

ALLEGATO B al DCA n. 161 del 29 dicembre 2020



Regione Calabria

Dipartimento tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari

Settore 4. Prevenzione e Sanità Pubblica

PROFILO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE CALABRESE

Aggiornato al 2019

A cura di : Azzarito Caterina, Bisbano Alessandro, Brancati Giacomino, Caligiuri Emilia, Ciciarello Alessandro, De Luca Amalia, Fratto Francesca, Furgiuele Giuseppe, Giuffrida Sandro, Grasso Maria Beatrice, Iannone Michelangelo, Macchioni Dario, Malacaria Eduardo, Mignuoli Anna Domenica, Pisciuoneri Fabio Bruno

INDICE

Presentazione	Pag. 3
Introduzione	pag. 4
1. Territorio e demografia	pag. 9
2. Il Servizio sanitario regionale	pag. 11
3. Ospedalizzazione	pag. 14
4. I Sistemi di sorveglianza: comportamenti e stili di vita	pag. 20
5. Consumo di sale	pag. 34
6. Incidenti stradali	pag. 36
7. Incidenti domestici	pag. 41
8. La salute della donna e del bambino	pag. 45
9. Screening oncologici	pag. 47
10.I tumori	pag. 57
11.Mortalità	pag. 60
12.Le malattie croniche	pag. 62
13.Malattie infettive	pag. 65
14.Pandemia Covid-19	pag. 68
15.Attività vaccinale	pag. 73
16.Lavoro e salute	pag. 75
17.Ambiente e salute	pag. 77
18.Alimenti e salute	pag. 81

Presentazione

Questo documento rappresenta un ritratto, non troppo dettagliato, degli aspetti rilevanti dello stato di salute della popolazione calabrese, costruito raccogliendo ed organizzando tutte le informazioni utili per conoscere e effettuare scelte su problemi prioritari.

L'esigenza di costruire un profilo snello e facilmente consultabile comporta la necessità di limitare gli ambiti di indagine a quelli più importanti e contemplati nel Piano della Prevenzione.

Il profilo di salute della comunità si concentra, quindi, su alcuni indicatori socio-demografici, il servizio Sanitario Regionale, le principali cause di morte e ricovero, l'incidenza dei tumori, gli incidenti (stradali, domestici e sul lavoro), gli stili di vita ed alcuni interventi di prevenzione (vaccinazioni, screening, malattie croniche ecc.). Accanto agli indicatori quantitativi è fondamentale rilevare anche le opinioni, le preferenze ed indicazioni della popolazione (gli aspetti qualitativi), raccolte attraverso la conduzione di interviste a persone rappresentative della comunità (indagini qualitative): i dati raccolti, rigorosamente analizzati, sono altrettanto informativi, pur su aspetti diversi, di quelli quantitativi e ne costituiscono la necessaria integrazione.

La redazione del profilo permette di individuare le criticità presenti nella comunità.

Obiettivo finale di questo processo è quello di individuare quale dei problemi emersi sia da considerare prioritario e con quali interventi si potrà affrontare.

Sugli aspetti ritenuti prioritari o di maggior interesse si potranno fare, in un secondo tempo, degli approfondimenti.

Il profilo di salute rappresenta, dunque, l'analisi di contesto sulla base della quale vengono definiti i principi, la programmazione, gli obiettivi, gli indicatori per la stesura del PRP 2020-2025. Tali aspetti vengono considerati tenendo conto ed in continuità delle attività poste in essere con i precedenti PRP e in linea con gli obiettivi del Piano di Rientro e del Piano Operativo 2019-2021 approvato con DCA n. 57 del 26.2 2020.

Introduzione

Le azioni dei Piani Regionali di Prevenzione dal 2005 al 2019

Il Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 ha identificato quattro ambiti di azione:

- la prevenzione della patologia cardiovascolare (incluse la prevenzione delle complicanze del diabete e dell'obesità)
- gli screening oncologici
- le vaccinazioni
- la prevenzione degli incidenti.

Con le DGR di seguito elencate sono state definite le modalità progettuali con le quali la Regione Calabria ha inteso perseguire gli obiettivi nazionali della prevenzione 2005-2007:

1. "Piano regionale per la prevenzione delle malattie cardiovascolari: diffusione della carta del rischio cardiovascolare – prevenzione delle complicanze del diabete". Approvato con DGR 27 giugno 2005, n. 624;
2. "Piano regionale per le vaccinazioni". Approvato con DGR 27 giugno 2005, n. 625;
3. "Piano regionale screening oncologici". Approvato con DGR 27 giugno 2005, n. 611;
4. "Progetto regionale per la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità infantile". Approvato con DGR 2 maggio 2006, n. 314;
5. "Progetto regionale per la prevenzione attiva delle recidive e degli eventi cardio e cerebrovascolari". Approvato con DGR 2 maggio 2006, n. 315;
6. "Progetto regionale per la prevenzione degli incidenti domestici". Approvato con DGR 2 maggio 2006, n. 316;
7. "Progetto regionale per la prevenzione degli incidenti stradali: non ci casco più". Approvato con DGR 2 maggio 2006, n. 317;
8. "Progetto regionale di sorveglianza degli infortuni sul lavoro". Approvato con DGR 2 maggio 2006, n. 318.

Le progettualità sono state prorogate negli anni 2008/2009 e sono state realizzate, altresì, le principali linee di indirizzo finalizzate al miglioramento delle attività preventive nel versante della promozione della salute con l'implementazione del programma "Guadagnare salute" e delle sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive, oltre all'implementazione dei sistemi di sorveglianza: PASSI, PASSI d'Argento, OKkio alla Salute, HBSC, del regolamento REACH e della programmazione/sviluppo del piano regionale di prevenzione 2010/2012.

Il 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. La realizzazione delle attività previste nel PRP 2005/2007 è quindi stata una esperienza utile alla quale sono stati tratti gli elementi per il miglioramento metodologico richiesto con il PNP 2010-2012.

La Giunta Regionale con delibera di n. 851 del 29/12/2010 ha approvato il proprio Piano Regionale della Prevenzione 2010/2012, costituito dal Quadro Strategico che declinava il contesto regionale di salute, le eventuali criticità e descriveva le strategie ed i macroambiti di intervento perseguiti dalla Regione e da un Piano Operativo che sviluppava in linee d'intervento e progetti ciascuna delle quattro macro-aree determinate nel PNP 2010-2012:

- la medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani, ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia;
- i programmi di prevenzione collettiva che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute o interventi di tipo regolatorio, sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica (come programmi di sorveglianza e controllo delle malattie infettive), sia con interventi rivolti agli ambienti di

vita e di lavoro (come controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ecc.);

- i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie (per esempio i programmi di vaccinazione in gruppi a rischio) o a diagnosticare precocemente altre malattie (per esempio gli screening oncologici), o ancora a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counselling o di diagnosi precoce e trattamento clinico (per esempio la prevenzione cardiovascolare);
- i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia e che promuovano il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, attraverso il miglioramento dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali, di fasce di popolazione particolarmente fragili, come anziani, malati cronici, portatori di polipatologie, disabili, ecc.. Con Decreto Dirigenziale n. 157 del 14/01/2011 sono state approvate le relative schede esecutive dei progetti/programmi, previsti nel Piano Operativo.

Per la realizzazione e monitoraggio/valutazione dei programmi e dei progetti contenuti nel piano operativo del PRP 2010/2012, con decreto n. 888 del 16.2.2011, sono stati istituiti specifici gruppi di lavoro, per le linee di intervento, con gli operatori del servizio sanitario regionale componenti della comunità competente regionale all'uopo formati con il compito di:

- coordinare le attività e la conduzione dei programmi/progetti ricadenti nelle linee di intervento a loro assegnate;
- istituire i gruppi di lavoro per singolo progetto/ programma con l'integrazione di competenze necessarie alla realizzazione degli stessi;
- monitorare e valutare periodicamente le attività progettuali condotte sul territorio per consentire, al 31.12.2011 e al 31.12.2012, la certificazione da parte della Direzione operativa del CCM.

Nel corso del 2011 sono state avviate nelle Aziende sanitarie Provinciali le attività relative ai 70 progetti componenti il PRP 2010-2012, sono state realizzate circa il 66% delle attività programmate, che hanno permesso il raggiungimento dell'adempimento LEA relativo al Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 per come certificato dal Ministero della Salute.

Per promuovere una estesa comunicazione istituzionale e socializzazione sugli obiettivi di salute che il Piano Regionale della Prevenzione perseguiva e sulle strategie adottate riguardanti soprattutto l'intersectorialità dei progetti e il coinvolgimento di tutti gli stakeholders, è stato avviato nel 2012, con il supporto di esperti dell'ISS, il percorso formativo "Comunicare la salute" ed è stata realizzata la I^a Conferenza Regionale "Prevenzione, Tutela della Salute e Medicina di Iniziativa".

Le attività progettuali avviate e realizzate nel periodo 2010-2012 sono state prorogate per l'anno 2013 (Accordo Stato-Regioni 53/CSR del 07/02/2013 e Accordo Stato-Regioni 13/CSR del 20/02/2014).

Con DCA n. 84 del 4 Novembre 2014 il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, al fine di pianificare le azioni del PRP 2013 ha, con una azione concertata e condivisa, proceduto alla riprogrammazione ritenendo di:

- a) confermare il Quadro Strategico approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 851/2010;
- b) eliminare taluni progetti che, concluso il proprio iter di esperienza progettuale, potevano entrare a far parte delle attività istituzionali di Prevenzione;
- c) confermare le linee progettuali che necessitavano di ulteriori azioni al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi generali fissati nel Piano;
- d) rimodulare taluni progetti negli obiettivi specifici, nel target, negli indicatori di processo e/o di risultato, nei risultati attesi, al fine di perseguire un migliore consolidamento degli obiettivi generali;
- e) rimodulare i valori attesi per gli indicatori, quantificandoli al 31/12/2013;

I contenuti di cui al capoverso precedente sono stati recepiti dal Piano Operativo 2013-2015 - Programma 11 Sanità Pubblica – P11.1 (Azioni coerenti con il Programma Nazionale di Prevenzione).

Complessivamente i precedenti Piani Regionali della Prevenzione hanno consentito di:

- Metabolizzare ad ogni livello il nuovo approccio metodologico della prevenzione;
- Garantire l'implementazione in forma organica e coerente di attività, spesso disattese;
- Coinvolgere gli operatori in forma attiva e partecipata alle scelte di prevenzione, tenendo conto dei bisogni della popolazione;
- Assicurare un approccio multidisciplinare e multiprofessionale alle tematiche della prevenzione;
- Valorizzare le best practices presenti sul territorio da estendere all'intero contesto sanitario regionale.

Di contro, sono emerse alcune criticità alle quali, con il Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018, di cui ai DCA n. 49 dell'8 giugno 2016 e n. n.127 dell'11.6.2018 si è inteso porre specifica attenzione a:

- una maggiore trasversalità delle azioni nelle azioni di prevenzione, con consolidamento delle Reti;
- un potenziamento delle sinergie con tutti gli attori del sistema regionale con l'obiettivo di garantire la *"salute in tutte le politiche"*;
- un approccio sistematico per la riduzione delle disuguaglianze;
- una capacità di *"comunicare la salute"*
- intraprendere un percorso per garantire l'*accountability* dell'organizzazione e la sostenibilità della prevenzione, attraverso un operato trasparente, decisioni rendicontabili ed eventuali risultati conseguiti disponibili per i cittadini.

La Regione Calabria ha seguito nel quinquennio, tutti gli step necessari a perseguire i macro-obiettivi nazionali, ad organizzare il sistema di monitoraggio dello stato di avanzamento dei progetti/interventi/azioni, a supportare le azioni territoriali, a facilitare l'intersectorialità e la multidisciplinarietà dei programmi di seguito indicati :

1. Guadagnare salute in Calabria: la salute in tutte le politiche
2. Screening Oncologici
3. Promozione della Salute della donna e del bambino
4. La prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni
5. Ambiente e salute
6. Malattie Infettive e Vaccinazioni
7. La sicurezza alimentare e sanità veterinaria nel territorio regionale
8. Governance, organizzazione e monitoraggio del Piano di Prevenzione.

Inoltre sono state rispettate le procedure e le tempistiche di rendicontazione fissate, che hanno portato alla certificazione annuale del PRP.

Nell'anno 2019 gli obiettivi del PRP, rimodulato, da ultimo, con DCA n. 127/2018, sono stati conseguiti in termini di risultato e, pertanto, grande attenzione è stata posta all'utilizzo di tutte le risorse (umane, economiche, organizzative e strumentali), incluse le risorse e le attività da finalizzare al funzionamento dei tre network: Osservatorio Nazionale Screening (ONS), Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP), Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM), ciò al fine di ottimizzare le azioni atte al raggiungimento delle finalità di salute fissate nel Piano. Le Aziende Sanitarie Provinciali della Calabria si sono adoperate , in continuità con i precedenti anni, a svolgere progetti/interventi/azioni degli del PRP per il 2019 nel raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- adesione degli istituti scolastici alle iniziative di promozione della salute, nella proporzione attesa;
- raggiungimento dei valori regionali di prevalenza attesa per tutte le sorveglianze;
- attuazione delle disposizioni regionali sugli screening;
- attuazione di tutte le attività di controllo in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro, inclusa l'adozione di atti di indirizzo e di collaborazione interdisciplinare;

- aumento della proporzione di popolazione vaccinata, inclusi l'anagrafe vaccinale, il miglioramento del sistema di notifica delle Malattie Infettive, le sorveglianze specifiche;
- realizzazione di tutte le attività formative previste per gli operatori sanitari, in materia di rischi sui luoghi di lavoro, sicurezza alimentare, salute e ambiente, REACH e CLP;
- azioni di supporto dei Network ONS, NIEBP, AIRTUM.

Per fornire gli indirizzi operativi circa lo svolgimento delle azioni a livello territoriale, presso il Dipartimento Tutela della Salute e presso le Aziende Sanitarie Provinciali si sono tenuti numerosi incontri con i responsabili dei Servizi/Uffici dei Dipartimenti di prevenzione aziendali, coinvolti nelle attività del PRP, ed i referenti regionali degli otto programmi del PRP, finalizzati anche al supporto dell'attività di rendicontazione e monitoraggio delle azioni intraprese nel quinquennio. A livello regionale nel Setting Scuola del programma 1. Guadagnare salute in Calabria : la salute in tutte le politiche, del PRP 2014-2019 si sono realizzate, sulla base del principio dell'intersectorialità e della trasversalità, una serie di azioni che hanno rafforzato il sodalizio tra Scuola e Salute.

Con DCA n.123 del 12/09/2019 è stato recepito il documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute" di cui all'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 2/CSR del 17 gennaio 2019.

Con la DGR 624 del 14.12.18 è stato approvato il Protocollo d'intesa Salute in tutte le politiche tra Regione Calabria e USR.

Con lo stesso atto è stato istituito il Coordinamento regionale Salute in tutte le politiche setting Scuola composto da:

Per la Regione Calabria:

- Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie e Aziende Sanitarie Provinciali;
- Dipartimento Istruzione e Attività Culturali;
- Dipartimento Agricoltura e Risorse Agroalimentari e ARSAC;
- Dipartimento Ambiente e Territorio;
- Dipartimento Sviluppo Economico e Attività Produttive;
- Dipartimento Infrastrutture, Lavori Pubblici, Mobilità

Per il MIUR: Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria e Uffici Ambiti Territoriali.

Il Coordinamento Regionale, ha il compito di:

- a) garantire il principio dell'intersectorialità attraverso una architettura innovativa della governance regionale, trasversale e partecipata, quale contributo ad assicurare, nel medio e nel lungo periodo, un intervento di promozione della salute e della prevenzione, coordinato e senza dispersione di risorse professionali ed economiche, che sia fattore di sviluppo sostenibile per la società;
- b) predisporre le "Linee Guida Regionali per la Salute in tutte le Politiche-setting Scuola" che rappresentano l'offerta integrata Scuola-Regione per l'anno scolastico 2018-19 e successivi;
- c) curare il raccordo/convergenza con altri Tavoli di lavoro tra la Regione e l'USR per la Calabria sulla tematica della promozione della salute e del benessere dello studente;
- d) promuovere attività formative e informative congiunte Scuola-Regione, per ambiti territoriali dell'USR Calabria, preferibilmente in orario extra curriculare, a supporto delle azioni previste dalle Linee Guida, rivolte ai docenti referenti per l'educazione alla salute individuati dalle istituzioni scolastiche per ogni ordine e grado di scuola;
- e) favorire la realizzazione di un sistema regionale di sorveglianza sugli stili di vita, la diffusione dei risultati per riprogrammare le azioni future;
- f) favorire il sostegno all'attivazione di un sistema regionale di raccolta e documentazione delle buone pratiche al fine di promuoverne la diffusione e la riproducibilità.

Il Coordinamento regionale per la salute in tutte le politiche, in coerenza con il documento "*Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute*" e con quanto già programmato nel setting scuola del programma 1 Guadagnare salute in Calabria : la salute in tutte le politiche, ha redatto le "*Linee guida regionali per la salute in tutte le politiche - setting-scuola*", emanate

con decreto del Dirigente Generale del Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie n.11652 del 25 settembre 2019, finalizzate all'attuazione di programmi sinergici di prevenzione e promozione della salute con l'obiettivo di creare la rete regionale delle scuole promotrici di salute.

Detto documento rappresenta uno strumento operativo che mira ad assicurare interventi coordinati di promozione della salute, evitando la dispersione di risorse professionali ed economiche, anche nell'ottica della co-progettazione della scuola con il governo regionale e con le Aziende Sanitarie e definisce, altresì, un'architettura innovativa della governance trasversale e partecipata regionale finalizzata a garantire una visione intersettoriale, attraverso il coinvolgimento di tutti i settori che, con le loro rispettive politiche, interagiscono sui vari determinanti di salute.

Nel documento vengono proposte, inoltre, un catalogo di interventi di promozione della Salute offerti alla Scuola a cura delle Aziende Sanitarie Provinciali, anche in sinergia con altre Istituzioni, e gli eventi formativi rivolti ai docenti referenti dell'educazione alla salute, per perseguire congiuntamente la creazione della rete di "Scuole che promuovono Salute" nel territorio calabrese. Sono stati realizzati n. 6 eventi formativi per i docenti referenti della promozione della salute delle scuole della Calabria di ogni ordine e grado nelle cinque Aziende Sanitarie Provinciali.

Il raggiungimento degli obiettivi fissati nel Piano Regionale della Prevenzione, secondo gli standard attesi degli indicatori di risultato, rappresenta un miglioramento dello stato di salute (inteso nella sua più ampia accezione) della popolazione calabrese, anche in termini di consapevolezza e conoscenza.

La piena implementazione del PRP se da un lato ha garantito il perseguimento degli obiettivi di salute per la popolazione tutta, ha consentito di realizzare una *governance* unitaria ed, altresì, una crescita culturale di operatori e cittadini insieme.

Il percorso di coinvolgimento attivo dei diversi target di popolazione, in un'ottica di prevenzione, unitamente ad una migliore organizzazione dell'offerta per il raggiungimento della dimensione One health e di salute in tutte le politiche, rappresentano una importante base di ripartenza per affrontare le sfide del prossimo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.

Alla luce dell'attuale emergenza COVID-19 nel corso del 2020 si sono portate avanti le attività programmate nel precedente PRP 2014-2019, ridefinendo alcune caratteristiche coerentemente ai diversi approcci che la gestione e il controllo dell'epidemia impongono ai sistemi sanitari.

In accordo alla programmazione in corso si è inteso sviluppare, con riferimento al Patto per la Salute 2019-2021, in collegamento con gli indirizzi internazionali in materia di prevenzione (Agenda 2030) e in coerenza con i principi del PNP 2020-2025, le azioni sotto riportate, estendendo l'approccio Salute in tutte le politiche, puntando su una "politica delle alleanze" tra soggetti portatori di interesse e settori diversi della società (Amministrazioni locali, organizzazioni, enti, associazioni, istituzioni, ecc.) ma anche per creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza, resilienza e capacità di controllo (empowerment) che mantenga o migliori il capitale di salute e la qualità della vita.

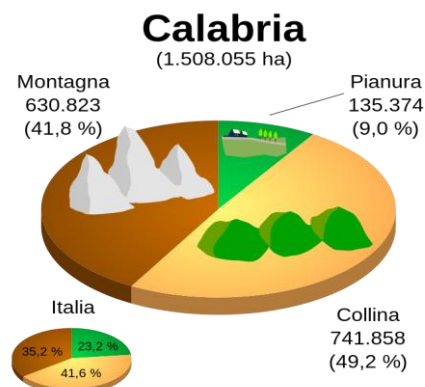
Le azioni sono realizzate attraverso l'attivazione di diversi tavoli regionali, anche al fine di produrre atti di indirizzo e documenti operativi che integrino le politiche socio-sanitarie con le politiche relative all'istruzione e alla promozione culturale, allo sviluppo economico, alla tutela dell'ambiente, all'urbanistica, ai trasporti, all'industria, al commercio, all'ambiente, all'agricoltura in una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (One Health).

In particolare, si vuole continuare a lavorare in sinergia con altre strutture regionali ed enti esterni (Comuni, Scuole, Enti di promozione sportiva, Associazioni ..) per la creazione di ambienti di vita e di lavoro sicuri e favorenti stili di vita sani.

Territorio e demografia

La Regione Calabria, una penisola immersa tra il Tirreno e lo Ionio, accoglie nel suo territorio ben 404 comuni, distribuiti su una superficie di 15.080 Km² prevalentemente montuosa (42%) e collinare (49%), solo per il 9% pianeggiante.

Il territorio ospita 1.980.533 di **abitanti**, in leggera prevalenza donne (51,%)



Indicatori demografici – confronto territoriale Anno 2019

Popolazione residente				Superficie	Densità	Comuni
ASP	M	F	Totale	km ²	abitanti/km ²	n.
201 - Cosenza	338.116	352.387	690.503	6.709,75	103	150
202 - Crotone	84.029	84.552	168.581	1.735,68	97	27
203 - Catanzaro	170.259	179.085	349.344	2.415,45	145	80
204 - Vibo V.	76.594	78.121	154.715	1.150,64	134	50
205 - Reggio C.	258.734	272.233	530.967	3.210,37	165	97
Calabria	927.732	966.378	1.894.110	15.221,89	124	404
Italia	29.050.096	30.591.392	59.641.488	302.072,84	197	7.903

Popolazione calabrese residente: principali indicatori demografici HFA 2020 – dati 2018/19

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
ISTAT	Popolazione (n)	1.980.533	60.782.068
ISTAT-HFA	Percentuale stranieri residenti	5,56	8,51
ISTAT-HFA	Speranza di vita uomini	80,35	80,88
ISTAT-HFA	Speranza di vita donne	84,73	85,18
ISTAT-HFA	Speranza di vita senza limitazioni delle attività uomini 65 anni	8,2	10
ISTAT-HFA	Speranza di vita senza limitazioni delle attività donne 65 anni	7,6	9,8
ISTAT-HFA	Tasso di persone in cattiva salute 65+	22,67	16,23
ISTAT-HFA	Tasso di persone in cattiva salute 75+	29,39	23,03
ISTAT-HFA	Indice di invecchiamento ($\geq 65/\leq 14 \times 100$)	160,85	170,97
ISTAT-HFA	Anziani (≥ 65) %	21,39	22,7

ISTAT-HFA	Età media della madre al parto	31,61	32,09
ISTAT-HFA	Diploma media superiore (%)	33,73	36,43
ISTAT-HFA	Laureati (%)	12,28	14,96
ISTAT-HFA	Tasso disoccupazione 15-64 M+F	21,53	10,16
ISTAT-HFA	Tasso disoccupazione 15-64 M	20,67	9,31
ISTAT-HFA	Tasso disoccupazione 15-64 F	23,01	11,28
ISTAT-HFA	Incidenza della povertà - famiglie	30,6	11,8

La **speranza di vita** alla nascita è di circa 80 anni per gli uomini e 84 anni per le donne e risulta in linea con il resto della nazione.

La **speranza di vita libera limitazioni funzionali** nelle persone di più di sessantacinque è inferiore rispetto ai valori nazionali sia per gli uomini che per le donne.

Il rapporto delle persone di oltre 65 anni in cattiva salute è più alto rispetto al tasso nazionale e la stessa differenza si registra anche tra le persone di più di 75 anni.

La percentuale di **anziani** è simile a valore nazionale, con un indice di invecchiamento inferiore rispetto al resto del paese.

Il livello di **scolarizzazione** complessivo della popolazione è molto simile a quello rilevato nel resto del Paese ma in Calabria si registrano tassi più bassi di laureti e diplomati dalla scuola superiore.

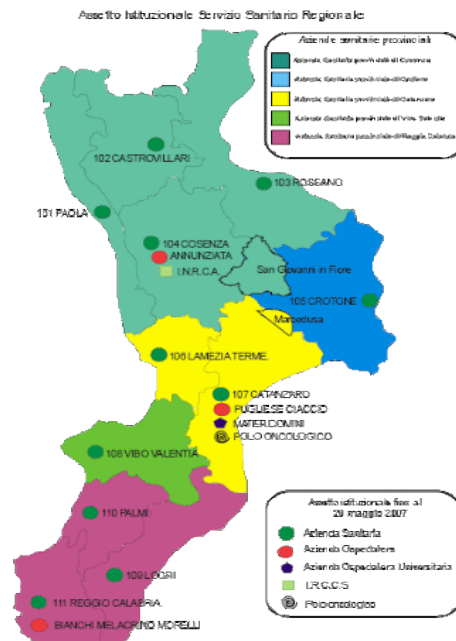
Il tasso di **disoccupazione** è quasi il doppio di quello medio nazionale, e il tasso di disoccupazione è maggiore per le donne.

Le famiglie risultano tra le meno abbienti del Paese.

Il servizio sanitario regionale

Il Servizio Sanitario Regionale attualmente è costituito dal Dipartimento Regionale Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari, da cinque Aziende Sanitarie Provinciali e da quattro Aziende Ospedaliere.

Tavola 1



Oltre alle sopraelencate Aziende Sanitarie, la struttura del Servizio Sanitario Regionale si compone delle Aziende Ospedaliere di seguito elencate e riportate nella stessa Tav. 1:

Azienda Ospedaliera Annunziata di Cosenza

Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro

Azienda Ospedaliera "Mater Domini" di Catanzaro

Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria

Nell'ambito delle Aziende Sanitarie Provinciali insistono presidi ospedalieri SPOKE quali: P.O. VIBO V. (ASP VV), P.O. S. GIOVANNI (ASP KR), P.O. CETRARO-PAOLA, P.O. CORIGLIANO-ROSSANO, P.O. CASTROVILLARI (ASP CS), P.O. LAMEZIA (ASP CZ), P.O. POLISTENA E P.O. Locri (ASP RC) ed il P.O. di Soverato (ASP CZ) Ospedale Generale.

Il Programma Operativo 2019/2021 è il quarto dal luglio 2010 quando la Regione Calabria è entrata in regime di commissariamento.

L'obiettivo finale dell'ultimo Programma Operativo "uscire dal piano di rientro" e le sue precondizioni "raggiungere il pareggio di bilancio entro il 2018 e raggiungere un valore di Lea pari o superiore a 160".

Anche in questo quarto programma operativo deve confrontarsi con le identiche criticità, - Valore della Griglia Lea - Disavanzo - Mobilità Passiva -.

Sebbene, come detto, le criticità siano immutate, la sfida che si propone il Programma Operativo 2019 - 2021 è quella di affrontarle, innanzitutto, valorizzando tre componenti fondamentali per l'organizzazione, la Governance del Programma Operativo, i Sistemi Informativi, le Persone.

La Governance del Programma Operativo

L'attuazione del Programma Operativo comporta la definizione di modalità di funzionamento e d'integrazione tra Organo Commissariale, Dipartimento e Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie.

L'obiettivo è di rafforzare al Dipartimento il ruolo di Capogruppo con funzioni strategico – direzionali, incentivando quindi le logiche d'integrazione orizzontale tra le diverse Aziende Sanitarie e i flussi di monitoraggio tra queste e il Dipartimento, indirizzando i meccanismi di governo dei Sistemi Informativi per mantenerli allineati con l'obiettivo di miglioramento dei Livelli Essenziali d'Assistenza.

Il Dipartimento torna ad essere l'elemento di "trazione" del Programma Operativo, stabilire i processi, cura la comunicazione e l'implementazione delle migliori pratiche. In altre parole, deve aiutare il programma a sostenere il suo potenziale, per fornire il suo valore promesso. Ma la *governance* per un programma, è anche una combinazione di individui che ricoprono ruoli, funzioni di supervisione del programma, e strutture che concorrono ai processi decisionali.

La rivisitazione del Dipartimento, nel governo del programma operativo, diviene quindi l'occasione per la sua reingegnerizzazione organizzativa e per lo sviluppo professionale degli individui. Tale evoluzione sarà condivisa con le Direzioni Generali di tutte le Aziende coinvolte nell'applicazione di quanto stabilito a livello regionale.

I Sistemi Informativi

I sistemi informativi del SSR devono essere utilizzati per concorrere alla razionalizzazione dell'uso delle risorse organizzative, economiche, umane e materiali. In tale prospettiva, la loro architettura non deve essere rivolta alla semplice rilevazione delle informazioni, ma va costruita per cogliere gli eventi, assistenziali e amministrativo contabili, che s'intendono governare e monitorare.

L'esito del Programma Operativo passa, quindi, attraverso una forte integrazione tra coloro che generano gli eventi e quelli che li traducono in informazione, e l'omogeneizzazione dei Sistemi Informativi delle aziende del servizio sanitario regionale.

L'evoluzione proposta dal programma operativo è quella di costruire un sistema informativo che consenta all'organizzazione di simulare e prevedere determinate decisioni, azioni e comportamenti da assumere a seconda delle diverse situazioni che si possono presentare.

Questo sviluppo è fondamentale poiché permette alla governance del programma operativo e alle aziende sanitarie di avere un aiuto concretamente fruibile in merito alle proprie decisioni.

Le Persone

Lo sviluppo del Programma Operativo deve essere saldamente orientato verso una strategia organizzativa che tenga conto delle persone, l'asset più importante per l'organizzazione.

Le persone vanno aiutata a crescere con l'organizzazione e per l'organizzazione, valorizzando la capacità di ciascuno di contribuire, di creare, di relazionarsi, di progredire e di evolvere.

In tale prospettiva la funzione manageriale espressa a diversi livelli organizzativi assume un ruolo strategico per il raggiungimento degli obiettivi di programmazione regionale caratterizzata da nuove reti organizzative nelle quali i manager, nei diversi contesti in cui operano, ricoprono un ruolo fondamentale.

Un nuovo aspetto del quale è necessario tener conto rispetto al passato, è la maggior presenza nei contesti delle aziende del servizio sanitario regionale di persone appartenenti a diverse "generazioni", che sono portatori di conoscenze, competenze, valori ed esperienze molto diversi tra loro che, se valorizzati, divengono risorse per il contesto. In un ambito di lavoro "multi-generazionale" è pertanto necessario realizzare interventi volti a motivare e coinvolgere il personale in maniera dinamica, ricercando strategie per valorizzare le peculiarità e il contributo di ogni fascia di età, massimizzandone l'impegno e la motivazione.

Il Personale

Il triennio precedente si è caratterizzato per l'epilogo del blocco del turn over e l'avvio di una nuova fase di reclutamento delle risorse umane.

La nuova fase, che non poteva e non doveva compensare gli effetti prodotti dal blocco del turn over nel quinquennio 2010/2014 – l'organico regionale era diminuito di oltre 3.700 unità -, è stata avviata, con lo scopo principale di colmare, nel più breve tempo possibile, le carenze di organico che compromettevano le garanzie dei livelli essenziali di assistenza. Così, le nuove assunzioni sono state rivolte, inizialmente, ai profili professionali della dirigenza medica, delle professioni infermieristiche e degli operatori sociosanitari, poi alle altre professioni della dirigenza sanitaria e tecnico/sanitaria, e solo marginalmente ai profili amministrativi e professionali. Nel triennio 2016/2018, la consistenza e il costo del personale si sono sostanzialmente consolidati sui valori del 2014. Nello stesso periodo è stato quasi integralmente colmato il grave deficit di governance delle strutture complesse, per lungo tempo sorrette da facenti funzioni. specialità, non potrà che produrre anche un incremento delle prestazioni e un loro miglioramento qualitativo, riflettendosi positivamente sul fenomeno della mobilità passiva.

Il Disavanzo

Il disavanzo traspone in valori economici le performance negative del sistema sanitario regionale, sia per le attività assistenziali caratteristiche, sia per il governo dei processi amministrativo/contabile.

Le azioni sugli elementi caratteristici prima esposti e gli interventi declinati nel programma operativo per il miglioramento dei percorsi amministrativo contabile, l'implementazione della contabilità analitica, l'appropriatezza e la tempestività delle rilevazioni contabili, l'impiego di un sistema operativo univoco, e l'attenzione ai flussi informativi sono obiettivi prioritari del programma operativo 2019/2021.

Con il Piano Operativo, al fine di raggiungere gli obiettivi, per gli anni 2019-2021, vengono fissate le seguenti azioni ed interventi:

politiche del farmaco e dispositivi, gestione degli acquisti, rete ospedaliera, reti assistenziali, reti assistenziali ad integrazione ospedale territorio, rete territoriale, prevenzione, accreditamenti degli erogatori, attuazione del piano nazionale governo liste d'attesa, gestione del rischio clinico, gestione pagamenti, percorso di certificabilità dei bilanci.

Ospedalizzazione

L'analisi dell'attività ospedaliera fornisce importanti informazioni, che consentono da un lato di definire il contesto territoriale in relazione alla domanda di ricovero espressa e al suo grado di appropriatezza, dall'altro permette 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.

La programmazione della rete ospedaliera attualmente in vigore è definita con il DCA 64/2016. Con il DCA n. 57 del 26.2.2020 è stato approvato il Programma Operativo 2019-2021 predisposto ai sensi dell'art. 2 comma 88, della L. 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i.

Il documento di programmazione, oltre a definire il numero di posti letto in linea con il valore massimo individuato dal Ministero della Salute pari 6.504 - in aumento di circa 750 unità rispetto alla situazione relativa al 1° gennaio 2016 - prevede, per ogni singolo stabilimento pubblico e privato, il dimensionamento delle diverse discipline, in cui si rilevano scostamenti minimi rispetto ai valori massimi del DM 70 (es. Chirurgia Generale, Ortopedia, Chirurgia Pediatrica). Viene anche identificato nella rete dell'emergenza-urgenza il ruolo delle diverse strutture ospedaliere che ne fanno parte. In particolare, vengono individuati, in linea con il dimensionamento massimo previsto dal DM 70, 3 DEA di II livello, 10 DEA di I livello, 4 Pronto Soccorsi di Base, 4 Pronto Soccorsi Disagiati.

Si riporta di seguito quanto presentato in riferimento alla dotazione di posti letto al 1° gennaio 2016 e alla dotazione di posti letto programmata con il DCA 64/2016, per acuti (in DO, DH e DS) e post-acuti (in regime ordinario e diurno). I tavoli di verifica ministeriali nella riunione del 23 novembre e del 7 dicembre 2016, sentito il tavolo del DM 70, hanno valutato positivamente il DCA 64/2016. Successivamente è stato modificato l'assetto della rete programmata a seguito della sentenza pronunciata dal Consiglio di Stato in merito alla trasformazione dell'Ospedale di Praia a Mare in Pronto Soccorso Disagiato e a seguito di alcune riconversioni del settore privato.

(Tabella 1)

Posti letto Acuti		Situazione al 01/01/2016	Situazione programmata DCA 64/2016	variazione
Ordinari	Numero	3.876	4.469	593
	Per 1.000 ab.	2	2	0
Day Hospital	Numero	596	382	-214
	Per 1.000 ab.	0	0	0
Day surgery	Numero	257	385	128
	Per 1.000 ab.	0	0	0
Posti letto Post Acuzie		Situazione al 01/01/2016	Situazione programmata	variazione
Ordinari	Numero	940	1.181	241
	Per 1.000 ab.	0	1	0
Day Hospital	Numero	76	87	11
	Per 1.000 ab.	0	0	0
Posti letto Acuto+Post Acuto		Situazione al 01/01/2016	Situazione programmata	variazione
TOTALE	Totale	5.745	6.504	759
	Per 1.000 ab.	3	3	0

Tabella 1 - Posti letto 01.01.2016 vs DCA 64/2016

Relativamente ai ricoveri dei residenti calabresi presso le strutture pubbliche e private della Regione Calabria e di altre Regioni, si rileva che nell'anno 2017 sono stati erogati circa 250.000 ricoveri, pari a un tasso di ospedalizzazione del 129 per 1.000 abitanti, che risulta essere tra i

più bassi d'Italia. Per quanto concerne la mobilità passiva si evince che, per l'anno 2017, circa 53.882 ricoveri dei residenti calabresi sono stati effettuati fuori Regione, di cui circa il 77% in degenza ordinaria e il 23% in degenza diurna. La mobilità passiva riguarda principalmente le acuzie con circa il 94% dei ricoveri fuori Regione, mentre le post acuzie rappresentano circa l'6% (Tabella 3).

Regione Calabria_Ospedalizzazione (anno 2017)						
	DH A	DO B	TOT C	% DH D= (A/C)	% DO E= (B/C)	% Tot (Res_Mob)
Residenti in Regione	44.169	154.624	198.793	22%	78%	79%
Mobilità Passiva	12.659	41.223	53.882	23%	21%	21%
Totale	56.828	195.847	252.675	22%	99%	100%

RC_Tasso di ospedalizzazione grezzo	
	TO
Residenti in Regione	102
Mobilità Passiva	27
Totale	129

Tabella 3 - Analisi Ospedalizzazione

La popolazione della Regione Calabria, pari a 1.956.687, presenta una forte disomogeneità per Provincia e conseguentemente per ASP. Relativamente all'ospedalizzazione si è confrontato il dato regionale con quello di ogni singola Provincia. In particolare, emerge che, rispetto al tasso di ospedalizzazione regionale pari a 129 per 1.000 abitanti, le Province che si discostano maggiormente sono quella di Crotone, con un tasso di 157 per 1.000 ab. e quella di Cosenza, con un tasso di 117 per 1.000 ab (Tabella 4).

Regione Calabria_Ospedalizzazione per Provincia di Residenza - acuti e post acuti (anno 2017)													
	Catanzaro		Cosenza		Crotone		Reggio Calabria		Vibo Valentia		Totale		
Degenza Ordinaria	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	
Residenti in Regione	31.181	85%	48.221	74%	16.909	84%	44.472	78%	13.841	81%	154.624	79%	
Mobilità Passiva	5.389	15%	16.681	26%	3.331	16%	12.584	22%	3.238	19%	41.223	21%	
Totale (DO)	36.570	100%	64.902	100%	20.240	100%	57.056	100%	17.079	100%	195.847	100%	
Day Hospital	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	
Residenti in Regione	10.776	85%	13.061	73%	6.229	85%	10.809	74%	3.294	75%	44.169	78%	
Mobilità Passiva	1.878	15%	4.777	27%	1.067	15%	3.863	26%	1.074	25%	12.659	22%	
Totale (DH)	12.654	100%	17.838	100%	7.296	100%	14.672	100%	4.368	100%	56.828	100%	
Totale Ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	
Residenti in Regione	41.957	85%	61.282	74%	23.138	84%	55.281	77%	17.135	80%	198.793	79%	
Mobilità Passiva	7.267	15%	21.458	26%	4.398	16%	16.447	23%	4.312	20%	53.882	21%	
Totale (DO+DH)	49.224	100%	82.740	100%	27.536	100%	71.728	100%	21.447	100%	252.675	100%	
Popolazione	360.823		708.702		175.061		551.212		160.889		1.956.687		
Tasso di Ospedalizzazione Residenti	116		86		132		100		107		102		
Tasso di Ospedalizzazione Mobilità Passiva	20		30		25		30		27		28		
Tasso di Ospedalizzazione Totale	136		117		157		130		133		129		

Tabella 4 - Ospedalizzazione per Provincia – Anno 2017

Inoltre, è stata anche analizzata, per singola Provincia, la percentuale dei ricoveri erogati fuori Regione. La percentuale regionale di mobilità passiva, rispetto ai ricoveri totali, è pari a circa il 21%. Si rilevano valori più elevati a Cosenza, con una percentuale pari a circa il 26% e nella Provincia di Reggio Calabria con una percentuale pari a circa il 23%. Al contrario, i residenti della Provincia di Catanzaro sono coloro che, in percentuale sul totale dei ricoveri, accedono meno alle strutture fuori Regione, con una percentuale di mobilità passiva pari a circa il 15%.

Relativamente all'ospedalizzazione sono stati analizzati anche i movimenti dei residenti calabresi all'interno della Regione, attraverso lo studio della mobilità intra provinciale. In particolare, dai

dati analizzati, si rileva che nelle Province sede degli ospedali HUB, la popolazione residente preferisce le strutture della propria Provincia o in alternativa opta per andare in strutture fuori Regione, anziché recarsi in quelle di un'altra Provincia calabrese. Si rileva inoltre che, per le Province di Vibo Valentia e Crotone, la percentuale dei ricoveri erogati in una Provincia calabrese differente a quella di residenza è maggiore rispetto alla percentuale di ricoveri erogati fuori Regione. (Tabella 5)

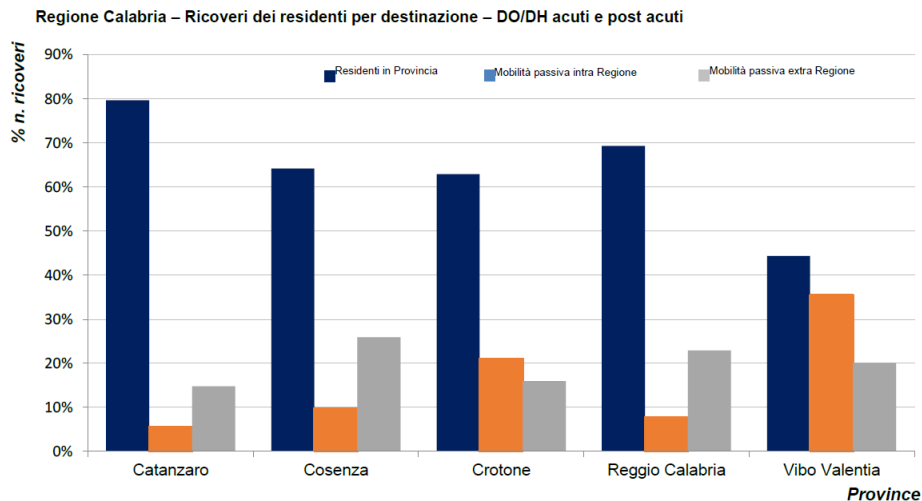


Tabella 5 - Ricoveri dei residenti per destinazione

Relativamente ai ricoveri ordinari per acuti, erogati ai residenti, si rileva che:

- La degenza media è più bassa quando il ricovero è erogato fuori Regione;
- La complessità è maggiore quando il ricovero è erogato fuori Regione e in mobilità intra regionale;
- La percentuale di ricoveri chirurgici è più alta quando il ricovero è erogato fuori Regione;
- I ricoveri erogati in mobilità passiva sono anche quelli potenzialmente più a rischio di inappropriatezza.

Regione Calabria Ospedalizzazione per Area Geografica di Residenza - acuti e post acuti (anno 2017)								
	Area NORD		Area CENTRO		Area SUD		Totale	
Degenza Ordinaria	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri
Residenti in Regione	48.221	74%	61.931	84%	44.472	78%	154.624	79%
Mobilità Passiva	16.681	26%	11.958	16%	12.584	22%	41.223	21%
Totale (DO)	64.902	100%	73.889	100%	57.056	100%	195.847	100%
Day Hospital	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri
Residenti in Regione	13.061	73%	20.299	83%	10.809	74%	44.169	78%
Mobilità Passiva	4.777	27%	4.019	17%	3.863	26%	12.659	22%
Totale (DH)	17.838	100%	24.318	100%	14.672	100%	56.828	100%
Totale Ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri	n. ricoveri	% ricoveri
Residenti in Regione	61.282	74%	82.230	84%	55.281	77%	198.793	79%
Mobilità Passiva	21.458	26%	15.977	16%	16.447	23%	53.882	21%
Totale (DO+DH)	82.740	100%	98.207	100%	71.728	100%	252.675	100%
Popolazione	708.702		696.773		551.212		1.956.687	
Tasso di Ospedalizzazione Residenti	86		118		100		102	
Tasso di Ospedalizzazione Mobilità Passiva	30		23		30		28	
Tasso di Ospedalizzazione Totale	117		141		130		129	

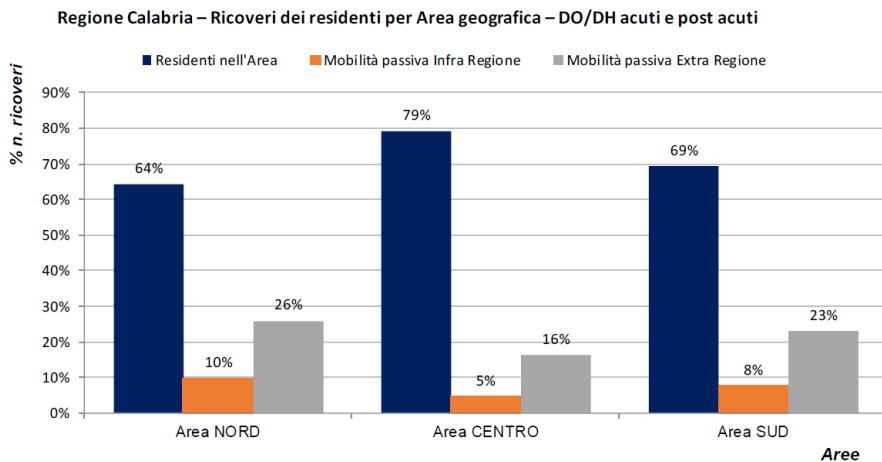
Tabella 6 - Ospedalizzazione per Area geografica – Anno 2017

Relativamente ai ricoveri ordinari per post acuti, i dati sono speculari a prescindere da dove sia stato erogato il ricovero. Relativamente ai ricoveri diurni per acuti erogati ai residenti si rileva che:

- Il numero di accessi medi è più basso quando il ricovero è erogato fuori Regione;
- La percentuale chirurgica è più alta quando il ricovero è erogato fuori Regione. Relativamente ai ricoveri diurni per post acuti erogati ai residenti si rileva che il numero di accessi medi è più basso quando il ricovero è erogato fuori Regione.

Effettuando l'analisi per area geografica, come prevista dal DCA 64/2016, si evince che la popolazione, se suddivisa per area geografica, presenta una maggior omogeneità in termini di numerosità della popolazione. Rispetto al tasso di ospedalizzazione regionale pari a 129 per 1.000 abitanti, l'Area Nord, con un tasso di ospedalizzazione pari a 117 per 1000 ab., risulta inferiore al dato regionale (129 per 1000 ab.), l'Area Sud piuttosto allineata con 130 per 1000 ab., l'Area Centro presenta un tasso superiore 141 per 1000 ab.

In termini di percentuale dei ricoveri erogati fuori Regione, si evince che rispetto alla mobilità passiva totale, pari a circa il 21%, l'Area Nord e Sud presentano valori superiori, mentre i residenti afferenti all'Area Centro accedono meno alle strutture fuori Regione, con una percentuale di mobilità passiva pari a circa il 16%.



Attraverso lo studio della mobilità tra le aree geografiche emerge un'omogeneità di comportamento. Si rileva una maggior mobilità nell'Area Nord con un 10% di spostamenti all'interno della Regione e un 26% fuori Regione.

Tabella 7 Ricoveri dei residenti per Area geografica

Analisi dei ricoveri erogati ai Residenti della Regione Calabria nelle strutture della Regione Calabria
La popolazione calabrese pari a 1.956.687 (ISTAT 01.01.2018) esprime una domanda di ricovero ordinario, nelle strutture della Regione, pari a 154.624 ricoveri, di cui 146.655 per acuti, 7.969 per post acuti e 9.719 per tipo di attività nido che corrisponde al codice DRG 391 (neonato normale). L'analisi dei ricoveri ordinari è stata effettuata al netto dei ricoveri afferenti al DRG 391 (neonato normale).

La percentuale dei ricoveri ordinari degli over 65 anni è pari a circa il 46% del totale dei ricoveri, mentre quella degli over 75 è pari a circa il 29%.

Analizzando le categorie diagnostiche principali (MDC) emerge che circa il 16% dei ricoveri affrisce alle malattie dell'apparato cardiocircolatorio, circa il 13% alle malattie dell'apparato muscoloscheletrico e circa il 12% alla gravidanza-parto e puerperio. In relazione alla complessità dei ricoveri ordinari per acuti, si rileva che, a fronte di un peso medio pari a circa 1,2, circa il 54% dei ricoveri presenta un peso medio inferiore ad 1, circa il 35% un peso medio ricompreso tra 1 e 2, circa l'11% un peso medio superiore a 2.

Considerando il totale dei ricoveri in degenza ordinaria per acuti si rileva una percentuale di ricoveri chirurgici pari a circa il 35% e una percentuale di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza pari a circa il 12%.

Considerando la durata della degenza per i ricoveri ordinari per acuti erogati ai residenti calabresi che si curano nelle strutture regionali, si evince che circa il 57% di tutti i ricoveri presentano una durata della degenza ricompresa tra 0 e 5 giorni. Sono caratterizzati da un'età media bassa (circa 46 anni), una concentrazione di over 65 anni intorno al 30%, una bassa complessità (peso medio inferiore ad 1) ed una percentuale di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatazza, maggiore rispetto alle altre fasce di durata della degenza, con una percentuale superiore al 13%. All'aumentare della durata dei ricoveri aumenta invece l'età media degli assistiti e soprattutto la complessità delle patologie trattate.

Per quanto riguarda la classificazione delle principali cause di ricovero (DRG) si rileva che:

- I primi 30 DRG rappresentano circa il 42% dei ricoveri, il 42% della risorsa giornate di degenza e sono caratterizzati da un peso medio a 1;
- Nei primi 30 DRG oltre al parto cesareo, il primo DRG chirurgico si trova al quinto posto con "Sostituzioni delle articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori".

Relativamente ai DRG potenzialmente inappropriati se erogati in regime ordinario si evidenziano circa 2.254 ricoveri per l'assistenza riabilitativa del sistema muscolo-scheletrico (con una degenza media pari a 23,8), circa 1.300 ricoveri erogati per l'esofagite senza complicanze con età superiore ai 17 anni e sempre circa 1.300 casi per la chemioterapia. Inoltre, si rilevano circa 2.500 casi di neonati con altre affezioni significative.

Analizzate le caratteristiche di tutti i ricoveri ordinari erogati ai residenti calabresi in Regione, è stata condotta un'analisi dei principali indicatori di attività per struttura erogatrice. In particolare, emerge che la struttura che eroga il maggior numero di ricoveri ordinari per acuti ai residenti è l'Azienda Ospedaliera di Cosenza seguita dall'Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli e l'Azienda Ospedaliera Pugliese-De Lellis. Tra le aziende ospedaliere quella di Cosenza è l'unica che presenta una casistica con un peso maggiore a 1,3, ma al contempo anche quella con la percentuale più elevata di ricoveri potenzialmente a rischio di inappropriatezza, pari a circa il 13%.

Oltre alle 3 Aziende ospedaliere, i presidi con maggior numero di ricoveri ordinari per acuti sono afferenti l'ASP di Crotone (Ospedale Civile San Giovanni di Dio) e l'ASP di Catanzaro (Presidi Ospedaliero di Lamezia Terme). La struttura privata con il maggior numero di ricoveri è il Poli-clinico Madonna della Consolazione.

Relativamente ai circa 44.169 ricoveri diurni erogati ai residenti della Regione Calabria nelle strutture pubbliche e private della Regione stessa, si rileva che la percentuale dei ricoveri degli over 65 anni è pari al 27% del totale dei ricoveri, mentre quella degli over 75 è pari a circa il 12%. Analizzando le categorie diagnostiche principali (MDC) emerge che circa il 13% dei ricoveri afferisce alle malattie dell'apparato muscolo scheletrico, circa l'8% alle malattie dell'apparato digerente, un altro 8% alle malattie del sangue e circa il 7% alle malattie dell'orecchio, naso e gola. Relativamente alle caratteristiche di tali ricoveri emerge che circa il 59% è tipo medico e complessivamente si rilevano circa 3 accessi medi. Infine, dei 44.169 ricoveri totali, 924 ricoveri sono erogati per attività di post acuzie.

Analisi dei ricoveri erogati ai Residenti della Regione Calabria nelle strutture di altre Regioni (Mobilità Passiva)

Relativamente ai 41.223 ricoveri ordinari erogati ai residenti della Regione Calabria nelle strutture pubbliche e private di altre Regioni (Mobilità Passiva) si rileva che circa 2.816 ricoveri riguardano le attività di post acuzie.

Dall'analisi sono stati esclusi 541 ricoveri afferenti a tipo attività «nido».

La percentuale dei ricoveri ordinari in mobilità passiva degli over 65 anni è pari a circa il 37% del totale dei ricoveri, mentre quella degli over 75 è pari a circa il 16%.

Rispetto ai ricoveri erogati ai residenti in Regione si rileva una percentuale di ricoveri over 65 anni inferiore di 8 punti percentuali. Analizzando le categorie diagnostiche principali (MDC) emerge che circa il 18% dei ricoveri afferisce alle malattie dell'apparato muscolo scheletrico, circa il 15% alle malattie dell'apparato circolatorio e circa l'8% alle malattie dell'apparato digerente.

In relazione alla complessità dei ricoveri ordinari per acuti in mobilità passiva, si rileva che a fronte di un peso medio di 1,4 circa il 47% dei ricoveri presenta un peso medio inferiore a 1, circa il 34% un peso medio ricompreso tra 1 e 2, circa il 18% con un peso medio superiore a 2. Rispetto ai ricoveri erogati in regione si rileva una complessità più elevata.

Considerando il totale dei ricoveri in degenza ordinaria per acuti si rileva una percentuale di ricoveri chirurgici pari a circa il 58%, contro il 35% dei ricoveri erogati ai residenti in Regione, e una percentuale di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza pari a circa il 19%, contro il 12% dei residenti che si curano in Regione.

Considerando la durata della degenza per i ricoveri ordinari per acuti erogati ai residenti calabresi che si curano nelle strutture regionali, si evince che circa il 65% di tutti i ricoveri presentano una

durata della degenza ricompresa tra 0 e 5 giorni. Sono caratterizzati da un'età media bassa (circa 50 anni), una concentrazione di over 65 anni intorno al 30%, una bassa complessità (peso medio intorno a 1) ed una percentuale di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza, maggiore rispetto alle altre fasce di durata della degenza. Pertanto, all'aumentare della durata dei ricoveri aumenta l'età media degli assistiti e soprattutto la complessità delle patologie trattate.

Per quanto riguarda la classificazione delle principali cause di ricovero (DRG) si rileva che i primi 30 DRG rappresentano circa il 34% dei ricoveri e sono caratterizzati da un peso medio pari a 1,1. Inoltre, nei primi 30 DRG la prima causa di ricovero è «Sostituzioni delle articolazioni maggiori».

Relativamente ai DRG potenzialmente inappropriati se erogati in regime ordinario si evidenziano 811 ricoveri per la chemioterapia, 774 ricoveri per le altre diagnosi del sistema connettivo e 389 casi di altri fattori che influenzano lo stato di salute. Rispetto ai ricoveri erogati ai residenti in Regione, nei primi 30 DRG si rileva una percentuale maggiore di ricoveri chirurgici.

Dopo aver analizzato le principali caratteristiche dei ricoveri ordinari erogati ai residenti calabresi fuori Regione, è stato condotto un focus sulle Regioni che prevalentemente erogano queste prestazioni sia per le attività in acuzie che per le post acuzie. Relativamente ai ricoveri ordinari in acuzie si rileva che la Regione con maggior casistica è la Lombardia con il 22% dei ricoveri totali in mobilità passiva. Seguono la Regione Lazio (18%), Emilia-Romagna (12%) e Sicilia (10%). Questi ricoveri, oltre ad essere caratterizzati da una percentuale chirurgica superiore al 50%, presentano un'elevata percentuale di ricoveri ad elevato rischio di inappropriatezza e una complessità non eccessivamente elevata. Analizzando anche le altre Regioni in cui vengono erogati i ricoveri dei residenti se ne rilevano alcune in cui la percentuale dei casi ad elevato rischio di inappropriatezza è superiore al 25% (Campania, Umbria, Friuli-Venezia Giulia, Molise).

Relativamente ai ricoveri ordinari per la post acuzie si rileva una concentrazione più elevata dei ricoveri in Lombardia con il 36%. A seguire, con una percentuale più bassa (15%) si posiziona la Regione Emilia-Romagna. Analizzando i ricoveri ordinari per acuti in mobilità passiva per Azienda erogatrice, si rileva che il Policlinico Gemelli di Roma presenta la maggior casistica, seguito dall'Azienda Ospedaliera Universitaria di Messina e il Bambin Gesù di Roma. La prima struttura lombarda è rappresentata dall'Humanitas di Milano.

Relativamente alle strutture che erogano prestazioni per la post acuzie si rileva al primo posto il Centro Auxologico Italiano in Piemonte, al secondo posto l'Istituto Scientifico Medea in Lombardia e al terzo posto la casa di cura Anthea in Puglia.

Relativamente ai circa 13.000 ricoveri diurni erogati ai residenti della Regione Calabria nelle strutture di altre Regioni, si rileva che la percentuale dei ricoveri degli over 65 anni è pari al 19% del totale dei ricoveri, mentre quella degli over 75 è pari a circa il 7%. Rispetto ai ricoveri erogati ai residenti in Regione si rileva una percentuale di ricoveri over 65 anni inferiore di 8 punti percentuali.

Analizzando le categorie diagnostiche principali (MDC) emerge che circa il 12% dei ricoveri afferrisce alle malattie dell'apparato muscolo scheletrico, circa il 9% alle malattie dell'orecchio, naso e gola, l'8% alle malattie dell'apparato riproduttivo femminile e un altro 8% alle malattie mieloproliferative. Relativamente alle caratteristiche di tali ricoveri emerge che circa il 52% è tipo medico e complessivamente si rilevano circa 2 accessi medi rispetto ai circa 3 accessi erogati ai residenti nelle strutture della Regione. Infine, dei 12.659 ricoveri totali, 215 ricoveri sono erogati per attività di post acuzie.

I sistemi di sorveglianza: comportamenti e stili di vita

In sanità pubblica, sorvegliare significa raccogliere informazioni mirate relative ad eventi ben definiti che possono essere modificati da un preciso intervento.

La sorveglianza è la sistematica raccolta, archiviazione, analisi e interpretazione dei dati, seguita da una diffusione delle informazioni a tutte le persone che le hanno fornite e a coloro che devono decidere di intraprendere eventuali interventi. Per ottenere informazioni utili ad impostare un intervento efficace, in accordo al principio l'informazione per l'azione è indispensabile la sistematicità nella raccolta dei dati e l'accuratezza nella loro interpretazione.

Lo sviluppo di sistemi di sorveglianza con rappresentatività nazionale e territoriale è alla base delle politiche nazionali di prevenzione e promozione della salute e di contrasto alle malattie croniche.

I sistemi di sorveglianza permettono di identificare le priorità sulle quali è necessario intervenire, di ottenere informazioni utili sull'andamento di malattie e fattori di rischio, di studiare l'influenza dei determinanti di salute, di individuare le disuguaglianze di salute, di osservare cambiamenti a seguito di interventi e politiche adottati.

Per questa ragione, dal 2004, il Ministero della Salute attraverso il Centro per la prevenzione e il Controllo delle malattie (CCM), in collaborazione con le Regioni, sostiene e affida all'Istituto Superiore di Sanità la progettazione, la sperimentazione e l'implementazione di sistemi di sorveglianza di popolazione, a sostegno del governo locale per pianificare, monitorare e valutare gli interventi di prevenzione e promozione della salute e i progressi verso gli obiettivi di salute fissati nei Piani sanitari e nei Piani di Prevenzione.

Il programma di governo Guadagnare salute e il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 promuovono l'utilizzo dei dati delle sorveglianze per le funzioni di pianificazione, implementazione, monitoraggio e valutazione dei programmi di salute, a garanzia dell'accountability della prevenzione.

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dpcm) del 3 marzo 2017, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 12 maggio 2017, sono individuati i sistemi di sorveglianza e i registri di patologia di rilevanza nazionale.

Il DPCM rappresenta un momento di svolta per la sanità pubblica perché sancisce l'idea che registri e sorveglianze sono effettivamente fonti informative fondamentali per la programmazione e la ricerca in ogni ambito sanitario, dalla prevenzione alla cura, tracciando al contempo i confini del trattamento dei dati personali e sensibili a tutela della privacy. Un provvedimento, quindi, che ha una portata epocale. È necessario pertanto, da parte delle istituzioni coinvolte, l'impegno a investire risorse per l'implementazione di un sistema che abbia copertura nazionale. Come dimostrato dalla letteratura e dall'esperienza di altri Paesi, tale sforzo sarà ampiamente ricompensato dai benefici che ne deriveranno in termini di qualità delle cure e contenimento della spesa.

Tra le sorveglianze di popolazione attivate:

- Sorveglianza bambini 0-2 anni- monitora alcuni degli aspetti relativi alla salute dei bambini nel loro primo biennio di vita.
- OKkio alla Salute – acquisizione di informazioni su alcuni parametri antropometrici, abitudini alimentari e attività fisica dei bambini delle scuole primarie (6-10 anni).
- HBSC - Health behaviour in school-aged children - *Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare*- accrescere la conoscenza dei determinanti di salute e del benessere degli adolescenti in età scolare: 11, 13 e 15 anni.
- Passi - Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione;

- Passi d'Argento - Salute e qualità della vita nella terza età in Italia, raccoglie informazioni, dalla popolazione della popolazione ultra65enne residente in Italia, su salute e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza o alle complicanze delle malattie croniche non trasmissibili e su alcune condizioni peculiari volte a descrivere la qualità di vita e i bisogni di cura e assistenza delle persone di questa fascia di età, con uno sguardo nuovo al fenomeno dell'invecchiamento.



Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia

La promozione della salute psico-fisica nei primi 1000 giorni di vita – compresi tra il concepimento e i primi due anni di età – è raccomandata a livello internazionale anche al fine di contrastare precocemente le disuguaglianze di salute. In questa finestra temporale le azioni volte alla riduzione dell'esposizione a fattori di rischio e alla promozione di fattori protettivi sono in grado non solo di prevenire problemi di salute nel bambino, ma anche di favorire lo sviluppo delle sue potenzialità e influenzarne positivamente la salute in età adulta.

La Sorveglianza rileva informazioni su alcuni determinanti di salute del bambino da prima del concepimento a 2 anni di vita al fine di produrre indicatori, in parte richiesti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dai Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione, che consentano confronti territoriali e temporali. Il monitoraggio degli indicatori nel tempo, l'analisi delle differenze territoriali e delle relazioni con i fattori socio-economici, fanno della sorveglianza un importante strumento di supporto alla sanità pubblica e portano all'attenzione degli operatori e dei decisori informazioni che permettono di individuare sottogruppi di popolazione maggiormente esposti ai fattori di rischio al fine di indirizzare in modo efficace le azioni.

Il *Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia* raccoglie importanti informazioni inerenti aspetti propri del percorso di nascita per la salute della mamma, quali l'assunzione di acido folico in epoca peri-concezionale, i comportamenti durante la gravidanza e l'allattamento (consumo di alcool e tabacco), oltre ad aspetti fondamentali per la salute del bambino, quali le vaccinazioni, l'allattamento al seno, la posizione in culla, la sicurezza in auto, la lettura precoce ad alta voce, l'esposizione a schermi (TV, cellulari...).

La finalità è realizzare un Sistema di Sorveglianza sui determinanti di salute nei bambini di 0-2 anni e raccogliere dati utili a soddisfare un importante bisogno conoscitivo degli stili di vita presenti nella nostra Regione.

La Sorveglianza va a completare la famiglia dei sistemi di monitoraggio della salute che nel loro insieme arrivano ora a coprire l'intero arco della vita.

Difatti disponiamo di informazioni importanti per pianificare interventi di prevenzione prioritari per migliorare la salute della nostra popolazione con OKkio alla salute per i bambini di 8-9 anni, con HBSC per gli adolescenti di 11-13-15 anni, con PASSI per gli adulti di 18-69 anni e con Passi d'Argento per le persone di 65 anni e oltre.

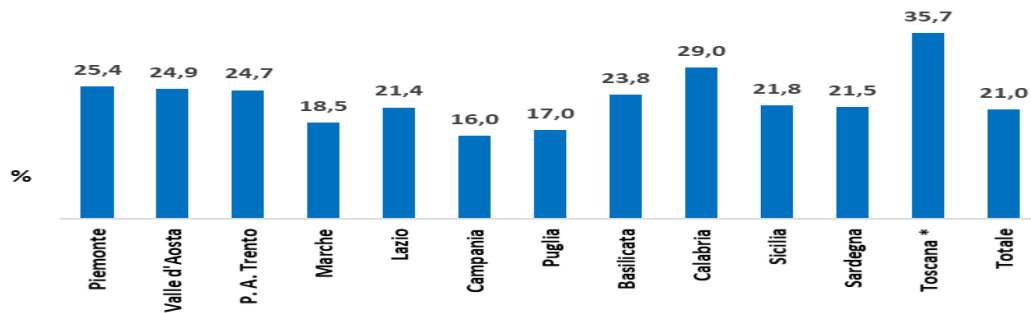
La Sorveglianza prevede una rappresentatività del campione a livello regionale e, per le regioni che lo richiedono, anche a livello di ASL. L'arruolamento delle mamme avviene nei CV in occasione della 1ª, 2ª e 3ª dose DTP-esavalente e 1ª dose MPRV in modo da coprire adeguatamente la fascia 0-2 anni.

Nella nostra Regione sono state intervistate 2.892 mamme, con un tasso di partecipazione pari al 98,9%.

Di seguito i risultati della prima edizione 2018-2019 su alcuni determinanti di salute del bambino da prima del concepimento a 2 anni di vita: assunzione di acido folico in occasione della gravidanza, consumo di tabacco e bevande alcoliche in gravidanza e in allattamento, allattamento,

lettura precoce ad alta voce al bambino, esposizione del bambino a schermi (computer, tablet, cellulari, TV), posizione in culla, vaccinazioni, sicurezza domestica e utilizzo del seggiolino in auto.

Figura 1. Assunzione appropriata di acido folico



I dati della prima edizione 2018-2019 della Sorveglianza Bambini 0-2 anni mostrano che il 94,8% delle mamme in Calabria ha assunto acido folico in occasione della gravidanza ma soltanto il 29,0% lo ha fatto in maniera appropriata da prima del concepimento fino al terzo mese di gravidanza.

Figura 2. Mamme fumatrici in gravidanza, in allattamento e alla data dell'intervista

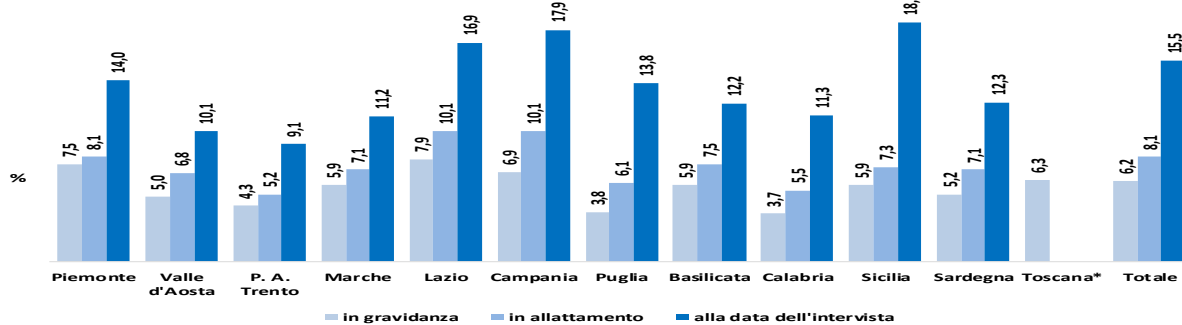


Figura 3. Consumo di bevande alcoliche in gravidanza

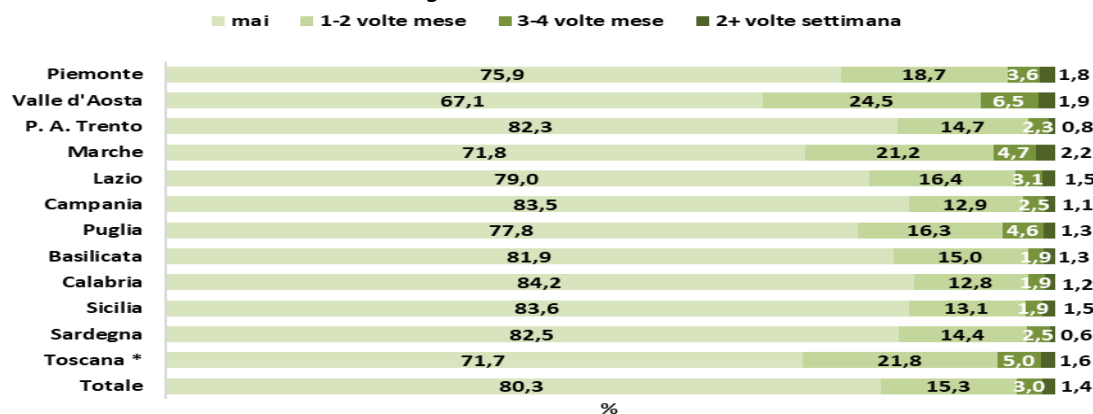
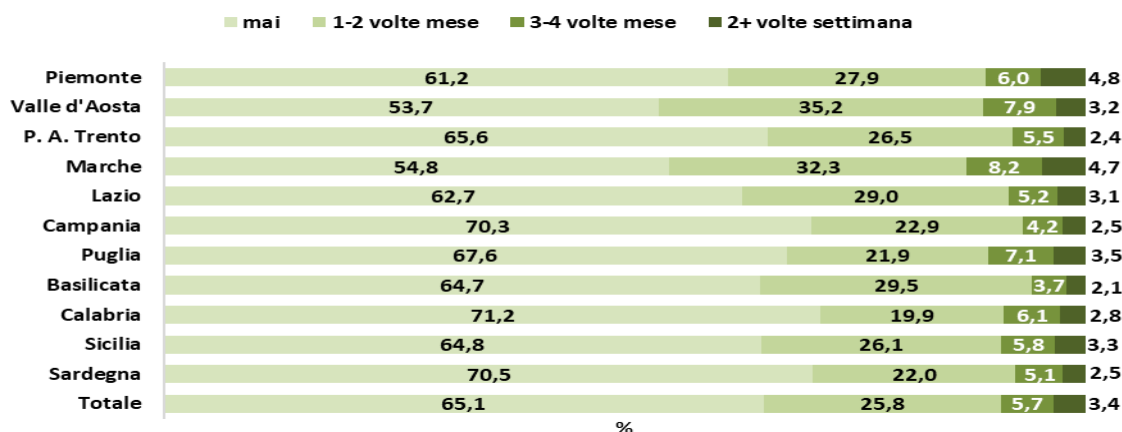


Figura 4. Consumo di bevande alcoliche in allattamento



Il 3,7% delle mamme ha dichiarato di aver fumato in gravidanza, il 15,8% ha riferito di aver consumato bevande alcoliche almeno 1-2 volte al mese durante la gravidanza e il 19,9% ha dichiarato di consumare bevande alcoliche in allattamento.

Figura 5. Tipologia di allattamento (Bambini di 4-5 mesi compiuti)

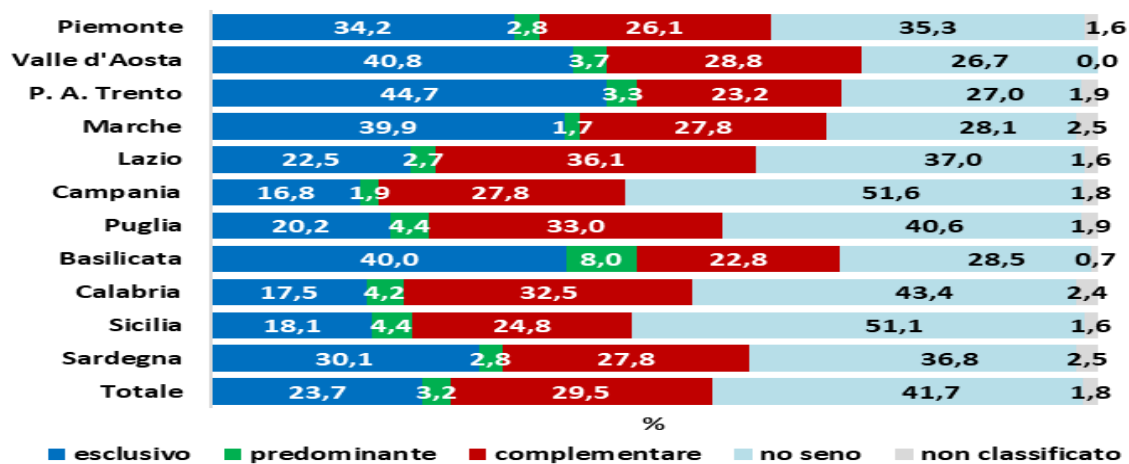
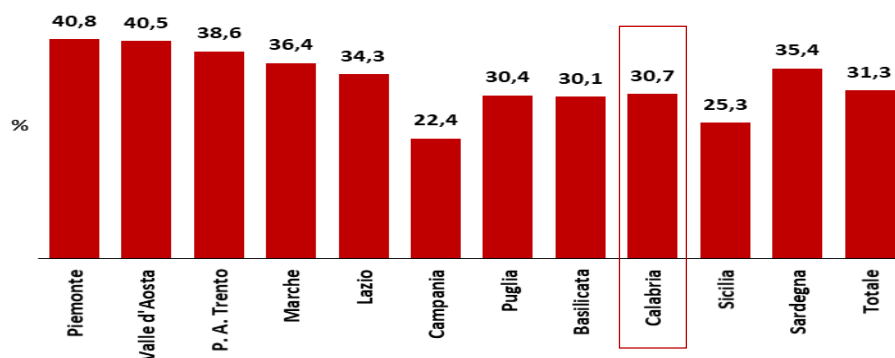


Figura 6. Bambini allattati nella fascia d'età 12-15 mesi compiuti



I bambini allattati in maniera esclusiva a 4-5 mesi di età sono il 17,5%, mentre a 12-15 mesi continua a ricevere latte materno il 30,7% dei bambini.

Figura 7. Frequenza con cui il bambino è stato esposto a schermi (televisione, computer, tablet o telefono cellulare) – Bambini di età inferiore a 6 mesi

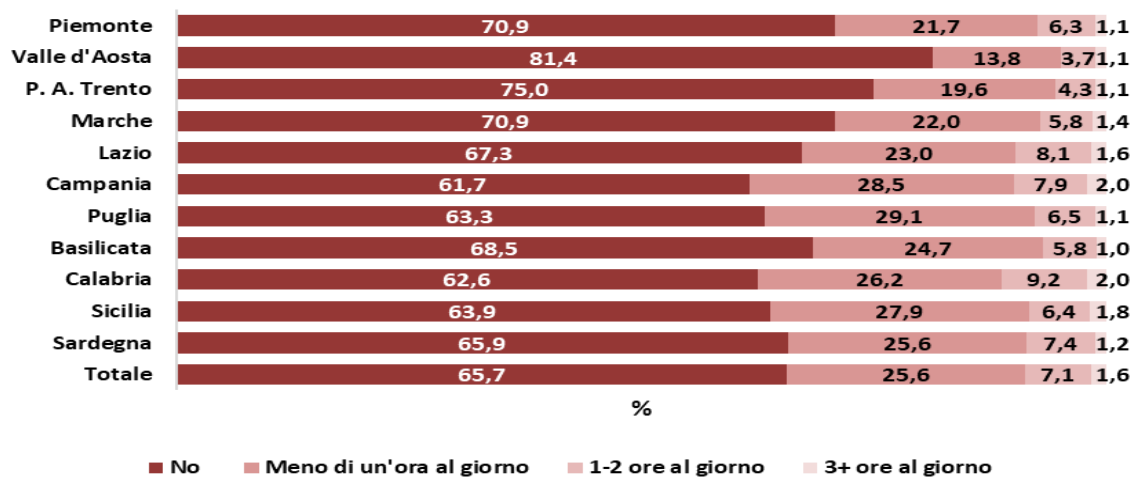
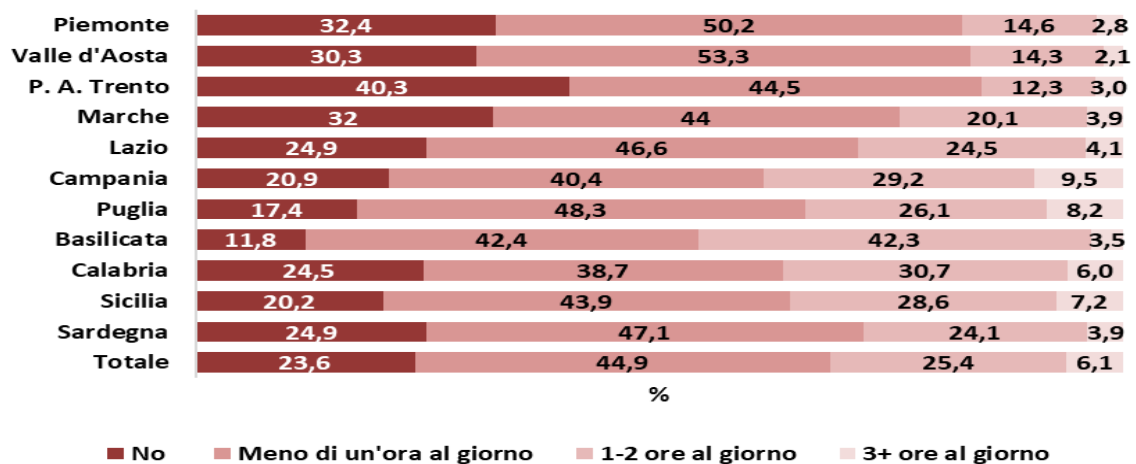


Figura 8. Frequenza con cui il bambino è stato esposto a schermi (televisione, computer, tablet o telefono cellulare) – Bambini di età superiore a 12 mesi



I bambini che passano del tempo davanti a TV, computer, tablet o telefoni cellulari sono il 37,4% sotto i 6 mesi di età e il 75,5% sopra l'anno di età.

Figura 9. Frequenza con cui sono stati letti libri al bambino nella settimana precedente l'intervista – Bambini di 6-12 mesi

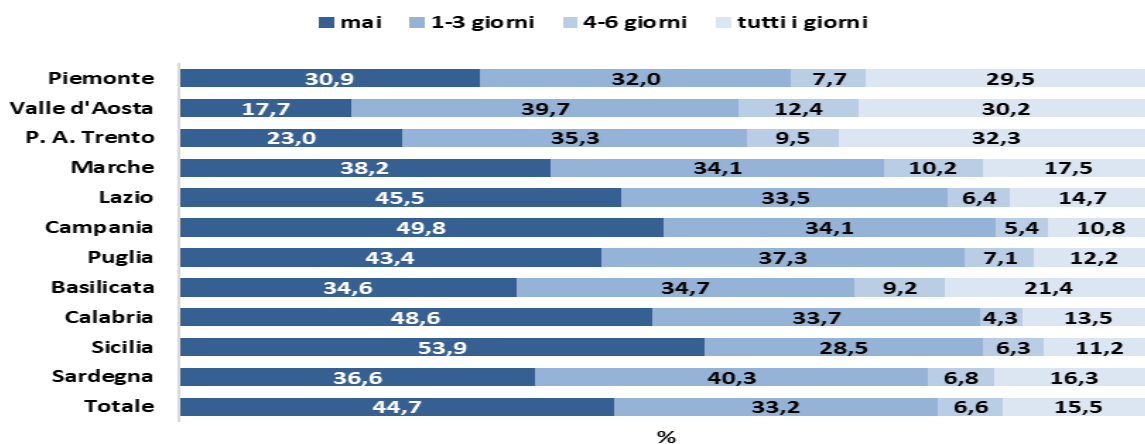
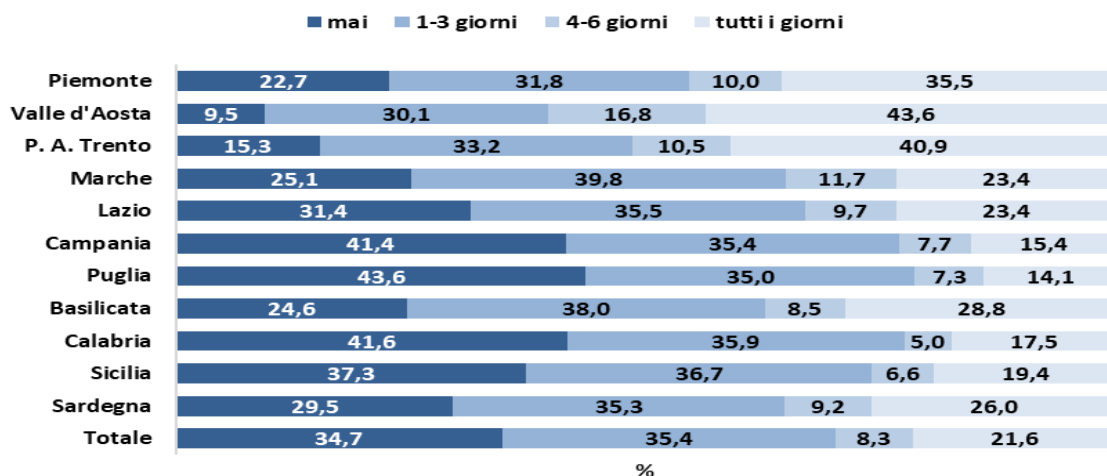
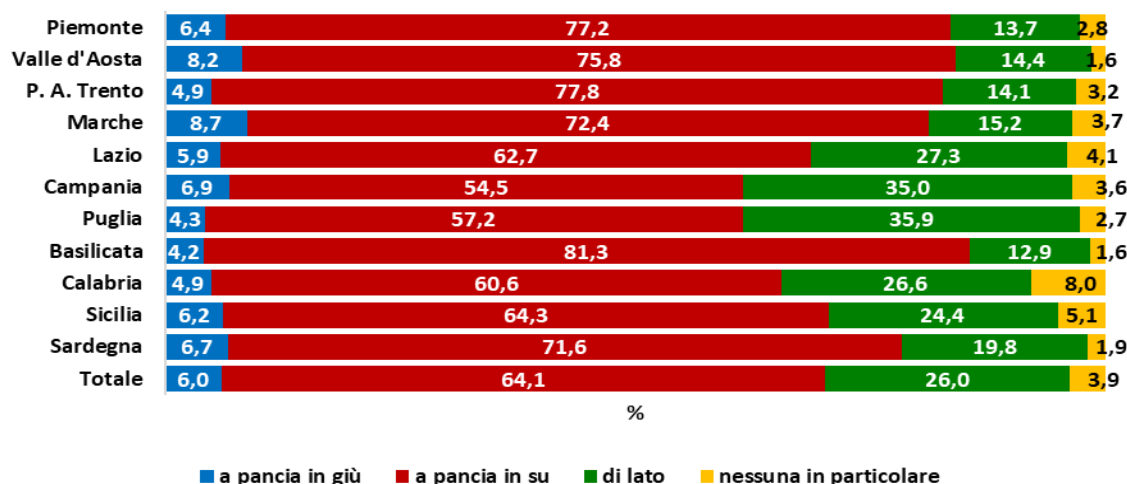
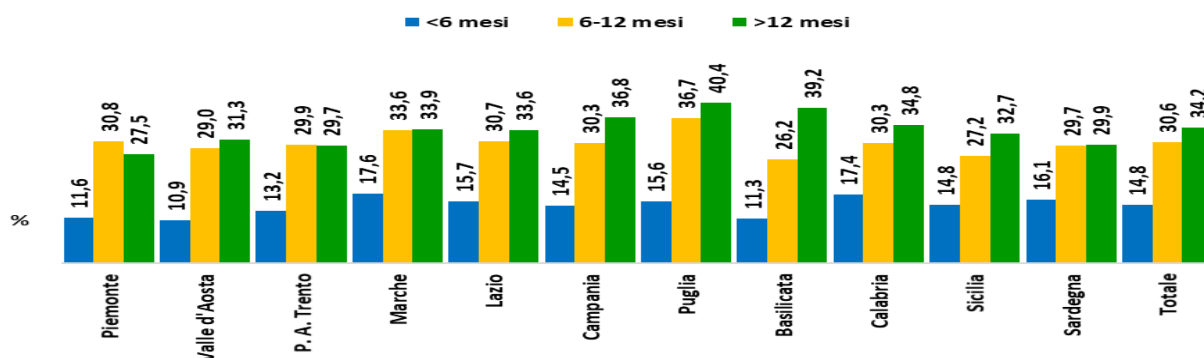


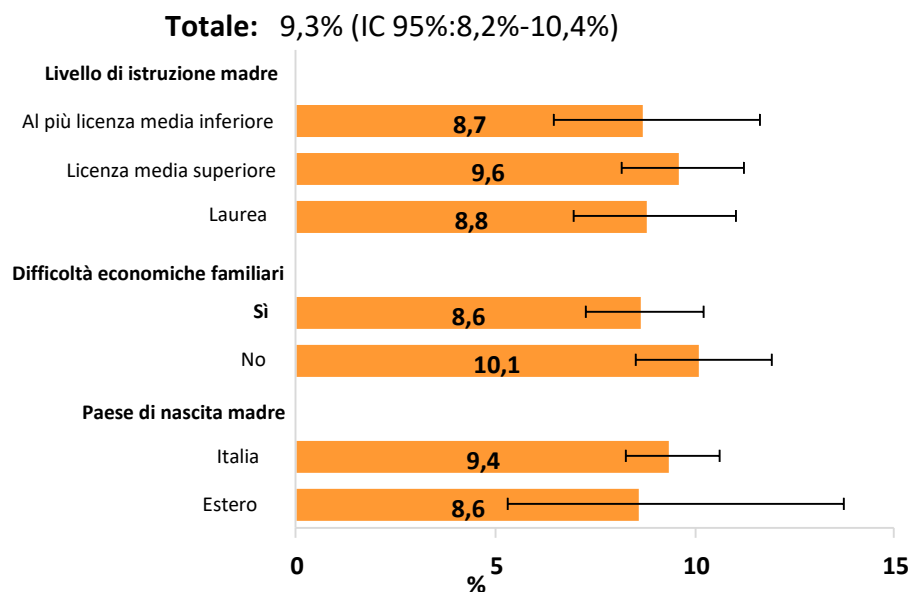
Figura 10. Frequenza con cui sono stati letti libri al bambino nella settimana precedente l'intervista – Bambini di età superiore a 12 mesi



Non è mai stato letto un libro nella settimana precedente l'intervista al 48,6% dei bambini di 6-12 mesi e al 41,6% sopra i 12 mesi.

Figura 11. Posizione in culla (Bambini di età inferiore a 6 mesi)**Figura 12. Mamme che hanno riferito difficoltà nell'uso del seggiolino per classe di età del bambino**

Il 39,4% delle mamme mette a dormire il proprio bambino in una posizione diversa da quella raccomandata a pancia in su e il 26,4% ha dichiarato di avere difficoltà nell'uso del seggiolino in auto.

Figura 13. Mamme che si sono rivolte a personale sanitario per incidente domestico del figlio per variabili socio-economiche – Calabria

Il ricorso a personale sanitario per incidenti domestici occorsi al bambino ha interessato il 9,3% delle mamme.

Sorveglianza OKkio alla Salute

OKkio alla Salute è un sistema di sorveglianza sul sovrappeso e l'obesità nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni) e i fattori di rischio correlati, che ha come obiettivo principale la descrizione della variabilità geografica e dell'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, delle abitudini alimentari, dei livelli di attività fisica svolta dai bambini e delle attività scolastiche favorevoli la sana nutrizione e l'esercizio fisico, al fine di orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie.

Nato nel 2007 nell'ambito del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM, è coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con le Regioni, il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.

OKkio alla Salute è collegato al programma europeo "Guadagnare salute" e ai Piani di Prevenzione nazionali e regionali e fa parte dell'iniziativa della Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità "Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI)".

Nella tabella seguente sono illustrati i risultati della VI raccolta dati:

Sorveglianza OKkio alla Salute popolazione di 6-9 anni - Anno 2019

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
OKKIO	Sovrappeso (%)	26,4	20,4
OKKIO	Obesi (%)	10,6	6,9
OKKIO	Severamente obesi (%)	5,0	2,4
OKKIO	Prima colazione inadeguata (%)	37,2	35,6
OKKIO	Consumo non quotidiano di frutta e/o verdura %	35,0	24,3
OKKIO	Consumo di una o più bevande zuccherate e/o gassate al giorno (%)	27,9	25,4
OKKIO	Più di due ore al giorno tv e videogiochi (%)	57,6	44,5

I bambini di 6-9 anni risultano più frequentemente dei loro connazionali in condizione di sovrappeso (26,4% vs 20,4%) e obesità (15,6% vs 9,3%); il 37,2% non fa una prima colazione adeguata, consumo non quotidiano di frutta e/o verdura del 35% dei bambini calabresi rispetto al 24,3 dei coetanei italiani, il 27,9% consuma una o più bevande zuccherate e/o gassate e il 57,6% fa eccessivo uso della tv e dei videogiochi.

Sovrappeso e obesità infantile

L'obesità infantile è una questione rilevante in ambito nazionale ed internazionale, una condizione determinante gravi danni alla salute collegata nella maggior parte dei casi da stili di vita scorretti:

- alimentazione ipercalorica
- ridotto dispendio energetico per inattività fisica
- condizione ampiamente prevenibile

risulta essere il quinto più importante fattore di rischio per mortalità globale.

Prevenire l'obesità significa anche ridurre i costi sociali, sanitari ed economici a carico dell'individuo e della società.

In Calabria obesità e sovrappeso in età pediatrica sono diffusi in maniera preoccupante evidenziando una dimensione molto grave del fenomeno. Più di un terzo dei bambini di 8-9 anni osservati presenta un eccesso ponderale: il 26,4% è sovrappeso ed il 15,6% obeso: nella rilevazione precedente erano rispettivamente 25% e 16,4%.

La prevalenza di sovrappeso e di obesità si distribuisce senza differenze fra i due sessi. La 6ª rilevazione di OKkio alla SALUTE conferma che il rischio di obesità diminuisce col crescere del grado di scolarità della madre: 21% per titolo di scuola elementare o media, a 16% per diploma di scuola superiore, a 9% per la laurea.

La percezione del peso del proprio figlio è frequentemente distorta nei genitori di bambini con eccesso ponderale: il 62% delle madri di bambini sovrappeso e il 15% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso. Per i bambini in sovrappeso, la percezione è tanto più accurata quanto maggiore è la scolarità della madre. Per i bambini obesi invece, la percezione è più accurata nelle madri con bassa scolarità. Solo il 16% delle madri di bambini sovrappeso e il 36% di bambini obesi ritiene che il proprio bambino mangi troppo. Anche la percezione del livello di attività fisica praticato dai propri bambini rileva che le madri dei bambini classificati come non-attivi ritengono che il figlio svolga attività fisica sufficiente (49% dei casi) o elevata (4% dei casi).



Sorveglianza HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)

Hbsc (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e pensato per approfondire lo stato di salute dei giovani e il loro contesto sociale. Hbsc rivolge la sua attenzione a un campione di ragazzi (sia maschi che femmine) in età scolare: 11, 13 e 15 anni.

La sorveglianza Hbsc è gestita da un network di ricercatori Universitari e Istituzioni governative coordinate da un comitato costituito da membri eletti dei Paesi rappresentati.

La raccolta dati si svolge sulla base di un protocollo multidisciplinare che viene sviluppato, e aggiornato negli anni, dal gruppo di ricerca internazionale della sorveglianza con la partecipazione di ricercatori provenienti da ognuno degli Stati partecipanti. Il protocollo definisce le modalità di svolgimento dell'indagine, fornendo le indicazioni relative alle regole da seguire e alle procedure di codifica dei dati raccolti, permettendo così il confronto tra le informazioni acquisite dai diversi Paesi.

Obiettivo principale dell'indagine è accrescere la conoscenza dei determinanti di salute e del benessere degli adolescenti al fine di poter meglio orientare le politiche (nazionali e internazionali) di prevenzione e promozione della salute rivolte ai giovani.

Per le indagini viene utilizzato un questionario a risposte chiuse che viene somministrato ai ragazzi delle scuole campionate e che è composto da una parte comune a tutti i Paesi e da sezioni di approfondimento facoltative che ogni Stato partecipante può decidere di includere sulla base di particolari interessi a livello nazionale.

Il questionario rivolto ai ragazzi è composto da un set di domande che indagano vari settori:

- i comportamenti correlati con la salute
- la salute e il benessere individuale
- il contesto sociale
- il contesto ambientale di sviluppo delle competenze relazionali.

Per quanto riguarda i comportamenti collegati alla salute, che rappresentano la parte fondamentale del questionario, le aree esplorate sono le seguenti:

- alimentazione (consumo di frutta, verdura, dolci e bibite zuccherate, ecc.)
- igiene orale
- attività fisica e sedentarietà (svolgimento di regolare attività fisica durante la settimana, tempo trascorso a guardare la televisione, a giocare con videogiochi, o al computer)
- comportamenti a rischio (consumo di tabacco e alcol, eventuale uso di cannabis, gioco d'azzardo)
- comportamenti sessuali (età al primo rapporto completo, utilizzo di metodi anticoncezionali)
- fenomeni di violenza e infortuni (eventuali atti di "bullismo" e "cyberbullismo" agiti o subiti nell'ambito del gruppo dei pari, frequenza di infortuni)
- benessere percepito.

Anche il contesto scolastico è oggetto di studio e approfondimento; infatti, mediante un questionario rivolto al dirigente scolastico, si raccolgono utili informazioni sulla scuola sia in termini di iniziative e programmi di promozione della salute, sia in termini di adeguatezza delle infrastrutture.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dpcm) del 3 marzo 2017, "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie, in attuazione del Decreto legge n. 179 del 2012" - GU Serie Generale n.109 del 12-5-2017 ha inserito il "Sistema di sorveglianza sui rischi comportamentali in età 11-17 anni" tra quelli di rilevanza nazionale e regionale, individuando nell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) l'Ente di livello nazionale presso il quale è istituito. In virtù del mandato del Dpcm, l'ISS ha concordato con il ministero della Salute l'opportunità di partecipare alla rilevazione dell'HBSC prevista per l'anno scolastico 2017-2018.

La V raccolta dati ha permesso all'Italia di continuare a far parte dello studio internazionale favorendo il monitoraggio dei fenomeni indagati nel tempo, grazie alla partecipazione alle quattro rilevazioni precedenti. La rilevazione appena conclusa ha visto il coordinamento dell'ISS, dell'Università di Torino, dell'Università di Siena e dell'Università di Padova. Tutte le Regioni italiane hanno partecipato alla raccolta dati con una rappresentatività regionale.

I risultati dell'indagine 2018 in Calabria

Sorveglianza HBSC - popolazione di 11-15 anni – Anno 2018

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
HBSC	Frequenza di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 volte o più 15enni ragazzi (%)	17,4	19
HBSC	Frequenza di coloro che dichiarano di essere stati ubriachi 2 volte o più 15enni ragazze (%)	12,4	16
HBSC	Svolge attività fisica consigliata ragazzi (%)	15,7	12
HBSC	Svolge attività fisica consigliata ragazze (%)	6,3	6,7
HBSC	Ha fumato almeno una sigaretta nella vita 15enni (%)	23,4	44,8

Secondo quanto pubblicato nel rapporto regionale "HBSC - Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11 e 15 anni. Regione Calabria", in Calabria, emerge che la maggior parte dei ragazzi risulta essere normopeso con percentuale del 72.4%. I ragazzi sottopeso sono il 2.6%, i sovrappeso sono il 20.2% e gli obesi sono il 4.8%.

Svolge attività fisica consigliata soltanto il 15,7% dei ragazzi e il 6,3% delle ragazze.

Non ha mai consumato alcol il 72,2% dei ragazzi (Italia 61,5%) e il 20% delle quindicenni (Italia 24%). La maggior parte degli 11enni intervistati ha dichiarato di non aver "mai" bevuto alcol negli ultimi 30 giorni (88,4%). Tale percentuale si riduce, però, con l'aumentare dell'età, passando dall'88.4% degli undicenni al 74.3% dei tredicenni sino al 54.7% dei quindicenni (Italia rispettivamente 84,2%, 62,4% e 29,9%).

Dall'indagine emerge che i ragazzi che fanno un uso problematico dei social media sono soprattutto le ragazze tredicenni.

Le indagini sulle abitudini dei 15enni rispetto al gioco d'azzardo mettono in luce che l'11,1% dei maschi e il 5,2% delle femmine sono considerati giocatori problematici.

Inoltre il 23,8% dei 15enni dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi. Il preservativo è il contraccettivo maggiormente usato in entrambi i sessi (74,2%).

Sorveglianza PASSI – Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

La sorveglianza Passi raccoglie informazioni sui fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili che riguardano la popolazione italiana di 18-69 anni e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

I temi indagati riguardano fumo, inattività fisica, eccesso ponderale, consumo di alcol, controllo del rischio cardiovascolare, consumo di frutta/verdura, adesione agli screening oncologici, adozione di misure di sicurezza per gli incidenti stradali, domestici e sul lavoro, copertura vaccinale antinfluenzale, stato di benessere fisico e psicologico e ancora alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute.

Passi nasce in risposta all'esigenza di monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dai Piani sanitari nazionali e regionali e di contribuire alla valutazione del Piano nazionale della prevenzione, poiché la conoscenza dei profili di salute e dei fattori di rischio della popolazione è requisito fondamentale sia per realizzare attività di prevenzione specifiche e mirate ai gruppi di popolazione vulnerabili, che per il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia degli interventi attuati.

Passi in quanto disegnato e tarato sui bisogni locali, è utilizzabile anche per la programmazione aziendale e per l'eventuale assunzione di misure correttive degli interventi già adottati.

Sorveglianza PASSI: popolazione 18-69 - Anno 2016/2019

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
PASSI	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	21,9	25,3
PASSI	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che lavorano in locali chiusi e che rispondono "sempre" o "quasi sempre" alla domanda sul rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro	90,3	93,7
PASSI	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol (consumo abituale elevato + consumo binge + consumo fuori pasto)	7,2	16,8
PASSI	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che consumano abitualmente 3 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno	37,6	48,8
ISTAT	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che svolgono un lavoro pesante e/o aderiscono alle linee guida sulla attività fisica	30,8	31,1
PASSI	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni che negli ultimi 12 mesi hanno tentato di smettere di fumare	29,8	35,9
PASSI	Proporzione di persone di età 18-69 anni in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso	37,0	46,9
PASSI	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con consumo a rischio di alcol che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo di alcol	9,8	6,3
PASSI	Prevalenza di persone di età 18-69 anni con patologia cronica che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di fare regolare attività fisica	22,0	29,9
PASSI	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che giudicano la propria salute positivamente (molto bene-bene)	66,6	70,9

PASSI	Prevalenza di persone di età 18–69 anni con eccesso ponderale (sovrappeso/obesi)	48,9	42,3
PASSI	Prevalenza di persone di età 18-69 anni che consumano abitualmente 3 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno	37,6	48,8
PASSI	Prevalenza di persone si 18-69 anni che riferiscono sintomi di depressione	5,2	6,0

I dati riportati nella precedente tabella e i successivi commenti si riferiscono alla popolazione di età compresa tra i 18 e i 69 anni, residente ed iscritta nell'anagrafe sanitaria della Regione Calabria.

Stato di salute- Il 66,6% giudica buona o molto buona la propria salute; questa proporzione è più bassa rispetto a quella del pool nazionale (70,9%); si dichiarano più soddisfatti della propria salute i più giovani, gli uomini, le persone con un alto livello d'istruzione e quelle che non riferiscono difficoltà economiche.

Il 5% delle persone intervistate ha riferito di aver provato, nell'arco delle ultime due settimane, sintomi che suggeriscono la presenza di uno stato depressivo (Italia 6%).

Stili di vita – Solo tre persone su dieci (30,8%), riferiscono di svolgere un lavoro pesante o praticare l'*attività fisica* raccomandata (moderata/intensa) (Italia 31,1%); il 45,8% è totalmente sedentario, la sedentarietà cresce all'aumentare dell'età e tra le donne.

I fumatori ammontano a meno di un quarto (21,9 %vs 25,3% Italia); si tratta soprattutto di uomini di età compresa tra i 25 e i 50 anni. Solo tre fumatori su dieci hanno ricevuto negli ultimi 12 mesi dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di smettere di fumare, mentre a livello nazionale il valore registrato è del 51,6%. Rispetto al dato italiano (91,9%), in regione si segnala una proporzione inferiore di persone che lavorano in locali chiusi e che ritengono che il divieto di fumare nei luoghi di lavoro sia rispettato sempre o quasi sempre (87,2%).

Il 34,5% di persone consumano *alcol* (vs il 55,6% Italia), il 4,3% possono essere classificati come bevitori a rischio (vs 9,3% Italia) e il 4,4 sono consumatori *binge* (vs 9,3% Italia). Il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente negli uomini, nelle persone senza difficoltà economiche e con più alto livello di istruzione. Il 9,8% dei consumatori a rischio ha ricevuto negli ultimi 12 mesi dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo, nel pool di ASL italiane il dato si attesta al 6,3%.

Solo 3 persone su 10 (37,6%) consumano almeno 3 porzioni di *frutta e verdura* al giorno, dato sensibilmente al di sotto di quello nazionale (48,8%).

La prevalenza di persone che riferiscono di aver misurato la *pressione arteriosa* negli ultimi 2 anni è del 77,9% vs 81,7% Italia. Il 77,9% riferisce di aver misurato il *colesterolo* almeno una volta nella vita (Italia 79,3%). Il 99.1% delle persone riferisce almeno un fattore di rischio cardio - vascolare (vs il 97,2% Italia).

Eccesso ponderale – il 48,9% dei calabresi è in eccesso ponderale vs il 42,% degli italiani: tale condizione è significativamente più frequente tra i 50-69enni, negli uomini, nelle persone con difficoltà economiche e con basso livello di istruzione. Il 34,6% sono sovrappeso e i 14,,3% risultano obesi.

Le persone in eccesso ponderale che negli ultimi 12 mesi hanno ricevuto dal medico o da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso sono il 37%, leggermente al di sotto del valore nazionale (46,9%).



Sorveglianza PASSI d'Argento

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale che riguarda da vicino il nostro Paese e anche la nostra Regione.

Il modo in cui ciascuna persona invecchia dipende da caratteristiche individuali, fattori genetici e ambientali, ma è fortemente influenzato anche da fattori sociali, dagli stili di vita e più in generale dalle opportunità di salute offerte dal contesto in cui si vive.

PASSI d'Argento, seguendo la strategia dell'OMS sull'invecchiamento attivo, permette non solo di misurare e comprendere aspetti di prevenzione e assistenziali che riguardano la salute dell'anziano, ma anche di indagare la sua capacità di essere risorsa, di partecipare alla vita sociale e di usufruire di cure e tutele.

Molte delle informazioni messe a disposizione dalla sorveglianza, fra cui alcune condizioni che possono compromettere la qualità di vita dell'anziano quali i problemi di vista, di udito, di masticazione e le cadute, non sono reperibili in altro modo.

La sorveglianza PDA si propone come uno strumento di governance, capace di orientare politiche coerenti per interventi sociali e sanitari ed è, inoltre, funzionale al monitoraggio degli obiettivi di salute fissati dal Piano sanitario nazionale e regionale, oltre che indispensabile per la valutazione del Piano nazionale e regionale della prevenzione.

Sorveglianza PASSI d'Argento - Popolazione di 65 e più anni - Anni 2012-2013

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
PASSI d'Argento	Giudica la propria salute positivamente (molto bene – bene)	82,4	87,4
PASSI d'Argento	Eccesso ponderale (%)	63,5	57,9
PASSI d'Argento	Fumatori (%)	8,1	9,8
PASSI d'Argento	Consumo di alcol (%)	30,1	38,3
PASSI d'Argento	Consumo di alcol a rischio (%)	14,6	18,5
PASSI d'Argento	Consumo di 3 o più porzioni di frutta e/o verdura al giorno (%)	43,7	53,3
PASSI d'Argento	Problemi di vista (%)	14,5	10,5
PASSI d'Argento	Problemi di masticazione (%)	23,6	13,2
PASSI d'Argento	Problemi di udito (%)	25,2	14,4
PASSI d'Argento	Cadute negli ultimi 30 gg (%)	8,4	8,6
PASSI d'Argento	Sintomi di depressione (%)	14,8	13,3
PASSI d'Argento	A rischio di isolamento sociale (%)	26,0	18,7

Dall'indagine passi D'Argento, svolta in Calabria nel corso del 2016-2019 è emerso che il 82,4% degli ultra 64enni giudica positivamente il proprio *stato di salute*, valore simile al dato nazionale (87,4%).

Circa 6 anziani su dieci sono in *eccesso ponderale*: il 48% sovrappeso e il 15,5% obesi.

Considerando i fattori comportamentali di rischio, l' 8% circa riferisce di essere *fumatore*, cioè di aver fumato più di 100 sigarette nella sua vita e di fumare al momento, il 30% consuma abitualmente *alcol* e tra questi il 14,6% è da considerare bevitore 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). Il 43,7 % consuma almeno 3 o più porzioni di *frutta e/o verdura* al giorno, abbastanza al di sotto del pool italiano. Negli ultra 64enni *l'attività motoria* è correlata direttamente allo stato di benessere e la quantità di attività fisica "raccomandabile" varia a seconda delle condizioni di salute generali e dell'età; per valutare il livello di attività fisica la sorveglianza PASSI d'Argento ha utilizzato un questionario specifico, validato a livello internazionale, denominato PASE (Physical Activity Score in Elderly), che attraverso 14 domande indaga tutte le attività svolte dall'anziano, da quelle sportive o ricreative a quelle domestiche, come i lavori di casa pesanti o il giardinaggio, per finire a quelle lavorative; le informazioni si riferiscono agli ultimi sette giorni; a ciascuna attività viene attribuito un punteggio, dalla cui somma si ottiene il PASE score. In base alle risposte sono state considerate "più attive" le persone con un PASE score uguale o superiore a 78 (corrispondente al 40° percentile della distribuzione dei valori osservati nel pool nazionale). Nell'indagine 2016-2019 la proporzione di anziani calabresi "fisicamente attivi" è leggermente più bassa rispetto a quella osservata nel pool di ASL nazionale (59,4% vs 60,6%). 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 in Calabria la proporzione di anziani con *problemi di vista, di udito e di masticazione* è più alta del pool di ASL italiane. I *sintomi di depressione* sono più diffusi rispetto ai valori medi italiani, così come la proporzione di anziani a *rischio di isolamento sociale*.

Consumo di sale

Un consumo eccessivo di sale aumenta il rischio di patologie cardiovascolari correlate all'ipertensione arteriosa, ma anche di altre malattie cronico-degenerative, quali i tumori dell'apparato digerente, in particolare quelli dello stomaco, osteoporosi e malattie renali: per questa ragione se ne raccomanda un consumo moderato.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), non si dovrebbe consumare una quantità di sale superiore ai 5 grammi al giorno, corrispondenti a circa 2 grammi di sodio, ma in Italia i livelli di consumo sono ancora ben lontani dai valori raccomandati. Restano fondamentali dunque sia la promozione di azioni di sensibilizzazione e di informazione sull'importanza della riduzione del consumo alimentare di sale sia il monitoraggio di quanto queste misure siano efficaci nel migliorare la consapevolezza dei cittadini su questo aspetto.

Dal 2015, il sistema di sorveglianza PASSI raccoglie sistematicamente alcune informazioni su entrambi gli aspetti (consapevolezza delle persone e attenzione degli operatori sanitari) inerenti il consumo di sale nella popolazione adulta (18-69 anni).

I dati PASSI riferiti al quadriennio 2016-2019 rivelano che, del campione di circa 130 mila persone, quasi 6 su 10 (58%) fanno attenzione o cercano di ridurre la quantità di sale assunta a tavola, nella preparazione dei cibi e nel consumo di quelli conservati; consapevolezza che cresce nel tempo, tanto che il 10% riferisce di aver cominciato a prestare attenzione all'utilizzo del sale nell'alimentazione nell'ultimo anno.

L'uso consapevole del sale è più frequente fra le donne (64% vs 52% negli uomini), nelle persone più mature di età (raggiunge il 67% fra i 50-69enni vs 46% fra i 18-34enni), fra i residenti con cittadinanza italiana (58% vs 47%) e in chi non ha difficoltà economiche (60% vs 53% di chi ne riferisce molte). Anche l'istruzione ha un ruolo importante e, se si escludono le persone con al più la licenza elementare (quota peraltro molto bassa, intorno al 5%, e perlopiù riferita a classi di età più avanzate, fra le quali è proprio l'età a giocare un ruolo maggiore), gli individui più istruiti hanno generalmente un'attenzione maggiore all'impiego di sale nell'alimentazione. Chiaro anche il gradiente geografico per cui si osservano quote più elevate di soggetti adulti che riportano un'attenzione al consumo di sale fra i residenti nelle regioni del Centro-Nord (60% vs 54% dei residenti nel Meridione). Queste associazioni sono confermate anche dall'analisi multivariata. Fra le persone con almeno una patologia cronica, e in particolare tra chi ha una diagnosi di ipertensione arteriosa o di insufficienza renale (per la quali la riduzione del consumo di sale diventa strumento di controllo della malattia), la percentuale di chi ne fa un uso consapevole risulta più alta (76%), ma non raggiunge i livelli attesi. Malgrado l'esiguo numero di donne in gravidanza nel campione, in questo sottogruppo di popolazione la percentuale di attenzione al consumo di sale è significativamente maggiore (68%) rispetto alla popolazione femminile di riferimento, in età fertile ma non in gravidanza (58%).

I dati sull'attenzione dei medici alla "salute a tavola" dei loro assistiti mostrano ancora una volta (come accade per i consigli su fumo, alcol, sedentarietà o eccesso ponderale) che il consiglio medico è uno strumento ancora poco utilizzato e in gran parte finalizzato al contenimento del danno. Infatti, a fronte di questi dati sulla consapevolezza dei cittadini sul rischio per la salute associato a un eccessivo consumo di sale alimentare, mediamente fra quelli che hanno avuto un contatto con un medico o altro operatore sanitario nei dodici mesi precedenti l'intervista, 1 su 4 (26%) riferisce di aver ricevuto il consiglio su un utilizzo appropriato del sale nella dieta e anche se si arriva al 57% fra le persone con ipertensione o insufficienza renale, queste percentuali non accennano a migliorare nel tempo.

Il consumo di sale iodato

Particolare rilievo assume l'attenzione rivolta al consumo di sale arricchito di iodio. Lo iodio è il costituente essenziale degli ormoni tiroidei. Questi svolgono un ruolo critico sul differenziamento cellulare, in particolare per ciò che riguarda lo sviluppo del sistema nervoso centrale nelle prime fasi della vita e contribuiscono al mantenimento dell'equilibrio metabolico durante la vita adulta. La carenza nutrizionale di iodio compromette la funzione tiroidea e si traduce in quadri patologici le cui manifestazioni variano in funzione del periodo della vita interessato a questo deficit. Gravidanza e prima infanzia sono fasi della vita durante le quali gli effetti della carenza iodica sono più gravi.

Il metodo più efficace ed economico per prevenire le malattie da carenza di iodio consiste nell'utilizzare a fini alimentari esclusivamente sale iodato invece del comune sale da cucina, senza superare comunque le dosi raccomandate. C'è generale consenso infatti nel raccomandare l'uso

di sale iodato a tutta la popolazione, indipendentemente dalle condizioni individuali e dal contesto di vita in quanto, a fronte di un consumo moderato di sale, le quantità di iodio raggiunte rientrano ampiamente nei livelli di assunzione appropriati, restando comunque molto al di sotto dei livelli massimi accettabili. Una legge del 2005 (Legge n.55 del 21 marzo 2005) promuove il consumo di sale iodato in alternativa al comune sale da cucina, stabilendo che il sale iodato sia reso disponibile in tutti i punti vendita di generi alimentari mentre il comune sale da cucina sia fornito solo su specifica richiesta del consumatore.

Oltre ai dati sul consumo generico di sale, PASSI raccoglie anche le informazioni relative al consumo di sale iodato, con una domanda specifica, individuando le quote di persone che riferiscono di usare il sale iodato nella preparazione di pasti in casa e di chi spontaneamente dichiara di non conoscerne l'esistenza.

I dati relativi al quadriennio 2016-2019 evidenziano una buona consapevolezza, nella popolazione adulta italiana, dell'importanza di assumere iodio attraverso il sale iodato. Complessivamente, infatti, il 71% delle persone intervistate sceglie di utilizzare il sale iodato, moltissimi lo usano abitualmente (41% sempre e il 12% spesso) altri riferiscono di usarlo qualche volta (18%). È una consapevolezza che cresce nel tempo: il consumo di sale iodato veniva riferito dal 67% degli intervistati nel 2015 ed è aumentato al 74% nel 2019.

La quota di chi riferisce di usare il sale iodato è maggiore nella popolazione femminile (75% vs 68% degli uomini), fra le persone socialmente più avvantaggiate per risorse economiche (75% fra chi non ne riferisce vs 63% di chi riferisce di averne molte) o per istruzione (76% fra i laureati vs 61% fra chi ha al più la licenza elementare) e fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri (72% vs 61%).

Anche il gradiente geografico sembra molto chiaro: il sale iodato viene consumato dal 76% degli intervistati residenti nelle regioni del Nord Italia dal 72% del Centro Italia e dal 67% del Meridione.

Se 71 persone su 100 usano il sale iodato, c'è una quota della popolazione che riferisce di non usarlo mai (25%) e una porzione, poco superiore al 3%, che riferisce di non sapere cosa sia il sale iodato, si tratta prevalentemente di persone con basso livello di istruzione e con maggiori difficoltà economiche.

La consapevolezza dell'importanza che assume lo iodio in particolari condizioni fisiologiche e fasi della vita, è dimostrata anche dai dati sul consumo di sale iodato in gravidanza, durante l'allattamento e nell'infanzia: fra le donne in gravidanza il 75% riferisce di usare il sale iodato nella preparazione dei pasti in casa, fra le donne che allattano al seno il 73% così come fra le persone che vivono con bambini di 0-14 anni di età.

È importante anche notare che fra le persone con patologie croniche (fra quelle indagate in PASSI) non c'è alcuna riserva, come è corretto che sia, sul consumo di sale arricchito di iodio e la quota di chi ne fa uso, pur avendo una o più patologie croniche, non differisce da chi non ne ha.

Indicatori - PASSI 2016-2019

	Adulti che fanno attenzione al consumo di sale	Consiglio di fare attenzione o ridurre il consumo di sale a tutti *	Adulti che usano sale iodato	Adulti che usano sale iodato abitualmente
Calabria	49.6	25.5	73.9	54.3
Italia	57.8	26.6	71.5	53.4

Incidenti stradali

La "rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone" riguarda tutti gli incidenti stradali verificatisi sulla rete stradale del territorio nazionale, verbalizzati da un'autorità di Polizia o dai Carabinieri, avvenuti su una strada aperta alla circolazione pubblica e che hanno causato lesioni a persone, morti e/o feriti, con il coinvolgimento di almeno un veicolo. La rilevazione è condotta correntemente dall'Istat, con la compartecipazione dell'ACI e di numerosi Enti pubblici istituzionali, è a carattere totale e a cadenza mensile (inserita tra le rilevazioni di interesse pubblico nel Programma Statistico Nazionale – PSN - IST00142).

L'impianto organizzativo della rilevazione è diversamente articolato sul territorio. L'Istat, infatti, ha adottato un modello organizzativo flessibile del flusso di indagine attraverso la sottoscrizione di un Protocollo di intesa nazionale e la stipula di convenzioni specifiche con Regioni e Province. Tale sistema risulta funzionale al decentramento di alcune fasi del processo, risponde alle esigenze informative delle Amministrazioni locali connesse alle attività di programmazione di adeguati interventi in materia di sicurezza stradale e contribuisce a migliorare la qualità delle informazioni prodotte.

Tipo dato	2019											
Seleziona periodo	2019											
Natura dell'incidente	incidente tra veicoli			incidente tra veicolo e pedone			incidente a veicolo isolato			totale		
Incidente mortale	no	si	totale	no	si	totale	no	si	totale	no	si	totale
Italia	120493	1607	122100	19314	503	19817	29394	872	30266	169201	2982	172183
Calabria	1909	54	1963	261	12	273	506	29	535	2676	95	2771
Cosenza	629	18	647	86	2	88	151	12	163	866	32	898
Catanzaro	336	14	350	50	2	52	72	4	76	458	20	478
Reggio di Calabria	641	11	652	86	5	91	188	8	196	915	24	939
Crotone	170	6	176	25	2	27	54	4	58	249	12	261
Vibo Valentia	133	5	138	14	1	15	41	1	42	188	7	195

Dati estratti il 22 dic 2020 da I.Stat

Tipo dato	morti in incidenti stradali - rispetto al totale degli incidenti (valori per cento)			
Seleziona periodo	2019			
Localizzazione dell'incidente	strada urbana	autostrada	altra strada	totale
Italia	1,05	3,42	4,24	1,84
Calabria	1,78	3,63	7,80	3,75
Cosenza	1,82	4,11	8,66	4,12
Catanzaro	1,95	10,00	7,95	4,18
Reggio di Calabria	1,69	2,29	5,56	2,66
Crotone	2,50	..	8,91	4,98
Vibo Valentia	..	4,17	9,09	4,62

Dati estratti il 22 dic 2020 da I.Stat

Secondo i dati riportati nel rapporto "Aci-Istat Incidenti stradali" nel 2019 si sono registrati in Italia 172.183 incidenti stradali con lesioni a persone.

Il numero dei morti ammonta a 2.982, quello dei feriti a 169.201.

Sono stati 2.771 gli incidenti stradali, nel 2019, in Calabria che hanno causato la morte di 104 persone e il ferimento di altre 4.551. Rispetto al 2018, diminuiscono gli incidenti (-5,4%), le vittime della strada (-18,1%) e il numero dei feriti (-6,4%), in linea alla tendenza nazionale che presenta diminuzioni seppur più modeste per tutti i suddetti aggregati (Fonte Istat).

Restano pericolose le strade provinciali "L'incidenza degli utenti vulnerabili per età (bambini, giovani e anziani), morti in incidenti stradali, in Calabria è superiore alla media nazionale (49,0% contro 45,2%).

Guardando, invece, agli utenti vulnerabili secondo il ruolo avuto nell'incidente (conducenti/passeggeri di veicoli a due ruote e pedoni) il loro peso relativo si fa rilevare sul totale dei deceduti misurato nella regione è inferiore nel 2019 a quello nazionale (31,7% contro 49,6%).

Negli ultimi nove anni (2010-2019) l'incidenza di pedoni deceduti è aumentata in Calabria da 10,1% a 11,5%, nel resto del Paese da 15,1% a 16,8%".

Il costo sociale è stato di quasi 17 miliardi di euro per l'intero territorio nazionale (279,5 euro pro capite) e circa di 380 milioni di euro (195,8 euro pro capite) per la Calabria; la regione incide per il 2,2% sul totale nazionale

Tra il 2018 e il 2019 l'indice di lesività diminuisce lievemente da 166,0 a 164,2, l'indice di mortalità diminuisce passando da 4,3 a 3,8 decessi ogni 100 incidenti e quello di gravità (rapporto tra il numero dei decessi e la somma di decessi e feriti moltiplicato 100) passa da 2,6 nel 2018 a 2,2 nel 2019.

L'incidentalità rimane alta lungo la costa sulle SS106 e SS118, e nei comuni capoluogo di provincia, lungo la SP241 Cosenza e SP162 nelle province di Catanzaro e Cosenza. L'indice di mortalità cresce nei comuni delle aree interne, lungo la SP 241 e SP 253.

Analisi di incidentalità relativa al 2019 nella Regione Calabria – Report 2019

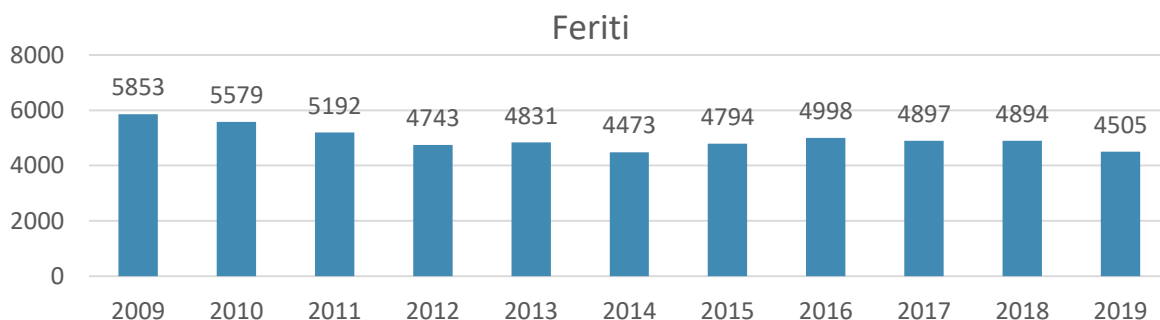
Dal 01 gennaio del 2016 il Centro Regionale degli Incidenti Stradali della Calabria (CRISC) è in convenzione con ISTAT per il rilievo degli incidenti stradali rilevati dalle Forze dell'Ordine che devono essere obbligatoriamente trasmessi per far parte della base dati ufficiale italiana.

Il CRISC è una piattaforma informatica on line, a livello regionale, per la raccolta dei dati sugli incidenti stradali in Calabria. Attraverso tale sistema di rilevamento informatico, ciascun Comune accede ai dati degli incidenti stradali riguardanti il proprio territorio registrati dalla Polizia Locale, dai Carabinieri e dalla Polizia Stradale, creando così una sinergia interistituzionale a supporto del governo del fenomeno dell'incidentalità stradale.

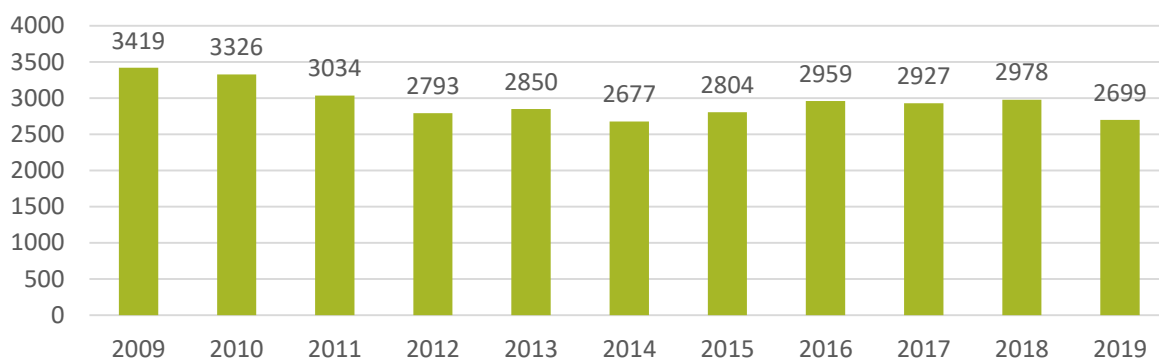
La realizzazione del CRISC ha consentito di raggiungere i seguenti risultati:

- Miglioramento della completezza e della qualità dei dati sull'incidentalità stradale;
- Contestualizzazione del fenomeno dell'incidentalità rispetto al sistema infrastrutturale, alla mobilità regionale, all'assetto territoriale e all'insieme dei fattori che condizionano direttamente o indirettamente la sicurezza stradale;
- Sviluppo di un modello interpretativo delle cause dell'incidentalità e degli strumenti disponibili per contrastare i fattori che li determinano e utilizzo di procedure di analisi dei risultati conseguiti e di verifiche di efficacia, così da consentire la concentrazione delle risorse professionali e finanziarie sulle linee di intervento che si sono rivelate più soddisfacenti;
- Elaborazione di quadri interpretativi e di supporto all'azione di governo regionale della sicurezza stradale, alla concertazione interistituzionale e al partenariato pubblico-privato;
- Sviluppo di un'articolata azione informativa alla comunità regionale mirata a consentire una scelta più consapevole delle modalità di spostamento sia ai cittadini che alle imprese;
- Rafforzamento e sviluppo delle risorse professionali e della strumentazione tecnica, attraverso azioni di formazione e di costruzione di una cultura di governo della sicurezza stradale, condivisa da tutti i soggetti che hanno responsabilità istituzionali in tale ambito.

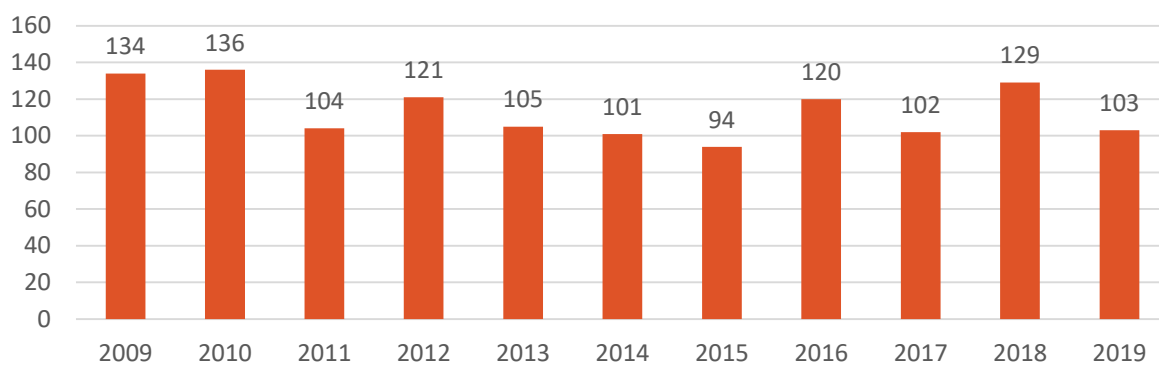
Serie Storica dal 2009 al 2019



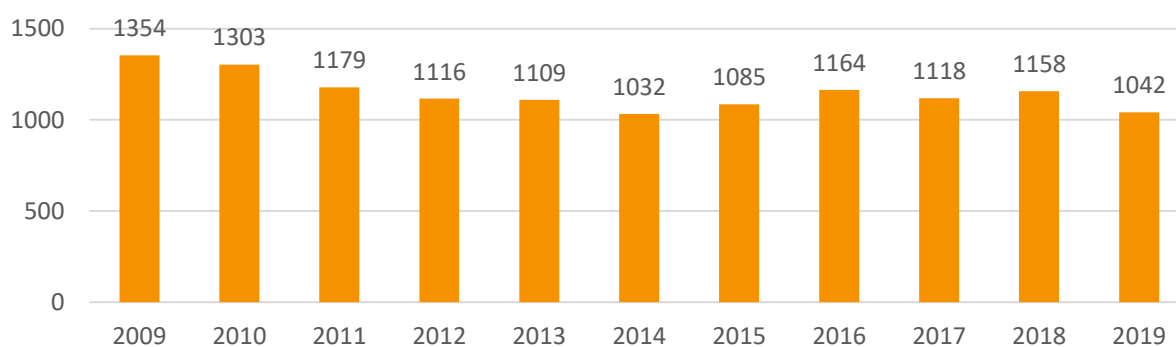
Incidenti



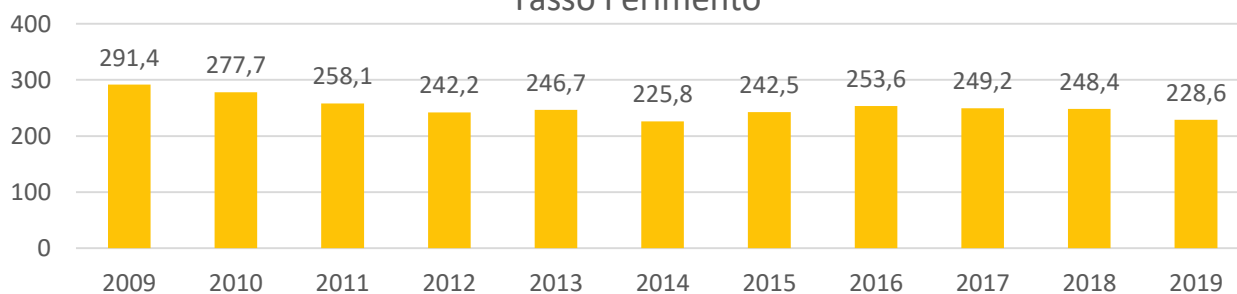
Morti



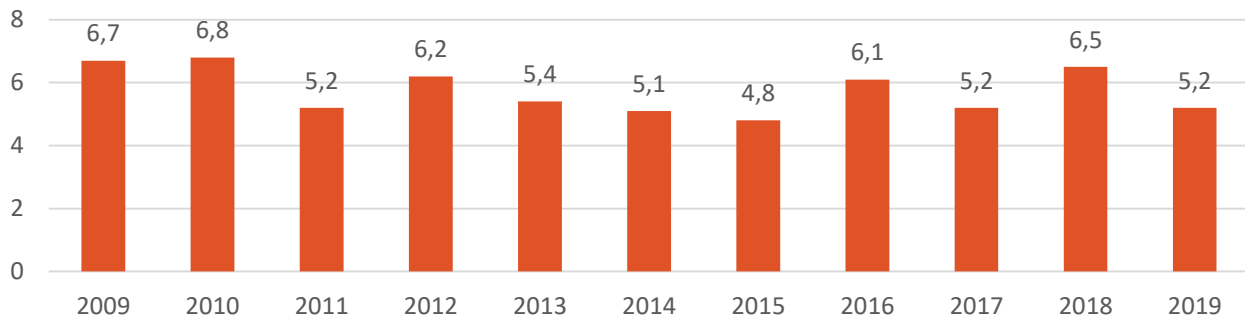
Costo sociale



Tasso Ferimento

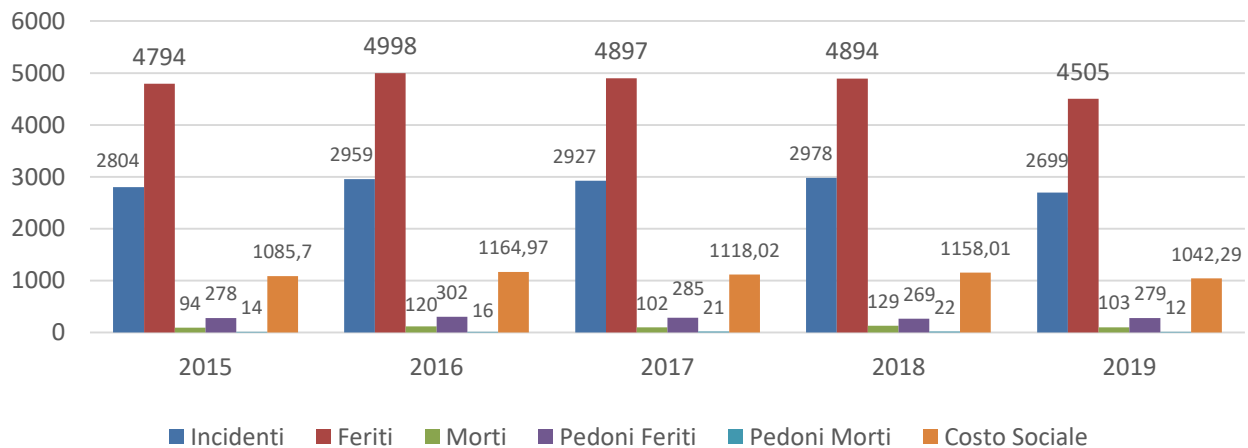


Tasso Mortalità



Regione Calabria, Analisi Incidentalità, 2019

Incidenti, Feriti, Morti, Pedoni feriti e Pedoni morti per Anno dal 2015 al 2019 nella Regione Calabria



Anno	Incidenti	Feriti	Morti	Pedoni Feriti	Pedoni Morti	Costo Sociale (MI)
2015	2804	4794	94	278	14	€ 1085.70
2016	2959	4998	120	302	16	€ 1164.97
2017	2927	4897	102	285	21	€ 1118.02
2018	2978	4894	129	269	22	€ 1158.01
2019	2699	4505	103	279	12	€ 1042.29

Nel 2019, nella Regione Calabria si sono registrati 2699 incidenti stradali con vittime. Tali incidenti hanno provocato la morte di 103 persone ed il ferimento di 4505 utenti della strada di cui 279 pedoni feriti e 12 pedoni morti, con tassi rispettivamente di 5.2 morti e 228.6 feriti ogni 100 mila abitanti. Nell'anno precedente si sono registrati 2978 incidenti stradali con vittime. Tali incidenti hanno provocato la morte di 129 persone ed il ferimento di 4894 utenti della strada di cui 269 pedoni feriti e 22 pedoni morti, con tassi rispettivamente di 6.5 morti e 248.4 feriti ogni 100 mila abitanti. Nel 2019, rispetto alla media del periodo 2015 - 2019, si evidenzia un decremento in riferimento ai tassi di mortalità (5.2 contro una media di 5.56 per ogni 100 mila abitanti) e un decremento in riferimento ai tassi di ferimento (228.6 contro una media di 244.46 per ogni 100 mila abitanti).

Rispetto all'anno precedente si è verificato un decremento del numero dei sinistri (-9.37%), si è riscontrato un decremento del -7.95% dei feriti e un decremento del -20.16% dei morti e complessivamente un decremento del -9.99% del costo sociale. L'indice di mortalità risulta pari a 3.82, quello di lesività è di 166.91 e quello di gravità di 2.24. Il costo sociale associato al fenomeno dell'incidentalità stradale, nel 2019, è pari a 1042.29 milioni di euro corrispondente ad un costo pro-capite di circa 529 euro. La media degli incidenti che si sono verificati nel periodo 2015 - 2019 è pari a 2873 incidenti/anno che hanno prodotto in media 4818 feriti/anno e 110 morti/anno. Il 2019, rispetto alla media dei dati del periodo 2015 - 2019, mostra un decremento del -6.06% degli incidenti, un decremento del -6.5% dei feriti, un decremento del -6.36% dei morti e complessivamente un decremento del -6.44% del costo sociale.

Incidenti domestici

L'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) definisce come incidente domestico quel tipo di infortunio che:

- si verifica in casa (intendendo con questo termine sia l'appartamento vero e proprio, che le zone esterne come balconi, cantina, soffitta, garage...)
- non è volontario
- modifica in modo temporaneo o definitivo lo stato di salute di una persona

Gli incidenti domestici rappresentano un problema sanitario, sociale e psicologico di particolare interesse, oltre ad incidere economicamente sulle spese del Servizio sanitario nazionale.

Annualmente si verificano circa 4,5 milioni di infortuni. Un numero, però, inferiore al numero reale considerando anche tutti quegli incidenti che, non avendo bisogno di un intervento medico specializzato o di un ricovero in ospedale, non vengono denunciati.

Un infortunio domestico può causare ferite e lesioni di diversa gravità, invalidità o addirittura morte. Può accadere a qualsiasi persona indipendentemente dall'età anche se, secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), questo tipo di incidente è una delle maggiori cause di trauma mortale e il trauma è la prima causa di morte nei bambini nel mondo, attualmente la seconda in Italia, dopo i tumori.

Nonostante la propria abitazione venga tradizionalmente considerata come uno tra i luoghi più sicuri, dai dati dell'Istituto Superiore di Sanità (SINIACA-IDB) si stima che in Italia oltre 1 milione e 900 mila persone all'anno accedano ai Pronto soccorso degli ospedali a causa di incidenti domestici. Dai dati dei ricoveri ospedalieri risulta che oltre 80.000 all'anno vengano eseguiti per questa causa.

I maggiori rischi e i più gravi infortuni domestici si verificano a seguito di cadute, ustioni, intossicazioni e soffocamento.

Un fenomeno dunque molto diffuso, che necessita di urgenti attività di prevenzione e controllo.

La categoria di persone a maggior rischio di infortunio domestico, secondo le indagini dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) sono le donne, in particolare le casalinghe (con oltre il 70% degli infortuni).

Dai dati provenienti dai Pronto soccorso degli ospedali, i gruppi di popolazione a maggior rischio d'infortunio domestico sono i bambini, gli anziani e le donne in età adulta impegnate in attività di lavoro domestico.

Altre due categorie di persone a rischio sono gli anziani e i bambini.

I primi, in particolare gli ultraottantenni, sono a maggior rischio a causa di una riduzione delle capacità psico-fisiche dovuta al naturale processo d'invecchiamento o a problemi di salute. In età avanzata si osserva, infatti, una riduzione dell'autonomia in generale legata a difficoltà nella vista e nel muoversi. In particolare, diminuisce la capacità di coordinamento dei movimenti, il mantenimento dell'equilibrio e la profondità visiva. I problemi di salute che si presentano sono ad ampio spettro, da quelli cardio-vascolari a quelli articolari, dalle malattie delle ossa (in particolare l'osteoporosi per le donne in menopausa) ai problemi di ragionamento, memoria e linguaggio (problemi cognitivi).

Inoltre, non va trascurato il ruolo dell'assunzione di molti farmaci contemporaneamente, in particolare anti-depressivi e altri psicofarmaci, che possono ulteriormente contribuire alla perdita di attenzione.

I bambini, invece, specialmente quelli molto piccoli, dai 0 ai 5 anni di età, nel loro processo di crescita tendono ad esplorare l'ambiente circostante senza averne piena padronanza, piena consapevolezza e capacità di reazione ai possibili rischi e pericoli. In quelli più grandicelli, invece, è la naturale esuberanza che può portarli a superare i propri limiti o ad agire senza valutare correttamente i rischi.

I dati 2014 -Incidenti domestici (Istat 2014)

Quasi 700mila persone – l'11,3‰ della popolazione – hanno dichiarato di essere rimasti coinvolti in un incidente domestico nei tre mesi precedenti l'intervista. Nel complesso, si sono verificati 783mila incidenti, con una media di 1,1 incidenti per persona colpita.

Donne, anziani e bambini sono le categorie maggiormente a rischio: hanno subito un incidente negli ultimi tre mesi 15 donne ogni mille (contro 7 ogni mille uomini), 27 ultrasessantatquattrenni e 9 bambini fino a 5 anni ogni mille.

Tra le donne, le casalinghe sono una categoria particolarmente a rischio, ogni trimestre 149mila sono coinvolte in un incidente domestico.

Più di una persona su due (54,8%) è vittima di una caduta, il 20,2% si è invece ferito mentre sono di poco superiori al 13% i casi di urto o schiacciamento e di ustione; residuali gli incidenti causati da altro tipo di dinamica. Le cadute e le ustioni riguardano soprattutto le donne: 58,9% rispetto a 45,4% degli uomini per le cadute e 16,3% contro 6,4% per le ustioni.

Il contrario accade nei casi di incidenti domestici che provocano ferite: 27,6% per gli uomini contro 16,9% per le donne. Nel 76,9% dei casi le cadute vedono coinvolte persone over64 (81% se donne ultra settantacinquenni).

I casi di urto o schiacciamento sono più frequenti tra i bambini e i ragazzi tra i 6 e i 17 anni (25,3% tra 6 e 13 anni e 35,1% tra 14 e 17 anni), mentre le vittime di ustione sono più spesso donne delle classi di età centrali (21,2%).

Rapporto osserva salute 2019 Sul fronte degli incidenti domestici, secondo l'Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" condotta dall'Istituto nazionale di Statistica, nel 2017, nei 3 mesi precedenti l'intervista, 807 mila persone (pari al 13,4 per 1.000 della popolazione) hanno avuto un incidente nella propria abitazione.

Su questa base si può stimare che, nell'arco di 12 mesi, il fenomeno abbia coinvolto 3 milioni e 228 mila persone circa, cioè 54 individui ogni 1.000.

Più coinvolte sono le donne (circa il 64% di tutti gli incidenti), con un quoziente di infortuni del 16,8 per 1.000 (gli uomini hanno un quoziente di infortuni del 9,8 per 1.000).

La percentuale più alta di donne coinvolte è, sicuramente, spiegata sia dalla maggiore permanenza fra le mura domestiche, sia da un più frequente contatto con oggetti, utensili ed elettrodomestici che possono essere all'origine di un infortunio (taglio, ustione etc.).

Le fonti attualmente disponibili non consentono di effettuare stime esaurienti sulla dimensione complessiva del fenomeno su scala nazionale, in quanto l'Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" fornisce stime sugli eventi non mortali, mentre i dati relativi alla mortalità, pur in costante miglioramento qualitativo, sono sottostimati.

Per i dati sulle Schede di Dimissioni Ospedaliera (SDO) l'informazione sulla causa esterna del trauma è frequentemente omessa. Per gli accessi in Pronto Soccorso (PS) non si dispone di rilevazioni routinarie esaustive a livello nazionale.

Un'altra fonte da indagine campionaria è il Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni negli Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA) dell'Istituto Superiore di Sanità. Il SINIACA è stato recentemente integrato nel sistema europeo di sorveglianza ospedaliera degli incidenti denominato European Injury Data Base (EUIDB), oltre che con i sistemi attivi a livello territoriale (Progetto multiregionale SINIACA-IDB), estendendo così la sua rete di sorveglianza, che attualmente copre 11 regioni.

Sulla base dei dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) da Indagine Multiscopo, si possono stimare circa 3 milioni e 372 mila incidenti domestici non mortali per l'anno 2018, con 3 milioni e 228 mila persone coinvolte.

Le stime del SINIACA-IDB possono essere utilizzate come proxy della gravità dell'incidente poiché viene considerato il numero di infortuni che determinano il ricorso alle strutture di PS e il ricovero. Secondo questa fonte, oltre 1 milione e 900 mila persone sono giunte al PS a causa di un incidente domestico, mentre vengono eseguiti per questa causa oltre 80.000 ricoveri all'anno. Tale dato è in linea con quello rilevato nel 2014 dall'Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana", in occasione di un modulo di approfondimento al riguardo (in quel caso il 43% degli incidenti domestici risultava aver dato luogo all'accesso al PS).

Descrizione dei risultati 2018, gli incidenti in ambiente domestico hanno coinvolto, nei 3 mesi precedenti l'intervista, 807 mila persone, pari al 13,4 per 1.000 della popolazione (Tabella 1).

Tabella 1 - Tasso (valori per 1.000) e persone (valori assoluti in migliaia) che hanno subito incidenti in ambiente domestico nei 3 mesi precedenti l'intervista per regione - Anno 2018

Regioni	Tassi	Persone che hanno subito incidenti in ambiente domestico
Piemonte	14,9	65
Valle d'Aosta	14	2
Lombardia	12,2	122
Bolzano	15	8
Trento	12,1	6
Veneto	12,7	62
Friuli Venezia Giulia	15,4	19
Liguria	17	26
Emilia-Romagna	17,4	77
Toscana	18,5	69
Umbria	13,8	12
Marche	16,1	25
Lazio	13,1	77
Abruzzo	15,4	20
Molise	11,2	3
Campania	9,7	56
Puglia	9,4	38
Basilicata	17,3	10
Calabria	12,9	25
Sicilia	9,6	48
Sardegna	22,7	37
Italia	13,4	807

Su questa base si può stimare che, nell'arco di 12 mesi, il fenomeno abbia coinvolto 3 milioni e 228 mila persone circa, cioè circa 54 individui ogni 1.000. Il numero complessivo di incidenti domestici rilevati nel trimestre è 943 mila (*Tabella 2*).

Tabella 2 - Incidenti (valori assoluti in migliaia) in ambiente domestico e incidenti (valori assoluti) per persona coinvolta accaduti nei 3 mesi precedenti l'intervista per regione - Anno 2018

Regioni	Incidenti in ambiente domestico	Incidenti per persona coinvolta
Piemonte	72	1,1
Valle d'Aosta	2	1
Lombardia	131	1,1
Bolzano	9	1,2
Trento	6	1
Veneto	65	1,1
Friuli Venezia Giulia	27	1,5
Liguria	32	1,2
Emilia-Romagna	91	1,2
Toscana	85	1,2
Umbria	15	1,2
Marche	34	1,4
Lazio	82	1,1
Abruzzo	23	1,1
Molise	4	1,1
Campania	66	1,2

Puglia	56	1,5
Basilicata	12	1,2
Calabria	32	1,3
Sicilia	49	1
Sardegna	49	1,3
Italia	943	1,2

Circa il 64% di tutti gli incidenti accaduti riguarda le donne con un quoziente di infortuni pari al 16,8 per 1.000, mentre fra gli uomini è del 9,8 per 1.000.

Fino ai 14 anni gli incidenti prevalgono tra i maschi, mentre nelle età successive sono le donne ad essere più coinvolte. Le casalinghe di età 15 anni ed oltre continuano ad essere un gruppo di popolazione particolarmente esposto, con quasi tre incidenti su dieci. A rischio, oltre alle donne, sono anche gli anziani (oltre 20 persone ogni 1.000 hanno subito un incidente nei 3 mesi precedenti l'intervista tra chi ha più di 64 anni) ed anche tra i bambini più piccoli (<6 anni) il fenomeno ha un certo rilievo: il 12,9 per 1.000 ha subito un incidente nei 3 mesi precedenti l'intervista. I più colpiti, quindi, sono donne, anziani e bambini (dati non presenti in tabella).

Quanto alle differenze territoriali, queste esistono ma non sono particolarmente accentuate. Nel 2018, nel Nord-Ovest sono state vittime di incidenti domestici 13,4 persone su 1.000, 14,9 per 1.000 nel Nord-Est, 15,2 per 1.000 nel Centro, 10,9 per 1.000 nel Sud e 12,8 per 1.000 nelle Isole.

La salute della donna e del bambino

La salute materno-infantile è un tema prioritario per la tutela della salute di una popolazione e richiede investimenti, progetti, energie e impegno. La gravidanza e i primi anni di vita del bambino sono un momento particolarmente delicato, che necessita di un'attenzione dedicata. L'Accordo Stato-Regioni del 16 Dicembre 2010, definisce dieci linee di azioni al fine di promuovere e migliorare la qualità, la sicurezza, l'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e ridurre il tasso del taglio cesareo. Con DPGR n. 36/2011 è stato istituito il Coordinamento permanente regionale per il percorso nascita che elaborato le "Linee guida per la riorganizzazione delle attività materno-infantili" e il "Diario della gravidanza" il cui fine è quello di migliorare l'assistenza alle donne in tutto il percorso nascita, fornendo alle A.S.P. ed alle A.O. uno strumento che rendesse omogenei i comportamenti assistenziali in tutte le strutture, pubbliche e private accreditate. Inoltre considerato il ricorso eccessivo al Taglio Cesareo che nonostante rappresenti uno degli interventi assistenziali più efficaci nella riduzione della mortalità materna e perinatale, negli ultimi 60 anni si è assistito ad un ricorso inappropriato a tale pratica, responsabile di oltre sei milioni di interventi stimati a livello globale come privi di adeguata indicazione medica. Non esistono prove di efficacia sui benefici legati al cesareo senza indicazioni cliniche e, al contrario, sono molti gli studi che ne evidenziano le possibili complicanze a breve e lungo termine. Dati nazionali mostrano anche una ridotta mortalità e morbosità materna e neonatale nelle regioni con tasso di TC inferiore alla media nazionale. Nella nostra Regione nell'anno 2019 si sono registrate 13355 nascite di queste 5.135 sono avvenute mediante Taglio Cesareo.

La tabella sottostante riporta il numero totale dei parti per singolo punto nascita e (%) di T.C. con e senza complicanze

STRUTTURE PUBBLICHE	Tot. Parti	T.C. con complicanze	T.C. senza complicanze	(%) di T.C.
Casa di Cura Accreditata "Igreco ospedali riuniti ex sacro cuore"	695	5	290	42,4%
Ospedale Castrovillari	457	1	187	41,1%
Ospedale Corigliano	817	11	258	32,9%
Ospedale Cetraro	261	8	139	56,3%
Ospedale Crotone	1270	36	302	26,6%
Ospedale Lamezia terme	972	29	369	40,9%
Ospedale Vibo	779	26	306	42,6%
Ospedale Soverato	190	3	72	39,5%
Ospedale Locri	893	9	311	35,8%
Ospedale Polistena	906	12	371	42,3%
Ospedale Cosenza	1982	137	686	41,5%
Ospedale Catanzaro	1939	124	596	37,1%
Ospedale Reggio Calabria	2194	69	778	38,6%
Totale	13355	470	4665	38,5%

Approccio prospettico di Audit e Feedback: efficacia nel miglioramento della pratica dei servizi sanitari e nella riduzione del tasso di tagli cesarei

Al fine di ridurre la proporzione di tagli cesarei in Calabria è in itinere un progetto di ricerca in tutti i punti nascita che prevede interventi di Audit & Feedback (A&F). L'individuazione di attività di A&F di successo che possano facilitare o ostacolare la loro implementazione può aiutare gli operatori sanitari e i decisori a adottare o adattare gli interventi di A&F con sufficiente sicurezza per ottenere risultati positivi sull'erogazione dei servizi e sui risultati; l'approccio metodologico adottato dal progetto potrà fornire importanti informazioni sull'efficacia delle varie strategie di

A&F abbinate all'implementazione della classificazione di Robson per migliorare la pratica clinica e ridurre i cesarei inappropriati.

Allattamento al seno

La promozione della salute psico-fisica nei primi 1000 giorni di vita, compresi tra il concepimento e i primi due anni di età è raccomandata a livello internazionale anche al fine di contrastare precocemente le disuguaglianze di salute. In questa finestra temporale le azioni volte alla riduzione dell'esposizione a fattori di rischio e alla promozione di fattori protettivi sono in grado non solo di prevenire problemi di salute nel bambino, ma anche di favorire lo sviluppo delle sue potenzialità e influenzarne positivamente la salute in età adulta. La promozione dell'allattamento al seno, rientra tra i fattori protettivi e rappresenta un intervento di salute pubblica tra i più rilevanti in termini di efficacia e di rapporto costo/beneficio. Il Ministero della Salute, in conformità con le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda, come misura di prevenzione e di promozione della salute pubblica, che i bambini siano allattati esclusivamente al seno fino a sei mesi di età del bambino e di prolungare l'allattamento fino ai 2 anni e oltre (se desiderato dalla mamma e dal bambino), introducendo gradualmente cibi complementari.

Il Sistema di sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia monitora indicatori importanti del percorso nascita tra i quali l'allattamento.

I risultati dell'indagine 2018-2019 mostrano che in Calabria la percentuale di bambini allattati in maniera esclusiva a 4-5 mesi di età compiuta è risultata pari al 17,5% (valore significativamente inferiore alla media del 23,7% rilevata nelle 11 Regioni), mentre un 43,4% non riceve latte materno.

Screening oncologici

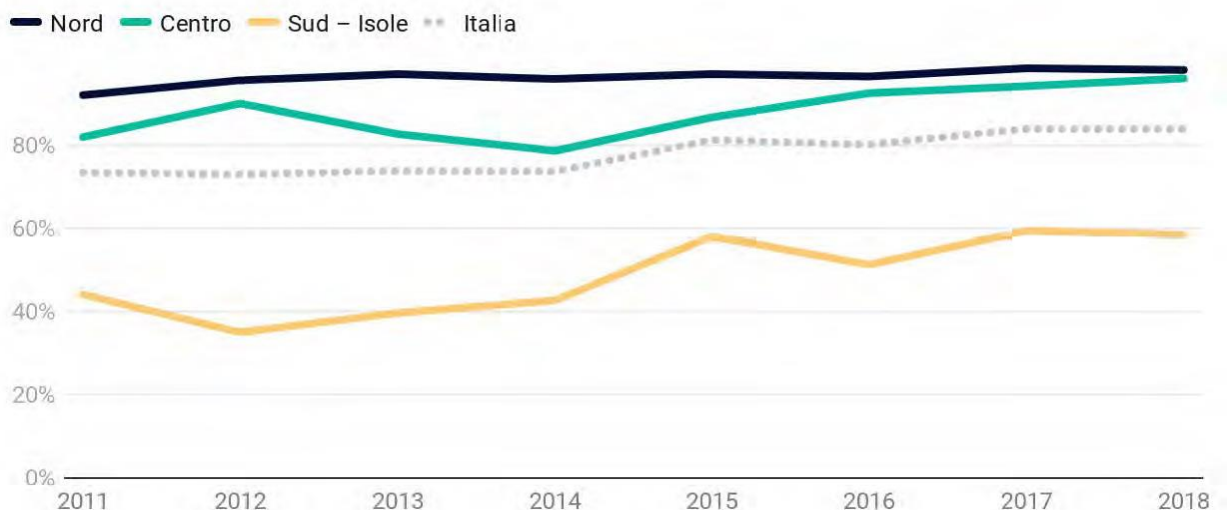
I dati presentati nel Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) 2019, si riferiscono all'attività svolta dai programmi di screening nel 2018 e ci dicono che, nonostante tutto, continuano leggeri i progressi nello sviluppo dei programmi organizzati, anche se si conferma un divario fra Centro, Nord e Sud.

Nel dettaglio si evidenziano i dati dei programmi nel 2018 analizzando e l'andamento temporale dal 2011 al 2018 della copertura degli inviti suddivisa per macroaree. Per copertura degli inviti intendiamo la percentuale di persone della popolazione target annuale invitate nell'anno in questione.

Screening mammografico

La figura 1 riporta i dati dell'estensione effettiva (corretta per inviti inesitati ed esclusioni pre-invito) nella fascia di età 50-69 fra il 2008-2018 in Italia e nelle tre macroaree. Come si può vedere, nel 2018 si conferma il valore di copertura (84%) raggiunto nel 2017 (3.364.979 inviti). La copertura è praticamente completa nell'Italia settentrionale e centrale (riguarda più di 98 donne su 100 al Nord, di 96 su 100 al Centro), mentre al Sud si attesta ferma a 59 donne su 100.

Figura 1. Estensione effettiva dello screening mammografico per area geografica (% di donne di età 50-69 che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dell'anno dal 2008 al 2018)



La tabella 4 presenta i dati per macroaree geografiche: Nord, Centro, Sud e Isole. Appare subito chiaro lo scollamento tra i risultati del Nord e Centro Italia e quelli delle zone meridionali e insulari. Il divario riguarda sia il numero di inviti (nel Sud l'attivazione dei programmi è molto più recente e incompleta rispetto al resto del Paese), sia la qualità degli indicatori presi in considerazione. Il problema dei tassi di richiamo elevati al di fuori dello standard sembra riguardare sia nell'ultimo biennio che nell'ultimo anno maggiormente le Regioni del Centro, anche se da un'analisi più dettagliata sembra comunque coinvolgere, seppure in misura diversa, tutto il territorio italiano.

Al Nord l'adesione sembra in lieve flessione nell'ultimo anno rispetto al biennio precedente.

Al Centro questo indicatore rimane costante nel periodo.

Al Sud nel 2018 si registra una leggera riduzione del tasso di adesione rispetto al biennio 2016-2017, con valori che non riescono mai a raggiungere la soglia di accettabilità.

Anche il tasso di identificazione dei tumori e la percentuale di donne con lesioni piccole sottoposte a trattamento chirurgico conservativo presentano un divario se si vanno a confrontare i dati del meridione con quelli delle aree del Centro-Nord.

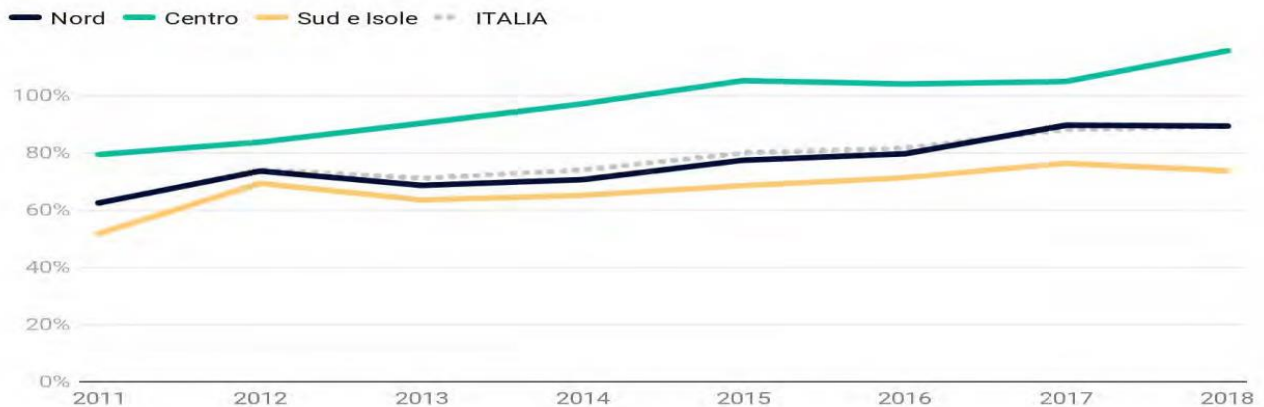
Tabella 4. Indicatori per macroaree: Nord, Centro e Sud Italia.

	Nord			Centro			Sud		
	2014-2015	2016-2017	2018	2014-2015	2016-2017	2018	2014-2015	2016-2017	2018
Numero totale di donne invitate	3273410	3438758	1763180	1292679	1524152	790517	1354718	1519391	811282
Numero di donne aderenti all'invito	2073320	2177363	1103599	726393	801926	416143	505648	626659	305541
Adesione all'invito	63%	63%	62%	56%	53%	53%	37%	41%	38%
Numero di donne esaminate nel periodo	2084726	2186504	1109087	719203	801940	416264	490926	552595	297500
proporzione di donne richiamate per approfondimenti	5.08	5.23	5.11	7.23	7.86	8.57	6.85	6.91	7.63
Biopsie benigne	1231	1241	572	461	482	271	182	262	193
Tasso di identificazione dei carcinomi	5.12	4.99	4.96	4.36	4.66	4.3	3.63	3.15	2.52
Tasso di identificazione dei carcinomi invasivi ≤ 10 mm	1.51	1.52	1.49	1.39	1.59	1.41	0.89	0.82	0.86
Percentuale di trattamento chirurgico conservativo nei tumori invasivi ≤ 2 cm	87.59	83.75	86.73	90.98	91.18	89.82	58.06	70.45	49.27

Screening cervicale

La figura 3 riporta l'andamento della copertura degli inviti per lo screening cervicale. In questo caso è evidente e omogeneo in tutte le aree l'aumento costante della copertura nel periodo preso in esame. Nel 2018, nonostante il lieve calo del numero di inviti migliora, anche se di poco, il livello di copertura (89%). Questo effetto è dovuto al fatto che sono aumentati gli inviti a test Hpv (1.499.210) e contemporaneamente diminuiti quelli a Pap test (2.453.583). Come nell'anno precedente si è tenuto conto del diverso intervallo previsto per il test Hpv (5 anni) rispetto al Pap test (3 anni).

Figura 3. Estensione effettiva dello screening cervicale (% delle donne fra 25 e 64 anni di età che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dell'anno, dal 2011 al 2018)



Quando consideriamo la suddivisione per area geografica (Tabella 4), anche nel 2018 l'adesione all'invito, seppur in aumento, è stabilmente più bassa al Sud che al Nord e al Centro. Al Sud si mantiene inferiore il tasso di identificazione di lesioni con istologia CIN2 o più grave, mentre la proporzione di donne inviate in colposcopia è simile; anche la probabilità che una donna inviata in colposcopia abbia effettivamente una lesione che richiede un trattamento si mantiene inferiore, ed è ancora necessario eseguire un maggior numero di colposcopie per identificare una di queste lesioni.

Tabella 4. Principali indicatori per area geografica*

	Nord			Centro			Sud e Isole		
	2012 2014	2015 2017	2018	2012 2014	2015 2017	2018	2012 2014	2015 2017	2018
Proporzione di donne che hanno aderito all'invito	49,40%	51,00%	45,80%	38,90%	37,40%	33,80%	26,60%	28,00%	27,50%
Proporzione di Pap test inadeguati	2,7%	3,0%	3,1%	2,4%	1,9%	2,2%	3,9%	4,0%	4,4%
Proporzione di donne inviate in colposcopia per qualsiasi causa	2,5%	3,1%	4,0%	2,3%	2,9%	3,2%	2,7%	2,8%	3,2%
Probabilità di avere una lesione con istologia CIN2 o più grave (CIN2+) tra le donne che hanno fatto una colposcopia per citologia ASCUS o più grave	16,8%	17,0%	18,7%	19,3%	18,5%	15,9%	10,2%	10,0%	13,8%
Numero di colposcopie necessarie per individuare la presenza di una lesione con istologia CIN2+	5,9	5,8	5,3	5,1	5,4	6,3	9,8	7,2	7,3
Lesioni con istologia CIN2+ individuate ogni 1000 donne che hanno fatto lo screening	3,7	4,6	5,6	3,8	4,8	4,4	2,2	2,3	3,1

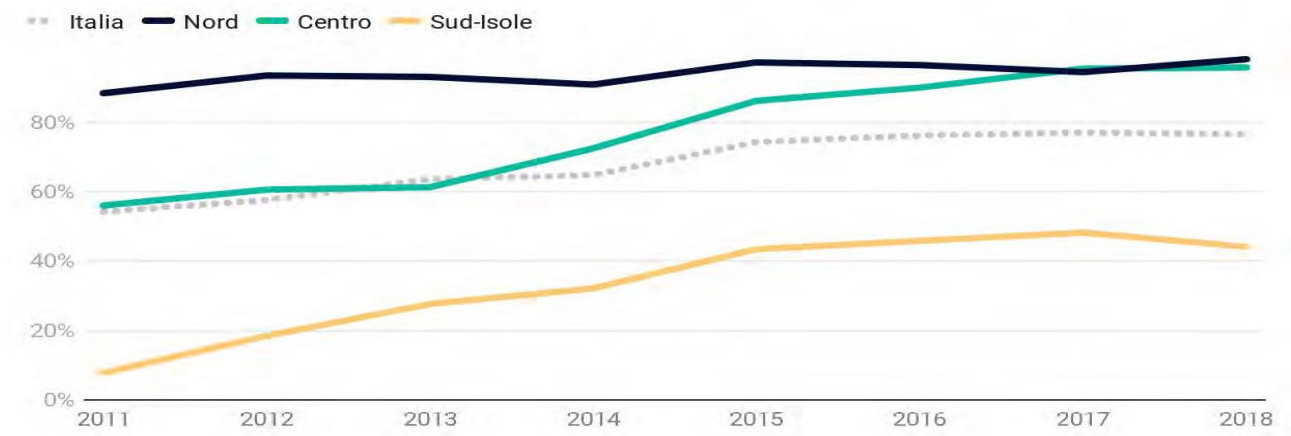
Screening coloretale

Nel 2018 sono stati invitati quasi 6 milioni di cittadini (5.939.182) di età compresa tra i 50 e i 69 anni a eseguire il test per la ricerca del sangue occulto (Sof) e 68.893 soggetti di 58 anni ad eseguire la rettosigmoidoscopia come test di screening. Inoltre sono stati invitati a eseguire il Sof altri 214.679 di età compresa fra i 70 e i 74 anni in particolare nelle Regioni Lazio e Umbria. Lo screening coloretale, infatti, prevede in quasi tutta l'Italia la ricerca del sangue occulto nelle feci, mentre il Piemonte propone la rettosigmoidoscopia una volta nella vita a 58 anni di età e la ricerca del sangue occulto per coloro che non accettano l'esame endoscopico.

La figura 2 riporta l'andamento della copertura dal 2011 al 2018 complessivamente e per le tre macroaree. Negli ultimi anni il Centro ha raggiunto il Nord, mentre il Sud non mostra miglioramenti significativi.

Si può vedere che al Nord e Centro siamo vicini alla copertura completa (97% Nord, 96% Centro). Al Sud invece si copre solo il 44%, in lieve calo rispetto al 2017.

Figura 2. Estensione effettiva dello screening coloretale per area geografica (% di persone di età 50-69 che ricevono la lettera di invito alla popolazione target dell'anno- dal 2011 al 2018)



L'adesione all'invito è risultata prossima al 43%. Questo dato, che rappresenta il valore medio nazionale, si compone di valori estremamente differenti che caratterizzano le macroaree geografiche. Come riporta la tabella 4, infatti, l'adesione all'invito è maggiore al Nord (50%), intermedia al Centro (36%) e inferiore al Sud (31%).

Tabella 4. Outcome dei programmi con ricerca del sangue occulto fecale per macroarea 2012-2018. Età 50-69 anni.

	Nord				Centro				Sud - Isole			
	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018
Adesione all'invito	52.0%	51.7%	51.6%	50.4%	39.2%	36.9%	35.0%	36.0%	29.6%	25.5%	23.4%	31%
Proporzione di persone con test positivo	4.4%	4.6%	4.6%	4.4%	4.9%	5.2%	5.1%	4.7%	6.1%	6.5%	6.7%	5.7%
Tasso di identificazione dei carcinomi	1.3%	1.1%	1.0%	1.0%	1.5%	1.8%	1.6%	1.2%	2.4%	2.0%	1.7%	2.0%
Tasso di identificazione degli adenomi avanzati	7.7%	7.6%	6.9%	6.6%	7.8%	9.5%	9.1%	7.1%	7.2%	7.4%	6.0%	5.8%

Sulla base dei **dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi**, si stima che in Italia nel 2016-2018 il 75% delle donne 50-69enni abbia eseguito una **mammografia** preventiva nel corso dei precedenti due anni. La copertura complessiva all'esame raggiunge valori più alti al Nord (84%) e al Centro (81%) ed è significativamente più bassa al Sud e nelle Isole (61%), con significative differenze a livello delle Regioni (range: 48% Campania - 88% P.A. Trento) (Figure 1 e 2).

Figura 1. Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni, Passi 2016-2018 (n. 20.168)

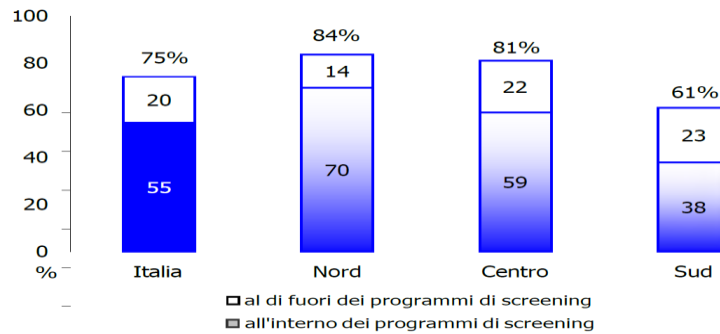
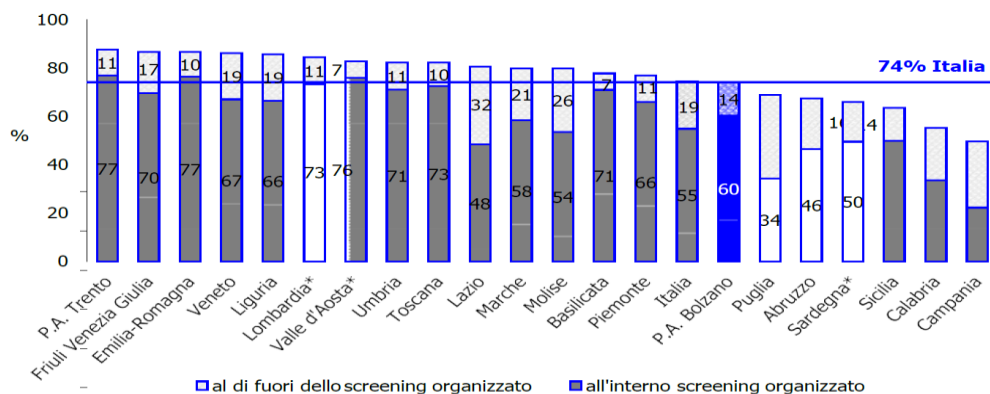


Figura 2. Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%) Donne 50-69enni Passi 2016-2018 (n. 20.168)



Figura 3. Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%) Donne 50-69enni. Passi 2016-2018 (n. 20.168)



Sulla base dei **dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi**, si stima che in Italia nel 2016-2018 quattro donne 25-64enni su cinque (80%) abbiano eseguito **un Pap test o un test dell'Hpv** preventivo entro i tempi raccomandati.

La copertura complessiva al test preventivo raggiunge valori elevati al Nord (87%) e al Centro (86%), mentre è più bassa al Sud (68%) (Figure 1 e 2). Tra le Regioni partecipanti al Passi sono presenti significative differenze (range: 61% Calabria - 90% P.A. Bolzano) (Figura 3).

Figura 1. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%). Passi 2016-2018 (n.36.321)

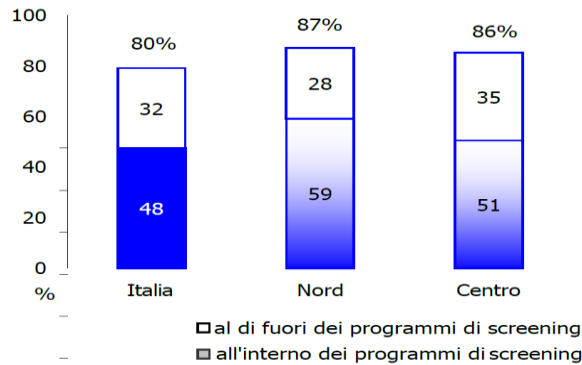
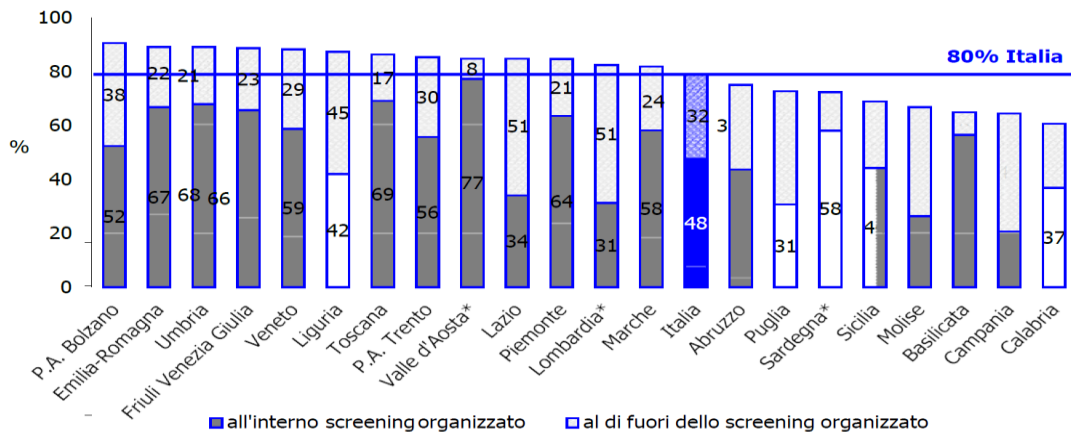


Figura 2. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%). Passi 2016-2018 (n.36.321)



Figura 3. Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%). Passi 2016-2018 (n.36.321)



Sulla base dei **dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi**, si stima che in Italia nel 2016-2018 il 47% delle persone intervistate nella fascia di età 50-69 anni abbia eseguito un esame a scopo preventivo per la **diagnosi precoce dei tumori del colon retto** sangue occulto negli ultimi 2 anni o colonscopia negli ultimi 5 anni.

La copertura per la diagnosi precoce dei tumori colorettali mostra un marcato gradiente geografico: 67% al Nord, 53% al Centro e 26% al Sud (Figure 1 e 2), con significative differenze regionali (range: 12% Puglia - 75% Lombardia).

Figura 1. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati (%). Persone 50-69enni. Passi 2016-2018 (n. 37.049)

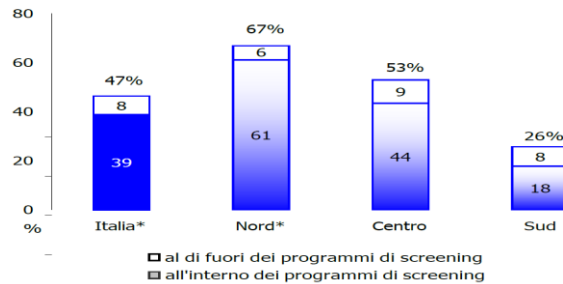
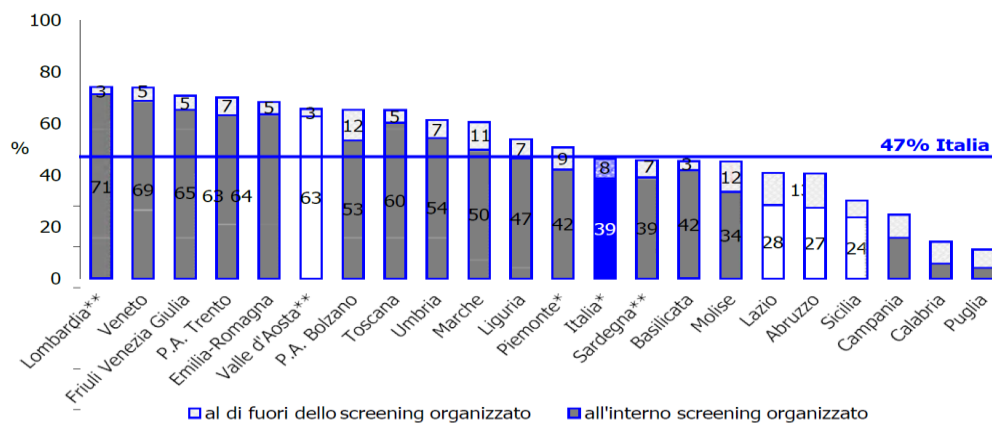


Figura 2. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati (%). Persone 50-69enni. Passi 2016-2018 (n. 37.049)



Figura 3. Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati (%). Persone 50-69enni Passi 2016-2018 (n. 37.049)



I dati PASSI 2016-2019 evidenziano che solo il 63% delle le donne calabresi, di età compresa fra i 25 e i 64 anni di età, si sottopone allo **screening cervicale (Pap-test o HPV test)** a scopo preventivo, vale a dire donne di 25-64 anni che effettuano lo screening per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina ogni tre anni, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali.

	Calabria	Italia
Copertura screening cervicale totale %	63,0	79,9
Copertura screening cervicale organizzato %	36,6	48,7
Copertura screening cervicale spontaneo %	24,0	30,8

Solo 4 donne su dieci hanno ricevuto la lettera da parte dei programmi organizzati di screening (67,2% pool Asp), il 37% non esegue il test secondo le linee guida (19,7% pool di Asp), il 25% delle donne interviste non ha mai fatto il test (11% pool di Asp), tra i motivi della non effettuazione del test il 35% pensa di non averne bisogno (24,4% pool di Asp).

Tra le donne che eseguono lo screening prevalgono le donne di 35-64 anni di età, coniugate/conviventi, che non riferiscono difficoltà economiche, e le donne che hanno ricevuto più informazioni (lettera e consiglio).

In Calabria solo il 57,9% delle donne fra i 50 e i 69 anni si sottopone allo **screening mammografico** a scopo preventivo, all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali (che suggeriscono alle donne di questa classe di età di sottoporsi a mammografia ogni due anni per la diagnosi precoce del tumore al seno).

	Calabria	Italia
Copertura totale screening mammografico %	57,9	74,8
Copertura screening mammografico organizzato %	38,8	55,3
Copertura screening mammografico spontaneo %	22,0	19,1

Tre donne su dieci hanno ricevuto la lettera da parte dei programmi organizzati di screening (72,4%% pool Asp), il 42,8% non esegue il test secondo le linee guida (15,3% pool di Asp), il 20% delle donne interviste non ha mai fatto il test (10% pool di Asp), tra i motivi della non effettuazione del test il 27% pensa di non averne bisogno (20,6% pool di Asp).

In Calabria solo il 13,7% degli intervistati tra i 50 e i 69 anni ha effettuato lo screening **colorettale** a scopo preventivo, all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali e internazionali (che suggeriscono alle persone di questa classi di età di sottoporsi al test d screening per la diagnosi precoce del tumore del colon retto; il più utilizzato fra i test preventivi per la diagnosi precoce è la ricerca del sangue occulto nelle feci da ripetere ogni due anni)

	Calabria	Italia
Copertura screening coloretale totale	13,7	47,6
Copertura screening coloretale organizzato	5,5	39,6
Copertura screening coloretale spontaneo	7,4	7,4
Ricerca sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni	6,9	41,6

Solo tre intervistati su dieci riferiscono di avere ricevuto la lettera da parte dei programmi organizzati di screening (56,3% pool Asp), l'88% non ha mai fatto il test, il 41% pensa di non averne bisogno e il 33% riferisce di non avere fatto il test perché nessuno glielo ha consigliato. La copertura degli screenings evidenzia un chiaro gradiente Nord-Sud: la percentuale di popolazione target che si sottopone agli screenings è più elevata nelle regioni de centro nord rispetto alle Regioni meridionali.

Infatti nelle regioni meridionali si registrano le coperture più basse.

L'adesione è maggiore per i programmi organizzati rispetto allo screening spontaneo. Lo screening organizzato, offerto dalla ASL, si conferma uno strumento di riduzione delle disuguaglianze sociali di accesso alla prevenzione, in quanto rappresenta l'unica modalità per la gran parte delle donne meno istruite, con maggiori difficoltà economiche o straniere, di fare prevenzione attraverso la diagnosi precoce del tumore della cervice.

Per quanto riguarda gli interventi per migliorare l'adesione allo screening, quello più efficace sembrerebbe essere l'invito da parte della ASL, associato al consiglio ricevuto del proprio medico di fiducia o da un operatore sanitario.

Nella tabella seguente, per l'annualità del 2019, è riportato il numero degli assistiti che hanno avuto delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale (ASA) con Codice Esenzione:

D01 - attività di screening autorizzate dalla regione;

D02 - diagnosi precoce dei tumori-citologico;

D03 - diagnosi precoce dei tumori-mammografico;

D04 - diagnosi precoce dei tumori-colon-retto;

D05 - approfondimento diagnostico per diagnosi precoce del tumore della mammella.

2019						Totale N. Assistiti Prestazioni Specialistiche
Azienda Sanitaria	D01 - attività di screening autorizzate dalla regione	D02 - diagnosi precoce dei tumori-citologico	D03 - diagnosi precoce dei tumori-mammografico	D04 - diagnosi precoce dei tumori-colon-retto	D05 - approfondimento diagnostico per diagnosi precoce del tumore della mammella	
A.O. MATER DOMINI CATTANZARO (180914)		2	344	159	45	550
A.S.P. CATANZARO (180203)	7	755	1.832	51	15	2.660
A.S.P. COSENZA (180201)	93	3.800	6.782	305	1.320	12.300
A.S.P. CROTONE (180202)	162	100	702	65	279	1.308
A.S.P. REGGIO CALABRIA (180205)	4	503	570	117	27	1.221
A.S.P. VIBO VALENTIA (180204)	11	266	430	24	12	743
AZIENDA OSP. BIANCHI-MELACRINO-MORELLI (180915)	26	192	923	66	105	1.312
AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA (180912)	13	432	1.232	86	217	1.980
AZIENDA OSPEDALIERA PUGLIESE DE LELLIS (180913)	7	2.546	2.692	304	38	5.587
INRCA (180916)	1		109	1	8	119
TOTALE	324	8.596	15.616	1.178	2.066	27.780

Nel 2019 la situazione degli screening relativamente alla copertura della popolazione (percentuale di persone che hanno effettuato un test all'interno del programma di screening organizzato) dai dati rilevati in Regione era la seguente:

- screening del cancro della cervice uterina: sono stati effettuati 13.493 inviti per HPV e 57.298 per PAP test, con un'estensione, su base annua, rispettivamente del 12% e del 15% e con un'adesione, su base annua, rispettivamente del 30% e del 32%;
- screening del cancro della mammella: sono stati effettuati 22.574 inviti con un'estensione, su base annua, del 22,94% e un'adesione del 40,70%.
- screening del cancro del colon retto: sono stati effettuati 32.609 inviti con un'estensione, su base annua, del 17% e un'adesione del 20,3%.

In conclusione, tutti i programmi di screening oncologici hanno raggiunto in Calabria coperture di gran lunga inferiori alla maggior parte delle Regioni italiane.

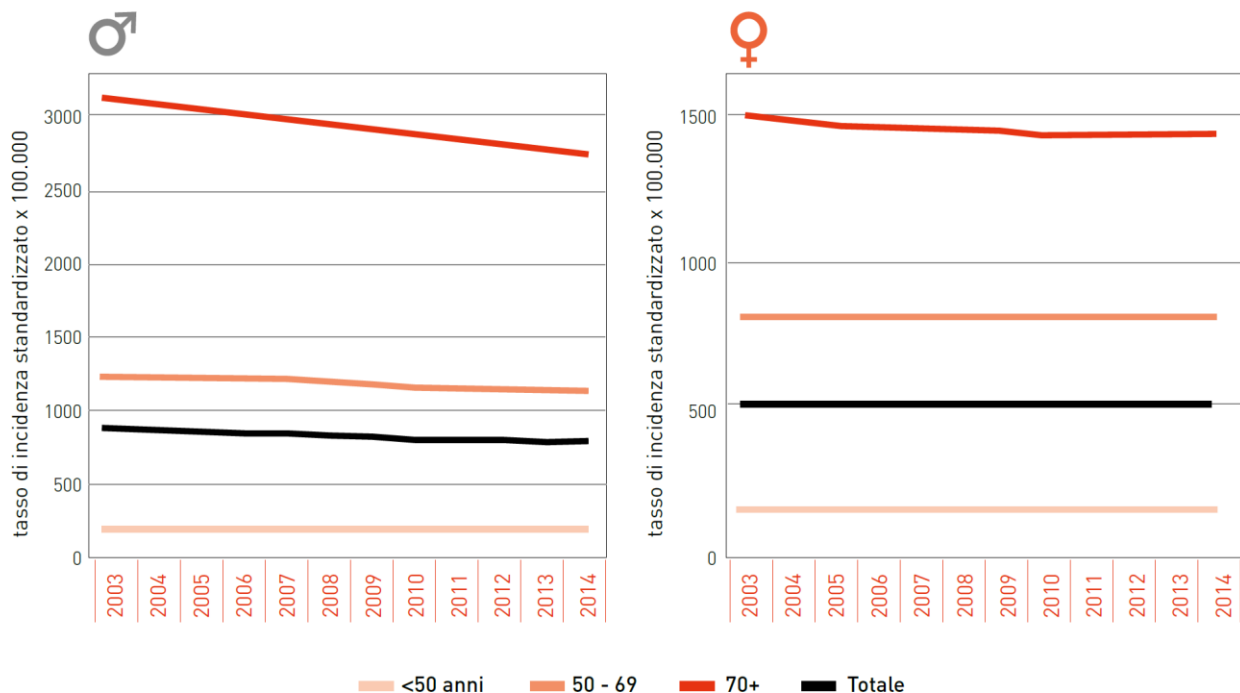
Le ragioni di questa differenza sono per lo più ascrivibili a motivi organizzativi e gestionali, in particolare alla insufficiente estensione degli inviti.

La comunicazione, che riveste un ruolo decisivo per incentivare la popolazione a ricorrere ai programmi di screening, deve essere incentrata su interventi di provata efficacia affidati ai professionisti della comunicazione.

I tumori

In Italia l'incidenza dei tumori è in calo sia negli uomini che nelle donne.

In particolare tra gli uomini, l'incidenza di tutti i tumori ha mostrato nel periodo 2003-2014 un calo significativo (-0,9% l'anno), con una riduzione maggiore nel Nord-Ovest (-1,3% l'anno) e nel Nord-Est (dal 2006: -2,0% l'anno) rispetto alle aree centrali (-0,7% l'anno) e del Sud (-0,4% l'anno). Negli uomini di età inferiore ai 50 anni, i tassi sono significativamente aumentati dello 0,5% annuo fino al 2008 e poi diminuiti sempre dello 0,5% annuo fino al 2014. Nella classe di età 50-69 anni gli andamenti in diminuzione non sono significativi. Negli uomini con almeno 70 anni si è registrata una diminuzione significativa di circa l'1,2% annuo per tutto il periodo. Figura 1 Tra le donne, nel complesso, è stata rilevata una riduzione debole ma significativa (-0,1% l'anno), con una diminuzione più marcata nel Nord-Ovest (-0,5% l'anno) mentre aumenta tra le donne del Sud (0,3% l'anno). Nella classe di età 50-69 anni i tassi sono sostanzialmente invariati. Nelle donne con almeno 70 anni si registra una diminuzione significativa dell'incidenza nel periodo 2003-2010 di circa lo 0,6% annuo, seguita da tassi sostanzialmente stazionari sino al 2014. Figura 1



Da "I numeri del cancro in Italia 2019",

La rete dei Registri Tumori AIRTUM si è sviluppata molto sul territorio nazionale arrivando a coprire, con i registri accreditati, oltre il 70% della popolazione italiana.

Le stime sui nuovi casi attesi nel 2019 anche per il livello regionale, così come sono fornite per l'Italia, sono altrettanto importanti per le singole regioni perché su questi ordini di grandezza vanno dimensionati i servizi diagnostici e terapeutici.

**Numero di nuovi casi tumorali,
totale e per alcune delle principali
sedi, stimati per il 2019**

Sede	Italia		Calabria	
	maschi	femmine	maschi	femmine
Vie aerodigestive superiori*	7.000	2.300	230	75
Esofago	1.500	500	50	15
Colon Retto**	27.000	22.000	900	700
Fegato	8.000	4.600	260	150
Colecisti vie biliari	2.400	3.000	80	100
Pancreas	6.800	6.700	220	215
Polmone	29.500	13.000	1.000	420
Osso	550	500	20	15
Melanomi	6.700	5.600	220	180
Mesotelioma	1.300	500	40	15
Kaposi	700	400	25	15
Tessuti molli	1.400	1.000	50	30
Mammella	500	53.000	20	1.700
Ovaio	-	5.300	-	170
Utero cervice	-	2.700	-	90
Utero corpo	-	8.700	-	280
Prostata	37.000	-	1.200	-
Testicolo	2.200	-	70	-
Rene, vie urinarie***	8.100	4.500	270	150
Vescica	24.000	5.700	780	180
SNC	3.100	3.200	100	100
Tiroide	3.200	9.000	100	300
LH	1.300	1.000	50	30
LNH	7.200	5.200	235	170
Mieloma	3.000	2.700	100	90
Leucemie	5.000	3.600	170	120
Tutte le sedi	196.000	175.000	6.400	5.600

*Comprende lingua, bocca, orofaringe, rinofaringe, ipofaringe, faringe NAS, laringe.

**Comprende colon e retto

***Comprende parenchima e pelvi e vie urinarie

Da "I numeri del cancro in Italia 2019", integrata con la stima regionale (popolazione residente da ISTAT – www.demo.istat.it)

Negli uomini i tassi di incidenza più elevati in Italia si registrano in Friuli Venezia Giulia (716 casi per 100.000 abitanti) e in Umbria (688 casi per 100.000 abitanti) mentre l'incidenza più bassa si registra in Calabria (559 casi per 100.000 abitanti). Nelle donne l'incidenza più alta si registra in Friuli Venezia Giulia (562 casi per 100.000) e Lombardia (535 per 100.000) mentre i valori più bassi si registrano in Calabria (408 casi per 100.000).

Il tumore della mammella presenta il tasso più elevato in Friuli (204 casi per 100.000 abitanti) ed il tasso più basso in Calabria (124 casi per 100.000 abitanti). I tumori del polmone mostrano l'incidenza più elevata negli uomini in Campania (112 casi per 100.000 abitanti) ma nelle donne è la Lombardia a far registrare l'incidenza più alta d'Italia (50 casi per 100.000 abitanti). Il tumore della prostata mostra l'incidenza più alta in Valle d'Aosta (159 casi per 100.000 abitanti) e la più bassa in Sicilia (86 casi per 100.000 abitanti). Per quanto riguarda i tumori del colon-

retto l'incidenza più elevatasi registra in Friuli Venezia Giulia sia negli uomini (127 casi per 100.000) che nelle donne (71 casi per 100.000) mentre la più bassa si registra in Valle d'Aosta negli uomini (65 casi per 100.000) e in Sardegna nelle donne (37 casi per 100.000).

		Stomaco		Colon-retto		Polmone		Cute (melanomi)		Mammella	Utero cervice	Prostata	Vescica			Tutti (no cute)	
		M	F	M	F	M	F	M	F	F	F	M	M	F	M	F	
NORD	Emilia Romagna	800	500	2000	1600	2250	1350	750	550	4500	200	2800	1800	500	15000	14500	
	Friuli Venezia Giulia	250	200	900	600	600	350	200	150	1450	70	1000	400	100	4800	4300	
	Liguria	250	150	950	800	1050	500	250	160	1650	100	1200	900	200	6300	5600	
	Lombardia	1600	1000	4100	3000	5000	2800	1100	1000	10000	550	6400	3300	1000	30000	30000	
	Piemonte	650	450	2200	1800	2700	1100	550	500	4400	250	3300	2300	500	16000	14000	
	Trentino Alto Adige	150	100	500	400	450	200	180	150	1000	<50	800	300	100	3700	3000	
	Valle d'Aosta	<50	<50	<50	<50	60	<50	<50	<50	150	<50	100	50	<50	400	300	
	Veneto	600	400	2100	1800	2050	1000	650	650	4900	250	3500	1800	480	17000	15000	
CENTRO	Lazio	750	450	2700	2500	3000	1150	650	470	4600	250	2800	2000	530	17500	17000	
	Marche	250	200	650	500	700	300	200	150	1300	70	900	550	110	6000	4800	
	Toscana	650	600	2000	1600	1800	850	600	500	3500	210	2900	1800	450	12900	12000	
	Umbria	200	150	450	400	450	200	150	150	800	<50	750	400	100	3500	2900	
SUD	Abruzzo	150	100	600	500	700	300	110	100	1000	50	700	650	140	4800	3500	
	Basilicata	100	50	250	200	260	50	<50	<50	380	<50	400	200	<50	1700	1400	
	Calabria	250	200	800	600	850	150	110	120	1300	<50	1100	650	120	5600	4500	
	Campania	600	450	2200	1600	3000	1100	600	500	4050	250	3000	2600	450	17500	15000	
	Molise	<50	<50	150	100	200	60	<50	<50	250	<50	150	150	<50	1300	700	
	Puglia	450	330	1800	1100	1650	510	350	250	3200	200	2300	1600	280	12000	9500	
	Sardegna	200	200	1000	500	700	200	60	50	1300	<50	1000	500	120	6000	4200	
	Sicilia	450	250	2100	1850	2100	950	250	250	3800	180	2100	2000	450	14000	13000	

TABELLA 1. Numero di nuovi tumori stimati per l'anno 2019 nelle singole Regioni italiane per le principali sedi tumorali, per il totale (esclusi gli epitelomi) e per sesso
Da "I numeri del cancro in Italia 2019",

La mortalità

La mortalità è il più solido degli indicatori epidemiologici e si presta bene a confronti geografici e temporali: i dati di mortalità vengono raccolti nei vari Paesi - in modo esaustivo, dettagliato per territorio e con una lunghissima serie storica - a cura degli Istituti di statistica che li codificano sulla base di regole internazionalmente accettate (International Classification of Diseases - ICD) che viene periodicamente aggiornata secondo le cosiddette "Revisioni".

La descrizione della mortalità rappresenta pertanto un elemento di grande importanza per la conoscenza dello stato di salute di una popolazione, alla base di analisi ulteriori: in primo luogo, l'analisi temporale e il confronto geografico della mortalità generale forniscono indicazioni utili sull'allungamento dell'aspettativa di vita delle popolazioni.

La mortalità fornisce indicazioni valide e importanti sullo stato di salute di una popolazione, che devono tuttavia tener conto delle caratteristiche delle diverse cause di morte. L'esame della mortalità per causa può fornire dunque indicazioni utili per la programmazione sia in termini di attivazione di strutture di cura sia per l'attuazione di adeguate misure di prevenzione.

In Italia, i dati di mortalità vengono rilevati e codificati ed elaborati dall'Istat, per fornire indicazioni e informazioni di salute pubblica alle istituzioni (centrali e locali), agli operatori sanitari e ai cittadini.

A livello di ASL sono istituiti (DPR 285/90) i Registri Nominativi delle Cause di Morte (ReNCaM), dal 2017 in Calabria è stato avviato il registro informatizzato regionale delle cause di morte a cui prendono parte le aziende sanitarie territoriali.

Il registro ha bisogno di un maggiore accuratezza e di un continuo rinforzo e aggiornamento del metodo di codifica a garanzia della qualità dei dati

Mortalità – Tassi standardizzati di mortalità – Anno 2017

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
ISTAT-HFA	Tasso mortalità generale per 10.000	105,91	106,85
ISTAT-HFA	Tasso mortalità standardizzato M per 10.000	109,19	104,28
ISTAT-HFA	Tasso mortalità standardizzato F per 10.000	75,11	71,48
ISTAT-HFA	Tasso standardizzato mortalità Sistema Circolatorio per 10.000 U	40,84	34,30
ISTAT-HFA	Tasso standardizzato mortalità Sistema Circolatorio per 10.000 D	32,85	25,90
ISTAT-HFA	Tasso standardizzato mortalità Tumori per 10.000 U	29,47	23,07
ISTAT-HFA	Tasso standardizzato mortalità Tumori per 10.000 D	16,18	19,35
ISTAT-HFA	Tasso di mortalità infantile per 10.000 U+D	40,82	27,55
ISTAT-HFA	Tasso di mortalità infantile per 10.000 U	109,19	104,28
ISTAT-HFA	Tasso di mortalità infantile per 10.000 D	75,11	71,48
ISTAT-HFA	Tasso di natimortalità per 10.000 U+D	27,47	27,61
ISTAT-HFA	Tasso di natimortalità per 10.000 U	29,88	27,75
ISTAT-HFA	Tasso di natimortalità per 10.000 D	24,93	27,47
ISTAT-HFA	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività 65 M	6,53	10,02
ISTAT-HFA	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività 65 F	6,74	9,33

L'analisi della **mortalità generale** (anno 2018 fonte dati I.Stat), sia in Italia che in Calabria, evidenzia, quale primo grande gruppo di causa di morte, le malattie del sistema circolatorio seguite dai tumori, dalle malattie dell'apparato respiratorio, dalle malattie endocrino nutrizionali e metaboliche, e dalle cause esterne di traumatismo e avvelenamento.

Le **cause specifiche di morte** più frequenti sono rappresentate:

per gli uomini dalle malattie ischemiche del cuore (T.Std. 11,4 per 10.000) seguite dalle malattie cerebrovascolari (T.Std. 8,3 per 10.000), dai tumori maligni di trachea, bronchi, polmoni (T.Std. 6,3 per 10.000), dalle malattie polmonari croniche ostruttive (T.Std. 5,2 per 10.000), dal diabete mellito (T.Std. 4,9 per 10.000) dai tumori maligni del colon retto (T.Std. 3,7 per 10.000); per le donne dalle malattie cerebrovascolari (T.Std. 7,7 per 10.000) seguiti dalle malattie ischemiche del cuore (T.Std. 6,1 per 10.000), dal diabete mellito (T.Std. 3,5 per 10.000), dai tumori maligni della mammella (T.Std. 2,7 per 10.000), dai tumori maligni del colon retto (T.Std. 1,9 per 10.000) e dalle malattie polmonari croniche ostruttive (T.Std. 2,2 per 10.000). In Calabria nel 2019 il numero dei morti nel 1° anno di vita (419) risulta essere il doppio rispetto al numero complessivo (278) registrato su tutto il territorio nazionale.

Le malattie croniche

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale; in Calabria le previsioni demografiche per i prossimi decenni indicano un aumento della componente anziana dal 21,6 nel 2019 al 25-26% nel 2030. Una delle conseguenze principali legate all'invecchiamento è il progressivo aumento delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT); malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, malattie muscolo-scheletriche e problemi di salute mentale rappresentano la principale causa di morte e di morbidità, nonché causa di perdita di anni di vita in buona salute, liberi da disabilità.

Spesso coesistono più patologie croniche nella stessa persona (co morbidità) con conseguenze importanti sia per l'esito di salute individuale che per il carico assistenziale sanitario e sociale della collettività.

Alla base delle MCNT sono spesso individuabili comportamenti ed abitudini a rischio, come consumo di alcool e tabacco, sovrappeso obesità, scarsa attività fisica; i sistemi di Sorveglianza Passi e Passi d'Argento forniscono informazioni utili per identificare gruppi di persone con maggiore necessità di assistenza e valutare l'efficacia delle strategie di prevenzione e promozione della salute messe in atto.

Dai dati PASSI 2016-2019 (Tab. 1) emerge che in Calabria il 17,9 % delle persone fra 18 e 69 anni riferisce almeno una diagnosi di MCNT, in Italia il 18,2%. La condizione di policronicità, ovvero la compresenza di due o più patologie croniche (fra quelle indagate) riguarda, in media, il 5,1 % della fascia di età 18-69 anni a fronte del 4,4 % dell'Italia (differenza statisticamente significativa).

Tabella 1. Malattie croniche in Calabria (18-65 anni)

	Calabria n = 4571			Italia n = 129970			
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Persone senza patologie croniche *	82.1	80.8	83.3	81.8	81.5	82.0	
Persone con almeno 1 patologia cronica *	17.9	16.7	19.2	18.2	18.0	18.5	
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità) *	5.1	4.4	5.9	4.4	4.2	4.5	

Nelle persone con almeno una patologia cronica (Fig. 1), tale condizione è più frequente al crescere dell'età (interessa il 32,4% delle persone fra 50 e 69 anni), tra le persone con molte difficoltà economiche (21,4 %), con basso livello di istruzione (41,5 %).

Nelle persone con più patologie croniche (Fig. 2) è più frequente all'aumentare dell'età (viene riferita dall'11,6% delle persone fra 50 e 69 anni), tra le persone con molte difficoltà economiche (6,1%) e tra coloro che hanno un basso livello di istruzione (16,7 %).

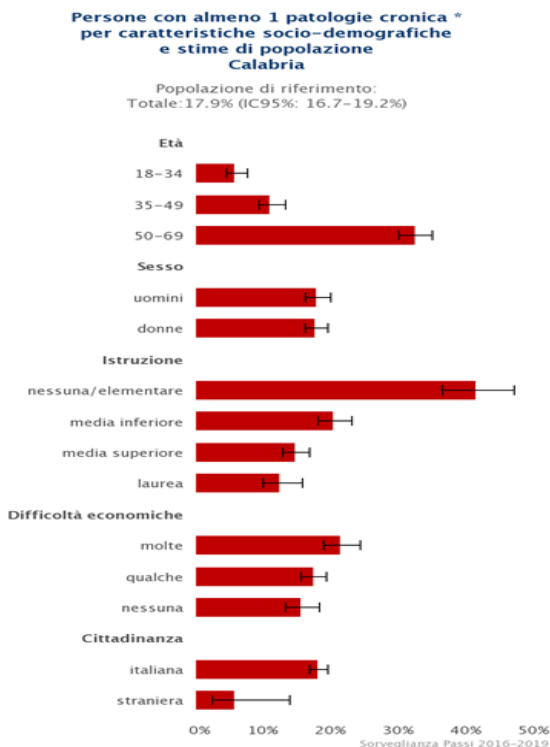


Figura 1

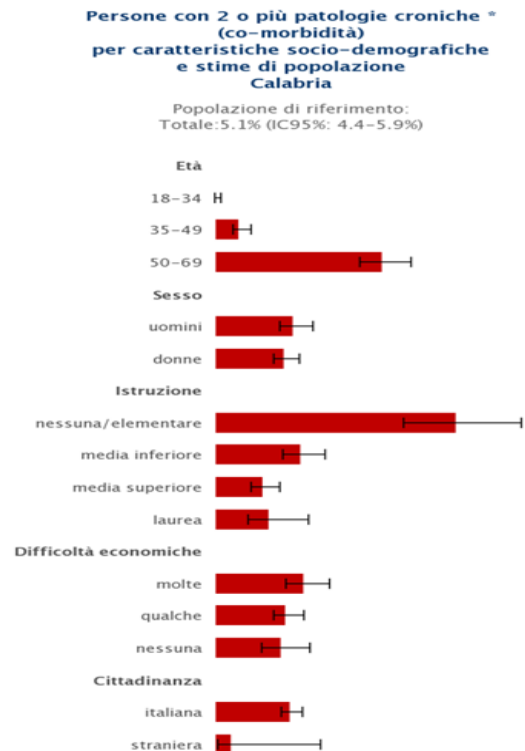


Figura 2

Le patologie croniche più frequentemente riferite in Calabria, fra i 18 e i 69 anni, sono le malattie respiratorie croniche (7,0 %), il diabete (5,3 %), i tumori (2,6 %), le malattie croniche del fegato (1,5 %), l'insufficienza renale (1,5%); in Italia, invece, le malattie respiratorie croniche (6,8 %), il diabete (4,7 %), i tumori (4.0 %), le cardiopatie (4,6%) le malattie croniche del fegato (1,3 %), l'insufficienza renale (1,1%).

I dati PASSI d'Argento raccolti nel quadriennio 2016-2019, mostrano che oltre sei persone con 65 anni e più su dieci riferiscono che, nel corso della vita, un medico ha diagnosticato loro una o più patologie tra le seguenti: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi.

Nella tabella 2 sono elencate le principali malattie croniche riferite dai soggetti con 65 anni e più in Calabria ed in Italia. Emerge che in Calabria il 63,7 % riferisce almeno una diagnosi di MCNT, in Italia il 60,9%. La condizione di policronicità, ovvero la compresenza di due o più patologie croniche (fra quelle indagate) riguarda in Calabria, in media, il 30,5 % a fronte del 25,7 % dell'Italia (differenza statisticamente significativa).

Tabella 2. Malattie croniche in Calabria (65 anni e più)

	Calabria n = 3551			Italia n = 56168			Valore più basso peggiore 25° percentile 75° percentile valore nazionale simile rispetto al valore nazionale Valore più alto migliore
	%	IC95% inf	IC95% sup	%	IC95% inf	IC95% sup	
Persone senza patologie croniche *	36.3	34.3	38.4	39.1	38.4	39.8	
Persone con almeno 1 patologie cronica *	63.7	61.6	65.7	60.9	60.2	61.6	
Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidità) *	30.5	28.6	32.5	25.7	25.1	26.3	

* Le patologie indagate sono le seguenti: Cardiopatie (Infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie o Altre malattie del cuore), Ictus o ischemia cerebrale, Tumori (comprese leucemie e linfomi), Malattie respiratorie croniche (Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), Diabete, Malattie croniche del fegato e/o cirrosi, Insufficienza renale

Sei persone su dieci riferiscono almeno una patologia cronica (Fig. 4). La condizione di policronicità (Fig. 5), ovvero la compresenza di due o più patologie croniche (fra quelle indagate), riguarda una persona con 65 anni e più su tre; è più frequente al crescere dell'età, tra le persone con basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche.

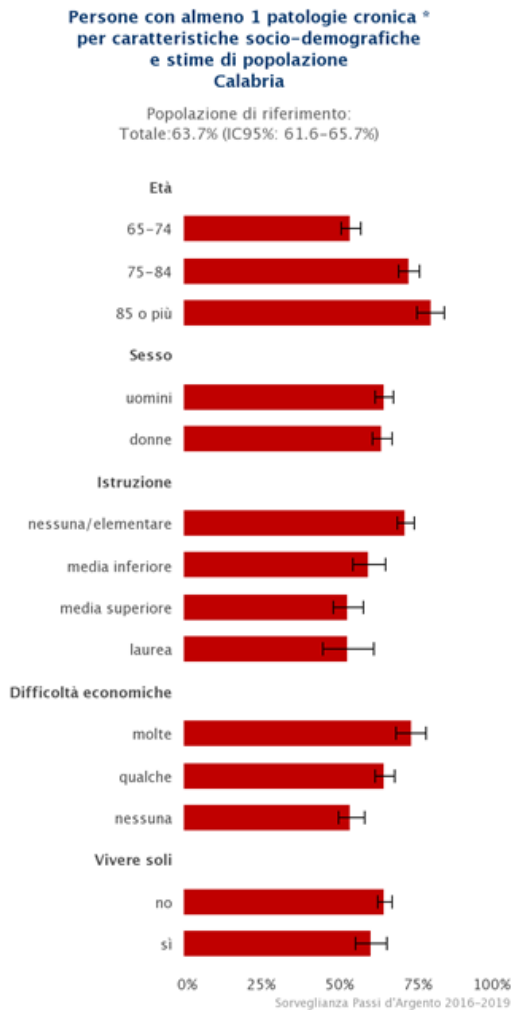


Figura 4

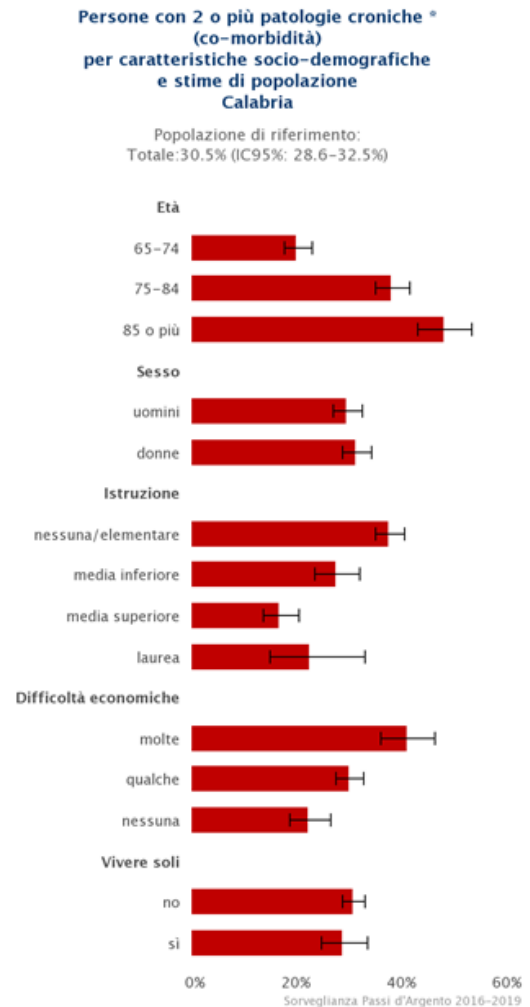


Figura 5

Malattie infettive

Lo stato emergenziale che ha fatto seguito alla diffusione pandemica del virus SARS-CoV-2 nel corso di tutto l'anno 2020 è una prova ulteriore del fatto che in una società globalizzata come quella odierna per contrastare efficacemente l'espansione di una malattia infettiva è necessario conoscere l'agente responsabile, la sua fenomenologia, i meccanismi di diffusione, l'evoluzione clinica, i fattori di rischio e i suoi determinati, in altre parole la sua epidemiologia.

Quanto viviamo dimostra, ancora una volta, che le malattie infettive, nonostante i notevoli progressi raggiunti in seguito al miglioramento delle condizioni igienico sanitarie nei paesi industrializzati, alla diffusione delle vaccinazioni e alla scoperta di farmaci sempre più efficaci, rappresentano ancora oggi una seria minaccia per la salute dell'individuo e della collettività.

Inoltre, i dati presenti in letteratura dimostrano che i tradizionali confini tra malattie infettive e non-infettive sono spesso sfumati e gli agenti patogeni trasmissibili possono giocare un ruolo non trascurabile nel determinismo di patologie cronico-degenerative.

Per questo tra le frontiere prossime per la Sanità Pubblica non possiamo assolutamente escludere quella rappresentata dalle malattie infettive e dalle diverse correlate problematiche relative alle malattie ri-emergenti (ad es. la tubercolosi) o provocate da patogeni emergenti (Coronavirus, Chikungunya, Dengue, Malattia neuro invasiva da West Nile Virus, Zika, ecc.) e/o dal palesarsi di nuovi agenti infettivi.

Conseguentemente per la comunità scientifica, le istituzioni politiche e gli altri stakeholder continua a rivestire un ruolo strategico l'impegno a migliorare nell'ambito delle malattie infettive le attività di sorveglianza epidemiologica da utilizzare nella pianificazione, implementazione e valutazione delle politiche di intervento sanitario :

- stimando l'incidenza e la prevalenza delle patologie infettive
- identificando i cluster e le aggregazioni spazio-temporali, oltre gli eventi epidemici
- definendo interventi di sanità pubblica e misurarne gli effetti
- individuando le patologie emergenti
- riducendo il rischio di introduzione o re-introduzione di malattie infettive anche eliminate o sotto controllo
- rilevando la distribuzione di fattori di rischio in modo da consentire analisi specifiche
- consentendo la prevenzione primaria e secondaria delle malattie infettive
- ridurre la morbosità e la mortalità per malattie infettive
- valutando l'effetto delle misure di prevenzione adottate
- attraverso la raccolta sistematica, l'analisi e l'interpretazione di dati specifici.

È dal 2012 che la regione Calabria, a conclusione dello specifico processo di revisione che l'ha vista coinvolta con le regioni Toscana e Piemonte, si avvale per il sistema di sorveglianza delle malattie trasmissibili della piattaforma web messa a punto e aggiornata dal Ministero della Salute presente nel NSIS.

La tabella che segue riepiloga le notifiche registrate e validate nell'ultimo quinquennio (2015-2019).

Tabella xx – Casi di malattie infettive notificati in Calabria nel periodo 2015-2019 (Fonte: NSIS – Malattie Trasmissibili).

Malattia	2015	2016	2017	2018	2019	Totale
VARICELLA	218	234	160	91	52	755
SCABBIA	144	132	92	154	48	570
TUBERCOLOSI	102	90	122	74	46	434
MORBILLO	3	89	65	202	9	368
SCARLATTINA	67	71	80	46	80	344
INFEZIONI DA SALMONELLA	32	29	24	21	21	127
INFLUENZA	25	7	2	42	31	107
EPATITE VIRALE A	9	5	70	17	3	104
RICKETTSIOSI DA ZECCHIE	16	21	11	20	7	75
FEBBRE DA CHIKUNGUNYA	0	0	64	1	0	65
MALATTIA BATTERICA INVASIVA	8	16	13	14	11	62
SIFILIDE	13	10	16	16	7	62
INFEZIONI, TOSSINFEZIONI DI ORIGINE ALIMENTARE	42	2	13	4	0	61
LEGIONELLOSI	10	18	10	6	17	61
PERTOSSE	1	10	11	15	7	44
MALARIA	16	2	9	4	5	36
BRUCELLOSI	10	9	7	4	2	32
EPATITE VIRALE B	8	6	11	4	2	31
PAROTITE EPIDEMICA	3	8	7	4	3	25
LEISHMANIOSI VISCERALE	1	4	2	6	7	20
EPATITE VIRALE C	2	12	2	3	0	19
ROSOLIA	9	1	3	4	0	17
FEBBRE TIFOIDE E PARATIFOIDE	0	4	3	2	4	13
LEISHMANIOSI CUTANEA	2	0	3	5	3	13
EPATITI VIRALI ACUTE ALTRE	2	4	1	0	2	9
TOXOPLASMOSI	4	2	2	1	0	9
TETANO	2	3	0	1	1	7
LISTERIOSI	2	0	1	1	2	6
ENCEFALITE VIRALE TRASMESSA DA ARTROPODI	0	2	1	1	0	4
MALATTIA DI LYME	0	0	0	4	0	4
BOTULISMO	2	0	1	0	0	3
HERPES ZOSTER	0	0	0	0	3	3
INFEZIONE INTESTINALE DA CAMPYLOBACTER	0	0	1	1	1	3
INFLUENZA AVIARIA	0	0	0	3	0	3
ALTRE MENINGITI VIRALI SPECIFICATE	0	1	0	0	1	2
DENGUE	0	1	0	0	1	2
ECHINOCOCCOSI	0	0	1	0	0	1
GIARDIASI	0	0	0	0	1	1
INFEZIONE GONOCOCCICA (BLENORRAGIA)	0	1	0	0	0	1
INFEZIONE INT.LE DA E.COLI PRODUTTORE DELLA SHIGA/VE...	0	0	0	0	1	1
LEBBRA	1	0	0	0	0	1
LEPTOSPIROSI	0	0	0	0	1	1
ROSOLIA CONGENITA	0	1	0	0	0	1
ROSOLIA IN GRAVIDANZA	0	1	0	0	0	1
SIFILIDE CONGENITA	0	0	0	0	1	1
Totale complessivo	754	796	808	771	380	3.509

HIV-AIDS

Il Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV e il Sistema di sorveglianza dei casi di AIDS costituiscono due basi di dati che vengono permanentemente aggiornate dall'afflusso continuo delle segnalazioni inviate al Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Gli ultimi dati pubblicati per la Calabria sono riportati nelle tabelle che seguono.

Tabella xx - Numero di nuove diagnosi di infezione da HIV in Calabria e incidenza per anno di diagnosi. Periodo 2015-2019 (Fonte: Sistema di Sorveglianza HIV nazionale).

	2015	2016	2017	2018	2019	Totale
Calabria	30	17	12	9	4	72
Italia	3.598	3.687	3.579	3.003	2.551	16.418
Incidenza per 100.000 residenti (calcolata sulla popolazione residente e anno diagnosi)						
Calabria	1,5	0,9	0,6	0,5	0,2	
Italia	5,9	6,1	5,9	5,0	4,2	

Tabella xx - Numero dei casi di AIDS in Calabria dall'inizio dell'epidemia, per provincia di segnalazione e di residenza e relativa incidenza nel periodo 2015-2019 (per 100.000 residenti) per provincia di residenza (calcolata sui casi diagnosticati nell'anno). (Fonte: Sistema di Sorveglianza HIV nazionale)

2015	Cosenza	Crotone	Catanzaro	Vibo V.	Reggio Cal.
Segnalazione	74	72	259	48	95
Residenza	146	123	200	53	163
Incidenza	0,3	0,0	0,5	3,7	0,0

2016	Cosenza	Crotone	Catanzaro	Vibo V.	Reggio Cal.
Segnalazione	74	73	262	48	95
Residenza	148	125	201	53	163
Incidenza	0,1	1,1	0,3	0,0	0,0

2017	Cosenza	Crotone	Catanzaro	Vibo V.	Reggio Cal.
Segnalazione	73	73	263	49	95
Residenza	151	126	201	55	164
Incidenza	0,3	0,6	0,0	1,2	0,2

2018	Cosenza	Crotone	Catanzaro	Vibo V.	Reggio Cal.
Segnalazione	73	73	365	49	96
Residenza	153	127	203	56	164
Incidenza	0,3	0,6	0,3	0,6	0,0

2019	Cosenza	Crotone	Catanzaro	Vibo V.	Reggio Cal.
Segnalazione	76	75	266	49	96
Residenza	154	128	204	60	164
Incidenza	0,0	0,6	0,3	2,5	0,0

La Pandemia Covid-19

COVID-19

Per tutto il mese di febbraio, all'indomani della dichiarazione dello stato di emergenza nazionale, la Regione Calabria, attraverso un primo gruppo operativo Dipartimento Salute-Protezione Civile, ha adottato tutte le misure di prevenzione e contenimento in conformità a quanto indicato dal Ministero della Salute e concordato in sede di Comitato Operativo nazionale di Protezione Civile. La lettura dei dati del presente documento, deve essere effettuata tenendo conto dell'evolversi della situazione nazionale e regionale e dei conseguenti provvedimenti "restrittivi" del Governo, per come integrati dalle Ordinanze della Presidente della Regione.

Se nel mese di febbraio, il controllo della temperatura corporea dei passeggeri presso gli aeroporti, ha rappresentato sostanzialmente uno dei principali sistemi per intercettare eventuali soggetti sintomatici, successive disposizioni hanno via via intensificato ed esteso a più largo raggio le azioni di prevenzione, contenimento e soppressione.

La possibilità di interloquire (ai fini della registrazione del proprio arrivo in regione) con il numero verde 800767676, appositamente attivato, poi integrato dalla compilazione della "scheda di censimento" on line (emergenzacovid.regione.calabria.it), ha fatto sì che per migliaia di persone rientrate in Calabria provenienti da "zone rosse" o comunque da altri territori extraregionali, i Dipartimenti di Prevenzione delle AASSPP potessero adottare prescrizioni di quarantena domiciliare e, se del caso, di isolamento, con la conseguente sorveglianza attiva (d'intesa con Medico di Medicina Generale -MMG/Pediatra di Libera Scelta-PLS), in grado di monitorare precocemente l'eventuale insorgenza di sintomatologia COVID-19 correlata. In questo contesto le Ordinanze della Presidente della Calabria 1/2020 del 27 febbraio, 3/2020 dell'8 marzo, 4/2020 del 10 marzo, 7/2020 del 14 marzo, 12/2020 del 20 marzo⁵² e 15/2020 del 22 marzo⁵³ (e quelle che hanno interessato anche specifici Comuni), determinando livelli sempre più cogenti di limitazione degli spostamenti nel territorio regionale, hanno potuto incidere sugli esiti (numero di soggetti contagiati, numero di ricoveri, numero di decessi) dell'espansione epidemica.

Con l'ordinanza n. 25/2020 le misure precedentemente adottate, sono state prorogate a tutto il 13 aprile 2020. A seguire, le misure di contenimento a livello regionale sono state ulteriormente prorogate al 3 maggio 2020 con l'Ordinanza n. 29/2020. Tale Ordinanza ha integrato le disposizioni di cui al DPCM 10 aprile 2020⁵⁶. L'Ordinanza ha incluso l'estensione a tutto il 26 aprile 2020 delle misure straordinarie di contenimento dell'epidemia in 10 Comuni definiti "zone rosse", ai quali si è aggiunto, fino al 3 maggio 2020, un undicesimo in data 14 aprile.

Successivamente, l'analisi della situazione epidemiologica in detti Comuni ha determinato l'emanazione dell'Ordinanza n. 34 del 24 aprile 2020 che, di fatto, ha riconosciuto necessario mantenere le misure solo su 4 degli 11 Comuni "zona rossa" fino alla data del 3 maggio.

Dopo quella data, nell'unico Comune in cui era stata confermata la zona rossa a tutto il 10 maggio, la situazione epidemiologica locale ha permesso di non procrastinare le restrizioni.

Con la nuova fase di crescita dei contagi, iniziata nel periodo estivo (agosto) e ritornata a livello esponenziale nel mese di ottobre, è stato necessario ripristinare il meccanismo dei provvedimenti di individuazione delle "zone rosse", unitamente a misure generalizzate sull'intero territorio regionale.

Nel loro complesso, le misure contenute nelle Ordinanze richiamate, rientrano tra quelle che la letteratura scientifica definisce, in modo collettivo, con l'acronimo "NPIs" (Non-Pharmaceutical Interventions) ⁷¹ e che rappresentano le misure di sanità pubblica – uniche attualmente a disposizione -- per mitigare, contenere e sopprimere la trasmissione della COVID-19⁷². Ciò in considerazione del fatto che si tratta di una malattia infettiva per la quale solo nel 2021 sarà

possibile disporre del vaccino e di cui non si conoscono ancora, in modo esaustivo, caratteristiche biologiche, di virulenza, variabilità e contagiosità.

Le NPIs, quali la limitazione della circolazione interregionale ed intercomunale degli individui, le misure di quarantena e isolamento, il distanziamento sociale interpersonale, i cambiamenti nel comportamento della popolazione, le misure di protezione e di igiene, contribuiscono a ridurre la diffusione dell'epidemia.

Alla data del 23 dicembre 2020 la situazione in Regione Calabria è riassunta nel cruscotto che segue.

Tamponi totali 422.145	Soggetti testati 405.918	Casi confermati 21.777	Isolati a domicilio 7.926	Ricoverati 297	Terapia intensiva 19	Guariti/dimessi 13.099	Deceduti 436
nuovi casi 284			casi attivi 8.242			casi chiusi 13.535	

Alla data dell'ultimo Report ufficiale prodotto dal Settore "Prevenzione e Sanità Pubblica" aggiornato all'8 novembre 2020 i dati salienti riguardanti l'epidemia sono riportati nella seguente tabella

Data	8/11/2020	25/10/2020	Differenze
totale test (tamponi rino-faringei)	298954*	257594*	+41000
soggetti sottoposti a test	295866*	255683*	+40183
casi Covid-19	7465*	3790*	+3675
casi Covid-19 ricoverati	233	106	+127
casi Covid-19 in terapia intensiva	16	10	+6
casi Covid-19 in isolamento domiciliare	4771	1897	+2874
Decessi in casi Covid-19	140*	106*	+34
Dimessi e guariti	2305*	1671*	+634
Casi attivi	5020	2013	+3007

**frequenze assolute cumulate*

E' evidentemente rilevante l'incremento nel numero di:

- nuovi casi confermati (+49,2%)
- casi attivi (+59,9%)
- isolati a domicilio (+60,2%)
- ricoverati in reparti area medica (+ 54,5%)
- ricoverati in terapia intensiva (+37,5%)
- deceduti (+24,3%)

Si è registrato un progressivo incremento nel numero dei nuovi soggetti contagiati.

In tale contesto è intervenuto il DPCM 3 novembre 2020 e la successiva Ordinanza del Ministro della Salute 4 novembre 2020, che hanno determinato la collocazione della Calabria tra le aree del territorio nazionale caratterizzate da uno scenario di massima gravità e da un livello di rischio alto.

La percentuale dei nuovi casi confermati sul totale dei soggetti sottoposti a test ha subito una notevole crescita dall'ultima decade di ottobre, attestandosi su valori di poco superiori all'11% nella giornata dell'8 novembre.

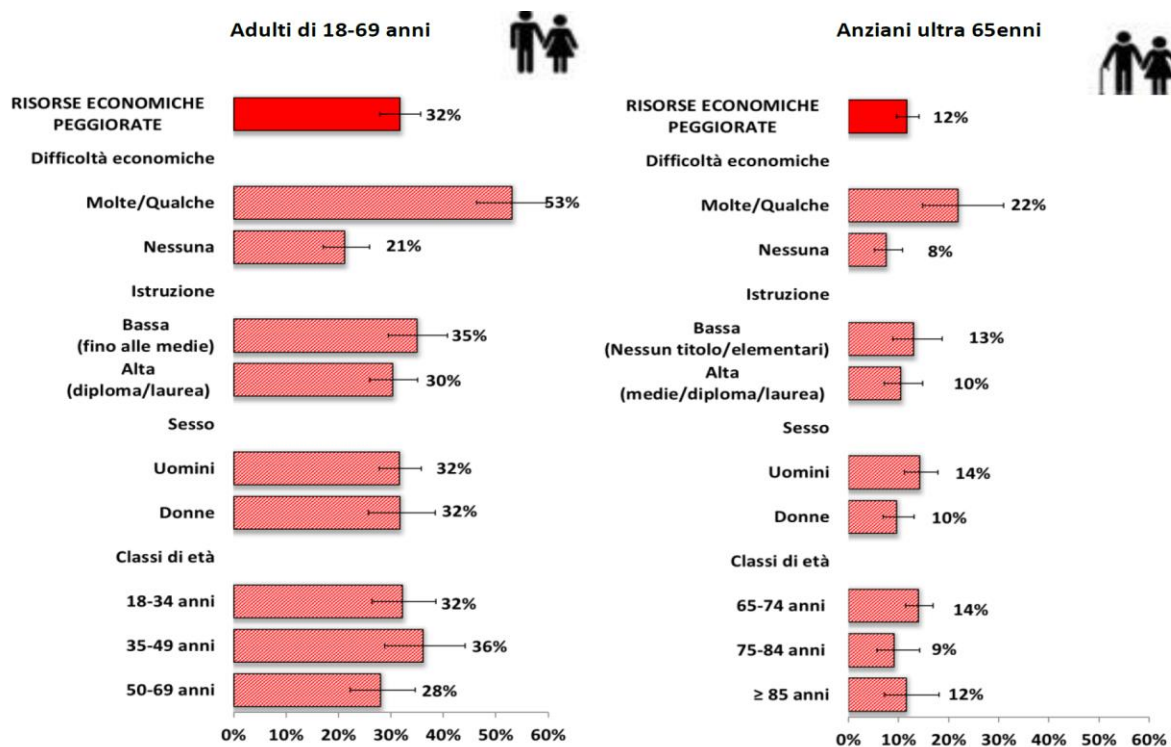
PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19 - Primo Report nazionale dal Modulo COVID - Dicembre 2020

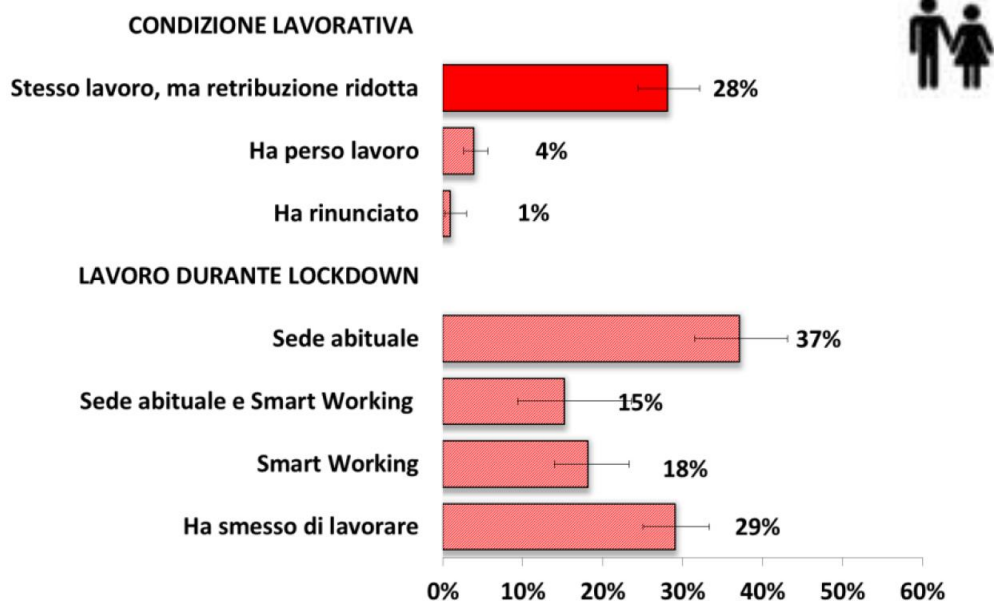
Gruppo Tecnico Nazionale PASSI e PASSI d'Argento "PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19. Primo Report nazionale dal Modulo COVID. Dicembre 2020". Istituto Superiore di Sanità, Roma

La pandemia COVID-19 ha investito la collettività su molteplici aspetti di vita e non solo relativi alla salute, ma anche economici, sociali e culturali. L'impatto della pandemia sulle condizioni economiche e lavorative, sullo stato emotivo e sulla domanda di cura della popolazione, la percezione del rischio del contagio e dei suoi esiti, la disponibilità a vaccinarsi contro Sars-CoV-2, l'uso delle mascherine, la fiducia dei cittadini nelle istituzioni, sono aspetti indagati in PASSI e PASSI d'Argento, a partire da agosto 2020, con un modulo dedicato al COVID-19, che integra la raccolta dati standard per il 2020 e il 2021.

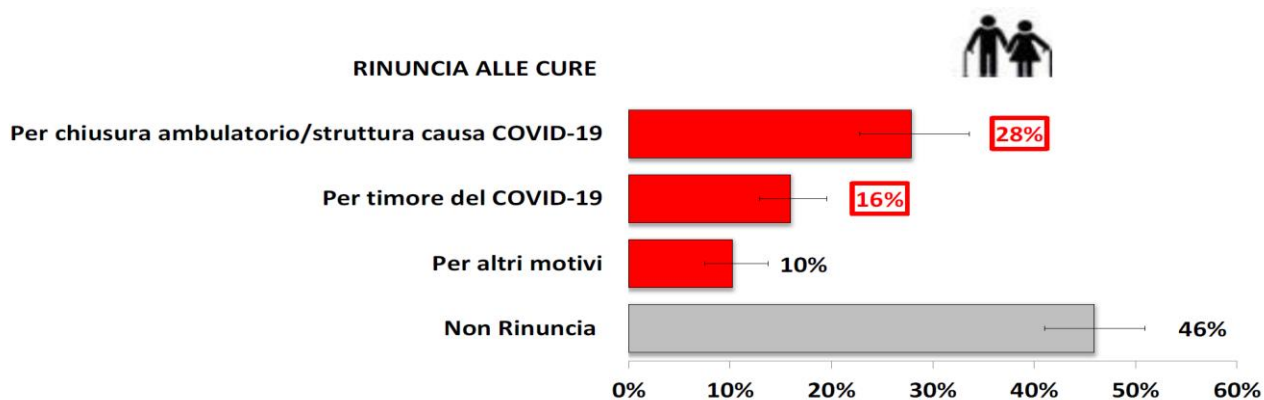
Nel report sono presentati i risultati preliminari su un campione di 2700 persone intervistate fra agosto e novembre 2020 nell'ambito dei sistemi di sorveglianza PASSI (dedicato agli adulti di 18-69 anni) e PASSI d'Argento (dedicato agli ultra 65enni) che raccolgono, in continuo, informazioni su salute e comportamenti associati alla salute nella popolazione residente in Italia.

Impatto sulle condizioni economiche e lavorative

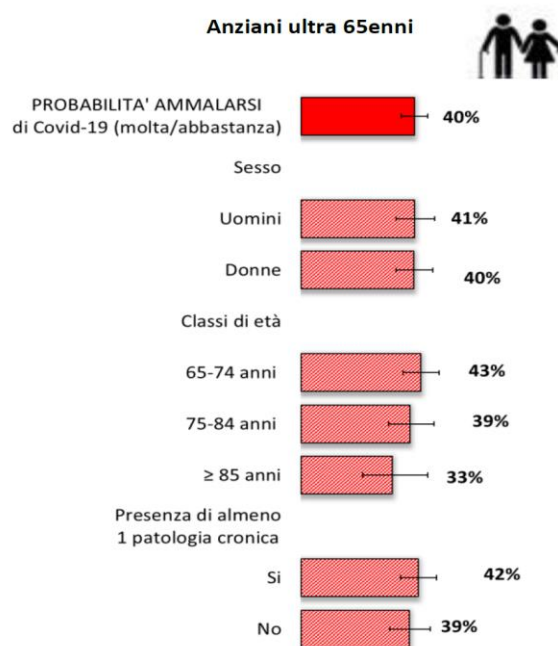
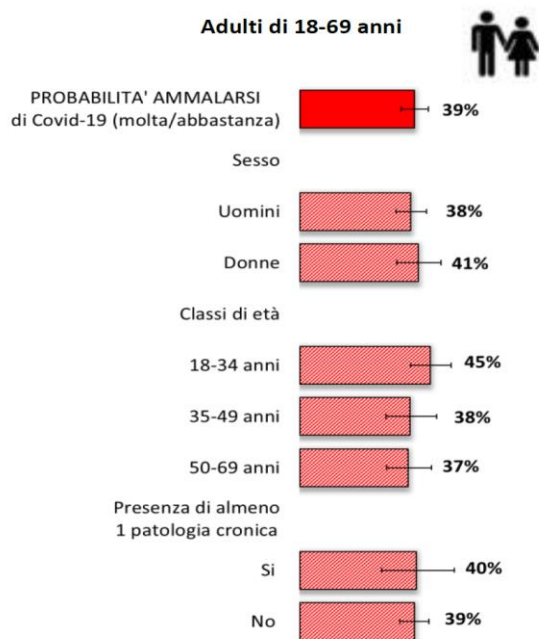




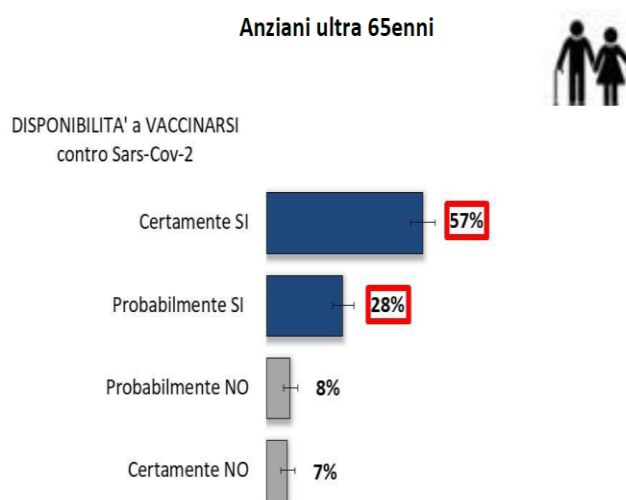
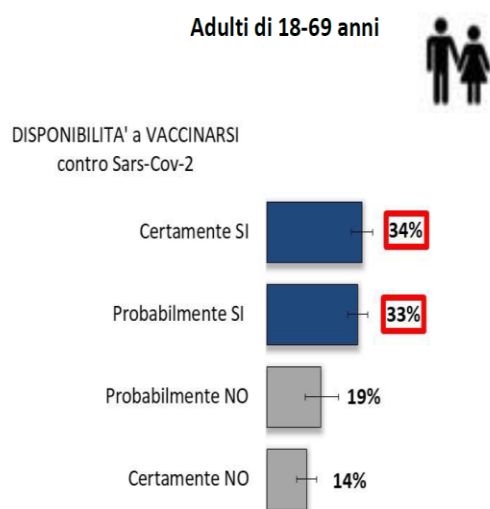
La rinuncia alle cure nell'anziano



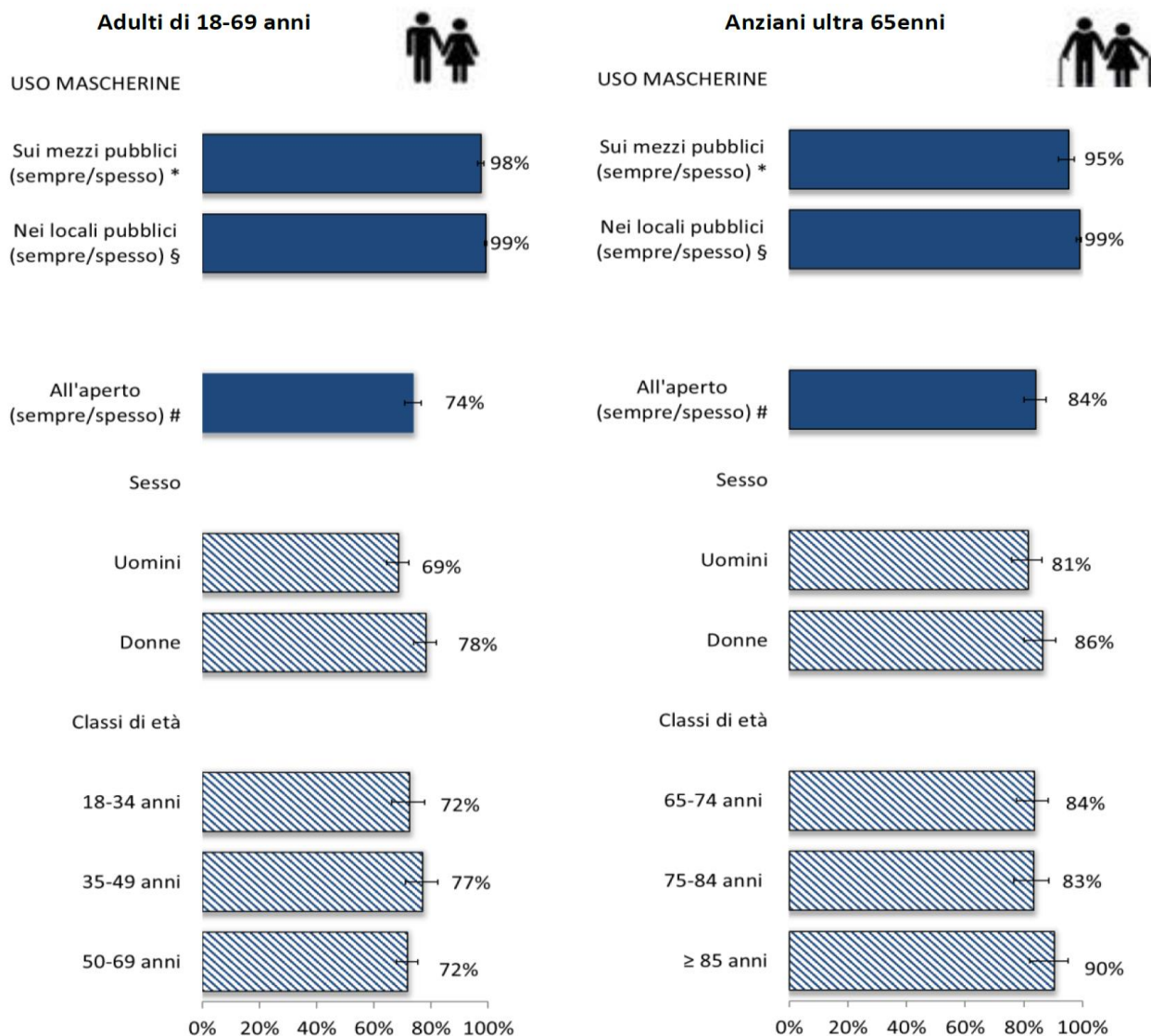
La percezione del rischio di contagio e di esito della malattia



La disponibilità a vaccinarsi contro Sars-CoV-2



L'uso delle mascherine

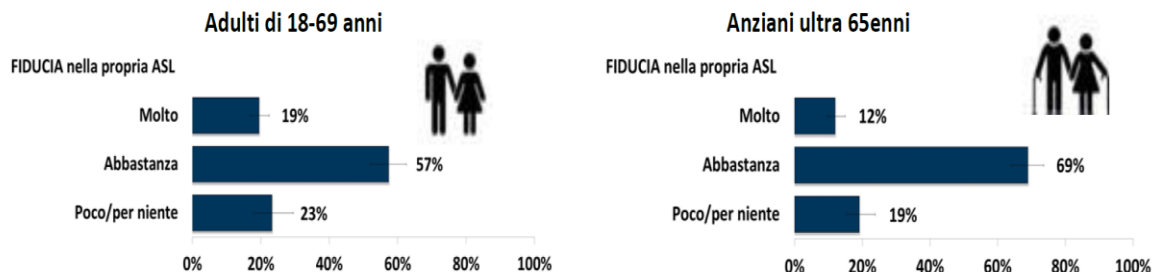


* Hanno fatto uso dei mezzi di trasporto pubblici solo 28% degli intervistati

§ Si sono recati presso locali pubblici il 99% degli intervistati

L'obbligo di indossare le mascherine all'aperto viene introdotto con il DPCM del 7 ottobre 2020, pertanto la gran parte delle interviste raccolte dall'agosto al 23 novembre 2020 danno conto per lo più del comportamento "spontaneo" dei cittadini, determinato dalle loro sensibilità. Si sono recati fuori casa il 99.5% degli intervistati.

La fiducia dei cittadini nella capacità della propria ASL di gestire l'epidemia



Attività vaccinale

Alcune malattie infettive presentano la caratteristica di poter essere prevenute, e uno degli interventi più efficaci e sicuri in Sanità Pubblica, per la loro prevenzione primaria, è rappresentato

dalla vaccinazione. Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019, recepito dalla Regione Calabria con DCA 81 del 9 Maggio 2017, costituisce il documento di riferimento in cui si riconosce, come priorità di sanità pubblica, la riduzione o l'eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l'individuazione di strategie efficaci e omogenee da implementare sull'intero territorio regionale. La Regione Calabria, già nel Maggio 2015, si è dotata di un proprio Calendario vaccinale che ha anticipato e, per qualche vaccinazione, implementato l'offerta vaccinale rispetto al successivo PNPV 2017/2019.

Coperture vaccinali per le vaccinazioni previste dal PNPV 2017-2019

Nella tabella sottostante sono riportate le coperture per ogni singolo vaccino dell'età pediatrica relative al 2019 (coorte 2017) a 24 mesi per 100 abitanti, al 31/12/2019. Fonte dati: Ministero della Salute

Vaccino	Calabria	Italia
Antipolio^(a)	96,04%	95,01%
D^(a)	96,04%	94,99%
T^(a)	96,04%	95,00%
P^(a)	96,04%	94,99%
Antiepatite B^(a)	96,04%	94,93%
Hib^(b)	96,04%	94,89%
Morbillo	93,08%	94,49%
Parotite	93,08%	94,44%
Rosolia	93,08%	94,47%
Varicella	69,68%	90,50%

Legge 73 sull'obbligo vaccinale

Al fine di contrastare il **calo delle vaccinazioni**, in atto dal 2013 su tutto il territorio nazionale, che ha determinato una copertura vaccinale media nel nostro Paese al di sotto del 95%, nel 2017 è stata introdotta la Legge 73 sull'obbligo vaccinale. La suddetta legge prevede le seguenti vaccinazioni obbligatorie per i minori di età compresa tra zero e sedici anni e per i minori stranieri non accompagnati: anti-poliomielitica - anti-difterica - anti-tetanica - anti-epatite B - anti-per-tosse - anti-*Haemophilus influenzae* tipo b - anti-morbillo - anti-rosolia - anti-parotite - anti-varicella.

La legge sull'obbligo vaccinale ha consentito di migliorare i tassi di copertura per tutte le vaccinazioni previste nella fascia d'età 0-16, in particolare per quella MPRV. La tabella sottostante dimostra la differenza tra la percentuale di copertura vaccinale a 24 mesi anno 2019 rispetto al 2016 in Calabria.

Vaccino	2019	2016
Morbillo	93,08%	86,49%
Parotite	93,08%	86,49%
Rosolia	93,08%	86,49%
Varicella	69,68%	64,47%

Per quanto attiene alla copertura vaccinale delle donne in età fertile (18-49 anni), lo studio Passi Calabria 2016-2019 ha evidenziato che il 36% risulta immune alla **rosolia** per aver praticato la vaccinazione. Oltre il 50% delle donne calabresi in età fertile risulta pertanto potenzialmente suscettibile alla rosolia o non consapevole del proprio stato immunitario, contro il 40 % delle italiane.

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
PASSI	Donne in età fertile vaccinate per la rosolia contro la rosolia (%)	36%	44,3%

PASSI

Donne di 18-49 anni suscettibili alla rosolia o non consapevoli del proprio stato immunitario (%)

51%

39,3%

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un mezzo efficace e sicuro per prevenire la malattia e le sue complicanze. L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica quale obiettivo primario della vaccinazione antinfluenzale la prevenzione delle forme gravi e complicate di influenza e la riduzione della mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave: una strategia vaccinale basata su questi presupposti presenta un favorevole rapporto costo-beneficio e costo-efficacia.

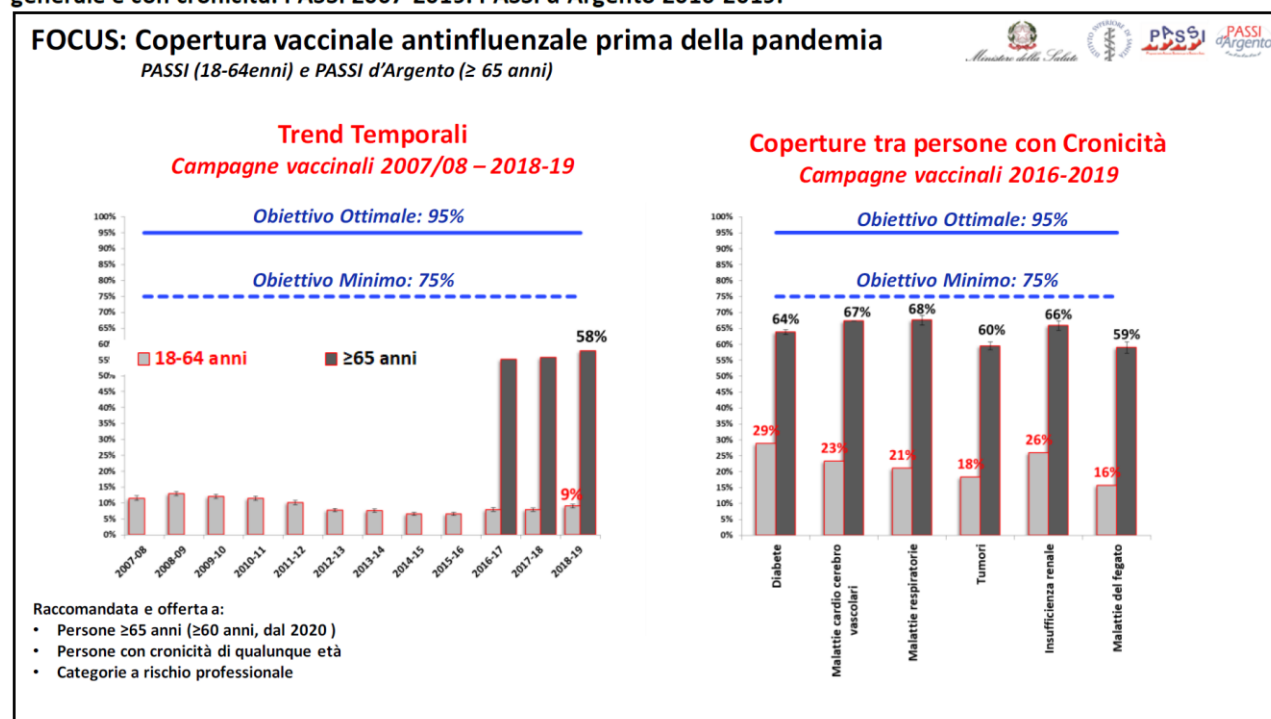
Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze, nonché l'eccesso di mortalità, è necessario raggiungere coperture elevate nei gruppi di popolazione target della vaccinazione, in particolare nei soggetti ad alto rischio di tutte le età. Gli obiettivi di copertura per tutti i gruppi target stabiliti nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, sono: il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale.

La copertura vaccinale negli ultra65enni in Calabria, nella stagione 2018-2019, è stata pari al 61,8% versus il 54,6% della media nazionale.

La copertura assicurata nelle persone al di sotto dei 64 anni affette da almeno una patologia cronica risulta del 20,9% in Calabria versus il 20,7% dell'Italia.

Fonte	Indicatore	Calabria	Italia
Ministero Salute/ISS	Copertura vaccinazione anti-influenzale in persone ≥ 64 anni (%)	61,8%	54,6%
PASSI	Copertura vaccinazione anti-influenzale affette da almeno una malattia cronica (%)	20,9%	20,7%

Figura 2. Copertura vaccinale antinfluenzale, prima della pandemia di COVID-19, nella popolazione adulta e anziana generale e con cronicità. PASSI 2007-2019. PASSI d'Argento 2016-2019.



Lavoro e salute

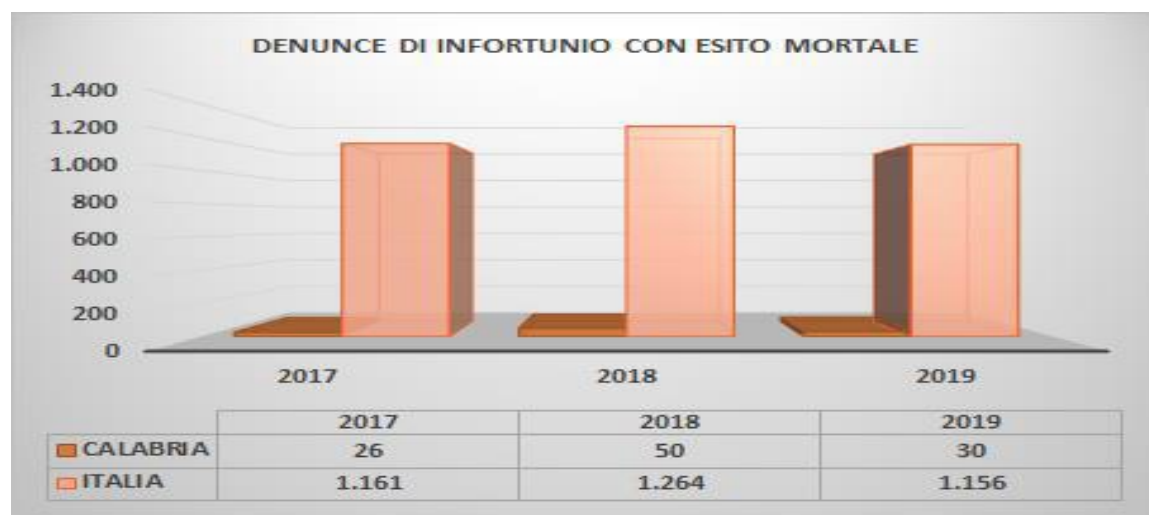
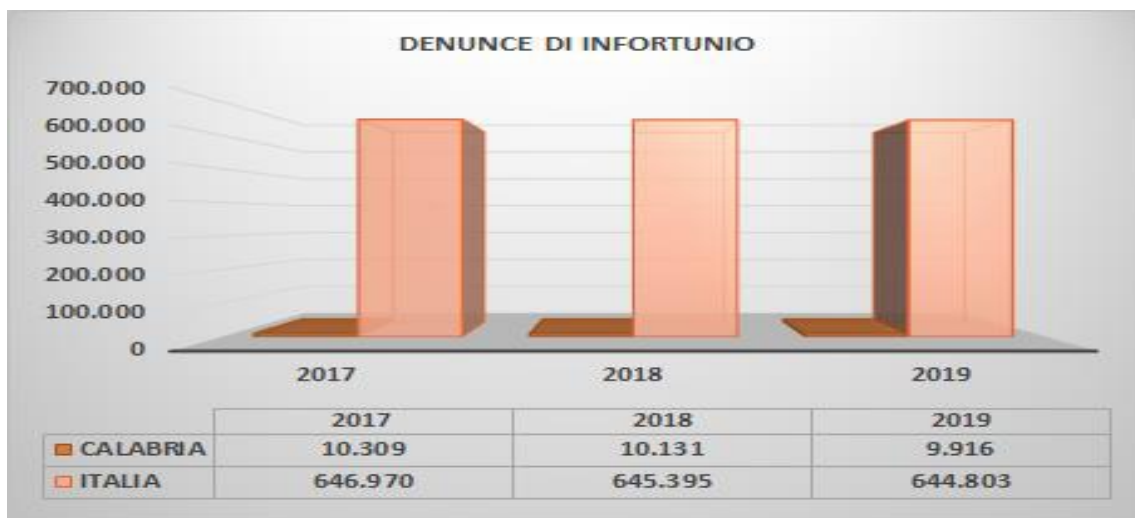
Il Contesto regionale

La presente scheda riporta i dati di attività prodotti dai Servizi di prevenzione nel corso del 2019, in funzione dei valori LEA assegnati.

A tal fine, per maggiore completezza, vengono presentati i dati relativi all'andamento degli infortuni e delle malattie professionali in ambito lavorativo, rapportando i valori del 2019 rispetto al 2018.

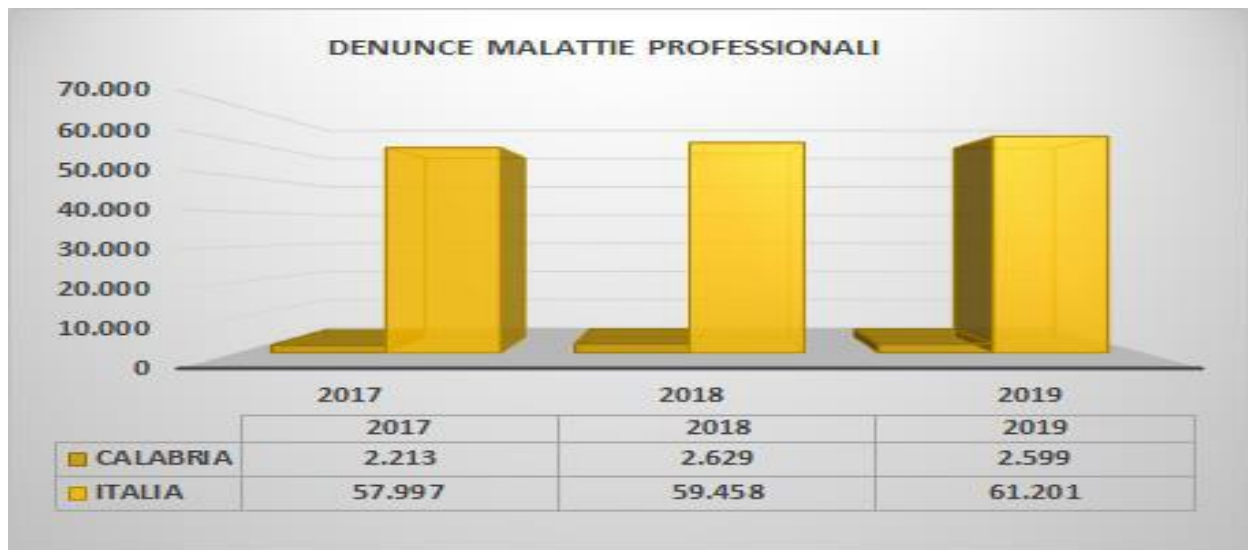
Le **denunce di infortunio** nel 2019 sono state 9.916 (-3,81% rispetto al 2017, -2,12% rispetto al 2018), di cui 30 con esito mortale (4 casi in più rispetto al 2017 e 20 in meno rispetto al 2018). A livello nazionale le denunce nel complesso sono diminuite dello 0,33% rispetto al 2017 e sono rimaste sostanzialmente stabili rispetto al 2018 (-0,09%), i casi con esito mortale sono stati 5 in meno rispetto al 2017 e 108 in meno rispetto al 2018 (Dati INAIL). Dall'analisi dei suddetti dati, emerge che la Calabria è in linea con le tendenze nazionali.

Nel comparto delle costruzioni in Calabria gli infortuni denunciati all'INAIL nel 2019 sono pari a 594, rispetto all'anno 2018, durante il quale si erano verificati 701 casi.



Le **denunce di malattia professionale** protocollate nel 2019 sono state 2.599, in aumento rispetto al 2017 (+17,44%) e in diminuzione rispetto al 2018 (-1,14%). Le malattie professionali

riconosciute sono state 550 (-37,92% rispetto al 2017, -36,19% rispetto al 2018). A livello nazionale rispetto a entrambi gli anni si è registrato un incremento delle denunce (+5,52%, +2,93%) e un calo dei riconoscimenti (-6,47%, -10,34%) (Dati INAIL).



I Report di attività

Convenzionalmente i dati LEA vengono assegnati a livello nazionale in funzione delle posizioni assicurative territoriali (PAT). Nella Regione Calabria, le aziende con almeno un dipendente o con un altro artigiano oltre al titolare, sono pari a 57.155. Tale numero, come detto, determina le Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) e viene utilizzato per l'attribuzione dell'indicatore LEA, stabilito nella misura del 5%.

Un altro indicatore che viene utilizzato per la definizione dei dati di attività è dato dai cantieri notificati. Nel comparto delle costruzioni per l'anno 2019 il numero di cantieri notificati (ex art. 99 D.lgs 81/08) sono stati 4066.

L'azione svolta dall'Ufficio Regionale, unitamente alle specifiche azioni progettuali del PRP (Piano Regionale di Prevenzione) 2014-2019, ha consentito, nel complesso, di ottenere migliori risultati quali-quantitativi.

I dati di attività nell'anno 2019, si concretizzano in n. 3128 controlli/verifiche, pari al 5,47% dei LEA, superando l'indicatore del 5%, pari a n. 2858 aziende/imprese di tutti i comparti da controllare.

Nello specifico, l'attività ha avuto la seguente articolazione:

Numero controlli regionali PAT (LEA 2019) da parte dei Servizi PISAL AA.SS.PP.

	Aziende da controllare in tutti i comparti	Cantieri	Aziende Agricole	Macchine Agricole	Altri settori
Assegnati 5% LEA	2837	1371	510	150	956
Controllati (5,47% LEA)	3128	1700	447	291	981

Quindi nel 2019 delle 3128 aziende controllate in Calabria, sono stati elevati n. 637 verbali (prescrizioni, sanzioni amministrative, sequestri ecc.) di cui n. 309 in edilizia, n. 105 in agricoltura e n. 223 altri settori.

Inoltre sono stati realizzati due Piani Mirati di Prevenzione (PMP), uno per il settore agricolo ed uno per il settore della pesca, entrambi svolti nell'ambito territoriale della sibaritide (CS).

Infine merita di essere sottolineata la collaborazione con gli Enti e le Associazioni di categoria, intensificata in modo particolare a partire dal 2019. Di particolare rilievo è da annoverare la collaborazione sviluppata con l'INAIL Nazionale - Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale (DiMEILA), aderendo a diverse iniziative progettuali promosse dall'Istituto.

AMBIENTE E SALUTE

La legge regionale 2/2016, ha previsto l'istituzione di un Centro di Coordinamento dei Registri Tumori di cui ARPACal, come Ente Strumentale della Regione Calabria, è componente.

I Registri Tumori e l'ARPACal, hanno lavorato in sinergia tramite un interscambio di informazioni e di dati che risultano utili nei casi in cui dovessero evidenziarsi, per determinate aree della regione, particolari situazioni di rischio ambientale per la salute o viceversa dovesse risultare, sulla base di dati sanitari caratterizzati da "completezza" e "accuratezza", un aumento di incidenza di neoplasie legate a determinanti ambientali.

Il Coordinamento, tra le altre cose, ha il compito di proporre sia soluzioni idonee al conseguimento in tempi brevi dell'accreditamento all'AIRTum dei Registri Tumori non ancora accreditati, sia studi per le valutazioni di merito dell'impatto dell'ambiente sul fenomeno cancro.

In questi anni sono stati intrapresi contatti con l'ASP di Catanzaro per l'approfondimento di valutazioni ambientali e sanitarie da effettuarsi congiuntamente e con il coinvolgimento del Registro Tumori su alcuni centri già posti sotto sorveglianza del territorio provinciale. La stessa cosa è avvenuta con le AA.SS.PP ed i Registri Tumori di Reggio Calabria e Crotone.

Operativamente, sono stati quindi i dati prodotti dal Registro Tumori di Catanzaro al fine di verificare eventuali eccessi di incidenza e di mortalità in determinate aree. Le relazioni delle ASP, riguardante un periodo di osservazione di un quadriennio, pur evidenziando i limiti legati al numero esiguo di abitanti e al breve periodo di osservazione che dovrebbe protrarsi per almeno un decennio per consentire la rilevazione di eccessi statisticamente significativi, ha comunque evidenziato di non aver rilevato, relativamente ai dati oncologici, segnali allarmanti per la salute della popolazione residente, nel periodo osservato, risultando i valori registrati nell'ambito di una normale variabilità.

Dal punto di vista ambientale il Centro di Geologia e Amianto dell'Arpacal, dando attuazione alle azioni previste dalla Legge Regionale n.14 del 27/04/2011, sta eseguendo la mappatura delle zone del territorio regionale interessate dalla presenza di amianto naturale. La finalità della mappatura è quella di individuare gli ammassi rocciosi che contengono al loro interno mineralizzazioni fibrose, ponendo attenzione anche alle attività estrattive di rocce contenenti o meno minerali di amianto, in situazioni geologiche dove la presenza di questi minerali è nota. ARPACal, nel corso degli ultimi anni, ha espresso più volte al Centro di Geologia e Amianto (CGA), la necessità di attenzionare in particolare i territori comunali dove è alto l'allarmismo nella popolazione per un eventuale rischio ambientale legato alla presenza di affioramenti ofiolitici. A tal fine, in questi territori, sono stati selezionati dal CGA diversi siti di studio e per ognuno di essi lo stesso ha proceduto, mediante indagini di terreno e di laboratorio, all'individuazione e caratterizzazione di locali concentrazioni di minerali del gruppo dell'amianto. I risultati delle diverse analisi condotte hanno evidenziato la presenza di materiali fibrosi nella quasi totalità dei campioni di roccia prelevati. I siti nei quali è stata accertata, mediante analisi di laboratorio, la presenza di amianto naturale, sono stati selezionati e catalogati nel format realizzato dall'INAIL-DIPIA, per conto del MATTM ai sensi del D.M. 101/2003. In base a tale decreto, tramite l'applicazione di specifico algoritmo, è stato calcolato un punteggio per ogni singolo sito. Il valore risultante, direttamente proporzionale alla priorità di rischio, ha permesso di definire la graduatoria dei siti oggetto della mappatura stessa.

Lo studio ambientale necessita di un ulteriore approfondimento indispensabile per effettuare la valutazione delle fibre aerodisperse in prossimità dei recettori (ff/l).

Il prosieguo delle attività richiederà sia l'acquisizione di ulteriori dati sanitari dal Registro Tumori, riguardanti un periodo superiore al quadriennio, sia l'acquisizione di ulteriori dati ambientali relativamente alla quantità di eventuali fibre aerodisperse, al fine di poter effettuare, se possibile, una correlazione tra fattori di rischio ambientale (amianto naturale) e alcune patologie respiratorie, in particolare quelle oncologiche.

L'esempio del Comune di Africo

Relativamente alla provincia di Reggio Calabria, nel corso del 2017, è stato ripreso lo studio sul comune di Africo avviato nel 2014 e che, per la scarsità di dati sanitari accreditati sull'incidenza e la mortalità per patologie neoplastiche, dovuta in quel periodo alla mancanza di un Registro Tumori Provinciale, era stato momentaneamente sospeso. Esso tuttavia aveva consentito ad ARPACal di effettuare, mediante l'analisi dei dati di mortalità generale relativi agli ultimi dieci anni, acquisiti presso l'anagrafe comunale, anche alcune considerazioni e valutazioni di carattere sanitario che sarebbe stato comunque opportuno e necessario confermare con studi futuri,

mediante l'utilizzo di dati caratterizzati da "accuratezza" e "completezza" quali quelli prodotti da un Registro Tumori.

Sono state avviate delle campagne di monitoraggio delle matrici ambientali da indagare nella fattispecie (screening delle acque potabili, dei pozzi e delle relative adduzioni, posizionamento dei laboratori mobili per il monitoraggio della qualità dell'aria, la radioattività gamma, alfa e beta totale sui filtri, misurazione della concentrazione del gas radon indoor nelle abitazioni).

Dal punto di vista sanitario la problematica di Africo, a partire dal 2014, risente di una fortissima pressione dei media che riferiscono di dati e report di mortalità effettuati da associazioni di cittadini sulla base di rilievi "porta a porta". Nella prima indagine svolta da ARPACal (2014-2015) si è deciso preliminarmente di accertare la veridicità del dato di mortalità assoluta valutando il numero di decessi "per tutte le cause" in una determinata via in quanto, quale che sia la causa di mortalità (ad esempio patologia oncologica) essa non potrà essere superiore al dato di mortalità generale.

Quest'ultima maniera di procedere implica, a maggior tutela dei cittadini, un errore in eccesso, nel senso che si è scelto di correre il rischio di sovrastimare (piuttosto che sottostimare) il danno includendo anche persone che al momento del decesso avevano la propria residenza in Africo da meno di un anno e che quindi non potevano aver subito l'eventuale danno da agente inquinante in loco.

I risultati dello studio eseguito provano che le percentuali di mortalità tra la popolazione di Africo non hanno subito alcuna variazione significativa nel corso dell'ultimo decennio considerato al contrario di come ci si aspetterebbe in una popolazione sottoposta in maniera continuativa e costante ad agenti inquinanti. Identico risultato di invariabilità quando si confronta la mortalità dividendo i decessi tra le Vie di residenza.

Il Registro Tumori quindi, mediante l'elaborazione dei dati di mortalità anni 2006-2013 per ciascun comune della provincia di Reggio Calabria, il calcolo dei valori assoluti di mortalità per tumore e per gruppi di tumori, la determinazione dei Rapporti standardizzati di mortalità\incidenza (SHR\SIR I.C. 95%), la costruzione di mappe di mortalità comunali e provinciali, l'analisi simultanea dei dati con il software SaTScan per la rilevazione di cluster statisticamente significativi e costruzione delle relative mappe, la chiusura dei casi incidenti e la georeferenziazione dei casi, ha fornito un quadro inequivocabile e accurato della reale distribuzione di patologie neoplastiche nella popolazione.

Relativamente ai dati ambientali, da una attenta ricognizione di quanto effettuato dal 2014 ad oggi dal Dipartimento Provinciale di Reggio Calabria, risultano eseguiti tutta una serie di monitoraggi su diverse matrici i cui risultati non hanno evidenziato alcun tipo di inquinamento.

I dati sanitari hanno dimostrato che su una popolazione complessiva di 3158 abitanti, di cui i residenti in via Matteotti ("strada della morte") sono 121 e i residenti in altre aree sono 3037, i casi di decesso per tumore, nel triennio preso in considerazione dal Registro Tumori, sono rispettivamente 3 e 45 ed i casi incidenti (escluso cute e melanomi) sono rispettivamente 2 e 38.

Le conclusioni dello studio di approfondimento svolto, questa volta con l'utilizzo di dati certificati, confermano sostanzialmente quanto già evidenziato nello studio precedente effettuato da ARPACal. In definitiva, nel comune di Africo si muore di meno che nel resto d'Italia; nel periodo di tempo considerato, in via Matteotti, ci sono stati complessivamente 3 morti per tumore e 2 casi incidenti e i controlli ambientali non hanno evidenziato alcuna forma di inquinamento

STUDIO SULLA MAPPATURA REGIONALE DEI RISCHI AMBIENTALI

Nell'ambito del Centro di Coordinamento dei Registri Tumori, di cui Arpacal è componente, il Dipartimento Ambiente della Regione Calabria ha sottolineato la necessità di progettare uno studio, a carattere regionale, che consenta di giungere ad una mappatura di tutto il territorio relativamente ai rischi ambientali presenti nelle diverse aree e dell'eventuale eccesso di patologie ad essi correlabili, non soltanto di carattere neoplastico.

Mediante tale progetto, si dovrebbe attivare inizialmente uno studio pilota riguardante il SIN di Crotone -Cassano- Cerchiara che coinvolga progressivamente l'intero territorio regionale al fine di effettuare dei confronti tra le varie aree ed il SIN medesimo. Nel corso del 2017, sono stati quindi effettuati diversi incontri, di cui uno anche con i Direttori Generali delle AA.SS.PP, al fine di approfondire tale proposta ed è stato dato mandato all'ASP ed al Registro Tumori di Crotone di predisporre una relazione propedeutica, contenente le eventuali evidenze sanitarie, che dimostrasse come il danno ambientale, già ampiamente documentato su quel sito, avesse, con ogni probabilità, provocato anche un danno sulla salute pubblica. ARPACal, compatibilmente con

le risorse umane disponibili, si è impegnato, attraverso la collaborazione delle altre aree della Direzione Scientifica, ad effettuare una prima ricognizione di tutti i dati ambientali presenti in Agenzia, sia relativi al SIN che ad altre aree ritenute critiche, mettendoli a disposizione nel corso dello studio.

Piano Nazionale della Prevenzione - Piano Regionale della Prevenzione

ARPACal, alla luce di quanto previsto nel nuovo Piano Nazionale della Prevenzione dove il Sistema delle Agenzie per l'Ambiente è chiamato ufficialmente a coordinarsi e a integrarsi con le istituzioni preposte al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione e gestione delle tematiche riguardanti la salute, si è confrontato più volte, sui contenuti del programma regionale, con il Referente dell'ASP di Catanzaro. Il Programma "Ambiente e salute" inserito nella struttura del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 della Calabria intende in effetti sviluppare progetti, azioni ed interventi, compresi quelli formativi, per realizzare, in forma trasversale e consolidata, l'integrazione tra i servizi ambientali e sanitari del territorio, con la messa a disposizione comune delle informazioni e dei dati epidemiologici ed ambientali e con la conseguente azione coordinata di prevenzione e gestione dei rischi, ponendo particolare attenzione alle aree regionali "problematiche" già note (SIN) ed a quelle in osservazione.

Nel 2017, per dar seguito a quanto previsto nel Programma, è stato istituito, presso il Dipartimento Tutela della Salute, un Tavolo Regionale interistituzionale con un Gruppo di Lavoro di cui fanno parte, oltre allo stesso Dipartimento e ai Referenti delle cinque Aziende Sanitarie Provinciali, Arpacal, il Dipartimento Ambiente e Territorio e l'Istituto Zooprofilattico del Mezzogiorno.

Per avviare fin da subito le attività, si è concordato di procedere contemporaneamente lungo due direzioni. Da un lato quella della formazione per gli Operatori del Servizio Sanitario Nazionale e del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente, già programmata nell'ambito del Progetto CCM EpiAmbNet che ha come obiettivo generale quello di fornire assistenza al Ministero della Salute e alle Regioni per lo sviluppo dell'obiettivo 8 del PNP 2014-2018. I Corsi previsti hanno l'obiettivo di soddisfare i bisogni di conoscenza degli Operatori sui temi della relazione tra esposizioni ambientali e salute.

Dall'altra si è deciso di avviare l'Azione A.8.10.1 del programma "Ambiente e Salute" previsto nel PRP (Mappa del rischio Radon per promuovere buone pratiche per la sostenibilità ed ecocompatibilità nelle costruzioni e/o ristrutturazioni di edifici). Tale Azione ha come obiettivi specifici sia di formulare la mappa regionale del rischio Radon per orientare i regolamenti edilizi e sia la stesura di Linee Guida per orientare gli stessi in chiave ecocompatibile. Tenuto conto che già Arpacal sta eseguendo la mappatura del Radon in molti Comuni della regione coprendo già estese aree della stessa, in un incontro del Gruppo di Lavoro, svoltosi all'uopo presso la Direzione Scientifica dell'Agenzia, si è deciso di completare la mappatura del territorio regionale con la realizzazione di nuove campagne di misura mediante la stipula di specifiche convenzioni tra l'Arpacal e ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale.

Il Laboratorio Fisico del Dipartimento Provinciale di Catanzaro si è impegnato ad effettuare in tempi rapidi la ricognizione delle aree ricadenti in ciascuna ASP, già mappate per il rischio radon, al fine di consentire a ciascuna di esse la valutazione economica della rispettiva convenzione da stipulare per l'esecuzione di eventuali ulteriori campagne di misura.

Alimenti e salute

Nel campo della prevenzione, le attività di Controllo Ufficiale lungo l'intera filiera alimentare, sono volte a garantire la "sicurezza alimentare e la sanità veterinaria", che presidiano l'igiene e la sicurezza degli alimenti, dei mangimi, la salute e il benessere animale. Esse rappresentano elemento di rilievo da attuare costantemente a tutela del consumatore dai pericoli di natura sanitaria e dalle frodi o pratiche produttive sleali.

Il controllo ufficiale degli alimenti e delle bevande ha infatti la finalità di verificare la conformità dei prodotti alle disposizioni dirette a prevenire i rischi per la salute pubblica, a proteggere gli interessi dei consumatori ed assicurare la lealtà delle transizioni. Il controllo riguarda sia i prodotti italiani, o di altra provenienza, destinati ad essere commercializzati sul territorio nazionale, che quelli destinati ad essere spediti in un altro Stato dell'Unione Europea oppure esportati in uno Stato terzo. I controlli ufficiali sono eseguiti in qualsiasi fase della produzione, della trasformazione, della distribuzione, del magazzinaggio, del trasporto, del commercio e della somministrazione.

Il panorama regionale degli Operatori del Settore Alimentare relativo alle attività post- primarie della filiera alimentare, interessa le produzioni di area Veterinaria (alimenti di origine animale) e di area SIAN.

Come desumibile dal rapporto del Ministero della Salute "Vigilanza e controllo degli alimenti e delle bevande in Italia Anno 2018" dal registro annuale delle attività ispettive e di audit sugli stabilimenti alimentari, emergono i seguenti dati per la Regione Calabria:

	Numero Stabilimenti	Numero Stabilimenti ispezionati	Numero di ispezioni	Numero Stabilimenti con infrazioni	Numero Stabilimenti auditati	Numero di audit	Numero Stabilimenti con non conformità da audit
2018	30696	6547	8126	1122	172	187	86

I SIAN ed i Servizi Veterinari delle AASSPP attuano, annualmente, le indicazioni di campionamento delle matrici alimentari previste nel Piano Regionale Integrato e realizzano la categorizzazione e valutazione del rischio degli stabilimenti alimentari.

Le principali problematiche sulle matrici alimentari analizzate nell'anno 2018, riguardanti i contaminanti agricoli/tossine vegetali negli alimenti (dati presenti nel sistema NSIS Alimenti) hanno riguardato aflatossine (AFB1/AFT, AFM1) in biscotti per l'infanzia, pepe nero, latte crudo, latte non trasformato: vaccino e di capra; fumonisine in biscotti per l'infanzia, farina di mais, ocratossina in paprica, pepe nero, preparazione di caffè in polvere, zearalenone in olio di mais, e biscotti per l'infanzia e deossinivalenolo in biscotti per l'infanzia.

Il sistema RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed), vede l'Italia come Paese particolarmente attivo, che ha trasmesso, nel 2019 un totale di 373 notifiche, pari al 9,3%, risultando il quarto Paese membro per numero di segnalazioni inviate.

Dall'analisi delle segnalazioni RASFF del 2019 si evidenzia che un elevato numero di notifiche riguarda la presenza di microrganismi patogeni, seguite dalle micotossine.

Tra i microrganismi patogeni gran parte si riferiscono al riscontro di Salmonelle seguite da *Listeria monocytogenes* ed *Escherichia coli*.

Per gli alimenti di origine nazionale Il maggior numero di irregolarità è dovuto a contaminazioni microbiologiche, corpi estranei ed allergeni non dichiarati in etichetta ed il trend in linea con i dati del 2018. Tra i contaminanti microbiologici, il maggior numero di notifiche ha riguardato *Escherichia coli* (in molluschi e prodotti a base di latte), *Listeria monocytogenes* (in prodotti a base di latte e preparazioni a base di carne) e Salmonelle (riscontrate principalmente in molluschi, semi per germogli e preparazioni a base di carne).

È quindi evidente la necessità per gli Operatori del Settore Alimentare di porre una maggiore attenzione alla riduzione dei pericoli negli alimenti attraverso una più efficace attività di auto-controllo compresa la verifica dei fornitori e delle materie prime.

Anche le intossicazioni da funghi, rimangono, in Regione Calabria, un ambito su cui mantenere elevata l'attenzione, sia in termini di attività di informazione ad ogni livello (scolastico, raccolta amatoriale e professionale, commercio) che di gestione delle intossicazioni (intervento del micologo, consulenze ai pronto soccorso ospedalieri).

La casistica, soprattutto dei mesi autunnali, è di per sé variabile innanzitutto in funzione della presenza di funghi e in particolare delle specie tossiche, o della contemporaneità nella crescita di determinate specie tossiche e commestibili,

Tuttavia, pur non in presenza di numeri totali molto alti, le intossicazioni gravi, da *Amanita phalloides* e *Lepiota* spp. sono sempre presenti, aggravando il bilancio annuale dei soggetti che ricorrono alle cure ospedaliere e talvolta con conseguenze letali.

Nel periodo 2003-2019 si sono registrati 6 decessi e 3 trapianti d'organo (fegato) tra i 32 i casi, in regione, che hanno coinvolto soggetti con avvelenamento di tipo falloideo (da ingestione di funghi contenenti amanitine), 21 di questi, nel periodo 2012-2019, praticamente in quasi tutte le Province. Molte altre intossicazioni minori, ma non per questo da non attenzionare, si registrano annualmente.

La pandemia da COVID ha sicuramente modificato le abitudini di molte persone, aumentando la presenza turistica nelle aree montane nell'estate e con il bel tempo. Considerato che tale tendenza proseguirà negli anni a venire, non è esclusa una relazione diretta fra la casistica di intossicazioni da funghi e l'aumento considerevole di gente "disinformata" che a causa delle restrizioni portate dal COVID, frequenta i boschi e raccoglie funghi.

Il Dipartimento Regionale Tutela della Salute ha messo in campo, negli anni, numerose iniziative per la formazione e l'informazione in materia, rivolta ai professionisti micologi delle AASSPP (corsi, convegni, report epidemiologici e seminari), ai raccoglitori e operatori del settore alimentare (stampa di manuali, manifesti, opuscoli, vademecum), agli alunni delle scuole primarie (fiumetto "la piccola Flora nel regno dei funghi"), che devono essere rafforzate e riproposte anche nel prossimo futuro.

Devono essere il più possibile pubblicizzati e aggiornati sedi, orari e disponibilità degli Ispettorati micologici delle AASSPP, per come anche suggerito alle Regioni dal Ministero della Salute con nota dell' 11.11.2020, circa il "diffondere la cultura del controllo della commestibilità dei funghi, producendo informazioni chiare e semplici relative all'accesso agli Ispettorati micologici delle AASSPP e rendendole fruibili anche online, promuovendo fortemente, inoltre, la conoscenza dei servizi disponibili, anche per le strutture ospedaliere che debbano ottenere con celerità la consulenza del Micologo, nei casi di accesso per sospetta intossicazione da funghi.

Gli indirizzi nazionali, per quanto riguarda gli alimenti, hanno voluto puntare sul rafforzamento degli appositi Piani Nazionali, come ad esempio il Piano Nazionale OGM, il Piano Nazionale per i residui di farmaci veterinari, il Piano Nazionale per i residui di prodotti fitosanitari, il Piano Nazionale per i residui di additivi, conservanti e sostanze aromatizzanti, il Piano Nazionale di controllo per gli alimenti trattati con radiazioni ionizzanti, oltre che del Piano Integrato dei Controlli, riservando al Piano della Prevenzione, il rafforzamento di taluni ambiti, tra i quali rientrano quelli connessi alla costante formazione e all'informazione degli operatori del settore e consumatori, ai sistemi di comunicazione, di interoperabilità multidisciplinare e di intervento in relazione alle Malattie a trasmissione alimentare (MTA), alla capacità di correlare le azioni del Controllo Ufficiale in sicurezza alimentare, con le indagini epidemiologiche e le eventuali notifiche nel sistema di sorveglianza delle malattie infettive, alle attività di comunicazione specifiche ai cittadini (allergeni, contaminanti).

CELIACHIA

Dal 2017, con la revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), la celiachia e la dermatite erpetiforme sono state trasferite nell'elenco delle malattie croniche invalidanti; tale previsione garantisce il regime di esenzione per tutte le prestazioni sanitarie successive alla diagnosi e il supporto economico alla dieta per l'acquisto degli alimenti senza glutine specificamente formulati per i celiaci (es. pane, pasta, biscotti, pizza, cereali per la prima colazione e alimenti simili) che, in una dieta sana ed equilibrata, rappresentano il 35% del fabbisogno energetico totale giornaliero da carboidrati.

Al 31 dicembre 2019 i soggetti affetti da malattia celiaca nel territorio regionale sono riportati nella tabella seguente

In Italia è stata mantenuta l'erogabilità degli alimenti senza glutine destinati ai celiaci, nonostante l'evoluzione normativa comunitaria ne abbia soppresso lo status di prodotti dietetici. Il sistema di erogazione gratuita previsto per tali alimenti non è ancora omogeneo tra le Regioni e, per questo, la Regione Calabria si è impegnata ad accelerare il processo di dematerializzazione dei buoni spesa per celiaci, sistema più razionale e trasparente e più aperto nei confronti delle esigenze del cittadino celiaco.

Fasce età	totali	femmine	maschi
6 mesi- 5 anni	237	142	95
6 -9 anni	402	257	145
10-13 anni	515	321	194
14 -17 anni	655	413	242
18 - 59 anni	4421	3338	1083
≥ 60 anni	508	384	124
TOTALI	6738	4855	1883

Nell'ambito della riorganizzazione operata con il DCA n. 230/2018 devono essere completati, con il supporto del Tavolo Tecnico Regionale di cui alla Legge Regionale n. 47/2012, la designazione dei nuovi Centri di diagnosi per l'età adulta e l'età pediatrica, nonché le procedure di sostegno alle mense per la produzione di pasti senza glutine.