

Regione Lazio

Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (PRP)

Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (PRP) QUADRO STRATEGICO

Indice

Premessa	pag. 4
Capitolo 1 – Quadro di riferimento regionale	pag. 4
1. Il Territorio Regionale	pag. 5
2. Caratteristiche regionali del sistema sanitario e dell’offerta regionale	pag. 5
3. Quadro socio demografico	pag. 8
4. Indicatori demografici statici e dinamici.....	pag. 10
5. Indicatori di livello socioeconomico	pag. 11
6. Le cause principali di ricorso ai servizi sanitari	pag. 17
7. Stime di occorrenza di alcune patologie.....	pag. 20
8. Gli stili di vita e fattori di rischio su base individuale	pag. 20
9. Consumo di alcool	pag. 21
Obesità	

10. Obesità	pag. 22
11. Attività fisica	pag. 23
12. I rischi nell'ambiente di vita e di lavoro	pag. 23
a. <i>Infortuni e malattie professionali</i>	pag. 25
b. <i>Incidenti domestici</i>	pag. 27
c. <i>Incidenti stradali</i>	pag. 28
d. <i>Alcool e fumo negli ambienti di lavoro</i>	pag. 28
13. Dati generali sui principali interventi di prevenzione	pag. 28
14. Le vaccinazione in età pediatrica	pag. 22
e. <i>La vaccinazione antinfluenzale</i>	pag. 22
15. Dati Programmi di screening oncologici.....	pag. 29
f. <i>Screening mammografico</i>	pag. 30
g. <i>Screening citologico per il tumore della cervice uterina</i>	pag. 32
h. <i>Screening colonrettale</i>	pag. 32
16. Bibliografia essenziale	pag. 32
17. Sitografia	pag. 33
Capitolo 2 – Le criticità	pag. 33
Capitolo 3 – La programmazione regionale	pag. 35
1. Gli elementi di contesto.....	pag. 35
2. Criteri generali e specifici per la pianificazione dei progetti	pag. 36
3. Modello organizzativo	pag. 38
4. Elementi di sostenibilità del Piano	pag. 39
5. Linee d'intervento prioritarie	pag. 40
6. Le sorveglianze di popolazione	pag. 41

PREMESSA

L'esperienza del Piano della Prevenzione 2005-2007 ha rappresentato un importante strumento di crescita nel nostro contesto regionale e un momento di confronto, interno ed esterno, con le nuove istanze che il mondo scientifico e l'evoluzione culturale degli ultimi anni hanno prepotentemente portato all'attenzione degli operatori e dei decisori.

In particolare è stata percepita la necessità di accantonare modelli di intervento, quali quelli espressi in larga maggioranza dalle strutture pubbliche in questi anni, basati esclusivamente sull'iniziativa dei singoli operatori, spesso non controllati dal punto di vista metodologico, condotti con approcci non uniformi e a forte rischio, tra l'altro, di generare disuguaglianze. Altro elemento comune di molti dei programmi passati era la carenza, se non l'assenza, di un piano di valutazione che misurasse l'impatto delle azioni introdotte.

In relazione a questi limiti il precedente Piano ha innanzitutto evidenziato l'urgenza di potenziare il coordinamento delle attività a livello regionale, assicurando nel contempo la stretta connessione con il livello nazionale.

In secondo luogo ha invitato a considerare più attentamente i risultati degli studi, che indicano la maggiore efficacia, anche in termini di copertura, di programmi complessivi multiorientati, con la combinazione di più componenti e con elementi di rinforzo provenienti dal coinvolgimento di più settori.

Il termine che meglio esprime questa veste fortemente sfaccettata della prevenzione, e della sanità in generale, è "complessità"; la complessità dei programmi di prevenzione si esprime in un coacervo di azioni che si traducono in strategie ampie ed integrate, in grado di coniugare obiettivi differenti. Ad es. Il livello di prevenzione su base individuale e quello di prevenzione universale devono necessariamente integrarsi pur richiedendo la messa in campo di competenze e strumenti diversi. Tutto ciò rappresenta indubbiamente un obiettivo ambizioso ben difficilmente perseguibile in tempi brevi e sotto l'influenza di una costante precarietà economica. Tuttavia si possono mettere in atto misure in grado di promuovere la qualità sia nelle istituzioni che nelle strutture operative. È indispensabile innanzitutto che i piani di sanità pubblica siano coordinati centralmente, monitorati attraverso verifiche periodiche e implementati in modo uniforme quanto a strategie, metodi, e ambiti professionali. Nel Lazio la struttura deputata al coordinamento della maggior parte dei programmi è la Regione, con il supporto tecnico dell'Agenzia di Sanità Pubblica. Alla luce della esperienza del precedente PRP si individua nelle AASSLL il livello di attuazione dei piani e dei Programmi. Le Asl, che saranno comunque coinvolte nella fase di programmazione, dovranno provvedere a tradurre in piani attuativi territoriali le linee programmatiche individuate e provvedere alla concreta attuazione

delle stesse. il Dipartimento di Prevenzione è inoltre individuato quale struttura di coordinamento e di regia della programmazione e dello svolgimento delle attività,

supportando la direzione aziendale nella individuazione delle articolazioni aziendali chiamate a partecipare alla attuazione dei piani.

L'occasione che ci viene data con il nuovo Piano di Prevenzione 2010-2012, caratterizzato da un forte stimolo all'apprendimento comune attraverso l'esperienza della comunità di pratica, è quella di massimizzare l'efficacia degli insegnamenti già ricevuti e di proseguire il percorso avviato, secondo la prospettiva della formazione continua sia degli operatori che dei cittadini.

CAPITOLO 1.

IL QUADRO DI RIFERIMENTO REGIONALE

Il territorio regionale

Il territorio della regione Lazio è considerevolmente articolato: la Regione è suddivisa amministrativamente in 5 province e 378 comuni (di cui 121 appartenenti alla provincia di Roma). La presenza della Capitale (suddivisa in 19 municipi), che comprende circa la metà della popolazione residente in regione e costituisce un'estensione territoriale notevole, pari a 1.286 km² (il più esteso comune d'Europa), costituisce una condizione di particolarità rispetto alle altre regioni italiane, soprattutto se si considera che il Servizio sanitario regionale è caratterizzato da una marcata prevalenza della componente ospedaliera, che per le ragioni citate è concentrata soprattutto nell'area metropolitana, rispetto ai servizi territoriali.

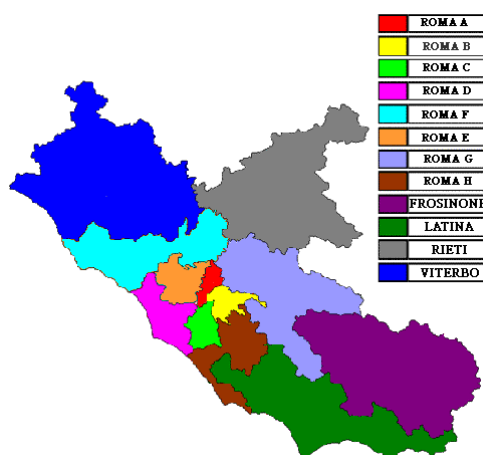
Il Lazio rappresenta la terza regione più popolosa d'Italia (326 abitanti per km²), ma presenta al suo interno una notevole variabilità in termini di densità abitativa, che oscilla fra i 691 ab./kmq della provincia di Roma e i 54 ab./kmq della provincia di Rieti. In relazione alla disomogeneità delle caratteristiche fisiche del territorio, sussistono problemi di viabilità nelle province più periferiche, che comportano per gli abitanti di alcune zone consistenti difficoltà di accesso ai servizi.

Considerando il "grado di urbanizzazione" così come definito da Eurostat, il 61,2% della popolazione regionale vive in comuni ad alta urbanizzazione, il 30,6% in comuni a media urbanizzazione e il restante 8,2% in comuni a bassa urbanizzazione.

Caratteristiche generali del sistema sanitario e dell'offerta regionale

Il territorio regionale si articola in 12 Aziende sanitarie locali (figura 1), comprendenti nell'insieme 55 Distretti sanitari.

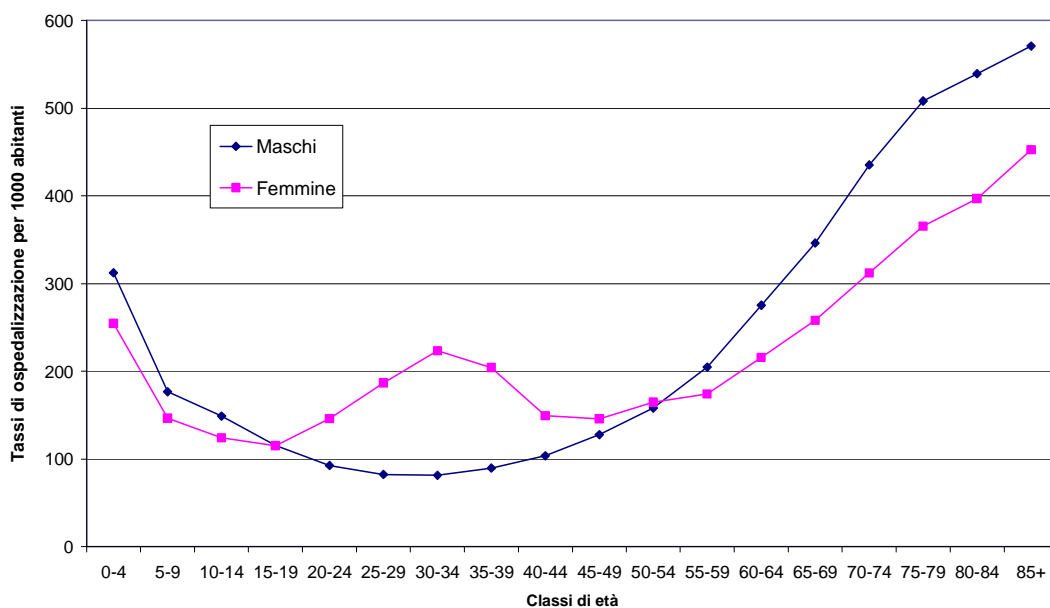
Figura 1 – Aziende sanitarie locali del Lazio



Complessivamente, al 1 gennaio 2009 risultano attive 104 strutture di ricovero per acuti che erogano assistenza a carico del SSR: 46 Presidi ospedalieri a gestione diretta, 4 Aziende ospedaliere, 4 Policlinici universitari, 1 Azienda per l'emergenza sanitaria, 7 Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui 2 di riabilitazione, 36 strutture private accreditate per il ricovero di pazienti acuti, 7 ospedali classificati: in totale 20.227 posti letto (di cui 794 dell'IRCCS Bambino Gesù), il 14% dei quali appartenenti a case di cura private. L'indice di posti letto per 1.000 abitanti è pari a 3,6 in linea con i nuovi standard definiti dal Patto per la salute 2010-2012 (4 p.l. per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie).

La regione Lazio si caratterizza storicamente per un eccesso di posti letto ospedalieri dedicati all'acuzie nell'area metropolitana, mentre nel restante territorio regionale la rete ospedaliera presenta delle disomogeneità e delle carenze. L'offerta dell'alta specialità, inoltre, risulta concentrata tutta nell'area metropolitana romana, così come la gran parte della terapia intensiva. Il numero complessivo di dimissioni di residenti nel 2008, compresa la lungodegenza e la riabilitazione, è stato di 1.062.765, con tassi grezzi di ospedalizzazione per sesso ed età (1.134.497 ricoveri di residenti, compresa la mobilità passiva) che seguono l'andamento riportato nel grafico seguente.

TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER SESSO E CLASSE D'ETA'. ANNO 2008



L'offerta ospedaliera è stata recentemente oggetto di interventi di riorganizzazione che hanno introdotto per la maggior parte delle specialità il funzionamento di reti di assistenza, in grado di garantire collegamenti tecnici e funzionali fra strutture di diverso grado di specializzazione e fra diversi livelli di assistenza. Per le attività di rilievo regionale e le reti di alta specialità viene adottato il modello organizzativo delle reti integrate hub and spoke, ovvero la concentrazione dell'assistenza di alta complessità in centri di riferimento (hub), supportati da una rete di centri satellite (spoke), cui compete l'assistenza ai casi meno gravi e l'invio dei casi più gravi ai centri di riferimento, modello che da diversi anni caratterizza il sistema di emergenza sanitaria.

La componente privata, soprattutto quella relativa ai servizi specialistici ambulatoriali e di diagnostica, è rilevante; pertanto a partire dal Piano di rientro tutti gli interventi di riordino hanno incontrato evidenti difficoltà nel ricondurla all'interno della programmazione regionale e locale, anche per gli insufficienti strumenti disponibili per esercitare pienamente la funzione di committenza da parte delle Aziende sanitarie locali. Per quanto riguarda l'Assistenza Specialistica Ambulatoriale, nel 2008, il numero complessivo dei presidi ambulatoriali sul territorio laziale risulta pari a 1.006, di cui il 59% afferente al comparto privato provvisoriamente accreditato, il 38% al comparto a gestione diretta di ASL e il 4% alle rimanenti tipologie (ospedali classificati, IRCCS, Policlinici Universitari, Aziende Ospedaliere). La regione Lazio inoltre presenta il più elevato rapporto medici di medicina generale/abitanti dell'intero territorio nazionale. L'assistenza medico generica e pediatrica di base sono garantite rispettivamente da 4.823 Medici di Medicina Generale e da 769 Pediatri di Libera Scelta operanti sul territorio regionale (dati 2008). La copertura dell'assistenza pediatrica sulla popolazione di 0-6 anni è vicina al 100% mentre quella sulla popolazione di età 7-13 è del 70%, con un'ampia variabilità fra le 12 ASL.

Quadro socio-demografico

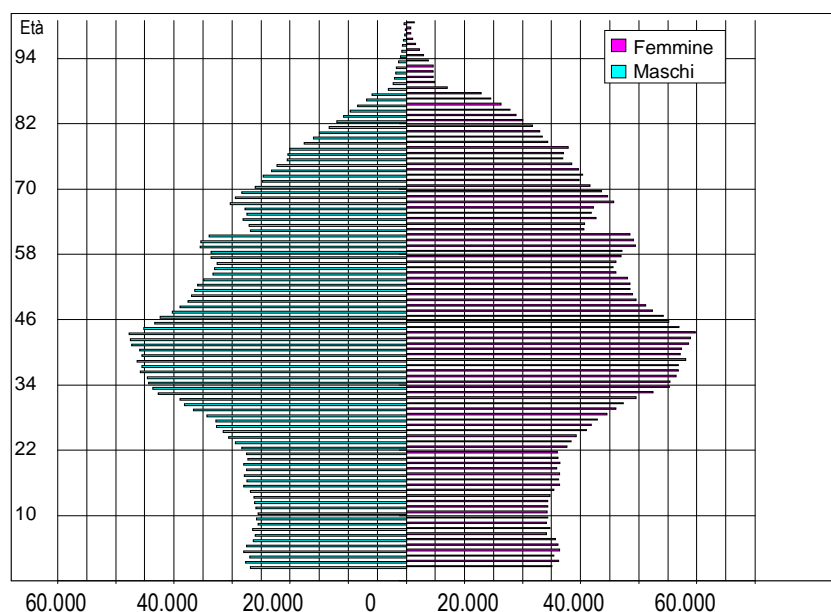
Il quadro demografico della popolazione laziale (5.626.710 abitanti, dati ISTAT 1/1/2009) è caratterizzato da una tendenza all'invecchiamento, con un incremento della classe di età 65 anni e più di circa il 20% in un decennio che ha portato la consistenza numerica di questa classe di età superiore al milione di persone (tabella 1). Mediamente la percentuale di soggetti della classe di età anziana è del 19,7% mentre quella di ultra75enni è del 9,3%. Questi dati si evincono anche dalle modificazioni della piramide per sesso ed età della popolazione (figura 2) e, congiuntamente alle dinamiche epidemiologiche, rendono conto delle modificazioni complessive in atto nelle necessità assistenziali e sanitarie della popolazione.

Il numero di residenti varia notevolmente da una ASL all'altra: si va dai 159.018 residenti dell'ASL di Rieti ai 690.712 residenti della ASL RMB.

Tabella 1 - Popolazione residente per ASL al 1/01/2009

ASL	Popolazione Residente	Popolazione >64 anni (%)	Popolazione >74 anni (%)
RMA	482.369	113.947	56.044
RMB	690.712	129.294	59.427
RMC	537.747	123.433	60.310
RMD	560.600	113.590	50.112
RME	519.429	113.247	54.279
RMF	307.987	50.584	22.105
RMG	476.586	79.787	36.915
RMH	534.605	86.984	38.288
VITERBO	315.523	66.421	33.032
RIETI	159.018	36.192	18.748
LATINA	545.217	94.745	43.343
FROSINONE	496.917	98.173	50.182
TOTALE REGIONE	5.626.710	110.6397	522.785

Figura 2 – Distribuzione della popolazione del Lazio, per classi di età e sesso. Anno 2008



Nel Lazio, la dinamica di crescita costante e accelerata della popolazione, osservata in Italia dagli anni 2000, ha registrato i maggiori incrementi medi annui negli anni 2001-2008, come evidenziato in Tabella 2. La crescita ha interessato soprattutto le province di Roma e Latina che presentano rispettivamente un tasso di variazione medio annuo 2001-2008 di 1,5 e 1,49; seguono Viterbo (1,26), Rieti (1,08) e in ultimo la provincia di Frosinone (0,36).

L'andamento positivo della popolazione regionale fa seguito ai recenti processi di regolarizzazione degli immigrati e dipende anche da una ripresa delle nascite, comprovata da tassi di natalità e fecondità che, nel 2008, sono rispettivamente del 10,2 e 42,5 per 1,000 abitanti. In particolare, nel periodo 1994-2008, è aumentata notevolmente la quota di nascite da donne nate all'estero (dal 6% al 21%). La maggioranza delle donne proviene da Paesi a forte pressione migratoria, con una prevalenza di donne dell'Europa dell'Est (principalmente Romania).

Tabella 2 – Popolazione residente per provincia al 1/01 di ciascun anno. Anni 1993-2008

Anno*	Frosinone	Latina	Rieti	Roma	Viterbo	Lazio	Italia
1993	480.580	480.267	144.477	3.773.733	279.855	5.158.912	56.821.250
1994	482.008	485.256	145.393	3.761.568	282.403	5.156.628	56.842.392
1995	483.064	488.205	145.818	3.752.499	283.978	5.153.564	56.844.408
1996	483.884	489.712	145.963	3.743.315	285.135	5.148.009	56.844.197
1997	484.720	491.426	146.695	3.733.170	286.261	5.142.272	56.876.364
1998	484.774	491.430	146.693	3.724.558	286.813	5.134.268	56.904.379
1999	484.820	491.327	146.890	3.713.412	287.456	5.123.905	56.909.109
2000	484.744	491.506	147.160	3.706.112	287.438	5.116.960	56.923.524
2001	484.452	491.632	147.307	3.704.765	288.188	5.116.344	56.960.692
2002	484.589	491.431	147.550	3.704.396	289.109	5.117.075	56.993.742
2003	485.041	497.415	148.547	3.723.649	291.153	5.145.805	57.321.070
2004	487.504	512.136	151.782	3.758.015	295.702	5.205.139	57.888.245
2005	489.042	519.850	153.258	3.807.992	299.830	5.269.972	58.462.375
2006	491.333	524.533	154.406	3.831.959	302.547	5.304.778	58.751.711
2007	491.548	528.663	154.949	4.013.057	305.091	5.493.308	59.131.287
2008	494.815	537.213	156.796	4.061.543	310.650	5.561.017	59.619.290

Fonte: Elaborazione EURES Ricerche Economiche e Sociali su dati Istat

Complessivamente, nel periodo 2001-2008, la popolazione straniera residente nel Lazio è passata dal 3% a quasi l'8% della popolazione residente totale. Con circa 450.000 stranieri residenti al 1/1/2009, il Lazio si configura come la terza regione per concentrazione di stranieri residenti dopo la Lombardia e il Veneto. Gli immigrati nella sola Provincia di Roma sono circa 415.000 se si tiene conto di tutte le presenze non ancora registrate in Anagrafe. Tuttavia, da una lettura per singole province, si conferma una tendenza degli ultimi anni alla diminuzione dell'incidenza percentuale degli stranieri nella provincia di Roma a vantaggio delle altre province. Rispetto all'anno precedente si sono registrati i seguenti aumenti: provincia di Latina (+30,2%); Rieti (+18,9%), Viterbo (+16,9%) e Frosinone (+15,0%).

Indicatori demografici statici e dinamici

Il progressivo invecchiamento della popolazione è documentato dal costante aumento del numero di anziani (persone di 65 anni e più), della vita media, della percentuale di anziani con 75 anni e più e di altri indici presentati in tabella 3. Nel 2009, l'indice di vecchiaia ha raggiunto quota 141 (143 in Italia). E' questo l'indicatore tradizionalmente usato per valutare la presenza degli anziani in una data popolazione. I comuni della provincia di Rieti sono quelli con valori dell'indice più elevati (indice di vecchiaia ≥ 300 per 23 comuni su 73). In termini assoluti tuttavia, il maggior numero di anziani è presente nel comune di Roma, seguito dai comuni della provincia di Roma.

Parallelamente è aumentato l'indice di dipendenza, raggiungendo il valore di 50,6 (47,2 per gli uomini e 54,0 per le donne), dato che assume un significato rilevante in termini demografici, dal momento che valori superiori al 50% indicano la tendenza verso uno squilibrio generazionale.

Tabella 3 - Indici demografici della struttura per età della popolazione al 1/01/2009. Lazio e Italia

	Lazio	ITALIA
% anziani 65+anni	19,7	20,1
% anziani 75+anni	9,3	9,8
Indice di vecchiaia	141	143
Indice di dipendenza strutturale	51	52
Indice di dipendenza anziani	30	31
Età media	43	43
Speranza di vita alla nascita (uomini)	78,8	78,9
Speranza di vita alla nascita (donne)	83,9	84,1
Speranza di vita a 65 anni (uomini)	18,2	18,1
Speranza di vita a 65 anni (donne)	21,5	21,7

Fonte: ISTAT

Vecchiaia (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

Dipendenza strutturale (indice di): rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Dipendenza anziani (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Età media: età media della popolazione detenuta a una certa data espressa in anni e decimi di anno

Speranza di vita alla nascita (o vita media): numero medio di anni che restano da vivere a un neonato.

Speranza di vita a 65 anni: numero medio di anni che restano da vivere ad una persona di 65 anni di età.

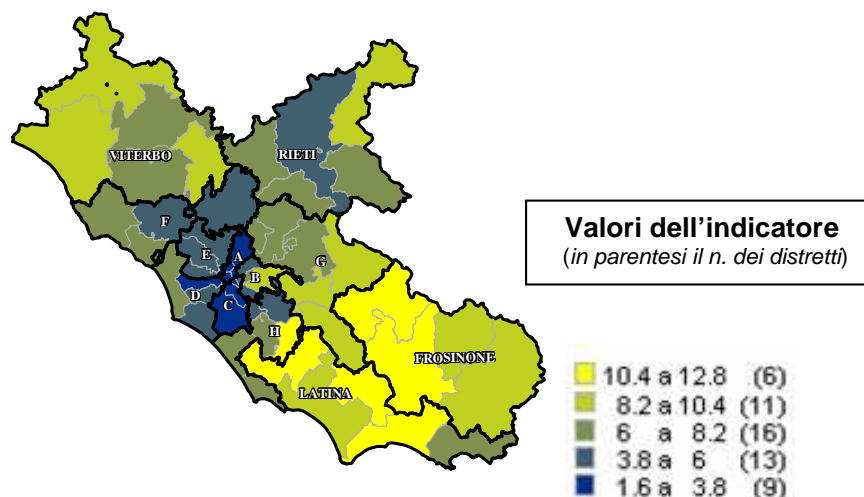
Un indicatore che combina in un'unica misura le informazioni derivanti dai dati di mortalità e di disabilità è la speranza di vita libera da disabilità ovvero il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all'età x in assenza di disabilità. Nel Lazio, come nelle altre regioni italiane, l'ISTAT indica, a 15 anni e a 65 anni, valori più favorevoli nelle donne rispetto agli uomini (a 15 anni: 60,4 anni liberi da disabilità per gli uomini e 63,5 per le donne; a 65 anni: 14,8 anni liberi da disabilità per gli uomini e 16,1 per le donne).

Il quadro complessivo suggerisce i diversi ordini di problemi che gli interventi di prevenzione devono affrontare: da un lato, i bisogni di salute legati all'invecchiamento della popolazione richiedono prestazioni sanitarie e interventi di prevenzione della disabilità legata all'evoluzione delle malattie cronico-degenerative. Dall'altro, lo stabilizzarsi di comunità immigrate intergenerazionali che, al momento, utilizzano i servizi sanitari soprattutto per eventi fisiologici quali il parto comporta la necessità di intensificare programmi rivolti alla tutela materno-infantile, ma anche alla prevenzione di eventi accidentali, come gli incidenti stradali e sul lavoro.

Indicatori di livello socioeconomico

L'individuazione di indicatori di deprivazione capaci di sintetizzare le condizioni socioeconomiche a livello di area territoriale e di spiegare la variabilità geografica della salute, rappresenta un valido strumento di misurazione dell'impatto delle disuguaglianze sulla salute. Nel Lazio, la distribuzione della popolazione residente al di sopra dei 15 anni per titolo di studio, evidenzia una proporzione di laureati, sia maschi che femmine, superiore al livello nazionale (15,1% vs 10,7%, dati ISTAT 2008), dovuto prevalentemente alla concentrazione nel capoluogo di istituti universitari. Tuttavia l'utilizzo a livello di distretto di un indicatore, derivante dai dati del Censimento della popolazione 2001, denominato indice di istruzione e rappresentato dalla percentuale di persone di età 15-52 anni con titolo di studio più elevato pari alla licenza elementare, ha messo in evidenza forti disomogeneità nel livello socio-culturale all'interno della regione. In particolare, l'indicatore ha mostrato una notevole variabilità tra i distretti (range 1,6-12,9) e un andamento crescente (indicante un minore livello di istruzione) dall'area metropolitana verso le province, in particolare nei territori del sud della regione.

Figura 3 – Indice di istruzione nel Lazio. Dati del Censimento della popolazione 2001

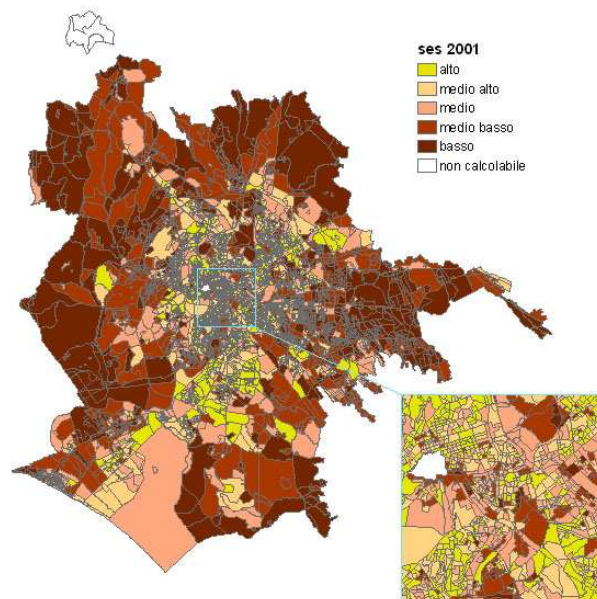


Nel sistema sanitario italiano, così come nel Lazio, diversi studi riportano significative correlazioni tra gli indicatori di livello socioeconomico e alcuni indicatori di salute, come il tasso di mortalità, e l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie.

Nel Lazio, l'analisi della correlazione dell'indice di istruzione con i tassi di ospedalizzazione evitabile per cause ha fatto registrare significativi aumenti dell'ospedalizzazione evitabile per cause come diabete e scompenso cardiaco nei distretti con valori più elevati dell'indice rispetto a quelli più istruiti e socio-economicamente avvantaggiati.

A livello del Comune di Roma, un indicatore di posizione socioeconomico, costruito in base ai dati del Censimento della popolazione 2001, articolato in 5 livelli, dal più alto (1) al più basso (5) ha permesso di caratterizzare la popolazione residente nelle varie sezioni di censimento in relazione a diverse dimensioni di svantaggio sociale: istruzione, occupazione, condizione abitativa, composizione familiare, immigrazione (cfr: Cesaroni G, Agabiti N, Rosati R et al. Un indicatore sintetico di posizione socioeconomico basato sui dati del censimento 2001 per la città di Roma. *Epidemiol Prev* 2006; 30(6): 352-357). Secondo questo indicatore il 19% dei residenti abita in sezioni di censimento classificate con un alto livello socioeconomico, localizzate in gran parte nelle zone centrali, mentre il 21% risiede in sezioni di basso livello (figura 4).

Figura 4 – Indicatore di posizione socioeconomica nel Comune di Roma.
Dati del Censimento della popolazione 2001



Riguardo alla correlazione dell'indicatore di posizione socioeconomica con i principali indicatori di salute sono documentati significativi aumenti della mortalità (figura 5) e dei tassi di ospedalizzazione (figura 6) nelle zone maggiormente deprivate rispetto a quelle più istruite e socio-economicamente avvantaggiate (*Fonte: informazioni sulla salute della popolazione. Roma 2001-2005*)

Figura 5 – Tassi di mortalità (per 100.000 residenti)
per tutte le cause, per indicatore di posizione socioeconomica. Uomini e donne

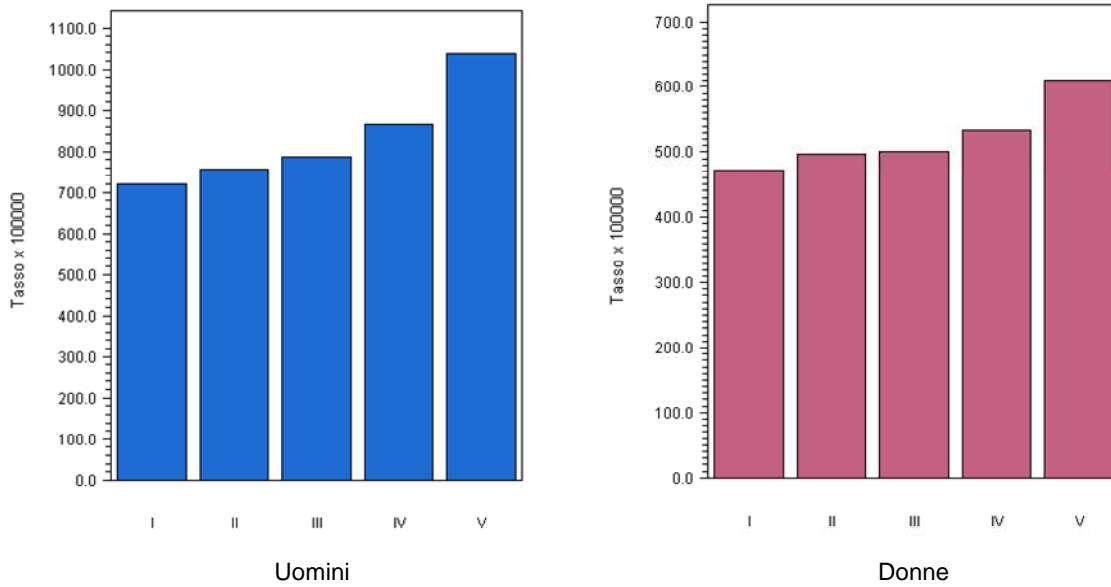
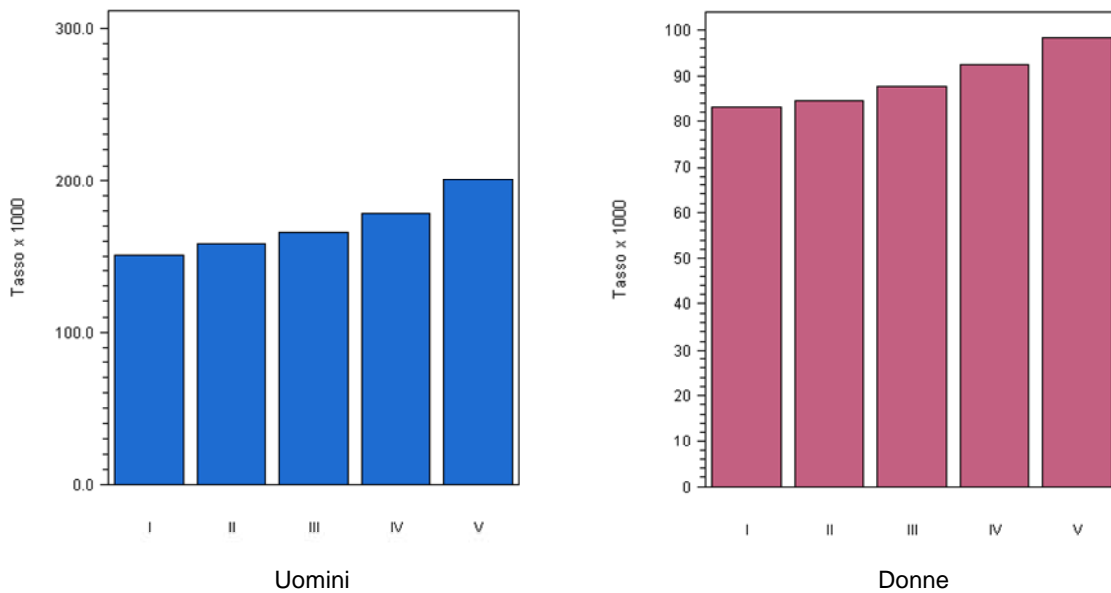


Figura 6 – Tassi di ospedalizzazione (per 100.000 residenti)
per tutte le cause, per indicatore di posizione socioeconomica. Uomini e donne



La mortalità

In tabella 4 viene riportata la mortalità per causa in ordine decrescente di frequenza riferita alla popolazione della regione Lazio e all'anno 2007. La mortalità in frequenze assolute è divisa per sesso, nell'ultima colonna è rappresentata la proporzione di decessi di persone ultra settantacinquenni.

Tabella 4 - Decessi per causa, per uomini, donne e soggetti di età \geq a 75 anni. Lazio, 2007

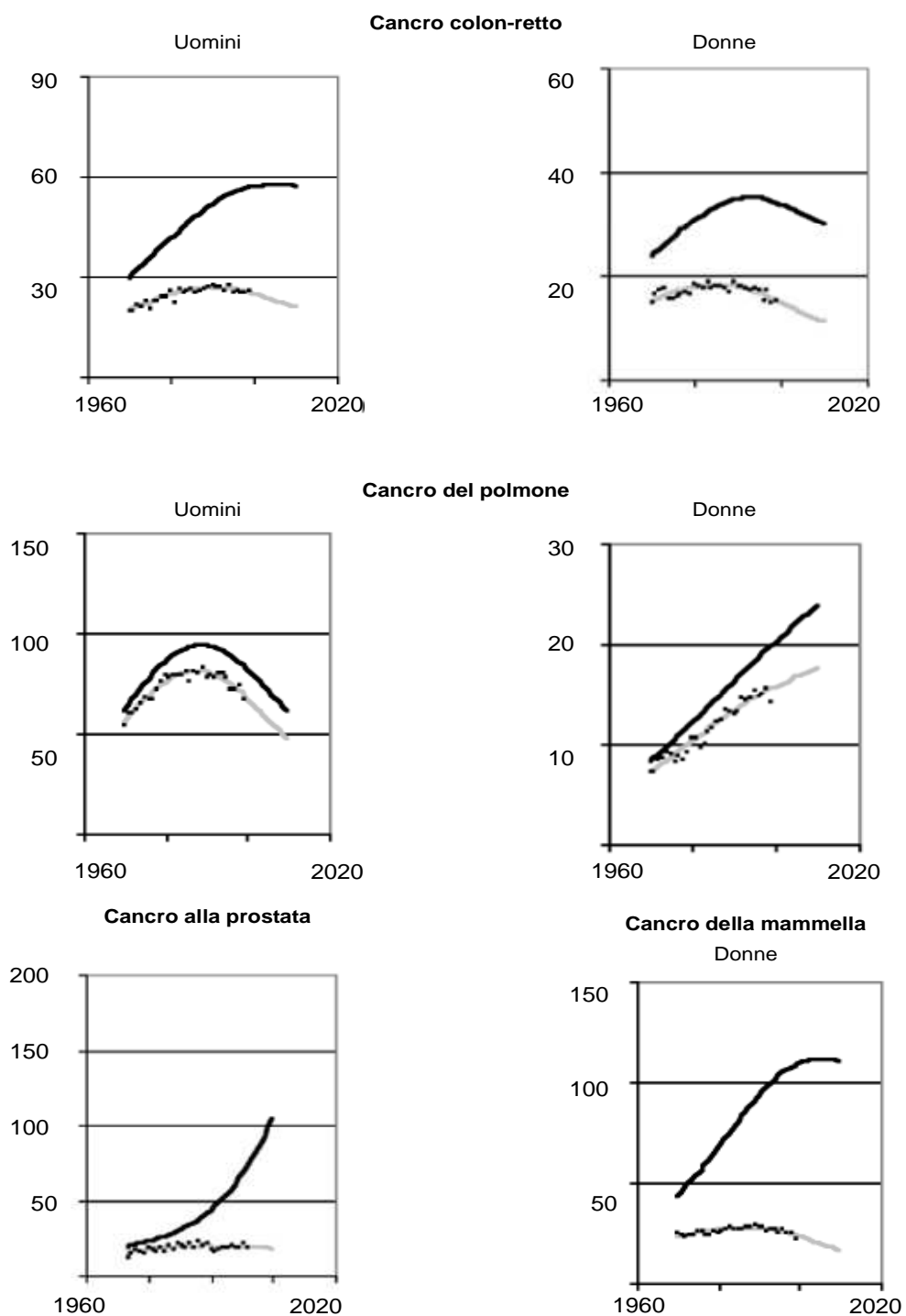
ANNO 2007

Causa	genere		Totale	%	% \geq 75 anni
	maschi	femmine			
malattie ischemiche del cuore	3602	3286	6888	13,3	74,1
altre malattie del sistema circolatorio	2550	3127	5677	10,9	78,1
disturbi circolatori encefalo	2263	3293	5556	10,7	84,1
tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni	2705	995	3700	7,1	45,0
malattie apparato respiratorio	1626	1357	2983	5,7	80,2
malattia ipertensiva	1003	1887	2890	5,6	87,3
traumatismi e avvelenamenti	1449	1093	2542	4,9	51,1
tumori maligni degli organi genitourinari	1523	928	2451	4,7	59,0
malattie apparato digerente	1074	1011	2085	4,0	62,6
malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo	809	1060	1869	3,6	70,6
malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	696	990	1686	3,2	74,9
tumori maligni delle ossa, tessuto connettivo, della pelle e della mammella	225	1249	1474	2,8	41,0
tumori maligni del colon	766	665	1431	2,8	57,6
tumori maligni dei tessuti linfatico ed ematopoietico	753	643	1396	2,7	50,5
tumori maligni di altre e non specificate sedi	550	566	1116	2,1	51,0
tumori maligni del pancreas	429	483	912	1,8	47,1
tumori maligni stomaco	487	411	898	1,7	54,6
tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	502	286	788	1,5	52,8
malattie apparato genitourinario	378	370	748	1,4	80,2
disturbi psichici	270	441	711	1,4	80,0
sintomi, segni e stati mal definiti	277	381	658	1,3	84,5
tumori benigni, carinomi e di incerta natura	285	245	530	1,0	64,2
tumori maligni del retto, della giunzione rettosigmoidea e ano	243	205	448	0,9	55,4
malattie infettive e parassitarie	224	197	421	0,8	48,9
tumori maligni del della vescichetta biliare e dei dotti biliari extraepatici	112	177	289	0,6	53,6
tumori maligni labbra, cavità orale e della faringe	160	94	254	0,5	35,4
tumori maligni di altre e mal definite sedi apparato digerente e del peritoneo	125	114	239	0,5	64,4
malattie del sangue e degli organi ematopoietici	91	134	225	0,4	72,9
malformazioni congenite	105	98	203	0,4	12,3
malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	59	125	184	0,4	66,8
tumori maligni della laringe	128	19	147	0,3	47,6
tumori maligni esofago	105	40	145	0,3	40,0
condizioni morbose di origine perinatale	78	59	137	0,3	0,0
tumori maligni della pleura	54	14	68	0,1	39,7
tumori maligni del retroperitoneo e del peritoneo	20	36	56	0,1	57,1
tumori maligni del timo, cuore e mediastino	26	24	50	0,1	48,0
malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo	15	32	47	0,1	78,7
tumori maligni intestino tenue compreso duodeno	16	4	20	0,0	75,0
tumori maligni cavità nasali orecchio medio	12	3	15	0,0	40,0
tumori maligni di altre e mal definite sedi apparato respiratorio e degli altri	6	0	6	0,0	33,3
complicazioni gravidanza del parto e del puerperio	0	1	1	0,0	0,0
Totale	25801	26143	51944	100,0	67,3

Nel Lazio, come nel resto d'Italia, si evidenzia negli ultimi anni una tendenza alla diminuzione dei tassi di mortalità per tutte le cause, in particolare per le malattie del sistema circolatorio che tuttora rappresentano la principale causa di morte, con differenze notevoli fra i due sessi. Si registra contemporaneamente una diminuzione della mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo, dato in linea con la riduzione della mortalità per ictus nei paesi industrializzati.

Il tumore del polmone rappresenta, fra i tumori maligni, la prima causa di morte negli uomini, ma è in progressivo aumento nelle donne, nelle quali si registra invece una tendenza al calo della mortalità per tumore della mammella. La figura 7 illustra gli andamenti dell'incidenza e dei rispettivi tassi di mortalità per i principali tipi di tumore, dal 1960 a oggi con proiezioni al 2020 (cfr: Grande E, Inghelmann R, Francisci S et al. Regional estimates of all cancer malignancies in Italy. Tumori 2007; 93: 329-336).

Figura 7 – Stime di incidenza (linea nera) e mortalità (linea grigia) per i principali tipi di tumore (tassi standardizzati per età X 100.000 anni persona, uomini, donne, età 0-84 anni, Lazio): confronto con i dati di mortalità osservati (punti)



Le cause principali di ricorso ai servizi sanitari

Lo stato di salute della popolazione del Lazio appare fortemente influenzato da patologie croniche. Dai dati ISTAT (Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" - anno 2008), emerge come il 38,8% dei residenti nel Lazio è portatore di almeno una patologia cronica, le persone con almeno 2 malattie croniche sono il 21,3% ed esistono nette differenze di genere a svantaggio delle donne. Le condizioni croniche, delle quali l'artrosi, il diabete, l'ipertensione e i disturbi respiratori sono, secondo l'indagine ISTAT le più diffuse, pur dando luogo a bisogni assistenziali per i quali le risposte territoriali sono maggiormente efficaci, necessitano delle cure ospedaliere in occasione di eventi acuti o di fenomeni di riacutizzazione riconducibili all'evoluzione progressiva del quadro clinico.

Per tali motivi il ricorso all'ospedale continua ad essere un importante indicatore di morbosità, per quanto fortemente influenzato dalle dinamiche organizzative che ne hanno determinato una flessione negli ultimi anni, come illustrato in tabella 5.

Tabella 5 - Tassi grezzi complessivi di ospedalizzazione nel Lazio. Triennio 2006-2008

Tipologia Assistenziale	2006	2007	2008
Acuti Ordinari	133,8	124,1	119,9
Acuti DH	75,2	62,5	61,4
Riabilitazione e Lungodegenza	10,4	10,1	9,8
Mobilità Passiva	14,0	13,4	12,9
Totale	233,4	210,1	204,0

La riduzione del tasso di ospedalizzazione, del 15% circa in 3 anni, è dovuta principalmente all'effetto della costante diminuzione dei ricoveri ordinari e della flessione del DH, registratasi in particolare fino al 2007, entrambe attribuibili al progressivo trasferimento di prestazioni dal regime ordinario al DH e da quest'ultimo al regime ambulatoriale.

La tabella 6 mostra le dimissioni in regime ordinario e le rispettive quote proporzionali per grandi gruppi di cause nell'anno 2009.

Tabella 6 - Dimissioni per acuti SSN (valori assoluti e %). Lazio, anno 2009

	n	%
a. Malattie infettive (001-139)	11722	1,7
b. Tumori (140-239)	80832	11,6
c. Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (240-279)	19027	2,7
d. Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)	6581	1,0
e. Disturbi mentali (290-319)	13770	2,0
f. Malattie sistema nervoso (320-389)	30146	4,3
g. Malattie del sistema circolatorio (390-459)	114454	16,5
h. Malattie app. respiratorio (460-519)	51804	7,5
i. Malattie app. digerente (520-579)	66955	9,6
j. Malattie sistema genitourinario (580-629)	45571	6,6
k. Complicazioni gravidanza, parto e puerperio (630-677)	72310	10,4
l. Malattie cute e tessuto sottocutaneo (680-709)	8992	1,3
m. Malattie sistema osteomuscolare e tessuto connettivo (710-739)	41155	5,9
n. Malformazioni congenite (740-759)	8253	1,2
o. Manifestazioni morbose origine perinatale (760-779)	1595	0,2
p. Sintomi segni e stati morbosi mal definiti (780-799)	35906	5,2
q. Traumatismi e avvelenamenti (800-999)	57561	8,3
r. Fattori che influenzano lo stato di salute (V01-V82)	28944	4,2

Nella tabella 7 sono riassunti i tassi di ospedalizzazione per causa negli ultimi 5 anni. Si nota l'andamento in diminuzione del tasso di ricovero per alcune cause (tumori, cardiopatia ischemica e ictus) e quello sostanzialmente stabile per altre (diabete, scompenso cardiaco).

Tabella 7 – Tassi di ospedalizzazione (per 1000 ab)

Anni di riferimento: 2005-2006-2007-2008-2009 – Dimissioni per acuti SSN, ordinari					
	tasso di ospedalizzazione per 1000 abitanti				
	2005	2006	2007	2008	2009
a. Diabete mellito (250) età>18 anni	1,2	1,3	1,0	1,0	0,9
b. Stati psicotici organici senili e presenili (290) e morbo di Alzheimer (331.0)	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3
c. Tumore del polmone (162.0 – 162.9)	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9
d. Tumore della mammella (174.0 – 174.9)	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9
e. Tumore del colon-retto (153.0 – 154.8)	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0
f. Tutti i tumori maligni (140 – 208.9)	11,2	11,2	10,8	10,7	10,7
g. Tumore dello stomaco (151.0 – 151.9)	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
h. Tumore della cervice uterina (180.0 – 180.9)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
i. Tumore della prostata (185)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
j. Cardiopatia ischemica compreso IMA (410 – 414)	5,7	5,6	5,2	4,9	4,8
k. Scompenso cardiaco (428)	3,0	3,2	3,0	3,0	3,1
l. Malattie cerebrovascolari acute (430-438)	5,0	4,9	4,6	4,5	4,2
m. Bronchite cronica, enfisema e asma (491 – 493)	2,1	1,6	1,3	1,2	1,0

(tra parentesi i codici ICD9-CM presenti in diagnosi principale)

Stime di occorrenza di alcune patologie

Si stima che ogni anno nel Lazio si verifichino circa 20.000 primi episodi di sindromi coronariche acute, 9 ogni 1.000 maschi e 4 ogni 1.000 femmine di età superiore ai 35 anni. Circa un quinto di questi eventi porta al decesso prima che sia possibile raggiungere l'ospedale e la fatalità a 30 giorni è mediamente del 15-20%, in calo laddove si riesce ad assicurare un tempestivo ricorso alle procedure di rivascolarizzazione. Il genere femminile è un fattore di rischio per la letalità.

Lo scompenso cardiaco è la più importante causa di ospedalizzazione nella fascia di età oltre i 65 anni: nel Lazio si stimano in circa 63.000 i soggetti con più di 65 anni affetti da scompenso cardiaco.

Ogni anno nella popolazione del Lazio sopra i 35 anni si verificano circa 10.000 eventi cerebrovascolari acuti, l'80% dei quali in persone sopra i 65 anni, si osservano più di 9.000 ricoveri ordinari per acuti, mentre i casi prevalenti oscillano tra 30.000 e 45.000. Ogni anno gli eventi cerebrovascolari acuti sono identificati come causa principale di 3.100 decessi, la grande maggioranza dei quali riguarda persone con più di 75 anni.

Secondo stime recenti ogni anno nel Lazio vengono diagnosticati circa 25.000 nuovi casi di tumore maligno in persone fra 0 e 84 anni, 5 ogni 1.000 maschi (soprattutto cute, prostata, polmone, vescica e colon) e 4 ogni 1.000 femmine (soprattutto mammella, cute, colon, polmone e stomaco). Le persone viventi con una diagnosi di tumore maligno sono circa 170.000.

Fra le patologie a più alta prevalenza si colloca la broncopneumopatia cronica ostruttiva con 223.000 casi stimati nel Lazio (8% tra i maschi e 6% tra le femmine sopra i 35 anni), oltre 13.000 ricoveri ospedalieri ordinari per acuti/anno in cui la BPCO è indicata come diagnosi principale e altri 26.000 in cui essa figura come diagnosi secondaria.

La prevalenza del diabete nel Lazio è stimata intorno al 5%, per un numero totale di diabetici pari a circa 280.000, di cui circa il 37% soffre di almeno una complicanza, mentre il 14% è in dialisi per nefropatia diabetica.

Le patologie neurodegenerative dell'anziano generano un limitato numero di ricoveri ospedalieri (nel 2009 lo 0,3%) ma sono responsabili di un forte impatto sui servizi e sulle famiglie. Trasponendo al Lazio i dati dello studio ILSA (*Italian Longitudinal Study on Aging*) che ha prodotto stime di prevalenza variabili da 2,5% a 6,8%, si ottengono valori di numerosità assoluta che oscillano fra le 27.000 e le 75.000 persone.

Negli ultimi dieci anni, si è verificata una riduzione del numero di notifiche per gran parte delle malattie infettive, soprattutto quelle per cui le politiche vaccinali attuate hanno garantito buoni livelli di copertura. In particolare, la maggior parte delle tendenze positive è legata al miglioramento delle coperture delle vaccinazioni dell'infanzia, all'introduzione di nuove campagne di vaccinazione (morbillo, parotite, rosolia) o all'offerta attiva e gratuita del vaccino (*Haemophilus influenzae B*). Allo stesso tempo la riduzione delle notifiche non è generalizzata a tutte le malattie infettive e, mentre alcune hanno mantenuto un'incidenza simile a dieci anni fa, per altre si registra un leggero aumento dei casi (tubercolosi) o addirittura un aumento marcato (legionella). In tabella 8 è indicato l'andamento del numero di notifiche per alcune malattie infettive nel corso degli ultimi 10 anni.

Tabella 8 – Malattie infettive di classe I, II e III. Distribuzione per anno di notifica. Lazio, 1999-2009.

CLASSE	DESCRIZIONE	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Classe I	Influenza con isolamento virale		11		3	3	7	28	15	23	1	182
	Tetano	5	4	1		5	3	3	8	7	7	4
Classe II	Epatite virale A	165	121	133	201	172	217	160	156	156	166	198
	Epatite virale B	226	251	234	188	177	147	140	182	181	140	108
	Epatite virale C	65	60	47	44	47	45	36	35	41	31	26
	Legionellosi	17	19	27	68	89	66	105	70	85	132	116
	Meningite meningococcica	27	24	17	24	30	35	39	27	22	30	32
	Meningite purulenta a eziologia scon.	24	36	23	31	25	29	61	28	34	37	39
	Meningo-encefalite acuta virale	114	91	105	87	71	70	132	81	73	75	81
	Morbillo	68	546	77	1444	836	49	43	306	170	365	39
	Parotite epidemica	4.393	1.899	988	474	312	210	237	181	128	152	101
Rosolia	120	420	155	641	97	59	47	28	80	405	21	
Classe III	Tubercolosi polmonare	382	356	438	389	387	444	505	436	554	460	436
	Tubercolosi extra-polmonare	93	85	81	80	89	87	81	76	78	85	80
	Tubercolosi polm. + extrapolm.	29	34	26	26	34	41	26	37	52	38	35
	HIV	794	649	645	600	572	630	564	708	655	603	550
	AIDS	338	282	294	264	279	252	232	210	228	193	163

Fonte: Sistema Informativo delle Malattie Infettive e dei casi di nuova diagnosi di infezione da HIV e di AIDS

La tubercolosi ha interrotto la tendenza alla riduzione dei casi notificati, che si era manifestata negli anni '80, fenomeno questo principalmente associato all'aumento della popolazione straniera ed in particolare di quella proveniente dall'Europa orientale. Inoltre, si è osservato in alcuni casi un ritardo nell'effettuazione della diagnosi con conseguente ritardo nella strategia di controllo della trasmissione dell'infezione a contatti secondari del caso indice. Per quanto riguarda l'infezione da HIV, le nuove diagnosi sono stabili se non in leggero declino. Mostrano invece un andamento in diminuzione i casi di AIDS grazie all'efficacia delle terapie antiretrovirali di combinazione. Alla fine del 2008, circa 12.000 persone HIV positive erano seguite dalle strutture sanitarie della regione e il numero dei casi prevalenti è in continuo aumento (circa 400-500 ogni anno). Il fenomeno più rilevante oggi alla base del limitato declino dei nuovi casi di infezione è la non consapevolezza della propria sieropositività (in alcuni paesi europei è stimata intorno al 25% dei prevalenti).

Gli stili di vita e i fattori di rischio su base individuale

E' noto come numerose patologie, quali ad esempio quelle del sistema circolatorio, riconoscano un'eziologia multifattoriale: più fattori di rischio (età, sesso, abitudine al fumo di sigaretta, elevata pressione arteriosa, etc.) contribuiscono contemporaneamente al loro sviluppo. I fattori di rischio sono caratteristiche che aumentano la probabilità di insorgenza della patologia. Essi si dividono in fattori di rischio non modificabili quali ad esempio l'età e la familiarità per una certa patologia, e fattori di rischio modificabili principalmente attraverso cambiamenti dello stile di vita. E' per questo motivo che l'adozione di stili di vita più salutari ha un ruolo centrale nella prevenzione delle patologie (prevenzione primaria), in particolare di quelle croniche.

I maggiori fattori di rischio, associati alla mortalità prematura (morte prima dei 65 anni) sono il fumo, l'eccessivo consumo di alcool, una dieta non salutare e l'assenza di attività fisica.

Di seguito sono brevemente illustrate alcune delle informazioni raccolte attraverso il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). Esso si propone di effettuare un monitoraggio sullo stato di salute della popolazione adulta residente (18-69 anni), attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini e degli stili di vita potenzialmente oggetti di interventi di prevenzione.

I dati presentati si riferiscono all'anno 2009 e non comprendono quelli relativi alla ASL Roma F.

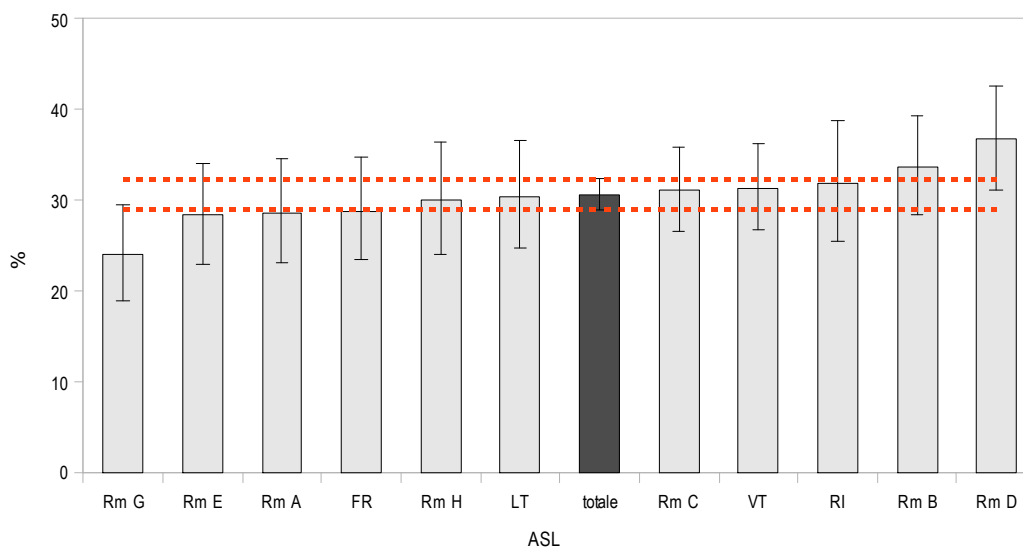
L'abitudine al fumo

Nel 2009, l'abitudine al fumo nella regione Lazio è così distribuita: i fumatori sono il 30% (compreso l'1% che non fuma da meno di sei mesi – fumatori in astensione), gli ex fumatori il 20% e i non fumatori il 50%¹.

¹ :fumatore: persona che ha fumato almeno 100 sigarette nella vita (5 pacchetti) ed attualmente fuma, fumatore in astensione: fumatore che sta tentando di smettere e riferisce di non fumare da meno di sei mesi, ex-fumatore: persona che ha fumato almeno 100 sigarette nella vita, che non fuma da oltre sei mesi, non fumatore: persona che non ha mai fumato e che attualmente non fuma.

Come mostrato in figura 8, nel confronto tra ASL si evidenziano differenze significative nella prevalenza dei fumatori: la ASL Roma D presenta il valore più alto (37%), mentre la ASL Roma G quello più basso (24%); nessuna ASL presenta differenze statisticamente significative rispetto al valore medio regionale.

Figura 8 – Fumatori, percentuale per ASL e IC95%. Lazio, 2009



L'abitudine al fumo è più alta tra gli uomini che tra le donne (32% vs. 27%). La probabilità di essere fumatore aumenta al crescere delle difficoltà economiche, è inversamente associata al livello d'istruzione ed è più elevata negli uomini e nella fascia di età 25-34 anni. Il numero dichiarato di sigarette fumate in media al giorno è 14. L'8% dei fumatori dichiara di fumare più di 20 sigarette al giorno ("forti fumatori").

Due fumatori su tre hanno riferito di aver ricevuto, nei 12 mesi precedenti, il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un operatore sanitario. Il dato evidenzia un discreto livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari, anche se con notevoli differenze tra le varie ASL: il valore più elevato si registra nella ASL Roma B (76%) e il valore più basso nella ASL Roma G (48%).

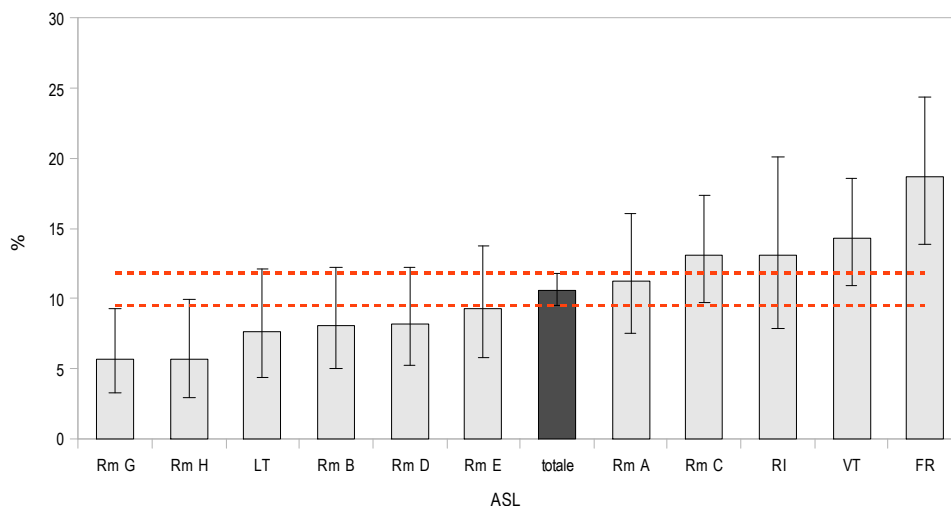
Consumo di Alcool

Nel Lazio, la percentuale di persone che, nell'ultimo mese, riferisce di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica (una lattina di birra, un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è del 52% (dati 2009). Non si evidenziano differenze significative nella percentuale di bevitori tra le ASL del Lazio, ad eccezione della Roma G (range: ASL Roma G 30% - ASL di Frosinone 59%).

Il consumo di alcol è più diffuso tra gli uomini, nelle fasce di età più giovani e nelle persone con alto livello di istruzione. La differenza riscontrata per livello economico non risulta statisticamente significativa.

La percentuale complessiva di bevitori a rischio² nelle 11 ASL è pari al 10,6%. La percentuale è significativamente inferiore a tale valore nella ASL Roma G (5,7%) e significativamente superiore nella ASL di Frosinone (18,7%), come mostrato in figura 9.

Figura 9 – Bevitori a rischio, percentuale per ASL e IC95%. Lazio, 2009



Il consumo di alcol a rischio è più diffuso tra gli uomini, nelle fasce di età più giovani e nelle persone con livello economico più basso. In particolare il consumo di alcol in maniera smodata (binge drinking³), è riferito dal 4% degli intervistati e si associa in maniera statisticamente significativa con la giovane età (18-24 anni) e il sesso maschile, senza un particolare gradiente socio-economico. La percentuale più elevata di bevitori binge viene riferita nella ASL di Frosinone (10%).

Solo una piccola parte degli intervistati (14%) riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol. Ancora più bassa la percentuale di bevitori a rischio che ha ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un operatore sanitario (8%). L'attenzione degli operatori sanitari al problema alcol rimane quindi molto bassa, benché il consiglio da parte dei sanitari risulti tra le misure efficaci nel ridurre il consumo dell'alcol.

Obesità

Sulla base dei dati PASSI relativi al 2009, si stima che nel Lazio una quota rilevante (41%) degli adulti 18-69enni presenti un eccesso ponderale: in particolare il 31% risulta essere in

² Bevitori a rischio: chi ha bevuto 6 o più unità in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 30 giorni; chi beve prevalentemente o solo fuori pasto; un uomo che beve più di 3 bevande alcoliche al giorno o una donna che beve più di 2 bevande alcoliche al giorno.

³ Bevitori binge o binge drinking: consumo di sei o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione, almeno una volta al mese. Forti bevitori: più di due unità di alcol per gli uomini, più di una per le donne secondo la definizione Inran 2008.

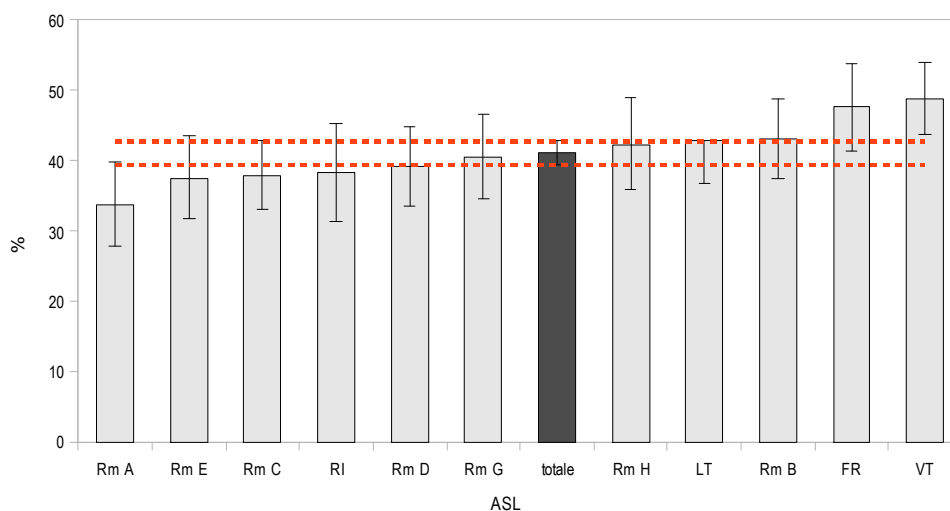
sovrappeso e il 10% è obeso. La stima corrisponde in Regione ad oltre un milione di persone in sovrappeso e a quasi 400.000 obesi.

L'eccesso ponderale è più diffuso:

- al crescere dell'età
- negli uomini
- nelle persone con basso livello di istruzione
- nelle persone con maggiori difficoltà economiche

Nel confronto fra le ASL del Lazio (figura 10) emerge una discreta eterogeneità nella prevalenza di persone in eccesso ponderale (range: ASL Rm E 37% - 49% ASL VT) ma, ad eccezione di Viterbo, non si registrano differenze statisticamente significative rispetto alla media regionale.

Figura 10 – Persone in eccesso ponderale, percentuale per ASL e IC95%. Lazio, 2009



Per quanto riguarda l'atteggiamento degli operatori sanitari, si rileva come più della metà delle persone in eccesso ponderale riceva il consiglio di perdere peso; minore è la percentuale di coloro che hanno ricevuto il consiglio di praticare attività fisica. In particolare il consiglio degli operatori sanitari è essenzialmente rivolto alle persone obese (86%), meno a quelle in sovrappeso (51%).

Attività Fisica

Nel Lazio, il 34% delle persone intervistate sono risultate fisicamente attive, il 35% parzialmente attive ed il 31% sedentarie⁴

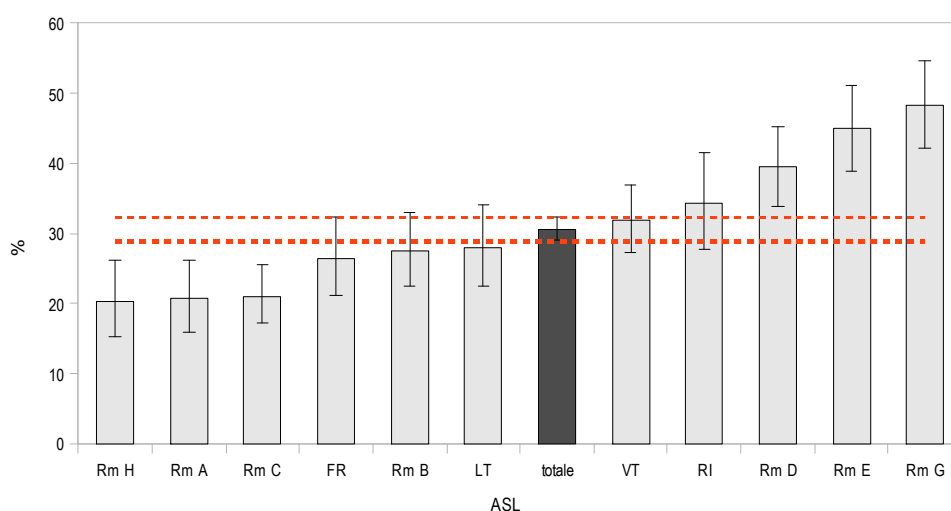
⁴ fisicamente attivo: effettua un lavoro pesante o aderisce alle raccomandazioni sull'attività fisica (almeno 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana o almeno 20 minuti di attività intensa min per almeno 3 giorni alla settimana), parzialmente attivo: non fa un lavoro pesante (o non lavora) e non raggiunge i livello di attività raccomandati pur praticando qualche attività fisica, sedentario: persona che non fa un lavoro pesante (o non lavora) e non pratica alcuna attività fisica.

Le persone sedentarie non si distribuiscono omogeneamente nella popolazione. In particolare, la sedentarietà è significativamente più diffusa:

- nelle fasce d'età più avanzate
- nelle donne rispetto agli uomini
- al diminuire del livello d'istruzione
- nelle persone con difficoltà economiche.

Tra le 11 ASL (figura 11) si rileva una notevole disomogeneità con tre ASL in cui la percentuale è significativamente inferiore al valore complessivo (Rm H, Rm A, Rm C) e tre ASL in cui è significativamente superiore (Rm D, Rm E, RmG).

Figura 11 – Persone sedentarie, percentuale per ASL e IC95%. Lazio, 2009



I rischi nell'ambiente di vita e di lavoro

Infortunati e malattie professionali

Gli infortuni sul lavoro e le patologie correlate al lavoro rappresentano per frequenza, incidenza e mortalità, un rilevante problema di sanità pubblica in un contesto produttivo come quello del Lazio, caratterizzato dalla cospicua presenza sul territorio di aziende con un numero di dipendenti inferiore a 10 (micro e piccole imprese). Nel periodo 2000-2008 i dati mostrano un aumento del numero di infortuni denunciati (+2,6%), ma se si escludono quelli "in itinere" e quelli relativi a categorie speciali si nota una diminuzione del numero di questi eventi (-9%, da 53.853 nel 2000 a 49.045 nel 2008). A tale riduzione contribuiscono soprattutto i lavoratori di sesso maschile, mentre tra le donne si è registrato un incremento del 6,2%. E' aumentata invece la frequenza di eventi infortunistici tra i lavoratori nati in paesi a forte pressione migratoria relativamente a tutte le diverse tipologie di infortunio. L'aumento riguarda gli anni dal 2006 al 2008 ed è pari a circa il 14%; la classe di età più colpita è quella tra 30 e 39 anni. Le malattie professionali rappresentano uno dei temi prioritari per la promozione e la tutela della salute nei luoghi di lavoro, ed anche un settore sul quale grava sempre più l'emergenza di nuove patologie correlate a rischi nuovi e/o diversificati rispetto al passato. Tuttavia ad oggi

la conoscenza di queste patologie risente delle criticità del sistema informativo ad esse dedicato, per cui i dati a disposizione rappresentano la punta emergente di un fenomeno le cui dimensioni non sono ancora ben definite.

Le tabelle 9 e 10 presentano alcuni dati, tratti Rapporto regionale INAIL 2008, che mostrano elementi di contesto occupazionale e dei danni relativi alla situazione nella Regione Lazio.

Tabella 9 – Infortuni denunciati per genere, classe di età e anno di accadimento.

Anni 2005-2008

Genere	età	2005*		2006		2007		2008	
		n	%	n	%	n	%	n	%
F	<18	20	0,1	22	0,1	21	0,1	15	0,1
	18-29	2820	17,0	2848	16,9	2775	16,8	2621	16,0
	30-39	4622	27,8	4698	27,9	4532	27,4	4323	26,3
	40-49	4822	29,1	4827	28,7	4919	29,7	4877	29,7
	≥50	4202	25,3	4314	25,7	4218	25,5	4507	27,5
	nd	112	0,7	107	0,6	73	0,4	64	0,4
	totale		16598	100,0	16816	100,0	16538	100,0	16407
M	<18	92	0,3	97	0,3	92	0,3	71	0,2
	18-29	7832	22,7	7338	21,9	7426	22,4	7428	22,8
	30-39	10709	31	10409	31,0	10110	30,5	9705	29,7
	40-49	8931	25,8	8803	26,2	8687	26,2	8685	26,6
	≥50	6861	19,8	6740	20,1	6717	20,2	6653	20,4
	nd	146	0,4	163	0,5	159	0,5	96	0,3
	totale		34571	100,0	33550	100,0	33191	100,0	32638
nd	nd	0							
TOTALE		51169		50366		49729		49045	

* includono gli infortuni occorsi ad apprendisti

Tabella 10 – Infortuni mortali denunciati per genere, classe di età e anno di accadimento dell'evento. Anni 2006-2008

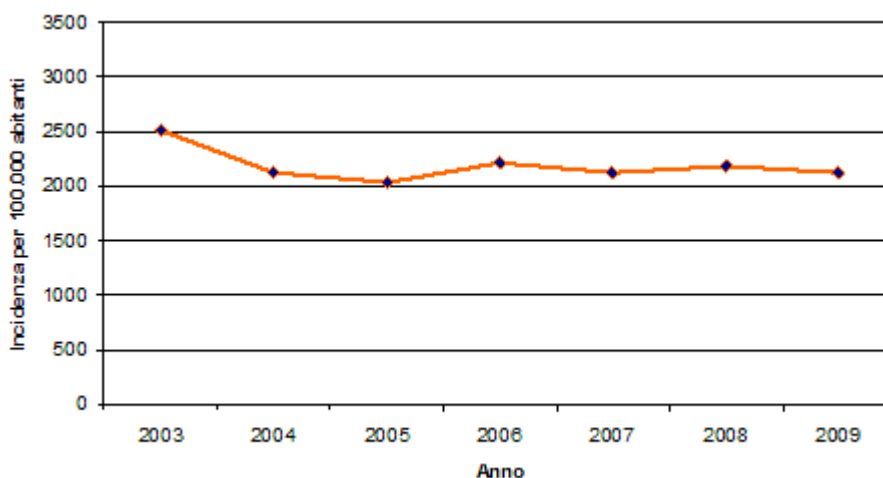
Genere	età	2006*		2007*		2008*	
		n	%	n	%	n	%
F	<18	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	18-29	0	0,0	0	0,0	2	15,4
	30-39	3	42,9	1	20,0	4	30,8
	40-49	1	14,3	3	60,0	1	7,7
	≥50	2	28,6	1	20,0	6	46,2
	nd	1	14,3	0	0,0	0	0,0
	totale		7	100,0	5	100,0	13
M	<18	1	1,0	0	0,0	0	0,0
	18-29	15	14,3	14	14,6	13	16,7
	30-39	21	20,0	24	25,0	15	19,2
	40-49	28	26,7	18	18,8	19	24,4
	≥50	40	38,1	39	40,6	30	38,5
	nd	0	0,0	1	1,0	1	1,3
	totale		105	100,0	96	100,0	78
TOTALE		112		101		91	

*includono infortuni occorsi ad apprendisti

Incidenti Domestici

Nel 2009 in tutta la Regione si sono verificati 119.757 accessi nelle strutture di emergenza per incidente domestico, con un tasso d'incidenza pari a 2.128 per 100.000 residenti. Come illustrato in figura 12, dal 2003 al 2009 il trend degli accessi risulta sostanzialmente costante nel tempo con un'incidenza media annuale pari a 2.185 casi per 100.000 residenti.

Figura 12 – Accessi alle strutture di emergenza del Lazio per incidente domestico. Incidenza media annuale per 100.000 ab. Anni 2003-2009



I gruppi di popolazione a rischio sono prevalentemente i bambini tra 0 e 4 anni (5.150 per 100.000) e gli anziani oltre 70 anni (3.291 per 100.000). In generale la probabilità di subire un incidente domestico aumenta dai 50 anni di età per le donne e dai 70 per gli uomini; dopo gli 85 anni, il valore dell'incidenza è evidentemente più alto tra le donne rispetto agli uomini (6.485 e 4.359 per 100.000 rispettivamente). Prima dei 50 anni di età, al contrario, il rischio è maggiore tra gli uomini. Gli arti superiori e inferiori risultano i distretti corporei più colpiti, il distretto corporeo e il tipo di lesione coinvolti non hanno subito variazioni considerevoli negli ultimi anni. Per quanto riguarda l'accesso al PS il codice "triage" prevalente è il verde (85%) e l'84% dei casi viene dimesso a casa

Per quanto concerne la ripartizione degli accessi alle strutture di emergenza per ASL di residenza dal 2003 al 2009 l'Azienda RMH ha registrato nel 2009 il più elevato tasso d'incidenza (2514 casi per 100.000 residenti). I valori più bassi d'incidenza della Regione, come negli anni precedenti al 2009, continuano ad essere rilevati nelle ASL di Rieti e Viterbo.

Incidenti Stradali

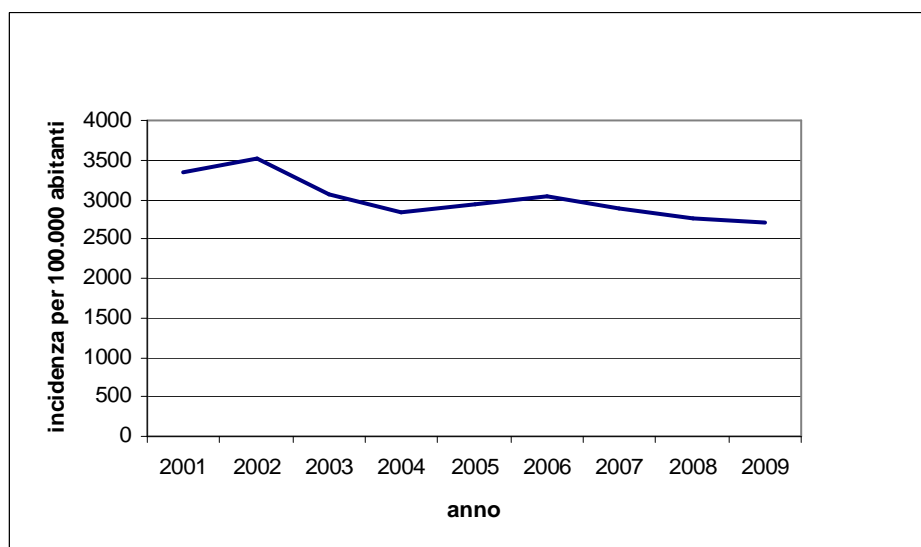
Gli ultimi dati relativi agli accessi alle strutture di emergenza per traumi avvenuti in strada parlano di circa 153.000 eventi, con un leggerissimo calo rispetto al 2008; questi eventi colpiscono la popolazione nelle età giovanili, dai 15 ai 34 anni, prevalentemente gli uomini, ma nessun gruppo di popolazione viene risparmiato da tale fenomeno.

I dati relativi alla popolazione residente nelle diverse ASL del Lazio rivelano che le ASL maggiormente colpite dal fenomeno sono la Roma B e la ASL di Latina. L'osservazione dei

codici triage, utilizzati come proxy della gravità dell'evento, rivela che l'89% degli accessi al PS aveva codici verde e bianco, mentre l'1% aveva triage rosso. L'87,6% delle visite presso le strutture d'emergenza veniva dimesso a casa.

Dal 2001 ad oggi si osserva una diminuzione, seppur lieve dell'incidenza degli accessi al PS per incidenti stradali (figura 13).

Figura 13 - Andamento temporale dell'incidenza degli accessi al PS per incidente stradale. Lazio, 2001-2009



Alcool e fumo negli ambienti di lavoro

Nell'ambito del Piano straordinario Regionale di Prevenzione degli Infortuni e Malattie Professionali 2006-2008, programma "Interventi di promozione della salute" è stato sviluppato un progetto a cui hanno partecipato alcuni Dipartimenti di Prevenzione della nostra regione con il supporto della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) e del Dipartimento di Epidemiologia dell'ASL Roma E. Il progetto intendeva sperimentare in alcune ASL della regione un modello di promozione della salute tra i lavoratori esposti a cancerogeni e broncoirritanti finalizzato alla riduzione dell'abitudine al fumo. I risultati dell'indagine conoscitiva preliminare, condotta prevalentemente su operai con medio-basso livello di istruzione, ha messo in evidenza che in media fuma abitualmente il 35% dei soggetti (media 10-20 sigarette), di cui il 50% circa sarebbe disposto a smettere. Il grado di consapevolezza dei rischi è diffuso e quasi il 70% ritiene importante smettere, ma meno della metà parteciperebbe a un corso aziendale per la disassuefazione al fumo. Questi dati indicano che la prevalenza del fumo in alcuni ambienti di lavoro a rischio è ancora alta ma soprattutto evidenziano come la disponibilità al cambiamento del proprio stile di vita sia ancora molto limitata (più del 40% è anche in

sovrappeso).

Dati generali sui principali interventi di prevenzione

Le vaccinazioni in età pediatrica

Il calendario vaccinale regionale prevede obiettivi di copertura superiori al 95% per sette vaccinazioni dell'età evolutiva, garantendone la gratuità. Queste comprendono le vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia (polio, tetano, difterite e epatite B) e altre fortemente raccomandate (morbillo-parotite-rosolia, pertosse e Haemophilus B). Per tutte le vaccinazioni del primo gruppo è stato raggiunto l'obiettivo regionale di copertura superiore al 95%. Il piano nazionale di eliminazione del morbillo parotite e rosolia congenita, avviato nel 2004 ha prodotto vistosi aumenti del tasso di copertura fino al 2007 (anno in cui è stato raggiunto il valore del 95%), dopo il quale si è registrata una flessione (89,6% nel 2009). Altre vaccinazioni (antivaricella, antipneumococco, antimeningococco C) sono suggerite con compartecipazione della spesa da parte della famiglia, oppure l'offerta gratuita è ristretta a particolari gruppi di età o specifiche categorie a rischio. In questi casi i tassi di copertura non sono indicativi.

La campagna di vaccinazione anti-HPV è offerta attivamente e gratuitamente alle bambine nel corso del dodicesimo anno di vita, è stata introdotta nel 2008 con la chiamata attiva delle bambine appartenenti alla coorte di nascita 1997 (50,8% di bambine vaccinate con la terza dose) ed è proseguita nel corso del 2009 con la chiamata attiva delle bambine della coorte di nascita 1998.

La vaccinazione antinfluenzale

La campagna con offerta attiva e gratuita del vaccino antinfluenzale nel Lazio viene realizzata con il pieno coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta e prevede un sistema di incentivi, tarato sul grado di raggiungimento di specifici obiettivi di performance, e la raccolta di dati nominativi attraverso un sistema informativo dedicato. La copertura vaccinale sugli anziani è passata dal 45,7% nella stagione iniziale 1999-2000 al 67,7%, con un valore massimo pari al 71,5% nella stagione 2005-06. Si stima che i livelli di copertura nelle categorie a rischio per patologie croniche e negli operatori sanitari siano ancora insufficienti rispetto all'obiettivo raccomandato del 75%.

Programmi di screening oncologici

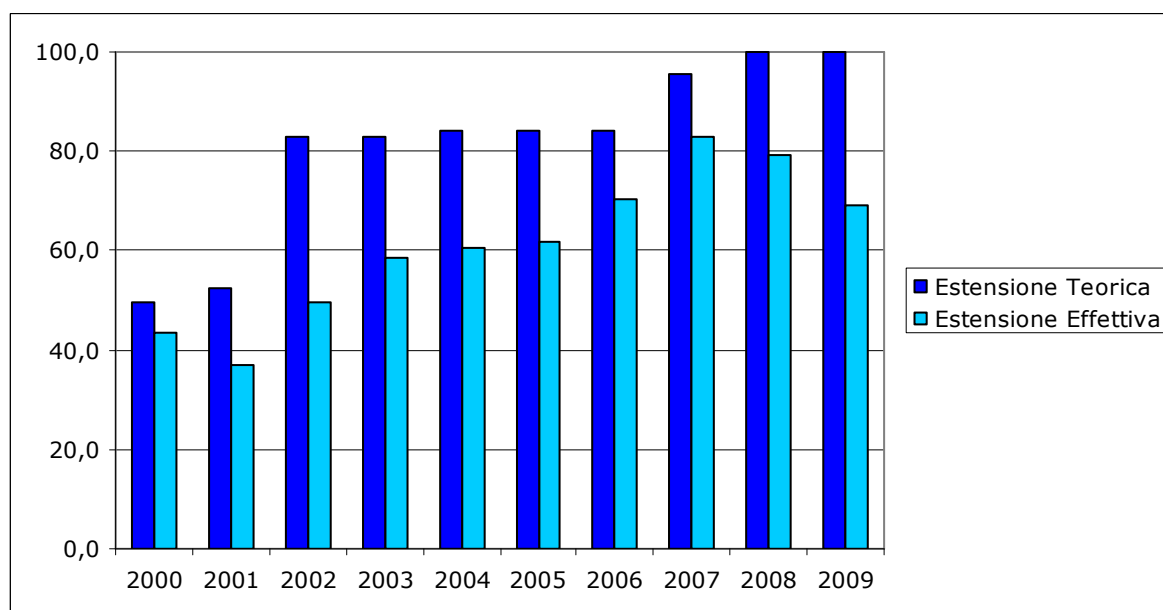
Screening mammografico

Nel 2009 il Lazio ha raggiunto una estensione teorica del 100%, avendo tutte le ASL attivato la chiamata attiva attraverso la lettera di invito per le donne in fascia target.

La popolazione bersaglio è di circa 730.000 donne da chiamare in due anni (round di screening). L'estensione effettiva dei programmi aziendali, ossia la popolazione realmente

invitata è stata del 69% circa, in calo rispetto al precedente biennio (2007-2008) a causa della sospensione temporanea dei programmi della ASL RM C e Rieti (Figura 14).

Figura 14 – Estensione teorica ed effettiva dei Programmi di Screening della Mammella Lazio, andamento temporale 2000-2009



Le ASL hanno invitato ad effettuare una mammografia di screening circa 254.000 donne di cui 98.000 hanno risposto all'invito effettuando il test di screening (adesione media 41%) (tabella 11). Circa 5.900 hanno proseguito l'iter di screening effettuando gli approfondimenti diagnostici previsti (visita clinica, mammografia, ecografia, ago aspirato o core biopsy), con un indicazione ad intervento chirurgico che ha riguardato 488 donne di cui 313 con conferma istologica di malignità.

Tabella 11 – Volumi di attività dei Programmi di screening della mammella dettaglio per ASL, anno 2009

ASL	popolazione bersaglio annua 50-69 anni	popolazione invitata	popolazione rispondente alla mammografia	inviti inesitati	donne escluse dopo invito	estensione corretta^ (%)	adesione corretta* (%)
RM A	35.670	29.156	8.286	0	12	81,7	28,4
RM B	43.275	43.008	16.214	1.940	1.058	99,4	40,5
RM C	37.856	7.649	2.369	250	869	20,2	36,3
RM D	37.308	30.829	11.729	1.628	1.915	82,6	43,0
RM E	35.824	31.393	8.512	0	0	87,6	27,1
RM F	27.282	15.365	7.289	304	3.504	56,3	63,1
RM G	26.483	21.385	6.247	0	329	80,7	29,7
RM H	31.394	12.421	6.672	260	1.123	39,6	60,4
Viterbo	19.832	21.919	11.226	1.010	293	110,5	54,5
Rieti	9.826	2.814	1.787	1	149	28,6	67,1
Latina	32.426	25.983	12.804	0	0	80,1	49,3
Frosinone	29.756	12.346	5.226	0	470	41,5	44,0
Lazio	366.930	254.268	98.361	5.393	9.722	69,3	41,1

^ Estensione Corretta: invitate anno/popolazione bersaglio annua - totale escluse prima dell'invito;

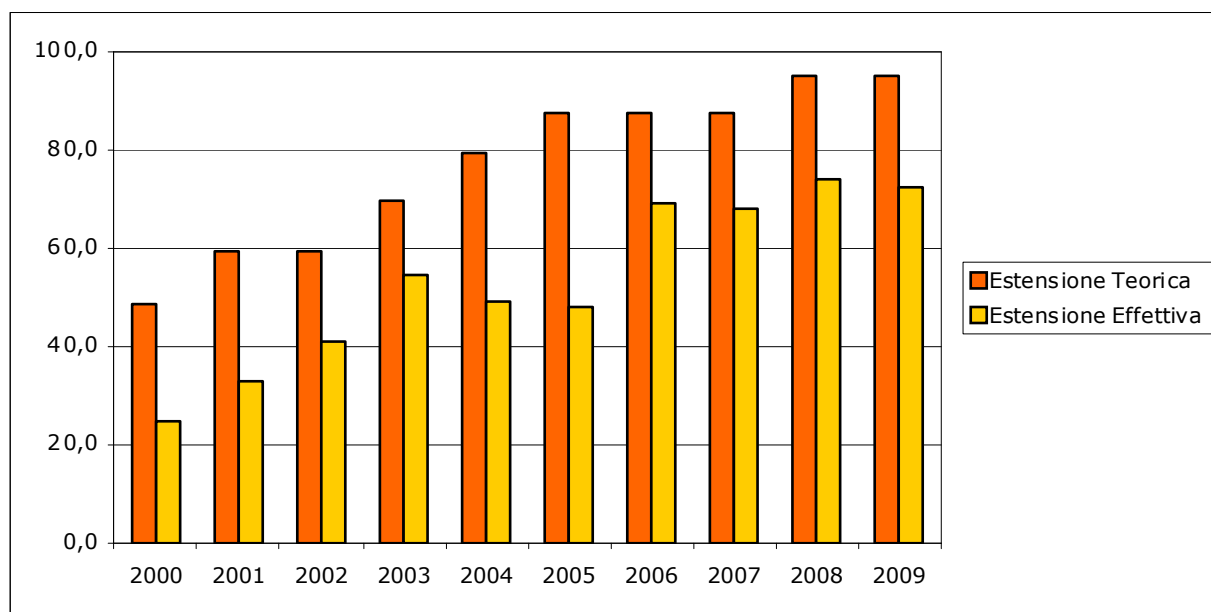
* adesione corretta: rispondenti al test/invitate - inviti inesitati e le donne escluse dopo invito.

Screening citologico per il tumore della cervice uterina

Nel 2009 il Lazio ha raggiunto una estensione teorica del 95%, in quanto 11 ASL su 12 hanno la possibilità di offrire il Pap-test su invito attivo alla popolazione bersaglio (1.500.000 di donne da chiamare ogni 3 anni).

La ASL Roma F non ha mai attivato il Programma di Screening se non in forma sperimentale. L'estensione effettiva dei programmi di screening per il tumore del collo dell'utero, ossia la popolazione realmente invitata è stata del 72% circa, in considerazione anche della sospensione temporanea della ASL di Frosinone (Figura 15).

Figura 15 – Estensione teorica ed effettiva dei programmi di screening della Cervice Uterina. Lazio, andamento temporale 2000-2009



Le ASL hanno invitato ad effettuare il Pap-test di screening circa 376.000 donne di cui 96.000 circa hanno risposto all'invito effettuando il test di screening (adesione media 27%) (tabella 12).

Circa 2.000 donne hanno proseguito l'iter di screening effettuando l'approfondimento diagnostico previsto attraverso la colposcopia e sono state identificate 259 lesioni di alto grado.

Tabella 12 – Volumi di attività dei Programmi di Screening della Cervice Uterina.

Dettaglio per ASL. Anno 2009

ASL	popolazione bersaglio annua 25-64 anni	popolazione invitata	popolazione rispondente al Pap-test	donne escluse dopo invito	estensione corretta^ (%)	adesione corretta*
RM A	46.282	36.565	5.398	0	79,0	14,8
RM B	79.165	51.635	13.320	721	65,2	26,2
RM C ⁽¹⁾	55.638	63.157	13.066	5.802	113,5	22,8
RM D	56.344	42.556	8.488	4.872	75,5	22,5
RM E	51.818	16.400	4.920	1.641	31,6	33,3
RM G ⁽¹⁾	42.934	50.932	7.780	0	118,6	15,3
RM H	51.224	23.950	6.390	0	46,8	26,7
Viterbo ⁽¹⁾	29.381	29.873	11.156	2.596	101,7	40,9
Rieti	14.413	8.638	3.328	173	59,9	39,3
Latina	49.737	52.362	22.148	2.730	105,3	44,6
Frosinone	43.321	Programma sospeso			-	-
Lazio	520.257	376.068	95.994	18.535	72,3	26,8

(1) I PS hanno una estensione superiore al 100% poiché hanno recuperato un ritardo accumulato nel precedente anno
Roma F non ha il programma attivo

^ Estensione Corretta: invitate anno/popolazione bersaglio annua - totale escluse prima dell'invito;

* adesione corretta: rispondenti al test/invitate - inviti inesitati e le donne escluse dopo invito.

Screening Colonrettale

Nel 2009 le ASL che hanno invitato la popolazione avente diritto erano 5 su 12. La chiamata attiva ha coinvolto circa 98.000 soggetti di cui 39.000 hanno risposto all'invito e hanno effettuato l'esame del sangue occulto. Circa 1.450 persone hanno proseguito l'iter di screening effettuando gli approfondimenti diagnostici previsti; sono stati individuati 253 adenomi avanzati, tra i quali 45 casi operati con diagnosi di malignità e 33 cancro identificati.

Tabella 1. Attività programma di screening -anno 2009

Programmi	popolazione bersaglio annua 50-74 anni	popolazione invitata	popolazione rispondente al FOBT	inviti inesitati	estensione corretta^ (%)	adesione corretta* (%)
RM A	77.510					
RM B ⁽¹⁾	8.210	1.737	355	0	21,2	20,4
RM C	83.572					
RM D	82.540	8.530	1.859	255	10,3	22,5
RM E	78.474					
RM F	42.125					
RM G	64.125	8.161	2.178	0	12,7	26,7
RM H	73.789	50.101	26.324	92	67,9	52,6
Viterbo	47.874					
Rieti	24.136					
Latina	76.069	29.617	8.524	5.372	38,9	35,2
Frosinone	71.811					
Lazio	730.231	98.146	39.240	5.719	13,4	42,5

(1) Popolazione Bersaglio ponderata per un mese di attività

^ Estensione Corretta: invitate anno/popolazione bersaglio annua - totale escluse prima dell'invito;

* adesione corretta: rispondenti al test/invitate - inviti inesitati e le donne escluse dopo invito.

Programma non attivo

Bibliografia essenziale

1. Piano Sanitario Regionale 2010-2012. Suppl. Ord. n.138 al Bollettino Ufficiale Regionale n.28 del 28 luglio 2010.
2. Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). Aggiornamento dei dati del Rapporto regionale 2007-2008 (*prossima pubblicazione*).
3. Direzione Risorse Umane e Finanziarie servizio Sanitario Regionale. Relazione Sanitaria Regione Lazio. Aggiornamento dei dati 2008 (*prossima pubblicazione*).
4. Caritas/Migrantes (2009) Immigrazione, Dossier Statistico 2009. Edizioni Idos, Roma.
5. Cesaroni G, Agabiti N, Rosati R et al. (2006) Un indicatore sintetico di posizione socioeconomica basato sui dati del censimento 2001 per la città di Roma. *Epidemiologia e Prevenzione*; 30(6): 352-357.
6. Istituto Nazionale di Statistica. *Annuario statistico italiano 2009*. Roma: ISTAT; 2009. Disponibile all'indirizzo:
http://www.istat.it/dati/catalogo/20091120_00/contenuti.html; ultima consultazione 10/09/2010.
7. Istituto Nazionale di Statistica. *Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" - anno 2008*. Roma: ISTAT; 2009. Disponibile all'indirizzo:
http://www.istat.it/dati/catalogo/20100319_01/inf_09_07_vita_quotidiana08.pdf ; ultima consultazione 10/09/2010.
8. Grande E, Inghelmann R, Francisci S et al. Regional estimates of all cancer malignancies in Italy. *Tumori* 2007; 93: 329-336. Disponibile all'indirizzo:
<http://www.tumori.net/it/stime.php?page=monografia>; ultima consultazione 10/09/2010
9. Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica. La sorveglianza degli incidenti domestici nella Regione Lazio. Rapporto 2005-2007.
10. Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica. La sorveglianza degli incidenti domestici nella Regione Lazio. Rapporto 2005-2007.
11. Regione Lazio. Osservatorio Regionale sulla Sicurezza e Prevenzione nei luoghi di lavoro. Infortuni sul lavoro e malattie professionali nel Lazio. Rapporto 2008.

Sitografia

1. Informazioni sulla salute della popolazione. Roma 2001-2005
2. Istat, il territorio italiano:
[http://noi-italia.istat.it/index.php?id=6&user_100ind_pi1\[uid_categoria\]=4&cHash=01add3427a](http://noi-italia.istat.it/index.php?id=6&user_100ind_pi1[uid_categoria]=4&cHash=01add3427a)
3. Istat, la popolazione italiana:
[http://noi-italia.istat.it/index.php?id=6&user_100ind_pi1\[uid_categoria\]=4&cHash=01add3427a](http://noi-italia.istat.it/index.php?id=6&user_100ind_pi1[uid_categoria]=4&cHash=01add3427a)

CAPITOLO 2.

LE CRITICITÀ

La situazione politico-istituzionale e il piano di risanamento dal deficit economico

Negli ultimi anni nella Regione Lazio si è assistito ad un radicale cambiamento degli equilibri che avevano da sempre caratterizzato il contesto politico-istituzionale, ed è progressivamente maturata la consapevolezza di dover identificare al più presto un punto di svolta. In particolare la situazione di disavanzo che si è venuta a creare negli anni, dovuta fra l'altro alla presenza di un servizio sanitario troppo costoso e non efficace in misura corrispondente, ha comportato l'urgenza di attivare riforme in diverse direzioni. Uno dei primi strumenti adoperati in quanto imposto da vincoli di legge è stato il Piano di rientro il quale, recepito con la DGR 149 del 6/3/2007, si poneva diversi obiettivi, i principali dei quali mirati alla razionalizzazione dell'uso dell'ospedale attraverso le seguenti strategie:

- a) adeguamento e riconversione di strutture
- b) ridefinizione dell'offerta delle strutture ospedaliere, in particolare il trasferimento di prestazioni erogabili appropriatamente a livello territoriale
- c) sviluppo delle reti assistenziali, secondo il modello consolidato dell'Hub & Spoke
- d) potenziamento delle attività distrettuali e riorganizzazione delle attività territoriali

La realizzazione di questi obiettivi ha incontrato numerose difficoltà dopo l'emanazione del Piano, sia per quanto riguarda l'applicazione dei criteri per la valutazione di appropriatezza del ricovero ospedaliero, sia per la mancata attuazione delle altre misure di ridefinizione delle attività per acuti. Ciò ha richiesto di prorogare ulteriormente il lavoro di rimodulazione delle finalità del piano di rientro, fino all'avvicendamento politico scaturito dall'esito di nuove elezioni, nell'aprile 2010. Il nuovo presidente della Regione ha assunto l'incarico di Commissario ad acta per la sanità, attivando rapidamente una serie di provvedimenti finalizzati ad un radicale riordino della rete ospedaliera,

Il rapido susseguirsi di misure incentrate sulla riorganizzazione ospedaliera e sul contenimento della spesa non ha certamente favorito una serena evoluzione del sistema prevenzione nella regione Lazio. L'esperienza del precedente Piano 2005-2007 ha risentito fortemente delle criticità accumulate all'interno del sistema sanitario regionale, non solo per la mancanza di risorse certe, ai fini della realizzazione degli obiettivi previsti, ma anche per la precarietà intrinseca dell'asse politico-istituzionale. Per via di tali criticità il sistema regionale non è riuscito a dare pieno sostegno alle strategie individuate dai piani tecnici elaborati per le diverse linee di intervento.

D'altra parte l'assenza di una reale condivisione delle scelte determinato un parziale coinvolgimento di parte delle ASL, che non hanno investito nella prevenzione se non marginalmente.

Inoltre si è evidenziato una disomogeneità di risultati tra le diverse ASL, e tale differenza sembra essere dovuta nell'ambito della "storica debolezza e dallo scarso coordinamento dei programmi di promozione della salute e della prevenzione" (allegato 1 del PSR 2010-2012), tra l'altro all'organizzazione aziendale che generalmente manca di una struttura dedicata al coordinamento delle attività di prevenzione.

Uno degli aspetti maggiormente problematici è stata il limitato, e disomogeneo coinvolgimento dei MMG e dei PLS che rivestono un ruolo di particolare rilievo per le attività di prevenzione e di promozione della salute a livello individuale.

L'impossibilità di aggiungere queste esigenze al percorso di stipula degli accordi di categoria ha livello regionale e aziendale ha fortemente limitato il coinvolgimento dei medici di famiglia nei piani, arenando di fatto il percorso di alcuni progetti chiave, come la prevenzione delle complicanze del diabete (Progetto Igea) e la diffusione della pratica di misurazione del rischio cardiovascolare attraverso l'utilizzo delle carte del rischio dell'ISS. Il coinvolgimento dei MMG è infatti indispensabile per l'avvio concreto dei percorsi assistenziali per la presa in carico dei soggetti con patologie croniche a maggior prevalenza

Allo stato attuale, in virtù della recente emanazione dell'Accordo quadro nazionale per la medicina generale, e della conseguente necessità di procedere alla definizione degli accordi regionali, rappresenta un'opportunità da non perdere l'inserimento delle esigenze di coinvolgimento dei MMG PLS, in particolare nei temi generali e basilari della prevenzione a livello individuale. ai tavoli negoziali regionali e aziendali.

A tal fine appare necessario individuare percorsi specifici per il coinvolgimento dei medici di medicina generale, semplificando le interfacce, definendo le priorità, integrando, armonizzando e sincronizzando le esigenze dei piani della Prevenzione con le esigenze più generali delle singole ASL, così che si possa inserirle nella piattaforme negoziali per la definizione degli accordi regionali e aziendali con i MMG.

Capitolo 3

La programmazione regionale

Gli elementi di contesto

La programmazione regionale ha indirizzato nell'ultimo anno la propria attività su numerosi fronti, allo scopo di riposizionare i temi essenziali della sanità entro i confini di un maggiore equilibrio e di introdurre modifiche virtuose della spesa sanitaria per far fronte al disavanzo economico. Il Piano Sanitario Regionale 2010-2012, approvato con Decreto commissariale n.

87 del 18 dicembre 2009, ha rappresentato la cornice di riferimento nella quale trovano spazio i presupposti chiave della riforma, destinati poi ad essere sviluppati in obiettivi specifici di riordino all'interno di una serie di successivi Decreti del Commissario ad acta. Nel PSR 2010-2012 si ridefiniscono le priorità d'azione sulla base del contesto epidemiologico e delle nuove istanze di salute, e viene dato un deciso indirizzo verso la creazione di reti e sinergie non solamente tra i servizi sanitari ma anche tra questi e altri settori della società. Ciò vale anche sul fronte della prevenzione, nell'ambito del quale il Piano sanitario regionale, anche sulla base dell'esperienza maturata con il precedente Piano di prevenzione, individua come netta priorità la lotta ai fattori di rischio legati ad abitudini di vita scorrette, che così pesantemente incidono sui livelli di morbosità e mortalità della popolazione.

Nell'ambito dei successivi decreti scaturiti dagli indirizzi del PSR, dopo il Decreto 48/2010, che stabilisce il piano generale di interventi finalizzati alla razionalizzazione dell'offerta ospedaliera per acuti, della post-acuzie e della riabilitazione e lungodegenza, un ulteriore decreto applicativo (80/2010) getta le basi per una radicale trasformazione dell'offerta sanitaria, disciplinando la chiusura e/o la riconversione di numerose strutture per acuti, formulando una riorganizzazione capillare dei posti letto alla luce delle riconversioni suddette e approvando come nuovo modello di funzioni assistenziali una tipologia di presidio multifunzionale, di pertinenza distrettuale, in cui riconvertire le strutture per acuti disattivate.

Per quanto riguarda l'applicazione del modello di rete Hub & Spoke, adottato dal PSR come principale modello organizzativo dei servizi, sono emanate con ulteriori successivi decreti le reti specialistiche regionali (tra cui quelle cardiologica, oncologica e dell'emergenza) con disattivazione dell'offerta non ricompresa all'interno delle reti stesse.

Siamo ancora lontani dall'immaginare quale sarà l'impatto di questa sostanziale evoluzione del sistema sanitario regionale, ma è possibile identificare fin da ora il potenziale vantaggio derivante sia dalla liberazione di risorse per il potenziamento dei servizi territoriali, che dall'introduzione di nuovi e più efficienti modelli organizzativi come poi prospettato nell'allegato 1 del PSR 2010-12 approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. U0087/2010.

Criteri generali e specifici per la pianificazione dei progetti

Il carattere decisamente innovativo dei recenti emendamenti sulla sanità trova applicazione in gran parte anche nella programmazione regionale degli interventi di prevenzione, come di seguito specificato.

In linea preliminare il piano regionale di prevenzione effettua la scelta degli interventi prioritari sulla base dei dati di contesto illustrati nel capitolo 1 e nel rispetto di criteri espliciti definiti a priori, con evidenti ripercussioni positive in termini di ottimizzazione dell'uso delle limitate risorse disponibili.

In primo luogo la pianificazione si orienta verso l'adozione di una ristretta cerchia di interventi

supportati da prove di evidenza scientifica, abbandonando definitivamente strategie di non documentata efficacia. In secondo luogo si identifica come punto di forza la diffusione più ampia possibile degli interventi prescelti a tutte le fasce di popolazione target; ciò moltiplica l'efficacia, riduce gli sprechi ed è l'unica strada per modificare favorevolmente il pattern degli indicatori di salute a livello di popolazione.

In terzo luogo, sull'onda di un consenso ormai consolidato in ambito sia scientifico che operativo, ci si pone come obiettivo qualitativo la necessità di combinare interventi che rispondono a differenti prospettive: la prospettiva di popolazione, di carattere universale e relativamente indipendente dalle scelte individuali, e la prospettiva della prevenzione mirata sui soggetti ad alto rischio; quest'ultima più impegnativa sul piano degli interventi e della motivazione personale, e che oggi sconfinava spesso in veri e propri modelli assistenziali per la prevenzione delle complicanze a lungo termine. In tal senso sappiamo infatti che la prevenzione dell'insorgenza di uno stato di malattia e delle sue complicanze si avvale di modelli di presa in carico delle persone esposte a importanti fattori di rischio per la salute e/o esposte al peggioramento di malattie in essere. Su questo ultimo punto è necessario sottolineare che la gestione integrata di una patologia per evitarne le complicanze, ha senso in un Piano della Prevenzione solo quando essa è uno degli elementi di contrasto a quella patologia, attraverso ad es. la diminuzione dell'incidenza degli esiti. Ma è essenziale che esso rimanga inserito nel più ampio e principale intervento, che si attua attraverso la riduzione dell'esposizione a fattori di rischio noti, di mantenimento e miglioramento dello stato di salute nella popolazione, la cui componente maggioritaria è quella sana.

La prevenzione individuale e collettiva si realizza mediante azioni che, spesso, possono essere attuate nelle diverse fasi della vita di un individuo, divenendo parte, quindi, di interventi di prevenzione contemporaneamente primaria, secondaria e terziaria; ovviamente ogni tipologia di prevenzione deve anche affrontare problematiche specifiche e realizzare interventi altrettanto specifici.

Gli interventi di prevenzione identificati dal Piano e progettati strategicamente a livello regionale sono declinati a livello locale e realizzati nell'ambito territoriale delle ASL, che rappresentano le strutture maggiormente in grado di garantire una loro adeguata diffusione nell'esclusivo interesse della sanità pubblica.

Eventuali collaborazioni con altri Enti Sanitari, spesso auspicabili, vanno incluse all'interno della progettazione e realizzazione degli interventi delle ASL. Anche esperienze pilota, per quanto preziose, hanno senso se ricondotte in un ambito che consenta di sperimentare la loro diffusibilità e generalizzata sostenibilità.

Più in dettaglio, la formulazione dei progetti, sia a livello regionale sia nell'attuazione locale, deve ispirarsi nella fase progettuale ad alcuni criteri generali ritenuti prioritari per una maggior efficacia delle strategie di prevenzione. Tali criteri tengono conto anche dall'analisi delle criticità emerse nell'attuazione del precedente Piano Regionale di Prevenzione. In particolare la

progettazione sarà orientata:

a livello regionale

1. ad elaborare strategie di popolazione e per gruppi ad alto rischio, ove già non oggetto di interventi nella Macroarea della "medicina predittiva"; ciò porterà conseguentemente alla realizzazione di progetti paralleli aventi come destinatari gruppi di popolazione generale e sottogruppi più a rischio in quanto meno facilmente esposti all'intervento di prevenzione;
2. a valutare la fattibilità e l'adattabilità al contesto di interventi già realizzati di cui è riportata in letteratura scientifica la provata efficacia;
3. ad elaborare un Piano di Comunicazione dei Progetti e dei risultati da essi derivati;
4. ad identificare possibili Enti non sanitari che possano essere sinergici alle azioni che si intendono perseguire;

a livello aziendale

1. a realizzare gli interventi in un'ampia fascia di territorio, almeno distrettuale o sub distrettuali (quartieri, Comuni), o di popolazione. Faranno eccezione a questa logica i progetti che sperimenteranno modelli innovativi per la regione;
2. ad attuare gli interventi prioritariamente negli ambiti territoriali ove è maggiormente diffuso un basso livello socioeconomico, identificati sulla base di analisi condotte nel recente passato e sulla diretta conoscenza del territorio;
3. ad intensificare gli sforzi per il raggiungimento dei gruppi di popolazione più fragili, in cui le probabilità di beneficio derivante dagli interventi sono maggiori;
4. a promuovere forme di collaborazione con Enti locali per migliorare l'impatto degli interventi di prevenzione attuati.

Dal punto di vista metodologico i progetti appartenenti al Piano di Prevenzione dovrebbero essere conformi alle seguenti indicazioni:

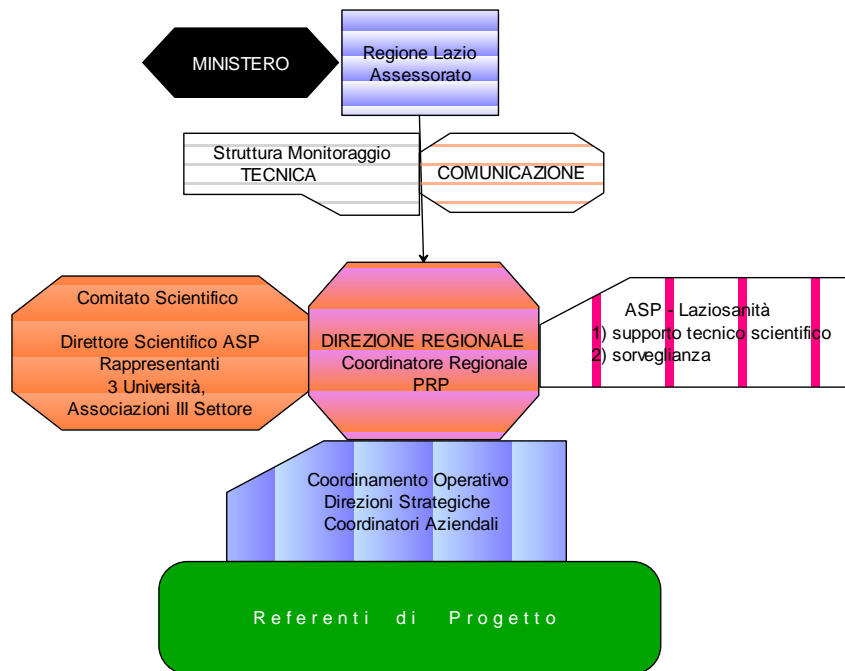
- essere redatti nel rispetto dei criteri di pertinenza, coerenza interna e sostenibilità, secondo quanto concordato fra Ministero della Salute e Regioni;
- nella maggior parte dei casi individuare un livello "accettabile" ed uno "desiderabile" del risultato da raggiungere;
- prevedere l'individuazione e l'eventuale coinvolgimento dei portatori d'interesse;
- prevedere un Piano di comunicazione per il coinvolgimento/informazione dei portatori d'interesse e per la presentazione dei risultati.

Modello organizzativo

La regione intende avvalersi di un modello organizzativo (fig 1) che consenta le seguenti funzioni:

- azioni di coordinamento fra governo centrale regionale e le ASL,
- sostegno ai progetti e sviluppo delle iniziative della programmazione centrale,
- utilizzo delle risorse secondo criteri di efficienza ed efficacia,
- emanazione di indirizzi e linee guida programmatiche,
- miglioramento delle azioni di comunicazione con la popolazione.

Fig 1



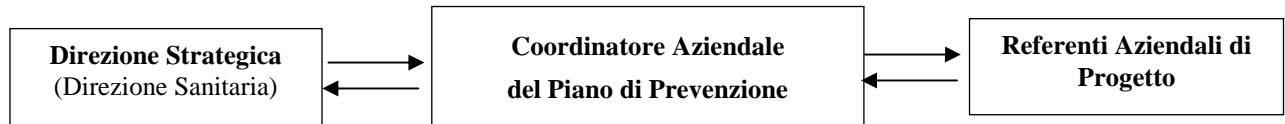
In particolare per l'attuazione del PRP, è previsto a **livello centrale** di governo, una struttura di comunicazione e di accompagnamento tecnico che attraverso un sistema informatizzato, consenta il monitoraggio delle attività e dei risultati anche parzialmente raggiunti, accompagnando lo sviluppo del PRP con una corretta informazione della popolazione.

Mentre si ritiene necessario a livello ASL l'adozione di un modello articolato su tre livelli operativi determinati da:

1. la Direzione Strategica Aziendale che, una volta approvate le linee operative definite dalla Regione, individui il Coordinatore Aziendale del Piano di Prevenzione e il referente responsabile per ogni progetto previsto.
2. il Coordinatore Aziendale del Piano fa riferimento alla Direzione Strategica. E' garante del monitoraggio dell'andamento dei diversi progetti, persegue la loro uniformità in termini metodologici e di rispondenza a criteri comuni e la razionalizzazione degli interventi previsti in particolare di quelli che insistono su uno stesso ambito (luogo di aggregazione, fascia di popolazione, ecc.). Svolge funzione di supporto al Referente

Aziendale di Progetto nelle necessarie attività di interfaccia con strutture interne ed esterne alle Asl e partecipa all'identificazione e risoluzione di eventuali criticità.

3. il Referente Aziendale di Progetto è responsabile del raggiungimento degli obiettivi fissati e svolge tutte le funzioni all'uopo necessarie, in particolare la redazione del Piano Attuativo, concordata col Coordinatore Aziendale del Piano, l'adozione delle soluzioni alle criticità ordinarie ed il coinvolgimento e l'interfaccia con tutte le strutture interessate, la formazione ed il monitoraggio.



Elementi di sostenibilità del Piano

Il Piano Regionale di Prevenzione, per poter essere pienamente realizzato sul territorio, ha bisogno di essere sostenuto con atti che forniscano elementi di certezza e trasparenza. In particolare sarebbe auspicabile che fossero formalizzate le seguenti azioni propedeutiche all'avvio delle attività:

- esplicitare i criteri di distribuzione del Fondo Regionale alle diverse ASL in relazione al raggiungimento o meno degli obiettivi e al livello "accettabile" o "desiderabile" del risultato, come definito per ogni progetto; dall'esperienza del precedente piano si evince infatti la potenziale utilità di individuare un range di valori per esprimere il grado di raggiungimento di un obiettivo, piuttosto che un valore unico, anche in considerazione della nota disomogeneità delle ASL nei livelli di performance, attribuibile a diverse cause; in tal senso l'introduzione di elementi di gradualità nel conseguimento dei risultati rappresenta un importante elemento di incentivazione e impedisce l'ulteriore introduzione di elementi di disparità fra le ASL stesse;
- inserire il raggiungimento dei risultati attesi del Piano fra gli obiettivi dei Direttori Generali delle ASL regionali, atto questo che promuove la piena assunzione di responsabilità e presa in carico del Piano da parte dei vertici aziendali;
- inserire fra i compiti delle ASL quello di monitorare ed esplicitare l'uso delle risorse, che nel corso dell'attuazione del Piano si destinano al raggiungimento degli obiettivi sulla base di un programma di lavoro individuato dal Referente aziendale del progetto; ciò va nella direzione di sostenere anche con le risorse le azioni di prevenzione messe in campo e consente di valutare il costo degli interventi;
- realizzare gli atti amministrativi che nel corso dello sviluppo del Piano dovessero rendersi necessari; l'esperienza del precedente Piano dimostra che l'attuazione dei progetti può essere ostacolata dalla mancata formalizzazione di collaborazioni previste con Enti terzi o dall'assenza di soluzioni organizzativo-amministrative di fronte a

impreviste criticità;

- ribadire l'opportunità, come già previsto dalla Regione, di individuare in ogni ASL un Coordinatore degli interventi comuni a diversi progetti (per tipologia di intervento e target di popolazione) che monitori l'attuazione del Piano a livello aziendale; l'esperienza del precedente Piano dimostra che tale soluzione organizzativa aiuta a razionalizzare l'uso delle risorse nella ASL e a mantenere l'unitarietà degli interventi nei confronti di uno stesso tema.

Linee di intervento prioritarie

Dall'analisi del profilo di salute emerge che, come in altre regioni anche nella regione Lazio, gli ambiti prioritari di prevenzione sono:

1. Patologie cardiocerebrovascolari
2. Tumori
3. Complicanze del diabete
4. Incidenti stradali
5. Incidenti sul lavoro e malattie professionali
6. Profilassi delle malattie infettive
7. Complicanze degli eventi acuti cerebrovascolari
8. Disabilità derivante da alcune malattie reumatologiche

E conseguentemente, in quanto determinanti fondamentali per molti dei suddetti ambiti,

9. Fumo
10. Alcol
11. Stato nutrizionale
12. Attività Fisica

Su tali ambiti si orientano molti progetti del Piano; alcuni approcci d'intervento, tuttavia, potranno essere sviluppati solo se verranno risolte le criticità esposte nel capitolo 2.

Il Piano comprende programmi che sono stati già sviluppati nel precedente Piano Regionale di Prevenzione, e azioni programmatiche innovative. In accordo con le priorità strategiche del programma sanitario regionale, particolare attenzione sarà prestata ad azioni destinate alla fascia scolastica per l'individuazione e la *correzione* di eventuali comportamenti a rischio, e alla fascia degli anziani per un invecchiamento sano e per il sostegno della disabilità. S'intende in particolare sostenere prioritariamente, anche con campagne di comunicazione dedicate, i seguenti interventi : a) promozione di corretti stili di vita (alimentazione, attività motoria, lotta al fumo, alcool e droga), b) prevenzione neonatale delle malattie metaboliche ereditarie (malattie rare), c) intolleranze alimentari (celiachia), e) prevenzione dei tumori femminili e del colon-retto, f) disabilità derivante da malattie reumatologiche.

Le sorveglianze di popolazione

Nel Lazio, a partire dal 2007, come nel resto d'Italia, sono state attivate alcune sorveglianze e survey ripetute di popolazione volte ad indagare in diverse fasce d'età alcuni comportamenti influenzanti la salute e, in alcuni casi, l'adesione della popolazione ad interventi organizzati di prevenzione. PASSI, OKkio alla Salute, HBSC sono sistemi di rilevazione piuttosto consolidati e costituiscono riferimenti importanti per la programmazione ed il monitoraggio relativi a molti argomenti di prevenzione. La Regione e le singole Asl considerano le sorveglianze di popolazione una risorsa preziosa che continueranno, coerentemente anche agli impegni assunti col Centro di Controllo delle Malattie (CCM), a sostenere ed implementare