati dai reparti chirurgici per le diverse tipologie di interventi. La seconda fase del progetto ha visto riunirsi più volte il gruppo di lavoro che, sulla base delle proprie esperienze ed acquisendo dati dalla letteratura e dalle linee guida più recenti in tema di profilassi antibiotica, ha elaborato delle proprie indicazioni per i diversi tipi di interventi previsti nei protocolli dei reparti. Il primo documento prodotto, comprendente le indicazioni generali per una corretta profilassi e i protocolli per ogni tipologia di intervento, è stato discusso con i Responsabili (o loro delegati) delle singole Unità Operative, allo scopo di condividerli ed acquisirne il consenso alla applicazione.

Contestualmente, sono stati acquisiti altri dati, riguardanti:

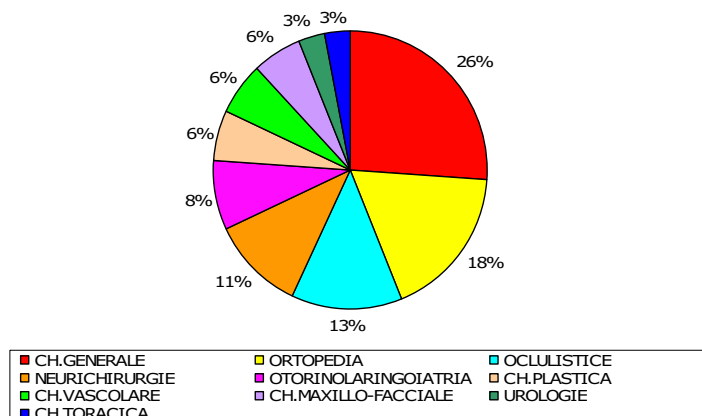
- il costo degli antibiotici utilizzati per i regimi di profilassi (dati ottenuti dalla Farmacia)
- gli isolamenti di microrganismi da tamponi delle ferite e drenaggi (dati ottenuti dalla Microbiologia del Laboratorio Analisi e dalla sorveglianza sulle infezioni del sito operatorio)

Il costo dei diversi regimi di profilassi è stato inserito nel documento che il gruppo di lavoro ha fornito ai reparti chirurgici. Il momento successivo del progetto è stato quello di verificare la reale applicazione dei protocolli durante l'attività operatoria routinaria, verificare cioè la rispondenza tra protocollo ufficiale e profilassi effettivamente praticata. Si è deciso pertanto di procedere ad uno studio retrospettivo, a partire dal mese di aprile 2001, con lo scopo di ottenere dati sulla applicazione dei protocolli di profilassi. Le schede di rilevazione affluiscono al Centro di elaborazione attivato presso la Cattedra di Igiene, dove si provvede alla codifica e all'analisi dei dati mediante un software appositamente predisposto. La valutazione viene espressa in conformità (al protocollo), non conformità (per molecola, dosaggio o durata) e non valutabilità. I risultati dello studio sono poi stati inviati alle singole Unità Operative, richiedendo, se necessario, le motivazioni della mancata applicazione dei protocolli e programmando un incontro con il gruppo di lavoro. La sorveglianza sull'applicazione dei protocolli di profilassi, così come quella sulla circolazione dei multiresistenti e sulle infezioni del sito operatorio, è in corso.

Risultati

Dal 1998 al 2004 sono stati sorvegliati in totale 49946 interventi chirurgici. La maggior parte degli interventi sono stati monitorati nelle chirurgie generali (26%); seguono le ortopedie (18%), le oculistiche (13%), le neurochirurgie (11%), ORL (8%), chirurgia plastica, vascolare e maxillo-facciale (6%), urologie e chirurgia toracica (3%) (figura 4.4.12)

Figura 4.4.12 - Percentuale degli interventi sorvegliati nei reparti nell'Azienda ospedaliero-universitaria Ospedali riuniti di Ancona dal 1998 al 2004.



Il 54% dei soggetti sottoposti a intervento chirurgico è di sesso maschile con una età media di 54.3 anni. La degenza media è stata di 7.6 (DS 14.8) giorni con un massimo nelle unità operative di neurochirurgia 13.1 (DS 12.9) ed un minimo nelle oculistiche 2.6 (DS 2.7). La degenza media pre-operatoria è pari a 2.4 giorni (DS 4.6) con oscillazione da 0.9 giorni (DS 1.7) nelle oculistiche a 4.9 giorni (DS 9.1) nelle neurochirurgie. Il 58.3% degli interventi appartiene alla categoria di interventi puliti, il 35.6% sono interventi puliti-contaminati e solo il 6.1% è rappresentato da interventi contaminati o sporchi.

La maggior parte degli interventi è stata eseguita in pazienti in buone o discrete condizioni di salute, come testimoniato dal punteggio ASA (80% degli interventi con ASA uguale a 1 o 2). La maggior parte degli interventi sono stati effettuati con tempi ≤ 2 ore (77.6%).

In totale sono state riscontrate 1411 infezioni, per una frequenza di infezione pari a 2.8/100 interventi sorvegliati.

La percentuale di infezione del sito chirurgico aumenta proporzionalmente all'aumentare dello SCORE ASA, dall' 1.9% in ASA 1 all'11.9% in ASA 5 classe 1; della classe di contaminazione, da 1.4% per interventi in classe 1 al 13% per

interventi in classe 4; del tempo di durata dell'intervento chirurgico, dall' 1.9% al 6.4% per interventi ≥ 2 ore. Analogamente, la percentuale di infezione varia in ragione del tipo di intervento, da 0% nelle nefrectomie e nelle riduzioni di ferite aperte al 16,6% nelle amputazioni degli arti. Nell'ambito della classificazione NNIS sono stati sorvegliati 32942 interventi ovvero il 66% di tutte le procedure chirurgiche. Gli interventi sull'apparato muscoloscheletrico sono risultati i più frequenti (23.4%), in particolare la riduzione aperta delle fratture (18.6%) e le protesi dell'anca (14.1%). Seguono gli interventi effettuati sull'apparato digerente (19%), sul sistema nervoso (12.7%), sui tegumenti (10.9%). La maggior frequenza di infezioni si è rilevata per gli interventi che hanno previsto innesto di pelle (14.3%), amputazione degli arti e chirurgia del colon (13.8%), chirurgia gastrica (12.7%), chirurgia dei dotti biliari, fegato, pancreas (11.1%).

Per quanto riguarda i microrganismi, in totale sono stati effettuati 25530 campionamenti microbiologici. Sono risultati positivi 1003 campioni (3.93%). Il microrganismo più frequentemente isolato è risultato *Staphylococcus aureus* (26.1%), seguito da *Escherichia coli* (16.2%) e *Pseudomonas aeruginosa* (15.1%).

Per quanto riguarda l'applicazione dei protocolli di profilassi antibiotica i risultati sono più che soddisfacenti: infatti alla fine del 2004 il 93% delle Unità Operative (14) applicava conformemente il protocollo per quanto riguarda l'utilizzo della molecola in più del 50% delle procedure chirurgiche; dosaggio e durata (conformità > 50%) venivano correttamente applicati rispettivamente nel 53% e 73% dei reparti chirurgici.

Anche il confronto dei dati rilevati nei bimestri aprile-maggio 2001 e novembre-dicembre 2004 ha dimostrato un trend positivo; infatti si è passati dal 13% al 42% di conformità globale; la stratificazione per molecola, dosaggio e durata ha evidenziato un incremento percentuale più che soddisfacente : dal 33 al 66% di adesione relativamente alla molecola; dal 17 al 66% per il dosaggio e dal 20 al 53% per la durata, a testimonianza di una significativa sensibilizzazione delle equipe chirurgiche ottenuta grazie all'intervento del gruppo di lavoro.

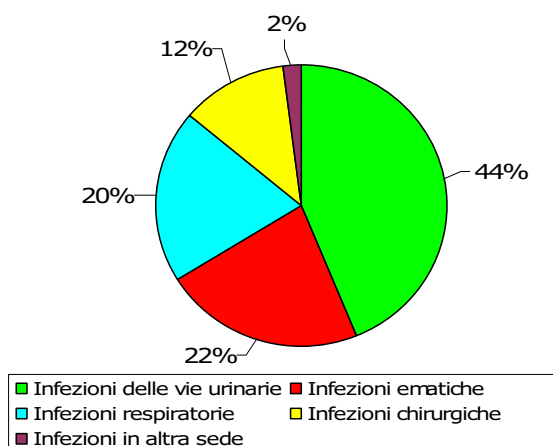
Attività di sorveglianza epidemiologica nell'Ospedale San Salvatore di Pesaro (a cura di Pieretti C)

L'attività del Gruppo Operativo del C.I.O. si integra con quella più generale di prevenzione e igiene ospedaliera del Servizio di Igiene Ospedaliera (S.I.O.), istituito dal Direttore Sanitario Aziendale nel dicembre 1999.

In considerazione dell'assenza precedente al 1998 di qualsiasi attività di sorveglianza epidemiologica, si è reso necessario effettuare inizialmente degli studi preliminari che permettessero di conoscere la situazione epidemiologica di base. Per tale motivo nel 1999 (marzo e luglio) sono state effettuate due indagini di prevalenza, che hanno dato gli elementi necessari a progettare e realizzare, a partire dal 2000, un'attività di sorveglianza continua mediante indagini di incidenza, incentrata sui principali fattori di rischio evidenziati nell'Ospedale.

L'attività di sorveglianza e controllo ha comportato una significativa riduzione della prevalenza generale delle infezioni (dal 9.6% al 6.7%). La frequenza percentuale delle I.O. ripartite in base alla sede, sul totale delle infezioni rilevate nelle due indagini, è così risultata: Infezioni delle Vie Urinarie 44%, Infezioni ematiche 22%, Infezioni respiratorie 20%, Infezioni chirurgiche 12%, Infezioni altra sede 2% (figura 4.4.13).

Figura 4.4.13 – Distribuzione della frequenza percentuale delle infezioni nosocomiali in base alla sede. Osp. S. Salvatore, Pesaro. Anni 2000-2002



I principali fattori di rischio correlati alle infezioni nosocomiali nell'Ospedale San Salvatore sono rappresentati, per l'80 % da: impiego del catetere venoso centrale (CVC), dal catetere vescicale (CV) e dall'intervento chirurgico. Altro fattore di rischio è rappresentato dalla durata della degenza: la prevalenza di infezioni è pari a 1,5 % nelle degenze inferiori a 10 giorni, ma sale al 24 % in quelle superiori ai 17 giorni. Proprio sulla base di queste considerazioni, negli anni 2000, 2001 e 2002 è stata attuata un'attività di sorveglianza delle I.O. correlate a CVC e a CV.

I risultati, sintetizzati in Tabella 4.4.3, hanno evidenziato la sensibile diminuzione dell'incidenza di I.O. correlate a questi due fattori di rischio (dati espressi come n° infezioni / 1000 giorni di esposizione)

Tabella 4.4.3 - Numero di Infezioni rilevate per 1000 giorni di esposizione a Catetere Venoso centrale (CVC) e a Catetere Vescicale (CV). Osp. S. Salvatore, Pesaro. Anni 2000-2002.

	Numero I.O./ 1000 giorni CVC	Numero I.O./ 1000 giorni CV
2000	8,3	6,5
2001	6,4	5,1
2002	3,2	5,0

Negli anni 2002 e 2003, con modalità analoga a quella utilizzata per questi studi di incidenza, è stata attuata una sorveglianza basata su rilevazione dell'incidenza delle infezioni da ferita chirurgica. Nei due anni si è assistito ad una significativa riduzione della loro frequenza: l'incidenza delle Infezioni chirurgiche è passata da 3,1 a 2,3 /100 interventi, mentre tutte le I.O., comprese le non chirurgiche, sono passate dal 5,1 al 3,2 /100 interventi.

Altri tipi di sorveglianza messi in atto sono stati: la sorveglianza degli eventi sentinella e dei focolai epidemici (attuata attraverso la messa a punto di un sistema di segnalazione direttamente dai reparti e dai vari servizi, integrato con la regolare e continua acquisizione dei dati provenienti dal laboratorio di microbiologia); la sorveglianza microbiologica (effettuata utilizzando il flusso continuo di dati provenienti dal laboratorio di microbiologia); la verifica della corretta applicazione dei protocolli e delle linee guida da parte di tutto il personale.

Per quanto riguarda gli isolamenti microbiologici, nel 2004 i germi più frequenti all'interno del San Salvatore sono stati:

- Stafilococchi coagulasi negativi (in gran parte *epidermidis*) = 21 %
- *Escherichia coli* = 18,5 %
- Enterococchi (*faecalis* e *faecium* soprattutto) = 14,2 %
- *Pseudomonas aeruginosa* = 8,1 %
- *Stafilococco aureo* = 6,5 %

Le percentuali di resistenza sono andate riducendosi (o comunque sono rimaste stabili) negli anni grazie all'efficacia dell'azione di sorveglianza (Tabella 4.4.4).

Tabella 4.4.4 - Percentuali di resistenza dei germi isolati. Osp. S. Salvatore, Pesaro. Periodo 2002-2004

Germe	2002	2003	2004
<i>Stafilococchi coag neg meticillino-resistenti</i>	65	72	66
<i>Stafilococco aureo meticillino-resistente</i>	38	32	21
<i>Pseudomonas aerug multiresistente</i>	22	16	15
<i>Enterobatteriacee produttori di ESBL</i>	5	4	5

Annino I, Filippetti F, Ravaglia E. Indagine di prevalenza delle infezioni ospedaliere negli ospedali delle Marche. Igiene Moderna (1992): 97, 74-85.

E' stato condotto in 30 ospedali della regione Marche uno studio di prevalenza delle Infezioni ospedaliere. L'indagine è stata effettuata in 160 reparti in cui sono stati esaminati 2898 pazienti nei quali è stato osservato: un tasso di prevalenza globale delle infezioni di 5,6%; il maggiore tasso di infezioni nel reparto di terapia intensiva 9,9%; i tassi di prevalenza più bassi nei reparti di medicina 6,7% e di chirurgia 4,2%.

La rilevazione è stata effettuata nei mesi di ottobre e novembre 1989 dalle unità partecipanti al Corso regionale per infermieri addetti al controllo delle infezioni ospedaliere (I.C.N.), allora in svolgimento presso l'Istituto di Igiene dell'Università di Ancona.

4.5. ALTRE PATOLOGIE RILEVANTI

4.5.1 IL DIABETE MELLITO: EPIDEMIOLOGIA E ASSISTENZA

Al momento attuale non è possibile avere un quadro epidemiologico completo del diabete nella popolazione marchigiana, ma sono disponibili i risultati di indagini condotte su problemi specifici e riferiti ad alcune aree della Regione . Fa eccezione il diabete mellito di tipo 1 per cui sono disponibili i dati del Registro di Incidenza attivo dal 1990.

Fonti informative:

- RIDI (Registro Italiano Diabete mellito Insulino-dipendente);
- ISTAT;
- Studio sulla Prevalenza del Diabete Mellito tipo II sulla popolazione della ZT 6, Fabriano (1999-2000);
- Sorveglianza delle amputazioni non traumatiche degli arti inferiori, regione Marche (1997-1998);
- Studio Q.U.A.D.R.I. (Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane), 2004;
- Studio sulla mortalità dei soggetti diabetici residenti nella provincia di Ancona (coorte 1988-1993)

Epidemiologia del diabete mellito di tipo 1 (DMT1): i dati di incidenza del RIDI

Il Registro di incidenza del diabete mellito tipo 1²⁰, già citato nel primo rapporto sullo stato di salute della Regione Marche (1), istituito il 1 gennaio 1990, costituisce un' importante fonte di dati per quanto riguarda l' incidenza nella popolazione marchigiana del diabete infantogiovanile e del giovane adulto.

La registrazione dei nuovi casi di DMT1 riguarda la popolazione residente nella Regione Marche di età compresa tra 0 e 14 anni; dall'1.1.1997 la rilevazione è stata estesa alla classe di età 15-29 anni.

Il Registro, attivo dal 1 gennaio 1990, è inserito nel progetto nazionale RIDI (Registro Italiano Diabete mellito Insulino-dipendente) e nel progetto internazionale DIAMOND (DIABetes MONDiale)

Il RIDI, istituito nel 1996, nasce come progetto di cooperazione tra SID (Società Italiana di Diabetologia), AMD (Associazione Medici Diabetologi) e SIEDP (Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica), allo scopo di coordinare i Registri di Incidenza già attivi e promuovere l'attivazione di nuovi Registri nelle aree non ancora sottoposte ad osservazione epidemiologica (2). La struttura organizzativa prevede diversi Registri Locali ed un Centro di Coordinamento nazionale, con sede ad Ancona, presso il Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica.

Attualmente sono attivi 7 Registri Regionali (Liguria, Marche, Umbria, Lazio, Abruzzo, Campania, Sardegna) e 5 Registri Provinciali (Trento, Torino, Pavia, Modena, Prato-Firenze). Il database nazionale comprende 4289 casi di età inferiore ai 15 anni con nuova diagnosi tra 1984 e 2002.

Ogni Registro Locale opera come un registro indipendente seguendo un protocollo standardizzato per la registrazione dei casi uguale per tutti i registri, di seguito brevemente riassunto.

²⁰ **Organizzazione del Registro di incidenza della Regione Marche**

Sede del Registro e Responsabile:

Valentino Cherubini, Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica, Istituto di Clinica Pediatrica, Università degli Studi, Azienda Ospedaliera "G. Salesi

Elaborazione dati:

Centro di Epidemiologia, Biostatistica e Informatica medica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi

La definizione di DMT1 avviene attraverso la data della prima somministrazione di insulina che è considerata la data della diagnosi di diabete. Il caso viene identificato attraverso i seguenti requisiti minimi: data di nascita, sesso, data di diagnosi, comune di residenza. Ogni registro utilizza almeno due fonti indipendenti di reclutamento, in modo da poter stimare la completezza di registrazione con il metodo cattura-ricattura.

Nel primo rapporto sullo stato di salute della Regione Marche, pubblicato nel 1999, il tasso regionale medio di incidenza standardizzato per età sulla popolazione mondiale nel periodo 1989-1998, per la classe di età 0-14 anni, era risultato del 9,6 per 100.000 anni-persona (IC95%: 8.3-11.1).

Nella Regione, non si osservavano differenze statisticamente significative nell'incidenza di diabete di tipo 1 per classi di età, sesso e provincia di residenza.

L'analisi dell'andamento temporale della malattia, non evidenziava un incremento statisticamente significativo nei 10 anni considerati.

Suddividendo i casi per classi di età si osservava come la classe più giovane (0-4 anni) fosse caratterizzata da un incremento dell'incidenza medio annuale del 12%, statisticamente significativo ($p < 0.01$).

Per quanto riguarda la classe di età 15-29 anni, il tasso medio annuale di incidenza standardizzato per età sulla popolazione mondiale è risultato del 6,1 per 100000 anni-persona senza sostanziali differenze per sesso.

Confrontando, per i due anni disponibili (1997-1998), l'incidenza tra 15-29 anni e tra 0-14 anni, non si osservano differenze statisticamente significative.

Nel 2004, il RIDI ha pubblicato uno studio longitudinale di 10 anni in cui sono stati confrontati i tassi di incidenza dei Registri Locali (tabella 4.5.1.1) (3).

Tabella 4.5.1.1 - Tassi di incidenza di DMT1 (per 100000 anni-persona) nella popolazione giovanile (0-14 anni) per registro, area geografica e genere (1990-99).

	Casi	Anni persona	Tassi di incidenza standardizzati * per età	IC 95% #
Maschi				
Torino	167	1,444,818	11.06	9.48 - 12.91
Pavia	36	287,218	12.13	8.49 - 16.79
Liguria	124	893,677	13.54	11.31 - 16.21
NORD ITALIA	327	2625713	12.03	10.78 - 13.42
Prato-Firenze	96	709,218	13.02	10.59 - 15.97
Umbria	67	552,863	12.40	9.69 - 15.85
Marche	104	1,010,665	10.10	8.29 - 12.29
Lazio	359	4,006,647	8.81	7.93 - 9.78
CENTRO ITALIA	626	6,279,392	9.80	9.06 - 10.61
Campania				
SUD ITALIA	403	6,164,187	6.37	5.77 - 7.04
ITALIA PENINSULARE	1356	15,069,292	8.78	8.25 - 9.35
Sardegna	660	1,461,924	43.31	40.11 - 46.78
Femmine				
Torino	139	1,367,388	9.96	8.41 - 11.81
Pavia	34	270,965	11.95	8.28 - 16.71
Liguria	89	845,828	10.51	8.49 - 13
NORD ITALIA	262	2,484,180	10.37	9.17 - 11.73
Prato-Firenze	53	679,220	7.72	5.83 - 10.18
Umbria	56	521,612	11.13	8.48 - 14.57
Marche	93	956,318	9.60	7.79 - 11.82
Lazio	333	3,803,133	8.56	7.68 - 9.55
CENTRO ITALIA	535	5,960,282	8.85	8.12 - 9.64
Campania				
SUD ITALIA	362	5,897,456	6.02	5.42 - 6.68
ITALIA PENINSULARE	1159	14,341,918	7.95	7.46 - 8.46
Sardegna	427	1,376,378	30.13	27.36 - 33.17

* Sulla popolazione standard mondiale

IC 95% = intervalli di confidenza al 95%

L'incidenza del diabete tipo 1 nelle Marche colloca la regione fra le aree ad incidenza intermedia secondo la classificazione proposta dal Diamond Study Group (1. area a incidenza molto bassa: <1/100,000 anni-persona (ap); 2. aree a bassa incidenza: 1-4.99/100,000 ap; 3. aree a incidenza intermedia: 5-9.99/100,000 ap; 4. aree ad alta incidenza: 10-19.99/100,000 ap; 5. aree a incidenza molto alta: \geq 20/100,000 ap); non sono presenti differenze significative legate al genere.

Prevalenza del diabete mellito di tipo 2 (DMT2): lo studio di Fabriano

Un interessante tentativo di stima della prevalenza del diabete nella nostra regione e' quello offerto dallo studio condotto sulla popolazione dell'area della Zona Territoriale (ZT) 6 di Fabriano (provincia di Ancona) composta da 44864 residenti al 1 gennaio 2000 (4).

I casi prevalenti di diabete erano rappresentati dai soggetti residenti nella Zona territoriale 6 di Fabriano nel periodo giugno 1999 - giugno 2000 e con diagnosi di diabete precedente il 30 giugno 2000.

L'identificazione dei casi è stata effettuata attraverso la consultazione di 6 fonti:

1) l'archivio del Centro Antidiabetico (CAD) della ZT 6 di Fabriano, da cui sono stati estratti tutti i pazienti, afferenti al Centro e in vita, con diagnosi di diabete precedente il 30 giugno 2000 effettuata secondo i criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e residenti nel territorio della ZT 6 nel periodo in studio; il CAD è stata considerata la fonte primaria.

2) I Medici di Medicina Generale (MMG).

3) Il laboratorio analisi della ZT 6, da cui sono stati estratti tutti i soggetti con almeno una determinazione dell'emoglobina glicata (HbA1c) nel periodo di studio. Tale fonte è stata scelta sulla base di due considerazioni: (i) l'indicazione per la prescrizione della determinazione dell'HbA1c è specifica per il monitoraggio della patologia diabetica; (ii) i percorsi diagnostico-assistenziali concordati tra CAD e MMG prevedono che l'HbA1c sia richiesta solo per il controllo dei pazienti con diabete noto.

4) L'archivio informatizzato della ZT 6 relativo alla fornitura dei presidi sanitari per la cura del diabete da cui sono stati estratti tutti i soggetti con almeno una richiesta nel periodo considerato.

5) L'archivio informatizzato delle esenzioni dal contributo alle spese sanitarie per patologia della ZT 6, da cui sono stati estratti tutti i soggetti con l'esenzione per diabete nel periodo in studio.

6) L'archivio informatizzato delle Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) della ZT 6, da cui sono stati estratti tutti i pazienti con almeno un ricovero identificato dai codici ICD-IX 250.0-250.9 (Diabete Mellito) nel periodo in studio.

Ogni soggetto identificato da ciascuna delle 6 fonti è stato considerato un caso di diabete. Per ogni caso sono stati registrati cognome e nome, sesso, data di nascita e codice di iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale (codice assistito). Attraverso il codice assistito è stato effettuato l'appaiamento tra le fonti, allo scopo di considerare i pazienti identificati da più fonti una sola volta.

Stima dei casi prevalenti

La stima dei casi di diabete è stata effettuata attraverso l'applicazione del metodo di cattura-ricattura che consente di stimare la quota di casi non identificati da alcuna delle fonti ma che potrebbe essere rilevata considerando una ulteriore fonte ignota. Il modello è stato applicato considerando sia la dipendenza che la possibile eterogeneità tra le fonti.

Stima della prevalenza

La prevalenza osservata del diabete noto è stata calcolata, per il totale dei soggetti, per genere e classi di età in anni compiuti al 1 gennaio 2000, mediante il rapporto tra i casi di diabete identificati da almeno una delle 6 fonti considerate e la popolazione residente nella ZT 6 di Fabriano al 1 gennaio 2000 (dati ISTAT).

Allo scopo di confrontare i valori di prevalenza con quelli di altri studi italiani, la prevalenza osservata è stata standardizzata per età sulla popolazione italiana al 1 gennaio 2000 (dati ISTAT).

La prevalenza stimata (rapporto tra i casi stimati e la popolazione di riferimento) è stata calcolata per il totale dei soggetti e per genere.

Per tutti i valori di prevalenza sono stati calcolati gli intervalli di confidenza al 95%.

Il numero di casi stimati è risultato pari a 1930 pazienti (IC95% = 980-3880) che sommati ai casi osservati conducono a un totale di casi prevalenti nell'area geografica in studio pari a 4220 pazienti (IC95% 3270-6170).

La prevalenza di DM osservata è risultata pari al 5,1% (IC95%=4,9%-5,3%). In entrambi i sessi si è osservato un incremento statisticamente significativo della prevalenza all'aumentare dell'età rispettivamente fino a 69 anni per i maschi e fino a 79 anni per le femmine (tabella 4.5.1.2). La popolazione femminile tra i 40 e i 79 anni di età è caratterizzata da un rischio di DM inferiore rispetto alla popolazione maschile; nella popolazione più anziana (≥ 80 anni) la prevalenza diminuisce in modo significativo solo nel sesso maschile (9.9% vs 16.5%) e non si osservano differenze significative tra i due sessi.

La standardizzazione per età conduce a una stima della prevalenza inferiore a quella grezza (4,4% vs 5,1% rispettivamente) ed evidenzia una prevalenza di DM significativamente inferiore nel genere femminile rispetto al genere maschile (4,0% vs 4,8% rispettivamente). La prevalenza stimata con il metodo cattura-ricattura è pari a 9.4% (IC95%=7.3%-13.8%) e non si osservano differenze statisticamente significative tra i due sessi.

La prevalenza di diabete noto osservata, sia grezza, che standardizzata per età, è risultata maggiore rispetto ai valori riportati in altri studi italiani, che vanno da un valore minimo di 2.1% a un valore massimo di 3.2%.

Il confronto dei valori di prevalenza è tuttavia difficile in quanto gli studi sono stati condotti con metodologie che differiscono sia per il numero e il tipo di fonti utilizzato che per l'accuratezza delle fonti stesse nella rilevazione dei casi di diabete. Le differenze osservate potrebbero essere dovute oltre che a una diversa distribuzione delle caratteristiche dei pazienti, in primo luogo l'età, anche a differenze nella tipologia dell'assistenza erogata e nelle modalità di accesso alla stessa.

La distribuzione della prevalenza di DM osservata nello studio in funzione dell'età è simile a quella descritta dagli altri studi italiani e sembra confermare l'ipotesi che l'aumento della speranza di vita media determini un aumento delle patologie cronico-degenerative nella popolazione più anziana. Il decremento della prevalenza di DM che si osserva nella popolazione maschile di 80 anni o più, può essere dovuto alla presenza di "un effetto sopravvivenza"; è noto infatti che i soggetti affetti da diabete muoiono in età più giovane rispetto ai soggetti non affetti dalla malattia. Tale ipotesi è supportata dall'osservazione che il decremento non si osserva nelle donne, dove la speranza di vita è maggiore che negli uomini e quindi il possibile "effetto sopravvivenza" potrebbe essere spostato in avanti rispetto all'età.

Tabella 4.5.1.2 - Prevalenza osservata e stimata e intervalli di confidenza al 95% nella popolazione della ZT 6 di Fabriano nel periodo 30 giugno 1999-30 giugno 2000

Prevalenza osservata	Maschi			Femmine			Totale		
	casi (N)	popolazione (N)	Prevalenza % (IC95%)	casi (N)	popolazione (N)	Prevalenza % (IC95%)	casi (N)	popolazione (N)	Prevalenza % (IC95%)
ETA' (anni)									
<40	49	10432	0.47 (0.35-0.62)	48	9735	0.49 (0.36-0.65)	97	20167	0.48 (0.39-0.59)
40-59	321	5681	5.65 (5.06-6.28)	171	5616	3.04 (2.61-3.53)	492	11297	4.36 (3.99-4.75)
60-69	356	2547	13.98 (12.65-15.38)	258	2912	8.86 (7.85-9.95)	614	5459	11.25 (10.42-12.12)
70-79	356	2146	16.59 (15.04-18.23)	409	3018	13.55 (12.35-14.83)	765	5164	14.81 (13.86-15.81)
≥80	88	891	9.88 (8-12.03)	234	1886	12.41 (10.95-13.98)	322	2777	11.60 (10.43-12.84)
Totale	1170	21697	5.39 (5.1-5.7)	1120	23167	4.83 (4.56-5.12)	2290	44864	5.10 (4.9-5.31)
Prevalenza osservata standardizzata (*)			4.76 (4.7-4.81)			4.03 (3.98-4.07)			4.38 (4.34-4.43)
Prevalenza stimata con il metodo cattura-ricattura			7.67 (6.54-9.82)			10.64 (7.14-20.16)			9.41 (7.29-13.75)

(*) valori standardizzati per età sulla popolazione italiana al 1 gennaio 2000
 IC95% = intervallo di confidenza al 95%

Epidemiologia delle complicanze del diabete mellito: la Sorveglianza delle Amputazioni non Traumatiche degli Arti Inferiori (AnTAI)

Una delle complicanze maggiormente invalidanti del diabete mellito e' rappresentata dalla amputazione non traumatica degli arti inferiori (AnTAI). Il rischio stimato di amputazione nel paziente diabetico e' da 15 a 45 volte maggiore di quello del soggetto non diabetico. L'ulcera delle estremità inferiori, che nella maggior parte dei casi rappresenta la prima fase del processo che porterà ad amputazione, risulta una delle più comuni cause di ospedalizzazione del paziente diabetico.

Programmi specifici di prevenzione e cura delle lesioni delle estremità inferiori si sono dimostrati in grado di ridurre il rischio di AnTAI. La valutazione dell'efficacia di tali programmi si basa sulla disponibilità di un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno amputazione nella popolazione a cui è rivolto il programma stesso.

Di seguito vengono riportati i risultati del primo studio di sorveglianza delle AnTAI nella popolazione marchigiana (5), il cui obiettivo principale era la valutazione dell'impatto prodotto dalla malattia diabetica sulle amputazioni non traumatiche degli arti inferiori.

Tutte le AnTAI verificatesi nella Regione Marche negli anni 1997-1998 sono state identificate utilizzando l'Archivio regionale delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Le informazioni relative a genere, data di nascita, durata del ricovero, diagnosi di diabete e livello di amputazione sono state verificate esaminando le cartelle cliniche dei pazienti. Sono state considerate amputazioni maggiori tutte quelle implicanti una sezione chirurgica craniale al tarso e minori quelle eseguite a livello tarsale o distalmente a tale struttura anatomica.

Nella popolazione di amputati è stata stimata la prevalenza del diabete (e gli intervalli di confidenza al 95%) in funzione del genere, età all'amputazione, livello di amputazione e storia di amputazioni multiple. In seguito è stato stimato l'effetto di tali variabili nel modificare la probabilità di essere diabetico per un soggetto sottoposto all'amputazione

Nell'intervallo temporale considerato sono stati identificati 555 casi di AnTAI corrispondenti ad un tasso di incidenza di 19.1 per 100.000 anni-persona (I.C. 95% 1.76 - 20.7).

La stima della prevalenza di diabete è stata effettuata sui 372 pazienti (226 uomini - 61% - e 146 donne) sottoposti ad intervento nelle strutture della Regione e per i quali è stato possibile esaminare le cartelle cliniche. L'età mediana alla prima amputazione era di 77 anni (25° p.-75° p. = 69-84 anni).

La prevalenza del diabete fra gli amputati era pari al 56% (I.C. 95%: 51-61%) in assenza di differenze fra uomini e donne e per livello di amputazione, mentre si osserva un decremento significativo della prevalenza all'aumentare dell'età ($p=0.001$, Tabella 4.5.1.3).

Tabella 4.5.1.3 - Prevalenza di diabete nella popolazione di pazienti amputati residenti nella Regione Marche nel periodo 1997-1998, in funzione del genere, dell'età e del livello di amputazione.

	n	Prevalenza (%)	I.C. 95%
<i>Genere</i>			
Maschi	226	54	47 - 60
Femmine	146	60	52 - 67
<i>Età (anni)</i>			
<60	43	65	50 - 78
60-69	55	65	52 - 77
70-79	124	61	53 - 69
80-89	122	48	40 - 57
≥90	28	32	18 - 51
<i>Livello di amputazione</i>			
Minore	167	59	51 - 66
Maggiore	191	55	48 - 62

L'età all'amputazione era significativamente minore nei pazienti diabetici rispetto ai non diabetici. (età mediana 74 anni [25°p -75°p = 67-82 anni] vs 80 anni, [25°p -75°p = 71-85 anni], $p= 0.001$) e tale differenza era riscontrabile in entrambi i sessi. Inoltre, i soggetti diabetici che avevano subito una amputazione minore erano significativamente più giovani dei non diabetici (età mediana 72 anni vs 77 anni, $p=0.029$), mentre non si osservava alcuna differenza nell'età per le amputazioni maggiori.

Non si osservavano differenze nella durata dell'ospedalizzazione fra diabetici e non diabetici (degenza mediana 16 giorni [25°p -75°p = 9-25 giorni] vs 15 giorni [25°p -75°p = 8-29 giorni] rispettivamente, $p=0.875$), mentre l'intervento di amputazione maggiore determinava un tempo di ospedalizzazione significativamente superiore rispetto all'amputazione minore solo nei pazienti diabetici (degenza mediana 18 giorni [25°p -75°p = 11-30 giorni] vs 14 giorni [25°p -75°p = 7-23 giorni], $p=0.011$).

La prevalenza del diabete fra i pazienti amputati della Regione Marche è risultata simile a quella rilevata in altri studi italiani e conferma l'elevato impatto del diabete sulle amputazioni non traumatiche degli arti inferiori.

Valutazione dell'assistenza al paziente diabetico: lo studio QUADRI nella regione Marche

L'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con le Regioni e con le società scientifiche d'interesse diabetologico (SID ed AMD), ha condotto un'indagine, denominata Studio Q.U.A.D.R.I. (Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane: www.epicentro.iss.it/quadri/default.htm)

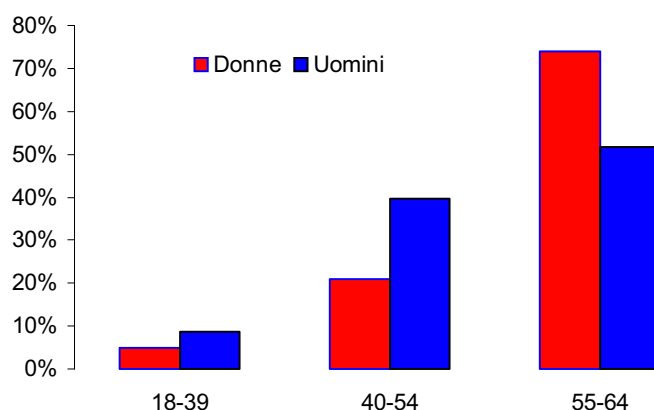
per fornire un quadro nazionale e regionale, affidabile ed aggiornato, sulla qualità e modalità dell'assistenza utilizzando il punto di vista del malato. Tra gli obiettivi specifici dello Studio sono compresi: la descrizione delle conoscenze sulla malattia da parte dei pazienti e la valutazione del grado di informazioni loro fornite sulle misure comportamentali e terapeutiche da intraprendere per controllare la patologia, in modo da evitare le complicazioni più frequenti.

Per valutare l'assistenza al paziente diabetico è stata condotta un'indagine campionaria, con disegno di tipo trasversale (di prevalenza) in 21 regioni italiane. La popolazione in studio è costituita da soggetti inclusi nelle liste di esenzione ticket per diabete di età compresa tra 18 e 64 anni. La rilevazione dei dati è stata effettuata attraverso un questionario standardizzato, somministrato tramite intervista diretta. Nella regione Marche, per selezionare le persone da intervistare, è stato condotto un campionamento casuale semplice direttamente sulla lista degli esenti ticket per diabete. Sono stati così estratti in modo casuale i 100 soggetti, di età compresa tra 18 e 64 anni, titolari dell'intervista e gli eventuali rimpiazzati. La dimensione del campione è stata calcolata per ottenere una precisione della stima pari a $\pm 10\%$, con un intervallo di confidenza al 95%.

La registrazione e l'analisi dei dati raccolti sono state effettuate utilizzando il software EPI-Info, versione 3.3 del 2004.

Il campione: Nelle Marche è stato intervistato l'87% dei titolari; i rifiuti sono stati pari all'11%. Il 60% delle persone intervistate è rappresentato da uomini; l'età mediana è pari a 56 anni. La figura 4.5.1.1 mostra la distribuzione del campione per sesso e classi di età. il 48% delle persone intervistate ha un livello di istruzione basso (nessuno/elementare).

Figura 4.5.1.1 - Distribuzione del campione per sesso e classi di età. Studio Quadri, regione Marche, anno 2004.



Caratteristiche cliniche: Nel 26% (I.C.95% = 17,6%-36,0%) dei casi la diagnosi di diabete è stata effettuata prima dei 40 anni; il 73% (I.C.95% = 62,9%-81,5%) del campione ha la malattia da 5 anni o più. Nelle Marche la maggioranza degli intervistati, il 68% (I.C.95% = 57,7%-77,3%), ha dichiarato di essere stata seguita nell'ultimo anno da un centro diabetologico, mentre la quota di soggetti che si è rivolta al proprio medico di base è risultata pari al 30% (I.C.95% = 20,8%-40,1%).

La terapia con antidiabetici orali è risultato il trattamento più frequente, 63% (I.C.95% = 52,0%-72,2%). Complessivamente il 28% (I.C.95% = 19,4%-38,2%) dei pazienti pratica insulina da sola od in associazione con antidiabetici orali, mentre l'8% (I.C.95% = 3,7%-15,8%) è in trattamento con sola dieta.

Aspetti assistenziali: Lo Studio Quadri ha posto l'attenzione su alcuni importanti elementi della strategia assistenziale per il diabete come l'educazione all'autogestione di questa patologia e l'osservanza di stili di vita sani (6). L'indagine quindi ha voluto esplorare aspetti dell'informazione ricevuta dai pazienti su come gestire la propria malattia, nonché le indicazioni loro fornite sui comportamenti corretti da adottare (7) (8).

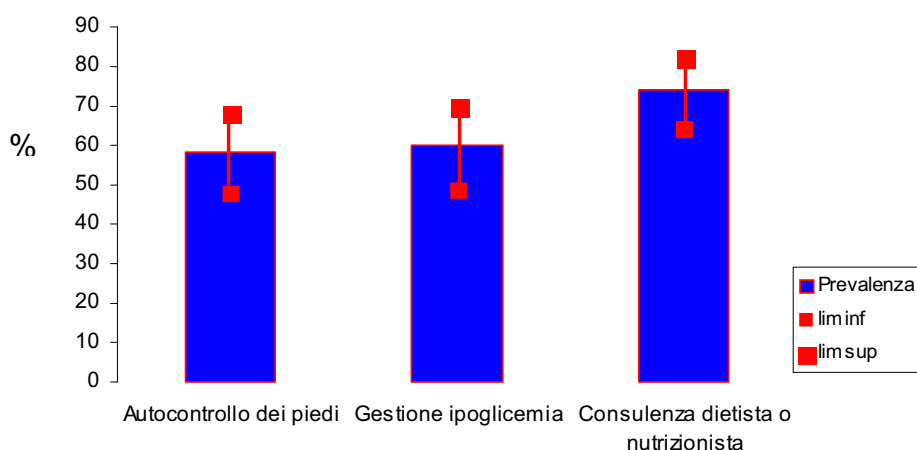
Autogestione: le persone con diabete dovrebbero:

- controllare regolarmente i propri pedi per riconoscere, quanto prima possibile, le alterazioni, inizialmente anche modeste, che possono però rapidamente evolvere e condurre a conseguenze gravi;
- saper gestire un'eventuale crisi ipoglicemica per ridurre il rischio di effetti collaterali potenzialmente gravi del trattamento;
- saper controllare, con la consulenza di un dietologo o di un nutrizionista, la loro dieta ed operare le eventuali necessarie modifiche. Questo perché un'alimentazione bilanciata concorre a garantire un migliore controllo dei valori glicemici ed ad acquisire il peso ideale, contribuendo in tal modo a ridurre il rischio di complicanze.

Nelle Marche (Figura 4.5.1.2):

- poco più di 1 paziente su 2 (il 58%: I.C.95% = 47,8%-68,3%) ha dichiarato di conoscere l'importanza del controllo giornaliero dei piedi, essenziale per prevenire il "piede diabetico" (50% il valore nazionale); tra questi il 36% (I.C.95% = 23,4%-49,6%) esegue l'auto-ispezione giornaliera;
- il 60% (I.C.95% = 48,7%-70,1%) degli intervistati, in cura con farmaci e/o insulina, ha dichiarato di aver ricevuto consigli su cosa fare in caso di crisi ipoglicemica (il dato nazionale è pari al 69%);
- il 74% (I.C.95% = 64,0%-82,4%) ha usufruito della consulenza di un dietologo o nutrizionista per avere le adeguate informazioni circa il rispetto di corrette abitudini alimentari (52% in Italia).

Figura 4.5.1.2 - Informazioni per l'autogestione della patologia: prevalenze ed I.C. al 95%. Studio Quadri, regione Marche. Anno 2004



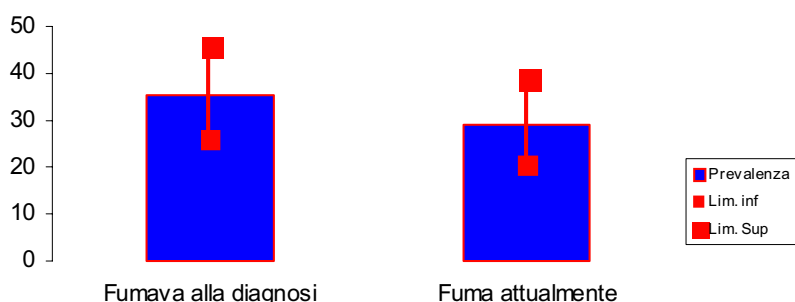
Osservanza di stili di vita sani: le persone diabetiche dovrebbero essere informate sul fatto che:

- il fumo aumenta il rischio di complicanze, soprattutto il rischio di malattie cardiovascolari ed ictus;
- l'attività fisica è utile per mantenere un buon controllo della glicemia e di altri fattori correlati con il diabete (ipertensione, controllo lipidico, controllo del peso), riducendo in questa maniera il rischio di malattie cardiovascolari;
- è importante il controllo del peso poiché il sovrappeso o l'obesità aumentano il rischio di complicanze macrovascolari.

Fumo

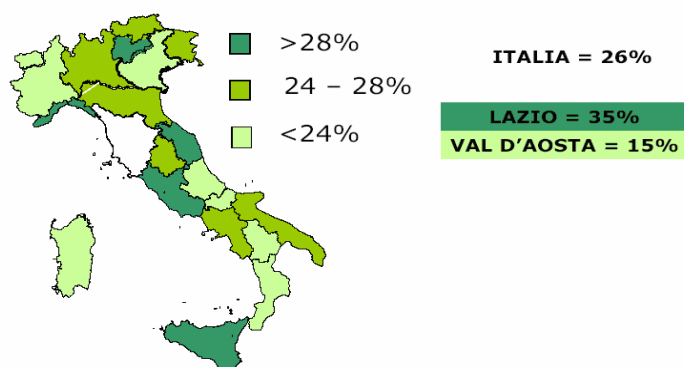
Nelle Marche il 35% (I.C.95% = 25,9%-45,8%) delle persone diabetiche fumava al momento della diagnosi (Figura 4.5.1.3).

Figura 4.5.1.3 - Abitudine al fumo. Prevalenze ed I.C. al 95%. Studio Quadri, regione Marche. Anno 2004



Alla data dell'intervista fuma il 29% (I.C.95% = 20,3%-39,3%) dei soggetti intervistati (26% il dato italiano) (Figura 4.5.1.4), nonostante il 75% (I.C.95% = 55,1%-89,3%) di essi abbia ricevuto il consiglio di smettere (il 90% in Italia)

Figura 4.5.1.4 – Distribuzione percentuale dell'abitudine al fumo delle persone con diabete in Italia. Anno 2004

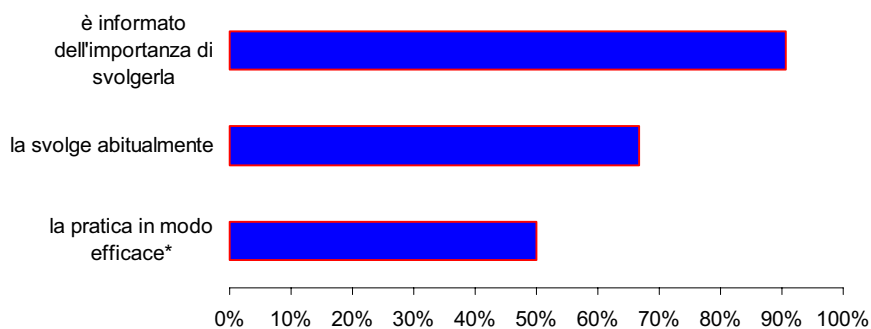


Angelo D'Argenzio: "Informazioni, educazione e comportamenti delle persone con diabete." Studio Quadri, Roma 1 ottobre 2004 www.epicentro.iss.it

Attività fisica

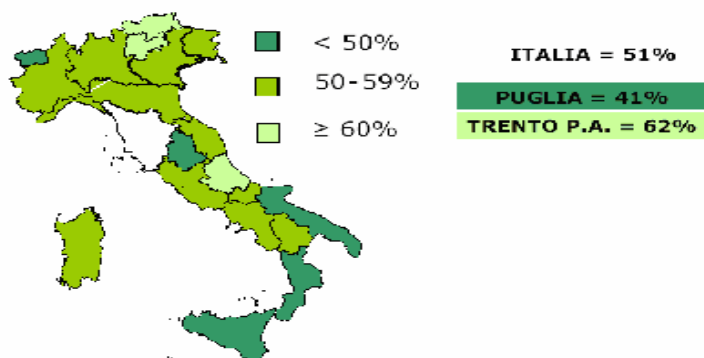
Nelle Marche il 91% delle persone intervistate (I.C.95% = 82,9%-95,6%), ha dichiarato di aver ricevuto informazioni relative ad un corretto esercizio fisico; il 67% (I.C.95% = 56,3%-76,0%) dice di svolgere attività fisica "abituamente", ma solo il 50% (I.C.95% = 36,9%-60,4%) lo fa, come suggerito dalle linee guida, per 3-4 volte alla settimana, per almeno ½ ora al giorno (Figura 4.5.1.5).

Figura 4.5.1.5 - Conoscenza e pratica dell'attività fisica. Studio Quadri, regione Marche. Anno 2004



* svolta 3-4 volte o più alla settimana, per almeno ½ al giorno

Figura 4.5.1.6 - Distribuzione percentuale dell'abitudine ad un'attività fisica efficace*. Anno 2004



* almeno mezz'ora al giorno per 3-4 volte la settimana

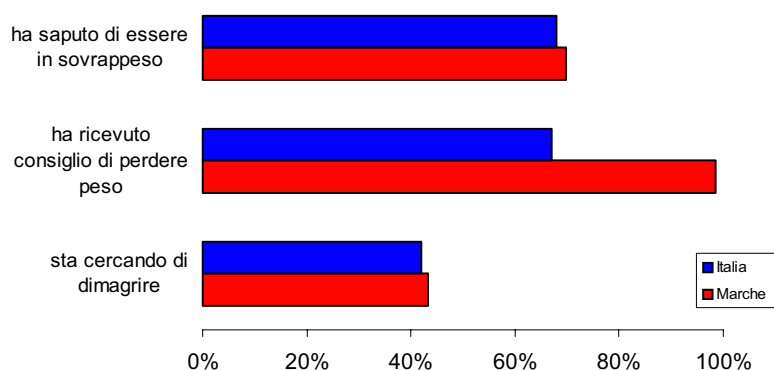
Angelo D'Argenzio: "Informazioni, educazione e comportamenti delle persone con diabete." Studio Quadri, Roma 1 ottobre 2004. www.epicentro.iss.it

In Italia il 92% dei diabetici intervistati è informato sull'importanza di effettuare una corretta attività fisica; il 69% la svolge abitualmente, ma è il 51% a praticarla in modo efficace (Figura 4.5.1.6)

Controllo del peso

il 70% (I.C.95% = 56,6%-78,7%) dei diabetici intervistati è consapevole di essere in eccesso di peso (68% in Italia); la totalità di essi ha ricevuto il consiglio di dimagrire (67% il dato nazionale), ma solo il 43% (I.C.95%= 31,2%-56,0%) dichiara che sta facendo qualcosa per dimagrire (52% in Italia) (Figura 4.5.1.7)

Figura 4.5.1.7 - Conoscenza e controllo dell'eccesso di peso: confronto Marche-Italia. Studio Quadri, regione Marche. Anno 2004



Esiti assistenziali: nello studio QUADRI vengono valutati due importanti esiti assistenziali: i ricoveri ospedalieri che possono considerarsi un indicatore del livello di controllo della malattia nei soggetti diabetici, e il giudizio sullo stato di salute percepita dal paziente stesso che, in generale, è un buon indice del senso di benessere del soggetto.

Ricoveri ospedalieri: nelle Marche il tasso di ricovero dei soggetti diabetici, aggiustato per età e durata della malattia, è risultato pari al 14,1% (I.C.95% = 7,1%-21,1%): il valore più basso, assieme alla Liguria, tra le Regioni in studio. Il dato italiano è del 19%.

Stato di Salute percepita: la percezione globale del proprio stato di salute è un importante indice di qualità della vita, che secondo diversi studi si correla con più fattori: tra i più importanti l'età, il genere, il livello di istruzione, le condizioni economiche, la presenza di malattie croniche e di disabilità (9). Il 72% (I.C.95% = 62,2%-81,1%) delle persone intervistate esprime un giudizio complessivamente positivo del proprio stato di salute (Figura 4.5.1.8); mentre circa 1 diabetico su 4, il 28% (I.C.95% = 18,9%-37,8%), ha una percezione negativa della sua salute: 1 su 3 (il 33%) in Italia.

Figura 4.5.1.8 – Giudizio dello stato di salute



Salvatore Scondotto: "Lo studio QUADRI, le caratteristiche cliniche del campione". Roma - ISS 1 ottobre 2004. www.epicentro.iss.it

Conclusioni

- Il campione regionale, così come quello nazionale, mostra una maggior percentuale di soggetti tra i 55-64 anni rispetto ai più giovani. La distribuzione per età è quella attesa, considerando che in Italia l'età mediana dei diabetici è alta (circa il 60% ha 65 anni o più).
- Un risultato rilevante è il basso livello di istruzione degli intervistati (quasi un paziente su 2 ha al massimo la licenza elementare). Ciò rappresenta una sfida per lo sviluppo di appropriati materiali e programmi di educazione sanitaria.
- La principale "figura" assistenziale per i problemi del diabetico, nella nostra Regione, è il Centro diabetologico, con la maggior parte dei pazienti intervistati (68%) seguiti più da vicino da questa struttura
- La riuscita delle strategie assistenziali nella cura del diabete è condizionata dalla partecipazione attiva dei pazienti, che hanno un ruolo essenziale nella realizzazione delle attività volte a prevenire le gravi complicanze della malattia.

Lo Studio ha messo in evidenza che:

- sono circa 2 pazienti su 3 (il 60% con un I.C.95% = 48,7%-70,1%), tra coloro che assumono farmaci e/o insulina, ad aver ricevuto informazioni su come gestire un'eventuale crisi ipoglicemica (il 69% in Italia);
- le istruzioni sull'autocontrollo dei piedi sono state ammesse dal 58% degli intervistati (I.C.95% = 47,8%-68,3%): valore questo superiore al dato italiano del 50%, ma comunque indicante che poco meno della metà degli intervistati non ha ricevuto queste informazioni;
- per la consulenza dietologica il valore del 74% (I.C.95% = 64,0%-82,4%), maggiore del dato italiano, pari al 52%, rivela una particolare attenzione nei confronti di tale importante aspetto della gestione della malattia.
- Il livello di consapevolezza dei pazienti sui corretti stili di vita è complessivamente buono, mentre si evidenzia una difficoltà nel modificare alcuni comportamenti, ad esempio:
 - benché nelle Marche tutti i pazienti in sovrappeso abbiano ricevuto il consiglio di dimagrire solo 1 su 2 circa (il 43% con I.C.95% = 31,2%-56,0%) si impegna per riuscire a raggiungere questo obiettivo;
 - il 92% degli intervistati sa che è utile svolgere una corretta attività fisica, ma a praticarla in modo "efficace" è il 50% (I.C.95% = 36,9%-60,4%) dei soggetti.

Concludendo: gli spunti di riflessione riguardano il campo dell'informazione e dell'educazione:

- è necessario garantire le informazioni laddove sono apparse più carenti le conoscenze;
- i comportamenti attuati dimostrano la scarsa efficacia degli attuali interventi educativi: è necessario rimodulare le forme della comunicazione rispetto ai corretti stili di vita. Il counselling e la promozione della salute individuale dovrebbero essere inseriti sistematicamente nei programmi di incontro con i pazienti.

Lo studio di mortalità di Ancona

Diversi studi hanno evidenziato come i pazienti affetti da diabete abbiano un rischio di morire superiore rispetto ai soggetti della stessa età e genere e come tale eccesso di rischio sia differente nei diversi Paesi del Mondo.

La terapia a cui vengono sottoposti i pazienti diabetici è mirata ad evitare la comparsa delle complicanze o almeno a limitarne la gravità e/o ad allontanarle nel tempo. Quindi è ipotizzabile che un'assistenza medica adeguata e soprattutto continua durante tutta la vita dei soggetti malati possa migliorare il decorso della malattia in modo importante.

Partendo da questa ipotesi, il Centro di Diabetologia dell'INRCA (CAD) in collaborazione con il Centro di Epidemiologia e Biostatistica dell'Università Politecnica delle Marche, ha condotto uno studio per valutare se e quanto un'assistenza regolare e specialistica al paziente diabetico possa diminuire il suo rischio di decesso (10).

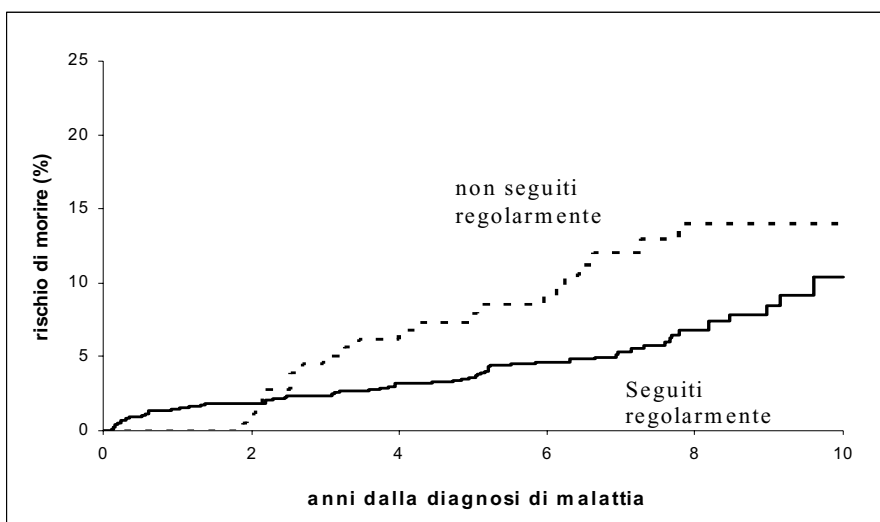
Per lo studio di mortalità sono stati considerati tutti gli individui (n=1070, 569 uomini e 501 donne) residenti nella Provincia di Ancona e nei quali era stato diagnosticato per la prima volta il diabete mellito dopo i 30 anni di età dal Centro di Diabetologia, tra il 1988 e il 1993. Per tutti i pazienti è stata verificata l'esistenza in vita al 31 marzo 1998 e, per i deceduti, sono stati

rilevati dalla scheda di morte ISTAT la data e la causa del decesso. La coorte in studio è stata suddivisa in due gruppi (893 soggetti seguiti regolarmente e 177 soggetti non seguiti regolarmente) sulla base della regolarità con cui è stato seguito il calendario dei controlli periodici previsto dal Centro.

Per entrambi i gruppi è stata stimata la sopravvivenza a 10 anni dalla diagnosi ed è stata confrontata la mortalità con quella della popolazione residente nella Provincia di Ancona, mediante il calcolo del rapporto standardizzato (per età) di mortalità (RSM), che stima l'eccesso o il difetto di casi rispetto al numero atteso dei decessi sulla base della mortalità nella popolazione della Provincia di Ancona; l'effetto dell'età è stato poi indagato calcolando i tassi di mortalità età-specifici (TM) e relativi intervalli di confidenza al 95%.

Confrontando la sopravvivenza a 10 anni dalla diagnosi di malattia nei due gruppi di pazienti adulti suddivisi in base alla regolarità dell'assistenza ricevuta, si è osservato come i soggetti che hanno rispettato il calendario dei controlli periodici previsto dal Centro abbiano un rischio di morire ridotto del 50% rispetto ai pazienti che dopo la prima visita non sono più tornati al Centro, indipendentemente dalla loro età e dal loro genere (figura 4.5.1.9).

Figura 4.5.1.9 - Rischio di morire in funzione degli anni dalla diagnosi di diabete mellito nei pazienti seguiti regolarmente dal Centro di Diabetologia dell'INRCA di Ancona e nei pazienti non seguiti regolarmente

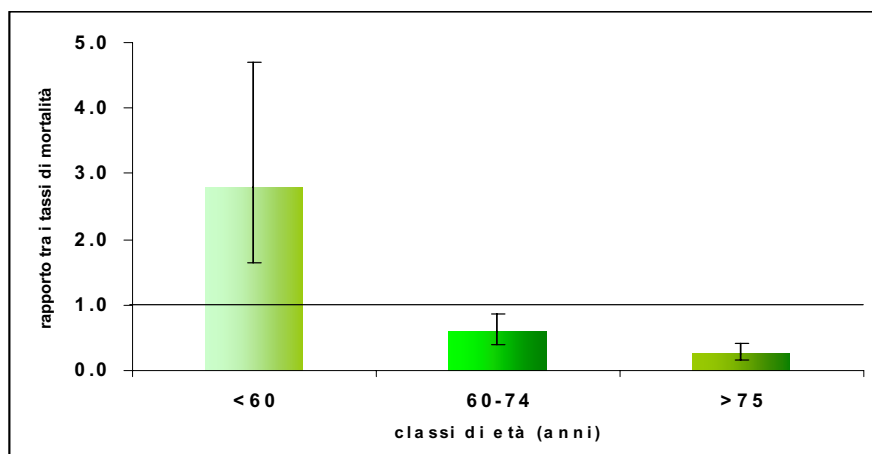


Questi risultati sono quindi a sostegno dell'ipotesi che una regolare assistenza mirata al controllo delle complicanze, come quella erogata dai Centri di Diabetologia sia indispensabile per ridurre il rischio di morte nei pazienti diabetici, come riportato da altri Autori.

Durante il periodo dello studio tra i pazienti seguiti dal CAD si sono verificati 56 decessi (41 nei maschi e 15 nelle femmine) verso i 118 (67 nei maschi e 51 nelle femmine) decessi attesi sulla base della mortalità della popolazione di età, genere e zona di residenza paragonabile (RSM = 0.47, IC95% = 0.36-0.62). Nel gruppo di pazienti non seguiti regolarmente dal CAD il numero di decessi è risultato paragonabile a quello atteso (RSM = 0.98, IC95% = 0.61-1.48).

È interessante osservare come l'effetto della regolarità dell'assistenza sia diverso in funzione dell'età degli individui (figura 4.5.1.10).

Figura 4.5.1.10 - Confronto della mortalità tra i pazienti seguiti regolarmente dal Centro di diabetologia dell'INRCA di Ancona e gli individui residenti nella Provincia di Ancona



i segmenti verticali indicano la significatività statistica del valore del rapporto tra i tassi di mortalità età-specifici indicato dalla barra verde; un rapporto tra tassi uguale a 1 indica che i pazienti diabetici hanno la stessa mortalità della popolazione della provincia di Ancona, un rapporto superiore a 1 indica un eccesso di decessi, un rapporto inferiore a 1 un difetto di decessi rispetto alla popolazione della provincia.

Al di sotto dei 60 anni di età i pazienti affetti da diabete hanno una mortalità circa 3 volte superiore rispetto a quella della popolazione di confronto, come riportato dalla letteratura scientifica. Con l'aumentare dell'età, il rapporto si inverte e la mortalità nei pazienti diabetici si riduce del 30% tra i 60 e 75 anni e ben del 60% negli ultrasettantacinquenni, rispetto alla popolazione residente nella stessa area geografica e di età e genere paragonabile.

L'assistenza regolare e specialistica fornita dal CAD sembra dunque non solo ridurre il rischio di morte associato alla patologia diabetica, ma anche l'effetto di altri fattori legati all'invecchiamento degli individui. Presso il Centro, i pazienti diabetici usufruiscono di controlli periodici, consigli per l'alimentazione e lo stile di vita e possibilità di diagnosi precoce in assenza di sintomatologia di patologie gravi come i tumori, tutte prestazioni associate sicuramente a un miglioramento generale dello stato di salute ma che non sono certo erogate, e erogabili, a tutta la popolazione anziana apparentemente sana.

E' evidente che la regolarità dei controlli è solo un indicatore della qualità dell'assistenza che in realtà ha molte dimensioni (adeguatezza e accessibilità della struttura, competenza del personale, disponibilità di tecnologie diagnostiche e terapeutiche avanzate, ecc). Tuttavia l'analisi critica delle motivazioni che hanno portato i pazienti ad avere controlli discontinui ed occasionali nel periodo in studio potrebbe suggerire interventi diretti a migliorare la qualità dell'assistenza del Centro Antidiabetico.

Proseguendo lo studio gli Autori hanno osservato che 37 dei 155 pazienti (24%) in vita nel 1998 e non seguiti regolarmente dal CAD si sono ripresentati al Centro nei successivi 3 anni e che il 70% di questi presentava un diabete scompensato e/o una complicanza sintomatica, ovvero un potenziale aggravamento della malattia che è stato verosimilmente il motivo del secondo ricorso alla struttura sanitaria.

Questa analisi preliminare sembra suggerire la necessità di sensibilizzare maggiormente, e già dalla prima visita, i pazienti riguardo i rischi elevati per la loro salute che comporta la malattia diabetica e quindi sulla conseguente importanza dei controlli periodici anche in assenza di sintomi specifici. Questa maggior sensibilizzazione potrebbe risultare più efficace se effettuata in collaborazione con i medici di medicina generale che rappresentano il naturale primo contatto dei pazienti, soprattutto affetti da una malattia cronica, con l'assistenza sanitaria.

Il nuovo modello di assistenza integrata della regione Marche

Dal 2002 è attivo nella Regione il progetto speciale del Ministero della Salute "Applicazione e valutazione di un nuovo modello di assistenza per i pazienti diabetici nella Regione Marche" (D.Lgs 502/92 ex art 12 e 12bis) che ha permesso di creare una rete di Centri Diabetologici collegati tra loro in tempo reale tramite il network informatico regionale. Dal 2003 sono in rete i centri dell'INRCA di Ancona, Pesaro, Urbino, Fermo e S. Benedetto del Tronto, cui si sono aggiunti nel novembre 2004 Fano e Senigallia. Il collegamento virtuale ha permesso di creare un archivio unico regionale dei pazienti diabetici assistiti dai centri specialistici e di uniformare i protocolli diagnostici e terapeutici delle singole U.O. garantendo quindi l'appropriatezza dei livelli di assistenza e dell'utilizzo dei presidi diagnostico-terapeutici. Inoltre è stato possibile sviluppare una metodica di collegamento con i medici di medicina generale tramite un accesso web protetto da un sistema di autorizzazioni che sarà attivo dal 19 marzo p.v.

Pur non essendo ancora disponibili dati epidemiologici relativi all'intera Regione, mancando le informazioni relative agli altri sette Centri di Diabetologia marchigiani ed in particolare quelle relative ai bacini di Ascoli Piceno e Macerata, il progetto rappresenta in prospettiva un importante, ed unico a livello nazionale, osservatorio del fenomeno diabete.

I dati preliminari di seguito riportati possono essere quindi utili informazioni per la valutazione delle dimensioni del problema diabete a livello della nostra regione e della rilevanza dell'attività della rete dei centri diabetologici.

CENTRI DIABETOLOGICI DELLA RETE REGIONALE (INRCA Ancona, Urbino, Pesaro, Fano, Senigallia, Fermo, S. Benedetto del Tronto). Pazienti affetti da diabete mellito (DM) seguiti dall'1-1-2002 al 31-12-2004

	Uomini	Donne	Totale
DM Tipo 1	786	589	1375
DM Tipo 2	10256	8831	19087
Altri tipi di diabete	76	77	153

CENTRI DIABETOLOGICI DELLA RETE REGIONALE (INRCA Ancona, Urbino, Pesaro, Fano, Senigallia, Fermo, S. Benedetto del Tronto). Pazienti affetti da diabete mellito iscritti ai Centri Antidiabetici nel corso del 2004

	Uomini	Donne	Totale
DM Tipo 1	53	33	86
DM Tipo 2	1050	731	1781
Altri tipi di diabete	18	8	26

Per quanto attiene il centro di riferimento regionale vengono forniti i seguenti dati.

INRCA ANCONA. Pazienti affetti da diabete mellito seguiti dall'1-1-2002 al 31-12-2004

	Uomini	Donne	Totale
DM Tipo 1	328	258	586
DM Tipo 2	3738	3193	6931
Altri tipi di diabete	39	36	75

INRCA ANCONA. Pazienti affetti da diabete mellito iscritti al Centro Antidiabetico nel corso del 2004

	Uomini	Donne	Totale
DM Tipo 1	28	8	36
DM Tipo 2	295	219	514
Altri tipi di diabete	5	2	7

Riferimenti bibliografici

1. La salute nelle Marche. Agenzia Regionale Sanitaria, Regione Marche, Giunta regionale, 2000.
2. Cherubini V., Mascioli G., Carle F. Incidenza del diabete mellito tipo 1 nell'età infantile: lo studio RIDI. *Il Diabete* 2004, 16 (4): 274-28
3. Carle F., Gesuita R., Bruno G., Coppa G.V., Falorni A., Lorini R., Martinucci M.E. Pozzilli P, Prisco F, Songini M, Tenconi MT, Cherubini V, and RIDI Study Group*. Diabetes incidence in age-group 0-14 years in Italy: a 10 years prospective study. *Diabetes Care*. 2004, 27(12): 2790-6.
4. Gregorio F., Evangelisti L., Venanzoni P., Gesuita R., Minnucci A., Vespasiani G., Carle F. Prevalenza di diabete noto in una popolazione del Centro Italia. *MeDia* 2004, 4: 209-216
5. Romagnoli F, Carle F, Boemi M, Gesuita R, Scaradozzi M, Bandoni M, Fumelli P. Diabetes and non traumatic Lower Extremity Amputation in a Region of Central Italy. *Diabetes Nutr. Metab.* 2003 16: 155-159.
6. Commissione nazionale AMD-SID-SIMG. L'assistenza al paziente diabetico; Raccomandazioni cliniche e organizzative dei AMD-SID-SIMG. Dall'assistenza integrata al Team diabetologico e al Disease management del diabete. UTET 2001.
7. Nicolucci A: et alii, Patterns of care of an Italian diabetic population, *Diabetic Medicine*, 1997;14:158-166.
8. AMD, Associazione Medici Diabetologi, Onlus, Rapporto Sociale Diabete 2003.
9. Istat - Rapporto annuale sulla situazione del paese nel 2000.
10. Carle F., Romagnoli F., Boemi M., Gesuita R., Fumelli D., Fumelli P., Does continuous good health care in Diabetic Centres reduce mortality risk? Satellite Symposium International Diabetes Epidemiology Group, Acapulco (Mexico) 1-4 Novembre 2000, P-410: 68.

4.5.2. L'insufficienza renale cronica

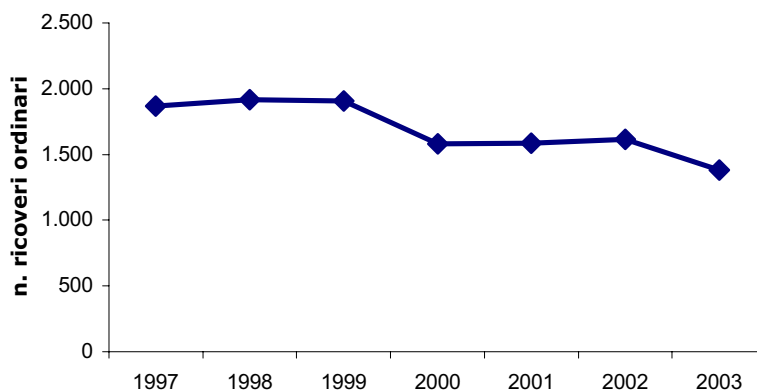
Insufficienza renale cronica non in dialisi

L'insufficienza renale cronica (IRC) è una malattia cronica, evolutiva, che può essere trattata con terapie "sostitutive" quali la dialisi ed il trapianto renale. La prevalenza di tale patologia nella regione Marche, come risulta da un recente studio²¹, è dello 0,44%, per cui si stima che il numero di pazienti affetti da IRC sia di almeno 6.500, di cui circa 5.000 sarebbero pazienti con IRC non in dialisi. Tale prevalenza è simile a quella stimata da indagini puntuali condotte in altre regioni.

Il numero di ricoveri ospedalieri ordinari dei residenti marchigiani per IRC è riportato nella figura 4.5.2.1, tali ricoveri hanno subito, nel periodo 1997 - 2003, una riduzione del 26,2 %.

Il 68% di tali ricoveri sono dovuti a pazienti con IRC non in dialisi; il rimanente 32% sono ricoveri di pazienti in terapia dialitica. L'età media dei pazienti ricoverati con IRC è passata da 67,7 anni nel 1997 a 69,2 anni nel 2003. A causa del progressivo invecchiamento queste persone sono spesso affette da pluripatologie (malattie cardiovascolari, diabete) ed hanno, pertanto, bisogni socio-assistenziali complessi.

Figura 4.5.2.1- Numero di ricoveri ordinari dei residenti marchigiani per Insufficienza renale cronica, anni 1997-2003.



Fonte: schede di dimissione ospedaliera, anni 1997-2003. Elaborazione OER/ARS Marche.

Dalle elaborazioni dell'OER/ARS Marche risulta che il 17% dei pazienti con IRC non in dialisi si ricovera almeno una volta all'anno (con una media di 1,28 ricoveri/pazienti/anno) con una degenza media di 8,9 giorni²².

Insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo

Nella regione Marche, al 31 dicembre 2003, i pazienti con IRC in trattamento sostitutivo (dialisi e trapianto) erano, 1.546. La prevalenza, pari a 1.027 pazienti per milione di abitanti (paz./p.m.a.), è superiore a quella italiana (864 paz./p.m.a. al 31 dicembre 2002 secondo il Registro Italiano di Dialisi e Trapianto).

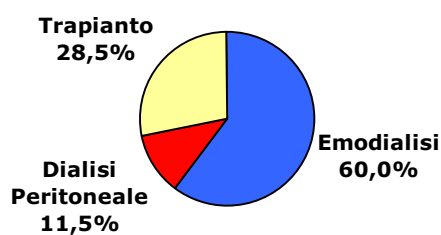
La dialisi extracorporea è il tipo di terapia sostitutiva più diffuso (60 %), seguita dal trapianto renale (28,5 %) e dalla dialisi peritoneale (11,5%) (Figura 4.5.2.2). Si segnala un progressivo aumento dell'età media dei pazienti in dialisi da 65 anni nel 1995 a 71 nel 2003.

Nella figura 4.5.2.3. è riportato l'andamento della distribuzione percentuale dei trattamenti dal 1995 al 2003. L'aumento della proporzione di pazienti in terapia sostitutiva con trapianto renale suggerisce una migliore accessibilità a tale tipo di trattamento.

²¹ Fonti: "Impatto sulla prevalenza di alcune condizioni patologiche a rilevante impatto sociale nella Regione Marche", Flusso informativo sui Centri Dialisi della Regione Marche, Osservatorio Epidemiologico Regionale/ARS Marche. (www.ars.marche.it)

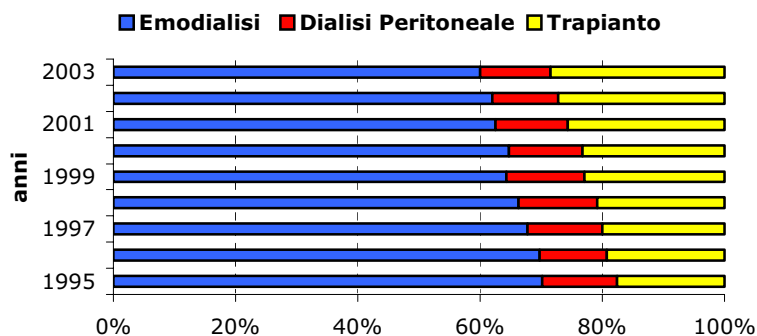
²² Fonti: Indagine "Impatto sulla prevalenza di alcune condizioni patologiche a rilevante impatto sociale nella Regione Marche" OER/ARS Marche. Flusso informativo sui Centri Dialisi della Regione Marche OER/ARS Marche. Schede di dimissione ospedaliera, anni 1997-2003. Elaborazione OER/ARS Marche.

Figura 4.5.2.2.- Percentuale di pazienti uremici cronici in trattamento sostitutivo, per modalità di trattamento, Marche, anno 2003.



Fonti: Scheda informativa sui Centri Dialisi, OER/ARS Marche, anno 2003. Centro regionale per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti della regione Marche, anno 2003.

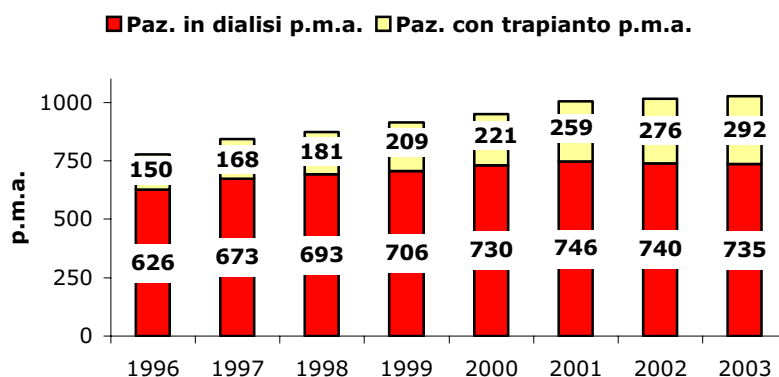
Figura 4.5.2.3- Percentuale di pazienti uremici cronici in trattamento sostitutivo, per modalità di trattamento, Marche, anni 1995-2003.



Fonti: Scheda informativa sui Centri Dialisi, REM/ARS Marche, anni 2000- 2003. Registro marchigiano di dialisi e trapianto, anni 1995-1999. Centro regionale per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti della regione Marche, anno 2003.

Dal 1996 vi è stato un incremento progressivo della prevalenza dei **pazienti in dialisi** (Figura 4.5.2.4.) dovuto principalmente alla estensione del trattamento dialitico a tipologie di pazienti non trattati in precedenza, ed all'aumento dell'"età dialitica" (durata del trattamento dialitico) (il 3,6% dei pazienti è in dialisi da più di 20 anni).

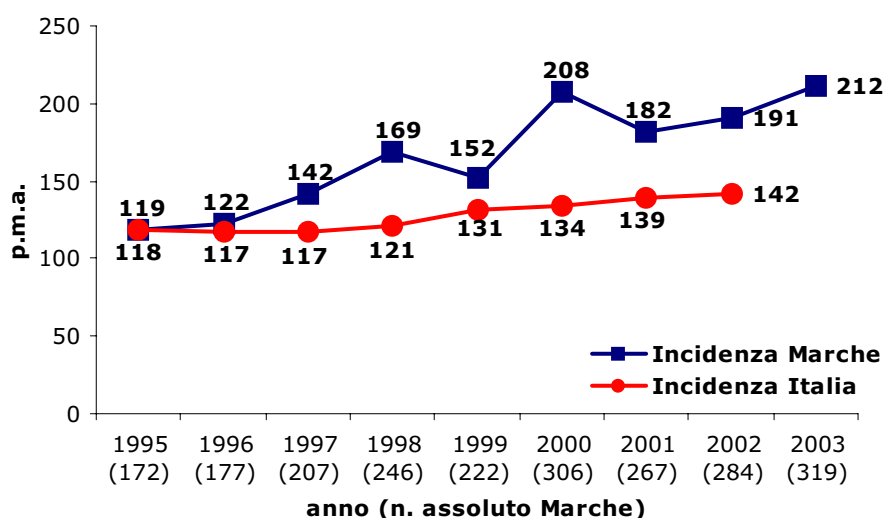
Figura 4.5.2.4.- Prevalenza dei pazienti in dialisi e con trapianto renale nella popolazione marchigiana residente, per milione di abitanti (p.m.a.), Marche, anni 1996-2003.



Fonti: Scheda informativa sui Centri Dialisi, REM/ARS Marche, anni 2000- 2003. Registro marchigiano di dialisi e trapianto, anni 1995-1999. Centro regionale per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti della regione Marche, anno 2003.

Anche l'incidenza (nuovi pazienti²³) in dialisi nella regione Marche è in aumento, risultando costantemente superiore ai valori medi italiani; da 119 paz./p.m.a. nell'anno 1995 è passata a 212 paz./p.m.a. nel 2003. L'aumento dell'incidenza è legato principalmente al fatto che oggi, grazie anche al miglioramento delle tecniche dialitiche, si possono trattare pazienti anziani e/o con pluripatologia che precedentemente venivano esclusi da tale trattamento. (Figura 4.5.2.5.)

Figura 4.5.2.5.- Incidenza dei pazienti in dialisi, per milione di abitanti (p.m.a.), Marche, Italia, anni 1995-2003.



Fonti: Scheda informativa sui Centri Dialisi, REM/ARS Marche, anni 2000- 2003. Registro marchigiano di dialisi e trapianto, anni 1995-1999. Registro italiano di dialisi e trapianto, anni 1995-2002.

Il tasso di mortalità dei pazienti in dialisi è salito da 11,6/100 pazienti trattati/anno nell'anno 1996 a 16/100 pazienti trattati/anno nell'anno 2003 (I.C. 95% 15-18). La tendenza in aumento della mortalità è legata all'invecchiamento della popolazione dialitica e al fatto, come già evidenziato, che vengono trattati pazienti complessi, in precedenza non sottoposti a terapia²⁴.

²³ In accordo con il registro nazionale di dialisi e trapianto, per nuovo caso in dialisi si intende "paziente che non ha precedente storia di trattamento dialitico e che inizia il trattamento dialitico cronico".

²⁴ (Fonti: Registro marchigiano di dialisi e trapianto, Scheda informativa sui Centri Dialisi, REM/ARS Marche, Centro regionale per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti della regione Marche, anno 2003, Elaborazione OER/ARS Marche).

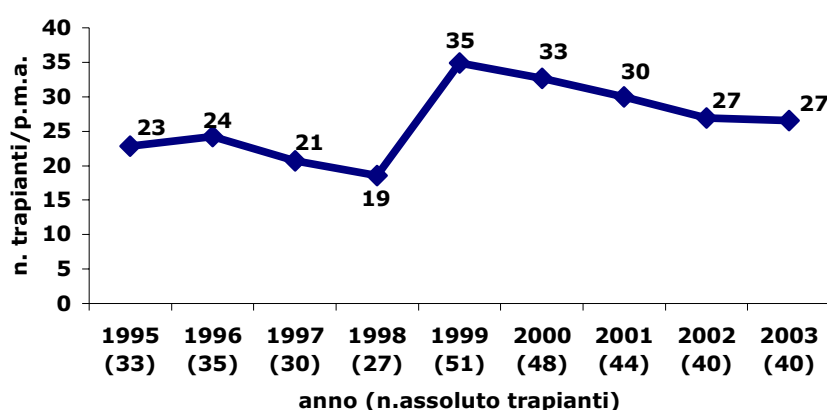
Nel periodo 1997-2003, il 34% dei pazienti in dialisi si è ricoverato almeno una volta all'anno (media di 1,38 ricoveri/paziente/anno), con una degenza media di 9,8 giorni. Il ricorso al ricovero da parte di questi pazienti è doppio rispetto ai pazienti con IRC non in dialisi²⁵.

Per quanto riguarda il **trapianto renale**, nel periodo 1996-2003, si è verificato un incremento della prevalenza delle persone portatrici di trapianto; tale aumento è sostanzialmente dovuto all'aumento della sopravvivenza di questi pazienti. (Figura 4.2.5.4.)

Il numero di nuovi pazienti trapiantati è stato, negli anni, variabile; nel 2003 sono stati sottoposti a trapianto renale 40 pazienti marchigiani (incidenza di 27 paz./p.m.a.²⁶) (Figura 4.2.5.6.).

I pazienti dializzati in lista di attesa per trapianto renale erano, al 31 dicembre 2003, pari al 9% dei pazienti in dialisi (100 pazienti).²⁷

Figura 4.5.2.6.- Incidenza dei pazienti con trapianto renale, per milione di abitanti (p.m.a.), Marche, anni 1995-2003.



Fonti: Scheda informativa sui Centri Dialisi, REM/ARS Marche, anni 2000- 2002. Registro marchigiano di dialisi e trapianto, anni 1995-1999. Centro regionale per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti della regione Marche, anno 2003.

In conclusione, va rilevato che:

- la lunga durata della malattia insufficienza renale cronica
- l'elevata disabilità ad essa associata
- la necessità di continuità assistenziale
- il crescente invecchiamento della popolazione in generale e dei pazienti in dialisi con conseguente aumento dei bisogni socio-assistenziali
- le richieste dei malati e dell' associazione dei malati
- la complessità della risposta assistenziale
- la rilevanza economica del trattamento

hanno indotto l'ARS Marche a realizzare un **profilo di assistenza per il paziente uremico cronico** con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari attraverso la presa in carico precoce della IRC in fase conservativa a livello territoriale e ambulatoriale, la riduzione delle complicanze dell'uremia e della dialisi, la riduzione della mortalità e dell'ospedalizzazione di questi pazienti. La realizzazione ed implementazione di tale profilo è un obiettivo del Piano Sanitario Regionale 2003-2006.

²⁵ (Fonti: Indagine "Impatto sulla prevalenza di alcune condizioni patologiche a rilevante impatto sociale nella Regione Marche" OER/ARS Marche. Flusso informativo sui Centri Dialisi della Regione Marche OER/ARS Marche. Schede di dimissione ospedaliera, anni 1997-2003. Elaborazione OER/ARS Marche.)

²⁶ Fonte: Centro regionale per le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti della regione Marche, anno 2003.

²⁷ Fonte: Scheda informativa sui Centri Dialisi, REM/ARS Marche, anno 2003.

4.5.3 Le malattie respiratorie

Le malattie respiratorie (esclusi i tumori dell'apparato respiratorio, che i sistemi di classificazione internazionale delle malattie fanno rientrare nel capitolo delle neoplasie) permangono come terza causa di morte nelle Marche così come nelle restanti regioni e in Italia, dopo le patologie del sistema circolatorio e quelle neoplastiche (vedi capitolo sulla mortalità generale).

Le fonti informative

- Istat "Health for All" (aggiornamento 2006);
- Studio sulle patologie croniche a rilevante impatto sociale nella regione Marche, OER, ARS Marche, 2004;
- Archivio Regionale SDO, ARS Marche

I tassi grezzi di mortalità sono calcolati su 10.000 abitanti e i codici IX revisione utilizzati sono i seguenti:

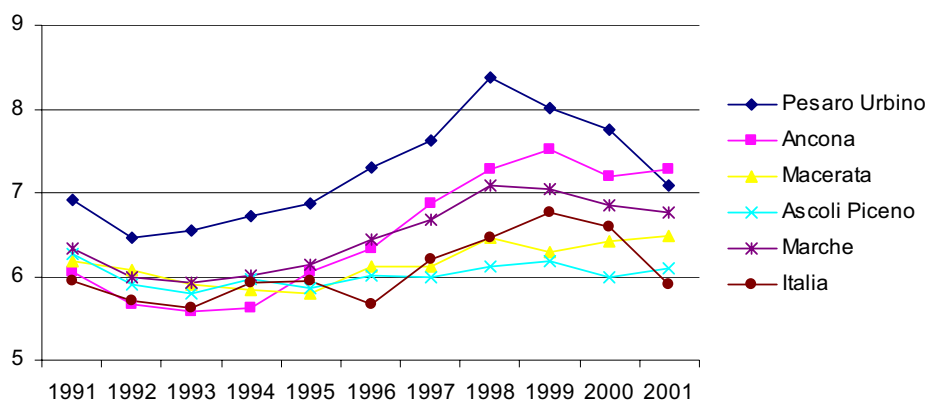
Malattie dell'apparato respiratorio (Codici IX revisione: 460-519)

Polmonite e influenza (Codici IX revisione: 480-487)

Malattie polmonari croniche ostruttive (Codici IX revisione: 490-496)

L'andamento dei tassi di mortalità per 10.000 abitanti relativi alle malattie dell'apparato respiratorio è rappresentato nella figura seguente

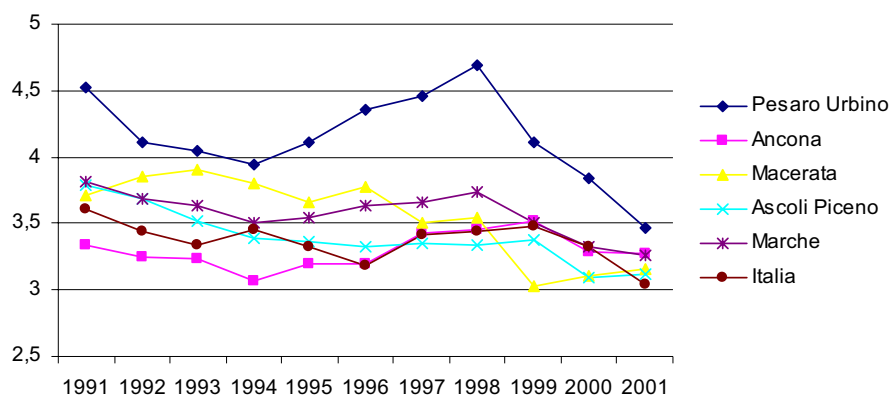
Tassi di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio nelle Marche e in Italia. Periodo 1991-2001



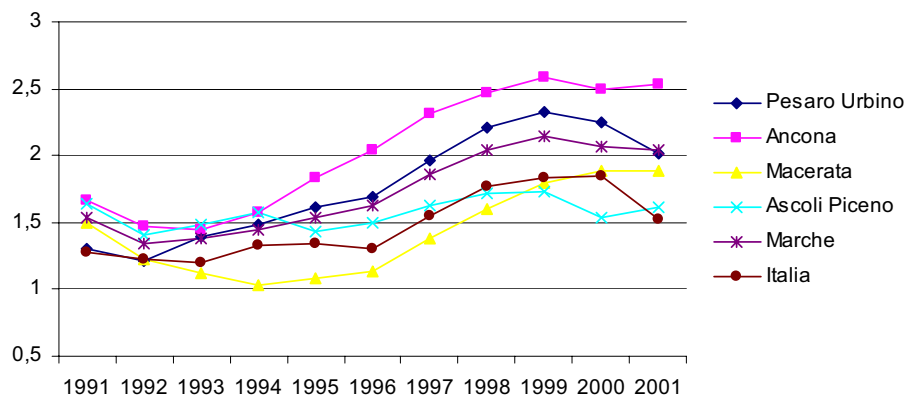
Il trend nel periodo 1991-2001 evidenzia dei tassi di mortalità regionali maggiori rispetto al livello nazionale. Rispetto al dato medio regionale le province di Pesaro e Ancona mostrano i valori più elevati.

Nell'ambito delle malattie respiratorie le Bronco Pneumopatie Cronico-Ostruttive (BPCO) hanno il maggior peso in termini di mortalità, seguite da polmonite e influenza. Le figure seguenti dimostrano come alla mortalità per polmonite e influenza vada attribuito l'incremento generale di mortalità per malattie respiratorie registrato negli ultimi anni.

Tassi di mortalità per malattie polmonari croniche ostruttive nelle Marche e in Italia. Periodo 1991-2001



Tassi di mortalità per Polmonite e Influenza nelle Marche e in Italia. Periodo 1991-2001



Dati epidemiologici sulle BPCO

Nel 2004 l' Agenzia Regionale Sanitaria ha pubblicato i risultati di un'indagine condotta attraverso i Medici di Medicina Generale con l'obiettivo di valutare la prevalenza delle condizioni patologiche croniche a rilevante impatto sociale nella regione Marche. Tra le patologie considerate è stata inclusa la broncopatia cronica (bronchite cronica ostruttiva, enfisema, asma estrinseco, intrinseco, non specificato).

I risultati dell'indagine mettono in luce una prevalenza della broncopatia cronica pari al 2,5%. Tale prevalenza raggiunge il 10% negli ultrasettantatreenni.

Nell'indagine Multiscopo ISTAT 1999/2000, l'insieme di bronchite, enfisema e insufficienza respiratoria è al quarto posto tra le malattie croniche più frequenti con una prevalenza del 4,6%.

La diversa prevalenza nei due studi potrebbe essere spiegata da una sovrastima nell'indagine ISTAT (in quanto i dati si riferiscono alla percezione che le persone hanno sul proprio stato di salute) e da una sottostima della insufficienza respiratoria negli ambulatori dei MMG, in quanto l'insufficienza respiratoria lieve-media è quasi sempre asintomatica in condizioni di riposo.

Va inoltre rilevato che i due studi comprendevano una differente aggregazione di patologie.

In fase di elaborazione è stata condotta un'analisi multivariata che ha prodotto i seguenti risultati:

1. L'aumento dell'età è associato all'aumento del rischio di sviluppare una broncopatia cronica.
2. Chi non vive in città presenta un rischio maggiore del 19% rispetto a chi vive in città.
3. Gli uomini hanno un rischio più che raddoppiato rispetto alle donne di soffrire di broncopatia cronica.

Ospedalizzazione per malattie respiratorie

Le malattie respiratorie costituiscono anche un'importante causa di ricovero in ospedale. Nelle seguenti tabelle vengono riportati i tassi standardizzati di ospedalizzazione per 10.000 abitanti relativi al triennio 2001-2003.

Nel triennio considerato il tasso di ospedalizzazione per asma si è complessivamente ridotto.

Ricoveri Ordinari per Asma nella Regione Marche. Tassi standardizzati di ospedalizzazione nel periodo 2001-2003

	Tutte le età			Oltre i 65 anni		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Ancona	16,5	11,5	8,1	1,3	1,3	0,6
Ascoli P.	15,2	13,2	10,6	1,9	1,5	1,2
Macerata	10,5	5,9	5,4	0,8	0,5	0,6
Pesaro	11,2	7,3	8,8	1,4	1,3	1,5

Dalla tabella successiva si evince che, al contrario delle patologie asmatiche, le BPCO siano condizioni a prevalente impatto sulla popolazione anziana, infatti le ospedalizzazioni relative ai pazienti ultrasessantacinquenni rappresentano un'ampia quota delle ospedalizzazioni complessive.

Ricoveri Ordinari per BPCO nella Regione Marche. Tassi standardizzati di ospedalizzazione nel periodo 2001-2003

	Tutte le età			Oltre i 65 anni		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Ancona	37,5	36,1	33,1	31,2	31,1	29,3
Ascoli P.	39,9	41,8	42,1	33,7	35,5	37,2
Macerata	38,8	37,7	39,0	31,9	31,7	33,6
Pesaro	60,8	53,0	57,7	51,2	45,5	49,6

Per l'influenza, nell'anno 2003 si registrano i tassi di ospedalizzazione più bassi, variabili dall' 1 per 10.000 abitanti nella provincia di Macerata all' 1,7 per 10.000 abitanti nella provincia di Ancona.

Ricoveri Ordinari per Influenza nella Regione Marche. Tassi standardizzati di ospedalizzazione nel periodo 2001-2003

	Tutte le età			Oltre i 65 anni		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Ancona	2,3	1,7	1,7	0,2	0,3	0,6
Ascoli P.	2,1	2,2	1,7	0,4	0,4	0,5
Macerata	2,1	2,0	1,0	1,1	0,8	0,2
Pesaro	1,5	1,2	1,3	0,6	0,6	0,7

Se l'Influenza risulta la patologia a più basso tasso di ospedalizzazione, le polmoniti, al contrario, risultano essere le patologie respiratorie caratterizzate dal più alto tasso registrato nel triennio sul territorio regionale. Dal 2001 al 2003 il tasso di ospedalizzazione per polmoniti è progressivamente aumentato; va comunque rilevato che la polmonite rappresenta una classica complicazione della patologia influenzale.

Ricoveri Ordinari per Polmonite nella Regione Marche. Tassi standardizzati di ospedalizzazione nel periodo 2001-2003

	Tutte le età			Oltre i 65 anni		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
<i>Ancona</i>	50,1	48,5	60,7	28,8	28,6	41,1
<i>Ascoli P.</i>	48,0	44,9	49,1	26,9	27,1	31,2
<i>Macerata</i>	51,3	53,1	61,0	32,4	36,2	42,7
<i>Pesaro</i>	46,0	48,0	53,4	30,7	32,4	37,4

5. LA SALUTE NEI SOGGETTI FRAGILI

5.1 IL SOGGETTO CON DISAGIO/DISTURBO PSICHICO E SENSORIALE

FONTI INFORMATIVE:

- Database Health For All Italia – ISTAT relativamente ai dati su suicidi e tentati suicidi
- DEMO – ISTAT, 2005
- Database SDO - ARS Marche
- Database Farmaceutica – ARS Marche
- Database Sistema Informativo Statistico Psichiatrico – Regione Marche
- Database ambulatorio per i Disturbi della Condotta Alimentare –Clinica Psichiatrica AOU Ospedali Riuniti di Ancona
- Regione Marche – DSPC: Progetto Obiettivo Salute Mentale 2004-2006

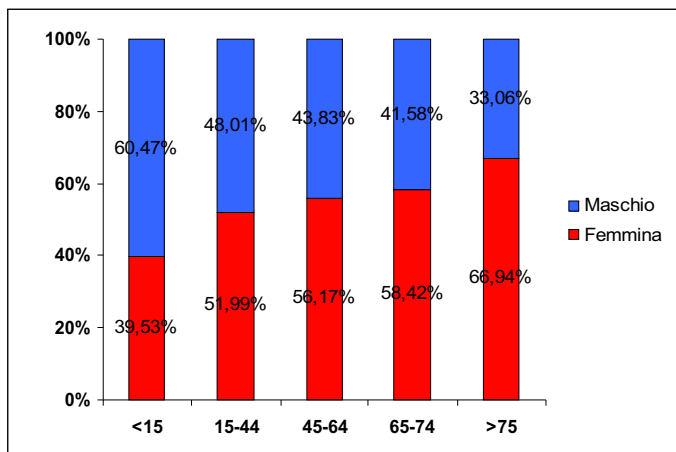
I disturbi mentali costituiscono un importante problema di sanità pubblica. Si presentano, infatti, in tutte le classi d'età, sono associati a difficoltà nelle attività della vita quotidiana, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e sono all'origine di elevati costi sociali ed economici per i pazienti ed i loro familiari. In Italia, con la riforma psichiatrica, negli ultimi 25 anni, è maturato un grande cambiamento culturale, che ha mutato il destino di migliaia di uomini e donne ed ha avviato un processo di emancipazione nei confronti della diversità che ha permesso di evidenziare disuguaglianze ed esclusioni sociali spesso correlate al disagio psichico.

Il disturbo mentale nelle Marche

Sulla base dei dati forniti dai dipartimenti di salute mentale (DSM) si può stimare come nelle marche vengano seguiti circa 30.000 pazienti¹ di età compresa tra i 6 ed i 98 anni (figura 5.1.1).

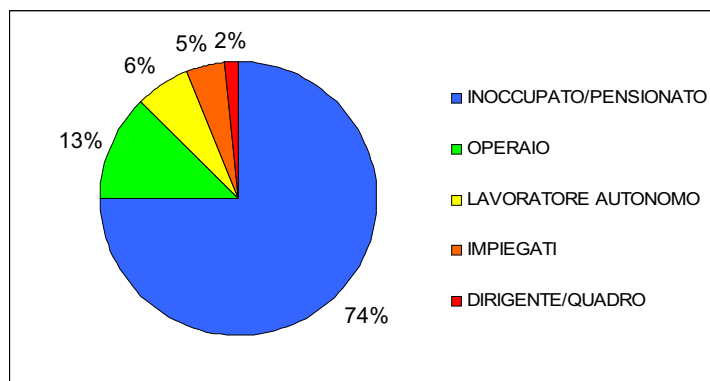
L'età degli utenti in carico, e cioè di quelli con almeno tre contatti l'anno con le strutture ambulatoriali del dsm o che abbiano avuto almeno un ricovero in strutture riabilitative residenziali o ospedaliere, è abbastanza alta (media di 54, mediana di 52 anni). Ad una prevalenza di maschi fino ai 15 anni (circa il 70%), si contrappone quella maggiore delle femmine dopo il 45esimo anno di età (oltre il 40%).

Figura 5.1.1 – Popolazione seguita dai Dipartimenti di Salute Mentale nella nostra regione per sesso e classi di età. Anno 2004



I due terzi dei soggetti seguiti non sono occupati, rari i dirigenti. Rispetto al titolo di studio un'alta percentuale (49,8%) di soggetti ha scolarità medio bassa (nessun titolo, elementare o media inferiore); diversi utenti possiedono un diploma di scuola media superiore (18,6%); pochi sono i soggetti con diploma universitario o laurea (4,4%); in una rilevante parte (circa il 27,2%) dei casi non è stato possibile registrare il dato.

Figura 5.1.2 - Condizione professionale dei soggetti afferenti ai DSM - Marche, 2003



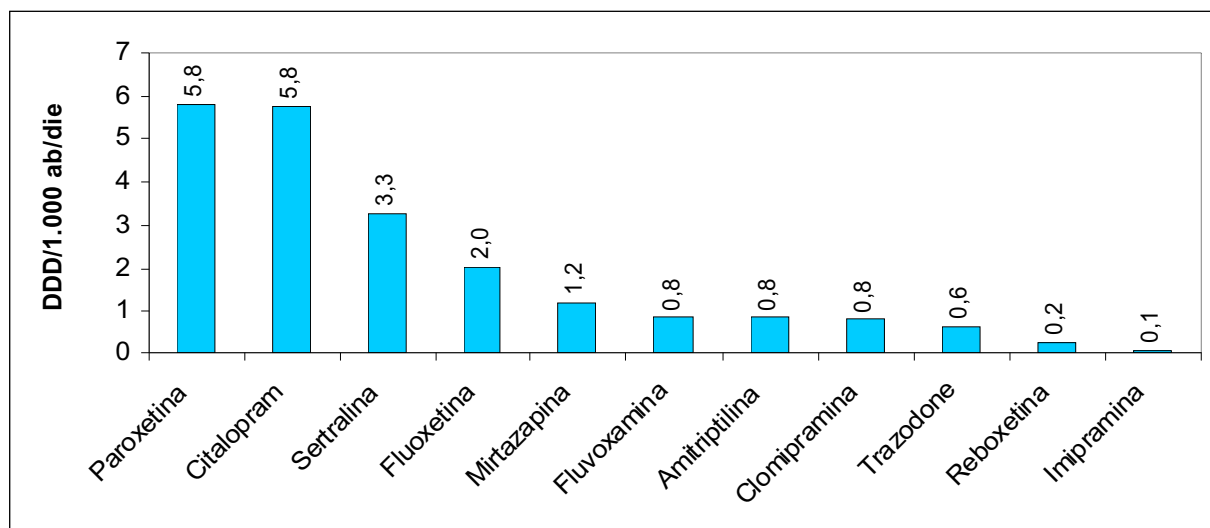
Per quanto riguarda la codifica di una diagnosi, possiamo evidenziare come le nevrosi depressive (28,4%) e le psicosi schizofreniche (27,9%) siano le patologie più frequenti. In accordo alle statistiche internazionali le patologie psichiche (depressione maggiore, disturbi d'ansia, disturbi del comportamento alimentare) sembrano prevalenti tra le donne. La depressione, in modo particolare, è la principale causa del carico di malattia nelle donne di età compresa tra i 15 ed i 44 anni; in generale, tutti i dati internazionali concordano sul fatto che le donne soffrono di depressione da due a tre volte più degli uomini. Come vedremo oltre, la prevalenza delle pazienti diventa molto rilevante nei disturbi dell'alimentazione, dove il rapporto femmine maschi può arrivare a 9:1.

Somministrazione assistita dei farmaci psicotropi

Oltre 100.000 marchigiani hanno utilizzato almeno una volta, nel corso del 2003, farmaci psicotropi.

La classe di farmaci più frequentemente prescritta è quella degli antidepressivi: più di 92 soggetti su 1.000 ne hanno ricevuto almeno una prescrizione, con una prevalenza che aumenta con l'età (fino a 193/1.000 nei soggetti >75 anni) ed è superiore nelle donne rispetto agli uomini (come prevedibile) di circa 1,6-2,2 volte.

Figura 5.1.3 – Antidepressivi più frequentemente utilizzati, DDD²/1.000 abitanti – Marche, 2003



Gli SSRI (la classe di antidepressivi di nuova generazione che agisce sul sistema della Serotonina, es: paroxetina e citalopram) sono risultati i farmaci antidepressivi più prescritti in tutte le fasce di età.

Il 55% dei soggetti che riceve prescrizioni di antidepressivi viene trattato solo sporadicamente (1 o 2 prescrizioni); i restanti assistiti per la maggior parte ricevono un ciclo molto breve, talvolta con intervalli di tempo liberi da terapia o cambiamenti di farmaco. Questo fenomeno potrebbe essere dovuto al controllo di un disturbo episodico o al mancato completamento dell'intero ciclo terapeutico.

Per quanto riguarda gli altri farmaci, circa 20 soggetti su 1.000 hanno ricevuto almeno una prescrizione di antipsicotico nel 2003, con una prevalenza che aumenta attorno ai 20 anni ed è superiore negli uomini (1,6-2,2 volte rispetto alle donne).

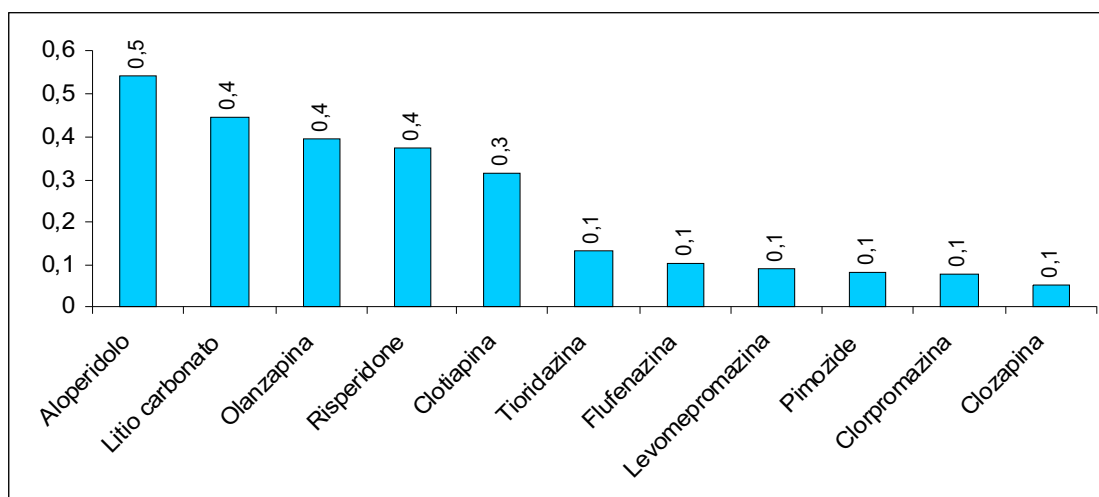


Figura 5.1.4 – Antipsicotici più frequentemente utilizzati, DDD²/1.000 abitanti – Marche, 2003

Accanto all'uso di sostanze classiche come l'aloiperidolo, si trova quello degli antipsicotici atipici, come: risperidone, olanzapina e clozapina.

Nella nostra Regione, la spesa sostenuta dal SSN per i farmaci attivi sul SNC è stata nel 2003 di poco inferiore ai 16 milioni di euro (circa 11 Euro per ogni marchigiano), questo valore mostra una lieve flessione rispetto all'anno precedente. Le Zone Territoriali in cui la spesa pro-capite è stata più alta sono state quelle di Fermo e Senigallia, la spesa è stata più bassa, invece, nelle Zone di San Benedetto del Tronto e Fabriano.

Il ricorso al ricovero ospedaliero³

Il ricovero ospedaliero si è reso necessario per 223 persone su 100.000 abitanti (anno 2003) con un numero massimo di pazienti nella Zona di Fabriano (361 persone su 100.000 abitanti) vs un minimo di 144 a Civitanova; la tendenza (dal 2001 al 2003) risulta in diminuzione.

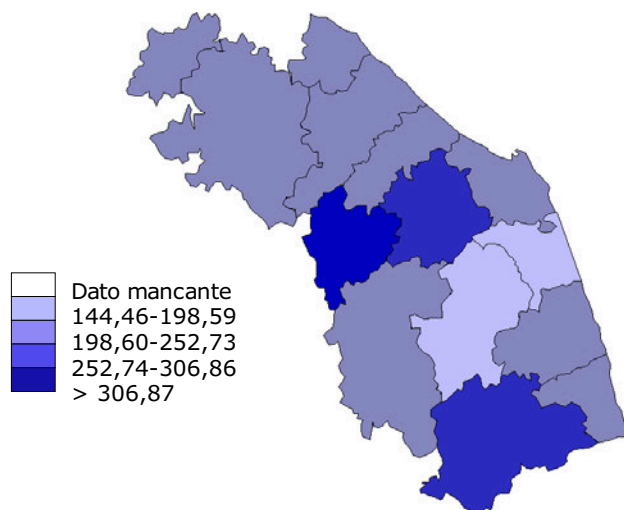


Figura 5.1.5 –Pazienti andati incontro a ricovero ospedaliero con diagnosi principale psichiatrica su 100.000 ab.⁴ – Marche, 2003

Ogni paziente è stato ricoverato mediamente dalle 2 alle 3 volte l'anno, la proporzione di soggetti con ricoveri ripetuti è stata bassa (4,8%) rispetto ad altre realtà regionali, a testimonianza di un discreto supporto a livello territoriale.

L'aggregato di diagnosi principale più frequente nei soggetti ricoverati è stato quello dei disturbi affettivi (depressione, disturbi dell'umore) con il 27,3% nel 2003 seguito da disturbi d'ansia, dissociativi e della personalità (23,3%) e da psicosi schizofrenica (Figura 5.1.6).

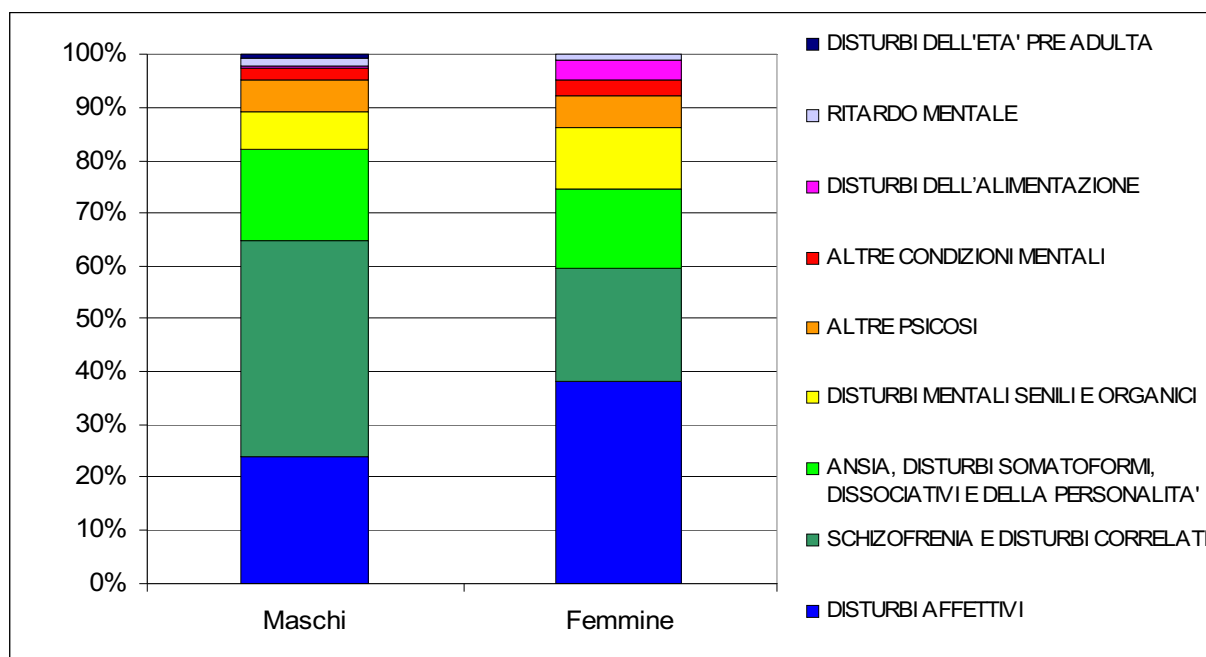


Figura 5.1.6 – Distribuzione delle diagnosi principali per sesso- Marche, 2003

Come già ricordato le donne rappresentano circa il 53% dei pazienti ricoverati con diagnosi principale psichiatrica ed il 55% dei ricoveri e delle giornate di degenza.

La percentuale di Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO)⁵ rispetto al totale dei ricoveri è risultata pari a circa l'1‰ (range: 0,3 ‰, San Benedetto – 2‰, Pesaro); la fascia di età in cui questo intervento è stato più frequente è quella compresa tra i 15 ed i 44 anni (2,3‰ di tutti i ricoveri). Il ricorso al TSO ha mostrato, comunque, una tendenza alla diminuzione nel periodo 2001-2003.

Soggetti ospitati presso strutture residenziali

Sono stati 344 i pazienti affetti da disturbi psichici ospitati presso strutture residenziali della nostra regione nel 2002 (Figura 5.1.8).

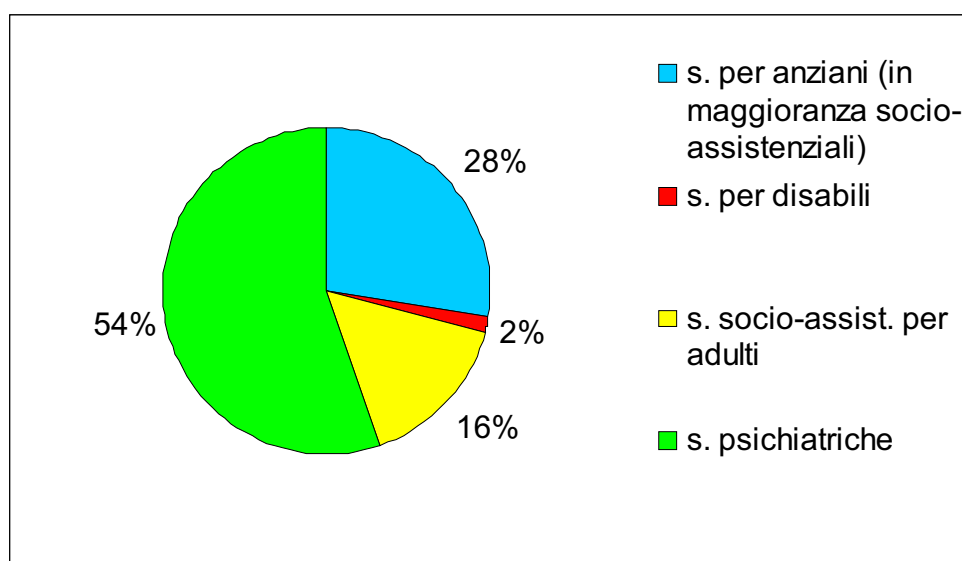


Figura 5.1.8 – Soggetti con disturbi psichiatrici ospitati presso strutture residenziali – Marche, 2002

La mortalità per disturbi psichici

La mortalità per disturbi psichici nella nostra Regione si attesta su valori paragonabili a quelli medi nazionali, mostrando un lieve eccesso sia negli uomini che nelle donne.

Si discosta, in particolare, dalla media regionale, la provincia di Ascoli Piceno che 2001 presenta valori di 0,13 decessi/100.000 abitanti negli uomini ed 0,09/100.000 abitanti nelle donne (Tabella 5.1.1).

La classe di età in cui i decessi per questa causa sono più frequenti è quella dei grandi anziani (oltre 75 anni), anche se casi di morte si riscontrano anche in fasce di età giovani in entrambi i sessi. Da ricordare come tra le cause di morte per disturbo psichico siano comprese quelle da abuso di sostanze.

Tabella 5.1.1 – Tasso standardizzato di mortalità per disturbi psichici per sesso e provincia – Marche vs Italia, 1997-2001

	1997		1998		1999		2000		2001	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Pesaro	1,76	1,16	1,64	1,28	1,59	1,33	1,86	1,36	1,49	1,30
Ancona	1,18	1,86	2,70	1,03	1,66	1,16	1,65	1,44	1,47	1,38
Macerata	1,56	1,10	1,46	1,23	1,28	1,19	1,22	1,10	1,32	1,16
Ascoli	0,52	0,37	0,59	0,36	0,67	0,22	0,45	0,23	0,13	0,09
Marche	1,93	1,44	1,99	1,57	2,03	1,57	1,89	1,51	1,91	1,50
Italia	1,39	1,08	1,41	1,51	1,35	1,15	1,31	1,16	1,32	1,19

Mortalità per suicidio ed autolesione

La mortalità per suicidio ed autolesione, oltre a rappresentare una causa di morte evitabile, è testimone di una sofferenza psichica e sociale. Nella nostra regione il tasso di eventi è andato a diminuire nel corso degli ultimi anni (1999-2002), pur mostrando dati ancora elevati nelle province di Ascoli Piceno e Pesaro-Urbino (Figura 5.1.9).

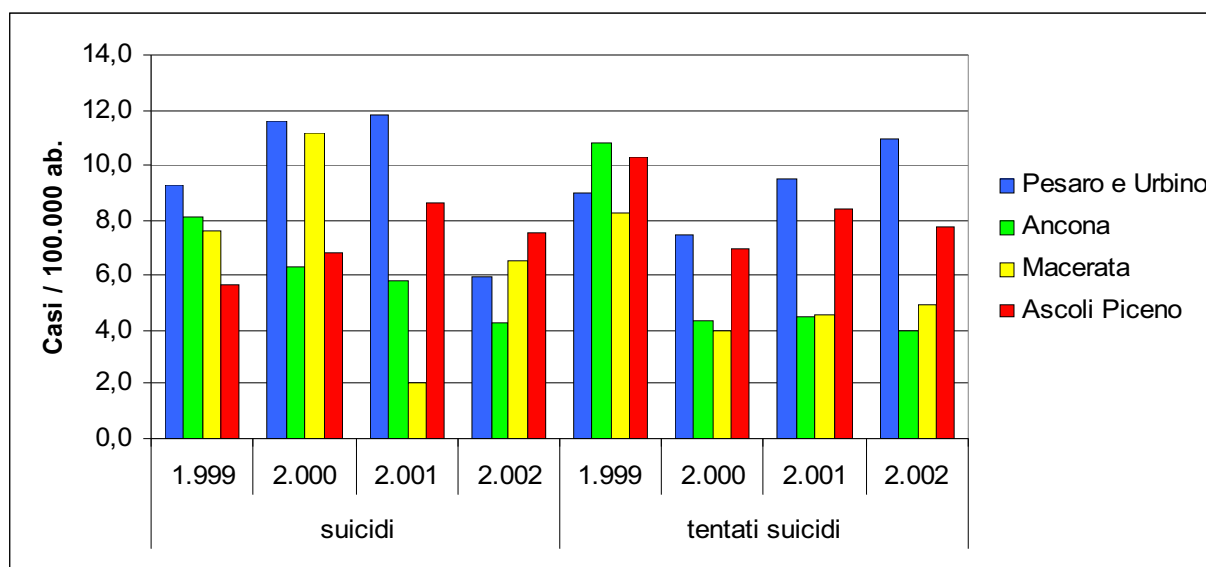


Figura 5.1.9 – Tassi standardizzati di suicidio e tentato suicidio nelle province delle Marche – 1999-2002

Il suicidio continua ad essere un fenomeno di gran lunga più rilevante nei soggetti di sesso maschile, mentre l'opposto si verifica per i tentativi di suicidio. Questa predominanza nel sesso maschile, diventa ancora più rilevante se si considera la fascia di età superiore ai 75 anni, quando il tasso di suicidi sale a 4,78/100.000 abitanti negli uomini contro un tasso di 0,55/100.000 abitanti nelle donne. Questa tragica fotografia di una scelta estrema (che andrebbe analizzata su un più lungo periodo in modo da valutare l'impatto delle variabili socio-demografiche) deve, comunque, attrarre l'attenzione su un problema di fragilità dell'uomo anziano. Analogamente preoccupa la comparsa di eventi in età adolescenziale, dove il tentativo di suicidio è di gran lunga più rappresentato, soprattutto nel sesso femminile.

Box 5.1 - DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE

I Disturbi della Condotta Alimentare (DCA): Anoressia, Bulimia, Binge Eating (introduzione di consistenti quantità di cibo con perdita di controllo sul proprio comportamento) comprendono quadri clinici di interesse psicopatologico ed internistico in progressivo aumento nella fascia di età adolescenziale e giovanile.

Si stima che nelle Marche i casi prevalenti di anoressia siano pari al 0,8% della popolazione femminile tra gli 11 e i 26 anni (circa 680 casi); estendendo la valutazione alla bulimia ed ai casi sub-clinici, il numero dei pazienti che necessita di una risposta sanitaria supera le diecimila unità. Il punto di riferimento regionale per queste patologie è l'Ambulatorio per i Disturbi della Condotta Alimentare Psicogeni della Clinica Psichiatrica di Ancona che ha iniziato la sua attività nel 1999. L'89% dei pazienti afferenti all'Ambulatorio è di sesso femminile con una maggioranza di pazienti di età inferiore ai 25 anni (Figura 5.6).; il disturbo più frequente è la bulimia, seguito dall'anoressia.

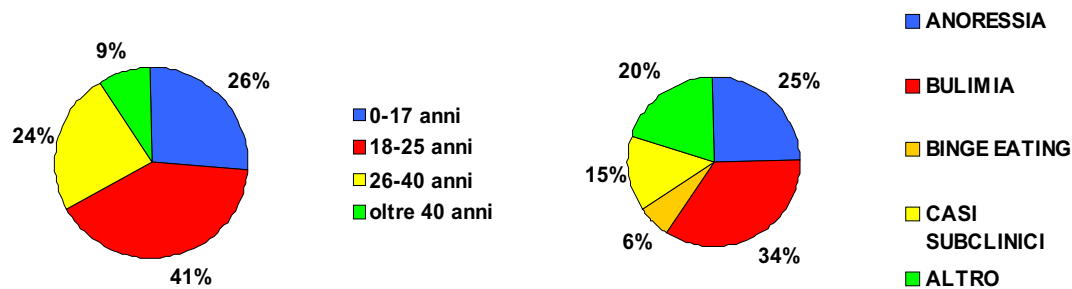


Figura 5.6 – Distribuzione per età e patologia dei pazienti afferenti all'ambulatorio.

Nel 52% dei casi è possibile la realizzazione di una presa in carico totale del paziente, in circa il 36% dei casi la presa in carico è stata parziale, da rilevare la difficile prosecuzione delle cure: abbandonate dal 12% dei pazienti.

FONTI INFORMATIVE:

- ISTAT, indagine su "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" - 3° e 4° trimestre 1999
- ISTAT, www.handicapincifre.it
- Monitoraggio CONI-FSN-DSA 2001 - I Dati Territoriali:
http://www.coni.it/fileadmin/template/main/new_coni/mondo_sportivo/_temp_/01nds511-15.pdf
- Centro Regionale di Ricerca e Documentazione sulla Disabilità (CRRDD): già da 3 anni raccoglie i dati relativi alla ripartizione del fondo regionale previsto dalla L.r. 18/96. La rilevazione è pienamente informatizzata e consente di disporre delle principali informazioni su 27 categorie di interventi. La relazione sull'analisi dei dati relativi ai piani della L.R. 18/96 per l'anno 2003 è stata pubblicata e può essere richiesta al:
Referente - Dott.ssa Elena Grilli - Tel. 0718064150 - Fax 0718064198 - E-mail crrdd@regione.marche.it
- Sistar - Marche,
- Rapporto Osservasalute 2004 – Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane
- Ufficio Scolastico Regionale per le Marche - Ufficio IV / Uffici Studi provinciali

Come illustrato nel recente Progetto Obiettivo Salute Mentale 2004-2006, i servizi di salute mentale, dovrebbero dare priorità ad interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali gravi (senza, ovviamente, trascurare i disturbi minori), da cui possono derivare disabilità tali da compromettere l'autonomia e l'esercizio dei diritti, con alto rischio di cronicizzazione e di emarginazione sociale. A questo fine i Dipartimenti di Salute Mentale delle Marche debbono assicurare la presa in carico e la risposta ai bisogni di tutte le persone portatrici di una domanda di intervento ed attuare specifici protocolli di collaborazione fra i servizi per l'età evolutiva e per l'età adulta, il dipartimento per le dipendenze patologiche ed i Comuni.

Interventi di prevenzione dovranno poi essere mirati alla individuazione del disagio nella popolazione giovanile-adolescenziale, dei soggetti e dei contesti a rischio, con lo scopo di limitare evoluzioni più gravemente disabilitanti.

L'integrazione socio-sanitaria, inoltre, rappresenta una grossa opportunità di continuo miglioramento per i pazienti ed i familiari, anche attraverso l'attuazione di innovativi modelli preventivi, gestionali e la valorizzazione del contributo dei soggetti non istituzionali e del privato non-profit.

Salute e disabilità

La condizione di disabilità consiste, secondo la definizione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), nella "riduzione o perdita di capacità funzionale o dell'attività conseguente ad una menomazione", di tipo anatomico, psicologico o fisiologico. La disabilità può condurre all'handicap cioè ad una condizione di svantaggio sociale ed ambientale delle persone disabili. Prima di presentare un quadro generale dei dati relativi alla stima delle persone con disabilità è opportuno chiarire le ragioni per le quali è difficile rilevarne il numero preciso. I principali motivi sono: la mancanza di accordo universale riguardo la definizione stessa di disabilità; la difficoltà nella rilevazione delle disabilità mentali rispetto a quelle fisiche; la sottostima del fenomeno nei bambini di età inferiore ai 6 anni; la carenza di dati attendibili sui disabili ospiti di residenze; la scarsa accessibilità dell'attuale sistema di certificazione della disabilità (supporto cartaceo, diversi strumenti di registrazione...). Abbandonata quindi l'ipotesi di un censimento, la soluzione migliore per l'individuazione di tutta la popolazione disabile appare l'integrazione di varie fonti informative. Una panoramica sulla disabilità non può prescindere dall'indagine sulla "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari" che l'ISTAT svolge ogni cinque anni e che costituisce attualmente l'unica fonte di dati uniforme a livello nazionale. Secondo questa stima (Tabella 5.1.2), la regione Marche presenta valori simili a quelli nazionali, anche se con un numero di persone disabili superiore a quello delle Regioni confinanti (tranne l'Abruzzo).

Tabella 5.1.2 – Persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia: confronto Regione Marche – Italia, Anni 1999-2000

Area geografica	Tasso standardizzato per 1.000, 6-64 anni	Tasso standardizzato per 1.000, oltre 65 anni	Tasso standardizzato per 1.000, oltre 75 anni
Marche	15,3	192,7	339,9
Italia	15,2	192,8	329,7

Il 13% delle famiglie marchigiane convive quotidianamente con la disabilità ed il 7,4% con una disabilità grave. Il deficit è classificato dall'ISTAT in quattro categorie: confinamento individuale, difficoltà nel movimento, difficoltà nelle funzioni, difficoltà sensoriali (Tabella 5.1.3).

Tabella 5.1.3 – Persone di 6 anni e più disabili per tipo di disabilità (per 1000 persone). Marche, 1999-2000

	Disabilità	Confinamento individuale	Deficit funzioni	Deficit movimento	Deficit vista, udito, parola
Marche	56,0	25,6	36,0	21,9	16,3

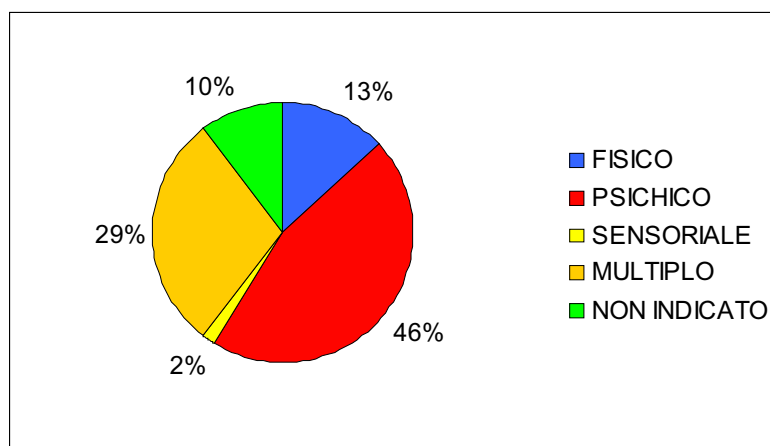
Su 1000 marchigiani, 56 dichiarano di essere affetti da disabilità che spesso sono di diverso tipo.

Tabella 5.1.4 – Persone di 6 anni e più che vivono in famiglia e dichiarano di percepire il loro stato di salute male o molto male, per presenza di disabilità. Marche, 2003

	Quozienti grezzi		Quozienti standardizzati	
	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili
Marche	59,9	6,7	52,4	6,7

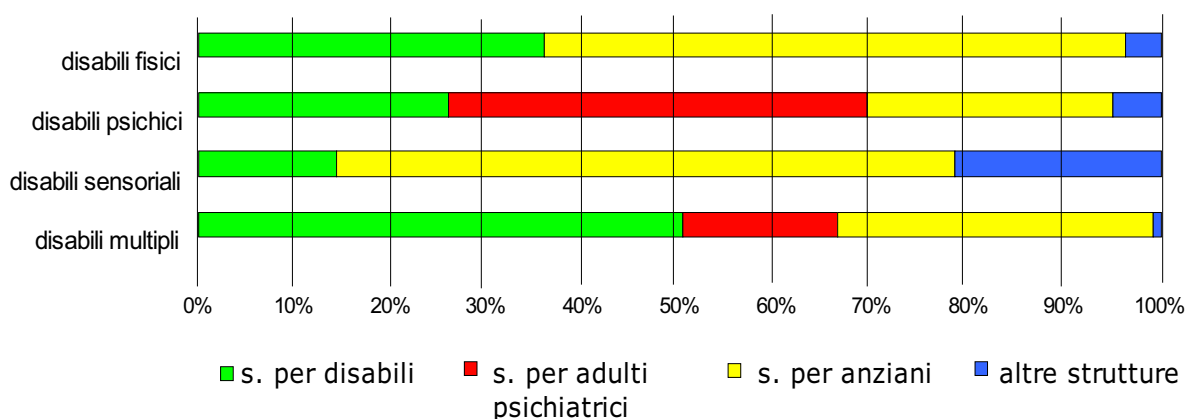
Le persone affette da disabilità percepiscono il loro stato di salute in maniera peggiore rispetto ai non disabili (Tabella 5.1.4). La percezione dello stato di salute è notevolmente importante come stima della tendenza al ricorso ai servizi socio-sanitari. Dati ISTAT nazionali riportano, infatti, come il 51,8% dei disabili ha effettuato almeno una visita nelle ultime quattro settimane precedenti l'intervista, contro il 25,8% della popolazione senza disabilità. Su 100 disabili di 6 anni e più le consultazioni presso un medico generico sono state circa 69 a fronte delle 20 effettuate dalla popolazione senza disabilità. Circa il 14% dei disabili è stato ricoverato almeno una volta negli ultimi 3 mesi precedenti l'intervista a fronte del 3% circa della popolazione senza disabilità.

Figura 5.1.11 - Disabili ospitati presso strutture residenziali – Marche, 2002



Nel 2002, nella nostra regione, 779 persone affette da disabilità sono state ospitate in strutture residenziali (Figura 5.1.11). La distribuzione per tipologia di struttura ospitante è illustrata nella seguente figura.

Figura 5.1.12 – Distribuzione dei disabili per tipo di struttura -Marche, 2002



Legge regionale 18/1996

Al fine di dare una risposta concreta e mirata alle esigenze territoriali, la Regione Marche ha dato vita alla Legge n° 18/96: "Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone handicappate". Come visto, al momento non è possibile rintracciare dati esaustivi sulla disabilità quindi, pur consapevoli della limitatezza dei dati, riportiamo di seguito delle considerazioni effettuate sulla base dell'unica fonte informativa esistente ad oggi: il Centro Regionale di Ricerca e Documentazione sulla Disabilità.

I disabili che nel 2003 hanno usufruito degli interventi della L.R. 18/96 sono stati 6.691 (di cui il 54% in situazione di gravità) a cui si aggiungono i 655 disabili gravi che hanno beneficiato dell'assistenza domiciliare indiretta. Dei 6.691 soggetti 1.842 (27,5%) sono minori. La loro distribuzione per Provincia (Tabella 5.1.5) evidenzia valori simili, con una maggiore concentrazione nella Provincia di Pesaro (in valore assoluto, gli interventi sono stati più numerosi in provincia di Ancona).

Tabella 5.5 – Distribuzione per Provincia dei soggetti beneficiari degli interventi previsti dalla L.R. 18/1996, Anno 2003

Provincia	Pesaro	Ancona	Macerata	Ascoli
Tasso per 1.000 ab.	4,7	4,6	4,2	4,5

Il tipo di disabilità prevalente nei beneficiari degli interventi della L.R. 18 è quello di tipo intellettuale (Figura 5.1.13).

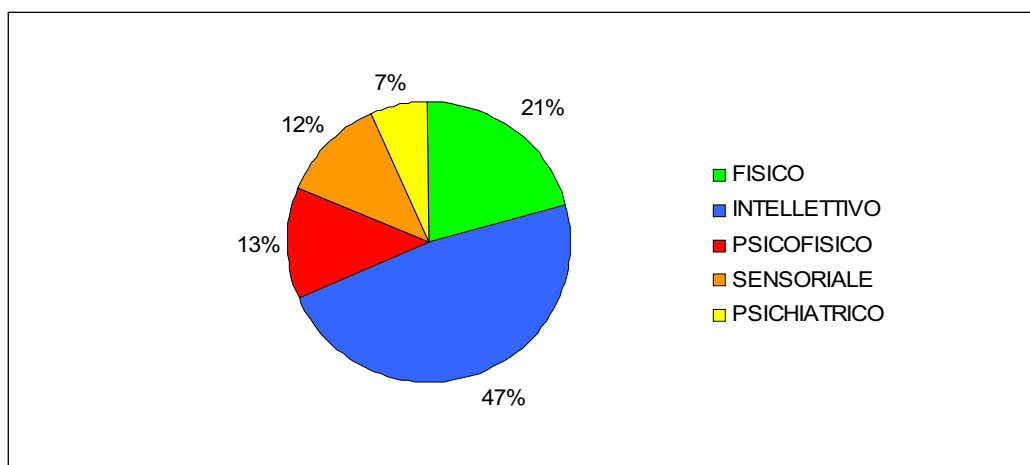


Figura 5.1.13 – Tipo di disabilità prevalente dei soggetti che hanno beneficiato degli interventi previsti nella LR 18/1996. Anno 2003

Gli interventi che hanno registrato il maggior numero di richieste sono i servizi di trasporto (33%), quelli relativi all'assistenza domiciliare ed educativa (18%), gli interventi inerenti l'inserimento occupazionale (18%), scolastico (15%) e nei Centri socio educativi diurni.

Disabili in situazione di particolare gravità

Oltre il 60% delle 655 persone in situazione di disabilità particolarmente grave, sono maschi con un'età media di 28 anni.

Nel 43% dei casi di particolare gravità, si tratta di disabilità plurime; molto frequente è anche la disabilità di tipo intellettuale.

Analogamente a quanto emerso dall'indagine ISTAT, la maggior parte delle persone in situazione di particolare gravità vive in casa ed è un familiare ad effettuare l'assistenza (anche se solo in un caso su 100 usufruisce dei congedi parentali dal lavoro). Nel 36% dei casi la persona frequenta la scuola o un centro diurno.

Scuola e lavoro

Nella sfida per la partecipazione sociale delle persone con disabilità si vengono a sommare problematiche derivanti non solo dalla condizione del soggetto ma soprattutto dal contesto ambientale e culturale. L'inserimento nel mondo scolastico e del lavoro e l'autonomia economica sono fattori estremamente importanti per l'integrazione sociale e per il miglioramento della qualità di vita delle persone con disabilità. L'Italia ha pienamente riconosciuto l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità nella scuola già dagli anni '70, assumendo un ruolo leader nelle politiche di istruzione e formazione. Nell'Anno Scolastico 2002-2003, nella nostra Regione, oltre 3.200 sono stati gli alunni portatori di disabilità, in lieve aumento rispetto al precedente (Tabella 5.1.6).

Tabella 5.1.6 – Numero di alunni portatori di handicap, Marche - A.S. 2002/2003

PROVINCIA	Scuola dell'Infanzia	Scuola Elementare	Scuola secondaria 1° grado	Scuola secondaria 2° grado	Totale
Ancona	126	329	236	240	931
Ascoli	90	347	245	201	883
Macerata	84	252	187	194	717
Pesaro	59	280	191	191	721
Marche	359	1.208	859	826	3.252

Disabilità e lavoro

La legislazione italiana in tema di persone con disabilità ha avuto un'evoluzione significativa con la legge 68/99 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili", la cui finalità è "la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato". Nelle Marche è stata recentemente varata la DGR 218/2005: "Norme Regionali per l'occupazione, la Tutela e la Qualità del Lavoro" che, riguardo l'inserimento lavorativo delle persone disabili, promuove sia azioni di avvio al lavoro e di primo intervento, sia di accompagnamento ad una positiva e stabile integrazione nell'ambiente di lavoro per i soggetti disabili. In attesa di un lavoro ad hoc in corso di pubblicazione da parte dell'ARMAL si allegano gli ultimi dato forniti dall'ISTAT (Tabella 5.1.7).

Tabella 5.1.7 - Percentuale di occupati fra i beneficiari della disciplina sulle assunzioni obbligatorie I.482/68, Marche – Italia, 1999

	Invalidi civili e di guerra	Invalidi per servizio	Invalidi del lavoro	Invalidi civili	Sordomuti	Ex TBC	Vittime del dovere	Totale
Marche	99,3	91,4	81,6	32,5	60,6	-	100	45
Italia	96,9	83,3	73,1	32,5	56,9	63,1	39,6	42,7

Disabilità e vita sociale

Il tema della disabilità e del tempo libero costituisce un terreno di grande attualità ed interesse, anche se ancora poco analizzato. Infatti, benché negli ultimi anni la disabilità e i molteplici aspetti ad essa legati siano stati oggetto di crescente attenzione, la maggior parte degli interventi è stata per lungo tempo indirizzata soprattutto all'ambito degli aspetti socio-sanitari essenziali come la terapia, la riabilitazione, ecc. Sarebbe auspicabile, tuttavia, fondare gli interventi sulla visione globale della persona disabile come portatrice di bisogni e desideri al pari di tutti gli altri individui, e quindi anche del bisogno di poter vivere il proprio tempo libero ed il proprio privato nella misura del possibile; il valore di questi momenti liberi dovrebbe essere riconosciuto come tempo di crescita, utile alleato nella prevenzione di emarginazione ed isolamento sociale.

Handicap e sessualità un tema che ciclicamente riemerge a riproporre domande e timori. Eppure basterebbero le statistiche che ci dicono che, tra i 15-44 anni, l'85,2% degli uomini disabili è celibe e il 75,5% delle donne disabili è nubile, a dimostrare quanto sia indispensabile fare passi avanti su questo tema, che ci coinvolge profondamente come elemento fondante della nostra esistenza personale.

Ma l'integrazione si realizza anche attraverso lo sport. Nelle Marche circa 16 persone diversamente abili per 100.000 abitanti sono tesserate FISD (Federazione italiana Sport Disabili) contro una media nazionale di 13,3; la Provincia di Macerata è quella più attiva come numero di tesserati (31,9 per 100.000 abitanti).

Sport

Nelle Marche circa 16,1 persone diversamente abili per 100.000 abitanti sono tesserate FISD (Federazione italiana Sport Disabili) contro una media nazionale di 13,3; la Provincia di Macerata è quella più attiva come numero di tesserati (31,9 per 100.000 abitanti). Nella sfida per la partecipazione sociale delle persone con disabilità si vengono a sommare problematiche derivanti non solo dalla condizione del soggetto ma soprattutto dal contesto ambientale e culturale. L'inserimento nel mondo scolastico e del lavoro e l'autonomia economica sono fattori estremamente importanti per l'integrazione sociale e per il miglioramento della qualità di vita delle persone con disabilità.

Note al capitolo

1. I dati riferiti ai pazienti in carico presso i DSM sono stati stimati grazie al Sistema Informativo Psichiatrico informatizzato (SISP - Marche), che la Regione ha avviato tenendo conto delle indicazioni concordate a livello nazionale con le altre Regioni e con il Ministero della Salute e sono stati tratti da stime del Dipartimento per i Servizi alla Persona ed alla Comunità (DSPC).
2. DDD (Defined Daily Doses): Dosi giornaliere prescritte su 1.000 abitanti, rappresentano una stima dell'utilizzo di farmaci, es: 10 DDD/1.000 abitanti significa che 10 persone su 1.000 utilizzano quel farmaco.
3. Sono stati valutati i ricoveri ordinari con diagnosi principale psichiatrica (ICD IX-CM tra 290-319) escludendo quelli dovuti all'abuso di sostanze ed alle patologie tipiche dell'età avanzata.
4. Tasso standardizzato con metodo diretto sulla popolazione residente al 2001.
5. Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (ai sensi dell'Art.34 Legge 833/78) si rende necessario "solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere", inoltre l'art. 2 della 180 ribadisce "... Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato...".

5.2 L'ANZIANO NON AUTOSUFFICIENTE

Gli anziani marchigiani, con problemi di mobilità, che presentano cambiamenti importanti dello stato cognitivo-comportamentale e quindi della propria sfera relazionale, come pure gli anziani con inadeguato supporto familiare, sono cittadini ai quali le istituzioni socio-sanitarie rivolgono con crescente attenzione il proprio impegno. L'obiettivo è quello di fornire risposte appropriate a strati crescenti della popolazione con necessità di interventi assistenziali complessi e continuativi.

Tra i cittadini che manifestano cronicità un problema rilevante è quello delle demenze.

Per quanto riguarda il nostro modello sanitario, i bisogni di salute relativi alle condizioni di vita degli anziani non autosufficienti, trovano risposta oltre che nella rete ospedaliera, anche in ambito Residenziale e Semiresidenziale, come pure nel Sistema delle Cure Domiciliari.

Le Demenze

Le demenze (Alzheimer, demenza vascolare e altre forme più rare) rappresentano condizioni patologiche estremamente invalidanti e sempre più frequenti nella popolazione, considerato il progressivo invecchiamento della stessa. I dati che seguono sono relativi all'ospedalizzazione dei pazienti dementi nella nostra Regione.

Il numero di dimissioni ospedaliere degli ultrasessantacinquenni con diagnosi principale di demenza, rispetto alla popolazione residente (per 10.000 ab.), aumenta, nel periodo 2001-2003, in modo costante con l'età. Si osservano, infatti, tassi di ospedalizzazione che incrementano a partire dal 7,23 registrato per la classe di età 65-69 anni, arrivando al 75,25 negli ultranovantenni. Il sesso femminile presenta il tasso di ospedalizzazione più elevato in tutti e tre gli anni del periodo in studio. Nel 2001 si evidenziano le maggiori differenze da attribuire al sesso, con i più alti tassi di ospedalizzazione per il sesso femminile in tutte le classi di età, a cominciare dai 70 anni. Il tasso medio di ospedalizzazione sul triennio è di 30,31 nelle femmine contro il 26,71 nei maschi (Tabella 5.2.1).

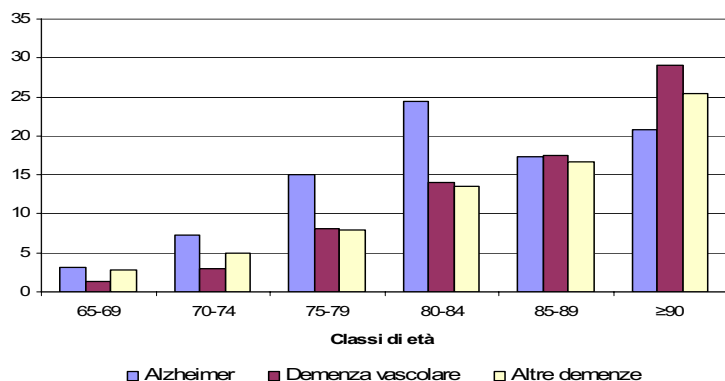
Tabella 5.2.1 - Tassi di ospedalizzazione per età e per sesso (N. di dimissioni/N. residenti x 10000) nella regione Marche con diagnosi principale di demenza, 2001-2003.

Classi di età	2001			2002			2003		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
65-69	9,12	7,38	8,19	7,14	8,25	7,73	5,91	5,64	5,77
70-74	14,40	17,57	16,14	11,95	16,23	14,31	15,76	14,45	15,04
75-79	29,14	40,53	35,79	26,77	27,26	27,06	28,46	30,88	29,87
80-84	50,41	53,43	52,30	40,91	42,04	41,62	67,21	58,68	61,88
85-89	60,66	71,90	68,17	56,41	42,30	46,98	40,44	38,60	39,21
≥90	88,83	97,79	95,44	63,45	65,19	64,74	76,14	61,82	65,57
Totale	28,46	36,75	33,26	24,71	26,32	25,64	26,96	27,85	27,48

La figura 5.2.1 indica i dati relativi ai tassi di ospedalizzazione specifici per età e tipologia di demenza.

Per tutte le demenze è evidente un progressivo incremento del tasso di ospedalizzazione con l'aumentare dell'età. La Malattia di Alzheimer manifesta il maggior incremento del tasso di ospedalizzazione nell'età compresa tra i 65 e gli 84 anni; segue una flessione per la classe di età 85-89 anni e il successivo incremento negli ultranovantenni.

Figura 5.2.1 - Tassi di ospedalizzazione per età e tipologia di demenza (N. dimissioni/N. residenti x 10.000), regione Marche 2001-2003.



I risultati relativi ai tassi di ospedalizzazione standardizzati per ASL di residenza mostrano notevoli disomogeneità su tutto il territorio regionale (Tabella 5.2.2).

Il valore più alto è stato registrato ad Ancona nel 2003 (89,81 per 100.000 nel 2003) e il più basso a Civitanova (20,55 per 100.000 nel 2002). Il tasso di ospedalizzazione ha subito una flessione nel 2002 seguita da un successivo incremento nel 2003 nelle Zone di Pesaro, Urbino, Jesi, Ancona, Civitanova, S. Benedetto e Ascoli Piceno. Le Zone di Fano, Senigallia, Macerata, Camerino e Fermo hanno fatto registrare un tasso di ospedalizzazione per demenza in progressiva riduzione nel corso dei tre anni. Si è, al contrario, registrato un incremento del tasso di ospedalizzazione per demenza nelle ASL, (oggi Zone Territoriali), di Fabriano, Ancona, Civitanova e Ascoli Piceno.

Tabella 5.2.2 - Tassi standardizzati di ospedalizzazione per ASL di residenza e anno di dimissione x 100.000 pazienti > 65, anni 2001-2003, regione Marche.

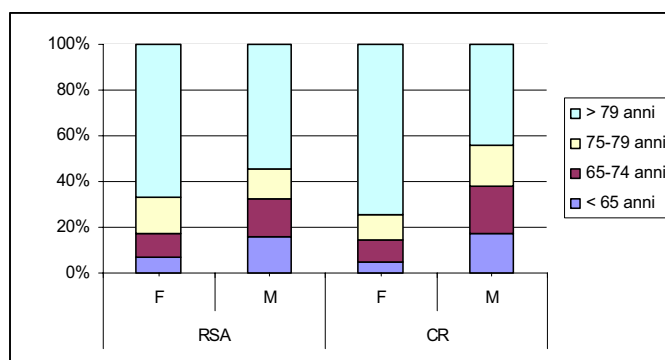
ASL	2001	2002	2003
ASL 1 Pesaro	64,87	38,96	51,94
ASL 2 Urbino	54,65	39,44	41,95
ASL 3 Fano	70,87	55,10	48,55
ASL 4 Senigallia	58,55	43,11	34,40
ASL 5 Jesi	58,82	28,07	42,26
ASL 6 Fabriano	24,92	41,04	49,82
ASL 7 Ancona	86,03	82,72	89,81
ASL 8 Civitanova	35,59	20,55	37,40
ASL 9 Macerata	78,31	53,40	43,36
ASL 10 Camerino	67,30	51,46	51,19
ASL 11 Fermo	52,91	39,12	36,40
ASL 12 S. Benedetto	54,14	39,35	39,52
ASL 13 Ascoli Piceno	51,67	37,99	63,97

La non autosufficienza in Casa di Riposo (CR) e in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

Il progressivo invecchiamento della popolazione si accompagna, anche nella nostra regione, ad un aumento dell'incidenza di disabilità ed eventuale supporto sociosanitario: quando un nucleo familiare non è più in condizione di occuparsi di una persona con problemi di autonomia, può risultare necessaria l'istituzionalizzazione in residenze socio-sanitarie.

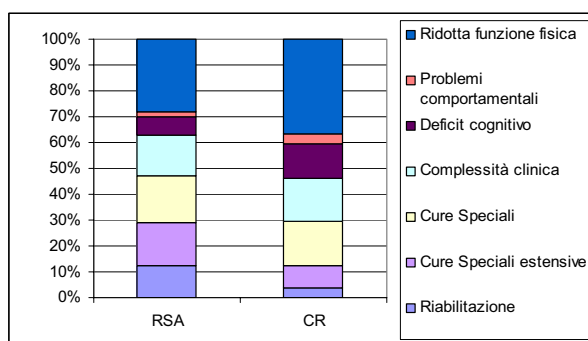
Abbiamo analizzato, dal 1 aprile al 30 giugno 2004, 21 RSA e 92 Case di Riposo per un totale di 113 strutture. Sono complessivamente 5.160 gli ospiti in tali residenze, di cui il 73,4% donne ed il 26,6% uomini. L'età media degli ospiti è stata di 81,3 anni (con un *range* compreso tra i 9 ed i 104 anni). Nella Figura 5.2.2 sono riportati i valori percentuali degli ospiti in esame, stratificati per classi di età e tipologia di strutture di residenza.

Figura 5.2.2 – Distribuzione degli ospiti per sesso, classi di età e tipologia di residenza. Regione Marche, 2004.



Le pazienti di sesso femminile hanno un'età superiore rispetto ai pazienti di sesso maschile. Complessivamente, sono stati studiati 934 ospiti nelle residenze sanitarie assistite (18% degli ospiti coinvolti nello studio) e 4.450 nelle case di riposo (82% degli ospiti).

Figura 5.2.3 - Pazienti per macroraggruppamenti RUG III²⁸ e tipologia di residenza. Regione Marche 2004.

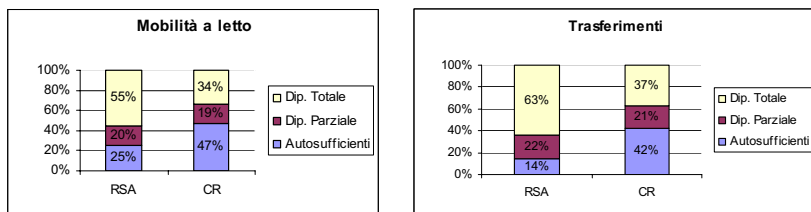


Come piuttosto prevedibile, vista l'attuale mancanza di sistemi standardizzati per la classificazione dell'eleggibilità dei pazienti al ricovero in strutture a prevalente assistenza sanitaria piuttosto che sociale nella nostra Regione, non si registra una evidente differenza nei bisogni assistenziali degli ospiti secondo la classificazione risultante dal sistema RUG: in entrambi i casi, infatti, sono predominanti pazienti con riduzione della funzione fisica. In RSA sono lievemente più frequenti (anche se in valore assoluto minore) rispetto alle CR i soggetti che necessitano di cure speciali e riabilitazione.

²⁸ La scheda di Valutazione RUG III (1994, Fries) è una versione ridotta della scheda di valutazione multidimensionale conosciuta come Resident Assessment Instrument (RAI, o VAOR® nella versione Italiana) correntemente utilizzata negli U.S.A. per la valutazione e programmazione dell'assistenza ai pazienti ospiti nelle Nursing Home. Il Sistema RUG è un sistema di classificazione dei pazienti in gruppi a differente assorbimento di risorse assistenziali. La costruzione delle classi RUG avviene a partire da alcune informazioni, contenute nell'MDS (Minimum Data Set), con maggiore significato in una ottica di valutazione del carico assistenziale: individua, nei 7 raggruppamenti (classi) principali, 44 gruppi di assorbimento omogeneo di risorse.

Le attività in cui gli ospiti hanno minore autonomia sono la capacità di spostarsi e di utilizzare il bagno.

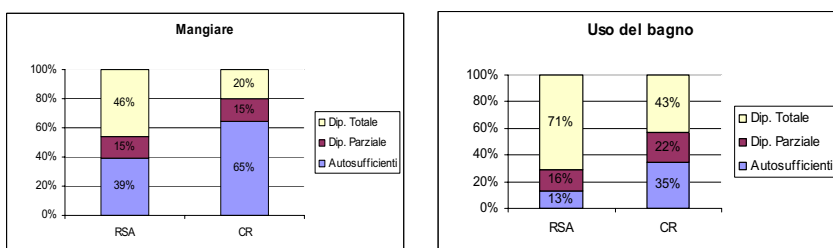
Figura 5.2.4 – Abilità in alcune attività di vita quotidiana per tipologia di residenza. Regione Marche 2004.



Complessivamente il 63% dei soggetti ospitati nelle residenze valutate è parzialmente o completamente non autosufficiente negli spostamenti; circa il 57% dei soggetti non è completamente autosufficiente nella mobilità a letto. Il dettaglio percentuale per tipologia di residenza è espresso nella Figura 5.2.4.

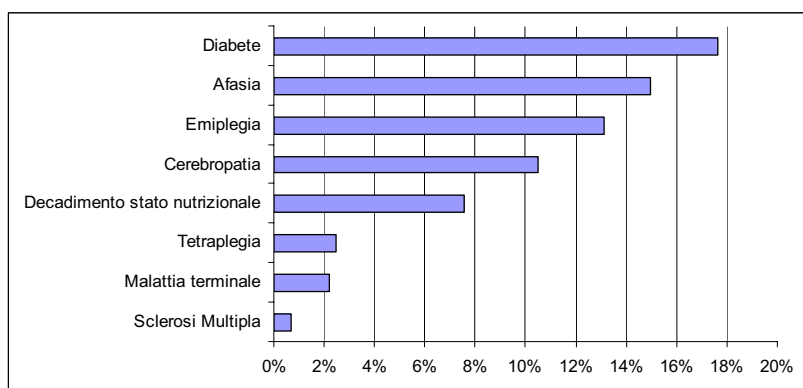
Il 70% dei soggetti è parzialmente o completamente non autosufficiente nell'uso del bagno e circa il 40% ha limitazioni nel mangiare (Figura 5.2.5).

Figura 5.2.5 – Abilità in alcune attività di vita quotidiana per tipologia di residenza. Regione Marche 2004.



Analizzando la prevalenza delle malattie ad alto carico assistenziale individuate dallo strumento RUG, ed illustrate nella Figura 5.2.6, le patologie di più frequente riscontro negli ospiti osservati sono rappresentate da: diabete mellito, afasia, emiplegia, patologie neurologiche centrali, decadimento dello stato nutrizionale, tetraplegia e neoplasie.

Figura 5.2.6 - Patologie ad alto impegno assistenziale rilevate negli ospiti delle residenze. Regione Marche 2004.



La non autosufficienza nel Sistema delle Cure Domiciliari

Di fronte all'invecchiamento della popolazione e all'incremento di necessità di interventi assistenziali continuativi si sta spostando l'assistenza dall'ospedale alla rete territoriale, riservando il ricovero a situazioni più complesse e di carattere acuto.

Per Assistenza Domiciliare s'intende l'effettuazione, al domicilio del paziente, di prestazioni sanitarie più o meno complesse ed integrate a prestazioni socio assistenziali in un programma personalizzato di assistenza.

Tale intervento ha come finalità quella di garantire un adeguato livello assistenziale con lo scopo di salvaguardare l'autonomia degli individui e la loro permanenza nel proprio nucleo familiare, nel rispetto dei principi di appropriatezza, continuità ed efficacia delle cure.

Il percorso del paziente all'interno del sistema delle Cure Domiciliari (CD) (Studio ARS, 2003) può essere sintetizzato come segue:

- La richiesta di attivazione del servizio parte, generalmente, dal Medico di Medicina Generale (MMG) cui risponde, solitamente, una Caposala. La Segreteria Organizzativa, nel 28% sottopone i casi alla (Unità di Valutazione Distrettuale (UVD) e nel 66% attiva il Nucleo Operativo.
- Le UVD hanno valutato 11.209 casi di cui 80% sono stati inseriti in CD e il 20% in altri regimi (RSA, ecc.). Il ruolo di case manager viene svolto dagli II.PP. e dai MMG.
- Nei distretti della Regione Marche sono stati assistiti a domicilio 44.238 pazienti con un tasso di *30,1 per 1000 ab* (3,6 < 65 anni e 127 > 65 anni): nel 43% si è trattato di ADP; nel 30% assistenza infermieristica; nell'8% assistenza riabilitativa e nel 19% di ADI.
- L'erogazione delle Cure è avvenuta nel 90% dei casi presso il domicilio del paziente, che è stato trattato, in media, per 148 giorni l'anno.
- Nel 50% dei casi i pazienti restano in ADI, nel 30% si è registrato il decesso, nel 13% si sono raggiunti gli obiettivi prefissi dai piani di assistenza, nel 7% è avvenuto il trasferimento in residenze o ospedale.
- Nei sistemi di supporto è risultato fortemente carente l'uso di tecnologie informatiche, problematica l'individuazione di centri di costo specifici per CD, da sviluppare con maggiore coerenza i sistemi formativi e premianti.

Nell'anno 2003 nei 33 Distretti della Regione Marche sono stati assistiti a domicilio 44.238 pazienti di tutte le età, pari ad un tasso di 30,1 pazienti per 1000 abitanti (Tabella 5.2.3).

Tabella 5.2.3 – Pazienti in cure domiciliari nelle Marche (2003)

TIPOLOGIA	N.	Tasso/1000 ab.
ADP	19.179	13,1
AID	13.388	9,1
ADR	3.572	2,4
ADI	8.099	5,5
Totale	44.238	30,1

Le Cure Domiciliari per classi di età

Il 91% dei pazienti in cura domiciliare ha un'età superiore ai 65 anni.

Nella fascia di popolazione degli ultrasessantacinquenni il tasso di cure domiciliari è risultato pari a 3,6 per 1.000 ab. < 65 anni e 127,0 per 1.000. ab. > 65 anni.

Il dato che nelle Marche, nel 2003, è circa il 13% della popolazione > 65 anni abbia usufruito di una forma di assistenza domiciliare, evidenzia la rilevanza di questa forma di assistenza e lascia stimare una copertura soddisfacente del bisogno di assistenza della popolazione.

In realtà la copertura avviene soprattutto nei soggetti di età superiore ai 75 anni. Infatti, l'analisi dei dati (24.501 casi su 44.238) relativi ai Distretti ²⁹ che hanno fornito i casi raggruppati nelle tre fasce di età richieste nel questionario (0-64; 65-74; > 75 anni) evidenzia come:

- il 90% dei casi sia riferibile a pazienti di età superiore ai 65 anni, ma distribuito con il 66% dei pazienti > 75 anni e il 24% nell'età compresa tra i 65 ed i 74 anni;
- i tassi risultino essere di 61,9 x 1.000 tra i 65 ed i 74 anni e di 198,4 x 1.000 oltre i 75 anni.

Tipologie delle Cure Domiciliari

Tra le quattro tipologie di cure domiciliari analizzate:

- ADP (Assistenza Domiciliare Programmata: solo MMG)
- AID (Assistenza Infermieristica Domiciliare: I.P + MMG)
- ADR (Assistenza Domiciliare Riabilitativa: Terapista Riab. + MMG)
- ADI (Assistenza Domiciliare Integrata : almeno 2 figure professionali, in presenza di un piano assistenziale approvato in sede di UVD, es: MMG + IP e/o Medico specialista e/o Terapisti Riab. e/o Servizi Sociali)

L'ADP e l'AID rappresentano le forme più frequenti di erogazione di prestazioni (rispettivamente il 43 ed il 30% del totale), seguite dall'ADI (19%) e dall'ADR (8%).

Questa distribuzione percentuale delle varie tipologie assistenziali, presenta notevoli differenze tra Distretti, anche della stessa Zona Territoriale.

I tassi nella popolazione > 65 anni, per tipologia di CD, si distribuiscono nel modo seguente:

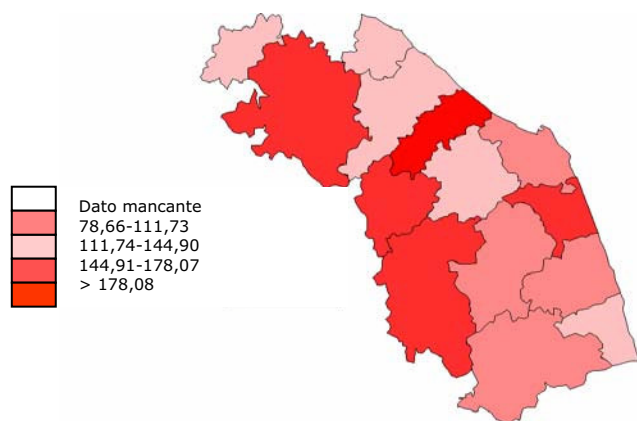
ADP – Il tasso regionale è di 66,5 x 1000 ab. Tale tasso tende ad essere più elevato nelle aree più settentrionali della Regione sia a livello di Zona Territoriale (Figura 5.2.8.) che di singoli Distretti;

AID – Il tasso regionale è di 38,1 x 1000 ab. Tale tasso tende ad essere più elevato nel sud della Regione (Figura 5.2.9); da notare che la copertura infermieristica nei Distretti di Pesaro, Matelica, Camerino e San Severino include anche il numero di soggetti a cui è stato offerto il solo servizio di prelievo a domicilio;

ADR – Il tasso regionale è di 9,8 x 1000 ab. Anche tale forma di assistenza domiciliare tende ad essere più elevato nel sud della Regione, va, comunque, evidenziato come, essendo un servizio gestito frequentemente in appalto, il dettaglio sui dati non sia, purtroppo, sempre disponibile (Figura 5.2.10);

ADI – Il tasso regionale è di 22,6 x 1000 ab. Non si nota un gradiente di distribuzione nord-sud o tra entroterra e costa, tuttavia, le differenze tra Zone e Distretti sono marcate e lasciano intuire differenti modalità di classificazione delle prestazioni (Figura 5.2.11).

Figura 5.2.7 – Tassi di Cure Domiciliari x 1000 ab > 65 anni per Zona Territoriale – Marche, 2003



2: Pesaro, Cagli, Urbino, Urbania, Macerata F., Jesi C, Fabriano, Civitanova, Matelica, Camerino, San Severino, San Benedetto, Ascoli, Offida, Amandola.

Figura 5.2.8 - Tasso ADP (solo MMG) x 1000 abitanti di età > 65 anni per Zona Territoriale - Marche, 2003.

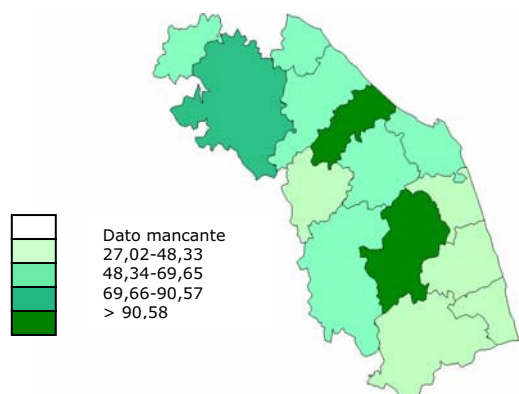


Figura 5.2.9 - Tasso AID x 1000 abitanti > 65 anni x Zona Territoriale - Marche, 2003.

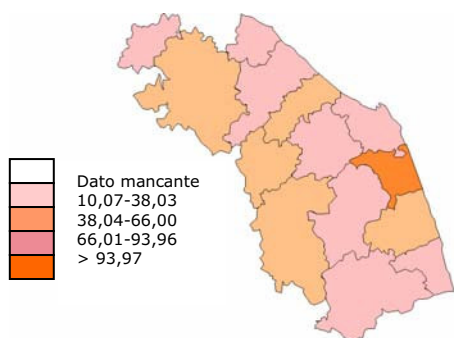


Figura 5.2.10 - Tassi ARD x 1000 abitanti di età > 65 anni per Zone Territoriali - Marche, 2003.

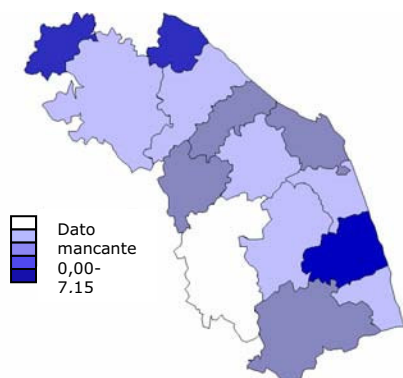
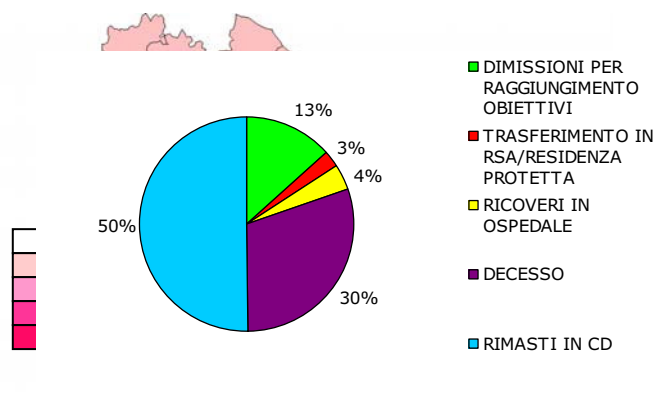


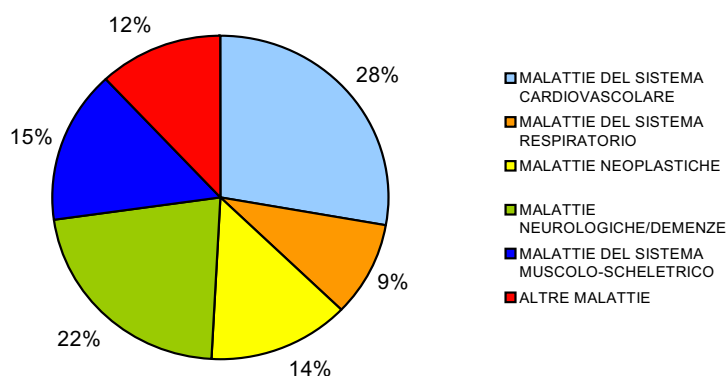
Figura 5.2.11 - Tassi ADI x 1000 abitanti di età > 65 anni per Zone Territoriali - Marche, 2003.



Le patologie trattate e gli esiti

Le patologie più frequenti nei pazienti assistiti sono quelle a carico dell'apparato cardiovascolare, del sistema nervoso e del sistema muscolo-scheletrico. I pazienti oncologici in terapia del dolore rappresentano spesso una fetta importante di assistiti. Il dato è riferito alla patologia principale che ha condotto alle cure. Peraltro, la salute del paziente anziano tende frequentemente ad una condizione di polipatologia che ne rende problematica la inclusione in una specifica, singola, categoria.

Figura 5.2.12 – Patologia per cui i pazienti sono assistiti a domicilio – Marche, 2003



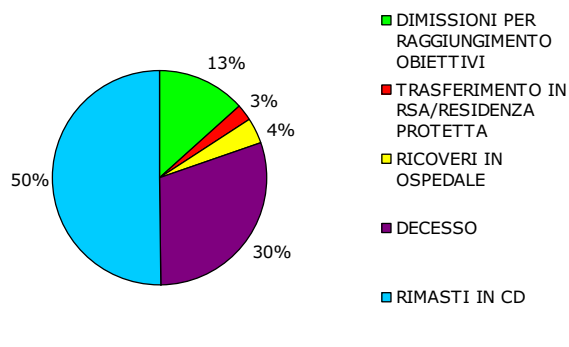
* di cui 14% con lesioni da decubito

Da notare come, contestualmente ad altre patologie, il 14% dei soggetti in cura domiciliare presenti anche lesioni da decubito (2.964 pazienti).

Gli esiti

Come già rilevato, circa il 50% dei pazienti è rimasto in cura nel sistema domiciliare per tutta la durata dell'anno, gli esiti dichiarati si distribuiscono come segue: il 13% è stato dimesso per raggiungimento degli obiettivi di cura, il 4% è stato ricoverato in ospedale, il 3% è stato trasferito in RSA o RP e il 30% è deceduto.

Figura 5.2.13 – Esiti dei pazienti in ADI – Marche, 2003



Accanto ad una durata media della degenza di 148 giorni, con un minimo di 26 giorni, alcuni Referenti dichiarano come questa possa arrivare a 365 giorni/anno, suggerendo come il paziente trattato a domicilio possa rimanere a carico dell'assistenza domiciliare anche per anni.

5.3 L'IMMIGRATO

Fonti informative:

- ISTAT
- Archivio Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) ARS Marche
- SISTAR

La stima della popolazione immigrata presente nella regione Marche è stata effettuata sulla base dei dati relativi ai "Permessi di Soggiorno" elaborati dall'ISTAT. Lo stesso data-base è stato utilizzato per i motivi di soggiorno.

Dall'archivio SDO regionale sono stati invece selezionati i ricoveri riguardanti la popolazione immigrata extracomunitaria. La selezione è stata operata utilizzando i campi: "Comune di nascita" e "Residenza". Il campo "Nazionalità", pur presente nel tracciato record, non è stato preso in considerazione in quanto molto spesso non è correttamente compilato ed inoltre il suo utilizzo potrebbe comportare una sottostima della componente femminile che con il matrimonio acquisisce la cittadinanza italiana.

L'utilizzo dei campi SDO sopramenzionati ha portato all'individuazione di due sottogruppi di popolazione straniera dai quali, in seguito, sono state sottratte le persone nate all'estero in paesi dell'Unione Europea, Stati Uniti, Canada, Giappone ed Australia.

Il 1° gruppo è costituito dagli stranieri nati all'estero e residenti in Italia: esso rappresenta i cittadini immigrati regolarmente residenti nelle Marche.

Il 2° gruppo è invece formato dagli stranieri nati all'estero e residenti all'estero: esso individua le persone temporaneamente presenti (STP) in stato di indigenza.

Si precisa che nel gruppo 1° si è proceduto ad una ulteriore selezione: sono state infatti escluse le persone con nome e cognome italiani in modo da individuare i "veri immigrati extracomunitari" regolarmente residenti. L'artificio si basa sulla seguente considerazione: le Marche, nella prima metà del XX secolo e negli anni 1950-1960 ha subito consistenti flussi emigratori, con conseguente formazione di famiglie all'estero che, successivamente, sono rientrate in patria; di fatto, quindi, i componenti di tali famiglie sono italiani a tutti gli effetti. Per quanto riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) sono stati utilizzati i dati elaborati dal Sistema Informativo Statistico Regionale.

La regione Marche, negli ultimi venti anni viene interessata, al pari delle altre regioni italiane, da una crescente presenza di immigrati che, al 31.12.2002³⁰, sono il 3% della popolazione residente (2,5% in Italia).

La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) rappresenta al momento l'unica fonte informativa, affidabile, sui problemi di salute di questa popolazione, in quanto non esistono, nella nostra Regione, altri flussi informativi consolidati e stabili da cui poter trarre informazioni valide.

I dati di letteratura evidenziano che la perdita di salute per questa fascia di popolazione è legata sostanzialmente alle condizioni di deprivazione ed esclusione sociale in cui si trova costretta a vivere.

In particolare i fattori di rischio per la salute risultano essere:

- Il basso reddito e la sfavorevole condizione lavorativa (cioè la sua assenza, la sottooccupazione o precarietà, oppure anche la sua scarsa tutela);
- il basso livello d'istruzione (da cui può derivare: minori abilità, uno scarso valore attribuito alla tutela della salute, una scarsa attenzione alla prevenzione...);
- la condizione abitativa (vale a dire la sua assenza od inadeguatezza, oppure le scarse condizioni igieniche...);
- l'alimentazione e gli stili di vita in genere;
- la discriminazione etnica e culturale;
- il malessere psicologico per il "fallimento" del proprio progetto di vita;
- la condizione di clandestinità;
- la difficoltà di accesso ai servizi sanitari.

³⁰ Nella lettura dei dati si tenga conto che il provvedimento legislativo 189 del 30 Luglio 2002 ha favorito la trasformazione di numerosi immigrati irregolari in stranieri regolarmente residenti nel nostro Paese.

Tutti questi fattori sono estremamente complessi; pertanto vanno affrontati con strategie complessive, basate sull'informazione, la prevenzione ed un'offerta attiva di servizi socio-sanitari mirata. Strategie, appunto, che si propongono l'obiettivo di migliorare lo stato di salute degli immigrati anche attraverso la realizzazione di interventi volti ad un favorire le loro condizioni socio-economiche.

Caratteristiche demografiche della popolazione straniera immigrata nella regione Marche

Presenza straniera

Nelle Marche, nel 2002, risultano presenti 47.090 persone straniere (pari al 3,2% dei residenti); il 92% di queste, cioè 43.172 individui, provengono da Paesi in via di sviluppo (PVS) a forte pressione migratoria

Tabella 5.3.1. Stranieri non comunitari residenti nella regione Marche, per aree di provenienza e sesso al 31.12.2002

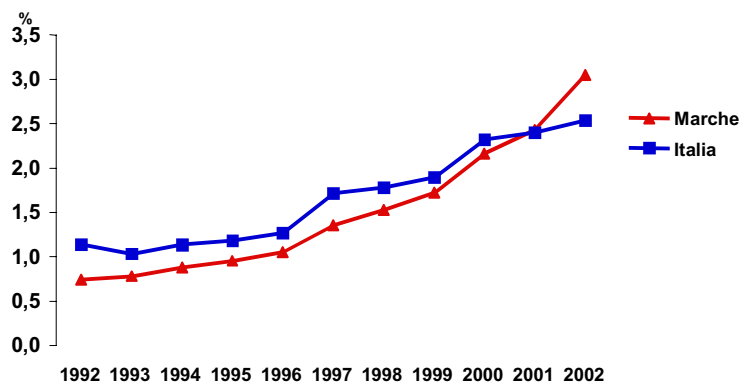
Fonte ISTAT: permessi di soggiorno - elaborazione Osservatorio Disuguaglianze / ARS Marche

Aree di provenienza	Uomini		Donne		Totale		% Donne
	N°	%	N°	%	N°	%	
Africa settentrionale	5.657	25	3.204	15	8861	21	36
Albania	4.799	21	3.633	18	8432	20	43
Ex Jugoslavia	3.502	16	2.458	12	5960	14	41
Est Europa	2.009	9	5.245	25	7254	17	72
Asia Centro meridionale	2.025	9	1.056	5	3081	7	34
Africa (non settentrionale)	1.920	9	1.102	5	3022	7	36
America Centro meridionale	1.088	5	2.541	12	3629	8	70
Asia Orientale	993	4	1.227	6	2220	5	55
Asia Occidentale	475	2	238	1	713	2	33
Totale	22.468	100	20.704	100	43.172	100	48

Dalla Tabella 5.3.1 si evince che il 50% degli immigrati proviene da paesi dell'Europa Centro-Orientale (Albania, Ex-Jugoslavia, Ex-URSS).

La Figura 5.3.1 mostra come la presenza straniera nell'ultimo decennio si sia praticamente quadruplicata

Figura 5.3.1 - Prevalenza della popolazione straniera immigrata nella regione Marche, anni 1992 - 2002.



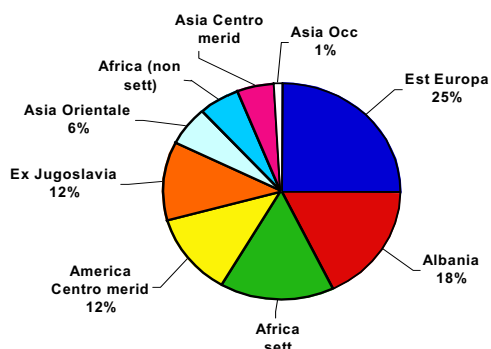
Fonte ISTAT: permessi di soggiorno - elaborazione Osservatorio Disuguaglianze / ARS Marche

La componente femminile

Nel 2002 le donne sono il 48% della popolazione immigrata presente nella regione (il 44% nel 1997; il 46% nel 2000): viene confermato il fenomeno della crescente femminilizzazione dei flussi migratori.

Figura 5.3.2 - Popolazione femminile immigrata, residente nella regione Marche al 31.12.2002, per area geografica di provenienza.

Fonte Istat, *Permessi di soggiorno*, elaborazione Osservatorio sulle Diseguaglianze, ARS Marche



Le donne provenienti dai Paesi dell'Europa Centro-Orientale (Est-Europa, Albania, ex-Jugoslavia) rappresentano il 55% delle donne immigrate nella regione (Figura 5.3.2).

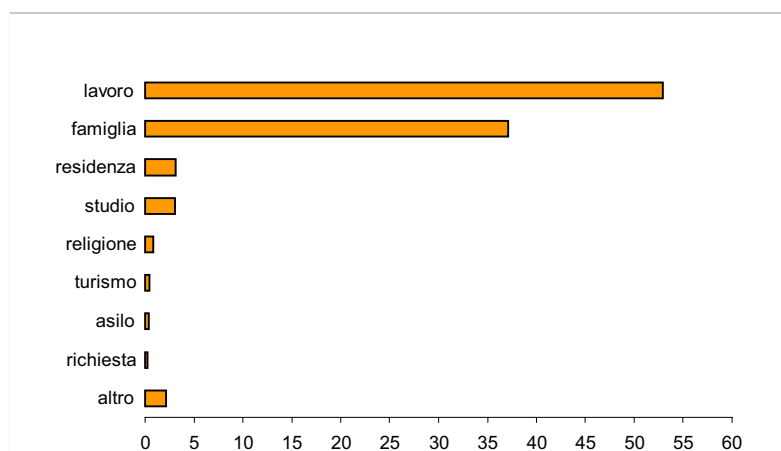
La componente femminile della popolazione immigrata dall'Est-Europa e dall'America Centro Meridionale costituisce rispettivamente il 72% ed il 70% del totale (Tabella 5.3.1).

Anche il numero delle donne asiatiche, nell'ambito delle rispettive comunità di appartenenza, è in crescita.

Attualmente le collettività femminili più numerose, in Regione, sono, in ordine decrescente, le albanesi, le marocchine, le rumene, le macedoni, le polacche, le tunisine, le cinesi, le ucraine, le russe, le nigeriane e le peruviane.

Permessi di soggiorno

Figura 5.3.3 - Motivi del rilascio del permesso di soggiorno alle persone straniere presenti nella regione Marche al 31.12.2002.



Fonte ISTAT, *Permessi di soggiorno*, elaborazione Osservatorio sulle Diseguaglianze, ARS Marche

1 immigrato su 2 (il 54%) si trova nelle Marche per motivi di lavoro; 1 su 3 circa (il 37%) per motivi familiari.

Da segnalare la percentuale praticamente nulla di persone con permesso di soggiorno per asilo o richiesta di asilo: ciò è da imputare alle attuali politiche italiane che rendono sempre più difficoltosa l'accoglienza dei soggetti stranieri non comunitari.

Lo stato di salute degli stranieri non comunitari

Il ricorso all'ospedalizzazione da parte della popolazione immigrata regolarmente residente

Nell'anno 2002 i ricoveri ospedalieri sono stati 9.312 (il 3% di tutti i ricoveri avvenuti nelle strutture sanitarie marchigiane per acuti pari a 309.545 degenze) (Tabelle 5.3.2 e 5.3.3). Il 70% è dovuto a pazienti di sesso femminile: soprattutto donne dei paesi arabi del Nord-Africa, dell'Albania, dell'Est Europa, della Ex-Jugoslavia e dell'America Centro meridionale.

Tabella 5.3.2 - Numero e distribuzione percentuale dei ricoveri nelle strutture sanitarie della regione Marche degli immigrati residenti, per sesso ed aree di provenienza. Anno 2002

Fonte: data base SDO, anno 2002. Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

Aree di provenienza	Uomini	%	Donne	%	Totale	%	% ricoveri di donne
Africa settentrionale	741	26,5	1.209	18,6	1.950	20,9	62,0
Albania	549	19,6	1.030	15,8	1.579	17,0	65,2
Est-Europa	267	9,5	1.181	18,1	1.448	15,5	81,6
Ex-Jugolavia	326	11,7	752	11,5	1.078	11,6	69,8
America centro merid	231	8,3	783	12,0	1.014	10,9	77,2
Asia centro meridionale	247	8,8	352	5,4	599	6,4	58,8
Africa (non sett)	215	7,7	455	7,0	670	7,2	67,9
Asia orientale	67	2,4	293	4,5	360	3,9	81,4
Asia occidentale	52	1,9	75	1,2	127	1,4	59,1
altro (nc)	102	3,6	385	5,9	487	5,2	79,1
Totale	2.797	100	6.515	100	9.312	100	70

Il maggior numero di degenze è stato effettuato da persone provenienti dall'Africa settentrionale, dall'Albania e dall'Est Europa: complessivamente il 53% di tutti i ricoveri. Tale andamento riflette le caratteristiche dei flussi migratori del territorio.

Le cause di ricovero più frequenti degli immigrati regolarmente residenti

Tabella 5.3.3 - Numero e distribuzione percentuale dei DRG per patologia: confronto tra immigrati residenti e residenti marchigiani. Regione Marche, anno 2002.

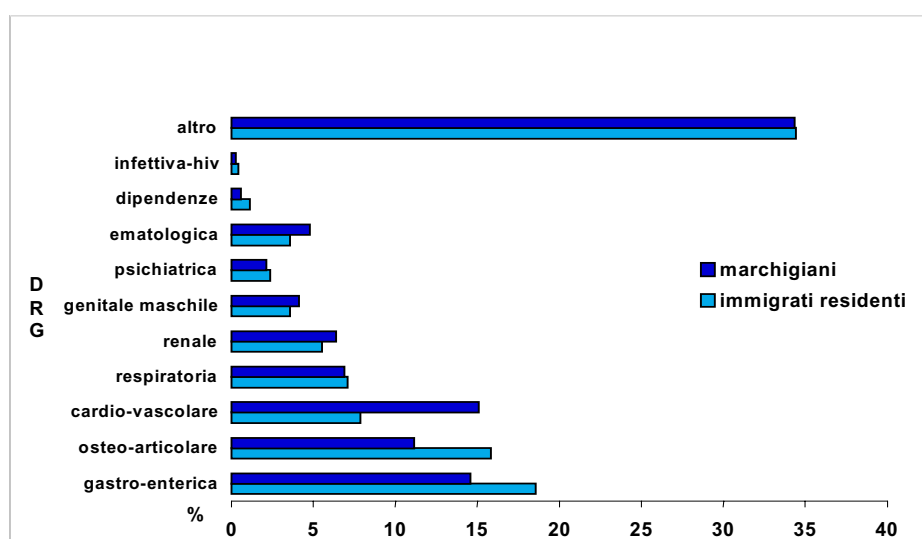
n. DRG	Patologia	pop. immigrata residente		pop. marchigiana	
		N°	%	N°	%
370-384	ostetrica	3.232	34,7	21.301	6,9
146-208	gastro-enterica	1.070	11,5	37.121	12,0
209-256	osteo-articolare	733	7,9	34.378	11,1
353-369	ginecologica	538	5,8	10.497	3,4
104-145	cardio-vascolare	530	5,7	40.054	12,9
302-333	renale	330	3,5	14.842	4,8
75-102	respiratoria	346	3,7	16.606	5,4
334-352	genitale maschile	99	1,1	6.040	2,0
424-432	psichiatrica	180	1,9	6.417	2,1
392-414	ematologica	213	2,3	14.405	4,7
433-437	dipendenze	57	0,6	1.083	0,3
488-490	infettiva-hiv	22	0,2	494	0,2
	altro	1.962	21,1	106.307	34,3
Totale		9.312	100	309.545	100

Fonte: data base SDO, anno 2002. Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

Le patologie ostetrico-ginecologiche, quelle gastro-enteriche non infettive ed i problemi osteo-articolari rappresentano il 60% dei motivi di degenza della popolazione straniera non comunitaria residente.

La prima causa di ricovero per gli uomini, come negli anni precedenti, è rappresentata da un insieme di malattie di natura non infettiva a carico dell'apparato gastro-intestinale (ulcera, esofagite, gastrite, duodenite...), seguita dai problemi osteo-articolari, spesso dovuti a traumi, suggerendo quindi che per questa fascia di popolazione i problemi di salute sono legati sostanzialmente a stili di vita insalubri (Figura 5.3.6)

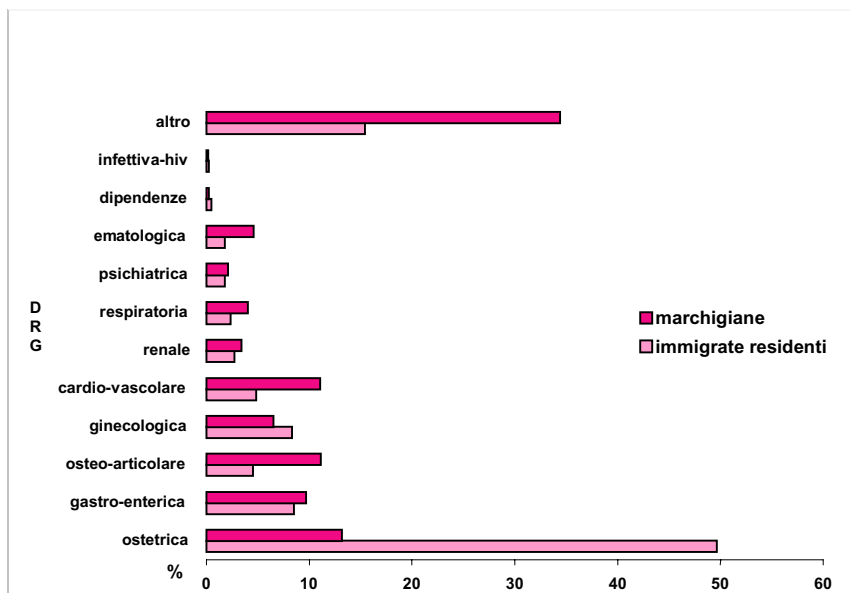
Figura 5.3.6 - DRG: confronto tra gli uomini immigrati residenti ed i marchigiani. Regione Marche, 2002



Fonte: data base SDO, anno 2002, Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

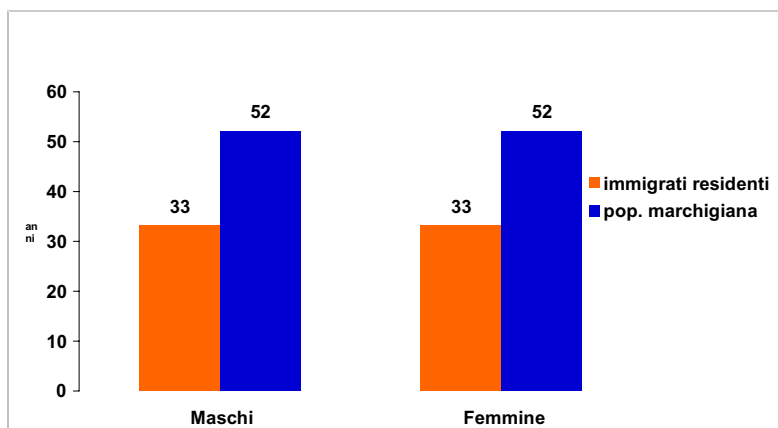
Riguardo invece il sesso femminile: 1 immigrata non comunitaria residente su 2 (il 58%) si ricovera in ostetricia-ginecologia (Figura 5.3.7)

Figura 5.3.7 - DRG: confronto tra le donne immigrate residenti e le marchigiane. Regione Marche, 2002



Dalla Figura 5.3.8 si evince che l'età media dei ricoverati marchigiani, in entrambi i sessi, è più elevata rispetto a quella dei soggetti non comunitari residenti: 52 verso 33 anni.

Figura 5.3.8 - Distribuzione per sesso dell'età media dei ricoverati: confronto tra le popolazioni immigrate residenti e quella Marchigiana. Regione Marche, anno 2002.

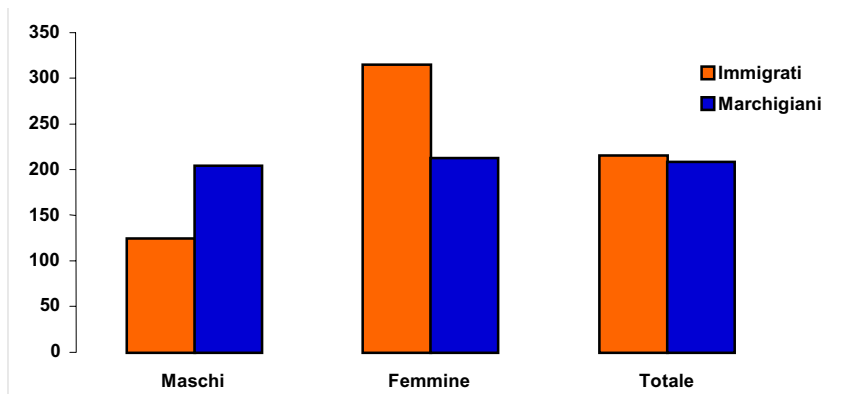


Fonte: data base SDO, anno 2002. Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

Questo perché i motivi di ricovero in ospedale per i marchigiani sono rappresentati dalle problematiche legate all'età avanzata (gli interventi per cataratta, le malattie cardiovascolari, l'ictus, la BPCO), mentre quelli degli immigrati regolari sono le patologie acute specialmente di tipo ortopedico-chirurgico.

Tasso di ospedalizzazione: confronto stranieri non comunitari residenti-popolazione marchigiana

Figura 5.3.9 - Tasso di ospedalizzazione in base al sesso, (x 1.000) degli stranieri non comunitari residenti e della popolazione marchigiana. Anno 2002.



Fonte: data base SDO, anno 2002. Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

In numerose indagini qualitative locali e nazionali viene segnalato che una scarsa accessibilità ai servizi ambulatoriali di base, unitamente alle difficoltà di comunicazione e relazionale con i pazienti stranieri, possono indurre i medici a cercare di risolvere i problemi di salute ricoverando i pazienti³¹.

Dalla Figura 5.3.9 emerge l'elevato tasso di ospedalizzazione delle donne immigrate causato dalla problematica ostetrica.

Le cause di ricovero più frequenti degli immigrati irregolari (STP)

Nel 2002 nelle strutture sanitarie per acuti della regione Marche si sono ricoverate 855 persone STP. Esse hanno prodotto 1.422 ricoveri. L'età media dei ricoverati è pari a 29 anni per entrambi i sessi: è questa una popolazione ancora più giovane degli immigrati regolari. Il 59% del totale delle degenze è dovuto alla popolazione femminile.

La percentuale del ricorso all'ospedalizzazione delle donne STP è inferiore a quella delle straniere non comunitarie regolarmente residenti (70% di tutti i ricoveri di questo gruppo di popolazione).

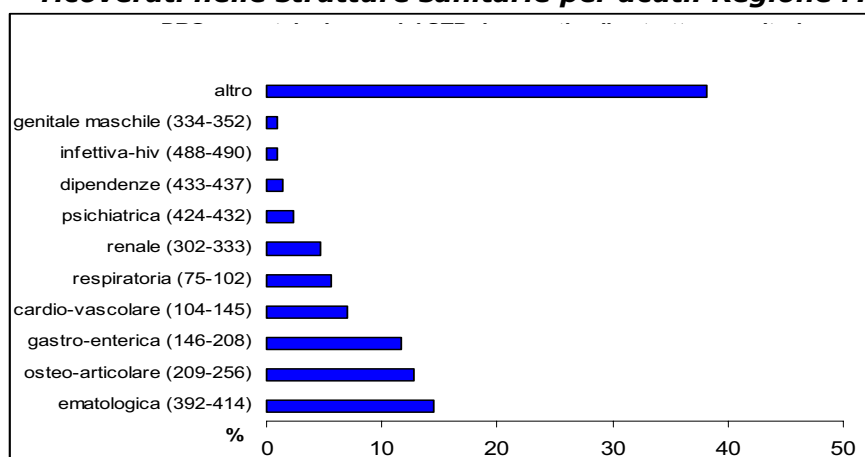
Ciò potrebbe dipendere da un insieme di fattori quali:

- una minore presenza di clandestine donne
- le condizioni di estrema precarietà che ostacolano una scelta di maternità
- una maggiore difficoltà di accesso ai servizi rispetto al resto delle immigrate.

In Figura 5.3.10 sono rappresentati i più frequenti motivi di ricovero degli uomini STP

³¹ Bibliografia di riferimento: "L'assistenza sanitaria agli stranieri nelle Aziende Sanitarie della regione Marche: indagine sulla conoscenza da parte degli operatori sulle problematiche dell'accessibilità ai servizi da parte degli immigrati (Oss. Diseguaglianze/ARS Marche, anno 2001), "Corso di Formazione per mediatori e mediatrici linguistico-culturali in ambito socio sanitario 1999-2000, quaderno a cura dell'Associazione Senza Confini, anno 2003), "La tutela della salute femminile e procreazione per una utenza multiculturale" Quaderno a cura dell'Associazione Senza Confini, anno 2000)

Figura 5.3.10 - Distribuzione percentuale dei DRG, per patologia, degli uomini STP ricoverati nelle strutture sanitarie per acuti. Regione Marche, anno 2002 .



I ricoveri per cause ematologiche (DRG 392-414) sono il principale motivo di ricorso all'ospedalizzazione negli uomini (il secondo motivo, per frequenza, nella popolazione STP totale).

Tali degenze per circa 1/5 dei casi (22,5%), si verificano nella fascia di età 0 -14 anni. Esse sono dovute,

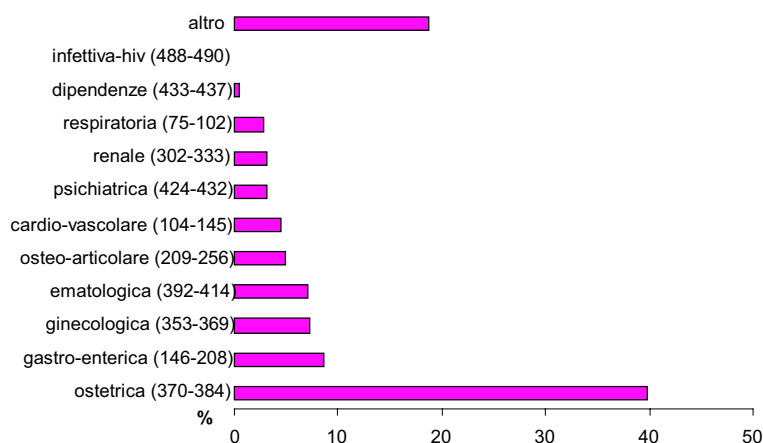
nell' 82,6% dei casi, a pazienti stranieri trasferiti in Italia per cure nell'ambito di programmi umanitari (45,8%), od a pazienti con permesso di soggiorno per "cure mediche" (36,8%), questi ultimi non a carico del Servizio Sanitario Regionale. Soltanto l'8% di tali ricoveri sono effettuati dagli immigrati STP, cioè a clandestini presenti nel territorio marchigiano e, quindi, a carico del SSR.

I trapianti di midollo, (DRG 481) sono stati fatti a 17 immigrati non residenti, a 9 immigrati residenti e a 91 residenti marchigiani. Negli immigrati non residenti il trapianto è stato effettuato quasi esclusivamente a bambini (fascia di età 1-14 anni), provenienti da zone di guerra del Medio Oriente (Israele, e Paesi del Golfo), di cui 7 sono arrivati in Italia nell'ambito di programmi umanitari.

Le patologie osteo-articolari, spesso di natura traumatica e le malattie gastro-enteriche non infettive (ulcera, esofagite, ecc...) si confermano essere, dopo le cause ematologiche, anche nei soggetti stranieri non comunitari STP, i prioritari problemi di salute che portano all'ospedalizzazione (Figura 5.3.10).

Nelle donne il primo motivo di ricovero è la problematica ostetrica seguita dalle patologie gastro-enteriche e ginecologiche; meno rilevanti, rispetto agli uomini, sono le malattie osteo-articolari (Figura 5.3.11)

Figura 5.3.11 - Distribuzione percentuale dei DRG, per patologia, delle donne STP ricoverate nelle strutture sanitarie per acuti. Regione Marche, anno 2002 .

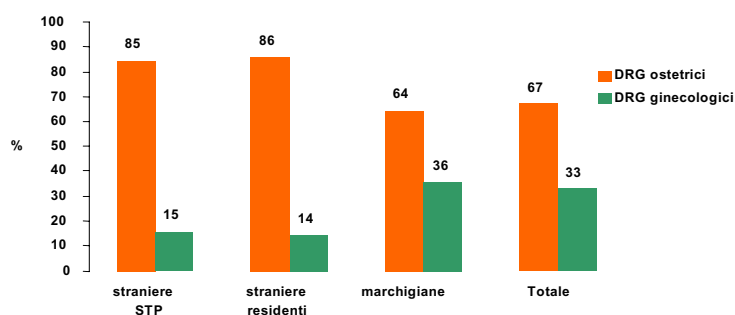


Focus sulla problematica ostetrico-ginecologica

I motivi ostetrico-ginecologici rappresentano, nel 2002, per le immigrate residenti, per le STP e per le marchigiane rispettivamente il 58%, il 47% ed il 20% di tutte le degenze.

Tra le straniere non comunitarie le cause ostetriche di ricovero prevalgono nettamente sulle cause ginecologiche (Figura 5.3.12): ciò in relazione alla più giovane età ed al maggior numero di gravidanze. Infatti nel gruppo delle immigrate regolari i soli motivi ostetrici legati al parto, rappresentano circa la metà delle cause di ricovero (49,6%) contro il 13,1% delle marchigiane. Da sottolineare tuttavia, anche i ricoveri per cause ginecologiche i quali rappresentano la terza motivazione di ricorso all'ospedale sia per le immigrate residenti che per le STP (Figura 5.3.7 e 5.3.11), mentre costituiscono una causa meno frequente di ricovero per le donne marchigiane (Figura 5.3.11).

Figura 5.3.12 - DRG ostetrico-ginecologici: confronto immigrate regolari, straniere STP, marchigiane. Regione Marche, anno 2002



Fonte: data base SDO, anno 2002. Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

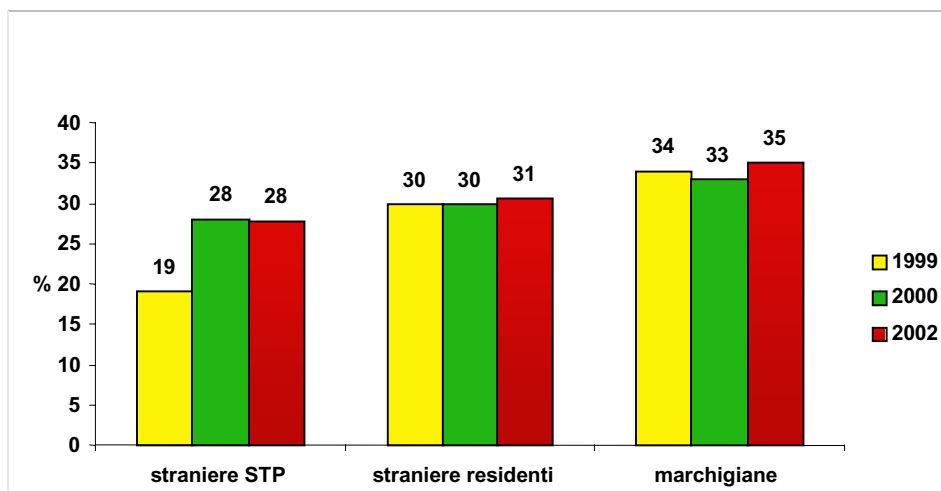
Parti

I parti delle donne straniere rappresentano il 14,5% del totale dei parti nella regione Marche: un valore in costante aumento negli ultimi anni (4% nel 1997, 9% nel 1999, 11% nel 2000).

Nel 2002 una donna marchigiana su 3 (il 35%) ha partorito con taglio cesareo: tale percentuale è pari al 31% tra le immigrate regolari ed al 28% nelle STP.

La Figura 5.3.13 evidenzia tra le immigrate irregolari un trend di cesarei in aumento: si ipotizza quindi una condizione di progressiva medicalizzazione della gravidanza anche per questa fascia di popolazione.

Figura 5.3.13 - Cesarei: confronto immigrate regolari, straniere STP, marchigiane. Regione Marche, 1999-2000-2002.

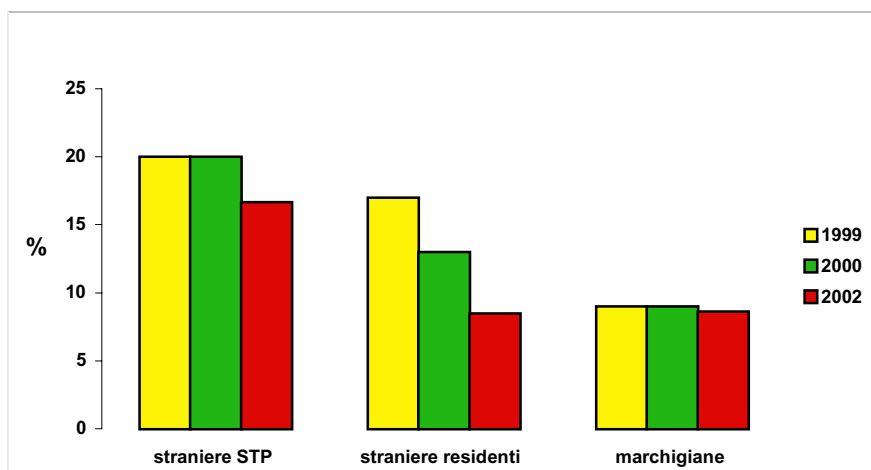


Fonte: data base SDO, anno 2002. Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

Abortività spontanea

Il fenomeno dell'abortività spontanea, analizzato per gli anni 1999, 2000 e 2002 tra le straniere STP, mostra un trend in diminuzione pur mantenendo valori costantemente più elevati rispetto alla popolazione femminile marchigiana (circa il doppio). Sempre nello stesso periodo temporale si assiste invece ad una riduzione dell'abortività spontanea tra le immigrate residenti (Figura 5.3.14). Ciò conferma che le condizioni di vita per le donne clandestine sono molto meno salubri rispetto alle residenti.

Figura 5.3.14 - Tasso di abortività spontanea x 100 gravidanze note: confronto tra donne marchigiane, straniere residenti e straniere STP. Regione Marche, anno 2002.

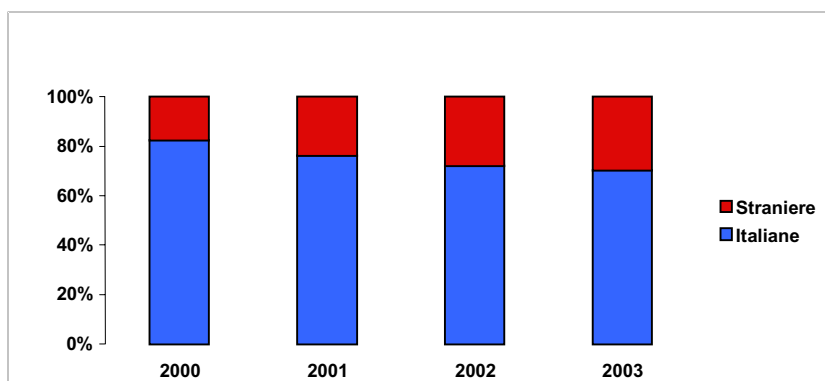


Fonte: data base SDO, anno 2002. Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

Interruzioni Volontarie di Gravidanza

Le interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) delle donne straniere sono, nella regione Marche come del resto in tutta l'Italia, un fenomeno in costante aumento (Figura 5.3.15): nel 2002, il 27,8% di tutte le IVG effettuate nelle strutture sanitarie della Regione sono state fatte da donne non italiane. In particolare 1 IVG su 2 (il 59%) è praticata da donne provenienti da paesi Europei non UE.

Figura 5.3.15 - Andamento delle IVG delle donne italiane e straniere (%) effettuate nelle strutture marchigiane nel periodo 2002-2003.



Fonte: SIS - Regione Marche. Elaborazione: Osservatorio epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche

Al termine di questo focus si riportano le informazioni più importanti scaturite da un'indagine campionaria sul percorso nascita effettuata nella regione Marche in collaborazione con l'ISS³². L'analisi dei dati sull'assistenza alla gravidanza ed al parto, nella popolazione femminile straniera non comunitaria, contenuti nello Studio hanno evidenziato i seguenti punti critici:

- un elevato rischio di effettuare tardivamente i controlli in gravidanza (rischio relativo di effettuare un controllo tardivo tra le immigrate rispetto alle marchigiane pari a 4,5);
- una mancata partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita (partecipano ai corsi il 33% delle marchigiane contro il 5% delle immigrate);
- una scarsa fruizione dell'assistenza domiciliare post-parto (ne fruiscono il 14,5% delle marchigiane contro il 9,5% delle immigrate);
- una maggiore carenza nelle informazioni ad es. sul parto e travaglio (il 60% delle immigrate riferisce di aver avuto informazioni inadeguate su travaglio e parto durante la gravidanza vs il 44% delle marchigiane).

In conclusione i dati suggeriscono l'urgenza di intraprendere:

- iniziative specifiche, attive e culturalmente pertinenti per promuovere la salute sessuale delle immigrate, comprese quelle per aumentare l'accesso ai servizi di base (consultori ecc...),
- azioni per migliorare le condizioni abitative e lavorative degli immigrati come strategia fondamentale per migliorarne l'inclusione sociale e, quindi, le condizioni di salute.

³² Dubbini L, De Giacomi V. G, Carletti P, Mancini C: Il Percorso nascita nella regione Marche, 2003 pag. 186 di 246

6. LA SICUREZZA COME ELEMENTO DELLA QUALITÀ DELLA VITA

6.1. INCIDENTI STRADALI

Gli incidenti stradali nelle Marche: aspetti epidemiologici

1. Introduzione

Gli incidenti stradali costituiscono un problema prioritario di sanità pubblica sia per l'alto numero di morti e di invalidità permanenti e temporanee che causano, sia per la rilevanza dei costi socio-sanitari.

Secondo una ricerca condotta su mandato della commissione dell'Unione Europea dalla Federazione europea vittime della strada (FEVR), infatti, i danni subiti dalle famiglie delle vittime sono enormi e solo in parte conosciuti e considerati: il 90% dei nuclei familiari di deceduti o di vittime rimaste handicappate subisce una sostanziale e spesso drammatica diminuzione della qualità della vita. Inoltre, solo un terzo dei disabili torna a svolgere a tempo pieno il lavoro precedente, il 23% lo fa a tempo parziale, il 16% cambia lavoro, il 30% rinuncia completamente all'attività lavorativa e il 40% non è più autosufficiente.

Secondo i dati ISTAT che pure sottostimano il fenomeno a causa delle particolarità del sistema di raccolta dei dati, nel 2005, ogni giorno sulle strade italiane, in media, sono stati registrati, 617 incidenti stradali che hanno causato 15 decessi, 860 ricoveri in ospedale e fra questi circa 60 hanno riportato invalidità permanenti.

L'incidentalità stradale è un fenomeno assai complesso, legato ad una molteplicità di variabili non sempre adeguatamente controllabili, le une connesse al traffico veicolare (quantità di veicoli in circolazione, tipologia e condizioni delle strade, fattori ambientali), le altre associate a fattori comportamentali dei conducenti, soprattutto se giovani (condizione ed equilibrio psicofisico, eccesso di velocità, guida distratta e pericolosa, mancato rispetto della precedenza e della distanza di sicurezza, assunzione di alcol e sostanze stupefacenti).

Il problema degli incidenti stradali non può che essere affrontato su più fronti: legislativo, organizzativo, educativo, familiare.

Il compito delle istituzioni è quello di emanare norme adeguate per la salvaguardia della sicurezza delle persone nei confronti della strada, considerata nello specifico come ambiente di vita e promuovere ogni iniziativa volta a garantire agli utenti, in particolare ai motociclisti (categoria per alcuni versi maggiormente sottoposta ai "pericoli" della strada), la percorribilità in condizioni di sicurezza, mirando all'adeguamento delle infrastrutture, al rafforzamento degli strumenti di sicurezza e creando una rete di maggior informazione ed interazione tra le diverse amministrazioni competenti.

Quello familiare risulta un fronte fondamentale: soprattutto tra le mura domestiche i giovani dovrebbero essere educati al rispetto della vita propria ed altrui. Non solo: i genitori dovrebbero accompagnare i figli in un percorso che permetta loro di riconoscere l'importanza del rispetto delle regole di una civile convivenza.

Dello stesso impegno si devono fare carico le varie agenzie educative che operano nella società: la scuola innanzitutto, ma anche le parrocchie e le associazioni che in qualche misura entrano in contatto con i giovani.

Non si può dire, infine, che il mondo degli adulti, della pubblicità e, in qualche misura anche dello sport, offra un contributo alla crescita della consapevolezza degli adolescenti: certe campagne pubblicitarie incentrate sul mito della velocità, sul consumo di alcolici, rappresentano un aspetto fortemente negativo.

2. Nota metodologica

a) Informazione statistica sugli incidenti stradali

Le informazioni statistiche sugli incidenti stradali, in Italia, sono raccolte dall'ISTAT mediante una rilevazione a cadenza mensile, a cui collabora attivamente l'ACI. Sono inclusi in tale categoria di traumatismi tutti gli incidenti che si verificano nelle vie o piazze aperte alla circolazione dell'intero territorio in cui risultano coinvolti veicoli fermi o in movimento e dai quali derivano lesioni a persone. La rilevazione degli incidenti rappresenta il risultato di un'azione congiunta e complessa svolta da una molteplicità di enti: l'ISTAT, l'ACI, il Ministero

dell'Interno, la Polizia stradale, i Carabinieri, la Polizia municipale, gli Uffici di statistica dei comuni capoluoghi di provincia e di alcune province che hanno sottoscritto una convenzione con l'ISTAT per la raccolta, il controllo e la registrazione dei dati su supporto informatico e l'invio dei stessi all'ISTAT.

La rilevazione avviene mediante la compilazione del modello ISTAT "Ctt//Inc" denominato "Incidenti stradali", ed è effettuata dall'autorità che interviene sul luogo (Polizia, Carabinieri, Polizia municipale) per ogni incidente stradale con danni alle persone.

Il modello statistico contiene tutte le informazioni necessarie all'identificazione della localizzazione e della dinamica dell'incidente: data e luogo del sinistro, autorità che effettua la rilevazione, area o la localizzazione dell'incidente, tipo di veicoli coinvolto, circostanze che hanno dato origine all'incidente e conseguenze alle persone e ai veicoli.

Dal 1° gennaio 1999, l'ISTAT ha esteso da 7 a 30 giorni dall'evento il periodo di tempo per la contabilizzazione del numero dei decessi per incidenti stradali. La conoscenza dello stato in vita o di decesso dei soggetti coinvolti in un incidente stradale entro i successivi 30 giorni, tenuto conto dei possibili trasferimenti dei pazienti da un reparto all'altro, da un ospedale ad altro istituto di cura anche fuori provincia o regione, costituisce pertanto un elemento molto importante per il recupero di tutti i decessi per incidenti stradali. Per tale eventi, infatti, si può avere una sottostima del numero dei decessi contabilizzati nelle statistiche degli incidenti stradali, rispetto al numero dei decessi riportato nelle statistiche sulle cause di morte. Anche se l'ISTAT, nel 2004, ha registrato un aumento del grado di copertura dell'indagine sugli incidenti stradali, pari al 6,8% di incidenti, dai comuni che generalmente non rispondono alla rilevazione statistica (essi costituiscono il 21% dei comuni italiani e sono, soprattutto, quelli appartenenti alle fasce di popolazione 1-7500 con una popolazione complessiva pari al 4% di quella nazionale), nel 2002, la divergenza dei decessi tra le due fonti era stimata intorno al 5,6%).

b) Indicatori dell'incidentalità

La lettura dei dati sull'incidentalità stradale viene comunemente effettuata a partire dal numero assoluto degli incidenti; questi, naturalmente, tendono ad aumentare man mano che aumenta il volume di circolazione in termini di veicoli, cioè in rapporto alla quantità di Km percorsi dai veicoli stessi. Per rendere comprensibile l'interpretazione del quadro statistico degli incidenti bisognerebbe quindi disporre di un indicatore di frequenza dei sinistri calcolato sul rapporto: numero di incidenti sul volume di circolazione, cioè, veicoli circolanti per percorrenza media annua. Poiché quest'ultimo dato non è disponibile se non per una minima parte delle strade (autostrade a pagamento che nella nostra regione costituiscono circa 0,6% di tutta la rete stradale), si ricorre a stime basate sul numero dei veicoli circolanti e sul consumo di carburanti, che in ogni caso non tengono conto dei veicoli appartenenti ai non residenti, dei percorsi effettuati fuori dal comune di residenza e del carburante acquistato fuori dal proprio territorio di residenza. La non disponibilità dei suddetti indicatori, quindi, non permette un confronto corretto del livello di incidentalità tra le diverse tipologie di strade e quindi dei punti in cui è particolarmente più elevato il fenomeno dei sinistri. Sulla base dei dati disponibili, invece, si possono calcolare i seguenti rapporti o indici:

Mortalità stradale (Ms%): è il rapporto percentuale tra i *deceduti* per incidente stradale (tutti i casi di decesso avvenuti dal momento del sinistro fino al 30° giorno successivo) in un anno ed il numero complessivo degli *incidenti* stessi. L'indice esprime, quindi, il numero medio annuo di morti per ogni 100 incidenti. Tale rapporto può fornire informazioni più interessanti se si confrontano i decessi stradali avvenuti in un particolare tipo di strada o per un tipo di veicolo coinvolto, con il numero degli incidenti avvenuti nella stessa strada o con lo stesso tipo di veicolo. A parità di livello di completezza ed accuratezza dei dati, l'uso dell'indice di Ms, in anni successivi, esprime quindi l'evoluzione, nel tempo, della gravità media (in termini di morti) degli incidenti stradali;

Lesività stradale (Ls%): è il rapporto tra il numero di *feriti* per incidenti stradali in un anno ed il numero di *incidenti* nello stesso periodo. Tale indice misura la pericolosità degli incidenti nel provocare lesioni (feriti);

Pericolosità stradale (Ps%): è il rapporto tra il numero di *morti* per incidente stradale in un anno ed il numero degli *infortunati* (morti+feriti) nello stesso periodo: L'indicatore Ps è più fine di quello della Ms in quanto "a parità di soggetti coinvolti in un sinistro, cresce all'aumentare del numero dei deceduti e quindi dell'esito letale della forma di sinistro considerata" (ISTAT-ACI Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004).

3. Fonti dei dati

a) Organi di rilevazione diretta:

La *Polizia* stradale provvede alla compilazione del modello ISTAT di rilevazione per ogni singolo incidente che si sia verificato nel territorio di propria giurisdizione.

Alla fine di ogni mese (e comunque non oltre il 10° giorno del mese successivo) i modelli relativi agli incidenti verificatisi nel corso del mese stesso sono trasmessi al Comando della Sezione di Polizia Stradale competente per territorio.

Nel caso in cui non si sia verificato alcun incidente la segnalazione negativa va comunque trasmessa entro gli stessi termini.

I *Carabinieri* provvedono alla compilazione del modello ISTAT di rilevazione per ogni singolo incidente che si sia verificato nel territorio di propria giurisdizione, in cui siano intervenuti e non sia stato rilevato da altri organi di rilevazione. Raccolgono i modelli compilati dalle Polizie Municipali dei comuni non capoluogo di provincia del proprio territorio di giurisdizione.

Alla fine di ogni mese (e comunque non oltre il 10° giorno del mese successivo) trasmettono ai Comandi di Gruppo i modelli relativi agli incidenti avvenuti nel corso del mese stesso, verificando che i modelli siano correttamente compilati in tutte le loro parti.

Nel caso in cui non si sia verificato alcun incidente entro gli stessi termini, devono trasmettere la segnalazione negativa.

La *Polizia Municipale* provvede alla compilazione del modello ISTAT di rilevazione per ogni singolo incidente che si sia verificato nel territorio comunale, in cui siano intervenuti e non sia stato rilevato da altri organi di rilevazione.

Alla fine di ogni mese (e comunque non oltre il 10° giorno del mese successivo) trasmettono i modelli ISTAT:

- alle stazioni dei Carabinieri se si tratta di incidenti verificatisi in comuni non capoluogo di provincia;
- all'Ufficio comunale di statistica se si tratta di incidenti verificatisi in comuni capoluogo di provincia;

Gli *Uffici Comunali di Statistica* effettuano mensilmente un'indagine presso gli ospedali per avere informazioni sulle persone morte o ferite a seguito di incidenti stradali nel proprio territorio, allo scopo di rettificare i modelli già compilati e verificare che tutti gli incidenti verificatisi nel corso del mese siano stati rilevati.

b) Organi di Coordinamento

I *Comandi delle Sezioni di Polizia Stradale* e i *Comandi di Gruppo dei Carabinieri*: raccolgono i rapporti statistici di incidente stradale loro trasmessi da parte delle Questure, Commissariati di Pubblica Sicurezza e Reparti di Polizia Stradale non più tardi del 15° giorno del mese successivo a quello in cui gli incidenti si riferiscono. Esaminano i rapporti ricevuti assicurandosi che siano redatti in ogni parte in modo chiaro e conforme alle istruzioni ed accertano che tutti gli organi rilevatori abbiano trasmesso i rapporti statistici o, eventualmente, la segnalazione negativa. Inoltrano, non più tardi del 20° giorno del mese successivo a quello di rilevazione, i rapporti statistici revisionati

- all'Ufficio Comunale di Statistica se si tratta di incidenti avvenuti nei comuni capoluogo di provincia;
- all'ISTAT se si tratta di incidenti verificatisi nei comuni non capoluogo di provincia.

Gli *Uffici comunali di Statistica* raccolgono sia i modelli redatti dalla Polizia Municipale, sia i modelli riguardanti gli incidenti avvenuti nel territorio del comune e trasmessi dal Comando di Gruppo dei Carabinieri o dalla locale sezione di Polizia Stradale. Esaminano i rapporti ricevuti dalla Polizia Municipale assicurandosi che siano redatti in ogni parte in modo chiaro e conforme alle istruzioni ed integrano i rapporti ricevuti dagli organi di rilevazione diretta con quelli stessi a seguito delle indagini eseguite presso ospedali, pronti soccorsi, ecc. da loro stessi eseguite. Inviando i modelli revisionati all'ISTAT non più tardi del 20° giorno del mese successivo a quello in cui gli incidenti si riferiscono.

L'ISTAT, tramite un centro di elaborazione, provvede in primo luogo all'informatizzazione dei dati e, successivamente, alla loro aggregazione ed elaborazione.

La diffusione e la presentazione dei principali risultati della rilevazione avviene a cura dell'ISTAT in occasione della Conferenza del traffico e della circolazione che si tiene ogni anno,

generalmente in ottobre. Solo a seguito di tale presentazione i dati elementari relativi ai singoli incidenti vengono resi disponibili ed inviati, su supporto informatico, alle regioni interessate per eventuali successive elaborazioni a livello disaggregato.

c) Verifica della qualità dei dati

Gli incidenti oggetto della rilevazione ISTAT, come sopra accennato, sono quelli in cui è coinvolto almeno un veicolo in circolazione e che comportano lesioni alle persone (feriti e/o persone decedute) ed eventualmente anche danni ai veicoli. Con riferimento a tale definizione, sono pertanto esclusi dalla rilevazione:

- gli incidenti che comportano solo danni alle cose;
- gli incidenti che non si verificano in aree pubbliche di circolazione;
- i sinistri in cui non sono coinvolti veicoli.

Ogni volta che avviene un incidente le forze dell'ordine preposte alla giurisdizione del territorio in cui si verifica, oltre a compiere i rilievi istituzionali, provvedono alla compilazione del modello di rilevazione ISTAT su supporto cartaceo. I modelli di rilevazione raccolti nell'arco di un mese, devono essere compilati accuratamente in ogni sua parte a cura delle Forze dell'Ordine e inviati all'ISTAT entro il 15° giorno del mese successivo a quello in cui si sono verificati gli incidenti

Nonostante l'ISTAT disponga mensilmente dei dati relativi agli incidenti, ai fini delle elaborazioni, i dati elementari relativi ai singoli incidenti vengono aggregati sommando i dati relativi ai dodici mesi dell'anno solare. Per iniziare il processo di elaborazione l'ISTAT deve quindi aspettare di avere la disponibilità dei dati degli incidenti di tutti i mesi; solo a partire dall'anno successivo a quello dell'effettivo verificarsi dell'incidente può procedere alle elaborazioni.

I risultati delle elaborazioni diffusi dall'ISTAT si riferiscono al totale degli incidenti verificatisi in un determinato anno e vengono presentati in forma aggregata a livello nazionale. Sono poche le elaborazioni fornite dall'ISTAT a livello disaggregato; il livello minimo di disaggregazione non scende mai al di sotto della provincia o del comune con più di 250.000 abitanti e in ogni caso le informazioni si riferiscono solo al numero totale degli incidenti, dei morti e dei feriti. In collaborazione con l'ACI, l'ISTAT diffonde, sempre con cadenza annuale e in occasione della Conferenza del traffico e della circolazione, i dati relativi agli incidenti verificatisi sulle singole strade statali secondo la localizzazione definita attraverso la progressiva chilometrica. In tale occasione i dati diventano ufficiali e quindi restituiti dall'ISTAT agli enti interessati, in forma informatizzata e quindi facilmente utilizzabile per successive ulteriori elaborazioni a livello disaggregato.

d) Valutazione delle tempistiche

Come già accennato in precedenza, i tempi per la produzione dell'informazione sugli incidenti stradali sono, allo stato attuale, molto lunghi.

Il flusso delle informazioni può essere definito "a senso unico": a cadenza mensile, dal mese di febbraio a quello di gennaio dell'anno seguente, le schede di rilevazione vengono spedite all'ISTAT dalle forze dell'ordine che materialmente effettuano il sopralluogo sull'incidente. Durante questo periodo, l'ISTAT provvede alla sola raccolta delle informazioni su supporto cartaceo e tramite appositi centri di elaborazione, provvede a digitalizzare su supporto informatico le informazioni mano a mano acquisite.

Solo al termine del mese di febbraio dell'anno successivo a quello in cui è iniziata la rilevazione, l'ISTAT dispone di tutti i dati informatizzati relativi ad un anno intero di rilevazione e può quindi procedere al controllo di qualità e successivamente alla elaborazione dei dati. Il tempo richiesto dall'ISTAT per l'analisi ed elaborazione dei dati è circa pari a otto mesi. I dati forniti su supporto informatico sono quindi di nuovo analizzati ed elaborati per le finalità specifiche della regione a cura dell'Osservatorio sugli incidenti stradali, alla redazione di una pubblicazione annuale con dati di interesse a livello provinciale relativi agli incidenti occorsi nell'arco dell'anno.

Il tempo necessario per la redazione di tale pubblicazione è di circa undici mesi con la presentazione dell'elaborato nel mese di settembre dell'anno successivo a quello di presentazione dei risultati dell'ISTAT, quindi con circa 22 mesi di ritardo rispetto all'anno di riferimento degli incidenti.

4. Rete stradale e Parco veicolare nelle Marche e nelle Province

Secondo l'ISTAT, la rete stradale delle Marche è costituita da 6793 Km (168 Km autostrade, 443 Km statali, 844 Km regionali, 5213 km provinciali, e 26 Km raccordi), mentre secondo le rilevazioni del Conto Nazionale dei Trasporti 2001 (*Regione Marche - Servizio Ambiente e Difesa del Suolo: quadro infrastrutturale AERCA*) la rete stradale complessiva delle Marche è costituita da 29781 Km sono (200 km di autostrade, 1350 km di strade statali, 5239 km di strade provinciali e 22992 km di strade comunali (urbane, extraurbane e vicinali). Secondo quest'ultima fonte, "...la dotazione di strade rispetto alla superficie territoriale, si mantiene generalmente al di sopra delle medie nazionali, ma appare evidente l'inferiorità di autostrade rispetto al Nord e l'inferiorità di strade statali rispetto al Sud. Anche nel caso di dotazione di strade rispetto agli abitanti, le Marche si mantengono al di sopra della media nazionale; il problema, quindi, non si pone in termini quantitativi ma, certamente, in termini qualitativi. Basti pensare che la maggior parte delle strade statali, fatta eccezione per i brevi tratti raddoppiati, non raggiungono i nove metri di larghezza e quelle provinciali i sette metri di larghezza".

Dalle risultanze del Pubblico Registro Automobilistico, il parco veicolare nelle Marche, nel 2004, era costituito da 1.243.645 veicoli di cui il 75% erano rappresentati da autovetture, il 12% motocicli e il 10% autocarri (Tabb. 1-3, Fig. 1).

Tab. 1. Parco veicolare nelle Marche e variazioni nell'ultimo decennio ^(1, 2)

Anni	Pesaro	Ancona	Macerata	Ascoli P.	Marche
1995	243.298	316.688	213.423	250.594	1.024.003
1996	240.710	308.944	211.463	248.443	1.009.560
1997	242.616	311.852	213.301	251.358	1.019.127
1998	249.988	320.820	219.273	259.394	1.049.475
1999	260.010	330.370	226.532	268.165	1.085.077
2000	271.673	339.831	234.147	278.541	1.124.192
2001	282.457	348.641	240.664	286.744	1.158.506
2002	290.509	356.318	245.551	294.364	1.186.742
2003	298.540	364.440	251.163	301.087	1.215.230
2004	305.055	373.230	258.079	307.281	1.243.527
Variaz.% 2004 - 1995	+ 25	+18	+ 21	+23	+ 21

¹ISTAT Serie storica veicoli 1921-1993

²ISTAT-ACI Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004

Tab. 2 -Parco autovetture nelle Marche e variazioni nel decennio 1995-2004 ^(1, 2)

Anni	Pesaro	Ancona	Macerata	Ascoli P.	Marche
1995	195.797	254.737	170.311	208.461	829.306
1996	191.473	246.302	166.705	204.380	808.860
1997	192.453	248.823	167.913	206.467	815.656
1998	197.788	255.705	172.560	212.784	838.837
1999	203.318	262.183	177.489	219.049	862.039
2000	207.566	266.072	181.734	224.966	880.338
2001	212.600	270.295	185.145	229.339	897.379
2002	215.629	273.166	187.087	233.191	909.073
2003	218.846	276.474	189.631	236.501	921.452
2004	220.990	280.864	193.566	239.556	934.976
Variatz. % 2004 - 1995	+13	+10	+14	+ 15	+13

¹ISTAT Serie storica veicoli 1921-1993

²ISTAT-ACI Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004

Tab. 3 - Consistenza del parco veicolare nelle Marche, secondo le risultanze del Pubblico Registro Automobilistico, per categoria del veicolo e provincia. Anno 2004

VEICOLI	PROVINCE				
	Pesaro	Ancona	Macerata	Ascoli P.	Marche
Autovetture	220.992	280.864	193.566	239.556	934.988
Autobus	779	696	587	774	2.836
Autocarri	31.355	35.614	30.546	30.860	128.375
Motrici	659	959	727	1.033	3.378
Rimorchi	4.872	7.247	5.399	4.552	22.070
Motocicli	43.575	45.775	25.243	28.871	143.464
Motocarri	2.821	2.075	2.006	1.625	8.527
Non identificato	2	-	5	-	7
Totale	305.055	373.230	258.079	307.281	1.243.645

(a) Fonte: Elaborazione Istat su dati forniti dall' Automobile Club d'Italia

(b) Nel corso dell'anno 2004 è stata effettuata un'operazione di radiazione di ufficio ex art. 96 C.d.s. per i veicoli che non hanno pagato la tassa automobilistica per almeno 3 anni consecutivi. Si tratta di circa 1,9 milioni di veicoli (di cui 1,2 milioni sono costituiti da autovetture).

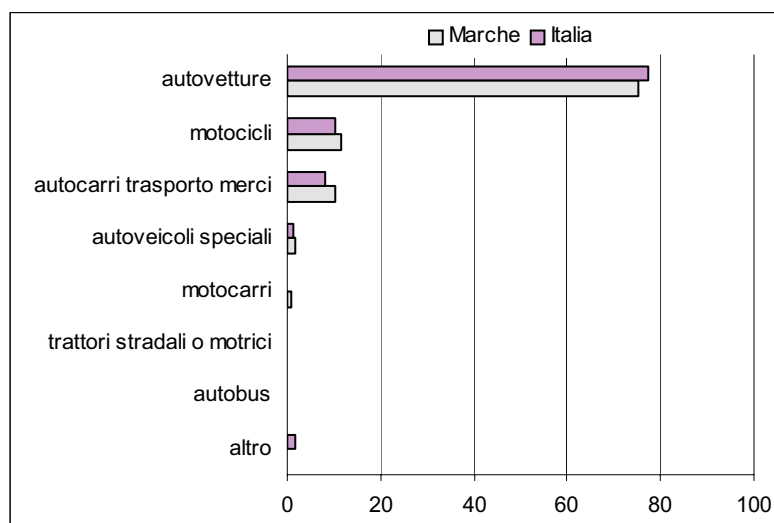


Fig. 1. Composizione percentuale del parco veicolare in Italia e nelle Marche – Anno 2004

Nel decennio 1995-2004 l'incremento complessivo del numero dei veicoli registrato nella nostra Regione è stato pari al 21% e quello delle autovetture pari al 13%.

A livello provinciale, tale fenomeno, presenta, un andamento simile: l'incremento del parco veicolare è compreso tra il 18% di Ancona ed il 26% di Pesaro, quello delle autovetture tra il 10% in provincia di Ancona ed il 15% in quella di Ascoli Piceno (Tabb. 1 e 2).

Anche la distribuzione dei veicoli secondo la categoria, risulta alquanto omogenea tra le province: le autovetture costituiscono circa i 2/3 dei veicoli (i valori sono compresi tra il 72,4% in provincia di Pesaro e Urbino e il 78% in quella di Ascoli Piceno), seguite dai motocicli che rappresentano mediamente l'11% dei veicoli (i valori sono compresi tra il 9,4% in provincia di Ascoli Piceno e 14,2% in quella di Pesaro e Urbino). La terza categoria di veicoli è rappresentata dagli autocarri che costituiscono circa il 10% del parco veicolare (nelle province sono compresi tra il 9,5 % in provincia di Ancona e l'11,8% in quella di Macerata) (Tab. 3 e Fig. 1).

5. Incidenti, morti e feriti

a) Scenario regionale e provinciale

Nelle Marche, nel 2004 (ultimo anno in cui i dati ISTAT-ACI sono validati e resi pubblici), si sono verificati 7.556 *incidenti stradali* che hanno provocato il *ferimento* di 11.030 persone e la *morte* di 183 vittime.

Rispetto alla situazione registrata 10 anni prima (1995), gli *incidenti stradali* nel 2004 sono aumentati di 952 unità (+ 14,4 %), i decessi sono diminuiti di 10 unità (- 5,2%) ed il numero dei feriti è aumentato 1605 unità (+ 17,0%).

La variazione percentuale dell'indicatore di *incidentalità stradale* (rapporto tra il numero degli incidenti per 100 mila veicoli) calcolato negli anni 1995 e 2004 evidenzia che mediamente, nelle Marche, il rischio di incidente stradale è diminuito (- 5,7 %). Tale fenomeno, tuttavia, non risulta omogeneo all'interno del territorio regionale: è aumentato in provincia di Pesaro-Urbino e di Ascoli Piceno (+ 10,2% e + 20,1%), mentre è diminuito in provincia di Ancona e di Macerata (- 24,1% e - 10,0 % rispettivamente) (Tab. 4).

Tab. 4 Incidenti stradali nelle Marche per 100 mila veicoli negli anni 1995 e 2004

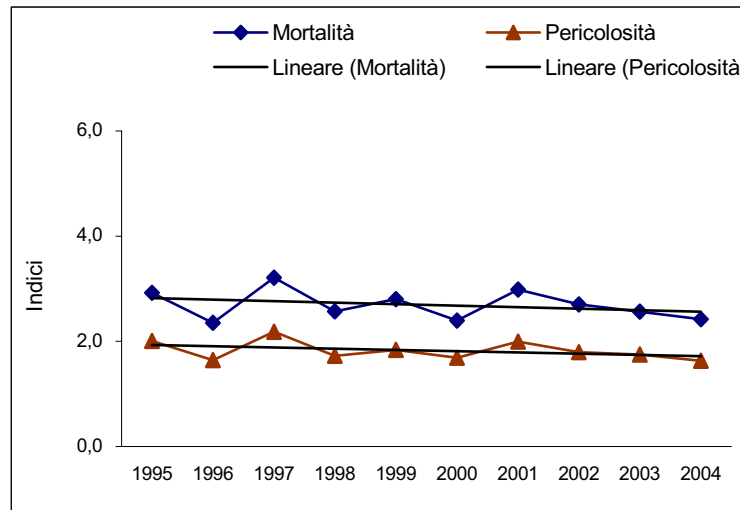
Province	1995	2004	Variazione%
Pesaro-Urbino	578	637	+ 10,2
Ancona	851	646	- 24,1
Macerata	599	539	- 10,0
Ascoli Piceno	488	590	+ 20,1
Marche	645	608	- 5,7

Elaborazioni su dati ISTAT-ACI. Statistica degli incidenti stradali.
Anni 2003-2004

Il rischio generale di morire per un incidente stradale (*indice di mortalità stradale*) nella nostra Regione è complessivamente in diminuzione (- 17,2%), il rischio di subire lesioni (*indice di lesività*) è in lieve aumento (+ 2,8%) e il rischio di morire per le vittime di incidenti (*indice di pericolosità*) è in diminuzione (- 20,0%) (Figg. 2 e 3).

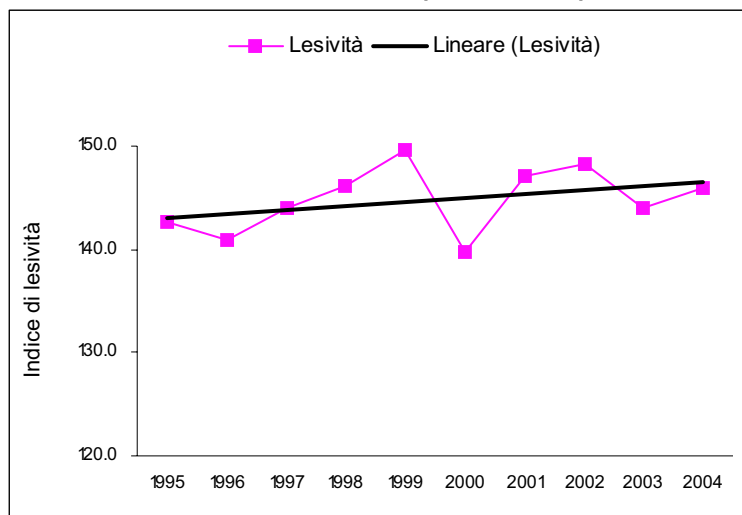
Nelle province, tali fenomeni, presentano andamenti tra loro non sovrapponibili: l'indice di *mortalità stradale* più alto si riscontra in provincia di Macerata (3,1%) seguito da quello delle province di Ancona (2,8%), Ascoli Piceno (2,0%) e Pesaro Urbino (1,9%).

Fig. 2. Trend temporale degli indici di Mortalità (morti ogni 100 incidenti) e Pericolosità stradale (morti per 100 infortunati) nelle Marche (1995-2004)



Elaborazione su dati ISTAT. Serie storica veicoli 1921-1993 e ISTAT-ACI. Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004)

Fig. 3. Trend temporale degli indici di Lesività stradale (feriti per 100 incidenti) nelle Marche (1995-2004).



Elaborazione su dati ISTAT. Serie storica veicoli 1921-1993 e ISTAT-ACI. Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004)

b) Trend temporale degli indici di Mortalità, Lesività e Pericolosità

Le linee di tendenza lineare, che complessivamente evidenziano con maggiore immediatezza il trend temporale, invece delle linee spezzate dei diagrammi, mostrano che il *rischio di morte* legato ad incidenti stradali:

- in provincia di Ancona è tendenzialmente in aumento; in provincia di Macerata tale tendenza è più attenuata;
- in provincia di Pesaro Urbino ed Ascoli Piceno è in diminuzione (Fig. 4a).

Gli indici di *lesività*, nel tempo, sono tendenzialmente:

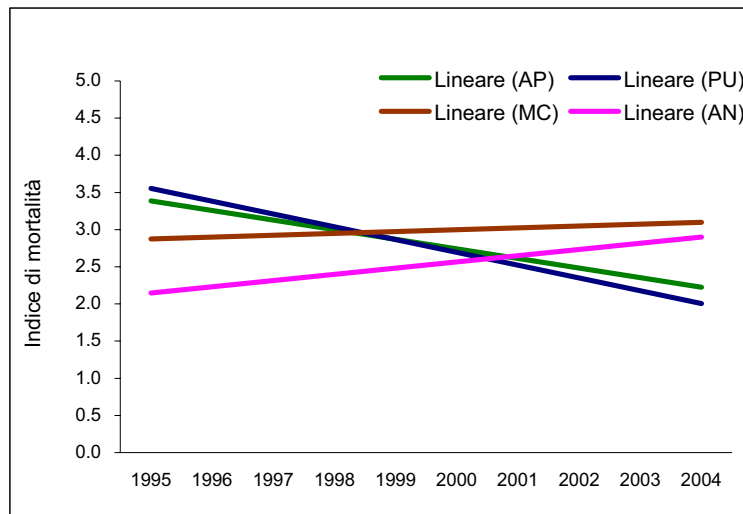
- stabili nelle province di Pesaro Urbino ed Ascoli Piceno;
- in aumento nelle province di Ancona e Macerata (Fig. 4b).

Gli indici di *pericolosità*, che come abbiamo detto sopra, esprimono meglio il livello di gravità dell'incidente stradale, in quanto, rispetto all'indice di mortalità, si riferiscono al numero complessivo di morti e feriti, piuttosto che agli incidenti:

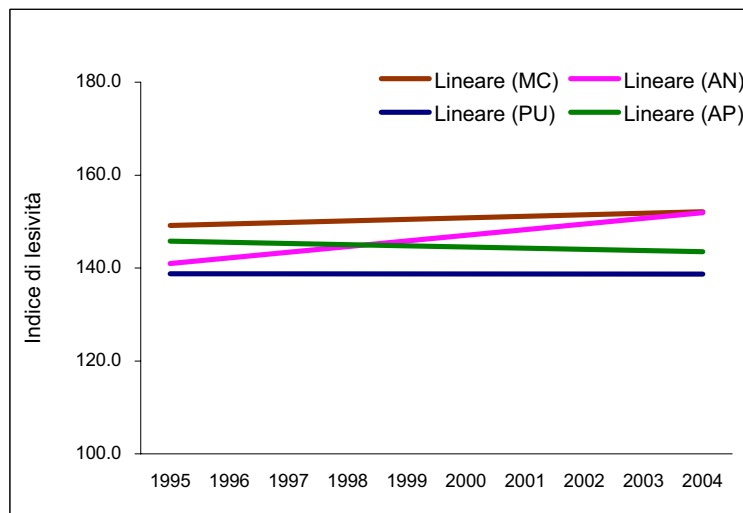
- tendono a diminuire in provincia di Pesaro ed Ascoli Piceno;
- tendono ad aumentare in provincia di Ancona;
- tendono a stabilizzarsi in provincia di Macerata (Fig. 4c)

Fig. 4. Trend temporale degli indici di mortalità (a), lesività (b) e pericolosità (c) per incidenti stradali nelle province delle Marche (1995-2004).

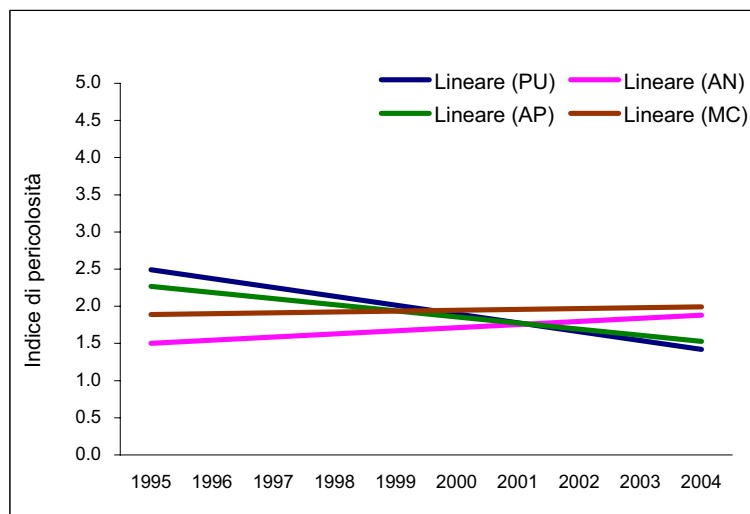
(a)



(b)



(c)



Tab. 5. Numero di incidenti stradali (a), morti (b) e feriti (c) nelle Marche (1995-2004), per provincia ^(1, 2)

(a)

Anni/Prov.	PU	AN	MC	AP	Marche
1995	1.407	2.695	1.279	1.223	6.604
1996	1.580	2.794	1.425	1.389	7.188
1997	1.293	2.400	1.222	1.415	6.330
1998	1.056	2.652	1.231	1.680	6.619
1999	1.029	2.560	1.400	1.748	6.737
2000	2.178	2.409	1.450	1.846	7.883
2001	1.921	2.313	1.593	1.639	7.466
2002	1.994	2.497	1.558	1.498	7.547
2003	1.913	2.703	1.478	1.838	7.932
2004	1.942	2.411	1.390	1.813	7.556

(b)

Anni/Prov.	PU	AN	MC	AP	Marche
1995	50	52	42	49	193
1996	37	61	32	39	169
1997	47	68	41	47	203
1998	39	60	32	39	170
1999	37	57	46	49	189
2000	42	62	36	49	189
2001	58	68	53	44	223
2002	43	66	50	45	204
2003	38	68	44	41	191
2004	37	67	43	36	183

(c)

Anni/Prov.	PU	AN	MC	AP	Marche
1995	1.967	3.747	1.880	1.831	9.425
1996	2.130	3.881	2.106	2.008	10.125
1997	1.752	3.493	1.866	2.002	9.113
1998	1.492	3.894	1.851	2.438	9.675
1999	1.572	3.803	2.163	2.545	10.083
2000	2.801	3.495	2.151	2.572	11.019
2001	2.645	3.488	2.448	2.396	10.977
2002	2.828	3.793	2.334	2.227	11.182
2003	2.597	3.898	2.201	2.392	11.088
2004	2.704	3.609	2.131	2.586	11.030

¹ISTAT Serie storica veicoli 1921-1993

²ISTAT-ACI Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004

6. Incidenti, morti e feriti nelle Province

a) Incidenti, morti e feriti secondo le conseguenze e la categoria (Tabb. 5 - 7)

Le strade urbane sono a più alta *incidentalità stradale* (71,0% del totale), ma esse presentano gli indici più bassi di mortalità (1,3%), lesività (139,0%) e pericolosità (0,9%)

Sulle strade provinciali, che rappresentano il 17,6% della rete viaria marchigiana (Conto Nazionale dei Trasporti 2001), si verifica il 13,0% di tutti gli incidenti con un indice di mortalità pari al 5,4%, un alto rapporto di lesività (158,1%) ed uno dei più elevati indici regionali di pericolosità stradale (3,3%).

Le strade statali e regionali presentano indici di *mortalità* (6,2%), *lesività* (172,0) e *pericolosità stradale* alti (3,5%).

Le autostrade, dove il livello di incidentalità, rispetto ad altri tipi di strade, è basso (4,8%), risultano il luogo dove il rischio di *lesività* è più alto (180,0%).

A livello provinciale le strade che presentano il *rischio di morte* più elevato per incidente stradale sono le autostrade ricadenti in provincia di Ancona (12,2%), le strade statali e regionali in provincia di Macerata e di Ancona (8,6% e 8,0 rispettivamente), le strade comunali extraurbane delle province di Macerata ed Ascoli Piceno (5,5 e 3,1% rispettivamente) e le strade urbane della provincia di Macerata (1,6%). Sul totale della propria rete stradale è la provincia di Macerata ad avere il più alto rischio di mortalità per incidenti stradali (3,1%).

Le strade marchigiane che presentano il più alto *livello di lesività* sono le autostrade, in particolare quelle del tratto anconetano ed ascolano (187,8% e 178,8% rispettivamente) e le strade statali regionali lungo la costa anconetana e maceratese (184,6% e 173,8% rispettivamente).

La provincia a più elevato rischio di *lesività* sul totale della rete stradale è quella di Macerata (153,3%, a fronte di un indice regionale di 146,0%).

Secondo la loro categoria, le strade più pericolose sono, complessivamente, quelle statali e regionali, seguite da quelle provinciali e dalle autostrade; le province la cui rete stradale complessiva ha livelli di pericolosità più alti sono quelle di Macerata e di Ancona (2,0% e 1,8% rispettivamente). In provincia di Macerata la pericolosità stradale è legata, soprattutto, alle strade comunali extraurbane (3,8% a fronte di un indice regionale di 1,8%), in provincia di Ancona al tratto autostradale (6,1% a fronte di un indice regionale di 2,8%) e alle strade statali e regionali (4,1% a fronte di un indice regionale di 3,5%).

Tab. 5. Numero di incidenti e persone infortunate nelle Marche per provincia e secondo la categoria della strada - Anno 2004

MESI PROVINCE	Autostrade e Raccordi			Strade Statali e Regionali			Strade Provinciali		
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti
Pesaro	79	3	142	126	3	194	196	11	296
Ancona	98	12	184	188	15	347	249	12	397
Macerata	31	-	53	164	10	285	291	16	455
Ascoli P.	151	4	270	58	5	96	248	14	408
Marche	359	19	649	536	33	922	984	53	1.556
	Strade Comunali Extraurbane			Strade Urbane			Totale		
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti
Pesaro	84	1	116	1.457	19	1.956	1.942	37	2.704
Ancona	94	1	141	1.782	27	2.540	2.411	67	3.609
Macerata	71	4	104	833	13	1.234	1.390	43	2.131
Ascoli P.	64	2	84	1.292	11	1.728	1.813	36	2.586
Marche	313	8	445	5.364	70	7.458	7.556	183	11.030

Fonte: ISTAT-ACI Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004

Tab. 6 -Indici di mortalità, lesività e pericolosità stradale nelle Marche per provincia e secondo la categoria della strada- Anno 2004

MESI PROVINCE	Autostrade e Raccordi			Strade Statali e Regionali			Strade Provinciali		
	mortalità	lesività	pericol.	mortalità	lesività	pericol.	mortalità	lesività	pericol.
Pesaro	3,8	179,7	2,1	2,4	154,0	1,5	5,6	151,0	3,6
Ancona	12,2	187,8	6,1	8,0	184,6	4,1	4,8	159,4	2,9
Macerata	--	171,0	0	6,1	173,8	3,4	5,5	156,4	3,3
Ascoli P.	2,6	178,8	1,5	8,6	165,5	5,0	5,6	164,5	3,3
Marche	5,3	180,8	2,8	6,2	172,0	3,5	5,4	158,1	3,3
	Strade Comunali Extraurbane			Strade Urbane			Totale		
	mortalità	lesività	pericol.	mortalità	lesività	pericol.	mortalità	lesività	pericol.
Pesaro	1,2	138,1	0,8	1,3	134,2	1,0	1,9	139,2	1,3
Ancona	1,1	150,0	0,7	1,5	142,5	1,0	2,8	149,7	1,8
Macerata	5,5	146,5	3,8	1,6	148,1	1,0	3,1	153,3	2,0
Ascoli P.	3,1	131,3	2,4	0,9	133,7	0,6	2,1	142,6	1,4
Marche	2,6	142,2	1,8	1,3	139,0	0,9	2,4	146,0	1,6

Elaborazione su dati ISTAT-ACI. Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004

Tab. 7. Incidenti e persone infortunate nelle Marche per provincia e secondo la conseguenza. Anno 2004

PROVINCE	Totale incidenti			di cui mortali		
	Persone Infortunate			Persone Infortunate		
	N.	Morti	Feriti	N.	Morti	Feriti
Pesaro	1.942	37	2.704	36	37	23
Ancona	2.411	67	3.609	61	67	65
Macerata	1.390	43	2.131	37	43	23
Ascoli P.	1.813	36	2.586	34	36	47
Marche	7.556	183	11.030	168	183	158

Fonte: ISTAT-ACI Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004

b) Incidenti, morti e feriti secondo il tipo di infortunio e di scontro

Nelle Marche, e in tutte le province, l'incidentalità veicolare è legata in primo luogo a fuoriuscita dei veicoli dalla sede stradale o sbandamento (46,4%), ad investimento di pedone (29,1%) e ad urto del veicolo in marcia contro un ostacolo accidentale o fisso (12,5%.) (Tab. 7).

L'incidentalità tra veicoli in marcia è legata prevalentemente a scontro frontale-laterale (47,4%), tamponamento del veicolo che precede (26,5%) e scontro laterale (12,9%) (Tabb. 8 - 9).

Tab. 8. Incidenti a veicoli nelle Marche, per provincia e secondo il tipo di evento. Anno 2004

PROVINCE	Investimento di pedone	Urto del veicolo in marcia con			Fuoriuscita sbandamento o altro	Infortunio per frenata improvvisa	Infortunio per caduta da veicolo	Totale
		Veicolo in sosta	Ostacolo accidentale o fisso	Treno				
Pesaro	134	9	58	-	169	2	48	420
Ancona	157	24	90	-	238	9	28	546
Macerata	92	12	33	-	185	-	13	335
Ascoli P.	116	18	34	-	204	2	41	415
Marche	499	63	215	-	796	13	130	1.716

Fonte: ISTAT-ACI. Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004

Tab. 9. Incidenti tra veicoli in marcia nelle Marche, per provincia e secondo il tipo di scontro. Anno 2004

PROVINCE	SCONTRO					
	Frontale	Frontale-laterale	Laterale	Tamponamento	Veicolo in fermata o arresto	Totale
Pesaro	148	769	192	366	47	1.522
Ancona	194	876	233	496	66	1.865
Macerata	121	484	107	324	19	1.055
Ascoli P.	135	641	223	359	40	1.398
Marche	598	2.770	755	1.545	172	5.840

Fonte: ISTAT-ACI Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004

7. Incidenti e persone infortunate nelle Marche secondo il mese

Secondo i dati ISTAT-ACI del 2004, nelle Marche, il mese in cui si verifica il maggior numero di incidenti stradali è luglio (813 casi pari a 11% del totale degli incidenti dell'anno), ma in generale, tra maggio e agosto si registrano non solo le percentuali più alte di incidenti, ma anche le percentuali le più alte di feriti e di morti (Tab. 10 e Fig. 5).

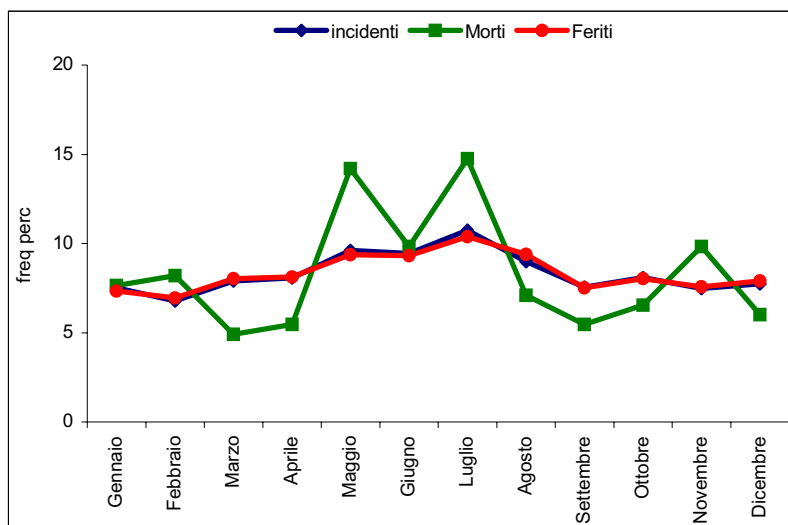
Il trend degli indicatori di incidentalità calcolati secondo i mesi dell'anno, confermano che il rischio di morire in un incidente stradale è più elevato in maggio, luglio e novembre e che negli stessi mesi gli incidenti risultano anche più gravi, cioè causano un numero maggiore di vittime (Tab. 11).

Tab. 10. Frequenza degli Incidenti stradali e degli infortunati nelle Marche, suddivisi per mese. Anno 2004

MESI	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti%	Feriti%	Morti%
Gennaio	568	14	810	8	8	7
Febbraio	513	15	767	7	8	7
Marzo	598	9	886	8	5	8
Aprile	610	10	896	8	5	8
Maggio	727	26	1.034	10	14	9
Giugno	714	18	1.029	9	10	9
Luglio	813	27	1.145	11	15	10
Agosto	679	13	1.037	9	7	9
Settembre	571	10	830	8	5	8
Ottobre	612	12	887	8	7	8
Novembre	566	18	836	7	10	8
Dicembre	585	11	873	8	6	8
Totale	7.556	183	11.030	100	100	100

Fonte: ISTAT-ACI Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004)

Fig. 5. Incidenti e persone infortunate nelle Marche, suddivisi per mese. Anno 2004



Elaborazione su dati ISTAT-ACI. Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004

Tab. 11. Indici di mortalità, lesività e pericolosità stradale nelle Marche secondo il mese. Anno 2004

MESI	Mortalità stradale	Lesività stradale	Pericolosità stradale
Gennaio	2,5	142,6	1,7
Febbraio	2,9	149,5	1,9
Marzo	1,5	148,2	1,0
Aprile	1,6	146,9	1,1
Maggio	3,6	142,2	2,5
Giugno	2,5	144,1	1,7
Luglio	3,3	140,8	2,3
Agosto	1,9	152,7	1,2
Settembre	1,7	145,4	1,2
Ottobre	2,0	144,9	1,3
Novembre	3,2	147,7	2,1
Dicembre	1,9	149,2	1,2
Totale	2,4	146,0	1,6

Elaborazione su dati ISTAT-ACI. Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004)

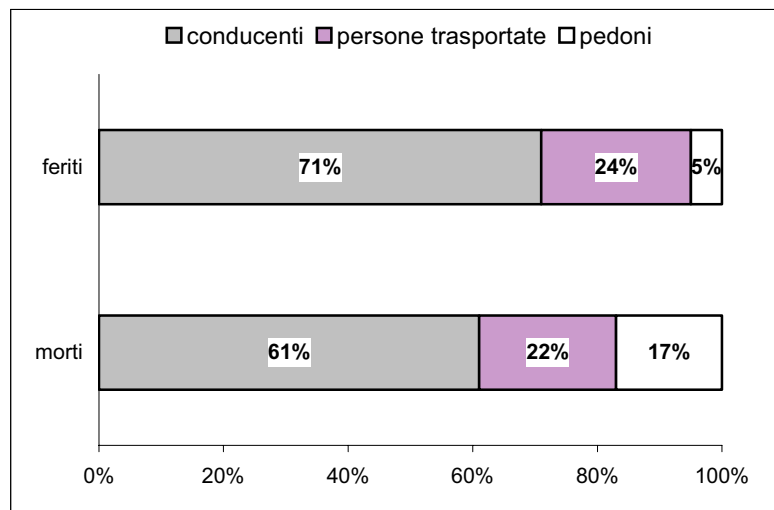
8. Persone coinvolte in incidenti stradali: conducenti, trasportati e pedoni

Fra le vittime più gravi degli incidenti stradali, a livello regionale, figurano i conducenti dei veicoli (61%), che pagano anche il più alto prezzo in termini di infortuni (71%); ad essi fanno seguito le persone trasportate (22% e 24% rispettivamente) e i pedoni (17% e 5%) (Tab. 12 e Fig. 6).

Tab. 12. Conducenti, persone trasportate e pedoni infortunati nelle Marche secondo il sesso e la conseguenza dell'incidente. Anno 2004

Persone coinvolte	Morti				Feriti			
	Maschi	Femmine	Totale	%	Maschi	Femmine	Totale	%
Conducenti	100	11	111	61	5.571	2.228	7.799	71
Persone trasportate	18	23	41	22	1.131	11.544	2.675	24
Pedoni	19	12	31	17	350	206	556	5
Totale	137	46	183	100	7.052	3.978	11.030	100

Fig. 6- Incidenti stradali nelle Marche: conducenti, persone trasportate e pedoni secondo le conseguenze



Tab. 13- Distribuzione percentuale dei conducenti, persone trasportate e pedoni coinvolti in incidenti stradali nelle Marche, per classi di età. Anno 2004

Classi di età	Conducenti (%)	Persone trasportate (%)	Pedoni (%)
<=5	0	4	1
6-9	0	4	4
10-14	1	4	5
15-17	6	6	4
18-20	7	9	3
21-24	10	11	3
25-29	13	11	6
30-44	32	21	16
45-54	13	8	8
55-59	4	3	6
60-64	3	3	7
65+	8	9	34
imprecisata	2	6	4

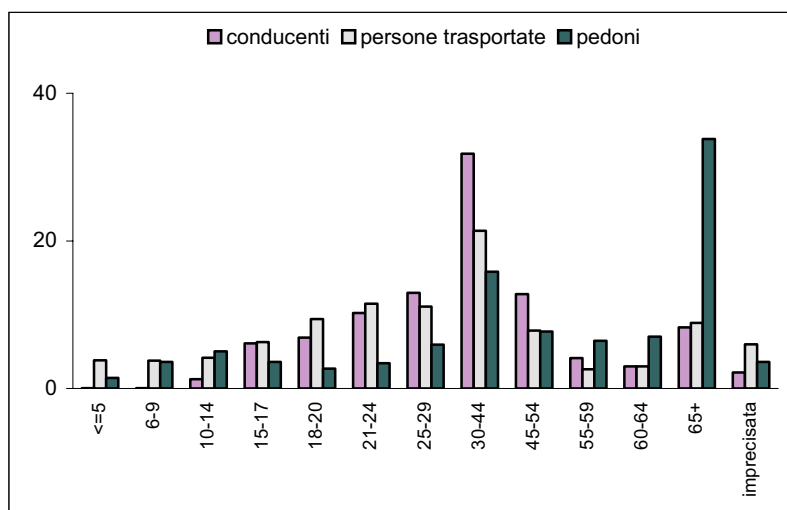


Fig. 7. Distribuzione percentuale dei conducenti, persone trasportate e pedoni coinvolti in incidenti stradali nelle Marche, per classi di età. Anno 2004

In relazione all'età degli infortunati, sia tra i conducenti, che le persone trasportate e i pedoni, sono i giovani (21-29 anni) ad essere i più coinvolti. Questi, infatti, nell'ambito della propria classe, subiscono, in media, circa 400 incidenti per anno di vita; seguono i giovanissimi (18-20 anni) con circa 200 casi e i giovani adulti (30-34 anni) con 165 incidenti (Tab. 13 e Fig. 7). Sebbene non siano disponibili le cifre relative agli incidenti stradali per singolo anno d'età (i dati forniti da ISTAT-ACI si riferiscono a classi di età non omogenee), è interessante notare il numero medio di incidenti stradali per ogni anno d'età (159 casi) dei conducenti della classe 15-17, riferibile, sicuramente, ad incidenti di veicoli a due ruote.

9. Ricoveri per incidenti stradali nella regione Marche

Esame delle SDO regionali

Allo scopo di migliorare la conoscenza del fenomeno dell'incidentalità stradale marchigiana, abbiamo voluto esaminare le informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) dei marchigiani che hanno fatto ricorso alle cure sanitarie per incidenti stradali, ricoverandosi presso gli ospedali regionali ed extraregionali.

Le SDO prese in esame si riferiscono agli anni 2001-2005.

Dal data-base delle SDO dell'Agenzia regionale sanitaria sono stati estratti 10.579 record classificati con codice 3 (trauma): di questi, 1.039 sono stati eliminati perché si riferivano a soggetti non residenti nelle Marche e 1.095 perché nella prima diagnosi (diagnosi principale), venivano riportate patologie o lesioni non compatibili con un incidente stradale. In totale, pertanto, i ricoveri ospedalieri per incidenti stradali esaminati sono stati 8.445.

Come anno di riferimento delle SDO è stato considerato l'anno di dimissione.

Le SDO sono state analizzate per anno e mese del ricovero, per sesso ed età dei pazienti (classi quinquennali) e per provincia di residenza degli stessi.

L'analisi di alcune caratteristiche sulla degenza dei ricoverati per incidenti stradali ha riguardato la tipologia di ricovero (programmato, urgente, ecc.), le modalità di dimissione (deceduto, dimissione ordinaria, ecc.), i tempi del ricovero e, per i pazienti morti in ospedale, il tempo di ospedalizzazione.

b) Categorizzazione delle diagnosi per incidenti stradali

Le diagnosi riportate sulle SDO degli incidenti stradali (ICD-9, 800-959) sono state categorizzate in 22 classi secondo il tipo della lesione, come di seguito riportato:

- 00 (fratture delle ossa 800-829)
- 01 (lussazioni 830-839)
- 02 (distorsioni 840-848)
- 03 (Commozione cerebrale 850)
- 04 (lacerazione e contusione cerebrale 851)
- 05 (emorragia subaracnoidea, subdurale ed extradurale 852)
- 06 (altre emorragie intracraniche 853)
- 07 (traumatismo intracranica 854)

- 08 (pneumo- ed emotorace 860)
- 09 (traumatismo di organi 861-869)
- 10 (ferite parti superiori del corpo 870-884)
- 11 (amputazione arto superiore 885-887)
- 12 (ferite parti inferiori del corpo 890-894)
- 13 (amputazione arto inferiore 895-897)
- 14 (traumatismo dei vasi 900-919)
- 15 (contusioni 920-924)
- 16 (schiacciamento 925-929)
- 17 (corpi estranei 930-939)
- 18 (ustioni 940-949)
- 19 (traumatismo dei nervi 950-957)
- 20 (complicazioni 958.9)
- 21 (altri e non specificati traumi 959).

Per l'esiguità del numero dei casi presenti in alcune categorie, le "ferite" sono state aggregate alle "amputazioni" (sia per arto superiore che per arto inferiore), le "emorragie cerebrali" sono state inserite nel gruppo delle "altre emorragie intracraniche" e gli "altri traumatismi specificati" sono stati inseriti in uno stesso gruppo.

10. Analisi dei ricoveri ospedalieri per incidenti stradali nelle Marche

Negli anni 2001-2005, sono stati effettuati 8445 ricoveri per incidenti stradali di soggetti residenti nella Regione (in media 1689 ricoveri per anno). Il numero dei ricoveri, nel corso del quinquennio considerato, è diminuito complessivamente di circa un terzo e il 48% dei ricoveri è concentrato nei primi due anni di osservazione. Fra i ricoverati, la frequenza dei maschi è quasi doppia di quella delle femmine (66% contro 34% rispettivamente) (Tab. 14 e Fig. 8).

Tab. 14. Distribuzione dei ricoveri per incidenti stradali nella Regione Marche, per anno.

Anno	N° ricoveri	%	Cumul.
2001	2.157	26	26
2002	1.836	22	48
2003	1.557	18	66
2004	1.370	16	82
2005	1.525	18	100
totale	8.445	100	

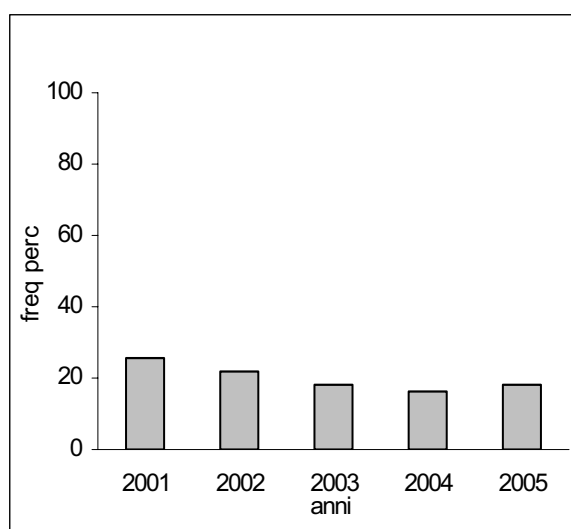


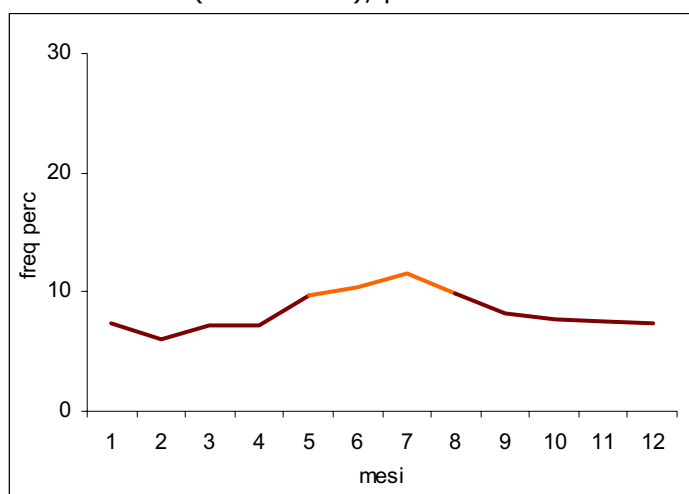
Fig. 8. Distribuzione percentuale dei ricoveri per incidente stradale nella Regione Marche, per anno.

Il trend temporale dei ricoveri evidenzia che, mediamente, nelle Marche, si registrano circa 700 ricoveri per incidenti stradali al mese e che i mesi a più alta incidentalità (41% dei casi) sono quelli compresi tra maggio e agosto (Tab. 15 e Fig. 9).

Tab. 15. Distribuzione del numero dei ricoveri per incidente stradale nelle Marche, suddivisi per mese (2001-2005)

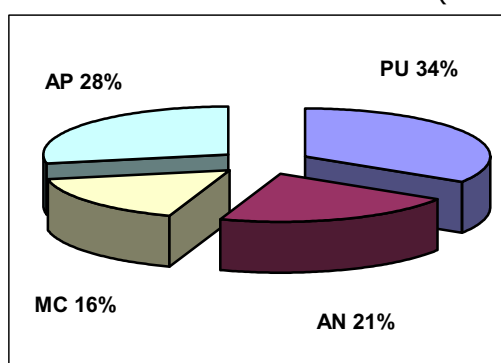
mese del ricovero	N ricoveri	%	Cumul.
gennaio	619	7	7
febbraio	503	6	13
marzo	606	7	20
aprile	609	7	28
maggio	815	10	37
giugno	880	10	48
luglio	970	11	59
agosto	836	10	69
settembre	688	8	77
ottobre	654	8	85
novembre	640	8	93
dicembre	625	7	100
totale	8.445	100	

Fig. 9. Distribuzione dei ricoveri per incidenti stradali nelle Marche (2001-2005), per mese.



La distribuzione percentuale dei ricoveri per provincia di residenza (Fig. 10), fatta eccezione per la provincia di Pesaro e Urbino, risulta molto simile a quella dei feriti per provincia secondo i dati ISTAT, compatibile con la distribuzione del parco veicolare nelle singole province e con le relative percentuali di morti, riferiti al 2004.

Fig. 10. Distribuzione dei ricoveri ospedalieri per incidente stradale nelle Marche (2001-2005), per provincia.



Le frequenze percentuali vanno dal 34% dei ricoveri per gli abitanti della provincia di Pesaro Urbino al 16% per coloro che risiedono in provincia di Macerata (Fig. 10). Inoltre, il 55% dei soggetti che hanno subito un ricovero sono residenti comunque nel nord della regione, nelle province di Pesaro ed Ancona (Tab. 16 – Fig. 10).

Tab.16. Distribuzione % dei ricoveri ospedalieri (SDO) per incidenti stradali, dei feriti (ISTAT-ACI), dei feriti su strade urbane, dei morti nelle Marche (2001-2005), per provincia.

Provincia residenza	% ricoveri ospedalieri per incidente stradale	%feriti /ISTAT 1995-2004	% veicoli totali 2003	% incidenti str. urb.1995-2004	% morti per incid. stradali 1995-2004
PU	34	25	24	27	20
AN	21	33	30	33	37
MC	16	19	21	16	23
AP	28	23	26	24	20
totale	100	100	100	100	100

La distribuzione percentuale dei ricoveri per incidenti stradali, per sesso (Fig. 11), evidenzia che:

- il ricorso alle cure ospedaliere prevale sempre nei maschi fino a circa 50 anni di età; nelle età successive prevalgono le donne;
- in relazione all'età, i ricoveri sono molto più frequenti nella classe di età compresa tra 15 e 29 anni (giovani), in particolare sono più elevati nei maschi; le donne invece prevalgono dopo i 60 anni (anziane).

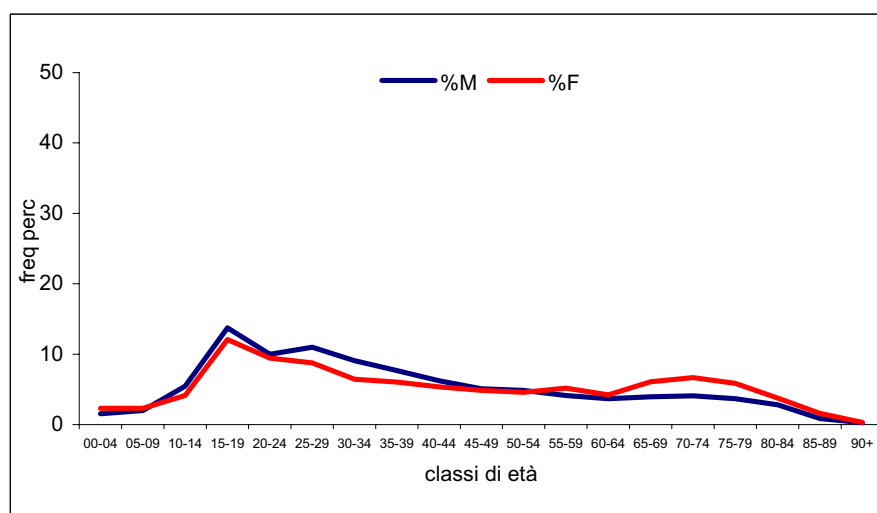


Fig. 11. Distribuzione % dei ricoveri ospedalieri per incidente stradale nelle Marche, per età. Anni 2001-2005

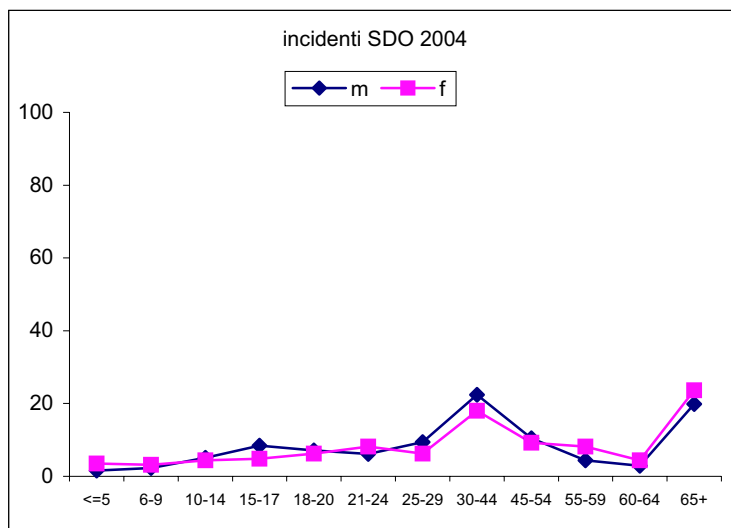
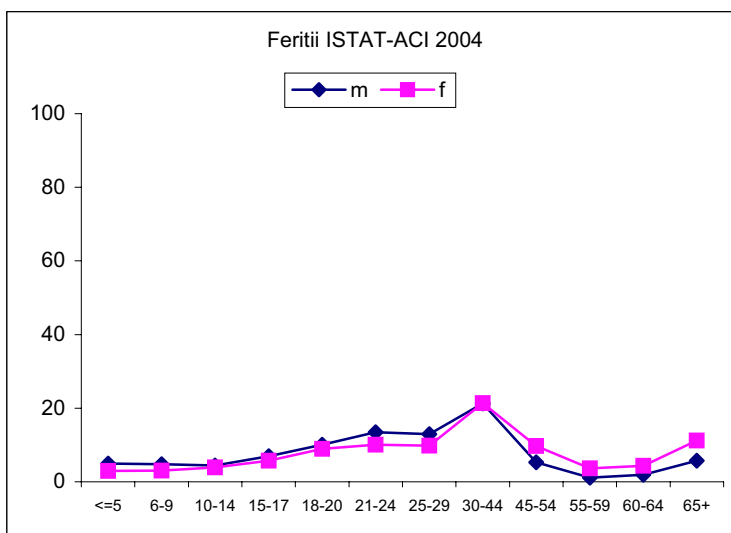


Fig. 12. Distribuzione percentuale dei ricoveri per incidente stradale nelle Marche, divisi per sesso ed età. Anno 2004



Elaborazione su dati ISTAT-ACI. Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-2004)

Fig. 13. Distribuzione percentuale dei feriti per sesso ed età nelle Marche. Anno 2004

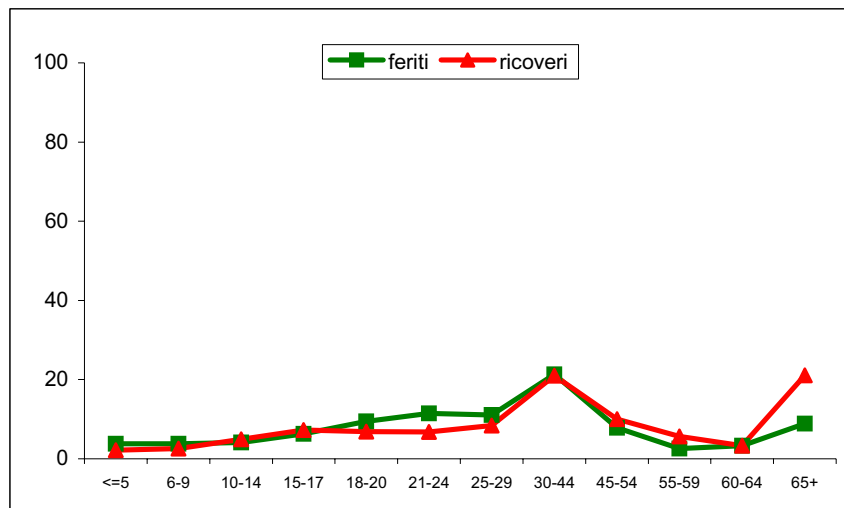


Fig. 14. Distribuzione percentuale di feriti e ricoveri per incidente stradale nelle Marche. Anno 2004

Degli 8.445 ricoverati per incidente stradale, il 92% ha avuto una dimissione ordinaria e meno dell'1% dei pazienti è deceduto durante la degenza ospedaliera (Tab. 17).

Tab. 17. Distribuzione dei ricoveri per incidente stradale nelle Marche per modalità di dimissione, Anni 2001-2005

Modalità dimissione	N ricoveri	%
Deceduto	73	0.9
Ordinario a domicilio	7771	92.0
Ordinario c/ RSA	21	0.2
Protetta al domicilio	43	0.5
Volontaria	217	2.6
Trasferimento altro istituto	290	3.4
Trasferimento stesso istituto	8	0.1
Trasferimento in riabilitativa	18	0.2
Dimissione con attiv ADI	4	0.0
totale	8.445	100

I casi di decesso avvenuti dopo il ricovero sono stati 73, e per l'82% di essi il decesso è avvenuto entro la prima settimana; in conclusione, la quasi totalità dei casi di morte per incidente stradale avviene entro un mese (Tab. 18) dall'ospedalizzazione. In tali situazioni, l'autopsia viene eseguita su circa il 90% dei casi.

Tab. 18. Numero dei deceduti per giorni di ricovero nelle Marche, 2001-2005

Giorni di ricovero	N deceduti
≤ 7 gg	60
8-14 gg	1
15-30 gg	11
61-90 gg	1
totale	73

Nella tabella 19 sono riportate le diagnosi principali di ricovero per incidente stradale, raggruppate per categoria. La tipologia più frequente che motiva il ricovero è la frattura

(46%) seguita a distanza dalla commozione cerebrale (14%), mentre tutte le altre classi sono rappresentate abbastanza omogeneamente con percentuali che oscillano tra 1% (Ferite ad amputazioni arti inferiori) e 8% (traumatismi intracranici) (Tab. 19 – Fig. 15).

Tab. 19. Categorie delle diagnosi principali di dimissione dei ricoveri per incidenti stradali nelle Marche, anni 2001-2005

Categorie delle diagnosi principali	N. ricoveri	%
Fratture	3907	46
Lussazioni	195	2
Distorsioni	335	4
Commozione cerebrale	1146	14
Lacerazioni e contusioni cerebrali	177	2
Emorragie subaracnoidee ecc. e altre emor intracr	175	2
Traumatismi intracranici	699	8
Traumatismi	429	5
Ferite e amputazioni arti sup	138	2
Ferite e amputazioni arti inf	101	1
Traumatismi dei vasi	163	2
Contusioni	385	5
Altri traumi spec	151	2
Altri e non spec traumi	444	5
totale	8445	100

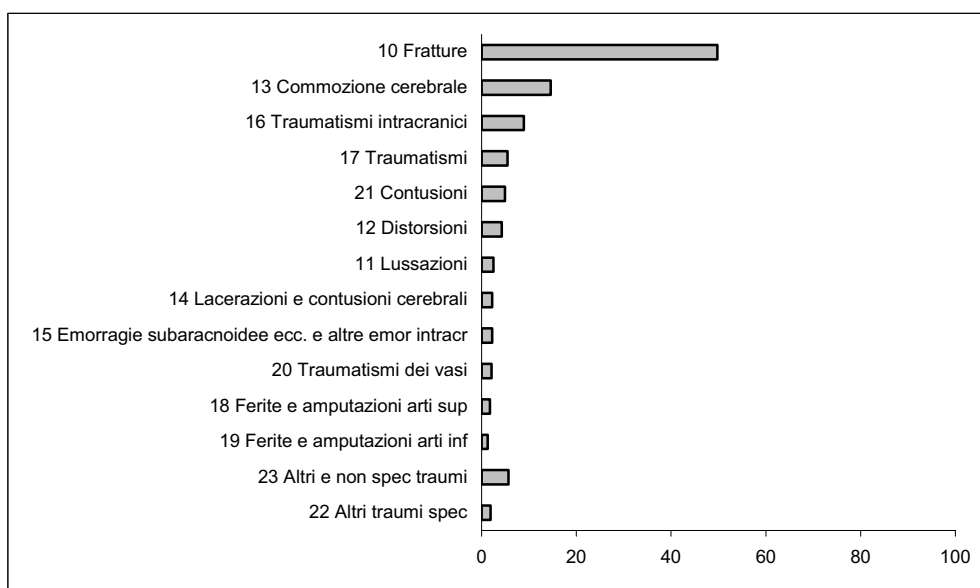


Fig.15. Distribuzione delle categorie di ricovero nella Regione Marche, 2001-2005

Infine, tra i pazienti deceduti, la maggior parte ha subito traumi specificati e traumatismi (rispettivamente il 26% e il 25%), a cui seguono poi le fratture (19%) ed in ultimo, a distanza, le altre categorie con valori percentuali variabili tra 2% e 6% (Tab. 20 – Fig. 16).

Tab. 20. Categorie di diagnosi nei deceduti durante il ricovero per incidente stradale nelle Marche.

Anni 2001-2005

Categorie delle diagnosi principali	N° deceduti	%
10 Fratture	14	19
13 Commozione cerebrale	3	4
14 Lacerazioni e contusioni cerebrali	6	8
15 Emorragie subaracnoidee ecc. e altre emorragie intracraniche	6	8
16 Traumatismi intracranici	5	7
17 Traumatismi	18	25
22 Altri traumi spec	19	26
23 Altri e non spec traumi	2	3
totale	73	100

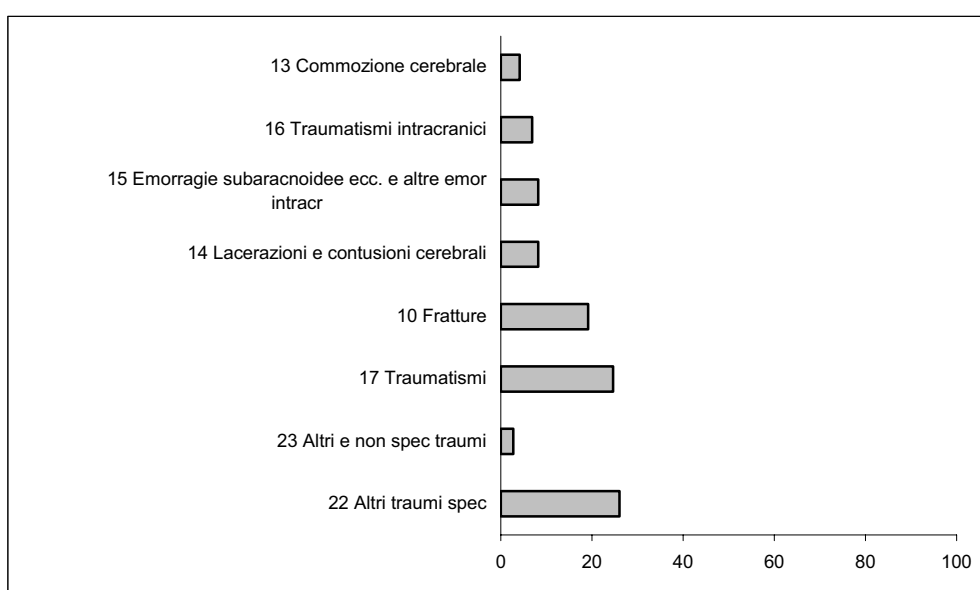


Fig. 11. Distribuzione delle categorie di ricovero dei deceduti nelle Marche, anni 2001-2005

11. Considerazioni conclusive

Dai risultati dell'indagine sugli incidenti stradali emerge che nelle Marche:

- il flusso veicolare registrato negli anni 1995-2004 è aumentato e sta per raggiungere il rapporto: un veicolo per ogni abitante (18-95 anni);
- le autovetture ed i motocicli rappresentano, complessivamente, l'87% del parco veicolare: la provincia di Ascoli Piceno registra la percentuale più alta di autovetture (78%) e quella più bassa di motoveicoli (9%); il contrario avviene in provincia di Pesaro e Urbino (72% e 14%, rispettivamente);
- i dati regionali sugli *incidenti* del 2004 (7.556 incidenti, 11.030 feriti e 183 morti), indicano che, rispetto a 10 anni fa, il rischio di incidenti stradali e di morte per tale causa sono in diminuzione (- 6%, - 17% rispettivamente), mentre la gravità degli incidenti per i feriti (lesività) è in leggero aumento (+ 3%);
- a livello *provinciale*, l'*incidentalità stradale*, al 2004, vede al primo posto la provincia di Ancona seguita da Pesaro e Urbino, Ascoli Piceno e Macerata. In confronto all'anno 1995, il rischio di incidenti è in aumento in provincia di Pesaro-Urbino e di Ascoli Piceno (+ 10,2% e + 20,1%), mentre è in diminuzione in provincia di Ancona e di Macerata (- 24,1% e - 10,0 % rispettivamente). In tutto il decennio considerato, il rischio di *mortalità stradale* più alto si riscontra in provincia di Macerata (3,1%), seguita dalle province di Ancona (2,8%), Ascoli Piceno (2,0%), Pesaro e Urbino;

- le *strade urbane* sono quelle a più alta incidentalità, (71,0% del totale), ma esse presentano gli indici più bassi di *mortalità* (1,3%), *lesività* (139,0%) e *pericolosità* (0,9%);
- le *strade statali e regionali* presentano indici elevati di *mortalità* (6,2%), *lesività* (172,0) e *pericolosità* stradale (3,5%);
- le *autostrade*, la cui rete è limitata a 168-200 Km, hanno il più basso indice di incidentalità, ma i più alti valori di *lesività* e *mortalità* stradale (180,0% e 12,2%);
- le province la cui rete stradale complessiva ha livelli di *pericolosità* più alti sono quelle di Macerata e Ancona (2,0% e 1,8% rispettivamente). In provincia di Macerata la *pericolosità* stradale è legata, soprattutto, alle strade comunali extraurbane (3,8% a fronte di un indice regionale di 1,8%), in provincia di Ancona al tratto autostradale (6,1% a fronte di un indice regionale di 2,8%) e alle strade statali e regionali (4,1% a fronte di un indice regionale di 3,5%);
- il mese in cui si verifica il maggior numero di incidenti stradali è luglio (813 casi pari a 11% del totale degli incidenti dell'anno), ma in generale, tra maggio e agosto si riscontrano non solo le percentuali più alte di incidenti, ma anche le percentuali le più alte di feriti e di morti;
- tra le vittime più gravi degli incidenti stradali, a livello regionale, figurano i conducenti dei veicoli (61%), che pagano anche il prezzo più alto in termini di infortuni (71%); ad essi fanno seguito le persone trasportate (22% e 24% rispettivamente) e i pedoni (17% e 5%);
- fra le persone coinvolte negli incidenti stradali, sono i giovani (21-29 anni), i giovanissimi (18-20 anni) e i giovani adulti (30-34 anni) ad essere maggiormente colpiti;
- i ricoveri ospedalieri per incidenti stradali, nel periodo 2001-2005, sono stati, in media, 700 al mese e i mesi a più alta *incidentalità* sono compresi tra maggio ed agosto;
- i dati sugli incidenti stradali ricavati dai ricoveri ospedalieri (SDO) sono, generalmente, sovrapponibili e coerenti, per le voci in comune, con quelli pubblicati da ISTAT-ACI.

Sulla base delle caratteristiche sopra esposte scaturiscono alcune considerazioni finali che meritano di essere sottolineate in riferimento alle proposte di possibili azioni da svolgere per affrontare il problema degli incidenti stradali a livello regionale:

- a) la complessità del fenomeno incidenti stradali, sia per quanto riguarda i determinanti che per il carico sociale, si riflette conseguentemente sulle responsabilità e competenze dei diversi settori e ai diversi livelli: trasporti-viabilità, sanità, ordine pubblico, ambiente, programmazione, controlli, regione, enti locali, istituzioni pubbliche di servizio e di ricerca, ecc. ;
- b) ciascuno degli organismi competenti è proprietario di un patrimonio di conoscenze ed informativo indispensabile per un approccio organico, sistematico e sistemico sul tema degli incidenti stradali e sul traffico in generale;
- c) gli interventi preventivi, anche per quanto riguarda gli esiti, sono sempre, se pur non esclusivamente, di tipo organizzativo.

In tale contesto, in cui è necessario e fortemente sollecitato il raccordo fra i molti soggetti che, direttamente e indirettamente, incidono sui fattori della sicurezza stradale, un aspetto fondamentale riguarda l'organizzazione di un sistema informativo sia dal punto di vista operativo che istituzionale per il monitoraggio della mobilità e dell'incidentalità da parte delle amministrazioni locali con lo scopo di analizzare gli effetti dei trasporti sul piano dell'impatto sociale, economico e ambientale.

Occorrerà, inoltre, creare le condizioni che permettano a ciascuna organizzazione il ritorno dei dati da parte del sistema informativo.

Pertanto per contribuire alla riduzione della mortalità del 40% entro il 2010 (riferimento 1995) come da Obiettivo della Commissione europea (e delle menomazioni gravi permanenti a seguito di incidenti stradali come da Piano sanitario nazionale) bisognerà:

- a) migliorare la tempestività e la qualità dell'intervento territoriale;
- b) razionalizzare e potenziare il sistema di emergenza-urgenza;
- c) migliorare l'assistenza intra-ospedaliera;
- d) migliorare la professionalità degli operatori che intervengono nella gestione del trauma;
- e) migliorare la qualità di vita dei portatori di esiti invalidanti da incidente stradale;
- f) definire linee guida cliniche ed organizzative per il traumatizzato da incidente stradale;
- g) istituire un collegamento informatico fra tutte le strutture della rete d'emergenza;
- h) migliorare la conoscenza degli incidenti stradali mediante un sistema informativo regionale che interagisca con le diverse fonti informative e quindi realizzi il monitoraggio della mobilità e dell'incidentalità marchigiana.

6.2 INCIDENTI DOMESTICI

Fonti informative:

- Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Roma 1999.
- Regione Marche. Piano Sanitario Regionale 2003-2006.
- Taggi F. La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambienti di civile abitazione: alcune riflessioni per l'attuazione dell'art. 4 della legge 493/1999. Rapporti ISTISAN 01/11. Roma, 2001.
- Censis. Primo rapporto annuale sul valore della sicurezza in Italia. Roma 2004.
- Dati preliminari Progetto SINIACA Regione Marche

Gli incidenti domestici, non solo nel nostro Paese ma a livello sovra nazionale, hanno assunto dimensioni ritenute "allarmanti". Come rileva l'Organizzazione Mondiale della Sanità, questa tipologia di eventi, che non risparmia nessuna fascia d'età, rappresenta nei Paesi sviluppati la prima causa di morte per i bambini.

Almeno tre dimensioni entrano nel determinismo degli incidenti domestici: la qualità del sistema abitativo, le caratteristiche dei prodotti che entrano in casa e il comportamento individuale.

La durata dell'esposizione al rischio, la sua specificità e vulnerabilità soggettiva raggiungono livelli di gran lunga più elevati per le casalinghe, per i bambini e per gli anziani, che passano gran parte del tempo nell'abitazione e nelle sue pertinenze. L'incidenza del rischio, infatti, è direttamente correlata alla quantità di tempo trascorsa in casa. Inoltre, secondo le più recenti indagini effettuate dall'Ispesl per il 2003, si teorizza l'attribuzione della responsabilità della genesi dell'incidente domestico e della gravità degli esiti, al mutamento della struttura sociale e alle carenze assistenziali, oltre che alle carenze strutturali di case e accessori e alla scarsa informazione dei cittadini. La persona che è incorsa in incidente domestico spesso era da sola in casa e, quindi, non ha potuto essere soccorsa tempestivamente. E' pertanto necessario continuare a sviluppare politiche di prevenzione, attraverso la promozione e la diffusione di linee guida e l'effettuazione di campagne di informazione e di educazione alla sicurezza.

Si stima che nella regione Marche, ogni anno, circa 88.000 persone subiscano un incidente domestico (Istat, 1999), le categorie colpite sono quelle che trascorrono maggior tempo in casa e quindi anziani, donne e bambini. Va inoltre rilevato che: tre quarti di tutti gli incidenti colpiscono le donne, in assoluto le casalinghe; negli anziani la caduta causa elevati carichi di disabilità; nelle età molto giovani (fino a 14 anni) sono più colpiti i maschi; la struttura edilizia è all'origine di un quinto degli incidenti.

La dimensione complessiva del fenomeno sull'infortunistica domestica è studiata da indagini campionarie sulla popolazione. Di particolare importanza l'indagine Multiscopo dell'Istat (1999) che ha rilevato gli aspetti principali relativi agli incidenti occorsi in ambiente domestico, escludendo quelli con esito mortale. Gli incidenti domestici (i.d.) rappresentano un fenomeno in costante crescita. Si stima che a livello nazionale (fonte Ispesl), tra il 1998 ed il 2000, il numero di persone infortunate in casa sia passato da 2.113.000 a 3.480.000. Operando una semplice proporzione, nella Regione Marche, annualmente, il fenomeno riguarda circa il 6% della popolazione.

I dati di morbosità sono di difficile rilevazione in quanto questi tipi d'infortuni vengono denunciati solo quando comportano lesioni che richiedono l'ospedalizzazione, quindi sfuggono le lesioni di lieve e media entità. A livello nazionale si evidenzia una falda di microincidentalità domestica del tutto sommersa che, nel 2003, ha coinvolto il 27% degli italiani (fonte Censis).

Il maggior numero di i.d. si ha in abitazioni di medie dimensioni, interessa più spesso gli anziani, ma la categoria più esposta è rappresentata dalle donne, non solo casalinghe.

Le cause principali di incidente domestico sono rappresentate dalle attività svolte in cucina o dall'utilizzo di utensili (33%), soprattutto il coltello. Subito dopo vengono le cadute, che causano gravi inabilità ed aumento della mortalità. Le lesioni più frequenti sono ferite ed ustioni.

Le parti del corpo di gran lunga più interessate sono gli arti (81%), mentre nei bambini piccoli da 0 a 4 anni è più interessato il capo (43%).

Tabella 6.2.1 – Persone che negli ultimi tre mesi hanno subito incidenti in ambiente domestico, per regione – Anno 1999

	Totale (migliaia)	Quozienti per 1000 persone	Numero di incidenti	Media per infortunato
Piemonte	44	10.5	52	1.2
Valle d'Aosta	1	11.8	1	1.0
Lombardia	106	11.8	122	1.2
Trentino-Alto Adige	11	12.0	13	1.1
-Bolzano	8	18.1	10	1.2
-Trento	3	6.2	3	1.0
Veneto	70	15.8	85	1.2
Friuli-Venezia Giulia	19	16.3	20	1.1
Liguria	21	12.9	22	1.1
Emilia-Romagna	60	15.2	78	1.3
Toscana	40	11.3	50	1.3
Umbria	11	12.8	11	1.0
Marche	22	15.0	25	1.2
Lazio	43	8.2	48	1.1
Abruzzo	18	14.1	20	1.1
Molise	6	17.5	6	1.1
Campania	53	9.2	75	1.4
Puglia	73	17.9	91	1.2
Basilicata	5	9.1	5	1.0
Calabria	15	7.2	15	1.1
Sicilia	113	22.3	138	1.2
Sardegna	32	19.6	39	1.2
Italia	762	13.3	918	1.2

Fonte: Istat

Va rilevato che nell'anno 1988 la regione Marche aveva partecipato allo Studio Italiano Sugli Incidenti (SISI), che facevano ugualmente riferimento ai casi di i.d. in arrivo al PS. In ambito regionale erano stati scelti sei centri di riferimento rappresentati dai PS di Osimo, Fabriano, Recanati, S. Benedetto del Tronto, Pesaro, Ancona. A distanza di 10 anni, nel 1998, sempre a cura dell'Istituto Superiore di Sanità è stata condotta un'indagine campionaria sulla prevalenza di i.d. in età pediatrica e per la regione Marche aveva partecipato la ASL di Fabriano. Gli studi relativi agli accessi ai PS hanno evidenziato che le persona a maggior rischio sono gli anziani, i bambini, le casalinghe. L'incidente più frequente nelle varie fasce d'età era rappresentato dalla caduta, mediamente il 50% dei casi. Per gli anziani si registrava un'alta percentuale di incidenti in ambito domestico (70%).

Le cadute negli anziani

La caduta rappresenta un evento temibile nell'anziano, sia per le possibili conseguenze di ordine traumatico che per le ripercussioni psicologiche. Dai risultati dello Studio Argento, un'indagine sulla salute degli anziani condotta nell'anno 2002 anche nelle Marche con un campione di 210 soggetti con 65 anni e più, il 27% degli intervistati ha riferito di aver subito una caduta nell'ultimo anno e l'8% è caduto più di una volta, . Il 41% delle persone dichiara di essere caduto in casa e gli ambienti domestici dove avvengono più frequentemente le cadute sono la camera da letto (23%), la cucina (18%), le scale (14%), il bagno (9%). Dai dati raccolti emerge che 13 anziani ogni 100 residenti sono andati in ospedale in seguito ad una caduta avvenuta nel corso dell'anno precedente l'intervista. I principali fattori di rischio correlati alle cadute sono: il sesso (le donne cadono più spesso degli uomini), l'età avanzata, la diminuzione visiva, il deficit cognitivo, il non regolare svolgimento di esercizio fisico.

GLI INFORTUNI DOMESTICI: l'indagine SINIACA nella Regione Marche

INTRODUZIONE

Gli incidenti domestici rappresentano un rilevante problema di sanità pubblica, e diversi Paesi europei ed extraeuropei hanno avviato da alcuni anni politiche riguardo le tematiche di sicurezza e prevenzione.

A livello sovranazionale gli incidenti domestici hanno assunto dimensioni ritenute "allarmanti". Come rileva l'Organizzazione Mondiale della Sanità, questa tipologia di eventi, che non risparmia nessuna fascia d'età, rappresenta nei Paesi sviluppati la prima causa di morte per i bambini tra 0-4 anni. In un comunicato nell'ambito della Giornata Mondiale della Sanità 2003, il Direttore Generale dell'OMS, Dr. Brundtland G.H., sottolineò come "le più grandi minacce per la salute dei bambini si trovano proprio nei luoghi che dovrebbero essere i più sicuri per loro: in casa, nella scuola e nella comunità. Ogni anno oltre 5 milioni di bambini di età tra 0 e 14 anni muore... per malattie dovute all'ambiente in cui vivono, imparano e giocano... queste morti possono essere evitate...ogni bambino ha il diritto di crescere in buona salute in casa, a scuola e nella comunità". La Comunità europea ha dato inizio ad un programma per il monitoraggio di questi eventi attraverso la sorveglianza degli incidenti registrati nelle strutture di emergenza (*Elhass: Système Européen de Surveillance des Accidents*), a cui è seguita la costituzione di una banca dati europea integrata nella rete telematica *Euphin* (European Union Public Health Information Network). E' di recente attivazione un network telematico integrato: "EU The Injury Database (IDB)" che raccoglie i dati europei relativi all'incidentalità domestica relazionandosi all'Elhass. Secondo i dati Elhass, tra il 1998 e il 2000 in Europa quasi 20 milioni di persone (il 7% dei residenti) sono state vittime di incidenti domestici, con oltre 5 milioni di ricoverati e 56 mila morti.

In Italia circa 2.800.000 persone l'anno sono soggette a incidente domestico; di queste l'ISS stima, mediante i dati del sistema SINIACA, che 1.700.000 richiedano assistenza in PS ospedaliero, 130.000 necessitino conseguentemente di ricovero e 4.500 vadano incontro a decesso. La caduta è la dinamica di incidente più frequente, provocando il 68% dei morti, il 58% dei ricoveri e il 46% degli arrivi in pronto soccorso e causando soprattutto fratture agli arti inferiori e traumi cranici.

Nel nostro Paese l'interesse destato da questa problematica è lievitato a seguito della legge L. 296/06 (Finanziaria 2007), in cui viene sancita una variazione della quota di indennizzabilità per gli infortuni domestici che comportino una inabilità permanente non inferiore al 27% (il limite precedente era al 33%). La tutela assicurativa è riconosciuta anche in caso di infortunio mortale, sia che la morte derivi direttamente dall'infortunio sia che questa si verifichi successivamente ed in conseguenza dell'infortunio indennizzato. Almeno tre dimensioni entrano nel determinismo degli incidenti domestici: la qualità del sistema abitativo, le caratteristiche dei prodotti che entrano in casa e il comportamento individuale.

Per quanto riguarda la regione Marche, si stima che ogni anno circa 88.000 persone subiscano un incidente domestico (Istat, 1999). Le categorie colpite sono quelle che trascorrono maggior tempo in casa e quindi anziani, donne e bambini. Va inoltre rilevato che tre quarti di tutti gli incidenti colpiscono le donne, in assoluto le casalinghe; negli anziani la caduta causa elevati carichi di disabilità; nelle età molto giovani (fino a 14 anni) sono più colpiti i maschi; la struttura edilizia è all'origine di un quinto degli incidenti.

Va rilevato che nell'anno 1988 la regione Marche aveva partecipato allo Studio Italiano Sugli Incidenti (SISI), che faceva riferimento ai casi di incidente domestico in arrivo al PS. In ambito regionale erano stati scelti sei centri di riferimento rappresentati dai PS di Osimo, Fabriano, Recanati, S. Benedetto del Tronto, Pesaro, Ancona. A distanza di 10 anni, nel 1998, sempre a cura dell'Istituto Superiore di Sanità è stata condotta un'indagine campionaria sulla prevalenza del fenomeno in età pediatrica e per la regione Marche aveva partecipato ASL di Fabriano. L'incidente più frequente nelle varie fasce d'età era rappresentato dalla caduta, mediamente il 50% dei casi. A tale proposito, va ricordato che essa rappresenta un evento temibile nell'anziano, sia per le possibili conseguenze di ordine traumatico, che per le ripercussioni psicologiche. Dai risultati dello Studio Argento, un'indagine sulla salute degli anziani condotta nell'anno 2002, anche nelle Marche con un campione di 210 soggetti con 65 anni e più, il 27% degli intervistati ha riferito di aver subito una caduta nell'ultimo anno e l'8% più di una volta.

Il 41% delle persone dichiara di essere caduto in casa; gli ambienti domestici dove avvengono più frequentemente le cadute sono risultati: camera da letto (23%), cucina (18%), scale (14%) ed il bagno (9%). Dai dati raccolti emerge che 13 anziani ogni 100 residenti sono andati in ospedale in seguito ad una caduta avvenuta nel corso dell'anno precedente l'intervista. I principali fattori di rischio sono: il sesso (le donne cadono più spesso degli uomini), l'età avanzata, la diminuzione del visus, il deficit cognitivo, il non regolare svolgimento di esercizio fisico.

La prevenzione degli incidenti domestici rappresenta un obiettivo importante per la Sanità pubblica regionale: il Piano Sanitario Regionale 2003-2006 individuava la sicurezza domestica tra gli obiettivi specifici per la salute; sulla base delle direttive nazionali è stato inoltre formalizzato il progetto specifico regionale del Piano Nazionale della Prevenzione 2005/2007 riguardante la sicurezza domestica (DGR 77 del 30/1/2003).

Considerato il fatto che gli interventi preventivi devono essere progettati anche sulla base dei dati epidemiologici, e che quelli attualmente disponibili sono insoddisfacenti in termini di qualità e completezza, la sorveglianza dell'incidentalità domestica rappresenta un'attività essenziale e si basa soprattutto sulla raccolta dati prevista dal progetto SINIACA, attualmente attivo presso cinque strutture di Pronto Soccorso regionali. Le informazioni derivate da questo sistema di monitoraggio specifico verranno integrate da quelle desunte dai sistemi informativi correnti (SDO, mortalità).

Il Progetto SINIACA nella regione Marche

Il Servizio di Sanità Pubblica della Regione Marche, in osservanza della legge 03.12.99 n. 493 "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici", e del Piano Sanitario Regionale 2003/2006, ha istituito, aderendo così al SINIACA, il progetto di rilevazione degli infortuni in ambiente domestico.

Con Decreto n° 66 del 18/12/2003, è stato approvato il progetto sperimentale regionale; lo studio è stato avviato, nell'anno 2004, coinvolgendo tre postazioni di Pronto Soccorso (Osimo, Senigallia, Camerino). Nel periodo di sperimentazione sono stati registrati su scheda informatizzata tutti gli infortuni domestici per cui è stato richiesto intervento al PS. La prima fase, oltre al fine della raccolta dei dati, è stata avviata per evidenziare eventuali problematiche in fase di rilevazione, registrazione ed elaborazione.

Allo stato attuale, il progetto SINIACA Marche vede la partecipazione di 5 Unità Operative di Pronto Soccorso. Nello specifico, hanno aderito all'indagine anche il PS di Pesaro e quello di Ascoli Piceno (per quest'ultimo va comunque reso compatibile l'archivio informatizzato con quanto previsto dal SINIACA). Quindi, con l'analisi dei dati pervenuti, saranno possibili stime più approfondite e puntuali del fenomeno.

In ambito regionale disporre di un flusso di informazioni certe e complete consente di poter contare su indicatori di processo e di risultato affidabili, non soltanto nell'individuazione delle priorità da affrontare ma anche per valutare la reale efficacia delle iniziative intraprese. Ciò consentirà inoltre di determinare con più precisione l'entità dei costi sociali e delle risorse da impiegare per interventi mirati di prevenzione.

Metodologia

I PS partecipanti al Progetto della regione Marche hanno proceduto alla rilevazione degli accessi relativi agli incidenti domestici. Si è evidenziata una certa difformità nella rilevazione: alcune postazioni hanno effettuato una registrazione diretta degli eventi su programma informatico appositamente fornito dall'ISS; altre postazioni hanno invece revisionato i casi sulla base del registro cartaceo, inserendo successivamente i dati al pc; il PS di Ascoli Piceno ha fornito i dati stessi estraendoli dal database delle prestazioni. In quest'ultimo caso questo non è risultato fruibile sulla base dei parametri attuali per la disomogeneità della codifica.

Risultati

Il presente report si basa sui dati trasmessi, al 23 gennaio 2007, dai PS partecipanti al Progetto SINIACA relativi all'anno 2006.

Nella tabella che segue si riporta la situazione per ogni postazione.

Tabella 1. Numero di record trasmessi, per periodo di tempo, al 23/1/2007 dai PS partecipanti al progetto SINIACA regionale. Marche anno 2006.

PS	N. RECORD	%	PERIODO DELLA RILEVAZIONE	NOTE
OSIMO	1926	49.9	1-1/31-12-2006	
SENIGALLIA	1102	28.5	1-1/31-12-2006	
CAMERINO	129	3.3	1-1/31-5-2006	La rilevazione è stata condotta fino al 31/12 ma i dati informatizzati sono relativi a questo periodo
MATELICA	354	9.2		
PESARO	352	9.1	1-1/1-4-2006	La rilevazione è stata sospesa
ASCOLI PICENO	ND	ND	ND	Non sono stati analizzati i dati in quanto il formato degli stessi non è compatibile con quello del progetto Siniaca
Totale	3863	100,0		

Nell'anno 2006, considerando i dati relativi ai record trasmessi e validati a livello centrale (Tabella 1), sono stati analizzati in totale 3.863 casi di incidente domestico pervenuti ai PS partecipanti allo studio (è stato inserito nell'analisi anche il Punto di Primo Soccorso di Matelica). Gli incidenti hanno riguardato nel complesso 1.874 maschi (48,9%) e 1.959 femmine (51,1%). In 30 casi non era riportato il sesso.

Per quanto riguarda le classi di età coinvolte (Tabella 2), si evidenzia che il 25,0% degli incidenti domestici rilevati si è verificato in soggetti con più di 70 anni; il 10.6% in soggetti con età compresa tra 1 e 10 anni. I neonati (0-12 mesi), la cui numerosità peraltro appare assolutamente irrilevante, sono stati esclusi dall'analisi in quanto si ritiene opportuna un'analisi specifica, considerando le peculiarità di questa categoria.

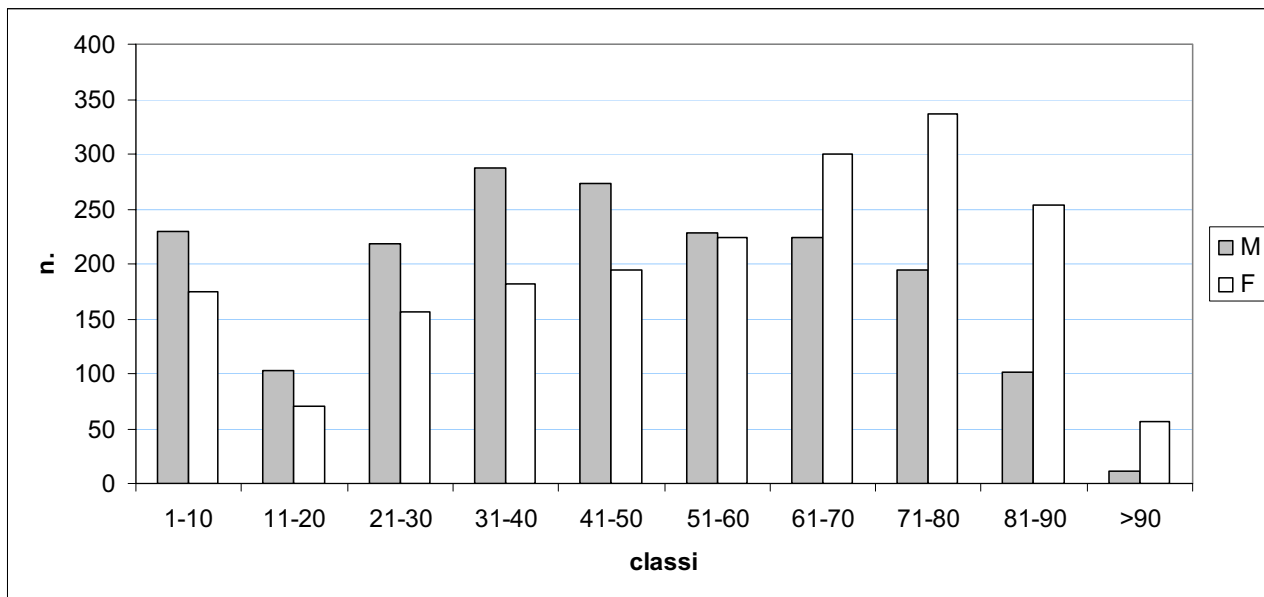
Per ciò che concerne, il sesso, gli ultrasessantenni rappresentano il 33,2 % di tutte le femmine ed il 16,4 % dei maschi (Grafico 1). Dal grafico si evidenzia che mentre i soggetti di sesso maschile sono prevalenti nelle prime fasce d'età, dopo i 60 anni tale tendenza si inverte, anche per il fatto che le femmine hanno una maggiore aspettativa di vita rispetto ai maschi. Va notato che i casi tra 1 e 4 anni ammontano al 6,6% del totale, i casi in ultrasessantatrenni al 32,2%.

Tabella 2. Incidenti domestici rilevati nei PS partecipanti all'indagine per sesso e fascia d'età. Marche, Siniaca 2006

Sesso	1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	>90	TOTALE
M	229	103	218	287	273	228	224	194	101	11	1868
F	175	70	157	181	194	224	300	337	253	57	1948
TOTALE	404	173	375	468	467	452	524	531	354	68	3816

Età non indicata in 47 casi

Grafico 1 . Distribuzione dei casi rilevati nei PS partecipanti all'indagine per sesso e classi d'età. Marche, Siniaca 2006.



Riguardo l'orario di accadimento degli incidenti domestici rilevati, risulta maggiore nelle fasce orarie 8-12 e 16-20. L'arrivo al PS riporta una distribuzione simile, ma il periodo di maggiore afflusso è relativo alla fascia oraria 8-12. Infatti, una parte di incidenti, quelli di minore entità, viene osservato anche diverso tempo dopo l'accadimento.

Per la gran parte dei casi l'accesso al PS (Grafico 2) avviene con mezzo proprio (76,0%); nel 7,0% degli infortuni l'arrivo è con ambulanza, nel 2% tramite il 118, mentre nel 15% dei casi l'informazione non è riportata. Anche questo dato evidenzia come la gravità sia correlata ad una contenuta percentuale di pazienti. Infatti, la prognosi viene definita riservata soltanto in 3 casi. Questa risulta inferiore a 7 giorni nel 61% dei casi verificatisi in soggetti di sesso maschile e in circa il 57% di quelli di sesso femminile. Di particolare interesse, come si può evincere dalla lettura del grafico n.3, è una maggiore consistenza delle giornate di prognosi assegnate che si evidenzia nella fascia di età più avanzata del sesso femminile (la frequenza cumulativa percentuale delle giornate di prognosi superiori a 28 giorni, risulta del 78,4%).

Grafico 2 . Modalità di raggiungimento delle postazioni dei PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca 2006.

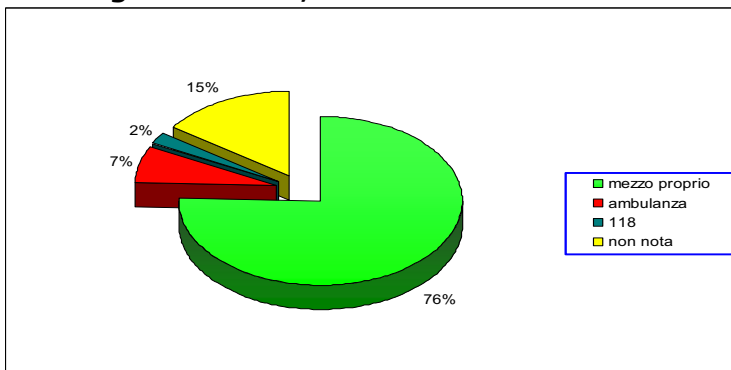
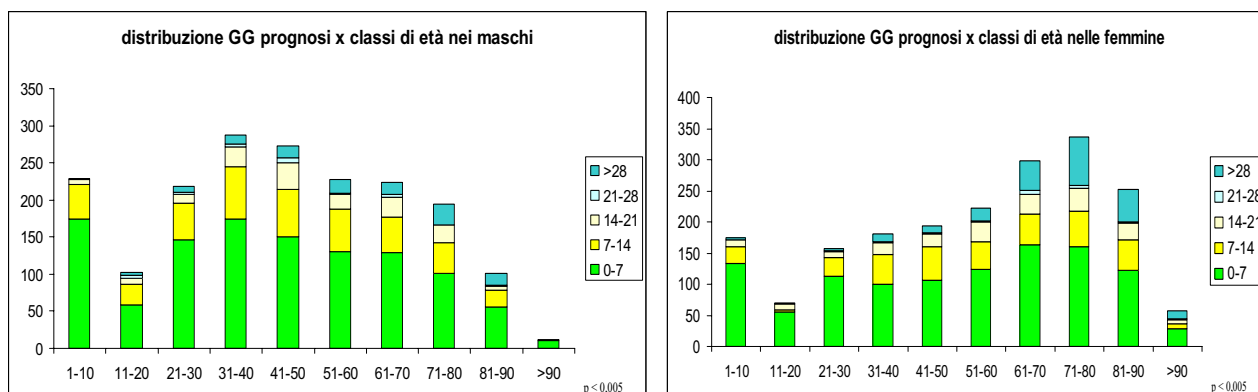


Grafico 3 . Distribuzione dei gg di prognosi per sesso e classi di età. Marche, Siniaca 2006.



Se consideriamo la distribuzione percentuale dei casi arrivati ai PS in base al triage effettuato, risulta che in 3448 casi (89,5%) il codice era individuato come verde, in 289 casi (7,5%) come bianco e solo in 4 casi (0,1%) come rosso. Anche questo dato identifica l'incidente domestico come un'evenienza frequente ma solitamente non grave.

Tabella 3 Numero di accessi ai PS partecipanti all'indagine per incidente domestico per categoria di triage. Marche, Siniaca 2006

Triage	n.	%
Bianco	289	7,50%
Verde	3448	89,50%
Giallo	110	2,90%
Rosso	4	0,10%
Totale	3851	100,00%

Per quanto riguarda il trattamento dei casi al PS, è possibile rilevare che soltanto nel 18,5% dei casi è stata effettuata una medicazione, nel 16,5% dei casi una suturazione e nel 12,3% dei casi la immobilizzazione. Nel 39,2% è stato effettuato "altro trattamento" che però non risulta specificato. Nel 93,5% dei casi gli infortunati non sono stati ricoverati; nel 5,2% sono stati destinati in strutture ospedaliere (ricovero, Day hospital, trasferimento in altre strutture); lo 0,2% degli infortunati ha rifiutato il ricovero e lo 0,9% è stato trattenuto in astanteria.

Tabella 4. Tipologia di trattamento effettuati ai PS partecipanti all'indagine per incidente domestico. Marche, 2006.

Trattamento PS	n.	%
nessuno	274	7,10%
medicazione	712	18,50%
sutura	636	16,50%
immobilizzazione	475	12,30%
intervento chirurgico	22	0,60%
altro	1508	39,20%
non noto	223	5,80%
Totale	3850	100,00%

Tabella 5. Destinazione dei casi con accesso ai PS partecipanti all'indagine per incidente domestico. Marche, Siniaca 2006

Destinazione	n.	%
casa (non ricoverato)	3604	93,50%
rifiuta il ricovero	8	0,20%
astanteria	33	0,90%
reparto	125	3,20%
day hospital	6	0,20%
obitorio	8	0,20%
trasferito in altra struttura	68	1,80%
non nota	3	0,10%
Totale	3855	100,00%

Esaminando le modalità e le caratteristiche degli infortuni domestici, per quanto riguarda l'ambiente di accadimento, il 18,6% dei casi avviene in cucina, il 12,3% in scale/ballatoi, il 14,8% dei casi in altri locali interni della casa, l'8,4% nella camera da letto, l'8,2% in giardino e il 7,3% in garage/cantina. (tabella 6, grafico 4). Se correliamo l'ambiente con il sesso dell'infortunato, si nota che emergono alcune differenze e, in particolare, le donne si infortunano soprattutto in cucina, mentre gli uomini in garage/cantina (grafico 5).

Tabella 6. Ambiente di accadimento dell'incidente domestico con accesso ai PS partecipanti all'indagine. Marche Siniaca, 2006.

Ambiente	n.	%
cucina	718	18,60%
bagno	234	6,10%
camera da letto	325	8,40%
soggiorno, sala da pranzo	257	6,70%
altri locali interni alla casa	570	14,80%
scale, ballatoi (interni ed esterni)	473	12,30%
terrazze e balconi, tetti	34	0,90%
cortile	156	4,00%
giardino	318	8,20%
garage, aree parcheggio, cantina ed altre pertinenze	281	7,30%
altre pertinenze esterne alla casa	100	2,60%
non noto	392	10,20%
Totale	3858	100,00%

Grafico 4. Distribuzione percentuale dell'ambiente dove si sono verificati gli incidenti domestici con accesso ai PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca 2006.

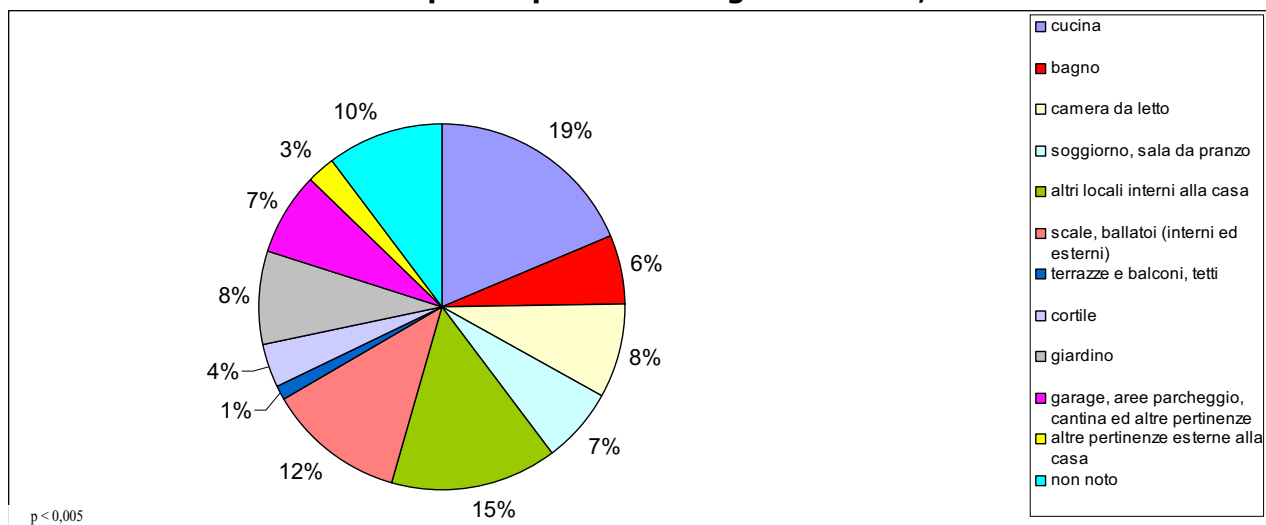
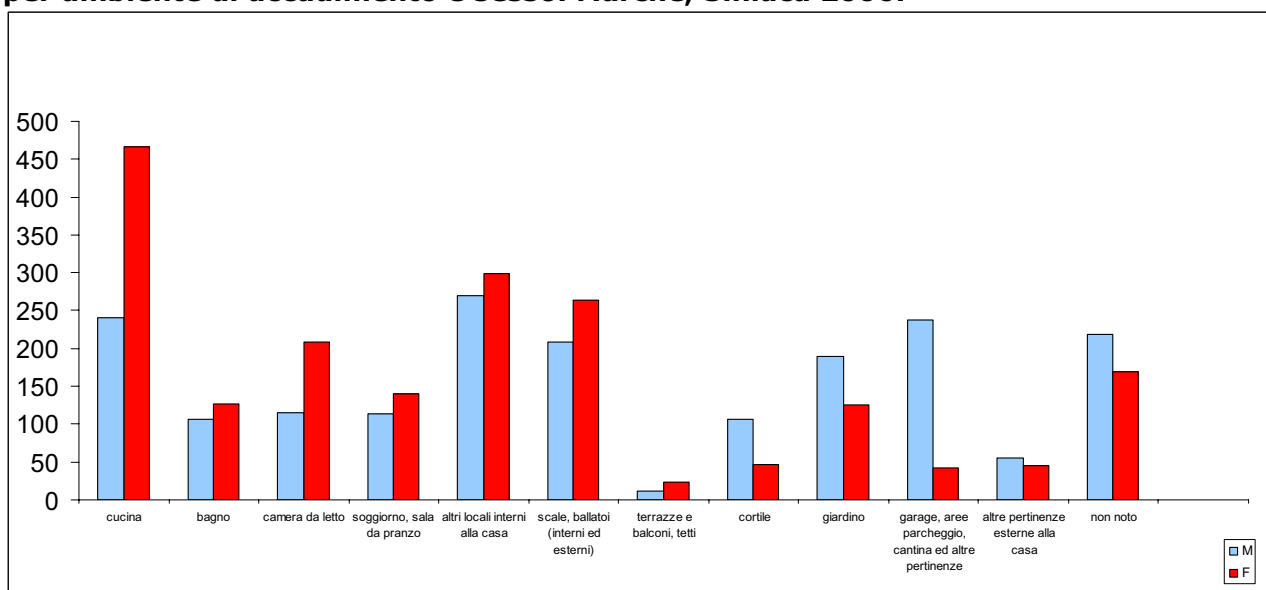


Grafico 5. Numero di incidenti domestici con accesso al PS partecipanti all'indagine per ambiente di accadimento e sesso. Marche, Siniaca 2006.



Un dato rilevante per quanto riguarda le strategie preventive è quello delle attività svolte al momento dell'accadimento dell'incidente domestico (tabella 7, grafico 6). Nel 26,6% dei casi questa attività riguarda il lavoro domestico (pulire, cucinare, ecc.), nel 24,7% il camminare. E' particolarmente rilevante il problema delle cadute negli anziani; nelle donne ultrasessantacinquenni infatti, in più di 2/3 dei casi, occorrono camminando e svolgendo i lavori domestici e sono responsabili del 63% della mortalità per incidente domestico; più spesso coinvolte nei casi mortali sono le scale.

Per quanto concerne il sesso maschile si evidenzia una sostanziale differenza rispetto alle donne: nel 10,6% dei casi totali l'infortunio avviene durante attività tipo "fai-da-te" e questa tipologia di attività svolta al momento dell'incidente caratterizza tutti gli uomini adulti. Una delle fasce di età "fragili" è rappresentata dai bambini (1-10 anni ed in particolare quelli di età compresa tra 1 e 4 anni) nei quali l'attività ludica, sicuramente determinante per un corretto ed equilibrato sviluppo fisico e cognitivo, rappresenta tuttavia un fattore di rischio da considerare attentamente in ottica preventiva (grafico 7).

Tabella 7. Attività svolte al momento dell'incidente domestico nei casi pervenuti ai PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca, 2006.

Attività svolta al momento dell'incidente	n.	%
lavori domestici (pulire, cucinare, cucire,..etc.)	1026	26,60%
fai-da-te	408	10,60%
gioco	300	7,80%
attività sportiva / ginnastica	5	0,10%
camminare	951	24,70%
dormire	99	2,60%
igiene personale	128	3,30%
altre attività di vita quotidiana (mangiare, bere,..etc)	231	6,00%
altre attività	431	11,20%
non nota	278	7,20%
Totale	3857	100,00%

Grafico 6. Distribuzione percentuale delle attività svolte al momento dell'incidente domestico nei casi pervenuti ai PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca, 2006.

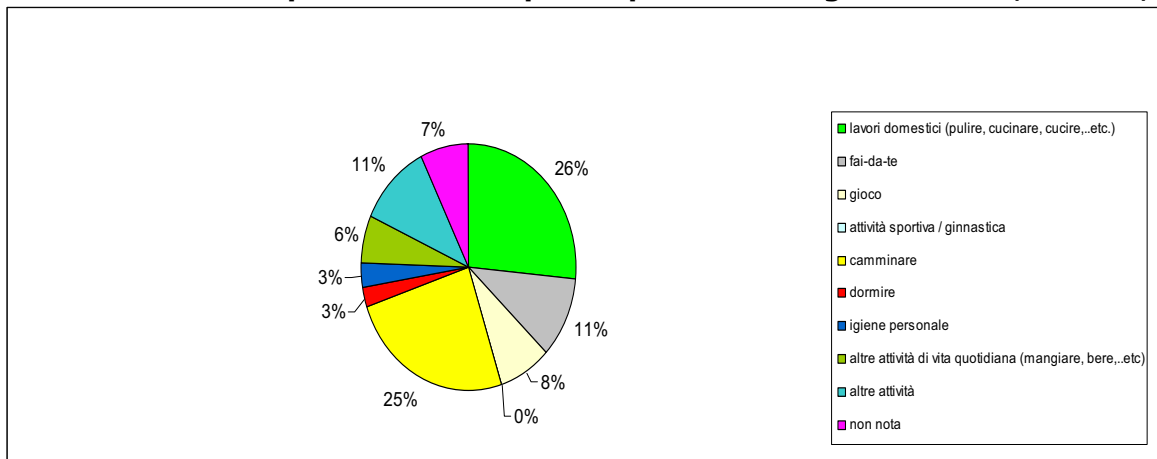
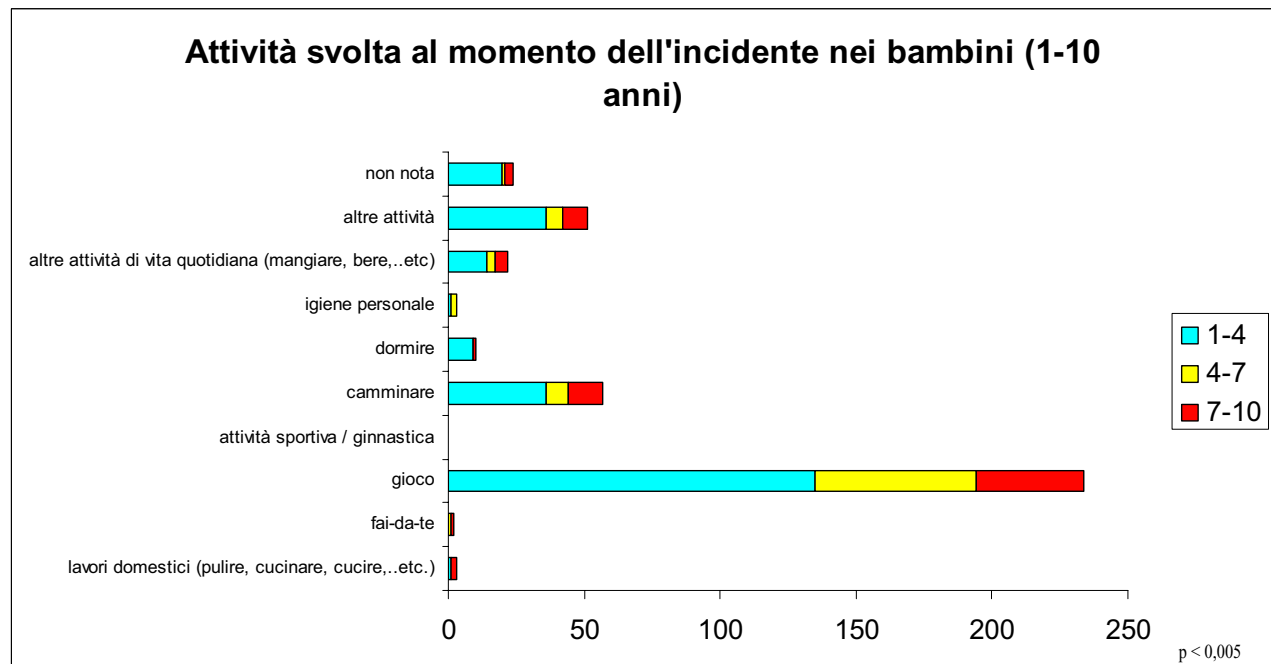


Grafico 7. Distribuzione delle attività svolte al momento dell'incidente domestico nei bambini della fascia di età 1-10 anni. Marche, Siniaca, 2006.

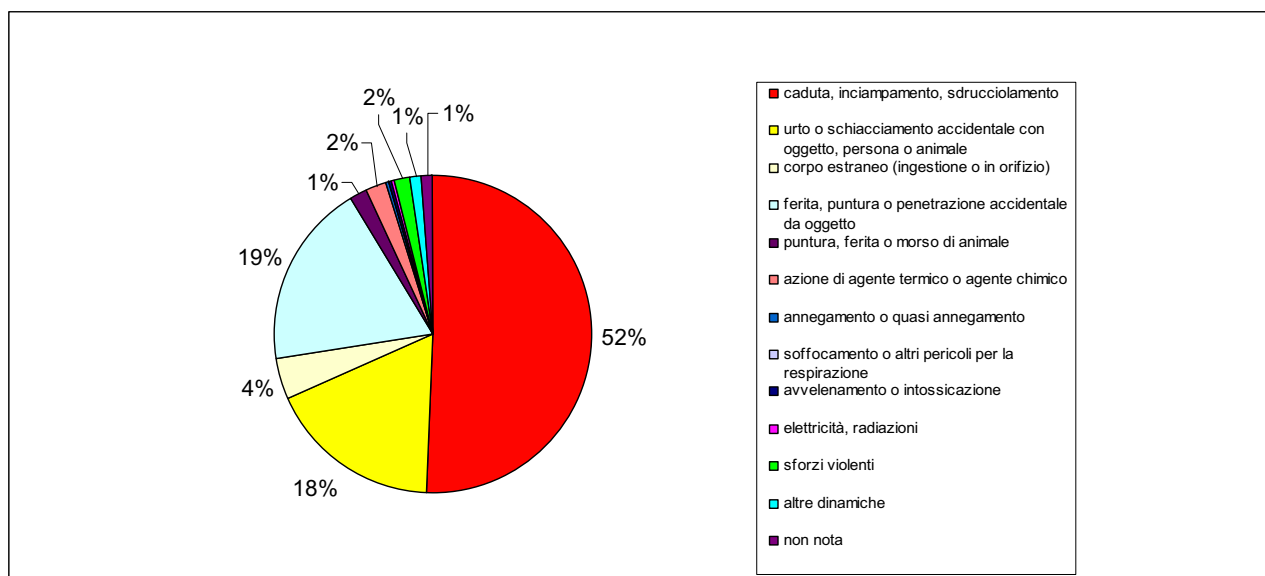


Oltre all'ambiente di accadimento ed alle attività svolte al momento dell'incidente, altra informazione rilevante è quella che riguarda la dinamica (tabella 8, grafico 8). In larga parte si tratta di caduta/inciampamento/sdruciolamento (50,7% dei casi) e, come già rilevato, questa dinamica è soprattutto a carico degli anziani, per la presenza di problemi di vista e mobilità. Si rileva dallo Studio Argento già citato, che soltanto nel 10% dei casi vi è una adeguata illuminazione notturna nelle abitazioni degli anziani. Nelle donne ultrasessantacinquenni questa modalità è presente in almeno tre incidenti su quattro ed è di riscontro molto frequente anche nei bambini. Valori rilevanti anche per l'urto/shiacciamento accidentale (17,7%) e per la ferita/puntura/penetrazione (19,0%) : queste dinamiche incidentali sono rappresentate soprattutto nei maschi adulti.

Tabella 8. Dinamica degli incidenti domestici nei casi pervenuti ai PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca, 2006.

Dinamica incidente	n.	%
caduta, inciampamento, sdruciolamento	1956	50,70%
urto o schiacciamento accidentale con oggetto, persona o animale	684	17,70%
corpo estraneo (ingestione o in orifizio)	155	4,00%
ferita, puntura o penetrazione accidentale da oggetto	734	19,00%
puntura, ferita o morso di animale	57	1,50%
azione di agente termico o agente chimico	96	2,50%
annegamento o quasi annegamento	1	0,00%
soffocamento o altri pericoli per la respirazione	5	0,10%
avvelenamento o intossicazione	12	0,30%
elettricità, radiazioni	7	0,20%
sforzi violenti	64	1,70%
altre dinamiche	43	1,10%
non nota	45	1,20%
Totale	3859	100,00%

Grafico 8. Distribuzione percentuale della dinamica degli incidenti domestici pervenuti ai PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca, 2006.

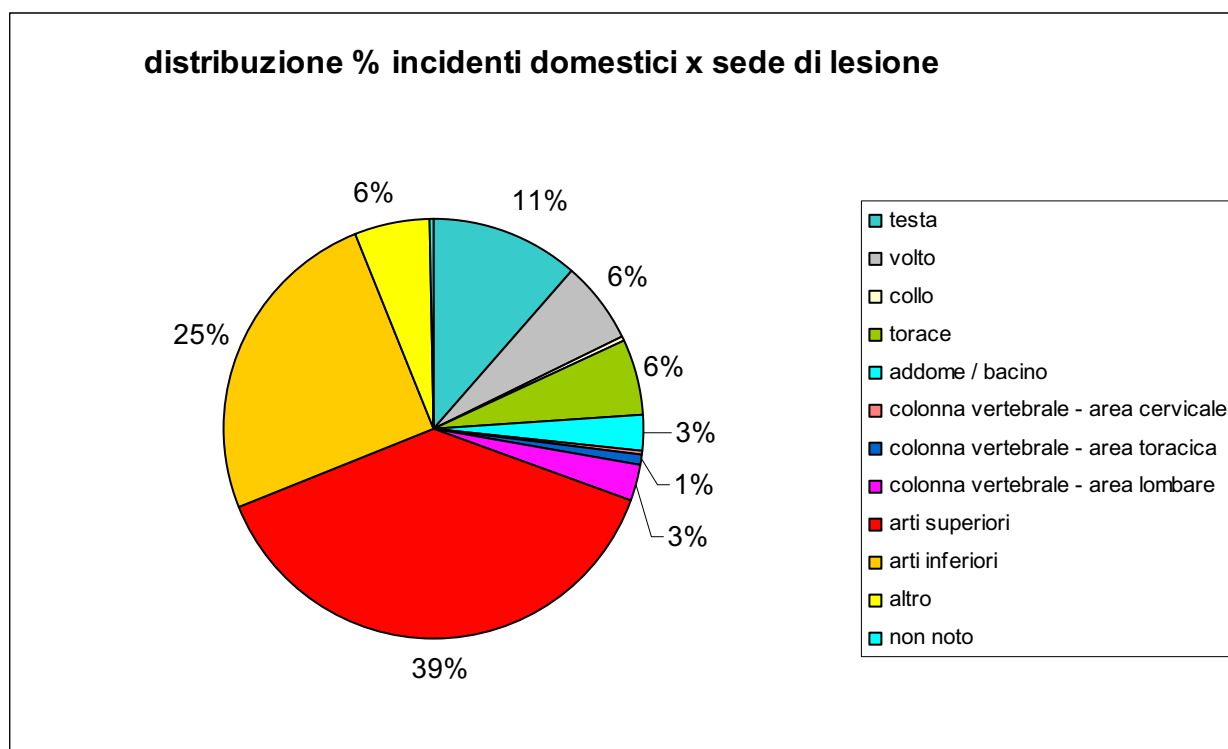


Direttamente collegate alla dinamica degli incidenti domestici sono la sede e la natura delle lesioni. Per quanto riguarda la sede, queste sono soprattutto a carico degli arti superiori ed inferiori (38,3% e 24,9%): nei maschi è riportata la lesione agli arti superiori nel 40,9% dei casi; nelle femmine ancora una volta la fascia di età a maggior rischio è quella delle ultrasessantacinquenni che presentano il 60% circa delle lesioni a carico degli arti (le lesioni agli arti superiori ed inferiori mostrano la medesima distribuzione percentuale). Nell'11,5% dei casi ad essere colpita è la testa e nel 6,3% dei casi è il volto. Tuttavia nei bambini tra 1 e 10 anni questa percentuale sale fino al 51,2% (tale percentuale è la risultante della somma delle lesioni a carico della testa e del volto). Nel 5,8% dei casi la lesione è localizzata al torace (tabella 9, grafico 9).

Tabella 9. Localizzazione della sede delle lesioni per incidente domestico negli accessi ai PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca, 2006.

Sede lesione	n.	%
testa	442	11,50%
volto	243	6,30%
collo	15	0,40%
torace	224	5,80%
addome / bacino	103	2,70%
colonna vertebrale - area cervicale	15	0,40%
colonna vertebrale - area toracica	31	0,80%
colonna vertebrale - area lombare	107	2,80%
arti superiori	1478	38,30%
arti inferiori	959	24,90%
altro	229	5,90%
non noto	12	0,30%
Totale	3858	100,00%

Grafico 9. Distribuzione percentuale della localizzazione della sede delle lesioni per incidente domestico negli accessi ai PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca, 2006.



Se consideriamo la natura della lesione provocata dall'incidente domestico, questa risulta soprattutto rappresentata da: contusione/abrasione/stiramento (36,3%), ferita/lacerazione (28,9%) e frattura chiusa (13,3%) (tabella 10). Molto rilevante il problema delle fratture negli anziani (più della metà di quelle verificatesi), associate a cadute. In particolare una donna ultrasessantacinquenne su tre coinvolta in un incidente domestico riporta una frattura chiusa.

Tabella 10. Natura delle lesioni per incidente domestico negli accessi ai PS partecipanti all'indagine. Marche, Siniaca, 2006.

Natura delle lesioni	n.	%
contusione / abrasione / stiramento	1400	36,30%
lussazione / distorsione	394	10,20%
ferita / lacerazione / scuoiamento	1116	28,90%
lesione penetrante, con o senza ritenzione corpo estraneo	95	2,50%
frattura chiusa	511	13,30%
frattura aperta	5	0,10%
lesione ai nervi o al midollo spinale	1	0,00%
lesione cerebrale (trauma intracranico)	1	0,00%
lesione vasi sanguigni	8	0,20%
lesione interna	28	0,70%
lesione organi	7	0,20%
ustioni	82	2,10%
corpi estranei (ingestione o in orifizio)	79	2,00%
avvelenamento o intossicazione (inalazione inclusa)	10	0,30%
shock elettrico	1	0,00%
amputazione, avulsione, perdita parziale	7	0,20%
altro	67	1,70%
non nota	43	1,10%
Totale	3855	100,00%

Dall'analisi complessiva dei dati in nostro possesso emergono alcune problematiche relative al settore dell'incidentalità domestica di notevole rilievo per la Sanità Pubblica: i dati analizzati evidenziano che la problematica maggiormente rilevante è quella delle cadute/inciampamenti/sdruciolamenti nelle persone anziane, che avvengono nelle scale/ballatoi ma anche in altri luoghi della casa. Di rilievo anche gli incidenti che occorrono durante i lavori domestici (rilevanti gli incidenti in cucina nelle donne e nei garage negli uomini, soprattutto per il fai-da-te).

Dal contesto emerge quindi la necessità di avviare interventi di promozione della salute soprattutto negli anziani. Tra questi nella regione Marche sono in previsione visite domiciliari di tecnici adeguatamente formati per evidenziare i fattori di rischio presenti nelle abitazioni, la preparazione di una check-list per l'individuazione del rischio domestico, un corso di Formazione per insegnanti per la prevenzione degli incidenti a casa e a scuola, ed altre iniziative in collaborazione con Associazione Casalinghe ed Inail.

E' inoltre in fase progettuale una collaborazione attiva con il Coordinamento Nazionale SINIACA, per lo sviluppo e l'implementazione delle matrici di rischio.

La tutela della salute negli ambienti di civile abitazione, non può essere tuttavia delegata alla sola Sanità Pubblica, bensì deve far parte di un quadro più ampio che coinvolga tutti gli attori pubblici e non, in un'ottica volta allo sviluppo di una cultura di prevenzione sociale partecipata

6.3. Sicurezza sul lavoro

Fonte:

Servizio Salute, P. di F. Sanità Pubblica, Giunta Regione Marche (progetto Nuovi Flussi Informativi INAIL-ISPEL-Regioni)

Per maggiori dettagli si rimanda alla pubblicazione specifica "La salute e il Lavoro nelle Marche. Anni 2000-2004" (Servizio Salute della Regione Marche, ASUR, INAIL, ARS, Assessorato Attività Produttive Regione Marche, Università Politecnica delle Marche, 2006) scaricabile dal sito 'marcheinsalute (link http://www.marcheinsalute.it/viewdoc.asp?CO_ID=3967&tree=1134)

Settori di attività

Il settore d'attività prevalente nella nostra regione è quello dell'artigianato (dal 51,5% al 49,9%) (Tabella 1).

Suddividendo le aziende per i vari comparti produttivi abbiamo la predominanza del settore 'costruzioni' (17,1% di media nel periodo) seguito dal 'commercio al dettaglio' (11,3% di media nel periodo).

Tabella 1 - Settori di attività produttive secondo classificazione INAIL. Anni 2000-2003.

	Anno 2000	%	Anno 2001	%	Anno 2002	%	Anno 2003	%
Indeterminato	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	1	0,0%
1 - Industria	13.313	12,0%	14.385	12,8%	14.631	12,6%	14.535	12,4%
2 - Artigianato	57.219	51,5%	56.385	50,0%	58.147	50,2%	58.627	49,9%
3 - Terziario	35.731	32,2%	37.285	33,1%	38.503	33,2%	39.618	33,7%
4 - Altre attività	2.799	2,5%	2.616	2,3%	2.611	2,3%	2.640	2,2%
5 - Speciali	2.013	1,8%	2.001	1,8%	1.988	1,7%	1.969	1,7%
TOTALE	111.075	100,0%	112.673	100,0%	115.881	100,0%	117.390	100,0%

Addetti

La maggior parte delle imprese (in media il 44% circa) ha un solo addetto; le imprese fino a 15 addetti rappresentano la quasi totalità (96,7%) delle ditte presenti nelle Marche.

La maggior parte delle imprese (in media il 46%) ha un solo addetto, le imprese fino a 15 addetti rappresentano la quasi totalità (96%) delle ditte presenti nelle Marche.

Il numero medio di addetti titolari o soci nei tre anni è di circa 73.000 con il settore costruzioni predominante, seguito dalle industrie conciarie. Il numero medio dei dipendenti nei tre anni è circa 450.000, calcolato dall'INAIL sulla media del monte salari annuale. Predominanti le industrie delle costruzioni, conciarie, delle attività immobiliari, a seguire il commercio

Malattie professionali denunciate nel periodo 2000-2004

Da notare che però la voce comparto non è compilata in circa 1/3 dei casi (2335 missing, 34,8%) per cui risulta difficile valutare appropriatamente la distribuzione delle m.p. per comparto lavorativo

La lettura del fenomeno dal punto di del gruppo Ateco conferma la prevalenza di F Costruzioni, DC Industrie conciarie, fabbricazione di prodotti in cuoio, pelle e similari, seguite da DN Altre industrie manifatturiere e DJ-Produzione di metallo e fabbricazione di prodotti in metallo.

La provincia più presente è quella di Pesaro Urbino che durante l'intero quinquennio mostra una lieve tendenza alla diminuzione.

La zona Territoriale più frequente nell'elenco delle denunce è infatti Pesaro, seguita da Fano e da quelle di altre grandi città marchigiane (Macerata, Ancona e ad Ascoli Piceno) ove si concentrano peraltro molti residenti e molte attività produttive. Un notevole impulso alle denunce è dato certamente anche dalla maggiore attenzione al problema, oltre che alla presenza di rischi lavorativi diversi.

Per le fasce d'età, la percentuale maggiore si concentra attorno alla fascia 50-64 anni seguita da quella 30-49 e dalla 65e+.

La qualifica professionale più frequente è, come ormai da anni, dopo quella indistinta di 'operatore', quella di 'muratore (circa l'8,8% dei casi) seguita da ' falegname e 'meccanico' (dopo altre due voci indistinte o non conosciute).

La malattia più rappresentata è quella 'non tabellata o contratta in lavorazioni non tabellate' soprattutto per l'industria (65,2% dei casi) e per l'agricoltura (8,5%); tra le malattie tabellate resta in testa l'ipoacusia nelle sue diverse origini (da martellatura, scriccatura, da frantumazione o macinazione ai frantoi, da lavorazione meccanica del legno, ecc.).

Malattie professionali definite nel periodo 2000-2004

Le definizioni che l'Inail ha portato a termine nel periodo 2000-2004 sono state 7621; di queste il 62 % circa sono negative, il 22,54 % sono m.p. con esito permanente. Un 10 % circa sono malattie riconosciute regolari ma non indennizzate.

In totale si contano nei cinque anni 104 decessi riconosciuti da causa lavorativa.

Valutando le malattie professionali definite per gruppi ATECO, e non tenendo conto dei missing per tale dato, i gruppi F (costruzioni), seguito DN (altre industrie manifatturiere) da DJ (produzione metalli), e DC (industria conciaria), sono i più frequenti.

E' ancora la provincia di Pesaro Urbino a rappresentare la maggioranza delle m.p. definite (circa 38% contro il 16% di Ascoli Piceno); ciò è vero anche se si considerano gli addetti per provincia con lievi differenze per i dati di Macerata e Ancona.

Il sesso maschile continua a essere rappresentato nel 70-90% dei casi: di più in patologie da lavorazioni pesanti (con uso di aria compressa, martelli pneumatici, ecc.) e meno da lavorazioni che prevedano l'uso di sostanze chimiche varie (amine aromatiche, resine, oligomeri, elastomeri, gomma arabica, ecc.) dove un maggior numero di donne sono presenti.

La qualifica professionale più frequente è quella di 'muratore (circa il 10%) seguita da 'operatore' e 'proprietario/assistente coltivatore diretto'.

Riferendosi ai postumi delle malattie, la maggior parte di quelle definite si concentrano nella classe '6-15%'; più del 94 % del totale definite si concentra sotto il 32% di postumi.

Infortuni: generalità

Si definisce "infortunio sul lavoro" ogni incidente avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro, dal quale sia derivata la morte o un'inabilità permanente al lavoro (assoluta o parziale) o una inabilità temporanea assoluta che comporti l'astensione dal lavoro per più di tre giorni (D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124 e successive modifiche ed integrazioni).

Nella tabella 2 sono riportati i dati riepilogativi: gli infortuni denunciati, definiti, le giornate indennizzate, gli infortuni permanenti e stradali relativi agli anni 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004

Tabella 2 - Riepilogo dati regione Marche

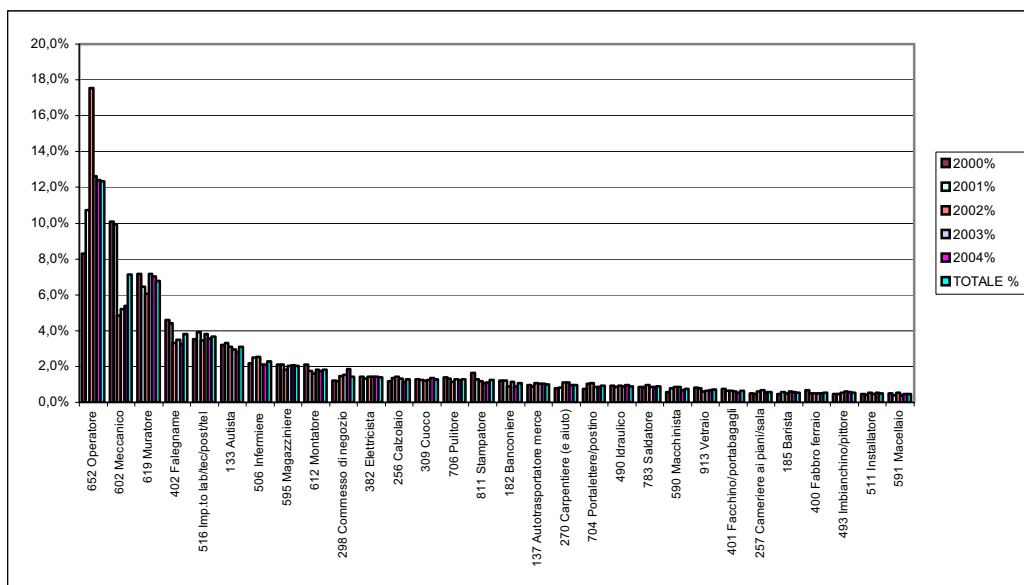
	A. 2000	A. 2001	A. 2002	A. 2003	A. 2004
infortuni denunciati	33.698	34.407	33.894	32.813	31.138
infortuni definiti	24.441	24.696	23.985	23.003	21.533
Dipendenti (INAIL)	365.957	390.720,4	359.544,8	384.826,9	/
Artigiani (INAIL)	72.428,5	75.670	75.611,7	73.626,2	/
giornate indennizzate	704.138	702.241	700.070	680.850	587.880
infortuni permanenti indenn.	1.047	877	1.009	1.070	594
infortuni mortali indennizzati	43	49	35	48	33
Inf. Strad.ind.. (esc. in itinere)	2.046	1.547	872	742	596
Inf. Strad.apermanenti indenn.	145	95	57	57	31
Inf. mortali strad. indenn.	17	10	7	8	2
infortuni in itinere indenn.	1.518	2.237	2.816	3.014	2.794
Inf. in itinere perma. indenn.	110	141	188	217	97
Inf. in itinere mortali indenn.	4	14	10	11	10

Tutti dati si riferiscono ad infortuni di dipendenti delle aziende dell'industria e artigianali e quelli di titolari, familiari e soci d'azienda artigiana (codice INAIL 110 e 113), che rappresentano l'80,7 % di tutti gli infortuni.

Infortuni Denunciati nel periodo 2000 - 2004

Nei raggruppamenti considerati, il gruppo DM 'costruzione mezzi di trasporto', ha il più alto tasso d'incidenza negli ultimi due anni considerati (2003-2004), seguito dal C 'estrazione minerali' e dal gruppo DI 'industrie non metalliferi'. Analizzando gli infortuni mortali nel periodo, si può notare che il settore più colpito è sempre quello delle 'costruzioni', seguito dai 'trasporti' e "industrie metalli"

Fig. 1 - Tasso incidenza infortuni denunciati

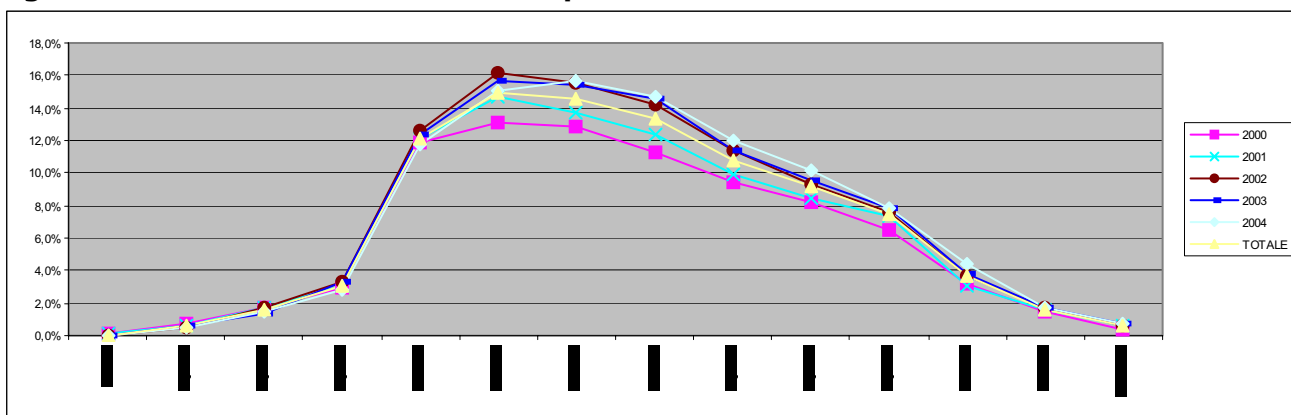


I tassi d'incidenza degli infortuni totali rilevati per provincia variano dal 53,8‰ in provincia d'Ascoli Piceno (anno 2004), all'83,5‰ della provincia di Ancona con una incidenza regionale del 63,4 ‰ (anno 2004) – 76,9 ‰ (anno 2000).

I maschi rappresentano la categoria maggiore degli infortunati (77%) mentre la fascia d'età più colpita è tra i 26 – 30 anni (15 %) seguita da quella tra i 31 e 35 anni (14,6%).

La qualifica professionale più frequente è quella degli 'operatori' (12,3%), poi del 'meccanico' (7,1 %), del 'muratore' (6,8%) e del 'falegname' (3,8%).

Fig. 2 - Infortuni denunciati suddivisi per classi di età



L'andamento degli infortuni presenta picchi nei mesi di giugno e luglio. La maggior parte (97,8%) sono accaduti nei giorni feriali, principalmente nei primi giorni della settimana. Gli infortuni denunciati accadono principalmente nella decima ora solare (ore 10.00) con picchi alle 12.00 e alle 11.00, in maniera predominante nella prima-seconda ora lavorativa.

Suddividendo gli infortuni denunciati per le 13 Zone Territoriali marchigiane (tabella 3), abbiamo tassi d'incidenza variabili dal 42,8‰ (Zona T. 11, per infortuni denunciati nel 2004) al 102,2‰ (Zona T. 5, per infortuni denunciati 2000).

Tabella 3 - Infortuni denunciati suddivisi per Zona Territoriale

Anno	2000	2001	2002	2003	2004	periodo
Zona T. 1 Pesaro	5.028	4.858	4.251	4.148	3.931	22.216
Zona T. 2 Urbino	1.354	1.514	1.619	1.577	1.505	7.569
Zona T. 3 Fano	2.581	3.052	3.308	3.136	3.215	15.292
Zona T. 4 Senigallia	1.679	1.853	1.758	1.697	1.617	8.604
Zona T. 5 Jesi	3.231	3.158	3.212	3.105	2.809	15.515
Zona T. 6 Fabriano	2.170	2.282	2.051	2.001	1.666	10.170
Zona T. 7 Ancona	5.613	5.410	5.628	5.633	5.365	27.649
Zona T. 8 Civitanova	2.467	2.388	2.463	2.275	2.237	11.830
Zona T. 9 Macerata	2.611	2.432	2.234	2.259	2.171	11.707
Zona T. 10 Camerino	834	886	958	822	833	4.333
Zona T. 11 Fermo	2.111	2.313	2.319	2.319	2.112	11.174
Zona T. 12 S. B.tto	1.395	1.581	1.606	1.546	1.492	7.620
Zona T. 13 Ascoli P.	2.624	2.680	2.487	2.295	2.185	12.271
Totale	33.698	34.407	33.894	32.813	31.138	165.950

Infortuni Definiti nel periodo 2000-2004

L'incidenza media regionale è pari al 55,8‰ nell'anno 2000, a 53,0‰ nel 2001, a 51,1‰ nel 2002, a 46,8‰ nel 2003, a 43,8‰ nel 2003 ed a 43,8‰ nel 2004.

Incidenza più elevata è nel settore 'costruzione mezzi di trasporto', seguito dalla 'industria non metalliferi' e dalle 'costruzioni'.

Tra gli infortuni mortali denunciati e definiti nel triennio, il settore più colpito è quello delle 'costruzioni' seguito dai 'trasporti'.

Suddividendo gli infortuni per le 13 Zone Territoriali marchigiane abbiamo tassi d'incidenza variabili dal 33,5‰ (ZT 11, per infortuni definiti positivamente 2002) all' 81‰ (ZT 6, per infortuni definiti positivamente 2000), con una durata media che varia dai 22,9 giorni (ZT 6, anno 2004) ai 34,9 giorni (ZT 9 e 10, anni 2001 e 2003).

Per le forme di accadimento e gli agenti materiali coinvolti nell'infortunio: tra le forme più rappresentate troviamo gli impatti violenti: "colpito da", "ha urtato contro", "si è colpito con", seguiti da "è caduto in pieno su".

Gli agenti materiali maggiormente coinvolti negli infortuni sono i "materiali solidi", "mezzi di trasporto terrestre non su rotaie" e "superfici di lavoro e transito".

Incrociando le prime forme di accadimento con i primi agenti materiali si nota che:

- gli investimenti sono quasi sempre 'da mezzi di trasporto non su rotaia'
- al secondo posto ci sono incidenti avvenuti a persone 'alla guida' di 'mezzi di trasporto non su rotaia'
- seguono le 'cadute in pieno' su 'superfici di lavoro e transito' 'colpito' da 'materiali solidi'.

Bibliografia

1. Istat. Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Roma 1999.
2. Legge 3 dicembre 1999. norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici.
3. Regione Marche. Piano Sanitario Regionale 2003-2006.
4. Progetto europeo E.H.L.A.S.S.
http://www.ministerosalute.it/promozione/inc_domestici.jsp.
5. Taggi F. La sorveglianza e la prevenzione degli infortuni in ambienti di civile abitazione: alcune riflessioni per l'attuazione dell'art. 4 della legge493/1999. Rapporti ISTISAN 01/11. Roma, 2001.
6. Censis. Primo rapporto annuale sul valore della sicurezza in Italia. Roma 2004.
http://www.censis.it/277/280/399/home_rapportoannuale.asp.

6.4. SICUREZZA NEI COMPORAMENTI INDIVIDUALI

Fonti informative:

- **ISTAT: indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari - anni 1999-2000"** Il campione di riferimento si compone di 52.300 famiglie, per un totale di circa 140.000 individui distribuiti in 1.449 comuni.
- **ISTAT: Stili di vita e condizioni di salute - Indagine Multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" - anno 2006:** Il volume contiene i dati dell'indagine condotta tra il dicembre 2001 ed il marzo 2002. Il campione di riferimento è composto da 19.920 famiglie, per un totale di 53.113 individui. Le informazioni sono state raccolte in parte per intervista diretta, in parte per autocompilazione di un questionario.
- **ISTAT: Annuario Statistico Italiano 2004:** Viene offerta una sintesi delle informazioni statistiche di maggior rilievo prodotte dall'ISTAT e da altri enti del Sistema statistico nazionale in campo ambientale, demografico, sociale ed economico. I dati pubblicati sono generalmente riferiti al 2003 e disaggregati a livello regionale
<http://www.istat.it/>
- Elaborazione delle Schede di dimissione ospedaliera: Archivio SDO, Agenzia sanitaria regionale;
- ASU Regione Marche - Dipartimento Dipendenze- elaborazione dati dei Servizi Tossicodipendenze (SerT) e del Ministero della Salute.

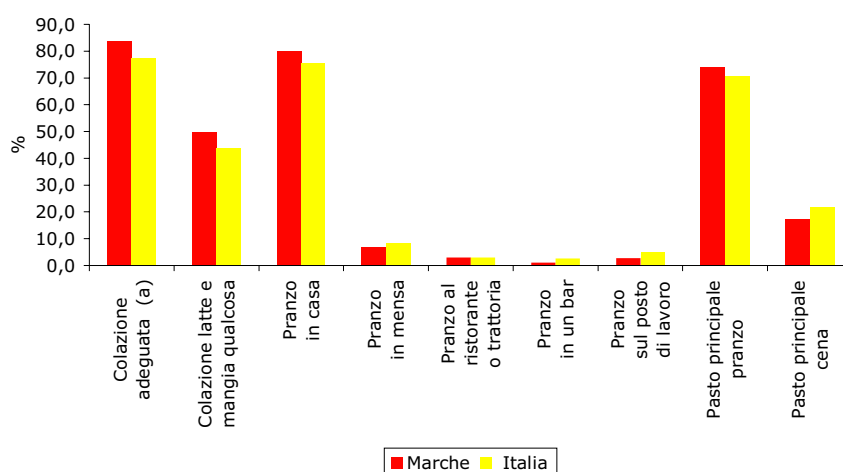
Alimentazione

Stile Alimentare

Negli ultimi anni si sta registrando un cambiamento generale delle abitudini degli italiani, tale si mostra anche nelle Marche.

Nel 2003 il pranzo continua a rappresentare il pasto principale dei marchigiani, anche se si nota una leggera diminuzione di chi lo dichiara il più importante a favore della cena (pasto principale: pranzo 74,1% contro il 78,1% del 2001; cena 17,2% contro 12,8% nel 2001) e viene consumato soprattutto in casa (80% dato marchigiano rispetto al 75,6%, dato italiano). In lieve aumento sono i marchigiani che consumano il pranzo fuori casa (in mensa: 6,9% contro il 4,3% del 2001 mentre rimangono basse le percentuali di chi lo consuma in ristoranti e bar).

Figura 6.4.1- Persone di 3 anni e più per stile alimentare. Confronto Marche - Italia 2003 (composizione %).

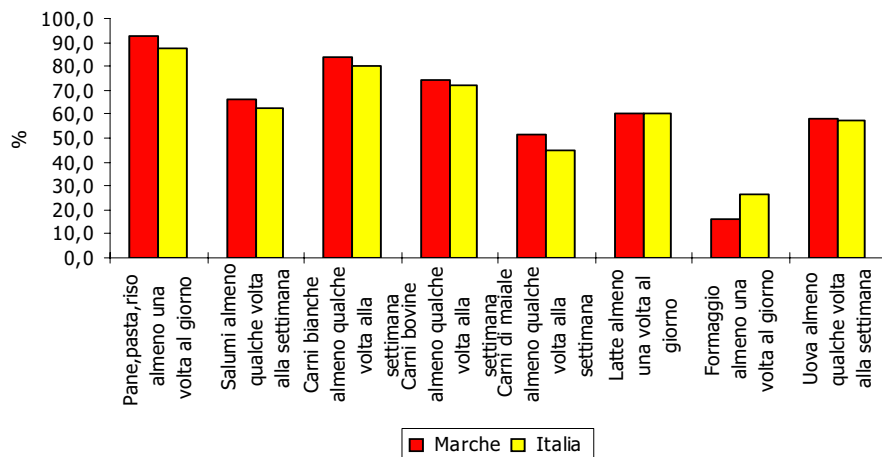


(a) Per adeguata, si intende una colazione in cui non si assumono soltanto tè o caffè, ma si beve latte e/o si mangia qualcosa

Fonte: ISTAT - Indagine multiscopo 2006

La dieta regionale è di tipo "mediterraneo" e la quota di popolazione che mangia pane, pasta, riso almeno una volta al giorno è leggermente aumentata rispetto agli anni precedenti (92,8% vs 89,8% del 2001).

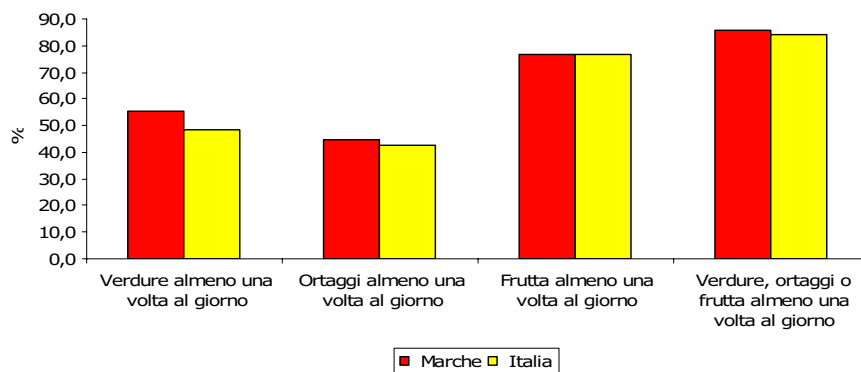
Figura 6.4.2 – Persone di 3 anni e più per consumo di alcuni cibi. Confronto Marche – Italia 2003 (composizione %).



Fonte: ISTAT - Indagine multiscopo 2006

Più della metà della popolazione marchigiana mangia carne o insaccati almeno qualche volta alla settimana, preferendo in particolare le carni bianche (84%). In generale il consumo di carne e insaccati è superiore rispetto ai dati italiani.

Figura 6.4.3 – Persone di 3 anni e più per consumo di alcuni cibi. Confronto Marche – Italia 2003 (composizione %).



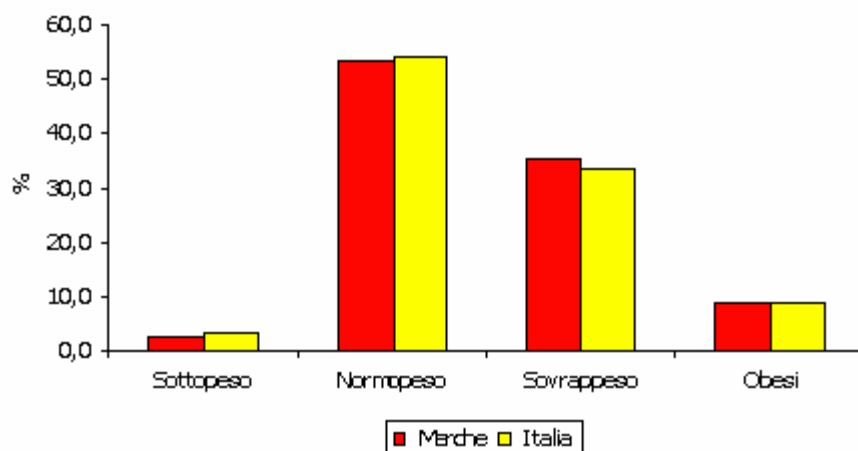
Fonte: ISTAT - Indagine multiscopo 2006

Sono in aumento i consumi di frutta e verdura, infatti marchigiani che dichiarano di assumerne almeno una volta al giorno verdure, ortaggi e frutta sono rispettivamente il 55,4%, 44,9%, 76,7% (contro i 51,5%, il 40,1% e il 76,9% del 2002). Il 96% dei marchigiani cuoce i cibi utilizzando olio di oliva o grassi vegetali, il 97% condisce a crudo con olio di oliva o grassi vegetali.

Obesità

Secondo i dati ISTAT, le persone di 15 anni e più in sovrappeso rappresentano il 35,3% dei marchigiani (in leggero aumento rispetto al 2000: 34,2%).

Figura 6.4.4 – Tavola 4.2 – Percentuale di persone di 18 anni e più per indice di massa corporea; confronto Marche – Italia, anno 2003.



Fonte: ISTAT - Indagine multiscopo 2006.

Per quanto riguarda i soggetti in eccesso ponderale lo *Studio PASSI per l'Italia*, che a livello nazionale è stato attuato nel 2005 dalla maggior parte delle regioni, evidenzia che il 40% della popolazione risulta essere in sovrappeso o obeso, tale condizione cresce con l'età (risultano, infatti, esserlo circa il 57% gli ultracinquantenni), con il livello di istruzione e con il sesso maschile. Tra le persone in eccesso ponderale il 31% svolge una dieta ed il 24,8% fa attività fisica per perdere peso.

Tabella 6.4.1 – Popolazione in soprappeso o obesa. Marche anno 2005.

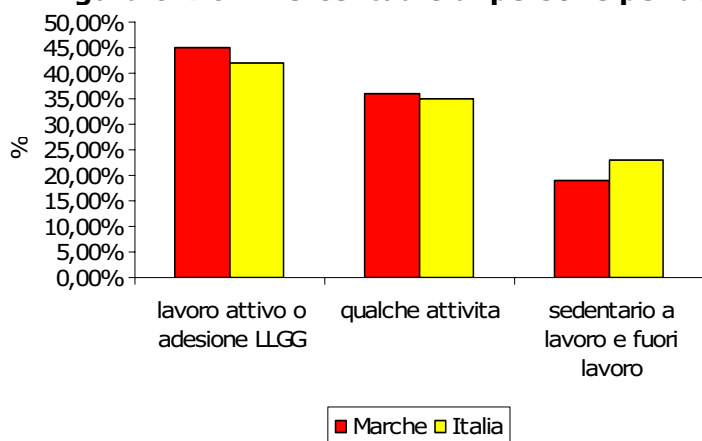
Caratteristiche demografiche		%
Totale		39,7 (IC 95%36,3-43,3)
Età, anni		
	18 - 24	13,3
	25 - 34	20,4
	35 - 49	40,7
	50 - 69	56,6
Sesso		
	Uomini	47,3
	Donne	32,8
Istruzione		
	bassa	47,6
	alta	59,0

Fonte: Studio PASSI per l'Italia 2005, ARS Marche.

Attività fisica

Interessanti risultano i dati sull'attività fisica svolta dai marchigiani, emersi dal Rapporto dello *Studio PASSI per l'Italia* effettuato nella nostra regione. Il 45% del campione intervistato dichiara di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica, (ossia esegue 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana), il 36% non effettua lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato e circa il 19% è completamente sedentario.

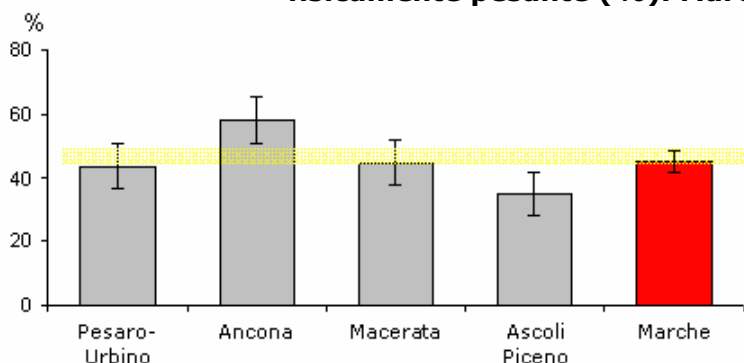
Figura 6.4.6 – Percentuale di persone per attività fisica. Marche, anno 2005.



Fonte: Studio PASSI per l'Italia 2005, ARS Marche.

A livello provinciale la percentuale di soggetti che aderisce alle linee guida o svolge un lavoro fisicamente pesante varia da 34,9% di Ascoli Piceno a 58,2% di Ancona.

Figura 6.4.7 – Persone che aderiscono alle linee guida o eseguono un lavoro fisicamente pesante (%). Marche – anno 2005.



Fonte: Fonte: Studio PASSI per l'Italia 2005, ARS Marche.

Dallo studio i completamente sedentari risultano i meno giovani (22,7%) le donne (21,7%) e le persone con basso livello di istruzione (20,5%) ossia coloro che non hanno nessun titolo di studio, o licenza elementare, o licenza media inferiore.

Tabella 6.4.2 – Popolazione sedentaria. Marche - anno 2005.

Caratteristiche Demografiche	Sedentari, %*
Totale	18,6 (IC95%:16,0-21,6)
Età	
18 - 34	14,7
35 - 49	17,6
50 - 69	22,7
Sesso	
uomini	15,2
donne	21,7
Istruzione	
bassa	20,5
alta	17,1

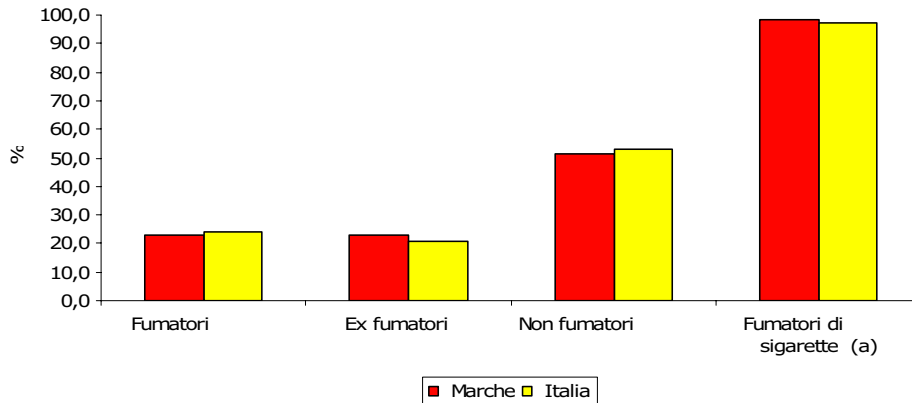
* chi svolge meno di 10 minuti d'attività fisica alla settimana e non effettua un lavoro pesante

Fonte: Studio PASSI per l'Italia 2005, ARS Marche.

Fumo

Dai dati ISTAT del 2003 si evidenzia che i fumatori sono il 23,9% dei marchigiani e di questi, il 98,1% fuma sigarette. Gli ex fumatori sono il 22,8%. Non fuma il 51,6% dei marchigiani.

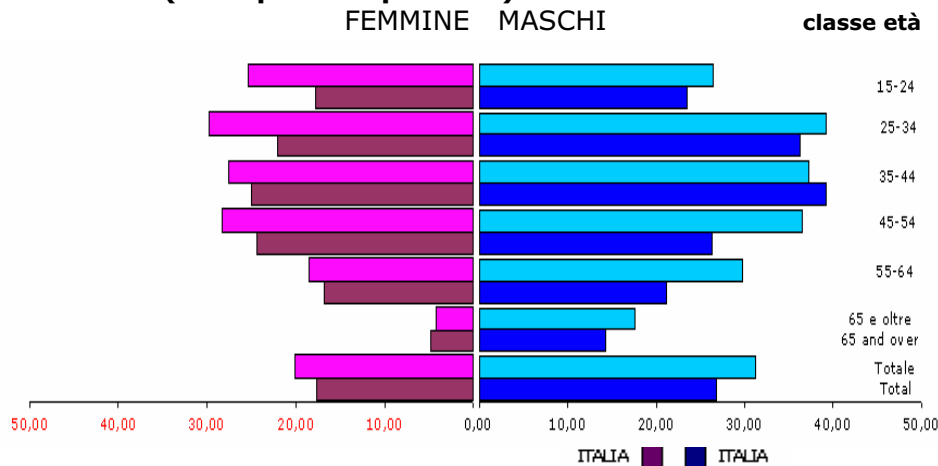
Figura 6.4.7 – Persone di 14 anni e più per abitudine al fumo e numero di sigarette fumate; confronto Marche - Italia, anno 2003.



Fonte: ISTAT

L'abitudine al fumo si sta diffondendo sempre di più tra i soggetti giovani nell'età compresa tra i 25 e 34 anni. Negli ultimi anni, infatti, è aumentata la frequenza del consumo di tabacco nelle classi di età più basse. La percentuale maggiore dei fumatori maschi appartiene alla classe di età 35-44 (39,20%), mentre la percentuale più elevata delle fumatrici è nella classe di età tra i 25-34 anni (29,85% del 2003 vs 29% della classe tra i 35-44 anni nel 2001); ha subito una riduzione, rispetto agli **anni precedenti, la diffusione del fumo fra i giovanissimi tra i 15 e i 24 anni (24,42% vs. 27,1% nel 2001).**

Figura 6.4.8 - Fumatori di 15 anni e più per sesso e classe di età. Confronto Marche - Italia 2003 (tassi per 100 persone).

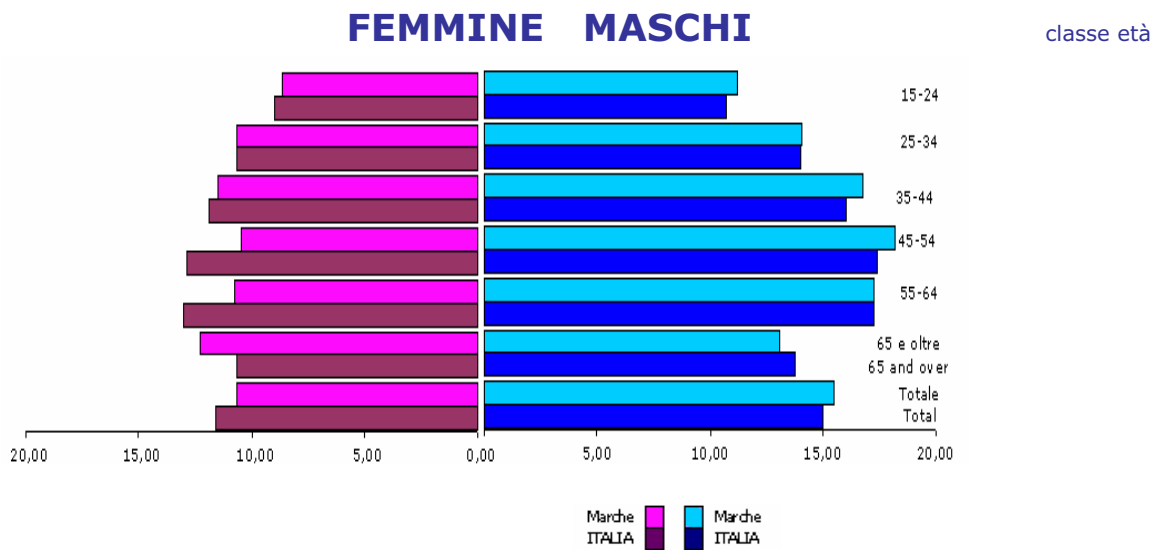


Fonte: ISTAT.

In media vengono fumate 14 sigarette al giorno; il 9,67% dei fumatori fuma più di 20 sigarette al giorno.

Fra i maschi il valore più alto di sigarette fumate (17) si registra nella classe di età 45-54; nelle femmine, il numero maggiore fumato è di 12 sigarette al giorno nelle ultra 65enni. Negli ultimi anni il numero di sigarette giornaliere fumato dai giovani (15-24 anni) si è ridotto (6,9 nel 2003 contro 12,3 nel 2001).

Figura 6.4.9 - Numero medio giornaliero di sigarette consumate per sesso e classe di età. Confronto Marche - Italia 2003.



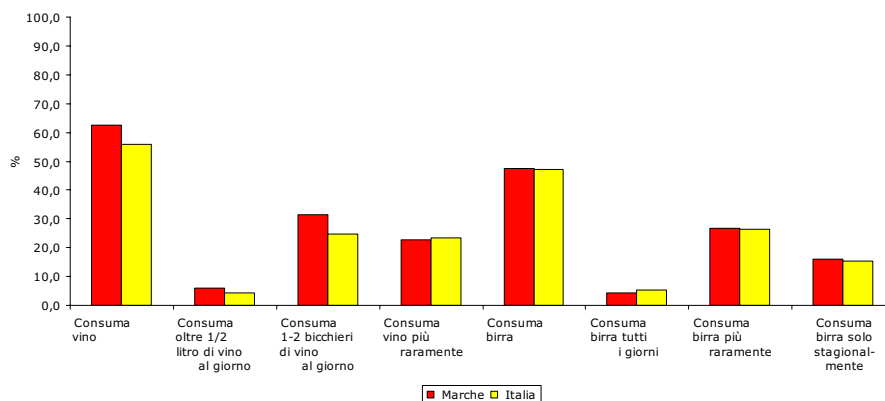
Fonte: ISTAT.

Alcol

Consumi di alcol

Dall'indagine *Multiscopo* eseguita dall' ISTAT nel 2003 emerge che nella nostra regione la bevanda alcolica più consumata è il vino (62,6% vs 66,4% del 2001) con diverse modalità: 31,3% ne beve 1 o 2 bicchieri al giorno; il 22,7% lo assume saltuariamente; l' 5,6% ne consuma più di mezzo litro/die (8% nel 2001). In calo è il consumo di alcolici 27,3% nella nostra regione rispetto 29,3% dell'intera nazione.

Figura 6.4.12 - Percentuali di persone di 14 anni e più per consumo di vino e birra e superalcolici almeno qualche volta nell'anno. Confronto fra regione Marche e Italia.



Fonte: ISTAT- indagine multiscopo 2003.

Il consumo di alcol insieme alle altre abitudini di vita non corrette (alimentazione sbilanciata, fumo e sedentarietà) è un grave problema che non riguarda solo la persona che ne abusa, ma anche la collettività intera. Dai risultati dello *Studio PASSI per l'Italia* la percentuale di marchigiani che ha dichiarato di consumare alcolici risulta essere leggermente superiore rispetto al resto dell'Italia (66%vs 64%).

Tabella 6.4.11 - % di consumatori di bevande alcoliche per età, sesso e livello d'istruzione. Marche, anno 2005.

Caratteristiche Demografiche	% che ha bevuto ≥ 1 unità di bevanda alcolica* nell'ultimo mese
Totale	65,5 (IC95%:62,2-68,8)
Età, anni	
18 - 24	67,5
25 - 34	64,1
35 - 49	68,9
50 - 69	62,5
Sesso	
Uomini	78,8
Donne	53,4
Istruzione	
Bassa	64,6
Alta	65,5

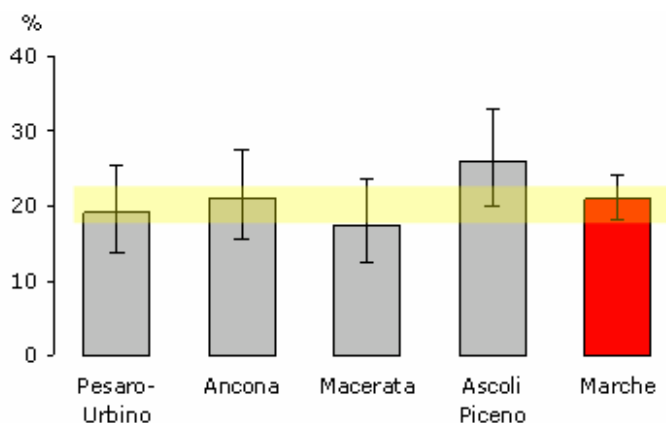
Fonte: Studio PASSI per l'Italia 2005, ARS Marche.

I tassi più elevati tra coloro che hanno dichiarato di aver assunto una o più unità di bevande alcoliche (*una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) si riscontrano nelle fasce di età 18-24 anni e 35-49 anni, tra i maschi e tra i soggetti con elevato livello di istruzione.

Dipendenza da alcol

Il primo passo verso la dipendenza dalle bevande alcoliche è l'assunzione "a rischio", ossia: più di 5 unità alcoliche nella stessa occasione (bevitore binge); oppure consumo fuori pasto; oppure consumo forte (assunzione di più di 3 bevande/giorno per i maschi, più di 2/giorno per le femmine). Grazie allo Studio PASSI per l'Italia abbiamo rilevato che il 17% di coloro che hanno dichiarato di assumere bevande alcoliche è un bevitore "a rischio".

Figura 6.4.13 - %di consumatori a rischio (forti bevitori, bevitori fuori pasto e binge). Marche, anno 2005.

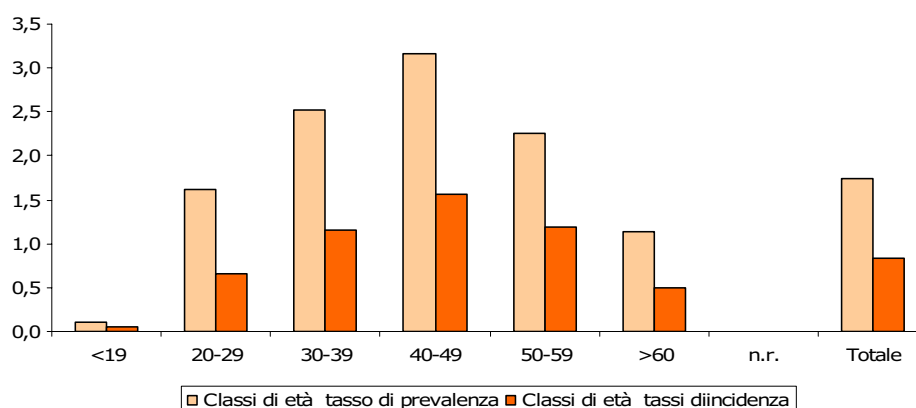


Fonte: Studio PASSI per l'Italia 2005, ARS Marche.

La distribuzione per provincia dei consumatori "a rischio" evidenzia un range che va da 19,1% (Macerata) ad 26% (Ascoli Piceno).

Solo nell'anno 2005 i nuovi utenti che si sono rivolti al Servizio Tossicodipendenze SerT (14 in tutto il territorio regionale) per dipendenza da alcol, sono stati 1033 con età media pari a 43 anni circa. Dall'analisi dei tassi si nota come la classe di età più colpita dall'alcolismo è quella dai 40 ai 49 anni.

Figura 6.4.13 - Tassi di prevalenza e incidenza annuale (x 1000 abitanti) per classi di età del totale degli utenti Alcoldipendenti. Marche 2005.

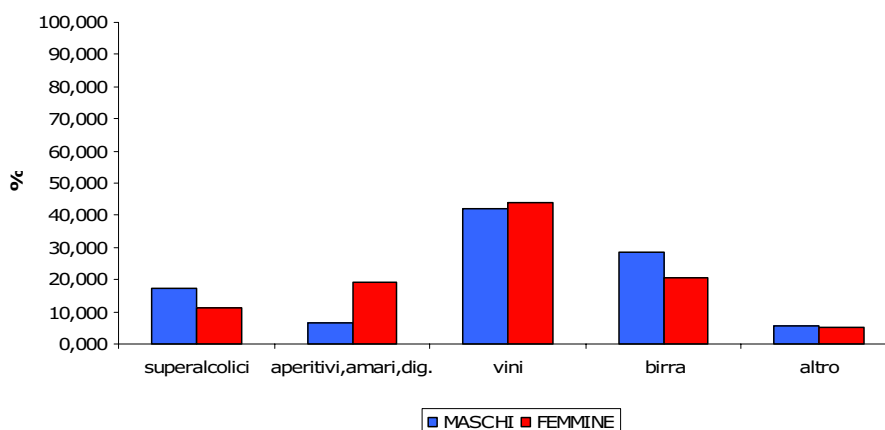


Fonte: elaborazione del Dipartimento dipendenze su dati del Ministero della salute

Il confronto dei dati con il 2003 evidenzia un leggero incremento del tasso di prevalenza a carico della classe di età inferiore a 19 anni (0,01 nel 2003 contro 0,1 nel 2005).

Le bevande alcoliche più frequentemente consumate dagli utenti dei SerT sono il vino per il 42% dei maschi e il 44,% delle femmine; anche aperitivi e digestivi sono preferiti maggiormente dalle donne (19,2% contro il 6,7% degli uomini).

Figura 6.4.14 - Percentuale della tipologia di bevande alcoliche di uso prevalente degli Utenti in carico ai SerT. Marche 2003.



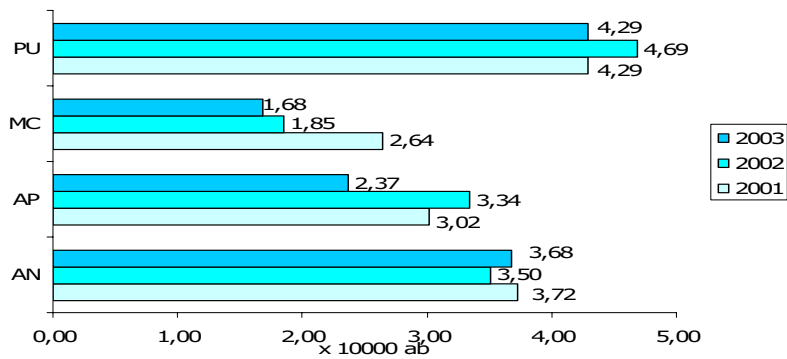
Fonte: elaborazione del Dipartimento dipendenze su dati del Ministero della salute

Questi dati rispecchiano la situazione dei consumi di alcolici nella regione.

Ricoveri alcol-correlati

Dal 2001 al 2003 il territorio regionale ha avuto una media annua di 488 ricoveri per epatopatie alcoliche (ICD IX 571.0 – 571.3). Il tasso più alto di degenze per tali malattie è stato registrato nel 2001, (3,35x 10.000 abitanti). I tassi di ospedalizzazione per provincia, nel triennio indagato, evidenziano un eccesso di ricoveri nella circoscrizione di Pesaro-Urbino rispetto alle altre province con un picco di 4,69x10.000 registrato nel 2002. La provincia di Macerata risulta avere il tasso più basso della regione, rispettivamente di 1,68x10000, 1,85x10000, 2,64x10000 negli anni considerati, mostrando una tendenza al progressivo incremento.

Figura 6.4.15 - Tassi di ricoveri per epatopatia alcolica per provincia nel periodo 2001-2003.

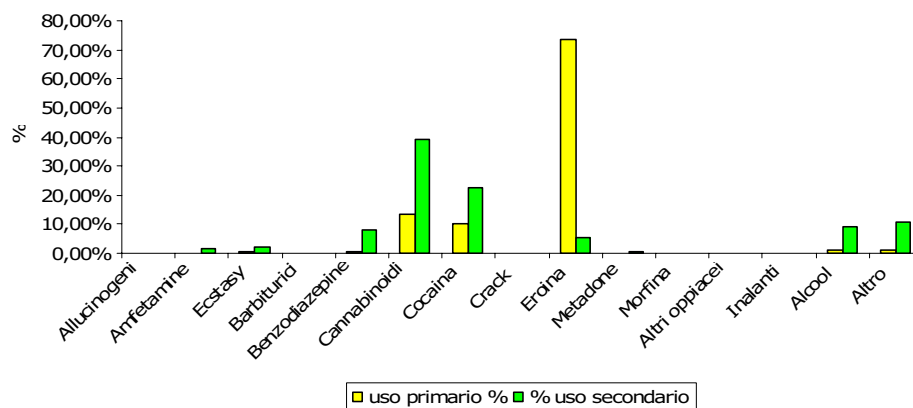


Fonte: Flusso informativo regionale SDO e dati ISTAT 2002.

Tossicodipendenze

In Italia "tossicodipendenza" significa spesso uso endovenoso di eroina, sia perché circa l'86% delle persone che si rivolgono ai SerT presenta questo tipo di problema, sia perché l'uso di eroina endovena presenta una forte associazione con diversi effetti sulla salute (Studio VEdeTTE 2002). Nelle Marche gli utenti che si sono rivolti per la prima volta ai SerT, nel 2005, sono per il 73,4% eroino-dipendenti (inferiore al 2003 di 77,1%), mentre solo il 13,6% dipendenti dalla cannabis.

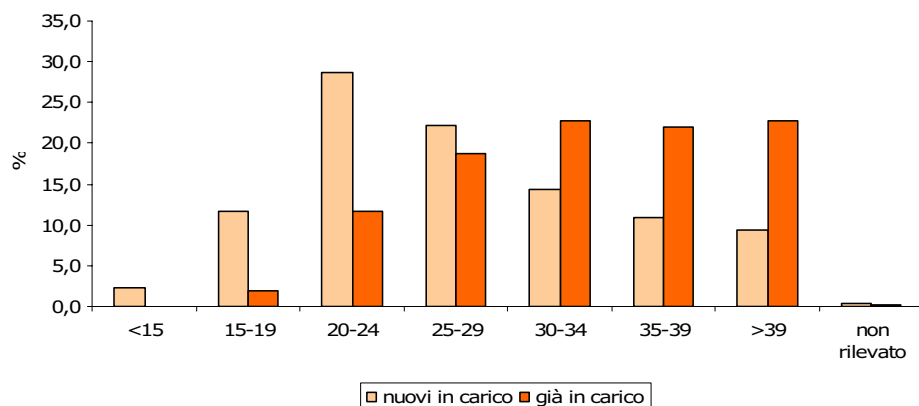
Figura 6.4.16 - Uso primario e secondario di sostanze. Percentuale di soggetti distribuiti per sostanza stupefacente d'abuso. Marche, anno 2005.



Fonte: elaborazione del Dipartimento dipendenze su dati del Ministero della salute

Facendo un confronto tra il 2004 e il 2005 si vede che il consumo primario di allucinogeni, droghe sintetiche, cannabinoidi e oppiacei è calato nel tempo a favore dell'aumento del consumo di eroina (73,4% 2005) e di cocaina che ha subito, a sua volta, un netto incremento nel breve periodo di un anno (10% nel 2005 e 8% nel 2004).

Figura 6.4.17 - Tassi di prevalenza e incidenza annuale regionale (x 1000 abitanti) per classi di età del totale degli utenti Tossicodipendenti. Marche, anno 2005.



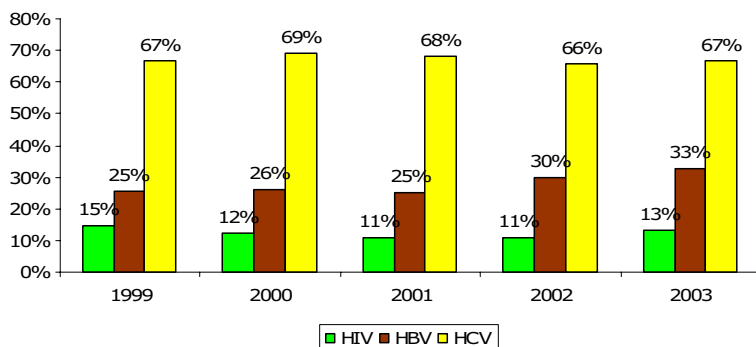
Fonte: del Dipartimento dipendenze su dati del Ministero della salute

Nel 2005 il numero di utenti dei SerT sono stati 4852, di questi 3601 erano già in carico dagli anni precedenti mentre 1251 si sono rivolti per la prima volta nell'anno 2005. Il fenomeno tossicodipendenza colpisce prevalentemente la classe di età 20-24 anni con il 28,6 di nuovi utenti.

Effetti sulla salute

Le infezioni tipiche di chi fa uso di droghe sono quelle da HIV, HBV e HCV, soprattutto a causa della pratica di scambio di siringhe usate.

Figura 6.4.18 – Prevalenza percentuale degli HIV, HBV, HCV positivi sul totale degli utenti dei SerT di cui si conosce il profilo sierologico. Marche 2003.



Fonte: elaborazione del Dipartimento dipendenze su dati del Ministero della salute

La situazione marchigiana dei SerT nel 2003 vede al primo posto con 67%, circa, la sieropositività per l'epatite virale di tipo C, al secondo posto si hanno le infezioni da epatite virale di tipo B con 33% e l'ultimo posto è occupato dall'infezione da virus dell'immunodeficienza umana dove la percentuale risulta del 13%.

6.5 SICUREZZA ALIMENTARE

Il controllo degli alimenti, prodotti o commercializzati nella regione è affidato all'attività di vigilanza dei Dipartimenti di prevenzione delle Zone Territoriali della Azienda sanitaria Unica Regionale.

Gli accertamenti analitici sono effettuati dall'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria e Marche (IZSUM), per quanto riguarda gli alimenti di origine animale e dai laboratori dell'ARPAM per quanto riguarda gli alimenti di origine vegetale. Nel 2003 sono stati analizzati in tutta la regione circa 2012 campioni di alimenti di origine animale sui quali sono stati effettuati 10340 controlli analitici.

Figura 6.5.1 - Distribuzione per tipologia dei campioni di alimenti di origine animale analizzati nelle Marche. Anno 2003



Fonte: archivi di laboratorio - IZSUM

Le carni e i prodotti a base di carne, per le caratteristiche, intrinseche e la lavorazione sono considerati gli alimenti sono considerati a alto più a rischio di contaminazione microbiologica e presenza di residui e vengono infatti privilegiati nel campionamento (figura 6.5.1). I prodotti ittici analizzati provengono principalmente dalle partite importate dai paesi terzi e in transito dal porto di Ancona.

L'irregolarità più frequentemente riscontrata riguarda la presenza di microrganismi patogeni e tra questi la Salmonella è il microrganismo che risulta più diffuso (tabella 6.5.1)

Tabella 6.5.1 - Irregolarità microbiologiche e chimiche rilevate negli alimenti. Anno 2003

categorie di alimenti	campioni analizzati	irregolarità microbiologiche		irregolarità chimiche		TOTALE
		Salmonella	Listeria	metalli pesanti	additivi	
carne fresche e lavorate	819	21	2	0	2	28
prodotti ittici	419	2	0	1	9	15
prodotti al consumo	442	8	0	0	0	16
latte e latticini	274	0	0	0	0	0
uova ovoprodotti	58	0	0	0	0	0

Fonte: archivi di laboratorio IZSUM

La percentuale di campioni di alimenti positivi per la presenza di Salmonella risulta comunque modesta e riguarda quasi esclusivamente le carni fresche o lavorate (tabella 6.5.2).

Tabella 6.5.2 - Campioni di alimenti analizzati per ricerca di agenti di zoonosi. Anno 2003

	RICERCA SALMONELLA		RICERCA LISTERIA	
	analizzati	% positivi	analizzati	% positivi
carni fresche e lavorate	739	2,8	128	1,6
Prodotti ittici	181	1,1	17	0
Prodotti al consumo	702	1,1	352	0
latte e latticini	312	0	314	0
uova ovoprodotti	45	0	0	0
totale	1979	1,6	811	0,9

Fonte: archivi di laboratorio IZSUM

Tabella 6.5.3 - Suddivisione per specie di origine dei campioni di carne e derivati analizzati per ricerca Salmonella. Anno 2003

specie	carni fresche		preparati di carne		prodotti a base di carne	
	analizzati	% positivi	analizzati	% positivi	analizzati	% positivi
suina	56	7,1	21	9,5	293	4,1
bovina	151	0	21	4,8	6	0
aviare	21	0	4	0	13	0
altre specie	16	0	0	0	2	0
non determ.	20	0	68	0	47	0
totale	264	1,5	114	2,6	361	3,3

Fonte: archivi di laboratorio IZSUM

Particolarmente interessante è la contaminazione dei prodotti di origine suina, per i quali risulta la presenza di Salmonella sia nelle carni fresche che nei prodotti pronti per il consumo. Per avere informazioni più dettagliate sull'origine e sulle contaminazioni da salmonella abbiamo consultato gli archivi regionali del circuito Enter-Net. Enter-Net è un progetto finanziato dalla commissione europea per la sorveglianza delle infezioni da enterobatteri, che si prefigge di alimentare una rete internazionale di laboratori di riferimento. Le tabelle 6.5.4 e 6.5.5 mostrano i sierotipi di Salmonella isolati più frequentemente dai campioni umani e alimentari prelevati nelle Marche nel 2003.

Tabella 6.5.4 - I 5 sierotipi di Salmonella più frequentemente isolati da campioni alimentari. Anno 2003

sierotipi	n. isolamenti	% isolamenti sul totale
<i>typhimurium</i>	12	16
<i>enteritidis</i>	10	13
<i>bredeney</i>	5	7
<i>london</i>	5	7
<i>derby</i>	5	7

Fonte: archivi di laboratorio IZSUM

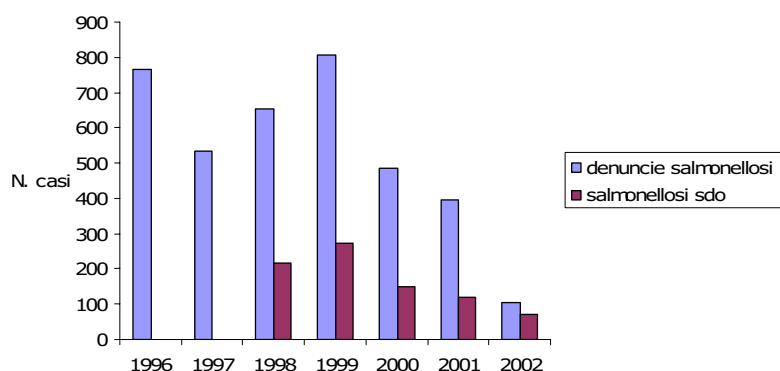
Tabella 6.5.5 - I 5 sierotipi di Salmonella più frequentemente isolati da campioni umani. Anno 2003

sierotipi	n. isolamenti	% isolamenti sul totale
<i>typhimurium</i>	138	36,5
<i>enteritidis</i>	125	33,0
<i>4,5,12:i:-</i>	30	7,9
<i>panama</i>	16	4,2
<i>derby</i>	10	2,6

Fonte: archivi di laboratorio IZSUM

Possiamo notare come i sierotipi *typhimurium*, *enteritidis* e *derby* sono i più frequentemente isolati sia dagli alimenti che dall'uomo. Il 50 % delle salmonelle isolate dagli alimenti proviene da matrici di origine suina; le salmonelle indicate dalla bibliografia come ubiquitarie o tipiche del pollame, sono nelle Marche state isolate in percentuali elevate nei prodotti suini. Per avere un'idea dell'impatto che le contaminazioni degli alimenti di origine animale, hanno sull'uomo, abbiamo raccolto i dati delle schede di dimissione ospedaliera relative agli anni 1996 - 2002 e i dati sulle segnalazione di malattie infettive (tabelle 6.5.2)

Figura 6.5.2 - Casi di gastroenteriti da salmonella dalle schede di segnalazione e dalle schede di dimissione ospedaliera. Anni 1996-2002



Fonte: Ag

I casi di gastroenteriti da Salmonella mostrano un **andamento** decrescente dal 1999 al 2002, sono comunque la tipologia di tossinfezione più frequente e, considerando anche i problemi di sottotifica rappresentano un problema sanitario rilevante.

6.6. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ AMBIENTALE COME DETERMINANTE PER LA SALUTE

Fonti informative:

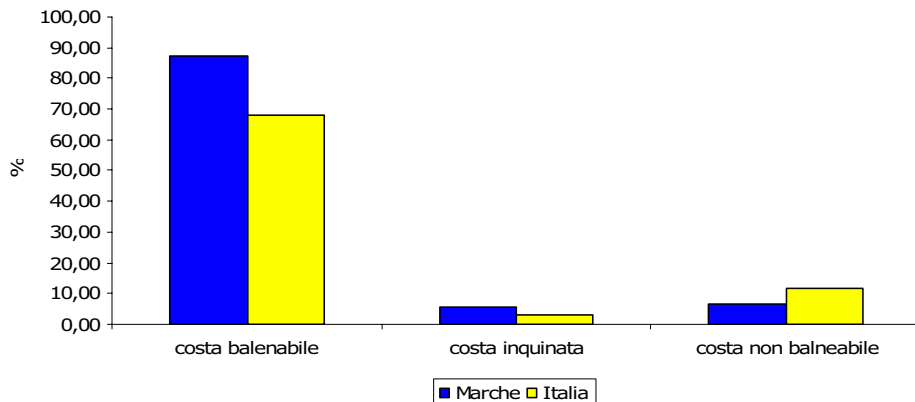
- Rapporto sulla qualità delle acque di balneazione anno 2003: elaborazione del Ministero della Salute su dati ISTAT;
<http://www.ministerosalute.it/promozione/balneazione/balneazione.jsp>
- Annuario dei dati ambientali 2006: Agenzia per la protezione dell'ambiente e per i servizi tecnici. http://www.apat.gov.it/site/it-IT/APAT/Pubblicazioni/Stato_Ambiente/Annuario_Dati_Ambientali/
- I dati riguardanti gli effetti dell'inquinamento sulla salute fanno riferimento allo studio eseguito dal Servizio di Epidemiologia Ambientale – Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale delle Marche www.arpa.marche.it
- Osservatorio Rifiuti delle Province di Ancona, Ascoli Piceno, Macerata, Pesaro-Urbino.

Acqua

Acque superficiali e profonde

La costa marchigiana è totalmente controllata con prelievi periodici sia ai fini di protezione ambientale che di tutela della salute. Le Marche con il 87,5%, è fra le regioni a percentuale maggiore di costa balneabile.

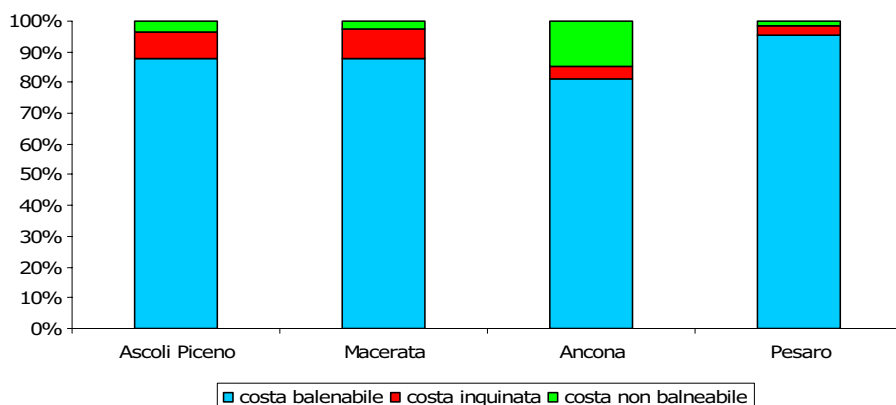
Figura 6.6.1 – Percentuale di costa per caratteristiche di balneabilità. Confronto Marche – Italia, anno 2005.



Fonte: Ministero della Salute.

La distribuzione delle caratteristiche di balneabilità per provincia vede Pesaro al primo posto con 95,52% di costa balneabile. La provincia di Macerata risulta avere il primato di costa più inquinata, infatti a causa dell'inquinamento il 9,5% della costa provinciale totale non è balneabile.

Figura 6.6.2 – Percentuale di costa per provincia e per caratteristiche di balneabilità. Marche, anno 2005.



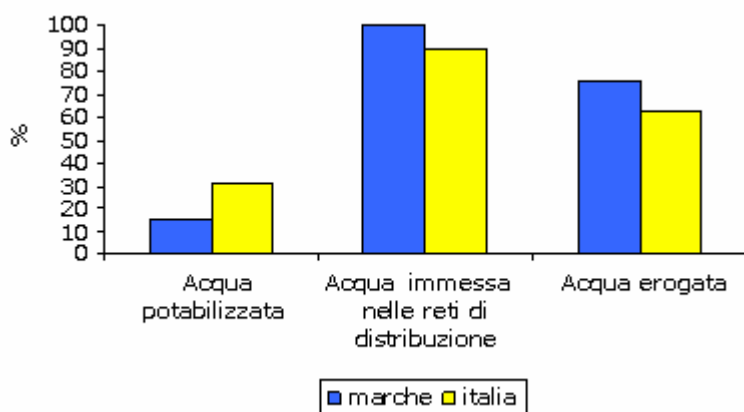
Fonte: Ministero della Salute.

La provincia di Ancona ha, con 14,6%, la percentuale maggiore di costa non balneabile per cause diverse dall'inquinamento (zone portuali e foci dei fiumi).

Acque destinate al consumo umano

L'85% circa dell'approvvigionamento idrico marchigiano deriva dalle acque profonde del sottosuolo (fonte APAT). La provincia di Ascoli Piceno possiede rifornimento idrico prevalentemente da acqua sorgiva (86%). Macerata ed Ancona hanno una distribuzione di acqua derivata da falde profonde rispettivamente del 58% (36% acque sorgive) 88% per la seconda (fonte ARPAM).

Figura 6.6.3 – Percentuale di acqua ad uso potabile per caratteristiche sul totale di acqua prelevata. Marche, anno 2005.



Fonte: ISTAT.

Il 15,12% dell'acqua prelevata nelle Marche, destinata al consumo umano, viene potabilizzata. Il totale dell'acqua prelevata viene immessa nella rete di distribuzione e di questa il 75,74% risulta erogata all'utenza.

Le Marche sono tra le regioni con minore potabilizzazione dell'acqua prelevata e destinata al consumo umano. Infatti l' 88,84% dell'acqua immessa nelle rete idrica marchigiana è potabile senza necessità di trattamenti, contro il 68,9% di quella del resto della nazione.

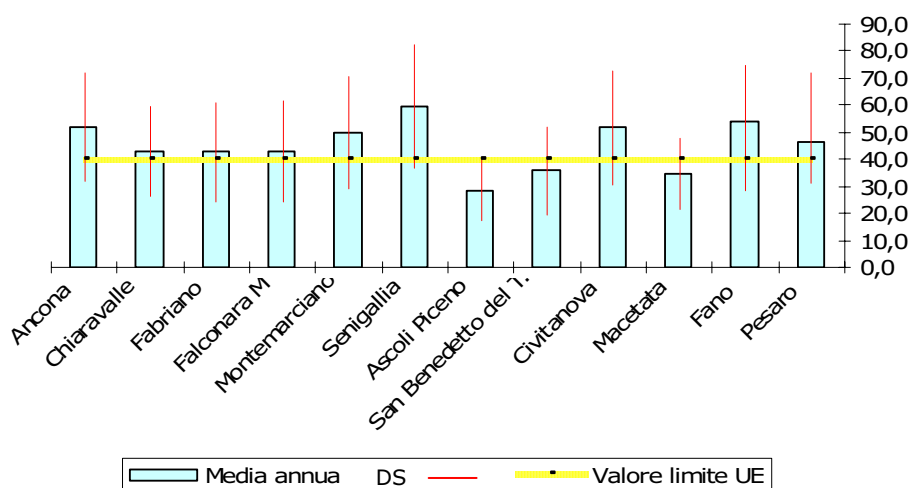
Aria

La qualità dell'aria

La combinazione tra condizioni meteorologiche ed immissione in atmosfera di prodotti delle combustioni, innalza pericolosamente il livello delle polveri sottili (PM_{10} e $PM_{2,5}$), queste, per le loro dimensioni non vengono fermate nelle prime vie aeree (cavità nasali e trachea), potendo raggiungere in tal modo gli alveoli polmonari ed espletare in quella sede azioni nocive o addirittura permettendo l'assorbimento diretto delle sostanze tossiche che le compongono. Il monitoraggio di questi inquinanti è effettuato attraverso centraline di rilevamento dei parametri atmosferici, ormai presenti in molte città.

Nelle Marche le stazioni di rilevamento delle polveri sottili sono posizionate in punti ad alto traffico.

Figura 6.6.4 - Media annua e \pm deviazione standard (DS) delle concentrazioni giornaliere in $\mu g/m^3$ del PM_{10} . Marche, anno 2006.

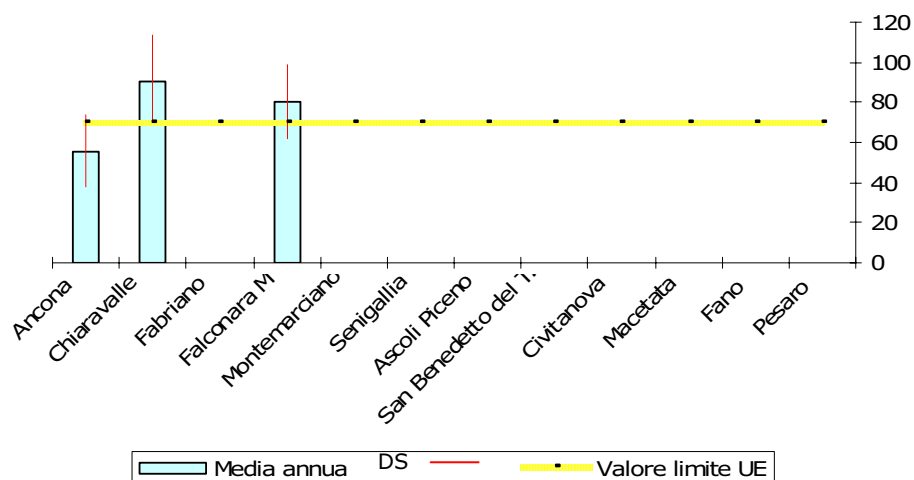


Fonte: Servizio di epidemiologia ambientale ARPAM.

Solamente i comuni di Ascoli Piceno, Macerata e San Benedetto del T. sono riusciti a rispettare il vincolo di $40 \mu g/m^3$ imposto dalla direttiva 99/30/EC, mentre nessuno ha rispettato quello di $20 \mu g/m^3$ che rappresenta il limite da raggiungere entro il 2010.

Altri importanti inquinanti per la salute umana sono gli ossidi di azoto (NO_x), l'ossido di carbonio (CO), l'ozono (O_3) e vari composti carboniosi (IPA, Benzene, ecc.). Particolare attenzione destano nelle Marche le concentrazioni di ozono, costituente principale dello "smog fotochimico".

Figura 6.6.5 - Media annua e \pm deviazione standard (DS) delle concentrazioni giornaliere in $\mu\text{g}/\text{m}^3$ del O_3 . Marche, anno 2006.



Fonte: Servizio di epidemiologia ambientale ARPAM.

Le stazioni per la rilevazione dell'Ozono indicano il rispetto del valore limite di $70 \mu\text{g}/\text{m}^3$ solo per Ancona. Il dato delle altre stazioni non è stato determinato.

Effetti dell'inquinamento sulla salute

Numero studi hanno dimostrato l'esistenza di un'associazione tra gli agenti inquinanti atmosferici e particolari eventi sanitari. Sulla base dei rischi individuati, lo studio condotto dal Servizio di Epidemiologia Ambientale: "Valutazione di Impatto Sanitario del PM10 e O_3 in 12 comuni della regione Marche nel 2006" ha rilevato che sono attribuibili al PM10:

- nella provincia di Ancona, 38 decessi per cause cardiovascolari e 9 decessi per cause respiratorie;
- nella provincia di Ascoli Piceno, 8 decessi per cause cardiovascolari e 2 decessi per cause respiratorie;
- nella provincia di Macerata, 11 decessi per cause cardiovascolari e 2 decessi per cause respiratorie;
- nella provincia di Pesaro, 19 decessi per cause cardiovascolari e 5 decessi per cause respiratorie. (Servizio di Epidemiologia Ambientale, ARPAM).

Figura 6.6.6 – Eventi sanitari in eccesso attribuibili alle polveri sottili al di sotto dei 10 micron di diametro aerodinamico (PM10) e O₃ in alcuni comuni delle Marche. Anno 2006

COMUNE	MORTALITA					
	Tutte le Cause ICD-9: 1-799		Cause Cardiovascolari ICD-9: 390-459		Cause Respiratorie ICD-9: 460-519, esclusa 487	
	INQUINANTE		INQUINANTE		INQUINANTE	
	PM ₁₀ Rif. 10µg/m ³	O ₃ Rif. 70µg/m ³	PM ₁₀ Rif. 10µg/m ³	O ₃ Rif. 70µg/m ³	PM ₁₀ Rif. 10µg/m ³	O ₃ Rif. 70µg/m ³
	Eventi in eccesso (IC 95%)	Eventi in eccesso (IC 95%)	Eventi in eccesso (IC 95%)	Eventi in eccesso (IC 95%)	Eventi in eccesso (IC 95%)	Eventi in eccesso (IC 95%)
Ancona	26 (17-34)	1 (0-1)	18 (10-25)	<1	3 (1-5)	<1
Chiaravalle	3 (2-4)	1 (0-1)	2 (1-3)	1 (0-1)	1 (0-1)	<1
Fabriano	6 (4-8)	n.d.	4 (2-6)	n.d.	1 (0-2)	n.d.
Falconara M.ma	5 (3-6)	1 (0-1)	4 (2-5)	1 (0-1)	1 (0-1)	<1
Montemarciano	2 (1-2)	n.d.	1 (1-2)	n.d.	<1	n.d.
Senigallia	14 (9-18)	n.d.	9 (5-12)	n.d.	3 (1-4)	n.d.
Ascoli Piceno		6 (4-8)		4 (2-5)		1 (0-2)
San Benedetto del Tronto		6 (4-8)		4 (2-6)		1 (0-1)

Abbreviazioni: ICD-9, international classification of diseases 9th ed.; PM₁₀, polveri al di sotto di 10 micron di dell'inquinante; IC 95%, intervallo di confidenza al 95%; n.d., non disponibile a causa della mancanza de

Rifiuti

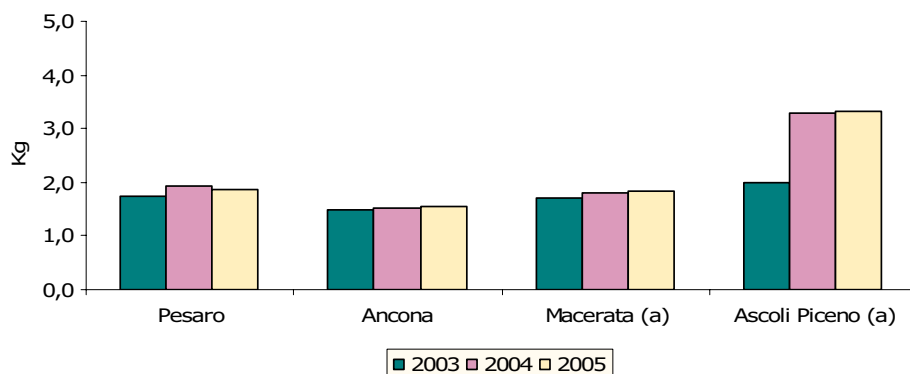
Siti inquinati e discariche

I siti contaminati regionali di interesse nazionale (Annuario ambientale 2006-APAT) secondo i dati APAT, risultano essere il Basso bacino del fiume Chienti e Falconara Marittima. Nel 2005 sono 16 le discariche autorizzate per lo smaltimento dei rifiuti urbani nelle Marche, ma solo 12 possiedono un piano approvato di adeguamento allo smaltimento. La provincia di Ancona (4 discariche attive), smaltisce la maggior quantità di rifiuti solidi urbani (223.726 tonnellate), mentre la provincia di Macerata è quella che ne elimina di meno (63.712 tonnellate) in 2 discariche (Rapporto rifiuti 2006 – Osservatorio Nazionale Rifiuti). L' impianto di incenerimento di Cosmari ha distrutto nel 2005 19.207 tonnellate circa il 2,1% in più dell'anno precedente. (Rapporto rifiuti 2006 – Osservatorio Nazionale Rifiuti).

Rifiuti urbani

La provincia di Ascoli Piceno è primo posto nella produzione pro-capite di rifiuti (rispettivamente 3,3 Kg/die pro capite 2004-2005), ma è anche la provincia con maggiore raccolta differenziata.

Figura 6.6.7 - Produzione di rifiuti solidi urbani pro-capite al giorno (Kg/ab die), raccolta differenziata e indifferenziata. Marche, anno 2005.



Fonte: Osservatorio Nazionale Rifiuti.

Settore di intervento – Rete Socio-sanitaria

Piano Sanitario 2007/2009

**Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo
sviluppo del SSR per la salute del cittadino
marchigiano**

I	INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA: PARTE GENERALE	□
II	INIZIATIVE DELL'ASSETTO REGIONALE, DEI SERVIZI E DEI TEMI E DELL'OPERATIVITÀ.....	□
II.1	UN PERCORSO AVVIATO E DA CONSOLIDARE.....	4
II.1.1	<i>La partecipazione come presupposto al percorso di costruzione dei due Piani.....</i>	5
II.1.2	<i>Le principali direttrici di cambiamento.....</i>	6
II.2	IL "MODELLO MARCHIGIANO" DI INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA	7
II.2.1	<i>Le caratteristiche generali.....</i>	7
III	ASSESSMENT ORGANIZZATIVO, TECNOLOGICO E STRUTTURALE.....	7
III.1	LA STABILIZZAZIONE DELL'ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'INTEGRAZIONE TRA SOCIALE E SANITARIO	7
III.1.1	<i>Principi generali di riferimento.....</i>	7
III.1.2	<i>Assetto istituzionale</i>	8
III.1.3	<i>Rapporto Distretto Sanitario - Ambito Territoriale Sociale.....</i>	11
III.1.4	<i>Le figure professionali di riferimento: il Coordinatore ATS e il Direttore di Distretto</i>	12
III.1.5	<i>Sistema informativo assistenza territoriale</i>	12
III.2	PROGRAMMAZIONE INTEGRATA SOCIALE E SANITARIA	14
III.2.1	<i>La programmazione integrata.....</i>	14
III.2.2	<i>Strumenti di supporto alla programmazione sociale e sanitaria.....</i>	14
IV	3. INDIVIDUAZIONE DEGLI ELEMENTI DI CRITICITÀ E DEI PUNTI DI FORZA.....	16
IV.1	NODI CRITICI	16
IV.1.1	<i>Assetto istituzionale</i>	16
IV.1.2	<i>Strumenti istituzionali di programmazione</i>	17
IV.1.3	<i>Assetto operativo</i>	17
IV.1.4	<i>Sistema delle tariffe e della partecipazione alla spesa.....</i>	17
IV.2	ELEMENTI CARATTERISTICI E PROSPETTIVE DEL "MODELLO MARCHIGIANO" DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	18
V	DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE GUIDA DI INTERVENTO	19
V.1	ORGANIZZAZIONE E GESTIONE INTEGRATA SOCIALE E SANITARIA	19
V.1.1	<i>L'integrazione sociale e sanitaria dell'organizzazione territoriale dei servizi.....</i>	19
V.1.2	<i>Accesso e accoglienza territoriale integrati tra sociale e sanitario (SdS - UPS)</i>	20
V.1.3	<i>Area logica della valutazione integrata sociale e sanitaria.....</i>	20
V.1.4	<i>Area logica della presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata sociale e sanitaria.....</i>	22
VI	INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA: PARTE SPECIALE	23
VI.1	AREA MATERNO-INFANTILE, ADOLESCENTI E GIOVANI	24
VI.1.1	<i>La consistenza del fenomeno</i>	24
VI.1.2	<i>Linee di intervento.....</i>	25
VI.2	LA DONNA IN GRAVIDANZA	31
VI.2.1	<i>Il percorso nascita.....</i>	31
VI.2.2	<i>L'evento parto</i>	34
VI.2.3	<i>L'allattamento al seno.....</i>	36
VI.3	AREA DELLA DISABILITÀ FISICA E MENTALE	48
VI.4	AREA DELLA SALUTE MENTALE.....	50
VI.5	AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	57

VI.6	AREA DEGLI ANZIANI CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA NON AUTOSUFFICIENZA	64
	SCHEMA DELLE AZIONI PREVISTE PER IL SETTORE SALUTE MENTALE	70
	SCHEMA DELLE AZIONI PREVISTE NELL'AMBITO DELLA SALUTE DONNA	71
	SCHEMA DELLE AZIONI PREVISTE NELL'AMBITO DELLA SALUTE IMMIGRATI	73
	SCHEDA DELLE AZIONI PREVISTE NELL'AMBITO DEL SETTORE DELLE POLITICHE PER ANZIANI E NON AUTOSUFFICIENZA	75
	SCHEDA DELLE AZIONI PREVISTE NELL'AMBITO DEL SETTORE DIPENDENZE PATOLOGICHE E COMPORTAMENTI D'ABUSO	77
	SCHEDA DELLE AZIONI PREVISTE NELL'AMBITO DEL SETTORE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA	78

I INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA: PARTE GENERALE

II ANALISI DELLA REALTÀ REGIONALE, PER SISTEMI E PROCESSI

II.1 Un percorso avviato e da consolidare

La predisposizione di un atto di programmazione che interviene congiuntamente sulle politiche regionali sociali e sanitarie è la risultanza e lo sviluppo di indicazioni già riportate su diversi atti regionali che segnalavano l'integrazione socio-sanitaria come elemento centrale e non aggiuntivo del percorso di rivisitazione complessiva del sistema di welfare marchigiano. Tale percorso si situa quindi all'interno di una cornice regionale, e ultimamente anche nazionale, fortemente orientata in tal senso, per cui si tratta di definire, in questa fase, modalità operative concrete capaci di rendere effettive tali indicazioni.

All'interno di tale cornice normativa generale di riferimento occorre anche tenere conto dei processi di implementazione già attivati in questi anni e che costituiscono il secondo vincolo a cui fare riferimento.

Con l'approvazione del Piano sanitario regionale 2003-2006 e della legge 13/03 di riordino del sistema sanitario sono stati introdotti infatti nel sistema regionale alcuni elementi di grande importanza per l'integrazione socio-sanitaria che occorrerà tenere ben presenti.

Se ne elencano, di seguito, i più significativi:

- coincidenza tra ambiti territoriali e distretti sanitari indicata come obbligatoria e che ha portato a ridurre il numero dei Distretti da 36 a 24;
- individuazione, all'interno della dirigenza dell'ASUR, del Responsabile dei servizi di integrazione socio-sanitaria alla pari del direttore amministrativo e del direttore sanitario;
- individuazione dell'ambito/distretto quale luogo preposto alla realizzazione dei processi di integrazione socio-sanitaria attraverso gli strumenti a loro disposizione e cioè il Piano di ambito sociale e il Programma delle Attività Distrettuali;
- la stesura delle linee guida per i PAD e per i Piani di Ambito sociale realizzata in maniera congiunta tra il Servizio regionale alle politiche sociali, il Servizio salute e l'ASUR con indicazioni coordinate relativamente ai percorsi da seguire e ai contenuti da garantire;
- la valutazione dei rispettivi Piani fatta in maniera coordinata tra Servizio politiche sociali, ASUR e Servizio salute da cui sono emersi nodi critici e punti di forza importanti da riprendere nei Piani sociale e sanitario regionali;
- l'approvazione e l'implementazione di progetti di settore come il Piano Anziani, il Piano Infanzia, il Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale, l'Atto di

Riordino delle Dipendenze Patologiche che hanno favorito almeno teoricamente una maggiore integrazione tra i Servizi territoriali; il coordinamento tra sistemi di osservazione e monitoraggio integrati tra componente sociale e sanitaria grazie anche alla collaborazione tecnica dell'Agenzia Regionale Sanitaria;

- l'approvazione dell'atto di riordino del sistema regionale delle dipendenze patologiche, in particolare, ha inserito nel sistema la nuova fattispecie del Dipartimento integrato socio-sanitario e pubblico-privato per tutte le attività di prevenzione e presa in carico;
- l'armonizzazione dei processi di riqualificazione delle residenze sociali e socio-sanitarie attraverso l'applicazione della L.R. 20/00 e della L.R. 20/02;
- la realizzazione di importanti progetti integrati sia a livello regionale che nella ricaduta territoriale come i "Servizi di Sollievo" per sostenere le famiglie con familiari di soggetti con patologie psichiatriche;
- il progetto Autismo Marche che è intervenuto su una patologia seria e ha avviato importanti esperienze di contrasto alla malattia e di sostegno ai familiari.

II.1.1 La partecipazione come presupposto al percorso di costruzione dei due Piani

I principi di fondo del capitolo unitario per la programmazione dell'integrazione sociale e sanitaria nella Regione Marche riguardano:

- condivisione della strategia con i livelli tecnici e decisionali sociali e sanitari più significativi sia a livello regionale che territoriale in tutte le articolazioni presenti;
- concertazione con le parti sociali, le organizzazioni del terzo settore e le realtà produttive regionali più importanti
- centralità del territorio quale luogo privilegiato di programmazione integrata della rete dei servizi sociali e sanitari a livello di ambito/distretto. Si tratta di affidare competenze forti di programmazione al livello politico locale in base al concetto di sussidiarietà verticale e orizzontale (Conferenze e Comitati dei Sindaci)
- promozione complessiva dello sviluppo locale favorendo integrazioni più ampie tra i vari settori del welfare con particolare riferimento alle politiche attive del lavoro, alla formazione e all'istruzione, ma allargando il confronto anche con i settori produttivi come l'industria e le politiche di sviluppo rurale. Inoltre diventa essenziale il ruolo centrale del cittadino, sia singolo che nelle diverse forme associative, ridando valore alla partecipazione.
- centralità del livello informativo e di conoscenza ed elaborazione dei dati quale supporto indispensabile ai percorsi di cambiamento. Necessità di una condivisione tra politici, tecnici ed amministratori dei dati e delle informazioni circa l'attuale

assetto organizzativo dei due sistemi e la distribuzione delle risorse sul territorio anche a livello di spesa sociale e sanitaria.

II.1.2 Le principali direttrici di cambiamento

Le principali direttrici di cambiamento riguardano:

- *le dimensioni strategiche, istituzionali, organizzative, finanziarie del processo di integrazione sociale e sanitaria:*
 - consolidamento dell'assetto istituzionale a livello regionale e locale
 - armonizzazione degli strumenti di programmazione territoriale sociale e sanitaria
 - definizione e implementazione dell'assetto organizzativo operativo (Funzioni integrate di accesso, valutazione e presa in carico assistenziale)
 - finanziamento dell'integrazione sociale e sanitaria (budget socio-sanitario, politica delle tariffe)
 - determinazione delle strategie di sviluppo della rete dei servizi marchigiani nella logica dell'integrazione sociale e sanitaria;

- *gli interventi di settore e trasversali:*
 - recepimento del D.P.C.M. 14/02/01 sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) delle prestazioni socio-sanitarie
 - armonizzazione della normativa regionale di settore nella prospettiva dell'integrazione sociale e sanitaria per i vari settori di intervento
 - potenziamento e razionalizzazione della residenzialità extraospedaliera attraverso l'utilizzo dei poli ospedalieri con finalità assistenziali per l'area della post acuzie e della non autosufficienza
 - potenziamento del sistema delle cure domiciliari e degli strumenti di supporto alla famiglia
 - riorganizzazione e potenziamento dei servizi e dei percorsi per i soggetti fragili
 - sviluppo ed innovazione nell'area della prevenzione
 - regolazione del sistema tariffario delle prestazioni socio-sanitarie e delle modalità di compartecipazione alla spesa dei cittadini.

II.2 Il “modello marchigiano” di integrazione sociale e sanitaria

II.2.1 Le caratteristiche generali

Il “modello marchigiano” di integrazione socio-sanitaria ha presentato fino ad ora le seguenti caratteristiche, che la presente progettazione intende rafforzare nei suoi aspetti più qualificanti, apportando d'altra parte alcune correzioni ed introducendo alcune novità in sintonia con il resto della progettazione sanitaria (ad esempio delineando il ruolo dell'Area Vasta)

- mantiene ed esalta la competenza sociale dei Comuni, promuovendo programmazione e gestione dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale (ATS);
- conserva le competenze sanitarie nel sistema ASUR/Zone/Distretti, rafforzando l'area socio-sanitaria;
- non prevede deleghe di competenze sociali alla sanità;
- a livello territoriale non contempla una "linea produttiva" socio-sanitaria, ma va progressivamente implementato il "sistema integrato della rete dei servizi alla persona di competenza sociale e di competenza sanitaria": un'area comune da valorizzare e gestire insieme tra sociale e sanitario;
- mantiene nel Distretto/Ambito Territoriale Sociale il luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale che come interfaccia istituzionale principale tra il sistema dei servizi sanitari ed il sistema dei servizi sociali.

III ASSESSMENT ORGANIZZATIVO, TECNOLOGICO E STRUTTURALE

III.1 La stabilizzazione dell'assetto istituzionale dell'integrazione tra sociale e sanitario

III.1.1 Principi generali di riferimento

La L.R. 13/03 di riordino del servizio sanitario delle Marche ha sottolineato l'importanza di un approccio integrato socio sanitario alle problematiche di salute, di benessere e di protezione sociale.

I principi fondamentali del modello marchigiano di integrazione socio sanitaria saranno tenuti fermi nel nuovo progetto di assetto, coniugando l'opzione della Regione di mantenere la

competenza sociale ai Comuni, la programmazione e la gestione dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale , la programmazione dell'integrazione socio sanitaria a livello centrale regionale , raccordata a livello locale con l'ASUR/Area Vasta.

Ciò consentirà di rendere effettiva la centralità del territorio nella programmazione di una rete di servizi integrati sociali e sanitari: l'Area Vasta è infatti il luogo ove potranno utilmente confluire le impostazioni generali e le compatibilità di sistema da una parte e le scelte programmatiche e gestionali, come pure le indicazioni pratiche sull'integrazione che verranno dagli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) e dai Distretti Sanitari.

III.1.2 Assetto istituzionale

La Giunta Regionale, con atti specifici, definisce l'assetto istituzionale che risponda al principio di dotare il sistema di un livello di governo e di un livello di programmazione sia a livello centrale che a livello dei territori.

- A) A livello regionale il governo, ovvero la pianificazione e la decisione politica, viene garantito dalla Giunta Regionale nella sua collegialità e, per quanto di competenza specifica, dall'Assessore alla Salute e dall'Assessore ai Servizi Sociali.

La progettazione e il raccordo con i territori a livello regionale sono realizzati attraverso una "cabina di regia" per l'integrazione socio-sanitaria. ; tale cabina di regia" è coordinata dal Direttore Generale dall'ARS e dal Direttore del Servizio Salute.

In considerazione del particolare ruolo assegnato all'ARS rispetto all'integrazione socio-sanitaria va prevista una progressiva organizzazione e articolazione del settore dell'integrazione socio-sanitaria nell'ARS in coerenza con le attività che svolgerà e con le implicazioni determinate dalla programmazione regionale di settore.

I soggetti che costituiscono la "cabina di regia" regionale per l'integrazione socio-sanitaria sono figure dirigenziali delle seguenti strutture regionali, indicati dai rispettivi dirigenti apicali :

- Servizio Salute
- Servizio Politiche sociali
- Agenzia Regionale Sanitaria
- ASUR / Aree Vaste

La "cabina di regia" è integrata nelle varie attività e a seconda delle necessità, dai funzionari dei servizi, regionali che ne fanno parte compongono la "cabina di regia" che siano referenti di settore o di attività trasversali afferenti l'area dell'integrazione socio-sanitaria. Tale prassi sarà applicata alle arre e ai settori di intervento seguenti:

Materno-infantile

Adolescenti e giovani

Disabilità fisico psichico sensoriali

Salute mentale

Dipendenze patologiche e comportamenti d'abuso

Adulti fragili (Reclusi in carcere, Malati terminali, Sieropositivi HIV, Immigrati e Stranieri temporaneamente residenti)

Anziani

Autorizzazione./Accreditamento

Sistema della Residenzialità

Sistema tariffario

In particolare le competenze della “cabina di regia” nella programmazione e nella gestione regionale dell’integrazione socio-sanitaria sono:

- Predisposizione del documento di programmazione sociale e sanitaria da integrare nel Piano Sanitario e nel Piano Sociale Regionali (da sottoporre all’approvazione della Giunta regionale)
- Organizzazione del sistema informativo relativo al settore dell’integrazione sociale e sanitaria
- Analisi congiunta dei dati e delle informazioni dei molteplici aspetti dell’integrazione socio-sanitaria provenienti dal territorio;
- Predisposizione e stesura degli atti necessari ad implementare la programmazione regionale socio-sanitaria e l’armonizzazione delle normative in materia
- Individuazione dei punti critici e determinazione delle azioni correttive nell’applicazione della normativa nazionale e regionale sull’integrazione socio-sanitaria
- Promozione/divulgazione dei punti di eccellenza dell’integrazione socio-sanitaria
- Supporto ai territori nella applicazione delle normative e delle strategie per il conseguimento degli obiettivi condivisi
- Raccordo e coordinamento di comunità

Alla “cabina di regia” competono in particolare i seguenti compiti:

- garantire circolarità delle informazioni sulle attività di integrazione socio-sanitaria tra i servizi competenti raccordando i flussi informativi che riguardano questa area;

- segnalazione delle questioni di competenza “dai” e “ai”: singoli uffici regionali, aziende sanitarie, servizi comunali; le questioni riguarderanno aspetti quali: normative e atti, funzionamento e attività dei servizi territoriale, informazione dai e dei territori, formazione e aggiornamento degli operatori nei territori;
- implementazione delle decisioni del livello di programmazione e governo;
- raccordo con il livello amministrativo degli altri soggetti, istituzionali e non, attivi a livello regionale;
- verifica periodica delle attività.

La “cabina di regia” svolge un ruolo di coordinamento e raccordo , definendo un piano di lavoro che individui priorità e tempi di individuazione delle soluzioni per tutte le tematiche relative all’integrazione socio-sanitaria.

Spetta ad essa, al termine dei percorsi di elaborazione delle soluzioni svolti secondo le modalità di seguito descritte, proporre al livello di Governo (Assessori competenti, Giunta Regionale) gli atti formali di programmazione conseguenti; in seguito sarà responsabile del monitoraggio dell’applicazione dei suddetti atti.

La metodologia di lavoro della “cabina di regia” regionale per l’integrazione socio-sanitaria si qualifica per essere “collegiale” e “partecipata”. Una metodologia collegiale perché manterrà alto il livello di comunicazione e di scambio tra i componenti della “cabina di regia” e con i funzionari regionali coinvolti nelle tematiche dell’integrazione socio-sanitaria; una metodologia partecipata perché privilegerà il coinvolgimento e la partecipazione in particolare dei professionisti dei servizi sanitari e dei servizi sociali in una logica multiterritoriale e multiprofessionale, che aiuterà a sviluppare una integrazione socio-sanitaria che parte dai bisogni dei territori e a far nascere l’indispensabile senso di appartenenza al sistema integrato dei servizi sociali e sanitari alla persona nella regione Marche. Un metodo che amplierà gli spazi di partecipazione ai portatori di interessi qualificati nell’integrazione socio-sanitaria sia sul versante dei soggetti pubblici (amministratori dei Comuni e dei Distretti/ATS, delle Province, dei mondi della scuola, della formazione professionale, del lavoro, della magistratura...) e soggetti non istituzionali (esponenti della Cooperazione sociale, del Volontariato, dell’Associazionismo di promozione sociale, del Sindacato; realtà private coinvolte nella gestione dei servizi sociali e sanitari; appartenenti ad aggregazioni informali di cittadini e famiglie...).

In questa ottica particolarmente significativo dovrà rivelarsi il rapporto con il Sindacato, anche al fine di concordare i percorsi del coinvolgimento dei lavoratori e delle loro rappresentanze nei processi di strutturazione periferica delle reti dell’integrazione socio sanitari; con l’Università, nelle plurime articolazioni in cui è presente nelle Marche, al fine di mettere a frutto e ulteriormente sviluppare il

patrimonio di conoscenze e di cultura che ha contribuito a creare, spesso in costruttivo rapporto con i Servizi Territoriali Sanitari e Sociali della Regione.

In base a quanto esposto la complessiva modalità di lavoro della “cabina di regia” si svilupperà nel modo seguente:

- organizzazione e accompagnamento degli incontri allargati ai funzionari regionali su tematiche di settore o specifiche;
- coinvolgimento di funzionari regionali e professionisti nella fase istruttoria delle azioni di propria competenza;
- coinvolgimento del maggior numero di soggetti nella raccolta di dati e informazioni di interesse socio-sanitario, all'interno dell'organizzazione del Sistema informativo socio-sanitario che compete alla “cabina di regia”;
- favorire la circolarità dei dati e delle informazioni raccolte e la restituzione delle elaborazioni effettuate a quanti hanno collaborato e alla cittadinanza;
- favorire la circolarità dei dati e delle informazioni in tema di integrazione socio-sanitaria agli operatori, agli amministratori e ai cittadini, con particolare attenzione a quelli più in difficoltà.

B) A livello territoriale il luogo del governo dell'integrazione socio-sanitaria diventa l'Area Vasta, che è in grado , in sintonia e in raccordo con la programmazione centrale, di coordinare gli apporti alla costruzione di reti socio-sanitarie provenienti sia dai Dipartimenti Clinici che dai tradizionali costruttori della programmazione sociale (Ambiti Territoriali) e sanitaria territoriale (Distretti, Dipartimenti Transmurari).

L' Area Vasta costituirà la dimensione ottimale affinché la strutturazione della rete socio-sanitaria si costruisca su obiettivi di salute che nascano da una ricognizione dei bisogni e della domanda espressa e che siano attuati attraverso una complessiva riprogettazione della offerta , sia nei suoi aspetti qualitativi che in quelli che riguardano i luoghi e le modalità della sua erogazione.

III.1.3 Rapporto Distretto Sanitario - Ambito Territoriale Sociale

La normativa attribuisce funzioni forti di coordinamento territoriale delle politiche della salute al Distretto anche in riferimento alle specifiche funzioni svolte dai Dipartimenti.

La normativa nazionale e l'implementazione che è stata fatta a livello regionale favorisce il ruolo degli Ambiti Territoriali Sociali come luogo della programmazione e della gestione integrata dei servizi e degli interventi sociali sul territorio.

Le modalità di lavoro comune tra ATS e Distretti sulle tematiche di integrazione socio-sanitaria vanno progressivamente definite sulla base del modello dell'assetto istituzionale di cui al punto precedente.

L'asse tra ATS e Distretto sanitario va rafforzato nel senso che le altre articolazioni del sistema sanitario si interfacciano con il livello sociale attraverso la concertazione con il Distretto.

In questa prospettiva linee operative da implementare sono le seguenti:

- i Dipartimenti per le attività ad integrazione socio sanitaria si avvalgono dei Gruppi tecnici integrati istituiti dagli ATS/Distretti a cui partecipano attivamente, garantendo così un significativo modello di progettazione integrata;
- i progetti socio-sanitari (prevenzione, inserimenti socio-lavorativi, lavoro di strada, servizi di sollievo, strutture socio-sanitarie...) vanno progettati e gestiti con riferimento ai Direttori di Distretto e ai Coordinatori degli ATS del territorio e ai Direttori dei Dipartimenti competenti;
- la programmazione dell'offerta dei servizi residenziali extraospedalieri, con particolare attenzione alle strutture previste dalla L.R. 20/02 va concertata tra Distretti/ATS e Dipartimenti competenti.
- l'avvio del Dipartimento integrato per le Dipendenze Patologiche (DDP) ha permesso di rendere operante la sperimentazione di percorsi privilegiati di integrazione; tali indicazioni vanno allargate agli altri settori e messe a sistema con atti normativi specifici.

III.1.4 Le figure professionali di riferimento: il Coordinatore ATS e il Direttore di Distretto

Il Coordinatore ATS e il Direttore di Distretto sono le due figure professionali che promuovono e garantiscono il percorso di integrazione.

Hanno il compito di costruire percorsi condivisi tra Ambito sociale e Distretto sulle aree ad integrazione socio-sanitaria, costruendo un linguaggio "comune" e una modalità di intervento omogenea.

In prospettiva va prevista la costituzione di uno "staff" unico (Ufficio di Piano e UCAD) per i temi congiunti di integrazione socio sanitaria, da normare con apposite modalità.

III.1.5 Sistema informativo assistenza territoriale

Una delle principali criticità del sistema marchigiano, anche nella sua articolazione di integrazione tra servizi sanitari e sociali sul territorio, è la carenza di strumenti di informazione affidabili: una oggettiva "impopolarità" della cultura del dato tra gli operatori, la

manca di adeguata enfasi sull'importanza di essa da parte dei programmatori regionali, la mancata correlazione tra attribuzione di risorse e lettura qualificata dei bisogni, della domanda espressa e dell'offerta, l'insufficiente investimento economico sono alcune delle ragioni di questo dato di fatto. E' del tutto evidente che si dovrà operare per correggere questa situazione. E' opportuno comunque che si sottolineino le iniziative in atto, che forniscono un certo numero di informazioni: in particolare va sottolineata la mole di informazioni raccolte dall'Osservatorio Politiche Sociali , operante presso l'ARS e in stretta collaborazione con l'Assessorato ai Servizi Sociali, riguardanti l'anagrafe delle strutture residenziali sociali, delle cooperative, delle associazioni del terzo settore. Naturalmente ogni azione in merito dovrà essere armonizzata con le iniziative di sistema che si dovessero intraprendere da parte della Regione, ma vanno comunque sottolineate alcune necessità del tutto prioritarie:

- Progettazione e implementazione di flussi informativi che consentano il monitoraggio dell'attività delle strutture residenziali a ciclo continuativo e diurno, sociali, sociosanitarie e sanitarie , sia attraverso la conoscenza dei dati strutturali che dell'utilizzazione dei posti disponibili , costituendo una fonte informativa che deve avere la medesima stabilità e attendibilità delle Schede di Dimissione Ospedaliera.
- Progettazione e implementazione di database che raccolgano informazioni sull'utenza e sulle prestazioni erogate, in maniera capillare e con caratteristiche che consentano di ricavare informazioni non solo di tipo quantitativo
- Progettazione e implementazione di un database specifico per la raccolta di dati riguardanti la Assistenza Domiciliare Integrata
- Revisione dello strumento RUG , prendendo atto dei risultati della sperimentazione degli anni scorsi, semplificandolo e utilizzandolo unicamente ai fini della definizione del livello di autosufficienza degli anziani, rinunciando a qualsiasi sua utilizzazione ai fini della tariffazione delle prestazioni.

III.2 Programmazione integrata sociale e sanitaria

III.2.1 La programmazione integrata

La realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria e il suo concretizzarsi in una rete dell'offerta di prestazioni che hanno tale valenza, richiede come indispensabile strumento logico e operativo che si arrivi gradualmente ad una programmazione integrata regionale e sul territorio. In effetti molteplici sono i soggetti istituzionali coinvolti e di conseguenza alto è il rischio di un mancato coordinamento, sia a livello di condivisione dei principi, che a livello programmatico, a livello organizzativo ed infine a livello operativo. La costruzione di livelli sempre maggiori di integrazione tra gli attori della "produzione" e della gestione in questa area è quindi un obiettivo del tutto prioritario. Gli strumenti di programmazione dovranno quindi essere concepiti come un'occasione non solo per integrare prestazioni e creare reti dell'offerta nel proprio ambito di competenza, ma anche per rendere operante al massimo livello possibile la collaborazione di sistema.

III.2.2 Strumenti di supporto alla programmazione sociale e sanitaria

- I Piani Comunitari per la Salute (PCS) sono piani pluriennali di intervento, elaborati da una pluralità di soggetti, promossi e coordinati dal governo locale, che impegnano risorse allo scopo di migliorare la salute della comunità. Già menzionati nel precedente Piano Sanitario e proposti alle istituzioni e alla comunità marchigiana nel 2004, dovrebbero coinvolgere Aree Vaste, Enti Locali, Zone Territoriali, Sindacati, Terzo Settore, Volontariato, Organizzazioni di Categoria, Associazioni nella individuazione di bisogni di salute emergenti in un determinato territorio, specialmente se specifici di esso. Oltre che uno strumento di programmazione potenzialmente assai forte può costituire un'occasione sia di allocazione mirata di risorse che di rinvenimento/attivazione di quelle, sia partecipative che finanziarie, presenti sul territorio.

La logica del presente Piano Sanitario è quella della programmazione che parte dalla puntuale rilevazione dei bisogni: i PCS rispondono appieno a questa logica. È però evidente in base all'esperienza di 3 anni, il rischio di una utilizzazione del tutto insufficiente dello strumento: poiché l'iniziativa per intraprendere l'elaborazione dei PCS era teoricamente possibile per molti soggetti, istituzionali e no, di fatto non è stata assunta da nessuno.

In questa prospettiva, coerentemente con l'impostazione generale del Piano Sanitario, che individua nell'Area Vasta la dimensione più utile per la definizione dei più generali obiettivi di salute, dell'analisi complessiva dei bisogni e della

strutturazione dell'offerta secondo il modello delle reti, cliniche, territoriali e socio-sanitarie i PCS possono rappresentare un livello di programmazione, anche per l'Area Vasta, così da raccordare sia le analisi della condizione di salute dei cittadini nei territori e da armonizzare gli strumenti programmatori "locali", di seguito descritti, riportandoli alla dimensione dell'Area Vasta, integrandoli con gli atti programmatori e le prassi operative che, sul medesimo territorio, governano la progettazione, la strutturazione e il miglioramento dell'efficacia delle reti cliniche. Così il PCS a livello di Area Vasta può garantire la strutturazione ottimale della rete dell'integrazione socio-sanitaria e, allo stesso tempo, la raccorda alle altre reti dell'offerta.

Allo stato attuale l'Area Vasta è un elemento d'assetto istituzionale e organizzativo proprio solo dell'area sanitaria; nello sviluppo del PCS a livello di Area vasta si dovranno necessariamente confrontare strutture decisionali e progettuali sanitarie riferibili all'Area Vasta e le strutture che compongono l'organizzazione responsabile della programmazione sociale nel territorio corrispondente ad essa, cioè i diversi Ambiti Territoriali.

Per questi motivi si ritiene opportuno che nel redigere le linee guida per la formulazione integrata dei PAD e dei PdA si inserisca l'indicazione a Direttori di Distretto e Coordinatori di Ambito di proporre temi per i PCS relativi al territorio di competenza e successivamente di curarne il processo di adozione da parte dei soggetti istituzionali, oltre che adoperarsi per il più largo coinvolgimento di altri soggetti portatori di interessi e di competenze.

- Il Piano delle Attività Zonali (PAZ) , è lo strumento per definire l'attività della Zona Territoriale ; al suo interno vengono esplicitati i criteri per l'allocazione delle risorse, la definizione e l'attribuzione degli obiettivi e la relativa articolazione delle responsabilità. E' elaborato in coerenza con gli indirizzi del Piano Sanitario Regionale e deve presentare elementi di correlazione con i Piani Comunitari per la Salute e con il Piano Sociale di Zona.
- Il Piano d'Ambito Territoriale (PdA) è lo strumento tramite il quale viene definita la rete dei servizi sociali presenti nel territorio, a garanzia dei livelli essenziali di assistenza sociale. Oltre a ciò definisce i livelli e le modalità pratiche dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari, correlandosi al Piano delle Attività Zonali e al Piano delle Attività Distrettuali.
- Piano delle Attività Distrettuali (PAD) è lo strumento della programmazione distrettuale, che definisce obiettivi di attività e di integrazione con altre strutture operanti nella Zona Territoriale , nell'ambito delle scelte strategiche aziendali e zonali; è altresì lo strumento dell'integrazione con l'analoga attività programmatoria dell'Ambito Territoriale (PdA), integrazione per la quale saranno approntate

apposite linee guida regionali. Il PAD è proposto dal Direttore del Distretto, che si avvale della Collaborazione dell'UCAD e integra nella sua stesura le linee di indirizzo espresse dalla Conferenza dei Sindaci. L'affinarsi dell'esperienza di integrazione e di attività programmatica comune tra Distretto e Ambito Territoriale potrà portare nel tempo alla redazione di un unico documento che unifichi gli attuali PdA e PAD. Il PAD deve prevedere:

- a) La funzione di produzione del Distretto;
- b) quantità e qualità delle prestazioni che si ritengono necessarie per assicurare i livelli adeguati di assistenza alla popolazione residente;
- c) le forme di coordinamento con i Dipartimenti operanti sul territorio e con i Presidi Ospedalieri.

Nella elaborazione di PdA e PAD, Coordinatore d'Ambito e Direttore di Distretto dovranno ampiamente coinvolgere, oltre che i soggetti istituzionali interessati, anche le associazioni, le forze politiche e sindacali, gli organi consultivi, le associazioni professionali.

IV 3. INDIVIDUAZIONE DEGLI ELEMENTI DI CRITICITÀ E DEI PUNTI DI FORZA

IV.1 Nodi critici

La principale criticità, da affrontare sia in termini di sistema che in ordine alle singole prassi attuative, riguarda lo scollegamento esistente tra le varie programmazione regionali che insistono sullo sviluppo locale con particolare riferimento alle varie forme di sostegno alla fragilità sociale.

La necessità di individuare processi concreti su cui intervenire per dare gambe all'integrazione tra queste due componenti del sistema regionale ha portato ad individuare alcuni nodi sui quali intervenire con indicazioni tecnico-operative.

IV.1.1 Assetto istituzionale

La criticità nell'assetto istituzionale riguarda la necessità di risolvere positivamente:

- l'equilibrio tra i livelli di programmazione e gestione, quello "amministrativo-istituzionale" e quello "tecnico-operativo" che devono trovare corrispondenze e coerenze per il territorio regionale e per i territori locali;
- il rapporto tra Ambito Territoriale Sociale (ATS) e Distretto Sanitario e, più in generale con i Servizi territoriali della Sanità; a questo problematica, come pure alla

necessità di tener conto del livello organizzativo-istituzionale rappresentato in ambito sanitario dall'Area Vasta si sono date alcune risposte nella sezione che tratta degli strumenti di programmazione dell'integrazione socio-sanitaria.

- il rapporto tra Pubblica Amministrazione e soggetti no profit nel sistema locale integrato dei servizi e degli interventi sociali e sanitari.

IV.1.2 Strumenti istituzionali di programmazione

La criticità nella programmazione riguarda la necessità di risolvere positivamente:

- la corretta integrazione degli strumenti di programmazione sociali e sanitari ai diversi livelli territoriali: regione, area vasta, distretto/ATS;
- il rapporto tra LEA e LIVEAS (LEP), verificando le modalità per la interpretazione di livelli essenziali regionali in assenza di indicazioni nazionali;
- l'armonizzazione delle programmazioni dei settori di intervento con la complessiva programmazione dell'integrazione socio sanitaria, sviluppata coerentemente ai Piani regionali sociale e sanitario.

IV.1.3 Assetto operativo

La criticità nell'assetto operativo riguarda la necessità di risolvere positivamente:

- la chiarificazione e la normazione di implementazione delle funzioni integrate di accesso, valutazione e presa in carico assistenziale;
- il ruolo del servizio sociale professionale con la definizione di ruoli e funzioni degli operatori sociali dei servizi sociali dei comuni e dei servizi sanitari;
- progressivo riordino delle figure professionali sociali in accordo con le figure sanitarie.

IV.1.4 Sistema delle tariffe e della partecipazione alla spesa

Risolvere questa criticità implica la definizione e l'implementazione di un sistema tariffario delle prestazioni socio-sanitarie e delle modalità di compartecipazione alla spesa dei cittadini.

La definizione delle percentuali di attribuzione della spesa in quota sanitaria e quota socio-assistenziale per ogni tipologia di prestazione e di servizio deve essere il risultato di un processo di: individuazione dei parametri per la composizione, la pesatura e il costo dei fattori produttivi delle prestazioni e dei servizi; analisi dell'incidenza dei fattori di costo per tipologia di prestazione e di servizio; determinazione di profili tariffari per tipologia di

prestazione e di servizio/struttura, differenziati sulla base dell' assorbimento di risorse professionali, della complessità assistenziale, del livello di accreditamento.

IV.2 Elementi caratteristici e prospettive del “modello marchigiano” di integrazione socio-sanitaria

Il “modello marchigiano” di integrazione socio-sanitaria si caratterizza per specifici elementi che possono costituire, al tempo stesso, punti di forza e di debolezza. I primi rappresentano le “opportunità” da perseguire, i secondi i “rischi” da evitare. Le disposizioni delle Linee Guida per l'Integrazione socio-sanitaria e gli atti ad esse collegate permetteranno di sviluppare correttamente e positivamente il modello, a partire dalla valorizzazione dell'esistente.

Elementi	Punti di forza > <i>Opportunità</i>	Punti di debolezza > <i>Rischi</i>
Quadro normativo regionale “soft”	Impianto normativo leggero e non invasivo > <i>maggiori opportunità territoriali</i>	Poche certezze > <i>eterogeneità delle risposte (modi e contenuti)</i>
Approccio integrato socio-sanitario alle problematiche di salute	Opzione “di sistema” > <i>consolidamento dei percorsi di integrazione</i>	Squilibrio tra sanitario e sociale > <i>ulteriore divaricazione tra i sistemi di servizi</i>
Processo di assestamento dell'assetto istituzionale	Sistema istituzionale agile > <i>interventi possibili e anche “attesi”</i>	Sistema istituzionale non sufficientemente definito > <i>confusione, contrasti, sovrapposizioni</i>
Approccio per settori di intervento dentro a cornici unitarie	Attenzione alle specificità > <i>calibrare meglio le risposte ai bisogni</i>	Scarsa comunicabilità tra i settori > <i>sistema eterogeneo e integrazione “a spicchi”</i>
Ampia diversificazione dei servizi sanitari e dei servizi sociali (territorio, organizzazione, connessioni...)	Rispetto di specificità e situazioni locali > <i>contestualizzazione adeguata degli interventi</i>	Esito di spinte e modelli “localistici” > <i>accentuazione delle frequenti disarmonie</i>
Relazioni su più livelli tra gli “attori” e i portatori di interesse dell'integrazione socio-sanitaria	Modello di relazione snello e flessibile > <i>compensazione tra i livelli istituzionale, gestionale, professionale</i>	Incertezza su competenze e responsabilità > <i>aumento di conflitti di autorità e di equivoci tra livelli formali e informali</i>

V DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA E DELLE LINEE GUIDA DI INTERVENTO

V.1 Organizzazione e gestione integrata sociale e sanitaria

La ridefinizione e la riorganizzazione dei servizi per una gestione integrata sociale e sanitaria è finalizzata all'interpretazione e al governo della domanda e il riorientamento dell'offerta.

V.1.1 L'integrazione sociale e sanitaria dell'organizzazione territoriale dei servizi

In coerenza con le indicazioni di Piano si approveranno atti che daranno specifiche indicazioni (e garanzia) dei livelli essenziali socio-sanitari per tutto il territorio regionale.

Le responsabilità nel sistema integrato dei servizi sociali e sanitari devono trovare, soprattutto a livello territoriale, una definizione puntuale. Negli atti normativi della Giunta Regionale vanno definiti a chi fanno capo i sistemi dell'accesso e dell'accoglienza, della valutazione, della presa in carico per l'integrazione socio-sanitaria e, coerentemente con il modello esposto, saranno progressivamente assegnate responsabilità precise ed una organizzazione più forte all'asse Ambito Territoriale Sociale - Distretto Sanitario (corresponsabilità):

La progressiva implementazione del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari delle Marche impegna nella definizione di disposizioni sull'integrazione nelle fasi di intervento: l'informazione, la prevenzione, l'intervento e il reinserimento anche attraverso la definizione di protocolli territoriali, su basi comuni regionali che definiscono la soglia minima dell'integrazione.

La progressiva implementazione del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari delle Marche impegna nella indicazione certa e definita sul finanziamento dell'area socio-sanitaria. Vanno previsti e attivati: finanziamenti dedicati all'ATS, budget di Distretto (definizione, rapporti con il livello politico, con la Zona Territoriale e con l'Area Vasta...). Una puntuale e trasparente definizione delle risorse consentirà di attivare una programmazione coerente con i bisogni e correlare bilancio d'ATS al bilancio di Distretto. La "tappa" dei bilanci integrati è propedeutica al bilancio "unico" per le prestazioni socio-sanitarie.

V.1.2 Accesso e accoglienza territoriale integrati tra sociale e sanitario (SdS - UPS)

Atti specifici della Giunta, predisposti con la partecipazione ed il coinvolgimento dei soggetti interessati daranno indicazioni cogenti e unitarie su cui impostare la regolamentazione territoriale (Aree Vaste - Distretti Sanitari - Ambiti Territoriali Sociali) su questo tema, nella prospettiva del Punto Unico di Accesso (PUA), sviluppando i seguenti argomenti:

Definizione e finalità

Obiettivi

- unitarietà di accesso per le prestazioni sanitarie, sociali, socio-sanitarie;
- ascolto del cittadino per una opportuna e accurata decodifica della domanda;
- attivazione del percorso a seconda delle necessità (bisogni semplici o complessi)

Compiti

- decodifica della domanda
- analisi del bisogno
- definizione della complessità del bisogno
- definizione dei percorsi di accompagnamento
- avvio della prima istruttoria
- invio del cittadino ai servizi di competenza

Azioni

- Ascoltare
- Informare
- Istruire
- Attivare i percorsi a seconda della complessità

Strumenti

- Virtuali
- Personali
- Interattivi

Composizione

Metodologia di lavoro

Organizzazione strutturale

Dipendenza funzionale

V.1.3 Area logica della valutazione integrata sociale e sanitaria

La funzione valutativa ha una dimensione unitaria che va salvaguardata e quindi va prevista una strutturazione unitaria socio-sanitaria della valutazione, articolata per le esigenze specifiche; va ricondotta al Direttore di Distretto e al Coordinatore di Ambito (identificando il responsabile) la responsabilità dell'“unica” Unità Valutativa Distrettuale Integrata (UVDI) nelle

sue molteplici articolazioni, di tutte le funzioni di valutazione collegate alle prestazioni complesse erogate sul territorio e di tutte le attività valutative seppur diversamente articolate per aree d'intervento (fasce d'età, patologie, discipline mediche).

Atti specifici della Giunta, predisposti con la partecipazione ed il coinvolgimento dei soggetti interessati daranno indicazioni cogenti e unitarie su cui impostare la regolamentazione territoriale (Aree Vaste - Distretti Sanitari - Ambiti Territoriali Sociali) su questo tema, sviluppando i seguenti argomenti:

Definizione e finalità

Obiettivi

Attività

- esamina la situazione clinica e sociale di un singolo caso;
- valuta le necessità assistenziali sociali e sanitarie;
- individua il referente formale della presa in carico (case manager);
- predispose il progetto individuale di intervento;
- monitora l'evoluzione dell'intervento e stabilisce eventuali variazioni del progetto di cura.

Composizione

Il responsabile dell'UVDI o UVI è nominato dal Direttore di Distretto e dal Coordinatore d'Ambito; L'Unità Valutativa è costituita da un nucleo fisso (formato da operatori sanitari, provenienti dal Distretto e dai Dipartimenti Clinici, e da operatori sociali, provenienti dall'Ambito territoriale e dai Comuni) e da componenti attivati in funzione delle specifiche competenze.

Rapporti

Attivazione - motivi e modalità

L'UVDI si attiva:

- nel caso di bisogni assistenziali complessi che richiedano l'intervento delle strutture di riferimento distrettuale, Cure Domiciliari, Residenzialità, (un bisogno assistenziale complesso, non è riferito tanto alla gravità della patologia, ma alla multidisciplinarietà dell'intervento)
- quando si evidenzia il caso di un utente che necessita di una presa in carico congiunta e/o coordinata da parte di diversi servizi interni ed esterni alla Zona Territoriale
- nel caso di bisogni socio-sanitari complessi che necessitino l'intervento degli enti locali o di strutture del terzo settore
- quando non è chiaro il servizio competente di una presa in carico
- quando è necessario attivare risorse straordinarie rispetto a quanto pianificato nel budget (ad esempio la somministrazione di nuovi farmaci e presidi protesici non in tariffario)
- modifiche del piano di intervento

Modalità operative

- Organizzazione di lavoro
- Modalità di svolgimento del lavoro
- Predisposizione della documentazione

V.1.4 Area logica della presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata sociale e sanitaria

Atti specifici della Giunta, predisposti con la partecipazione ed il coinvolgimento dei soggetti interessati daranno indicazioni cogenti e unitarie sulla progressiva definizione di standard di intervento e di prodotto sotto il profilo della adeguatezza delle strutture di offerta per le prestazioni socio-sanitarie gestite, in maniera integrata dai servizi sociali e dai servizi sanitari e sulla regolamentazione territoriale (Aree Vaste - Distretti Sanitari - Ambiti Territoriali Sociali) su questo tema, sviluppando i seguenti argomenti:

Definizione e finalità

Obiettivi

- Rafforzare la prospettiva della gestione multidisciplinare del paziente
- Migliorare l'esperienza complessiva del paziente, in termini di qualità percepita
- Ridurre le maggiori inefficienze di processo, in termini di tempo e duplicazione o non necessarietà delle fasi/attività componenti ciascun processo
- Aumentare la produttività, in termini di numero di casi trattati con successo

Azioni

- Potenziamento e razionalizzazione dell'integrazione lungo la sequenza di processo.
- Miglioramento della qualità di processo che deve diventare metodica comune e regolarmente attuata.
- Favorire il coordinamento degli interventi lungo il processo di cura, rispetto al quale devono essere valutati anche gli aspetti della qualità e del costo complessivo (case management)
- Verifica continua del sistema di comunicazione reciproca (sistema informativo)

Strumenti

- Accordi ratificati tra Distretti, Dipartimenti, Ambiti territoriali, Enti locali
- Linee guida concordate su patologie traccianti
- Percorsi di dimissione protetta e integrazione ospedale territorio
- Individuazione del case manager : è opportuno che i prossimi accordi sindacali sanciscano il possibile coinvolgimento in questo ruolo del Medico di Medicina Generale.
- Individuare gli strumenti di comunicazione che mantengono collegata la rete e gli attori del sistema

VI INTEGRAZIONE SOCIALE E SANITARIA: PARTE SPECIALE

Il rafforzamento della logica di sistema unitario e coerente si persegue anche collocando organicamente al suo interno le necessarie specificità di settore di intervento e di contesto territoriale. Vanno recuperare per ognuno dei settori di intervento le indicazioni normative di settore e predisposti gli atti normativi di armonizzazione che diano unitarietà al sistema.

Integrazione sociale e sanitaria nei settori di intervento

Il processo di riordino del sistema istituzionale e operativo, nelle modalità illustrate nella parte precedente, ha una ricaduta conseguente sulle politiche di settore che vanno quindi ricollocate nella cornice unitaria di riferimento.

Si tratta infatti di rafforzare la logica di sistema unitario e coerente collocando organicamente al suo interno le necessarie specificità di settore e di contesto territoriale.

Le indicazioni già emerse in documenti precedentemente prodotti dai servizi regionali in maniera integrata, elencavano i seguenti settori ad alta integrazione socio-sanitaria che in questo contesto verranno evidenziati con maggiore specificità.

Si tratta delle seguenti aree:

1. area materno-infantile assieme ad adolescenti e giovani;
2. area della disabilità fisica e mentale;
3. area della tutela della salute mentale;
4. area delle dipendenze patologiche;
5. area degli anziani con particolare riferimento alla non autosufficienza.

Di seguito verranno riportate, per ogni area di intervento, indicazioni riguardanti le caratteristiche del fenomeno, le criticità rilevate in questi anni, l'offerta dei servizi a disposizione, gli obiettivi da raggiungere nel corso del triennio di vigenza del presente Piano sanitario.

VI.1 Area materno-infantile, adolescenti e giovani

VI.1.1 La consistenza del fenomeno

L'Istat nel rapporto "Essere madri in Italia" del 2005 attesta che le donne italiane sono tra le meno feconde nel mondo sviluppato, anche se la tendenza alla continua diminuzione della fecondità femminile si è parzialmente arrestata: nel 1995 si è toccato il minimo storico di 1,19 figli per donna, per arrivare alla media attuale di 1,33 figli per donna.

A ciò si lega il fatto che l'Italia, è tra i paesi europei con meno asili nido in assoluto:

- frequentati da meno del 10% dei bambini e molto lontana dagli obiettivi Comunitari dell'Agenda di Lisbona, che fissa la percentuale al 33% da raggiungere entro il 2010;
- è inoltre il paese con il tasso demografico e di occupazione femminile più basso.

La Finanziaria 2007 del Governo ha stabilito, in merito, stanziamenti pluriennali per mille nuovi asili nido entro la legislatura ed ha promosso provvedimenti per l'educazione dei bambini dagli 0 ai 6 anni: il progetto "sezioni primavera" e l'accesso alla scuola dell'infanzia garantito a tutti.

Il non più recente "Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza nelle Marche" del 2001 riportava che la Regione Marche è:

- una delle regioni italiane più attente all'infanzia ed all'adolescenza e che investe maggiormente in politiche a favore di questa parte della popolazione, almeno dal punto di vista quantitativo;
- una regione con un buon livello di ospitalità educativa, sociale, sanitaria ed economica nei confronti delle nuove generazioni, anche se questo livello di ospitalità non è presente in modo omogeneo in tutto il territorio.

Il Rapporto proseguiva affermando che l'ospitalità verso le nuove generazioni risulterebbe notevolmente migliorata dall'incremento di un sistematico e differenziato sostegno alla genitorialità responsabile e consapevole, soprattutto per le famiglie giovani, appena formate, con figli piccoli, ma anche per le famiglie più "vecchie", per un sostegno alla coppia nei momenti difficili del ciclo di vita della famiglia, per un incontro e scambio tra famiglie, per un aiuto con i figli adolescenti che, anche attraverso queste azioni, potrebbero acquisire una migliore disponibilità verso la propria famiglia attuale e quella futura possibile.

Ciò significa che gli interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza dovrebbero prevedere anche interventi di educazione degli adulti e di promozione culturale del tessuto sociale.

Al 31 dicembre 2005 nelle Marche risiedevano 238.647 minorenni, il 15,7% della popolazione totale; di questi oltre 52.000 nella fascia 0-3 anni, più di 78.000 in quella 4-9, 67.538 dai 10 ai 14 anni e oltre 40.000 compresi nella fascia d'età 15-17.

I servizi non residenziali attivi sul territorio regionale al 31 dicembre 2006 risultano complessivamente 678 di cui 163 Nidi d'infanzia e 98 Centri per l'infanzia, 201 Centri di

aggregazione e 30 spazi per bambini e famiglie oltre a servizi di sostegno alle funzioni educative (116) e genitoriali (42) e ai servizi itineranti (28).

Il totale dei posti autorizzati inerenti i servizi Nido d'infanzia e Centro infanzia con pasto e sonno pubblici e privati, soddisfa il 14,9% della popolazione di riferimento (fascia d'età 0-3 anni)

Alcune differenze emergono se il dato viene elaborato per territorio provinciale:

- Provincia di Pesaro e Urbino: 15,2%
- Provincia di Ancona: 18,3%
- Provincia di Macerata: 13,4%
- Provincia di Ascoli Piceno: 10,7%

Occorre considerare che la media nazionale è di circa il 10% e rammentare che l'obiettivo Europeo, stabilito dall'Agenda di Lisbona, è del 33% di posti nido rispetto alla popolazione in fascia d'età 0-3 anni entro il 2010.

Per quanto riguarda le situazioni di disagio Negli ultimi quattro anni, dall'analisi effettuata dall'Osservatorio regionale politiche sociali e dal Centro regionale di documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani, emerge un incremento di minori fuoriusciti dal proprio nucleo familiare ed affidati a famiglie o a comunità residenziali di cui non si può non tenere conto. Si è passati dai 714 interventi di affidamento a famiglie o comunità del 2003 ai 938 del 2006 con un incremento di 224 casi.

Un quadro importante su cui intervenire secondo modalità integrate tra componente sociale del sistema (in particolare gli enti locali) e la componente sanitaria per quanto riguarda i servizi territoriali gestiti dall'ASUR.

VI.1.2 Linee di intervento

Le indicazioni relative alle strategie da seguire devono tenere conto, nel caso delle politiche per l'infanzia, di alcuni importanti atti di programmazione o norme regionali già approvati e che necessitano di essere portati avanti e completati nei loro obiettivi. Si tratta in particolare di:

- Piano "Sviluppo programmatico e organizzativo" per le politiche dell'infanzia, adolescenza e genitorialità. Il documento rappresenta un primo passo verso una rivisitazione delle politiche adottate dalla Regione Marche, assumendo come focus la qualità della vita dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie e verso la costruzione di politiche integrate, che dovranno ulteriormente estendersi e qualificarsi, in due direzioni: attraverso un processo di pianificazione integrata tra sociale e sanitario; allargando la pratica della concertazione ad altre aree della programmazione regionale;
- Legge Regionale del 13 maggio 2003, n. 9 - Disciplina per la realizzazione e gestione dei servizi per l'infanzia, per l'adolescenza e per il sostegno alle funzioni

genitoriali e alle famiglie: Promuove la realizzazione di una rete di servizi integrati (sociale, sanità, istruzione) per l'infanzia e la adolescenza a sostegno dei diritti dei minori e delle responsabilità familiari per tutelare la crescita armonica delle nuove generazioni.

- Legge regionale 15 ottobre 2002 n. 18 "Istituzione del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza": tale figura ha un ruolo di controllo, indipendente e imparziale, dell'effettivo rispetto delle normative vigenti, deve promuovere i diritti sia individuali che collettivi dei minori ed è un significativo interlocutore del mondo dei giovanissimi con quello degli enti locali e della rete dei servizi.
- Equipe integrate: adozioni nazionali ed internazionali, affidi e istituti (D.G.R. 1896/02 e D.G.R. 869/03): riorganizzazione delle equipe adozioni nazionali ed internazionali, affidamento familiare e accoglienza residenziale e individuazione di un percorso metodologico fra le èquipe stesse e gli attori territoriali.

Le azioni da attivare in questa prospettiva riguardano:

- Orientare la programmazione territoriale alla deistituzionalizzazione dei minori
- Potenziare e riqualificare l'area della presa in carico: equipe integrate minori fuori dalla famiglia nel contesto dell'area logica UVDI;
- Individuare e condividere soluzioni alternative all'allontanamento del minore dal proprio nucleo familiare con azioni di sostegno delle competenze genitoriali;
- Rafforzare qualitativamente l'offerta delle famiglie affidatarie e delle strutture residenziali;
- Potenziare e sviluppare la rete delle famiglie affidatarie: informazione e promozione dell'affido, formazione dei nuclei familiari, sostegno ai nuclei familiari affidatari;
- Qualificare, in attinenza a quanto previsto dalla L.r. 20/02, la rete delle strutture residenziali;
- Potenziare la formazione degli operatori per qualificare l'offerta dei servizi;
- Monitorare e valutare costantemente la situazione dei servizi territoriali.

Popolazione residente: Distribuzione territoriale della popolazione residente 0-17 anni per fasce d'età - Anno 01/01/2005

	Popolaz 0-3 anni	Popolaz 4-9 anni	Popolaz 10-14 anni	Popolaz 15-17 anni	Popolaz 0-17 anni
ATS 01 - Pesaro	4845	7007	5.582	3.339	20.773
ATS 02 - Alta Val Marecchia	591	847	796	450	2.684
ATS 03 - Catria e Nerone	629	927	871	556	2.983
ATS 04 - Urbino	1624	2201	1.853	1.223	6.901
ATS 05 - Montefeltro	683	979	872	581	3.115
ATS 06 - Fano	3488	5096	4.518	2.777	15.879
ATS 07 - Fossombrone	1229	1792	1.467	943	5.431
AV Pesaro e Urbino	13.089	18.849	15.959	9.869	57.766
ATS 08 - Senigallia	2593	3802	3.311	1.933	11.639
ATS 09 - Jesi	3682	5235	4.662	2.759	16.338
ATS 10 - Fabriano	1611	2349	2.012	1.104	7.076
ATS 11 - Ancona	3399	4943	4.181	2.358	14.881
ATS 12 - Falconara Marittima	2468	3559	3.020	1.696	10.743
ATS 13 - Osimo	2786	4244	3.546	2.035	12.611
AV Ancona	16.539	24.132	20.732	11.885	73.288
ATS 14 - Civitanova Marche	4315	6287	5.334	3.332	19.268
ATS 15 - Macerata	3084	4683	4.154	2.619	14.540
ATS 16 - Monti Azzurri	1341	2094	1.819	1.036	6.290
ATS 17 - Alte Valli Potenza-Esino	1048	1701	1.529	862	5.140
ATS 18 - Camerino	425	578	576	324	1.903
AV Macerata	10.213	15.343	13.412	8.173	47.141
ATS 19 - Fermo	3674	5712	4.899	2.983	17.268
VI.1.2.1.1.1.1.1.1.1 AV Fermo	3.674	5.712	4.899	2.983	17.268
ATS 20 - Porto Sant'Elpidio	1750	2582	2.122	1.289	7.743
ATS 21 - S.Benedetto del Tronto	3381	5346	4.781	2.957	16.465
ATS 22 - Ascoli Piceno	2134	3799	3.483	2.121	11.537
ATS 23 - Spinetoli	1073	1659	1.445	913	5.090
ATS 24 - Amandola	418	765	705	461	2.349
AV Ascoli Piceno	8.756	14.151	12.536	7.741	43.184
Regione Marche	52.271	78.187	67.538	40.651	238.647

**Popolazione residente: incidenza percentuale delle fasce di età sul totale della popolazione residente per fascia d'età
Anno 01/01/2005**

	Popolaz 0-3 anni	Popolaz 4-9 anni	Popolaz 10-14 anni	Popolaz 15-17 anni	Popolaz 0-17 anni
ATS 01 - Pesaro	3,7%	5,4%	4,3%	2,6%	16,0%
ATS 02 - Alta Val Marecchia	3,3%	4,7%	4,5%	2,5%	15,0%
ATS 03 - Catria e Nerone	3,1%	4,6%	4,3%	2,8%	14,9%
ATS 04 - Urbino	3,8%	5,2%	4,4%	2,9%	16,3%
ATS 05 - Montefeltro	3,4%	4,9%	4,3%	2,9%	15,5%
ATS 06 - Fano	3,4%	4,9%	4,4%	2,7%	15,4%
ATS 07 - Fossombrone	3,9%	5,6%	4,6%	3,0%	17,1%
AV Pesaro e Urbino	3,6%	5,2%	4,4%	2,7%	15,8%
ATS 08 - Senigallia	3,3%	4,9%	4,3%	2,5%	15,0%
ATS 09 - Jesi	3,5%	5,0%	4,4%	2,6%	15,5%
ATS 10 - Fabriano	3,4%	5,0%	4,3%	2,3%	15,1%
ATS 11 - Ancona	3,3%	4,9%	4,1%	2,3%	14,6%
ATS 12 - Falconara Marittima	3,6%	5,3%	4,5%	2,5%	15,9%
ATS 13 - Osimo	3,7%	5,6%	4,7%	2,7%	16,7%
AV Ancona	3,5%	5,1%	4,4%	2,5%	15,4%
ATS 14 - Civitanova Marche	3,7%	5,4%	4,6%	2,9%	16,6%
ATS 15 - Macerata	3,3%	5,0%	4,5%	2,8%	15,6%
ATS 16 - Monti Azzurri	3,2%	5,0%	4,4%	2,5%	15,1%
ATS 17 - Alte Valli Potenza-Esino	3,0%	4,9%	4,4%	2,5%	14,9%
ATS 18 - Camerino	2,9%	3,9%	3,9%	2,2%	12,9%
AV Macerata	3,4%	5,1%	4,5%	2,7%	15,7%
ATS 19 - Fermo	3,3%	5,2%	4,4%	2,7%	15,6%
AV Fermo	3,3%	5,2%	4,4%	2,7%	15,6%
ATS 20 - Porto Sant'Elpidio	3,7%	5,4%	4,4%	2,7%	16,2%
ATS 21 - San Benedetto del Tronto	3,3%	5,3%	4,7%	2,9%	16,2%
ATS 22 - Ascoli Piceno	2,9%	5,2%	4,7%	2,9%	15,7%
ATS 23 - Spinetoli	3,6%	5,6%	4,9%	3,1%	17,1%
ATS 24 - Amandola	2,7%	4,9%	4,5%	3,0%	15,1%
AV Ascoli Piceno	3,3%	5,2%	4,6%	2,8%	16,0%
Regione Marche	3,4%	5,1%	4,4%	2,7%	15,7%

L.R. 8/94: Minori fuori dalla famiglia d'origine: Distribuzione territoriale dell'affidamento a famiglie e a comunità

Anno 2006

	Interventi				Interventi			
	Totale	In famiglia	In comunità	Stranieri non Accomp	Totale	In famiglia	In comunità	Stranieri non Accomp
	v.a.	v.a.	v.a.	v.a.	v. %	v. %	v. %	v. %
ATS 01 - Pesaro	92	20	72	46	100,0%	21,7%	78,3%	50,0%
ATS 02 - Alta Val Marecchia	4	1	3	0	100,0%	25,0%	75,0%	0,0%
ATS 03 - Catria e Nerone	8	4	4	1	100,0%	50,0%	50,0%	12,5%
ATS 04 - Urbino	10	7	3	0	100,0%	70,0%	30,0%	0,0%
ATS 05 - Montefeltro	1	0	1		100,0%	0,0%	100,0%	0,0%
ATS 06 - Fano	78	29	49	28	100,0%	37,2%	62,8%	35,9%
ATS 07 - Fossombrone	14	3	11	1	100,0%	21,4%	78,6%	7,1%
AV Pesaro e Urbino	207	64	143	76	100,0%	30,9%	69,1%	36,7%
ATS 08 - Senigallia	52	20	32	15	100,0%	38,5%	61,5%	28,8%
ATS 09 - Jesi	45	23	22	3	100,0%	51,1%	48,9%	6,7%
ATS 10 - Fabriano	15	10	5	4	100,0%	66,7%	33,3%	26,7%
ATS 11 - Ancona	222	38	184	147	100,0%	17,1%	82,9%	66,2%
ATS 12 - Falconara Marittima	59	20	39	9	100,0%	33,9%	66,1%	15,3%
ATS 13 - Osimo	35	14	21	9	100,0%	40,0%	60,0%	25,7%
AV Ancona	428	125	303	187	100,0%	29,2%	70,8%	43,7%
ATS 14 - Civitanova Marche	65	33	32	9	100,0%	50,8%	49,2%	13,8%
ATS 15 - Macerata	55	12	43	21	100,0%	21,8%	78,2%	38,2%
ATS 16 - Monti Azzurri	15	10	5		100,0%	66,7%	33,3%	0,0%
ATS 17 - Alte Valli Potenza-Esino	22	10	12	4	100,0%	45,5%	54,5%	18,2%
ATS 18 - Camerino	4	0	4		100,0%	0,0%	100,0%	0,0%
AV Macerata	161	65	96	34	100,0%	40,4%	59,6%	21,1%
ATS 19 - Fermo	36	18	18	1	100,0%	50,0%	50,0%	2,8%
AV Fermo	36	18	18	1	100,0%	50,0%	50,0%	2,8%
ATS 20 - Porto Sant'Elpidio	29	12	17		100,0%	41,4%	58,6%	0,0%
ATS 21 - San Benedetto del Tronto	38	16	22	5	100,0%	42,1%	57,9%	13,2%
ATS 22 - Ascoli Piceno	34	17	17	1	100,0%	50,0%	50,0%	2,9%
ATS 23 - Spinetoli	3	3			100,0%	100,0%	0,0%	0,0%
ATS 24 - Amandola	2	1	1		100,0%	50,0%	50,0%	0,0%
AV Ascoli Piceno	106	49	57	6	100,0%	47,2%	52,8%	4,9%
Regione Marche	938	321	617	304	100,0%	34,2%	65,8%	32,4%

L.R. 8/94: Minori fuori dalla famiglia d'origine: Distribuzione territoriale e variazione percentuale (2003/2006) degli interventi totali

Anni 2003-2004-2005-2006

	Anno 2003		Anno 2004		Anno 2005		Anno 2006	
	v.a.	v.%	v.a.	v.%	v.a.	v.%	v.a.	v.%
ATS 01 - Pesaro	65	9,1%	68	8,9%	86	10,0%	92	9,8%
ATS 02 - Alta Val Marecchia	4	0,6%	5	0,7%	4	0,5%	4	0,4%
ATS 03 - Catria e Nerone	9	1,3%	12	1,6%	13	1,5%	8	0,9%
ATS 04 - Urbino	6	0,8%	16	2,1%	16	1,9%	10	1,1%
ATS 05 - Montefeltro	2	0,3%	1	0,1%	1	0,1%	1	0,1%
ATS 06 - Fano	82	11,5%	65	8,6%	77	9,0%	78	8,3%
ATS 07 - Fossombrone	16	2,2%	17	2,2%	19	2,2%	14	1,5%
AV Pesaro e Urbino	184	25,8%	184	24,2%	216	25,2%	207	22,1%
ATS 08 - Senigallia	35	4,9%	35	4,6%	39	4,5%	52	5,5%
ATS 09 - Jesi	32	4,5%	33	4,3%	39	4,5%	45	4,8%
ATS 10 - Fabriano	15	2,1%	14	1,8%	22	2,6%	15	1,6%
ATS 11 - Ancona	135	18,9%	155	20,4%	169	19,7%	222	23,7%
ATS 12 - Falconara Marittima	29	4,1%	28	3,7%	35	4,1%	59	6,3%
ATS 13 - Osimo	32	4,5%	29	3,8%	33	3,8%	35	3,7%
AV Ancona	278	38,9%	294	38,7%	337	39,3%	428	45,6%
ATS 14 - Civitanova Marche	50	7,0%	52	6,8%	61	7,1%	65	6,9%
ATS 15 - Macerata	35	4,9%	38	5,0%	40	4,7%	55	5,9%
ATS 16 - Monti Azzurri	10	1,4%	10	1,3%	12	1,4%	15	1,6%
ATS 17 - Alte Valli Potenza-Esino	15	2,1%	26	3,4%	22	2,6%	22	2,3%
ATS 18 - Camerino	2	0,3%	3	0,4%	2	0,2%	4	0,4%
AV Macerata	112	15,7%	129	17,0%	137	16,0%	161	17,2%
ATS 19 - Fermo	26	3,6%	35	4,6%	51	5,9%	36	3,8%
AV Fermo	26	3,6%	35	4,6%	51	5,9%	36	3,8%
ATS 20 - Porto Sant'Elpidio	27	3,8%	25	3,3%	32	3,7%	29	3,1%
ATS 21 - San Benedetto del Tronto	53	7,4%	51	6,7%	42	4,9%	38	4,1%
ATS 22 - Ascoli Piceno	29	4,1%	31	4,1%	40	4,7%	34	3,6%
ATS 23 - Spinetoli	1	0,1%	10	1,3%	2	0,2%	3	0,3%
ATS 24 - Amandola	4	0,6%	1	0,1%	1	0,1%	2	0,2%
AV Ascoli Piceno	114	19,6%	118	20,1%	117	19,6%	106	15,1%
Regione Marche	714	100,0%	760	100,0%	858	100,0%	938	100,0%

VI.2 La donna in gravidanza

VI.2.1 Il percorso nascita¹

Analisi domanda/offerta

- La qualità dell'assistenza prenatale è soddisfacente, perché più del 99% delle gravidanze sono state assistite da un operatore sanitario ed il 95% delle donne ha effettuato un controllo entro il primo trimestre.
Le donne che hanno effettuato controlli tardivi sono per il 56,3% gravide di età =<30 anni, per il 56% pluripare, il 59% non occupate e il 33% straniere (Il rischio relativo per tali donne di effettuare un controllo tardivo in gravidanza è quindi, rispetto alle marchigiane, di 4.41)
- Si riscontra un forte ricorso all'assistenza privata (77%), con un ricorso al consultorio familiare molto basso (2%).
- Le donne che hanno partecipato ad un corso di preparazione alla nascita almeno una volta sono il 47%. Tra i motivi addotti per la non partecipazione, oltre alla mancanza di informazione ed alla difficoltà di accesso alle strutture, il più frequente è costituito da un problema di tempo suggerendo che l'organizzazione dei corsi stessi deve essere ripensata in modo da adeguarli in termini di orario e di giorni alle effettive esigenze delle donne gravide in quel particolare territorio. Le donne che hanno frequentato i corsi sono meno giovani, più istruite e con maggiori contatti sociali. Ne risultano escluse quindi le fasce meno protette e teoricamente più a rischio di esiti negativi. In particolare si segnala che solamente il 55 delle immigrate ha partecipato al corso.
- Si riscontra un elevato grado di medicalizzazione della gravidanza, come testimoniato dall'alto numero di ecografie eseguite anche in gravidanze normali ed a basso rischio e dall'elevata percentuale di T.C.
Il 75,7% delle donne che riferiscono un decorso regolare della gravidanza ha eseguito 4 o più ecografie, il 25,5% più di 72.
Ciò evidenzia un sovrautilizzo delle procedure diagnostiche in gravidanza che, come da molti autori sottolineato (8), oltre ad indurre un aumento non giustificato dei costi, rappresenta una assistenza inappropriata.

¹ I dati sono tratti dall'indagine "Il percorso nascita nella regione Marche", Osservatorio Disuguaglianze/ARS Marche, 2003

² Secondo i protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Sanità del 1995 e del 1998 (23), il numero raccomandato di ecografie in una gravidanza non a rischio è di 3. Vedere la Tabella allegata che riporta il numero di Ecografie effettuate in gravidanza nelle Marche.

- La prevalenza del taglio cesareo, che corrisponde perfettamente a quanto rilevato dalle SDO regionali del 2001, è molto alta: più del 34%.
Negli ultimi anni la frequenza del taglio cesareo nella nostra Regione è passata dal 12,7% del 1980 al 33,3% del 2000 con un incremento percentuale del 162,2% (in Italia, mediamente, la percentuale di cesarei è stata rispettivamente dell'11,2% nel 1980 e del 33,2% nel 2000, superando di molto la soglia del 15% che secondo l'OMS garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre ed il bambino.
La scelta del taglio cesareo non deriva da un atteggiamento positivo, fondato su un'accurata informazione sui rischi e benefici, ma è spesso finalizzata finalizzato ad evitare effetti negativi, quali un'assistenza molto scadente in travaglio, compresa la mancanza di controllo del dolore. E questo avviene prevalentemente per le donne socialmente emarginate e in tutti quei casi in cui la distanza sociale con il medico riduce il potere decisionale delle partorienti.
Da segnalare che la partecipazione ad un corso di preparazione alla nascita offre una protezione nei confronti del parto con cesareo.
- Il rooming-in - il permanere del neonato accanto alla madre dopo il parto - non è praticato in tutti i punti nascita (è stato possibile solamente nel 55% dei casi) e l'8% delle donne che lo avrebbero desiderato non lo hanno potuto praticare
- La stragrande maggioranza delle donne manifesta propensione ad allattare, come dimostra il fatto che il 96% di esse ha attaccato al seno la/il bambina/o dopo il parto e che l'82% ha iniziato subito con l'allattamento esclusivo o dominante, tuttavia già al rientro a casa il 9% di queste ultime è passata al misto o artificiale.
Successivamente, il 63% ha continuato ad allattare dopo il 3° mese; se poi si considera l'allattamento completo cioè l'esclusivo ed il dominante, tale percentuale si riduce, a 4 mesi dal parto, a circa il 50%.
L'essere pluripara, l'aver partorito con parto naturale, aver avuto la possibilità di tenere il bambino vicino a sé durante il ricovero, il livello di istruzione sono fattori favorevoli per la prosecuzione dell'allattamento al seno elevato.
- Durante il puerperio è risultata evidente la discontinuità dell'assistenza durante il percorso nascita.
La percentuale di visite domiciliari effettuate dopo il parto, anche se con minime differenze nell'ambito del territorio regionale, è stata generalmente molto bassa e non ha mai superato il 20% (media: 14%).
Un terzo delle donne riferisce di non essere stata invitata a recarsi presso una struttura sanitaria per un controllo in puerperio e soltanto l'8% è stata invitata a farlo presso un consultorio. Ormai In molti punti nascita si sta sperimentando la dimissione precoce, cioè entro 48-72 di vita del neonato/a, ma tale azione rischia di produrre più rischi che vantaggi se non c'è la garanzia di un'adeguata prosecuzione dell'assistenza.

In tutte le fasi assistenziali del percorso nascita vi è un deficit di informazione:

- l'8,1% di donne non risulta essere a conoscenza dell'esistenza dei corsi di preparazione alla nascita
- le informazioni fornite dagli operatori in gravidanza relativamente al travaglio ed al parto sono risultate poco soddisfacenti o addirittura assenti nel 44% dei casi, quando è noto che l'assenza di un effettivo coinvolgimento delle donne comporta un incremento di interventi medici durante il travaglio di parto - meno del 40% delle donne riferisce di aver avuto informazioni adeguate sull'allattamento al seno
- solamente una donna su quattro riceve, nel punto nascita, informazioni sulla ripresa dei rapporti sessuali nel puerperio e largamente insufficienti sono risultate le informazioni adeguate relative alla contraccezione ricevute durante la gravidanza o ai corsi di preparazione alla nascita, sia al punto nascita dopo il parto.

Nonostante venga espressa una forte esigenza di contraccezione (il 66% delle donne utilizza contraccettivi alla ripresa dei rapporti).

Un migliore informazione in merito è fondamentale per prevenire gravidanze non desiderate e le IVG (le donne che ricorrono all'interruzione volontaria di gravidanza, nelle Marche come nel resto d'Italia, continuano ad essere in prevalenza coniugate, pluripare ed appartenenti alle classi di età 25-34 anni).

Occorre recuperare la fisiologia dell'evento nascita, senza negare quei benefici in termini di riduzione della mortalità e morbilità materna e neonatale che la migliorata assistenza ostetrica negli anni ha portato.

Uno strumento sicuramente efficace per ottenere tutto questo è costituito dalla partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita, che vanno quindi incentivati. Tuttavia, è necessario che vengano organizzati in modo da far fronte alle reali esigenze della popolazione femminile (troppe donne hanno affermato di non avervi preso parte per problemi di tempo) e che, soprattutto sia data la possibilità a tutte le donne di parteciparvi, particolarmente a quelle meno istruite, disoccupate o casalinghe più giovani e immigrate

La partecipazione di donne provenienti da altri paesi avrebbe il duplice effetto di garantire una migliore e più adeguata assistenza ad esse e di costituire nello stesso tempo un prezioso arricchimento per le donne italiane, offrendo loro la possibilità di sperimentare percorsi diversi provenienti da altre culture. Per raggiungere le donne immigrate, sono necessarie strategie mirate ed è anche indispensabile dotare gli operatori di competenze interculturali e fornire loro la possibilità di avvalersi della mediazione linguistico-culturale, risultata efficace in contesti nazionali ed internazionali.

La mancanza di continuità assistenziale dopo il parto andrebbe affrontata ridando impulso ai consultori, come del resto ampiamente sottolineato nel Progetto Obiettivo Materno Infantile in modo che essi, in collaborazione con i punti nascita garantiscano la presa in carico della donna fin dall'inizio della gravidanza per continuarla nel puerperio, momento in cui l'abbandono da parte delle strutture sanitarie è stato manifestato con più forza dalle donne.

Infine va sottolineato che se si vuole attuare un'efficace opera di prevenzione non ci si può limitare ad interventi volti all'utenza spontanea ma occorre implementare interventi di offerta attiva. La promozione della salute richiede strategie operative volte a raggiungere chi è a rischio, cioè chi ha maggiore probabilità di produrre quegli esiti negativi che si vuol prevenire e, "poiché la popolazione a maggior rischio è generalmente quella più difficile da raggiungere, le attività di prevenzione e diagnosi precoce passano attraverso una offerta attiva modulata per superare le barriere della comunicazione, anche mirando a recuperare i non rispondenti.

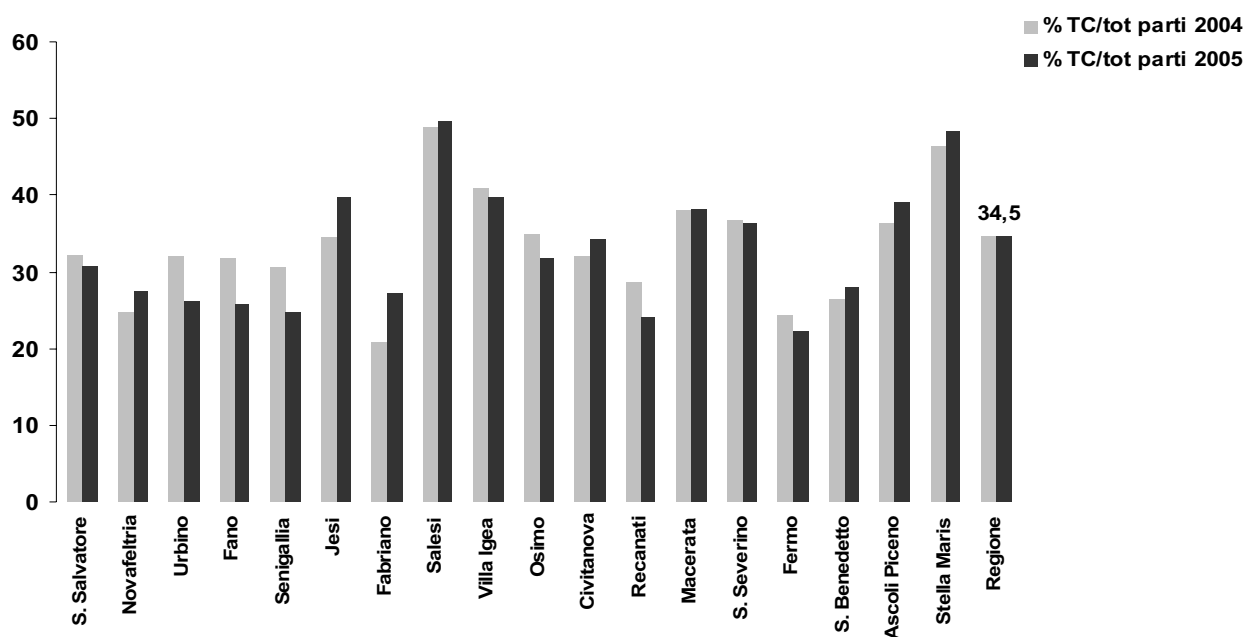
Sintesi criticità

1. eccessiva medicalizzazione
2. abbandono dell'allattamento al seno
3. insufficiente assistenza domiciliare
4. insufficiente informazione
5. difficoltà per le donne immigrate:
 - i. rischio elevato di effettuare controlli tardivi in gravidanza
 - ii. non partecipazione ai corsi di preparazione al parto
 - iii. scarsa assistenza domiciliare
 - iv. scarsa/inadeguata informazione
 - v. elevato ricorso alla IVG

VI.2.2 L'evento parto

Nelle tabelle sotto riportate sono contenuti i dati sui parti avvenuti nelle Marche negli anni 2004-2006 e sono evidenziate, struttura per struttura, le modalità con cui si è presentato.

%parti cesarei/totale parti, per struttura di erogazione, regione Marche anni 2004 e 2005



La media regionale 2005 dell'indicatore %TC/tot parti 34,5%, identica a quella del 2004 (34,6%)

Persistono grandi differenze tra aziende ospedaliere (40,2%), ZT (31,1%), ospedali di rete (25,7%), e cliniche private (44,1%).

Il valore più alto in assoluto si riscontra al Salesi (49,6%), seguito da Stella Maris (48,5%), Villa Igea, Jesi (39,7%), AP (39,1%) e Macerata (38,2%). I valori più bassi si riscontrano a Fermo (22,3%), Recanati (24,1%), Senigallia (24,8%)

Nei punti nascita di Salesi, Jesi, Fabriano, Civitanova, S. Benedetto, Ascoli, Stella Maris la %TC/tot parti è aumentata

Nei punti nascita di S. Salvatore, Urbino, Fano, Osimo, Recanati, Fermo, Senigallia %TC/tot parti è diminuita

Le donne residenti nelle ZT 7, 13, 5, 9 (TC > del 36%) hanno una probabilità di subire un TC molto superiore alle donne residenti in altre ZT

La % delle donne che in precedenza non hanno avuto un TC (primipare e pluripare) e che subiscono un TC è mediamente del 23,4%, (massimo con 33% al Salesi, minimo con 14,8% a Recanati) con valori superiori alla media regionale nelle ZT 13, 10, 6, 5 e con valori inferiori solamente nelle ZT 2 e 3.

In sostanza non sembra essersi verificate sostanziali modificazioni nella pratica ostetrica. In alcuni punti nascita, in particolare Urbino, Fano, Senigallia e Recanati sembra esserci una tendenza alla diminuzione della percentuale di TC.

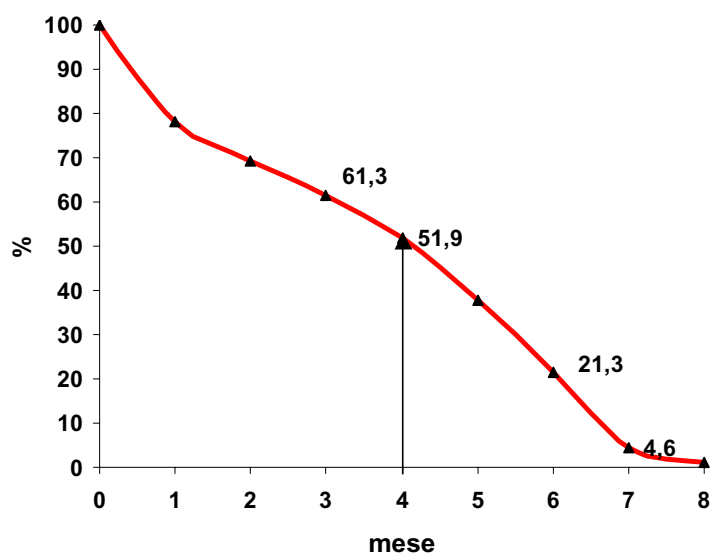
L'eccesso di TC, in continua ascesa, (nella regione Marche: 12,7% nel 1980, 33,3% nel 2000), sembra non tener conto dei rischi rilevati per la salute materna e infantile, specie in caso di indicazione inappropriata. Va sottolineato, inoltre che il TC si associa ad un minor tasso di allattamento al seno.

L'evidenza scientifica ha dimostrato che i fattori che si associano ad un maggior ricorso al TC sono: età > 30 anni, gravidanza patologica, precedente parto con TC, età gestazionale < 36 settimane, basso peso alla nascita, parto in strutture private, residenza al centro-Sud Italia. Viceversa precedenti parti senza TC, la partecipazione al corso di preparazione alla nascita, l'assistenza da parte di struttura pubblica favoriscono un minor ricorso al TC.

Occorre un cambiamento culturale che si può raggiungere nel tempo e migliorare la presa in carico della gravidanza, l'accesso ai servizi di base quali il Consultorio e qualificarne l'attività.

VI.2.3 L'allattamento al seno

Prevalenza dell'allattamento completo al seno
(esclusivo e dominante), Regione Marche, anno 2002



Raccomandazioni OMS: almeno il 50% di bambini allattati al seno a 6 mesi di vita

I consultori nelle Marche

I consultori familiari (CF) sono stati istituiti con la legge 405/75, come servizi a "forte qualificazione sociale".

Le regioni, negli anni successivi al 1975, hanno emanato vari regolamenti per l'implementazione dei CF. La regione Marche ha emanato la L.R. n. 11/1977, la L.R. n. 37/1982, L.R. n. 2/1985, la L.R. n.26/1996, la Del. Amm. n. 202/1998, la Del. Amm. n. 384/1999, la L.R. 20/2000 relativa all'autorizzazione e accreditamento dei CF.

La multidisciplinarietà, il lavoro in équipe, la visione di genere, l'orientamento alla prevenzione e alla promozione della salute della donna, del bambino e degli adolescenti è sempre stata vista come patrimonio unico da non disperdere, tanto è vero che, a partire dalla fine degli anni ottanta, commissioni nazionali promosse dai Ministri della Sanità hanno

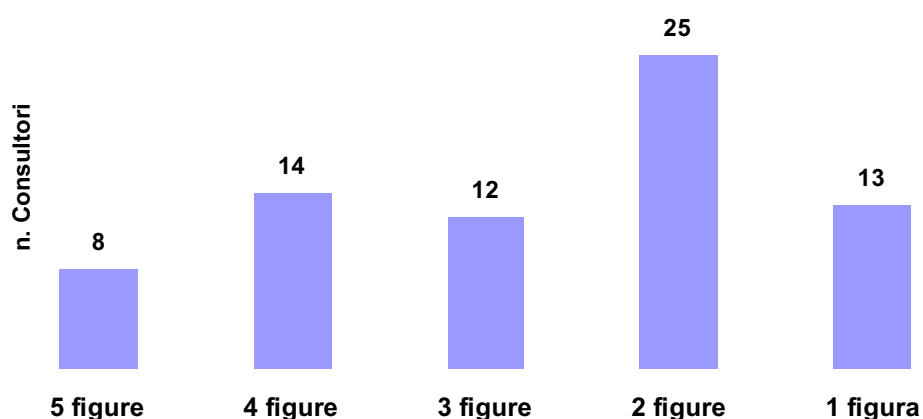
prodotto linee di indirizzo per la riqualificazione ed il potenziamento dei consultori familiari, le ultime delle quali nel contesto del Progetto Obiettivo Materno Infantile (P.O.M.I.), sono state parte integrante del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

Numero di abitanti per sede consultoriale, per Zona Territoriale, Regione Marche, anno 2005

ZT	N. Sedi Consultoriali	N. abitanti *	N. abitanti per sede consultoriale
1	4	149.115	37.279
2	4	82.978	20.745
3	2	136.576	68.288
4	2	77.962	38.981
5	6	105.878	17.646
6	3	47.351	15.784
7	10	246.517	24.652
8	1	117.112	117.112
9	6	135.571	22.595
10	3	49.101	16.367
11	7	159.269	22.753
12	10	102.280	10.228
13	14	119.099	8.507
Totale	72	1.528.809	21.233

Fonte: Scheda Ministero Salute/Osservatorio Diseguaglianze - Indagine Consultori - anno 2005

N. Figure professionali presenti nei Consultori della Regione Marche, anno 2005



Fonte: Scheda Ministero Salute/Osservatorio Diseguaglianze - Indagine Consultori - anni 2005-2006

I Consultori in cui l'équipe consultoriale è completa (Del. Amm. n. 202/1998) sono 8; in 14 sono presenti 4 figure professionali, mentre in 25 sono presenti solo due figure e in 13 sedi opera una sola figura.

Nei 14 Consultori in cui sono presenti 4 figure, queste sono in tutti i casi il ginecologo, l'ostetrica, l'assistente sociale e lo psicologo.

Sviluppi possibili

1. Riqualficazione della rete dei Consultori
2. Presa in carico da parte delle strutture consultoriali della gravidanza fisiologica (garantendo nei tempi dovuti le visite ed i controlli in gravidanza) e dell'IVG
3. Collegamento funzionale con gli ospedali per gravidanze a rischio e IVG
4. Qualificazione e adeguamento dell'offerta dei corsi di preparazione alla nascita da parte delle strutture pubbliche. Offerta attiva e gratuità dei Corsi (LEA)
5. Adeguamento e qualificazione dell'offerta delle visite domiciliari post-parto nelle zone (collegamento ospedale-consultorio)
6. Promozione dell'allattamento al seno:
 - d) rooming-in in tutti i punti nascita
 - e) sostegno della donna nel puerperio
 - f) adesione a programmi nazionali ed europei per la promozione dell'allattamento al seno (protocollo OMS/UNICEF - Ospedale e territorio "Amico del bambino")
 - g) collegamento funzionale tra U.O. Ostetricia-Ginecologia e Pediatria e PLS per condivisione protocolli allattamento al seno
7. Interventi di promozione della salute (sessuale e psichica della donna e delle/gli adolescenti) e prevenzione IVG
8. Adeguamento offerta IVG
9. Collegamento con i servizi Sociali del Comune (disagio-violenza minori/adolescenti, sostegno alle persone/famiglie povere, donne sole)

Donne immigrate

I dati regionali sul percorso nascita evidenziano che le donne immigrate sono svantaggiate rispetto alle marchigiane, per cui si pone l'obiettivo di ridurre tali disegualianze. Da sottolineare la crescente prevalenza delle IVG a carico delle immigrate.

Interventi

1. Formazione e sensibilizzazione degli operatori
2. Proseguimento progetto "Promozione salute materno-infantile" che prevede tra l'altro l'utilizzo diffuso del video plurilingue "Per la vostra salute donne del mondo" nei consultori, punti nascita, pediatrie (e PLS)
3. Impiego di servizi di mediazione interculturale in collaborazione anche con Servizi Sociali dei Comuni
4. Adeguamento dell'offerta dei servizi e degli orari di apertura degli ambulatori/consultori per favorire l'accesso (fascia oraria dopo le 17 e sabato mattina)
5. Offerta attiva alle immigrate di corsi di preparazione alla nascita ad hoc (informazione culturalmente pertinente, gratuità, orari flessibili...)
6. Offerta screening tumori femminili alle immigrate, anche STP (anche in correlazione con il progetto screening)

Prestazioni ambulatoriali Ostetrico-Ginecologiche erogate in gravidanza da strutture della Regione per residenza anno 2005

Anno di erogazione	Zt di residenza / Zt Ao di erogazione	101 PESARO	102 URBINO	103 FANO	104 SENIGALLIA	105 IESI	106 FABRIANO	107 ANCONA	108 CIVITANOVA MARCHE	109 MACERATA	110 CAMERINO	111 FERMO	112 SAN BENEDETTO	113 ASCOLI PICENO	Prestazioni erogate per utenti di fuori regione
2005	101 PESARO	749	35	13				1							68
2005	102 URBINO	609	4.224	924	6		12	12		1		14	5		233
2005	103 FANO	143	77	4.627	52			5					9		32
2005	104 SENIGALLIA	12	9	580	3.867	70		366	2	2		2		3	66
2005	105 IESI			7	49	2.212	20	254	2	25		9	1		9
2005	106 FABRIANO	7		24		24	1.679			7	131				61
2005	107 ANCONA	3	2	1	7	87	1	1.672	30	11		2			10
2005	108 CIVITANOVA				14	87	7	587	4.012	322	7	1.416	38	71	136
2005	109 MACERATA			1		24		47	860	6.116	102	588		19	50
2005	110 CAMERINO				1	84	13	4	21	501	722	36	3	14	16
2005	111 FERMO					1			18	7		1.494	4	21	22
2005	112 SAN BENEDETTO											72	4.205	374	903
2005	113 ASCOLI							9	2	3		13	52	1.905	75
2005	901 SAN SALVATORE	3.960	212	694	82	5	8	4	3	8		36	5		103
2005	905 UMBERTO I - TORRETTE	26	14	74	239	436	95	10.741	942	302	20	1.369	332	117	442
2005	Totale	5.509	4.573	6.945	4.317	3.030	1.835	13.702	5.892	7.305	982	5.051	4.654	2.524	2.226

Prestazioni ambulatoriali Ostetrico-Ginecologiche erogate in gravidanza da strutture della Regione per residenza anno 2006

Zt di residenza / Zt Ao di erogazione	101 PESARO	102 URBINO	103 FANO	104 SENIGALLIA	105 IESI	106 FABRIANO	107 ANCONA	108 CIVITANOVA MARCHE	109 MACERATA	110 CAMERINO	111 FERMO	112 SAN BENEDETTO	113 ASCOLI PICENO	Prestazioni erogate per utenti di fuori regione
101 PESARO	2.328	47	10											65
102 URBINO	749	6.335	1.041	13			3	1					9	209
103 FANO	33	35	26.007	10										44
104 SENIGALLIA	8		497	4.361	67		385	17						70
105 IESI	1	1	4	100	2.737	21	368	2	7					25
106 FABRIANO			9	11	33	6.573				9	176	1		61
107 ANCONA		1		4	80	1	9.058	131	4		12			17
108 CIVITANOVA MARCHE	3	4	18	19	34		453	4.211	254	15	1.393		102	62
109 MACERATA						199		36	778	5.209	73	506	3	26
110 CAMERINO- SAN SEVERINO						158	25	1	17	501	677	44	6	16
111 FERMO									1	15		1.736	5	21
112 SAN BENEDETTO											1	81	22.281	388
113 ASCOLI PICENO								1		4		11	47	1.812
901 SAN SALVATORE														477
905 UMBERTO I - TORRETTE														275
Totale	3.122	6.423	27.586	4.518	3.308	6.620	10.305	5.158	6.004	941	3.784	22.444	2.334	2.252

Prestazioni di ecografia ostetrica, ovarica e ginecologica erogate durante la gravidanza da strutture della Regione, per residenza, anno 2005

Zt di residenza / Zt Ao di erogazione	101 PESARO	102 URBINO	103 FANO	104 SENIGALLIA	105 IESI	106 FABRIANO	107 ANCONA	108 CIVITANOVA MARCHE	109 MACERATA	110 CAMERINO	111 FERMO	112 SAN BENEDETTO	113 ASCOLI PICENO	Prestazioni erogate per utenti di fuori regione
101 PESARO	100	11												16
102 URBINO	273	1.656	387	2		4	4				4	2		89
103 FANO	51	15	1.504	16				3					3	7
104 SENIGALLIA	4		152	926	23		102	1	1		2		3	14
105 IESI			2	28	1.006	15	138	2	9		3			6
106 FABRIANO	2		11			5	557			3	51			19
107 ANCONA		2	1	6	52		620	19	6			1		
108 CIVITANOVA MARCHE				2	21	1	110	1.003	54	1	285	14	24	17
109 MACERATA			1		11		7	243	1.782	18	165		5	23
110 CAMERINO				1	17	9	3	11	90	126	7	2	6	3
111 FERMO								6	2		570	2	6	4
112 SAN BENEDETTO											22	827	67	163
113 ASCOLI PICENO							5	1	2		6	29	1.069	37
901 SAN SALVATORE	1.999	91	318	35	3	3	4	2	4		21	2		53
905 UMBERTO I - TORRETTE	13	4	16	86	109	36	4.110	302	101	15	360	107	23	161
Totale	2.442	1.779	2.392	1.102	1.247	625	5.106	1.590	2.054	211	1.446	988	1.203	612

Prestazioni di ecografia ostetrica, ovarica e ginecologica erogate durante la gravidanza da strutture della Regione, per residenza, anno 2006

Zt di residenza / Zt Ao di erogazione	101 PESARO	102 URBINO	103 FANO	104 SENIGALLIA	105 IESI	106 FABRIANO	107 ANCONA	108 CIVITANOVA MARCHE	109 MACERATA	110 CAMERINO	111 FERMO	112 SAN BENEDETTO	113 ASCOLI PICENO	Prestazioni erogate per utenti di fuori regione
101 PESARO	303	13	1											19
102 URBINO	302	1.866	432	5			2						1	72
103 FANO	12	8	4.977	4										8
104 SENIGALLIA			119	803	10		84	3						9
105 IESI			3	49	1.083	14	190	2	3					9
106 FABRIANO			3	4	15	1.846			1	74	1			24
107 ANCONA					45	1	633	33	3		7			3
108 CIVITANOVA MARCHE			4	3	8		110	941	59	3	295	21	23	22
109 MACERATA					69		15	271	1.695	35	162		14	25
110 CAMERINO- SAN SEVERINO					36	4	1	5	88	133	17	1	2	5
111 FERMO								1	6		683	3	5	6
112 SAN BENEDETTO									1		27	1.553	109	143
113 ASCOLI PICENO									3		10	9	954	61
901 SAN SALVATORE														235
905 UMBERTO I - TORRETTE														106
Totale	617	1.887	5.539	868	1.266	1.865	1.035	1.256	1.859	245	1.202	1.587	1.108	747

Attività ospedaliera dell'area Materno infantile / Dimessi con DRG di parto (percentuale sul totale dei parti delle varie tipologie di parto)

Anno	Istituto	370 PARTO CESAREO CON CC	371 PARTO CESAREO SENZA CC	372 PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	373 PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	374 PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIA	375 PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCETTO STERILIZZAZIONE
2004	110002 FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	1,6%	30,1%	0,4%	67,7%	0,3%	0,0%
2004	110003 URBINO - OSPEDALE CIVILE	1,3%	30,7%	1,6%	63,0%	3,4%	0,0%
2004	110004 SASSOCORVARO - OSP. LANCIARINI	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
2004	110009 NOVAFELTRIA - OSP. SACRA FAMIGLIA	4,0%	20,8%	2,0%	73,3%	0,0%	0,0%
2004	110022 FABRIANO - OSP. "E.PROFILI"	0,8%	19,8%	0,0%	78,9%	0,4%	0,0%
2004	110025 JESI - OSPEDALI RIUNITI	2,5%	31,9%	1,5%	61,2%	2,9%	0,0%
2004	110028 OSIMO - OSP. GENERALE DI ZONA	4,9%	30,0%	3,5%	60,8%	0,5%	0,3%
2004	110032 SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	5,6%	24,9%	0,5%	67,6%	1,5%	0,0%
2004	110036 VILLA IGEA - ANCONA	0,3%	40,7%	0,3%	58,4%	0,3%	0,0%
2004	110040 MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	1,7%	36,3%	1,3%	59,8%	0,7%	0,2%
2004	110045 RECANATI - OSP.CIVILE S.TA LUCIA	2,0%	26,6%	2,3%	68,5%	0,6%	0,0%
2004	110046 S.SEVERINO - OSP. "B.EUSTACCHIO"	1,1%	35,7%	0,2%	61,5%	1,1%	0,5%
2004	110049 CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	4,4%	27,5%	4,9%	63,0%	0,3%	0,0%
2004	110056 ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	3,2%	33,0%	0,7%	62,2%	0,6%	0,1%
2004	110058 FERMO - OSPEDALE	4,1%	20,1%	1,2%	74,0%	0,6%	0,0%
2004	110064 S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	2,3%	24,0%	0,7%	72,5%	0,1%	0,3%
2004	110073 STELLA MARIS - S.BENEDETTO	1,8%	44,5%	0,5%	53,2%	0,0%	0,0%
2004	110901 PESARO - OSPEDALI RIUNITI	0,4%	31,8%	0,9%	65,2%	1,7%	0,0%
2004	11090503 OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO G.SALESI	5,6%	43,2%	2,3%	47,6%	1,2%	0,0%
2005	110002 FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	1,2%	26,0%	0,9%	71,0%	0,8%	0,0%
2005	110003 URBINO - OSPEDALE CIVILE	1,4%	26,4%	0,9%	69,0%	2,2%	0,1%
2005	110009 NOVAFELTRIA - OSP. SACRA FAMIGLIA	0,0%	26,5%	0,9%	72,6%	0,0%	0,0%
2005	110022 FABRIANO - OSP. "E.PROFILI"	1,8%	24,7%	0,0%	73,0%	0,4%	0,0%
2005	110025 JESI - OSPEDALI RIUNITI	1,5%	36,1%	0,3%	57,9%	4,1%	0,1%

2005	110028	OSIMO - OSP. GENERALE DI ZONA	2,5%	29,6%	1,7%	64,4%	1,5%	0,2%
2005	110032	SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	3,3%	21,8%	1,3%	72,2%	1,1%	0,3%
2005	110036	VILLA IGEA - ANCONA	1,2%	38,6%	0,0%	59,7%	0,6%	0,0%
2005	110040	MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	1,8%	35,2%	0,9%	61,4%	0,7%	0,0%
2005	110045	RECANATI - OSP.CIVILE S.TA LUCIA	1,2%	24,5%	1,8%	71,9%	0,5%	0,0%
2005	110046	S.SEVERINO - OSP. "B.EUSTACCHIO"	0,9%	35,1%	0,6%	62,2%	0,9%	0,3%
2005	110049	CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	2,3%	31,3%	2,9%	63,4%	0,0%	0,2%
2005	110056	ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	5,6%	35,0%	0,6%	57,7%	1,1%	0,0%
2005	110058	FERMO - OSPEDALE	3,3%	20,8%	2,4%	72,5%	0,7%	0,2%
2005	110064	S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	3,2%	24,4%	1,2%	70,6%	0,6%	0,0%
2005	110073	STELLA MARIS - S.BENEDETTO	2,9%	45,3%	0,4%	51,4%	0,0%	0,0%
2005	110901	PESARO - OSPEDALI RIUNITI	0,6%	29,9%	1,2%	66,4%	1,9%	0,0%
2005	11090501	OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO UMBERTO I	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2005	11090503	OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO G.SALESI	5,3%	44,4%	1,3%	48,0%	1,1%	0,0%
2006	110002	FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	2,0%	28,2%	1,1%	67,5%	1,1%	0,1%
2006	110003	URBINO - OSPEDALE CIVILE	2,3%	28,9%	0,7%	65,7%	2,3%	0,1%
2006	110004	SASSOCORVARO - OSP. LANCIARINI	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
2006	110009	NOVAFELTRIA - OSP. SACRA FAMIGLIA	0,8%	26,7%	1,5%	71,0%	0,0%	0,0%
2006	110022	FABRIANO - OSP. "E.PROFILI"	2,2%	26,2%	0,0%	71,6%	0,0%	0,0%
2006	110025	JESI - OSPEDALI RIUNITI	2,0%	28,6%	1,1%	63,3%	5,0%	0,0%
2006	110028	OSIMO - OSP. GENERALE DI ZONA	2,1%	33,5%	1,7%	61,8%	0,6%	0,2%
2006	110032	SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	2,9%	27,9%	0,3%	68,3%	0,6%	0,0%
2006	110036	VILLA IGEA - ANCONA	1,2%	39,2%	0,6%	58,7%	0,0%	0,3%
2006	110038	VILLA SERENA - JESI	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
2006	110040	MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	1,0%	33,6%	1,6%	62,9%	0,8%	0,1%
2006	110045	RECANATI - OSP.CIVILE S.TA LUCIA	0,5%	24,4%	1,6%	72,4%	1,1%	0,0%
2006	110046	S.SEVERINO - OSP. "B.EUSTACCHIO"	1,3%	35,2%	0,0%	62,7%	0,6%	0,3%
2006	110049	CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	2,3%	29,7%	4,8%	62,7%	0,3%	0,1%
2006	110056	ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	4,1%	39,3%	0,3%	56,2%	0,1%	0,0%
2006	110058	FERMO - OSPEDALE	3,0%	22,9%	2,3%	71,1%	0,4%	0,4%
2006	110059	AMANDOLA - OSP. VITTORIO E. II	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2006	110064	S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	2,8%	21,0%	1,9%	73,0%	1,0%	0,3%
2006	110073	STELLA MARIS - S.BENEDETTO	2,3%	46,5%	0,6%	50,4%	0,2%	0,0%
2006	110901	PESARO - OSPEDALI RIUNITI	0,3%	29,5%	0,7%	68,2%	1,3%	0,0%
2006	11090503	OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO G.SALESI	4,1%	43,8%	1,2%	50,5%	0,5%	0,0%

Attività ospedaliera dell'area Materno infantile / Dimessi con DRG di parto

Anno	Istituto	370 PARTO CESAREO CON CC	371 PARTO CESAREO SENZA CC	372 PARTO VAGINALE CON DIAGNOSI COMPLICANTI	373 PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI	374 PARTO VAGINALE CON STERILIZZAZIONE E/O DILATAZIONE E RASCHIA	375 PARTO VAGINALE CON ALTRO INTERVENTO ECCETTO STERILIZZAZIONE	TOTALE
2004	110002 FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	12	224	3	504	2	0	745
2004	110003 URBINO - OSPEDALE CIVILE	11	269	14	551	30	0	875
2004	110004 SASSOCORVARO - OSP. LANCIARINI	0	0	0	0	0	1	1
2004	110009 NOVAFELTRIA - OSP. SACRA FAMIGLIA	4	21	2	74	0	0	101
2004	110022 FABRIANO - OSP. "E.PROFILI"	4	94	0	374	2	0	474
2004	110025 JESI - OSPEDALI RIUNITI	22	277	13	532	25	0	869
2004	110028 OSIMO - OSP. GENERALE DI ZONA	18	110	13	223	2	1	367
2004	110032 SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	42	187	4	508	11	0	752
2004	110036 VILLA IGEA - ANCONA	1	133	1	191	1	0	327
2004	110040 MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	16	350	13	576	7	2	964
2004	110045 RECANATI - OSP.CIVILE S.TA LUCIA	14	185	16	476	4	0	695
2004	110046 S.SEVERINO - OSP. "B.EUSTACCHIO"	7	237	1	408	7	3	663
2004	110049 CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	28	175	31	401	2	0	637
2004	110056 ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	22	224	5	422	4	1	678
2004	110058 FERMO - OSPEDALE	21	103	6	379	3	0	512
2004	110064 S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	16	169	5	510	1	2	703
2004	110073 STELLA MARIS - S.BENEDETTO	10	246	3	294	0	0	553
2004	110901 PESARO - OSPEDALI RIUNITI	5	401	11	821	22	0	1260
2004	11090503 OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO G.SALESI	122	938	51	1033	27	0	2171
	TOT	375	4343	192	8277	150	10	13347
2005	110002 FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	10	220	8	601	7	0	846
2005	110003 URBINO - OSPEDALE CIVILE	13	252	9	659	21	1	955
2005	110009 NOVAFELTRIA - OSP. SACRA FAMIGLIA	0	31	1	85	0	0	117
2005	110022 FABRIANO - OSP. "E.PROFILI"	9	122	0	360	2	0	493
2005	110025 JESI - OSPEDALI RIUNITI	13	320	3	513	36	1	886
2005	110028 OSIMO - OSP. GENERALE DI ZONA	10	119	7	259	6	1	402
2005	110032 SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	24	157	9	520	8	2	720
2005	110036 VILLA IGEA - ANCONA	4	133	0	206	2	0	345
2005	110040 MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	18	356	9	620	7	0	1010

2005	110045 RECANATI - OSP.CIVILE S.TA LUCIA	8	160	12	469	3	0	652
2005	110046 S.SEVERINO - OSP. "B.EUSTACCHIO"	6	239	4	423	6	2	680
2005	110049 CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	15	207	19	419	0	1	661
2005	110056 ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	37	229	4	378	7	0	655
2005	110058 FERMO - OSPEDALE	18	112	13	391	4	1	539
2005	110064 S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	22	165	8	478	4	0	677
2005	110073 STELLA MARIS - S.BENEDETTO	14	221	2	251	0	0	488
2005	110901 PESARO - OSPEDALI RIUNITI	8	398	16	884	25	0	1331
2005	11090501 OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO UMBERTO I	0	0	1	0	0	0	1
2005	11090503 OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO G.SALESI	114	960	28	1038	23	0	2163
	TOT	343	4401	153	8554	161	9	13621
2006	110002 FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	16	229	9	548	9	1	812
2006	110003 URBINO - OSPEDALE CIVILE	22	278	7	632	22	1	962
2006	110004 SASSOCORVARO - OSP. LANCIARINI	0	0	0	0	2	0	2
2006	110009 NOVAFELTRIA - OSP. SACRA FAMIGLIA	1	35	2	93	0	0	131
2006	110022 FABRIANO - OSP. "E.PROFILI"	11	132	0	361	0	0	504
2006	110025 JESI - OSPEDALI RIUNITI	19	266	10	589	47	0	931
2006	110028 OSIMO - OSP. GENERALE DI ZONA	10	157	8	289	3	1	468
2006	110032 SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	21	200	2	490	4	0	717
2006	110036 VILLA IGEA - ANCONA	4	135	2	202	0	1	344
2006	110038 VILLA SERENA - JESI	0	0	0	1	0	0	1
2006	110040 MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	10	322	15	603	8	1	959
2006	110045 RECANATI - OSP.CIVILE S.TA LUCIA	3	138	9	409	6	0	565
2006	110046 S.SEVERINO - OSP. "B.EUSTACCHIO"	9	245	0	437	4	2	697
2006	110049 CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	18	228	37	481	2	1	767
2006	110056 ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	31	296	2	424	1	0	754
2006	110058 FERMO - OSPEDALE	17	128	13	398	2	2	560
2006	110059 AMANDOLA - OSP. VITTORIO E. II	0	1	0	0	0	0	1
2006	110064 S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	20	152	14	528	7	2	723
2006	110073 STELLA MARIS - S.BENEDETTO	12	242	3	262	1	0	520
2006	110901 PESARO - OSPEDALI RIUNITI	4	403	10	933	18	0	1368
2006	11090503 OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO G.SALESI	89	962	26	1109	10	1	2197
	TOT	317	4549	169	8789	146	13	13983

VI.3 Area della disabilità fisica e mentale

La complessità del fenomeno e la necessità di adeguare il sistema posto in essere in particolare grazie alla lr. 18 alle indicazioni del Piano Sociale regionale in corso e della legge 328/00 ha portato a rilevare alcune criticità da evidenziare per definire un processo di superamento delle stesse.

Tali criticità possono essere riassunte nelle questioni relative alle funzioni valutative e di presa in carico svolta dalle UMEE/UMEA e alla strutturazione e dimensionamento dei servizi.

Ad una indicazione più dettagliata delle criticità sopra riportate seguiranno alcune indicazioni strategiche da realizzare nel periodo di vigenza del presente Piano sanitario e da integrare con il Piano sociale regionale.

Funzione di valutazione e presa in carico

Da un'indagine conoscitiva, realizzata nel 2005 dall'Asur, sulle modalità organizzative e di funzionamento delle Umee e Umea nelle diverse zone territoriali si evidenziano, accanto a punti di forza e singole buone pratiche, criticità e disomogeneità sul versante organizzativo, metodologico, formativo: a) organico sottodimensionato rispetto alla popolazione potenziale; b) carenza, precarietà e/o inadeguatezza del personale, soprattutto delle figure professionali quali neuropsichiatra infantile e psicologo; c) inadeguatezza della collocazione strutturale e logistica; d) insufficiente investimento sulla formazione e sulle metodologie di lavoro multi-interprofessionale; e) scarsa integrazione istituzionale con gli altri soggetti e servizi territoriali.

L'utenza "seguita" nell'anno 2004, pur in assenza di criteri univoci per definire la "presa in carico", è pari a n. 10.971 soggetti, suddivisi come segue: UMEE: n. 6.127 con un'incidenza di 1.816 nuovi utenti nell'anno 2004; UMEA: n. 4.844 con un'incidenza di 479 nuovi utenti nell'anno 2004. Comparando i dati complessivi (10.971) dei soggetti "seguiti" dalle UM con il numero dei beneficiari degli interventi di cui alla LR 18/96 nell'anno 2004 (6.971), appare evidente uno scarto difficilmente giustificabile se non per carenze nel processo di valutazione, presa in carico e progettualità.

Strutturazione e dimensionamento dei servizi.

E' ancora molto fragile la connessione tra la programmazione territoriale dei realizzata nei Piani di ambito sociale e nei programmi attuativi di Distretto e gli interventi specifici nell'area della disabilità. Si seguono percorsi diversi che non tengono conto delle esperienze realizzate e dei risultati raggiunti. Ciò porta alla disomogeneità degli interventi, dei servizi e dei percorsi assistenziali sia all'interno degli ambiti/distretti che tra ambiti/distretti vicini. In particolare si notano squilibri nella distribuzione territoriale dei "Centri diurni e delle comunità residenziali per il "dopo di noi").

Linee di intervento

Le indicazioni relative alle strategie da seguire devono tenere conto, nel caso delle politiche sulla disabilità, delle normative in vigore (in particolare la lr 18) e degli atti conseguenti che fino ad oggi hanno costituito il fulcro del settore che ha usufruito di disponibilità finanziarie significative sul fronte delle politiche sociali.

Le azioni da attivare in questa prospettiva si fondano su cinque opzioni fondamentali: a) consolidamento dell'assetto istituzionale e operativo del livello territoriale (integrazione ambito/distretto) per esprimere le più alte potenzialità nella programmazione e gestione unitaria del sistema dei servizi; b) superamento degli squilibri territoriali e della frantumazione degli interventi che determinano condizioni di disuguaglianza nell'accessibilità e fruibilità dei servizi tra cittadini di ambiti diversi e all'interno dello stesso ambito; c) integrazione socio-sanitaria e sviluppo del sistema a rete per garantire la presa in carico territoriale e livelli uniformi di assistenza secondo modelli organizzativi adeguati ed efficaci; d) promozione della qualità e dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali, dei servizi, delle prestazioni e degli interventi che incidono in modo determinante sul profilo e sulla qualità del progetto di vita; e) formazione e professionalizzazione degli operatori dei servizi territoriali socio-sanitari.

Su queste opzioni si costruiscono percorsi strategici di seguito elencati:

- Potenziamento delle funzioni integrate di accesso, valutazione e presa in carico in una prospettiva di continuità assistenziale: accesso integrato UPS/SdS; utilizzo di strumenti omogenei di valutazione; presa in carico come responsabilità del sistema dei servizi; progettazione e valutazione partecipata del percorsi assistenziale; monitoraggio del percorso;
- Riorganizzazione delle Unità Multidisciplinari (Umee/Umea) costituite da professionalità dell'area sociale e sanitaria, devono operare come "servizio integrato territoriale". In tale prospettiva è necessario che: a) siano collocate a livello di ambito/distretto sotto la responsabilità congiunta del Coordinatore di ATS e del Direttore di distretto; b) siano dotate di personale dedicato comprendente tutte le figure professionali necessarie a realizzare l'integrazione e la multi-interdisciplinarietà della presa in carico; c) siano adeguatamente dimensionate in rapporto alla popolazione ed al territorio secondo parametri uniformi sul territorio regionale; d) siano formate all'uso degli strumenti di valutazione, sulle metodologie di presa in carico ed al lavoro di gruppo; e) garantiscano tempi certi per la valutazione e per tutti i passaggi conseguenti alla presa in carico; f) abbiano potere decisionale (proprio o delegato) sul percorso assistenziale; g) rispondano collegialmente della progettazione e verifica degli interventi programmati;
- Definizione di livelli uniformi ed essenziali del percorso assistenziale con particolare riferimento al:
 - a) sostegno alla persona e alla famiglia;
 - b) promozione della salute e sviluppo delle autonomie personali;
 - c) integrazione scolastica;
 - d) formazione professionale e integrazione lavorativa;
 - e) inclusione sociale;
 - f) assistenza semiresidenziale e residenziale;
- Potenziamento e dimensionamento della rete dei servizi sulla base dei bisogni del territorio (ambito/distretto e area vasta);

- Accreditamento delle unità d'offerta a valenza socio-sanitaria con la elaborazione del regolamento previsto dalla Ir. 20/02 orientato allo sviluppo della qualità come processo dinamico che investe tutti gli attori che interagiscono nel sistema dei servizi;
- Definizione delle tariffe delle prestazioni/servizi con attribuzione percentuale della spesa in quota sanitaria e sociale su natura ed entità del bisogno, appropriatezza dell'intervento, intensità e complessità delle prestazioni/servizi;
- Formazione e aggiornamento del personale con l'individuazione di profili e percorsi formativi degli operatori dell'area socio-sanitaria

VI.4 Area della salute mentale

Il settore della Salute Mentale è stato oggetto abbastanza recentemente di un atto programmatico formale da parte della Regione, la Deliberazione Amministrativa n. 132 del 2004 " Progetto Obiettivo per la Salute Mentale" (P.O.S.M.) Il P.O.S.M. si proponeva , in coerenza con quanto previsto nel Macroobiettivo 2 del PSR 2003-2006, in particolare nella sezione 2.2.1 riguardante la Salute Mentale, di stabilizzare il modello organizzativo dipartimentale , standardizzare la tipologia delle strutture afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, in particolare di quelle residenziali a ciclo continuativo o diurno, standardizzare i parametri di popolazione in base ai quali determinare la presenza di tali strutture nelle Zone Territoriali, standardizzare i parametri di popolazione in base ai quali determinare la presenza di personale nei Dipartimenti, indicare ai Dipartimenti obiettivi di attività e di qualità dell'intervento coerenti con le indicazioni nazionali. Riservava inoltre alla Regione una più approfondita azione di indirizzo e programmazione , che si concretizzasse in definizione di percorsi specifici per patologia, in una più adeguata ricerca epidemiologica, in una diffusione della cultura della valutazione di efficacia degli interventi e del controllo di gestione.

Inoltre indicava alcune specifiche modalità di coinvolgimento nel presidio della Salute Mentale di competenza degli Enti Locali e, ulteriore significativa novità, elencava una serie di strutture fruibili ai fini della tutela della Salute mentale, riferibili per quanto riguarda la proprietà e la gestione, a soggetti pubblici e privati non direttamente afferenti al Servizio Sanitario Regionale.

Il monitoraggio del P.O.S.M. e la rilevazione del grado di efficacia di tale atto programmatico nel conseguimento degli obiettivi da esso assunti è quindi l'azione prioritaria che va garantita nel breve periodo ; accanto ad essa devono essere presi in considerazione gli elementi di criticità emersi dal confronto con gli operatori all'interno dell'ASUR nella Conferenza professionale di supporto direzionale (istituiti dalla Determina del Direttore Generale ASUR n. 89/06), dalle rilevazioni operate dal Servizio Salute e dall'ARS rispetto alla domanda espressa in ambito di Salute Mentale non evasa all'interno della Regione, dalle rilevazioni sui dati di attività e sulle dotazioni organiche effettuate dai medesimi Servizi.

Alla luce delle suddette informazioni, alcune delle quali riassunti nelle tabelle allegate, sono da considerare prioritari i seguenti obiettivi, per il raggiungimento dei quali la Regione si avvarrà prioritariamente del coordinamento garantito dalla "cabina di regia" citata sopra.

- Rilevazione della situazione esistente in materia di strutture residenziali a ciclo continuativo e diurno, sia con caratteristiche di integrazione sociosanitaria che con caratteristiche prevalentemente sociali.
- Rilevazione del fabbisogno in materia di strutture residenziali a ciclo continuativo e diurno, sia con caratteristiche di integrazione sociosanitaria che con caratteristiche prevalentemente sociali.
- Monitoraggio dello stato di applicazione del P.O. nelle parti in cui veniva richiesta una diretta partecipazione degli Enti Locali e degli Ambiti Territoriali, in particolare 1) Individuazione di forme di prevenzione primaria; 2) Garanzia di accesso dei pazienti psichiatrici ai servizi sociali esistenti; 3) Garanzia del diritto alla casa per i pazienti psichiatrici; 4) Garanzia ai pazienti psichiatrici della fruizione di Sportelli della Salute e Uffici di Promozione Sociale.
- Monitoraggio della adeguatezza del sistema assistenziale marchigiano per la Salute Mentale, quale definito dal P.O.S.M., per dotazione strutturale, di risorse umane, di modelli organizzativi, a far fronte in maniera efficace ai bisogni e alla domanda espressa.
- Avvio, nella più ampia collaborazione possibile con gli operatori del settore, di una nuova fase progettuale , nella quale la Regione si assuma l'onere della definizione di progettualità valide per l'intero territorio, verifica l'assessment dei singoli DSM rispetto a quanto richiesto dal perseguimento degli obiettivi di progetto ed attribuisca le risorse in ragione delle necessità differenziate di ciascuno di essi. Questo consentirebbe di vedere allocate le risorse in forma utile per il raggiungimento omogeneo di obiettivi organizzativi e di qualità.
- Attivazione in tutto il territorio regionale e quindi presso tutti i Dipartimenti, del Sistema Informativo Psichiatrico attualmente usato presso le Zone di Pesaro, Senigallia , Macerata e Ascoli Piceno. L'investimento iniziale utilizzato nel 2001 per l'acquisto del software e per la formazione del personale andrà integrato con ulteriori stanziamenti per superare eventuali difficoltà all'estensione del sistema dovute alla carenza di materiale informatico : vanno invece superate le difficoltà legate all'organizzazione interna dei Dipartimenti.
- Individuazione di percorsi e profili di cura che riguardino le patologie emergenti, sia nella percezione degli operatori, sia nelle indicazioni della letteratura, in particolare le concomitanze di patologie psichiatriche e di dipendenze patologiche.

A corredo di quanto sopra esposto si allegano le tabelle che mostrano l'attività degli SPDC delle Marche, quantificano il numero di utenti in carico nei DSM che utilizzano il sistema informativo, quantificano i pazienti residenti in regione che hanno fruito di ricoveri in SPDC negli anni 2004-2006, la situazione delle strutture residenziali delle Marche, quale derivata da ricognizione puntuale effettuata dal Servizio Salute il 31.05.2005, .

Utenti dimessi da reparti di psichiatria (cod. 40) della regione Marche SPDC + Case di cura private

Anno	Descriz	Disci	ricoveri	giornate degenza	importi
2004	ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	40	300	3336	784.691
2004	CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	40	156	3144	537.812
2004	FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	40	368	3975	1.012.821
2004	FERMO - OSPEDALE	40	686	5666	1.608.943
2004	JESI - OSPEDALI RIUNITI	40	316	3893	922.736
2004	MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	40	37	254	55.174
2004	OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO UMBERTO I	40	593	9394	1.751.945
2004	REP. PSICHIATRIA (USL101 C/O S.SALV.)	40	395	4944	1.032.683
2004	S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	40	361	3138	1.064.604
2004	SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	40	152	3449	552.241
2004	TOLENTINO - PRESIDIO OSPEDALIERO	40	312	5569	721.318
2004	URBINO - OSPEDALE CIVILE	40	187	2357	559.082
Totale 2004			3863	49119	10.604.050
2005	ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	40	338	3613	861.087
2005	CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	40	164	3169	517.020
2005	FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	40	340	3926	955.682
2005	FERMO - OSPEDALE	40	685	5864	1.601.477
2005	JESI - OSPEDALI RIUNITI	40	277	3923	853.404
2005	MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	40	27	116	26.332
2005	OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO UMBERTO I	40	573	8641	1.638.826
2005	REP. PSICHIATRIA (USL101 C/O S.SALV.)	40	400	5278	1.066.281
2005	S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	40	364	3140	1.037.222
2005	SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	40	215	2854	658.056
2005	TOLENTINO - PRESIDIO OSPEDALIERO	40	298	4663	660.850
2005	URBINO - OSPEDALE CIVILE	40	165	2024	508.551
Totale 2005			3846	47211	10.384.787
2006	ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	40	331	3554	840.412
2006	CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	40	159	3087	524.514
2006	FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	40	286	3683	838.852
2006	FERMO - OSPEDALE	40	730	6840	1.773.277
2006	JESI - OSPEDALI RIUNITI	40	263	3901	844.026
2006	MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	40	29	192	41.326
2006	OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO UMBERTO I	40	536	9011	1.637.259
2006	REP. PSICHIATRIA (USL101 C/O S.SALV.)	40	363	5316	1.018.755
2006	S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	40	334	3222	961.399
2006	SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	40	236	2421	665.192
2006	TOLENTINO - PRESIDIO OSPEDALIERO	40	280	4704	667.942
2006	URBINO - OSPEDALE CIVILE	40	193	2148	595.841
Totale 2006			3740	48079	10.408.795
T. complessivo			11449	144409	31.397.631
Anno	Struttura	Descr	ricoveri	giornate degenza	importi
2004	"SAN GIUSEPPE" - ASCOLI P.	PSICHIATRIA	342	6.319	877.300
2004	VILLA JOLANDA - MAIOLATI SPONTINI	LUNGODEGENTI	446	18.969	2.681.886
			788	25.288	3.559.186
2005	"SAN GIUSEPPE" - ASCOLI P.	PSICHIATRIA	346	6.184	914.848
2005	VILLA JOLANDA - MAIOLATI SPONTINI	LUNGODEGENTI	459	17.235	2.694.065
			805	23.419	3.608.912
2006	"SAN GIUSEPPE" - ASCOLI P.	PSICHIATRIA	293	4.745	663.558
2006	VILLA JOLANDA - MAIOLATI SPONTINI	LUNGODEGENTI	435	20.744	3.153.247
			728	25.489	3.816.805

Utenti marchigiani dimessi da reparti di psichiatria (cod. 40) della regione Marche

Anno	Descriz	Ricoveri	giornate degenza	importi	
2004	ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	273	3012	720.296	
2004	CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	138	2915	497.717	
2004	FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	316	3496	891.233	
2004	FERMO - OSPEDALE	648	5370	1.529.403	
2004	JESI - OSPEDALI RIUNITI	297	3788	88.194	
2004	MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	36	252	54.793	
2004	OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO UMBERTO I	513	8229	1.536.142	
2004	REP. PSICHIATRIA (USL101 C/O S.SALV.)	356	4547	947.610	
2004	S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	318	2848	964.559	
2004	SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	136	3331	520.392	
2004	TOLENTINO - PRESIDIO OSPEDALIERO	292	5335	676.997	
2004	URBINO - OSPEDALE CIVILE	159	2057	490.737	
Totale 2004		3482	45.180	9.718.073	
2005	ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	290	3146	747.950	
2005	CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	146	2947	470.569	
2005	FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	286	3269	829.737	
2005	FERMO - OSPEDALE	653	5583	1.521.947	
2005	JESI - OSPEDALI RIUNITI	264	3832	827.800	
2005	MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	27	116	26.332	
2005	OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO UMBERTO I	524	8074	1.517.989	
2005	REP. PSICHIATRIA (USL101 C/O S.SALV.)	380	5103	1.030.546	
2005	S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	322	2837	944.067	
2005	SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	198	2713	620.692	
2005	TOLENTINO - PRESIDIO OSPEDALIERO	288	4588	642.165	
2005	URBINO - OSPEDALE CIVILE	152	1846	475.232	
Totale 2005		3530	44054	9.655.026	
2006	ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	288	3145	752.315	
2006	CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	146	2912	493.713	
2006	FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	262	3439	779.984	
2006	FERMO - OSPEDALE	700	6719	1.714.265	
2006	JESI - OSPEDALI RIUNITI	242	3657	776.965	
2006	MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	29	192	41.326	
2006	OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO UMBERTO I	483	8350	1.520.002	
2006	REP. PSICHIATRIA (USL101 C/O S.SALV.)	343	5192	982.813	
2006	S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	281	2773	829.123	
2006	SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	213	2252	610.252	
2006	TOLENTINO - PRESIDIO OSPEDALIERO	270	4573	644.866	
2006	URBINO - OSPEDALE CIVILE	164	1867	518.701	
Totale 2006		3421	45071	9.664.323	
T. Complessivo		10433	134305	29.037.422	
Anno	Struttura	Descr	ricoveri	giornate degenza	importi
2004	"SAN GIUSEPPE" - ASCOLI P.	PSICHIATRIA	178	3.391	505.435
2004	VILLA JOLANDA - MAIOLATI SPONTINI	LUNGODEGENTI	443	18.927	2.676.095
			621	22.318	3.181.530
2005	"SAN GIUSEPPE" - ASCOLI P.	PSICHIATRIA	189	3.569	549.873
2005	VILLA JOLANDA - MAIOLATI SPONTINI	LUNGODEGENTI	454	17.101	2.675.293
			643	20.670	3.225.165
2006	"SAN GIUSEPPE" - ASCOLI P.	PSICHIATRIA	121	2.103	271.226
2006	VILLA JOLANDA - MAIOLATI SPONTINI	LUNGODEGENTI	433	20.711	3.148.624
			554	22.814	3.419.849

Utenti in contatto - Dsm Pesaro, Senigallia, Macerata ed Ascoli (anno 2006)				Stime totali utenti altri DSM	
DSM	M	F	Tot	minimo	max
Pesaro	900	1227	2127	2.127	2.127
Urbino				1.015	1.323
Fano				1.606	2.093
Senigallia	449	606	1055	1.055	1.055
Jesi				1.287	1.678
Fabriano				570	742
Ancona				2.987	3.892
Civitanova M.				1.406	1.832
Macerata	822	1085	1907	1.907	1.907
Camerino				613	798
Fermo				1.948	2.539
S. Benedetto T.				1.248	1.626
Ascoli P.	1513	1967	3480	3.480	3.480
Totali	3.684	4.885	8.569	21.249	25.093
Valori percentuali				Stima totale utenti min/max 13 DSM	
	43	57	100		

Dimessi da SPDC (regione e fuori regione) per ZT di residenza		
ZT	2004	2005
101 PESARO	441	495
102 URBINO	179	159
103 FANO	306	326
104 SENIGALLIA	159	180
105 JESI	237	248
106 FABRIANO	71	30
107 ANCONA	559	556
108 CIVITANOVA	177	251
109 MACERATA	337	320
110 CAMERINO	45	50
111 FERMO	627	619
112 SAN BENEDETTO	420	415
113 ASCOLI PICENO	416	421
Totale	3974	4070

	Descriz	tot	101 PESARO	102 URBINO	103 FANO	104 SENIGALLIA	105 JESI	106 FABRIANO	107 ANCONA	108 CIVITANOVA MARCHE	109 MACERATA	110 CAMERINO-SAN SEVERINO	111 FERMO	112 SAN BENEDETTO	113 ASCOLI PICENO	Fuori Regione	Stranieri
2004	"SAN GIUSEPPE" - ASCOLI P.	342			1	1	1	1	6	2	8	3	18	54	83	164	
2004	ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	300				1		2			2		3	11	254	27	
2004	CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	156						1	9	110	6	5	5	2		14	4
2004	FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	368	21	9	269	2		6	7	2						46	6
2004	FERMO - OSPEDALE	686	4		1		1		13	15	10	3	566	21	14	34	4
2004	JESI - OSPEDALI RIUNITI	316	5	1	1	2	204	43	27	5	1	5	1		2	18	1
2004	MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	37								3	32	1					1
2004	OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO UMBERTO I	593	2	3	3	10	10	3	446	17	3		4	10	2	65	15
2004	REP. PSICHIATRIA (USL101 C/O S.SALV.)	395	330	6	13	1		2	1	1					2	36	3
2004	S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	361	1					1	1	4	6		8	279	18	42	1
2004	SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	152	1		5	126	1		3							13	3
2004	TOLENTINO - PRESIDIO OSPEDALIERO	312	3				2	1	3	4	250	25	2	1	1	16	4
2004	URBINO - OSPEDALE CIVILE	187	9	142	4			1	2					1		26	2
		4205	376	161	297	143	219	61	518	163	318	42	607	379	376	502	43
2005	"SAN GIUSEPPE" - ASCOLI P.	346	3	2	1	1		1	3	3	7	1	12	58	97	157	
2005	ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	338	1		1	1	1		3	11	2	5	4	9	252	44	4
2005	CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	164	1					1	2	127	8	3	3	1		8	10
2005	FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	340	19	4	246	2	2	1	6	5			1			45	9
2005	FERMO - OSPEDALE	685	3				2	2	6	32	9	2	573	15	9	22	10
2005	JESI - OSPEDALI RIUNITI	277	2			5	215	14	12	7	2	4	2		1	11	2
2005	MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	27									27						
2005	OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO UMBERTO I	573	5	1	6	7	9	4	458	12	7	2	3	7	3	31	18
2005	REP. PSICHIATRIA (USL101 C/O S.SALV.)	400	357	1	18	2				1		1				14	6
2005	S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	364			2		1	1	5	12	3	1	6	273	18	38	4
2005	SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	215	5	1	23	143	6	1	16	1	1	1				11	6
2005	TOLENTINO - PRESIDIO OSPEDALIERO	298	1			1		2	4	18	236	22	1	1	2	7	3
2005	URBINO - OSPEDALE CIVILE	165	11	131	7		1		1	1						11	2
		4192	408	140	304	162	237	27	516	230	302	42	605	364	382	399	74
2006	"SAN GIUSEPPE" - ASCOLI P.	293	1		1		2	1	9	6	4	1	7	24	65	172	
2006	ASCOLI P. - OSP.PROV.LE "C.G.MAZZONI"	331	2							7	4		2	11	262	41	2
2006	CIVITANOVA M. - OSP.GEN.LE DI ZONA	159							6	120	8	5	4	3		11	2
2006	FANO - OSPEDALE SANTA CROCE	286	6	12	226	2		2	5	3	3	1		1	1	22	2
2006	FERMO - OSPEDALE	730	2			1	2		4	20	10	2	643	8	8	21	9
2006	JESI - OSPEDALI RIUNITI	263	2	1	1	1	184	10	15	3	9	15	1			18	3
2006	MACERATA - OSP. GEN.LE PROV.LE	29								1	28						
2006	OSPEDALI RIUNITI - PRESIDIO UMBERTO I	536	3		6	15	10	4	417	10	6	2	6	2	2	42	11
2006	REP. PSICHIATRIA (USL101 C/O S.SALV.)	363	322	9	9	1			2							18	2
2006	S.BENEDETTO - OSP.MADONNA DEL SOCC.	334	2			1	1		2	8	6		3	248	10	41	12
2006	SENIGALLIA - OSPEDALE CIVILE	236	2		23	157	4	1	19	4		1			2	16	7
2006	TOLENTINO - PRESIDIO OSPEDALIERO	280			2			3	2	9	230	22		1	1	6	4
2006	URBINO - OSPEDALE CIVILE	193	11	143	7			1	1	1						19	10
		4033	353	165	275	178	203	22	482	192	308	49	666	298	351	427	64

DSM Marche: Strutture Riabilitative residenziali (SRR) e Comunità protette (CP) e strutture residenziali Terapeutiche (SRT) (alla data del 31.05.05)													Numero strutture sanitarie psichiatriche e posti per DSM	
DSM	Numero SRR pubbliche	Posti letto residenziali SRR pubbliche	Numero SRR convenzionate	Posti letto residenziali SRR convenzionate	N. moduli Comunità Protette pubbliche	Posti letto Comunità Protette pubbliche	N. moduli CP private convenzionate	Posti letto CP convenzionate	Numero SRT pubbliche	Posti letto SRT pubbliche	Numero SRT private convenzionate	Posti letto SRT convenzionate	Numero strutture	Numero posti letto
Pesaro	1	18	0	0	2	40	0	0	0	0	0	0	3	58
Urbino	1	8	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	1	16
Fano	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10
Senigallia	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9
Jesi	1	10	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	2	20
Fabriano	0	0	1	8	0	0	0	0	1	4	0	0	2	12
Ancona	2	23	1	8	1	20	1	20	0	0	0	0	5	71
Civitanova M.	1	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	13
Macerata	1	12	0	0	2	40	1	20	0	0	0	0	4	72
Camerino	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8
Fermo	1	14	1	20	0	0	2	32	0	0	0	0	4	66
San Benedetto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ascoli Piceno	1	20	0	0	1	20	0	0	0	0	0	0	2	40
Totale	12	145	4	46	6	120	4	80	1	4	0	0	27	395
<i>Totale SRR pubbliche e private</i>		<i>numero =</i>	<i>16</i>	<i>posti =</i>	<i>191</i>									
<i>Totale CP pubbliche e private</i>		<i>numero =</i>	<i>10</i>	<i>posti =</i>	<i>200</i>									
<i>Totale SRT pubbliche e private</i>		<i>numero =</i>	<i>1</i>	<i>posti =</i>	<i>4</i>									
<i>Totale Strutture pubbliche e private</i>		<i>numero =</i>	<i>27</i>	<i>posti =</i>	<i>395</i>									

VI.5 Area delle dipendenze patologiche

Caratteristiche del fenomeno delle dipendenze patologiche e dei comportamenti d'abuso

Negli ultimi anni l'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope ha assunto proporzioni sempre più vaste, interessando ampi strati di fasce di popolazione, in particolare quella giovanile, in considerazione della forte diffusione sul mercato illecito di nuove e vecchie sostanze (eroina, cocaina, sostanze sintetiche etc.).

Le ricerche e gli studi epidemiologici effettuati nel settore evidenziano altresì, oltre al notevole abbassamento dell'età del consumo, rituali e abitudini assuntive "nuove" rispetto a quelle tradizionali, facendo emergere il fenomeno della "poliassunzione", cioè l'uso contemporaneo o alternato di più sostanze associato in moltissimi casi ad alcool e farmaci, dell'uso o abuso senza dipendenza, dell'insorgenza di altre forme di dipendenza patologica non correlata all'uso di sostanze quali il gioco d'azzardo, la dipendenza da internet, videogiochi etc.

In sintesi le caratteristiche assunte dal fenomeno delle dipendenze patologiche e dei comportamenti d'abuso negli ultimi anni si possono così descrivere :

- uso/consumo/abuso di sostanze psicotrope sia illegali che legali;
- passaggio da prevalente consumo di eroina a policonsumo
- diminuzione dell'età media dei soggetti consumatori
- notevole prevalenza di patologie psichiatriche tra i consumatori, soprattutto tra quelli utenti dei Servizi (ad es. c.d. dual diagnosis);
- rapido e costante aumento di consumatori di cocaina e psicostimolanti;
- aumento dell'abuso di alcolici anche accompagnati dal consumo di altre sostanze;
- scarsa consapevolezza della pericolosità dell'uso di sostanze psicotrope, specie tra i più giovani.
- aumento della differenza tra numero di consumatori di sostanze e numero di utenti dei Servizi
- consumo percepito come normale accesso ad un mercato e non come comportamento patologico o illegale

Queste diverse modalità e abitudini di consumo determinano la necessità di individuare strategie che partano dalla consapevolezza dell'ampiezza e della complessità del fenomeno ed affrontino le problematiche ad esso collegate in modo rapido ed efficace in termini di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope, legali e illegali, e da "dipendenza senza droga".

La dimensione rilevabile del fenomeno

La tabella sotto riportata illustra la consistenza numerica dell'utenza dei Servizi per la Tossicodipendenza negli anni tra il 1994 e il 2005. Si nota la stabilità dell'incidenza (nuovi casi nell'anno) e l'aumento costante degli utenti in carico (nel periodo preso in esame l'aumento complessivo è dell' 82%).

ANNO	Nuovi Utenti	Già in car./rientrati	Totale in carico
1994	967	1693	2660
1995	1492	2215	3707
1996	1172	2503	3675
1997	1215	2544	3759
1998	1298	2828	4126
1999	1071	2868	4147
2000	1291	2962	4253
2001	1230	3218	4440
2002	1010	3439	4449
2003	1072	3376	4448
2004	1235	3452	4687
2005	1251	3601	4852

Numero utenti Tossicodipendenti per tipologia (nuovi e già in carico), stratificato per sesso per Servizio e Zona Territoriale.

Regione Marche - Anno 2006

Fonte Dati: Scheda ANN.01 Numero soggetti trattati nell'anno

Zona Territoriale	Servizi	Nuovi			Già in carico./Rientrati			Totale		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
1	Pesaro	127	20	147	225	39	264	352	59	411
1	Novafeltria	1	2	3	26	6	32	27	8	35
2	Urbino	90	9	99	69	16	85	159	25	184
3	Fano	21	5	26	123	23	146	145	28	173
3	Fossombrone	51	5	56	137	21	158	188	26	214
4	Senigallia	36	16	52	222	36	258	258	52	310
5	Jesi	75	8	83	181	26	207	256	34	290
6	Fabriano	40	6	46	78	24	102	118	30	148
7	Ancona	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Civitanova M.	39	8	47	303	61	364	342	69	411
9	Macerata	37	5	40	274	50	324	311	55	366
10	Camerino	123	24	147	78	31	109	201	55	256
11	Fermo	98	14	112	281	40	321	379	54	433
12	S.Benedetto	58	17	75	316	50	366	374	67	441
13	Ascoli Piceno	36	8	44	318	42	360	354	50	404
	TOTALE	832	300	977	2631	465	111987	3464	612	4076

Evidenziati in giallo i DDP sovrazonali

Scritti in rosso i dati che vanno sommati perché relativi ad unità operative dello stesso DDP

Tab.n.20- Numero utenti Alcol dipendenti per tipologia (nuovi e già in carico), stratificato per sesso per Servizio e Zona Territoriale.

Regione Marche - Anno 2005

Fonte Dati: Scheda ALC03. Numero soggetti trattati nell'anno

Zona Territoriale	Servizi	Nuovi			Già in carico/Rientrati			Totale		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
1	Pesaro	29	9	38	30	16	46	59	25	84
1	Novafeltria	22	5	27	57	10	67	79	15	94
2	Urbino	24	2	26	23	9	32	47	11	58
	VI.5.1.1.1 a n o									
3		2	6	8	13	8	21	15	14	29
3	Fossombrone	5	0	5	9	1	10	14	1	15
4	Senigallia	38	12	50	202	29	231	240	41	281
4	Villa Silvia	380	115	495	30	19	49	410	134	544
5	Jesi	30	5	35	71	17	88	101	22	123
6	Fabriano	9	2	11	31	15	46	40	17	57
7	Ancona	39	13	52	123	45	168	162	58	220
8	Civitanova M.	20	3	23	22	10	32	42	13	55
9	Macerata	17	6	23	31	11	42	48	17	65
10	Camerino	38	16	54	56	14	70	94	30	124
11	Fermo	18	10	28	42	10	52	60	20	80
	Amb.Alc. DSM	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	S.Benedetto	1	0	1	12	1	13	13	1	14
13	Ascoli	3	2	5	1	3	4	4	5	9
13	Casa S.Giuseppe	104	48	152	116	57	173	220	105	325
	TOTALE	779	254	1033	869	275	1144	1648	529	2177
	Totale - Amb.Alc. DSM	779	254	1033	869	275	1144	1648	529	2177

La presenza di una discreta quantità di utenza stabile dei Servizi è documentata dalla tabella che si riporta di seguito e che dimostra un innalzamento dell'età media dei pazienti trattati.

Per concludere questi brevi cenni descrittivi sul fenomeno dei comportamenti d'abuso si riporta un'ulteriore tabella dalla quale si può rilevare come l'aumento percentuale dei consumatori di cocaina tra gli utenti dei Servizi negli ultimi anni è bensì rilevante, ma con ogni probabilità ben lontano dal rispecchiare il massiccio aumento di questo consumo tra la popolazione: mentre l'eroinomane diventava e diventa quasi inevitabilmente un utente dei Servizi, il consumatore di cocaina lo diventa solo in relazione a particolarità della modalità di consumo o a comparsa di psicopatologia.

Fonte dati: Scheda ANN 01. Et  soggetti trattati.

	Nuovi			Gi� in carico			Totale Generale		
	Maschi	Femmine	Tot.	M	F	Tot.	M	F	Tot.
1994	26,8	26,7	26,8	27,8	26,8	27,6	27,4	26,8	27,3
1995	27,3	26,9	27,3	29,3	29,2	29,3	28,5	28,4	28,5
1996	27,5	25,9	27,2	29,8	28,8	29,6	29,0	27,9	28,8
1997	26,7	26,2	26,7	30,3	29,0	30,1	29,2	28,1	29,0
1998	27,1	26,2	26,9	30,6	29,4	30,4	29,5	28,4	29,3
1999	26,8	26,5	26,8	30,3	29,1	30,1	29,4	28,4	29,2
2000	27,7	26,0	27,5	30,4	29,3	30,2	29,6	28,3	29,4
2001	27,7	27,2	27,6	30,7	29,9	30,6	29,9	29,2	29,8
2002	27,6	26,7	27,5	30,8	29,7	30,6	30,1	29,0	29,9
2003	27,3	27,3	27,3	31,4	30,2	31,2	30,4	29,4	30,3
2004	27,8	26,3	27,6	32,2	30,8	32,0	31,1	29,7	30,8
2005	27,4	25,5	27,1	32,6	30,7	32,3	31,3	29,2	31,0

Andamento sostanze abuso primario

Sost. d'abuso primaria	Anno 2001		Anno 2002		Anno 2003		Anno 2004		Anno 2005	
anfetamine	35	0,77%	24	0,54%	22	0,52%	29	0,64%	12	0,26%
ecstasy	53	1,17%	31	0,69%	24	0,57%	21	0,46%	20	0,44%
cannabinoidi	528	11,66%	462	10,31%	464	11,03%	609	13,47%	612	13,39%
cocaina	196	4,33%	271	6,05%	310	7,37%	404	8,93%	467	10,21%
eroina	3.493	77,13%	3.523	78,59%	3387	80,51%	3.383	74,81%	3419	74,78%
altro	224	4,95%	172	3,84%		0,00%	76	1,68%	42	0,92%
Tot.	4.529	100%	4.483	100%	4.207	100%	4.522	100,00%	4572	100,00%

La strategia della Regione Marche

L'elaborazione congiunta degli Uffici Regionali e di alcuni operatori del settore ha prodotto negli anni scorsi un' ipotesi di atto programmatico, poi divenuta norma con la DGR n. 747/2004 .

Attraverso essa ci si proponeva, valendosi del modello Dipartimentale, mettere in rete in un territorio tutti i soggetti, pubblici e privati , che operano nel settore della Tossicodipendenza, tentando di passare da un modello che si proponeva di realizzare trattamenti tra loro integrati ad uno che si propone l'integrazione di soggetti produttori di servizi , capaci di integrare le loro progettualità e le loro specifiche offerte all'interno appunto del Dipartimento.

L'articolazione del sistema definisce le seguenti aree di intervento, per le quali era prevista anche la possibilità di configurarsi come vere e proprie Unità Operative:

- PREVENZIONE
- CURA e RIABILITAZIONE
- INCLUSIONE SOCIALE
- INTERVENTI IN CONTESTI SPECIFICI (Area penale, amministrativa e giudiziaria, Area alcoologia e tabagismo, Area comorbilità psichiatrica, Area genitorialità).

Questo sistema è di fatto stato avviato all'inizio del 2006, con la costituzione di 5 Dipartimenti Zonali e di 4 Dipartimenti Sovrazonali, ed è tuttora in piena fase di implementazione/sperimentazione.

Di fatto la più urgente attività programmatica consiste nella necessità di monitorare gli effetti dell'atto di riordino, al fine di verificarne l'efficacia rispetto a quelli che si ritengono i suoi punti qualificanti, cioè :

- Integrazione Socio-Sanitaria: il modello organizzativo delineato colloca a pari dignità i servizi pubblici e del terzo settore, la sanità e il sociale.
- La rete integrata dei Servizi: la costruzione di percorsi di prevenzione, di terapia, di riabilitazione e di reinserimento possono valersi del reale pieno coinvolgimento di ogni soggetto di un territorio, coniugando le diversità culturali e operative .
- Complessità del Sistema curante: varietà di offerta, rigore scientifico e programmi personalizzati caratterizzano il sistema complesso delle dipendenze patologiche che soltanto all'interno di un sistema integrato e coordinato possono trasformarsi in trattamenti efficaci.

Questa azione di monitoraggio dell'atto di riordino dovrà essere effettuata nel corso del 2007 , a cura della "cabina di regia" per l'integrazione socio-sanitaria, in modo tale da consentire al governo regionale di disporre di elementi di valutazione adeguati alla fine del periodo di sperimentazione previsto, a partire dalla costituzione dei Dipartimenti, in un biennio.

Criticità emergenti e azioni da intraprendere per la loro risoluzione

- Necessità di migliorare le conoscenze sull'epidemiologia dei comportamenti d'abuso.

Attualmente le informazioni prodotte dai Dipartimenti sono rilevate annualmente attraverso flussi ministeriali che riguardano: a) Dati sull'utenza e Servizi per le tossicodipendenze; b) Dati sull'utenza e Servizi per l'alcooldipendenza; c) Dati sulle Strutture terapeutiche residenziali e loro attività.

Tramite le suddette schede ministeriali la raccolta viene effettuata sulla base di dati aggregati: le informazioni non sono sufficienti a descrivere correttamente il fenomeno né a rilevare il fenomeno sommerso (non afferente ai servizi).

I dati sono attualmente organizzati su matrice excell a partire dal 1999 ad oggi. E' condivisa l'esigenza di una diversa raccolta delle informazioni come previsto dall'Osservatorio Europeo e dal Ministero della Salute basati su tracciati record individuali.

Flussi Informativi Standard:

- Al fine di giungere ad un sistema di rilevazione dei dati del settore come previsto sia a livello nazionale che europeo, oltre che rispondere all'esigenza di una più puntuale e approfondita conoscenza del fenomeno, con DGR 1588/05 è stato approvato il protocollo standard SESIT (Standard Europei Sistemi Informativi Tossicodipendenze).
- La medesima DGR ha previsto la formazione degli operatori sugli standard citati, (effettuata nell' aprile 06) e una quota incentivante assegnata all'ASUR e successivamente da erogare ai Servizi per il sostegno alla raccolta dei dati.

L'analisi dei dati, ai fini di una lettura esauriente del fenomeno, di una puntuale individuazione dei bisogni emergenti, di una verifica dei risultati e dei costi, di un eventuale riorientamento della programmazione, verrà effettuato dall'Osservatorio Regionale dei Comportamenti d'Abuso, istituito presso l'ARS dalla DGR 842/2006; esso dovrà produrre una relazione annuale che sarà utilizzata dalla "cabina di regia" per eventuali riformulazioni degli atti programmatici di settore.

VI.6 Area degli anziani con particolare riferimento alla non autosufficienza

Quadro demografico di riferimento

Secondo i dati dei registri anagrafici comunali, all'1.1.2005 la popolazione residente nella regione Marche ammontava a 1.518.780 persone. L'analisi dei dati per età evidenzia come la popolazione della regione Marche sia caratterizzata da una quota rilevante di persone anziane: la popolazione ultra sessantaquattrenne costituisce infatti il 22,4% della popolazione totale. Si tratta del quinto valore regionale più elevato, che seppur distante dal 26,5% della Liguria, risulta vicino ai valori di Emilia Romagna, Toscana e Umbria, superando di 1,4 punti percentuali il dato relativo all'Italia centrale e di ben 2,9 punti percentuali il dato nazionale.

All'1.1.2005 il numero di persone di sessantacinque anni e più ammonta a 339.832 unità, 23.899 in più rispetto al 2001 (per un tasso di incremento del 7,6%). Il peso della popolazione di 85 anni e più è considerevole, dal momento che essa costituisce attualmente l'11,2% della popolazione con più di 64 anni. Secondo le stime ISTAT il numero di ultra sessantaquattrenni crescerà a 354.102 unità nel 2011, superando quota 450.000 nel 2031. La crescita della popolazione anziana dovrebbe toccare il picco delle 531.381 unità nel 2045 per poi calare negli anni successivi.

Dunque il dato demografico regionale mostra come sia di primaria importanza per le politiche sociali la "questione anziani", collocando le Marche, già oggi ma ancor più in prospettiva futura, fra le regioni più interessate dal processo di invecchiamento della popolazione e quindi del fenomeno della non autosufficienza degli anziani.

Gli Anziani non autosufficienti

Non è disponibile una quantificazione puntuale del numero degli anziani non autosufficienti residenti nelle Marche. Prendendo in esame i dati statistici più recenti disponibili è possibile dare un macro-quantificazione del fenomeno stimando la consistenza degli anziani non autosufficienti:

- da un minimo di 35.203 individui (pari al 10,4% della popolazione residente in età superiore a 64 anni), corrispondenti ai beneficiari di indennità di accompagnamento per invalidità civile in età superiore a 64 anni e residenti nelle Marche³ al 31\12\2004;
- ad un massimo di 38.865 individui (pari all'11,4% della popolazione residente in età superiore a 64 anni) corrispondenti alla somma degli individui in età superiore a 64 anni

³ Fonte ISTAT – Beneficiari delle prestazioni pensionistiche – Anno 2004

che al 31\12\2005 dichiaravano di vivere "confinati in casa"⁴ o erano rilevati come ospiti presso le strutture residenziali della regione⁵ al 31\12\2005.

E' opportuno sottolineare che le dinamiche demografiche sopra descritte, caratterizzate da un progressivo invecchiamento della popolazione con una incidenza crescente degli over 80, concorreranno a determinare una crescita quantitativa del fenomeno della non autosufficienza.

L'assistenza e la cura degli anziani non autosufficienti

A fronte di questa dimensione del fenomeno si stima che al 31\12\2005 l'assistenza e la cura degli anziani non autosufficienti abbia assunto il seguente assetto organizzativo:

- 4542 anziani non autosufficienti sono assistiti presso le strutture residenziali⁶
- 6.664 anziani non autosufficienti sono assistiti a domicilio dai servizi ADI delle ASUR⁷
- 12227 anziani non autosufficienti sono assistiti a domicilio dalle cosiddette "badanti"⁸

Oltre questi interventi occorre infine considerare che i servizi domiciliari (SAD) dei Comuni e degli Ambiti territoriali offrono agli anziani una serie di servizi di assistenza alla persona (preparazione pasti; cura e igiene della persona; cura e riordino dell'abitazione; lavatura stiratura e rammendatura della biancheria; etc.). Sebbene si tratti di servizi non mirati all'utenza non autosufficiente, non è da escludere che una parte dell'utenza dei Servizi SAD sia costituita da anziani non autosufficienti. Si stima che nel 2005 i servizi SAD attivi negli Ambiti territoriali abbiano assistito un complesso di circa 4.464 utenti⁹.

Il sistema dei servizi

Di recente è stato avviato un processo di adeguamento dell'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali, finalizzato a dare risposte più appropriate al tema della non autosufficienza. Si tratta in particolare di due interventi: la regolamentazione delle autorizzazioni delle strutture socio assistenziali (LR20\2002) e l'atto di fabbisogno che prevede l'innalzamento e l'omogeneizzazione dell'assistenza sanitaria agli anziani non autosufficienti ospiti delle strutture residenziali.

⁴ Stima basata sull'incidenza di anziani con almeno una difficoltà confinati in casa sul totale della popolazione con più di 64 anni (**valore Marche 10,1%**). Fonte ISTAT - Indagine Statistica Multiscopo sulle Famiglie – Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005

⁵ Anziani non autosufficienti presenti nelle strutture residenziali. Proiezione al 31\12\2005 dei dati rilevati dall'indagine riferita al 31\12\2003 - Fonte Osservatorio Regionale Politiche Sociali

⁶ Anziani non autosufficienti presenti nelle strutture residenziali. Proiezione (basata sulla consistenza dei posti letto) al 31\12\2005 dei dati rilevati dall'indagine riferita al 31\12\2003 - Fonte Osservatorio Regionale Politiche Sociali

⁷ Proiezione (basata sulla consistenza della popolazione con più di 64 anni) al 2005 di dati riferiti riferito al 2003 e desunti dall'indagine sull'assistenza domiciliare nelle Marche condotta dall'Agenzia Regionale Sanitaria in collaborazione con il CRISS dell'Università Politecnica delle Marche. L'indagine in particolare rileva: 8.099 utenti ADI, di cui 7.128 in età maggiore di 64 anni, dei quali 6.415 assistiti presso il domicilio dell'utente e 713 presso strutture residenziali.

⁸ La stima degli anziani assistiti a domicilio dalle cosiddette "badanti" è desunta dai risultati dell'indagine promossa dall'ARMAL della Regione Marche e condotta da Emanuele Pavolini. "Il mercato privato dell'assistenza nelle Marche: caratteristiche e ruolo regolativo dell'attore pubblico". La stima è riferita all'anno 2005.

Prima di questi interventi il comparto residenziale era caratterizzato:

- dalla presenza di case di riposo, solo in piccola parte specializzate in relazione all'utenza non autosufficiente;
- da una localizzazione territoriale dell'offerta molto disomogenea;
- da condizioni tariffarie molto disomogenee;
- dalla presenza di livelli assistenziali sanitari molto diversificati, sia in termini di prestazioni offerte, sia in termini di sostegno pubblico della spesa.

Nel comparto residenziale, si registra oggi la seguente situazione:

- i titolari delle strutture residenziali per anziani hanno richiesto autorizzazioni per Residenze Protette per un totale complessivo regionale di 3.923 posti letto¹⁰;
- l'ASUR sta completando il convenzionamento di 2.500 posti letto in Residenze Protette (come previsto dall'Atto di Fabbisogno), con un livello di assistenza minimo di 50' (OSS + Infermiere) a fronte dei 100' previsti dal regolamento della LR di autorizzazione. (l'obiettivo dei 100' di assistenza resta subordinato al reperimento delle risorse finanziarie necessarie alla copertura dei costi);
- la quota di ospiti non autosufficienti presenti nelle strutture ma non coperta dalle convenzioni di cui sopra, viene assistita con prestazioni "minimali" attraverso il servizio ADI;
- i posti letto in RSA¹⁰, che al 31\12\2003 assommavano a 909 unità e per i quali era previsto (precedente Piano Sanitario) un potenziamento fino a 1.320 PL con uno obiettivo intermedio (Atto di fabbisogno) di 1.000 PL, per effetto delle nuove attivazioni e della trasformazioni di una quota di posti letto RSA in posti letto RP, assommano al 31\12\2006 a 891 posti letto.

Il comparto dei servizi semi residenziali è attualmente costituito da 26 centri diurni (21 centri diurni per anziani e 5 centri diurni alzheimer), con una dotazione complessiva di 418 posti (334 nei centri diurni per anziani e 84 nei centri diurni alzheimer); l'indice di dotazione complessivo (centri diurni per anziani + centri diurni alzheimer) si attesta su valori molto contenuti: 1,2 posti per 1000 anziani residenti.

Linee di intervento

Le indicazioni relative alle strategie da seguire devono seguire, nel caso delle politiche per anziani, alcuni atti di programmazione già approvati e che necessitano di essere portati avanti e completati nei loro obiettivi. Si tratta in particolare di:

¹⁰ Posti letto in strutture residenziali. Confronto tra la situazione ante (2003) e post (2006) LR 20\2003

Posti letto in:	2003	2006
Case di riposo	6380	2678
Residenze protette		3923
RSA	909	891
Totale	7289	7492

- Piano regionale “Sistema dei servizi per gli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo – prevenire, contrastare, ridurre e accompagnare la non autosufficienza” (DGR 1566 del 14.12.2004) che necessita di essere realizzato in tutti i suoi contenuti (accesso unico, struttura dei percorsi assistenziali, rafforzamento e riqualificazione del sistema dei servizi)
- DGR 323/05: “accordo con le organizzazioni sindacali sulle residenze sociali e adozione degli atti relativi alla riqualificazione delle residenze socio-sanitarie per anziani non autosufficienti” che deve proseguire il suo processo di applicazione delle indicazioni riportate nell’accordo sindacale e di implementazione della spesa necessarie per la riqualificazione dell’assistenza agli anziani non autosufficienti acconti nelle residenze protette;.

Le azioni da attivare in questa prospettiva riguardano:

- il potenziamento e la riorganizzazione complessiva del sistema di Valutazione della non autosufficienza individuando le “Unità Valutative di Distretto” quali punti unici integrati socio-sanitari per la valutazione, la presa in carico e la dimissione dell’anziano, e quali snodi per l’obiettivo dell’appropriatezza delle prestazioni;
- la riduzione, nel triennio, il flusso di “istituzionalizzazione” dell’anziano non autosufficiente all’interno delle strutture residenziali; obiettivo: 15% in meno dell’attuale numero di utenti presenti nelle strutture residenziali;
- l’incremento della dotazione di posti letto convenzionati in Residenza Protetta dagli attuali 2.500 pl a 3.500 pl, con un crescita netta di 1.000 pl., ai quali sarà attribuito un livello di assistenza sanitaria (OSS + Infermiere) minima di 50’;
- l’incremento del livello di assistenza sanitaria (OSS + Infermiere) fino a raggiungere la disponibilità di operatori necessari per sostenere la soglia dei 100’ di assistenza prevista dal regolamento di autorizzazione e concordata con le parti sociali (Atto di Fabbisogno) per il complesso dei 3.500 pl convenzionati;
- la conseguente individuazione del percorso di formazione programmata degli OSS e degli Infermieri;
- il potenziamento dell’assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti fino a una capacità di servizio di circa 10.000 utenti anno: 3000 in più dell’attuale capacità operativa; l’incremento è programmato per assorbire la pianificata riduzione degli ospiti in strutture residenziali e per prevenire nuova domanda di istituzionalizzazione;
- la ridefinizione delle caratteristiche del servizio ADI al fine di poter conseguire caratteri di omogeneità nel processo di valutazione, presa in carico, trattamento e dimissione del paziente;
- la definizione di criteri equi ed omogenei di accesso all’offerta dei servizi definendo linee guida per l’utilizzo dello strumento dell’ISEE;
- il rilancio del progetto "qualificazione servizio assistenza domiciliare privata" (badanti);
- la riqualificazione e potenziamento dei centri diurni per anziani.

Fonte OPS - Dati riferiti al 31\12\2006

	Posti autorizzati							
	centri diurni			strutture residenziali				
	Totale Centri	Centri diurni anziani	Centri diurni alzheimer	totale strutture residenziali	Strutture per autosuff	Strutture per non autosuff	Residenze Protette	RSA
Area Vasta PU	129	115	14	1.695	654	1.041	887	154
Area Vasta AN	172	137	35	3.047	1.029	2.018	1.733	285
Area Vasta MC	76	61	15	1.576	600	976	791	185
Area Vasta AP	41	21	20	1.216	437	779	512	267
Totale Regione	418	334	84	7.534	2.720	4.814	3.923	891

Fonte OPS - Dati riferiti al 31\12\2006

	Posti autorizzati							
	centri diurni			strutture residenziali				
	Totale Centri	Centri diurni anziani	Centri diurni alzheimer	totale strutture residenziali	Strutture per autosuff	Strutture per non autosuff	Residenze Protette	RSA
Zona 01	29	15	14	454	193	261	203	58
Zona 02	69	69		586	282	304	269	35
Zona 03	31	31		655	179	476	415	61
Zona 04	-			828	374	454	407	47
Zona 05	15	15		705	231	474	414	60
Zona 06	12	12		218	127	91	91	-
Zona 07	145	110	35	1.296	297	999	821	178
Zona 08	15		15	472	166	306	201	105
Zona 09	25	25		655	261	394	334	60
Zona 10	36	36		449	173	276	256	20
Zona 11	6	6		410	127	283	263	20
Zona 12	-			355	106	249	132	117
Zona 13	35	15	20	451	204	247	117	130
Totale Regione	418	334	84	7.534	2.720	4.814	3.923	891

Fonte OPS - Dati riferiti al 31\12\2006

	Indici di dotazione posti per 1000 abitanti in età superiore a 64 anni							
	centri diurni			strutture residenziali				
	Totale Centri	Centri diurni anziani	Centri diurni alzheimer	totale strutture residenziali	Strutture per autosuff	Strutture per non autosuff	Residenze Protette	RSA
Area Vasta PU	1,6	1,5	0,2	21,6	8,3	13,3	11,3	2,0
Area Vasta AN	1,6	1,3	0,3	28,3	9,6	18,7	16,1	2,6
Area Vasta MC	1,1	0,9	0,2	22,8	8,7	14,1	11,4	2,7
Area Vasta AP	0,5	0,2	0,2	14,4	5,2	9,2	6,1	3,2
Totale Regione	1,2	1,0	0,2	22,2	8,0	14,2	11,5	2,6

Fonte OPS - Dati riferiti al 31\12\2006

	Indici di dotazione posti per 1000 abitanti in età superiore a 64 anni							
	centri diurni			strutture residenziali				
	Totale Centri	Centri diurni anziani	Centri diurni alzheimer	totale strutture residenziali	Strutture per autosuff	Strutture per non autosuff	Residenze Protette	RSA
Zona 01	1,0	0,5	0,5	15,0	6,4	8,6	6,7	1,9
Zona 02	3,7	3,7	-	31,1	15,0	16,1	14,3	1,9
Zona 03	1,1	1,1	-	22,3	6,1	16,2	14,1	2,1
Zona 04	-	-	-	45,1	20,4	24,7	22,2	2,6
Zona 05	0,6	0,6	-	28,9	9,5	19,4	17,0	2,5
Zona 06	1,1	1,1	-	19,6	11,4	8,2	8,2	-
Zona 07	2,7	2,0	0,6	24,1	5,5	18,6	15,2	3,3
Zona 08	0,6	-	0,6	19,6	6,9	12,7	8,4	4,4
Zona 09	0,8	0,8	-	20,3	8,1	12,2	10,3	1,9
Zona 10	2,8	2,8	-	35,1	13,5	21,6	20,0	1,6
Zona 11	0,2	0,2	-	11,4	3,5	7,9	7,3	0,6
Zona 12	-	-	-	16,2	4,8	11,4	6,0	5,3
Zona 13	1,3	0,6	0,7	16,9	7,6	9,3	4,4	4,9
Totale Regione	1,2	1,0	0,2	22,2	8,0	14,2	11,5	2,6

Schema delle Azioni previste per il settore Salute Mentale

Criticità/Bisogni	Azioni	Soggetto programmatore	Tempi	Costi (si o no)
Conoscenza dell'offerta in atto in tema di strutture residenziali	Rilevazione della situazione esistente in materia di strutture residenziali a ciclo continuativo diurno sia con caratteristiche di integrazione socio-sanitaria che con caratteristiche prevalentemente sociali	Cabina di Regia	2007	No
Ricognizione del fabbisogno in tema di strutture residenziali	Rilevazione fabbisogno in materia di strutture residenziali a ciclo continuativo diurno sia con caratteristiche di integrazione socio-sanitaria che con caratteristiche prevalentemente sociali	Cabina di Regia	2007	No
Rilevazione della partecipazione di Enti Locali e Ambiti Territoriali all'attuazione del PO Salute Mentale	Monitoraggio dello stato di applicazione del PO per quel che riguarda: 1) Individuazione di forme di prevenzione primaria 2) Garanzia di accesso dei pazienti psichiatrici ai servizi sociali 3) Fruizione del diritto alla casa dei pazienti psichiatrici 4) Fruizione dei pazienti psichiatrici di Sportelli della Salute e di Uffici di Promozione Sociale	Cabina di Regia	2007	No
Carenza di informazioni esauritive sulle risorse di personale e sui modelli organizzativi	Rilevazione , dotazione strutturale, risorse umane, modelli organizzativi	Cabina di Regia	2007	No
Percorsi di cura omogenei sul territorio e condivisi	Percorsi e profili di cura per patologie emergenti (ad es.: doppia diagnosi)	Cabina di Regia	2007/2009	No
Carenza di informazioni sull'attività e sull'utenza	Attivazione sistema informativo psichiatrico in tutti i 13 DSM	Cabina di Regia	2007	Si(hardware)
Individuazione dei criteri per l'allocazione delle risorse	Elaborazione da parte della Regione di progetti validi per tutti i DSM con assegnazione a ciascuno di essi di eventuali risorse differenziate in ragione di quanto necessario per svolgere il progetto stesso	Cabina di Regia	2007/2009	Si

Schema delle azioni previste nell'ambito della Salute Donna

Criticità/Bisogni	Azioni	Soggetto programmatore	Tempi	Costi (si o no)
Scomparsa dell'offerta territoriale delle principali prestazioni consultoriali (prevenzione, promozione della salute - sessuale e psichica - della donna, bambini, adolescenti, sostegno nel puerperio e nella menopausa, sostegno al disagio degli adolescenti e della famiglia...)	Riqualificazione della rete dei Consultori (distribuzione territoriale "adeguata" e ricostituzione delle équipes consultoriali)	Cabina di Regia	3 anni	Si
Assistenza alla gravidanza e alla nascita: 1) eccessiva medicalizzazione (eccesso di esami, Taglio Cesareo in crescita 34,5% al 31.12 2005);	Preso in carico della gravidanza fisiologica nei Consultori (garantendo in tempi dovuti i controlli e le visite in gravidanza) e nel rispetto dei LEA (gratuità corsi nascita per tutte le donne)	Cabina di Regia	3 anni	No
Assistenza alla gravidanza e alla nascita: 2) abbandono dell'allattamento al seno;	1) Garantire rooming-in in tutti i Punti nascita; 2) offerta attiva di corsi nascita (gratuiti, come previsto nei LEA); 3) sostegno e visite domiciliari nel puerperio e garanzia della continuità assistenziale ostetrica; 4) adesione ai programmi nazionali, europei e OMS/UNICEF; 5) formazione agli operatori OMS/UNICEF ; 6) implementazione sistema regionale di monitoraggio	Cabina di Regia	2 anni	Si
Assistenza alla gravidanza e alla nascita: 3) scarso sostegno a domicilio;	1) Applicazione delle raccomandazioni scientifiche per l'umanizzazione del parto (comprese le pratiche non farmacologiche di controllo del dolore nel travaglio; 2) visite domiciliari nel puerperio (continuità assistenziale ostetrica)	Cabina di Regia	2 anni	No
Assistenza alla gravidanza e alla nascita: 4) scarsa/assente informazione;	Preso in carico della gravidanza fisiologica nei Consultori	Cabina di Regia	2 anni	No

Criticità/Bisogni	Azioni	Soggetto programmatore	Tempi	Costi (si o no)
Assistenza alla gravidanza e alla nascita: 5) svantaggio per le donne immigrate (circa 1/5 dei% dei parti)	Garantire accesso e assistenza gratuita in gravidanza a tutte le donne immigrate; 2) formazione interculturale degli operatori; 3) interventi di promozione della salute culturalmente pertinenti; impiego di servizi di mediazione interculturale; offerta mirata di corsi di preparazione alla nascita (gratuiti)	Cabina di Regia	1-3 anni	No
Assistenza alla gravidanza e alla nascita: 6) garantire l'assistenza di III livello per le gravidanze a rischio	1) Adeguamento trasporto materno assistito; 2) appropriatezza del trasporto materno assistito	Cabina di Regia	1 anni	No
IVG: 1) Disomogeneità nel territorio regionale dell'offerta	Adeguamento dell'offerta a partire dalla presa in carico nei Consultori	Cabina di Regia	2 anni	No
IVG: 2) Scarsa attività di prevenzione delle IVG (adolescenti e immigrate)	Potenziare gli interventi consultoriali di educazione sessuale (anche nelle scuole) e prevenzione delle IVG, con particolare riguardo alle immigrate	Cabina di Regia	2 anni	Si
Menopausa	Interventi di corretta informazione alle donne (linee guida, protocolli condivisi tra gli operatori)	Cabina di Regia	2 anni	No
Screening oncologici	Miglioramento adesione screening (offerta attiva a tutte le donne, comprese le immigrate senza permesso di soggiorno - come previsto da normativa nazionale)	Cabina di Regia	2 anni	Si
Violenza donna e in famiglia	1) Collegamento Consultori-Servizi Sociali dei Comuni/ambiti; 2) supporto alla creazione di reti di mutuo-aiuto 3) sostegno alle donne con meno risorse	Cabina di Regia	2 anni	Si
Adolescenti	1) Interventi di promozione della salute (sessuale e psichica) degli adolescenti; 2) sostegno psico-sociale alle famiglie con meno risorse	Cabina di Regia	3 anni	Si
Frammentazione e inappropriata assistenza nell'area materno-infantile	Formalizzazione di Dipartimenti funzionali Ospedale-territorio (cura e diagnosi in ospedale, prevenzione e promozione, cure primarie, riabilitazione, integrazione nel territorio/consultorio)/Interventi integrati con Servizi Sociali	Cabina di Regia	2 anni	No

Legenda: SSR = Servizio Sanitario Regionale; SS: Servizio Servizi Sociali

Schema delle azioni previste nell'ambito della Salute Immigrati

Criticità/Bisogni	Azioni	Soggetto programmatore	Tempi	Costi (si o no)
Per i gruppi vulnerabili della popolazione, ovvero quelli con precario accesso alle risorse, e tra questi gli immigrati, il rischio di perdita della salute è maggiore rispetto al resto della popolazione	Ruolo di advocacy da parte del SSR e realizzazione di modelli assistenziali in grado di garantire una reale integrazione politica, organizzativa e professionale. Realizzazione di Centri di prima e seconda accoglienza, politiche della casa (facilitare le soluzioni abitative) , del lavoro, della scuola e di sostegno sociale;	Cabina di Regia		Si
Aree più critiche: infortuni sul lavoro; tbc, alcool, AIDS, materno-infantile; disagio psichico	Iniziative "culturalmente competenti" e basate sulla pratica dell'empowerment del singolo e della comunità di prevenzione e promozione della salute in tali ambiti	Cabina di Regia	3 anni	Si
Difficile accesso ai servizi sanitari	1) servizi "a bassa soglia" con semplificazione dell'accesso ai servizi, percorsi di presa in carico del paziente svantaggiato nel rispetto di una vera equità (particolare attenzione agli interventi preventivi e di assistenza alla gravidanza, vaccinazioni assistenza pediatrica CSM); 3) applicazione normativa nazionale e disposizioni normative regionali chiare e univoche; 4) gratuità per indigenti; 5) Piena attuazione del DGR 1516/2006 per garantire l'assistenza agli STP	Cabina di Regia	6 mesi	Si
Difficile fruizione delle cure	1) acquisizione di competenze interculturali da parte dei servizi (e operatori); 2) strategie di offerta attiva (anche attraverso mediazione interculturale e sociale)	Cabina di Regia	12 mesi	Si
Scarso/assente sostegno al "disagio familiare"- Scarso/inadeguato sostegno ai minori stranieri	1) potenziare le politiche di accoglienza ed inserimento scolastico rivolte ai minori e alle famiglie straniere; 2) facilitare l' inserimento scolastico e lavorativo delle "seconde generazioni" 3) sostegno economico ai nuclei familiari poveri	Cabina di Regia	24 mesi	Si

Scarso sostegno ai minori non accompagnati	Ridisegnare il sistema dell'accoglienza, sviluppando strutture "leggere", tenendo conto dei livelli di capacità e autonomia dei ragazzi, sostenendo l'affidamento omoculturale	Cabina di Regia	3 anni	Si
Tratta di persone/prostituzione	1) Creazione e consolidamento di reti locali per la lotta alla tratta; 2) potenziare i percorsi di protezione, accoglienza, integrazione delle persone vittima della tratta	Cabina di Regia	3 anni	Si
Popolazione ROM	Tutte le azioni precedenti, con strategie specifiche	Cabina di Regia	3 anni	Si
Scarsa tutela legale	Avviare e consolidare attività di informazione (anche attraverso i centri Servizi per immigrati, Sportelli sociali)	Cabina di Regia	3 anni	Si
Scarso confronto interculturale (conflitti) italiani/immigrati	Potenziare occasioni di incontro e confronto tra cittadini italiani e stranieri; in particolare costruire occasioni di partecipazione alla vita pubblica locale	Cabina di Regia	3 anni	Si

Legenda: SSR = Servizio Sanitario Regionale; SS: Servizio Servizi Sociali

Scheda delle azioni previste nell'ambito del settore delle politiche per anziani e non autosufficienza

Criticità/Bisogni	Azioni	Soggetto programmatore	Tempi	Costi (si o no)
Criticità nei processi di valutazione, presa in carico, dimissione dell'anziano non autosufficiente quale snodo per l'appropriatezza delle prestazioni	Riorganizzare il sistema delle unità valutative all'interno dei Distretti sanitari integrandole con la componente socia degli enti locali - predisposizione linee guida	Cabina di regia	12 mesi	no
Adeguamento del livello di assistenza socio-sanitaria nelle residenze protette per anziani nei termini previsti dalla l.r. 20/02	Verificare la stipula delle convenzioni tra ASUR e enti gestori e le modalità di spesa con la partecipazione degli ambiti territoriali sociali	Cabina di regia	Ogni fine anno la verifica complessiva – ogni mese la verifica in itinere	si
Riordino complessivo del sistema delle cure domiciliari con riferimento particolare all'ADI e relativo potenziamento	Riorganizzare il sistema – predisposizione di Linee guida	Cabina di regia	12 mesi	si
Necessità di una unicità degli accessi ai servizi di integrazione socio-sanitaria	Analisi dello stato di attuazione e funzionamento UPS e Sportello della salute e sperimentazione forme di coordinamento	Cabina di regia	12 mesi	no
Armonizzazione delle modalità di accesso alla rete dei servizi in termini di compartecipazione alla spesa	Sostenere utilizzo strumento ISEE per calcolo reddito	Cabina di regia integrata	12 mesi	No
Riorganizzazione e armonizzazione del sistema tariffario delle residenze protette e dei centri diurni per anziani	Calcolare costo servizi offerti – individuare costi livelli di assistenza sanitaria e livelli di assistenza alberghiera minimi da garantire ai sensi della l.r. 20/02	Cabina di regia	12 mesi	no

Criticità/Bisogni	Azioni	Soggetto programmatore	Tempi	Costi (si o no)
Formazione Operatori sociosanitari già operanti nei servizi residenziali e semiresidenziali per adeguarli alle indicazioni l.r. 20/02	Approvazione DGR “disciplina unitaria attività formative relative al conseguimento della qualifica di operatore socio-sanitario”	Cabina di regia	31.12.08	Si
Individuazione modalità di intervento a sostegno del sistema privato di cure domiciliari (badanti)	Valutazione del progetto “assegno servizi” e individuazione percorsi possibili	Cabina di regia	24 mesi	si
Incrementare il sistema di monitoraggio dei servizi e degli interventi socio-sanitari territoriali	Disponibilità on line dell’anagrafe della popolazione ultra sessantaquattrenne – cartella socio-sanitaria informatizzata – registrazione della presa in carico e della dimissione dell’utente	Cabina di regia	24 mesi	si

Scheda delle azioni previste nell'ambito del settore Dipendenze Patologiche e Comportamenti d'Abuso

Criticità/Bisogni	Azioni	Soggetto programmatore	Tempi	Costi (si o no)
Conoscenza non adeguata e incompleta: del fenomeno , degli effettivi costi, delle attività, dei risultati	Adeguare flussi informativi omogenei secondo indicazioni ministeriali e secondo standard nazionali approvati (SESIT) a fini epidemiologici, programmatori , gestionali .	Cabina di regia	12 mesi (nb adempimenti a richieste ministero)	si
Attuazione DGR 747/04: nomina dei Coordinatori, Comitato interdipartimentale, avvio assemblee, Comitati di dipartimento	Monitoraggio attività dei DDP, verifica criticità e individuazione possibili soluzioni	Cabina di regia	12 mesi	si *
Continuità assistenziale , omogeneità nei percorsi di cura e nei trattamenti	Definizione procedure comuni, individuazione percorsi assistenziali standard, protocolli diagnostici , certificativi e terapeutici regionali	Cabina di regia	18 mesi	no
Flessibilità e integrazione della rete dei servizi	programmazione formazione comune integrata operatori servizi pubblici e privati.	Cabina di regia	6 mesi ?	si (fondi reg.ad hoc)
Adeguamento rete servizi residenziali e semi residenziali	individuare requisiti minimi standard per la riqualificazione e rideterminazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale	Cabina di regia	6 mesi?	verifica impatto costi

Scheda delle azioni previste nell'ambito del settore dell'infanzia e dell'adolescenza

Criticità/Bisogni	Azioni	Soggetto programmatore	Tempi	Costi (si o no)
Criticità nei processi di valutazione e presa in carico con particolare riferimento ai minori fuori della famiglia	Coordinare e potenziare le équipes integrate d'ambito costituire si sensi della DGR 1896/02 e 869/03 per adozioni internazionali, nazionali, affidi e istituti – individuazione percorso metodologico omogeneo	Cabina di regia	Entro fine anno 2007	No
Necessità di potenziare un sistema di monitoraggio delle attività in corso	Costituzione “Banca dati minori fuori della famiglia”	Cabina di regia	Entro fine anno 2007	Si
Necessità di adeguare la qualità del livello assistenziale nelle strutture per minori regolamentate dalla l.r. 20/02	Completare il sistema di qualità previsto dal regolamento delle autorizzazioni e avviare regolamento accreditamento delle residenze	Cabina di regia	12 mesi	No
Necessità di completare il processo di incremento qualitativo dei servizi per i minori regolamentato dalla l.r. 9/03	Completare il sistema di qualità previsto dal regolamento delle autorizzazioni e accreditamento dei servizi	Cabina di regia	Entro fine anno 2007	No
Necessità di una unicità degli accessi ai servizi di integrazione socio-sanitaria	Rendere specificamente competenti per l'infanzia e l'adolescenza gli operatori degli sportelli di accesso ai servizi sociali e sanitari del territorio prevedendo percorsi facilitati e protetti per l'accesso dei bambini e delle bambine ai servizi sociali e sanitari del territorio	Cabina di regia	12 mesi	no

Scheda delle azioni previste nell'ambito del settore della disabilità

Criticità/Bisogni	Azioni	Soggetto programmatore	Tempi	Costi (si o no)
Criticità nei processi di accesso, valutazione, presa in carico	Riorganizzare il sistema nell'ambito di linee guida complessive sul sistema di valutazione integrato definendo ruolo e funzioni delle unità multidisciplinari sotto la responsabilità congiunta di coordinatore di ambito e direttore di distretto	Cabina di regia	12 mesi	no
Necessità di una unicità degli accessi ai servizi di integrazione socio-sanitaria	Analisi dello stato di funzionamento UPS e Sportello della salute e sperimentazione forme di coordinamento	Cabina di regia	12 mesi	No
Necessità di ridefinire il percorso assistenziale del soggetto disabile	Linee guida per definire: sostegno alle persone e alla famiglia, promozione della salute e sviluppo autonomie personali, integrazione scolastica, formazione professionale e inserimento lavorativo, integrazione e inclusione sociale, residenzialità	Cabina di regia	24 mesi	No
Potenziare il sistema dei servizi domiciliari e territoriali	Individuazione del fabbisogno nel territorio regionale di servizi di aiuto alla persona, servizi di riabilitazione, servizi per l'integrazione scolastica, servizi per l'integrazione sociale, servizi di mediazione culturale, servizi per l'integrazione lavorativa, servizi di sollievo	Cabina di regia	24 mesi	Si
Potenziare il sistema dei servizi a ciclo diurno	Individuazione del fabbisogno nel territorio regionale di centri socio-educativi riabilitativi (CSER)	Cabina di regia	24 mesi	Si
Potenziare il sistema dei servizi a ciclo residenziale	Individuazione del fabbisogno nel territorio regionale di comunità alloggio, comunità socio-educativo-riabilitative, comunità protette	Cabina di regia	24 mesi	Si
Armonizzazione delle modalità di accesso alla rete dei servizi in termini di compartecipazione alla spesa	Sostenere utilizzo strumento ISEE per calcolo reddito	Cabina di regia integrata	12 mesi	No
Riorganizzazione e armonizzazione del sistema tariffario delle residenze protette e dei centri diurni per disabili regolamentate dalla l.r. 20/02	Calcolare costo servizi offerti – individuare costi livelli di assistenza sanitaria e livelli di assistenza alberghiera minimi da garantire ai sensi della l.r. 20/02	Cabina di regia	12 mesi	no

Settore di intervento – Strutturale

Scelte strategiche

Piano Sanitario 2007/2009

**Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo
sviluppo del SSR per la salute del cittadino
marchigiano**

Indice

I	GLI INTERVENTI SULLA RETE SANITARIA: PREMESSA.....	3
II	RETE OSPEDALIERA: ANALISI DELLE PRINCIPALI CRITICITA' DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA	6
II.1	LA DOMANDA.....	6
II.2	L'OFFERTA.....	8
II.3	CONCLUSIONI.....	11
III	PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI	14
III.1	LE AZIONI DA INTRAPRENDERE	18
III.2	LE PRINCIPALI SCELTE STRATEGICHE	19

I GLI INTERVENTI SULLA RETE SANITARIA: PREMESSA

La situazione del sistema sanitario delle Marche presenta una struttura diversificata, polverizzata e frammentata, con una organizzazione delle attività clinico-sanitarie raramente in logica di rete sovrazonale e regionale, con una insufficiente organizzazione a rete dell'assistenza territoriale e dell'integrazione socio-sanitaria, e con un sistema dell'emergenza da consolidare, in termini di operatività, localizzazione delle strutture e livelli di coordinamento. Si impone quindi il passaggio da una logica di assistenza basata su strutture e posti letto ad una logica basata sulle funzioni, che si devono svolgere dentro e fuori le strutture.

Il nuovo PSR descrive il passaggio dall'obiettivo della programmazione tradizionale, rivolto a definire i servizi necessari per soddisfare localmente i bisogni assistenziali della popolazione di un territorio, ad un obiettivo di riprogrammazione e di superamento della frammentarietà dei servizi, per eliminare inutili duplicazioni e creare nuove sinergie ed interazioni.

Le indicazioni del PSR sono rivolte a garantire dimensioni e caratteristiche delle Unità Operative dal punto di vista della funzionalità e dell'economicità, correlandole ad un bacino di utenza sufficiente/necessario per garantirne la qualità in termini di risultati.

Le attuali strutture, comprese quelle più recenti, sono spesso inadeguate sotto il profilo della concezione stessa dell'organismo ospedaliero, perché basata sul modello della divisione/reparto ospedaliero autonomo ed autosufficiente. L'esatto contrario di quanto richiesto dai nuovi principi per la realizzazione di ospedali ad alta tecnologia ed assistenza, che prevedono l'introduzione di nuovi modelli organizzativi di scala dipartimentale e di modelli organizzativi delle aree di degenza basati sulla modulazione dell'intensità assistenziale. E' chiaro che le risorse assorbite da schemi strutturali – organizzativi non adeguati sono maggiori, che i costi di gestione sono quindi più elevati, e che la mancata integrazione genera effetti disfunzionali.

Il nuovo modello organizzativo prevede quindi un sistema sinergico ed omogeneo che integra la funzione sanitaria, diagnostica e terapeutica, con le funzioni di ricerca e di didattica.

Tale integrazione deve avere valenza innanzitutto organizzativa, supportata e possibilmente potenziata dalla tipologia funzionale e dalle soluzioni spaziali.

A questo aspetto, si deve aggiungere la necessità di strutturare il sistema ospedaliero come organizzazione a rete in cui, per ogni Area Vasta, la presenza di Centri di Riferimento regionale, che devono garantire l'erogazione di prestazioni delle "alte specialità", si lega con gli altri nodi del network clinico, che sono rappresentati dagli Ospedali di Rete e, in un ambito più locale e con funzioni più limitate, dagli Ospedali di Polo. Tutto questo al fine di offrire la

maggior copertura assistenziale nello specifico bacino di utenza definito dall'AV, secondo modalità di coordinamento e integrazione che sostengano l'equilibrio in termini di dotazioni e livelli di assistenza e che definiscano percorsi di diagnosi e cura garantiti nell'AV.

I nodi/ospedali si coordinano e completano la loro offerta di servizi e prestazioni in modo complementare ed integrato tra loro, in ragione della differenziata distribuzione delle funzioni e delle dotazioni; i nodi/ospedali devono collaborare con i centri di riferimento regionale secondo comuni percorsi diagnostico-terapeutici relativi alle specifiche aree di patologia o di servizio, nell'ambito dei compiti di coordinamento e integrazione definiti all'interno dei *Dipartimenti clinici sovrazonali*.

Il network clinico si deve inoltre avvalere sul territorio di strutture specialistiche in grado di erogare prestazioni per pazienti in elezione, in modo complementare e ad integrazione di quanto previsto dalle strutture ospedaliere. L'attività di coordinamento ed integrazione deve essere sempre compito del Dipartimento clinico sovrazonale.

Il programma di Ricerca del Ministero della Salute, promosso da Umberto Veronesi, "Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza", che individuava un modello di ospedale per il futuro, esprimeva non solo rilievi architettonici, bensì una strategia che investiva tutto il sistema sanitario.

Questa strategia, che prevede di progettare una rete ospedaliera che vede le attività diagnostiche distribuite capillarmente nel territorio e le attività terapeutiche concentrate in un numero limitato di ospedali ad alta tecnologia, all'interno però di una logica di continuità assistenziale e di stretta relazione comunicazionale tra i diversi attori del sistema, **è fatto proprio dal nuovo Piano sanitario della regione Marche**.

In quest'ottica molti ospedali esistenti, potrebbero così seguire la strada della riqualificazione per essere dedicati a strutture per pazienti fragili, centri multispecialistici di diagnosi precoce ed altri servizi innovativi per rispondere ad una nuova domanda di salute dei cittadini.

Pertanto, il problema dell'ottimizzazione dell'organizzazione funzionale e spaziale delle strutture ospedaliere, è inteso come ricerca dell'associazione ottimale delle sue componenti funzionali volta, da un lato, a garantire un efficiente funzionamento dell'organismo edilizio e, dall'altro, al soddisfacimento complessivo degli obiettivi prefissati.

L'idea originaria si è poi espansa e perfezionata in un **nuovo modello di ospedale**: la nuova medicina nell'era "post genomica" prevede ora l'indispensabilità della compresenza della ricerca e l'applicazione rapida, delle nuove tecnologie che ne derivano, alle cure, in un'indispensabile fusione sinergica da attuare tra le cure stesse e le ricerche. Con l'obiettivo di una migliore comprensione delle malattie, la loro previsione e la successiva possibilità di migliori terapie, anche personalizzate, sorrette da tecnologie avanzate di cura, per ottenere un sensibile miglioramento della qualità della vita per tutti.

A maggior ragione in questo nuovo contesto è indispensabile ricorrere per la progettazione e la gestione ad un approccio innovativo, coerente e avanzato:

- Occorre una rivoluzione nel modo di concepire, progettare, realizzare e gestire l'Ospedale, perché corrisponda alle nuove esigenze e ai nuovi contesti.
- E' necessaria una revisione totale di approccio, un cambiamento di 180 gradi nell'angolo di visuale.
- Tutto deve essere fatto per soddisfare le necessità del singolo cittadino malato e quelle della comunità che lo accoglie.
- Bisogna pensare all'Ospedale anzitutto dal punto di vista degli utilizzatori: questa considerazione, apparentemente ovvia, in realtà, non ha trovato adeguata applicazione e rappresenta un cambiamento epocale, assolutamente necessario.
- E' indispensabile seguire un percorso razionale, coerente, senza deviazioni.
- Partire da finalità e obiettivi dello specifico ospedale e dall'immagine che se ne vuole dare.
- Percorrere poi in modo consequenziale e integrato tutti i passi necessari, definendo e condividendo: linee guida, politiche, principi operativi che ne discendono, procedure da seguire nella quotidianità.

Il nuovo modello di ospedale preso a riferimento prevede quindi il superamento del concetto di reparto tradizionale a favore del modello dipartimentale, per realizzare funzioni specifiche in settori di "facility" il più possibile comuni: i percorsi di diagnosi e cura possono così seguire percorsi integrati e non gerarchici, che intersecano le diverse facility. Devono cioè essere superate le suddivisioni per funzioni o competenze e dare spazio ad un'organizzazione per "processi" (o percorsi di diagnosi e terapia), in cui il paziente percorrerà un tragitto "orizzontale" attraversando, nel corso del trattamento, una serie a volte molto articolata di unità operative.

Il Piano Sanitario Regionale indica chiaramente delle linee "operative" sulla distribuzione dei servizi che dovranno riguardare il massimo soddisfacimento della domanda di assistenza da parte della popolazione residente a cui rispondere con una offerta che calibri i livelli di attività secondo volumi e tipologie di prestazioni e non secondo le dotazioni strutturali, passando da una logica di efficienza operativa della singola Unità Operativa e della singola struttura sanitaria ad una logica di efficienza allocativa del sistema nella sua globalità.

II RETE OSPEDALIERA: ANALISI DELLE PRINCIPALI CRITICITA' DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA ¹

II.1 La domanda

La popolazione residente esprime una domanda di ricovero che affluisce alle strutture della Regione che è rappresentata da 199.679 ricoveri ordinari e da 63.702 ricoveri in regime di day hospital (24% del totale).

Circa il 50% dei ricoveri ordinari riguardano soggetti con età oltre 65 anni ma si sottolinea che quasi il 30% ha più di 75 anni.

I ricoveri sono per la maggior parte di tipo medico e appartengono alle categorie diagnostiche maggiori relative all'apparato cardiocircolatorio, all'apparato muscolo scheletrico e nervoso.

Per quanto riguarda la complessità, circa il 48% dei ricoveri è caratterizzato da un peso medio DRG inferiore ad 1, il 41% da un peso compreso tra 1 e 2 e la restante parte (11%) da un peso superiore a 2.

Si sottolinea che nelle fasce brevi di durata della degenza (tra 1 e 5 giorni) si concentrano più del 50% dei ricoveri ordinari che presentano età molto bassa dei pazienti, bassa complessità e alta inappropriatazza² e, al tempo stesso, anche una concentrazione molto elevata di procedure ed interventi.

Ciò conferma che si tratta di ricoveri brevi che possono trovare una risposta in regime alternativo alla degenza ordinario (diurno, residenziale, domiciliare, ecc.).

Nel complesso il 26% di tutti i ricoveri sono ripetuti e il 22% dei pazienti presenta almeno un ricovero ripetuto che si concentra nella riacutizzazione delle patologie croniche mostrando la necessità di monitoraggio e follow-up in regime alternativo alla degenza per acuti.

I primi 30 DRG sono chirurgici per il 27% dei casi, di essi il 7% riguardano patologie chirurgiche di tipo ortopedico. Nei primi 8 DRG, che sono il 20% di tutti i ricoveri oltre al neonato sano e al parto figurano le patologie legate all'anziano con le diverse tipologie di diagnosi legate allo scompenso cardiaco e all'insufficienza respiratoria differenziate in diverse diagnosi.

¹ Fonte: SDO 2005

² L'inappropriatazza è valutata secondo quanto riportato nell'allegato 2 del DPCM del 29/11/2001, relativo alla definizione dei livelli essenziali di assistenza.

Anche i ricoveri in regime diurno riguardano per quasi il 50% la popolazione over 65, sono principalmente di tipo chirurgico e riguardano, in particolare, gli interventi all'occhio, di ortopedia e l'ernia inguinale.

I primi 8 DRG rappresentano circa il 50% di tutti i ricoveri.

La mobilità della popolazione residente in strutture di altre regioni (mobilità passiva) è circa il 10% di tutti i ricoveri dei residenti e presenta caratteristiche molto diverse dai ricoveri in regione.

La popolazione degli over 65 è molto inferiore e le patologie hanno un peso e una complessità più elevata; infatti, circa il 46% dei ricoveri è caratterizzato da un peso medio DRG inferiore ad 1, il 34% da un peso compreso tra 1 e 2 e la restante parte (20%) da un peso superiore a 2.

Inoltre, si evidenzia una percentuale molto superiore di interventi chirurgici che sono più del 50%.

Le categorie di diagnosi maggiori più rappresentative sono le malattie sul sistema muscolo scheletrico, i disturbi del rene e otorino.

I residenti in regione mostrano una mobilità passiva anche in regime diurno con circa il 27% di tutti i ricoveri e anche questi ultimi, sono molto diversi da quelli nelle strutture della regione: l'età è molto più bassa, vi è equilibrio tra ricoveri medici e chirurgici che sono concentrati per il 21% negli interventi di ortopedia.

Infine si deve sottolineare che la mobilità passiva si differenzia in modo significativo, in particolare, tra le regioni confinanti a nord e a sud e si concentra in Emilia Romagna col 43% e in Abruzzo col 15%.

In Emilia si ricovera una domanda caratterizzata da elevata complessità proveniente principalmente dalla Area Vasta di Pesaro ma con percentuali pari al 10% da tutte le altre aree, compresa Ancona.

Essa è caratterizzata da interventi chirurgici con peso molto elevato di cui segnaliamo circa il 50% di tipo ortopedico e, tra quelli con frequenza maggiore, *“interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti inferiori”* (DRG 209) e *“interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea”* (DRG 112).

Le strutture in cui si concentra tale mobilità sono principalmente di alta complessità, sia di tipo pubblico ma non è trascurabile anche il privato accreditato in Romagna.

La domanda di ricovero in Abruzzo si concentra in strutture private accreditate e mostra una inappropriatezza più elevata ma anche in questo caso si conferma una percentuale del 50% di patologie chirurgiche ortopediche di nuovo particolarmente elevata nel DRG 209 e nel DRG 112 già descritti per l'Emilia.

La terza regione per frequenza è la Lombardia in cui la domanda che si ricovera è particolarmente complessa con un peso superiore a tutti gli altri ricoveri che conferma le caratteristiche di complessità sovrapponibili all'Emilia Romagna.

Si sottolinea tuttavia nel caso di questa regione che al 1° posto compare il ricovero per chemioterapia ma subito dopo il DRG 209 e DRG112.

Va comunque ricordato che anche la chemioterapia e radioterapia rappresentano un fabbisogno soddisfatto fuori regione soprattutto in quelle di confine.

In conclusione si sottolinea che la mobilità passiva è caratterizzata da patologie chirurgiche molto complesse principalmente di tipo ortopedico e si ricorda che nel caso di 2 DRG ad alta complessità vi è una fuga in tutte le Regioni che complessivamente rappresenta per il DRG 112 un terzo e per il DRG 209 circa un quarto di tutti i ricoveri dei residenti.

Alla luce di quanto detto, i ricoveri *ordinari* dei residenti per 1000 abitanti se si considerano i ricoveri nelle strutture della regione e quelli fuori regione è pari a 152 per 1000.

II.2 L'offerta

Per quanto riguarda le caratteristiche dell'offerta si ricorda che le strutture ospedaliere sono 49 di cui il 30% è privato accreditato mentre i posti letto sono concentrati per più dell'80% nelle strutture pubbliche.

Si deve sottolineare che il numero di strutture considerate per acuti che, come abbiamo detto sono complessivamente 49 (in quanto sono tutte strutture i cui ricoveri sono codificati dalla SDO) presentano 35 strutture con un numero di posti letto inferiore a 150 di cui addirittura 31 inferiore a 100. Delle rimanenti, 7 hanno un numero di posti letto tra 150 e 250, 6 strutture tra 250-350 ed 1 con più di 600 posti letto.

La concentrazione dei posti letto è molto differente nelle Aree Vaste e, di conseguenza, risulta variabile anche il numero di posti letto per 1000 abitanti.

Per quanto riguarda la zona di Ancona e l'Area Vasta 2 offrono un numero di posti letto superiore a 5 per 1000 ma che si rivolge a tutta la regione attraverso gli ospedali di alta complessità (Ospedali Riuniti e INRCA) e quindi i posti letto di tale Area vanno distribuiti sulla popolazione di tutte le altre Aree Vaste.

Nonostante i posti letto per 1000 abitanti in tutte le Aree non siano particolarmente elevati, i tassi di utilizzo risultano abbastanza bassi o decisamente bassi; in particolare, negli ospedali con numero di posti letto bassissimo e nelle strutture private accreditate.

Sui piccolissimi presidi un discorso particolare riguarda la criticità rappresentata dall'attuale presenza di reparti chirurgici, di punti nascita e di punti di emergenza urgenza, che presentano una casistica molto ridotta.

L'analisi dell'offerta di discipline specialistiche e dei relativi posti letto per Area Vasta, mostra che tutte le Aree dispongono delle cosiddette "specialità di base": medicina generale, chirurgia generale, ortopedia, ostetricia-ginecologia, pediatria, ecc.

Sono presenti, inoltre, in tutte le Aree Vaste in ambito medico: cardiologia, UTIC, geriatria, malattie infettive, psichiatria, nefrologia.

In ambito chirurgico, invece: oculistica, otorino, terapia intensiva e rianimazione.

L'astanteria è presente in tutte le Aree Vaste ad esclusione della 4

La lungodegenza e la pneumologia sono presenti in tutte le Aree ad esclusione della 4; la dermatologia è presente in 2 Aree Vaste.

Si sottolinea che tutte le specialità sono presenti nell'Area Vasta di Ancona e, in particolare, nella Zona e nella città di Ancona (Ospedali Riuniti e INRCA); contemporaneamente sia nell'area di Ancona che nella 1 di Pesaro sono presenti le discipline di: ematologia, neurologia, neuropsichiatria infantile, dermatologia, oncologia e neurochirurgia.

Per quanto riguarda il rapporto tra risorse umane (operatori pubblici) e strutture /attività pubbliche, si sottolinea che il numero di medici e infermieri per posto letto risulta molto elevato, mentre è basso il rapporto degli stessi rispetto ai ricoveri.

In particolare in tutte le Aree Vaste si osserva mediamente un rapporto di 1 infermiere, o più di 1, per posto letto.

Il numero di medici per ricoveri si attesta mediamente ad un rapporto di 1 a 100 mentre per gli infermiere è di 1 per 40 ricoveri: questo evidenzia una abbondanza di risorse che richiede una riprogettazione e ottimizzazione rispetto all'intensità di cura.

Di seguito è rappresentata una tabella di sintesi con i principali indicatori.

Indicatori	Ricoveri residenti in Regione	Mobilità Passiva
ricoveri ordinari	199.679	24.209 (10% dei residenti)
% ricoveri ord. over 65	47,2%	31,0%
peso medio DRG ric.ord.	1,26	1,50
% ric. ord. Peso <1	48,0%	46,0%
% ric. ord. Peso tra 1 e 2	41,0%	34,0%
% ric. ord. Peso >2	11,0%	20,0%
patologie concomitanti per caso	1,4	1,1
% ric. ord. Medici	58,8%	43,6%
% ric. ord. Chirurgici	34,3%	53,9%
% ric. LEA	14,0%	16,3%
ric. ord. ripetuti	26,0%	21,8%
giornate di degenza	1.501.964	166.898 (10% dei residenti)
degenza media	7,5	6,9
procedure per caso	2,4	2,3
% giornate di degenza LEA	8,0%	9,0%
ricoveri day hospital (% tot)	63.702 (24%)	9.156 (27%)
% ricoveri day hospital over 65	44,6%	23,1%
peso medio DRG ric.day hospital	0,80	0,86
% ric. day hospital Medici	35,7%	46,1%
% ric. day hospital Chirurgici	64,3%	53,6%

Una analisi di dettaglio, con i relativi dati numerici e grafici, è riportata nel documento sul sistema di governo, nella parte relativa all'analisi dell'assistenza ospedaliera.

II.3 Conclusioni

L'analisi della popolazione suddivisa rispetto all'organizzazione sanitaria primaria definita dalle 5 Aree Vaste evidenzia una *elevata disomogeneità* tra le Aree (da 461.000 residenti della Area Vasta 2 a 153.000 dell'Area Vasta 4) .

L'analisi della domanda e dell' offerta ma anche della mobilità passiva extra regione mostra una significativa disaffezione della popolazione nei confronti delle strutture della regione che ha motivazioni diverse.

La disaffezione nelle strutture piccole e piccolissime con ricoveri ripetuti numerosi e di bassa complessità mostra la necessità di rispondere alle patologie croniche, cronico stabilizzate e di riabilitazione e quindi la necessità di funzioni alternative alla degenza per acuti per la tutela dei pazienti fragili, di tipo residenziale, diurno e domiciliare.

Per quanto riguarda la mobilità passiva è significativo sottolineare non solo l'aspetto quantitativo ma anche l'aspetto qualitativo.

Si assiste infatti anche a una disaffezione per le patologie di alta complessità che sono per più della metà di tipo chirurgico ortopedico: la migrazione dalla regione è sia verso strutture qualificate pubbliche sia verso le strutture private.

Tali patologie che rappresentano più del 50% della mobilità passiva si orientano comunque verso numerose regioni anche non vicine e riguardano sostanzialmente i residenti di tutte le zone.

A proposito delle zone di Pesaro e Ancona che presentano tutte le specialità, e anche numerosi duplicati particolarmente diseconomici in termini di casistica, si evidenzia come anche da queste stesse zone vi sia, anche se di diversa entità, un flusso migratorio passivo verso altre regioni per patologie di alta complessità.

La disaffezione si misura anche nelle patologie di bassa complessità in regime diurno sia extra regione che intraregione: è il caso della chemioterapia e radioterapia che escono persino dalle zone di Ancona e di Pesaro.

L'analisi evidenzia inoltre i seguenti aspetti:

- a) l'estrema differenziazione e complessità della domanda e dei fabbisogni;
- b) i diversi livelli di complessità delle strutture di offerta (specializzazione, dotazione tecnologica, meccanismi operativi) e, quindi, di costo;
- c) le diverse alternative tra:
 - la necessità, massima nei servizi di primo livello, di portare le prestazioni molto vicino al cittadino

- la necessità, massima nell'ospedale per acuti, di portare il cittadino nella struttura di offerta per ragioni di sicurezza, tempestività e appropriatezza.

Secondo la logica del processo clinico-sanitario, l'ospedalizzazione costituisce solo una fase della malattia (fase acuta, subacuta) e necessita non solo di essere integrata con le altre funzioni che caratterizzano l'intero processo, ma anche di essere ridotta attraverso lo sviluppo delle altre fasi, precedenti e successive, con una conseguente diminuzione dei costi e un aumento della qualità complessiva.

Dall'analisi della domanda e dell'offerta possono rilevarsi due linee di intervento con cui la programmazione regionale può migliorare il livello di salute della popolazione:

- a) la prima focalizzata sulla "risposta" che si esprime attraverso l'aumento delle funzioni/strutture alternative alla degenza ospedaliera per acuti, aumento di attività distrettuale e della prevenzione;
- b) la seconda focalizzata sui meccanismi operativi ad essa correlati attraverso la creazione di un rete integrata di funzioni/professionisti/strutture.

Per poter raggiungere l'obiettivo del miglioramento delle modalità di "risposta", cioè il miglioramento dell'offerta la cui razionalizzazione produce effetti su ogni aspetto della domanda e del bisogno assistenziale, occorre perseguire un impegno identificabile nelle seguenti azioni prioritarie:

- forte sviluppo della realizzazione di strutture alternative alla degenza ospedaliera per acuti (distretti, RSA, ospedali di riabilitazione, degenza diurna, assistenza domiciliare, ecc); al tempo stesso,
- forte sviluppo dei meccanismi di comunicazione, integrazione e coordinamento delle strutture e/o funzioni sanitarie e sociali (ospedale, territorio, medico di famiglia, articolazione dei distretti, ecc.); inoltre,
- forte sviluppo di strumenti e metodi di "governo dell'accesso" ai servizi sanitari, attraverso la formazione degli operatori e l'educazione dei cittadini ma anche con meccanismi di controllo di gestione (appropriatezza, accreditamento, costi, outcomes, ecc).

Si sottolinea che è necessario passare da una logica di assistenza basata sulle strutture e i posti letto, ad una logica basata sulle funzioni che si devono svolgere dentro e fuori le strutture ospedaliere.

Le strutture devono essere funzionali alle attività e alle prestazioni che servono per rispondere ai bisogni attuali e futuri.

Vi è quindi la necessità di interventi che rimuovano eventuali ostacoli al pieno sviluppo delle funzioni sanitarie fondamentali (prevenzione, diagnosi precoce, diagnosi, controllo e mantenimento, e riabilitazione) per evitare, anche nel grado di complessità di base, di non trovare risposte all'interno del territorio.

Questo fenomeno si evidenzia, ancor di più, nelle funzioni di secondo e terzo livello rappresentate da funzioni particolarmente complesse che tuttavia potrebbero essere svolte rivalutando le risorse esistenti.

Rivalutando, in particolare, le capacità professionali e le risorse edilizie e tecnologiche sotto-utilizzate ed evitando, in tal modo, il decadimento di attività che non producono interventi qualitativamente efficaci e, inoltre, la progressiva e ineluttabile diminuzione di standard e delle capacità professionali esistenti.

Per realizzare questo processo è necessario che la Regione sostenga la volontà di:

- gestire e guidare il cambiamento culturale e quindi analizzare e comprendere il rinnovamento necessario;
- realizzare e garantire un livello di fiducia reciproca tra le professioni coinvolte, attraverso trasparenza e chiarezza di comportamenti;
- avere la capacità di stendere programmi attraverso il consenso e la partecipazione di tutti i "portatori di interesse", unica garanzia della possibilità di realizzazione.

III PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI

Le linee dello sviluppo del sistema sanitario vede il proprio elemento centrale nella definizione di una nuova visione strategica, che ridefinisce il sistema in termini di **sistema reticolare** dell'assistenza. Per l'assistenza ospedaliera, il modello si basa sulla definizione di un unico ospedale regionale articolato nelle diverse sedi (poli ospedalieri – strutture private accreditate - ospedali di rete – aziende ospedaliere e INRCA) per l'offerta dei servizi ponendo al centro i percorsi del paziente.

Tale prospettiva, come già accennato in premessa, si può realizzare esclusivamente dando tempestivo e concreto avvio alla creazione delle reti cliniche. Tale modello consente una forte flessibilità organizzativa, una distribuzione dell'attività basata sulla domanda e una conseguente crescita della professionalità e contestuale dell'efficienza nell'utilizzo delle professionalità.

Le modalità operative per dare attuazione al modello si basano su:

- uno sviluppo delle **reti cliniche** (necessariamente centrate verso problematiche di salute e di autentica integrazione su base area vasta),
- l'utilizzo di **studi di fattibilità** e delle **sperimentazioni gestionali** quali strumenti per offrire adeguati spazi di collaborazione fra soggetti del sistema; la sperimentazione costituisce uno strumento per superare gradualmente, attraverso processi monitorati, la rigidità del sistema ed introdurre in esso, attraverso forme di collaborazione con altri soggetti, strumenti e modelli gestionali efficaci ed efficienti.

Le reti cliniche vengono ad operare nella rete delle strutture, ospedaliere e territoriali, che si configurano come contenitori per l'erogazione (hardware) delle prestazioni assistenziali che necessariamente vengono ripensati, puntando l'attenzione sugli aspetti di professionalizzazione dell'assistenza garantita dalle aree di degenza organizzate per intensità di cura.

Dalla lettura dell'esistente alla luce del modello proposto nel nuovo PSR, deriva l'evidenziazione delle maggiori criticità del sistema che dovranno essere oggetto delle azioni di adeguamento: tra queste è evidente la rilevanza della corretta programmazione degli interventi strutturali quale elemento di completamento del percorso che si avvierà da subito con il nuovo piano.

La lettura che si propone utilizzerà tre dimensioni di lettura (qualità, efficacia e efficienza) per le quali si forniranno gli elementi essenziali di innovazione.

Rispetto alla dimensione della **qualità** letta come *prospettiva che mette al centro il paziente* è del tutto evidente che il contatto con qualunque punto della rete deve immettere il paziente in un sistema complessivo in cui, sul bisogno di salute del singolo, viene definito un percorso assistenziale integrato e personalizzato che sfrutta le potenzialità del sistema stesso. In questo modo, il sistema si propone come attivo rispetto al problema di salute presentato dal paziente e non più come passivo erogatore di insiemi di prestazioni separate. Non quindi più un sistema composto da erogatori di prestazioni ma una organizzazione di professionisti centrata sui problemi di salute. La ricaduta in termini di continuità assistenziale e quindi sicurezza per il paziente, come pure in possibilità di valutazione degli esiti dell'assistenza è evidente.

Rispetto alla dimensione dell'**efficacia**, è altrettanto chiaro che lo sviluppo delle singole specialità e delle alte tecnologie richiede l'integrazione delle risorse all'interno del sistema, come pure l'integrazione del sistema sanitario marchigiano in un ambito più ampio, come può realizzarsi con gli accordi con le altre Regioni, che possono consentire lo sviluppo di altissime specializzazioni che non troverebbero nel solo bacino regionale un adeguato supporto. Si noti come nel sistema reticolare proposto non si generano diseguaglianze nel trattamento dei cittadini in ragione della dimensione geografica del centro di residenza, essendo ogni punto del sistema coinvolto e partecipe della rete regionale e quindi in grado di attivare un percorso anche di altissima specialità.

La dimensione dell'**efficienza** è quella naturalmente di maggiore impatto immediato stante l'indifferibile necessità di garantire la compatibilità del sistema con le risorse date. Pertanto si dedicherà a questo punto un particolare approfondimento.

L'attuale frammentazione – ovvero non messa in rete - dell'offerta sanitaria in generale, e ospedaliera in particolare, genera di per sé fenomeni di inefficienza a partire dall'utilizzo delle risorse umane che costituiscono l'elemento portante dell'attività clinico assistenziale.

L'attuale modello, basato sull'unità operativa monodisciplinare con una propria équipe dirigenziale e infermieristica e una *dote* di posti letto in un sistema caratterizzato da una distribuzione dell'offerta ospedaliera in molte sedi, genera delle fortissime diseconomie (oltre che delle disomogeneità del carico di lavoro) evidenziabili dalla lettura delle presenze medie dei pazienti nelle strutture.

L'applicazione delle indicazioni del nuovo PSR distinguono invece la dimensione strutturale del sistema rappresentata dalle aree di degenza da quella funzionale delle attività svolte nelle stesse, imponendo sin da subito una reingegnerizzazione dell'assetto delle strutture che a parità di servizi erogati guadagnano in efficienza (anche nel breve periodo considerando il forte turn over del personale). La logica che deve guidare la riorganizzazione del sistema non deve quindi partire dai posti letto bensì dall'analisi dei processi e dei profili di cura.

Il governo delle aree di degenza è garantito dalla componente infermieristica coordinata dal Dipartimento delle professioni, istituito ma non applicato in gran parte del sistema proprio con la legge regionale 13/03.

Inoltre la riorganizzazione interna alle aree di degenza delle strutture ospedaliere consente:

- la diffusione di modelli organizzativi efficienti all'interno del sistema (aree a ciclo breve, aree di day surgery, aree di day hospital, intensività integrata nei Dipartimenti di emergenza urgenza, area pediatrica, lungodegenze post acuzie);
- il superamento della fortissima disomogeneità nel sistema dell'inserimento delle nuove figure professionali dell'assistenza (OSS) che deriva dalla scarsità di risorse infermieristiche disponibili e rappresenta la naturale evoluzione derivante dalla professionalizzazione dell'infermiere (e presenta anche un impatto economico significativo);
- la possibilità di realizzare un benchmarking costante delle aree di degenza e quindi di verificare il grado di efficienza e intervenire nelle situazioni anomale.

Si noti che tale processo è attuabile nel breve periodo e non è vincolato al percorso più lungo e complesso di costruzione delle reti cliniche ed agli interventi di tipo strutturale.

Il percorso individuato dal nuovo PSR ha immediate ricadute nella rilettura degli investimenti strutturali poiché richiede una coerente individuazione delle priorità e garantisce un ulteriore miglioramento dell'efficienza con strutture che saranno progettate sul modello sopra esposto e non adattate allo stesso.

La lettura delle strutture, ospedaliere e territoriali, come elemento di supporto (hardware) alle reti cliniche porta alla definizione di un disegno delle macroaree prioritarie di intervento all'interno del sistema.

L'**area vasta 1** si caratterizza per alcune specificità rappresentate dal rapporto con l'Emilia Romagna che richiedono anche sul livello inter regionale l'avvio di un rapporto di cooperazione al fine di definire un sistema assistenziale coerente per l'area di confine. Tra gli strumenti, sono da ricordare anche gli accordi di confine, che devono evolvere da strumento per definire dei tetti di spesa a strumento di raccordo della programmazione regionale.

Anche nell'area vasta 1 si applicano le indicazioni generali sopra esposte per la valorizzazione delle strutture esistenti che, con l'adozione di modelli organizzativi efficienti ed inserite nel sistema reticolare, riacquistano la capacità di produrre valore aggiunto al sistema.

Si presenta invece specifica la situazione relativa alle necessità di definire sinergie tra le strutture di Fano e Pesaro che vadano oltre l'integrazione già realizzata di alcuni servizi minori. Infatti l'impatto di una configurazione dell'offerta livellata sulla bassa-media

complessità, e sostanzialmente invariata tra le strutture, si acuisce in strutture che operano su un bacino di utenza unico.

Nello sviluppo delle reti cliniche la revisione dell'attuale assetto dell'offerta si pone come una delle priorità proprio al fine di individuare un modello organizzativo cui far corrispondere un assetto strutturale. Rimanendo ferma la priorità di sviluppare, per l'Azienda ospedaliera San Salvatore, un percorso coordinato con l'Azienda Ospedaliera Riuniti e con l'INRCA per la costruzione della rete della alte specialità.

L'**area vasta 2** si caratterizza per la presenza di una forte offerta ospedaliera e presenta una specificità relativa all'area metropolitana di Ancona per la necessità di:

- sviluppare la funzione di riferimento regionale e nazionale, in accordo con l'AO San Salvatore e l'INRCA, per l'AOU Ospedali Riuniti,
- individuare un progetto di sviluppo per il Presidio di alta specializzazione Salesi anche tramite un rafforzamento delle relazioni con la rete nazionale degli ospedali pediatrici,
- garantire una funzione ospedaliera alla popolazione anconetana anche grazie ad una sinergizzazione delle strutture private;
- ridefinire la mission dell'INRCA all'interno del sistema, individuabile, ad esempio, in uno dei settori di confine della ricerca sanitaria quale quello della medicina molecolare in sinergia con le strutture universitarie regionali.

Gli elementi di riferimento per la revisione dell'assetto nelle **aree vaste 3 e 4**, alla luce dei quali definire le linee di investimento e in aggiunta alle considerazioni generali, sono rappresentati da:

- la necessità di normalizzare la situazione del fermano nel senso di garantire alla popolazione una offerta adeguata e quindi riportare le risorse già spese entro il sistema dai residenti della ZT 11 nell'ambito della Zona stessa;
- la definizione di un modello di integrazione della sede di Fermo dell'INRCA con la Zona territoriale;
- lo sviluppo del percorso sopra esposto deve avvenire sempre nella nuova ottica reticolare al fine di non riprodurre un assetto con i difetti registrati già in altre aree (duplicazione dell'offerta, inefficienza dei servizi).

La rilettura in tale prospettiva della offerta ospedaliera delle due aree vaste rappresenta la base per definire interventi che rappresentino un momento di crescita della qualità dell'offerta per l'intero sistema.

Nell'**area vasta 5** la situazione presenta elementi di somiglianza con il quadro relativo alla Area vasta 1 per la necessità di definire uno sviluppo dell'offerta ospedaliera dell'area alla luce di una relazione necessaria con la Regione Abruzzo.

Anche in questo ambito appare centrale la possibilità di dare vita a breve, nell'ambito del percorso di realizzazione delle reti cliniche, a esperienze di integrazione che rappresentano la premessa indispensabile alla progettazione di una nuova realtà integrata e garantiscono nel breve periodo un effetto di riqualificazione dell'offerta e di incremento di efficienza.

In tale percorso è importante individuare un percorso di crescita della specializzazione delle strutture che dovrebbe essere individuata in una ottica di necessaria cooperazione con la Regione Abruzzo e che potrebbe consentire di potenziare l'attrazione dalle regioni meridionali e quindi ampliare il bacino di utenza delle strutture.

III.1 Le azioni da intraprendere

La definizione di azioni nell'ambito ospedaliero riguarda prevalentemente la necessità di intervenire sul funzionamento, e non solo sull'assetto e sulle risorse, per cercare di dar vita ad un "sistema" ed a "reti" in grado di assumere in cura e prendere in carico il cittadino ed i suoi problemi di salute e di farli assurgere a centralità effettive, basando il processo di rinnovamento sui bisogni reali di salute della popolazione.

Un elemento centrale dell'intervento sul funzionamento riguarda l'innalzamento delle logiche funzionali dell'assistenza ospedaliera *al livello di Area Vasta*, con l'assicurazione che a tutti i livelli ci sia contemporaneamente il coinvolgimento in modo integrato delle funzioni ospedaliere. In particolare, le azioni si dovranno rivolgere ad un percorso di razionalizzazione dell'offerta di servizi sanitari nella logica di soddisfare pienamente la domanda espressa dai cittadini marchigiani e, nello stesso tempo, riqualificare le strutture potenziandone le capacità e valorizzando le professionalità presenti rispetto a condizioni modulari di assistenza.

In questo senso, si ritiene che le scelte strategiche dovranno essere approfondite sia con **sperimentazioni gestionali** che con la predisposizione di **studi di fattibilità** per verificare, ed eventualmente validare, le indicazioni fornite e rendere operative le scelte strutturali, gestionali ed economiche, con particolare attenzione all'analisi costi/benefici.

Contestualmente si potrà quindi valutare quali strumenti utilizzare per la realizzazione di tali progetti (project financing, alienazione delle strutture da dismettere, ecc.).

III.2 Le principali scelte strategiche

A fronte dell'analisi delle criticità e dei dati di attività, i principali orientamenti che sono emersi individuano la necessità di intervenire sulla riorganizzazione della rete ospedaliera per riorientare i flussi di mobilità passiva dei residenti verso le strutture presenti nell'AV di riferimento in ragione dell'adeguamento e del completamento dei servizi offerti. In particolare si evidenziano i seguenti obiettivi principali elencati in ordine di priorità:

- **Riqualificazione INRCA**

Lo studio di fattibilità deve analizzare la possibile riqualificazione della struttura per la creazione di un punto di eccellenza nel trattamento delle persone anziane; dovrà essere valutata anche l'opzione di un trasferimento della sede, motivato dall'inadeguatezza spaziale dell'attuale struttura. Il trasferimento dell'INRCA di Ancona in una nuova sede potrebbe garantire maggiori servizi nell'area della ricerca e dell'alta specializzazione, consentendo inoltre lo sviluppo di funzioni proprie di un centro specializzato in oncologia, strettamente connesso con le attività di ricerca nel campo della medicina molecolare.

- **Analisi dell'Area Vasta 2**

Lo studio di fattibilità per l'INRCA potrà inoltre avere un ambito di approfondimento ben più allargato, in quanto dovrà essere funzionale ad analizzare l'intera area di Ancona, all'interno della quale stabilire un protocollo di intervento che tenga conto di tutte le esigenze che emergono dal territorio. Lo studio di fattibilità dovrà anche prendere in considerazione ed analizzare sia la possibilità del trasferimento del Salesi in sede dedicata in località da individuare, eventualmente all'interno dell'area di Torrette; sia la riqualificazione dell'ospedale di Osimo, la cui struttura non è più rispondente alle esigenze del bacino di utenza; sia la verifica della situazione dell'urgenza-emergenza della città di Ancona.

- **Analisi dell'Area Vasta 1**

La sperimentazione gestionale avviata per l'integrazione Fano-Pesaro sarà monitorata in relazione alle condizioni di offerta all'intero bacino di utenza di una gamma completa di servizi che si integrano in logica di differenziazione, con l'eliminazione delle duplicazioni su particolari aree specialistiche.

Si potrà contemporaneamente avviare uno studio di fattibilità che analizzerà il territorio dell'Area Vasta 1 per la valutazione dei parametri necessari e della localizzazione per la realizzazione di un eventuale nuovo ospedale di riferimento quale punto di eccellenza dell'area nord regionale, in sostituzione dell'attuale struttura di Pesaro e ad integrazione dell'offerta sanitaria delle strutture dell'AV.

- **Analisi delle aree vaste 3 e 4**

L'analisi congiunta delle due AV consente una sperimentazione gestionale in grado di mettere in relazione la complessiva offerta di servizi, così da offrire all'intero bacino di utenza una gamma completa di servizi differenziati che si integrano per eliminare inutili duplicazioni su particolari aree specialistiche in realtà tra loro contigue.

Lo studio di fattibilità analizzerà la realtà delle due aree vaste, con particolare attenzione alle situazioni di Macerata, Civitanova e Fermo.

La creazione di una situazione di eccellenza dovrà essere espressione dell'integrazione e delle forti sinergie che ne conseguono per la diagnosi, la cura, la ricerca e la didattica, oltre a introdurre delle forti relazioni con tutte le altre realtà presenti sul territorio.

- **Analisi dell'Area Vasta 5**

Lo studio di fattibilità, già avviato, analizza il territorio dell'Area Vasta per l'individuazione dei parametri necessari per l'integrazione delle strutture di Ascoli e San Benedetto, al fine di realizzare un nuovo punto di eccellenza per la parte sud della Regione.

La costituzione di una realtà integrata di eccellenza deve rappresentare il punto di riferimento per la copertura della domanda dei residenti, in modo complementare con le altre strutture presenti sul territorio, e con il coordinamento dell'intera attività clinico-sanitaria erogata dalle strutture ospedaliere.

L'analisi consente una sperimentazione gestionale in grado di differenziare la complessiva offerta di servizi, così da offrire all'intero bacino di utenza una gamma completa di servizi che si integrano ed eliminano le duplicazioni su particolari aree specialistiche.

- **Potenziamento della rete di emergenza-urgenza**

Il potenziamento della rete regionale per l'emergenza urgenza, deve tener conto delle esigenze di copertura del servizio della fascia montana e di quella costiera. Il potenziamento della fascia montana potrà essere realizzato con la creazione di

nuove elisuperfici e l'utilizzo di un secondo elicottero, che possa collegare le aree montane con gli ospedali di riferimento in grado di accoglierlo. Rimane sottinteso che va potenziata la capacità di prima gestione dell'emergenza da parte della rete ospedaliera in sede montana, con particolare riferimento agli ospedali di rete con sede in: Fabriano, Urbino e Camerino – San Severino.

La realizzazione di uno studio di fattibilità e la definizione di una sperimentazione gestionale, comprenderanno l'analisi per la riqualificazione delle strutture di rete, che costituiscono il punto di snodo fondamentale della rete ospedaliera e del sistema dell'urgenza emergenza, ad integrazione dei centri ospedalieri di eccellenza e dei servizi territoriali, al fine di differenziare e potenziare l'assistenza nell'area dorsale appenninica della Regione, con specifiche funzioni definite nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici e dei profili di cura.

- **Integrazione socio-sanitaria**

In coerenza con il rafforzamento della logica di un sistema unitario e coerente nelle politiche regionali sociali e sanitarie, si intende procedere con uno studio sull'armonizzazione dei processi di riqualificazione delle residenze sociali e socio-sanitarie al fine di potenziare e razionalizzare la residenzialità extraospedaliera, attraverso l'utilizzo di strutture esistenti, con finalità assistenziali per l'area della post-acuzie e della non autosufficienza.