

**REGIONE SICILIANA**



**ASSESSORATO DELLA SALUTE**

**PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE**

**2010-2012**

## **Indice**

|  |                |
|--|----------------|
| <b>1. Analisi del contesto demografico e di salute della popolazione siciliana</b>           | <b>pag. 3</b>  |
| 1.1 Informazioni demografiche e socio-economiche   | pag. 3         |
| 1.2 Quadro nosografico della Regione   | pag. 6         |
| 1.2.1 Mortalità  | pag. 6         |
| 1.2.2 Ricoveri   | pag. 11        |
| 1.2.3 Tumori   | pag. 15        |
| 1.3 Altri aspetti prioritari d'intervento  | pag. 19        |
| 1.3.1 La salute materna e neonatale  | pag. 19        |
| 1.3.2 La salute in età evolutiva   | pag. 19        |
| 1.3.3 Vaccinazioni   | pag. 20        |
| 1.3.4 Incidenti  | pag. 20        |
| 1.3.5 La non autosufficienza: anziani e disabili   | pag. 22        |
| 1.3.6 Salute mentale   | pag. 24        |
| 1.3.7 AIDS e HIV+  | pag. 24        |
| 1.4 I Determinanti di salute   | pag. 25        |
| <b>2. Quadro normativo-programmatico</b>   | <b>pag. 31</b> |
| 2.1 Dal contenimento della spesa alla riqualificazione dell'assistenza                       | pag. 31        |
| 2.2 I collegamenti con altri livelli di programmazione: il Patto per la Salute               | pag. 32        |
| 2.3 Il Piano Regionale della Salute: principi ispiratori                                     | pag. 33        |
| 2.4 Le politiche sociosanitarie  | pag. 33        |
| <b>3. Il Piano della Prevenzione</b>   | <b>pag. 35</b> |
| 3.1 Piano regionale di prevenzione attiva del rischio cardiovascolare                        | pag. 36        |
| 3.2 Piano regionale di prevenzione attiva delle recidive di eventi cardio e cerebrovascolari | pag. 37        |
| 3.3 Piano regionale di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità                             | pag. 37        |
| 3.4 Il Disease Management del diabete mellito di tipo 2                                      | pag. 39        |
| 3.5 Piano regionale di prevenzione degli incidenti domestici                                 | pag. 40        |
| 3.6 Piano regionale di prevenzione degli incidenti stradali                                  | pag. 40        |
| 3.7 Piano regionale di prevenzione degli infortuni sul lavoro                                | pag. 41        |
| 3.8 Gli screening oncologici   | pag. 42        |
| 3.9 Vaccinazioni   | pag. 43        |
| 3.10 Le nuove linee di azione del Piano regionale della prevenzione                          | pag. 44        |

## 1. Analisi del contesto demografico e di salute della popolazione siciliana

### 1.1 Informazioni demografiche e socio-economiche

L'analisi di seguito riportata è finalizzata ad una rappresentazione complessiva dei problemi rilevanti di salute della Regione Siciliana, partendo dalla lettura di alcune informazioni quantitative, principalmente basate su dati correnti già disponibili sul territorio.

#### Distribuzione della popolazione

La popolazione regionale residente al 1-1-2009 risulta di 5.037.799 unità, di cui 2.433.605 (48%) uomini e 2.604.194 (52%) donne.

La Regione, la più vasta Paese (25.711 km<sup>2</sup>), comprende oltre che la più grande isola del Mediterraneo, anche gli arcipelaghi delle Eolie (o Lipari), delle Egadi e delle Pelagie, nonché le isole di Ustica e Pantelleria, realtà che pongono peculiari problematiche sul piano assistenziale per le condizioni di marginalità cui sono relegate.

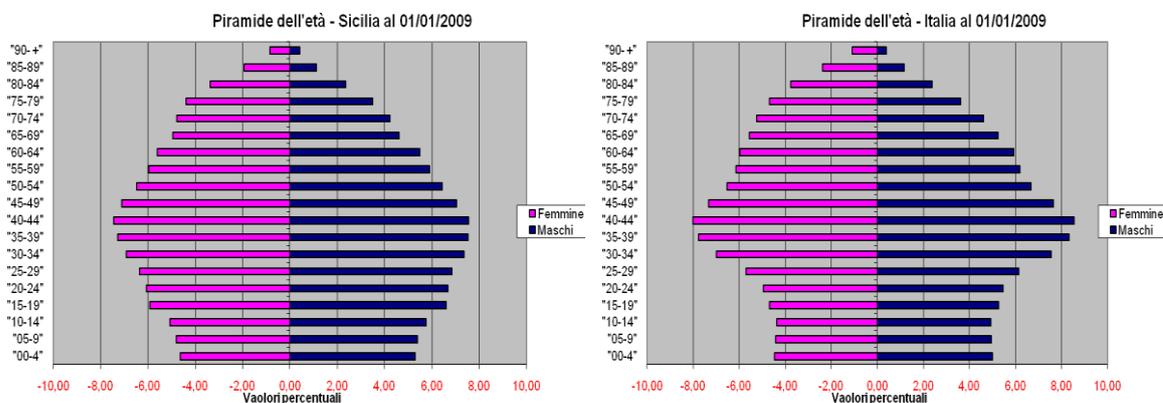
L'insediamento della popolazione è di tipo accentrato, specie nei capoluoghi, con maggiore densità di popolazione lungo le aree costiere anche a causa delle correnti migratorie dalle aree montuose e collinari dell'interno verso i centri più grandi. Nei tre principali comuni (Palermo, Catania e Messina) si concentra quindi quasi un quarto della popolazione (1.199.283 abitanti pari al 24% del totale).

La Regione è costituita da nove province che configurano le attuali Aziende Sanitarie Provinciali (ASP), per un totale di 390 comuni. La provincia più grande è Palermo, che con 1.244.680 abitanti rappresenta circa un quarto della popolazione totale dell'Isola.

La popolazione residente per provincia è riportata nella tabella sottostante.

| Popolazione residente al 1.1.2009 e superficie territoriale |                 |                       |                               |                                |                           |                       |                               |
|---|-----------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------------|-------------------------------|
|   | valori assoluti |                       |                               |                                | distribuzione percentuale |                       |                               |
|   | numero comuni   | popolazione residente | superficie in Km <sup>2</sup> | densità ab per Km <sup>2</sup> | numero comuni             | popolazione residente | superficie in Km <sup>2</sup> |
| Agrigento   | 43              | 455.083               | 3.045                         | 149                            | 11                        | 9,03                  | 11,8                          |
| Caltanissetta   | 22              | 272.289               | 2.128                         | 128                            | 6                         | 5,40                  | 8,3                           |
| Catania   | 58              | 1.084.977             | 3.552                         | 305                            | 15                        | 21,54                 | 13,8                          |
| Enna  | 20              | 173.515               | 2.562                         | 68                             | 5                         | 3,44                  | 10,0                          |
| Messina   | 108             | 654.601               | 3.247                         | 202                            | 28                        | 12,99                 | 12,6                          |
| Palermo   | 82              | 1.244.680             | 4.992                         | 249                            | 21                        | 24,71                 | 19,4                          |
| Ragusa  | 12              | 313.901               | 1.614                         | 194                            | 3                         | 6,23                  | 6,3                           |
| Siracusa  | 21              | 402.840               | 2.109                         | 191                            | 5                         | 8,00                  | 8,2                           |
| Trapani   | 24              | 435.913               | 2.462                         | 177                            | 6                         | 8,65                  | 9,6                           |
| <b>Totale Regione</b>                                       | <b>390</b>      | <b>5.037.799</b>      | <b>25711</b>                  | <b>196</b>                     | <b>100</b>                | <b>100</b>            | <b>100</b>                    |

Esaminando la piramide dell'età si può notare che le maggiori differenze rispetto alla composizione per fasce d'età della popolazione a livello nazionale si trovano nelle fasce corrispondenti ai primi anni di vita.



Fonte dati ISTAT

In Sicilia, come nelle restanti regioni del Mezzogiorno, si registra una più alta natalità rispetto al resto delle altre regioni italiane, tuttavia in costante decremento (nel 2007 il tasso di natalità è stato pari 9,8 per mille abitanti contro la media nazionale di 9,6 nati ogni mille abitanti), mentre il processo di invecchiamento risulta più modesto.

La **speranza di vita** rappresenta un indicatore dello stato sociale sanitario ed ambientale di una popolazione e in Sicilia è tra le più basse del Paese, anche se ha subito un costante incremento nel tempo, specie nell'ultimo decennio.

Nel periodo più recente la speranza di vita alla nascita per la popolazione maschile ha superato i 78 anni e per la componente femminile gli 83 anni ma entrambi i valori sono al di sotto della media nazionale.

| <b>Stime per l'anno 2008 di alcuni indicatori demografici</b> |                |               |
|---|----------------|---------------|
|   | <b>Sicilia</b> | <b>Italia</b> |
| Indice di fecondità   | 1,4            | 1,4           |
| Speranza di vita alla nascita maschi                          | 78,2           | 78,7          |
| Speranza di vita alla nascita femmine                         | 83,2           | 84,0          |

Fonte: Annuario statistico italiano 2009

L'indice di dipendenza degli anziani nel 2008 registra un valore più basso in Sicilia (27,6%) rispetto al valore nazionale (30,6%), tuttavia la struttura demografica attuale correlata al declino generalizzato della fecondità anche nel meridione condurranno ad un rapido processo di invecchiamento della popolazione anche in Sicilia. I principali indici demografici, provinciali e regionali, confrontati con quelli nazionali, per l'anno 2008 sono riportati in tabella:

|                            | <b>Quote % sul totale</b> |                 | <b>Tassi di vecchiaia</b> | <b>Tassi di dipendenza (%)</b> |                    |             |
|----------------------------|---------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------------------|--------------------|-------------|
|                            | 0-5 anni                  | 75 anni e oltre |                           | Giovani (0-14 anni)            | Anziani (>64 anni) | Totale      |
| <b>Sicilia</b>             |                           |                 |                           |                                |                    |             |
| 2003                       | 6,1                       | 7,7             | 102,0                     | 25,6                           | 26,2               | 51,8        |
| 2004                       | 6,1                       | 7,9             | 104,8                     | 25,2                           | 26,4               | 51,7        |
| 2005                       | 6,1                       | 8,1             | 107,8                     | 24,9                           | 26,8               | 51,7        |
| 2006                       | 6,0                       | 8,4             | 111,1                     | 24,6                           | 27,3               | 51,9        |
| 2007                       | 6,0                       | 8,6             | 114,0                     | 24,2                           | 27,5               | 51,7        |
| 2008                       | 6,0                       | 8,8             | 116,6                     | 23,7                           | 27,6               | 51,3        |
| <b>Province - 2008</b>     |                           |                 |                           |                                |                    |             |
| Agrigento                  | 5,9                       | 9,4             | 123,2                     | 24,1                           | 29,7               | 53,8        |
| Caltanissetta              | 6,3                       | 8,7             | 110,5                     | 25,6                           | 28,3               | 53,9        |
| Catania                    | 6,4                       | 8,0             | 102,0                     | 24,5                           | 25,0               | 49,6        |
| Enna                       | 5,7                       | 9,9             | 131,0                     | 24,0                           | 31,4               | 55,4        |
| Messina                    | 5,1                       | 10,2            | 148,3                     | 20,6                           | 30,6               | 51,3        |
| Palermo                    | 6,3                       | 8,4             | 108,2                     | 24,3                           | 26,3               | 50,7        |
| Ragusa                     | 6,0                       | 8,8             | 115,1                     | 24,0                           | 27,6               | 51,6        |
| Siracusa                   | 5,8                       | 8,2             | 119,2                     | 22,1                           | 26,4               | 48,5        |
| Trapani                    | 5,7                       | 9,6             | 128,5                     | 23,5                           | 30,3               | 53,8        |
| <b>Ripartizioni - 2008</b> |                           |                 |                           |                                |                    |             |
| Sud-Isole                  | 5,8                       | 8,7             | 115,6                     | 22,6                           | 26,8               | 49,4        |
| Nord-Centro                | 5,5                       | 10,3            | 158,3                     | 20,6                           | 32,6               | 53,2        |
| Italia                     | 5,6                       | 9,8             | 141,1                     | 21,3                           | 30,6               | 51,9        |
| <i>Italia = 100</i>        | <i>107,8</i>              | <i>88,2</i>     | <i>80,8</i>               | <i>113,4</i>                   | <i>90,0</i>        | <i>99,6</i> |

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT aggiornati al 31 Dicembre 2008 - <http://demo.istat.it/>

#### I cittadini stranieri in Sicilia

In Sicilia, al 1° gennaio 2008 gli stranieri residenti (ISTAT indagine sul movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza) erano 98.152, di cui 48055 maschi e 50097 femmine.

La Sicilia si colloca al nono posto, per numero di stranieri residenti, fra le regioni italiane, ospitando il 2,8% degli stranieri residenti presenti in Italia. Come si può vedere dalla tabella sottostante in Sicilia la presenza straniera è maggiore nelle province di Palermo, seguita in ordine da Catania, Messina e Ragusa.

### Stranieri residenti per provincia al 1 gennaio 2008

|                | Maschi         | Femmine        | Totale         | % su pop. residente |
|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------------|
| Agrigento      | 3423           | 3727           | 7150           | 1,6                 |
| Caltanissetta  | 1712           | 1909           | 3621           | 1,3                 |
| Catania        | 7608           | 9419           | 17027          | 1,6                 |
| Enna           | 696            | 1137           | 1833           | 1,1                 |
| Messina        | 7194           | 8840           | 16034          | 2,5                 |
| Palermo        | 10011          | 11231          | 21242          | 1,7                 |
| Ragusa         | 8724           | 5551           | 14275          | 4,6                 |
| Siracusa       | 4311           | 3935           | 8246           | 2,1                 |
| Trapani        | 4376           | 4348           | 8724           | 2,0                 |
| <b>Sicilia</b> | <b>48055</b>   | <b>50097</b>   | <b>98152</b>   | <b>2,0</b>          |
| <b>Italia</b>  | <b>1701817</b> | <b>1730834</b> | <b>3432651</b> | <b>5,8</b>          |

Fonte: DemoIstat – Bilanci demografici dei cittadini stranieri

La salute degli stranieri, compresi i Rom, continua a dipendere, ancor prima che dall'efficienza e dalla qualità dei sistemi sanitari, dall'attuazione di adeguate e coordinate politiche di integrazione sociale, con particolare riferimento alle politiche lavorative, a quelle abitative e di supporto alla famiglia, a partire dal ricongiungimento familiare. Tra gli ambiti che richiedono una particolare attenzione e specifici interventi di promozione si segnalano la salute riproduttiva, la salute del minore e la salute del lavoratore.

#### Aspetti socioeconomici

Gli aspetti socio economici come è noto hanno un consistente effetto sugli esiti di salute e sulla qualità dell'assistenza.

In Sicilia il tasso di occupazione nel 2007 ha subito un aumento rispetto agli anni precedenti assestandosi al 44,6% circa della popolazione di età superiore ai 15 anni, ma rimane comunque ben al di sotto della media nazionale del 58,6%.

Nonostante i progressi degli ultimi anni la Sicilia resta tra le regioni italiane a più basso reddito pro-capite e tra quelle in cui il flusso migratorio assume proporzioni elevatissime.

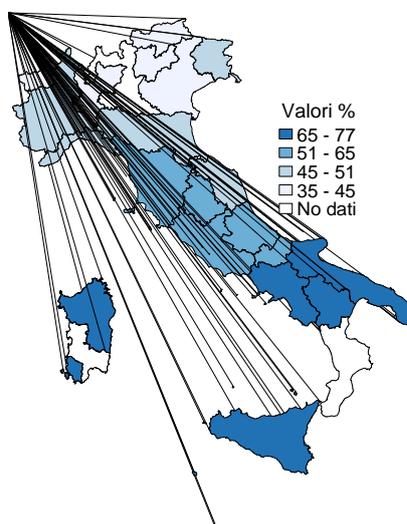
Facendo riferimento ai dati derivanti dall'Indagine PASSI (un sistema di sorveglianza campionario, con valenza regionale e nazionale, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (CNESPS) e condotto a livello di ASL tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato alla popolazione generale fra 18 e 69 anni), in Sicilia:

- il 24% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica;
- il 52% qualche difficoltà;
- il 24% molte difficoltà economiche.

A livello delle ASL partecipanti al Sistema PASSI a livello nazionale il 45% del campione non ha riferito alcuna difficoltà economica, il 41% qualche difficoltà, il 14% molte difficoltà economiche.

La prevalenza di persone con molte difficoltà economiche ha mostrato un rilevante gradiente territoriale.

#### % di intervistati che riferiscono qualche/molte difficoltà economiche Pool PASSI 2008



Riassumendo:

- Il particolare contesto orogeografico incide sullo sviluppo socio-economico della Sicilia e conseguentemente anche sugli aspetti sanitari; la vastità del suo territorio e la presenza di arcipelaghi comportano peculiari criticità prevalentemente legate alle difficili vie di comunicazione e ai tempi di percorrenza e dunque al tempestivo accesso alle cure in alcune aree. Un quarto della popolazione si concentra nei tre principali capoluoghi e quasi la metà nelle province di Palermo e Catania.
- La progressiva riduzione della natalità e l'allungamento della speranza di vita alla nascita comporta anche in Sicilia il progressivo invecchiamento della popolazione che determina la crescita dei bisogni assistenziali, specie per malattie croniche.

## 1.2 Quadro nosografico della Regione

### 1.2.1 Mortalità

Come si osserva dalla tabella seguente, sulla base dei dati di confronto con il resto del Paese, riferiti alla base dati ISTAT con ultimo aggiornamento disponibile relativo all'anno 2006, il tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause nel sesso femminile risulta più elevato rispetto al valore nazionale (77,7 vs 69,4/10.000).

Riguardo alle singole cause, valori superiori si riscontrano per il **diabete**, per le malattie del **sistema circolatorio** con particolare riferimento ai **disturbi circolatori dell'encefalo**, e per le malattie dell'**apparato respiratorio** in entrambi i sessi.

| Tassi di mortalità per cause Sicilia-Italia            |                                |               |                                 |              |
|--|--------------------------------|---------------|---------------------------------|--------------|
| Cause di morte   | Tassi stand. per 10.000 Maschi |               | Tassi stand. per 10.000 Femmine |              |
|  | Sicilia                        | Italia        | Sicilia                         | Italia       |
| Tumori   | 32,30                          | 38,04         | 18,09                           | 19,83        |
| <i>Tumori maligni dello stomaco</i>                    | 1,73                           | 2,47          | 0,81                            | 1,16         |
| <i>Tumori maligni del colon, retto e ano</i>           | 3,60                           | 3,88          | 2,35                            | 2,23         |
| <i>Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni</i> | 8,17                           | 9,81          | 1,51                            | 2,04         |
| <i>Tumori maligni della mammella della donna</i>       | -                              | -             | 3,05                            | 3,28         |
| Diabete mellito  | <u>5,41</u>                    | 3,29          | <u>5,35</u>                     | 2,78         |
| Malattie del sistema nervoso                           | <u>3,59</u>                    | 3,46          | 2,57                            | 2,71         |
| Malattie del sistema circolatorio                      | <u>46,50</u>                   | 41,71         | <u>35,04</u>                    | 28,74        |
| <i>Infarto del miocardio</i>                           | 7,11                           | 7,32          | 3,35                            | 3,48         |
| <i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>              | <u>14,43</u>                   | 10,67         | <u>12,53</u>                    | 8,53         |
| Malattie del sistema respiratorio                      | <u>9,27</u>                    | 8,99          | <u>3,64</u>                     | 3,58         |
| Malattie dell'apparato digerente                       | 4,14                           | 4,67          | 2,58                            | 2,89         |
| Cause accidentali e violente                           | 5,29                           | 5,68          | <u>2,62</u>                     | 2,45         |
| Altre cause  | <u>9,06</u>                    | 8,21          | <u>7,83</u>                     | 6,41         |
| <b>Totale</b>  | <b><u>115,55</u></b>           | <b>114,05</b> | <b><u>77,70</u></b>             | <b>69,40</b> |

Elaborazione DASOE su Fonte ISTAT- Stime preliminari della mortalità per causa nelle regioni italiane (2009). Anno di riferimento 2006

La distribuzione per numero assoluto e grandi categorie ICD IX mostra come la prima causa di morte in Sicilia siano le malattie del sistema circolatorio, che sostiene insieme alla seconda, i tumori maligni, più dei 2/3 dei decessi avvenuti negli anni in esame.

## Mortalità per grandi gruppi di cause – Sicilia

| UOMINI |   |                   |                           |                        |                                  | Donne                        |   |                   |                           |                        |                                  |                              |
|--------|---|-------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------------|------------------------------|---|-------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------------|------------------------------|
| Rango  | Grandi Categorie ICD IX                                 | Numero di decessi | Mortalità proporzionale % | Tasso grezzo x 100.000 | Tasso standardizzato per 100.000 | Anni di vita persi a 75 anni | Grandi Categorie ICD IX                                 | Numero di decessi | Mortalità proporzionale % | Tasso grezzo x 100.000 | Tasso standardizzato per 100.000 | Anni di vita persi a 75 anni |
| 1      | MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO                     | 8998              | 39,1                      | 371,1                  | 260,2                            | 136754,5                     | MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO                     | 10869             | 47,5                      | 419,5                  | 190                              | 66475,5                      |
| 2      | TUMORI MALIGNI  | 6691              | 29,1                      | 275,9                  | 204,7                            | 193732                       | TUMORI MALIGNI  | 4809              | 21,0                      | 185,6                  | 115,5                            | 154630,5                     |
| 3      | MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO                     | 1724              | 7,5                       | 71,1                   | 48,3                             | 19550,5                      | MALATTIE ENDOCRINE, METOBOLICHE, IMMUNITARIE            | 1469              | 6,4                       | 56,7                   | 28,1                             | 17332                        |
| 4      | MALATTIE ENDOCRINE, METOBOLICHE, IMMUNITARIE            | 1067              | 4,6                       | 44                     | 31,3                             | 23606,5                      | MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO                     | 1057              | 4,6                       | 40,8                   | 19                               | 9218,5                       |
| 5      | CAUSE ACCIDENTALI                                       | 1040              | 4,5                       | 42,9                   | 36,9                             | 113084                       | STATI MORBOSI MALDEFINITI                               | 962               | 4,2                       | 37,1                   | 17                               | 8575                         |
| 6      | MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE                        | 971               | 4,2                       | 40                     | 30,2                             | 32229                        | MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE                        | 861               | 3,8                       | 33,2                   | 17,6                             | 13510                        |
| 7      | STATI MORBOSI MALDEFINITI                               | 660               | 2,9                       | 27,2                   | 20,4                             | 19464,5                      | CAUSE ACCIDENTALI                                       | 657               | 2,9                       | 25,3                   | 13,9                             | 22434                        |
| 8      | MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO                            | 547               | 2,4                       | 22,6                   | 16                               | 16667,5                      | MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO                            | 639               | 2,8                       | 24,7                   | 12,9                             | 12968,5                      |
| 9      | MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO                  | 510               | 2,2                       | 21                     | 14,6                             | 6117,5                       | MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO                  | 534               | 2,3                       | 20,6                   | 9,8                              | 5231,5                       |
| 10     | DISTURBI PSICHICI                                       | 287               | 1,2                       | 11,9                   | 8,3                              | 4767                         | DISTURBI PSICHICI                                       | 462               | 2,0                       | 17,8                   | 7,8                              | 2545                         |
| 11     | MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI              | 156               | 0,7                       | 6,4                    | 8,7                              | 48365                        | TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI                        | 147               | 0,6                       | 5,7                    | 3,4                              | 4327                         |
| 12     | TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI                        | 148               | 0,6                       | 6,1                    | 4,4                              | 4365                         | MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI              | 132               | 0,6                       | 5,1                    | 7,6                              | 41127,5                      |
| 13     | MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI                | 84                | 0,4                       | 3,5                    | 2,5                              | 2382                         | MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI                | 112               | 0,5                       | 4,3                    | 2,2                              | 2379,5                       |
| 14     | MALATTIE INFETTIVE                                      | 81                | 0,4                       | 3,3                    | 2,7                              | 4113,5                       | MALATTIE OSTEOMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO                | 81                | 0,4                       | 3,1                    | 1,8                              | 1840                         |
| 15     | MALATTIE OSTEOMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO                | 34                | 0,1                       | 1,4                    | 1                                | 832,5                        | MALATTIE INFETTIVE                                      | 77                | 0,3                       | 3                      | 1,8                              | 2617,5                       |
| 16     | MALATTIE DELLA PELLE E DEL SOTTOCUTANEO                 | 14                | 0,1                       | 0,6                    | 0,4                              | 367,5                        | MALATTIE DELLA PELLE E DEL SOTTOCUTANEO                 | 22                | 0,1                       | 0,8                    | 0,5                              | 450                          |
| 17     | COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO | 0                 | 0,0                       | 0                      | 0                                | 0                            | COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO | 3                 | 0,0                       | 0,1                    | 0,2                              | 870                          |
|        | TUTTE LE CAUSE  | 23012             | 100,0                     | 949,00                 | 690,7                            | 626473,5                     | Tutte le cause  | 22891             | 100,0                     | 883,40                 | 449,1                            | 366532                       |

Elaborazione DASOE su dati ReNCaM aa 2004-2008

Tale evidenza si conferma passando all'analisi delle sottocategorie in cui la prima causa in assoluto in entrambi i sessi è costituita dai disturbi circolatori dell'encefalo seguita dalle cardiopatie ischemiche.

Nelle donne tuttavia tra le prime 5 cause emerge il diabete mellito e il tumore della mammella mentre negli uomini i tumori dell'apparato respiratorio, le broncopatie croniche ostruttive ed il diabete.

### Mortalità per sottocategorie diagnostiche. Sicilia ( prime 10 cause)

| Rango | Sottocategorie ICD IX uomini           | Numero di decessi | Mortalità proporzionale % | Sottocategorie ICD IX - Donne          | Numero di decessi | Mortalità proporzionale % |
|-------|--|-------------------|---------------------------|--|-------------------|---------------------------|
| 1     | Malattie cerebrovascolari              | 2911              | 12,6                      | Malattie cerebrovascolari              | 4104              | 17,9                      |
| 2     | Malattie ischemiche del cuore          | 2747              | 11,9                      | Malattie ischemiche del cuore          | 2176              | 9,5                       |
| 3     | T.M. Trachea, bronchi, polmoni         | 1818              | 7,9                       | Iperensione arteriosa                  | 1625              | 7,1                       |
| 4     | Malattie polmonari croniche ostruttive | 1007              | 4,4                       | Diabete mellito                        | 1366              | 6,0                       |
| 5     | Diabete mellito                        | 972               | 4,2                       | T.M. Mammella (femmine)                | 860               | 3,8                       |
| 6     | Iperensione arteriosa                  | 958               | 4,2                       | T.M. Colon Retto                       | 655               | 2,9                       |
| 7     | T.M. Colon Retto                       | 738               | 3,2                       | Malattie polmonari croniche ostruttive | 458               | 2,0                       |
| 8     | T.M. Prostata                          | 702               | 3,1                       | Accidenti da trasporto                 | 437               | 1,9                       |
| 9     | Cirrosi epatica                        | 560               | 2,4                       | Cirrosi epatica                        | 429               | 1,9                       |
| 10    | T.M. Vescica                           | 404               | 1,8                       | Insufficienza renale cronica           | 421               | 1,8                       |
|       | Tot. (delle prime 10 cause)            | 12817             | 55,7                      | Tot. (delle prime 10 cause)            | 12531             | 54,7                      |
|       | Tutte le cause                         | 23012             | 100,0                     | Tutte le cause                         | 22891             | 100,0                     |

Elaborazione DASOE su dati ReNCaM aa 2004-2008

#### Mortalità prematura

I dati di mortalità in termini assoluti o di tassi possono fornire una lettura distorta dei problemi più gravi poiché i valori sono molto più elevati negli anziani. L'analisi per gli anni di vita perduti con le morti premature rispetto all'età considerata (75 anni) costituisce una misura chiave del peso sociale ed economico per la comunità delle varie cause di morte.

Sotto tale profilo l'analisi per sottocategorie evidenzia tra le prime cause, oltre alle malattie circolatorie, gli avvelenamenti accidentali (terza causa tra gli uomini), gli incidenti stradali (sesta causa tra gli uomini), il diabete, la cirrosi, e tra le cause tumorali le neoplasie maligne della mammella (prima causa di mortalità prematura nelle donne), i tumori della trachea bronchi e polmoni, del sistema nervoso centrale, del colon retto in entrambi i sessi, e dell'ovaio e utero nelle donne.

## Mortalità prematura Sicilia

| Rango | Sottocategorie ICD IX Uomini   | Anni di vita persi a 75 anni | Sottocategorie ICD IX Donne    | Anni di vita persi a 75 anni |
|-------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| 1     | Malattie ischemiche del cuore  | 58400                        | T.M. Mammella (femmine)        | 37633                        |
| 2     | T.M. Trachea, bronchi, polmoni | 56468                        | Malattie cerebrovascolari      | 20394                        |
| 3     | Avvelenamenti accidentali      | 53109                        | Malattie ischemiche del cuore  | 18655                        |
| 4     | Malattie cerebrovascolari      | 28200                        | T.M. Trachea, bronchi, polmoni | 15198                        |
| 5     | Accidenti da trasporto         | 25236                        | T.M. Colon Retto               | 14870                        |
| 6     | Cirrosi epatica                | 22873                        | Diabete mellito                | 12090                        |
| 7     | T.M. Colon Retto               | 17735                        | Avvelenamenti accidentali      | 10211                        |
| 8     | Diabete mellito                | 15120                        | T.M. Sistema Nervoso Centrale  | 9385                         |
| 9     | T.M. Sistema Nervoso Centrale  | 13566                        | T.M. Ovaio                     | 9238                         |
| 10    | T.M. Pancreas                  | 11005                        | T.M. Utero                     | 8960                         |

Elaborazione DASOE su dati ReNCaM aa 2004-2008

Nella tabella successiva sono presentati i tassi standardizzati per grandi gruppi di cause per le nove province della Sicilia.

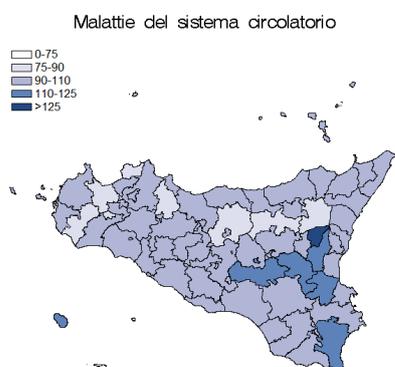
### Mortalità per grandi gruppi di cause nelle province siciliane

|   | Tasso Standardizzato per 100.000 |       |               |       |         |       |        |       |         |       |         |       |        |       |          |       |         |       |
|---|----------------------------------|-------|---------------|-------|---------|-------|--------|-------|---------|-------|---------|-------|--------|-------|----------|-------|---------|-------|
|   | Agrigento                        |       | Caltanissetta |       | Catania |       | Enna   |       | Messina |       | Palermo |       | Ragusa |       | Siracusa |       | Trapani |       |
|   | Uomini                           | Donne | Uomini        | Donne | Uomini  | Donne | Uomini | Donne | Uomini  | Donne | Uomini  | Donne | Uomini | Donne | Uomini   | Donne | Uomini  | Donne |
| MALATTIE INFETTIVE                                      | 2,1                              | 1,7   | 3,3           | 1,1   | 2,1     | 1,4   | 0      | 0,3   | 2,6     | 1,1   | 3,5     | 2,3   | 4,8    | 4,2   | 2,7      | 2,8   | 2,1     | 1,1   |
| TUMORI MALIGNI  | 197,1                            | 107,3 | 211           | 110,3 | 209,6   | 119,4 | 187,4  | 103,8 | 209     | 115,1 | 211,6   | 121   | 187,7  | 113,3 | 205,9    | 120,6 | 192     | 107,3 |
| TUMORI BENIGNI, IN SITU, INCERTI                        | 2,2                              | 2,1   | 5,9           | 5,3   | 4,9     | 3,2   | 0,8    | 0,5   | 4,8     | 4,2   | 5       | 3,8   | 5,8    | 4,6   | 1,3      | 1,2   | 6,3     | 3,6   |
| MALATTIE ENDOCRINE, METABOLICHE, IMMUNITARIE            | 31,9                             | 33,5  | 25,9          | 29,8  | 30,9    | 26,1  | 34,9   | 34,2  | 29,3    | 26,4  | 33,2    | 27,8  | 32,6   | 27,6  | 26,2     | 25,1  | 34,5    | 29,3  |
| MALATTIE DEL SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI                | 3                                | 2,4   | 3,7           | 3     | 2,2     | 2     | 1,6    | 1,1   | 3,1     | 2,8   | 1,8     | 1,8   | 3,7    | 2,4   | 1,8      | 2     | 2,7     | 2,2   |
| DISTURBI PSICHICI                                       | 9,4                              | 6,5   | 7,9           | 8,2   | 4,5     | 4,7   | 7,4    | 8,5   | 6,4     | 5,3   | 10,9    | 9,5   | 9,2    | 10,7  | 5        | 6,5   | 13,8    | 13,2  |
| MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO                            | 15,6                             | 12,2  | 15,8          | 15,9  | 15,8    | 12,4  | 7,2    | 3,7   | 11,8    | 11    | 19,7    | 15,1  | 18,9   | 14,1  | 15,9     | 13,8  | 16,7    | 13,4  |
| MALATTIE DELL APPARATO CIRCOLATORIO                     | 259,2                            | 205,3 | 268,8         | 206,9 | 273     | 198,2 | 263,6  | 197,8 | 253,6   | 183,4 | 250,3   | 178,7 | 246,2  | 182   | 274,9    | 194,9 | 259,1   | 187,6 |
| MALATTIE DELL APPARATO RESPIRATORIO                     | 55,1                             | 15,1  | 62,7          | 18,1  | 44,4    | 19    | 74,1   | 19,5  | 48,9    | 23,5  | 46,9    | 19,4  | 42,9   | 17,8  | 44,5     | 17,8  | 39,5    | 16,4  |
| MALATTIE DELL APPARATO DIGERENTE                        | 26,3                             | 15,8  | 32,3          | 19,9  | 32,5    | 18    | 31,1   | 18,2  | 30,8    | 15,8  | 31,2    | 19    | 30,2   | 19    | 31,5     | 18,4  | 23,3    | 14,3  |
| MALATTIE DELL APPARATO GENITO-URINARIO                  | 12,2                             | 8,4   | 13            | 9     | 15,7    | 10,7  | 16,8   | 15,1  | 17      | 10,1  | 13,4    | 8,9   | 16     | 10,6  | 15,6     | 10,9  | 12,2    | 8     |
| COMPLICANZE DELLA GRAVIDANZA, DEL PARTO E DEL PUERPERIO | 0                                | 0     | 0             | 0,1   | 0,1     | 0,3   | 0      | 0     | 0       | 0,4   | 0       | 0,1   | 0      | 0     | 0        | 0,1   | 0       | 0     |
| MALATTIE DELLA PELLE E DEL SOTTOCUTANEO                 | 0,4                              | 0,5   | 0,1           | 0     | 0,3     | 0,3   | 0      | 0     | 0,9     | 1,1   | 0,4     | 0,3   | 1,1    | 0,6   | 0,3      | 0,3   | 0,1     | 0,4   |
| MALATTIE OSTEOMUSCOLARI E DEL CONNETTIVO                | 1,1                              | 1,6   | 1,1           | 2     | 0,7     | 1,5   | 0,8    | 0,4   | 0,7     | 1,7   | 1,4     | 2,2   | 0,7    | 1,8   | 0,8      | 1,6   | 1,2     | 1,9   |
| MALFORMAZIONI CONGENITE E CAUSE PERINATALI              | 9,3                              | 7,1   | 7,6           | 7     | 9,3     | 7,6   | 8      | 7,4   | 10,6    | 10,5  | 8,4     | 7,3   | 7,9    | 7,6   | 6,8      | 6     | 9,2     | 7,1   |
| STATI MORBOSI MALDEFINITI                               | 11,6                             | 10,3  | 30            | 25,2  | 25,9    | 20,7  | 21,5   | 16,3  | 19,2    | 15,8  | 22      | 19,5  | 11,4   | 10,4  | 32       | 27,5  | 8,8     | 5,1   |
| CAUSE ACCIDENTALI                                       | 32,8                             | 9,7   | 39,9          | 16,7  | 40,1    | 13,5  | 37,4   | 11,6  | 34,8    | 12,8  | 34      | 15    | 43     | 16,4  | 34,4     | 14,1  | 40,6    | 15,5  |
| Tutte le cause  | 669,3                            | 439,6 | 729,2         | 478,4 | 712     | 459,2 | 692,6  | 438,3 | 683,4   | 441,1 | 693,8   | 451,9 | 662,1  | 443,3 | 699,6    | 463,3 | 662,1   | 426,6 |

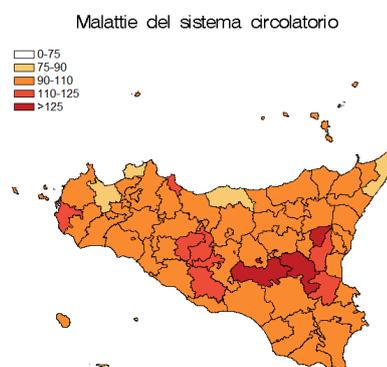
Elaborazione DASOE su dati ReNCaM aa 2004-2008

### Mortalità per malattie circolatorie

La mortalità per malattie circolatorie risulta in eccesso rispetto al resto del Paese in entrambi i sessi con una media annua di oltre 20000 decessi. Nel periodo 2004-2008 si evidenziano valori di mortalità più elevati nella provincia di Catania (in entrambi i sessi) e Agrigento (nelle donne).



Fonte: ReNCaM 2004-2008  
 Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Uomini

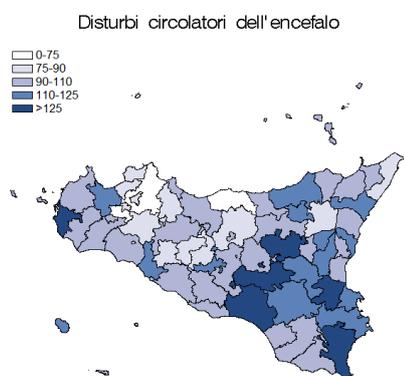


Fonte: ReNCaM 2004-2008  
 Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Donne

| Mortalità per malattie del sistema circolatorio, anni 2004-2008 |                                 |                        |                                  |       |                  |                  |                                 |                        |                                  |       |                  |                  |
|---|---------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------|------------------|------------------|---------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------|------------------|------------------|
|   | Uomini                          |                        |                                  |       |                  |                  | Donne                           |                        |                                  |       |                  |                  |
|   | Numero medio annuale di decessi | Tasso grezzo x 100.000 | Tasso standardizzato per 100.000 | SMR   | Limite inferiore | Limite superiore | Numero medio annuale di decessi | Tasso grezzo x 100.000 | Tasso standardizzato per 100.000 | SMR   | Limite inferiore | Limite superiore |
| <b>Agrigento</b>  | 879                             | 398                    | 259,2                            | 99,8  | 96,8             | 102,7            | 1.081                           | 458,9                  | 205,3                            | 108,9 | 106              | 111,9            |
| <b>Caltanissetta</b>  | 504                             | 381,6                  | 268,8                            | 103,6 | 99,6             | 107,7            | 600                             | 422                    | 206,9                            | 108,1 | 104,3            | 112              |
| <b>Catania</b>  | 1.813                           | 349,3                  | 273                              | 105,4 | 103,2            | 107,6            | 2.162                           | 389,1                  | 198,2                            | 104,9 | 103              | 106,9            |
| <b>Enna</b>   | 351                             | 419,1                  | 263,6                            | 99,2  | 94,7             | 104              | 415                             | 458,9                  | 197,8                            | 103,8 | 99,3             | 108,3            |
| <b>Messina</b>  | 1.275                           | 404,6                  | 253,6                            | 96,9  | 94,6             | 99,3             | 1.669                           | 489,3                  | 183,4                            | 95,7  | 93,6             | 97,8             |
| <b>Palermo</b>  | 2.018                           | 337,7                  | 250,3                            | 96,1  | 94,2             | 98               | 2.429                           | 377,8                  | 178,7                            | 93,6  | 91,9             | 95,3             |
| <b>Ragusa</b>   | 554                             | 365,9                  | 246,2                            | 95,3  | 91,8             | 99               | 643                             | 410,9                  | 182                              | 97,1  | 93,8             | 100,6            |
| <b>Siracusa</b>   | 742                             | 380,2                  | 274,9                            | 106,7 | 103,3            | 110,2            | 823                             | 404,7                  | 194,9                            | 102,1 | 99               | 105,3            |
| <b>Trapani</b>  | 862                             | 410,6                  | 259,1                            | 99,8  | 96,9             | 102,9            | 1.047                           | 468,9                  | 187,6                            | 99,4  | 96,7             | 102,1            |
| <b>SICILIA</b>  | 8998                            | 371,1                  | 260,2                            |       |                  |                  | 10869                           | 419,5                  | 190                              |       |                  |                  |

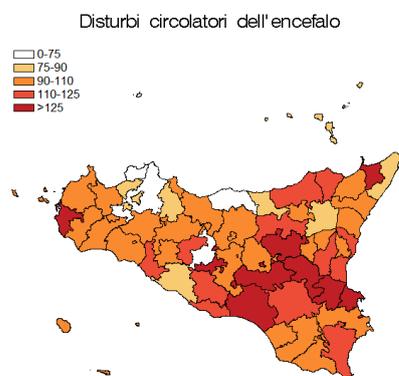
### Mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo

L'eccesso di mortalità per malattie circolatorie è sostenuto in particolare dalle malattie cerebrovascolari con una media annua di oltre 7000 decessi. Nel periodo 2004-2008 si evidenziano valori di mortalità più elevati nella provincia di Siracusa ed Enna (in entrambi i sessi).



Fonte: ReNCaM 2004-2008

Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Uomini



Fonte: ReNCaM 2004-2008

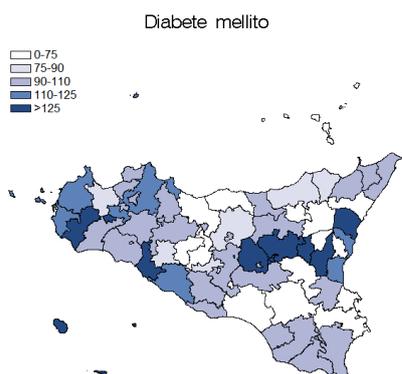
Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Donne

| Disturbi circolatori dell'encefalo, anni 2004-2008 |                                 |                        |                                  |       |                  |                  |                                 |                        |                                  |       |                  |                  |
|--|---------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------|------------------|------------------|---------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------|------------------|------------------|
|  | Uomini                          |                        |                                  |       |                  |                  | Donne                           |                        |                                  |       |                  |                  |
|  | Numero medio annuale di decessi | Tasso grezzo x 100.000 | Tasso standardizzato per 100.000 | SMR   | Limite inferiore | Limite superiore | Numero medio annuale di decessi | Tasso grezzo x 100.000 | Tasso standardizzato per 100.000 | SMR   | Limite inferiore | Limite superiore |
| <b>Agrigento</b>                                   | 287                             | 130,1                  | 82                               | 100,1 | 95               | 105,5            | 386                             | 163,7                  | 71,6                             | 103   | 98,5             | 107,7            |
| <b>Caltanissetta</b>                               | 177                             | 133,8                  | 90,5                             | 112,4 | 105,1            | 120,1            | 233                             | 163,8                  | 78,1                             | 111,4 | 105,1            | 117,9            |
| <b>Catania</b>                                     | 606                             | 116,6                  | 89                               | 109,8 | 105,9            | 113,7            | 868                             | 156,2                  | 77,8                             | 111,8 | 108,5            | 115,1            |
| <b>Enna</b>  | 134                             | 160,5                  | 96,5                             | 116,4 | 107,7            | 125,5            | 189                             | 208,4                  | 87,4                             | 124,8 | 116,9            | 133              |
| <b>Messina</b>                                     | 408                             | 129,4                  | 78,9                             | 95,1  | 91               | 99,3             | 642                             | 188,2                  | 69,1                             | 97,1  | 93,7             | 100,5            |
| <b>Palermo</b>                                     | 538                             | 90                     | 65                               | 79,4  | 76,4             | 82,4             | 748                             | 116,4                  | 54,7                             | 76,4  | 74               | 78,9             |
| <b>Ragusa</b>                                      | 188                             | 124                    | 81,6                             | 99,3  | 93               | 105,8            | 258                             | 164,5                  | 71,4                             | 103   | 97,4             | 108,7            |
| <b>Siracusa</b>                                    | 277                             | 141,8                  | 99,6                             | 123,9 | 117,4            | 130,6            | 353                             | 173,4                  | 80,7                             | 116,1 | 110,7            | 121,6            |
| <b>Trapani</b>                                     | 298                             | 141,8                  | 86,4                             | 105,8 | 100,5            | 111,3            | 429                             | 192,2                  | 75,1                             | 107,7 | 103,2            | 112,3            |
| <b>SICILIA</b>                                     | 2911                            | 120,1                  | 81,7                             |       |                  |                  | 4104                            | 158,4                  | 70,2                             |       |                  |                  |

### Diabete

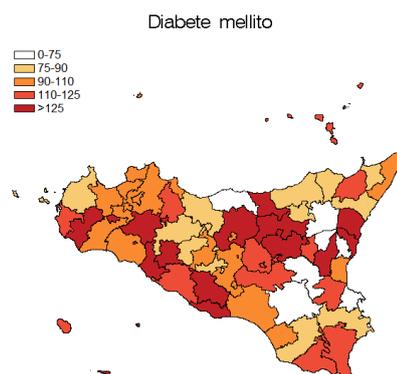
In Sicilia l'Indagine Multiscopo ISTAT 2005 stima che la prevalenza del diabete noto sia circa il 5,8% , secondo valore più alto tra le Regioni Italiane dopo la Calabria e la mortalità per tale causa è negli ultimi anni tra le più alte del Paese in entrambi i sessi con oltre 2000 decessi l'anno.

I dati di mortalità del periodo 2004-2008 depongono per un maggior interessamento della parte occidentale dell'isola con valori significativamente in eccesso nelle province di Enna e Trapani negli uomini ed in quelle di Enna e Agrigento nelle donne.



Fonte: ReNCaM 2004-2008

Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Uomini



Fonte: ReNCaM 2004-2008

Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Donne

| Mortalità per diabete mellito, anni 2004-2008 |                                 |                        |                                  |       |                  |                  |                                 |                        |                                  |       |                  |                  |
|---|---------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------|------------------|------------------|---------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------|------------------|------------------|
|   | Uomini                          |                        |                                  |       |                  |                  | Donne                           |                        |                                  |       |                  |                  |
|   | Numero medio annuale di decessi | Tasso grezzo x 100.000 | Tasso standardizzato per 100.000 | SMR   | Limite inferiore | Limite superiore | Numero medio annuale di decessi | Tasso grezzo x 100.000 | Tasso standardizzato per 100.000 | SMR   | Limite inferiore | Limite superiore |
| <b>Agrigento</b>                              | 101                             | 45,8                   | 30,1                             | 106,4 | 97,3             | 116,1            | 153                             | 64,8                   | 30,8                             | 120,7 | 112,3            | 129,6            |
| <b>Caltanissetta</b>                          | 44                              | 33,2                   | 24                               | 82,6  | 72,1             | 94,3             | 72                              | 50,5                   | 25,7                             | 100,7 | 90,6             | 111,7            |
| <b>Catania</b>                                | 188                             | 36,2                   | 27,1                             | 100   | 93,7             | 106,6            | 246                             | 44,3                   | 23,8                             | 93,4  | 88,2             | 98,8             |
| <b>Enna</b>                                   | 47                              | 55,6                   | 34,2                             | 122,3 | 107,1            | 139,1            | 67                              | 74,2                   | 33,4                             | 131,6 | 117,9            | 146,5            |
| <b>Messina</b>                                | 129                             | 40,8                   | 25,7                             | 91,3  | 84,4             | 98,7             | 203                             | 59,6                   | 24,2                             | 95,1  | 89,4             | 101,2            |
| <b>Palermo</b>                                | 236                             | 39,6                   | 29,2                             | 104,1 | 98,3             | 110,2            | 318                             | 49,5                   | 25,1                             | 97,9  | 93,1             | 102,8            |
| <b>Ragusa</b>                                 | 64                              | 42,4                   | 27,8                             | 103   | 92               | 114,9            | 83                              | 53                     | 24,6                             | 99,7  | 90,4             | 109,8            |
| <b>Siracusa</b>                               | 61                              | 31,4                   | 22,4                             | 81    | 72,2             | 90,6             | 91                              | 44,8                   | 23,1                             | 89,4  | 81,4             | 98               |
| <b>Trapani</b>                                | 102                             | 48,7                   | 31,2                             | 110,8 | 101,4            | 120,8            | 133                             | 59,4                   | 26                               | 102,2 | 94,6             | 110,3            |
| <b>SICILIA</b>                                | 972                             | 40,1                   | 27,8                             |       |                  |                  | 1366                            | 52,7                   | 25,5                             |       |                  |                  |

Fonte: ReNCaM 2004-2008

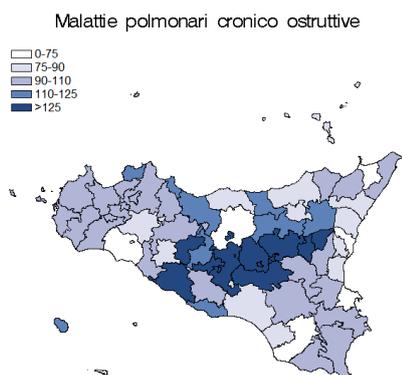
Una indagine condotta dal Dipartimento ASOE di questo Assessorato ha stimato il numero di diabetici nell'Isola a partire da dati correnti mediante il metodo "Cattura-Ricattura", che permette di stimare le dimensioni di una popolazione avendo a disposizione solo liste non esaustive; prevede l'utilizzo di due o più tipi di liste incomplete, indipendenti tra loro e con possibile sovrapposizione, relative ad una popolazione chiusa. Vengono considerate poi l'ampiezza delle liste e della loro sovrapposizione per stimare la quota di popolazione non presente in nessuna delle liste.

In questo caso sono state utilizzate le liste derivanti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) con un codice ICD9-CM 250 (diabete) su una qualsiasi delle diagnosi e dalle prestazioni specialistiche ambulatoriali con codice di esenzione ticket per diabete (Cod. 013), entrambe relative al 2008. Ne risulta un numero di 449.859 (95% C.I. 442.257 – 457.640) soggetti con diabete, per una prevalenza stimata dell'89,4/1000.

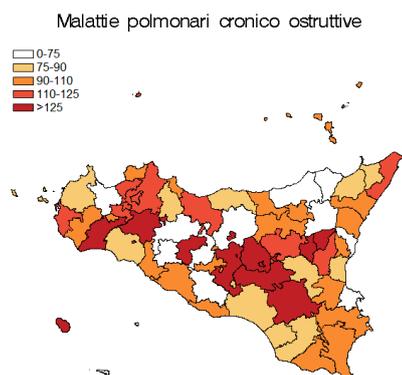
La corretta gestione delle complicanze contribuisce alla riduzione della mortalità ma in Sicilia l'aderenza alle linee guida per il controllo della malattia è da migliorare sensibilmente a livello territoriale (fonte: studio QUADRI (Qualità dell'assistenza nelle regioni Italiane); ISS, 2005). La gestione integrata e territoriale della malattia (disease management) è una condizione fondamentale per tradurre i progressi clinici e farmacologici in una reale prevenzione delle complicanze e in un miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete.

#### La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

La mortalità per malattie respiratorie risulta in eccesso a livello regionale. In particolare per BPCO si registrano oltre 1400 decessi annui, nel periodo 2004-2008, con prevalente interessamento del genere maschile anche in termini di mortalità prematura.



Fonte: ReNCaM 2004-2008  
 Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Uomini



Fonte: ReNCaM 2004-2008  
 Distribuzione SMR per distretto (aa 2004-2008) Donne

| Mortalità per malattie polmonari cronico ostruttive, anni 2004-2008 |                                 |                        |                                  |       |                  |                  |                                 |                        |                                  |       |                  |                  |  |
|---|---------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------|------------------|------------------|---------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------|------------------|------------------|--|
|   | Uomini                          |                        |                                  |       |                  |                  | Donne                           |                        |                                  |       |                  |                  |  |
|   | Numero medio annuale di decessi | Tasso grezzo x 100.000 | Tasso standardizzato per 100.000 | SMR   | Limite inferiore | Limite superiore | Numero medio annuale di decessi | Tasso grezzo x 100.000 | Tasso standardizzato per 100.000 | SMR   | Limite inferiore | Limite superiore |  |
| <b>Agrigento</b>  | 109                             | 49,3                   | 30,3                             | 109,5 | 100,5            | 119,1            | 37                              | 15,8                   | 7,3                              | 88,6  | 76,3             | 102,3            |  |
| <b>Caltanissetta</b>  | 79                              | 59,9                   | 38,8                             | 144,7 | 130,8            | 159,7            | 24                              | 17,2                   | 8,7                              | 103,6 | 86,1             | 123,7            |  |
| <b>Catania</b>  | 170                             | 32,8                   | 24,6                             | 89,1  | 83,2             | 95,3             | 85                              | 15,4                   | 8,1                              | 97,8  | 88,8             | 107,6            |  |
| <b>Enna</b>   | 64                              | 76,7                   | 44,6                             | 160,4 | 143,3            | 178,9            | 23                              | 25,6                   | 11                               | 136,9 | 113,1            | 164,2            |  |
| <b>Messina</b>  | 131                             | 41,6                   | 24,5                             | 88,6  | 81,9             | 95,6             | 71                              | 20,7                   | 8                                | 96,9  | 87               | 107,5            |  |
| <b>Palermo</b>  | 232                             | 38,9                   | 27,4                             | 99,4  | 93,7             | 105,3            | 117                             | 18,1                   | 8,7                              | 106,7 | 98,2             | 115,8            |  |
| <b>Ragusa</b>   | 54                              | 35,9                   | 23                               | 83,3  | 73,7             | 93,8             | 26                              | 16,6                   | 7,4                              | 93,1  | 77,8             | 110,6            |  |
| <b>Siracusa</b>   | 72                              | 36,8                   | 25,7                             | 92,9  | 83,5             | 103              | 31                              | 15,2                   | 7,4                              | 91    | 77,2             | 106,5            |  |
| <b>Trapani</b>  | 95                              | 45                     | 27,6                             | 97,5  | 88,9             | 106,7            | 44                              | 19,5                   | 7,8                              | 98,8  | 86,1             | 112,8            |  |
| <b>SICILIA</b>  | 1007                            | 41,5                   | 27,7                             |       |                  |                  | 458                             | 17,7                   | 8,2                              |       |                  |                  |  |

Fonte: ReNCaM 2004-2008

I dati di mortalità del periodo 2004-2008 depongono per un maggior interessamento della parte centrale dell'Isola con valori significativamente in eccesso nella provincia di Enna in entrambi i sessi.

In generale pertanto in merito alla mortalità in Sicilia si evidenzia quanto segue :

- La mortalità infantile, indicatore sintetico dello stato socio-sanitario di comunità, si mantiene tra le più elevate del Paese, anche se in progressiva riduzione.
- La mortalità generale, come esito sfavorevole di salute, è al di sopra di quella nazionale (in particolare nelle donne).
- Il peso di alcune condizioni croniche come le malattie circolatorie (in particolare cerebrovascolari), diabete e broncopatie croniche è particolarmente rilevante in Sicilia e potenzialmente destinato ad un progressivo incremento in relazione all'invecchiamento della popolazione.
- Oltre agli interventi relativi al contrasto dei principali fattori di rischio occorre predisporre adeguate strategie assistenziali sul territorio per la riduzione del carico di mortalità oggi fortemente in eccesso.

### 1.2.2 Ricoveri

L'Atlante Sanitario della Sicilia fornisce un'analisi aggiornata degli indicatori di domanda di assistenza sul territorio regionale da parte della popolazione attraverso i dati del ricorso alle strutture ospedaliere derivati dalla fonte delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), ed è uno strumento che offre informazioni aggiuntive sulla distribuzione di alcuni indicatori di salute e sul carico delle principali patologie nel territorio siciliano.

Viene descritta la frequenza di ospedalizzazione per diagnosi specifiche nell'intera popolazione siciliana ed a livello di ciascuna provincia e distretto sanitario nel periodo di riferimento 2003-2008.

Naturalmente occorre tenere presente che non sempre è possibile ricavare una diretta corrispondenza tra ricorso alle strutture di ricovero e frequenza delle singole malattie, in quanto occorre considerare in primo luogo la struttura dell'offerta sanitaria, ospedaliera e non ospedaliera presente su un dato territorio, in termini di consistenza, qualità ed organizzazione dei servizi disponibili, la propensione al ricovero di una data popolazione e la gravità della malattia.

In ogni caso, si può convenire che la conoscenza dei tassi di ospedalizzazione per causa può fornire indicazioni indirette di valore pragmatico sulla frequenza delle malattie nelle diverse aree geografiche e su risorse e costi sostenuti dal SSN in relazione ai ricoveri ospedalieri.

Ogni anno in media l'11% dei siciliani necessitano di trattamento in regime di ricovero ordinario. Sulla base dei dati ricavati nell'arco del periodo in esame (sei anni dal 2003 al 2008) sono oltre 570000 infatti (306000 donne) i residenti nell'isola dimessi da reparti di cura pubblici o privati in tutto il Paese.

I ricoveri in regime ordinario per acuti registrati ogni anno in media sono stati oltre 780000, più della metà dei quali (404262) nelle donne.

Tale dato indica che alcuni soggetti hanno avuto nell'anno più di un ricovero per la stessa patologia (1,4 negli uomini e 1,3 nelle donne).

#### Ospedalizzazione per causa 2003-2008 (uomini)

| Cause di ricovero  | Num. medio annuale di dimissioni | % dimissioni sul totale | durata media delle degenza | Tasso grezzo di ospedalizzazione per 1.000 | Tasso Standardizzato di ospedalizzazione 2003-2008 | I.C. 95% inf. | I.C. 95% sup. | Tasso standardizzato x1000 per periodo di calendario |           |           | % ricoveri fuori ASL | % ricoveri fuori Regione | DH numero medio di accessi per ricovero | % DH su ricoveri Tot. |
|--|----------------------------------|-------------------------|----------------------------|--|--|---------------|---------------|--|-----------|-----------|----------------------|--------------------------|---|-----------------------|
|  |                                  |                         |                            |  |  |               |               | 2003-2004  | 2005-2006 | 2007-2008 |                      |                          |   |                       |
| Malattie infettive e parassitarie                        | 7783                             | 2,1                     | 6,1                        | 3,2  | 3,7  | 3,6           | 3,7           | 4,3  | 3,7       | 3,0       | 9,0                  | 4,3                      | 3,5                                     | 50,5                  |
| Tumori maligni   | 24370                            | 6,4                     | 8,7                        | 10,1                                       | 8,2  | 8,1           | 8,2           | 8,6  | 8,1       | 7,9       | 19,2                 | 12,5                     | 3,9                                     | 31,7                  |
| Malattie gh. endocrine, nutrizionali, metaboliche e imm. | 10150                            | 2,7                     | 5,7                        | 4,2  | 4,3  | 4,3           | 4,3           | 3,9  | 4,4       | 4,6       | 11,1                 | 6,4                      | 2,3                                     | 53,2                  |
| Malattie del sangue e degli organi emopoietici           | 3305                             | 0,9                     | 6,8                        | 1,4  | 1,2  | 1,2           | 1,3           | 1,3  | 1,3       | 1,2       | 12,0                 | 4,1                      | 7,4                                     | 56,2                  |
| Disturbi psichici  | 11625                            | 3,1                     | 9,1                        | 4,8  | 4,7  | 4,7           | 4,7           | 5,2  | 4,7       | 4,2       | 13,3                 | 5,1                      | 5,7                                     | 29,9                  |
| Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi         | 14818                            | 3,9                     | 4,9                        | 6,1  | 5,7  | 5,6           | 5,7           | 7,1  | 5,5       | 4,5       | 17,3                 | 15,1                     | 1,9                                     | 69,6                  |
| Malattie del sistema circolatorio                        | 68528                            | 18,1                    | 6,4                        | 28,3                                       | 23,0   | 22,9          | 23,1          | 24,8   | 23,2      | 21,0      | 13,3                 | 4,3                      | 2,7                                     | 23,6                  |
| Malattie dell'apparato respiratorio                      | 35707                            | 9,4                     | 6,5                        | 14,7                                       | 14,8   | 14,7          | 14,9          | 16,9   | 14,8      | 12,7      | 7,8                  | 3,6                      | 2,3                                     | 25,8                  |
| Malattie dell'apparato digerente                         | 40527                            | 10,7                    | 5,7                        | 16,7                                       | 15,5   | 15,4          | 15,6          | 18,1   | 15,4      | 13,0      | 9,4                  | 4,1                      | 2,1                                     | 37,6                  |
| Malattie dell'apparato genitourinario                    | 1297                             | 0,3                     | 7,2                        | 0,6  | 0,6  | 0,5           | 0,6           | 0,6  | 0,6       | 0,5       | 4,9                  | 2,5                      | 2,3                                     | 5,4                   |
| Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo          | 4211                             | 1,1                     | 7,2                        | 1,7  | 1,4  | 1,3           | 1,4           | 1,5  | 1,3       | 1,3       | 13,9                 | 4,6                      | 5,2                                     | 43,3                  |
| Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo     | 16465                            | 4,3                     | 5,9                        | 6,8  | 6,4  | 6,3           | 6,4           | 7,3  | 6,4       | 5,4       | 19,7                 | 20,4                     | 2,0                                     | 38,1                  |
| Malformazioni congenite                                  | 4409                             | 1,2                     | 5,3                        | 1,8  | 2,2  | 2,2           | 2,3           | 2,4  | 2,3       | 2,0       | 22,4                 | 21,2                     | 1,9                                     | 41,5                  |
| Sintomi e Segni Mal Definiti                             | 20582                            | 5,4                     | 4,3                        | 8,5  | 8,5  | 8,4           | 8,5           | 9,0  | 8,7       | 7,8       | 9,2                  | 3,5                      | 1,9                                     | 33,4                  |
| Traumatismi ed avvelenamenti                             | 36877                            | 9,7                     | 5,4                        | 15,2                                       | 15,0   | 14,9          | 15,0          | 17,4   | 14,7      | 12,8      | 9,6                  | 4,7                      | 2,1                                     | 22,1                  |
| Ricoveri LEA   | 61606                            | 16,3                    | 4,0                        | 25,4                                       | 24,6   | 24,5          | 24,6          | 29,7   | 25,6      | 18,5      | 11,3                 | 4,8                      | 2,2                                     | 58,0                  |

#### Ospedalizzazione per causa 2003-2008 (donne)

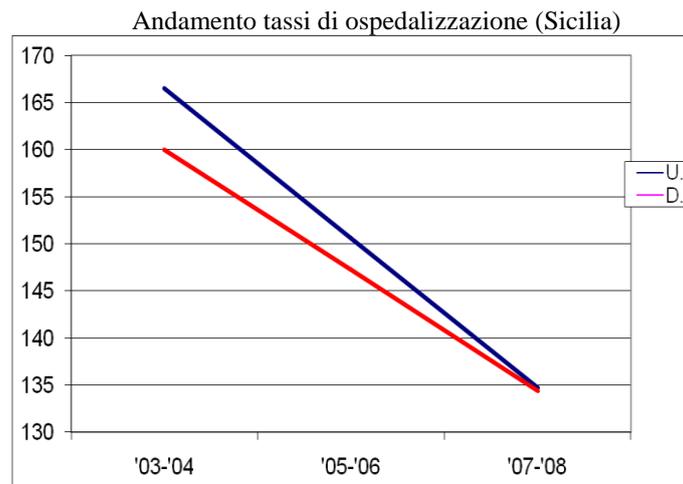
| Cause di ricovero   | Num. medio annuale di dimissioni | % dimissioni sul totale | durata media delle degenza | Tasso grezzo di ospedalizzazione per 1.000 | Tasso Standardizzato di ospedalizzazione 2003-2008 | I.C. 95% inf. | I.C. 95% sup. | Tasso standardizzato x1000 per periodo di calendario |              |              | % ricoveri fuori ASL | % ricoveri fuori Regione | DH numero medio di accessi per ricovero | % DH su ricoveri Tot. |
|---|----------------------------------|-------------------------|----------------------------|--|--|---------------|---------------|--|--------------|--------------|----------------------|--------------------------|---|-----------------------|
|   |                                  |                         |                            |  |  |               |               | 2003-2004  | 2005-2006    | 2007-2008    |                      |                          |   |                       |
| Malattie infettive e parassitarie                         | 6176                             | 1,5                     | 5,9                        | 2,4  | 2,9  | 2,9           | 2,9           | 3,3  | 2,9          | 2,4          | 8,0                  | 3,6                      | 3,1                                     | 49,1                  |
| Tumori maligni  | 19025                            | 4,7                     | 8,4                        | 7,4  | 5,8  | 5,7           | 5,8           | 5,9  | 5,7          | 5,6          | 21,2                 | 11,7                     | 4,0                                     | 30,8                  |
| Malattie gh. endocrine, nutrizionali, metaboliche e imm.  | 15183                            | 3,8                     | 5,8                        | 5,9  | 5,6  | 5,6           | 5,7           | 5,6  | 5,8          | 5,5          | 13,8                 | 6,6                      | 2,2                                     | 54,8                  |
| Malattie del sangue e degli organi emopoietici            | 4001                             | 1,0                     | 7,0                        | 1,5  | 1,3  | 1,2           | 1,3           | 1,3  | 1,3          | 1,1          | 10,4                 | 4,0                      | 8,0                                     | 60,0                  |
| Disturbi psichici   | 10506                            | 2,6                     | 10,2                       | 4,1  | 3,9  | 3,8           | 3,9           | 4,2  | 3,9          | 3,5          | 12,0                 | 3,9                      | 4,6                                     | 33,1                  |
| Malattie del sistema nervoso ed organi dei sensi          | 15164                            | 3,8                     | 4,9                        | 5,9  | 5,2  | 5,1           | 5,2           | 6,4  | 5,0          | 4,1          | 16,6                 | 13,5                     | 1,9                                     | 73,8                  |
| Malattie del sistema circolatorio                         | 53054                            | 13,1                    | 7,0                        | 20,5                                       | 13,2   | 13,2          | 13,3          | 14,5   | 13,5         | 11,7         | 9,8                  | 3,2                      | 2,5                                     | 24,4                  |
| Malattie dell'apparato respiratorio                       | 24009                            | 5,9                     | 6,6                        | 9,3  | 9,7  | 9,6           | 9,7           | 11,0   | 9,6          | 8,3          | 7,4                  | 3,4                      | 2,2                                     | 28,6                  |
| Malattie dell'apparato digerente                          | 36025                            | 8,9                     | 6,2                        | 13,9                                       | 12,4   | 12,3          | 12,4          | 14,0   | 12,3         | 10,7         | 9,1                  | 3,8                      | 2,1                                     | 35,9                  |
| Malattie dell'apparato genitourinario                     | 25911                            | 6,4                     | 4,8                        | 10,0                                       | 9,1  | 9,1           | 9,2           | 10,4   | 8,9          | 8,1          | 12,9                 | 5,1                      | 2,0                                     | 54,0                  |
| Complicazioni della gravidanza, del Parto e del Puerperio | 67784                            | 16,8                    | 3,9                        | 26,2                                       | 26,6   | 26,5          | 26,7          | 27,8   | 26,4         | 25,4         | 7,4                  | 1,4                      | 2,0                                     | 21,2                  |
| Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo           | 3939                             | 1                       | 6                          | 2  | 1  | 1             | 1             | 2  | 1            | 1            | 11                   | 9                        | 3                                       | 72                    |
| Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo      | 18458                            | 4,6                     | 6,6                        | 7,1  | 6,2  | 6,1           | 6,2           | 6,9  | 6,2          | 5,4          | 20,2                 | 19,2                     | 2,5                                     | 41,7                  |
| Malformazioni congenite                                   | 3110                             | 0,8                     | 5,7                        | 1,2  | 1,5  | 1,5           | 1,6           | 1,7  | 1,5          | 1,4          | 22,0                 | 23,5                     | 1,8                                     | 45,3                  |
| Sintomi e Segni Mal Definiti                              | 17542                            | 4,3                     | 4,5                        | 6,8  | 6,7  | 6,7           | 6,8           | 7,1  | 6,8          | 6,3          | 8,5                  | 3,1                      | 2,0                                     | 36,8                  |
| Traumatismi ed avvelenamenti                              | 28148                            | 7,0                     | 6,6                        | 10,9                                       | 8,9  | 8,9           | 9,0           | 10,2   | 8,9          | 7,7          | 8,6                  | 3,6                      | 2,1                                     | 20,2                  |
| Ricoveri LEA  | 60557                            | 15,0                    | 4,5                        | 23,4                                       | 21,6   | 21,5          | 21,7          | 26,7   | 22,3         | 15,8         | 11,1                 | 4,5                      | 2,2                                     | 64,4                  |
| <b>TUTTE LE CAUSE</b>                                     | <b>404262</b>                    | <b>100</b>              | <b>5,7</b>                 | <b>156,2</b>                               | <b>147,2</b>                                       | <b>147</b>    | <b>147,4</b>  | <b>160</b>   | <b>147,3</b> | <b>134,4</b> | <b>11,6</b>          | <b>5,2</b>               | <b>2,6</b>                              | <b>40,1</b>           |

Complessivamente i ricoveri avvenuti in Sicilia in sei anni sono stati oltre 7 milioni e seicentomila (tra questi oltre 160000 sono di residenti di altre regioni che hanno richiesto assistenza nelle strutture dell'Isola). Tuttavia l'analisi tiene conto dei soli residenti nella regione anche se sono stati ricoverati fuori dal territorio regionale.

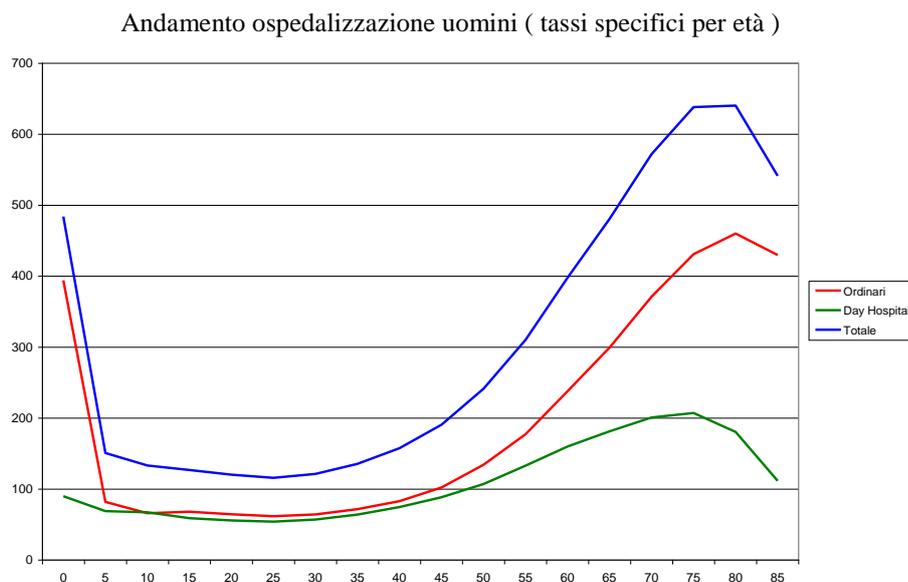
La maggiore frequenza di donne ricoverate è attribuibile in parte alla diversa composizione per fascia d'età nei due sessi nella popolazione, con una proporzione di popolazione femminile superiore nella età avanzata, in cui è più alta la richiesta di prestazioni in regime di ricovero, a seguito della maggiore aspettativa di vita nelle donne, ed in parte ad un maggiore ricorso alle cure ospedaliere nelle fasce d'età intermedie per condizioni legate alla gravidanza.

Rapportati alla popolazione residente i tassi standardizzati (che tengono conto della diversa composizione per fasce d'età e per sesso) sono simili, seppure con una residua prevalenza del sesso femminile.

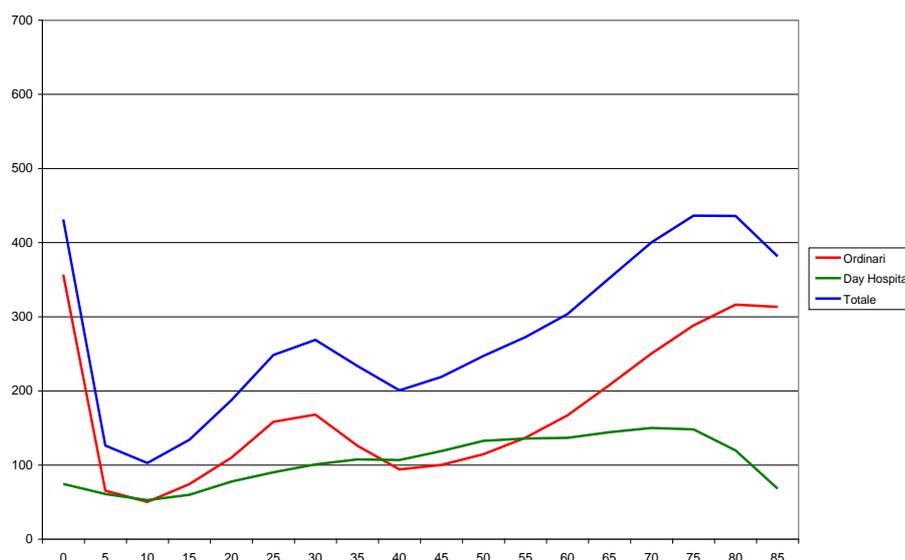
Negli ultimi anni si è assistito ad un sensibile calo dei tassi di ospedalizzazione in regime ordinario. Il trend si delinea passando dal biennio iniziale di osservazione (2003-2004) a quello finale (2007-2008) con una riduzione di un quinto negli uomini e di oltre il 16% nelle donne (si è passati da 166 a 134 ogni mille abitanti negli uomini e da 160 a 134 nelle donne).



Le fasce d'età in cui si registra il picco della prestazioni in regime di ricovero sono i primi cinque anni di vita e la sesta e settima decade e, solo nelle donne, tra i 20 ed i 40 anni in relazione all'evento parto.



### Andamento ospedalizzazione donne (tassi specifici per età)

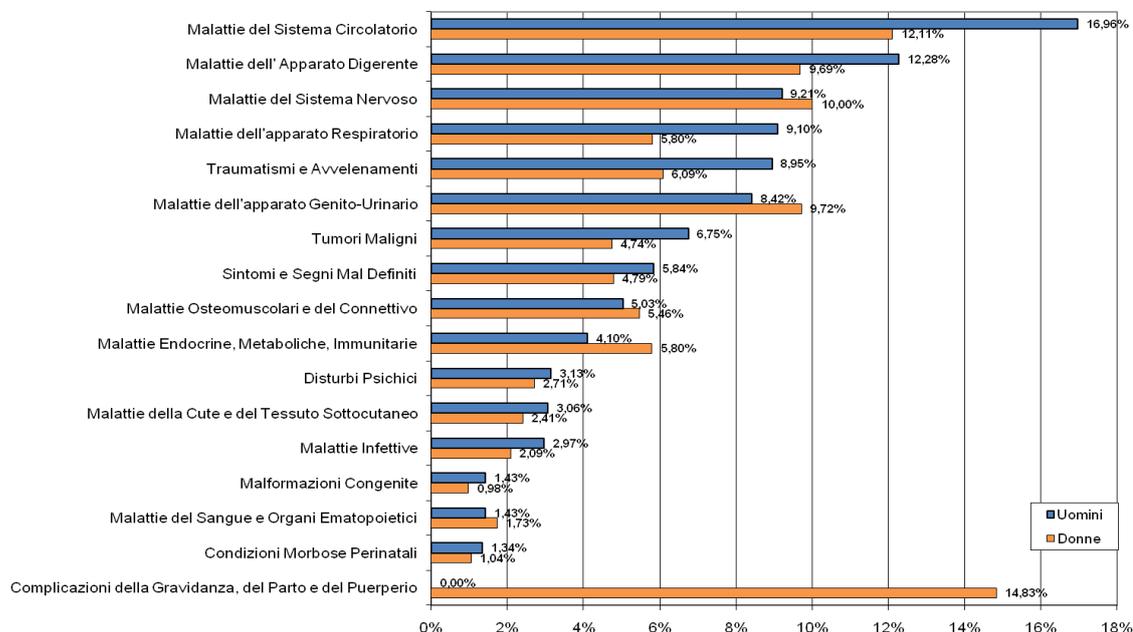


Tra le cause principali di ricovero negli uomini le malattie circolatorie (17%) seguite da quelle dell'apparato digerente (12%) e del sistema nervoso (9%).

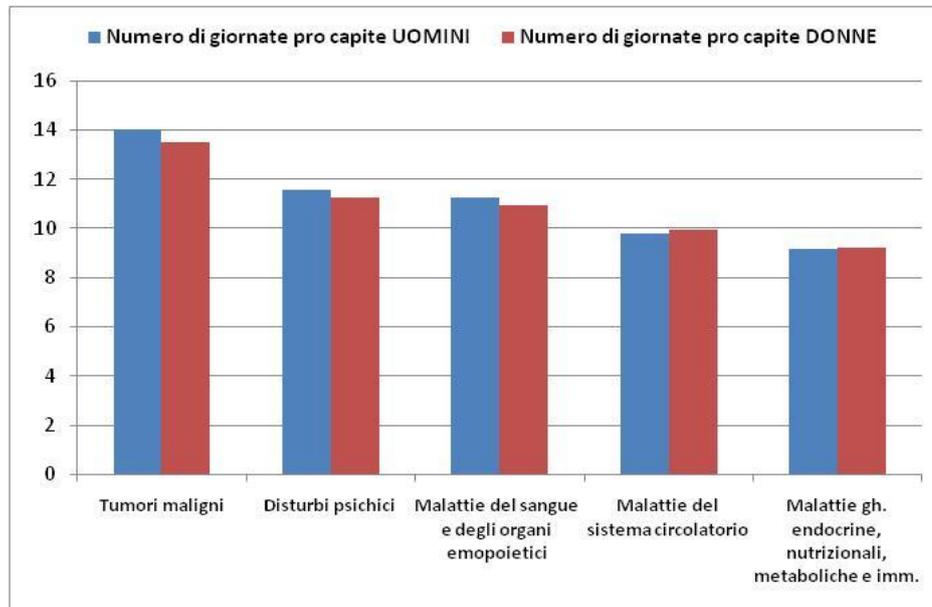
Nelle donne il profilo assistenziale si modifica leggermente in quanto oltre alle condizioni correlate alla gravidanza (14%) che si connotano come motivo principale di richiesta di assistenza e ad alle cause già evidenziate negli uomini, assumono un certo rilievo le malattie dell'apparato urinario (10%). Altro elemento caratterizzante è il minor ruolo svolto dalle cause accidentali (6%) rispetto al sesso maschile.

Tale distribuzione naturalmente varia nelle diverse fasi della vita: nei bambini ed in età giovanile le prime cause di ricovero sono le malattie respiratorie e i traumi mentre negli anziani quasi un ricovero su tre è per disturbi circolatori.

### Distribuzione proporzionale cause di ricovero



In media ciascuno dei siciliani ricoverati ogni anno ha trascorso in ospedale circa 8,2 giorni se uomo e 7,5 se donna; in termini di impegno assistenziale per il sistema sanitario e di giornate di ricovero necessarie per il trattamento sono certamente le cause oncologiche che spiccano al primo posto dal momento che ciascun paziente ricoverato per tali patologie trascorre in media 14 giorni l'anno in ospedale con punte di circa 20 giorni per leucemie e linfomi.



Le differenze socio economiche costituiscono uno dei più potenti determinanti degli esiti di salute e dell'accesso alle cure anche in Sicilia.

Le persone con basso livello di istruzione, occupazione e/o reddito tendono a manifestare sistematicamente tassi di ospedalizzazione più elevati del resto della popolazione ed il rischio di ospedalizzazione è significativamente più alto (+12%) nelle classi più svantaggiate rispetto agli strati sociali più elevati. Tali differenze sono più accentuate per particolari categorie diagnostiche, con rischi superiori rispettivamente per uomini e donne tra il 20 e il 28 % per sindromi coronariche acute, tra il 45 ed il 49% per broncopatie croniche ostruttive, tra il 59 e il 76% per diabete. Anche il rischio di ricovero per gravidanze complicate è superiore del 25% nel livello socio economico basso.

Le variazioni sociali nella salute nascono da meccanismi noti e contrastabili (accesso alla conoscenza, diversa esposizione ai F.R. comportamentali, maggiore probabilità di trattamenti inappropriati, diseguità nell'accesso tempestivo a trattamenti efficaci e sicuri) e sono potenzialmente risolvibili con adeguate politiche intersettoriali.

### 1.2.3 Tumori

L'epidemiologia dei tumori nel Paese è attraversata da importanti fenomeni che offrono spunti di politica sanitaria; infatti in Italia:

- i dati di *mortalità*, per l'insieme delle sedi, mostrano negli ultimi anni una riduzione meno marcata nel meridione rispetto alle aree del Centro-Nord del Paese;
- i dati d'*incidenza* mostrano un trend in aumento del rischio oncologico nel Sud (che storicamente presentava livelli più bassi) con tendenziale avvicinamento a quello del Nord;
- l'aumento costante della *sopravvivenza* evidenzia ancora un accentuato svantaggio nelle regioni del Sud;
- il numero dei casi prevalenti sta progressivamente aumentando sia per l'aumento della speranza di vita alla nascita, con il conseguente aumento del numero di nuovi casi tra gli anziani, sia per la migliore sopravvivenza. Un grande numero di persone con storia oncologica contribuisce quindi all'aumento della domanda sanitaria.

#### Mortalità

Le patologie tumorali, seconda causa di morte anche in Sicilia con un numero medio annuale di 11 mila decessi nel periodo 2004-2008, costituiscono un problema rilevante di salute pubblica in Sicilia specie per le categorie diagnostiche prevenibili con efficaci programmi di diagnosi precoce.

Le cause principali di mortalità tumorale sono rappresentate nell'uomo dal tumore della trachea, bronchi e polmoni (che rappresenta oltre ¼ dei decessi per neoplasia nei maschi) e nella donna dal tumore della mammella. Ai primi posti in entrambi i sessi si evidenziano i tumori del colon retto, del fegato e nell'uomo della prostata.

Il trend degli ultimi anni non esprime ancora l'evidente declino già evidenziatosi in altre aree del centro-nord.

### Mortalità proporzionale per tumori (Sicilia, tutte le età)

| Uomini  | Numero di decessi | Mortalità proporzionale % | Donne   | Numero di decessi | Mortalità proporzionale % |
|---|-------------------|---------------------------|---|-------------------|---------------------------|
| T.M. Trachea, bronchi,polmoni                     | 1818              | 27,2                      | T.M. Mammella (femmine)                           | 860               | 17,9                      |
| T.M. Colon Retto                                  | 738               | 11,0                      | T.M. Colon Retto                                  | 655               | 13,6                      |
| T.M. Prostata                                     | 702               | 10,5                      | T.M. Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici | 470               | 9,8                       |
| T.M. Fegato e dotti biliari intra ed extraepatici | 581               | 8,7                       | T.M. Trachea, bronchi,polmoni                     | 405               | 8,4                       |
| T.M. Vescica                                      | 404               | 6,0                       | T.M. Pancreas                                     | 316               | 6,6                       |
| T.M. Stomaco                                      | 369               | 5,5                       | T.M. Utero  | 270               | 5,6                       |
| T.M. Pancreas                                     | 315               | 4,7                       | T.M. Stomaco                                      | 257               | 5,3                       |
| Leucemie specificate e non                        | 277               | 4,1                       | T.M. Ovaio  | 217               | 4,5                       |
| T.M. Sistema Nervoso Centrale                     | 240               | 3,6                       | Tumori maligni dell'utero sede non specificata    | 213               | 4,4                       |
| Linfomi non Hodgkin                               | 159               | 2,4                       | Leucemie specificate e non                        | 210               | 4,4                       |
| <b>TUMORI MALIGNI</b>                             | 6691              | 100,0                     | <b>TUMORI MALIGNI</b>                             | 4809              | 100,0                     |

Elaborazione DASOE su dati ReNCaM aa 2004-2008

#### Incidenza

In generale il rischio oncologico in Sicilia (e nelle regioni del sud) è stato fino ad ora più basso che nel resto del Paese ma le stime di incidenza degli anni recenti mostrano che le differenze vanno gradatamente riducendosi.

Nell'ultimo decennio, riguardo agli uomini, in Sicilia si evidenzia un graduale incremento di incidenza in entrambi i sessi (a fronte di un calo nelle regioni del Nord negli uomini).

#### Tasso medio di incidenza per tumori ed alcune specifiche sedi per classe di età 0-84 anni, per sesso (confronto Sicilia/Meridione/Italia anni 1995-2000;2001-2006) (tassi standardizzati/100.000 ab.)

|                                       |         | Uomini    |           | Donne     |           | Totale    |           |
|---------------------------------------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                                       |         | 1995-2000 | 2001-2006 | 1995-2000 | 2001-2006 | 1995-2000 | 2001-2006 |
| Tutti i tumori (ICD-9 140-208 )       | Sicilia | 280,3     | 286,2     | 189,9     | 191       | 229,5     | 232,9     |
|                                       | Sud     | 321,6     | 319,7     | 208,5     | 218,4     | 253,9     | 262,7     |
|                                       | Italia  | 373,4     | 353,5     | 261       | 269       | 308,4     | 304,5     |
| Tumore Mammella (ICD 9 175)           | Sicilia |           |           | 93,5      | 99,8      |           |           |
|                                       | Sud     |           |           | 68,9      | 76,4      |           |           |
|                                       | Italia  |           |           | 91,1      | 92,6      |           |           |
| Tumore colon retto (ICD-9 153-4, 159) | Sicilia | 39,9      | 45,8      | 27,2      | 27,8      | 32,8      | 35,7      |
|                                       | Sud     | 43,6      | 50,6      | 26,9      | 27,1      | 34,3      | 37,6      |
|                                       | Italia  | 60,2      | 65,7      | 37,5      | 37,9      | 47,4      | 50,2      |
| Tumore del polmone                    | Sicilia | 65,9      | 63,1      | 10,0      | 10,3      | 35,3      | 34,3      |
|                                       | Sud     | 73,9      | 68,6      | 9,5       | 10,1      | 38,6      | 36,7      |
|                                       | Italia  | 82,9      | 71,8      | 13,3      | 14,0      | 44,4      | 40,0      |

Da Rapporto Osservasalute 2006 – Modificata; (fonte dei dati : I tumori in Italia ([www.tumori.net](http://www.tumori.net)) anno 2006)

#### Sopravvivenza

La sopravvivenza può considerarsi come una misura diretta dell'efficacia dei sistemi sanitari e delle pratiche di diagnosi e cura ed è in costante aumento per quasi tutti i tumori a seguito del potenziamento della diagnosi precoce e del miglioramento dei trattamenti.

Tuttavia gli andamenti temporali evidenziano forti differenze tra il Sud ed altre aree particolarmente rilevanti per le sedi la cui prognosi è fortemente influenzata dalla diagnosi precoce quali colon retto e mammella.

#### Prevalenza

L'aumento progressivo della sopravvivenza e della speranza di vita alla nascita con il conseguente invecchiamento della popolazione sta comportando quindi anche nella nostra regione un incremento dei casi prevalenti in tutte le province.

Il carico di pazienti oncologici nell'intera regione nell'anno 2008 è stimabile attualmente di poco al di sopra di 90000 pazienti ripartiti per sedi come nella tabella seguente. Da evidenziare la particolare rilevanza dell'impatto del tumore del colon in entrambe i sessi, oltretutto della prostata e della mammella.

La stima di ripartizione provinciale dei nuovi casi incidenti e dei casi prevalenti (sotto 85 anni) è riportata nella tabella seguente.

| Tutti i tumori anno 2008 |            |       |        |                 |       |        |
|--------------------------|------------|-------|--------|-----------------|-------|--------|
|                          | Nuovi casi |       |        | Casi prevalenti |       |        |
|                          | uomini     | donne | totale | uomini          | donne | totale |
| AG                       | 814        | 634   | 1448   | 3726            | 4489  | 8215   |
| CL                       | 487        | 380   | 867    | 2230            | 2686  | 4916   |
| CT                       | 1933       | 1507  | 3440   | 8850            | 10662 | 19511  |
| EN                       | 310        | 242   | 552    | 1421            | 1712  | 3133   |
| ME                       | 1169       | 911   | 2079   | 5350            | 6445  | 11795  |
| PA                       | 2222       | 1731  | 3953   | 10170           | 12253 | 22423  |
| RG                       | 557        | 434   | 991    | 2550            | 3072  | 5622   |
| SR                       | 716        | 558   | 1274   | 3278            | 3949  | 7227   |
| TP                       | 779        | 607   | 1386   | 3566            | 4296  | 7862   |
| Sicilia                  | 8987       | 7004  | 15991  | 41141           | 49564 | 90705  |

Fonte : Elaborazione su Stime MIAMOD CNESPS ISS;Micheli A, et al. ;Current cancer profiles of the Italian Regions. Tumori 93(4), 2007

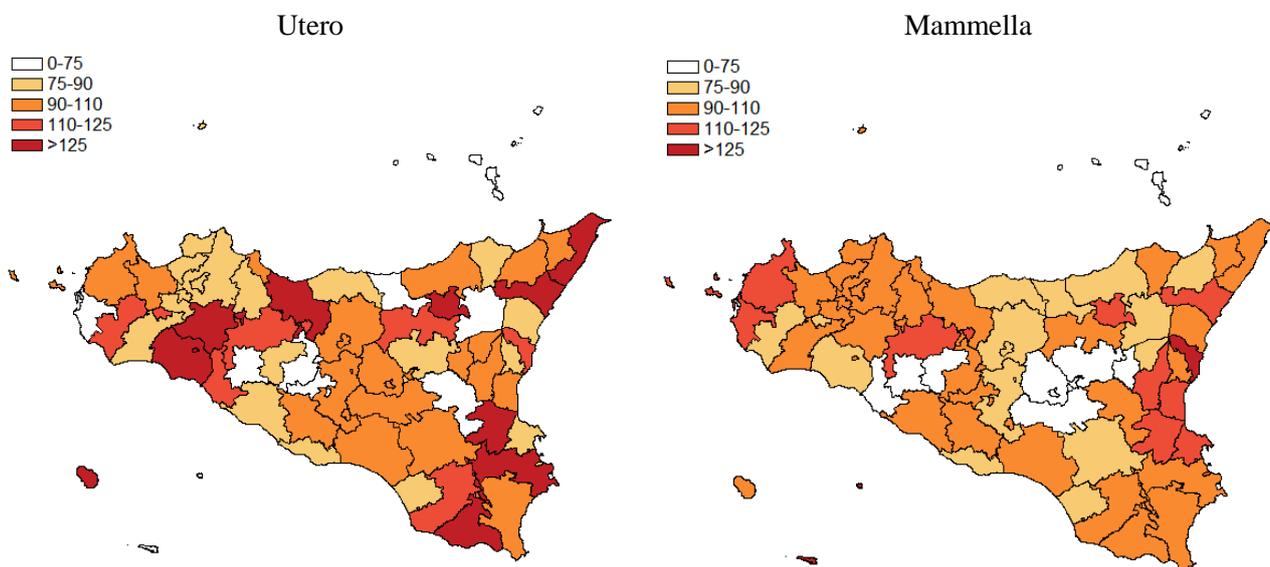
Nel 2008 sono stati ricoverati per tumore 54.293 soggetti residenti in Sicilia, per un totale di 106.284 ricoveri. I tumori più frequentemente ricoverati sono quelli del colon-retto, seguiti da polmone, mammella, vescica, leucemie e linfomi, che insieme costituiscono più della metà di tutti i ricoveri per tumore.

I tassi di ospedalizzazione (n. di ricoveri/popolazione) crescono con l'età e sono maggiori nei maschi (tranne che nella fascia 30-54 anni, in cui sono più elevati nelle donne).

L'8,5% dei ricoveri avviene fuori regione, prevalentemente in Lombardia.

#### Diagnosi precoce oncologica

In Sicilia i tassi di mortalità per tumore maligno dell'utero, seppure in decremento, rimangono costantemente più elevati che nel resto del Paese. Anche le neoplasie della mammella determinano una quota rilevante di decessi nelle donne siciliane, a fronte di una minore incidenza, e rappresentano la prima causa di morte nelle donne in alcune classi d'età. La mortalità per cancro del colon è in leggero e costante incremento nel decennio in entrambi i sessi.



Fonte: ReNCaM 2004-2009 Distribuzione SMR per distretto T. M. Utero e T.M. Mammella

I dati di mortalità del periodo 2004-2009 mostrano valori significativamente in eccesso nella provincia di Siracusa per l'utero ed in quella di Catania per la mammella.

|                      | Mortalità per tumore dell'Utero, donne, anni 2004-2009 |                        |                                  |       |                  |                  | Mortalità per tumore della Mammella, donne anni 2004-2009 |                        |                                  |       |                  |                  |
|----------------------|--|------------------------|----------------------------------|-------|------------------|------------------|---|------------------------|----------------------------------|-------|------------------|------------------|
|                      | Numero medio annuale di decessi                        | Tasso grezzo x 100.000 | Tasso standardizzato per 100.000 | SMR   | Limite inferiore | Limite superiore | Numero medio annuale di decessi                           | Tasso grezzo x 100.000 | Tasso standardizzato per 100.000 | SMR   | Limite inferiore | Limite superiore |
| <b>Agrigento</b>     | 24   | 10,1                   | 5,7                              | 92,9  | 78,2             | 109,5            | 73  | 30,9                   | 21,5                             | 90,2  | 81,9             | 99,1             |
| <b>Caltanissetta</b> | 14   | 10,1                   | 6,7                              | 97,7  | 78,2             | 120,7            | 44  | 30,8                   | 22,1                             | 93,5  | 82,5             | 105,5            |
| <b>Catania</b>       | 52   | 9,3                    | 6,2                              | 94,8  | 84,6             | 105,9            | 192   | 34,4                   | 24,7                             | 108,7 | 102,5            | 115,2            |
| <b>Enna</b>          | 10   | 10,7                   | 6                                | 95    | 72,2             | 122,9            | 25  | 27,1                   | 18,2                             | 76,3  | 64,4             | 89,6             |
| <b>Messina</b>       | 45   | 13,2                   | 7,8                              | 110,9 | 98,1             | 125              | 126   | 37                     | 23,5                             | 98,7  | 91,8             | 106              |
| <b>Palermo</b>       | 60   | 9,3                    | 6,3                              | 91    | 81,9             | 100,9            | 208   | 32,3                   | 22,3                             | 98,4  | 93               | 104              |
| <b>Ragusa</b>        | 19   | 12,2                   | 6,9                              | 115,1 | 95               | 138,2            | 54  | 34,5                   | 23,7                             | 102   | 91,2             | 113,8            |
| <b>Siracusa</b>      | 27   | 13,3                   | 8,7                              | 129,2 | 110,1            | 150,6            | 73  | 35,6                   | 24,3                             | 107,1 | 97,3             | 117,7            |
| <b>Trapani</b>       | 24   | 10,5                   | 6,2                              | 93,4  | 78,6             | 110,2            | 82  | 36,8                   | 23,7                             | 103   | 94,1             | 112,5            |
| <b>SICILIA</b>       | 274  | 10,6                   | 6,7                              | 100   | 95,2             | 105              | 876   | 33,8                   | 23,1                             | 100   | 97,3             | 102,7            |

Tutte queste condizioni sono suscettibili di efficaci interventi di prevenzione secondaria di cui sono in corso già da alcuni anni programmi organici in tutto il paese, mentre in Sicilia è stato avviato uno specifico piano regionale. I dati del sistema di sorveglianza PASSI mostrano che il ricorso alla diagnosi precoce è inferiore a quanto rilevato nelle altre aree del Paese.

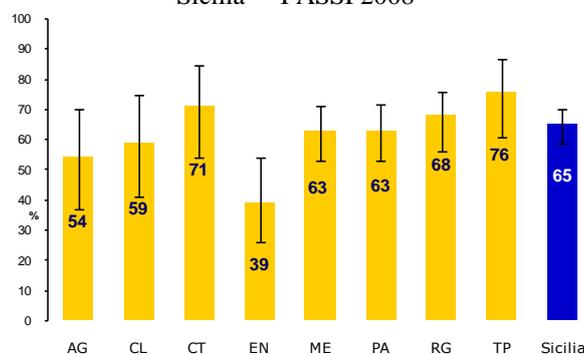
### Ricorso alla Diagnosi Precoce

|   |   | Stima Sicilia % | Stima ASL partecipanti Italia % |
|---|---|-----------------|---------------------------------|
| Screening neoplasia del collo dell'utero (donne 25 - 64 anni) | Eseguito un pap test negli ultimi 3 anni                              | 65              | 75                              |
|   | Pap test periodico consigliato da un operatore sanitario              | 46              | 61                              |
|   | Lettera di invito dall'ASL  | 28              | 53                              |
| Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni)       | Eseguita una mammografia negli ultimi 2 anni                          | 51              | 71                              |
|   | Mammografia periodica consigliata da un operatore sanitario           | 44              | 62                              |
|   | Lettera di invito dall'ASL  | 29              | 64                              |
| Screening tumore del colon retto (50 - 69 anni)               | Eseguito un test per la ricerca di sangue occulto negli ultimi 2 anni | 4               | 23                              |
|   | Colonscopia eseguita negli ultimi 5 anni                              | 7               | 9                               |

Fonte Sorveglianza PASSI – Sicilia 2008

Nelle ASL la percentuale di donne che ha riferito di aver effettuato il Pap-test preventivo negli ultimi 3 anni varia dal valore minimo del 39% di Enna (valore statisticamente inferiore alla media regionale) al valore massimo del 76% di Trapani. Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 75% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un Pap-test negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.

**Donne di 25-64 anni che hanno effettuato il Pap-test negli ultimi 3 anni (%)**  
Sicilia - PASSI 2008



Pertanto riguardo l'impatto delle patologie oncologiche in Sicilia possiamo evidenziare quanto segue:

- Il rischio oncologico complessivo nella regione, pur se inferiore, tende ad avvicinarsi a quello delle altre aree del Paese. In particolare l'andamento della mortalità non mostra ancora una netta inversione (particolarmente nelle donne) mentre la sopravvivenza, specie per le sedi oggetto di efficaci programmi di diagnosi precoce, pur se in continua crescita presenta un evidente ritardo.

- L'invecchiamento demografico progressivo e il miglioramento della sopravvivenza comporta in incremento dei casi prevalenti con aumento della domanda e conseguente necessità di adeguamento dell'offerta diagnostico-assistenziale.
- Per contrastare tale andamento è utile anche rafforzare gli interventi di prevenzione primaria volti a limitare l'esposizione ai principali fattori di rischio.

## 2.3 Altri aspetti prioritari di intervento

### 2.3.1 La salute materna e neonatale in Sicilia

#### Mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile oltre ad essere un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita, e' considerato nella letteratura internazionale una misura riassuntiva dello stato di salute di comunità e uno dei principali indicatori di valutazione delle condizioni socio-economiche, ambientali, culturali e della qualità delle cure materno-infantili. Studi recenti mostrano la correlazione tra tasso di mortalità infantile e aspettativa di vita in buona salute (Health Adjusted Life Expectancy: HALE).

Nel 2005, a fronte di un tasso di mortalità infantile in Italia 3,7/ 1000 nati vivi, in Sicilia si registra un tasso di 5,1/1.000 nati vivi, rappresentando il secondo più alto a livello nazionale. Sebbene in costante diminuzione l'entità della riduzione del tasso del 51% confrontata con il 1990 in Sicilia è stata inferiore al valore di riferimento nazionale (55%).

La mortalità infantile è ascrivibile principalmente alla mortalità che avviene nel primo mese di vita: in Sicilia il tasso di mortalità neonatale 1-29 gg è di 2,8/ 1000 nati vivi vs 1,7/ 1000 nati vivi registrato in Italia.

L'analisi per periodo evidenzia che per la mortalità entro le prime 24 ore di vita si è avuta una riduzione del 68% rispetto al 1990, maggiore rispetto a quella avvenuta a livello nazionale (63%).

La natimortalità è leggermente superiore al valore medio nazionale (3,4 vs 3,2/1000).

| Tasso di mortalità infantile (/1000 nati vivi) |      |      |      |      |      |      |      |      |                            |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|----------------------------|
|  | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | Riduzione %<br>(1990-2005) |
| Sicilia  | 10,5 | 8,3  | 6,0  | 6,3  | 6,6  | 5,1  | 4,8  | 5,1  | 51%                        |
| Italia   | 8,2  | 6,1  | 4,3  | 4,4  | 4,1  | 3,7  | 3,7  | 3,7  | 55%                        |

Elaborazione DASOE su dati HFA- aggiornamento dicembre2008

La salute della madre e del bambino è indice della salute di una popolazione e delle sue condizioni socioeconomiche e culturali. Nel tempo i principali indicatori di salute materna e neonatale (età materna, tipo di parto, peso alla nascita, età gestazionale, natimortalità) si sono notevolmente modificati in relazioni a mutate condizioni sociali e assistenza sanitaria.

I parti nel 2006 (fonte SDO) sono 49949. L'età media al momento del parto nel 2006 è di 29,8 anni, Nel tempo si sono ridotti i parti in donne <20 anni e sono aumentati quelli in donne >=35 anni.

La frequenza complessiva di parti cesarei si mantiene elevata, (nel 2006 è del 53,6%), con differenze legate al tipo di struttura (50% nel pubblico, 75% nel privato) e in aumento con l'età della madre.

I neonati di basso peso alla nascita (<2500 gr.) nel 2006 sono il 7,3%, i neonati di peso molto basso (<1500 gr.) sono l'1%. I nati pretermine (<=37 settimane) sono il 15,1%, i nati <=32 settimane l'1,3%. Nel tempo l'incidenza di neonati di basso peso e di nati pretermine è aumentata, ma ciò nonostante si è ridotta la natimortalità.

### 2.3.2 La Salute in età evolutiva

Dallo Studio "ICONA" (Fonte: ISS, anno 2003) derivano le stime di alcuni importanti indicatori o determinanti di salute in età evolutiva, dipendenti in larga misura da taluni comportamenti e/o stili di vita in ambito familiare.

#### Allattamento al seno

L'allattamento esclusivo al seno è raccomandato per l'alimentazione del neonato fino ai sei mesi di vita (OMS 2001). Il 100% dei bambini dovrebbero essere allattati esclusivamente al seno fino ai 6 mesi ma in Sicilia la percentuale è del 40%, mentre fino a 6 mesi è solo il 18%. I valori nazionali sono rispettivamente di 61% e 29%.

Tali elementi suggeriscono alcune azioni da intraprendere in funzione della promozione e del sostegno all'allattamento sia attraverso la formazione specifica del personale sanitario sia con interventi di educazione sanitaria nei confronti delle donne o in fase prenatale, con particolare riferimento a informazione sui benefici dell'allattamento e counseling sulle tecniche di allattamento, o di supporto post-partum e puerperio.

### Sicurezza stradale

In Italia ogni anno più di 8.000 bambini con una età inferiore o uguale a 14 anni rimangono feriti in incidenti stradali a bordo di autovetture. Di questi ultimi circa 100 muoiono, sul colpo o successivamente, a causa delle lesioni e i traumatismi riportati. L'efficacia dei seggiolini nel diminuire la necessità di ospedalizzazione e la probabilità di morte o di lesione grave in chi li utilizza è largamente dimostrata da numerosi studi svolti negli ultimi venti anni.

Secondo i risultati ICONA oltre un terzo dei bambini in Sicilia (35%) non viaggia sul seggiolino.

### Esposizione a fumo passivo

Si stima che ogni anno, in Italia, l'esposizione postnatale al fumo passivo materno causi quasi il 20% dei casi totali di SIDS e di infezioni respiratorie acute nei primi due anni di vita, e quasi il 10% dei casi di asma.

Il 66% dei bambini della Sicilia è esposto al fumo passivo di tabacco, rispetto al 53% a livello nazionale. Il 45 % dei bambini ha un padre fumatore, il 26% ha la madre fumatrice, e il 31% è esposto per almeno un'ora alla settimana a una persona esterna che fuma.

### Patologie in età scolare

Diverse patologie, se individuate in fase preclinica, possono essere curate più efficacemente, impedendone la progressione e quindi l'aggravamento. Fra queste, le patologie del cavo orale, come l'identificazione di carie e malocclusioni, e i difetti della vista.

L'età scolare è il momento migliore per effettuare uno screening su tali patologie, in considerazione anche della facile reperibilità della popolazione target, e negli screening fin qui condotti in Sicilia si è osservata una prevalenza del 33% di sospette patologie odontoiatriche da avviare a visita di approfondimento e del 18% di sospette patologie oculistiche, un dato piuttosto elevato che suggerisce la prosecuzione delle campagne di screening in età scolare, anche in considerazione del livello socioeconomico della Regione che limita la spontanea attenzione alla prevenzione di tali patologie.

### 2.3.3 Vaccinazioni

La Regione siciliana è stata sempre molto sensibile nel garantire l'offerta attiva e gratuita di tutti i vaccini "obbligatori" e "raccomandati". L'attenzione rivolta nella pianificazione regionale delle campagne vaccinali ha consentito di raggiungere importanti obiettivi come la campagna straordinaria di recupero della vaccinazione contro il morbillo (negli anni 2002 e 2003), la vaccinazione universale antivaricella (introdotta nel 2003-2004) e la vaccinazione antipneumococcica dei nuovi nati (iniziata negli anni 2004-2005).

Altri importanti risultati sono stati raggiunti per la vaccinazione antinfluenzale ed antipneumococcica nell'anziano.

| VACCINAZIONE      | % copertura anno 2006 | % copertura anno 2007 | % copertura anno 2008 |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Difterite         | 96.2                  | 99.1                  | 96.8                  |
| Tetano            | 96.2                  | 99.1                  | 96.8                  |
| Polio             | 96.3                  | 97.4                  | 96.9                  |
| Epatite B         | 96.3                  | 98.7                  | 96.6                  |
| MPR               | 84.2                  | 87.2                  | 85.3                  |
| Influenza anziano | 56.2                  | 64                    | 61                    |

Ciò nonostante, per alcune malattie le coperture vaccinali non sono ancora ottimali, non raggiungendo i valori-soglia specifici che ne garantirebbero un controllo adeguato o l'eliminazione (in particolare quella contro morbillo, rosolia e parotite).

### 2.3.4 Incidenti

Gli incidenti stradali, nei luoghi di lavoro e domestici costituiscono un problema quanto mai attuale per la Sanità Pubblica in Italia. Alcune persistenti evidenze confermano anche in Sicilia la rilevanza della "incidentalità evitabile" per i risvolti assistenziali e preventivi.

#### Incidenti e sicurezza stradale

In Sicilia nel triennio 2005-2007 i decessi per incidenti stradali da veicolo a motore rappresentano una delle prime cause di morte in termini di anni di vita persi soprattutto nella fascia di età giovanile 15-24 anni.

Le cifre riferite al numero dei ricoveri ed agli anni di vita perduti, ma anche pesanti considerazioni sulla disabilità e l'evidenza della sua aggredibilità da parte della prevenzione primaria, inducono a considerare questo problema tra le priorità sanitarie a livello regionale. I dati ISTAT assoluti del triennio 2005-2007 mostrano che in Sicilia in media ogni anno si verificano oltre 14000 incidenti con circa 21000 feriti ed oltre 300 morti.

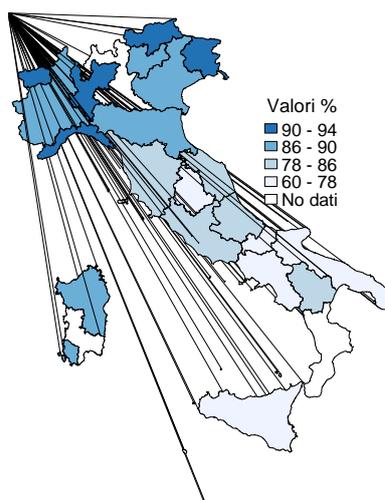
## Incidenti e persone infortunate

| PROVINCE       | 2005                               |              |                | 2006                               |              |                | 2007                               |              |                |
|----------------|------------------------------------|--------------|----------------|------------------------------------|--------------|----------------|------------------------------------|--------------|----------------|
|                | Incidenti (Tassi grezzi per 10000) | Morti        | Feriti         | Incidenti (Tassi grezzi per 10000) | Morti        | Feriti         | Incidenti (Tassi grezzi per 10000) | Morti        | Feriti         |
| Agrigento      | 748(16)                            | 36           | 1.223          | 762(17)                            | 20           | 1.220          | 778 (17)                           | 22           | 1.294          |
| Caltanissetta  | 564(20)                            | 25           | 911            | 571(21)                            | 30           | 909            | 546 (20)                           | 14           | 953            |
| Catania        | 3659(34)                           | 96           | 5.270          | 3643(34)                           | 113          | 5.265          | 3353 (31)                          | 90           | 4.993          |
| Enna           | 315(18)                            | 15           | 524            | 337(19)                            | 14           | 567            | 298 (17)                           | 9            | 548            |
| Messina        | 1814(28)                           | 43           | 2.895          | 1763(27)                           | 42           | 2.782          | 1755 (27)                          | 40           | 2.679          |
| Palermo        | 3559(29)                           | 75           | 5.077          | 3535(29)                           | 80           | 5.095          | 3561 (29)                          | 86           | 5.112          |
| Ragusa         | 782(25)                            | 40           | 1.235          | 816(26)                            | 29           | 1.294          | 946 (31)                           | 24           | 1.545          |
| Siracusa       | 1380(35)                           | 38           | 2.041          | 1296(33)                           | 32           | 1.906          | 1406 (35)                          | 41           | 2.081          |
| Trapani        | 1591(37)                           | 32           | 2.358          | 1480(34)                           | 23           | 2.158          | 1530 (35)                          | 30           | 2.237          |
| <b>Sicilia</b> | <b>14412(29)</b>                   | <b>400</b>   | <b>21.534</b>  | <b>14203(28)</b>                   | <b>383</b>   | <b>21.196</b>  | <b>14173 (28)</b>                  | <b>356</b>   | <b>21.442</b>  |
| <b>ITALIA</b>  | <b>240011(41)</b>                  | <b>5.818</b> | <b>334.858</b> | <b>238124(41)</b>                  | <b>5.669</b> | <b>332.955</b> | <b>230871 (39)</b>                 | <b>5.131</b> | <b>325.850</b> |

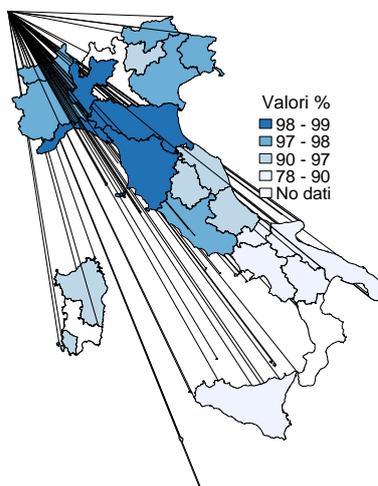
Elaborazione DASOE su Fonte ISTAT: Incidenti stradali Anno 2007

Inadeguato in Sicilia appare in particolare il ricorso ai presidi per la sicurezza stradale con forti differenze rispetto al resto del Paese. I dati della Sorveglianza PASSI hanno infatti mostrato che quasi il 30% della popolazione ancora non usa regolarmente le cinture anteriori (mentre oltre il 90% non usa quelle posteriori) e che circa un motociclista su cinque non usa il casco.

### Percentuale di persone che usano la cintura anteriore sempre Pool PASSI 2008



### Percentuale di persone che usano il casco sempre Pool PASSI 2008



### Incidenti sul lavoro

Il fenomeno infortunistico in Sicilia, secondo il rapporto annuale 2008 INAIL, rappresenta il 4,06 % del totale Nazionale e registra, rispetto al precedente anno, un andamento pressoché costante (+ 0,2%). Sono stati denunciati all'INAIL 35.590 infortuni sul lavoro, di cui 30.209 relativi al settore dell'Industria e Servizi, 2.709 dell'Agricoltura e 2.672 dei dipendenti dello Stato.

Per quanto riguarda gli infortuni mortali, nel 2008 sono stati denunciati 76 casi a fronte dei 77 del 2007. In particolare, nel 2008 sono stati registrati 11 casi mortali in agricoltura, 64 nell'industria e servizi e 1 tra i dipendenti in conto Stato. Dei 76 infortuni mortali, 65 sono avvenuti in ambiente di lavoro e 11 in itinere.

Il settore più a rischio è risultato quello dell'edilizia con 17 decessi.

### **Infortuni sul lavoro avvenuti nel periodo 2007-2008 e denunciati all'INAIL per provincia, regione, e anno Tutte le Gestioni**

|                | Totale Infortuni |                | Infortuni Mortali |              |
|----------------|------------------|----------------|-------------------|--------------|
|                | 2007             | 2008           | 2007              | 2008*        |
| Agrigento      | 2.590            | 2.654          | 4                 | 7            |
| Caltanissetta  | 1.511            | 1.451          | 5                 | 4            |
| Catania        | 7.156            | 7.109          | 15                | 23           |
| Enna           | 1.294            | 1.301          | 2                 | 1            |
| Messina        | 5.610            | 5.334          | 12                | 11           |
| Palermo        | 7.128            | 7.476          | 13                | 9            |
| Ragusa         | 4.240            | 4.020          | 11                | 11           |
| Siracusa       | 3.019            | 2.973          | 8                 | 3            |
| Trapani        | 2.966            | 3.272          | 7                 | 7            |
| <b>Sicilia</b> | <b>35.514</b>    | <b>35.590</b>  | <b>77</b>         | <b>76</b>    |
| <b>Italia</b>  | <b>912.410</b>   | <b>874.940</b> | <b>1.207</b>      | <b>1.078</b> |

\*dato provvisorio

Fonte: INAIL - rapporto annuale Sicilia 2008

### 2.3.5 La non autosufficienza: anziani e disabili

Nell'Indagine Multiscopo ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", pubblicata nel marzo 2007, viene riportato che il numero dei disabili presenti nel paese sono due milioni e seicento mila persone di cui due milioni di anziani. Sono in aumento gli anziani che vivono in famiglia anche se rimane stabile il numero dei disabili. Tra le persone fra i 70 e i 74 anni, i disabili sono circa il 10% ma fra gli ottantenni i disabili sono circa il 50% con una netta prevalenza delle donne che superano gli uomini di circa 13 punti percentuali. Sono un milione e centotrentamila le persone di tutte le età confinate per disabilità nelle proprie abitazioni. La loro assistenza per lo più è assicurata dalle famiglie. Nelle Isole il 13,2 delle famiglie ha un disabile; tale percentuale scende a 8,5-9 del nord. L'assistenza domiciliare, sanitaria e non, che dovrebbe essere assicurata a circa il 25% delle famiglie del nord, nelle isole dovrebbe riguardare il 36,5% delle famiglie. Nel 2005 nell'intero paese il 4,8% dei cittadini dai 6 anni in su, era affetto da una malattia cronica dichiarata. Questo indice per la Sicilia era pari al 6,6%, quasi una volta e mezza. Accusano malattie e cronicità soprattutto cittadini a basso reddito, con basso titolo di studio e che vivono soli.

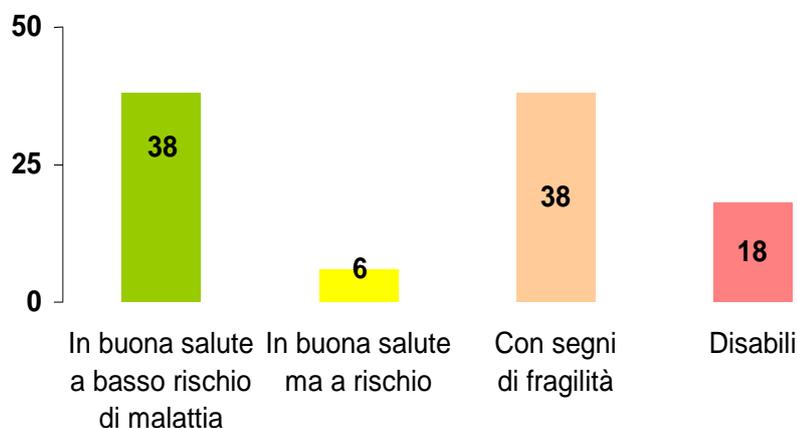
Per ottenere dati più aggiornati e rapidamente utilizzabili il Ministero della Salute (CCM) ha promosso il progetto PASSI d'Argento coordinato dalla Regione Umbria in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, un progetto di sorveglianza sullo stato di salute e sulla qualità della vita nella popolazione ultra 64enne, attraverso interviste con questionari strutturati.

La prima indagine multi-regionale PASSI d'Argento si è svolta, nel 2009, in sette regioni italiane: Emilia-Romagna, Liguria, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta. Sono state intervistate 3567 persone ultra 64enni (in alcuni casi l'intervista è stata realizzata con l'aiuto di un familiare o di una persona di fiducia).

In Sicilia è stato intervistato un campione di 365 ultra 64enni, selezionato dalla popolazione di persone ultra 64enni di tutta la Regione. Sono state raccolte informazioni su problemi e interventi realizzati in ambiti che riguardano i cosiddetti "pilastri" dell'invecchiamento attivo: Partecipazione, Salute e Sicurezza delle persone con più di 64 anni. Il campione selezionato in Sicilia presenta un buon livello di rappresentatività rispetto alla popolazione in studio: le caratteristiche socio-anagrafiche degli intervistati appaiono sovrapponibili a quelle della popolazione di riferimento rispetto alla distribuzione per genere e classi di età.

Utilizzando le definizioni messe a punto nell'indagine PASSI d'Argento, la popolazione è stata suddivisa in quattro sottogruppi di persone ultra 64enni che tengono conto dei vari bisogni di salute di questa fascia di popolazione. In Sicilia, la distribuzione della popolazione ultra 64enne nei 4 sottogruppi è la seguente:

**Sottogruppi di popolazione ultra 64enne (%)**  
Sicilia PASSI d'Argento 2009



Nel campione intervistato:

- il 38% delle persone risulta in buona salute e a basso rischio di malattia
- il 6% è in buona salute ma a più alto rischio di malattia e fragilità
- il 38% mostra segni di fragilità
- il 18% risulta disabile ovvero ha bisogno di aiuto in almeno un'attività della vita quotidiana (ADL).

Le persone con segni di fragilità pari al 38% possono essere distinte in:

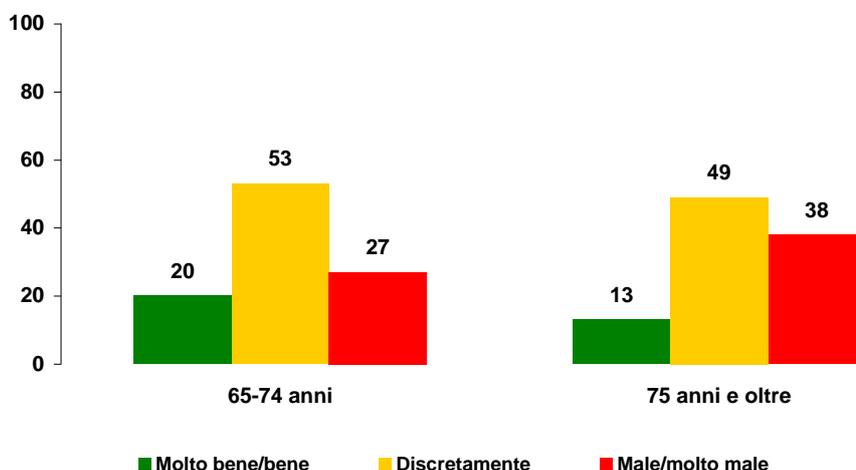
- persone con segni di fragilità (11%)
- persone con marcati segni di fragilità (27%).

I disabili (18%) si dividono in parzialmente disabili (15%) e totalmente disabili (3%).

Il 17% giudica il proprio stato di salute positivamente (molto bene o bene), il 51% discretamente e il rimanente 32% in modo negativo (male o molto male).

La percezione negativa del proprio stato di salute è più frequente nelle donne (39% contro 24%) e aumenta con il crescere dell'età in entrambi i sessi. Tra gli uomini hanno considerato cattivo il proprio stato di salute il 16% dei 65-74enni e il 33% degli ultra 74enni; tra le donne tale differenza è meno marcata (36% e 43% rispettivamente).

**Percezione della propria salute per classi d'età (%)**  
Sicilia PASSI d'Argento 2009

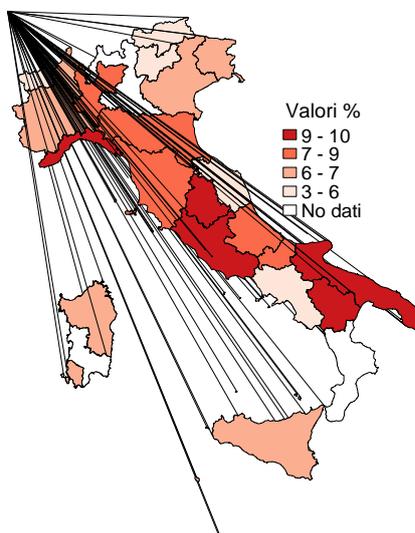


### 2.3.6 Salute mentale

Le patologie mentali rappresentano un problema in crescita a livello mondiale; tra queste una delle più frequenti è la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati.

In Sicilia circa il 7% delle persone intervistate nell'ambito del sistema di Sorveglianza PASSI ha riferito sintomi di depressione (media nazionale 8%).

**Persone con sintomi di depressione (%)**  
Pool PASSI 2008



Un altro problema specifico e particolare, che negli ultimi anni ha registrato un progressivo incremento con numeri tali da rappresentare un fenomeno di grande allarme sociale, sono i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA).

Per dimensione del fenomeno e per gravità dello stato morboso i DCA rappresentano già oggi un problema socio-sanitario molto importante per i Paesi del mondo occidentale e quindi anche per l'Italia: l'epidemiologia conferma l'aumento dell'incidenza di anoressia e bulimia nella popolazione; ma è soprattutto evidente l'aumento della richiesta di cura.

Gli studi epidemiologici internazionali stimano, con buona concordanza, la prevalenza dell'Anoressia nervosa intorno a 0.2-0.8%, quella della Bulimia nervosa intorno a 1.5-3%, e i DCA-NAS intorno a 3.7-6.4% nella popolazione femminile compresa fra i 12 e 25 anni, con un rapporto maschi/femmine stimato pari a 1:9.

Le indicazioni della Commissione di Studio Ministeriale per l'assistenza ai pazienti affetti da DCA ha definito il modello organizzativo di riferimento per il trattamento, a seconda delle necessità di intervento (ambulatorio, day-hospital, ricovero ospedaliero in fase acuta e residenzialità extraospedaliera).

Secondo tali modelli si prevede che l'ambulatorio sia il punto centrale dell'intervento in maniera da assorbire il 60%-70% della domanda di cura. È necessario però che tale intervento garantisca un reale approccio integrato che comprenda sia l'approccio nutrizionale sia quello psicologico.

### 2.3.7 AIDS e HIV+

Il Registro Regionale AIDS è stato attivato presso l'Osservatorio Epidemiologico fin dal 1985 quale parte del Registro Nazionale, e raccoglie tutti i casi di AIDS conclamato che si verificano nei residenti in Sicilia, o diagnosticati in Sicilia. Sono finora presenti nel Registro 2886 casi di AIDS diagnosticati entro il 31/12/2009, di cui 2677 residenti in Sicilia. Il tasso medio di incidenza annuo dell'ultimo quinquennio è in Sicilia di 1,06/100.000 ab.

La curva epidemica appare in declino dopo un picco negli anni 93-95, ma quest'ultimo dato è da interpretarsi con cautela riferendosi all'andamento degli ultimi anni, a causa del possibile ritardo di notifica. L'andamento generale in decremento nel tempo potrebbe derivare sia dall'efficacia delle strategie messe in atto all'inizio dell'epidemia per prevenire il contagio, sia da un più facile accesso dei sieropositivi alle terapie antiretrovirali, con conseguente ritardo nella diagnosi di AIDS.

Dall'esame dei dati emerge inoltre una notevole modificazione delle caratteristiche della malattia dal suo primo manifestarsi negli anni 84-89 all'ultimo periodo, con variazioni evidenti nell'età alla diagnosi e nelle modalità di contagio. L'età alla diagnosi si è spostata in avanti: la fascia 20-29 anni, che costituiva il 40% dei casi nel periodo 84-89, si è ridotta all'8% nell'ultimo periodo, mentre la fascia degli ultracinquantenni è aumentata dal 4% circa del primo periodo al 21% dell'ultimo; l'età media alla diagnosi è passata da 34 a 44 anni.

Anche la modalità di trasmissione della malattia ha subito una notevole modificazione: nel periodo 1984-89 era dovuta essenzialmente alla tossicodipendenza (80%), nell'ultimo periodo questa ha riguardato solo il 21% dei casi, mentre la trasmissione mediante rapporti eterosessuali, che inizialmente riguardava solo il 7% dei casi, è divenuta modalità principale (48%). E' inoltre da notare un aumento dei casi dovuti a trasmissione mediante rapporti omosessuali (dall'8% al 29%).

L'introduzione delle terapie antiretrovirali ha allungato notevolmente l'intervallo fra infezione ed eventuale comparsa della malattia e diviene pertanto difficile stimare dall'andamento della malattia quello dell'infezione e di conseguenza organizzare tempestivamente programmi mirati di prevenzione.

In attesa che il sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV attivato con D.A. n.1320 del 20.5.2010 cominci a produrre dati attendibili, è possibile comunque stimare la prevalenza della patologia nella popolazione a partire da dati correnti.

Il metodo "Cattura-Ricattura" permette di stimare le dimensioni di una popolazione utilizzando due o più liste incomplete, indipendenti tra loro e con possibile sovrapposizione, relative ad una popolazione chiusa.

In questo caso sono state considerate le liste derivanti dai flussi delle SDO e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali relativi all'anno 2007: nel primo caso, il criterio di ricerca era la presenza dei codici ICD9CM 042 e V08; nel secondo caso, la presenza del codice 020 di esenzione ticket per HIV.

Ne deriva una stima di 5603 (95% C.I. 5333 - 5908) pazienti HIV positivi. La prevalenza stimata è dunque di 111,7/100.000 ab., consistente con il dato nazionale.

## 2.4 I Determinanti di Salute

Una corretta scelta di sanità pubblica deve tenere conto non solo della prevalenza e della gravità di un problema sanitario, ma anche dell'aggregabilità dei fattori di rischio che lo determinano.

Il carico delle malattie croniche in Sicilia è da anni uno dei più rilevanti problemi di salute. Gli indicatori disponibili (mortalità, SDO, spesa farmaceutica) connotano la gravità dei danni sociali ed economici di queste patologie. Esistono fattori di rischio definiti "modificabili" per sottolineare che con degli interventi esterni è possibile attenuarne la gravità, riducendo così la probabilità di ammalarsi. In questa categoria rientrano le abitudini comportamentali collegabili allo stile di vita come il fumo di sigaretta, una scarsa attività fisica e un'alimentazione scorretta i cui livelli di prevalenza nella popolazione regionale sono più elevati che nel resto del Paese, come rilevato nell'ambito della Sorveglianza PASSI 2008.

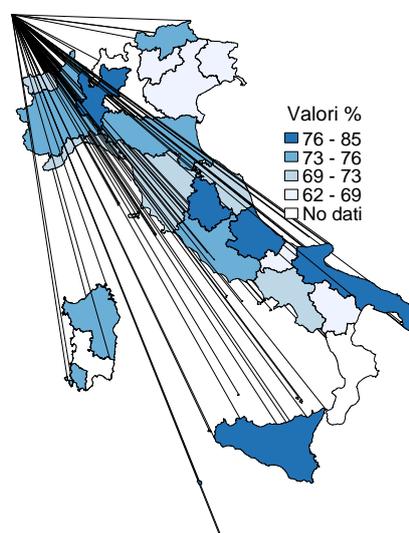
Tale sorveglianza riguarda la popolazione tra i 18 e 69 anni, con l'obiettivo di monitorare in maniera continua alcuni aspetti della salute, in relazione a fattori di rischio comportamentali, all'adozione di misure preventive e alle attività di salute pubblica.

Riguardo ai principali fattori di rischio modificabili in Sicilia i dati della Sorveglianza PASSI 2008, rilevano i livelli di prevalenza riferiti alle seguenti condizioni:

### Ipertensione

La frequenza di soggetti con diagnosi di ipertensione nelle 9 ASP siciliane è stimata nel 22% del campione PASSI. Pur senza differenze tra i sessi, tale percentuale cresce in maniera evidente nel gruppo di età 50-69 anni e tra le persone con eccesso ponderale.

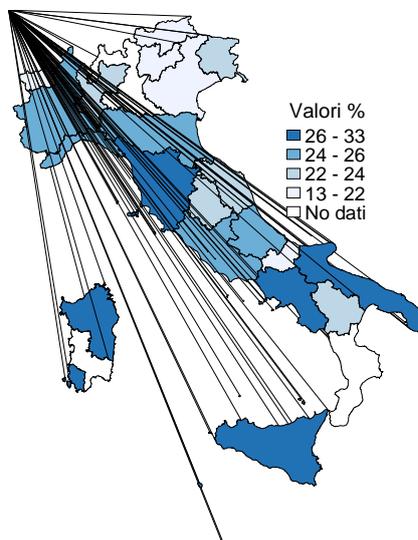
**Percentuale di ipertesi in trattamento con farmaci**  
Pool PASSI 2008



### Colesterolemia

Il 28% del campione siciliano PASSI dichiara di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia. L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più avanzate.

**Persone con ipercolesterolemia in trattamento con farmaci (%)**  
Pool PASSI 2008



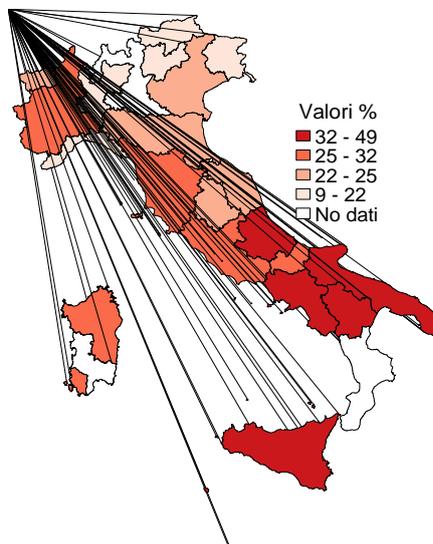
### Sedentarietà

In Sicilia solo il 26% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 33% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 41% è completamente sedentario; tale percentuale è superiore a quella rilevata nello stesso periodo nel restante campione nazionale (29%).

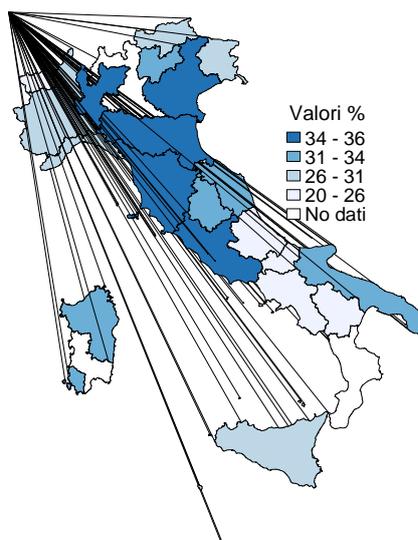
La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; non sono emerse differenze significative tra uomini e donne.

In Sicilia solo il 27% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica; il 29% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di farla regolarmente. Nelle ASL regionali la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico varia dall' 8% di Agrigento (valore più basso di quello regionale in maniera statisticamente significativa) al 43% di Caltanissetta. Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di persone che hanno riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere attività fisica da parte del medico è risultata del 31%, con un evidente gradiente territoriale.

**% di persone sedentarie**  
Pool PASSI 2008



**% di persone che hanno ricevuto il consiglio di fare attività fisica da un sanitario**  
Pool PASSI 2008



**Fumo**

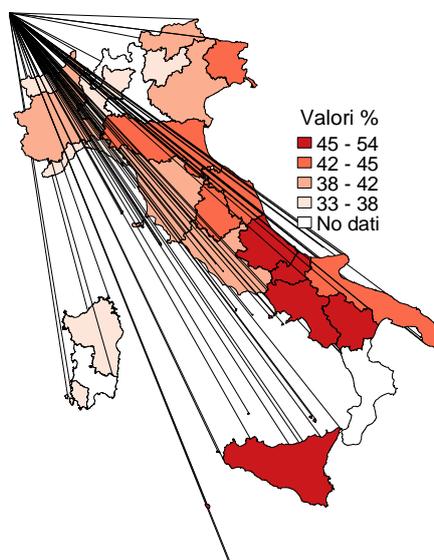
In Sicilia la frequenza di fumatori è del 31% (30% valore nazionale), si riscontrano percentuali più alte negli uomini; la media di sigarette fumate al giorno è pari a 14.

**Sovrappeso e obesità**

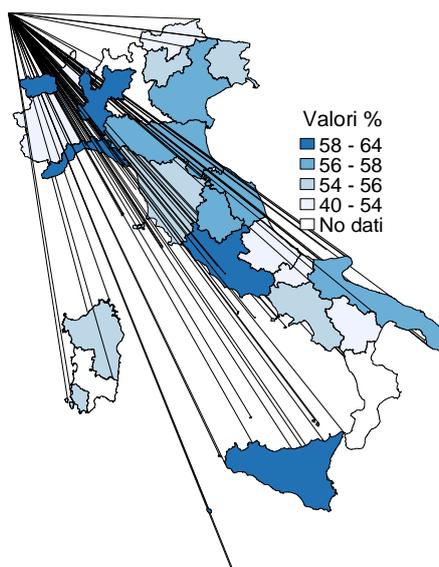
La frequenza delle condizioni di sovrappeso ed obesità è andata aumentando negli ultimi decenni, al punto che, secondo l'OMS, l'obesità è diventata un problema di salute pubblica di proporzioni epidemiche in tutti i Paesi occidentali, e la sua prevenzione costituisce un obiettivo prioritario.

L'obesità rappresenta uno dei principali fattori di rischio per la salute, può favorire l'insorgenza di importanti e frequenti malattie fra cui quelle cardiovascolari e il diabete, ed è responsabile del 2-8% dei costi globali per la sanità. Secondo i dati dell'indagine multiscopo ISTAT 2007 la prevalenza di soggetti in sovrappeso è pari al 32% (uguale al dato nazionale) e quella di obesi è pari al 15% (vs 11% dato nazionale). Nel campione regionale indagato dalla Sorveglianza PASSI la prevalenza di persone in eccesso ponderale (sovrappeso ed obesi) risulta pari al 49%, valore più alto di quello del resto del Paese (42%). Delle persone in eccesso ponderale il 59% riceve da un sanitario il consiglio di perdere peso (57% valore nazionale).

**% persone in eccesso ponderale**  
Pool PASSI 2008



## % di persone in sovrappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da un sanitario Pool PASSI 2008



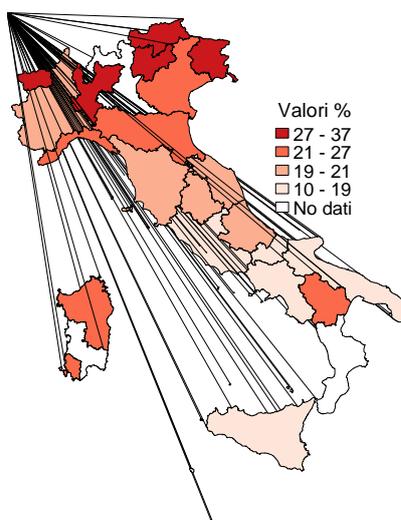
### Glicemia

Secondo i dati dell'Atlante italiano malattie Cardiovascolari (Ital Heart J vol 4 2003) in Sicilia il 15% degli uomini e l'8% delle donne è diabetico (glicemia superiore a 126 mg/dl), mentre il 16% degli uomini e il 6% delle donne è in una condizione di rischio, in cui il valore della glicemia è compreso fra 110 e 125 mg/dl. Tali valori sono notevolmente più alti di quelli nazionali dove soltanto il 9% degli uomini e il 6% delle donne è diabetico mentre il 9% degli uomini e il 5% delle donne è in una condizione di rischio.

### Alcool

In Sicilia il consumo di alcool ed il relativo impatto sulla salute nella appare in assoluto tra i più bassi del Paese. Diverse fonti confermano una minore tendenza al consumo di bevande alcoliche (vino e birra) nella popolazione generale rispetto al dato medio nazionale ed in tal senso depongono i risultati della Sorveglianza PASSI 2008 consentendo di delineare un minore interessamento della regione circa l'abuso di alcool in generale. Il consumo di alcolici si denota nella regione come un fatto più occasionale che abituale.

## Percentuale di bevitori a rischio Nuova definizione INRAN di "forte bevitore" Pool PASSI 2008



Preoccupa invece la maggiore diffusione in Italia del consumo di alcolici tra i ragazzi di 11-15 anni, con il 19,5% che dichiara di aver consumato bevande alcoliche nell'anno. Anche in Sicilia tale fenomeno appare in incremento. Tra i risultati più significativi provenienti dallo Studio ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) emerge come, già a partire dal biennio 2001-2002, si evidenzia una tendenza all'aumento della popolazione che si espone a comportamenti a rischio, specie nei maschi sia per i consumi occasionali che per gli eccessi episodici.

Si riportano di seguito alcuni dati riepilogativi rilevati dal Sistema di Sorveglianza PASSI.

|                         |   | Agrigento | Caltanissetta | Catania | Enna | Messina | Palermo | Ragusa | Trapani | Sicilia | ASL<br>partecipanti<br>Italia % |
|-------------------------|---|-----------|---------------|---------|------|---------|---------|--------|---------|---------|---------------------------------|
|                         |   | %         | %             | %       | %    | %       | %       | %      | %       | %       |                                 |
| Attività Fisica         | sedentari   | 76        | 36            | 41      | 30   | 25      | 46      | 38     | 34      | 41      | 29                              |
| Abitudine al fumo       | fumatori  | 29        | 34            | 30      | 34   | 28      | 32      | 26     | 37      | 31      | 30                              |
| Abitudini alimentari    | consumo di frutta e verdura almeno 5 volte al giorno                          | 1         | 4             | 11      | 12   | 6       | 10      | 4      | 9       | 8       | 10                              |
| Situazione nutrizionale | popolazione in eccesso ponderale  | 49        | 56            | 49      | 48   | 49      | 48      | 49     | 54      | 49      | 42                              |
| Consumo alcool          | persone che hanno bevuto almeno un unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese | 30        | 50            | 54      | 59   | 51      | 46      | 39     | 47      | 48      | 59                              |
|                         | forti bevitori  | 9         | 11            | 9       | 14   | 10      | 9       | 11     | 10      | 9       | 20                              |
| Sicurezza stradale      | persone che utilizzano il casco sempre  | 85        | 81            | 83      | 78   | 92      | 91      | 85     | 82      | 86      | 94                              |
|                         | persone che utilizzano la cintura anteriore sempre                            | 85        | 79            | 59      | 73   | 77      | 80      | 74     | 82      | 74      | 83                              |
| Iperensione arteriosa   | ipertesi  | 23        | 19            | 25      | 22   | 19      | 20      | 23     | 24      | 22      | 21                              |
| Colesterolemia          | ipercolesterolemici   | 23        | 33            | 36      | 26   | 25      | 25      | 22     | 27      | 28      | 25                              |

Fonte: Rapporto Regionale PASSI 2008

### Dipendenze

Le informazioni sulle dimensioni ed il profilo dei consumatori problematici di droga e i loro modelli di consumo (via endovenosa, poliassunzione, etc.) possono essere utilizzate per identificare i modelli relativi all'uso dei servizi, per verificare le esigenze di risorse nonché per pianificare e valutare le prestazioni. Inoltre, tali informazioni forniscono un indicatore indiretto delle tendenze del consumo problematico di droga e costituiscono una base fondamentale per valutarne più a fondo la diffusione.

| Utilizzo di sostanze   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Numero di utenti Ser.T distribuiti per anno e sostanze d'abuso |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|  | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| Allucinogeni   | 17   | 14   | 1    | 10   | 4    | 2    | 3    | 9    | 29   | 4    |
| Anfetamine   | 8    | 9    | 1    | 0    | 16   | 13   | 25   | 15   | 14   | 14   |
| Ecstasy  | 11   | 12   | 18   | 22   | 45   | 22   | 39   | 53   | 58   | 30   |
| Barbiturici  | 9    | 1    | 0    | 1    | 1    | 0    | 2    | 1    | 2    | 4    |
| Benzodiazepine   | 97   | 64   | 71   | 76   | 88   | 89   | 108  | 136  | 116  | 43   |
| Cannabiodi   | 849  | 971  | 916  | 972  | 1075 | 1088 | 1139 | 1243 | 1193 | 1039 |
| Cocaina  | 244  | 353  | 425  | 650  | 1112 | 1226 | 1566 | 1691 | 1874 | 1989 |
| Crack  | 1    | 2    | 2    | 4    | 15   | 7    | 3    | 70   | 7    | 6    |
| Eroina   | 7361 | 8314 | 7639 | 7561 | 7657 | 7817 | 7637 | 7678 | 7473 | 7182 |
| Metadone   | 69   | 32   | 32   | 27   | 13   | 82   | 37   | 13   | 22   | 21   |
| Morfina  | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 1    | 1    | 0    | 1    | 0    |
| Altri oppiacei   | 4    | 2    | 5    | 15   | 15   | 11   | 18   | 23   | 51   | 29   |
| Inalanti   | 0    | 1    | 1    | 1    | 0    | 2    | 9    | 5    | 11   | 2    |
| Altre sostanze   | 182  | 234  | 467  | 531  | 796  | 781  | 706  | 768  | 998  | 875  |

Il totale degli utenti nel 2008 è 12010 sulla base dei flussi su dati aggregati. La classe di età più numerosa fra gli utenti già in carico è quella >39a. sia per gli uomini che per le donne, tra i nuovi utenti sono più numerosi gli uomini di età 30-34, e le donne con più di 39 anni.

La tabella mostra che negli ultimi due anni si è ridotta la quota di soggetti in carico ai Servizi pubblici per le Tossicodipendenze per uso di eroina ma è aumentata l'utenza che vi si rivolge per problemi di abuso di cocaina e di "altre sostanze". Poche le differenze per quanto attiene l'uso secondario di sostanze.

### Disuguaglianze sociali e salute

Nell'ultimo ventennio anche in Sicilia si è assistito ad un aumento della speranza di vita alla nascita e ad un aumento dell'età media.

Sulla base delle esperienze osservate in altri contesti territoriali è possibile ipotizzare che anche in Sicilia però l'incremento dei livelli di salute sia distribuito nella popolazione in modo eterogeneo essendo funzione ad esempio

delle classi di reddito, del livello di istruzione e della professione, come evidenziato in tabella ove si riportano differenze significative nella mortalità per causa nella popolazione regionale (anni 2001-2002) con il livello socioeconomico più elevato (5).

| Livello Socioeconomico | Tutte le cause                |       |                               |       | Tutti i tumori                |       |                               |       | Malattie del sistema circolatorio |       |                               |       |
|------------------------|-------------------------------|-------|-------------------------------|-------|-------------------------------|-------|-------------------------------|-------|-----------------------------------|-------|-------------------------------|-------|
|                        | Uomini                        |       | Donne                         |       | Uomini                        |       | Donne                         |       | Uomini                            |       | Donne                         |       |
|                        | Tasso standardizzato x100.000 | RR    | Tasso standardizzato x100.001     | RR    | Tasso standardizzato x100.001 | RR    |
| 1                      | 737,4                         | 1,10* | 494,6                         | 1,11* | 183,8                         | 1,04  | 106,1                         | 1,01  | 307,8                             | 1,11* | 235,6                         | 1,18* |
| 2                      | 791,1                         | 1,18* | 508,8                         | 1,14* | 211,5                         | 1,19* | 119,6                         | 1,13* | 131,5                             | 1,13* | 225,3                         | 1,13* |
| 3                      | 748,2                         | 1,08* | 473,8                         | 1,06* | 202,9                         | 1,14* | 111,4                         | 1,06  | 305,2                             | 1,08* | 217,4                         | 1,09* |
| 4                      | 694,2                         | 1,03* | 449,4                         | 1,01  | 181,9                         | 1,03  | 101,4                         | 0,96  | 286,3                             | 1,03  | 207,3                         | 1,04  |
| 5                      | 671,4                         | 1     | 444,9                         | 1,0   | 177,3                         | 1,0   | 105,4                         | 1,0   | 278,1                             | 1,0   | 199,9                         | 1,0   |

Fonte: elaborazione DASOE su base dati Istat da Atlante regionale sanitario

Pertanto riguardo i principali determinanti in Sicilia possiamo evidenziare in sintesi quanto segue:

- fattori di rischio comportamentali legati a stili di vita inadeguati con riferimento soprattutto a abitudini alimentari e sedentarietà che possono condizionare la frequenza di obesità e altre condizioni croniche e/o a rischio nella comunità;
- progressiva diffusione dei comportamenti a rischio in età giovanile (specie per i consumi di alcool);
- differenze socio-economiche negli esiti di salute.

#### Riepilogo dei problemi di salute in funzione degli obiettivi generali del documento

In Sicilia la mortalità per malattie circolatorie, ed in particolare per patologie cerebrovascolari, è più elevata che nel resto del Paese. Tra le principali cause di morte vi sono inoltre il diabete (specie nel sesso femminile) e i traumatismi ed incidenti stradali (nelle fasce di età più giovani) e le malattie respiratorie. La patologia tumorale pur avendo una minore incidenza rispetto al resto del paese si avvicina ai livelli di mortalità nazionali per quanto riguarda alcune specifiche categorie suscettibili di efficaci interventi di prevenzione e trattamento (es. il tumore dell'utero e della mammella). Fortemente carente è il ricorso alla diagnosi precoce oncologica, da promuovere con una organica e completa attuazione di programmi organizzati sul territorio.

Persistono tuttavia ancora oggi forti influenze negative sulla salute, specie sull'incidenza delle malattie cerebro e cardiovascolari, per quanto riguarda alcuni fattori di rischio ed in particolare obesità, sedentarietà, iperglicemia e diabete e su di essi bisognerà concentrare l'attenzione per i prossimi interventi.

Particolare rilevanza a tal fine possono assumere le differenze evidenziate riguardo al sesso, età e istruzione nella promozione di stili di vita adeguati e nell'accesso ai programmi di sanità pubblica.

Da quanto riportato nelle pagine precedenti, in coerenza con gli obiettivi del documento programmatico emergono i seguenti problemi di salute rilevanti e prioritari:

| Problema di salute rilevante  | Osservazioni   |
|---|--|
| Malattie circolatorie (cardio e cerebrovascolari)                               | Prima causa di morte in entrambi i sessi con tassi più elevati rispetto a quelli nazionali.  |
| Obesità e sedentarietà  | Prevalenza più elevata rispetto alla media nazionale. Importanti determinanti di malattie croniche   |
| Tumori femminili (Utero e Mammella)   | Mammella: prima cause di mortalità precoce<br>Utero: tassi di mortalità lievemente più elevati<br>Carente ricorso a prevenzione secondaria   |
| Diabete   | Più elevata prevalenza e mortalità rispetto ai valori medi nazionali. Tra le prime cause di morte in termini assoluti e di mortalità prematura specie nelle donne. Incompleta aderenza alle raccomandazioni cliniche |
| Broncopatie croniche ostruttive (e malattie respiratorie)                       | Eccesso di mortalità specie in alcune aree   |
| Incidenti stradali  | Prima causa di morte in età giovanile. Progressivo aumento negli ultimi anni degli eventi e dei decessi  |
| Assistenza disabili, anziani e cronici non autosufficienti ed equità nelle cure | Carenza di alternative al ricovero ordinario ed elemento gravemente condizionante il percorso assistenziale  |
| Comportamenti a rischio in età giovanile  | Progressiva diffusione del ricorso all'alcool in età giovanile   |
| Salute lavorativa   | Rilevante impatto sociale  |

## 2. Quadro normativo-programmatico

La legge 14 aprile 2009 n. 5 recante *“Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale”* ha posto le basi per la riforma dell’assetto organizzativo e di governo del proprio sistema.

Questa legge rappresenta un punto di svolta anche rispetto alle misure assunte dalla Regione nell’ambito del “Piano di contenimento e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2007-2009” c.d. “Piano di rientro”.

Essa costituisce, infatti, il fondamento normativo per rinnovare in modo incisivo le modalità con cui la sanità è articolata, gestita ed erogata nella Regione in quanto incide sull’assetto organizzativo del sistema, sulla sua modalità di programmazione, sul riequilibrio dell’offerta tra la rete ospedaliera ed il territorio ed introduce chiari meccanismi operativi di governo e controllo delle attività sanitarie e delle relative risorse.

L’azione di governo regionale, delineata dalla legge di riforma, si articola lungo le seguenti linee di intervento:

- il progressivo spostamento dell’offerta sanitaria dall’ospedale al territorio al fine di un più corretto ed efficace bilanciamento delle prestazioni in funzione dei fabbisogni;
- il riordino della rete ospedaliera pubblica e privata realizzata attraverso l’accorpamento e la rifunionalizzazione di presidi ospedalieri sotto-utilizzati;
- il superamento della frammentazione e/o duplicazione di strutture, attraverso processi di aggregazione e integrazione operativa e funzionale;
- il potenziamento dei servizi e dei posti letto destinati alle attività di riabilitazione, lungo-degenza e post-acuzie;
- la riduzione della mobilità sanitaria passiva extra-regionale;
- il progressivo contenimento dei ricoveri inappropriati sia sotto il profilo clinico, sia organizzativo;
- l’introduzione di un sistema di assegnazione delle risorse commisurato alla erogazione delle attività programmate, alla qualità e alla efficienza dell’operato delle aziende;
- l’attuazione del principio della responsabilità attraverso un sistema di controlli e verifiche che trovi fondamento in ben definiti processi tecnico-gestionali e nell’informatizzazione dei flussi.

In termini programmatici la legge stabilisce che l’assegnazione delle risorse delle aziende deve essere pilotata dalla individuazione degli obiettivi di attività, volumi e qualità delle prestazioni determinate dal livello di fabbisogno territoriale, inserendo i presupposti necessari ad attuare una sinergia virtuosa tra l’attribuzione degli obiettivi, l’assegnazione delle risorse e una puntuale verifica dei risultati.

In particolare la legge definisce:

- la nuova articolazione dell’assetto organizzativo del sistema sanitario prevedendo la costituzione di 17 nuove aziende sanitarie che subentrano alle sopresse 29;
- i distretti ospedalieri (20 in tutta la Sicilia) e i distretti sanitari in numero coincidente con gli ambiti territoriali dei distretti socio sanitari che erogano le prestazioni in materia di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria;
- la creazione di due Bacini territoriali, per ottimizzare gli acquisti di beni e servizi, per il coordinamento delle funzioni e dei servizi a livello interaziendale e per lo sviluppo di progetti comuni;
- i termini della riorganizzazione strutturale e funzionale della rete dell’emergenza-urgenza sanitaria, articolata in quattro centrali operative che coordinano il servizio attraverso nove unità periferiche (una per provincia) e le modalità di affidamento delle attività di trasporto;
- l’indicazione degli atti e delle procedure, dei tempi di vigilanza e controllo che possono essere esercitati dall’Assessorato sulle aziende al fine di assicurare il monitoraggio dei dati economico-gestionali;
- l’attività di verifica e controllo sulla corrispondenza tra i risultati raggiunti dalle aziende e quelli fissati negli atti di programmazione locale;
- un sistema di controllo di gestione delle aziende che assicuri assicurare la verifica dell’appropriatezza, l’adeguatezza e la qualità delle prestazioni, adeguati tassi di utilizzo dei posti letto e delle dotazioni tecnologiche, l’accoglienza delle strutture e l’accessibilità dei servizi e l’attivazione di procedure per il governo del rischio clinico;
- le condizioni e le modalità in base alle quali si stabiliscono gli accordi e i contratti con gli erogatori privati: i rapporti con le strutture private vengono subordinate ai vincoli derivanti dalla programmazione economico finanziaria (tetti di spesa), agli esiti delle verifiche su qualità e appropriatezza, ai vincoli di determinazione dell’effettivo fabbisogno di prestazioni e vengono introdotti meccanismi di remunerazione per le strutture capaci di assistere pazienti provenienti da altre regioni;
- l’individuazione della destinazione delle risorse finanziarie disponibili per il SSR;
- il divieto di esternalizzazione delle funzioni da parte delle Aziende sanitarie.

### 2.1 Dal contenimento della spesa alla riqualificazione dell’assistenza

Con l’Accordo sottoscritto il 31 luglio 2007 tra il Ministero della Salute ed il Ministero dell’Economia e Finanze per l’approvazione del Piano di contenimento e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale 2007/2009 c.d. “Piano di rientro”, la Regione Siciliana ha intrapreso un percorso per il risanamento dal deficit, con l’introduzione di un sistema di misure prevalentemente orientate alla riduzione dei costi ed alla razionalizzazione delle risorse, che ha consentito di contenere la spesa entro livelli definiti.

Con il Piano di rientro si è inteso, quindi, sviluppare una programmazione più efficace e vincolata delle risorse disponibili, prevedendo non solo un forte controllo dell’andamento della spesa sanitaria, ma anche la rimozione

delle cause strutturali di inadeguatezza ed inappropriatelyzza costituenti pesanti vincoli per il Sistema Sanitario Regionale (SSR), attraverso opportuni interventi organizzativi e gestionali.

Il conseguimento di tali obiettivi ha posto la Regione Siciliana nelle condizioni di intervenire sui meccanismi che finora hanno esercitato un impatto determinante sulla spesa sanitaria, attraverso la corretta allocazione delle risorse destinate alle diverse forme di assistenza così avviando, opportunamente, la modificazione anche del sistema di offerta sanitaria secondo le seguenti linee di priorità:

- analisi del processo assistenziale e dei corrispondenti fabbisogni quale base per la riprogettazione dell'offerta improntata alla razionalità, all'efficacia, all'efficienza e all'economicità;
- spostamento graduale delle risorse economiche attualmente utilizzate dall'assistenza ospedaliera per acuti verso diverse tipologie di assistenza sanitaria territoriale più appropriate e meno costose, con particolare riferimento al potenziamento dell'attività di prevenzione, all'implementazione dell'attività domiciliare nella forma integrata e di riabilitazione sia ospedaliera che territoriale, dell'assistenza residenziale per lungodegenti e di quella specialistica;
- riorganizzazione-riqualificazione del sistema privato di erogazione dei servizi sanitari sulla base di criteri che garantiscano prestazioni qualitativamente elevate, appropriate ed efficaci;
- responsabilizzazione dei vertici aziendali a partire dai direttori generali delle aziende.

Il percorso di realizzazione degli obiettivi di Piano di rientro, come accennato in premessa, ha ricevuto una svolta significativa con l'emanazione della legge 5/09 di riordino del Servizio Sanitario Regionale.

Infatti, la nuova articolazione voluta dal Legislatore, oltre a rispondere a fondamentali obiettivi di efficacia del sistema, contribuisce a migliorarne l'efficienza e ad ottimizzare le risorse.

Sul piano operativo, le azioni programmate hanno predisposto le condizioni, attraverso la definizione di un "business plan" delle attività, per la realizzazione del nuovo assetto sanitario regionale delineato dalla riforma e, contestualmente, per il perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario, con le sole risorse del Fondo sanitario, nei termini previsti dal Piano di rientro.

Al contempo, il soddisfacimento dei bisogni di salute deve essere garantito nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei criteri e delle regole per il governo dei livelli di spesa basati su indicatori standard di efficienza ed appropriatezza, ponendosi – l'equilibrio economico-finanziario- quale condizione ineludibile per la sostenibilità del sistema anche alla luce degli obblighi scaturenti dall'Intesa sul nuovo Patto per la Salute per il triennio 2010-2012.

## **2.2 I collegamenti con altri livelli di programmazione: il Patto per la Salute**

L'Intesa raggiunta il 3 dicembre 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome con la sottoscrizione del Patto per la Salute, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 consentirà una maggiore sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale per il triennio 2010-2012 e, al contempo, una migliore programmazione regionale.

Sulla base del nuovo Patto, con il quale vengono stabilite regole e fabbisogni condivisi, nel rispetto dei vincoli previsti dal Patto Europeo di stabilità e Crescita, la Regione Siciliana è chiamata tra l'altro, con le altre regioni e province autonome, a confrontarsi su indicatori standard di efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse.

Nello specifico, gli indirizzi di programmazione del nuovo Patto per la salute si rivolgono a settori strategici in cui operare al fine di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e nel contempo un maggiore controllo della spesa.

In particolare, le aree di maggiore interesse indicate dal Patto sono:

- a) riorganizzazione della rete regionale di assistenza ospedaliera;
- b) assistenza farmaceutica;
- c) governo del personale;
- d) qualificazione dell'assistenza specialistica;
- e) meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato;
- f) accordi sulla mobilità interregionale;
- g) assistenza territoriale e post acuta ivi compresa l'assistenza residenziale e domiciliare ai pazienti anziani e ai soggetti non autosufficienti;
- h) potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili, ivi compreso il progetto tessera sanitaria;
- i) rilancio delle attività di prevenzione.

La Regione Siciliana, quindi, fa propri i contenuti del nuovo Patto per la Salute con gli indicatori e standard per le suddette aree di interesse strategico definite dallo stesso Patto, cui dovranno essere informati i conseguenti provvedimenti di programmazione e di attuazione, a garanzia dei LEA e per il conseguimento di maggiori livelli di appropriatezza nell'erogazione e organizzazione dei servizi e nella gestione delle risorse.

## **2.3 Il Piano Regionale della Salute: principi ispiratori**

Il Piano Regionale della Salute tiene conto di alcuni principi di fondo quali: l'universalità, il rispetto della libertà di scelta, il pluralismo erogativo da parte di strutture pubbliche e private accreditate e l'equità di accesso alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per tutti i cittadini comprese le fasce più vulnerabili.

Tali principi, tuttavia, non possono prescindere dall'appropriatezza, intesa sia in senso strettamente clinico, che nella accezione di "erogazione della prestazione più efficace al minor consumo di risorse".

Sulla base di questi presupposti, il Piano Regionale della Salute pone il cittadino al centro del sistema assistenziale, offrendo risposte appropriate e diversificate in relazione agli specifici bisogni di salute sia sul territorio che in ospedale e tenendo conto anche delle esigenze che attengono alla sfera della persona.

Il Piano, quindi, mira da un lato alla promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari, con la realizzazione di un sistema di assistenza che costituisca un forte riferimento per la prevenzione, la cronicità, le patologie a lungo decorso e la personalizzazione delle cure; dall'altro, alla riqualificazione dell'assistenza ospedaliera puntando all'appropriatezza dei ricoveri nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza.

E' in questa prospettiva organizzativa e gestionale che va ad inserirsi un processo culturale fondato sull'appropriatezza dell'assistenza, traducibile - in termini di trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio - in un cambiamento di orientamento ed investimento strategico aziendale a cura dei vertici aziendali, destinato allo sviluppo di appropriati strumenti gestionali finalizzati alla realizzazione/implementazione di opportune attività assistenziali.

Il processo di riqualificazione dell'assistenza richiede, inoltre, un lavoro in rete: lavorare in una logica di sistema significa far sì che gli operatori della sanità, come quelli del sociale, possano comunicare tra di loro, condividere obiettivi e progetti collettivi ed assicurare in maniera integrata la continuità dell'assistenza.

Infatti, è attraverso le Reti che possono essere offerte risposte alle esigenze di superamento della compartimentazione da cui scaturisce uno degli aspetti più critici dell'assistenza sanitaria, e cioè la frammentarietà dell'assistenza, fornendo:

- al cittadino maggiori garanzie di efficacia e di continuità per la gestione del suo problema di salute;
- al sistema garanzie ponderate di efficienza che evitino inutili sperperi di risorse.
- ai professionisti garanzie di sviluppo di competenze distintive appropriate e coerenti con le funzioni svolte.

Contestualmente, occorre la creazione di un punto unico per bacino territoriale di accesso alla rete dei servizi territoriali, che sia in grado di offrire non solo l'accompagnamento del paziente nel passaggio da un nodo all'altro della rete stessa e la semplificazione delle procedure di accesso alle prestazioni, ma anche una risposta globale che includa la valutazione multidisciplinare dei bisogni e la formulazione di un piano personalizzato di assistenza.

Il percorso fin qui tracciato, che introduce elementi innovativi conformati ai più recenti indirizzi di politica sanitaria nazionale e regionale, rappresenta la risposta coraggiosa e coerente per un accettabile riequilibrio tra l'universo dei bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini e le risorse disponibili intendendo, così, sostenere una sanità non considerabile solo come un costo ma soprattutto come un investimento diretto al miglioramento della qualità della vita delle persone, a beneficio di tutta la società.

La Regione assume inoltre l'impegno di accompagnare gli interventi mirati al perseguimento degli obiettivi di salute, attraverso una puntuale verifica e validazione dei risultati via via conseguiti, sia in termini di efficienza ed efficacia che di compatibilità economica.

L'assistenza sanitaria e sociosanitaria va programmata secondo obiettivi, criteri, parametri e modelli che consentano una rimodulazione dei rispettivi ambiti gestionali ed organizzativi, puntando alla riqualificazione della rete dell'offerta a partire dal potenziamento del territorio, alla riorganizzazione degli ospedali e all'avvio dell'assistenza sociosanitaria in forma integrata, quale nuova modalità operativa da porre a sistema.

I prospettati cambiamenti di contesto vogliono indurre tutti gli operatori della sanità della Regione ad operare scelte di efficienza che pongano attenzione ad evitare gli sprechi, a valorizzare performance professionali qualitativamente elevate e mettano la persona e la tutela della sua salute al centro del sistema.

## 2.4 Le politiche sociosanitarie

Negli ultimi anni si sono affermati sul territorio nazionale mutamenti e nuove dinamiche nel contesto epidemiologico e sociale che hanno contribuito alla creazione di aree socio-demografiche e socio-economiche, caratterizzate da una differenziazione della domanda di servizi e da disparità circa le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e sociali.

Le modifiche al Titolo V della Costituzione hanno sostanzialmente cambiato il sistema delle responsabilità in ordine all'assistenza sanitaria e sociale, responsabilizzando fortemente il livello regionale e locale nella garanzia dei diritti di cittadinanza.

Costituiscono pertanto una priorità strategica della programmazione regionale le politiche di integrazione socio-sanitaria quale presupposto indispensabile per superare prassi settoriali ed integrare competenze e servizi diversi, allo scopo di assicurare l'unitarietà e la globalità degli interventi che si connotano per la duplice valenza sociale e sanitaria.

L'integrazione sociosanitaria, come definita dal D.L.vo n. 229/99, riguarda "...tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

Con D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli essenziali di Assistenza" sono stati definiti, tra l'altro, all'allegato IC "Area integrazione socio-sanitaria", i Livelli Essenziali di Assistenza di competenza del Servizio sanitario regionale relativi all'area della integrazione socio-sanitaria indicando le tipologie di prestazioni nelle quali la componente sanitaria non è immediatamente distinguibile dalla componente sociale e per la sostenibilità delle quali viene indicata una misura compartecipativa.

In coerenza con il contesto normativo nazionale, anche la legge regionale 14 aprile 2009 n.5 “Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale”, nel suo precipuo mandato di riformare il “sistema”, chiamando la Regione a dar luogo a interventi di politica di integrazione sociosanitaria attestati a criteri di concertazione degli indirizzi e delle strategie, ha pienamente assunto il superamento della visione dicotomica esistente degli interventi sanitari e sociali, prevedendo l’azione congiunta tra i diversi rami dell’amministrazione coinvolti nella programmazione del settore.

La l.r. n.5/09 ha, a tal fine, definito la coincidenza territoriale dei distretti sanitari con i distretti sociali nel numero di 55, individuati quali ambiti ove agire e sviluppare tutte le azioni in favore delle politiche sociosanitarie a partire anche dalla programmazione dei Piani di Zona, quali strumenti di collegamento istituzionale e di forte integrazione tra soggetti pubblici e privati tra servizi sociali e sanitari, in osservanza della legge 328/00, realizzando la condivisione di programmi, strumenti, metodologie, risorse sulla base di linee guida regionali delle politiche sociali e delle politiche sanitarie da adottarsi con apposito documento di programmazione congiunta del sistema locale dei servizi integrati sul territorio, secondo quanto previsto dall’art.12, comma 7 della l.r.5/2009, allo scopo di fissare gli indirizzi operativi finalizzati ad assicurare le opportune integrazioni tra servizi sanitari e servizi sociali con specifico riferimento agli interventi in favore dei soggetti fragili.

L’articolo 19 della L. 328/2000, richiama inoltre la necessità di coerenza tra la programmazione sociale e quella sanitaria all’interno dei Piani di Zona, procedendo alla costruzione dei “sistemi locali di intervento” basati sulla complementarietà degli interventi sanitari e sociali sul coordinamento nel territorio delle attività di enti ed organismi che hanno competenze o realizzano iniziative in questi settori.

In tale direzione volge la riforma dell’Amministrazione regionale con l’istituzione dell’Ufficio speciale per l’integrazione sociosanitaria, con l’obiettivo principale di rendere operativo un coordinamento permanente tra le strutture intermedie in cui sono articolati i Dipartimenti, rispettivamente, degli Assessorati regionali della Salute e della Famiglia, delle Politiche sociali e del Lavoro con competenze rilevanti in proposito, ed attivare quanto necessario per implementare nel territorio della Regione un percorso che, nell’ambito del complesso assetto di competenze tra attori del Sistema sanitario e attori del Sistema dei servizi sociali, individui un unico indirizzo di programmazione sociosanitaria.

Coerentemente è intervenuta anche la legge regionale n.1 del 2010 “Istituzione delle Unità operative delle professioni sanitarie e del servizio sociale” con la quale le Aziende sanitarie della Regione sono tenute ad istituire, nell’ambito della propria organizzazione, le specifiche Unità Operative quali strutture di staff, deputate a concorrere alla programmazione ed alla realizzazione degli obiettivi aziendali.

La Regione Siciliana intende, pertanto, valorizzare un percorso condiviso che ponga le condizioni per dare risposta, in una logica di integrazione a vari livelli, istituzionale, gestionale e professionale, ai bisogni molteplici e complessi dei cittadini promuovendo tutti gli strumenti finalizzati all’attuazione di una governance unitaria nel settore sociosanitario con prevalente riferimento agli ambiti laddove l’integrazione sociosanitaria assume un valore strategico per un’efficacia risposta a bisogni complessi: materno-infantile, immigrati e rom, detenuti, anziani, disabili fisici, psichici e/o sensoriali, persone con dipendenze patologiche, persone con patologie in fase terminale, con infezione da HIV, trapiantati e, più in generale, le fasce deboli della popolazione e le loro famiglie.

### 3. Il Piano della Prevenzione

La sorveglianza dello stato di salute della popolazione regionale e dei principali determinanti e fattori di rischio attraverso strumenti e metodi epidemiologici, orientata ad un'ottica di sanità pubblica regionale e cioè strettamente rivolta alla individuazione degli obiettivi di salute, dei bisogni sanitari e del monitoraggio e controllo dei fattori di rischio in comunità, permette di orientare le strategie di intervento e valutarne e monitorarne la relativa efficacia. Le evidenze prodotte hanno costituito il riferimento per l'avvio di programmi di prevenzione e di educazione alla salute nell'ottica della epidemiologia consequenziale.

In linea generale, la prevenzione è l'insieme di interventi finalizzati ad impedire o ridurre il rischio (ossia la probabilità) che si verifichino eventi non desiderati ovvero ad abbatterne o attutirne gli effetti in termini di morbilità, disabilità e mortalità. Tale concetto – universalmente accettato - ha avuto nel tempo e continua ad avere declinazioni differenti; in atto, ponendo la persona e la comunità, di cui è parte, al centro del progetto di salute, e valorizzando gli esiti più che i processi, si rende opportuno considerare la prevenzione rivolta a problemi e, conseguentemente, a obiettivi:

- prevenzione come promozione della salute: rientrano in essa gli interventi che potenziano i determinanti positivi e che controllano i determinanti negativi sia individuali che ambientali;
- prevenzione come individuazione del rischio: comprendono sia gli screening di popolazione che la medicina predittiva;
- prevenzione come gestione della malattia e delle sue complicanze: significa adozione di protocolli diagnostico-terapeutico-riabilitativi fondati sull'evidenza di efficacia, con standard di qualità, verifiche e monitoraggio.

L'attività di prevenzione e di educazione alla salute è un momento fondamentale di un sistema che si fa carico della salute dei cittadini: infatti l'insorgenza di molte malattie può essere prevenuta mediante l'adozione di corretti stili di vita, mentre in altri casi, come alcune patologie tumorali, la diagnosi in fase precoce, addirittura preclinica, permette un trattamento più efficace e un miglior esito finale.

Inoltre le attività di prevenzione e di educazione alla salute, anche se rivolte a un maggior numero di persone, hanno un costo molto inferiore a quello che sarebbe necessario per la diagnosi e la cura delle patologie che si cercano di prevenire, e pertanto in un'ottica di lungo respiro permettono una riduzione dei costi del sistema sanitario.

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscoloscheletrici, disturbi sensoriali) che hanno in comune fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa. Tali fattori di rischio sono responsabili - da soli - del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia.

Nel nostro paese, questi fattori di rischio si distribuiscono in maniera molto differente nella popolazione e sono molto più diffusi tra le persone delle classi socio-economiche più basse, le quali hanno una mortalità e una morbilità molto maggiori rispetto a chi, socialmente ed economicamente, si trova in posizione più avvantaggiata. Un altro importante fattore di discriminazione, nel nostro Paese, è il significativo gradiente tra Nord e Sud Italia. Per quanto riguarda, ad esempio, obesità e sovrappeso, le regioni meridionali hanno una prevalenza più elevata (28,7%) rispetto a quelle del nord (19,3%). L'eccesso ponderale è una condizione più diffusa nella popolazione adulta con basso titolo di studio e riguarda sia gli uomini sia le donne in qualsiasi fascia d'età. Il fenomeno dell'obesità in età pediatrica, fino a qualche decennio fa poco diffuso, è un dato allarmante in quanto evidenze scientifiche riconoscono all'obesità in età pre-adolescenziale e adolescenziale una forte capacità predittiva dello stato di obesità in età adulta.

Tale quadro epidemiologico è frutto, da una parte, della progressiva riduzione a livelli minimi delle malattie infettive a carattere epidemico e, dall'altra, del progressivo invecchiamento della popolazione, che vede il nostro Paese in testa alle classifiche mondiali per aspettativa di vita.

In questo cambio radicale di scenario, è assolutamente necessario e ragionevole ricorrere a strumenti che consentano di definire meglio le priorità, individuando i problemi di salute nei confronti dei quali, allo stato delle conoscenze, la prevenzione possa mettere in campo interventi atti a contrastare i fattori di rischio e a potenziare i determinanti positivi.

Significativi in questo senso sono i dati della mortalità evitabile, elaborati a partire dai dati Istat che riguardano la popolazione di età 0-74 anni e le cause di morte per le quali sono disponibili interventi, di prevenzione o diagnosi precoce, che ne potrebbero limitare l'incidenza. Secondo alcune stime recenti, vi sarebbero infatti in Italia circa 100 mila morti evitabili per il 56,6% mediante la prevenzione primaria, per il 16,6% attraverso diagnosi precoci e per la restante parte attraverso una migliore assistenza sanitaria.

In considerazione di questa situazione nasce il programma "Guadagnare Salute", cui partecipa anche la Regione Siciliana, per l'esigenza di rendere più facili le scelte salutari e di promuovere campagne informative che mirino a modificare comportamenti inadeguati che favoriscono l'insorgere di malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica.

"Guadagnare Salute" si articola in un programma trasversale governativo e in quattro programmi specifici basilari:

- promozione di comportamenti alimentari salutari,
- lotta al tabagismo,

- lotta all'abuso di alcol,
- promozione dell'attività fisica.

Il Ministero della Salute e le Regioni sono già impegnati nell'azione di contrasto alle malattie croniche attraverso il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, definito nell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005. Questo ha incluso tra gli obiettivi di salute prioritari la prevenzione del rischio cardiovascolare, delle complicanze del diabete e degli incidenti stradali, lo sviluppo dei programmi di screening oncologici e delle vaccinazioni, ed il contrasto all'obesità.

La Regione Siciliana con D.A. n. 6065 del 29/7/2005 ha individuato gli screening oncologici (mammella, utero e colon-retto), le vaccinazioni, la prevenzione del rischio cardiovascolare e il Disease Management del diabete mellito di tipo 2 tra le tematiche del Piano Regionale di Prevenzione redatto a seguito dell'art. 4 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, mentre con il D.A. n. 7514 del 9/3/2006 ha individuato la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità, delle recidive di eventi cardio e cerebrovascolari, degli incidenti stradali e domestici e degli infortuni sul lavoro.

### 3.1 Piano regionale di prevenzione attiva del rischio cardiovascolare

Molte raccomandazioni internazionali delineano con chiarezza le modalità per attuare una prevenzione attiva efficace del rischio cardiovascolare, sottolineando in particolare il ruolo integrato della strategia individuale e di quella di popolazione.

Nella strategia individuale un ruolo fondamentale è svolto dai Medici di Medicina Generale che sono in grado di stratificare il rischio cardiovascolare assoluto dei loro assistiti, nei vari contesti professionali, dalla medicina di attesa a quella di opportunità a quella attiva.

La Regione Siciliana ha cooptato i Medici di Medicina Generale per un'azione sinergica e concordata di valutazione del rischio cardiovascolare assoluto dei propri cittadini di età dai 35 ai 69 anni, seguita da interventi adeguati di correzione del rischio, laddove necessari, prevalentemente attraverso la terapia educativa degli stili di vita, di cui uno degli strumenti principali è il counseling motivazionale breve.

Nella strategia di popolazione, che mira a diffondere nel maggior numero dei cittadini della Regione la cultura della promozione della salute e della prevenzione cardiovascolare in particolare, aumentando le conoscenze sul rischio cardiovascolare assoluto, sui fattori di rischio ed i loro livelli raccomandabili e sui comportamenti per ridurre quelli modificabili, un ruolo importantissimo viene svolto dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, in collaborazione con le strutture preposte all'Educazione alla Salute.

Considerate le esigenze di standardizzazione dell'approccio e delle misure per una corretta valutazione del rischio cardiovascolare assoluto, si è ritenuto necessario predisporre preliminarmente una adeguata formazione dei medici e del personale sanitario partecipante, secondo le indicazioni del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità (vedi [www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it)).

Il Piano Regionale per la prevenzione attiva del rischio cardiovascolare è stato approvato nel 2005, e per la sua attuazione la Regione ha identificato un Comitato di Coordinamento integrato comprendente il livello centrale regionale e il livello periferico delle ex Aziende Sanitarie Locali (ora ASP), mediante la nomina di un referente per ciascuna di queste e di un rappresentante dei Medici di Medicina Generale.

E' previsto che il piano sia rivolto all'intera popolazione regionale; tuttavia, dopo valutazione delle risorse disponibili, in una prima fase di attuazione si è ritenuto necessario identificare in ogni Azienda territoriale un distretto pilota per l'attuazione del piano, da cui ricavare informazioni sulle criticità da superare in vista dell'estensione a tutta la Regione.

Le Aziende Sanitarie territoriali, con la collaborazione del Comitato di Coordinamento, hanno predisposto i Piani Operativi Aziendali riguardanti i Distretti pilota, che considerano le modalità di coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, l'organizzazione della formazione (sia per i Medici di Medicina Generale che per il personale Aziendale), l'individuazione del percorso per la gestione del Rischio Cardiovascolare (sia da parte del Medico di Medicina Generale che riguardo l'eventuale presa in carico da parte di servizi specialistici), le modalità di comunicazione e di coinvolgimento della popolazione per favorirne la partecipazione alla valutazione del rischio offerta e praticata dal proprio Medico di Medicina Generale, il monitoraggio del progetto.

I Medici di Medicina Generale contattano attivamente (mediante lettera o telefonata e fissando un appuntamento) i propri assistiti ricadenti nella fascia d'età 35-69 anni ed effettuano per ciascuno di essi la valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto mediante l'adozione di un algoritmo validato di calcolo del rischio basato su dati nazionali standardizzati e recenti, utilizzando il programma cuore.exe dell'Istituto Superiore di Sanità. Successivamente nella gestione del rischio verranno seguiti i percorsi individuati nei protocolli operativi Aziendali, basati sul coinvolgimento attivo e l'integrazione della Medicina Generale e di servizi e strutture operanti per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili.

Contemporaneamente all'inizio della strategia individuale viene attuata la strategia di popolazione da parte degli uffici di Educazione alla Salute e dei Dipartimenti di prevenzione, curando soprattutto la comunicazione all'opinione pubblica delle opportunità offerte dal Piano di prevenzione e della necessità dell'adozione di stili di vita "salvacuore", a supporto dell'azione del Medico di Medicina Generale.

Nel 2006 è stato organizzato, con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità, il corso di formazione regionale per i Medici di Medicina Generale animatori di formazione, e nel corso del 2007 è stata completata la formazione a cascata degli altri Medici di Medicina Generale nei rispettivi distretti pilota.

Contemporaneamente è stata predisposta la campagna informativa di popolazione, concordando i temi e condividendo il materiale predisposto dalle diverse Aziende Sanitarie, ed è iniziata la rilevazione sui pazienti.

I primi dati dell'attività di strategia individuale effettuata dai Medici di Medicina Generale, standardizzati per età, mostrano che nella popolazione di età 35-69 anni il 30% degli uomini e il 34% delle donne è iperteso, il 39% degli uomini e il 36% delle donne ha ipercolesterolemia, il 13% degli uomini e il 10% delle donne è diabetico. Complessivamente è ad alto rischio (cioè con più del 20% di probabilità di sviluppare un evento cerebrovascolare maggiore quale ictus o infarto nei successivi 10 anni) l'8,5% degli uomini e lo 0,4% delle donne in questa fascia d'età.

Si ritiene necessario proseguire questa attività estendendola almeno ad un altro distretto per ogni ASP.

### **3.2 Piano regionale di prevenzione attiva delle recidive di eventi cardio e cerebrovascolari**

La cardiopatia ischemica e l'ictus costituiscono le più importanti manifestazioni della malattie cardiovascolari e sono fra le principali cause di morte in Sicilia. Le recidive sono eventi frequenti che contribuiscono notevolmente alla mortalità.

Nella fase acuta, i pazienti hanno bisogno di soccorso e cure tempestive in un contesto assistenziale ad alta densità tecnologica, tipicamente ospedaliero. Nella fase cronica la qualità delle cure e la prevenzione delle recidive si basano sulla stratificazione del rischio e su chiare raccomandazioni alla dimissione, sulla competenza del paziente e del contesto familiare, sulla presa in carico da parte del medico di famiglia o di una struttura dedicata e sulla qualità della consulenza specialistica.

E' previsto che il Piano regionale di prevenzione attiva delle recidive di eventi cardio e cerebrovascolari sia rivolto all'intera popolazione adulta regionale e questo è comunque l'obiettivo finale dello sforzo di pianificazione regionale. Tuttavia, dopo valutazione delle risorse disponibili, si è ritenuto necessario inizialmente selezionare alcune Aziende per attivare il Piano come Progetto Pilota, da cui ricavare informazioni sulle criticità da superare in vista dell'estensione a tutta la Regione. In particolare, tenendo conto dell'esperienza già acquisita nella partecipazione al Registro degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari promosso dall'Istituto Superiore di Sanità, è stata identificata la provincia di Caltanissetta per l'attuazione del progetto.

Il Piano Regionale per la prevenzione attiva delle recidive di eventi cerebro e cardiovascolari è stato approvato nel corso del 2006, e per la sua realizzazione è stato identificato un Comitato di Coordinamento regionale composto da funzionari regionali e dai referenti delle Aziende coinvolte.

Per ogni paziente ricoverato per un evento cardio o cerebrovascolare vengono raccolte, tramite compilazione di una scheda predisposta dal Comitato di Coordinamento, le informazioni relative alla presenza di fattori di rischio cardiovascolare e alla precedente storia di cardiopatia ischemica e di eventi cerebrovascolari.

Al momento della dimissione, ognuno di questi pazienti riceve una lettera da trasmettere al proprio Medico curante che, oltre ai riferimenti utili per tenersi in contatto con la struttura ospedaliera, contiene una valutazione del rischio di recidive, indicazioni sulla correzione dei fattori di rischio, sulla terapia, sulla riabilitazione e sui controlli periodici da eseguire, in modo da favorire la continuità assistenziale sul territorio.

Inoltre la lettera contiene l'indicazione dell'appuntamento presso un ambulatorio polispecialistico dedicato, appositamente istituito, che prenderà in carico il paziente per i successivi controlli, oltre ad attuare la terapia educativa, intesa a modificare gli stili di vita e a favorire l'aderenza alla terapia farmacologica, eventualmente indirizzando il paziente anche ad altri servizi e strutture operanti per favorire il controllo delle condizioni di rischio modificabili. Presso l'Azienda territoriale è attiva una Segreteria centralizzata che gestisce l'invio dei pazienti ai diversi poliambulatori sul territorio.

Gli stessi pazienti vengono seguiti nel tempo per almeno un anno, garantendo, dopo il primo a un mese, almeno un controllo ogni 4 mesi per ogni paziente dimesso, e registrando sulla scheda predisposta le informazioni sui controlli successivi e sull'aderenza agli interventi (farmacologici e non farmacologici) proposti, in modo da monitorarne le recidive e successivamente identificarne i principali fattori di rischio.

L'analisi dei primi dati mostra che al secondo controllo successivo all'evento si osserva una riduzione significativa nella glicemia e nella colesterolemia totale.

Si ritiene necessario proseguire questa attività estendendola ad altre ASP, eventualmente rimodulandola in considerazione del mutato assetto territoriale.

### **3.3 Piano regionale di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità**

L'OMS ha sviluppato una strategia globale su dieta, attività fisica e salute con una serie di raccomandazioni per i governi e per tutte le altre parti in causa. Nello specifico si raccomanda un approccio multisettoriale per far sì che aumenti il consumo di frutta e verdura, diminuisca l'apporto di grassi, sale e zucchero, si faccia attività fisica giornaliera e si mantenga l'Indice di Massa Corporea (BMI) entro limiti accettabili. Peraltro l'OMS ha avanzato numerose indicazioni sulla promozione e il sostegno della pratica dell'allattamento al seno proprio per gli effetti benefici che ne trae il lattante anche nell'ambito della predisposizione al sovrappeso e dell'obesità in età adulta.

Su questa base possono delinearci alcune modalità per attuare delle strategie preventive, attive ed efficaci, del sovrappeso e dell'obesità, sottolineando in particolare il ruolo integrato della strategia individuale e di quella di popolazione, che viene individuata prioritariamente, ma non esclusivamente, nella popolazione pediatrica.

Nella strategia individuale il ruolo un ruolo fondamentale è svolto dai Pediatri di libera scelta che sono in grado di stratificare lo stato nutrizionale dei loro assistiti, nei vari contesti professionali, dalla medicina di attesa a quella di opportunità a quella attiva. La Regione Siciliana ha cooptato i Pediatri di Libera scelta per un'azione sinergica e concordata di valutazione dello stato nutrizionale della popolazione di età pediatrica, seguita da interventi adeguati di correzione degli apporti nutrizionali, laddove necessari, prevalentemente attraverso la terapia educativa degli stili di vita, di cui uno degli strumenti principali è il counseling motivazionale breve.

Nella strategia di popolazione, che mira a diffondere nel maggior numero dei cittadini della Regione la cultura della promozione della salute e della prevenzione del sovrappeso e obesità in particolare, aumentando le conoscenze sul rischio assoluto che questa condizione comporta per l'organismo, sui fattori di rischio ed i loro livelli raccomandabili e sui comportamenti per ridurre quelli modificabili, un ruolo importantissimo viene svolto dai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, in collaborazione con le strutture preposte all'Educazione alla Salute.

Considerate le esigenze di standardizzazione dell'approccio e delle misure per una corretta valutazione dello stato nutrizionale, si è ritenuto necessario predisporre preliminarmente una adeguata formazione dei medici e del personale sanitario partecipante.

Il Piano Regionale per la prevenzione attiva del sovrappeso e dell'obesità è stato approvato nel corso del 2006, e per la sua realizzazione la Regione ha identificato un Comitato di Coordinamento integrato comprendente il livello centrale regionale e il livello periferico delle ex Aziende Sanitarie Locali (ora ASP), mediante la nomina di un referente per ciascuna di queste.

E' previsto che il piano sia rivolto all'intera popolazione regionale; tuttavia, dopo valutazione delle risorse disponibili, in una prima fase di attuazione si è ritenuto necessario identificare in ogni Azienda territoriale un distretto pilota per l'attuazione del piano, da cui ricavare informazioni sulle criticità da superare in vista dell'estensione a tutta la Regione.

Le Aziende Sanitarie territoriali, con la collaborazione del Comitato di Coordinamento, hanno predisposto i Piani Operativi Aziendali riguardanti i Distretti pilota, che considerano le modalità di coinvolgimento dei Pediatri di Libera Scelta, l'organizzazione della formazione (sia per i Pediatri di Libera Scelta che per il personale Aziendale), l'individuazione del percorso per la gestione dell'eccesso ponderale (sia da parte del Pediatra di Libera Scelta che riguardo l'eventuale presa in carico da parte di servizi specialistici), le modalità di comunicazione e di coinvolgimento della popolazione per favorirne la partecipazione alla valutazione del rischio offerta e praticata dal proprio Pediatra di Libera Scelta, il monitoraggio del progetto.

I Pediatri di Libera Scelta contattano attivamente (mediante lettera o telefonata e fissando un appuntamento) i propri assistiti ricadenti nella fascia d'età 3-14 anni ed effettuano per ciascuno di essi la valutazione del BMI e dei fattori di rischio comportamentali, effettuando una registrazione dei dati su supporto informatico o su schede cartacee che vengono successivamente informatizzate dal personale del Distretto. Successivamente nella gestione del rischio vengono seguiti i percorsi individuati nei protocolli operativi Aziendali, basati sul coinvolgimento attivo e l'integrazione di servizi e strutture operanti per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili.

Contemporaneamente alla strategia individuale viene attuata la strategia di popolazione, curando soprattutto la comunicazione all'opinione pubblica delle opportunità offerte dal Piano di prevenzione e della necessità dell'adozione di stili di vita salutari a supporto dell'azione del Pediatra di Libera Scelta.

In particolare sono stati individuati alcuni progetti di popolazione da attuare dalle diverse Aziende territoriali:

- Educazione nutrizionale per la popolazione in età scolare e il relativo nucleo familiare per favorire corretti stili alimentari e di attività fisica e per prevenire le patologie correlate all'alimentazione in soggetti a rischio
- Sorveglianza nutrizionale in età scolare
- Promozione di scelte alimentari nutrizionalmente corrette, con speciale riguardo all'eccessivo introito energetico da spuntini calorici e bevande dolcificate con i distributori automatici
- Uniformazione in ambito regionale degli interventi per la ristorazione collettiva scolastica e assistenziale definendo criteri di indirizzo per la loro applicazione
- Pianificazione a livello regionale e locale di interventi di promozione e sostegno allo svolgimento di un'adeguata attività motoria
- Promozione e sostegno dell'allattamento esclusivo al seno almeno fino al sesto mese di vita.

Nel 2008 è iniziata la formazione per i Pediatri di Libera Scelta, è stato predisposto e testato il questionario per la valutazione del BMI e dei fattori di rischio comportamentali, e successivamente è iniziata la rilevazione dei dati.

Sono stati elaborati e valutati alcuni documenti comuni riguardanti le tabelle alimentari per le mense collettive, il merceologico e le linee guida per la ristorazione scolastica e l'uso dei distributori automatici, in collaborazione con l'Assessorato regionale all'Agricoltura.

Inoltre la Regione ha partecipato al progetto nazionale "OKkio alla Salute" relativo alla sorveglianza nutrizionale in età scolare, effettuando il campionamento delle classi partecipanti (terza elementare), organizzando la formazione degli operatori, e la successiva raccolta dei dati sullo stato nutrizionale e le abitudini alimentari dei bambini coinvolti. All'analisi dei dati risultano obesi il 17% dei bambini (verso il 12% del campione nazionale). I bambini che assumono una colazione adeguata la mattina sono il 50% e solo il 9% dei bambini svolge una adeguata (almeno un'ora al giorno) attività fisica.

Si ritiene necessario proseguire questa attività estendendola almeno ad un altro distretto per ogni ASP.

### 3.4 Il Disease Management del diabete mellito di tipo 2

Il Disease Management è una modalità organizzativa attraverso la quale vengono gestite le risorse del sistema sanitario utilizzando team clinici interdisciplinari, analisi continua di dati rilevanti e tecnologie con rapporto ottimale costo/efficacia per migliorare l'outcome nel paziente con specifiche patologie. Tende, inoltre, a considerare l'intero decorso clinico del paziente affetto da una determinata patologia piuttosto che prendere in esame i singoli episodi o gli incontri frammentari del paziente stesso con differenti parti del sistema sanitario.

Nella gestione integrata del paziente cronico un ruolo fondamentale è svolto dai Medici di Medicina Generale che devono fare in modo da assicurare la continuità assistenziale dei loro assistiti.

La Regione Siciliana ha cooptato i Medici di Medicina Generale per un'azione sinergica e concordata che applichi i principi del Disease Management nella gestione dei propri cittadini affetti da diabete mellito di tipo 2, comprendente anche interventi educativo-formativi per la gestione della malattia.

Obiettivi specifici del piano sono:

- Implementare un “sistema di governo” del diabete mellito di tipo 2 che consenta la promozione ed il monitoraggio della qualità dell'assistenza, la verifica dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza clinica, (uso appropriato dei presidi diagnostico-terapeutici), ed organizzativa, (uso appropriato dei "percorsi" e dei servizi), il controllo dei costi e la promozione di stili di vita coerenti con una corretta gestione della malattia
- Realizzare concreti processi di integrazione e di continuità assistenziale tra i livelli di assistenza ed i diversi attori assistenziali
- Ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari ed i possibili danni derivanti dalle difficoltà di accessibilità dei servizi.

Il Piano Regionale per il Disease Management del diabete mellito di tipo 2 è stato approvato nel 2005, e per la sua attuazione la Regione aveva identificato un Comitato di Coordinamento integrato comprendente il livello centrale regionale, il livello periferico delle ex Aziende Sanitarie Locali (ora ASP), mediante la nomina di un referente e di due Medici di Medicina Generale per ciascuna di queste, e un panel di esperti.

In una prima fase di attuazione era previsto che il piano fosse rivolto ad un distretto-pilota per ogni Azienda sanitaria territoriale, da cui ricavare informazioni sulle criticità da superare in vista dell'estensione a tutta la Regione.

Alla luce della L.R. 5/2009 di riordino del SSR, che ha previsto la profonda revisione critica di tutto il sistema assistenziale, in particolare quello territoriale, sul quale sono state emanate specifiche Linee Guida (D.A. 723/2010), la nuova strategia adottata è stata quella di “agganciare” il programma di Disease Management del Diabete Mellito di tipo 2 al nuovo Accordo Integrativo Regionale (siglato il 4/05/2010 e pubblicato su GURS il 15/10/2010), in modo che esso si potesse sviluppare su scala regionale e potesse utilizzare proficuamente il lavoro di rivisitazione organizzativa delle attività territoriali, nel quale le Aziende sanitarie sono in atto impegnate.

In particolare, relativamente alla Medicina Generale, sul tema del Diabete Mellito di Tipo 2 con l'Accordo Integrativo Regionale sono stati concordati:

- la creazione di un “Registro” dei pazienti affetti dalle patologie target (Diabete Mellito di tipo 2 e Scompenso Cardiaco), tramite l'invio al Distretto di competenza, da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG), di dati registrati su un'apposita “scheda di start up” regionale; tale strumento permetterà di avere il dato “di partenza” relativamente al numero di pazienti, alla complessità clinica, alla terapia praticata e alla capacità di partecipare alla gestione della propria patologia e consentirà di programmare gli interventi in modo mirato - anche differenziando la priorità di accesso ai percorsi di gestione integrata - e di valutare l'efficacia degli interventi attuati, permettendo di definire precisamente il denominatore per gli indicatori di processo e di esito adottati;
- la trasformazione fino al 5% delle associazioni di gruppo in “gruppi complessi”, che garantiscono, oltre ad un incremento dell'orario giornaliero degli studi, l'organizzazione di attività di ambulatori dedicati alla gestione di specifiche patologie e dei relativi percorsi di cura (diabete mellito, scompenso cardiaco);
- la gestione dei pazienti a “medio-alta” complessità sulla base del metodo del follow-up attivo, consistente nel richiamo attivo del paziente ai controlli periodici previsti dal Piano di Cura concordato con lo Specialista del distretto e la gestione dei contatti con lo Specialista e con l'Infermiere distrettuale anche programmando visite congiunte concordate, presso l'Ambulatorio di Gestione Integrata;
- la partecipazione ai Piani di cura dei pazienti complessi gestiti in day service territoriale;
- l'informazione e motivazione dei pazienti relativamente all'autogestione della patologia (diffusione di strumenti informativo-educativi); la diffusione delle informazioni sulle iniziative di educazione dei pazienti e dei caregiver familiari organizzate dal Distretto e motivazione alla partecipazione; l'uso della scheda di autogestione (self care) per i pazienti cronici e prioritariamente per i pazienti con diabete mellito e con scompenso cardiaco.

Per lo sviluppo del programma in questione, si utilizzerà, come riferimento, il Progetto IGEA (*Integrazione Gestione e Assistenza del Diabete*) dell'Istituto Superiore di Sanità, quale strumento di supporto tecnico-metodologico e formativo al Programma di Prevenzione regionale.

In conclusione, i Medici di Medicina Generale prendono in carico i propri pazienti affetti da diabete mellito di tipo 2, applicando nella pratica clinica i percorsi di assistenza condivisi con la Azienda e la Regione e garantendo la continuità assistenziale; controllano periodicamente la compliance al trattamento e attivano controlli mirati ad evitare l'insorgenza di complicanze; forniscono inoltre alla Regione i dati relativi alla propria popolazione affetta da diabete mellito tipo 2, secondo un tracciato record definito, al fine della costituzione di una base dati.

Pertanto questa attività prosegue così rimodulata in considerazione della nuova organizzazione dei servizi territoriali.

### 3.5 Piano regionale di prevenzione degli incidenti domestici

E' verosimile che l'incidenza degli incidenti domestici sia molto più rilevante di quanto risulti dai dati disponibili da fonte ISTAT, e che il problema possa essere effettivamente sottostimato. Appare opportuno pertanto rafforzare gli attuali sistemi di rilevazione in parte attivati in aree pilota e utilizzare al meglio i flussi informativi correnti già disponibili in funzione di una sorveglianza di popolazione su tali aspetti al fine di monitorare l'efficacia di interventi per il contenimento dell'incidenza del fenomeno, ancora oggi uno dei principali problemi di sanità pubblica a livello nazionale. A tale scopo è opportuno il potenziamento del flusso dati SINIACA. In tal modo verrà migliorato il livello di conoscenza del fenomeno incidenti domestici, nei suoi andamenti temporali e spaziali, nei suoi livelli di gravità, nella valutazione dei fattori di rischio associati, nell'impatto sui servizi sanitari e sugli esiti di salute a medio-lungo termine.

Il Piano Regionale per la prevenzione attiva degli incidenti domestici è stato approvato nel corso del 2006, e per la sua realizzazione la Regione ha identificato un Comitato di Coordinamento integrato comprendente il livello centrale regionale e il livello periferico delle ex Aziende Sanitarie Locali (ora ASP), mediante la nomina di un referente per ciascuna di queste.

Le Aziende Sanitarie territoriali, con la collaborazione del Gruppo di Coordinamento Regionale, hanno predisposto i Piani Operativi Aziendali che considerano l'organizzazione della formazione del personale aziendale, le modalità di coinvolgimento dei portatori di interesse per la gestione del problema, attraverso soprattutto adeguate modalità di comunicazione e di coinvolgimento della popolazione, il monitoraggio del progetto.

La prevenzione degli incidenti domestici si deve basare su un approccio integrato in cui è fondamentale un'opportuna sinergia tra mondi diversi e cioè istituzioni sanitarie, scuole, organizzazioni di volontariato, tenuto conto che le principali fasce di rischio sono rappresentate, in ordine, da anziani, bambini, donne adulte.

Gli interventi di prevenzione prevedono:

- realizzazione di interventi di rilevazione, attraverso l'effettuazione di visite domiciliari, degli aspetti strutturali/impiantistici delle abitazioni riguardanti la sicurezza, associati a interventi informativo/educativi;
- realizzazione di interventi informativo/educativi strutturati per i gruppi a rischio, come bambini 0-4 anni (con coinvolgimento dei genitori e delle istituzioni scolastiche), anziani (quelli che vivono da soli sono considerati come soggetti prioritari), casalinghe;
- realizzazione di interventi basati sulla promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana.

Durante il 2007 i referenti aziendali e regionali hanno partecipato alla formazione nazionale tenutasi a L'Aquila, e successivamente è stata attivata la formazione per il personale aziendale, mirata all'acquisizione di competenze di base per la realizzazione e per la valutazione di interventi di rilevazione della sicurezza dell'ambiente domestico e per gli aspetti socio-assistenziali.

Inoltre è stato predisposto il materiale informativo, sono stati acquisiti i dati locali sugli incidenti domestici, ed è iniziata la formazione per casalinghe e anziani. E' stato anche predisposto un programma per favorire l'attività fisica negli anziani.

Si ritiene necessario proseguire questa attività, coinvolgendo una maggiore quota di popolazione.

### 3.6 Piano regionale di prevenzione degli incidenti stradali

Gli incidenti stradali costituiscono una importante fonte di disabilità e la sorveglianza della loro distribuzione sul territorio è fondamentale per intraprendere adeguati provvedimenti di contrasto.

E' necessario pertanto verificare la validità dei flussi disponibili, rafforzarli ove necessario, e avviare l'integrazione delle basi di dati con i flussi esterni, in modo da conoscere gli andamenti temporali e spaziali del fenomeno e i suoi livelli di gravità, da valutare i fattori di rischio associati, l'impatto sui servizi sanitari e gli esiti di salute a medio-lungo termine, e monitorare gli interventi di prevenzione avviati.

Il Piano Regionale per la prevenzione attiva degli incidenti stradali è stato approvato nel corso del 2006, e per la sua realizzazione la Regione ha identificato un Comitato di Coordinamento integrato comprendente il livello centrale regionale e il livello periferico delle ex Aziende Sanitarie Locali (ora ASP), mediante la nomina di un referente per ciascuna di queste.

Le Aziende Sanitarie territoriali, con la collaborazione del Gruppo di Coordinamento Regionale, hanno predisposto i Piani Operativi Aziendali che considerano l'organizzazione della formazione del personale aziendale, le modalità di coinvolgimento dei portatori di interesse per la gestione del problema, attraverso soprattutto adeguate modalità di comunicazione e di coinvolgimento della popolazione, il monitoraggio del progetto.

La prevenzione degli incidenti stradali si deve basare su un approccio integrato in cui è fondamentale un'opportuna sinergia tra mondi diversi: sanità, trasporti, scuola, scuole guida, forze dell'ordine, enti locali, lavoratori che usano la strada (autotrasportatori, addetti alla manutenzione, ecc.), organizzazioni di volontariato.

Obiettivo prioritario è sviluppare un percorso sistematico ed integrato tra più attori, in tema di informazione sulla sicurezza stradale, sui fattori che influiscono sull'incidentalità stradale con speciale riguardo per i comportamenti personali di rischio (alcool, sostanze d'abuso, farmaci, profili psicologici, utilizzo dei dispositivi di sicurezza). Il percorso informativo ed educativo deve accompagnare la persona dall'età evolutiva all'età adulta.

Affinchè questo obiettivo possa essere raggiunto e ne sia assicurata la sostenibilità nel tempo gli interventi non devono essere episodici, ma vanno articolati nel territorio e per questo attuati in modo sinergico tra strutture sanitarie, strutture scolastiche, forze dell'ordine, strutture di volontariato, definendo allo scopo degli specifici protocolli di intesa. Vanno coinvolte inoltre anche le amministrazioni comunali.

Gli interventi di prevenzione prevedono:

- Età prescolare: informazione ed educazione sanitaria per i genitori dei bambini in età prescolare allo scopo di informare sui criteri per garantire la sicurezza al bambino, ed in particolare al bambino trasportato, attraverso i corsi di preparazione alla nascita, attraverso i pediatri di base, attraverso gli operatori dei servizi vaccinali in occasione delle sedute di vaccinazione.
- Età scolare: informazione/educazione sanitaria per i soggetti in età scolare, con possibile inserimento di elementi sulla sicurezza stradale nelle attività scolastiche curriculari e rilevazione di opinioni e comportamenti nei teenager.
- Patentandi: informazione e educazione alla salute a soggetti che frequentano le scuole guida per il conseguimento della patente e a operatori delle scuole guida sulla sicurezza stradale, le norme, e i comportamenti a rischio, soprattutto inerenti l'uso di alcool.
- Patentati: informazione ed educazione alla salute per soggetti che accedono ai servizi di Igiene pubblica dei distretti sanitari per il rilascio/rinnovo della patente, mediante rilevazioni periodiche sull'atteggiamento e le opinioni in merito alla sicurezza alla guida con un questionario molto semplice che sarà compilato prima dell'ingresso dell'utente nell'ambulatorio medico; il medico fornirà anche materiale informativo sulla sicurezza stradale che dovrà in ogni caso essere disponibile di routine nei servizi di Igiene pubblica.

Durante il 2007 i referenti aziendali e regionali hanno partecipato alla formazione nazionale tenutasi a L'Aquila, e successivamente è stata attivata la formazione per il personale aziendale, mirata all'acquisizione di competenze di base per la realizzazione e per la valutazione degli interventi.

Inoltre è stato predisposto il materiale informativo, sono stati acquisiti i dati locali sugli incidenti stradali, ed è iniziata la formazione per il personale delle autoscuole e per i patentandi.

Si ritiene necessario proseguire questa attività, coinvolgendo una maggiore quota di popolazione.

### **3.7 Piano regionale di prevenzione degli infortuni sul lavoro - La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori**

La sorveglianza e la prevenzione del fenomeno degli infortuni sul lavoro assume particolare rilievo per la definizione degli obiettivi generali e specifici di politica sanitaria regionale e per la costruzione di progetti specifici mirati alla riduzione degli eventi infortunistici. E' ben noto che gli infortuni sul lavoro hanno una significativa incidenza economica, ripartibile tra costi sociali (spesa sanitaria dei ricoveri, farmaceutica, ambulatoriale, riabilitativa, indennizzi), giornate lavorative perse e mancata produzione, per cui lavorare per la loro riduzione significa lavorare anche su una delle leve della spesa sanitaria.

La realizzazione del progetto di "Sorveglianza e prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro" è un'occasione per un rilancio della specifica attività in una visione di sistema complessivo della prevenzione e si pone l'obiettivo primario di promuovere e tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori, potenziando il sistema della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali e favorendo l'attività delle strutture sanitarie regionali, volta alla riduzione ed al controllo dei fattori di rischio lavorativi e allo sviluppo di una cultura diffusa della prevenzione. L'azione delle strutture regionali deve prevalentemente mirare alla prevenzione e deve essere basata sulla conoscenza preventiva dei rischi e delle relative misure di protezione, sulla conoscenza dell'impatto di tali rischi sullo stato di salute dei lavoratori, sulla adozione di iniziative di prevenzione collettive scaturenti dai dati contestuali emergenti dal territorio di competenza. Tale azione dovrà essere in grado di integrarsi efficientemente con i programmi di coordinamento delle attività di controllo e vigilanza in materia svolti con altri Enti Pubblici della Prevenzione e di attuare e gestire adeguatamente i programmi di prevenzione promossi in ambito nazionale dal Coordinamento delle Regioni e P.A.

Il Piano Regionale per la prevenzione attiva degli infortuni sul lavoro è stato approvato nel corso del 2006, e per la sua realizzazione la Regione ha identificato un Comitato di Coordinamento integrato comprendente il livello centrale regionale e il livello periferico delle ex Aziende Sanitarie Locali (ora ASP), mediante la nomina del responsabile del Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPreSAL) per ciascuna di queste.

Le Aziende Sanitarie territoriali, con la collaborazione del Gruppo di Coordinamento Regionale, hanno predisposto i Piani Operativi Aziendali che considerano le necessità di personale e attrezzature nei Servizi, l'organizzazione della formazione del personale aziendale dei lavoratori, le modalità di coinvolgimento dei portatori di interesse per la gestione del problema, attraverso soprattutto adeguate modalità di comunicazione e di coinvolgimento della popolazione, il monitoraggio del progetto.

Durante il 2007 sono stati organizzati i corsi per l'utilizzo della metodologia per la sorveglianza degli infortuni mortali per il personale aziendale, sulla base di moduli nazionali, aderendo al programma nazionale di analisi e classificazione dei casi di infortuni gravi e mortali "Sbagliando si impara" coordinato dall'ISPEL/INAIL. Successivamente sono stati acquisiti personale e attrezzature nei Servizi, è stato incrementato il numero di controlli nei cantieri, ed è iniziata la formazione per i lavoratori.

A seguito del decreto dell'Assessorato Regionale della Salute del 28 luglio 2009 "Recepimento del Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" e degli orientamenti e delle scelte già operate a livello nazionale, per il triennio 2010/2012 è stato avviato, con il D.A. 28 aprile 2010, n 1174, il "Piano Regionale Straordinario per la Tutela della Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro 2010/2012", che prevede, tra l'altro, il potenziamento sia delle attività di controllo e vigilanza nei luoghi di lavoro che di promozione della salute e sicurezza sul lavoro con iniziative di informazione, formazione, comunicazione e diffusione della cultura della sicurezza.

L'attività di prevenzione a tutela della salute e sicurezza dei lavoratori necessita di essere perseguita con azioni mirate che intervengano con maggiore efficacia in comparti lavorativi i cui i dati epidemiologici degli infortuni e delle malattie professionali rivelano maggiori rischi. Tenendo conto di ciò, sono stati promossi, nell'ambito del suddetto Piano regionale straordinario:

- il Piano di prevenzione in edilizia, che in attuazione del Piano Nazionale di Prevenzione in edilizia promosso del Coordinamento delle Regioni prevede interventi di controllo e vigilanza sui cantieri edili del territorio, interventi di educazione alla sicurezza, di informazione, formazione e assistenza mirati alle situazioni lavorative a maggior rischio di infortuni e malattie professionali, e interventi mirati ad ottimizzare il coordinamento dei vari enti preposti al controllo nelle attività edili, nonché il raggiungimento delle quote di ispezione stabilite per la Sicilia dal Piano Nazionale Edilizia;
- il Piano di prevenzione in agricoltura e selvicoltura, che prevede azioni coordinate di vigilanza, informazione, formazione ed assistenza nel settore agricolo; per l'attività di vigilanza il Piano Nazionale Agricoltura, promosso dal Coordinamento delle Regioni, assegna ad ogni Regione, sulla base di quattro parametri - aziende agricole presenti, infortuni gravi e mortali, addetti al comparto - una quota di aziende agricole da ispezionare ogni anno, al fine di raggiungere l'obiettivo di 10.000 aziende/anno sul territorio nazionale;
- il Piano di emergenza delle malattie professionali, che scaturisce dalla constatazione dell'incoerenza dei dati statistici nazionali delle malattie professionali rispetto ai dati sanitari attestanti lo stato di salute dei lavoratori; obiettivo del piano è di far emergere il dato reale delle malattie professionali attraverso interventi di controllo, di assistenza, di educazione alla salute mirati al rispetto e alla divulgazione delle norme che disciplinano l'obbligo delle denunce delle malattie professionali; l'attuazione del piano comporterà anche l'adesione al programma nazionale "Malprof" coordinato dall'ISPESL/INAIL.

Sarà inoltre avviata una linea progettuale per l'implementazione del sistema REACH-CLP per la tutela della salute umana e proseguirà la partecipazione al programma nazionale di analisi e classificazione dei casi di infortuni gravi e mortali "Sbagliando si impara" coordinato dall'ISPESL/INAIL.

### 3.8 Gli screening oncologici

Il cancro è la seconda causa di morte più diffusa nell'UE e ogni anno sono 3,2 milioni i cittadini europei a cui viene diagnosticato un tumore. Grazie agli screening oncologici, però, il cancro può essere diagnosticato sempre più precocemente consentendo così di intervenire sul tumore fin dai primi stadi e aumentando le possibilità di guarigione dei pazienti. Per questo motivo, nel 2003, il Consiglio europeo ha adottato una raccomandazione sugli screening oncologici che definisce le linee guida per la prevenzione del cancro al seno, al collo dell'utero e al colon-retto.

Il Piano Regionale, che comprende gli screening del carcinoma della cervice uterina, del tumore della mammella e del carcinoma colon-rettale, è stato approvato nel 2005, e per la sua realizzazione la Regione ha costituito un comitato tecnico-scientifico regionale; le ex Aziende Sanitarie Locali (ora ASP) hanno identificato un comitato scientifico e un responsabile per ciascuno degli screening. Inoltre le Aziende hanno predisposto i Piani Operativi Aziendali, che considerano le risorse disponibili, le modalità di reclutamento della popolazione bersaglio, l'individuazione del percorso per la gestione dei soggetti positivi, le modalità di comunicazione e di coinvolgimento della popolazione per favorirne la partecipazione, il monitoraggio del progetto.

Nell'ambito di tale piano regionale, è stata definita l'organizzazione a livello regionale e aziendale mediante le "Direttive regionali per la predisposizione dei protocolli operativi aziendali per l'attivazione o l'adeguamento dei programmi di screening", che recepiscono il documento del Ministero della Salute contenente le "Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto".

Alla fine del 2008 in Sicilia erano attivi lo screening del cervicocarcinoma in 4 Aziende Sanitarie Provinciali (ASP) su 9 e quello mammografico in 2 ASP; in nessuna lo screening del colonretto.

La Regione Siciliana ha quindi predisposto il "Progetto per il miglioramento degli screening oncologici nella Regione Sicilia", che è stato approvato dal CCM, giusta comunicazione prot. DGPREV.IX/0012478-P del 17.3.2010. Nell'ambito di tale progetto sono previsti 6 obiettivi specifici:

- Creazione di una cabina di regia regionale, comprendente i rappresentanti dell'Osservatorio Nazionale Screening, e di un network strutturato dei referenti delle Aziende Sanitarie Provinciali
- Creazione di un sistema informatico regionale web based che utilizzi il tracciato record del Progetto MATTONI per il monitoraggio dello screening
- Identificazione di tre centri di lettura regionali per lo screening del cervicocarcinoma, che garantiscano qualità e omogeneità della risposta
- Miglioramento della dotazione tecnologica per lo screening del tumore della mammella (mammografi digitali) e della disponibilità del servizio nelle aree montane e non sufficientemente collegate (mammografi mobili)
- Identificazione di una rete di farmacie per la consegna e il ritiro dei test per lo screening del carcinoma del colon retto
- Attivazione di una campagna informativa e promozionale nelle province in cui lo screening viene attivato per migliorare l'adesione

Dopo la comunicazione di approvazione del progetto, con D.A. n. 1237 del 13/5/2010 è stato istituito il Gruppo di coordinamento regionale per gli screening oncologici, composto da funzionari regionali, delle ASP e universitari, e dal direttore dell'Osservatorio Nazionale Screening.

E' stata verificata la situazione del software posseduto dalle ASP: quelle che avevano già in corso attività di screening possedevano software diversi fra loro, e una delle precedenti criticità era stata il diniego all'adozione di un diverso software comune a tutti. Pertanto si è preferito che ogni ASP procedesse autonomamente all'adeguamento del software esistente o all'acquisto di un nuovo software compatibile con il tracciato del "Progetto MATTONI" (è stato fornito a tutti uno schema di capitolato d'appalto con le caratteristiche tecniche necessarie).

E' stata richiesta ai Direttori Generali delle ASP la ricognizione di attrezzature e personale disponibili per i tre screening, sia per il test di I livello che per i successivi approfondimenti diagnostici. Effettivamente costituisce un problema la carenza di lettori qualificati (sia per il Pap test che per le mammografie).

Dopo esame della problematica si è convenuto di non utilizzare lettori automatici ma di procedere mediante convenzioni per la lettura dei Pap Test con le ASP dotate di centri già operanti con lettori qualificati, che sono state già attivate fra Catania e Caltanissetta e Catania e Siracusa. Gli altri centri di lettura previsti sono a Trapani, Ragusa, Palermo e Messina. Inoltre sono state emanate le direttive contenenti le procedure per l'adeguamento delle performances di lettura e refertazione delle mammografie, in modo che possano essere certificati i radiologi che non possiedono il requisito della lettura annuale di almeno 5000 mammografie di screening, tramite l'affiancamento da parte dei radiologi certificati di altre ASP (Palermo, Catania e Caltanissetta) e la lettura delle mammografie dello screening corrente e dell'archivio.

Infine è stato predisposto il percorso di formazione per gli operatori che è iniziato con la giornata sugli aspetti organizzativi e gestionali in generale e proseguirà con la formazione specifica per i tre screening e per la comunicazione.

Sono stati assegnati alle ASP i fondi comunitari per l'acquisto dei mammografi digitali. La LILT ha offerto l'uso di un suo mammografo mobile.

Una criticità è rappresentata dall'accordo regionale con Federfarma, che sta necessitando di tempi più lunghi del previsto. Sono stati stipulati protocolli d'intesa provinciali in due ASP (Caltanissetta e Catania) mentre in altre sono state incontrate difficoltà. Si sta valutando l'opportunità di utilizzare in alternativa la rete dei consultori o il volontariato (LILT e AVIS) per la distribuzione dei test.

Nelle ASP in cui sono stati attivati gli screening sono state predisposte le campagne informative. Per la campagna regionale si attende che gli screening siano attivati in maniera diffusa sul territorio.

Inoltre la Regione Siciliana partecipa anche al Progetto CCM "Basilicata" (Incremento degli screening oncologici nelle Regioni meridionali) che prevede tre azioni, ancora da predisporre:

- Conferimento dei dati degli screening al datawarehouse nazionale
- Reingegnerizzazione degli interventi di screening opportunistico
- Predisposizione di strumenti di valutazione d'impatto dei programmi di screening.

Attualmente sono in corso gli inviti per lo screening del cervicocarcinoma in 7 ASP su 9 e quelli per lo screening mammografico in 5 ASP; lo screening del colonretto sta per essere attivato in 2 ASP.

Si ritiene necessario proseguire questa attività sviluppando i progetti approvati.

### 3.9 Vaccinazioni

La vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Tale pratica comporta benefici non solo per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma anche in modo indiretto, inducendo protezione ai soggetti non vaccinati (herd immunity).

La Regione Siciliana è stata sempre molto sensibile nel garantire l'offerta attiva e gratuita di tutti i vaccini "obbligatori" e "raccomandati", e nell'ottica di un continuo miglioramento dell'offerta vaccinale, con il Decreto Assessoriale n.1819 del 13 luglio 2010 si è dotata di un nuovo calendario vaccinale, che prevede l'inserimento di nuovi vaccini raccomandati, attualmente disponibili, e ulteriori richiami per alcune vaccinazioni già previste nel precedente calendario.

Il Piano Regionale Vaccinazioni è stato approvato nel 2005, e per la sua realizzazione è stato costituito il Gruppo regionale di coordinamento del progetto. Per consentire la rilevazione degli indicatori previsti dal Piano Nazionale Vaccini per la valutazione delle attività vaccinali è stato ulteriormente perfezionato il sistema di reclutamento dei nuovi nati e il sistema cartaceo di rilevazione delle coperture vaccinali, con particolare riferimento alla vaccinazione per MPR, Pneumo e HPV, predisponendo un foglio elettronico per l'aggregazione automatica dei dati e implementando la rilevazione delle coperture MPR sul sistema informatizzato di sorveglianza delle coperture vaccinali della varicella.

E' stata conclusa la fase di definizione delle specifiche del software da utilizzare per le anagrafi vaccinali (conforme alle indicazioni nazionali) e delle modalità di interfacciamento con le anagrafi comunali e/o sanitarie. A tal fine, sono stati ultimati i Piani aziendali indicanti il numero e la dislocazione delle attrezzature informatiche.

Per supplire all'assenza di un sistema informatizzato si utilizza, anche per la rilevazione delle vaccinazioni MPR, il sistema di sorveglianza delle coperture vaccinali dedicato per la varicella (operativo sul server web della Regione dal 2004); tale sistema prevede una organizzazione mista basata su un server web centrale dislocato presso l'assessorato ed un client dislocato in ognuna delle 62 Unità Operative di prevenzione distrettuali della Sicilia. In tale sede, personale dedicato carica, sul server regionale, i modelli cartacei individuali dei soggetti vaccinati inviati dai Centri di Vaccinazione.

Viene sempre più manifestata, da parte degli operatori periferici, una diffusa difficoltà a far fronte al carico di lavoro aggiuntivo anche per la difficoltà dovuta alla esiguità degli organici.

Sono stati rilevati gli indicatori previsti dal Piano Nazionale Vaccini per la valutazione delle attività vaccinali e sono state evidenziate diffuse difficoltà nel garantire gli standard strutturali dei Centri di Vaccinazione mentre risultano di buon livello gli aspetti legati all'aderenza ai protocolli sanitari ed alle procedure.

Il Piano Formativo regionale è stato già predisposto ma non ancora attuato pienamente, anche per la difficoltà nel reperire le risorse necessarie.

Si ritiene necessario proseguire questa attività, eventualmente rimodulandola in considerazione del mutato assetto territoriale.

### **3.10 Le nuove linee di azione del Piano regionale della prevenzione**

Con l'Intesa Stato Regioni del 29 aprile 2010 sono state individuate le linee di intervento del nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012.

Il prossimo Piano assume la necessità che le linee operative individuate debbano da una parte essere fondate, per quanto possibile, su evidenze scientifiche già acquisite e riportate in letteratura, dall'altra sottoporsi al vaglio della valutazione di efficacia, non solo di processo ma anche di risultato.

L'ampio contesto nel quale ci si muove, ove i determinanti, positivi e negativi, di salute sono numerosi, impone delle scelte, che, sempre più, devono essere fondate su criteri scientifici, che consentano, in modo quanto più oggettivo possibile, di individuare quali interventi privilegiare e su cosa investire le risorse disponibili. Per tale motivo il Piano Regionale è stato predisposto a partire da una analisi epidemiologica e di contesto che utilizza alcuni indicatori sintetici dello stato di salute, così da definire i criteri per una graduazione dei rischi/effetti rilevati e individuare, considerando tutti gli ambiti di intervento (prevenzione e controllo delle patologie, prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, prevenzione da fattori di rischio ambientali, promozione della salute) degli obiettivi prioritari.

Le linee di intervento (ossia operative) del prossimo Piano sono quelle individuate come prioritarie, appartenenti a quattro macroaree:

- 1) La Medicina predittiva
- 2) La prevenzione universale
- 3) La prevenzione nella popolazione a rischio
- 4) La prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

Di seguito si riporta l'elenco delle linee che la Regione Siciliana intende sviluppare, che saranno meglio evidenziate nel Quadro d'insieme e dettagliate nelle relative schede programma/progetto.

#### **1) La Medicina predittiva**

##### **1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia**

1.1.1 Estensione della carta del rischio cardiovascolare

#### **2) La prevenzione universale**

##### **2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale**

2.1.1 Campagne di comunicazione e interventi specifici

##### **2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate**

2.2.1 Piano regionale di prevenzione in edilizia

2.2.2 Piano regionale di prevenzione in agricoltura

2.2.3 Sorveglianza infortuni mortali

2.2.4 Piano di emersione delle malattie professionali

##### **2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico**

2.3.1 Interventi mirati per la popolazione anziana

2.3.2 Interventi mirati per la sicurezza nelle abitazioni

##### **2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione**

2.4.1 Informatizzazione anagrafi vaccinali

2.4.2 Monitoraggio coperture vaccinali

##### **2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni**

2.6.1 Peer education su malattie sessualmente trasmesse

2.6.2 Monitoraggio condizioni igieniche scuole e carceri

## **2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici**

2.7.1 Implementazione e supporto regolamento REACH

## **2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano**

2.8.1 Applicazione di modelli di audit sui servizi di controllo

2.8.2 Controllo interno da parte dei gestori dei servizi idrici

## **2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)**

2.9.1 Sorveglianza con PASSI

2.9.2 Sorveglianza con Okkio alla Salute

2.9.3 Sorveglianza nutrizionale pediatrica

2.9.4 Frutta e verdura a scuola

2.9.5 Promozione allattamento al seno

2.9.6 Promozione attività motoria

2.9.7 Peer education su alcolismo

2.9.8 Riduzione tabagismo materno

2.9.9 Promozione uso sale iodato

2.9.10 Progetto Unplugged (abuso di sostanze)

## **3) La prevenzione nella popolazione a rischio**

### **3.1 Tumori e screening**

3.1.1 Promozione screening per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon-retto

### **3.2 Malattie cardiovascolari**

3.2.1 Prevenzione recidive di eventi cerebro e cardiovascolari

3.2.2 Gestione integrata scompenso cardiaco

### **3.3 Diabete**

3.3.1 Gestione integrata diabete

### **3.4 Malattie respiratorie croniche**

3.4.1 Gestione integrata BPCO e insufficienza respiratoria

### **3.6 Patologie orali**

3.6.1 Screening carie e malocclusioni in età scolare

### **3.7 Disturbi psichiatrici**

3.7.1 Formazione operatori per DCA

### **3.9 Cecità e ipovisione**

3.9.1 Screening patologie visive in età scolare

### **3.10 Ipoacusia e sordità**

3.10.1 Screening uditivo neonatale

## **4) La prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia**

### **4.2 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza**

4.2.1 Sorveglianza delle fragilità dell'anziano