

bes|2013

IL BENESSERE EQUO E SOSTENIBILE PARTE SECONDA

UN FOCUS SULLA **SALUTE** NELLA REGIONE MARCHE



A CURA DI: SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA AMBIENTALE / OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO AMBIENTALE
ARPA MARCHE - DIPARTIMENTO DI ANCONA

LUGLIO 2013



ADATTAMENTO DA

bes | 2013

CNEL - CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ECONOMIA E DEL LAVORO - VIALE DAVID LUBIN, 2 – ROMA

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA - VIA CESARE BALBO, 16 – ROMA

che hanno autorizzato la riproduzione del rapporto a fini non commerciali e con citazione della fonte.

I documenti originali sono reperibili sul sito <http://www.istat.it/it/archivio/84348>



ARPA MARCHE – SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA AMBIENTALE

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO AMBIENTALE (OEA) DELLA REGIONE MARCHE

Viale Cristoforo Colombo, 106 - 60127 ANCONA

Tel. +39 07128732760 - Fax +39 07128732761

email: epidemiologia.ambientalean@ambiente.marche.it

web: <http://www.arpa.marche.it/index.php/temi-ambientali/epidemiologia-ambientale>

DIRIGENTE RESPONSABILE: MAURO MARIOTTINI

STAFF: MARCO BALDINI, SILVIA BARTOLACCI, KATIUSCIA DI BIAGIO, RITA SIMEONI

IDEAZIONE, RACCOLTA DATI, PROGETTO GRAFICO: SEA/OEA - UNITA COMUNICAZIONE

IL DOCUMENTO È OTTIMIZZATO PER L'EVENTUALE STAMPA IN MODALITÀ F/R

DATA RILASCIO: LUGLIO 2013

SOMMARIO

INTRODUZIONE	5
<i>Dalla Presentazione e Introduzione al BES</i>	5
<i>Un focus sulla Regione Marche: gli indicatori Ambiente e Salute</i>	5
1. Speranza di vita alla nascita.....	9
2. Speranza di vita in buona salute alla nascita	10
3. Indice di stato fisico.....	11
4. Indice di stato psicologico	12
5. Tassi di mortalità infantile.....	14
6. Tasso standardizzato di mortalità per incidenti di trasporto	15
7. Tasso standardizzato di mortalità per tumore.....	16
8. Tasso standardizzato di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso	17
9. Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni	18
10. Eccesso di peso	19
11. Fumo	20
12. Alcol	21
13. Sedentarietà	22
14. Alimentazione	23
15. Commenti e considerazioni conclusive sugli indicatori di salute riferiti alla regione Marche	24
16. Appunti e riferimenti bibliografici dal BES	25



INTRODUZIONE

DALLA PRESENTAZIONE E INTRODUZIONE AL BES¹

Con il primo [“Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile \(BES\)”](#) il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (Cnel) e l'Istituto nazionale di statistica (Istat) presentano i risultati di un'iniziativa inter-istituzionale di grande rilevanza scientifica, che pone l'Italia all'avanguardia nel panorama internazionale in tema di sviluppo di indicatori sullo stato di salute di un Paese che vadano “al di là del PIL”.

Il tema della misurazione del benessere degli individui e della società ha stimolato negli ultimi anni ampi spazi di discussione in tutto il mondo e può ormai contare su importanti esperienze nazionali e internazionali basate sul contributo di cultori di diverse discipline: sociologi, economisti, ecologisti e psicologi. Si tratta di un tema con una lunga tradizione accademica che è oggi affrontato anche da leader politici, dalla statistica ufficiale e da ampi settori della società civile. In tutto il mondo, sia in paesi sviluppati sia in paesi emergenti e in via di sviluppo, istituzioni pubbliche e private hanno intrapreso percorsi e iniziative per costruire sistemi di indicatori o misure singole in grado di dare conto della complessità della società e di monitorare quei fenomeni che, in maniera e in misura diversa, contribuiscono al benessere dei cittadini.

Di cosa parliamo quando ci riferiamo al benessere? Il concetto di benessere cambia secondo tempi, luoghi e culture e non può quindi essere definito univocamente, ma solo attraverso un processo che coinvolga i diversi attori sociali. La definizione del quadro di riferimento porta con sé, dunque, un processo di legittimazione democratica che rappresenta l'elemento essenziale nella selezione degli aspetti qualificanti il benessere individuale e sociale. Giungere a un accordo sulle dimensioni più importanti (i cosiddetti “domini” del benessere) permette anche di individuare possibili priorità per l'azione politica.

Di conseguenza, il Cnel, organo di rilievo costituzionale, spaccato della società civile dove siedono i rappresentanti delle associazioni di categoria, delle organizzazioni sindacali e del terzo settore, e l'Istat, dove operano esperti della misurazione dei diversi fenomeni economici e sociali, hanno unito le proprie forze per giungere insieme alla definizione di un insieme condiviso di indicatori utili a definire lo stato e il progresso del nostro Paese. Il concetto prescelto per tale esercizio è quello di “Benessere Equo e Sostenibile” (BES), cosicché il progetto si è prefisso l'obiettivo di analizzare livelli, tendenze temporali e distribuzioni delle diverse componenti del BES, così da identificare punti di forza e di debolezza, nonché particolari squilibri territoriali o gruppi sociali avvantaggiati/svantaggiati, anche in una prospettiva intergenerazionale (sostenibilità).

L'insieme degli indicatori sul Benessere Equo e Sostenibile utilizzato in questo Rapporto non può tuttavia essere considerato come definitivo: gli esperti consultati in questi mesi hanno già suggerito miglioramenti volti, ad esempio, a cogliere meglio la sostenibilità economica, sociale e ambientale dell'attuale percorso di sviluppo del Paese. Sono poi state avviate iniziative per estendere gli indicatori a livello sia provinciale che di città metropolitana. Ulteriori proposte deriveranno dall'uso concreto degli indicatori selezionati. Il “Rapporto BES 2013” avvia, dunque, un percorso che Cnel e Istat intendono continuare, così da rendere il Paese maggiormente conscio dei propri punti di forza e delle difficoltà da superare per migliorare la qualità della vita dei cittadini, attuali e futuri, ponendo tale concetto alla base delle politiche pubbliche e delle scelte individuali.

UN FOCUS SULLA REGIONE MARCHE: GLI INDICATORI AMBIENTE E SALUTE

Facendo proprie le riflessioni e le conclusioni che hanno portato alla stesura ed alla pubblicazione del Rapporto BES 2013, il SEA/OEA ha ritenuto di elaborarne due brevi **“focus”** interamente dedicati alla Regione Marche.

¹ CNEL – ISTAT, “IL BENESSERE EQUO E SOSTENIBILE IN ITALIA (BES 2013)”, Roma, 2013
(<http://www.istat.it/it/archivio/84348>)

In accordo con i compiti e la vocazione istituzionale a noi affidati, abbiamo provveduto ad estrapolare dal rapporto nazionale e successivamente raccogliere in due distinte pubblicazioni gli indicatori **“Ambiente”** (*Parte Prima*) e **“Salute”** (*Parte Seconda*), comparando i dati riferiti alla Regione Marche con le medie nazionali (Italia) e, ove disponibili, di ripartizione geografica (Centro Italia²).

Nel documento riferito agli indicatori relativi alla **“Salute”** (*Parte Seconda*), il SEA/OEA ha inoltre provveduto a stilare un puntuale commento sulla situazione regionale, così come rappresentata quantitativamente dai dati estratti dal rapporto.

Crediamo, in accordo con quella che da sempre è la nostra *mission*, di aver fornito con tali pubblicazioni elementi di grande importanza conoscitiva per la promozione di azioni di miglioramento da parte di ogni livello degli organismi istituzionali regionali, nonché dati utili a soddisfare l'interesse e la sempre crescente domanda di trasparenza dei cittadini e delle loro associazioni.

A chi volesse approfondire il tema del Benessere Equo e Sostenibile, segnaliamo il sito italiano www.misuredelbenessere.it, che offre la possibilità di conoscere, tra l'altro, una vasta serie di esperienze nazionali e internazionali sul tema. Chi fosse invece interessato alle più aggiornate metodologie di rilevazione del benessere soggettivo, può consultare il volume “OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being”³, diffuso proprio quest'anno (2013) dall' OECD (The Organization for Economic Co-operation and Development).

Buona lettura!

Nota metodologica: Per informazioni sulle metodologie statistiche utilizzate per la rilevazione e l'elaborazione dei dati relativi a ciascun indicatore, si rimanda integralmente alle singole indagini Istat di riferimento, puntualmente citate all'interno di ogni scheda.
Per ogni approfondimento consigliamo di visitare la sezione **“Metodi e software”**⁴ presente sul sito ufficiale dell'[Istat](http://www.istat.it).

Per una più agile comprensione della situazione generale riferita alla regione Marche, il commento associato ad ogni indicatore è stato contrassegnato da una “faccina”. Questa la relativa legenda:

 = positivo  = negativo  = neutro  = attenzione!

² Toscana, Umbria, Marche, Lazio. Per una corretta analisi ed interpretazione dei dati si consideri che la Regione Marche è rappresentata, in tale ripartizione geografica, col 13,10% della popolazione residente e 16,14% dell'area interessata. Fonte: <http://www.comuni-italiani.it/> © 2004/2012

³ disponibile in lingua inglese e francese e scaricabile gratuitamente al link: <http://www.oecd.org/statistics/guidelines-on-measuring-subjective-well-being.htm>

⁴ <http://www.istat.it/it/strumenti/metodi-e-software>

LA SALUTE

La salute rappresenta un elemento centrale nella vita e una condizione indispensabile del benessere individuale e della prosperità delle popolazioni, come documentato a livello globale dai lavori della Commissione dell'Organizzazione mondiale della sanità su *Macroeconomics and Health*.

Essa ha conseguenze che incidono su tutte le dimensioni della vita dell'individuo nelle sue diverse fasi, modificando le condizioni, i comportamenti, le relazioni sociali, le opportunità, le prospettive dei singoli e, spesso, delle loro famiglie.

Via via che l'età cresce, il ruolo svolto dalla condizione di salute tende a divenire sempre più importante, fino a essere quasi esclusivo per il benessere dei molto anziani, quando il rischio di cattiva salute è maggiore e il suo impatto sulla qualità della vita delle persone può essere anche molto severo.



Il set di indicatori selezionati per questo dominio descrive gli elementi essenziali del profilo di salute della popolazione, ripercorrendone le principali dimensioni: la salute oggettiva, quella funzionale e quella soggettiva. Si propongono, inoltre, alcuni indicatori che descrivono potenziali fattori di rischio per la salute.

Tabella indicatori

N.	Nome indicatore	Fonte	Rilevazione	Periodicità	Serie storica	Livello regionale
1	Speranza di vita alla nascita	Istat	Indagine sui decessi e sulle cause di morte	Annuale	Dal 1974	SI
2	Speranza di vita in buona salute alla nascita	Istat	Indagine sui decessi e sulle cause di morte	Annuale	Dal 2006	SI
3	Indice di stato fisico (Pcs)	Istat	Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari	Quinquennale	1999/2000 e 2005	SI
4	Indice di stato psicologico (Mcs)	Istat	Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari	Quinquennale	1999/2000 e 2005	SI
5	Tasso di mortalità infantile	Istat	Indagine sui decessi e sulle cause di morte	Annuale	Dal 1990	SI
6	Tasso standardizzato di mortalità per accidenti di trasporto	Istat	Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale	Annuale	1990-2002; 2003 (nuova classificaz.), e dal 2006	SI
7	Tasso standardizzato di mortalità per tumore	Istat	Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale	Annuale	1990-2002; 2003 (nuova classificaz.), e dal 2006	SI
8	Tasso standardizzato di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso	Istat	Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale	Annuale	2003 e dal 2006	SI
9	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni	Istat	Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale	Annuale	Dal 2008	SI
10	Eccesso di peso	Istat	Indagine Aspetti della vita quotidiana	Annuale	Dal 2001	SI
11	Fumo	Istat	Indagine Aspetti della vita quotidiana	Annuale	Dal 1993	SI
12	Alcol	Istat	Indagine Aspetti della vita quotidiana	Annuale	Dal 2003	SI
13	Sedentarietà	Istat	Indagine Aspetti della vita quotidiana	Annuale	Dal 1998	SI
14	Alimentazione	Istat	Indagine Aspetti della vita quotidiana	Annuale	Dal 2003	SI

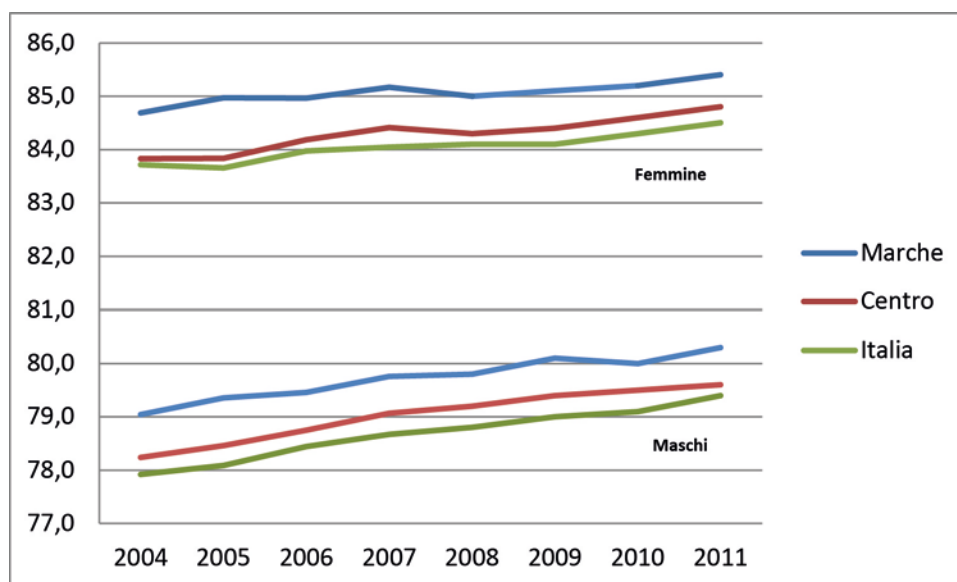
1. SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA

DESCRIZIONE: La speranza di vita esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un certo anno di calendario può aspettarsi di vivere. Rappresenta il più consolidato e condiviso indicatore delle condizioni oggettive di salute di una popolazione.

Tavola 1 - Speranza di vita alla nascita per sesso. Anni 2004-2011

	2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010***		2011***	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Marche	79,0	84,7	79,4	85,0	79,5	85,0	79,8	85,2	79,8	85,0	80,1	85,1	80,0	85,2	80,3	85,4
Centro	78,2	83,8	78,5	83,8	78,8	84,2	79,1	84,4	79,2	84,3	79,4	84,4	79,5	84,6	79,6	84,8
Italia	77,9	83,7	78,1	83,7	78,4	84,0	78,7	84,0	78,8	84,1	79,0	84,1	79,1	84,3	79,4	84,5

Grafico 1 - Speranza di vita alla nascita per sesso. Anni 2004-2011



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.

***Stima



COMMENTO: Le Marche, negli anni passati, hanno tradizionalmente rappresentato la regione a più lunga sopravvivenza; solo nelle ultime rilevazioni tale primato è stato insidiato dal Trentino con le sue province di Bolzano e di Trento.

La speranza di vita alla nascita nella regione Marche, nel periodo 2004-2011, è aumentata in entrambi i generi, anche se l'incremento più consistente è stato evidenziato negli uomini. Quest'ultimi, alla fine del periodo di osservazione, hanno fatto registrare una contrazione del gap di 6 mesi passando da una differenza della durata della vita, tra maschi e femmine, di 5,6 anni nel 2004 a 5,1 anni nel 2011.

L'andamento evolutivo dell'aspettativa di vita è risultata in aumento anche nel Centro ed in Italia, sia per gli uomini che per le donne. In tutto il periodo, il confronto dei valori dell'indicatore di tali macroaree con le Marche è stato a favore di quest'ultima, per entrambi i generi, seppur con uno scarto modesto.

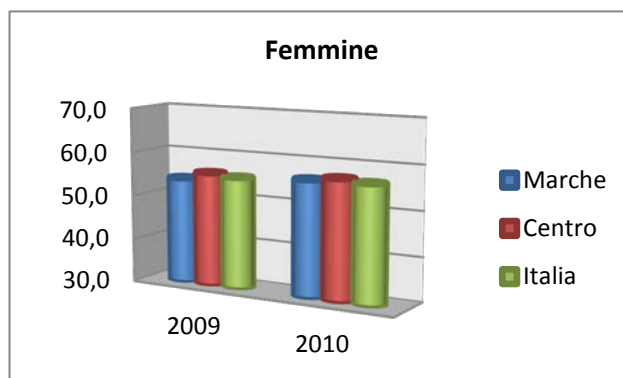
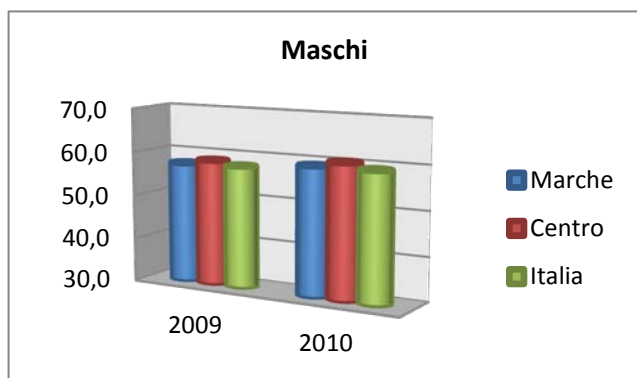
2. SPERANZA DI VITA IN BUONA SALUTE ALLA NASCITA

DESCRIZIONE: *Esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un determinato anno di calendario può aspettarsi di vivere in buone condizioni di salute nell'ipotesi che i rischi di morte e le condizioni di salute, utilizzando la prevalenza di individui che rispondono positivamente ("bene" o "molto bene") alla domanda sulla salute percepita. Calcolare la speranza di vita specificando l'indicatore anche rispetto alle informazioni sulle condizioni di salute consente di valutare la qualità della sopravvivenza, aspetto particolarmente rilevante nell'attuale fase della transizione sanitaria, caratterizzata dall'invecchiamento della popolazione e dalla diffusione di patologie cronic-degenerative.*

Tavola 2 - Speranza di vita in buona salute alla nascita per sesso

	2009		2010	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Marche	57,4	54,0	59,1	56,1
Centro	58,5	55,7	60,3	56,9
Italia	57,7	55,2	59,2	56,4

Grafici 2a e 2b - Speranza di vita in buona salute alla nascita per sesso



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.



COMMENTO: L'informazione che si trae da questo indicatore, fondato sulla percezione delle condizioni di salute, è che i marchigiani, complice la maggiore durata della vita media rispetto alla popolazione del Centro e dell'Italia, hanno, seppur in lieve misura, un'aspettativa di un maggior numero di anni da trascorrere in non buona salute.

Nell'ambito delle differenze tra i generi, sebbene la durata media della vita negli uomini sia inferiore rispetto a quella nelle donne, per quest'ultime la maggiore longevità non sembra essere accompagnata da una migliore qualità della vita. Le donne, infatti, forse perché rispetto agli uomini più frequentemente e più precocemente risultano affette da malattie meno letali ma con un decorso che spesso può degenerare in condizioni maggiormente invalidanti, sembrano trascorrere una vita più breve in buone condizioni di salute.

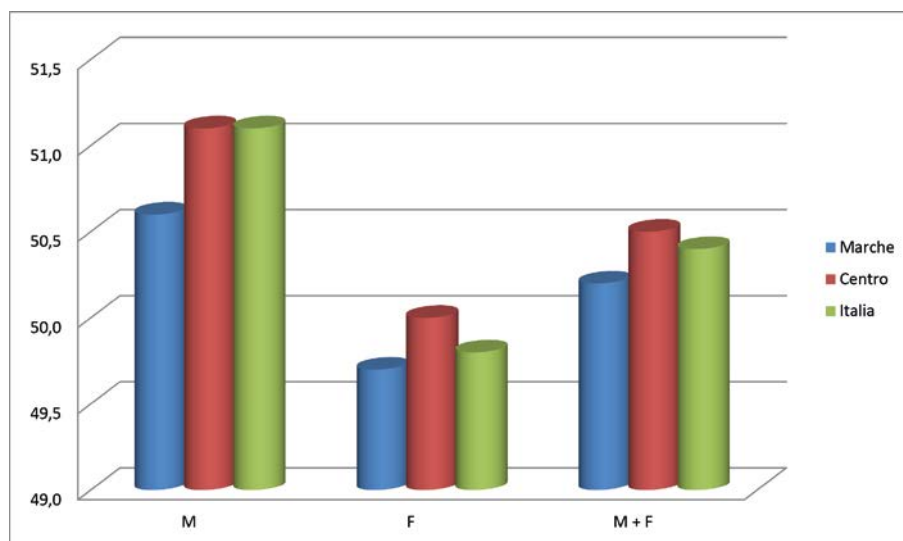
3. INDICE DI STATO FISICO

DESCRIZIONE: La sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più rispondendo alle 12 domande del questionario SF12 (Short Form Health Survey), consente di costruire un indice di salute fisica (Physical Component Summary-Pcs). A livelli molto bassi (orientativamente sotto i 20 punti) dell'indice PCS corrisponde una condizione di sostanziale limitazione nella cura di sé e nell'attività fisica, sociale e personale, importante dolore fisico, frequente stanchezza, con un giudizio scadente della salute fisica.

Tavola 3 - Indice di stato fisico relativo alle persone di 14 anni e più per sesso. Anno 2005 (punteggi medi)

	ANNO 2005		
	Maschi	Femmine	Maschi e Femmine
Marche	50,6	49,7	50,2
Centro	51,1	50,0	50,5
Italia	51,1	49,8	50,4

Grafico 3 - Indice di stato fisico relativo alle persone di 14 anni e più per sesso. Anno 2005 (punteggi medi)



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.



COMMENTO: Per comprendere il significato dell'indice di stato fisico percepito, occorre dire che a valori molto bassi corrispondono situazioni (come importanti limitazioni dell'attività fisica individuale e della cura della propria persona, dolore fisico e frequente stanchezza) per le quali la salute viene ritenuta scadente. Al contrario, valori molto alti si ritrovano in situazioni di salute eccellente, vale a dire senza limitazioni fisiche e disabilità.

Premesso ciò, l'indice di stato fisico, nella regione Marche, in entrambi i generi, ha fatto registrare valori medi molto prossimi a quelli rilevati nel Centro ed a livello nazionale. Nelle Marche, ma anche nelle altre macroaree geografiche indagate, sebbene non sia stata evidenziata un'importante differenza di genere, il contingente femminile ha fatto rilevare uno stato fisico percepito peggiore rispetto a quello fatto registrare dagli uomini.

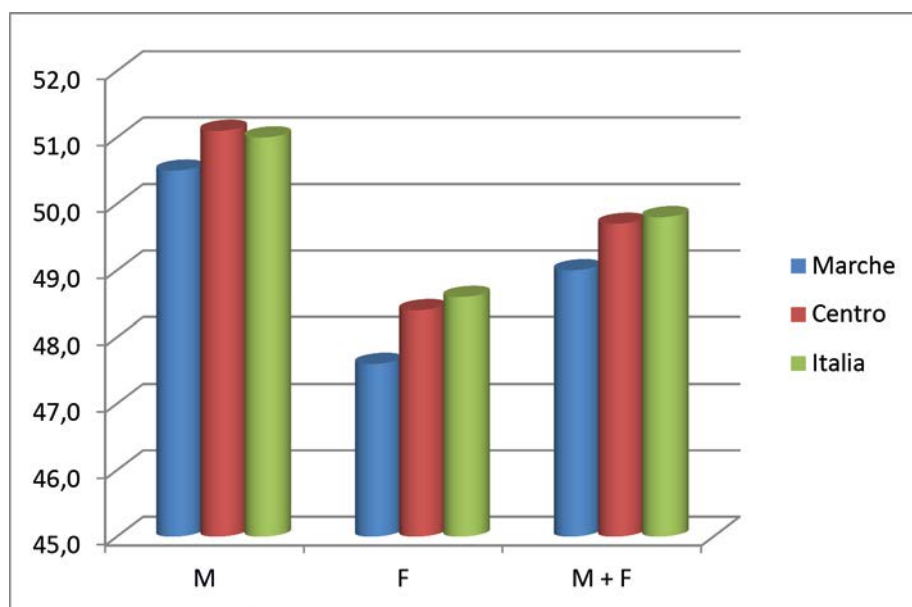
4. INDICE DI STATO PSICOLOGICO

DESCRIZIONE: La sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più rispondendo alle 12 domande del questionario SF12 consente anche di costruire un indice di salute psicologica (Mental Component Summary-Mcs). Un basso indice di stato di salute psicologica evidenzia disagio psicologico, disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi, precaria o scadente salute psicologica.

Tavola 4 - Indice di stato psicologico relativo alle persone di 14 anni e più per sesso. Anno 2005 (punteggi medi)

	Maschi	Femmine	Maschi e Femmine
Marche	50,5	47,6	49,0
Centro	51,1	48,4	49,7
Italia	51,0	48,6	49,8

Grafico 4 - Indice di stato psicologico relativo alle persone di 14 anni e più per sesso. Anno 2005 (punteggi medi)



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.



COMMENTO: La buona salute di un individuo deve tener conto, oltre che del benessere fisico dello stesso, anche di uno stato di equilibrio psicologico tale da consentirgli di vivere in armonia con se stesso e di condurre una soddisfacente vita di relazione. L'indice di stato psicologico, nella regione Marche, mostra, sia nei maschi che nelle femmine, una lieve inflessione rispetto al dato del Centro e dell'Italia.

A livello regionale, rispetto alle altre macroaree geografiche di confronto, si evidenziano tra i due generi maggiori differenze nei valori dell'indice. Sempre in ambito regionale, le donne, rispetto agli uomini, fanno rilevare un maggiore disagio psicologico percepito; il valore dell'indice, nel genere femminile, risulta inferiore di circa 3 punti se confrontato con quello evidenziato dal contingente maschile.

Il consumo dei farmaci antidepressivi nelle Marche

Premessa

Il consumo dei farmaci antidepressivi ed ansiolitici è ritenuto un indicatore indiretto anche del disagio sociale per cui questo indice viene proposto sempre più frequentemente nelle statistiche per la valutazione del benessere di una comunità.

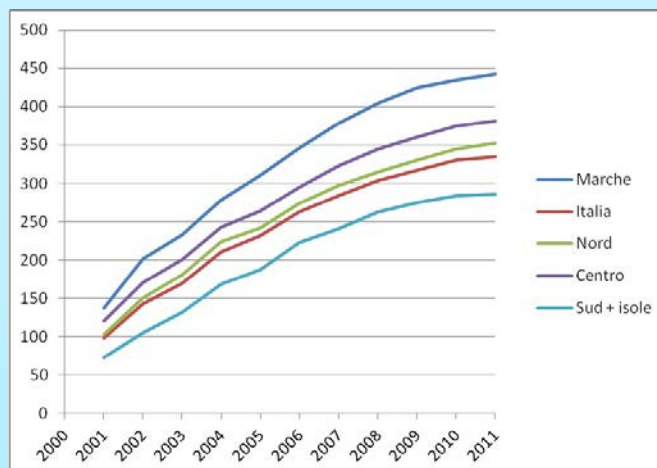
Metodi statistici.

I dati dei consumi di farmaci antidepressivi sono tratti da VideoFar, progetto realizzato dal reparto di Farmacoepidemiologia del Cnesps-ISS. Per la regione Marche e per l'Italia, sono state calcolate le variazioni percentuali del numero medio di dosi di farmaco (gli antidepressivi: ademetionina, amitriptilina, bupropione, citalopram, clomipramina, desipramina, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, imipramina, mianserina, mirtazapina, nortriptilina, paroxetina, reboxetina, sertralina, trazodone, trimipramina, venlafaxina, vilossazina) consumate giornalmente da 1000 abitanti di ogni anno, dal 2001 al 2011, rispetto alle DDD/1000 ab die del 2000; le variazioni percentuali sono state riportate in un grafico a dispersione. Con il metodo della regressione lineare semplice è stata valutata la significatività statistica degli andamenti lineari temporali (trend) mentre con l'analisi della covarianza è stato fatto un confronto tra gli incrementi medi osservati in tutto il periodo in studio nella regione Marche e nell'Italia.

Risultati.

Nel grafico di figura 1 sono riportate le variazioni percentuali del consumo degli antidepressivi in Italia e nelle Marche dal 2001 al 2011. Per confronto vengono riportate anche le percentuali di consumo aggregate per le tre aree geografiche nord, centro e sud.

Figura 1 Antidepressivi: variazioni percentuali delle DDD/1000 ab die rispetto all'anno 2000



I trend temporali del periodo 2001-2011 delle variazioni percentuali del numero medio di dosi di antidepressivi, consumate giornalmente da 1000 abitanti di ciascun anno nel periodo rispetto al 2000, risultano positivi sia per la regione Marche che per l'Italia in maniera statisticamente significativa (valori $p < 0.0001$). L'incremento medio osservato per gli antidepressivi nell'intero periodo nella regione Marche risulta superiore a quello osservato per l'Italia ($p\text{-value} = 0.0207$). Nella situazione generale di incremento del consumo di antidepressivi di difficile interpretazione è la differenza dei trend percentuali di crescita dei consumi per area geografica. Il trend italiano è particolarmente influenzato dalle regioni del Sud pur tuttavia nelle Marche il trend si discosta molto di più dall'incremento in Italia complessivamente ma anche in riferimento alle tre ripartizioni territoriali.

Bibliografia

Costa G et Al. La salute ai tempi della crisi in Italia. *Epidemiol Prev* 2012; 36 (5): 227-228.
 VideoFar – Realizzato dal reparto di Farmacoepidemiologia del Cnesps-ISS.
<http://www.epicentro.iss.it/farmaci/videofar/> - ultimo accesso 13/07/2013.

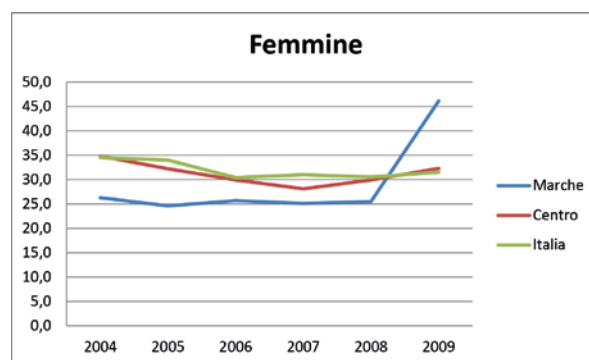
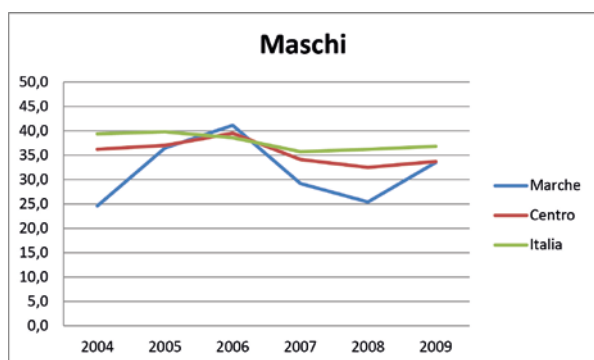
5. TASSI DI MORTALITÀ INFANTILE

DESCRIZIONE: *Decessi nel primo anno di vita per 10.000 nati vivi**. È uno dei più rilevanti indicatori-sentinella delle condizioni sanitarie di un paese. I progressi scientifici e tecnologici e il miglioramento delle condizioni di vita, che hanno permesso una forte riduzione della mortalità nel primo anno di vita, non hanno del tutto eliminato i rischi, in particolare per il primo mese di vita. Nonostante la mortalità infantile abbia ormai raggiunto livelli molto contenuti, alcune aree del paese sono tuttora penalizzate da rischi sensibilmente più elevati.

Tavola 5 - Tassi di mortalità infantile per sesso. Anni 2004-2009 (tassi per 10.000 nati vivi)

	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Marche	24,6	26,3	36,5	24,6	41,1	25,7	29,2	25,1	25,4	25,5	33,5	46,1
Centro	36,2	34,8	37,0	32,2	39,5	29,9	34,1	28,1	32,5	29,9	33,7	32,3
Italia	39,4	34,5	39,8	34,0	38,6	30,4	35,7	31,0	36,2	30,5	36,8	31,5

Grafici 5a e 5b - Tassi di mortalità infantile per sesso. Anni 2004-2009 (tassi per 10.000 nati vivi)



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.



COMMENTO: Tale indicatore ben si presta ad interpretare il livello di sviluppo e di benessere di specifiche realtà territoriali, in quanto particolari condizioni sanitarie, ambientali e socio-economiche, presenti in un determinato contesto geografico, possono influire sull'andamento del valore espresso dall'indicatore stesso.

Nel periodo considerato, nella nostra regione, l'andamento della mortalità infantile evidenzia, nei maschi, un aspetto irregolare (effetto a denti di sega). Ciò è meno evidente nelle femmine nelle quali il trend, per gran parte del periodo di osservazione, si attesta su valori inferiori a quelli del Centro e dell'Italia e, solo nell'ultimo anno di tale periodo, mostra un incremento consistente. Queste variazioni dei valori dell'indicatore sono certamente meritevoli di attenzione da parte delle istituzioni competenti, anche se potrebbero non rappresentare un segnale di un aumento tendenziale, nella regione, dei decessi infantili, ma essere espressione della variabilità dei valori assoluti. Un esame dei dati riferiti agli anni successivi al 2009 potrebbe essere in questo senso più esplicativo del fenomeno.

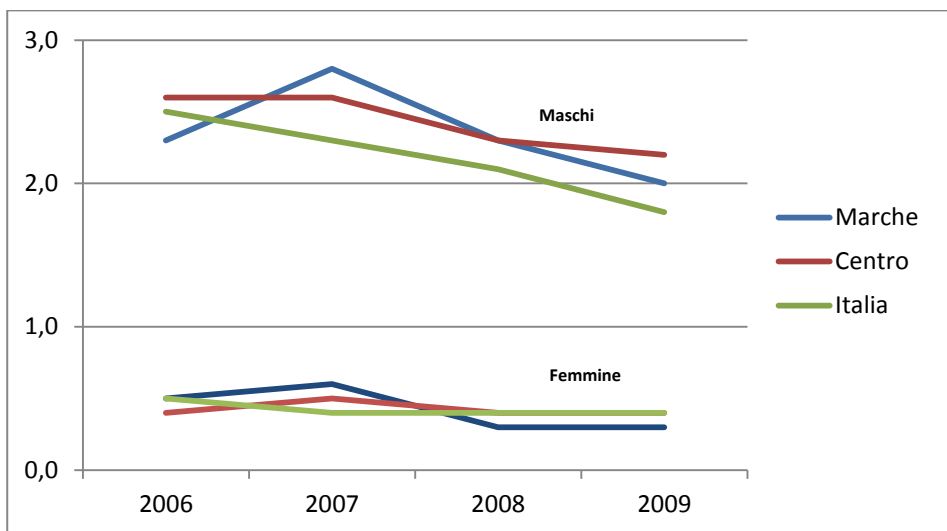
6. TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ PER ACCIDENTI DI TRASPORTO

DESCRIZIONE: Tassi di mortalità per accidenti di trasporto (causa iniziale) per classi quinquennali di età nella fascia 15-34 anni, standardizzati con la popolazione italiana al censimento 2001. Gli incidenti da veicoli a motore rappresentano il più importante rischio di morte delle età giovanili con specifiche caratteristiche sociali, territoriali e di genere.

Tavola 6 - Tasso standardizzato di mortalità per accidenti di trasporto per le persone di 15-34 anni per sesso. Anni 2004-2009 (tassi per 10.000 residenti)

	2006		2007		2008		2009	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Marche	2,3	0,5	2,8	0,6	2,3	0,3	2,0	0,3
Centro	2,6	0,4	2,6	0,5	2,3	0,4	2,2	0,4
Italia	2,5	0,5	2,3	0,4	2,1	0,4	1,8	0,4

Grafico 6 - Tasso standardizzato di mortalità per accidenti di trasporto per le persone di 15-34 anni per sesso.



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.
Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale



COMMENTO: Gli incidenti stradali, con il trascorrere degli anni, sono divenuti sempre più rilevanti sotto il profilo sanitario, economico e sociale, non ultimo per il fatto che gli esiti sanitari che ne derivano in termini di ricoveri, disabilità e mortalità, caratterizzano prevalentemente i giovani.

Analizzando i dati regionali, l'indicatore in questione, che considera i decessi di individui della fascia di età tra i 15 e i 34 anni, fa registrare nel periodo considerato, in entrambi i generi, tassi di mortalità per incidenti da mezzi di trasporto in lieve diminuzione. Il rapporto tra i generi conferma, nella regione Marche, il dato nazionale, evidenziando il notevole maggior coinvolgimento degli uomini in incidenti stradali mortali rispetto alle donne.

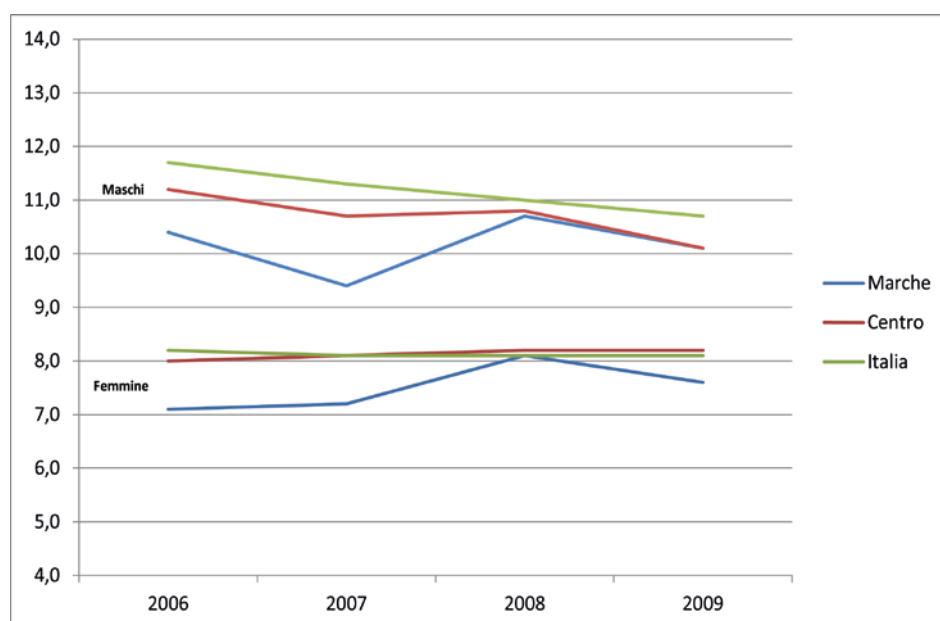
7. TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ PER TUMORE

DESCRIZIONE: Tassi di mortalità per tumori (causa iniziale) per classi quinquennali di età nella fascia 19-64 anni, standardizzati con la popolazione italiana al censimento 2001. I decessi per tumore degli adulti possono essere considerati come una proxy della mortalità evitabile, in quanto potenzialmente contrastabili attraverso una migliore prevenzione primaria e secondaria.

Tavola 7 - Tasso standardizzato di mortalità per tumore per le persone di 19-64 anni per sesso. Anni 2004-2009 (tassi per 10.000 residenti)

	2006		2007		2008		2009	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Marche	10,4	7,1	9,4	7,2	10,7	8,1	10,1	7,6
Centro	11,2	8,0	10,7	8,1	10,8	8,2	10,1	8,2
Italia	11,7	8,2	11,3	8,1	11,0	8,1	10,7	8,1

Grafico 7 - Tasso standardizzato di mortalità per tumore per le persone di 19-64 anni per sesso. Anni 2004-2009 (tassi per 10.000 residenti)



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.
Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale



COMMENTO: La maggior sopravvivenza dei pazienti oncologici è espressione di un'efficace azione di prevenzione e di un'ottimizzazione dell'organizzazione del servizio sanitario, da identificarsi, prevalentemente, in una diminuzione dell'esposizione ai fattori di rischio, nell'attuazione di validi programmi di screening e in un miglioramento della qualità dei trattamenti diagnostico-terapeutici. I dati riportati nel BES, relativi ai decessi per tumore, evidenziano disuguaglianze nella sopravvivenza dei pazienti oncologici fra le Marche e le macroaree considerate. Nella regione, l'indicatore in questione, nel periodo in studio, mostra sia nei maschi che nelle femmine, valori inferiori rispetto a quelli evidenziati dal Centro e dall'Italia. L'andamento di periodo, tuttavia, non presenta una diminuzione costante; il trend nei due generi appare altalenante. Nell'analisi per genere, nella regione Marche, le donne fanno rilevare una mortalità per tumori maligni minore rispetto agli uomini; il valore dell'indicatore nelle donne risulta mediamente inferiore del 26% di quello fatto registrare dagli uomini.

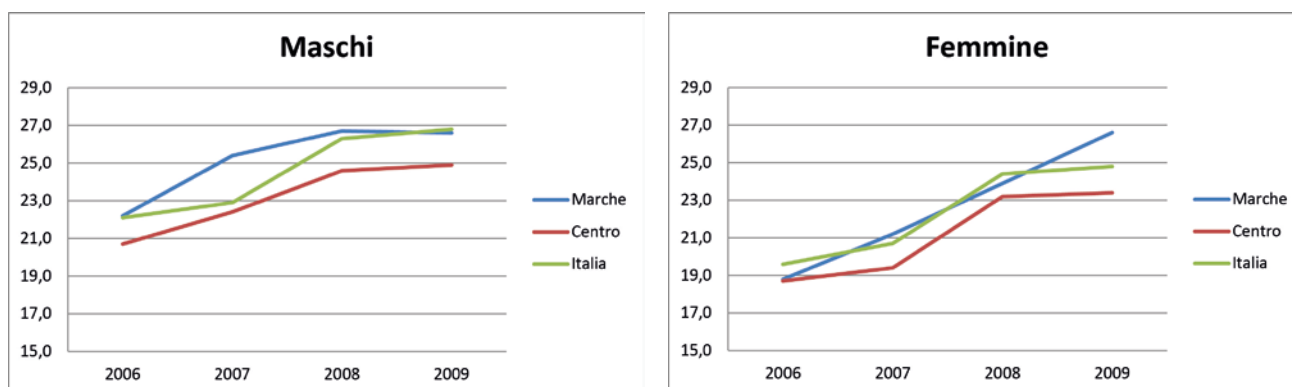
8. TASSO STANDARDIZZATO DI MORTALITÀ PER DEMENZE E MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO

DESCRIZIONE: Tassi di mortalità per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comportamentali (causa iniziale) per classi quinquennali di età nella fascia 65 anni e più, standardizzati con la popolazione italiana al censimento 2001. Considerato che l'età resta il principale predittore della demenza, l'invecchiamento demografico e la crescita del segmento più anziano della popolazione potrebbe produrre un sensibile aumento del numero di persone colpite da demenza. Questa è una condizione tra le più devastanti, tanto per l'anziano che ne è colpito che per la sua famiglia, con importanti conseguenze negative sul benessere fisico, psicologico ed emotivo.

Tavola 8 - Tasso standardizzato di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso per le persone di 65 anni e più per sesso. Anni 2006-2009 (tassi per 10.000 residenti)

	2006		2007		2008		2009	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Marche	22,2	18,8	25,4	21,2	26,7	23,9	26,6	26,6
Centro	20,7	18,7	22,4	19,4	24,6	23,2	24,9	23,4
Italia	22,1	19,6	22,9	20,7	26,3	24,4	26,8	24,8

Grafici 8a e 8b - Tasso standardizzato di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso per le persone di 65 anni e più per sesso. Anni 2006-2009 (tassi per 10.000 residenti)



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.
Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale



COMMENTO: Le malattie del sistema nervoso ed i disturbi psichici e comportamentali sono importanti non solo per il benessere fisico, psicologico ed emotivo dell'individuo, ma anche per le drammatiche conseguenze che si ripercuotono sulla famiglia, sulla comunità e sulla società in generale, a causa degli ingenti costi sociali ed economici che comportano.

Nella regione Marche e nelle altre macroaree oggetto di indagine, i valori annuali di tale indicatore mostrano, nel periodo considerato, continui incrementi sia negli uomini che nelle donne.

Nella nostra regione, nel quadriennio considerato, il trend del tasso standardizzato di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso si attesta su valori generalmente superiori a quelli del Centro e nazionali.

A livello regionale, il genere femminile, forse per il maggiore invecchiamento demografico, sembra evidenziare, rispetto agli uomini, l'incremento maggiore dei decessi per le malattie in questione.

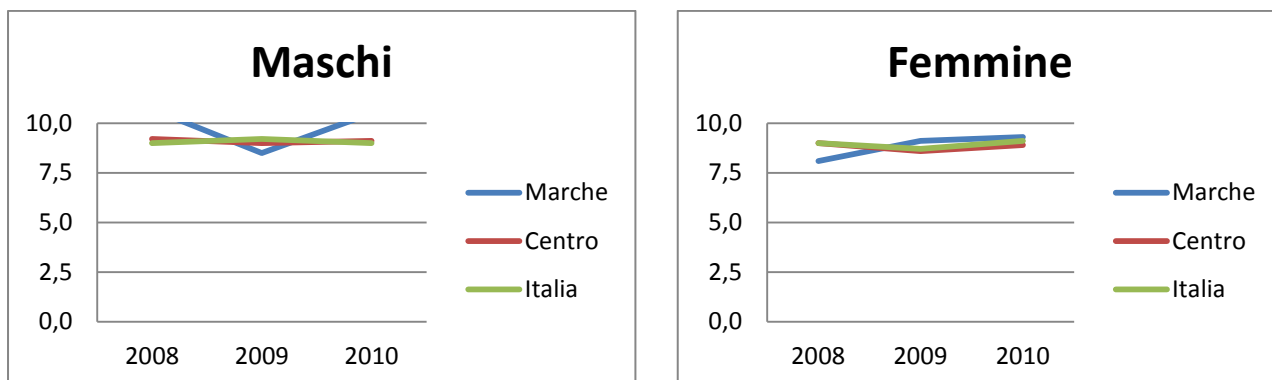
9. SPERANZA DI VITA SENZA LIMITAZIONI NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE A 65 ANNI

DESCRIZIONE: *Esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività quotidiane per problemi di salute, utilizzando la quota di persone che hanno risposto di avere delle limitazioni, da almeno 6 mesi, nelle normali attività della vita quotidiana a causa di problemi di salute.* La speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane, fornendo una stima del numero medio di anni di completa autonomia funzionale che possono essere attesi, è particolarmente indicato per la valutazione delle condizioni di salute della popolazione anziana.

Tavola 9 - Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni per sesso. Anni 2008-2010

	2008		2009		2010	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Marche	10,7	8,1	8,5	9,1	10,5	9,3
Centro	9,2	9,0	9,0	8,6	9,1	8,9
Italia	9,0	9,0	9,2	8,7	9,0	9,1

Grafico 9 - Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni per sesso. Anni 2008-2010



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte.
Per la popolazione: Rilevazione sulla Popolazione residente comunale



COMMENTO: L'indicatore consente di stimare l'aspettativa media di vita in assenza di problemi di salute che possano compromettere lo svolgimento delle normali attività quotidiane. L'indicatore viene, pertanto, ad integrare il dato quantitativo, ottenuto dal calcolo della speranza di vita alla nascita, con un'informazione di carattere qualitativo.

Il confronto delle Marche con le altre macroaree, nel triennio 2008-2010, suggerisce che gli uomini di 65 anni della regione hanno mediamente quasi un anno in più da vivere in assenza di problemi di salute che possano inficiare lo svolgimento delle pratiche quotidiane, rispetto agli uomini del Centro e dell'intera penisola. Le donne marchigiane, dal canto loro, fanno registrare un valore medio di periodo dell'indicatore perfettamente in linea con quello rilevato per le donne del Centro ed italiane.

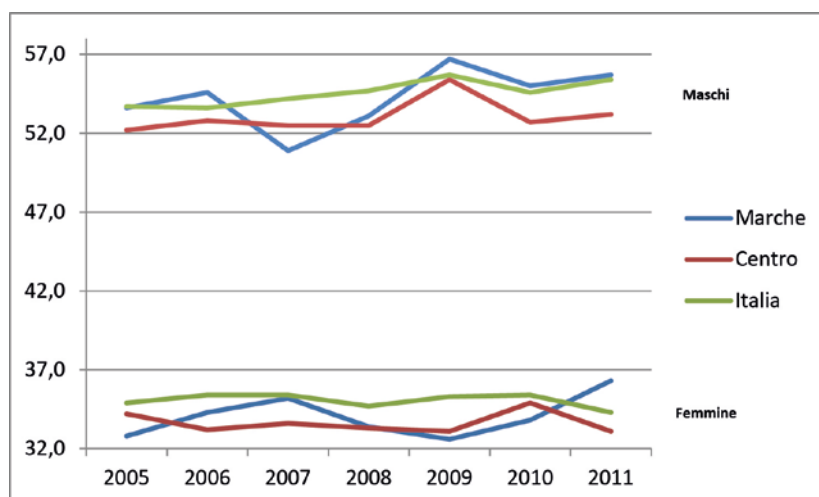
10. ECCESSO DI PESO

DESCRIZIONE: *Proporzione standardizzata di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese. L'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell'Indice di Massa corporea (Imc: rapporto tra il peso, in kg, e il quadrato dell'altezza in metri)⁵. L'eccesso di peso rappresenta un importante fattore di rischio per la salute. Numerosi studi hanno indagato sui nessi tra incremento di peso e aumento della mortalità; sebbene questa associazione sia più marcata tra gli uomini e le donne sotto i 50 anni di età, "l'effetto del sovrappeso sulla mortalità persiste durante l'intera durata della vita" (OMS, 1999).*

Tavola 10 - Proporzione standardizzata di persone di 18 anni o più in sovrappeso o obese per sesso. Anni 2005-2011 (valori percentuali)

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Marche	53,6	32,8	54,6	34,3	50,9	35,2	53,1	33,4	56,7	32,6	55,0	33,8	55,7	36,3
Centro	52,2	34,2	52,8	33,2	52,5	33,6	52,5	33,3	55,4	33,1	52,7	34,9	53,2	33,1
Italia	53,7	34,9	53,6	35,4	54,2	35,4	54,7	34,7	55,7	35,3	54,6	35,4	55,4	34,3

Grafico 10 - Proporzione standardizzata di persone di 18 anni o più in sovrappeso o obese per sesso. Anni 2005-2011 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana



COMMENTO: Sovrappeso ed obesità sono da annoverare tra i fattori di rischio di patologie cronico-degenerative. Nella regione Marche, in media, una quota consistente della popolazione, nel periodo oggetto di indagine, è in sovrappeso o obesa. L'andamento dei valori dell'indicatore, in entrambi i generi, risulta essere al di sotto del corrispondente valore nazionale per buona parte del periodo in esame. Nell'ultima parte del periodo di osservazione, al contrario, si evidenzia un'inversione del rapporto che vede i marchigiani con eccesso di peso corporeo superare, in percentuale, i residenti del Centro-Italia e dell'intera penisola. L'osservazione di un così breve periodo di tempo, tuttavia, non consente di esprimere una valutazione certa circa l'affermarsi di un aumento tendenziale del peso corporeo della popolazione marchigiana rispetto alle altre popolazioni di confronto. Ulteriore annotazione è da rivolgere all'analisi di genere; occorre far notare, infatti, che le differenze di sovrappeso/obesità tra uomini e donne sono marcatamente presenti nel tempo in tutte le aree geografiche prese in esame. A titolo d'esempio, nel 2011, ultimo anno considerato, lo svantaggio per gli uomini, sia nelle Marche che nelle altre macroaree, è di circa 20 punti percentuali sulle donne.

⁵ IMC = rapporto tra il peso (in Kg) e il quadrato dell'altezza (in metri)

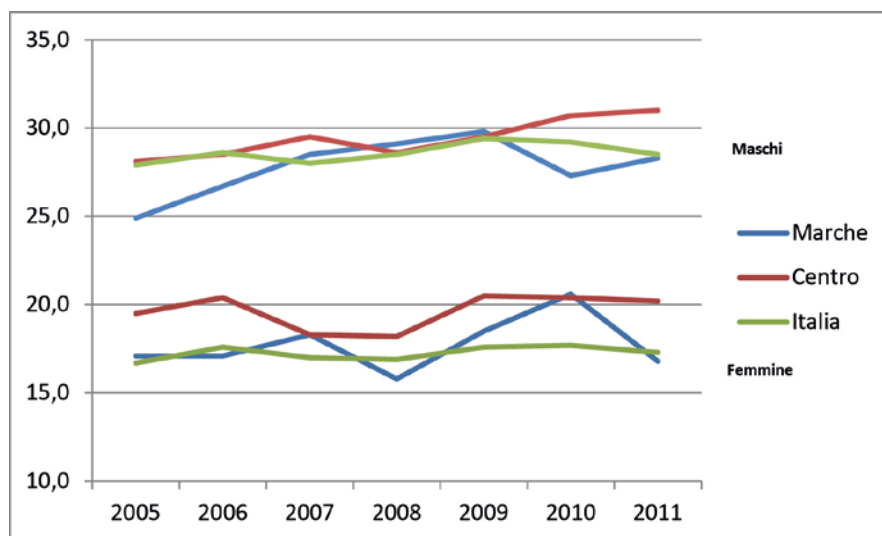
11. FUMO

DESCRIZIONE: *Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente sul totale delle persone di 14 anni e più.* Il fumo rappresenta uno dei maggiori fattori di rischio di malattia sia di natura oncologica sia di altra natura per molti apparati e sistemi (soprattutto respiratorio e circolatorio). Le indicazioni di rischio non prevedono alcun livello di consumo da considerare innocuo per la salute.

Tavola 11 - Proporzione standardizzata di persone di 14 anni o più che dichiarano di fumare attualmente per sesso. Anni 2005-2011 (valori percentuali)

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Marche	24,9	17,1	26,7	17,1	28,5	18,3	29,1	15,8	29,8	18,5	27,3	20,6	28,3	16,8
Centro	28,1	19,5	28,5	20,4	29,5	18,3	28,6	18,2	29,5	20,5	30,7	20,4	31,0	20,2
Italia	27,9	16,7	28,6	17,6	28,0	17,0	28,5	16,9	29,4	17,6	29,2	17,7	28,5	17,3

Grafico 11 - Proporzione standardizzata di persone di 14 anni o più che dichiarano di fumare attualmente per sesso. Anni 2005-2011 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana



COMMENTO: Riguardo le abitudini e gli stili di vita, un ruolo di primo piano spetta al fumo di tabacco. Il tabagismo rappresenta uno dei più grandi problemi di sanità pubblica a livello mondiale; il fumo, attivo e passivo, infatti, è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie.

Nelle Marche, pur con qualche piccola oscillazione del dato, il trend annuale dei fumatori con età maggiore di 14 anni, sia nei maschi che nelle femmine, sembra essere in linea con quello nazionale e di poco inferiore a quello del Centro. Sempre nelle Marche, lo scostamento del dato medio di periodo, rispetto al Centro, fa rilevare negli uomini una differenza attorno al punto e mezzo percentuale (1,6%) e nelle donne una diminuzione di circa due punti percentuali (1,9%). L'analisi di genere evidenzia ancora una differenza consistente tra i fumatori uomini e donne; nel 2011, ultimo anno disponibile, il divario tra uomini e donne nelle Marche è di 11,5 punti percentuali. Anche nel Centro ed in Italia, la differenza di genere, in termini di punti percentuali, è pressoché sovrapponibile.

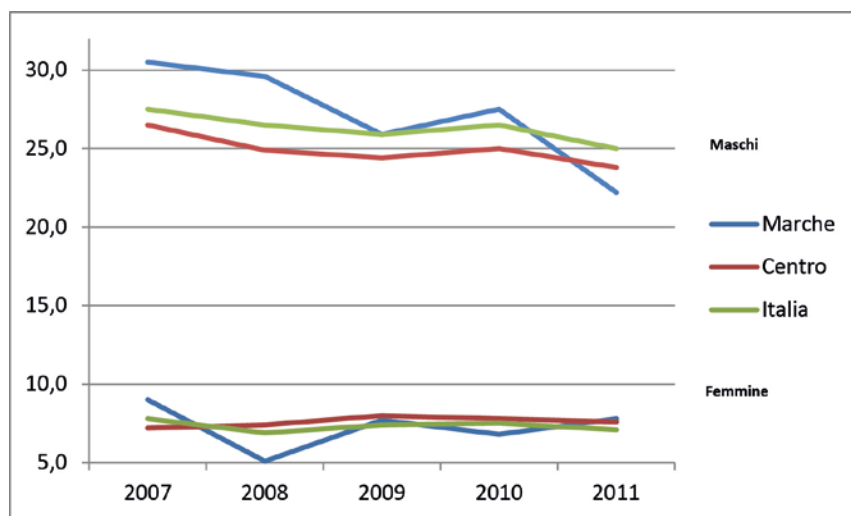
12. ALCOL

DESCRIZIONE: *Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol sul totale delle persone di 14 anni e più.* Tenendo conto delle definizioni adottate dall'OMS, nonché delle raccomandazioni dell'INRAN e in accordo con l'Istituto Superiore di Sanità, si individuano come "consumatori a rischio" tutti quegli individui che praticano almeno uno dei comportamenti a rischio, eccedendo nel consumo quotidiano di alcol (secondo soglie specifiche per sesso e età) o concentrando in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 unità alcoliche di una qualsiasi bevanda (*binge drinking*).

Tavola 12 - Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol per sesso. Anni 2007-2011 (valori percentuali)

	2007		2008		2009		2010		2011	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Marche	30,5	9,0	29,6	5,1	25,9	7,7	27,5	6,8	22,2	7,8
Centro	26,5	7,2	24,9	7,4	24,4	8,0	25,0	7,8	23,8	7,6
Italia	27,5	7,8	26,5	6,9	25,9	7,4	26,5	7,5	25,0	7,1

Grafico 12 - Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol per sesso. Anni 2007-2011 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana



COMMENTO: Nella regione Marche, per quanto concerne il consumo di alcol, si osservano dati poco rassicuranti. Nel 2011, ultimo anno del periodo di osservazione, una cospicua parte della popolazione al di sopra dei 14 anni di età, (22,2% dei maschi e 7,8% delle femmine) presenta un comportamento a rischio circa l'assunzione di bevande alcoliche. L'andamento di periodo, per quanto riguarda i maschi, sembra indicare un lieve miglioramento tendenziale; nel 2011, il valore dell'indicatore si attesta ad un livello inferiore rispetto al dato del Centro e nazionale. Nelle donne, il trend, in quasi tutto il periodo di osservazione, appare in linea con quello delle altre macroaree di confronto; solo nel 2011, rispetto a quest'ultime, si registra nelle Marche un incremento del valore dell'indicatore. Nella regione è rilevabile annualmente una consistente differenza di genere; il gap tra uomini e donne, tuttavia, sembra ridursi in maniera rilevante nell'ultimo anno di osservazione, espressione di una diminuzione negli uomini e di un incremento nelle donne della diffusione di comportamenti a rischio riguardo l'assunzione di alcolici.

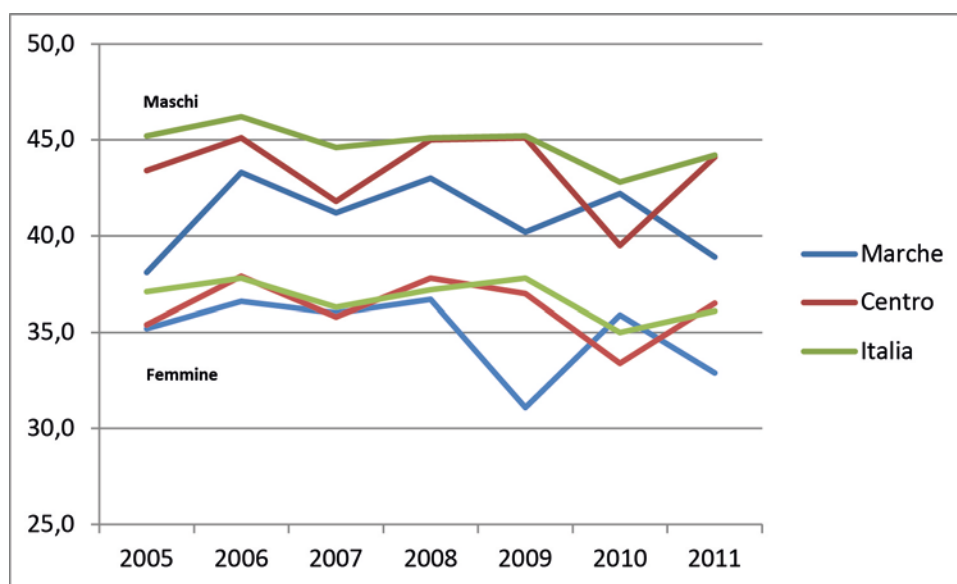
13. SEDENTARIETA

DESCRIZIONE: *Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica. L'esercizio di una qualche attività fisica, condotta in modo regolare, comporta benefici effetti sulla salute, sia in termini di tutela dello stato di salute fisico, sia in termini di miglioramento del proprio stato psico-emotivo.*

Tavola 13 - Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica per sesso. Anni 2005-2011 (valori percentuali)

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Marche	35,2	38,1	36,6	43,3	36,0	41,2	36,7	43,0	31,1	40,2	35,9	42,2	32,9	38,9
Centro	35,4	43,4	37,9	45,1	35,8	41,8	37,8	45,0	37,0	45,1	33,4	39,5	36,5	44,1
Italia	37,1	45,2	37,8	46,2	36,3	44,6	37,2	45,1	37,8	45,2	35,0	42,8	36,1	44,2

Grafico 13 - Proporzione standardizzata di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica per sesso. Anni 2005-2011 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana



COMMENTO: La sedentarietà, oltre a predisporre all'obesità, può compromettere la buona salute costituendo un fattore di rischio soprattutto per patologie cardio-vascolari e muscolo-scheletriche.

Sebbene uno stile di vita sedentario caratterizzi tutt'oggi una porzione non indifferente della popolazione marchigiana, l'indicatore che valuta la sedentarietà, nella regione, evidenzia un andamento generale mediamente al di sotto di quello evidenziato dal Centro e dall'Italia, sia nei maschi che nelle femmine.

Il fenomeno dell'inattività fisica, nella regione Marche sembra essere più consistente nelle donne piuttosto che negli uomini; quest'ultimi, nel periodo considerato, presentano un valore dell'indicatore, in media, di circa 6 punti percentuali inferiore rispetto alle donne.

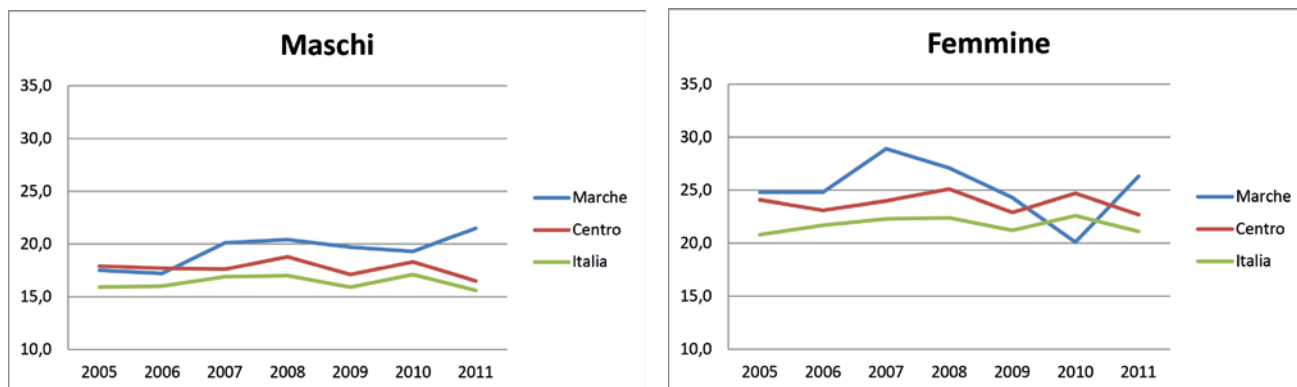
14. ALIMENTAZIONE

DESCRIZIONE: *Proporzione standardizzata di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura sul totale delle persone di 3 anni e più.* Il consumo giornaliero di frutta, verdura e ortaggi consente di assumere elementi fondamentali della dieta che svolgono un'azione protettiva, prevalentemente di tipo antiossidante, contrastando il processo di invecchiamento precoce delle cellule, spesso all'origine dei processi tumorali. Secondo le "Linee guida di una sana alimentazione" dell'INRAN, dovrebbero essere almeno 5 le porzioni di frutta, verdura e legumi freschi, consumate quotidianamente (*five a day*). L'indicatore che fa riferimento ad almeno 4 porzioni di frutta, verdura e ortaggi approssima meglio le quantità raccomandate, per la difficoltà dell'intervistato di associare la "porzione" alle quantità in grammi raccomandate.

Tavola 14 - Proporzione standardizzata di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura per sesso. Anni 2005-2011 (valori percentuali)

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Marche	17,5	24,8	17,2	24,8	20,1	28,9	20,4	27,1	19,7	24,3	19,3	20,1	21,5	26,3
Centro	17,9	24,1	17,7	23,1	17,6	24,0	18,8	25,1	17,1	22,9	18,3	24,7	16,5	22,7
Italia	15,9	20,8	16,0	21,7	16,9	22,3	17,0	22,4	15,9	21,2	17,1	22,6	15,6	21,1

Grafici 14a e 14b - Proporzione standardizzata di persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura per sesso. Anni 2005-2011 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana



COMMENTO: Il corretto comportamento alimentare è fondamentale per ottenere e mantenere un buono stato di salute. Un importante contributo all'attuazione di un valido regime alimentare è rappresentato dal *consumo giornaliero di frutta, verdure ed ortaggi*. Tali alimenti permettono l'assunzione degli elementi ritenuti fondamentali nella dieta di un individuo e svolgono, nel contempo, un'azione protettiva nell'ambito del processo di invecchiamento cellulare.

A tal proposito, dai dati rilevati nell'indagine, i marchigiani sembrano evidenziare un comportamento alimentare virtuoso. Nella regione Marche, mediamente, nel periodo di osservazione (2005-2011), la popolazione con più di tre anni di età che ha consumato gli alimenti indicati, è risultata superiore a quella del Centro e nazionale. Per quanto attiene uno studio di genere, nel solo ambito regionale, le donne hanno evidenziato un maggior consumo giornaliero di frutta e verdura rispetto agli uomini in tutto il periodo di osservazione.

15. COMMENTI E CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE SUGLI INDICATORI DI SALUTE RIFERITI ALLA REGIONE MARCHE

In Italia il primato relativo all'aspettativa di vita, detenuto a lungo dalla nostra regione, solo negli ultimi anni è stato insidiato da altre realtà territoriali. Riguardo tale tematica il BES evidenzia, nelle Marche, un trend della **speranza di vita alla nascita** in lieve ma continuo incremento. L'aumento è maggiormente visibile negli uomini che, in termini di durata media della vita, vedono ridurre la distanza che li separa dalle donne. Oltre a questo parametro, anche altri indicatori, che permettono di valutare specifici quadri epidemiologici, assistenziali e stili di vita (quali la mortalità per cause tumorali, la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane per problemi di salute ed il corretto regime alimentare) fanno registrare, nella regione, risultati incoraggianti.

Accanto a tali informazioni relativamente confortanti, che scaturiscono dalla misura degli indicatori citati, dal Rapporto emergono anche dati non altrettanto tranquillizzanti che rilevano la percezione soggettiva del benessere psico-fisico e che valutano alcune caratteristiche socio-culturali dei marchigiani con ripercussioni sullo stato di salute. A tal proposito, i dati relativi alla **mortalità per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comportamentali** fanno rilevare, nelle Marche, valori superiori a quelli delle macroaree geografiche considerate. Al fine di tenere alta l'attenzione su specifiche tematiche di interesse collettivo, preme segnalare anche l'incremento regionale dei **decessi nel primo anno di vita**, sebbene il valore di questo indicatore possa essere influenzato dalla variabilità della casistica. Resta auspicabile, in questo senso, l'approfondimento degli eventi riferiti all'anno 2009 ed il monitoraggio degli anni successivi, al fine di meglio definire il fenomeno. Dello stesso tenore è l'indicatore che valuta la proporzione degli **anni attesi in buona salute**. Esso, infatti, non sembra essere coerentemente allineato al dato sulla sopravvivenza, in quanto, a fronte di una lunga durata della vita, non si associa un altrettanto favorevole dato qualitativo della stessa. Nella medesima direzione sembrano andare anche le informazioni che si possono desumere dall'interpretazione dei dati rilevati dagli indicatori sullo **stato fisico e psicologico** dei marchigiani. Occorre precisare, tuttavia, che i dati di prevalenza, utilizzati per il calcolo della speranza di vita in buona salute o dello stato fisico e psicologico, non si basano su dati oggettivi, ma sono il frutto di quanto dichiarato dagli individui intervistati sulla percezione delle proprie condizioni di salute. E' chiaro come questo aspetto soggettivo possa essere rilevante nell'influenzare i valori rappresentati dagli indicatori e possa giocare un ruolo importante nel determinare differenze, di aree geografiche e di genere, che prescindono inevitabilmente dalle "reali" condizioni di salute della popolazione.

Una nota particolare, poi, meritano i **decessi per incidenti da trasporto**. Questi, infatti, nonostante rientrino nelle cosiddette morti evitabili, in quanto potenzialmente contrastabili con l'attuazione di opportune politiche che comportino l'adozione e l'intensificazione di efficaci misure di prevenzione, rappresentano, tutt'oggi, un problema di notevole dimensione.

La popolazione marchigiana, inoltre, continua ad essere sottoposta alla minaccia rappresentata da particolari stili di vita e comportamenti a rischio quali la **sedentarietà**, che si manifesta su livelli piuttosto elevati; l'**obesità**, in apparente crescita; l'abitudine al **fumo**, in lieve flessione, ma su livelli ancora preoccupanti; l'abuso di **alcol**, in incremento soprattutto tra le donne e tra i giovanissimi. Quest'ultimo dato, in particolare, viene anche confermato dal Rapporto Osservasalute 2012, pubblicato nello scorso mese di aprile dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, dell'Università Cattolica di Roma. Da tale Rapporto emerge che, pratiche dannose nel consumo di bevande alcoliche (binge drinking), sono particolarmente diffuse ed in aumento nelle generazioni più giovani.

Tutti i comportamenti a rischio citati sono indubbiamente meritevoli di riflessione e di attenzione da parte delle Istituzioni preposte, ma il consumo di bevande alcoliche, specie tra i giovani, forse più degli altri, rappresenta un dato allarmante su cui le politiche, centrali e regionali, non possono fare a meno di incidere per cercare di arginare il fenomeno e, nel contempo, minimizzare le ricadute sanitarie, sociali ed economiche ad esso correlate.

16. APPUNTI E RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI DAL BES

appunti per il futuro

L'indicatore che misura la speranza di vita in buona salute alla nascita, uno dei principali indicatori sintetici della condizione di salute di una popolazione in quanto tiene conto della qualità degli anni che restano da vivere, non è attualmente disponibile in serie storica. Questo è dovuto alle modifiche apportate al quesito sulla salute percepita, che ne è una componente, per uniformarlo alle raccomandazioni di Eurostat e renderlo completamente comparabile a livello europeo. Inoltre, lo stesso indicatore, essendo anche basato sui dati di mortalità, soffre del fatto che tali dati non sono aggiornati e si fermano al 2010.

Problematiche analoghe si riscontrano per l'indicatore che misura la speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni, che si basa su un quesito armonizzato a livello europeo a partire dal 2008.

Gli indici di stato fisico (Pcs) e di stato psicologico (Mcs) consentono di disporre di informazioni sintetiche sia della salute fisica che di quella psicologico-emozionale, non altrimenti disponibili con indicatori tradizionali. Tuttavia, tali indici, basati sulla sintesi di una batteria di 12 quesiti (Sf12), non sono aggiornabili con cadenza annuale e l'ultimo dato disponibile fa riferimento al 2005. Il prossimo aggiornamento è previsto per l'anno 2013.

per saperne di più

- Rapporto della commissione scientifica Bes sul dominio Salute.
- European health for all database.
- Noi Italia: capitoli Popolazione e Sanità e Salute
- www.istat.it/it/salute-e-sanità





ARPA MARCHE – SERVIZIO EPIDEMIOLOGIA AMBIENTALE
OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO AMBIENTALE (OEA) DELLA REGIONE MARCHE
Viale Cristoforo Colombo, 106 - 60127 ANCONA
Tel. +39 07128732760 - Fax +39 07128732761
email: epidemiologia.ambientalean@ambiente.marche.it

DATA RILASCIO: LUGLIO 2013

IL DOCUMENTO È OTTIMIZZATO PER L'EVENTUALE STAMPA IN MODALITÀ F/R