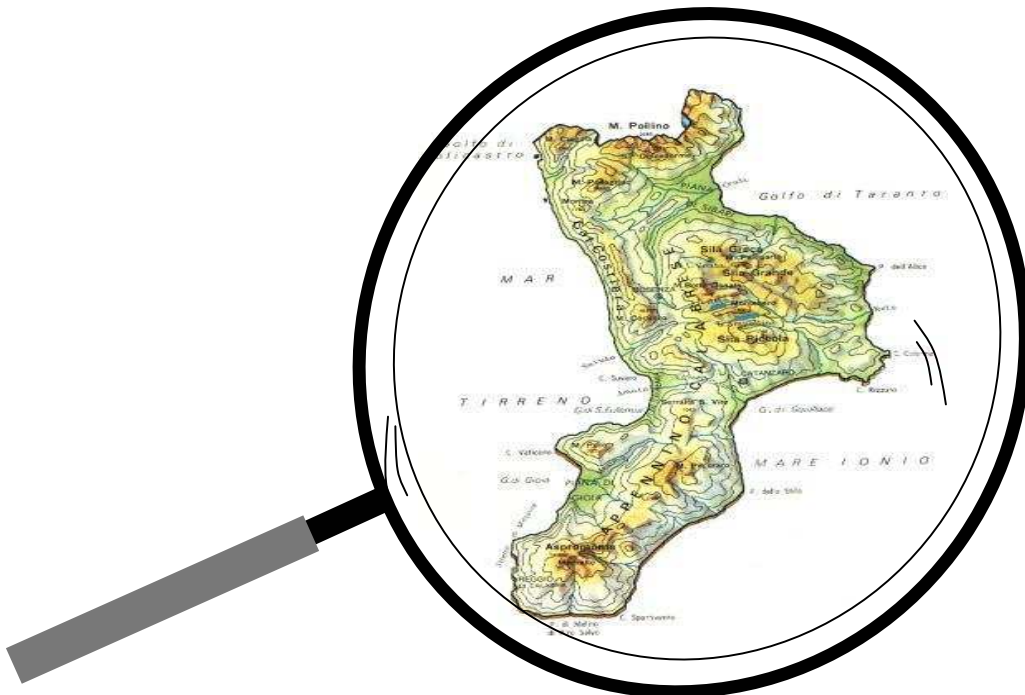




REGIONE CALABRIA

**PIANO REGIONALE
PREVENZIONE 2010 - 2012**

QUADRO STRATEGICO



INDICE



INTRODUZIONE	pag. 3
1. Il Quadro di Riferimento Regionale	
1.1 Contesto Organizzativo	pag. 3
1.2 Contesto Epidemiologico	pag. 4
1.2.1 Territorio ed ambiente	pag. 4
1.2.2 La struttura della popolazione	pag. 7
1.2.3 Stili di vita:	pag. 8
1.2.4 Ambiente e salute	pag. 13
1.2.5 Lavoro e salute	pag. 15
1.2.6 Incidenti stradali e domestici	pag. 16
1.2.7 Mortalità	pag. 18
1.2.8 Malattie	pag. 20
1.2.9 Ospedalizzazione	pag. 22
1.2.10 Programmi di prevenzione	pag. 25
1.2.11. - Attività vaccinale	pag. 26
2 Criticità	pag. 27
2.1 Progressivo invecchiamento della popolazione	pag. 27
2.2 Malattie cardiovascolari	pag. 27
2.3 Tumori e programmi di screening	pag. 28
2.4 Incidenti stradali	pag. 28
2.5 Infortuni sul lavoro	pag. 29
2.6 Attività vaccinale	pag. 29
2.7 Sicurezza alimentare	pag. 29
2.8 Sistema Informativo Regionale	pag. 30
3. La Programmazione Regionale	pag. 30
4. Le Priorità	pag. 31
Riferimenti bibliografici	pag. 32



INTRODUZIONE

Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP 2010-2012), approvato con Intesa Stato Regioni del 29 aprile 2010, ha avviato il percorso per la stesura del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 della Calabria.

Rispetta il mandato concordato tra Stato e Regioni, prevedendo:

- la continuità delle attività del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 e successive proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti;
- lo sviluppo di ciascuna delle macro aree individuate dal PNP 2010-2012 ed, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale;
- la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal PNP 2010-2012 in quanto strumento essenziale di conoscenza ad uso del monitoraggio, della valutazione e della riprogrammazione del Piano.

Il precedente PNP (2005-2007, prorogato al 2009) ha permesso di sperimentare un nuovo metodo di lavoro con l'obiettivo di realizzare modifiche di approccio ai temi di prevenzione nell'ambito di un contesto non più limitato a progetti definiti nel tempo e nello spazio, ma aventi l'obiettivo di innalzare il livello qualitativo della risposta ai bisogni dei cittadini di un intero sistema. Nella regione Calabria questo è accaduto in diverse linee di intervento. Quella del precedente PRP è quindi stata una esperienza utile dalla quale trarre elementi per il miglioramento metodologico che il nuovo PNP richiede.

Il percorso per la stesura del nuovo PRP è risultato particolarmente impegnativo, è stato necessario organizzare un corso formativo di condivisione di metodi e standard per la elaborazione e programmazione dello stesso che ha coinvolto tecnici, esperti, dirigenti del servizio sanitario, provenienti dalle Aziende sanitarie provinciali e dal Dipartimento tutela della salute, al fine di mettere a punto un Prp centrato sul cittadino, solido dal punto di vista metodologico ed efficace rispetto agli obiettivi fissati, in un contesto di Commissariamento della sanità calabrese che impone alla Regione un rientro dal disavanzo finanziario in un triennio e l'acquisizione dei preventivi pareri sui provvedimenti regionali di spesa e di programmazione sanitaria da parte dei Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanza.

Il Piano di rientro, è stato approvato con D.G.R. n°908 del 23/12/09 avente ad oggetto "Accordo per il Piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria", successivamente integrata dalla D.G.R. n°97 del 12/02/10 e dalla Deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 /07/10 con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Calabria è stato nominato Commissario ad acta.

Il Piano Regionale della Prevenzione, pertanto, rappresenta, con le risorse finanziarie previste, un'occasione importante che consente al Servizio Sanitario Regionale di usufruire di finanziamenti che potenziano o avviano azioni positive per la tutela della salute dei calabresi adempiendo, finalmente, ai Livelli Essenziali di Assistenza.

Il presente Piano Prevenzione include una programmazione locale di tipo partecipativo e inclusivo, intersettoriale e funzionalmente integrato, non solo a livello settoriale, ma anche istituzionale.

Le diverse progettualità sono centrate sul territorio, sulla responsabilità degli enti locali e arricchite del contributo dei diversi portatori di interesse, promuovono il passaggio dalle politiche di settore a quelle di



comunità. Questi criteri indicano inequivocabilmente l'orientamento strategico in cui collocare le azioni del PRP.

Gli ambiti di intervento che si sono scelti di attuare risultano in linea ai contenuti del Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012 e a quelli del precedente Piano Regionale Prevenzione 2005-2009. Rispetto al PRP precedente, essi prevedono l'ampliamento di alcuni campi di azione "tradizionali", con l'avvio della progettazione che riguarda la macroarea Medicina Predittiva e l'attuazione di progetti a carattere di continuità appartenenti alla macroarea Prevenzione universale, di popolazione a rischio ed infine di Prevenzione delle complicanze e recidive di malattia.

L'attività di promozione della salute poggia sempre più sul senso di responsabilità e sulla libertà delle persone, con un impegno profondo a porre al centro di ogni intervento la persona. Questo si traduce nel dare una forte rilevanza agli stili di vita individuali e al peso che la società esercita sui singoli comportamenti.

Gli altri programmi di prevenzione collettiva poi mirano ad affrontare rischi diffusi di popolazione generale sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute o interventi di tipo regolatorio, sia con sistemi di sorveglianza di popolazione, di malattie infettive, di infortuni in luogo di lavoro, di incidentalità in ambito stradale e domestico sia con attività specifiche.

Altri interventi di prevenzione riguardano quei programmi da rivolgere a persone considerate fragili o a rischio perché portatori di poli-patologie, disabili e pazienti cronici e quelli che promuovono il disegno e percorsi che garantiscono la continuità della presa in carico attraverso il miglioramento dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari e sociali.

Dal momento che sulla salute incidono diversi fattori: abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, consumo di alcol, abitudini sessuali, uso di farmaci e droghe...), disponibilità di servizi (servizi sanitari, servizi sociali, scuole, trasporti, servizi ricreativi), fattori socioeconomici (povertà, occupazione, esclusione sociale), fattori ambientali (qualità dell'aria, dell'acqua, degli alimenti, dell'abitato, dell'ambiente sociale e culturale), da questa consapevolezza il Servizio sanitario regionale, oltre a garantire attività di prevenzione delle malattie, coinvolge e tuttora collabora con numerosi soggetti (Enti locali, istituzioni scolastiche, cittadini, volontari, privato sociale, mondo della produzione, sistema dell'informazione...) che possono impegnarsi e dare il loro contributo per migliorare la salute dei singoli e della collettività.

Il presente il Piano Prevenzione rappresenta lo strumento che raccoglie la molteplicità degli interventi preventivi ed è in grado di dare gli output al parziale contrasto delle cause ambientali, produttive, sociali, all'origine delle malattie e in grado di costruire progetti per la tutela della salute con il contributo di tutti gli attori in causa, individuando gli obiettivi generali, privilegiando una visione complessiva dell'intera prevenzione e favorendo l'integrazione delle diverse discipline.

Il presente Piano si ispira a quelle strategie internazionali e nazionali, utilizzate in ambito sanitario, che forniscono schemi concettuali, approcci, indicatori e strumenti di provata efficacia.

L'analisi dei dati epidemiologici regionali disponibili e la loro restituzione in un'ottica integrata, pone a disposizione dei decisori ed operatori del SSR uno strumento di conoscenza dello stato di salute e dei fattori di rischio, comportamentali e non, della popolazione calabrese e permette di individuare ed implementare le attività di prevenzione e di promozione della salute di dimostrata efficacia valutata in base ai criteri della EBP.



Un modello di prevenzione realmente innovativo non può che affrontare il tema della programmazione delle politiche e degli interventi di prevenzione, partendo dall'analisi dei principali problemi di salute e dei loro determinanti, e perseguire la promozione della salute attraverso la realizzazione di un sistema di alleanze tra gli operatori della prevenzione e la comunità.

Approntare un piano compatibile con le risorse finanziarie assegnate significa decidere, realisticamente, dove focalizzare gli sforzi di pianificazione. Per far ciò occorre, in primo luogo, disporre di dati quantitativi e qualitativi da cui ottenere informazioni traducibili in problemi di sanità pubblica, quindi, disponendo di risorse limitate, stabilire gli interventi prioritari - per i quali siano disponibili prove di efficacia- e valutarne l'impatto per l'eventuale ridefinizione degli obiettivi.

Obiettivo di questa sezione è quello di documentare il percorso che ha portato alle scelte programmatiche del PRP, partendo dai bisogni di salute che sono emersi dall'analisi di contesto, passando per la definizione delle aree di criticità e di bisogno, tenendo conto delle linee di indirizzo contenute nel PNP e garantendo la continuità con le azioni del PRP 2005-2007.



1. Il quadro di riferimento regionale

(in questa parte sono riportati in modo sintetico gli elementi conoscitivi (di tipo organizzativo, socio-economico, epidemiologico, demografico, ecc.) che giustificano le attribuzioni delle priorità a livello regionale, e le fonti di riferimento)

1.1 Contesto Organizzativo

Il Servizio Sanitario Regionale attualmente è costituito dal Dipartimento regionale Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, da cinque aziende sanitarie provinciali e da quattro Aziende Ospedaliere.

Negli ultimi tre anni il Servizio Sanitario Regionale ha dovuto, ai sensi dell'art. 7 L.R. n. 9 dell'11 maggio 2007, affrontare una profonda riorganizzazione dovuta alla riduzione del numero delle Aziende Sanitarie da 11 a 5 con la conseguente istituzione delle Aziende Sanitarie Provinciali che ha causato, nella fase iniziale, una stasi del sistema; a ciò, bisogna aggiungere, il contemporaneo commissariamento, per "infiltrazioni mafiose", da parte del Consiglio dei Ministri, dell'Azienda Sanitaria di Locri che non ha consentito l'accorpamento di questa con la l'ASP di Reggio Calabria, fino al marzo del 2010.

Altro aspetto, che ha reso critico il coordinamento regionale del governo della "Prevenzione" è stata la riorganizzazione del Dipartimento Regionale Tutela della Salute, attuata con DGR n. 302 del 25 maggio 2009, che ha soppresso il "Settore Prevenzione Primaria e Secondaria" inglobandolo nel "Settore Area LEA", come Servizio, "Attività Territoriali e Prevenzione" con un sovraccarico di lavoro per il Dirigente di Servizio preposto, che ha dovuto e deve coordinare attività che spaziano dalla gestione dei Distretti, delle Cure Primarie e della Specialistica Ambulatoriale, alla Prevenzione Primaria e Secondaria.

Inoltre, questa nuova organizzazione del Dipartimento ha prodotto l'abolizione di due Servizi in precedenza strutturati nel Settore Prevenzione Primaria.

Al fine di ovviare a questa criticità è in itinere una nuova riorganizzazione del Dipartimento che terrà conto degli obiettivi del Piano di Rientro, assegnati alla Regione Calabria.

Sul territorio in ogni Azienda Sanitaria Provinciale insistono i Dipartimenti di Prevenzione.



1.2 Contesto Epidemiologico

1.2.1 Territorio e demografia

La Calabria si estende su una superficie di 15.080,27 Km², con una netta prevalenza di territori montani e collinari: le aree montuose si estendono per circa il 40 % del territorio che, per un altro 50%, è di tipo collinare; il 10 % del territorio regionale restante è costituito da pianura. I residenti in Calabria al 31 dicembre 2010 sono 2.009.330.

Dal 1987, anno in cui si raggiunto il valore storicamente più alto di residenti nella regione, si è registrato un continuo e sostanziale decremento della popolazione, con una breve battuta di arresto nel 1993 ed un'altra eccezione registrata dieci anni dopo (2003), quest'ultima conseguenza delle iscrizioni anagrafiche successive alla regolarizzazione degli stranieri presenti in Italia.

La distribuzione della popolazione residente per provincia attribuisce ai comuni di Cosenza 734.652 abitanti (il 36,5 % del totale), a quelli di Reggio Calabria 565.756 abitanti (il 28,1 %), a Catanzaro 368.219 (il 18,3%), a Crotone 173.812 (8,6 %) ed a Vibo Valentia 166.891 (8,3%).

Un terzo della popolazione calabrese risiede nei 324 comuni al di sotto di 5.000 abitanti, che rappresentano il 79,2 % dei comuni calabresi, che ricoprono il 66,0 % del territorio.

La dispersione della popolazione pertanto è assai elevata; negli stessi comuni infatti si registra una densità pari a 67 abitanti x km², che, per quelli di ampiezza demografica inferiore (fino a mille abitanti) arriva a misurare appena 34 ab. x km².

I centri abitati più consistenti sono pochi (35 comuni al di sopra dei 10.000 abitanti) ed in essi risiede il 49,9 % della popolazione calabrese, distribuita sul 19,9 % del territorio. Un solo comune, Reggio Calabria, conta più di 100.000.

Altri 50 comuni possiedono un'ampiezza demografica compresa tra 5.001 e 10.000 abitanti, dove risiede il rimanente 16,9 % della popolazione calabrese, insediata sul 14,0 % del territorio. La distribuzione della popolazione residente nei diversi territori è riportata nella tabella che segue.

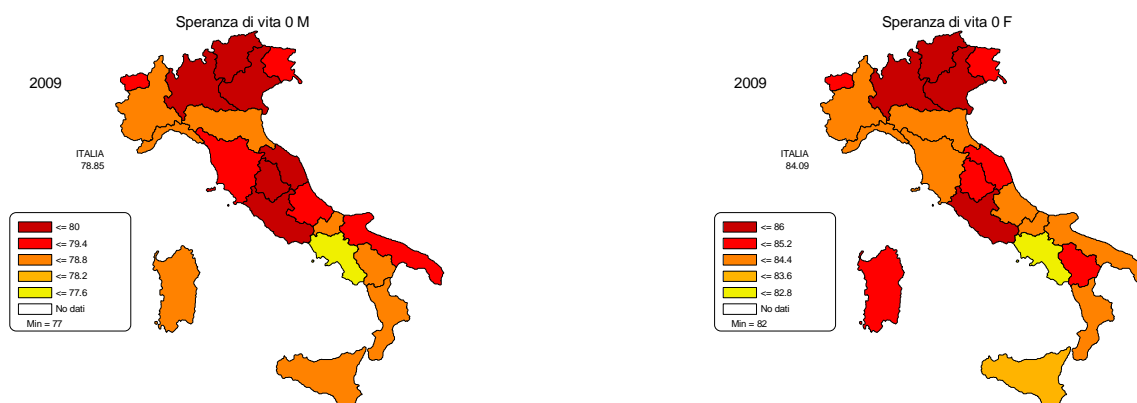
Tabella - Comuni, popolazione residente e superficie territoriale per singola azienda sanitaria provinciale della Calabria all' 31.12.2010 (dati ISTAT).

Aziende Sanitarie Provinciali	Numero comuni	Popolazione residente	Superficie in Km ^q	Densità ab per Km ^q
ASP Cosenza	154	716.567	6.370.23	448
ASP Catanzaro	79	367.739	2.376.08	318
ASP Crotone	29	192.377	2.011.30	95
ASP Vibo Valentia	50	166.891	1.139.47	148
Asp Reggio Calabria	97	565.756	3.183.19	565
Totale regionale	409	2009.330	15.080.27	133



La **speranza di vita** alla nascita è di circa 79 anni per gli uomini e 84 anni per le donne e risulta in linea con il resto della nazione: negli ultimi trent'anni la crescita è stata di circa 7 anni per entrambi i sessi (1980: uomini 72; donne 77 anni) e nei primi 6 anni del nuovo secolo di circa 2.

Figura - speranza di vita Maschi e Femmine 2009 (dati ISTAT).



La **speranza di vita libera da disabilità** nelle persone di quindici e più anni è sovrapponibile a quella nazionale per gli uomini ma inferiore di circa due anni per le donne; tale differenza si mantiene costante nelle diverse età.

Risulta invece inferiore la **speranza di vita in buona salute** dei Calabresi di ambo i sessi rispetto ai connazionali: uomini 50 vs 54; donne 47 vs. 52.

La percentuale di **anziani** (18,7%) è inferiore alla media nazionale (20,2%), così come l'indice di invecchiamento (130 vs 144) e l'età media (42 vs 43 anni).

In Calabria, terra di approdo e passaggio obbligato, si è registrato nell'ultimo quinquennio un saldo migratorio positivo superiore rispetto al Sud dell'Italia ma di gran lunga inferiore a quello censito nell'intero Paese; la **popolazione straniera** che al primo gennaio 2005 ammontava a 33.525 487 residenti è infatti aumentata a 65.867 cittadini (gennaio 2010), quasi il doppio.

Le donne rappresentano il 55% del totale degli immigrati e le cittadinanze più rappresentate sono la rumena (31%), la marocchina (16%), l'ucraina (9%): in Calabria sono attualmente residenti cittadini di ben 150 diversi Paesi.

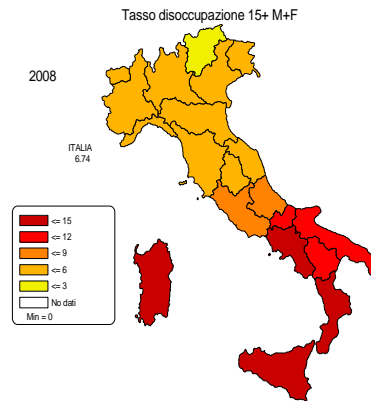
Gli **scenari futuri** mostrano una tendenza all'invecchiamento della popolazione residente che, dall'età media attuale di 42 anni, tra dieci anni si stima raggiungerà un'età media di 45 anni, con riduzione dei giovanissimi dal 14 al 13%, aumento degli anziani dal 19 al 23% e con relativo aumento dell'indice di vecchiaia (da 131 a 167) e dell'indice di dipendenza degli anziani (dal 28 al 35%). Aumenterà, seppur modestamente, il numero degli stranieri, fino a raggiungere le 80.000 unità entro il 2020.



Il livello di **scolarizzazione** complessivo della popolazione di oltre 15 anni registrato nel 2007 è molto simile a quello rilevato nel resto del Paese sia per quanto attiene ai diplomati di primo (30%) e di secondo grado (28%) che ai laureati (10%), mentre è più basso il conseguimento di qualifica professionale (2%).

Il tasso di **disoccupazione** è quasi il doppio di quello medio nazionale (12 vs 7%) per entrambi i sessi e riguarda in particolare le giovani donne. Ben il 28% dei Calabresi vs il 14% degli Italiani vive al di sotto della soglia di povertà.

Figura - tasso disoccupazione maschi - femmine 2008 (dati ISTAT).



Le famiglie risultano tra le meno abbienti del Paese con circa il 21% in meno di spesa media mensile rispetto al resto della nazione: in particolare spendono ben il 28% in meno per generi non alimentari ma l'8% in più che nel resto d'Italia per generi alimentari.

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
ISTAT	Popolazione (n)	2.009.330	60.045.068
ISTAT-HFA	Speranza di vita uomini (anni)	78,9	78,8
ISTAT-HFA	Speranza di vita donne (anni)	84	84,1
ISTAT-HFA	Speranza di vita libera da disabilità uomini 15+ (anni)	60,5	60,5
ISTAT-HFA	Speranza di vita libera da disabilità donne 15+ (anni)	61,7	63,5
ISTAT-HFA	Speranza di vita in buona salute uomini (anni)	50,2	54,3
ISTAT-HFA	Speranza di vita in buona salute donne (anni)	46,7	51,5
ISTAT	Indice di invecchiamento ($\geq 65/\leq 14 \times 100$)	130	144
ISTAT	Età media (anni)	42	43
ISTAT	Anziani (%)	18,7	20,2
ISTAT	Numero medio di figli per donna	1,28	1,41
ISTAT	Diploma media superiore 15+ anni (%)	28,3	27,2
ISTAT	Laureati 15+ anni (%)	9,7	10,2
ISTAT-HFA	Disoccupati (%)	12,1	6,7
ISTAT	Spesa media per famiglia (euro)	1.955,32	2.480,07
ISTAT-HFA	Popolazione che vive sotto la soglia di povertà (%)	28,4	13,6%



1.2.2 La struttura della popolazione

Le donne costituiscono il 51,27 % della popolazione regionale, per un totale di 1.030.327 unità al 31 dicembre 2010.

La percentuale più alta di donne, tipica delle società a più forte invecchiamento, è dovuta alla maggiore longevità femminile rispetto a quella degli uomini.

Questi ultimi, infatti, seppur nascano in numero maggiore, sperimentano una mortalità più elevata fin dalle età più giovani.

Fino ai 30 anni d'età prevale il genere maschile nei confronti del genere femminile. A partire da tale età, fino alle generazioni nate durante l'ultimo conflitto mondiale (fascia dei 60-64 anni) la prevalenza tra i residenti delle donne è netta e stabile. A partire da questa età e, via via verso le età più avanzate, il genere femminile costituisce di gran lunga la quota maggiore di popolazione residente. Per gli ultraottantenni per ogni anziano maschio vi sono due donne residenti.

La percentuale di persone con 65 anni di età ed oltre sul totale della popolazione residente è passata dal 13,50 del 1992 al 18,69 % del 2010.

Nel caso del genere femminile nel 2010 si registra però una percentuale di donne anziane, rispetto al totale delle donne residenti, ancora più alta (il 20,57 %), contro il valore di 16,71 % del genere maschile.

1.2.3 Gli stili di vita

Attività fisica

L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: si stima infatti che riduca di circa il 10% la mortalità per tutte le cause e riduca il rischio di patologie cardiovascolari, diabete, cancro del colon, osteoporosi, depressione e traumi da caduta.

Esiste ormai un largo consenso circa il livello di attività fisica da raccomandare alla popolazione: 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

In un campione della popolazione calabrese il 13% delle persone intervistate riferisce di effettuare un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica; il 52% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato ed il 35% è completamente sedentario. I completamente sedentari sono i meno giovani, le donne e le persone con basso livello di istruzione.

Le abitudini alimentari

Le malattie associate all'eccesso alimentare e ad una dieta sbilanciata sono ormai tra le cause di malattia e morte più rilevanti nei paesi industrializzati.

Le patologie per le quali la dieta gioca un ruolo importante comprendono cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, obesità e diabete mellito non insulino - dipendente.



E' riconosciuta l'importanza di alcuni alimenti nel proteggere dall'insorgenza di alcune malattie: il dato di un'associazione protettiva fra l'elevato consumo di frutta e verdura e neoplasie è ormai consolidato. Per questo motivo viene consigliato il consumo di frutta e verdura tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno.

Non si osservano differenze rilevanti dovute all'età; viceversa, l'abitudine è più diffusa tra le donne e, soprattutto, tra le persone con più alto grado di istruzione.

I SIAN delle ASP hanno, tranne alcune eccezioni, complessivamente attuato le indicazioni di campionamento delle matrici alimentari previste nella DGR 522/07 ed hanno avviato il percorso di categorizzazione e valutazione del rischio degli stabilimenti alimentari.

Tuttavia, sia nell'anno 2008 che nel 2009, si è registrato un decremento del numero dei campioni di frutta per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari, pari rispettivamente al 36,2% ed al 35,2% dei campioni minimi attesi.

Le principali problematiche sulle matrici alimentari analizzate hanno riguardato prodotti per l'infanzia, funghi secchi, acque minerali, oli fritti, materiale per alimenti, paste alimentari, determinando anche l'attivazione di sistemi di allerta nazionali e/o comunitari o segnalazioni per informazione.

La ricerca di residui dei prodotti fitosanitari negli alimenti nel 2008 il 98,71% dei campioni analizzati è risultata negativa (87,82%) e nei limiti (10,89%). Le positività sono state rilevate su due campioni, pari all'1,29%, che hanno interessato finocchi (chlorpyrifos - metile) e fave (chlorothalonil).

Nel 2009 non si sono registrate irregolarità e la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti ha dato i seguenti esiti: 76,2% assenti; 23,8% nei limiti di legge. Contestualmente i SIAN sono stati impegnati nella risoluzione delle problematiche relative ai sistemi di allerta notificati, che hanno interessato prevalentemente integratori alimentari, alimenti e bevande di origine etnica, succhi di agrumi e materiale per alimenti. Nei primi mesi del 2010, attraverso i punti di contatto del sistema di allerta regionale, sono state gestite, tra l'altro, le non conformità di prodotti quali ketchup (sudan), datteri di Tunisia (larve), clementine (residui fitosanitari), pomodori secchi (verifiche HAV) ed acque minerali (non conformità varie). L'utilizzo di **prodotti fitosanitari** negli alimenti costituisce un rischio per la salute dei consumatori: negli anni si è osservata una progressiva diminuzione del loro impiego, ma rimane necessario continuare a presidiare il settore.

La situazione nutrizionale

L'eccesso di peso aumenta la probabilità di sviluppare condizioni critiche di salute, contribuendo all'aumento di importanti e frequenti malattie (tra cui le cardiovascolari) fino alla morte prematura.

Le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al valore di Body Mass Index (BMI), calcolato dividendo il peso (in kg) per la statura (in metri) elevata al quadrato, in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18,5); normopeso (BMI 18,5-24,9); sovrappeso (BMI 25-29,9); obeso (BMI > 30).



Figura - persone obese 18+ Maschi e femmine 2009 (dati ISTAT).

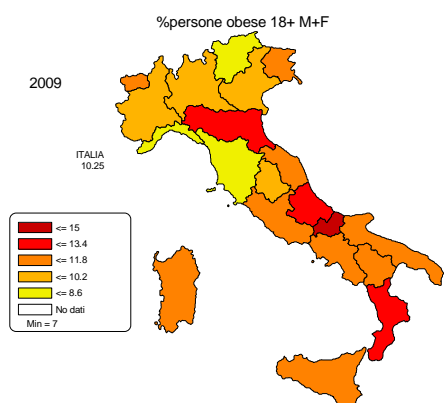
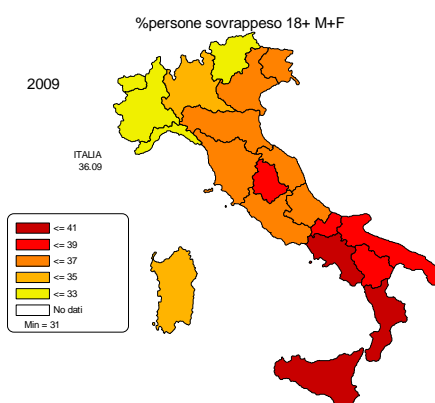


Figura - persone sovrappeso 18+ Maschi e femmine 2009 (dati ISTAT).



nella popolazione di 6-9 anni

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
OKKIO	Sovrappeso (%)	26	23
OKKIO	Obesi (%)	15	11
OKKIO	Prima colazione inadeguata (%)	38	30
OKKIO	Consumo di frutta e verdura (%)	1	2
OKKIO	Consumo di una o più bevande zuccherate (%)	54	48
OKKIO	Attività fisica consigliata (%)	19	17
OKKIO	Eccessivo uso di tv e videogiochi (%)	52	38

I bambini di 6-9 anni versano più frequentemente dei loro connazionali in condizione di sovrappeso (26% vs 23%) e obesità (15% vs 11%); il 38% non fa una prima colazione adeguata, quasi nessuno (1%) mangia la quantità di frutta e verdura consigliata, il 54% consuma una o più bevande zuccherate, solo il 19% pratica l'attività fisica consigliata e il 52% fa eccessivo uso della tv e dei videogiochi.



nella popolazione di 11-15 anni

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
HBSC	Consumo di alcol a rischio 15enni uomini (%)	42	40
HBSC	Consumo di alcol a rischio 15enni donne (%)	20	24
HBSC	Svolge attività fisica consigliata uomini (%)	46	48
HBSC	Svolge attività fisica consigliata donne (%)	25	27
HBSC	Fuma almeno una volta alla settimana uomini (%)	17	19
HBSC	Fuma almeno una volta alla settimana donne (%)	15	19

Nelle classe d'età di 11-15 anni i livelli di sovrappeso/obesità diminuiscono in entrambi i generi al crescere dell'età: sono soprattutto i maschi a essere in condizioni di sovrappeso/obesi.

Si segnalano l'assenza di un'appropriata prima colazione e uno scarso consumo di frutta e verdura.

Consuma alcol almeno una volta a settimana circa il 42% dei quindicenni (Italia 40%) e il 20% delle quindicenni (Italia 24%).

Fuma almeno una volta a settimana circa il 17% dei quindicenni (Italia 19%) e il 15% delle quindicenni (Italia 19%); l'abitudine è poco diffusa al di sotto dei 15 anni.

Svolge attività fisica per almeno un'ora al giorno per più di tre giorni a settimana circa il 49% dei tredicenni e il 46% dei quindicenni, mentre tra le ragazze solo il 30% delle tredicenni e il 25% delle quindicenni; l'abitudine è meno diffusa rispetto alle rispettive medie nazionali (uomini: 51%; 48% - donne: 34%; 27%).

nella popolazione di 18-65 anni

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
PASSI	Giudica la propria salute positivamente (%)	57	68
PASSI	Svolge l'attività fisica raccomandata (%)	34	33
PASSI	Totalmente sedentario (%)	23	30
PASSI	Eccesso ponderale (%)	51	42
PASSI	Obesi (%)	12	10
PASSI	Consumo di frutta e verdura (%)	11	10
PASSI	Consumo di alcol a rischio (%)	18	18
PASSI	Consumo di alcol binge (%)	9	6
PASSI	Fumatori (%)	28	29
PASSI	Rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici (%)	64	87
PASSI	Rispetto del divieto di fumo nel luogo di lavoro (%)	74	96

Stato di salute - Il 57% degli intervistati giudica buona o molto buona la propria salute, il 31% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 3% ha risposto in modo negativo (male o molto male): in particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute i più giovani, gli uomini, i più abbienti, le persone con un alto livello d'istruzione e quelle non affette da patologie croniche severe. Il 9% delle persone intervistate ha riferito di aver provato, nell'arco delle ultime due settimane, sintomi che suggeriscono la presenza di uno stato depressivo.



Stile di vita attivo - Solo tre persone su dieci (34%) riferiscono di svolgere un'attività lavorativa pesante o praticare l'attività fisica moderata/intensa raccomandata; il 23% (cioè circa 140.000 mila persone) è totalmente sedentario; la sedentarietà cresce all'aumentare dell'età

Eccesso ponderale - Oltre la metà è in eccesso ponderale (50,9% vs il 42% nazionale): tale condizione è significativamente più frequente tra i 50-69enni, negli uomini, nelle persone con molte difficoltà economiche. Circa 300.000 persone sono pertanto in eccesso ponderale di cui 240.000 versano in sovrappeso (38% dei 18-69enni) e ben 70.000 risultano francamente obesi (12%). Il corretto consumo quotidiano di frutta e verdura è scarso (11%) e risulta allineato al dato nazionale (10%).

Circa 400.000 persone, consumano **alcol** (66%), 120.000 possono essere classificati come bevitori a rischio (18%) e oltre 50.000 come consumatori *binge* (9%). Il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente negli uomini, nelle persone con molte difficoltà economiche (percepite) e nei giovani di 18-24 anni: in questa fascia d'età circa un quarto dei giovani ha modalità di assunzione di alcol a rischio.

Il 55% ha dichiarato di essere non **fumatore**, il 16% di essere ex fumatore, mentre i fumatori ammontano a poco meno di un terzo (28%); la prevalenza più elevata di fumatori si registra al di sotto dei 50 anni e negli uomini, ma risulta statisticamente significativa la sola associazione tra fumo e sesso. Rispetto al dato medio italiano, si segnala una proporzione inferiore di persone che ritengono che il divieto di fumare nei luoghi pubblici e nei luoghi di lavoro sia rispettato sempre o quasi sempre. In meno di un terzo delle abitazioni si fuma: nel 23% in alcune zone e nel 5% ovunque; in circa un quarto delle case in cui vivono minori o bambini si fuma (23%).

nella popolazione di 65 e più anni

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
PASSI d'Argento	Giudica la propria salute positivamente (%)	13	29
PASSI d'Argento	Eccesso ponderale (%)	51	58
PASSI d'Argento	Fumatori (%)	7	9
PASSI d'Argento	Consumo di alcol (%)	39	40
PASSI d'Argento	Consumo di alcol a rischio (%)	37	46
PASSI d'Argento	Non svolge l'attività fisica raccomandata (%)	33	23
PASSI d'Argento	Consumo di frutta e verdura (%)	1	6
PASSI d'Argento	Problemi di vista (%)	39	21
PASSI d'Argento	Problemi di masticazione (%)	31	16
PASSI d'Argento	Problemi di udito (%)	22	13
PASSI d'Argento	Cadute negli ultimi 30 gg (%)	14	11
PASSI d'Argento	Sintomi di depressione (%)	35	24
PASSI d'Argento	A rischio di isolamento sociale (%)	15	9

Dall'indagine passi D'Argento, svolta sperimentalmente nella provincia di Cosenza nel 2010 e quindi non riferita all'intera regione, è emerso che solo il 13% degli ultra 64enni giudica positivamente il proprio stato di salute, a fronte del 29% del dato nazionale, mentre 1 anziano su due è in eccesso ponderale.



Considerando i fattori comportamentali di rischio, il 7% riferisce di essere fumatore, cioè di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di fumare al momento, il 39% consuma abitualmente alcol e tra questi il 37% è considerato a rischio, in quanto assume più di 1 unità alcolica al giorno (corrispondente a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore al giorno). Solo il 1% consuma giornalmente almeno le 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate. Negli ultra 64enni l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute e la quantità di attività fisica "raccomandabile" varia a seconda delle condizioni di salute generali e dell'età; per indagare il livello di attività fisica si è adottato il sistema di valutazione PASE (Physical Activity Score in Elderly), che prevede un punteggio sia per le attività sportive o ricreative, sia per altre attività come i lavori di casa pesanti o il giardinaggio; in Passi d'Argento sono state considerate "più attive" le persone con un valore PASE uguale o superiore a 50 (corrispondente al 25° percentile della distribuzione dei valori osservati) e "meno attive" per valori inferiori: il 33% del campione indagato è risultato "meno attivo" fisicamente. Allo scopo di rendere l'indagine più funzionale alla programmazione e alla valutazione degli interventi messi in atto dalla Società civile e dai Servizi del settore sociale e sanitario, Passi d'Argento ha indagato oltre agli stili di vita, anche condizioni come eventuali cadute, problemi di vista udito e masticazione, sintomi di depressione, segni di isolamento sociale. I risultati mostrano che nella provincia di Cosenza la proporzione di anziani con problemi di vista, di udito e di masticazione è abbastanza più alta del pool di ASL italiane e che tra coloro che masticano male solo il 13% è andato dal dentista. L'OMS ha indicato le cadute negli anziani come uno dei "quattro giganti della geriatria" insieme a depressione, incontinenza urinaria e deficit di memoria; il problema è particolarmente rilevante non solo per la frequenza, ma anche per le conseguenze sul benessere psico-fisico della persona: il 14% del campione esaminato è caduto negli ultimi 30 giorni. Anche i sintomi di depressione sono più diffusi rispetto ai valori medi italiani, così come la proporzione di anziani a rischio di isolamento sociale.

1.2.4 Ambiente e salute

IL CLIMA E L'AMBIENTE

Il clima e le emissioni atmosferiche

La Calabria è una penisola lunga circa 250 Km, con una superficie di 15.080 km², all'estremità sud dell'Italia, tra il Mar Tirreno e il Mar Ionio.

La regione è stretta a tal punto che nessun centro del territorio dista dal mare più di 50 Km.

È inoltre attraversata da sistemi montuosi dal confine con la Basilicata a nord, fino allo stretto di Messina a sud.

La superficie pianeggiante o comunque sotto i 200 metri rappresenta, pertanto, solo il 9% del territorio.

Le caratteristiche generali del clima sono di conseguenza quelle proprie del clima mediterraneo, ma con la presenza di aree microclimatiche diverse, che si diversificano dalla costa verso l'interno e le zone più alte.

La provincia più fredda è quella di Cosenza, mentre le temperature più alte si raggiungono nel territorio di Reggio Calabria. Nel semestre freddo si registra più del 70% della precipitazione annua.

L'umidità relativa dell'aria è in genere elevata, con una media annua del 75%.



A fronte di questo si deve registrare la presenza in alcuni territori di un periodo secco discreto che comporta, accanto al problema delle inondazioni, anche quello della siccità.

Il 40,1% del territorio calabrese inoltre è interessato da livelli di attenzione per rischio idrogeologico che vanno dall'elevato al molto elevato.

Non pochi sono stati i movimenti franosi che hanno interessato interi centri abitati, e che ne hanno determinato l'abbandono e la ricostruzione in altri siti.

In diversi casi il fenomeno è stato aggravato dall'incuria nella gestione del territorio: incendi boschivi, cementificazione e attività estrattive molto spesso indiscriminate.

L'analisi dei dati disponibili in termini di emissioni, di andamenti meteo-climatici e di concentrazioni di inquinanti indicano che, allo stato attuale, la qualità dell'ambiente atmosferico nella regione è ancora ben conservata.

Le emissioni, puntuali, diffuse e lineari, indicano valori che sono inferiori a quelli riscontrati come media nazionale.

I principali fattori inquinanti concernono le emissioni del traffico veicolare, concentrati comunque all'interno degli agglomerati urbani, data la relativa scarsità della viabilità extraurbana in Calabria.

Si evidenzia inoltre un aumento dell'emissione dei gas ad effetto serra, in linea con il trend nazionale.

La naturale propensione al dissesto idrogeologico del 40% del **territorio** calabrese e l'elevato grado di sismicità che interessa tutti i 409 comuni (alto grado 64%; medio 36%) classificano la Calabria tra le aree maggiormente soggette a rischi naturali.

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
ISTAT	Comuni ubicati in alta/media zona sismica %	100	38
ISTAT	Produzione rifiuti solidi urbani (kg/ab)	475	552
ISTAT-HFA	Km di costa balneabile (%)	84	67
ISTAT	Lamentano inquinamento dell'aria (%)	21	42
ISTAT	Lamentano inquinamento acustico (%)	31	36
ISTAT	Lamentano sporcizia nelle strade (%)	32	29
ISTAT	Non si fidano a bere acqua dal rubinetto (%)	44	33
ISTAT	Irregolarità nell'erogazione dell'acqua (%)	31	12

Sul territorio insistono numerosi **siti inquinati** ad alto rischio tra i quali si segnala quello di Crotona - Cassano - Cerchiara che risulta tra i siti contaminati di interesse nazionale.

La produzione pro capite di **rifiuti solidi urbani** (la tipologia di rifiuti più diffusa) mostra un trend in crescita ma risulta inferiore sia al valore nazionale che a quello del Sud dell'Italia.

Il sistema di **smaltimento** era basato, in un recente passato, esclusivamente sulle discariche, mentre attualmente si registra una tendenza alla riduzione del conferimento in discarica per l'introduzione, seppure parziale, del sistema di raccolta differenziata. E' diminuito di conseguenza da ventitré a undici il numero delle discariche, quasi tutte ubicate nella provincia di Cosenza dove a differenza del Sud della regione si accusa un grave ritardo nella realizzazione di impianti tecnologici di smaltimento dei rifiuti, con comprensibili problemi di ordine igienico e finanziario: in Calabria opera infatti il solo termovalorizzatore



di Gioia Tauro che opportunamente potenziato consentirebbe di soddisfare gran parte del fabbisogno regionale.

Le reti di distribuzione idrica, principalmente a causa della vetustà delle tubazioni, versano in un mediocre stato di conservazione.

Ugualmente insufficienti sono le capacità di riserva e di compenso rese disponibili dai serbatoi.

E' ancora scarsa la conoscenza della copertura dei servizi di **fognatura**. Le opere sono per lo più obsolete e risulta insoddisfacente il loro stato di conservazione, così come la loro capacità, soprattutto nelle aree dove sono destinate a raccogliere sia acque bianche che acque nere.

Le carenze strutturali dell'attuale assetto del servizio della **depurazione** si sostanziano in un valore medio di copertura/abitanti del 73%: l'elevata età media degli impianti, le piccole dimensioni (90% dei casi) e le conseguenti difficoltà gestionali in termini tecnici ed economici caratterizzano negativamente anche la qualità del servizio.

I **fanghi** di risulta sono generalmente inviati in discarica e solo in modesta quantità riutilizzati in agricoltura.

La Calabria possiede oltre 700 km di coste tra le più suggestive e fruibili per fenomeni meteo-marini dell'intero bacino mediterraneo. Su 715 km di costa ne risultano balneabili 615, in buona parte interessate dal fenomeno dell'**erosione costiera** accentuato sia da parziali opere di protezione che dal limitato apporto di materiale inerte in mare.

In Calabria non esiste una rete strutturata di monitoraggio della **qualità dell'aria**, pertanto persiste su tutto il territorio regionale una conoscenza parziale dei livelli di concentrazione degli inquinanti in atmosfera: sono tuttavia presenti sul territorio regionale molte centraline industriali che non hanno rilevato, per tutti gli inquinanti monitorati, alcun superamento dei limiti stabiliti dalla normativa.

Secondo le stime effettuate dall'APAT, tra il 2000 e il 2004, sono diminuite nella regione Calabria le emissioni derivanti dal trasporto su strada: in particolare, quelle relative all'anidride carbonica, agli ossidi di azoto e ai composti organici volatili non metanici.

Relativamente all'anno 2005, è stato effettuato uno studio più approfondito dei dati rilevati dalle centraline per il monitoraggio della qualità dell'aria: le concentrazioni di Biossido di Zolfo, Ossido di Azoto, Monossido di Carbonio, Ozono, benzene e il valore del PM10 si sono mantenute al di sotto dei valori limite stabiliti dalla legge. Il maggiore incremento nella produzione di energia elettrica da **fonti rinnovabili** è stato registrato nel settore eolico.

I **cittadini** calabresi ritengono di vivere in un ambiente di vita più salutare rispetto al resto degli italiani per quanto attiene all'inquinamento dell'aria (20% vs 41%) e all'inquinamento acustico (31% vs 36%) ma lamentano più sporcizia nelle strade (32% vs 29%) e meno fiducia nella qualità dell'acqua potabile (44% vs 33%). Riferiscono meno difficoltà di parcheggio (36% vs 39%) e di traffico (34% vs 46%), mentre dichiarano evidenti difficoltà in merito ai collegamenti (40% vs 29%) e all'irregolare erogazione dell'acqua (31% vs 12%).



1.2.5 Lavoro e salute

In Calabria nell'anno 2008 risultano operative in attività extra agricole oltre 118 mila unità locali che contano circa 400 mila addetti. Oltre due terzi dell'occupazione si concentra nelle unità produttive con meno di 10 lavoratori (quasi il doppio del dato nazionale).

Pubblica amministrazione, istruzione e sanità assorbono quasi 140 mila addetti (35% vs 29% Mezzogiorno e 20% Italia), il commercio circa 70.000 (18%), il settore manifatturiero solo 40.000 (10%). Le classi più numerose in termini di addetti sono generalmente quelle dei servizi pubblici. L'unica classe di attività rilevante non compresa tra i servizi è quella del comparto dei lavori generali di costruzione con oltre 20.000 addetti (5%).

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
INAIL	Addetti Pubblica Amministrazione, Istruzione, Sanità %	35	20
INAIL	Infortuni indennizzati per 100.000	2.800	3.000
INAIL	Infortuni mortali per 100.000	12	7
INAIL	Rapporto di gravità per addetto (perdita di gg.lavorativi)	4,7	3,1

Nel corso del 2008 risultano denunciati 14.094 infortuni sul lavoro, 365 in meno dell'anno precedente (-2,52%): stratificando per settore si osserva un calo infortunistico in Agricoltura (-5,37%), Industria e Servizi (-3,38%) ma un considerevole incremento nella Pubblica Amministrazione (9,53%).

Alle denunce dei 35 casi mortali sul lavoro del 2007 fanno positivo riscontro i 27 casi avvenuti nel corso del 2008, con una diminuzione pari a circa il 23%

La frequenza relativa degli **infortuni indennizzati** (numero di infortuni indennizzati ogni 1.000 addetti Inail) è pari al 28‰ e colloca la nostra Regione al 15° posto della graduatoria nazionale, 2 punti al di sotto dell'indice medio nazionale (30‰). Il settore con più alto numero di infortuni in assoluto è quello delle Costruzioni (1741 casi) che però non risulta tra i più pericolosi con una frequenza relativa d'infortunio ogni 1.000 addetti del 43‰ che lo pone "solo" al 9° posto. Decisamente più "pericolosa" si rivela invece in Calabria l'attività svolta nelle industrie dei mezzi di trasporto e della gomma che si collocano, rispettivamente, ai primi 2 posti della graduatoria.

Gli **infortuni mortali** al contrario si verificano con elevata frequenza (0,12‰), quasi il doppio della media nazionale (0,07‰), ponendo la Calabria al 4° posto tra le regioni italiane.

Anche il rapporto di gravità per addetto (conseguenze eventi lesivi indennizzati per numero degli esposti), risulta eccessivamente elevato e colloca la Calabria al 2° posto (4,7) della casistica nazionale, alle spalle della sola Umbria (4,9) e ben al di sopra della media nazionale (3,1): questi indicatori, disegnano una Regione nella quale, rispetto alla media nazionale, avvengono meno infortuni che risultano però più spesso molto gravi o addirittura mortali.

La Calabria si adegua al trend nazionale che vede aumentare il numero di denunce pervenute per **malattie professionali**, in particolare nei settori industria e servizi con oltre il 20% di casi in più tra il 2006 (820) e il 2008 (603).



Si rileva, sempre in linea con il resto del Paese, un drastico ridimensionamento dei casi di ipoacusia e l'aumento dei casi di patologie osteoarticolari e muscolo-tendinee.

Appare invece in controtendenza il ricorso alle denunce per patologie professionali in agricoltura che diminuiscono come possibile conseguenza sia della contrazione della manodopera sia di un'inadeguata consapevolezza dei propri diritti da parte dei nuovi lavoratori - in particolare stranieri - e di un'insufficiente applicazione delle norme di tutela e sicurezza sui posti di lavoro.

1.2.6 Incidenti stradali e domestici

Sul versante delle infrastrutture la Calabria soffre di un notevole ritardo rispetto alle realtà meglio attrezzate del Paese a eccezione della copertura della rete stradale, superiore alla media dell'Italia meridionale, come testimonia l'indice del traffico merci fortemente indicativo di un enorme utilizzo della strada piuttosto che della ferrovia. La viabilità è assicurata dall'Autostrada A3 Salerno - Reggio Calabria e da strade statali o provinciali, alcune delle quali molto disagiate, che lamentano una cattiva condizione e manutenzione.

Meno veicoli immatricolati per abitante e per km di strade rispetto al resto della penisola si traducono in una maggiore fluidità del traffico con un numero di incidenti, feriti e morti per 1.000 abitanti inferiore alla media italiana nel corso dell'anno 2008; anche il rapporto incidenti per 1.000 veicoli circolanti risulta inferiore a quello italiano.

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
ISTAT	Incidenti per 1.000 veicoli	2,3	4,6
ISTAT	Incidenti per 100.000 abitanti	1.700	3600
ISTAT	Feriti per 100.000 abitanti	281	518
ISTAT	Morti per 100.000 abitanti	6	8
ISTAT	Tasso di mortalità (morti per mille incidenti)	36	22
ISTAT	Incidenti su strade urbane %	65	77
ISTAT	Incidenti su strade statali %	17	6
ISTAT	Incidenti su strade provincia %li	7	8
PASSI	Guida sotto l'effetto dell'alcol %	15	11
PASSI	Usa la cintura di sicurezza anteriore %	70	82
PASSI	Usa la cintura di sicurezza posteriore %	8	19
PASSI	Usa il casco %	83	94
PASSI	Bassa percezione del rischio di infortunio domestico (%)	90	93
PASSI	Avuto informazioni su prevenzione infortuni domestici (%)	22	24
PASSI	Modificato comportamenti o adottato misure preventive (%)	39	31

Risulta però più elevato rispetto alla media nazionale il tasso di mortalità (morti/1.000 incidenti); la Calabria è la terza regione italiana per tasso di mortalità per incidenti stradali (36 vs 22 Italia) e Crotona la seconda provincia con 75 decessi ogni 1.000 incidenti: in altri termini in Calabria gli incidenti stradali si verificano con minore frequenza ma sono più pericolosi.



L'analisi dell'andamento del fenomeno nel quinquennio 2004-2008 mostra una costante diminuzione degli incidenti e dei feriti mentre il numero dei morti aumenta nel primo biennio per poi decrescere nel secondo.

Nel corso del 2008 si sono verificati 669 incidenti in meno rispetto al 2004 (17%) registrati 479 feriti (8%) e 65 morti in meno (8%).

Lungo le strade urbane e sulle statali si sono verificati il maggior numero di incidenti (rispettivamente: 65%;17%) e di feriti (60%; 20%); al contrario sulle strade statali si sono registrati più decessi (50%) che lungo quelle urbane (23%).

I tratti stradali dove si verificano più incidenti sono quelli rettilinei sia in ambito urbano (40%) che extraurbano (46%).

La tipologia di scontro più frequente è quella frontale-laterale (34%).Gli scontri tra due veicoli sono quelli più frequenti (63%). I mesi di dicembre, gennaio e maggio sono quelli in cui si verificano più incidenti mortali. Il 68% dei decessi e il 63% dei feriti si registrano tra i conducenti.

I pedoni rappresentano ben l'8% delle vittime della strada e il 4% tra i feriti. Sulla strada muoiono (73%) e si feriscono (64%) più uomini che donne.

Il 40% degli uomini e il 30 % delle donne vittime della strada non ha ancora compiuto i 30 anni d'età: ben oltre la metà dei decessi sulle strade (53%) avviene al di sotto dei 45 anni d'età.

Le strade extraurbane più pericolose della nostra regione sono quelle statali: in particolare la 106 Jonica, la 107 Silana-Crotonese, la 018 Tirrena inferiore. Nei rapporti ACI-Istat è riportata la presentazione cartografica degli incidenti stradali georeferenziati però per tratti autostradali o di strade statali di un km. Dalle mappe si può facilmente desumere quali siano i tratti (non i punti) a più elevato rischio di incidentalità. Manca, però qualsiasi riferimento agli indicatori di pericolosità e alla gravità delle lesioni riportate dai feriti.

Tra i principali comportamenti a rischio per l'incidentalità si considerano l'eccesso di velocità, la guida sotto effetto di alcol o sostanze stupefacenti e il mancato utilizzo dei dispositivi di sicurezza.

Nella nostra Regione riferisce di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol il 15% dei guidatori di età compresa tra i 18 e i 69 anni: in prevalenza sono uomini di 18-34 anni.

Il 12% dei trasportati dichiara di aver viaggiato a bordo di un veicolo guidato da una persona sotto l'effetto dell'alcol.

L'utilizzo del casco e della cintura anteriore è relativamente diffuso: rispettivamente 83% vs 94% Italia; 70% vs 82% Italia. Molto limitato, viceversa, è l'utilizzo della cintura posteriore (8% vs 19% Italia).

Una quota non trascurabile di genitori di un minore sotto ai 14 anni ha riferito di non far indossare sempre il dispositivo di sicurezza al minore.

Nell'**ambiente domestico** si concentrano importanti fattori di rischio per la salute, sia dal punto di vista dell'incidentalità sia da quello della salubrità, nonostante vi sia nel 90% dei calabresi una scarsa o assente percezione del rischio; i mass media e, in minor misura, gli opuscoli sul tema sembrano essere gli strumenti informativi più efficaci inducendo oltre un terzo della popolazione a modificare i propri comportamenti o ad adottare misure per rendere più sicura la casa.

Si stima che il 2,9% degli accessi al pronto soccorso sia dovuto ad **incidenti domestici**. La maggioranza degli incidenti domestici avviene tra le donne anziane, i bambini, le casalinghe: la tipologia più frequente



tra gli anziani è la caduta, che esita in ben oltre di un terzo dei casi in una frattura del femore, mentre per i più piccoli oltre alla caduta, le lesioni più frequenti sono rappresentate dall'ingestione o inalazione di sostanze tossiche e corpi estranei. La letteratura documenta un gradiente socioeconomico nei ricoveri per incidenti domestici tra i bambini con meno di 15 anni; anche l'intossicazione da monossido di carbonio rappresenta un evento correlato a condizioni di disagio abitativo che coinvolgono spesso cittadini in condizioni di indigenza i quali utilizzano mezzi impropri per il riscaldamento domestico e non sono in grado di provvedere alla normale manutenzione degli impianti.

1.2.7 Mortalità evitabile

L'arco temporale entro il quale si può considerare evitabile la mortalità per cause che la letteratura scientifica segnala come efficacemente contrastabili può essere, attualmente, rideterminato tra 0 e 74 anni. In base a tale assunzione gli autori di ERA 2007- Atlante di **mortalità evitabile** propongono una particolare "classifica" dei giorni/persona persi per mortalità evitabile (calcolando l'arco temporale di vita potenziale non vissuta, intercorso fra la data della morte precoce e la data di morte attesa in base al sesso e alla classe d'età). In base a tale indicatore (in grado di aggiungere informazioni utili a quantificare in maniera più incisiva il peso degli eventi mortali nella comunità) si evince che gli uomini hanno perso in Italia circa il doppio dei giorni di vita potenziale rispetto alle donne e che nel triennio 2000-2002 per entrambi i sessi si è registrata una diminuzione dell'11% rispetto al triennio 1996-1998; anche in Calabria si conferma tale tendenza: la nostra regione si pone al quinto posto per giorni persi per cause di morte evitabili per gli uomini (21gg. vs 23 gg. Italia) e al nono per le donne (11 gg. Vs 12 gg. Italia).

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
ERA	Giorni di vita persi/persona per mortalità evitabile U	21	23
ERA	Giorni di vita persi/persona per mortalità evitabile D	11	12
ERA	Tasso standardizzato di mortalità evitabile per 100.000 U	205	229
ERA	Tasso standardizzato di mortalità evitabile per 100.000 D	98	104
ISTAT-HFA	Tasso standardizzato mortalità Sistema Circolatorio per 10.000 U	43	40
ISTAT-HFA	Tasso standardizzato mortalità Sistema Circolatorio per 10.000 D	34	29
ISTAT-HFA	Tasso standardizzato mortalità Tumori per 10.000 U	30	37
ISTAT-HFA	Tasso standardizzato mortalità Tumori per 10.000 D	15	20
ISTAT-HFA	Tasso di mortalità nel primo anno di vita per 1.000 U	6,6	3,9
ISTAT-HFA	Tasso di mortalità nel primo anno di vita per 1.000 D	4,3	3

dati desunti da ERA 2007- Atlante di **mortalità evitabile** e in particolare dei giorni/persona persi per mortalità evitabile (calcolando l'arco temporale di vita potenziale non vissuta, intercorso fra la data della morte precoce e la data di morte attesa in base al sesso e alla classe d'età) si evince che gli uomini



hanno perso in Italia circa il doppio dei giorni di vita potenziale rispetto alle donne e che nel triennio 2000-2002 per entrambi i sessi si è registrata una diminuzione dell'11% rispetto al triennio 1996-1998; anche in Calabria si conferma tale tendenza: la nostra regione si pone al quinto posto per giorni perduti pro-capite per cause di morte evitabili per gli uomini (21gg. vs 23 gg. Italia) e al nono per le donne (11 gg. Vs 12 gg. Italia).

Anche i tassi di mortalità evitabile standardizzati per 100.000 residenti sono in media sensibilmente più contenuti rispetto a quelli nazionali: uomini 205 vs 229; donne 98 vs 104. La tendenza è confermata, salvo rare eccezioni, anche dall'analisi effettuata per gruppi di cause: malattie ischemiche di cuore (uomini 47 vs 49; donne 15 vs 14); tumori maligni apparato digerente e peritoneo (uomini 23 vs 31; donne 11 vs 13); tumori maligni apparato respiratorio (uomini 36 vs 50; donne 4 vs 9); traumatismi e avvelenamenti (uomini 36 vs 37; donne 8 vs 11). E' stata inoltre stilata una particolare classifica della mortalità per cause evitabili a seguito d'interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e altra assistenza sanitaria: la media calabrese è sensibilmente al di sotto della media nazionale sia per quanto attiene agli interventi di prevenzione primaria (uomini 131 vs 153; donne 30 vs 37) che di diagnosi precoce e terapia (uomini 12 vs 18; donne 29 vs 35); per gli interventi relativi all'igiene e altra assistenza sanitaria risulta, al contrario, più elevata (uomini 62 vs 59; donne 39 vs 32).

Anche l'analisi della **mortalità generale** consolida, sia in Italia che in Calabria, quale primo grande gruppo di causa di morte quello delle malattie del sistema circolatorio seguito dai tumori, dalle malattie dell'apparato respiratorio, dai traumatismi e dalle malattie endocrino/metaboliche. Le prime mostrano trend di mortalità in netta diminuzione negli ultimi anni, le malattie dell'apparato respiratorio e i traumatismi in diminuzione, mentre la mortalità per tumori e malattie endocrino/metaboliche si mantiene sostanzialmente costante.

Le **cause specifiche di morte** più frequenti sono rappresentate: per gli uomini dalle malattie ischemiche del cuore (T.Std. 12,6 per 10.000) seguite dai disturbi circolatori dell'encefalo (T.Std. 11,5 per 10.000), dai tumori maligni di trachea, bronchi, polmoni (T.Std. 6,7 per 10.000), dalle malattie polmonari croniche ostruttive (T.Std. 6,5 per 10.000), dal diabete mellito (T.Std. 4,5 per 10.000) dai tumori maligni del colon retto (T.Std. 3 per 10.000); per le donne dai disturbi circolatori dell'encefalo (T.Std. 10,5 per 10.000) seguiti dalle malattie ischemiche del cuore (T.Std. 7,9 per 10.000), dal diabete mellito (T.Std. 3,9 per 10.000), dai tumori maligni della mammella (T.Std. 2,4 per 10.000), dalle malattie polmonari croniche ostruttive (T.Std. 2,1 per 10.000) e dai tumori maligni del colon retto (T.Std. 1,6 per 10.000).

Nel periodo 2001 - 2006 si osserva un trend stazionario della **mortalità infantile** per i maschi e in leggera diminuzione per le donne: nel 2006 i tassi di decessi nel primo anno di vita ogni 1.000 nati vivi superano per entrambi i sessi (di gran lunga per i maschi) i rispettivi valori nazionali (M 6,6 vs 3,9; F 4,3 vs 3 ‰).



1.2.8 Malattie

La popolazione calabrese, particolarmente longeva, soffre di disturbi e patologie spesso legate all'invecchiamento e all'esposizione a fattori di rischio ambientali, professionali o legati alle abitudini di vita: la malattia più frequente è l'artrosi/artrite seguita dall'ipertensione (ambedue più frequenti rispetto al resto della penisola), dalle malattie allergiche e dall'osteoporosi (entrambe in linea con i dati nazionali).

Il 15% della popolazione soffre di una patologia cronica grave (malattia cardiovascolare, respiratoria, diabete, tumore grave), contro il 13% registrato in Italia.

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
ISTAT-HFA	Soffre di una patologia cronica grave %	15	13
ISTAT-HFA	Incidenza tumori maligni per 100.000 U	361	440
ISTAT-HFA	Prevalenza tumori maligni per 100.000 U	1.790	2.694
ISTAT-HFA	Incidenza tumori maligni per 100.000 D	304	397
ISTAT-HFA	Prevalenza tumori maligni per 100.000 D	2.255	3.402
ISTAT	Prevalenza dichiarata diabete %	6,3	4,6

La Calabria è la regione con la più bassa prevalenza (T.Std. 1.790 vs 2.694 casi per 100.000) e tasso d'incidenza (T.Std. 361 vs 440 nuovi casi/anno per 100.000) per **tumori maligni** maschili (stime anno 2008) in Italia: il carcinoma del colon-retto è in assoluto il primo tumore con 779 nuovi casi per anno, seguito dai tumori maligni della prostata (747), polmoni (678) e stomaco (266). Nel 1988 il tasso d'incidenza standardizzato era di 321 nuovi casi di tumori maligni/anno per 100.000, nel 2008 è stimato in 361 per 100.000 con un aumento dell'11%; in particolare i tassi standardizzati dei tumori maligni del colon-retto e della prostata sono raddoppiati, mentre sono di poco più elevati quelli riguardanti il polmone e diminuiti quelli relativi allo stomaco.

Il tasso d'incidenza per tumori femminili è tra i più bassi in Italia (secondo solo a Sicilia e Molise) ed è anch'esso aumentato rispetto a vent'anni fa (20%) passando da 243 a 304 per 100.000: è aumentata considerevolmente l'incidenza per tumore della mammella da 56 a 105 per 100.000, in maniera meno sensibile quella relativa ai tumori coloretali (34 vs 37) e del polmone (8 vs 10), mentre è diminuita l'incidenza dei tumori maligni dello stomaco da 19 a 15 per 100.000.

Riassumendo nel 2008 si stima che in Calabria si siano verificati 6.565 nuovi casi di tumori maligni: 3.567 a carico degli uomini; 2.989 a carico delle donne.

Le **malattie del sistema circolatorio** rappresentano il primo grande gruppo di cause di morte e di ricovero in Calabria: in particolare le malattie ischemiche di cuore e i disturbi circolatori dell'encefalo e più specificamente l'infarto del miocardio e l'ictus, costituiscono, rispettivamente, la prima e la seconda causa di morte, anche perché sono le più frequenti cause di morte nell'anziano. Si stima una prevalenza di infarto del miocardio dell'1,7% negli uomini e dello 0,6% nelle donne, corrispondenti nella nostra regione a circa 23.000 persone, e una prevalenza dell'ictus dell'1,4% negli uomini e dello 0,9% nelle donne, circa 23.000 persone. Ogni anno si verificano circa 2.400 nuovi infarti tra gli uomini e oltre 1.000 infarti tra le donne (stima da Studio Monica: tasso st. uomini 239 x 100.000; donne 104 x 100.000)



Le recidive sono frequenti nel corso del primo anno e quasi il 6% delle persone che hanno avuto un infarto (in leggera prevalenza uomini) vengono nuovamente ricoverate (valore stimato sulla base di esperienze extraregionali).

Le **malattie dell'apparato respiratorio** rappresentano il terzo grande gruppo di causa di morte (9,6 x 10.000 con trend in diminuzione negli ultimi anni) e di ricovero ospedaliero: le bronco pneumopatie croniche ostruttive rappresentano la causa specifica di morte più frequente all'interno del gruppo e riguardano in particolare gli uomini (6,5 x 10.000), con tassi di ospedalizzazione tra i più elevati per causa specifica (50 x 10.000).

Nel 2007 la prevalenza della popolazione diabetica adulta in trattamento in Calabria è risultata pari a 6,6 casi per ogni 100 individui residenti. La prevalenza di **diabete** aumenta con età, basso livello d'istruzione, difficoltà economiche ed eccesso ponderale. In tutte le classi di età gli uomini presentano un maggiore indice di prevalenza rispetto alle donne.

L'incidenza e la prevalenza del diabete sono in aumento, sia perché aumentano i fattori di rischio (eccesso ponderale, sedentarietà), ma anche perché aumenta la sopravvivenza grazie alla migliore assistenza.

La morbosità e la mortalità per **malattie infettive** sono sensibilmente diminuite nel corso degli ultimi 15 anni: nel 1992 l'Istat stimava circa 140 casi per 1.000 mentre nel 2007 la stima è di circa 35 casi per 1.000. Ma la riemergenza di "vecchie malattie" e la comparsa di nuove induce a un cauto ottimismo e consiglia di prestare sufficiente attenzione alle malattie infettive.

I casi di **AIDS** si sono più che dimezzati tra l'inizio del 2000 (tasso st. =1 per 1.000) e il 2008 (tasso st. = 0,4 per 1.000). Il rischio di contrarre il virus non va però sottovalutato: una proporzione significativa dei nuovi casi di infezione da HIV è infatti dovuta alla trasmissione per contatto sessuale. In Calabria tra il primo gennaio 2008 e il 26 gennaio 2010 sono stati notificati 32 casi: 28 uomini e 4 donne con età mediana per entrambi i sessi di 43 anni.

I casi di **tubercolosi** si sono invece raddoppiati tra l'inizio del 2000 (tasso st. =0,8 per 1.000) e il 2007 (tasso st. = 1,5 per 1.000).

1.2.9 Ospedalizzazione

Il tasso grezzo di ospedalizzazione nella Regione Calabria, espresso come numero totale dei ricoveri ogni mille residenti è pari a circa 218 (anno 2008), sensibilmente al di sopra dei 180 ricoveri per mille considerati appropriati. Nel 66% dei casi si tratta di ricoveri in regime ordinario e di questi il 98% riguarda ricoveri per acuti. In tabella sono riportati i Tassi standardizzato per età e sesso, per tipo di ricovero e per regime.

Rispetto ai ricoveri effettuati dal pool di erogatori italiani, in Calabria si registrano più ricoveri per acuti, sia in regime ordinario che in day hospital, e meno ricoveri di riabilitazione in entrambi i regimi e di lungodegenza.

Ben il 15% di tutti i ricoveri dei residenti si realizza in strutture di altre regioni, soprattutto nel Lazio, Sicilia, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Puglia. Queste emigrazioni sanitarie non sempre sono dovute a carenza di strutture idonee a soddisfare la domanda.



In media si registrano 33 ricoveri fuori regione ogni 1.000 residenti: a eccezione di due ASP (Catanzaro e Cosenza), per tutte le altre si contano un numero di ricoveri superiore alla media regionale. La ASP di Reggio Calabria e l'ASL di Locri, oggi confluite in un'unica ASP, si collocano rispettivamente al primo e secondo posto per numero di ricoveri in altre regioni. Rispetto al pool di Istituti Italiani, in Calabria si registra una maggiore erogazione di ricoveri da parte delle aziende ospedaliere, degli ospedali a gestione diretta e delle case di cura private accreditate: queste ultime ospitano un ricovero su quattro, a fronte del 14% che si osserva nel pool degli Istituti italiani.

Le donne si ricoverano più degli uomini: 53% dei ricoveri totali.

Considerando i ricoveri per **acuti in regime ordinario**, fra le prime 10 MDC (Maior Diagnostic Category), che rappresentano le categorie maggiori di diagnosi cui afferiscono i DRG, troviamo:

per i ricoveri effettuati nelle strutture regionali al primo posto le *Malattie e i disturbi dell'apparato circolatorio*, seguono le *Malattie e i disturbi dell'apparato digerente*, la *Gravidanza il parto e il puerperio*; per i ricoveri effettuati fuori regione al primo posto troviamo le *Malattie e disturbi del sistema osteomuscolare e connessi*, seguite dalla *Malattie dell'apparato cardiocircolatorio e dalle Malattie e Disturbi dell'apparato digerente*.

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
Ministero della Salute	Tasso standardizzato di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario	138.60	123.39
Ministero della Salute	Tasso standardizzato di ospedalizzazione per acuti in regime diurno	70.35	57.15
Ministero della Salute	Tasso di ospedalizzazione per riabilitazione in regime ordinario	3.40	4.86
Ministero della Salute	Tasso di ospedalizzazione per riabilitazione in regime diurno	0.76	1.06
Ministero della Salute	Tasso di ospedalizzazione per lungodegenza	0.91	1.83
Ministero della Salute	Degenza media ricoveri per acuti regime ordinario	6.40	6.76
Ministero della Salute	Degenza media ricoveri per acuti regime ordinario Std per casemix	6.86	6.76
Ministero della Salute	Degenza media preoperatoria	2.22	1.97
Ministero della Salute	Indice di Casemix	0.88	1.00
Ministero della Salute	Indice comparativo di performance	1.01	1.00
Ministero della Salute	Peso medio regime ordinario	0.98	1.12
Ministero della Salute	Percentuale dei casi complicati	29.47	29.57
Ministero della Salute	Dimessi con DRG medico da reparti chirurgici	48.12	35.67
Ministero della Salute	% Ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	65.05	56.06
Ministero della Salute	% Parti cesarei sul totale dei parti	45.36	38.30
Ministero della Salute	Tasso di ospedalizzazione per diabete non controllato (per 100.000 ab.)	32.34	29.15
Ministero della Salute	Tasso di ospedalizzazione per insufficienza cardiaca (per 100.000 ab.) (età >= 18 anni)	430.90	340.26
Ministero della Salute	Tasso di ospedalizzazione per asma nell'adulto (per 100.000 ab.)	21.00	13.38

Il primo DRG per numerosità dei casi è il 373 - Parto vaginale senza complicazioni, seguito dal DRG 127- Insufficienza cardiaca e shock e dal DRG 371 – Parto cesareo senza cc. Anche nella casistica italiana, ottenuta dal pool degli istituti di ricovero nazionali, si osserva un'analogia distribuzione per i primi tre DRG.



La **degenza media**, indicatore sintetico di efficienza ospedaliera nei ricoveri ordinari, nelle strutture calabresi è di 6,4 giorni contro 6,7 del Paese, ma, standardizzata per complessità della casistica, diventa 6,9 contro i 6,8 giorni registrati in Italia.

La **degenza media preoperatoria**, che valuta l'efficienza organizzativa dei reparti chirurgici, a è uguale a 2,2 giorni contro 1,9 dell'Italia.

L'**indice comparativo di performance** calabrese uguale a 1,01 è di poco inferiore allo standard italiano pari a 1 (valore di ICP maggiore di 1 indicano minore efficienza operativa).

Il **peso medio** della casistica nazionale di 1,12 per il regime ordinario e 0,81 per il ricovero diurno è sensibilmente più elevato di quello registrato in Calabria pari, rispettivamente, allo 0,98 e allo 0,77. L'Indice di Case Mix risulta di conseguenza inferiore allo standard di riferimento italiano (0,88 vs 1).

La **percentuale dei casi complicati**, indicatore utilizzato per evidenziare eventuali atteggiamenti opportunistici degli erogatori, è simile a quella italiana (29,47 vs 29,57%).

L'indicatore "**Dimessi con DRG medico da reparti chirurgici**", rappresenta un indicatore proxy dell'appropriatezza di utilizzo di questi reparti. La Calabria risulta all'ultimo posto tra tutte le regioni italiane con il 48,12% a fronte di una media Italiana pari a 35,69%.

Altro indicatore sentinella preso in esame è la **percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico**, che in Calabria è pari a 65,05 contro il 56,06 della media italiana.

Risultano invece al di sotto della media nazionale la **percentuale di ricoveri brevi 0-1 giorno sul totale dei ricoveri in Regime ordinario** (12,20 vs 12,25) e la **percentuale di ricoveri con degenza oltre la soglia, sul totale dei ricoveri in Regime ordinario con DRG medico di pazienti con età 65 anni e oltre**.

Riguardo ai principali indicatori di **appropriatezza clinica** in Calabria si registra: una più elevata frequenza di parti cesarei sul totale dei parti (45,4%) rispetto alla media degli Istituti italiani (35,3%); un minor tasso di ospedalizzazione (per 100.000) per gli interventi per via laparoscopica di colecistectomia (83,6 vs 86,8), tonsillectomia (38,3 vs 71,5), prostatectomia (192,8 vs 312,5) e appendicectomia (58,8 vs 80,7); ciò si spiega non tanto con motivazioni legate a diversità epidemiologiche, ma piuttosto all'offerta dei servizi sanitari o ad aspetti socio-economici e culturali.

Vengono infine riportati alcuni tassi di ospedalizzazione per specifiche patologie e procedure chirurgiche, scelte tra le più diffuse e tra quelle per le quali l'ospedalizzazione può essere considerata proxy di **inefficienza dell'assistenza primaria e specialistica territoriale**: diabete non controllato, per 100.000 abitanti di età superiore a 18 anni (32,3 vs 29,2 Italia); asma per 100.000 abitanti di età 18-64 anni (21,1 vs 13,4); insufficienza cardiaca per 100.000 abitanti di età superiore a 18 anni (430,9 vs 340,3), asma nell'adulto per 100.000 abitanti (21.00 vs 13.38) .

In conclusione anche per il 2008 nella Regione Calabria continuano a permanere tassi di ospedalizzazione più alti della media nazionale con tendenza alla riduzione dei ricoveri in regime ordinario ma netto aumento di quelli in regime diurno che risultano sensibilmente maggiori rispetto al pool degli erogatori italiani e che denotano un improprio utilizzo della modalità di ricovero in day hospital.

L'inappropriatezza organizzativa per i ricoveri acuti in regime ordinario è evidenziata dalla alta proporzione di "dimessi con DRG medico da reparti chirurgici", mentre la percentuale di parti cesarei sul totale dei parti, al di sopra della media nazionale, rappresenta una spia di inappropriatezza clinica. In



media sono eseguiti meno interventi chirurgici nella modalità meno invasiva e permangono elevati gli indicatori indiretti dell'inefficacia dell'assistenza territoriale.

L'intervento correttivo dell'inappropriatezza dei ricoveri non può esclusivamente essere indirizzato all'interno dell'ospedale. La deospedalizzazione ha le sue radici proprio in azioni che si realizzano al di fuori del contesto ospedaliero, come ad esempio la riduzione degli incidenti stradali, domestici, lavorativi, il miglioramento degli stili di vita, l'alimentazione equilibrata, la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori. In ogni caso l'analisi dell'attività ospedaliera fornisce importanti informazioni, che consentono da un lato di definire il contesto, in relazione alla domanda di ricovero espressa e al suo grado di appropriatezza, dall'altro di disporre di una fonte diretta o, in alcuni casi, indiretta di verifica delle azioni messe in atto dalle diverse componenti del servizio sanitario, l'ospedale in primo luogo ma anche il territorio, in quanto titolare delle cure primarie, specialistiche, riabilitative e non ultime delle attività di prevenzione.

1.2.10 Programmi di prevenzione

Nel 2009, in Calabria l'adesione all'invito all'interno dei programmi di screening cervicale nelle donne di 24-69 anni stimata dalla Sorveglianza PASSI è stata del 44% (dato nazionale: 36%). La copertura complessiva stimata sale al 56%, considerando anche la quota di pap test eseguita al di fuori dello screening organizzato vs il 73% del resto del paese. Le donne di 25-34 anni effettuano meno frequentemente un regolare pap-test.

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
PASSI	Adesione all'invito screening cervicale %	44	36
PASSI	Copertura esecuzione Pap-test preventivo %	56	73
PASSI	Adesione all'invito screening mammografico %	32	50
PASSI	Copertura esecuzione mammografia preventiva %	44	68
PASSI	Ha eseguito un esame preventivo di sangue occulto nelle feci %	6	23
PASSI	Ha eseguito una rettosigmoidoscopia preventiva %	7	10

Per lo screening del tumore della mammella, l'adesione all'interno dei programmi nelle donne di 50-69 anni è stata del 32% (dato nazionale: 50%); la copertura complessiva è pari al 44% vs il 68% dell'Italia. Le donne meno istruite effettuano meno frequentemente la mammografia con regolarità.

Riguardo la prevenzione del tumore del colon-retto solo il 6% ha eseguito la ricerca del sangue occulto nelle feci e il 7% una rettosigmoidoscopia/colonscopia contro il rispettivo 23% e 10% nazionale.

E' aumentato inoltre sensibilmente il tasso per il controllo dell'osteoporosi che nel 2000 era del 22% e che nel 2005 (38%) si attesta vicino a quello italiano (41%).



1.2.11 Attività vaccinale

Nel 2007 sono diminuiti, rispetto ai primi anni del XXI secolo, i tassi delle malattie prevenibili con la vaccinazione: in ordine decrescente quelli relativi a parotite, rosolia, pertosse, Epatite B e morbillo.

L'attività vaccinale, secondo i dati ICONA 2008 (indagine, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, sulla copertura vaccinale infantile) ha consentito di raggiungere una **copertura vaccinale** superiore al 95% per le vaccinazioni obbligatorie e per la vaccinazione raccomandata anti-Haemophilus Influentiae. Le vaccinazioni vengono effettuate mediamente con un certo grado di ritardo tant'è che la copertura ottimale per le vaccinazioni obbligatorie viene raggiunta in una fascia d'età (12-24 mesi di vita) successiva a quella (entro i 12 mesi di vita) ritenuta ottimale per il conseguimento rapido di una effettiva protezione nei confronti delle malattie infettive prevenibili con vaccinazione. Infatti, la copertura vaccinale a 12 mesi è circa del 12% inferiore a quella rilevata tra i 12 e i 24 mesi. Inoltre il 16,4 % dei bambini non è stato vaccinato contro il morbillo. Il motivo principale di mancata/ritardata vaccinazione per DT, polio, HBV e pertosse è la presenza di malattia intercorrente del bambino, causa che comunque non impedisce, a lungo termine, l'esecuzione della vaccinazione.

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
ICONA	Polio (%)	96,2	96,8
ICONA	Difterite/Tetano (%)	96,2	97,0
ICONA	Pertosse (%)	96,2	96,6
ICONA	HPV (%)	96,2	96,7
ICONA	Hib (%)	96,2	96,2
ICONA	Morbillo/Parotite/Rosolia > 15mesi (%)	83,6	90,2
ICONA	Pneumococco (%)	51,0	55,1
ICONA	Meningococco C (%)	42,3	36,9
ICONA	Varicella (%)	1,0	17,1
ICONA	Influenza (%)	-	1,6
PASSI	Donne in età fertile vaccinate contro la rosolia o con rubeotest + (%)	37	57
PASSI	Copertura vaccinazione anti-influenzale (%)	62	62

L'indagine ICONA, già citata, ha stimato nella nostra regione una copertura vaccinale media per MPR dei nuovi nati, tra i 12 e i 24 mesi, dell' 83,6% e degli adolescenti al 15°anno, per una dose di vaccino MPR, del 53%. Il 51,% dei bambini ha ricevuto un ciclo vaccinale completo per pneumococco; di questi, il 36,1% è stato vaccinato nel primo anno di vita e il 14,9% con una dose nel secondo anno di vita. La copertura vaccinale per meningococco C risulta pari al 41,8%, per varicella è 1%, mentre nessun bambino risulta vaccinato contro l'influenza.

La vaccinazione HPV è stata attivata a partire dal 2008 ma soltanto nel 2010 è stato possibile estendere l'offerta attiva su tutto il territorio regionale. La popolazione target si aggira su 9.500-10.000 ragazze/anno. Al giugno 2010 le coperture raggiunte in Calabria per 3 dosi di HPV sono del 53% per la coorte 1997 e del 23,4% per la coorte 1998.



Per quanto attiene la copertura vaccinale delle donne in età fertile (18-49 anni), lo studio Passi Calabria del 2009 ha evidenziato che solo il 37% è immune alla **rosolia** o per aver praticato la vaccinazione (14%) o per aver contratto naturalmente la malattia (23%). Il 63% delle donne in età fertile risulta potenzialmente suscettibile.

La copertura della vaccinazione **antinfluenzale** nelle persone ultra64enni è perfettamente in linea con la media nazionale ma ancora insufficiente (62% nel 2005) rispetto all'atteso del 75%, così come la copertura assicurata nelle persone sotto ai 64 anni portatrici di una patologia cronica (circa un terzo).



2. CRITICITA'

(In questa parte sono riportati gli elementi conoscitivi (anche di tipo istituzionale e normativo) e le considerazioni relativi alle criticità presenti o di prospettiva in termini sia di espressione della domanda sia di possibilità di offerta)

Dall'analisi dei dati esposti nel Profilo di salute emerge che i principali problemi per la salute della popolazione in Calabria sono i seguenti:

2.1 Progressivo invecchiamento della popolazione

Gli ultra 64enni costituiscono nella nostra regione circa il 19% della popolazione, pari a 375.714 residenti (dati Istat al 1° gennaio 2010). Questa proporzione, sebbene leggermente inferiore a quella che si registra per la media delle regioni italiane (20%), è destinata a crescere nei prossimi anni, per effetto del fenomeno dell'invecchiamento e ciò si accompagnerà ad un incremento delle patologie cronico – degenerative e al conseguente aumento della domanda di salute e dei costi di cura e assistenza delle persone anziane. La disabilità costituisce spesso per le persone ultra64enni un epilogo alla loro condizione con un ulteriore aggravio in termini di costi socioeconomici, non solo per il sistema socio-sanitario ma anche per le famiglie. Per contrastare l'ampliarsi delle disuguaglianze sanitarie e sociali all'interno di questa fascia di popolazione è necessario favorire il miglioramento delle condizioni familiari, sociali e urbanistiche, attraverso interventi di promozione, di prevenzione e di assistenza. La carenza di risorse impone la razionalizzazione degli interventi e la disponibilità di informazioni sistematiche e dettagliate sulla salute e i bisogni della popolazione anziana e sulla qualità dell'assistenza offerta al fine di individuare le priorità di azione. Attualmente nella nostra Regione, come nel resto del Paese, si registra una generale mancanza di informazioni in tal senso.

2.2 Malattie cardiovascolari

Rappresentano le principali cause di ricovero e di morte nella nostra Regione. Queste patologie sono in parte legate a fattori di rischio (alimentazione, attività fisica, abitudine al fumo e consumo di alcolici ecc.) modificabili sia mediante l'adozione di stili di vita salutari, sia attraverso la diagnosi precoce e il trattamento. Nel Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007 sono state previste una serie di azioni mirate a contrastare l'obesità nell'età scolare e il diabete, a promuovere la diffusione dell'uso della carta del rischio cardiovascolare da parte dei MMG, a prevenire le recidive degli accidenti cardiovascolari, a consentire la diagnosi precoce del tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon retto. Con Decreto Dirigenziale del 2006, è stato istituito un Comitato Regionale di Coordinamento per la prevenzione dell'obesità, al fine di ottenere il coinvolgimento e l'integrazione intersettoriale e multidisciplinare di tutti i soggetti che, a vario titolo sono interessati al progetto (Regione, ASL, Scuola, Università e Associazioni). Sono stati realizzati corsi di formazione di 1° livello per gli operatori sanitari e stipulati protocolli d'intesa con l'ANCI per migliorare la qualità della ristorazione, per promuovere corretti stili alimentari, attività fisica e attività sportive. I dati della Sorveglianza OKkio alla salute 2009-2010, di HBSC, PASSI e PASSI D'Argento continuano a evidenziare una prevalenza di sovrappeso e obesità superiore alla media nazionale, per cui è necessario proseguire nelle azioni di contrasto e incrementare gli interventi.



2.3 Tumori e programmi di screening

Per quanto riguarda le attività finalizzate alla diagnosi precoce, sono stati avviati gli *screening del cancro della mammella e della cervice uterina*, rispettivamente nel 2006 e nel 2005; negli anni successivi l'adesione è stata molto al di sotto dell'atteso. Pertanto nel luglio 2009, allo scopo di superare le criticità rilevate, il Dipartimento Tutela della Salute ha elaborato un progetto regionale di rafforzamento dei programmi di screening, prevedendo un intervento di sensibilizzazione e formazione dei professionisti coinvolti nei programmi e lo sviluppo di alleanze sociali con i movimenti e le associazioni della società civile presenti sul territorio, al fine di promuovere e sostenere i programmi di screening. Al 31/12/2009 tutta la popolazione femminile calabrese è stata inserita in un programma organizzato di prevenzione del cancro della mammella e del carcinoma della cervice uterina. *Lo screening del cancro del colon-retto* è stato formalmente avviato nel 2005; attualmente l'offerta non è ancora stata estesa al 100% della popolazione avente diritto, a causa di carenze umane, strumentali e organizzative. A tutt'oggi permangono dunque criticità in ordine sia alla diffusione dei programmi che all'adesione da parte della popolazione target.

2.4 Incidenti stradali

Rappresentano la prima causa di morte al di sotto dei 40 anni. I neopatentati (18-24 anni) e le persone con più di 65 anni sono maggiormente a rischio di incidenti mortali, che sono spesso legati all'assunzione di alcool e al mancato uso dei dispositivi di sicurezza (dati PASSI 2009). Nel Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007 è stato inserito il Progetto per la Prevenzione degli incidenti stradali "*Non Ci casco Piu*", della durata di tre anni, che ha previsto: a) la messa in funzione di un sistema di sorveglianza, per fornire informazioni complete sul numero degli incidenti, la loro gravità, i maggiori fattori di rischio; b) interventi di prevenzione, basati su un approccio integrato tra Enti, Istituzioni e Associazioni di Volontariato. Nel corso del 2008 sono stati avviati nelle Aziende due percorsi formativi "a cascata", uno per la sorveglianza ed uno per la prevenzione, rivolti a formare altri operatori sanitari e moltiplicatori dell'azione preventiva. Attualmente le criticità sono essenzialmente legate a difficoltà organizzative, dovute all'accorpamento delle Aziende Sanitarie Regionali (legge Regionale N°9 /2007) e alla sovrapposizione di azioni patrocinate da Enti diversi, ma non coordinate fra di loro. Per quanto concerne gli aspetti della sorveglianza, si rilevano ancora criticità in ordine alla raccolta dati, per la incompleta informatizzazione del Pronto Soccorso, che non consente di acquisire le informazioni riguardo ai feriti, non reperibili da altre fonti (SDO). La recente adozione della procedura di accettazione informatizzata presso tutti i Pronto Soccorsi e l'obbligo di compilazione del campo Traumi della SDO, voluto dal D.M. 8 luglio 2010, n.135, in via di recepimento da parte della Regione Calabria, potrebbe contribuire al superamento della suddetta criticità, ma è necessario comunque prevedere azioni di rafforzamento per la messa a regime della sorveglianza.

2.5 Infortuni sul lavoro

Nel corso degli ultimi anni si è osservata una tendenza alla riduzione, con un calo infortunistico in Agricoltura e Industria e Servizi e un incremento per gli infortuni nella Pubblica Amministrazione (9,53%). Con deliberazione della Giunta Regionale del 2006 è stato approvato il progetto Regionale di Sorveglianza e Prevenzione degli Infortuni sul Lavoro. A causa delle modifiche degli assetti organizzativi



delle ASL, la messa a regime del sistema di sorveglianza ha subito attualmente una battuta d'arresto, per cui è necessario prevedere azioni di superamento delle criticità e mettere a regime la sorveglianza.

2.6 Attività vaccinale

Si caratterizza per la disomogeneità delle prestazioni e per la totale assenza delle anagrafi vaccinali informatizzate. La maggioranza dei servizi vaccinali presenti sul territorio regionale non risponde agli standard di qualità e sicurezza previsti. Nonostante ciò sono state raggiunte coperture superiori al 95% per le vaccinazioni obbligatorie, mentre per le vaccinazioni raccomandate si rilevano coperture inferiori (indagine ICONA 2008). Anche per la vaccinazione HPV l'adesione risulta bassa, condizionata da un'informazione spesso contraddittoria proveniente da MMG, PLS e Ginecologi. La mancanza di una anagrafe vaccinale informatizzata rende più difficile il reclutamento delle dodicenni ed il monitoraggio delle coperture risulta più indaginoso. In generale sono evidenti le disuguaglianze di accesso ai servizi vaccinali, generate da difficoltà linguistiche e/o di accoglienza, di cui sono vittime soprattutto le minoranze di immigrati. Una comunicazione efficace, che coinvolga tutti i gruppi di interesse potrebbe contribuire al superamento delle criticità segnalate. Anche la copertura vaccinale delle donne in età fertile (18-49 anni) è bassa. Il mancato raggiungimento degli obiettivi del Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita è ascrivibile in parte a ritardi sociali e culturali delle famiglie, ma anche a una comunicazione poco efficace e contraddittoria da parte del personale sanitario. Poiché, come dimostra lo studio Icona il determinante principale correlato positivamente con l'adesione a tali vaccinazioni è l' *"invito del centro Vaccinale"*, è essenziale che a supporto delle attività vaccinali sia disponibile una anagrafe vaccinale informatizzata, che consenta, attraverso la facilitazione del reclutamento, di conseguire l'aumento delle coperture vaccinali, sia per le vaccinazioni attualmente obbligatorie che per quelle raccomandate, attualmente più critiche. Nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007, con delibera della Giunta Regionale del 2005 "Piano Regionale per le Vaccinazioni", la Regione Calabria ha attivato tra i sottoprogetti la realizzazione dell'anagrafe vaccinale informatizzata, che tuttavia è ancora in corso di completamento. Da qui la necessità di riproporre il progetto di monitoraggio delle coperture vaccinali e uniformazione/informatizzazione delle anagrafi vaccinali.

2.7 Sicurezza alimentare

Garantita dai SIAN e dai Servizi veterinari, richiede un costante impegno di risorse. Il "Piano per la sicurezza alimentare SIAN 2010/2011" fa seguito nella nostra Regione a quanto previsto nella DGR n. 319/2006 per l'anno 2006 ed alla DGR 522/2007 e attuato dai Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, che fanno capo ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali. La finalità è quella di realizzare un piano di controllo omogeneo su tutto il territorio regionale, in grado di garantire la prevenzione delle malattie trasmesse da alimenti e la tutela della salute pubblica, anche in relazione agli adempimenti che derivano dalla Legislazione Comunitaria e Nazionale. Inoltre, la rivisitazione del sistema di controllo ufficiale per come previsto dai Regolamenti CE e dalle Linee Guida approvate in Conferenza "Stato - Regioni", impone che gli Organi di Controllo esercitino la propria azione ponendo al centro dell'attenzione le modalità con le quali gli operatori del settore alimentare organizzano e gestiscono la loro attività.



2.8 Sistema Informativo Regionale

Di fondamentale importanza fra gli strumenti a supporto delle attività del PRP, attualmente non risponde ai criteri di completezza e universalità. Tranne il flusso SDO, che riguarda la quasi totalità degli erogatori, gli altri flussi sono parziali o inesistenti. In particolare non è operativo il registro regionale di morte, mancano i registri di patologia e il registro tumori, previsto ma non ancora attivo. Il flusso CEDAP è parziale e il flusso SIMI soffre di sottonotifica. Oltre alla carenza di dati quantitativi, si registra anche una parziale realizzazione dei sistemi di sorveglianza, strumento imprescindibile per il monitoraggio dei fattori di rischio e degli stili di vita, nonché per la valutazione dell'efficacia delle azioni di contrasto.

E' improcrastinabile, pertanto, attivare un intervento strutturale sui processi e sulle cause che hanno determinato la non sufficienza dei dati quale:

- un forte coordinamento regionale;
- la formazione del personale addetto alla raccolta, alla verifica ed alla trasmissione dei flussi con conseguente motivazione dello stesso;
- una puntuale attività di reporting;
- lo sviluppo di una rete infrastrutturale per garantire l'interoperabilità tra il sistema informativo regionale e i sistemi aziendali.



3. LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

(In questa parte sono riportati le strategie e i macroambiti di intervento previsti dalla programmazione sanitaria regionale.)

Il nuovo Piano Prevenzione Regionale 2010/2012 prende avvio, come dalle indicazioni nazionali, dai PRP 2005-2007 e successive proroghe 2008 e 2009.

La scelta di dare continuità alla programmazione passata va vista nell'ottica di perseguire il completo raggiungimento degli obiettivi precedentemente stabiliti e di soddisfare appieno le priorità di salute della popolazione, pur con le criticità di cui sopra; inoltre la continuità delle attività rappresenta un elemento facilitatore per un buon funzionamento dell'apparato organizzativo, elemento imprescindibile di una programmazione di tale complessità.

L'analisi del profilo di salute della popolazione calabrese ha rappresentato la base per disegnare le migliori strategie di intervento per il triennio 2010/2012.

- I Programmi/progetti che sono stati inseriti nel presente PRP sono stati individuati sulla base delle criticità rilevate con l'analisi del contesto, e le azioni, scelte con il criterio dell'esistenza di prove di efficacia, sono state orientate alla multidisciplinarietà e all'integrazione tra gli operatori del sistema salute e la comunità.
- La scelta strategica è stata quella di dare, in primo luogo, continuità ai programmi/progetti del precedente Piano Regionale di Prevenzione, in relazione ai diversi livelli di raggiungimento degli obiettivi.
- La realizzazione degli obiettivi individuati nella presente programmazione sarà garantita principalmente attraverso le indicazioni che verranno emanate con le linee di indirizzo regionali che, annualmente, costituiscono la base per la programmazione locale. Tali indirizzi saranno vincolanti e costituiranno oggetto di valutazione per le direzioni strategiche aziendali.
- Poiché il raggiungimento di alcuni dei suddetti obiettivi è subordinato alla partecipazione e al contributo dei MMG e dei PLS, le trattative per gli accordi decentrati regionali della medicina generale e della pediatria di libera scelta riguarderanno anche le attività previste dal PRP.
- Per alcuni Programmi/progetti sarà fondamentale la cooperazione con Enti, Istituzioni, associazioni di categoria e volontariato.
- Una delle principali fonti di verifica dei progetti sarà rappresentata dai sistemi di sorveglianza PASSI, Passi d'Argento, OKkio alla salute, HBSC. Gli ultimi due sono già a regime; il sistema Passi è stato realizzato nel 2009 in un ambito parziale del territorio regionale, con una adesione del 40% delle ASL regionali, mentre Passi d'Argento è stato realizzato in via sperimentale nel 2010 in una sola Azienda Sanitaria Provinciale. La messa a regime di tutti i sistemi di sorveglianza è stata prevista nell'ambito dei Programmi in cui gli stessi sono inseriti.



4. LE PRIORITÀ

(In questa parte sono riportati le tendenze e gli orientamenti d'azione (ivi comprendendo la reingegnerizzazione dei servizi sulla base dell'EBP) previsti nel PRP per il triennio 2010-2012)

- Dal profilo di salute emerge che alcuni fattori di rischio, fra quelli maggiormente implicati nelle cause di morte e malattia, quali l'ipertensione, il consumo di alcol, la scarsa attività fisica, l'ipercolesterolemia, l'eccesso ponderale, il fumo sono abbastanza diffusi nella nostra popolazione. Tra le priorità di intervento sono stati pertanto individuati i progetti di promozione di comportamenti e stili di vita salutari, già previsti dal programma Guadagnare Salute.
- Si è posta particolare attenzione a garantire la continuità con i Programmi oggetto del precedente Piano, per i quali sono stati raggiunti parzialmente o per nulla gli obiettivi.
- In carenza di un sistema di raccolta e di diffusione delle informazioni di salute tempestivo e completo, si è ritenuto che la messa a regime dei Sistemi di Sorveglianza Passi, Passi d'Argento, OKkio alla salute e HBSC possa contribuire a fornire strumenti sia per la programmazione di interventi, mirati ai bisogni, sia per la valutazione dell'efficacia delle azioni offerte, dando rilievo alla Comunicazione e diffusione dei risultati ai decisori, agli operatori sanitari, ai Gruppi di interesse e alla popolazione tutta.
- La scelta delle tipologie delle tematiche da inserire nel PRP è stata fatta in coerenza con le indicazioni del PNP e sono state sviluppate tutte le Macroaree, Medicina predittiva, prevenzione universale e su Gruppi selezionati di popolazione e prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattie, prevedendo per ciascuna un numero congruo di progetti.

Per l'elaborazione del Piano di Prevenzione Regionale è stato fatto riferimento alle indicazioni fornite nel documento per la valutazione del PRP 2010-2012, prodotto dal Ministero della Salute ed è stata utilizzata per la stesura dei progetti, ove possibile, la metodologia del Project Cycle Management.



Riferimenti bibliografici

ISTAT - Banche dati e sistemi informativi - www.istat.it/dati/:

- I.Stat: il data warehouse dell'Istat
Offre un patrimonio informativo statistico completo e omogeneo. I dati sono organizzati per temi, presentati in tavole multidimensionali e corredati di un ampio apparato di metadati
<http://dati.istat.it/>
- Demo: demografia in cifre - Popolazione residente per età, sesso e stato civile. Sono disponibili anche informazioni sui principali fenomeni demografici: nascite, permessi di soggiorno, indice di vecchiaia, età media, mortalità, previsioni della popolazione residente www.demo.istat.it/
- Scuola, università e mondo del lavoro
Sistema informativo dedicato alle statistiche sull'istruzione e sull'inserimento dei giovani diplomati e laureati nel mercato del lavoro
www.istat.it/lavoro/sistema_istruzione/
- Indicatori socio-sanitari regionali
Sistema sanitario e salute nelle regioni italiane: salute, stili di vita e fattori di rischio; risorse impegnate dal SSN, domanda di assistenza sanitaria; indicatori di contesto demografico, sociale ed economico; stato di salute dell'ambiente
www.istat.it/sanita/sociosan/
- ISTAT Health for All – Italia
Sistema informativo territoriale su sanità e salute. Oltre 4.000 indicatori su sanità e salute: contesto socio-demografico, mortalità per causa, malattie croniche e infettive, condizioni di salute e speranza di vita, disabilità, assistenza sanitaria, attività ospedaliera, risorse sanitarie. Versione di dicembre 2010
www.istat.it/sanita/Health/
- Disabilità in cifre
Numero di disabili, istruzione e integrazione scolastica, turismo accessibile, sindrome di Down e altri aspetti della disabilità. Il sistema è utilizzabile anche dalle persone diversamente abili
www.disabilitaincifre.it/
- La vita quotidiana nel 2007 - Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"
www.istat.it/dati/catalogo/20090312_00/

Regione Calabria - Rapporto sullo stato dell'ambiente - anno 2007

www.regione.calabria.it/ambiente/allegati/rapportoambiente/1volume_menu.html

Istituto Superiore di Sanità - Rapporti Istisan 09/29 - ICONA 2008

Indagine di copertura vaccinale nazionale nei bambini e negli adolescenti

www.iss.it/binary/publ/cont/09_29_web.pdf



Rapporto ACI-ISTAT - Incidenti stradali anno 2009

[www.aci.it/fileadmin/documenti/studi_e_ricerche/dati_statistiche/incidenti/Sintesi dello studio 2009.pdf](http://www.aci.it/fileadmin/documenti/studi_e_ricerche/dati_statistiche/incidenti/Sintesi_dello_studio_2009.pdf)

Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia: la sorveglianza PASSI

www.epicentro.iss.it/passi/

Sistema di sorveglianza PASSI - Rapporto regionale 2009 Calabria

www.epicentro.iss.it/passi/pdf2010/Passi_Calabria09.pdf

PASSI d'Argento - Salute e qualità della vita nella terza età in Italia

www.epicentro.iss.it/passi-argento/default.asp

PASSI d'Argento - Risultati dell'indagine 2010 nella Regione Calabria, ASP di Cosenza

In corso di pubblicazione

OKkio alla Salute - Promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria

www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/default.asp

OKkio alla Salute - Risultati dell'indagine 2010 nella Regione Calabria

In corso di pubblicazione

Studio Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare (HBSC) 2009-2010

www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/hbsc-gyts/hbsc-gyts.asp

Rapporto sui dati regionali HBSC 2009 - 2010 REGIONE CALABRIA

In corso di pubblicazione

ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata) - Atlante 2008

www.atlantesanitario.it/

INAIL – Rapporto nazionale infortuni 2009

http://www.inail.it/Portale/appmanager/portale/desktop?nfpb=true&pageLabel=PAGE_SALASTAMP&nextPage=Per_i_Giornalisti/Rassegna_Stampa/Indice_Cronologico/2010/Luglio/23/INAIL_nazionale/info-92876106.jsp

INAIL – Rapporto infortuni 2009 Regione Calabria

http://www.inail.it/Portale/appmanager/portale/desktop?nfpb=true&pageLabel=PAGE_SALASTAMP&nextPage=Prodotti/INAIL_Regioni/Notiziario_Regionale/CALABRIA/2010/info-1646512755.jsp



**Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2008 - Ministero della salute
Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di
assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio VI.**

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1117_allegato.pdf

**Sistema Informativo regionale , flusso SDO 2008 - Dipartimento Tutela della salute e politiche sociali,
settore ospedaliero**

