

REGIONE CALABRIA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
C R O T O N E

Delibera n° 056

ORIGINALE

Oggetto: Individuazione strumento contabile dedicato ai flussi finanziari correlati alle linee di intervento Piano Regionale di Prevenzione 2010 - 2012.

In data 13 FEB. 2012 nella sede dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, sita in Crotone, Via M. Nicoletta Angolo G. Di Vittorio.

PREMESSO che con D.G.R. n° 851 del 29/12/2010 è stato approvato il Piano Regionale di Prevenzione;

Che nella citata D.G.R. n° 851 del 29/12/2010 , allegata alla presente e della quale ne forma parte integrante, sono definiti i finanziamenti destinati alle singole linee progettuali;

Che con Decreto del Dirigente n° 43 del 15/02/2011, registro dei decreti n° 888 del 18/02/2011 sono stati istituiti " *Gruppi di Lavoro, per linee d'intervento, per l'attuazione del Piano Regionale di Prevenzione 2010/2012*";

Che il finanziamento complessivo , destinato a tutte le linee progettuali approvate con DGR n° 851/2010, è pari ad € 9.007.101,00;

Che per la attuazione delle singole linee progettuali è stato ritenuto necessario ripartire i finanziamenti per quota capitaria tra tutte le AA.SS.PP. Regionali e aggiornato per come stabilito con nota prot. n. 125158/SIAR del 30.09.2011;

Che per le singole linee progettuali il riparto delle specifiche destinazioni finanziarie viene definito per come da scheda allegata alla presente deliberazione che ne forma parte integrante;

Che, pertanto, per l'ASP di Crotone è ritenuto necessario dotarsi, nell'ambito delle competenze della U.O. Ragioneria, di uno specifico strumento contabile dedicato all'impegno e monitoraggio dei flussi economici derivanti dalle attività del PRP;

Che tale strumento contabile oltre ad assicurare la copertura finanziaria per la evasione delle linee progettuali viene ritenuto necessario sia per il corretto monitoraggio dei flussi finanziari che per la rendicontazione dei costi sostenuti, attraverso le schede finanziarie allegate che formano parte integrante della presente deliberazione, per le attività del PRP;

Tutto ciò premesso

IL DIRETTORE GENERALE

Su proposta e conforme istruttoria del Direttore del Dipartimento di Prevenzione Dr. Domenico Tedesco che, ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge n° 241/90, ha nominato quale Responsabile del Procedimento Amministrativo il dipendente Sig. Coppola Vito che non ha rilevato vizi in ordine al presente provvedimento;

DELIBERA

Di ritenere tutto quanto espresso in narrativa parte integrante e sostanziale del presente atto ;

Di autorizzare la U.O. Ragioneria dell'ASP di Crotona a dotarsi di uno specifico strumento contabile dedicato all'impegno di € 772.139,09 quale quota capitaria assegnata all'ASP di Crotona per la realizzazione del PRP 2010/2012;

Di ripartire le somme impegnate per tutte le linee progettuali adottate con DGR n° 851/2010, per come da scheda allegata, e di procedere al monitoraggio dei costi attraverso le schede finanziarie allegate ed alla conseguente rendicontazione alla Regione Calabria per le pratiche di rimborso;

Di notificare la presente deliberazione all'Ufficio Ragioneria aziendale;

Di dichiarare il presente provvedimento, non soggetto a controllo, immediatamente esecutivo ai sensi dell'art 13 della Legge Regionale n° 11/2004.

=====

Il Responsabile del procedimento :

(F.to sig. Vito Coppola Ass. Amm.vo)

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione:

(F.to dr. Domenico Tedesco)

Il Direttore Amministrativo:

(F.to dr. Giovanni Cozza)

Il Direttore Sanitario :

(F.to dr. Francesco Paravati)

Il Direttore Generale :

(F.to Prof. Rocco Antonio Nostro)

* UFFICIO AFFARI GENERALI *

- Unità Operativa Segreteria Generale -

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente delibera è stata pubblicata nelle forme di Legge

all'Albo Pretorio dell'Azienda in data 13 FEB. 2012 con Protocollo Segr.

Gen. n. 017 e vi rimarrà per un periodo di dieci giorni.

Il Responsabile del procedimento

Valter Cosentino

Il Direttore dell'Ufficio AA. GG.
Sig. Giorgio FLOCCARI

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
29 dicembre 2010, n. 851

Piano Regionale prevenzione 2010/2012 – Approvazione.

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO CHE:

— l'intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 29 aprile 2010 ha approvato il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 che apre una fase di costruttiva interazione istituzionale in tema di promozione della salute e prevenzione delle malattie;

— l'Intesa su citata prevede che le Regioni si impegnino ad adottare il Piano regionale di prevenzione per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale (PNP);

— il coordinamento dell'attuazione del PNP è affidato al Ministero della Salute, Direzione Generale della prevenzione sanitaria;

— una apposita convenzione con il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto superiore di sanità (ISS) garantisce al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) il supporto per la progettazione e la valutazione dei documenti dei Piani regionali;

— ai fini della certificazione da parte della Direzione operativa del CCM dell'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dai Piani regionali di prevenzione (PRP), le Regioni sono chiamate a trasmettere annualmente alla Direzione l'idonea documentazione sulle attività svolte;

— alla completa attuazione del PNP, come già previsto dall'articolo 4 dell'Intesa Stato/Regioni del 23 marzo 2005, per gli anni 2010-2012, sono stati destinati 200 milioni di €, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale di cui alla all'art. 1 commi 34 e 34bis Legge 23/12/96 n. 662, come previsto all'art. 15 dell'Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 Patto per la Salute 2010/2012;

— la somma sarà impiegata per sostenere il raggiungimento degli obiettivi del PNP 2010-2012, per lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e per l'armonizzazione delle attività di prevenzione negli ambiti territoriali.

TENUTO conto che il PNP 2010-2012, distingue, come macro-aree di intervento:

1. 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;

2. 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);

3. 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);

4. 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..

CHE il Piano nazionale della prevenzione prevede in modo innovativo:

a. una impostazione culturale mirata a una azione preventiva sempre più interdisciplinare e intersettoriale, esplorando tutte le aree operative sanitarie coinvolte in attività di prevenzione ed anche settori esterni al sistema sanitario;

b. la persona al centro della programmazione ed una maggiore attenzione alla domanda, non solo ai servizi;

c. l'evidenza alla medicina predittiva e alla prevenzione terziaria sulle quali la prevenzione si gioca molto rispetto ai progressi tecnico/scientifici ed alla transizione demografica;

d. l'enfasi sulla necessità di un uso sistematico ed efficace dei dati e della sorveglianza come strumento di programmazione e valutazione.

CHE la stesura del Piano regionale di Prevenzione prevede:

1. la continuità delle attività del PNP 2005-2007 in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento ed estensione di quelli raggiunti;

2. lo sviluppo di attività in ciascuna delle macro-aree individuate;

3. la messa a regime delle attività di sorveglianza previste.

CONSIDERATO che le Regioni e Province Autonome sono chiamate ad adattare obiettivi e finalità del PNP alle proprie realtà locali elaborando un Piano regionale per i prossimi 3 anni.

CHE per permettere un intenso scambio di conoscenze e di esperienze fra i numerosi tecnici che da anni lavorano e agiscono sul tema e sui servizi di prevenzione, il CNESPS dell'ISS, all'interno del progetto «Supporto al Piano nazionale della prevenzione e alla formazione per responsabili e operatori impegnati nei progetti dei Piani regionali di prevenzione 2009-2011», che fornisce al CCM il supporto alla progettazione e alla valutazione dei documenti dei Piani regionali, ha predisposto una «Comunità di pratica PNP», formando una comunità di tecnici, esperti, dirigenti del servizio sanitario provenienti da tutto il territorio nazionale che, grazie alla condivisione di conoscenze ed esperienze su questa piattaforma, permette alle singole Regioni di mettere a punto dei Piani di prevenzione centrati sul cittadino, solidi dal punto di vista metodologico ed efficaci rispetto agli obiettivi fissati.

Che, al fine di mettere a punto un PNP centrato sul cittadino, solido dal punto di vista metodologico ed efficace rispetto agli obiettivi fissati, la Regione Calabria, con specifico percorso (decreto del DG n. 14602 del 22 ottobre 2010), ha formato n. 50 tecnici, esperti, dirigenti del servizio sanitario, provenienti dalle

Aziende sanitarie provinciali e dal Dipartimento Tutela della Salute, costituendo una «comunità di pratica» regionale sulla piattaforma nazionale.

Che al fine di coordinare le attività previste nel PNP e per la predisposizione del Piano regionale di Prevenzione con la collaborazione degli esperti regionali formati, con decreto del DG n. 14265 del 15 ottobre 2010, è stato istituito il coordinamento regionale del PRP.

PRESO atto che la comunità di pratica regionale ha predisposto:

— il Quadro Strategico del PRP 2010/2012, contenente il profilo di salute della popolazione calabrese, che motiva la scelta delle linee di intervento generali adottate e consente di collocare i programmi e i progetti all'interno della realtà regionale, allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

— il Piano Operativo del PRP 2010/2012 che declina la parte operativa del Piano regionale di prevenzione contenente i programmi e i progetti che la Regione intende realizzare, allegato 2) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

CHE il Ministero della Salute ha stabilito criteri, ruoli, responsabilità, procedure, tempistica e regole del processo di valutazione dei piani regionali di prevenzione 2010/2012 prevedendo:

— per la certificazione 2010, l'adozione, con atto formale entro il 31/12/2010 da parte della Regione, del piano regionale di prevenzione, da trasmettere entro il 15 gennaio 2011 alla Direzione operativa del CCM;

— per la certificazione per i successivi anni (2011 e 2012), l'invio, alla valutazione della Direzione operativa del CCM, dello stato di avanzamento inerente l'attuazione degli interventi programmati e i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi dichiarati, per il 2011 entro il 31 marzo 2012 e per il 2012 entro il 31 marzo 2013.

RITENUTO per le finalità su esposte, approvare il Piano regionale di prevenzione composto dagli allegati 1) Piano strategico e 2) Piano operativo parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

STABILIRE che al fine di consentire la realizzazione delle attività progettuali sul territorio regionale, con successivo prov-

vedimento del Dipartimento Tutela della Salute saranno approvate le schede esecutive dei progetti/programmi contenuti nel Piano Operativo del PRP 2010/2012.

SU PROPOSTA del Presidente della Giunta regionale, formulata sulla base dell'istruttoria compiuta della relativa struttura il cui dirigente si è espresso sulla regolarità amministrativa dell'atto.

DELIBERA

Di approvare il Piano regionale di prevenzione 2010/2012 composto dal Quadro Strategico all'allegato 1) e dal Piano Operativo allegato 2) parti integranti e sostanziali del presente provvedimento.

Di stabilire che al fine di consentire la realizzazione delle attività progettuali sul territorio regionale, con successivo provvedimento del Dipartimento Tutela della Salute saranno approvate le schede esecutive dei progetti/programmi contenuti nel Piano Operativo del PRP 2010/2012.

Di stabilire, altresì, che le risorse finanziarie per la completa attuazione del PRP, rientrano nella quota parte di 200 milioni di € spettante alla Regione Calabria, per come previste dall'articolo 4 dell'Intesa Stato/Regioni del 23 marzo 2005, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale di cui all'art. 1 commi 34 e 34bis Legge 23/12/96 n. 662, come stabilito all'art. 15 dell'Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 Patto per la Salute 2010/2012.

Di trasmettere, la presente delibera, entro il 15 gennaio 2011, al Ministero della Salute, Direzione operativa del CCM per la conseguente valutazione.

Di notificare il presente provvedimento a cura del Dipartimento proponente alle aziende sanitarie provinciali e alle aziende ospedaliere della Calabria.

Di provvedere alla pubblicazione integrale del provvedimento sul BURC a cura del Dipartimento proponente ai sensi della Legge regionale 4/9/2001, n. 19, a richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento proponente.

*Il Dirigente Generale
del Dipartimento Presidenza*

*Il Presidente
Scopelliti*

(segue allegato)

ALLEGATO 1 :**REGIONE CALABRIA****QUADRO STRATEGICO DEL P R P 2010-2012**

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

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

Obiettivo di questa sezione è quello di sviluppare le scelte programmatiche, coerentemente con i bisogni di salute che emergono dall'analisi di contesto. Si parte da una sintetica analisi del profilo di salute della comunità calabrese, base conoscitiva per la stesura del Piano di Prevenzione, a cui fa seguito l'individuazione delle aree di criticità e di bisogno, la conseguente individuazione delle strategie e dei macroambiti di intervento e la scelta delle priorità del Piano, garantendo la continuità con le azioni del PRP 2005-2007.

Fonte dei dati: Istat, HFA, ERA, INAIL, ACI, APAT, OKkio alla Salute, HBSC, PASSI, PASSI d'Argento.

1) IL QUADRO DI RIFERIMENTO REGIONALE**Territorio e demografia**

La Regione Calabria, una penisola immersa tra il Tirreno e lo Ionio, accoglie nel suo territorio ben 409 comuni, distribuiti su una superficie di 15.080 Km² prevalentemente montuosa (42%) e collinare (49%), solo per il 9% pianeggiante.

Il territorio ospita poco più di 2.000.000 di **abitanti**, in leggera prevalenza donne (51,3%).

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

La **speranza di vita libera da disabilità** calcolata alle diverse età è sovrapponibile a quella nazionale per gli uomini ma inferiore di circa due anni per le donne.

Risulta invece inferiore la **speranza di vita in buona salute** dei calabresi di ambo i sessi rispetto ai connazionali: uomini 50 vs 54; donne 37 vs 41.

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

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

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

Gli **scenari futuri** mostrano una tendenza all'invecchiamento della popolazione residente che, dall'età media attuale di 42 anni, tra dieci anni si stima raggiungerà un'età media di 45 anni, con riduzione dei giovanissimi (0-14 anni) dal 14 al 13%, aumento degli anziani dal 19 al 23% e con relativo aumento dell'Indice di vecchiaia (dal 131 al 167%) e dell'Indice di dipendenza degli anziani (dal 28 al 35%). Aumenterà, seppur modestamente, il numero degli stranieri fino a raggiungere le 80.000 unità entro il 2020.

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

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

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

Stili di vita

Popolazione di 6-17 anni

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

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

Si segnala un uso insufficiente della prima colazione e uno scarso consumo di frutta e verdura

Popolazione di 18-65 anni

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

Stile di vita attivo - Solo quattro persone su dieci (43%) riferiscono di svolgere un'attività lavorativa pesante o praticare l'attività fisica moderata/intensa raccomandata; il 23% (cioè circa 140.000 mila persone) è totalmente sedentario: la sedentarietà cresce all'aumentare dell'età.

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

Due su tre dei 18-65enni calabresi, circa 400.000 persone, consumano **alcol** (66%). Circa 120.000 possono essere classificati come bevitori a rischio (18%) e oltre 50.000 come consumatori **binge** (9%). Il consumo di alcol a rischio è significativamente più frequente negli uomini, nelle persone con molte difficoltà economiche percepite e nei giovani di 18-24 anni: in questa fascia d'età circa un quarto dei giovani ha modalità di assunzione di alcol a rischio.

Oltre la metà delle persone di 18-69 anni (55%) ha dichiarato di essere non **fumatore**, il 16% di essere ex fumatore mentre i fumatori ammontano a poco meno di un terzo (28%).

Si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori nelle persone sotto ai 50 anni e negli uomini, ma risulta statisticamente significativa la sola associazione tra fumo e sesso.

Il 64% ritiene che il divieto di fumare nei luoghi pubblici sia rispettato sempre o quasi sempre, mentre il 74% dei lavoratori considera rispettato sempre o quasi sempre il divieto di fumare nel luogo di lavoro. In meno di un terzo delle abitazioni si fuma: nel 23% in alcune zone e nel 5% ovunque; in circa un quarto delle case in cui vivono minori o bambini si fuma (23%).

Consuma alcol almeno una volta a settimana circa il 42% dei quindicenni (Italia 40%) e il 20% delle quindicenni (Italia 24%). Fuma almeno una volta a settimana circa il 17% dei quindicenni (Italia 19%) e il 15% delle quindicenni (Italia 19%); l'abitudine è poco diffusa al di sotto dei 15 anni. Svolge attività fisica per almeno un'ora al giorno per più di tre giorni a settimana circa il 49% dei tredicenni e il 46% dei quindicenni, mentre tra le ragazze solo il 30% delle tredicenni e il 25% delle quindicenni; l'abitudine è meno diffusa rispetto alle rispettive medie nazionali (uomini: 51%; 48% - donne: 34%; 27%).

Popolazione ultra64enne

Dall'indagine passi D'Argento, svolta sperimentalmente nella provincia di Cosenza, quindi non riferita all'intera regione, è emerso che solo il 13% degli ultra 64enni giudica positivamente il proprio stato di salute, a fronte del 29% del dato nazionale. Il 51% è in eccesso ponderale (Italia 58%). Dal punto di vista dei fattori comportamentali di rischio il 7% (Italia 9%) riferisce di essere fumatore, il 39% consuma alcol (Italia 40%) e tra questi il 37% (Italia 46%) più di 1 unità alcolica, dunque è considerato a rischio, il 33% è meno attivo fisicamente (Italia 23%) e solo il 1% consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate al giorno (Italia 6%). Il 39% degli intervistati ha problemi di vista (Italia 21%). Il 31% di masticazione (Italia 16%), tra questi solo il 13% è andato dal dentista (Italia 25%). Il 22% ha problemi di udito (Italia 13%). Il 14% è caduto negli ultimi 30 giorni (Italia 11%).

Il 35% ha riferito sintomi di depressione (Italia 24%) e il 15% è a rischio di isolamento sociale (Italia 9%).

Ambiente e salute

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

Sul territorio calabrese insistono numerosi **siti inquinati** ad alto rischio: quello di Crotone - Cassano - Cerchiara risulta tra i siti contaminati di interesse nazionale.

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

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

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

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

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

Le carenze strutturali dell'attuale assetto del servizio della **depurazione** si sostanziano in un valore medio di copertura/abitanti del 73%: l'elevata età media degli impianti, le piccole

dimensioni (90% dei casi) e le conseguenti difficoltà gestionali in termini tecnici ed economici caratterizzano negativamente anche la qualità del servizio.

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

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

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

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

Relativamente all'anno 2005, è stato effettuato uno studio più approfondito dei dati rilevati dalle centraline per il monitoraggio della qualità dell'aria: le concentrazioni di Biossido di Zolfo, Ossido di Azoto, Monossido di Carbonio, Ozono e benzene si sono mantenute al di sotto dei valori limite stabiliti dalla legge; il valore del PM10 si è mantenuto al di sotto del limite, sia come media giornaliera che come media annuale.

Il maggiore incremento nella produzione di energia elettrica da **fonti rinnovabili** è stato registrato in Calabria, nel settore eolico.

I **cittadini** calabresi ritengono di vivere in un ambiente di vita più salutare rispetto al resto degli italiani per quanto attiene all'inquinamento dell'aria (20% vs 41%) e all'inquinamento acustico (31% vs 36%) ma lamentano più sporcizia nelle strade (32% vs 29%) e meno fiducia nella qualità dell'acqua potabile (44% vs 33%). Riferiscono meno difficoltà di parcheggio (36% vs 39%), di traffico (34% vs 46%) e meno rischio di criminalità (31% vs 37%), mentre dichiarano evidenti difficoltà in merito ai collegamenti (40% vs 29%) e all'irregolare erogazione dell'acqua (31% vs 12%).

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

Si stima che il 2,9% degli accessi al pronto soccorso sia dovuto ad **incidenti domestici**. La maggioranza degli incidenti domestici avviene tra le donne anziane, i bambini, le casalinghe: la tipologia più frequente tra gli anziani è la caduta, che esita in ben oltre di un terzo dei casi in una frattura del femore, mentre per i più piccoli oltre alla caduta, le lesioni più frequenti sono rappresentate dall'ingestione o inalazione di sostanze tossiche e corpi estranei. La letteratura documenta un gradiente socioeconomico nei ricoveri per incidenti domestici tra i bambini con meno di 15 anni; anche l'intossicazione da monossido di carbonio rappresenta un evento correlato a condizioni di disagio abitativo che coinvolgono spesso cittadini in condizioni di indigenza i quali utilizzano mezzi impropri per il riscaldamento domestico e non sono in grado di provvedere alla normale manutenzione degli impianti.

Alimenti e salute

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

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

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

La ricerca di residui dei prodotti fitosanitari nel 2008 ha evidenziato regolarità per il 98,71% dei campioni analizzati, differenziati nell'87,82% (negativa) e nel 10,89% (regolare). Le positività sono state rilevate su due campioni, pari all'1,29%, che hanno interessato finocchi (*chlorpyrifos* - metile) e fave (*chlorothalonil*).

Nel 2009 non si sono registrate irregolarità e la ricerca di residui di fitosanitari negli alimenti ha dato i seguenti esiti: 76,2% assenti; 23,8% nei limiti di legge.

Contestualmente i SIAN sono stati impegnati nella risoluzione delle problematiche relative ai sistemi di allerta notificati, che hanno interessato prevalentemente integratori alimentari, alimenti e bevande di origine etnica, succhi di agrumi e materiale per alimenti.

Nei primi mesi del 2010, attraverso i punti di contatto del sistema di allerta regionale, sono state gestite, tra l'altro, le non conformità di prodotti quali ketchup (sudan), datteri di Tunisia (larve), clementine (residui fitosanitari), pomodori secchi (verifiche HAV) ed acque minerali (non conformità varie).

L'utilizzo di **prodotti fitosanitari** negli alimenti costituisce un rischio per la salute dei consumatori: negli anni si è osservata una progressiva diminuzione del loro impiego, ma rimane necessario continuare a presidiare il settore.

Lavoro e salute in Calabria

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

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

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

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

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

industrie dei mezzi di trasporto e della gomma che si collocano, rispettivamente, ai primi 2 posti della graduatoria.

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

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

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

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

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

Sicurezza stradale

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

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

Risulta però più elevato rispetto alla media nazionale il tasso di mortalità (morti/1.000 incidenti): la Calabria è la terza regione italiana per tasso di mortalità per incidenti stradali (36 vs 22 Italia) e Crotone la seconda provincia con 75 decessi ogni 1.000 incidenti.

In Calabria gli incidenti stradali si verificano con minore frequenza ma sono più pericolosi.

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

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

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

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

La tipologia di scontro più frequente è quella frontale-laterale (34%).

Gli scontri tra due veicoli sono quelli più frequenti (63%).

I mesi di dicembre, gennaio e maggio sono quelli in cui si verificano più incidenti mortali.

Il 68% dei decessi e il 63% dei feriti si registrano tra i conducenti.

I pedoni rappresentano ben l'8% delle vittime della strada e il 4% tra i feriti.

Sulla strada muoiono (73%) e si feriscono (64%) più uomini che donne.

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

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

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

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

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

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

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

Mortalità

L'arco temporale entro il quale si può considerare evitabile la mortalità per cause che la letteratura scientifica segnala come efficacemente contrastabili può essere, attualmente, rideterminato tra 0 e 74 anni. In base a tale assunzione gli autori di ERA 2007- Atlante di **mortalità evitabile** propongono una particolare "classifica" dei giorni/persona persi per mortalità evitabile (calcolando l'arco temporale di vita potenziale non vissuta, intercorso fra la data della morte precoce e la data di morte attesa in base al sesso e alla classe d'età).

In base a tale indicatore (in grado di aggiungere informazioni utili a quantificare in maniera più incisiva il peso degli eventi mortali nella comunità) si evince che gli uomini hanno perso in Italia circa il doppio dei giorni di vita potenziale rispetto alle donne e che nel triennio 2000-2002 per entrambi i sessi si è registrata una diminuzione dell'11% rispetto al triennio 1996-1998; anche in Calabria si conferma tale tendenza: la nostra regione si pone al quinto posto per giorni perduti pro-capite per cause di morte evitabili per gli uomini (21gg. vs 23 gg. Italia) e al nono per le donne (11 gg. Vs 12 gg. Italia).

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

Anche l'analisi della **mortalità generale** consolida, sia in Italia che in Calabria, quale primo grande gruppo di causa di morte quello delle malattie del sistema circolatorio seguito dai tumori, dalle malattie dell'apparato respiratorio, dai traumatismi e dalle malattie

endocrino/metaboliche. Le prime mostrano trend di mortalità in netta diminuzione negli ultimi anni, le malattie dell'apparato respiratorio e i traumatismi in diminuzione, mentre la mortalità per tumori e malattie endocrino/metaboliche si mantiene sostanzialmente costante.

Le **cause specifiche di morte** più frequenti sono rappresentate: per gli uomini dalle malattie ischemiche del cuore (T.Std. 12,6 per 10.000) seguite dai disturbi circolatori dell'encefalo (T.Std. 11,5 per 10.000), dai tumori maligni di trachea, bronchi, polmoni (T.Std. 6,7 per 10.000), dalle malattie polmonari croniche ostruttive (T.Std. 6,5 per 10.000), dal diabete mellito (T.Std. 4,5 per 10.000) dai tumori maligni del colon retto (T.Std. 3 per 10.000); per le donne dai disturbi circolatori dell'encefalo (T.Std. 10,5 per 10.000) seguiti dalle malattie ischemiche del cuore (T.Std. 7,9 per 10.000), dal diabete mellito (T.Std. 3,9 per 10.000), dai tumori maligni della mammella (T.Std. 2,4 per 10.000), dalle malattie polmonari croniche ostruttive (T.Std. 2,1 per 10.000) e dai tumori maligni del colon retto (T.Std. 1,6 per 10.000). Nel periodo 2001 - 2006 si osserva un trend stazionario della **mortalità infantile** per i maschi e in leggera diminuzione per le donne: nel 2006 i tassi di decessi nel primo anno di vita ogni 1.000 nati vivi superano per entrambi i sessi (di gran lunga per i maschi) i rispettivi valori nazionali (M 6,6 vs 3,9; F 4,3 vs 3 ‰).

Malattie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ospedalizzazione

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

Rispetto ai ricoveri effettuati dal pool di erogatori italiani, in Calabria si registrano in percentuale meno ricoveri in regime ordinario e più ricoveri in regime diurno, sia per gli acuti che per la riabilitazione.

Ben il 15% di tutti i ricoveri dei residenti si realizza in strutture di altre regioni, soprattutto nel Lazio, Sicilia, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Puglia (Fig. 1). Queste emigrazioni sanitarie non sempre sono dovute a carenza di strutture idonee a soddisfare la domanda.

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

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

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

Fra le prime 10 MDC (Major Diagnostic Category), che rappresentano le categorie maggiori di diagnosi cui afferiscono i DRG, troviamo:

- per i ricoveri effettuati nelle strutture regionali al primo posto le malattie e i disturbi dell'apparato circolatorio, seguono le malattie e i disturbi dell'apparato digerente, la gravidanza il parto e il puerperio;

- per i ricoveri acuti in regime ordinario effettuati fuori regione la distribuzione delle prime MDC vede al primo posto le malattie e disturbi del sistema osteomuscolare e connessi, seguite dalle malattie dell'apparato cardiocircolatorio e dalle malattie e disturbi dell'apparato digerente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'inappropriatezza organizzativa per i ricoveri acuti in regime ordinario è evidenziata dalla alta proporzione di "dimessi con DRG medico da reparti chirurgici", mentre la percentuale di parti cesarei sul totale dei parti, al di sopra della media nazionale, rappresenta una spia di inappropriatezza clinica. In media sono eseguiti meno interventi chirurgici nella modalità meno invasiva e permangono elevati gli indicatori indiretti dell'inefficienza dell'assistenza territoriale.

L'intervento correttivo dell'inappropriatezza dei ricoveri non può esclusivamente essere indirizzato all'interno dell'ospedale. La deospedalizzazione ha le sue radici proprio in azioni che

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

Prevenzione

I programmi di screening

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

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

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

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

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

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

Vaccinazioni

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

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

La vaccinazione HPV è stata attivata in Calabria a partire dal 2008 ma soltanto nel 2010 è stato possibile estendere l'offerta attiva su tutto il territorio regionale. La popolazione target si aggira su 9.500-10.000 ragazze/anno. Al 30.06.10 le coperture raggiunte in Calabria per 3 dosi di HPV sono: 53% per la coorte 1997 e 23,4% per la coorte 1998.

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

2) CRITICITA'

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

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

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

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

strumentali e organizzative. A tutt'oggi permangono dunque criticità in ordine sia alla diffusione dei programmi che all'adesione da parte della popolazione target.

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

La recente adozione della procedura di accettazione informatizzata presso tutti i Pronto Soccorsi e l'obbligo di compilazione del campo Traumi della SDO, voluto dal D.M. 8 luglio 2010, n.135, in via di recepimento da parte della Regione Calabria, potrebbe contribuire al superamento della suddetta criticità, ma è necessario comunque prevedere azioni di rafforzamento per la messa a regime della sorveglianza.

- In Calabria gli **Infortunati sul lavoro** hanno registrato nel corso degli ultimi anni una tendenza alla riduzione, con un calo infortunistico in Agricoltura e Industria e Servizi e un incremento per gli infortuni nella Pubblica Amministrazione (9,53%). Con deliberazione della Giunta Regionale del 2006 è stato approvato il progetto Regionale di Sorveglianza e Prevenzione degli Infortuni sul Lavoro. A causa delle modifiche degli assetti organizzativi delle ASL, la messa a regime del sistema di sorveglianza ha subito attualmente una battuta d'arresto, per cui è necessario prevedere azioni di superamento delle criticità e mettere a regime la sorveglianza.

- **L'attività vaccinale** svolta nelle ASP calabresi si caratterizza per la disomogeneità delle prestazioni e per la totale assenza delle anagrafi vaccinali informatizzate. La maggioranza dei servizi vaccinali presenti sul territorio regionale non risponde agli standard di qualità e sicurezza previsti. Nonostante ciò sono state raggiunte coperture superiori al 95% per le vaccinazioni obbligatorie, mentre per le vaccinazioni raccomandate si rilevano coperture inferiori (indagine ICONA 2008). Anche per la vaccinazione HPV l'adesione risulta bassa, condizionata da un'informazione spesso contraddittoria proveniente da MMG, PLS e Ginecologi. La mancanza di una anagrafe vaccinale informatizzata rende più difficile il reclutamento delle dodicenni ed il monitoraggio delle coperture risulta più indaginoso.

In generale sono evidenti le disuguaglianze di accesso ai servizi vaccinali, generate da difficoltà linguistiche e/o di accoglienza, di cui sono vittime soprattutto le minoranze di immigrati. Una comunicazione efficace, che coinvolga tutti i gruppi di interesse potrebbe contribuire al superamento delle criticità segnalate.

Anche la copertura vaccinale delle donne in età fertile (18-49 anni) è bassa. Il mancato raggiungimento degli obiettivi del Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita è ascrivibile in parte a retaggi sociali e culturali delle famiglie, ma anche a una comunicazione poco efficace e contraddittoria da parte del personale sanitario. Poiché, come dimostra lo studio

Icona il determinante principale correlato positivamente con l'adesione a tali vaccinazioni è l' "invito del centro Vaccinale", è essenziale che a supporto delle attività vaccinali sia disponibile una anagrafe vaccinale informatizzata, che consente, attraverso la facilitazione del reclutamento, di conseguire l'aumento delle coperture vaccinali, sia per le vaccinazioni attualmente obbligatorie che per quelle raccomandate, attualmente più critiche. Nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007, con delibera della Giunta Regionale del 2005 "Piano Regionale per le Vaccinazioni", la Regione Calabria ha attivato tra i sottoprogetti la realizzazione dell' anagrafe vaccinale informatizzata, che tuttavia è ancora in corso di completamento. Da qui la necessità di riproporre il progetto di monitoraggio delle coperture vaccinali e uniformazioni/informatizzazione delle anagrafi vaccinali.

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

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

3) LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

- I Programmi/progetti che sono stati inseriti nel presente PRP sono stati individuati sulla base delle criticità rilevate con l'analisi del contesto, e le azioni, scelte sulla base dell'esistenza di strategie di azione EB, sono state orientate alla multidisciplinarietà e all'integrazione tra gli operatori del sistema salute e la comunità.

- La scelta strategica è stata quella di dare continuità ai programmi/progetti del precedente Piano Regionale di Prevenzione, in relazione ai diversi livelli di raggiungimento degli obiettivi.

- La realizzazione degli obiettivi individuati nella presente programmazione sarà garantita principalmente attraverso le indicazioni che verranno emanate con le linee di indirizzo regionali che, annualmente, costituiscono la base per la programmazione locale. Tali indirizzi saranno vincolanti e costituiranno oggetto di valutazione per le direzioni strategiche aziendali..

- Inoltre, poiché il raggiungimento di alcuni dei suddetti obiettivi è subordinato alla partecipazione e al contributo dei MMG e dei PLS, le trattative per gli accordi decentrati regionali della medicina generale e della pediatria di libera scelta riguarderanno anche le attività previste dal PRP.

- Per alcuni Programmi/progetti sarà fondamentale la cooperazione con Enti, Istituzioni, associazioni di categoria e volontariato.
- Una delle principale fonti di verifica dei progetti sarà rappresentata dai **sistemi di sorveglianza PASSI, Passi d'Argento, OKkio alla salute, HBSC**. Gli ultimi due sono già a regime; il sistema Passi è stato realizzato nel 2009 in un ambito parziale del territorio regionale, con una adesione del 40% delle ASL regionali, mentre Passi d'Argento è stato realizzato in via sperimentale nel 2010 in una sola Azienda Sanitaria Provinciale. La messa a regime di tutti i sistemi di sorveglianza è stata prevista nell'ambito dei Programmi in cui gli stessi sono inseriti.

4) LE PRIORITÀ

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

Per l'elaborazione del Piano di Prevenzione Regionale è stato fatto riferimento alle indicazioni fornite nel documento per la valutazione del PRP 2010-2012, prodotto dal Ministero della Salute.

PIANO OPERATIVO DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2010/ 2012 - CALABRIA

Macroarea	Linea di intervento generali	Obiettivi generali di salute (in neretto - da riportare nelle schede di programma/progetto - fonte: tabelle PNP, ove presenti, e testo PNP, ove non presenti)	Titolo del programma/progetto	Obiettivo di salute del programma/progetto (si raccomanda di riferirsi alle azioni indicate nella colonna "Linee di intervento" delle tabelle del PNP, ove presenti, o agli obiettivi indicati nel testo del PNP, ove non presenti)	costo
Medicina edittiva	1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia	Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale	1.1.1. Diffusione/miglioramento dell'uso della carta e del punteggio del rischio cardiovascolare attraverso la formazione del MMG	1. incremento della % di popolazione con punteggio di rischio noto	150.000,00
			1.1.2. "La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali" - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive nei Centri per immigrati	2. riduzione della prevalenza di soggetti ad alto rischio cardiovascolare attuazione di strategie efficaci per evitare il diffondersi di focolai infettivi, e qualora dovessero verificarsi, comunque limitarne la diffusione per alcune malattie infettive, AIDS, TBC, Malaria, Parassitosi e malattie sessualmente trasmissibili; isolamento dei casi infettivi; gestione adeguata dei casi di malattia; Controllo dei contatti	70.000,00
	Prevenzione versale	2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali	2.1.1. Il sistema regionale di sorveglianza integrato degli incidenti stradali e domestici	Sistema di sorveglianza degli incidenti stradali basato sui dati integrati di P.S., 118, SDO, ReNCam, CCT/Isiat allo scopo di programmare e valutare interventi sanitari, infrastrutturali e sul contesto ambientale.
2.1.2. Guida sicura nei giovani				Riduzione della mortalità e disabilità conseguenti ad incidenti stradali, connessi alla guida sotto l'effetto di alcol e/o sostanze, nei giovani della fascia di età compresa tra i 15-29 anni	80.000,00
Prevenzione versale		2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	Mantenimento del trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio	2.1.3. "Scegliere la strada della sicurezza" e "Moltiplicatori dell'azione preventiva" nella prevenzione degli incidenti stradali	Implementare interventi di tipo preventivo-educativo, comunicativo-formativo sui rischi connessi alla guida sotto l'effetto di alcol e sostanze o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuali nella realtà locali
	2.2.1. Riduzione infortuni in agricoltura attraverso azioni di controllo in attuazione del Piano regionale agricoltura			Definizione e attuazione di programmi di informazione, assistenza, formazione e controllo focalizzati sulle aree di attività lavorativa a maggior rischio - Riduzione 10% di infortuni in agricoltura nel biennio	150.000,00
				2.2.2. Riduzione infortuni in edilizia attraverso azioni di controllo in attuazione del Piano regionale edilizia	Definizione e attuazione di programmi di informazione, assistenza, formazione e controllo focalizzati sulle aree di attività lavorativa a maggior rischio Riduzione del 15% degli infortuni in edilizia
2.2.3. Campagne di sensibilizzazione sul consumo di alcol e sostanze nei cantieri Progetto pilota ASP CZ e CS				Ridurre i danni derivanti da consumo di alcol e sostanze stupefacenti psicofarmaci nei lavoratori ad elevato rischio di infortuni nei cantieri edili dell'Asp CZ e CS	150.000,00

Macroarea	Linea di intervento generali	Obiettivi generali di salute (in neretto - da riportare nelle schede di programma/progetto - fonte: tabelle PNP, ove presenti, e testo PNP, ove non presenti)	Titolo del programma/progetto	Obiettivo di salute del programma/progetto (si raccomanda di riferirsi alle azioni indicate nella colonna "Linee di intervento" delle tabelle del PNP, ove presenti, o agli obiettivi indicati nel testo del PNP, ove non presenti)	costo
Prevenzione universale		Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali	2.2.4. I tumori professionali: monitoraggio dei rischi e dei danni da esposizione a cancerogeni	Riduzione l'esposizione al rischio cancerogeno attraverso una corretta sorveglianza sanitaria sui lavoratori esposti	150.000,00
		Riduzione della mortalità da eventi traumatici nella popolazione anziana e nelle donne adulte	2.3.1. Promozione dell'attività dei gruppi di cammino per la popolazione anziana : Strategie e azioni di educazione motoria ed attività fisica per la popolazione anziana calabrese	Riduzione della mortalità e dei ricoveri da eventi traumatici, miglioramento della qualità della vita	120.000,00
	2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico		2.3.2. prosecuzione progetto precedente prevenzione rischio donne adulte	Riduzione della mortalità e dei ricoveri da eventi traumatici, miglioramento della qualità della vita	120.000,00
		Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta e dei ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni	2.3.3. Realizzazione di un pacchetto didattico per la scuola dell'infanzia di supporto agli insegnanti nell'introdurre i temi della sicurezza	Riduzione del 5% degli infortuni e dei ricoveri da eventi traumatici nei bambini 0-4 anni	120.000,00
			2.4.1. Nuovo "Piano nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2010-2012": consolidamento delle coperture vaccinali, sorveglianza epidemiologica e conferma di laboratorio dei casi	Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali, potenziare e consolidare la diagnostica nei confronti di morbillo, parotite e rosolia	150.000,00
Prevenzione versata	2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento	2.4.2. Prevenzione delle infezioni da HPV.	Vaccinazione anti Papillomavirus umano (HPV): recuperare la popolazione femminile di cui al programma regionale multicorte 2007-2010, non ancora vaccinata	150.000,00
			2.4.3. Monitoraggio delle coperture vaccinali e uniformazione/ informatizzazione delle anagrafi vaccinali	Monitorare le coperture vaccinali. Integrare i sistemi informativi esistenti con raccolta dei dati che confluiscono su un comune regionale unico	445.000,00
		Definire le strategie vaccinali per preparati non ancora inseriti nel LEA o per i quali sono disponibili nuove conoscenze o per cui devono essere acquisite ulteriori conoscenze	2.4.4. Miglioramento qualità offerta vaccinale	Rendere omogenea offerta vaccinale sul territorio regionale; Aumentare le coperture vaccinali generali e la proporzione di vaccini effettuati al momento più opportuno	140.000,00

Macroarea	Linea di intervento generali	Obiettivi generali di salute (in neretto - da riportare nella scheda di programma/progetto - fonte: tabella PNP, ove presenti, e testo PNP, ove non presenti)	Titolo del programma/progetto	Obiettivo di salute del programma/progetto (si raccomanda di riferirsi alle azioni indicate nella colonna "Linee di intervento" della tabella del PNP, ove presenti, o agli obiettivi indicati nel testo del PNP, ove non presenti)	costo
Prevenzione iversale	2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	Ridurre le infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con particolare riguardo a quelle determinate da pratiche assistenziali condotte in modo scorretto	2.5.1 Good Practices in ambiente ospedaliero: implementazione di protocolli e linee guida per la prevenzione dell'infortunio biologico	Ridurre l'incidenza dell'infortunio biologico negli operatori sanitari esposti con l'implementazione di un sistema di sorveglianza degli infortuni biologici. Promuovere tra gli operatori sanitari comportamenti preventivi individuali rispetto al rischio di trasmissione di infezioni occupazionali	100.000,00
		Reggiungere elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambienti di vita collettiva, con particolare riguardo alle scuole	2.6.1 La peer education. Prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili	Promuovere la partecipazione attiva dei giovani nelle azioni di prevenzione sui temi dell'educazione sessuale e delle malattie sessualmente trasmissibili nei loro contesti di riferimento (scuola, famiglia, gruppo di amici, comunità locale)	200.000,00
		2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni	Ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali	2.6.3 Sviluppare i programmi di prevenzione delle zoonosi favorendo l'integrazione della sorveglianza, dei sistemi informativi e delle procedure di prevenzione mediche e veterinarie	200.000,00
			Limitare il verificarsi di focolai autoctoni di patologie da importazione	Azioni di sorveglianza e controllo dei focolai autoctoni di patologie da importazione. Sorveglianza della tubercolosi nelle popolazioni immigrate.	190.000,00
			2.7.1. Sorveglianza e approccio integrato alla problematica degli aeroallergeni (pollini e muffe)/campagne di informazione	Miglioramento delle capacità diagnostiche delle patologie da aarbovirus trasmesse da vettori attraverso un Sistema Integrato di sorveglianza sul territorio regionale	200.000,00
	2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici (allergeni, muffe, pollini), con particolare attenzione alla salute dei bambini	2.7.1. Sorveglianza e approccio integrato alla problematica degli aeroallergeni (pollini e muffe)/campagne di informazione	Protezione della salute umana dal rischio esposizione/sensibilizzazione ad allergeni, muffe e pollini con riduzione dell'incidenza delle patologie da esposizione ad aeroallergeni	130.000,00
		Contenimento entro i limiti previsti degli inquinanti da emissioni e scarichi degli insediamenti produttivi e civili	2.7.2 Sistemi di sorveglianza della qualità degli scarichi e dei corpi recettori in relazione degli usi degli stessi e della protezione salute pubblica.	Monitoraggio e controllo degli scarichi e dei corpi recettori a tutela degli usi potabili dell'acqua della miticoltura, acquacoltura, della balneazione e della protezione della salute pubblica	130.000,00
		Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimici	2.7.3. Rete Regionale di Vigilanza sul Regolamento REACH e CLP	Riduzione dell'incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimici, attraverso l'attivazione della rete di sorveglianza REACH e CLP	180.000,00

Macroarea	Linea di intervento generali	Obiettivi generali di salute (in neretto - da riportare nelle schede di programma/progetto - fonte: tabella PNP, ove presenti, e testo PNP, ove non presenti)	Titolo del programma/progetto	Obiettivo di salute del programma/progetto (si raccomanda di riferirsi alle azioni indicate nella colonna "Linee di intervento" delle tabelle del PNP, ove presenti, o agli obiettivi indicati nel testo del PNP, ove non presenti)	costo
Prevenzione generale		Riduzione delle fonti di inquinamento indoor con particolare riguardo a radon, amianto e fumo passivo	2.7.4 Riduzione delle fonti di inquinamento indoor con particolare riguardo al gas Radon nell'ASP di CZ	1) Riduzione del rischio degli effetti sanitari connessi all'esposizione al Radon; 2) Mappatura del territorio con la classificazione delle aree a rischio radon	120.000,00
	2.8. Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano	Controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti	2.8.1 Linee guida e formazione per il interno controllo della qualità dell'acqua destinata al consumo umano 2.8.2: Programma di sicurezza alimentare, audit e autocontrollo; 1) Implementazione audit su OSA ; 2) Miglioramento dei piani di controllo e campionamento alimenti e bevande ; 3) realizzazione centro regionale di riferimento MTA	Realizzazione di sistemi programmati e procedure tecnico operative destinate al controllo interno e formazione degli operatori per la qualità delle acque destinate al consumo umano	200.000,00
			2.8.3. Valutazione della qualità e appropriatezza dei Servizi di sicurezza alimentare	Riduzione delle malattie MTA	300.000,00
			2.9.1. Gestione e valorizzazione integrata delle informazioni derivanti dai sistemi di sorveglianza correnti per gli stili di vita: 1) Okkio alla salute; 2) HBSC; 3) PASSI	Miglioramento del livello della Sicurezza alimentare attraverso la prima applicazione di modelli di Audit sui Servizi di controllo Ufficiale, finalizzati alla verifica del raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale	150.000,00
	2.9. Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute	2.9.2. Programma "Scuole promotrici di salute" Collaborazione interistituzionale: scuola e salute; 1) la promozione della salute a livello locale sugli obiettivi del progetto nazionale Guadagnare salute; 2) Campagna di comunicazione stili di vita "Salut	Produrre e rendere disponibili in maniera integrata le informazioni, per la costruzione del profilo di salute, la definizione di priorità e la valutazione di impatto	370.000,00
		Prevenzione dell'obesità con particolare riguardo a quella infantile con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%	2.9.3. "Guadagnare salute negli adolescenti": interventi strutturali di promozione della salute tra gli adolescenti in ambito scolastico ed extra-scolastico: sana alimentazione ed attività fisica	Offerta di azioni efficaci di prevenzione e promozione della salute nelle scuole della Calabria - Promuovere le life skills nei ragazzi - Aumentare l'empowerment nella scuola	280.000,00
			2.9.4. Promozione dell'allattamento al seno, dello svezzamento e delle competenze genitoriali per la promozione della salute	Offerta di azioni efficaci di promozione della salute negli adolescenti per una sana alimentazione e rafforzamento dell'attività fisica attraverso il rafforzamento della rete e della professionalità specifica dei referenti regionali e provinciali della scuola e delle aziende sanitarie	70.000,00
				Incrementare del 10% la percentuale di donne che allattano in maniera esclusiva al momento della dimissione e in maniera completa a 6 mesi secondo le indicazioni OMS/UNICEF	190.000,00

Macroarea	Linee di intervento generali	Obiettivi generali di salute (in neretto - da riportare nelle schede di programma/progetto - fonte: tabelle PNP, ove presenti, e testo PNP, ove non presenti)	Titolo del programma/progetto	Obiettivo di salute del programma/progetto (si raccomanda di riferirsi alle azioni indicate nella colonna "Linee di intervento" delle tabelle del PNP, ove presenti, o agli obiettivi indicati nel testo del PNP, ove non presenti)	costo
Prevenzione universale	2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	Incremento dell'attività motoria, con particolare riguardo alla popolazione giovane-adulta	2.9.5. "Il movimento è vita" Promozione dell'attività motoria nel setting scuola	Coordinamento e diffusione di azioni efficaci nelle scuole della regione finalizzate a ridurre la prevalenza delle MCNT correlate alla sedentarietà. Far aumentare dal 13% al 30% la proporzione di bambini e ragazzi calabresi della scuola primaria e secondaria che svolge almeno 1 h di attività fisica giornaliera	200.000,00
		Riduzione dei consumatori di alcol a rischio	2.9.6. "Unplugged" Programma per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e droghe nelle scuole calabresi	Migliorare il benessere e la salute psicosociale dei ragazzi attraverso il riconoscimento ed il potenziamento delle abilità personali finalizzate a: favorire lo sviluppo ed il consolidamento delle competenze interpersonali; sviluppare e potenziare le abilità	120.000,00
		Riduzione della percentuale di fumatori abituali, con particolare riguardo alle fumatrici e a soggetti in età giovane-adulta	2.9.7. Piano regionale tabagismo: 1) azioni di prevenzione, cura e controllo; 2) Attività di prevenzione stili di vita : fumo; 3) Campagna informativa stili di vita.	Assistenza e supporto alla disassuefazione e controllo del fumo di passivo: luoghi di lavoro e servizi sanitari liberi dal fumo - Aumentare la prevalenza degli ex-fumatori nella popolazione generale e nei gruppi indicati dalle linee guida regionali	200.000,00
		Prevenzione delle patologie da carenza iodica	2.9.8. Prevenzione patologie tiroidee	Ridurre l'incidenza delle complicanze da patologie tiroidee	84.000,00
		Prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze nelle scuole medie di primo e secondo grado, e nei luoghi di aggregazione giovanile formali e informali	2.9.9. Diffusione delle buone pratiche identificate dal Progetto "Guadagnare salute negli adolescenti" - Luoghi di prevenzione	Istituire un Luogo di Prevenzione Alcol in una ASP che raccolga dati per il monitoraggio e realizzi azioni per sensibilizzare le istituzioni scolastiche alla promozione/protezione degli studenti dall'abuso di alcol e sensibilizzare gli studenti all'assunzione di responsabilità rispetto alla dipendenza da alcol e ai rischi da abuso occasionale	140.000,00
Prevenzione la popolazione a rischio	3.1 Tumori e screening	Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto	3.1.1. Raggiungimento e mantenimento degli standard previsti	Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon-retto sistema di informatizzazione	120.000,00
		Rendere sostenibili i programmi di popolazione per lo screening del cancro di mammella, cervice uterina e colon-retto	3.1.2. Attuazione dei Progetti di superamento della criticità :1) tumori della mammella; 2)cervice uterina ;3) colon-retto	Miglioramento delle azioni di prevenzione dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto	90.000,00
		Contrastare il cancro alla prostata	3.1.3 Linea Guida per lo screening spontaneo del carcinoma della prostata	• Migliorare la qualità di vita delle persone affette da cancro della prostata attraverso l'uso di percorsi diagnostico terapeutici appropriati e condivisi • Ridurre l'inappropriatezza dell'uso spontaneo del test di screening	109.000,00

Macroarea	Linea di intervento generali	Obiettivi generali di salute (In neretto - da riportare nelle schede di programma/progetto - fonte: tabelle PNP, ove presenti, e testo PNP, ove non presenti)	Titolo del programma/progetto	Obiettivo di salute del programma/progetto (si raccomanda di riferirsi alle azioni indicate nella colonna "Linea di intervento" delle tabelle del PNP, ove presenti, o agli obiettivi indicati nel testo del PNP, ove non presenti)	costo
Prevenzione alla popolazione a rischio	3.2 Malattie cardiovascolari	Ridurre l'incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari	3.2.1. Monitoraggio ed intervento sui fattori fisici di rischio cardiovascolare	Individuare i soggetti portatori dei classici fattori di rischio cardiovascolare che siano anche posti ad ulteriore rischio di ictus cerebrali ed infarto miocardico ad opera della presenza di fattori fisici (emodinamici) di rischio cardiovascolare migliorare	170.000,00
			3.2.2. La prescrizione dell'attività motoria	Ridurre l'incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari; miglioramento delle condizioni di salute e del benessere della popolazione, finalizzato all'implementazione dell'attività fisica quale strumento di prevenzione primaria e secondaria	170.000,00
			3.3.1 Screening Diabete Mellito e Ridotta Tolleranza Glucidica su una popolazione di donatori di sangue afferenti ai Centri Avis	Valutare nel nostro territorio l'incidenza (prevalenza) percentuale del Diabete misconosciuto e della Ridotta tolleranza glucidica su una popolazione apparentemente sana	145.000,00
	3.3 Diabete	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete	3.3.2 Prevenzione e gestione delle complicanze del diabete tipo 2	Migliorare la qualità di vita della persona assistita e della famiglia con sensibile riduzione del numero di ospedalizzazioni per complicanze croniche del diabete e del tasso di mortalità	190.000,00
			3.3.3. Progetto Diabete Calabria : riorganizzazione dell'assistenza diabetologica con integrazione tra Medici di Medicina Generale e Centri di Diabetologia	Ottimizzare la cura della malattia diabetica e prevenirne le complicanze	125.000,00
	3.5 Malattie osteoarticolari	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per le malattie osteoarticolari, perseguendo i seguenti obiettivi: - Individuare la diffusione di tali patologie tramite indicatori indiretti (SDO, consumo di farmaci anti	3.5.1 Prevenzione Osteoporosi Conclamata	Aumento della massa ossea nella popolazione generale e nei soggetti a rischio	195.000,00
			3.5.2. Prevenzione dell'osteoporosi nelle donne in menopausa	Diagnosi precoce e gestione clinica dell'osteoporosi nelle donne in menopausa	105.000,00
	3.6 Patologie orali	Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva	3.6.1. Prevenzione della carie in età pediatrica	Offerta di azioni efficaci di promozione della salute orale nelle scuole primarie della Regione con utilizzo di Kit didattici sull'educazione all'igiene orale, l'educazione alimentare, la fuoro profilassi, i controlli periodici	150.000,00

Macroarea	Linea di intervento generali	Obiettivi generali di salute (in neretto - da riportare nelle schede di programma/progetto - fonte: tabelle PNP, ove presenti, e testo PNP, ove non presenti)	Titolo del programma/progetto	Obiettivo di salute del programma/progetto (si raccomanda di riferirsi alle azioni indicate nella colonna "Linee di intervento" delle tabelle del PNP, ove presenti, o agli obiettivi indicati nel testo del PNP, ove non presenti)	costo
Prevenzione alla popolazione a rischio	3.7 Disturbi psichiatrici	Lotta alla depressione	3.7.1. Individuazione precoce della sindrome depressiva nei pazienti ospedalizzati	Migliorare il riconoscimento precoce della depressione e favorire l'ottimizzazione dei trattamenti della comorbidità depressiva in pazienti affetti da patologia somatiche in ospedale	200.000,00
		Contrasto ai Disturbi del Comportamento Alimentare	3.7.2. Disturbi del comportamento alimentare negli adolescenti	Rele regionale dedicata alla diagnosi precoce ed al trattamento integrato del DCA	200.000,00
	3.8 Malattie neurologiche	Migliorare la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per le patologie neurologiche, perseguendo i seguenti obiettivi: - rivedere i percorsi assistenziali cui afferiscono i soggetti - verificare la procedura di concessione dell'invalidità civile	3.8.1. La presa in carico delle persone con ictus cerebrale: implementazione dei percorsi di cura integrati e degli strumenti di gestione	Implementazione dei percorsi di cura integrati per la gestione ottimale dei pazienti con stroke. Valutazione di impatto sulla qualità dell'assistenza nei pazienti con stroke in modo da prevenire la disabilità e la mortalità Miglioramento delle condizioni	140.000,00
	3.9 Cecità e ipovisione	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per cecità e ipovisione, perseguendo i seguenti obiettivi: - individuare screening di popolazione per l'individuazione precoce di tali patologie, secondo criteri e caratte	3.9.1. Screening della degenerazione maculare legata all'età (DMLE) ed efficacia terapeutica	Prevenzione della degenerazione maculare Sensibilizzazione ed informazione del territorio sulla degenerazione maculare Efficacia del trattamento terapeutico nel sesantenni catabresi	130.000,00
			3.9.2. Screening della retinopatia diabetica al fine della riabilitazione visiva	Riduzione dell'incidenza dell'ipovisione centrata da maculopatia diabetica - correlazione della retinopatia diabetica nei diversi stadi e/o edema maculare con le altre alterazioni metaboliche che caratterizzano il diabete mellito di tipo 2) - efficacia r	120.000,00
Prevenzione le complicanze e le ricadute di lattia	3.10 Ipoacusia e sordità	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per ipoacusia e sordità, perseguendo i seguenti obiettivi: - individuare protocolli diagnostici per le diverse età target, per l'individuazione precoce di tali patologie.	3.9.3. Screening dell'ambliopia e dei vizi di refrazione in età evolutiva	Riduzione dell'incidenza dell'ambliopia e miglioramento della scuola visiva e della funzionalità soggetta di età compresa tra 3-8 anni	130.000,00
		Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative, attraverso: - l'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento, dall'incremento della disabilità, esito spesso di patologie che precedent	3.10.1. Prevenzione primaria e diagnosi precoce delle sordità infantili	Diagnosi precoce della ipoacusia e correzione dell'handicap nei bambini fascia i età 0-3 anni	104.000,00
	4.1 Medicina della complessità e relativi percorsi di presa in carico		4.1.1. la protezione e la promozione della salute negli anziani: risorsa potenziale per la collettività	Valutazione del Rischio di Caduta ed intervento di promozione dell'attività fisica e motoria per la prevenzione delle cadute e delle conseguenze secondarie	120.000,00

Macroarea	Linea di intervento generali	Obiettivi generali di salute (in neretto - da ripartire nella scheda di programma/progetto - fonte: tabelle PNP, ove presenti, e testo PNP, ove non presenti)	Titolo del programma/progetto	Obiettivo di salute del programma/progetto (si raccomanda di riferirsi alle azioni indicate nella colonna "Linee di intervento" delle tabelle del PNP, ove presenti, o agli obiettivi indicati nel testo del PNP, ove non presenti)	costo
I. Prevenzione e delle complicanze e delle recidive di malattia	4.2 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza		4.1.2. Messa a regime nella Regione Calabria di un sistema di monitoraggio sullo stato di salute della popolazione anziana in particolare con disabilità e sulla qualità degli interventi assistenziali e socio-assistenziali	Mettere a regime nell' 80 % delle ASL della Regione Calabria, entro il 2012, un Sistema di Monitoraggio sullo stato di salute della popolazione anziana, in particolare con disabilità e sulla qualità degli interventi assistenziali e socio-san	120.000,00
			4.2.3. Progettazione e realizzazione di un Sistema integrato per la Gestione ed il Monitoraggio delle persone Non Autosufficienti	Valutazione ovvero rivalutazione socio-sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali - sistema informativo che consenta la raccolta e l'accesso alle informazioni relative alla assistenza residenziale e semiresidenziale ed all'ADI	100.101,00
					9.007.101,00

INDIVIDUAZIONE STRUMENTO CONTABILE DEDICATO AI FLUSSI FINANZIARI CORRELATI ALLE LINEE DI INTERVENTO

Piano Regionale di Prevenzione - Schema di riparto per quota capitaria dei finanziamenti disposti con D.G.R. n° 851 del 29/12/2010 aggiornato in esecuzione alla nota Regionale n° 125158/siar del 30/09/2011					
MACROAREA	LINEA INTERVENTO GENERALE	linea progettuale	finanziamento destinato	Riparto per quota capitaria : (Popolazione Regionale = 2011395; Popolazione Provinciale = 192.377)	
Medicina Predittiva	1	1,1	€ 150.000,00	€ 13.500,00	
		1,2	€ 70.000,00	€ 6.300,00	

Piano Regionale di Prevenzione - Schema di riparto disposto con D.G.R. n° 851 del 29/12/2010 aggiornato in esecuzione alla nota Regionale n° 125158/SIAR del 30/09/2011				
MACROAREA	LINEA INTERVENTO GENERALE	linea progettuale	finanziamento destinato	Riparto destinato all'ASP di Crotone per quota capitaria
prevenzione universale	2,1	2,1,1	€ 80.000,00	€ 7.200,00
		2,1,2	€ 90.000,00	€ 8.100,00
		2,1,3	€ 85.000,00	€ 7.650,00
	2,2	2,2,1	€ 150.000,00	€ 13.500,00
		2,2,2	€ 150.000,00	€ 13.500,00
		2,2,3	€ 150.000,00	Progetto pilota CZ e CS
		2,2,4	€ 150.000,00	€ 30.000,00
	2,3	2,3,1	€ 120.000,00	€ 10.800,00
		2,3,2	€ 120.000,00	€ 10.800,00
		2,3,3	€ 120.000,00	€ 10.800,00
	2,4	2,4,1	€ 150.000,00	€ 13.500,00
		2,4,2	€ 150.000,00	€ 13.500,00
		2,4,3	€ 445.000,00	€ 40.050,00
	2,5	2,4,4	€ 140.000,00	€ 12.600,00
		2,5,1	€ 100.000,00	€ 9.000,00
	2,6	2,6,1	€ 200.000,00	€ 18.000,00
		2,6,2	€ 200.000,00	€ 18.000,00
		2,6,3	€ 190.000,00	€ 17.100,00
		2,6,5	€ 200.000,00	€ 18.000,00

Piano Regionale di Prevenzione - Schema di riparto disposto con D.G.R. n° 851 del 29/12/2010 aggiornato in esecuzione alla nota Regionale n° 125158/SIAR del 30/09/2011				
MACROAREA	LINEA INTERVENTO GENERALE	linea progettuale	finanziamento destinato	Riparto destinato all'ASP di Crotone per quota capitaria
prevenzione universale prevenzione universale	2,7	2,7,1	€ 130.000,00	€ 11.700,00
		2,7,2	€ 130.000,00	€ 26.000,00
		2,7,3	€ 180.000,00	€ 16.200,00
		2,7,4	€ 120.000,00	attribuito all'ASP CZ
	2,8	2,8,1	€ 200.000,00	€ 18.000,00
		2,8,2	€ 300.000,00	€ 27.000,00
		2,8,3	€ 150.000,00	€ 13.500,00
	2,9	2,9,1	€ 370.000,00	€ 33.300,00
		2,9,2	€ 280.000,00	€ 25.200,00
		2,9,3	€ 70.000,00	€ 6.300,00
		2,9,4	€ 190.000,00	€ 17.100,00
		2,9,5	€ 200.000,00	€ 18.000,00
		2,9,6	€ 120.000,00	€ 10.800,00
		2,9,7	€ 200.000,00	€ 18.000,00
		2,9,8	€ 84.000,00	€ 7.560,00
		2,9,9	€ 140.000,00	€ 12.600,00

Piano Regionale di Prevenzione - Schema di riparto disposto con D.G.R. n° 851 del 29/12/2010 aggiornato in esecuzione alla nota Regionale n° 125158/siar del 30/09/2011					
MACROAREA	LINEA INTERVENTO GENERALE	linea progettuale	finanziamento destinato	Riparto destinato all'ASP di Crotone per quota capitaria	
prevenzione popolazione a rischio	3,1	3,1,1	€ 120.000,00	€ 10.800,00	
		3,1,2	€ 90.000,00	€ 8.100,00	
		3,1,3	€ 109.000,00	€ 9.810,00	
	3,2	3,2,1	€ 170.000,00	€ 15.300,00	
		3,2,2	€ 170.000,00	€ 15.300,00	

Piano Regionale di Prevenzione - Schema di riparto disposto con D.G.R. n° 851 del 29/12/2010 aggiornato in esecuzione alla nota Regionale n° 125158/SIAR del 30/09/2011				
MACROAREA	LINEA INTERVENTO GENERALE	linea progettuale	finanziamento destinato	Riparto destinato all'ASP di Crotone per quota capitaria
prevenzione popolazione a rischio	3,3	3,3,1	€ 145.000,00	€ 13.050,00
		3,3,2	€ 190.000,00	€ 17.100,00
		3,3,3	€ 125.000,00	€ 11.250,00
	3,5	3,5,1	€ 195.000,00	€ 17.550,00
		3,5,2	€ 105.000,00	€ 9.450,00
	3,6	3,6,1	€ 150.000,00	€ 13.500,00
	3,7	3,7,1	€ 200.000,00	€ 18.000,00
		3,7,2	€ 200.000,00	€ 18.000,00
	3,8	3,8,1	€ 140.000,00	€ 12.600,00
	3,9	3,9,1	€ 130.000,00	Attr. Univer. CZ
		3,9,2	€ 120.000,00	Attr. Univer. CZ
		3,9,3	€ 130.000,00	Attr. Univer. CZ
	3,10	3,10,1	€ 104.000,00	€ 9.360,00

Piano Regionale di Prevenzione - Schema di riparto disposto con D.G.R. n° 851 del 29/12/2010 aggiornato in esecuzione alla nota Regionale n° 125158/SIAR del 30/09/2011				
MACROAREA	LINEA INTERVENTO GENERALE	linea progettuale	finanziamento destinato	Riparto destinato all'ASP di Crotone per quota capitaria
prevenzione complicanze e recidive malattie	4,1	4,1,1	€ 120.000,00	attribuito all'ASP CZ
		4,1,2	€ 120.000,00	€ 10.800,00
	4.2	4,2,3	€ 100.101,00	€ 9.009,09
		Totali	€ 9.007.101,00	€ 772.139,09

SCHEDA FINANZIARIA

REGIONE CALABRIA						
ASP Crotone						
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE						
PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2010/2012- PROGETTO N°						
LINEA PROGETTUALE N°						
SCHEDA FINANZIARIA						
ATTIVITA'	DATA	PERSONALE	PROFILO	ORE LAVORATE	COSTO	TOTALI
RIUNIONI DI PROGRAMMAZIONE						
ATTIVITA'	DATA	TIPOLOGIA	CARATTERISTICHE	IMPEGNO	COSTO	TOTALI
ACQUISTO BENI E SERVIZI (attrezzature- materiali)						

SCHEDA FINANZIARIA

REGIONE CALABRIA						
ASP CROTONE						
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE						
PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2010/2012- PROGETTO N°						
LINEA PROGETTUALE N°						
SCHEDA FINANZIARIA						
ATTIVITA'	DATA	PERSONALE	PROFILO	ORE LAVORATE	COSTO	TOTALI
MATERIALE DI CANCELLERIA (materiali di consumo)						
ATTIVITA'	DATA	TIPOLOGIA	PROFILO	IMPEGNO	COSTO	TOTALI
INDENNITA'-missioni-trasferte						

SCHEDA FINANZIARIA

REGIONE CALABRIA						
ASP CROTONE						
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE						
PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE 2010/2012- PROGETTO N°						
LINEA PROGETTUALE N°						
SCHEDA FINANZIARIA						
ATTIVITA'	DATA	TIPOLOGIA	ENTE	RUOLO	COSTO	TOTALI
CONVENZIONI CON ENTI						
ATTIVITA'	DATA	TIPOLOGIA	SEDE	RUOLO	COSTO	TOTALI
CAMPAGNE PUBBLICITARIE - WORKSHOP - CONVEGNI - CORSI AGGIORNAMENTO						
ATTIVITA'	DATA	TIPOLOGIA	SEDE	RUOLO	COSTO	TOTALI
ELABORAZIONE DATI - SOFTWARE						