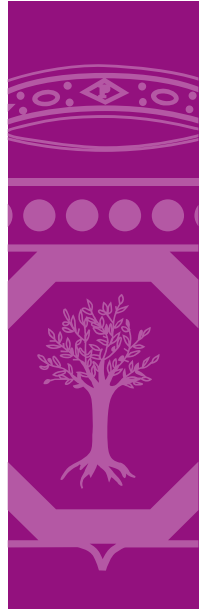




**REGIONE
PUGLIA**



**AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE DELLE PERSONE
E DELLE PARI OPPORTUNITÀ**

Documento Programmatico del
Piano Regionale della Prevenzione
2014-2018

Indice generale dei contenuti

Premessa	5
Profilo di salute della popolazione pugliese	7
1.1 Indicatori demografici e struttura della popolazione.....	7
1.2 Mortalità.....	15
Fonti dei dati e metodi.....	15
1.2.1 Mortalità per tutte le cause.....	15
1.2.2 Mortalità per malattie del sistema circolatorio.....	18
1.2.3 Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio.....	20
1.2.4 Mortalità per tutti i tumori.....	23
1.2.5 Mortalità per tumore maligno della trachea, dei bronchi e dei polmoni.....	25
1.2.6 Mortalità per tumore maligno del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidica e dell'ano.....	28
1.2.7 Mortalità per tumore maligno della mammella della donna.....	30
1.2.8 Mortalità per tumore maligno del collo dell'utero (cervice uterina).....	32
1.3 La Rete dei Sistemi di Cura e Assistenza.....	34
1.3.1 Le disuguaglianze e le malattie croniche in Puglia.....	34
1.3.2 I servizi ADI - Assistenza domiciliare integrata.....	34
1.3.3 L'integrazione della Rete dei Sistemi di Cura e Assistenza alla Persona e alle Comunità in Puglia.....	35
Esperienze dei PRP 2010-13	36
1.4 Il PRP 2010-2012.....	36
Area Medicina Predittiva.....	36
1.4.1 Valutazione del rischio individuale di malattia (diffusione della carta del cardiorischio).....	36
1.4.2 Valutazione del rischio cardiovascolare in soggetti di età pediatrica obesi attraverso il monitoraggio di markers di attivazione protrombotica.....	36
Area Prevenzione Universale.....	37
1.4.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale.....	37
1.4.4 Prevenzione degli infortuni sul lavoro mortali e con esiti invalidanti in edilizia.....	37
1.4.4.1 Promozione di comportamenti corretti per la sicurezza in agricoltura (Progetto 1 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura").....	37
1.4.4.1.2 Ambiente di vita sicuro.....	37
Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione.....	37
1.4.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria.....	37
1.4.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni.....	37
1.4.7 Attivazione di una programmazione partecipata per l'implementazione del sistema REACH-CLP.....	38
1.4.8 Sviluppo, in relazione al regolamento CEE 882/2004 di competenze valutative sui controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare salute e benessere animale secondo criteri di gestione e di assicurazione della qualità per il funzionamento e il miglioramento delle attività di controllo ufficiale da parte delle regioni e delle province autonome in materia di sicurezza alimentare.....	38
1.4.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate.....	38
1.4.10 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate.....	38
1.4.11 Scuole in salute.....	38
1.4.12 Promozione dell'allattamento al seno.....	38
1.4.13 PROMuovere la salute in tutte le politiche della Regione Puglia (PROsalute).....	38
1.4.14 Programma di educazione alla salute respiratoria e prevenzione del tabagismo nelle scuole della regione puglia.....	39
Area Prevenzione della Popolazione a rischio.....	39
1.4.15 Tumori e screening.....	39
1.4.15.1.1 Tumore della mammella.....	39
1.4.15.1.2 Tumore della cervice.....	40
1.4.15.1.3 Tumore del colon-retto.....	40
1.4.16 Prevenzione delle recidive di eventi cardiovascolari.....	41
1.4.17 Sviluppo di un modello di presa in carico del paziente diabetico per ridurre il rischio di complicanze.....	41
1.4.18 Realizzazione della Rete di assistenza reumatologica e valutazione dell'impatto degli interventi per l'uso appropriato dei farmaci biologici nella cura dell'Artrite reumatoide di recente insorgenza (early arthritis).....	42
1.4.19 Progetto di attivazione di un programma di prevenzione e valutazione epidemiologica della carie nella popolazione infantile della regione Puglia.....	42
1.4.20 Stigma, pregiudizio e mancanza di comunicazione quali fattori discriminanti nel ritardo della presa in carico da parte dei Dipartimenti di salute mentale e percorsi condivisi psicoeducativi ed empowerment come strategia di superamento di tali fattori.....	42
1.4.20.1.1 Lotta allo stigma nelle scuole secondarie pugliesi attraverso visione di film, libri e discussioni.....	42
1.4.20.1.2 Sviluppo di competenze di empowerment e creazione di un'azione di rete.....	42
1.4.21 Screening uditivo neonatale nella Regione Puglia.....	43
Area prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia.....	43
1.4.22 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza.....	43
Analisi di contesto	44
1.5 Salute e stili di vita.....	44

1.5.1	Fonte dei dati: il metodo PASSI	44
	Risultati, anno 2012.....	44
1.5.2	Alimentazione.....	44
1.5.3	Attività fisica.....	47
1.5.4	Fumo.....	49
1.5.5	Alcol.....	54
1.5.6	Iperensione arteriosa.....	57
1.5.7	Ipercolesterolemia.....	58
1.5.8	Diabete.....	61
1.5.9	Sicurezza stradale.....	62
1.5.10	Sicurezza domestica.....	64
1.6	Salute e invecchiamento	66
	Fonte dei dati: la sorveglianza epidemiologica PASSI d'Argento	66
	Analisi dei dati, anno 2012.....	66
1.6.1	Alimentazione.....	66
1.6.2	Attività fisica.....	67
1.6.3	Alcol.....	67
1.6.4	Fumo.....	68
1.6.5	Depressione.....	69
1.6.6	Sicurezza nell'uso dei farmaci.....	70
1.6.7	Disabilità.....	71
	1.6.7.1.1 Cadute e fratture.....	71
1.7	Sorveglianza delle dipendenza patologiche	73
	Flusso dei dati.....	73
1.7.1	Risultati, anno 2011.....	73
	1.7.1.1.1 Soggetti tossicodipendenti.....	73
	1.7.1.1.2 Soggetti alcolodipendenti in carico.....	73
	1.7.1.1.3 Soggetti dipendenti dal gambling.....	74
1.8	Promozione della Salute.....	75
1.8.1	Le caratteristiche dell'Intesa tra Regione Puglia e Ufficio Scolastico Regionale	75
1.8.2	La struttura organizzativa del Protocollo d'Intesa.....	76
1.8.3	Finalità del GTI e del GIA	77
1.8.4	Il catalogo	78
1.8.5	Monitoraggio.....	79
1.8.6	Stato dell'arte e risultati del monitoraggio.....	79
1.9	Salute e Ambiente.....	80
	Normativa.....	81
1.9.1	La realtà regionale.....	82
1.10	Sicurezza Alimentare.....	86
	Contesto regionale e nazionale	86
	L'evoluzione del sistema dei controlli.....	86
1.10.1	Il Piano Nazionale Integrato.....	86
	1.10.1.1.1 Consolidamento e rafforzamento dei controlli nei principali settori produttivi regionali	87
	1.10.1.1.2 Miglioramento della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza e dell'uniformità dei controlli ufficiali.	88
	1.10.1.1.3 Anagrafe imprese alimentari.....	88
	1.10.1.1.4 Realizzazione di una adeguata attività di formazione del personale addetto ai controlli ufficiali.....	88
	1.10.1.1.5 Coordinamento con altri Enti ed Organi che effettuano attività di controllo ufficiale nel settore degli alimenti.	89
	1.10.1.1.6 Programmazione e attuazione di un sistema di audit.....	89
	1.10.1.1.7 Miglioramento della gestione dei casi di allerta alimentare... ..	89
	1.10.1.1.8 Ottimizzazione dei flussi informativi.	89
1.11	Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro.....	90
1.12	Sicurezza chimica (REACH-CLP).....	91
1.13	Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione.....	91
1.14	Sorveglianza delle malattie infettive e diffuse.....	94
1.15	Screening.....	94
	1.15.1 Risultati.....	94
	Comunicazione.....	96
	Macro aree Regionali.....	98
1.16	Promozione della Salute.....	98
1.17	Salute e Ambiente.....	100
1.18	Sicurezza Alimentare.....	101
1.19	Salute e Sicurezza nei luoghi di Lavoro.....	102

1.20 Prevenzione delle malattie infettive e vaccinazioni.....	103
1.21 Screening.....	104
1.22 Sistemi di Sorveglianza.....	105

Premessa

Il presente documento, redatto in attuazione degli impegni sottoscritti dalle Regioni, nell'Intesa Stato-Regione del 13 novembre 2014, rappresenta il documento programmatico in base al quale verrà redatto il nuovo Piano Regionale di Prevenzione (PRP) della Regione Puglia per il periodo 2014-2018.

L'impostazione del nuovo Piano Nazionale evidenzia una visione molto "alta" degli obiettivi di salute da conseguire, ma nel contempo molto attenta ai contesti e alla sostenibilità ed efficacia degli interventi da realizzare; una visione definita per rispondere, fin dall'inizio, ad un possibile adeguamento delle azioni intraprese, funzionale ad una loro maggiore efficacia nel raggiungere gli obiettivi centrali. Obiettivi comuni che il Piano Nazionale identifica, lasciando alle Regioni la possibilità di identificare le strategie migliori per il raggiungimento degli obiettivi di salute in ambito regionale. Analogamente, il nuovo PRP identificherà obiettivi comuni a tutte le aziende sanitarie lasciando la scelta e la gestione delle azioni (programmi) alla variabilità dei contesti territoriali.

La struttura del Piano 2014 -2018 identifica un numero contenuto di aree/linee di intervento declinabili all'interno dei PRP sotto forma di programmi. A tale scopo, il nuovo PRP si caratterizza per partire dall'identificazione dei fattori di rischio/determinanti e per lasciare l'identificazione delle popolazioni target al momento della programmazione aziendale. Tale scelta è innanzitutto mirata a rendere più cogente la relazione tra determinanti/strategie/obiettivi/interventi/risultati, ma è anche deliberatamente funzionale ad integrare in modo trasversale gli interventi programmati dalle Regioni rispetto ai vari gruppi di popolazione.

I principi

In coerenza con la visione della salute riconosciuta e condivisa a livello mondiale (la salute in tutte le politiche), il Piano 2010-2013 ha avviato un percorso di intersectorialità e di gestione complessiva degli interventi di prevenzione con un unico coordinamento centrale affidato al Dipartimento di prevenzione. Tale organizzazione ha investito non solo nelle aree tradizionali della prevenzione (universale, selettiva, secondaria) ma anche nella promozione della salute ovvero in quel processo orientato non a prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche ma a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza (empowerment) che mantenga o migliori il controllo della salute. Tuttavia, lo scorso Piano ha affrontato marginalmente il tema delle disuguaglianze di salute o, meglio, non si è dotato di un approccio efficace e sistematico contro le disuguaglianze (sia nei principi sia negli strumenti operativi).

Il nuovo Piano pertanto, tenderà a rafforzare l'investimento nella promozione della salute che, ancorché guidato dal sistema sanitario, deve essere assunto nella competenza e responsabilità, con rispettivi ruoli e partecipazioni definiti, dei diversi attori/istituzioni chiamati a concorrere al conseguimento dei comuni obiettivi di salute, in un'ottica di intersectorialità ed integrazione necessarie ad assicurare l'applicazione di interventi efficaci su un elevato numero di soggetti.

Il nuovo Piano adotterà un criterio trasversale nell'elaborazione dei progetti/programmi dei PRP orientato a prevenire e ridurre le disuguaglianze di salute, ma anche a rafforzare sorveglianze ed altri sistemi di informazione che consentono di identificare chi è oggetto di disuguaglianze e in quale misura queste si modificano durante la realizzazione dei Piani.

La valutazione

La valutazione resta una componente irrinunciabile del Piano 2014 - 2018 con una duplice (e di pari importanza) validità: a fini certificativi (per la verifica degli adempimenti LEA), a fini "valutativi" per misurare l'impatto che il PRP genera sia nei processi sia negli esiti di salute sia nel sistema, a livello centrale, regionale e locale.

Il Piano regionale (e di conseguenza quelli aziendali), sarà accompagnato da un adeguato piano di valutazione agganciato agli obiettivi (e relativi indicatori) che si intenderanno perseguire a livello centrale e regionale.

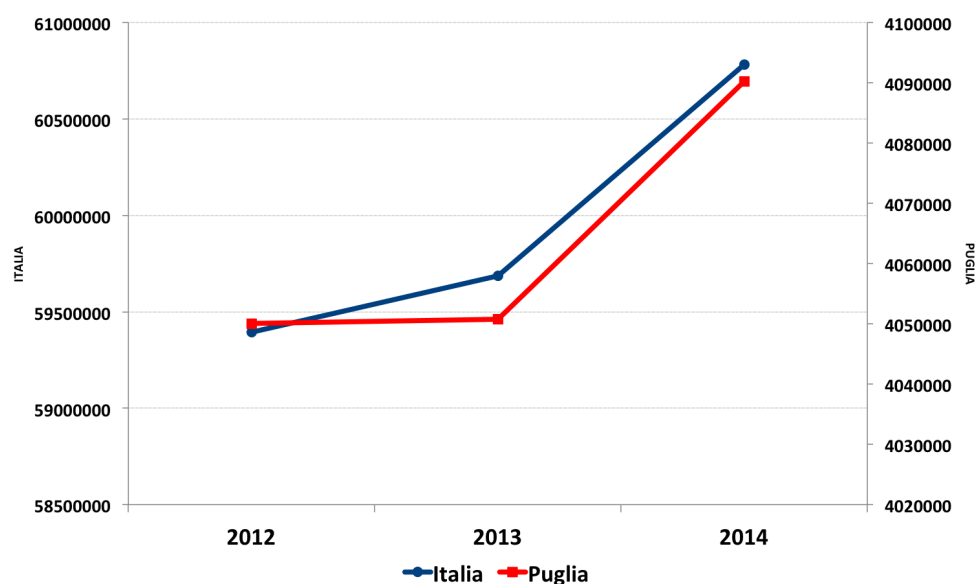
Il piano di valutazione sarà basato su un approccio condiviso che conduca non solo alla messa a punto di metodi e/o procedure di monitoraggio e valutazione (quantitativi e qualitativi) comuni e rigorosi, ma anche alla creazione delle condizioni necessarie all'utilizzo dei risultati della valutazione per il miglioramento dell'efficacia e della sostenibilità degli interventi e dei processi in atto e per la produzione dei cambiamenti attesi.

Profilo di salute della popolazione pugliese

1.1 Indicatori demografici e struttura della popolazione

La popolazione in Puglia al 1 gennaio 2014 è pari a 4.090.266 residenti, circa 39.463 in più rispetto all'anno precedente. Si conferma, pertanto, il trend positivo della popolazione residente dal 2012 al 2014, sostanzialmente speculare all'andamento nazionale (Grafico 1.1).

Grafico 1.1. Popolazione Italia e Puglia, anni 2012-2014 (rilevazione al 1° gennaio di ogni anno considerato).



Il tasso di crescita naturale, registrato negli ultimi 2 anni, è negativo, anche se in misura minore rispetto alle altre macroaree regionali, e va progressivamente riducendosi, in linea con il processo di invecchiamento che interessa l'intera nazione (Tabella 1.1).

Tabella 1.1. Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1.000 abitanti) per compartimento geografico. Puglia e Italia, anni 2012-2013.

2012				
	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso di nuzialità
Puglia	8,6	9,0	-0,4	4,2
Sud e Isole	8,9	9,7	-0,8	4,1
Centro	9,0	10,9	-1,9	3,4
Nord	9,0	10,5	-1,5	3,1
ITALIA	9,0	10,3	-1,3	3,5

2013				
	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso di nuzialità
Puglia	8,3	8,8	-0,6	3,8
Sud e Isole	8,5	9,4	-0,9	3,8
Centro	8,6	10,4	-1,8	3,1

Nord	8,6	10,2	-1,7	2,8
ITALIA	8,5	10	-1,4	3,2

Tasso di natalità	Rapporto tra il numero dei nati vivi nell'anno e i residenti nello stesso anno, moltiplicato per 1.000.
Tasso di mortalità	Rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e i residenti nello stesso anno, moltiplicato per 1.000.
Tasso di crescita naturale	Differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità.
Tasso di nuzialità	Rapporto tra il numero di matrimoni celebrati nell'anno e i residenti nello stesso anno, moltiplicato per 1.000.

Per gli anni 2012 e 2013 il tasso di crescita naturale risulta negativo in tutte le province a eccezione di Bari e Barletta-Andria-Trani, dove, tuttavia, si conferma il trend in riduzione già osservato a livello regionale e nazionale. Le province di Brindisi e Lecce si caratterizzano per il tasso di crescita più basso, rispettivamente nel 2012 e nel 2013. Da segnalare il trend in controtendenza per la provincia di Brindisi in cui si registra un aumento del tasso di crescita per il 2013 associato ad una diminuzione sia della mortalità sia della natalità, anche se quest'ultimo più contenuto (Tabella 1.2).

Tabella 1. 2. Indicatori di crescita della popolazione (tassi per 1.000 abitanti), per provincia. Puglia, anni 2012-2013.

	2012			
	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso di nuzialità
Bari	8,7	8,3	0,4	4,3
Brindisi	8,0	9,9	-1,9	4,0
BT	8,8	7,7	1,1	4,1
Foggia	8,9	9,4	-0,5	4,1
Lecce	8,2	9,9	-1,7	4,2
Taranto	8,8	9,2	-0,4	4,0
PUGLIA	8,6	9,0	-0,4	4,2

	2013			
	Tasso di natalità	Tasso di mortalità	Tasso di crescita naturale	Tasso di nuzialità
Bari	8,4	8,3	0,1	3,8
Brindisi	8,1	9,5	-1,4	3,9
BT	8,4	7,6	0,8	3,9
Foggia	8,7	9,1	-0,4	3,5
Lecce	7,8	9,7	-1,9	3,8
Taranto	8,2	9,0	-0,7	3,6
PUGLIA	8,3	8,8	-0,6	3,8

In Puglia, la speranza di vita alla nascita negli anni 2012 e 2013 è aumentata sia per gli uomini che per le donne, mantenendosi in linea con il dato nazionale. Il dato disaggregato per province è disponibile solo per l'anno 2012 (Tabella 1.3 e Tabella 1.4).

Tabella 1.3. Speranza di vita alla nascita per compartimento geografico. Puglia e Italia, anni 2012-2013.

	Speranza di vita alla nascita			
	2012		2013*	
	M	F	M	F
Puglia	80,0	84,5	80,2	84,7
Sud e Isole	79,0	83,7	79,2	83,9
Centro	79,7	84,4	80,0	84,7
Nord	79,9	84,8	80,1	85,1
ITALIA	79,6	84,4	79,8	84,6

* Dato stimato.

Tabella 1.4. Speranza di vita alla nascita per compartimento geografico. Puglia, anni 2012.

	Speranza di vita alla nascita	
	2012	
	M	F
Bari	80,8	85,2
Brindisi	79,5	84,1
BT	80,4	84,2
Foggia	79,5	84,0
Lecce	80,0	84,7
Taranto	79,4	84,3
PUGLIA	80,0	84,5

L'analisi della struttura di una popolazione considera tre fasce di età: giovani (0-14 anni), adulti (15-64 anni) e anziani (65 anni e oltre). Dal rapporto maggiore, equivalente o minore tra la popolazione giovane e anziana, una popolazione si può definire di tipo progressivo, stazionario o regressivo.

I dati relativi agli anni 2012-2013 (Tabella 1.5) evidenziano come la popolazione pugliese sia diventata di tipo regressivo con una quota di giovani che si è ridotta dello 0,1% e quella di anziani aumentata dello 0,5% tra i due anni; questi valori sono l'espressione di un processo di invecchiamento costante anche se più rapido rispetto all'Italia e alle altre macroaree regionali.

Tabella 1.5. Distribuzione (%) per fasce d'età della popolazione, per compartimento geografico. Puglia, anni 2012 - 2013.

	2012			2013		
	0-14	15-64	≥65	0-14	15-64	≥65
Puglia	14,6	66,4	19,0	14,5	66,1	19,5
Sud e Isole	14,7	66,6	18,7	14,6	66,4	19,1
Centro	13,4	64,6	22,0	13,4	64,2	22,4
Nord	13,8	64,3	22,0	13,8	64,0	22,3
ITALIA	14,0	65,2	20,8	14,0	64,8	21,2

Il confronto della distribuzione per fasce d'età nelle province pugliesi per gli anni 2012 e 2013 mostra un dato sostanzialmente sovrapponibile a quello regionale, con una quota maggiore di soggetti più anziani nelle province di Brindisi e Lecce (Tabella 1.6).

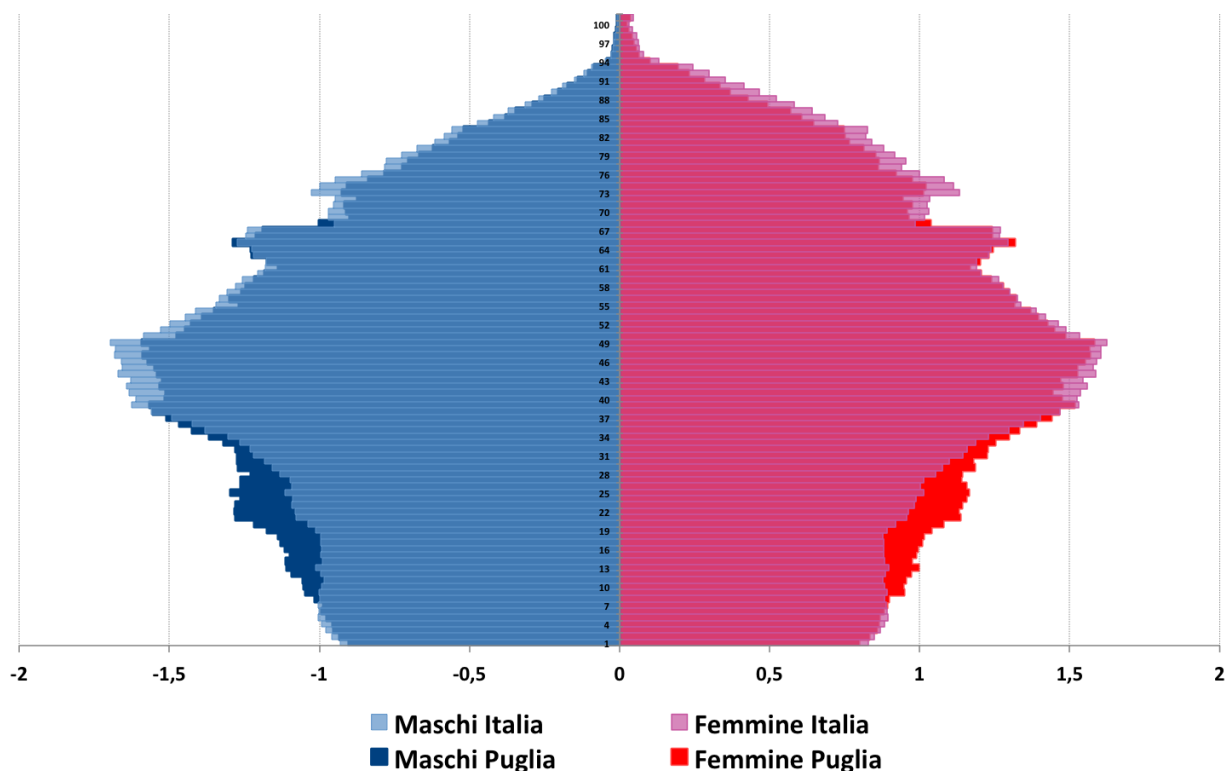
Tabella 1.6. Distribuzione (%) per fasce d'età della popolazione, per provincia. Puglia, anni 2012-2013.

	2012			2013		
	0-14	15-64	≥65	0-14	15-64	≥65
Bari	14,6	67	18,4	14,4	66,7	18,9
Brindisi	13,9	66,3	19,8	13,8	66,1	20,1
BT	16,3	67,3	16,5	16,0	67,2	16,9
Foggia	15,5	65,7	18,9	15,2	65,6	19,2
Lecce	13,7	65,2	21,1	13,6	64,9	21,5
Taranto	14,5	66,6	18,9	14,4	66,2	19,4
PUGLIA	14,6	66,4	19,0	14,5	66,1	19,5

La piramide dell'età (Grafico 1.2) mostra la distribuzione per sesso e per età della popolazione italiana e pugliese per l'anno 2013. In merito alla distribuzione per sesso, nella piramide italiana si osserva una maggiore proporzione degli uomini da 0 a 60 anni, oltre tale età sono prevalenti le donne. In Puglia la distribuzione per sesso si discosta leggermente da quella italiana, poiché la superiorità numerica dei maschi rispetto alle femmine si osserva fino ai 45 anni di età.

Per quanto riguarda la distribuzione per età, si può notare come la popolazione tra 6 e 35 anni risulti più rappresentata nella nostra Regione rispetto alla media della nazione. Nelle prime fasce d'età (0-5 anni), invece, la proporzione dei bambini pugliesi è inferiore a quella nazionale, a conferma che la tendenza alla riduzione della natalità interessa anche la nostra Regione. La quota di soggetti tra i 35 e 65 anni e di ultrasessantacinquenni, invece, si mantiene maggiore nella popolazione nazionale, in particolare nel sesso femminile.

Grafico 1.2. Piramide dell'età Italia e Puglia. Situazione al 1° gennaio 2013.



Il confronto dell'indice di vecchiaia pugliese con il dato nazionale, relativamente agli ultimi due anni, evidenzia che la Puglia sembra invecchiare più velocemente dell'Italia; infatti l'indice di vecchiaia è aumentato in Italia di 2,8 punti percentuali e in Puglia ha registrato un aumento quasi due volte superiore (4,3%). Contestualmente si osserva un graduale aumento dell'età media della popolazione (Tabella 1.7).

Tabella 1.7. Indicatori di struttura della popolazione, per compartimento geografico. Puglia e Italia, anni 2012 - 2013.

2012				
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza degli anziani	Indice di vecchiaia	età media della popolazione
Puglia	50,7	28,7	130,3	42,4
Sud e Isole	50,1	28	127,1	42,2
Centro	54,8	34	164,1	44,7
Nord	55,6	34,2	159,5	44,6
ITALIA	53,5	32	148,6	43,8

2013				
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza degli anziani	Indice di vecchiaia	Età media della popolazione
Puglia	51,3	29,4	134,6	42,7
Sud e Isole	50,7	28,8	131,1	42,5
Centro	55,7	34,8	166,4	44,9
Nord	56,4	34,8	161,4	44,8
ITALIA	54,2	32,7	151,4	44,0

Indice di vecchiaia Rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

Indice di dipendenza strutturale Rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Indice di dipendenza strutturale degli anziani Rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Dall'analisi dei dati disaggregati per provincia si osservano valori più elevati dell'indice di vecchiaia per le province di Brindisi e Lecce, peraltro maggiori, rispettivamente del 13% e 24% rispetto al valore medio regionale (Tabella 1.8).

Tabella 1.8. Indicatori di struttura della popolazione, per provincia. Puglia, anni 2012 - 2013.

2012				
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza degli anziani	Indice di vecchiaia	Età media della popolazione
Bari	49,2	27,5	126,5	42,3
Brindisi	50,8	29,9	143,1	43,0
BT	48,7	24,5	100,9	40,5
Foggia	52,3	28,8	122,2	41,9

Lecce	53,3	32,3	154,2	43,7
Taranto	50,1	28,4	130,7	42,4
PUGLIA	50,7	28,7	130,3	42,4

	2013			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza degli anziani	Indice di vecchiaia	Età media della popolazione
Bari	50	28,4	131,2	42,6
Brindisi	51,3	30,5	146,3	43,3
BT	48,9	25,1	105,6	40,9
Foggia	52,4	29,2	126,0	42,2
Lecce	54	33,1	158,3	44,0
Taranto	51	29,3	135,3	42,7
PUGLIA	51,3	29,4	134,6	42,7

La Puglia è tra le regioni con un tasso migratorio interno di segno negativo, anche se il valore tende ad aumentare negli anni 2012 - 2013, passando da -3,0 a -2,1 per 1.000 abitanti (Tabella 1.9). Ciò sta ad indicare una mobilità che sta diminuendo. Anche il tasso migratorio con l'estero, che si mantiene positivo, registra una diminuzione.

La situazione regionale è in linea con il dato registrato nelle altre regioni del Sud Italia, mentre si discosta nettamente dalle regioni del Centro-Nord dove entrambi questi indicatori si attestano su valori positivi e più elevati.

La provincia che presenta un saldo migratorio interno negativo di maggiore entità in entrambi gli anni considerati è quella di Foggia. Il tasso migratorio con l'estero mostra una riduzione tra il 2012 e il 2013 che interessa tutte le province pugliesi (Tabella 1.10).

Tabella 1.9. Indici di migratorietà (per 1.000 abitanti), per compartimento geografico. Puglia e Italia, anni 2012 - 2013.

	2012		
	Tasso migratorio interno	Tasso migratorio con l'estero	Tasso migratorio totale
Puglia	-3,0	2,0	0,6
Sud e Isole	-2,6	2,4	1,4
Centro	2,4	6,5	9,6
Nord	1,4	4,4	8,4
ITALIA	0,2	4,1	6,2

	2013		
	Tasso migratorio interno	Tasso migratorio con l'estero	Tasso migratorio totale
Puglia	-2,1	1,4	10,2
Sud e Isole	-2,5	1,9	15,6
Centro	0,9	4,2	34,6
Nord	1,1	3,3	16,2
ITALIA	-0,2	3	19,7

Tabella 1.10. Indici di migratorietà (per 1.000 abitanti), per provincia. Puglia, anni 2012 - 2013.

	2012		
	Tasso migratorio	Tasso migratorio con	Tasso migratorio

	interno	l'estero	totale
Bari	-3,2	1,9	-0,8
Brindisi	-1,8	1,9	0,3
BT	-2,4	1,8	0,7
Foggia	-4,5	3,3	4,6
Lecce	-1,9	1,6	1,7
Taranto	-3,8	1,6	-2,1
PUGLIA	-3,0	2,0	0,6

2013			
	Tasso migratorio interno	Tasso migratorio con l'estero	Tasso migratorio totale
Bari	-2,1	1,4	12,4
Brindisi	-1,6	1,0	5,9
BT	-1,6	1,2	2,5
Foggia	-3,7	2,5	11,7
Lecce	-1,1	1,0	9,4
Taranto	-2,6	1,1	13,5
PUGLIA	-2,1	1,4	10,2

Tasso migratorio interno	Rapporto tra il saldo migratorio interno dell'anno e i residenti, moltiplicato per 1.000.
Tasso migratorio con l'estero	Rapporto tra il saldo migratorio con l'estero dell'anno e i residenti, per 1.000.
Tasso migratorio per altri motivi	Rapporto tra il saldo migratorio dovuto ad altri motivi dell'anno e i residenti, moltiplicato per 1.000.
Tasso migratorio totale	Rapporto tra il saldo migratorio dell'anno e i residenti, moltiplicato per 1.000.

1.2 Mortalità

Fonti dei dati e metodi

Per la valutazione epidemiologica della mortalità nelle ASL della Regione Puglia sono stati analizzati i dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) relativamente al periodo 2001-2010.

L'analisi è stata eseguita considerando la mortalità per tutte le cause nei territori in esame e quindi analizzando i seguenti blocchi di patologie, attraverso la selezione dei rispettivi codici ICD-9-CM nel campo "causa principale di decesso":

- Tutti i tumori (140.x-239.x)
- Malattie del sistema circolatorio (390-459.x)
- Malattie dell'apparato respiratorio (460-519.x)

Sono state analizzate nel dettaglio le seguenti patologie:

- Tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni (162.x)
- Tumori maligni del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano (153-154.8)
- Tumori maligni della mammella della donna (174.x)
- Tumori maligni del collo dell'utero (cervice uterina) (180.x)

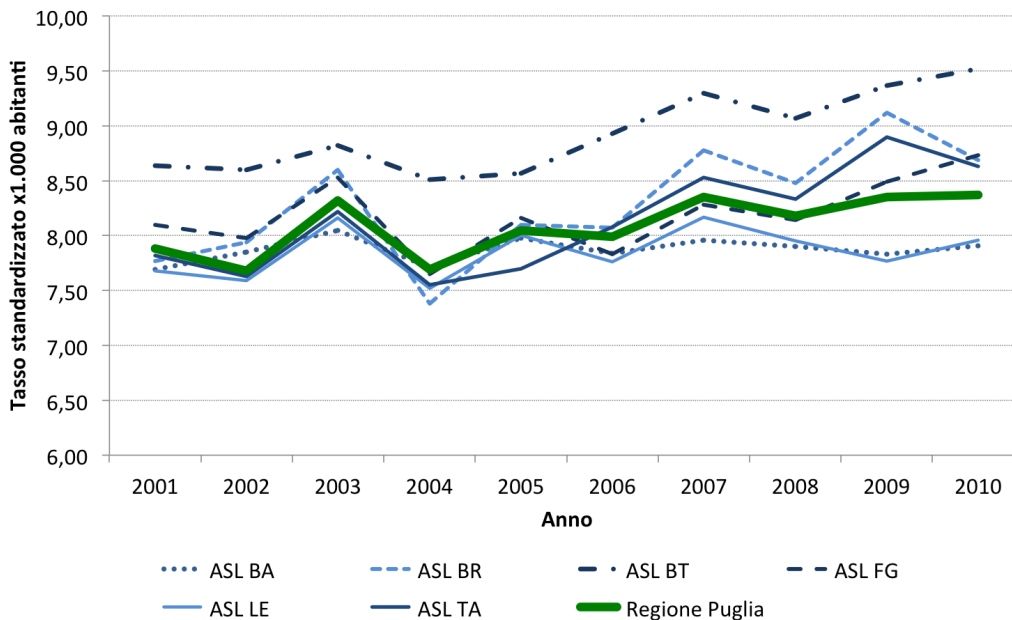
Per il calcolo dei tassi di mortalità (per 1.000 residenti) standardizzati per età e sesso è stata utilizzata come popolazione di riferimento quella regionale relativa all'anno corrispondente a quello in esame (Fonte dati di popolazione: ISTAT).

Sono stati inoltre calcolati i rapporti standardizzati di mortalità (RSM), che rappresentano il rapporto tra numero di casi di decesso osservati e numero di casi attesi ed esprimono l'eccesso (RSM>1) o il difetto (RSM<1) di mortalità esistente tra la popolazione osservata e la popolazione regionale, presa come riferimento.

1.2.1 Mortalità per tutte le cause

Il tasso di mortalità per tutte le cause standardizzato per età e sesso nelle ASL pugliesi risulta in lieve ma costante incremento nel periodo 2001-2010 (Grafico 2.2.1). I tassi più elevati si osservano nell'ASL BT.

Grafico 2.2.1. Tasso di mortalità per tutte le cause, standardizzato per età e sesso. Regione Puglia e ASL, anni 2001-2010.



I rapporti standardizzati di mortalità risultano essere costantemente intorno all'unità, pertanto sono esclusi cluster di eccesso di mortalità per tutte le cause (Tabella 2.2.1).

Tabella 2.2.1. Analisi osservati-attesi per mortalità per tutte le cause. ASL pugliesi, anni 2001-2010.

Anni	ASL Bari		
	Maschi	Femmine	Totale

	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	4.813	5.006	0,96	4.550	4.559	1,00	9.363	9.565	0,98
2002	4.857	4.949	0,98	4.696	4.611	1,02	9.553	9.560	1,00
2003	4.936	5.215	0,95	4.851	4.874	1,00	9.787	10.089	0,97
2004	4.802	4.866	0,99	4.565	4.451	1,03	9.367	9.317	1,01
2005	4.868	5.009	0,97	4.821	4.750	1,01	9.689	9.759	0,99
2006	4.836	4.982	0,97	4.690	4.703	1,00	9.526	9.685	0,98
2007	4.849	5.157	0,94	4.831	4.974	0,97	9.680	10.131	0,96
2008	4.792	5.071	0,95	4.819	4.863	0,99	9.611	9.934	0,97
2009	4.661	5.122	0,91	4.864	5.015	0,97	9.525	10.137	0,94
2010	4.758	5.157	0,92	4.866	5.025	0,97	9.624	10.182	0,95

Anni	ASL Brindisi								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	1.686	1.677	1,01	1.596	1.644	0,97	3.282	3.321	0,99
2002	1.680	1.659	1,01	1.680	1.666	1,01	3.360	3.325	1,01
2003	1.841	1.751	1,05	1.804	1.764	1,02	3.645	3.515	1,04
2004	1.660	1.636	1,02	1.467	1.614	0,91	3.127	3.250	0,96
2005	1.704	1.686	1,01	1.732	1.723	1,01	3.436	3.409	1,01
2006	1.766	1.677	1,05	1.660	1.706	0,97	3.426	3.383	1,01
2007	1.862	1.734	1,07	1.869	1.805	1,04	3.731	3.539	1,05
2008	1.791	1.705	1,05	1.809	1.765	1,03	3.600	3.470	1,04
2009	1.889	1.722	1,10	1.985	1.819	1,09	3.874	3.541	1,09
2010	1.819	1.733	1,05	1.875	1.823	1,03	3.694	3.556	1,04

Anni	ASL BT								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	1.521	1.418	1,07	1.402	1.240	1,13	2.923	2.658	1,10
2002	1.523	1.401	1,09	1.383	1.254	1,10	2.906	2.655	1,09
2003	1.511	1.473	1,03	1.463	1.323	1,11	2.974	2.796	1,06
2004	1.442	1.377	1,05	1.428	1.211	1,18	2.870	2.588	1,11
2005	1.521	1.413	1,08	1.360	1.289	1,06	2.881	2.702	1,07
2006	1.504	1.404	1,07	1.498	1.275	1,18	3.002	2.679	1,12
2007	1.588	1.452	1,09	1.535	1.347	1,14	3.123	2.799	1,12
2008	1.532	1.426	1,07	1.513	1.315	1,15	3.045	2.741	1,11
2009	1.569	1.439	1,09	1.573	1.355	1,16	3.142	2.794	1,12
2010	1.654	1.447	1,14	1.536	1.358	1,13	3.190	2.805	1,14

Anni	ASL Foggia								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N°	N°	RSM	N°	N°	RSM	N°	N°	RSM

	decessi osservati	decessi attesi		decessi osservati	decessi attesi		decessi osservati	decessi attesi	
2001	2.814	2.628	1,07	2.472	2.499	0,99	5.286	5.127	1,03
2002	2.686	2.601	1,03	2.527	2.532	1,00	5.213	5.133	1,02
2003	2.930	2.745	1,07	2.650	2.680	0,99	5.580	5.425	1,03
2004	2.616	2.563	1,02	2.382	2.449	0,97	4.998	5.012	1,00
2005	2.733	2.643	1,03	2.608	2.617	1,00	5.341	5.260	1,02
2006	2.636	2.629	1,00	2.495	2.591	0,96	5.131	5.220	0,98
2007	2.751	2.721	1,01	2.680	2.743	0,98	5.431	5.464	0,99
2008	2.758	2.676	1,03	2.582	2.682	0,96	5.340	5.358	1,00
2009	2.809	2.705	1,04	2.766	2.766	1,00	5.575	5.471	1,02
2010	2.855	2.722	1,05	2.880	2.772	1,04	5.735	5.494	1,04

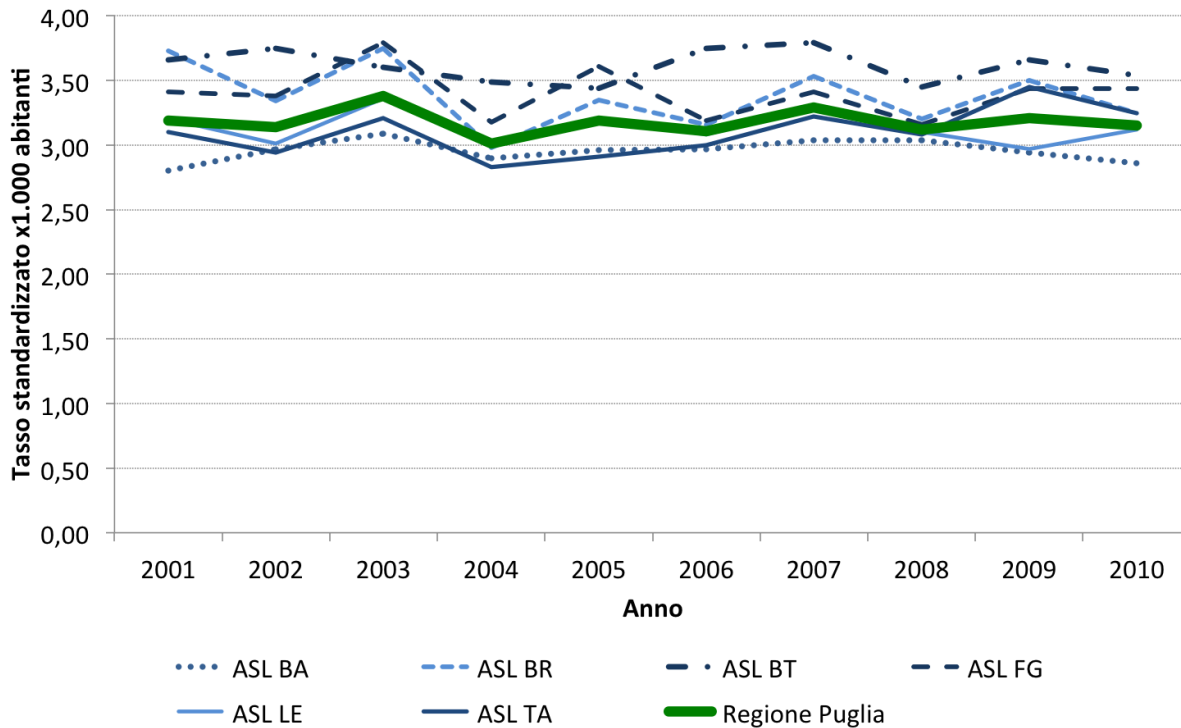
Anni	ASL Lecce								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	3.382	3.406	0,99	3.297	3.432	0,96	6.679	6.838	0,98
2002	3.332	3.368	0,99	3.277	3.472	0,94	6.609	6.840	0,97
2003	3.568	3.553	1,00	3.538	3.670	0,96	7.106	7.223	0,98
2004	3.283	3.319	0,99	3.263	3.353	0,97	6.546	6.672	0,98
2005	3.456	3.413	1,01	3.514	3.582	0,98	6.970	6.995	1,00
2006	3.338	3.392	0,98	3.421	3.546	0,96	6.759	6.938	0,97
2007	3.496	3.502	1,00	3.618	3.751	0,96	7.114	7.253	0,98
2008	3.420	3.439	0,99	3.499	3.667	0,95	6.919	7.106	0,97
2009	3.343	3.470	0,96	3.413	3.780	0,90	6.756	7.250	0,93
2010	3.452	3.486	0,99	3.466	3.787	0,92	6.918	7.273	0,95

Anni	ASL Taranto								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	2.281	2.361	0,97	2.183	2.127	1,03	4.464	4.488	0,99
2002	2.234	2.335	0,96	2.123	2.151	0,99	4.357	4.486	0,97
2003	2.411	2.461	0,98	2.276	2.271	1,00	4.687	4.732	0,99
2004	2.259	2.301	0,98	2.055	2.082	0,99	4.314	4.383	0,98
2005	2.250	2.366	0,95	2.141	2.216	0,97	4.391	4.582	0,96
2006	2.357	2.353	1,00	2.247	2.191	1,03	4.604	4.544	1,01
2007	2.453	2.432	1,01	2.403	2.315	1,04	4.856	4.747	1,02
2008	2.415	2.391	1,01	2.329	2.259	1,03	4.744	4.650	1,02
2009	2.600	2.414	1,08	2.461	2.327	1,06	5.061	4.741	1,07
2010	2.435	2.428	1,00	2.471	2.330	1,06	4.906	4.758	1,03

1.2.2 Mortalità per malattie del sistema circolatorio

Il tasso standardizzato di mortalità per patologie del sistema circolatorio nei setting territoriali considerati risulta essere globalmente costante negli anni 2002-2010; i tassi più elevati si osservano nell'ASL BT (Grafico 2.3.1).

Grafico 2.3.1. Tasso di mortalità per malattie dell'apparato circolatorio, standardizzato per età e sesso. Regione Puglia e ASL, anni 2001-2010.



Gli RSM per le ASL non si discostano significativamente dall'unità e quindi non sono indicativi di un eccesso di decessi (Tabella 2.3.1).

Tabella 2.3.1. Analisi osservati-attesi per mortalità per malattie dell'apparato circolatorio. ASL pugliesi, anni 2001-2010.

Anni	ASL Bari								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	1.545	1.808	0,85	1.853	2.070	0,89	3.398	3.878	0,88
2002	1.651	1.725	0,96	1.948	2.085	0,93	3.599	3.810	0,94
2003	1.691	1.877	0,90	2.052	2.232	0,92	3.743	4.109	0,91
2004	1.567	1.665	0,94	1.943	1.993	0,98	3.510	3.658	0,96
2005	1.606	1.751	0,92	1.985	2.119	0,94	3.591	3.870	0,93
2006	1.596	1.680	0,95	2.008	2.101	0,96	3.604	3.781	0,95
2007	1.637	1.801	0,91	2.051	2.198	0,93	3.688	3.999	0,92
2008	1.642	1.700	0,97	2.048	2.097	0,98	3.690	3.797	0,97
2009	1.539	1.710	0,90	2.036	2.194	0,93	3.575	3.904	0,92
2010	1.519	1.726	0,88	1.960	2.118	0,93	3.479	3.844	0,91

Anni	ASL Brindisi		
	Maschi	Femmine	Totale

	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	751	607	1,24	836	753	1,11	1.587	1.360	1,17
2002	617	580	1,06	807	760	1,06	1.424	1.340	1,06
2003	713	632	1,13	889	814	1,09	1.602	1.446	1,11
2004	572	561	1,02	702	729	0,96	1.274	1.290	0,99
2005	629	591	1,07	805	775	1,04	1.434	1.366	1,05
2006	577	566	1,02	775	768	1,01	1.352	1.334	1,01
2007	683	607	1,13	828	803	1,03	1.511	1.410	1,07
2008	604	572	1,06	764	766	1,00	1.368	1.338	1,02
2009	658	576	1,14	840	801	1,05	1.498	1.377	1,09
2010	613	580	1,06	777	773	1,00	1.390	1.353	1,03

Anni	ASL BT								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	577	505	1,14	639	555	1,15	1.216	1.060	1,15
2002	573	482	1,19	668	559	1,20	1.241	1.041	1,19
2003	545	524	1,04	648	598	1,08	1.193	1.122	1,06
2004	518	465	1,12	636	535	1,19	1.154	1.000	1,16
2005	538	487	1,10	600	567	1,06	1.138	1.054	1,08
2006	545	468	1,17	693	562	1,23	1.238	1.030	1,20
2007	573	500	1,15	680	588	1,16	1.253	1.088	1,15
2008	511	472	1,08	626	560	1,12	1.137	1.032	1,10
2009	538	475	1,13	669	585	1,14	1.207	1.060	1,14
2010	540	478	1,13	628	565	1,11	1.168	1.043	1,12
Anni	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	1.218	1.224	1,00	1.589	1.574	1,01	2.807	2.798	1,00
2002	1.106	1.171	0,95	1.531	1.585	0,97	2.637	2.756	0,96
2003	1.241	1.272	0,98	1.701	1.695	1,00	2.942	2.967	0,99
2004	1.136	1.130	1,01	1.513	1.514	1,00	2.649	2.644	1,00
2005	1.163	1.186	0,98	1.647	1.611	1,02	2.810	2.797	1,00
2006	1.112	1.135	0,98	1.588	1.597	0,99	2.700	2.732	0,99
2007	1.189	1.215	0,98	1.702	1.669	1,02	2.891	2.884	1,00
2008	1.063	1.144	0,93	1.651	1.592	1,04	2.714	2.736	0,99
2009	1.063	1.149	0,93	1.532	1.665	0,92	2.595	2.814	0,92
2010	1.186	1.156	1,03	1.538	1.608	0,96	2.724	2.764	0,99

Anni	ASL Foggia								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	1.065	953	1,12	1.175	1.147	1,02	2.240	2.100	1,07
2002	1.018	911	1,12	1.210	1.158	1,04	2.228	2.069	1,08

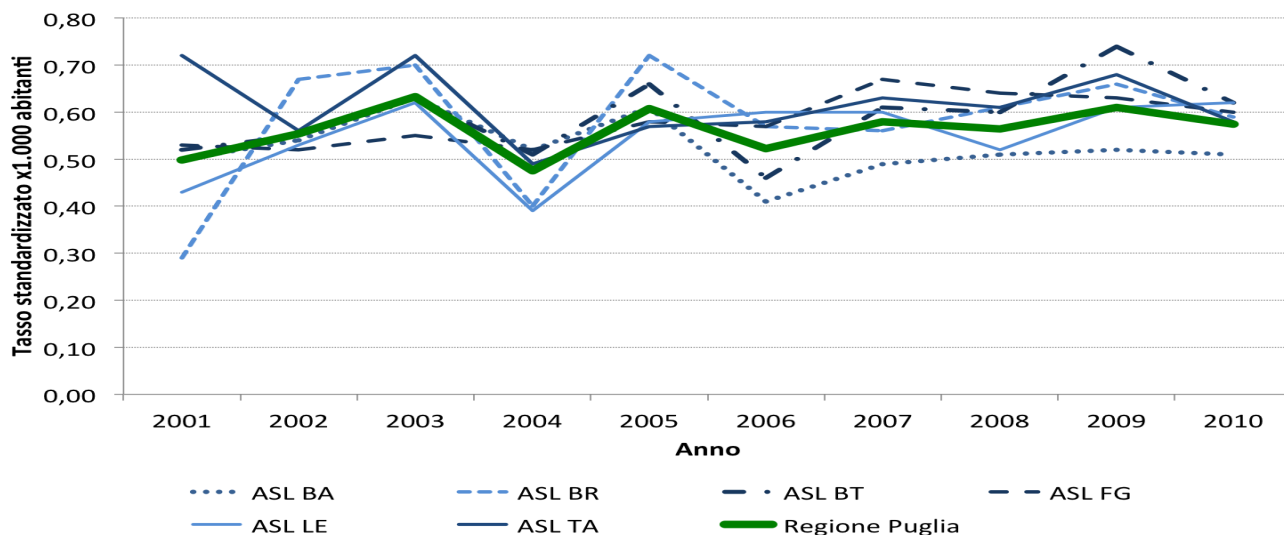
2003	1.176	992	1,19	1.321	1.241	1,06	2.497	2.233	1,12
2004	951	881	1,08	1.148	1.110	1,03	2.099	1.991	1,05
2005	1.080	928	1,16	1.301	1.180	1,10	2.381	2.108	1,13
2006	936	890	1,05	1.170	1.171	1,00	2.106	2.061	1,02
2007	1.016	954	1,07	1.240	1.225	1,01	2.256	2.179	1,04
2008	962	901	1,07	1.126	1.168	0,96	2.088	2.069	1,01
2009	965	907	1,06	1.314	1.223	1,07	2.279	2.130	1,07
2010	965	915	1,06	1.314	1.181	1,11	2.279	2.096	1,09

Anni	ASL Taranto								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	791	850	0,93	964	956	1,01	1.755	1.806	0,97
2002	715	811	0,88	946	962	0,98	1.661	1.773	0,94
2003	813	883	0,92	998	1.029	0,97	1.811	1.912	0,95
2004	742	784	0,95	860	922	0,93	1.602	1.706	0,94
2005	751	824	0,91	893	978	0,91	1.644	1.802	0,91
2006	762	790	0,97	931	967	0,96	1.693	1.757	0,96
2007	825	846	0,98	992	1.011	0,98	1.817	1.857	0,98
2008	806	798	1,01	929	962	0,97	1.735	1.760	0,99
2009	857	803	1,08	1.083	1.005	1,08	1.940	1.808	1,07
2010	800	808	0,99	1.027	970	1,06	1.827	1.778	1,03

1.2.3 Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio

Il tasso di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio risulta essere abbastanza variabile in tutti i setting territoriali considerati; globalmente il dato regionale rivela un piccolo aumento nel periodo di esame (Grafico 2.4.1).

Grafico 2.4.1. Tasso di mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, standardizzato per età e sesso. Regione Puglia e ASL, anni 2001-2010.



Gli RSM sono molto variabili anno per anno ma non sono globalmente indicativi di eccessi di mortalità (Tabella 2.4.1).

Tabella 2.4.1. Analisi osservati-attesi per mortalità per malattie dell'apparato respiratorio. ASL pugliesi, anni 2001-2010.

Anni	ASL Bari								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	359	361	0,99	247	248	1,00	606	609	1,00
2002	394	421	0,94	269	255	1,05	663	676	0,98
2003	457	462	0,99	308	310	0,99	765	772	0,99
2004	407	375	1,08	234	204	1,14	641	579	1,11
2005	407	442	0,92	336	299	1,13	743	741	1,00
2006	304	397	0,77	197	240	0,82	501	637	0,79
2007	379	445	0,85	215	261	0,82	594	706	0,84
2008	362	410	0,88	259	278	0,93	621	688	0,90
2009	378	456	0,83	254	290	0,88	632	746	0,85
2010	382	426	0,90	236	275	0,86	618	701	0,88

Anni	ASL Brindisi								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	62	122	0,51	60	90	0,67	122	212	0,58
2002	186	142	1,31	99	93	1,07	285	235	1,21
2003	164	156	1,05	132	113	1,17	296	269	1,10
2004	114	127	0,90	54	75	0,72	168	202	0,83
2005	175	150	1,17	130	109	1,19	305	259	1,18
2006	161	134	1,20	81	88	0,92	242	222	1,09
2007	160	151	1,06	79	95	0,83	239	246	0,97
2008	162	138	1,17	98	102	0,97	260	240	1,08
2009	154	154	1,00	127	106	1,20	281	260	1,08
2010	152	144	1,06	100	100	1,00	252	244	1,03

Anni	ASL BT								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	104	100	1,04	69	66	1,04	173	166	1,04
2002	109	117	0,93	76	69	1,11	185	186	1,00
2003	126	128	0,98	83	83	1,00	209	211	0,99
2004	115	104	1,11	54	55	0,98	169	159	1,06
2005	140	122	1,15	80	80	1,00	220	202	1,09
2006	92	110	0,84	63	65	0,98	155	175	0,89
2007	132	123	1,07	73	70	1,04	205	193	1,06
2008	115	113	1,02	84	74	1,13	199	187	1,06
2009	137	126	1,09	111	77	1,43	248	203	1,22
2010	127	117	1,08	79	73	1,08	206	190	1,08

Anni	ASL Foggia								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	205	192	1,07	145	137	1,06	350	329	1,06
2002	204	224	0,91	137	142	0,97	341	366	0,93
2003	198	246	0,81	168	172	0,98	366	418	0,88
2004	215	200	1,07	131	114	1,15	346	314	1,10
2005	223	236	0,95	159	166	0,96	382	402	0,95
2006	198	212	0,93	181	134	1,35	379	346	1,10
2007	261	238	1,10	183	145	1,26	444	383	1,16
2008	237	218	1,09	189	155	1,22	426	373	1,14
2009	254	243	1,05	164	161	1,02	418	404	1,03
2010	231	227	1,02	169	153	1,10	400	380	1,05

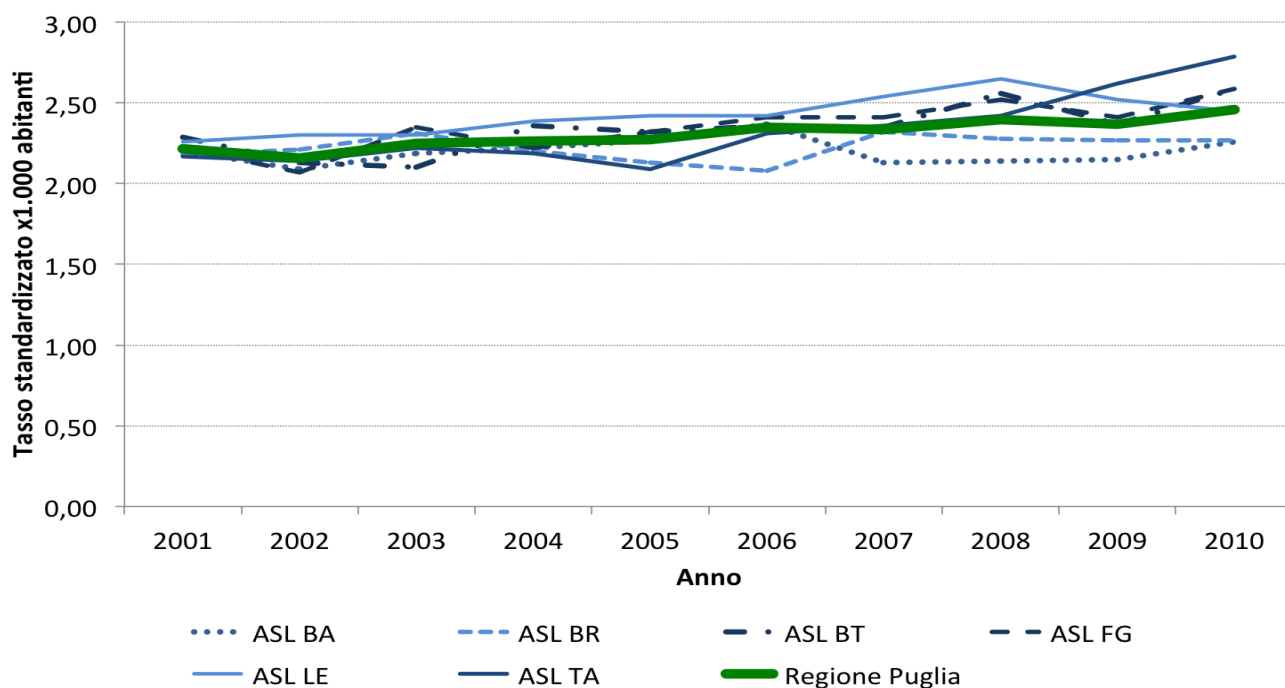
Anni	ASL Lecce								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	220	244	0,90	151	188	0,80	371	432	0,86
2002	293	286	1,02	169	193	0,88	462	479	0,96
2003	323	313	1,03	210	235	0,90	533	548	0,97
2004	205	254	0,81	128	155	0,83	333	409	0,81
2005	315	300	1,05	183	226	0,81	498	526	0,95
2006	343	268	1,28	174	182	0,96	517	450	1,15
2007	306	301	1,02	212	198	1,07	518	499	1,04
2008	268	275	0,97	177	211	0,84	445	486	0,91
2009	338	306	1,10	184	220	0,84	522	526	0,99
2010	319	286	1,12	214	209	1,03	533	495	1,08

Anni	ASL Taranto								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	237	169	1,40	171	114	1,50	408	283	1,44
2002	202	198	1,02	119	118	1,01	321	316	1,02
2003	253	216	1,17	153	142	1,08	406	358	1,13
2004	181	176	1,03	96	94	1,02	277	270	1,02
2005	197	208	0,95	129	137	0,94	326	345	0,95
2006	209	186	1,12	123	111	1,11	332	297	1,12
2007	229	209	1,10	129	120	1,07	358	329	1,09
2008	203	192	1,06	141	128	1,10	344	320	1,08
2009	237	213	1,11	147	133	1,11	384	346	1,11
2010	189	199	0,95	139	126	1,10	328	325	1,01

1.2.4 Mortalità per tutti i tumori

Il tasso standardizzato di mortalità per tutti i tumori risulta lievemente in aumento a livello regionale nel periodo di studio (Grafico 2.5.1).

Grafico 2.5.1. Tasso di mortalità per tutti i tumori, standardizzato per età e sesso. Regione Puglia e ASL, anni 2001-2010.



In tutti i setting, gli RSM sono intorno all'unità e pertanto possono essere esclusi eccessi significativi di mortalità (Tabella 2.5.1).

Tabella 2.5.1. Analisi osservati-attesi per mortalità per tutti i tumori. ASL pugliesi, anni 2001-2010.

Anni	ASL Bari								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	1.575	1.617	0,97	1.100	1.080	1,02	2.675	2.697	0,99
2002	1.491	1.561	0,96	1.056	1.065	0,99	2.547	2.626	0,97
2003	1.570	1.644	0,96	1.093	1.091	1,00	2.663	2.735	0,97
2004	1.572	1.646	0,96	1.128	1.106	1,02	2.700	2.752	0,98
2005	1.602	1.635	0,98	1.159	1.129	1,03	2.761	2.764	1,00
2006	1.706	1.729	0,99	1.172	1.126	1,04	2.878	2.855	1,01
2007	1.498	1.673	0,90	1.098	1.165	0,94	2.596	2.838	0,91
2008	1.522	1.736	0,88	1.079	1.182	0,91	2.601	2.918	0,89
2009	1.469	1.701	0,86	1.153	1.181	0,98	2.622	2.882	0,91
2010	1.564	1.742	0,90	1.190	1.250	0,95	2.754	2.992	0,92

Anni	ASL Brindisi								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	530	544	0,98	385	384	1,00	915	928	0,99
2002	527	525	1,00	399	379	1,05	926	904	1,02
2003	574	554	1,04	395	388	1,02	969	942	1,03
2004	556	555	1,00	369	395	0,93	925	950	0,97
2005	505	552	0,91	389	403	0,96	894	955	0,94
2006	549	584	0,94	325	402	0,81	874	986	0,89
2007	555	564	0,98	419	417	1,00	974	981	0,99
2008	557	586	0,95	403	423	0,95	960	1.009	0,95
2009	539	574	0,94	415	422	0,98	954	996	0,96
2010	530	588	0,90	426	447	0,95	956	1.035	0,92

Anni	ASL BT								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	475	461	1,03	310	300	1,03	785	761	1,03
2002	445	444	1,00	287	296	0,97	732	740	0,99
2003	419	467	0,90	302	303	1,00	721	770	0,94
2004	474	468	1,01	335	307	1,09	809	775	1,04
2005	473	464	1,02	321	313	1,03	794	777	1,02
2006	471	491	0,96	337	312	1,08	808	803	1,01
2007	459	475	0,97	343	323	1,06	802	798	1,01
2008	499	492	1,02	374	327	1,14	873	819	1,07
2009	469	481	0,97	340	327	1,04	809	808	1,00
2010	498	493	1,01	387	346	1,12	885	839	1,06

Anni	ASL Foggia								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	868	844	1,03	555	578	0,96	1.423	1.422	1,00
2002	778	816	0,95	556	570	0,98	1.334	1.386	0,96
2003	919	861	1,07	596	584	1,02	1.515	1.445	1,05
2004	872	863	1,01	559	593	0,94	1.431	1.456	0,98
2005	869	859	1,01	628	607	1,04	1.497	1.466	1,02
2006	957	908	1,05	596	605	0,98	1.553	1.513	1,03
2007	918	878	1,05	636	627	1,01	1.554	1.505	1,03
2008	959	912	1,05	666	636	1,05	1.625	1.548	1,05
2009	953	894	1,07	606	635	0,95	1.559	1.529	1,02
2010	967	916	1,06	709	673	1,05	1.676	1.589	1,05

Anni	ASL Lecce								
	Maschi			Femmine			Totale		

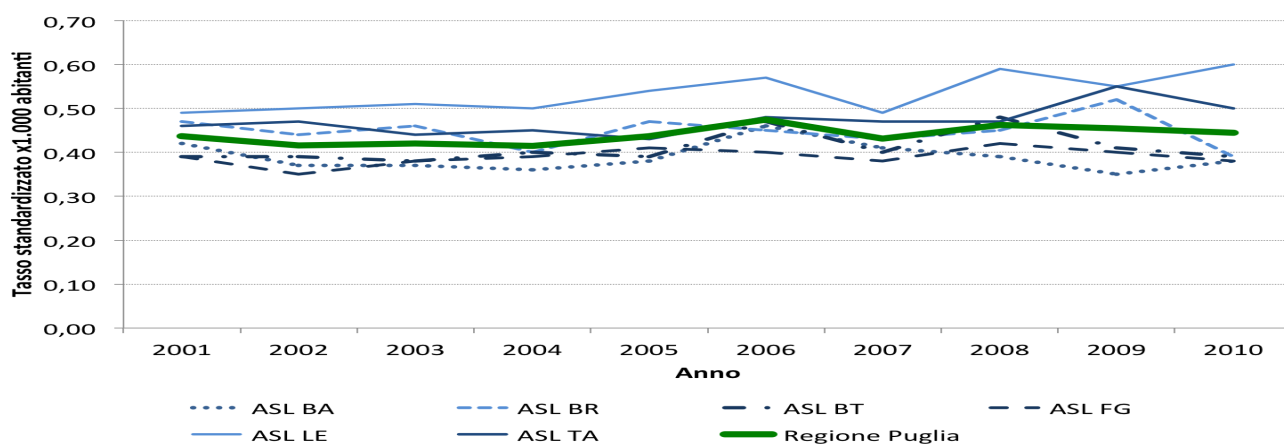
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	1.164	1.122	1,04	795	802	0,99	1.959	1.924	1,02
2002	1.190	1.080	1,10	805	791	1,02	1.995	1.871	1,07
2003	1.199	1.140	1,05	792	809	0,98	1.991	1.949	1,02
2004	1.228	1.143	1,07	846	821	1,03	2.074	1.964	1,06
2005	1.238	1.135	1,09	859	840	1,02	2.097	1.975	1,06
2006	1.252	1.198	1,05	849	838	1,01	2.101	2.036	1,03
2007	1.331	1.156	1,15	873	867	1,01	2.204	2.023	1,09
2008	1.416	1.200	1,18	884	879	1,01	2.300	2.079	1,11
2009	1.295	1.175	1,10	887	878	1,01	2.182	2.053	1,06
2010	1.282	1.200	1,07	840	929	0,90	2.122	2.129	1,00

Anni	ASL Taranto								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	746	771	0,97	515	516	1,00	1.261	1.287	0,98
2002	739	744	0,99	507	509	1,00	1.246	1.253	0,99
2003	769	784	0,98	519	521	1,00	1.288	1.305	0,99
2004	759	786	0,97	514	529	0,97	1.273	1.315	0,97
2005	739	781	0,95	475	539	0,88	1.214	1.320	0,92
2006	799	825	0,97	543	538	1,01	1.342	1.363	0,98
2007	782	797	0,98	587	556	1,05	1.369	1.353	1,01
2008	800	827	0,97	604	564	1,07	1.404	1.391	1,01
2009	911	810	1,13	605	562	1,08	1.516	1.372	1,10
2010	928	829	1,12	689	596	1,16	1.617	1.425	1,13

1.2.5 Mortalità per tumore maligno della trachea, dei bronchi e dei polmoni

Il tasso regionale di mortalità standardizzato per tumore della trachea, dei bronchi e dei polmoni risulta sostanzialmente stabile negli anni considerati; per la ASL Lecce è evidenziabile un tasso quasi costantemente superiore rispetto alla media regionale (Grafico 2.6.1).

Grafico 2.6.1. Tasso di mortalità per tumore maligno della trachea, dei bronchi e dei polmoni. Regione Puglia e ASL, anni 2001-2010.



Gli RSM per tutto il periodo considerato risultano intorno all'unità senza disegnare eccessi stabili di mortalità, con l'eccezione dell'ASL Lecce, dove si clusterizza un eccesso di

mortalità per queste patologie. Anche per l'ASL Taranto negli anni 2009 e 2010 gli RSM sono >1 in entrambi i sessi (Tabella 2.6.1).

Tabella 2.6.1. Analisi osservati-attesi per mortalità per tumore maligno della trachea, dei bronchi e dei polmoni. ASL pugliesi, anni 2001-2010.

Anni	ASL Bari								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	433	463	0,94	74	70	1,05	507	533	0,95
2002	370	443	0,84	76	65	1,16	446	508	0,88
2003	384	446	0,86	65	68	0,96	449	514	0,87
2004	359	433	0,83	83	73	1,13	442	506	0,87
2005	384	454	0,85	80	79	1,01	464	533	0,87
2006	467	496	0,94	89	83	1,07	556	579	0,96
2007	392	436	0,90	102	90	1,13	494	526	0,94
2008	378	470	0,80	98	94	1,04	476	564	0,84
2009	359	460	0,78	81	94	0,86	440	554	0,79
2010	379	454	0,84	83	90	0,92	462	544	0,85

Anni	ASL Brindisi								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	169	156	1,08	25	25	1,00	194	181	1,07
2002	156	149	1,05	27	23	1,16	183	172	1,06
2003	163	150	1,08	28	24	1,16	191	174	1,09
2004	144	146	0,99	24	26	0,92	168	172	0,97
2005	160	154	1,04	36	28	1,28	196	182	1,08
2006	157	168	0,94	32	30	1,08	189	198	0,96
2007	143	147	0,97	35	32	1,09	178	179	0,99
2008	156	159	0,98	33	34	0,98	189	193	0,98
2009	167	156	1,07	49	33	1,46	216	189	1,14
2010	143	154	0,93	20	32	0,63	163	186	0,88

Anni	ASL BT								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	119	132	0,90	18	20	0,92	137	152	0,90
2002	124	126	0,98	13	18	0,72	137	144	0,95
2003	112	127	0,88	21	19	1,12	133	146	0,91
2004	116	123	0,94	22	20	1,08	138	143	0,96
2005	113	129	0,88	23	22	1,04	136	151	0,90
2006	138	142	0,98	25	23	1,08	163	165	0,99
2007	117	124	0,94	20	25	0,80	137	149	0,92
2008	130	133	0,97	35	26	1,34	165	159	1,03
2009	120	131	0,92	22	26	0,84	142	157	0,91

2010	114	129	0,89	22	25	0,88	136	154	0,88
------	-----	-----	------	----	----	------	-----	-----	------

Anni	ASL Foggia								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	216	241	0,90	31	37	0,83	247	278	0,89
2002	196	231	0,85	29	35	0,83	225	266	0,85
2003	209	233	0,90	32	36	0,88	241	269	0,90
2004	221	226	0,98	27	39	0,69	248	265	0,93
2005	221	238	0,93	40	42	0,95	261	280	0,93
2006	219	260	0,84	36	44	0,81	255	304	0,84
2007	197	228	0,86	47	48	0,98	244	276	0,88
2008	229	247	0,93	42	50	0,84	271	297	0,91
2009	214	241	0,89	44	50	0,87	258	291	0,88
2010	202	238	0,85	41	48	0,85	243	286	0,85

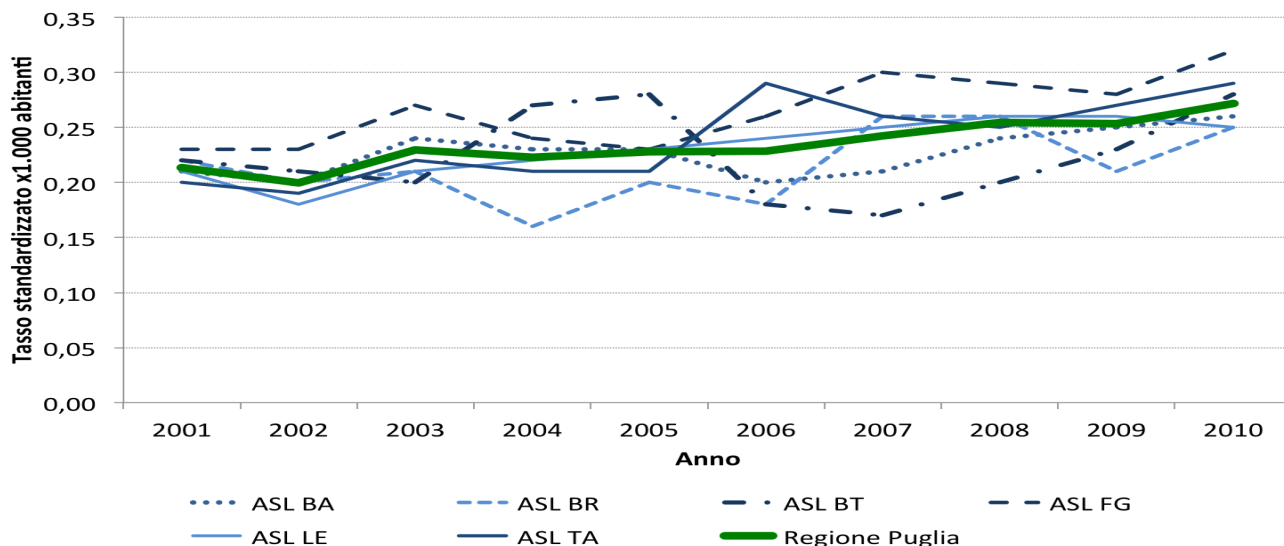
Anni	ASL Lecce								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	373	325	1,15	53	52	1,01	426	377	1,13
2002	377	310	1,22	53	49	1,08	430	359	1,20
2003	394	313	1,26	45	50	0,89	439	363	1,21
2004	373	304	1,23	58	55	1,06	431	359	1,20
2005	408	318	1,28	59	59	1,01	467	377	1,24
2006	432	348	1,24	57	62	0,92	489	410	1,19
2007	366	305	1,20	61	67	0,91	427	372	1,15
2008	436	329	1,33	71	70	1,02	507	399	1,27
2009	402	322	1,25	70	70	1,00	472	392	1,20
2010	429	317	1,35	88	66	1,32	517	383	1,35

Anni	ASL Taranto								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	230	222	1,03	38	34	1,11	268	256	1,04
2002	249	213	1,17	24	31	0,77	273	244	1,12
2003	221	214	1,03	39	33	1,19	260	247	1,06
2004	227	208	1,09	35	35	0,99	262	243	1,08
2005	224	218	1,03	30	38	0,79	254	256	0,99
2006	239	238	1,00	43	40	1,08	282	278	1,01
2007	235	209	1,12	40	43	0,93	275	252	1,09
2008	234	225	1,04	40	45	0,88	274	270	1,01
2009	269	221	1,22	53	45	1,18	322	266	1,21
2010	242	218	1,11	50	43	1,17	292	261	1,12

1.2.6 Mortalità per tumore maligno del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano

Il tasso standardizzato di mortalità per tumore maligno del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano a livello regionale risulta in aumento a partire dall'anno 2005; per la ASL Foggia il tasso è superiore a quello medio regionale in tutti gli anni di rilevazione (Grafico 2.7.1).

Grafico 2.7.1. Tasso di mortalità per tumore maligno del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano. Regione Puglia e ASL, anni 2001-2010.



Gli RSM sono sempre intorno all'unità, con l'eccezione dell'ASL Foggia, dove si osserva un eccesso di mortalità (Tabella 2.7.1).

Tabella 2.7.1. Analisi osservati-attesi per mortalità per tumore maligno del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano. ASL pugliesi, anni 2001-2010.

Anni	ASL Bari								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	132	131	1,01	127	128	1,00	259	259	1,00
2002	104	119	0,87	137	123	1,11	241	242	0,99
2003	158	147	1,07	138	131	1,05	296	278	1,06
2004	167	145	1,15	116	125	0,93	283	270	1,05
2005	144	144	1,00	133	132	1,00	277	276	1,00
2006	130	142	0,92	118	135	0,87	248	277	0,89
2007	139	154	0,90	121	140	0,87	260	294	0,88
2008	157	157	1,00	137	152	0,90	294	309	0,95
2009	158	165	0,96	141	142	0,99	299	307	0,97
2010	173	181	0,96	139	150	0,93	312	331	0,94

Anni	ASL Brindisi								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	37	44	0,84	54	46	1,17	91	90	1,01
2002	47	40	1,17	39	44	0,88	86	84	1,02
2003	47	50	0,95	40	47	0,85	87	97	0,90
2004	34	49	0,69	35	45	0,78	69	94	0,73
2005	39	49	0,80	45	48	0,95	84	97	0,87
2006	34	48	0,71	42	49	0,86	76	97	0,79
2007	56	52	1,07	54	51	1,07	110	103	1,07
2008	55	53	1,04	53	55	0,97	108	108	1,00
2009	47	56	0,84	42	51	0,82	89	107	0,83
2010	63	61	1,04	44	54	0,81	107	115	0,93

Anni	ASL BT								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	41	37	1,11	32	35	0,91	73	72	1,01
2002	31	34	0,92	39	34	1,15	70	68	1,04
2003	35	42	0,84	33	36	0,92	68	78	0,88
2004	50	41	1,22	42	34	1,22	92	75	1,22
2005	41	41	1,01	55	36	1,51	96	77	1,25
2006	32	40	0,80	30	37	0,81	62	77	0,80
2007	30	44	0,69	26	38	0,68	56	82	0,68
2008	25	44	0,57	44	42	1,06	69	86	0,80
2009	41	47	0,88	37	39	0,95	78	86	0,91
2010	57	51	1,12	39	41	0,95	96	92	1,04

Anni	ASL Foggia								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	80	69	1,16	71	69	1,02	151	138	1,09
2002	81	62	1,30	66	67	0,99	147	129	1,14
2003	91	77	1,18	83	71	1,17	174	148	1,17
2004	86	76	1,12	69	68	1,02	155	144	1,08
2005	88	76	1,16	59	71	0,83	147	147	1,00
2006	88	75	1,18	80	73	1,09	168	148	1,13
2007	105	81	1,30	91	76	1,19	196	157	1,25
2008	96	82	1,16	94	83	1,14	190	165	1,15
2009	100	87	1,15	81	77	1,05	181	164	1,10
2010	109	95	1,15	101	82	1,24	210	177	1,19

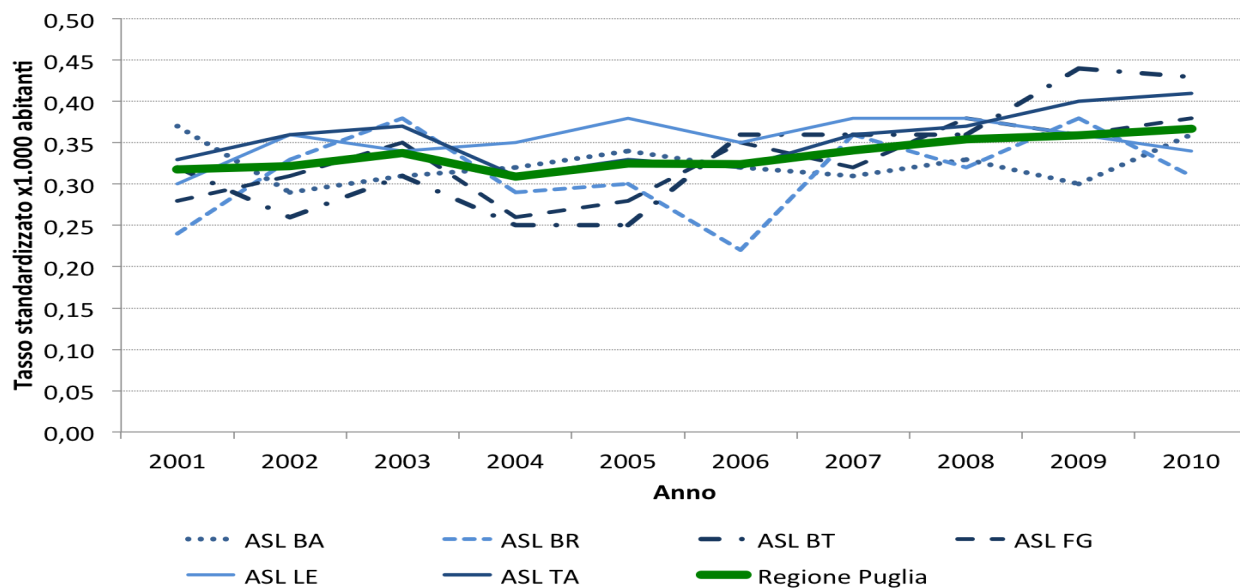
Anni	ASL Lecce								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	86	91	0,95	96	96	1,00	182	187	0,97
2002	83	82	1,01	75	92	0,81	158	174	0,90
2003	85	102	0,83	96	98	0,98	181	200	0,90
2004	89	101	0,88	99	93	1,06	188	194	0,97
2005	102	100	1,02	101	99	1,02	203	199	1,02
2006	101	98	1,03	105	101	1,04	206	199	1,03
2007	115	107	1,08	99	105	0,94	214	212	1,01
2008	19	108	1,10	112	114	0,98	131	222	1,04
2009	117	114	1,03	109	106	1,03	226	220	1,03
2010	109	124	0,88	106	113	0,94	215	237	0,91

Anni	ASL Taranto								
	Maschi			Femmine			Totale		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	58	62	0,94	55	61	0,90	113	123	0,92
2002	48	57	0,85	63	59	1,08	111	116	0,96
2003	72	70	1,03	56	62	0,90	128	132	0,97
2004	57	69	0,82	63	59	1,06	120	128	0,93
2005	65	69	0,95	57	63	0,90	122	132	0,93
2006	86	68	1,27	84	64	1,31	170	132	1,29
2007	66	73	0,90	85	66	1,28	151	139	1,08
2008	67	75	0,90	77	72	1,07	144	147	0,98
2009	85	79	1,08	73	67	1,08	158	146	1,08
2010	86	86	1,00	81	71	1,14	167	157	1,07

1.2.7 Mortalità per tumore maligno della mammella della donna

Il tasso standardizzato di mortalità per tumore maligno della mammella nella donna a livello regionale risulta in leggero ma costante aumento negli ultimi anni considerati; nell'ASL Lecce il dato è costantemente superiore a quello medio regionale, con l'eccezione dell'anno 2010 (Grafico 2.8.1).

Grafico 2.8.1. Tasso di mortalità per tumore maligno della mammella della donna. Regione Puglia e ASL, anni 2001-2010.



Analizzando gli RSM, si notano eccessi stabili di mortalità nell'ASL Taranto e Lecce e un RSM>1 nel 2009 e 2010 nell'ASL BT (Tabella 2.8.1).

Tabella 2.8.1. Analisi osservati-attesi per mortalità per tumore maligno della mammella della donna. ASL pugliesi, anni 2001-2010.

Anni	ASL Bari			ASL Brindisi			ASL BT		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	228	198	1,15	52	69	0,75	56	55	1,01
2002	180	200	0,90	72	70	1,03	46	56	0,82
2003	192	210	0,91	84	74	1,14	54	59	0,92
2004	199	192	1,04	64	68	0,95	44	54	0,82
2005	209	202	1,04	65	71	0,91	44	56	0,78
2006	201	202	1,00	48	71	0,68	63	56	1,12
2007	190	212	0,90	78	75	1,04	62	59	1,05
2008	204	220	0,93	71	78	0,91	62	61	1,01
2009	189	223	0,85	84	79	1,07	77	61	1,24
2010	224	227	0,99	67	80	0,83	75	63	1,18

Anni	ASL Foggia			ASL Lecce			ASL Taranto		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	93	104	0,89	138	144	0,96	98	95	1,04
2002	103	105	0,98	165	146	1,13	107	96	1,12
2003	114	111	1,03	154	153	1,01	109	101	1,08
2004	86	101	0,85	161	140	1,15	93	92	1,01
2005	92	107	0,86	172	148	1,16	99	97	1,03
2006	115	106	1,08	157	147	1,07	95	96	0,98

2007	104	112	0,93	172	155	1,11	108	101	1,07
2008	124	116	1,07	172	161	1,07	109	105	1,04
2009	117	118	0,99	165	163	1,01	120	106	1,13
2010	126	121	1,04	154	167	0,92	122	109	1,12

1.2.8 Mortalità per tumore maligno del collo dell'utero (cervice uterina)

Il tasso standardizzato di mortalità per tumore della cervice uterina ha un andamento estremamente variabile negli anni considerati; questa variabilità è legata alla esigua numerosità di decessi per questa patologia registrati ogni anno, che variano in un range da 0 a 12 casi (Grafico 2.9.1). Per le stesse ragioni, i valori di RSM sono estremamente variabili e si deve precisare che l'utilizzo di questo indicatore in un setting temporale e spaziale limitato potrebbe essere fuorviante e sicuramente non conclusivo (Tabella 2.9.1).

Grafico 2.9.1. Tasso di mortalità per tumore maligno del collo dell'utero (cervice uterina). Regione Puglia e ASL, anni 2001-2010.

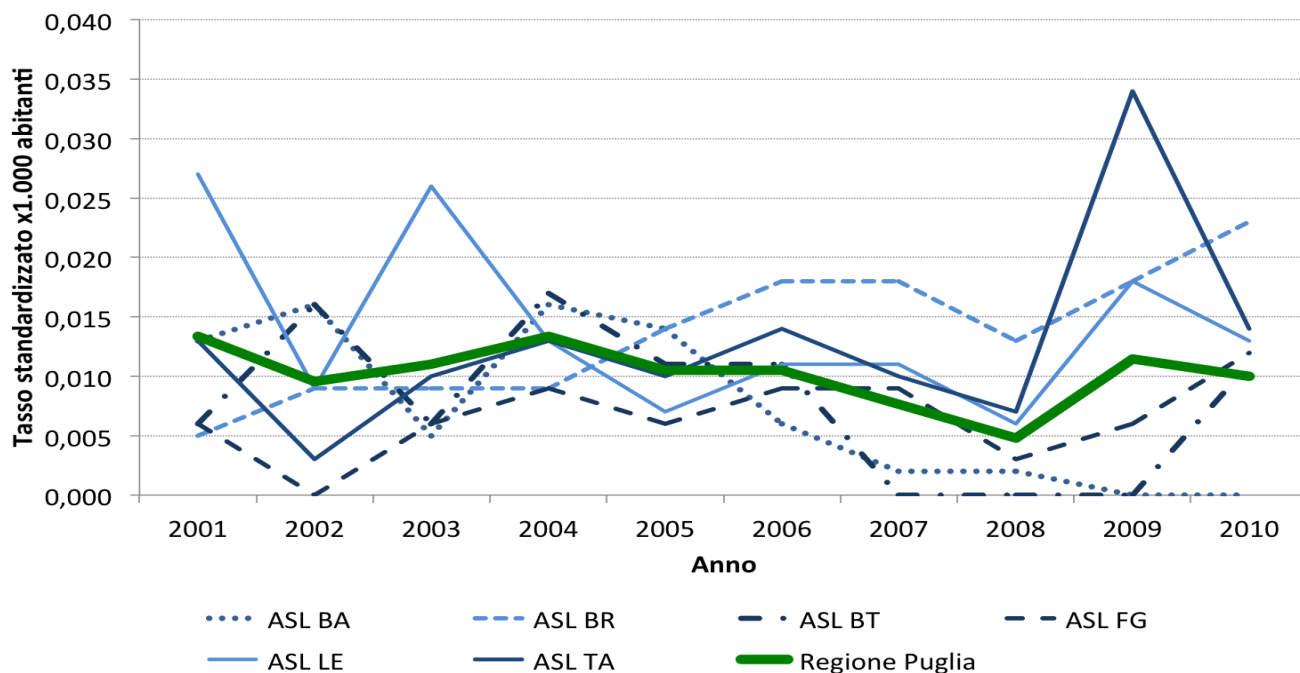


Tabella 2.9.1. Analisi osservati-attesi per mortalità per tumore maligno del collo dell'utero (cervice uterina). ASL pugliesi, anni 2001-2010.

Anni	ASL Bari			ASL Brindisi			ASL BT		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	8	8	0,95	1	3	0,34	1	2	0,42
2002	10	6	1,66	2	2	0,98	3	2	1,72
2003	3	7	0,44	2	2	0,84	1	2	0,53
2004	10	8	1,21	2	3	0,68	3	2	1,29
2005	9	7	1,37	3	2	1,33	2	2	1,06
2006	4	7	0,61	4	2	1,76	2	2	1,07
2007	1	5	0,21	4	2	2,38	0	1	0,00
2008	1	3	0,34	3	1	2,80	0	1	0,00
2009	0	7	0,00	4	3	1,60	0	2	0,00
2010	0	6	0,00	5	2	2,26	2	2	1,14

Anni	ASL Foggia			ASL Lecce			ASL Taranto		
	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM	N° decessi osservati	N° decessi attesi	RSM
2001	2	4	0,46	12	6	2,01	4	4	0,99
2002	0	3	0,00	4	4	0,95	1	3	0,34
2003	2	4	0,55	12	5	2,36	3	3	0,93
2004	3	4	0,68	6	6	0,98	4	4	1,01
2005	2	3	0,59	3	5	0,64	3	3	0,95
2006	3	3	0,87	5	5	1,06	4	3	1,29
2007	3	3	1,20	5	3	1,43	3	2	1,31
2008	1	2	0,62	3	2	1,35	2	1	1,45
2009	2	4	0,53	8	5	1,54	10	3	2,95
2010	4	3	1,21	6	5	1,33	4	3	1,35

1.3 La Rete dei Sistemi di Cura e Assistenza

1.3.1 Le disuguaglianze e le malattie croniche in Puglia

Dal rapporto "Benessere Equo e Sostenibile 2013" e dal rapporto Censis "La crisi sociale del Mezzogiorno" del 2013 si evince che la vita media continua ad aumentare, collocando l'Italia tra i Paesi più longevi d'Europa: nello specifico in Puglia la speranza di vita alla nascita è di 79,7 anni per i maschi e 84,4 per le donne. Quest'ultime, tuttavia, sono più svantaggiate in termini di qualità della sopravvivenza: in media, oltre un terzo della loro vita è vissuto in condizioni di salute non buone. Le donne, infatti, sono affette più frequentemente e più precocemente rispetto agli uomini da malattie meno letali, come per esempio l'artrite, l'artrosi, l'osteoporosi, ma con un decorso che può degenerare in condizioni più invalidanti.

Invece la speranza di vita in buona salute in Puglia è di 58,1 anni per i maschi e 55,8 anni per le donne.

Si intuisce che il numero di anni in non buona salute per le donne pugliesi è stimabile in 28,6 anni.

In conclusione la Puglia ed il Mezzogiorno, in generale, rispetto al resto del Paese vive una doppia penalizzazione: una vita media più breve e un numero di anni vissuti senza limitazioni più basso.

In prospettiva futura, è da prevedersi una riduzione progressiva della ricchezza privata che limiterà la possibilità, soprattutto per le famiglie del Mezzogiorno, di vicariare l'intervento pubblico nell'assistenza agli anziani, attraverso l'utilizzo di badanti/Caregiver a pagamento, con il risultato che aumenterà il ricorso ai servizi socio-assistenziali per la disabilità. Molti tra i 50/60enni di oggi non potranno più contare né sul sostegno economico genitoriale (anche patrimoniale) né sul reddito dei propri figli.

Continuando l'analisi sullo stato futuro dei pugliesi si analizzano gli indici di stato fisico (Pcs) e di stato psicologico (Mcs): questi hanno un andamento decrescente con l'età, più accentuato per le donne: a partire dalla classe di età 55-64 anni, sia per gli uomini che per le donne, gli indici riportano valori via via sempre più bassi rispetto alla media della popolazione, con un andamento decrescente più accentuato per l'indice di stato fisico. Le differenze di genere, a svantaggio delle donne, si evidenziano chiaramente in questa fascia d'età e raggiungono i 3,5 punti tra gli ultrasettantacinquenni per l'indice di stato fisico, mentre l'indice di stato psicologico è sempre più basso tra le donne, con una distanza di 3,1 punti medi tra gli anziani. Sono le donne delle regioni meridionali che presentano i più bassi punteggi medi dello stato di salute fisico. Anche in questo caso, come per la speranza di vita, si evidenzia come gli elementi sociali hanno un impatto sulle condizioni di salute e all'aumentare dell'età le disuguaglianze si accentuano, in particolare, per la salute fisica: tra gli anziani la distanza tra persone con un titolo di studio superiore al diploma e quelle che hanno raggiunto la licenza di scuola media inferiore è di circa 5 punti e per le donne anziane del Mezzogiorno raggiunge i 7 punti.

Tra i comportamenti a rischio prevalgono in Puglia l'obesità, la sedentarietà e lo scarso consumo di frutta e verdura, mentre fanno eccezione l'abitudine al fumo, più diffusa nell'Italia centrale, e i comportamenti a rischio nel consumo di alcol, per i quali il picco si riscontra nel Nord. In tutti i comportamenti a rischio l'estrazione sociale bassa è un fattore aggravante.

I cittadini del Mezzogiorno sono più convinti rispetto a quelli delle altre aree geografiche che la copertura del welfare oggi è insufficiente: lo pensa il 71% dei residenti nel sud rispetto al 51,1% del nord-ovest e al 57,1 del nord-est.

1.3.2 I servizi ADI – Assistenza domiciliare integrata

Le regioni del Mezzogiorno registrano, sulla base dei dati 2011 per gli Obiettivi di Servizio Servizi di Cura (Elaborazioni Istat e DPS su dati Ministero della Salute, Sistema informativo sanitario) un livello ancora ampiamente al di sotto della media nazionale di copertura del servizio ADI – Assistenza domiciliare integrata: 2,6% della popolazione anziana servita da prestazioni domiciliari integrate nel Mezzogiorno contro il 4,1% media nazionale. La Puglia presenta un livello di erogazione del servizio ancora inferiore rispetto alla media del Mezzogiorno: nel 2011 le ASL pugliesi hanno fatto registrare una percentuale di copertura ADI del 2% della popolazione target. In termini di spesa, inoltre, la Puglia ha fatto registrare una incidenza della spesa ADI sul totale della spesa sanitaria pari al 0,58% contro la media nazionale dell'1,15%. Per potenziare l'offerta di prestazioni domiciliari integrate e indurre processi virtuosi di riqualificazione dell'assistenza territoriale a carattere domiciliare, nel giugno 2012 il Dipartimento Sviluppo e Coesione del Ministero per lo Sviluppo Economico ha finanziato per le Regioni dell'Obiettivo Convergenza il Piano di Azione e Coesione Servizi di Cura che riserva complessivamente 330 milioni di euro all'investimento per accrescere la rete delle prestazioni domiciliari integrate, di cui circa 79 milioni di euro assegnati alla Puglia per il triennio 2013-2015. Tali fondi sono destinati alle prestazioni socioassistenziali e

all'investimento in tecnologie complementari alle prestazioni sanitarie per configurare un servizio ADI complessivamente adeguato a prendere in carico in modo appropriato le cronicità e le gravi non autosufficienze per la long term care, anche in termini di conciliazione dei tempi di lavoro e di cura.

In particolare, attraverso la BDA è stato possibile stimare che la popolazione dei cronici pugliesi ammonta a circa il 35% degli assistibili, e che assorba il 75% della spesa sanitaria, in linea con quanto dimostrato da analoghe esperienze condotte in altre regioni (es. Lombardia, Sicilia).

1.3.3 L'integrazione della Rete dei Sistemi di Cura e Assistenza alla Persona e alle Comunità in Puglia

L'organizzazione del Sistema Ospedaliero si orienta sempre più *all'Hub & Spoke* che obbliga ad una revisione della rete ospedaliera partendo dalla chiusura dei piccoli ospedali e che si sostanzia nella produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio di *Integrazione nella Rete*.

Lo spostamento di una parte sempre più cospicua di Assistenza Sanitaria dall'Ospedale al Territorio rappresenta da anni una questione centrale delle politiche sanitarie per via dei progressi intervenuti nelle metodiche di diagnosi e di cura.

Nei Comuni pugliesi interessati dal Riordino Ospedaliero vi è stata la necessità di attivare nel territorio forme di assistenza primaria che si sono dimostrate in grado di offrire una risposta ottimale, in termini di efficienza, efficacia e gradimento, rispetto alla gestione dei soggetti, anche di quelli fragili, affetti da patologie croniche.

Il *Chronic Care Model* (CCM) ha rappresentato un approccio sistemico ed *Evidence-based* alle patologie croniche, che ha visto il coinvolgimento di tutti gli "erogatori di assistenza" per la presa in carico dei "fabbisogni complessi" di salute del paziente (non soltanto cioè dei bisogni di tipo clinico, diagnostico-terapeutico, ma anche di quelli relativi al più ampio concetto di "qualità di vita" secondo il concetto di "salute globale" indicato dall'OMS).

Il modello assistenziale ha garantito la presa in carico del paziente cronico, nell'ambito delle cure primarie. Le patologie croniche che sono state prese in considerazione sono: diabete mellito, Malattia Cardio-Vascolare (MCV) cronica conclamata o alto rischio per MCV, Scompenso Cardiaco, Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).

La presa in carico globale ha, inoltre, intenso:

- Offrire un percorso assistenziale razionale e aderente alle linee guida nazionali e locali.
- Favorire l'aderenza al *follow up* da parte del paziente cronico rendendo i servizi assistenziali più facilmente fruibili nel territorio di residenza
- Evitare la mobilità dei pazienti cronici e il ricorso al ricovero ospedaliero inappropriato
- Azzerare l'attesa per i pazienti coinvolti, incidendo anche sulle "liste d'attesa" aziendali.
- Offrire un livello assistenziale efficiente a tutta la popolazione

Esperienze dei PRP 2010-13

1.4 Il PRP 2010-2012

Con DGR 2994 del 28 dicembre 2010 è stata recepita l'Intesa Stato -Regioni del 29 aprile 2010 relativa al Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, identificando le aree di programmazione e le attività da garantirsi a livello regionale. La vigenza di detto Piano è stata successivamente prorogata per l'anno 2013 con DGR 1196 del 1 luglio 2013.

Il Piano Regionale Pugliese prevedeva le seguenti aree di attività:

1. Area Medicina Predittiva
 - 1.1. Valutazione del rischio individuale di malattia (diffusione della carta del cardiorischio)
 - 1.2. Valutazione del rischio cardiovascolare in soggetti di età pediatrica obesi attraverso il monitoraggio di markers di attivazione protrombotica
2. Area Prevenzione Universale
 - 2.1. Incidenti stradali
 - 2.2. Prevenzione degli eventi infortunistici
 - 2.3. Incidenti domestici
 - 2.4. Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione
 - 2.5. Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitari
 - 2.6. Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni
 - 2.7. Prevenzione delle patologie da esposizione professionale e non ad agenti chimici, fisici e biologici
 - 2.8. Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate
 - 2.9. Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano
3. Area Prevenzione della Popolazione a rischio
 - 3.1. Tumore della mammella
 - 3.2. Tumore della cervice
 - 3.3. Tumore del colon-retto
 - 3.4. Malattie cardiovascolari
 - 3.5. Diabete
 - 3.6. Malattie respiratorie croniche
 - 3.7. Malattie osteoarticolari
 - 3.8. Malattie orali
 - 3.9. Disturbi psichiatrici
 - 3.10. Ipoacusia e sordità
4. Area prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia
 - 4.1. Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

Le attività di Piano sono state oggetto di periodico monitoraggio e certificazione da parte della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute, che ha prodotto delle certificazioni annuali dello stato di avanzamento sulla base degli indicatori e degli standard di attività stabiliti dalla Regione in fase di pianificazione.

Area Medicina Predittiva

1.4.1 Valutazione del rischio individuale di malattia (diffusione della carta del cardiorischio)

Il progetto aveva lo scopo di introdurre nella pratica clinica della medicina di medicina generale la valutazione sistematica del Rischio Cardiovascolare Globale individuale nella popolazione pugliese di età compresa tra 35 e 69 anni, utilizzando il punteggio individuale messo a punto dall'Istituto Superiore di Sanità.

I soggetti differenziati per i livelli di Rischio Cardiovascolare Globale dovevano essere avviati a percorsi clinico-assistenziali con particolare attenzione ai soggetti ad alto grado di rischio. Gli standard indicatori di progetto (proporzione di MMG che effettuano la valutazione e proporzione di assistiti eligibili valutati e rivalutati) risultano conseguiti al termine della vigenza del Piano ed è stata ottenuta la relativa certificazione.

1.4.2 Valutazione del rischio cardiovascolare in soggetti di età pediatrica obesi attraverso il monitoraggio di markers di attivazione protrombotica

Tale progetto, in fase di valutazione ex-ante, è stato escluso dal monitoraggio delle attività di Piano e pertanto non è stato oggetto di certificazione.

1.4.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale

Il progetto aveva come obiettivo generale la riduzione della mortalità e disabilità conseguenti ad incidenti stradali, connessi in particolare alla guida sotto l'effetto di sostanze o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, nei giovani di età 13-30 anni. Gli obiettivi specifici erano il far acquisire/aumentare nei moltiplicatori competenze utili per pianificare e realizzare interventi informativo-formativo-educativi in contesti educativi e del divertimento e in contesti educativo/formativi (attraverso la formazione) e far acquisire/aumentare nei giovani 13-30 anni conoscenze e competenze per una guida responsabile (attraverso la realizzazione di interventi informativo-formativo-educativi in contesti educativi e del divertimento e in contesti educativo/formativi). Gli standard indicatori di progetto risultano conseguiti al termine della vigenza del Piano ed è stata ottenuta la relativa certificazione.

1.4.4 Prevenzione degli infortuni sul lavoro mortali e con esiti invalidanti in edilizia

Il progetto prevedeva azioni molteplici, principalmente mirate, per la prevenzione anti-infortunistica, alla riduzione del numero di infortuni sul lavoro nei settori dell'edilizia e dell'agricoltura e, per la prevenzione delle malattie professionali, all'emersione e contrasto del fenomeno tecnopatico mediante iniziative incentrate sull'informazione/formazione dei lavoratori e dei datori di lavoro. L'istituzione del COMIMP operava in ambito trasversale non è stata possibile per mancato completamento dell'iter amministrativo da parte della Regione Puglia.

1.4.4.1.1 Promozione di comportamenti corretti per la sicurezza in agricoltura (Progetto 1 del Programma "Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate in agricoltura")

L'obiettivo generale prevedeva il mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo. L'obiettivo specifico era dato l'incremento della conoscenza di temi specifici correlati ai rischi prevalenti per la sicurezza in agricoltura da parte degli imprenditori e dei lavoratori agricoli. Gli standard indicatori di progetto risultano conseguiti al termine della vigenza del Piano ed è stata ottenuta la relativa certificazione.

1.4.4.1.2 Ambiente di vita sicuro

Il progetto aveva come obiettivo generale quello di diminuire il rischio di incidente domestico. Le sue azioni erano incentrate sulla costruzione e mantenimento di alleanze con partner locali, individuazione e formazione degli operatori sanitari, individuazione e formazione dei moltiplicatori a livello locale, individuazione di riferimenti ed Enti per l'attivazione degli interventi (destinatari e partner), valutazione degli interventi. Gli standard indicatori di progetto risultano conseguiti al termine della vigenza del Piano ed è stata ottenuta la relativa certificazione.

Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione

Tale progetto si inseriva in una consolidata programmazione regionale in materia di profilassi vaccinale, prevedendo come obiettivi il miglioramento delle attività di chiamata attiva della popolazione target delle vaccinazioni, attraverso il completamento dell'anagrafe vaccinale informatizzata, e il raggiungimento di standard di qualità organizzativa in tutti i Servizi vaccinali regionali. Gli standard indicatori di progetto (coperture vaccinali nell'adolescente) risultano raggiunti e certificati.

1.4.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria

Il progetto aveva come obiettivo la riduzione dell'incidenza delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria rispetto al dato stimato nell'ultima rilevazione regionale effettuata attraverso attività formative sugli operatori sanitari e il miglioramento delle strategie di controllo. Gli standard degli indicatori di progetto (indice di adesione all'igiene delle mani e proporzione di presidi/aziende ospedaliere con piano di attività sul controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria) risultano raggiunti e certificati.

1.4.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni

Il progetto aveva come obiettivi la valutazione e la prevenzione del rischio di infezioni da arbovirus sul territorio regionale, attraverso la implementazione di un sistema di sorveglianza ad hoc, e l'introduzione del sistema informativo per la sorveglianza delle malattie infettive PREMAL in tutte le ASL. Gli standard degli indicatori di progetto risultano raggiunti e certificati.

1.4.7 Attivazione di una programmazione partecipata per l'implementazione del sistema REACH-CLP

Le azioni prevenzionistiche erano mirate alla promozione di un adeguato coordinamento dell'Autorità competente regionale REACH-CLP con gli altri attori sul territorio, alla formazione di figure professionali altamente qualificate e alla vigilanza sull'adempimento agli obblighi della regolamentazione comunitaria. Gli standard degli indicatori di progetto risultano raggiunti e certificati.

1.4.8 Sviluppo, in relazione al regolamento CEE 882/2004 di competenze valutative sui controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare salute e benessere animale secondo criteri di gestione e di assicurazione della qualità per il funzionamento e il miglioramento delle attività di controllo ufficiale da parte delle regioni e delle province autonome in materia di sicurezza alimentare

Obiettivo centrale di questo progetto era quello di controllare e contenere le infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti, tramite l'effettuazione di interventi di controllo che rispondano ai criteri previsti dalla normativa per gli organi del controllo ufficiale. Tale progetto, in fase di valutazione ex-ante, è stato escluso dal monitoraggio delle attività di Piano e pertanto non è stato oggetto di certificazione.

1.4.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate

Il progetto aveva come obiettivo il monitoraggio di determinanti e fattori di rischio comportamentali per le patologie cronico degenerative attraverso il sistema di Sorveglianza PASSI. Gli standard degli indicatori di progetto (proporzione di ASL che hanno ottenuto la certificazione delle attività del sistema di sorveglianza PASSI e che hanno prodotto report sui risultati delle attività di sorveglianza) risultano raggiunti e certificati.

1.4.10 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate

Il progetto aveva come obiettivo il monitoraggio dello stato nutrizionale e dei comportamenti nutrizionali e motori dei bambini delle scuole primarie, attraverso il sistema di sorveglianza standardizzato "OKkio alla salute". Gli standard degli indicatori di progetto (proporzione di ASL che hanno prodotto report sui risultati dell'attività di sorveglianza e il tasso di adesione al progetto) risultano raggiunti e certificati.

1.4.11 Scuole in salute

Il progetto aveva come obiettivo generale la Sorveglianza di patologie, dei determinanti di salute e dei fattori di rischio attraverso la costruzione di alleanze con la scuola, finalizzate al sostegno di interventi educativi operanti tramite attività didattiche e curricolari. Le azioni proposte per realizzare il progetto erano:

- Sottoscrizione di un protocollo di Intesa tra la Regione Puglia e l'Ufficio scolastico regionale per l'attuazione di programmi condivisi.
- Censimento delle progettualità esistenti in Regione sia sul versante Sanità che su quello Scuola.
- Predisposizione di una griglia metodologica di autoanalisi degli interventi e della formazione.
- Istituzione del Gruppo tecnico Interistituzionale regionale e di gruppi aziedali interdisciplinari.
- Protocolli d'Intesa sull'attuazione di specifiche progettualità delle aree di Guadagnare salute e della promozione della salute in generale.
- Comunicazione dei risultati.

Gli standard degli indicatori di progetto risultano raggiunti e certificati.

1.4.12 Promozione dell'allattamento al seno

Il progetto aveva come obiettivo generale la prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%. Gli obiettivi specifici erano vari e riguardavano il proteggere, il sostenere e il promuovere la pratica dell'allattamento materno. Gli standard degli indicatori di progetto risultano raggiunti e certificati.

1.4.13 PROMuovere la salute in tutte le politiche della Regione Puglia (PROsalute)

Il progetto aveva come obiettivo generale il rafforzamento, a tutti i livelli di Governo regionale e locale, dei sistemi per integrare gli aspetti di sanità pubblica nei settori di politiche non sanitarie al fine di sviluppare politiche favorevoli alla salute. Tali sistemi dovevano includere, fra l'altro, sistemi di sorveglianza sui risultati e sui determinanti di

salute, sistemi per riferire in materia di politiche di sanità pubblica che dovevano rendere esplicite le connessioni fra risultati di salute, determinanti e politiche di salute, rendendo essenziali i processi di valutazione dell'impatto sulla salute nelle diverse politiche per la co-operazione, quali comitati intersettoriali e processi istituzionali per l'adozione di politiche intersettoriali.

Gli obiettivi specifici erano:

- identificare aree tematiche con interferenze intersettoriali e fortemente suscettibili di produrre effetti positivi sulla salute;
- promuovere approcci multi-settoriali e processi di confronto a livello regionale e locale, attraverso cui gli impatti sulla sanità pubblica possano essere effettivamente presi in considerazione in tutte le politiche;
- intensificare gli sforzi di collaborazione tra le istituzioni, al fine di accelerare l'elaborazione e l'attuazione di politiche favorevoli alla salute in altri settori, ivi incluse quelle di genere e le pari opportunità;
- rafforzare l'uso della Valutazione dell'Impatto sulla Salute, quando appropriato, e promuovere l'uso delle metodologie disponibili a livello europeo, nazionale, regionale e locale e ad integrarle in altre cornici di valutazione già esistenti.

Al termine della vigenza del piano, gli standard degli indicatori non risultano raggiunti né certificati per le seguenti motivazioni:

- nonostante l'avvio delle procedure amministrative per l'istituzione formale dell'Osservatore regionale Pugliese PROSalute e la collaborazione avviata con l'Università degli Studi di Torino, non è stato possibile formalizzarne la costituzione;
- gli incontri con le associazioni Scientifiche di riferimento non hanno prodotto un documento univoco.

1.4.14 Programma di educazione alla salute respiratoria e prevenzione del tabagismo nelle scuole della regione puglia

Il progetto aveva come obiettivo generale la prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari. Gli obiettivi specifici erano:

- diffondere la cultura della prevenzione e diagnosi precoce delle malattie respiratorie, in particolar modo di quelle ambiente e fumo correlate;
- aiutare i ragazzi a resistere alle pressioni psico-sociali a favore del fumo, e ad operare scelte libere e consapevoli;
- indirizzare i ragazzi, con l'aiuto di opuscoli formativo/informativi forniti dalla regione e dal ministero della salute, ad adottare stili di vita salutari e a diffondere queste informazioni ai loro amici e familiari.

Gli standard degli indicatori di progetto risultano raggiunti e certificati.

Area Prevenzione della Popolazione a rischio

1.4.15 Tumori e screening

In Puglia la prevenzione secondaria dei tumori è stata affidata per molto tempo all'iniziativa personale. Fino all'avvio del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007, infatti, le attività di screening organizzato non interessavano in maniera uniforme l'intero territorio regionale e prevedevano solo l'accesso spontaneo degli utenti all'anticipazione diagnostica.

Da Luglio 2007, dopo una lunga fase organizzativa, è stata avviata la chiamata attiva per lo screening del carcinoma della cervice uterina nella ASL Bari e per lo screening del carcinoma della mammella nelle ASL Bari e BT. Nel corso del triennio 2008-2010, la chiamata attiva è stata progressivamente estesa a tutte le altre ASL regionali. Lo screening per il carcinoma del colon retto è stato avviato a dicembre del 2011 ed è attivo solo nelle Asl Bari e Bat.

La performance dei programmi di screening regionali è stata valutata attraverso il calcolo di indicatori standardizzati a livello nazionale.

1.4.15.1.1 Tumore della mammella

Indicatori per la valutazione della performance dei programmi di screening del carcinoma della mammella.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Estensione nominale: quota di popolazione in fascia di età target (50 – 69 anni) residente in zone in cui è attivo un programma di screening organizzato.- Estensione effettiva: denominatore: 1/2 della popolazione di 50 – 69 anni residente nell'anno; numeratore: numero di donne invitate. |
|--|

- **Adesione all'invito:** denominatore: numero di donne invitate; numeratore: numero di donne che hanno aderito all'invito.
- **Referral rate:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di donne inviate al secondo livello.
- **Detection rate:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di carcinomi diagnosticati; casi per 1.000 donne screenate.

Tabella 3.1.1.1. Indicatori di performance del programma di screening per il tumore della mammella. Puglia, anni 2007-2012.

Indicatori	Anno					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Estensione nominale del programma	75,7%	76,5%	94,6%	98,7%	100,0%	100,0%
Estensione effettiva del programma	2,0%	37,4%	51,3%	62,0%	55,6%	42,0%
Adesione all'invito	19,1%	30,1%	43,2%	45,1%	48,9%	58,3%
Referral Rate	5,3%	3,9%	5,9%	6,0%	5,4%	5,8%
Detection rate	-	-	3,2 x1000	2,1 x1000	3,4 x1000	2,5 x1000

1.4.15.1.2 Tumore della cervice

Indicatori per la valutazione del programma di screening del tumore della cervice uterina.

- **Estensione nominale:** quota di popolazione in fascia di età target (25 – 64 anni) residente in zone in cui è attivo un programma di screening organizzato.
- **Estensione effettiva:** denominatore: 1/3 della popolazione di 25 – 64 anni residente nell'anno; numeratore: numero di donne invitate.
- **Adesione all'invito:** denominatore: numero di donne invitate; numeratore: numero di donne che hanno aderito all'invito.
- **Raccomandazione alla ripetizione della citologia:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di donne a cui è stata raccomandata la ripetizione della citologia.
- **Referral rate:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di donne inviate in colposcopia.
- **Detection rate:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di donne con una lesione CIN2+ confermata istologicamente; casi per 1.000 donne screenate.

Tabella 3.1.2.1. Indicatori di performance del programma di screening per il tumore della cervice uterina. Puglia, anni 2007-2012.

Indicatore	Anno					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Estensione nominale del programma	46,5%	93,2%	93,1%	95,6%	100,0%	100,0%
Estensione effettiva del programma	10,8%	27,8%	53,8%	52,3%	41,9%	54,9%
Adesione all'invito	35,7%	36,2%	29,3%	25,0%	31,0%	29,9%
Referral Rate	1,9%	1,2%	1,3%	1,7%	2,4%	2,0%
Detection rate	0,14 x1000	0,52 x1000	0,76 x1000	1,32 x1000	0,4 x1000	0,6 x1000

1.4.15.1.3 Tumore del colon-retto

Tabella 3.1.3.1.. Indicatori di performance del programma di screening per il tumore del colon retto. Puglia (Bari e Bt), anni 2012.

		Puglia 2012
Estensione nominale del programma	A: Popolazione residente in fascia d'età bersaglio	393.271
	B: Residenti 50 - 70 anni	393.271
	A/B*100	100
Estensione effettiva del programma	A: Numero di persone invitate	64.605
	B: Residenti 50 - 70 anni / 2	196.635
	A/B*100	32,9
Adesione corretta all'invito	A: Persone aderenti al primo livello (screenate)	16.305
	B: Numero di persone invitate - numero di inviti inesitati	44.712
	A/B*100	36,5
Positività al SOF	A: Numero di persone con SOF positivo	1.019
	B: Numero di persone screenate	16.305
	A/B*100	6,2
Tasso di identificazione totale = Detection rate	A: Carcinomi invasivi	32
	B: Numero di persone screenate	16.305
	A/B*1000	2,0

Per i tre programmi di screening, gli standard degli indicatori di progetto non risultano raggiunti e pertanto i progetti non sono stati certificati.

1.4.16 Prevenzione delle recidive di eventi cardiovascolari

Il Progetto prevedeva che i distretti socio-sanitari, con il coordinamento delle Unità Operative di Epidemiologia e Statistica delle ASL, curassero la costituzione di un registro regionale di pazienti con esiti di patologia cardiovascolare, da gestire attraverso un software dedicato. Successivamente all'istituzione del registro, ogni Distretto avrebbe dovuto farsi promotore di un percorso clinico diagnostico di follow-up, da concordarsi tra il medico di medicina generale e il responsabile dell'ambulatorio distrettuale di cardiologia. Rispetto alle previsioni per l'anno 2013, la realizzazione del Sistema Informativo Sanitario Regionale "Edotto", che avrebbe consentito una agevole gestione dei registri di patologia cronica, risente di ulteriori ritardi, che non hanno consentito l'avvio delle attività progettuali. Pertanto gli standard degli indicatori di progetto (Proporzione di distretti che hanno attivato il registro degli eventi cardiovascolari e che hanno avviato un percorso assistenziale dedicato) non risultano raggiunti né certificati.

1.4.17 Sviluppo di un modello di presa in carico del paziente diabetico per ridurre il rischio di complicanze

Il progetto prevedeva lo sviluppo di un modello di presa in carico del paziente diabetico per ridurre il rischio di complicanze attraverso la predisposizione di protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete, la definizione di percorsi assistenziali e l'avviamento di programmi di gestione delle complicanze a lungo termine. Al termine della vigenza del piano, gli standard degli indicatori (proporzione di pazienti arruolati con dato di pressione arteriosa registrato negli ultimi sei mesi e proporzione di pazienti arruolati vaccinati per l'influenza nel corso dell'ultima campagna vaccinale) risultano raggiunti e certificati.

1.4.18 Realizzazione della Rete di assistenza reumatologica e valutazione dell'impatto degli interventi per l'uso appropriato dei farmaci biologici nella cura dell'Artrite reumatoide di recente insorgenza (early arthritis).

Il progetto aveva come obiettivo generale l'implementazione della diagnosi precoce di artrite e facilitazione dell'accesso agli ambulatori dedicati alla diagnosi. Gli obiettivi specifici prevedevano la realizzazione della "Rete Regionale di assistenza reumatologica tramite:

- utilizzo di percorsi di diagnosi e cura omogenei e condivisi per la realizzazione delle Cure Primarie;
- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci biologici di uso in Reumatologia a disposizione del Medico Specialista prescritti su Piano Terapeutico (PT);
- valutazione dell'impatto del "P.D.T." per la cura dell'Artrite reumatoide di recente insorgenza" (attraverso l'analisi temporale prima/dopo dell'andamento delle prescrizioni dei farmaci sottoposti a PT).

Gli standard degli indicatori di progetto risultano raggiunti e certificati.

1.4.19 Progetto di attivazione di un programma di prevenzione e valutazione epidemiologica della carie nella popolazione infantile della regione Puglia

Il progetto aveva come obiettivo generale la prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva.

L'obiettivo specifico era la valutazione epidemiologica e sigillatura dei solchi e fossette riservata ai bambini nella fascia di età 7-10 anni presso gli ambulatori di specialistica ambulatoriale accreditata per le attività di odontoiatria.

Al termine della vigenza del piano, gli standard degli indicatori non risultano raggiunti né certificati in quanto il numero dei bambini reclutati dai PLS è stato scarso a causa della poca collaborazione e coinvolgimento degli stessi.

1.4.20 Stigma, pregiudizio e mancanza di comunicazione quali fattori discriminanti nel ritardo della presa in carico da parte dei Dipartimenti di salute mentale e percorsi condivisi psicoeducativi ed empowerment come strategia di superamento di tali fattori.

Il progetto aveva come obiettivi generali:

- a) Lotta alla depressione
- b) Implementazione delle strategie per il riconoscimento e l'identificazione precoce dei casi a rischio e sotto-soglia;
- c) Sostegno a Progetti di ricerca-intervento, basati su prove di efficacia, in un'ottica di integrazione fra Servizi Pubblici e l'Associazionismo, in collaborazione con Enti locali, Scuole e Mass Media.

Si articolava in due sotto-progetti:

1.4.20.1.1 Lotta allo stigma nelle scuole secondarie pugliesi attraverso visione di film, libri e discussioni

L'obiettivo specifico del progetto era la prevenzione primaria nelle scuole attraverso le immagini cinematografiche, con il nome Lotta al pregiudizio e allo stigma.

1.4.20.1.2 Sviluppo di competenze di empowerment e creazione di un'azione di rete.

Gli obiettivi specifici del progetto erano:

1. Approfondire in senso dinamico gli stereotipi dello stigma e ricercare nuove strategie di comunicazione e di formazione per il superamento dei pregiudizi e degli stereotipi che resistono nella rappresentazione sociale del "malato mentale";
2. Sperimentare una formazione interattiva e partecipativa del campione di studenti, lavorando sulla loro motivazione e mettendo in situazione di scambio di esperienze, anche soggettive, studenti, utenti e operatori per affrontare in modo "profondo" i pre-giudizi, anche impliciti, rispetto alla diversità e la violenza insita nel processo di esclusione-stigmatizzazione;
3. Far emergere, nell'interazione tra studenti, utenti ed operatori, elementi per rimettere in gioco saperi, motivazioni ed emozioni che coinvolgano la soggettività delle persone, al di là di barriere e stereotipi legati a differenze di ruoli e di poteri;
4. Individuare, valorizzare competenze e sviluppare empowerment dei cittadini utenti coinvolti;
5. Stimolare un'azione permanente di collegamento tra servizi, associazioni e studenti di scuole professionalizzanti creando strumenti di rete che possano valorizzare, proseguire e diffondere la pratica del "formarsi insieme".

Gli standard degli indicatori di progetto risultano raggiunti e certificati.

1.4.21 Screening uditivo neonatale nella Regione Puglia

Il progetto aveva come obiettivo generale la diagnosi precoce della sordità in età infantile, che causa severe alterazioni nello sviluppo del linguaggio e nell'assetto psicologico, oltre a gravi situazioni di disagio nelle famiglie.

Gli obiettivi specifici del progetto erano:

1. Individuare protocolli diagnostici per le diverse età target, per l'individuazione precoce di tali patologie, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza;
2. Definire percorsi diagnostico - terapeutici - riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della fornitura di protesi, dei controlli di follow-up.

Ad ottobre 2013 sono state consegnate tutte le tecnologie e completata la formazione del personale. Nel corso del 2014 è stata avviata l'attività di screening in tutti i punti nascita e UTIN della Regione.

Per via dei tempi tecnici relativi all'espletamento della gara, che si sono protratti quasi al termine della vigenza del piano, per l'acquisto di apparecchi per otoemissioni e del relativo software di gestione gli standard prefissati attraverso gli indicatori potranno essere verificati e certificati nella vigenza del prossimo Piano Regionale di Prevenzione. Nel Piano Regionale di Prevenzione 2014-2015 si riproporranno, infatti, le attività di Screening in quanto con l'utilizzo a regime delle attrezzature è possibile screenare tutti i nuovi nati ed inviare i dati, relativi al numero dei bambini, al Centro di riferimento Regionale presso l'A.O. Policlinico di Bari.

Area prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

1.4.22 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

Il progetto aveva come obiettivo il rilevare la percezione dello stato di salute e della qualità della vita dei soggetti con più di 64 anni attraverso il sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento. Gli standard degli indicatori di progetto (proporzione di ASL che hanno costituito un gruppo di lavoro aziendale e che hanno prodotto report sui risultati delle attività di sorveglianza) risultano raggiunti e certificati.

Analisi di contesto

1.5 Salute e stili di vita

1.5.1 Fonte dei dati: il metodo PASSI

Al fine di monitorare i fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione, nel 2006, sotto l'auspicio del Ministero della Salute, il Centro nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità ha avviato un sistema di sorveglianza della popolazione adulta dedicato a questi temi, denominato Sistema di Sorveglianza Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI).

Le informazioni sono raccolte attraverso la somministrazione di un questionario telefonico, standardizzato e validato a livello nazionale, a un campione rappresentativo di cittadini di età compresa tra 18 e 69 anni, estratti dall'anagrafe sanitaria con metodo proporzionale stratificato per età e sesso.

Nel periodo compreso tra il 1 gennaio e il 31 dicembre 2012, in Puglia sono stati intervistati 2.108 cittadini con un'età media di 42 anni.

Risultati, anno 2012

1.5.2 Alimentazione

La situazione nutrizionale è un importante determinante di salute di una popolazione. Il sovrappeso e l'obesità, in particolare, rappresentano un fattore di rischio rilevante per cardiopatie ischemiche, ictus, ipertensione, diabete mellito e neoplasie; inoltre, l'eccesso ponderale è correlato a una riduzione dell'aspettativa di vita e al peggioramento della sua qualità.

In Puglia, si stima che il 55,3% degli adulti sia normopeso o sottopeso, il 30,6% sovrappeso e il 14,1% obeso. Questa stima corrisponde complessivamente a circa un milione e 200mila persone di 18-69 anni, di cui circa 800mila in sovrappeso e 400mila obesi e risulta sostanzialmente in linea con la media nazionale, che stima che il 41,9% degli adulti italiani sia in eccesso ponderale.

In particolare, la prevalenza di soggetti in eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) è maggiore tra gli anziani e tra le persone con basso livello di istruzione (Tabella 4.2.1.1).

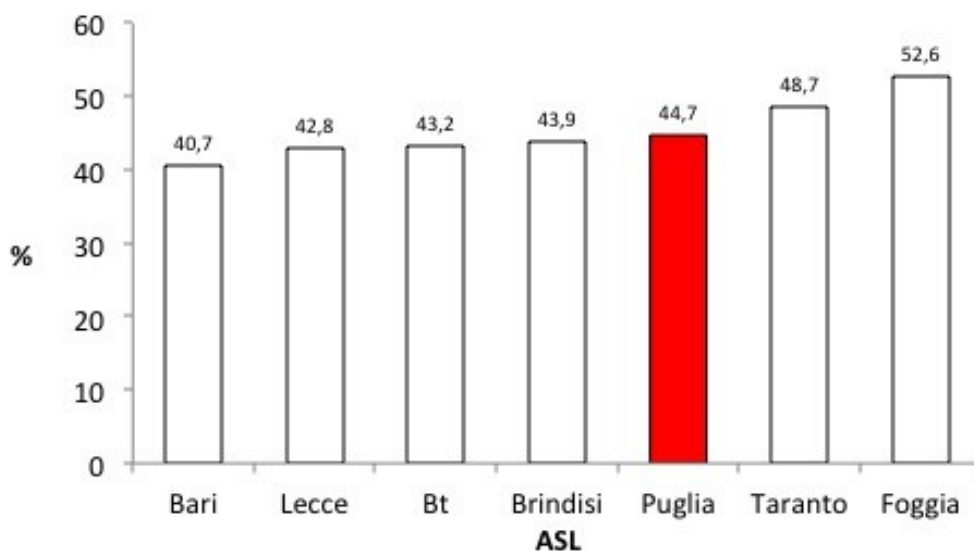
Tabella 4.2.1.1. Distribuzione (%) dei soggetti intervistati per stato ponderale, classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Sottopeso/Normalopeso (%)	Sovrappeso (%)	Obesi (%)
Classi di età			
18-34 anni	77,0	18,7	4,3
35-49 anni	54,0	31,9	14,1
50-69 anni	36,8	40,2	23,0
Sesso			
Uomini	48,0	38,7	13,3
Donne	62,4	22,8	14,8
Istruzione			
nessuna/elementare	34,3	40,3	25,4
media inferiore	48,8	33,5	17,7
media superiore	64,3	26,3	9,4
laurea	67,1	25,7	7,2
Difficoltà economiche			

molte	49,4	33,0	17,6
qualcuna	54,6	30,8	14,6
nessuna	62,6	27,7	9,7

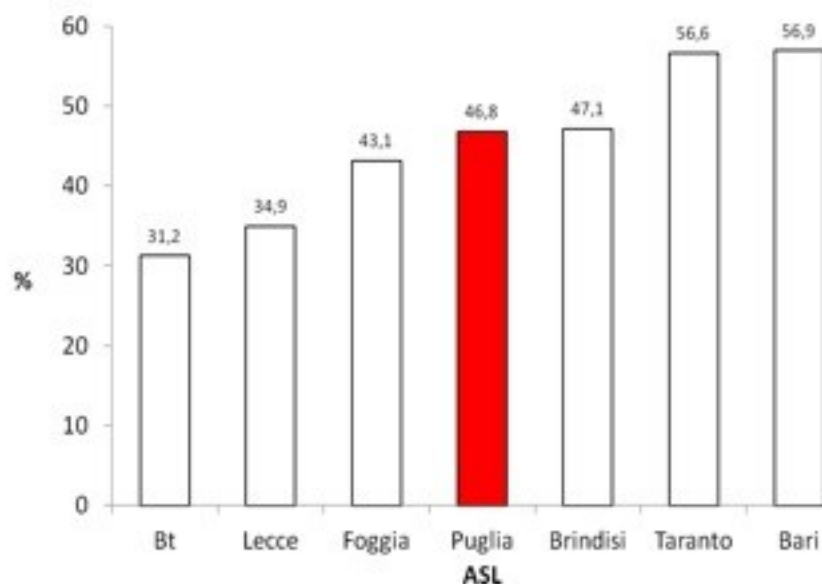
Durante il 2012, la ASL Foggia è risultata quella con la maggiore prevalenza di soggetti in eccesso ponderale, mentre la ASL Bari quella con la prevalenza più bassa (Grafico 4.2.1.1).

Grafico 4.2.1.1. Proporzione (%) di soggetti intervistati in eccesso ponderale, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



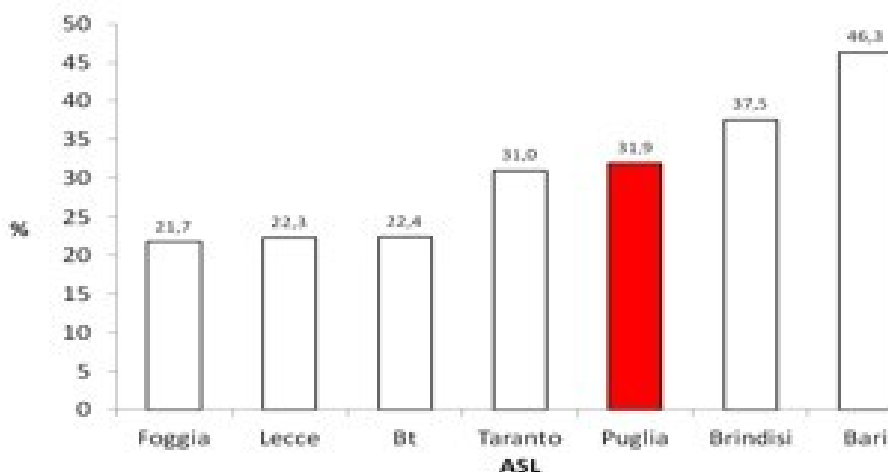
In Puglia, il 46,8% delle persone in eccesso ponderale -in particolare il 36,9% delle persone in sovrappeso e il 67,7% delle persone obese- ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario. Si osservano differenze nella frequenza con cui viene riferito tale consiglio per ASL di residenza, con valori minimi nella ASL Bt (31,2%) e massimi nella ASL Bari (56,9%)(Grafico 4.2.1.2).

Grafico 4.2.1.2. Proporzione (%) di soggetti intervistati sovrappeso/obesi che riferiscono il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



Tra le persone in sovrappeso/obese, il 71,4% stava seguendo una dieta per perdere o mantenere peso in seguito al consiglio da parte di un medico o di un altro operatore sanitario, mentre il 31,9% (il 27,7% dei soggetti in sovrappeso e il 40,7% dei soggetti obesi) ha dichiarato di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario. La proporzione di soggetti in eccesso ponderale che riferisce di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario mostra variazioni nelle diverse ASL pugliesi (range: 21,7% Foggia-46,3% Bari) (Grafico 4.2.1.3).

Grafico 4.2.1.3. Proporzione (%) di soggetti intervistati sovrappeso/obesi che riferiscono il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



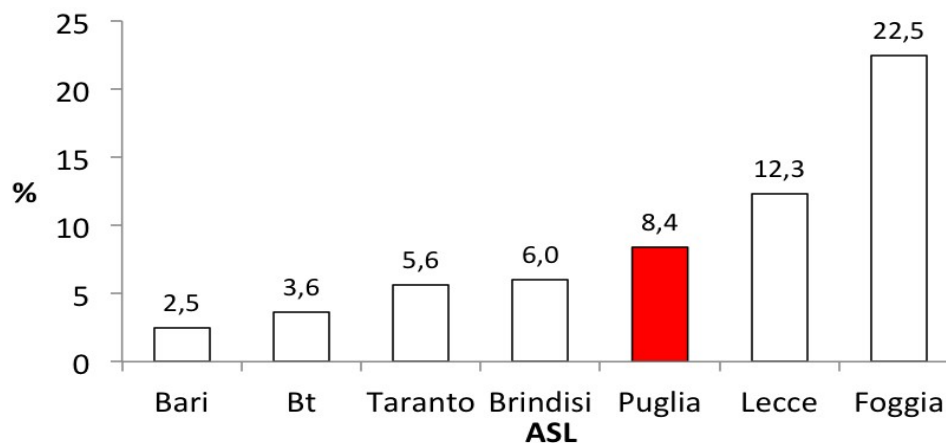
In merito all'adesione alla raccomandazione al consumo giornaliero di 5 porzioni di frutta e verdura (*five a day*) finalizzata alla riduzione del rischio cardiovascolare, la quasi totalità degli intervistati pugliesi (95,2%) ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno; tuttavia, solo l'8,4% ha riferito di mangiare 5 o più porzioni di frutta o verdura al giorno, mentre il 54,3% consumava 1-2 porzioni e il 32,5% 3-4 porzioni. Il dato sui consumatori di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno è solo lievemente inferiore alla media nazionale, pari al 9,6%. L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa nei soggetti tra 35 e 69 anni e tra le donne (Tabella 4.2.1.2).

Tabella 4.2.1.2. Proporzione (%) di soggetti intervistati che aderiscono al *five a day*, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	<5 porzioni (%)	≥5 porzioni (%)
Classi di età		
18-34 anni	95,9	4,1
35-49 anni	91,9	8,1
50-69 anni	87,2	12,8
Sesso		
Uomini	92,1	7,9
Donne	91,0	9,0
Istruzione		
nessuna/elementare	89,5	10,5
media inferiore	91,5	8,5
media superiore	92,1	7,9
Laurea	92,1	7,9
Difficoltà economiche		
Molte	93,7	6,3
Qualcuna	90,6	9,4
Nessuna	91,2	8,8

Sul territorio regionale si osservano differenze nelle prevalenze di adesione al five a day, con valori minimi nell'ASL Bari (2,5%) e massimi nell'ASL Foggia (22,5%) (Grafico 4.2.1.4).

Grafico 4.2.1.4. Proporzione (%) di soggetti intervistati che riferiscono il consumo di frutta e verdura 5 volte al giorno (five a day), per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



1.5.3 Attività fisica

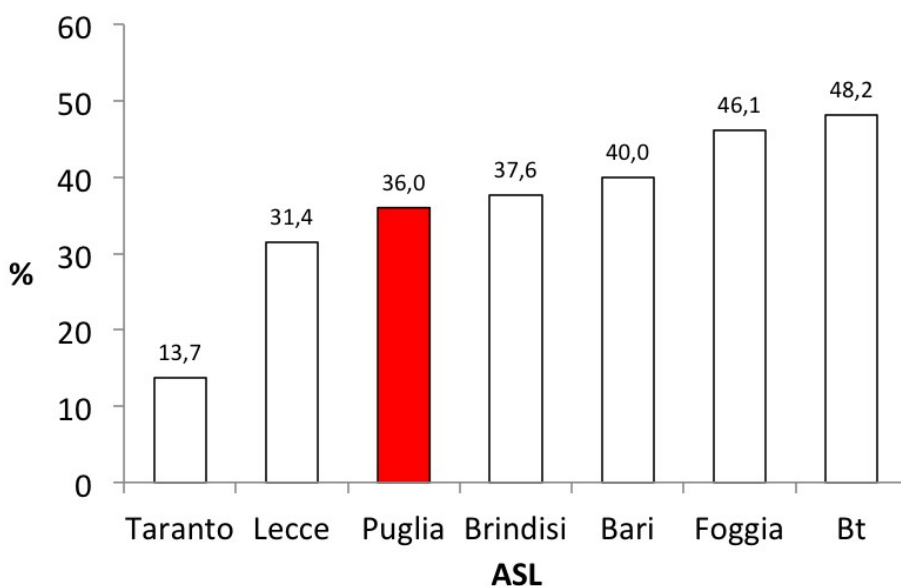
In Puglia, nel 2012, il 33,8% delle persone intervistate ha riferito uno stile di vita attivo, in quanto svolge un'attività lavorativa pesante oppure pratica attività fisica moderata/intensa. Il 30,1% degli intervistati è classificabile come parzialmente attivo in quanto pratica attività fisica in quantità inferiore alle raccomandazioni. Più di un terzo del campione è completamente sedentario (36,1%); tale dato è superiore rispetto alla media nazionale, pari al 31%. La sedentarietà è più diffusa nei soggetti anziani, con un livello di istruzione più basso, con maggiori difficoltà economiche e nelle donne (Tabella 4.2.2.1).

Tabella 4.2.2.1. Proporzione (%) di soggetti sedentari, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Sedentario (%)	Non sedentario (%)
Classi di età		
18-34 anni	25,8	74,2
35-49 anni	37,6	52,4
50-69 anni	44,1	55,9
Sesso		
Uomini	31,7	68,3
Donne	40,4	59,6
Istruzione		
nessuna/elementare	48,7	51,3
media inferiore	38,0	62,0
media superiore	32,0	68,0
Laurea	30,4	69,6
Difficoltà economiche		
Molte	43,0	57,0
Qualcuna	35,2	64,8
Nessuna	30,4	69,6

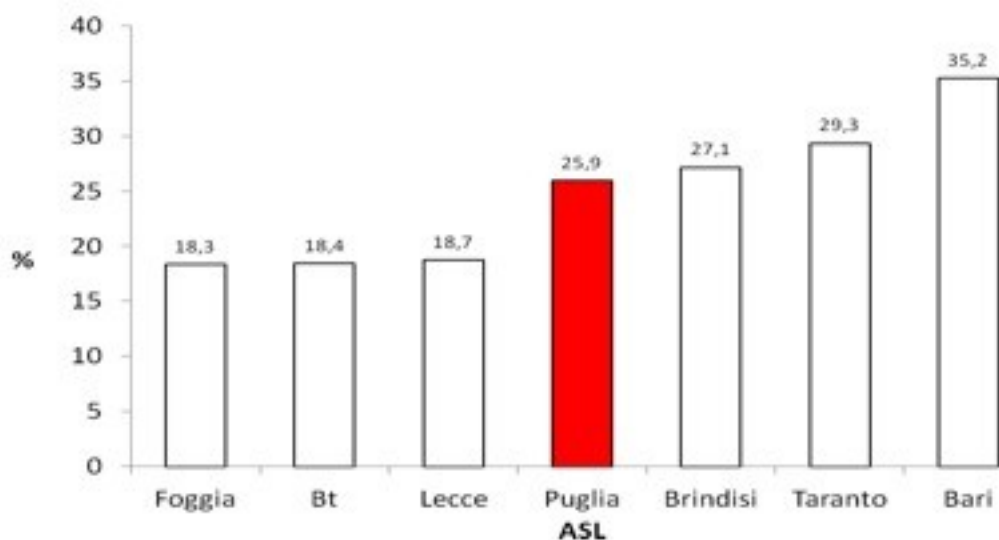
La prevalenza di soggetti sedentari nel 2012 risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nell'ASL Taranto (13,7%) e più elevati nell'ASL Bt (48,2%) (Grafico 4.2.2.1).

Grafico 4.2.2.1. Proporzione (%) di soggetti sedentari, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



In Puglia, il 25,1% delle persone che hanno riferito di essersi recate dal medico negli ultimi 12 mesi dall'intervista ha dichiarato che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolge regolarmente attività fisica, mentre il 25,9% ha riportato il consiglio di svolgere attività fisica. La proporzione di soggetti che si è recata dal medico negli ultimi dodici mesi dall'intervista e che ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica mostra variazioni nelle diverse ASL pugliesi (range: 18,3% Foggia-35,2% Bari)(Grafico 4.2.2.2).

Grafico 4.2.2.2. Proporzione (%) di soggetti intervistati che riferiscono il consiglio di fare attività fisica da parte di un medico o di un altro operatore sanitario, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



1.5.4 Fumo

In Puglia, nel 2012, poco più della metà degli intervistati (58,0%) ha dichiarato di essere non fumatore; gli ex fumatori rappresentano circa un sesto del campione (14,5%) e i fumatori quasi un terzo (27,5 %), dato lievemente inferiore alla media nazionale, pari al 28,4%.

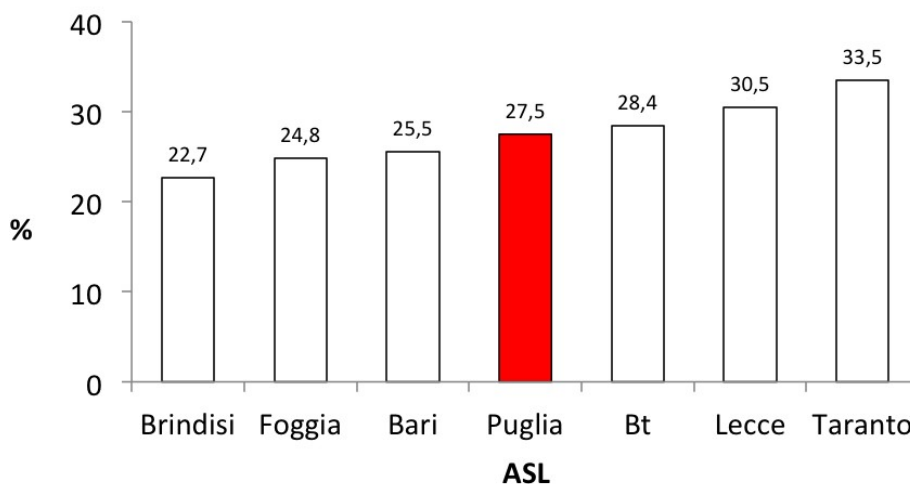
La prevalenza di fumatori è più elevata tra le persone sotto i 50 anni ed in particolare nella fascia 25-34 anni, tra gli uomini, tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore e superiore e tra le persone con difficoltà economiche (Tabella 4.2.3.1).

Tabella 4.2.3.1. Proporzione (%) di soggetti fumatori, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Fumatore (%)	Non fumatore (%)
Classi di età		
18-24 anni	28,4	71,6
25-34 anni	35,8	64,2
35-49 anni	26,6	73,4
50-69 anni	23,7	76,3
Sesso		
Uomini	36,8	63,2
Donne	18,6	81,4
Istruzione		
nessuna/elementare	23,4	76,6
media inferiore	31,8	68,2
media superiore	27,3	72,7
Laurea	21,0	79,0
Difficoltà economiche		
Molte	30,3	69,7
Qualcuna	27,3	72,7
Nessuna	25,1	74,9

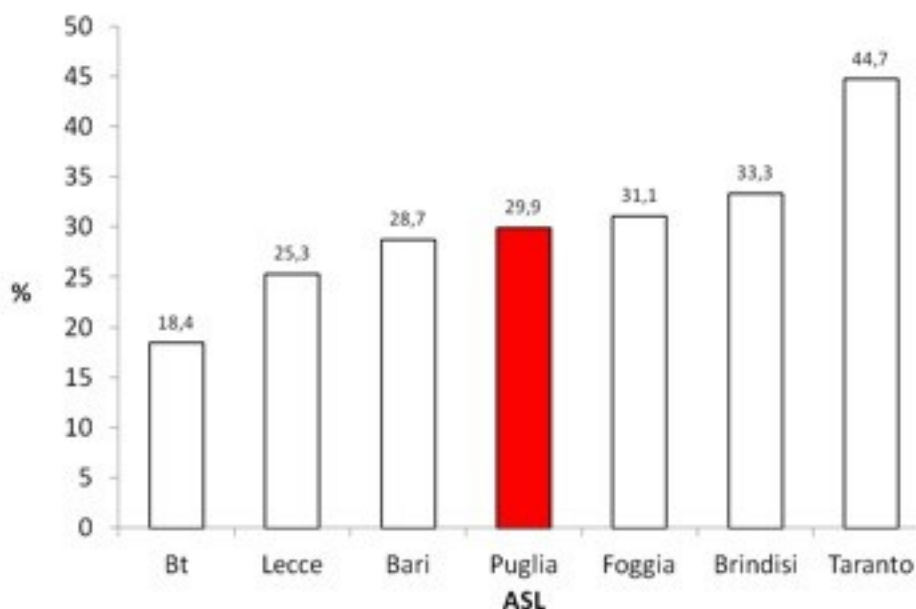
La distribuzione della prevalenza dell'abitudine al fumo risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nell'ASL Brindisi (22,7%) e più elevati nell'ASL Taranto (33,5%) (Grafico 4.2.3.1).

Grafico 4.2.3.1. Proporzione (%) di soggetti fumatori, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



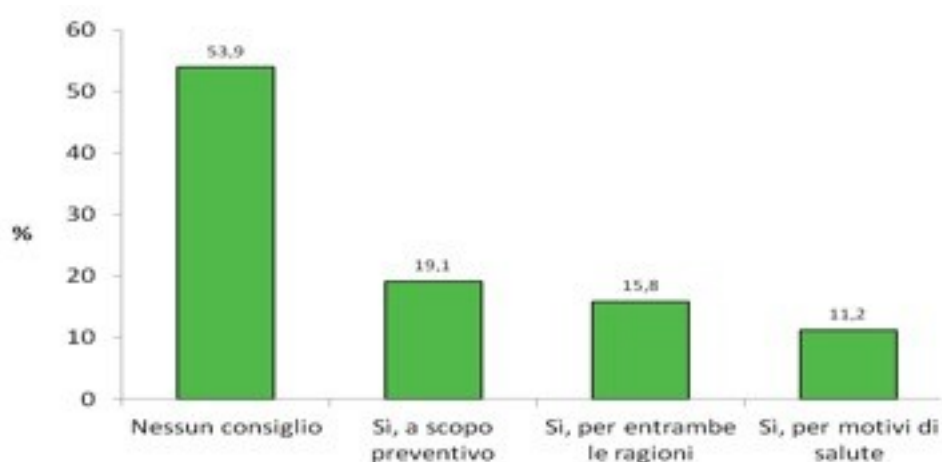
In Puglia, il 29,9% delle persone che hanno riferito di essersi recate dal medico nell'ultimo anno dall'intervista ha dichiarato che un medico o un altro operatore sanitario ha fatto loro domande in merito all'abitudine al fumo, in particolare il 52,2% dei fumatori ha riferito di essere stato sottoposto a tali domande. La proporzione di soggetti che si è recata dal medico nell'ultimo anno dall'intervista e che ha riferito l'interessamento di un operatore sanitario sulla abitudine tabagica mostra variazioni nelle diverse ASL pugliesi (range: 18,4% Bt-44,7% Taranto) (Grafico 4.2.3.2).

Grafico 4.2.3.2. Proporzione (%) di soggetti intervistati che hanno dichiarato che un operatore sanitario ha indagato almeno una volta l'abitudine al fumo, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



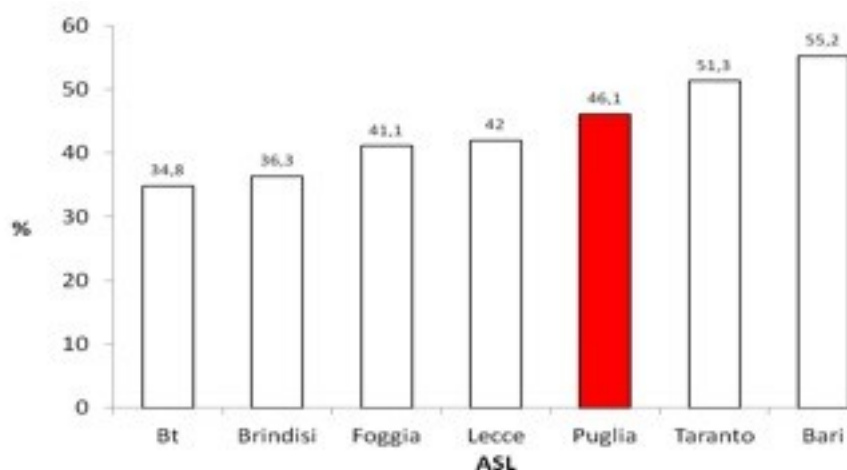
Il 46,1% dei soggetti fumatori che si sono recati dal medico nell'ultimo anno ha dichiarato che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato loro di smettere di fumare; in particolare il 19,1% ha riferito che tale consiglio era stato formulato a scopo preventivo (Grafico 4.2.3.3).

Grafico 4.2.3.3. Proporzione (%) di fumatori che si sono recati presso il medico nell'ultimo anno e che riferiscono il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari, per motivo. PASSI Puglia 2012.



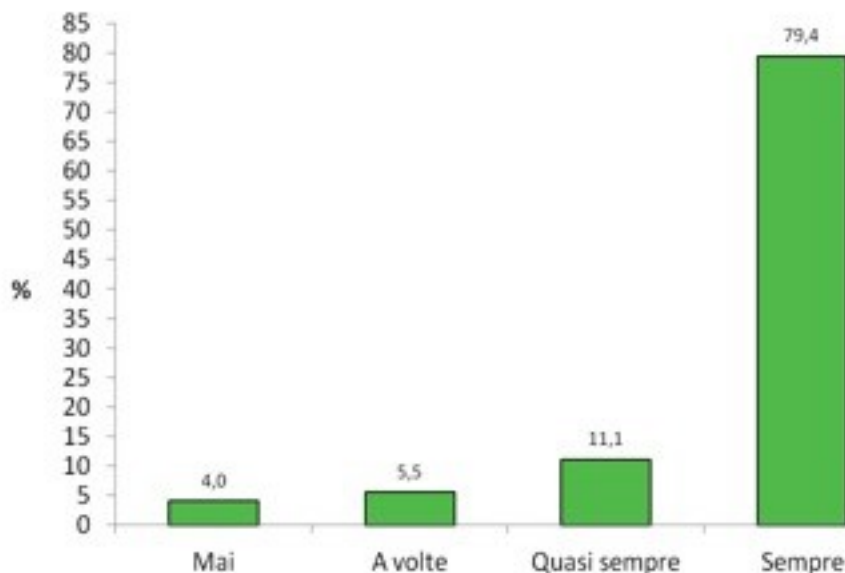
La proporzione di soggetti che si è recata dal medico nell'ultimo anno dall'intervista e che ha riferito di aver ricevuto consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario mostra variazioni nelle diverse ASL pugliesi (range: 34,8% Bt-55,2% Taranto)(Grafico 4.2.3.4.).

Grafico 4.2.3.4. Proporzione (%) di fumatori che riferiscono il consiglio di smettere di fumare da parte di operatori sanitari, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



La maggior parte dei lavoratori intervistati (90,5%) considera il divieto di fumare nel luogo di lavoro rispettato sempre o quasi sempre (n=867) (Grafico 4.2.3.5.).

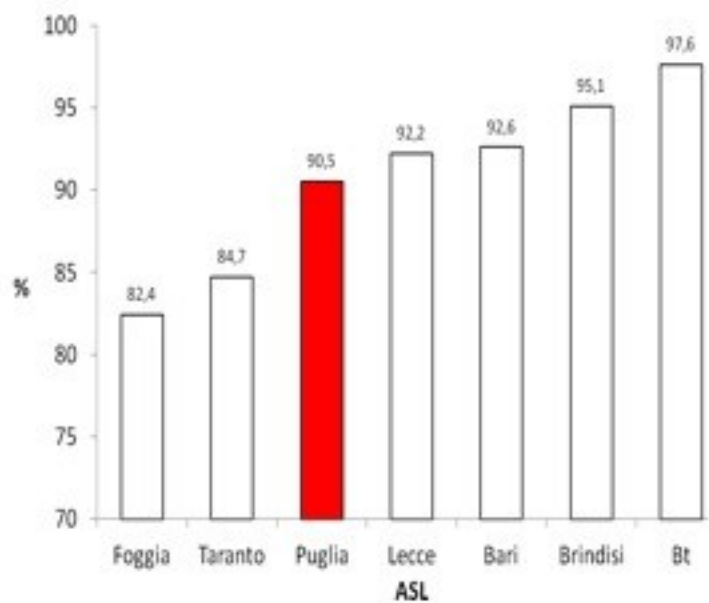
Grafico 4.2.3.5. Distribuzione (%) dell'opinione dei soggetti intervistati sul rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro*. PASSI Puglia 2012.



*Lavoratori che operano in ambienti chiusi (escluso chi lavora solo)

La proporzione di soggetti intervistati che riporta che il divieto di fumo nei luoghi di lavoro è sempre/quasi sempre rispettato mostra variazioni nelle diverse ASL pugliesi (n=867) (range: 82,4% Foggia-97,6% Bt)(Grafico 4.2.3.6.).

Grafico 4.2.3.6. Proporzione (%) di intervistati che riporta che il divieto di fumo nei luoghi di lavoro è sempre/quasi sempre rispettato, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



1.5.5 Alcol

Negli ultimi anni sempre maggiore attenzione viene rivolta da parte delle autorità sanitarie al consumo di alcol, in quanto tale abitudine favorisce l'insorgenza di malattie come la cirrosi epatica, il diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, malattie cardiovascolari, tumori e problemi di salute materno-infantile. Inoltre, il consumo di alcol è correlato ad incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro ed episodi di violenza.

Sono considerati comportamenti a rischio queste tre modalità di assunzione di alcol: il forte consumo, il bere abitualmente fuori pasto e il consumo occasionale di un numero alto di unità alcoliche (binge drinking). L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore. In base alle indicazioni dell'INRAN, sono da considerare "forti bevitori" gli uomini che bevono più di 2 unità alcoliche al giorno e le donne che bevono più di 1 unità. Per binge drinking si intende il consumo almeno una volta al mese di 5 o più unità alcoliche in un'unica occasione per gli uomini e 4 o più unità alcoliche in una unica occasione per le donne.

In Puglia, nel 2012, quasi la metà degli intervistati (46,4%) ha riferito di aver bevuto almeno un'unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese.

Complessivamente, circa il 12% dei soggetti può essere classificato come bevitore a rischio in quanto riferisce almeno una delle modalità di assunzione pericolosa. Tale stima corrisponde a circa 300mila persone di 18-69 anni classificabili come bevitori a rischio.

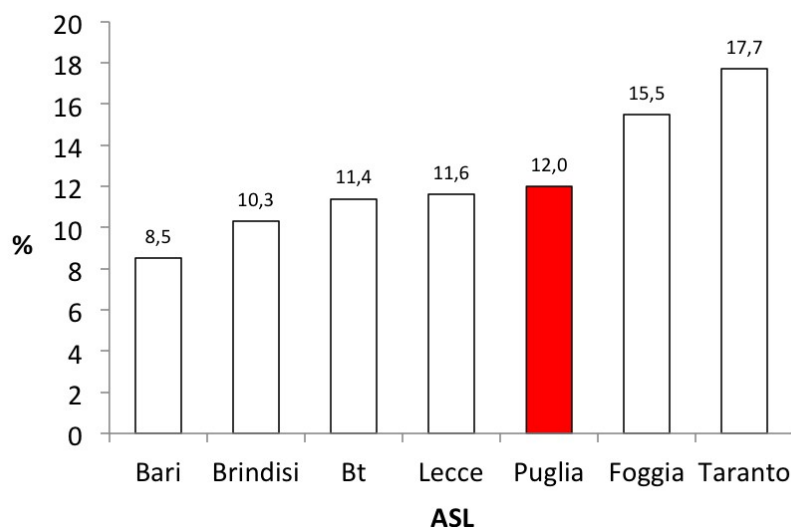
Il consumo a rischio è più frequente tra gli intervistati di 18-24 anni, tra gli uomini e tra le persone con titolo di studio più elevato (Tabella 4.2.4.1).

Tabella 4.2.4.1. Proporzione (%) di bevitori classificabili come "a rischio", per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Consumo alcol a maggior rischio (%)
Classi di età	
18-24 anni	23,3
25-34 anni	11,4
35-49 anni	9,9
50-69 anni	9,8
Sesso	
Uomini	17,9
Donne	6,3
Istruzione	
nessuna/elementare	8,4
media inferiore	12,0
media superiore	13,4
Laurea	11,3
Difficoltà economiche	
Molte	9,4
Qualcuna	11,6
Nessuna	15,2

La proporzione di bevitori classificabili come "a rischio" risulta differente sul territorio regionale, con valori più bassi nell'ASL Bari (8,5%) e più elevati nell'ASL Taranto (17,7%) (Grafico 4.2.4.1).

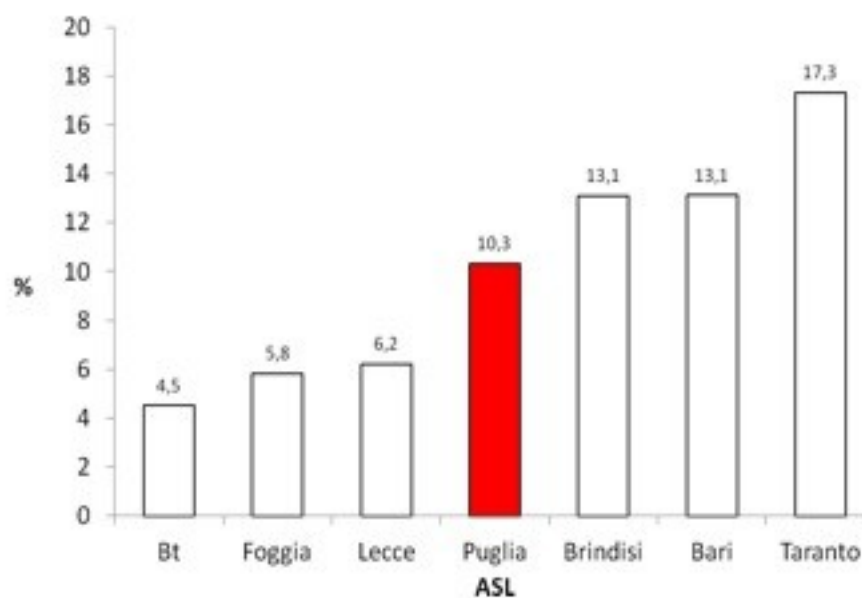
Grafico 4.2.4.1. Proporzione (%) di bevitori classificabili come "a rischio", per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



Il 10,3% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se consumassero alcol. Tra i bevitori a maggior rischio, il 6,8% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un medico o un altro operatore sanitario.

La proporzione di intervistati che ha riferito che un operatore sanitario ha assunto informazioni sull'abitudine al consumo di alcol differisce per ASL di residenza (range: 4,5 Bt-17,3 Taranto)(Grafico 4.2.4.2.).

Grafico 4.2.4.2. Proporzione (%) di intervistati che riferiscono che un operatore sanitario ha posto domande in ordine al proprio consumo di alcol, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



L'8,0% dei soggetti intervistati ha riferito di aver guidato un'auto o una moto/scooter dopo aver bevuto, nell'ora precedente, 2 o più unità di una bevanda alcolica negli ultimi trenta giorni dall'intervista (n=891). Il 4,7% degli intervistati (n=2050) ha riferito di essere salito durante gli ultimi 30 giorni dall'intervista, in auto o in moto/scooter con un guidatore che aveva bevuto nell'ora precedente 2 o più unità di una bevanda alcolica.

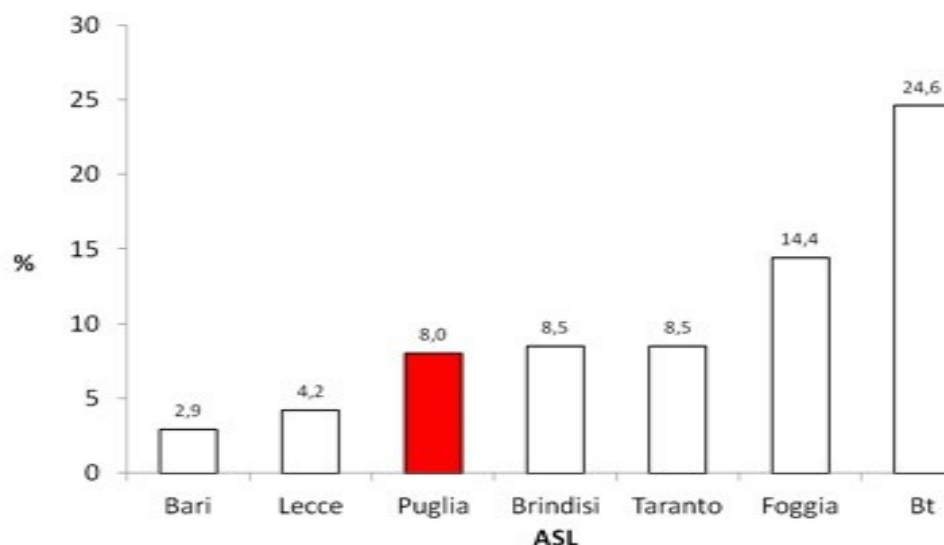
In particolare la guida sotto effetto di alcol è più diffusa tra gli uomini e nelle persone con molte difficoltà economiche (Tabella 4.2.4.2.).

Tabella 4.2.4.2. Proporzione (%) di intervistati che hanno riferito di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nei trenta giorni precedenti l'intervista, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Guida sotto l'effetto dell'alcol (%)
Classi di età	
18-24 anni	9,9
25-34 anni	9,1
35-49 anni	6,2
50-69 anni	8,2
Sesso	
Uomini	10,6
Donne	2,5
Istruzione	
nessuna/elementare	4,6
media inferiore	8,1
media superiore	9,1
Laurea	6,2
Difficoltà economiche	
Molte	10,5
Qualcuna	6,7
Nessuna	8,1

La proporzione di intervistati che ha riferito di aver guidato sotto l'effetto di alcol negli ultimi trenta giorni dall'intervista, differisce per ASL di residenza (n=891) (range: 2,9% Bari-24,6% Bt)(Grafico 4.2.4.3.).

Grafico 4.2.4.3. Proporzione (%) di intervistati che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto di alcol negli ultimi trenta giorni dall'intervista, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



1.5.6 Ipertensione arteriosa

Nel 2012, il 21,8% dei soggetti intervistati ai quali è stata misurata la pressione arteriosa ha riferito di aver avuto diagnosi di ipertensione; tale dato è sostanzialmente sovrapponibile alla media nazionale, pari al 20%. Questa stima corrisponde in Regione a circa 700 mila ipertesi nella fascia 18-69 anni. In particolare l'ipertensione riferita risulta significativamente più elevata al crescere dell'età (43,5% nella fascia 50-69 anni), nelle persone con livello istruzione molto basso e con maggiori difficoltà economiche percepite, nelle persone con eccesso ponderale (Tabella 4.2.5.1).

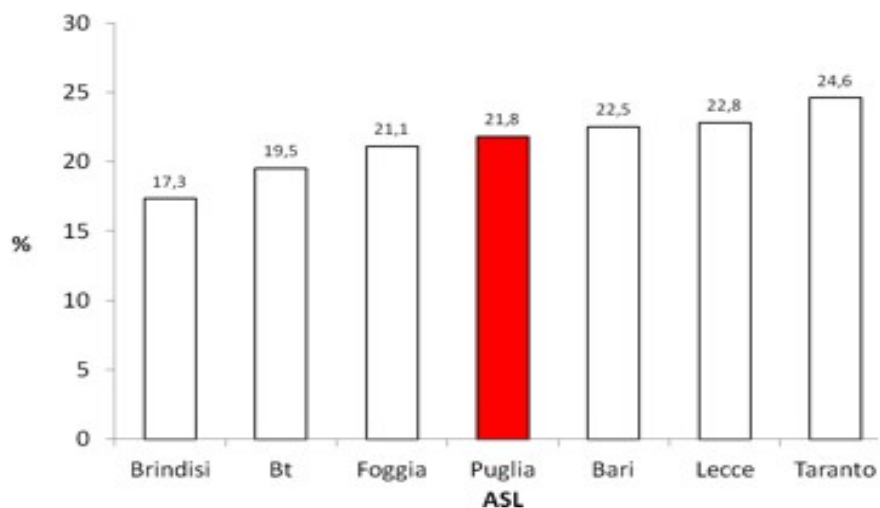
Tabella 4.2.5.1. Proporzione (%) di ipertesi, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite e stato nutrizionale. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Ipertesi (%)
Classi di età	
18-34 anni	2,1
35-49 anni	13,2
50-69 anni	43,5
Sesso	
Uomini	21,3
Donne	22,3
Istruzione	
nessuna/elementare	47,6
media inferiore	22,9
media superiore	13,9
Laurea	12,7
Difficoltà economiche	
Molte	24,4
Qualcuna	23,7

Nessuna	15,8
Stato nutrizionale	
sottopeso/normopeso	10,7
sovrappeso/obeso	34,3

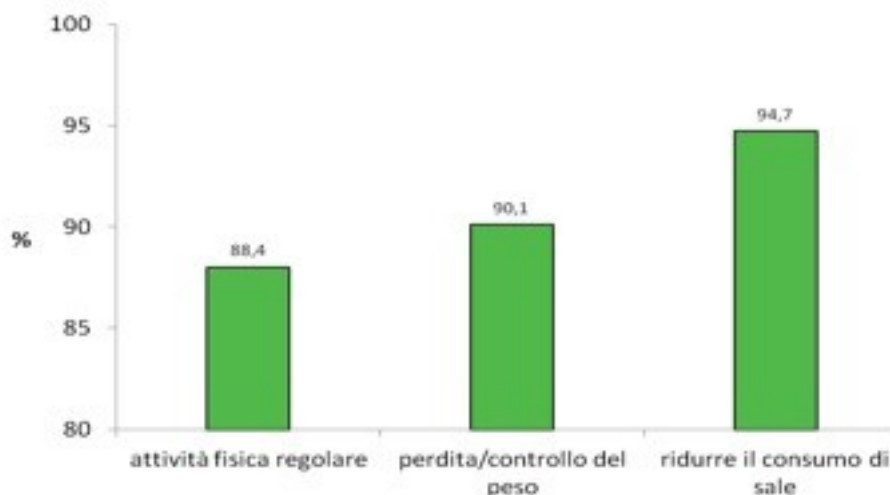
Non sono emerse differenze sostanziali nella distribuzione della proporzione di soggetti ipertesi tra le ASL regionali (range: 17,3% Brindisi – 24,6% Taranto) (Grafico 4.2.5.1).

Grafico 4.2.5.1. Proporzione (%) di ipertesi, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



La maggior parte degli ipertesi (>90%) ha riferito di aver ricevuto da parte del medico il consiglio di adottare cambiamenti nel proprio stile di vita (Grafico 4.2.5.2).

Grafico 4.2.5.2. Proporzione (%) di intervistati ipertesi che hanno ricevuto da parte del medico curante il consiglio di effettuare un trattamento per il controllo dell'ipertensione*. PASSI Puglia 2012.



*Ogni variabile è stata considerata indipendentemente

1.5.7 Ipercolesterolemia

Tra i soggetti intervistati nel 2012 che hanno riferito di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia, il 21,6% ha riferito la diagnosi di ipercolesterolemia, dato lievemente inferiore rispetto alla media nazionale pari al 24%. Questa stima corrisponde in Regione a circa 450 mila persone di 18-69 anni con livelli elevati di colesterolemia.

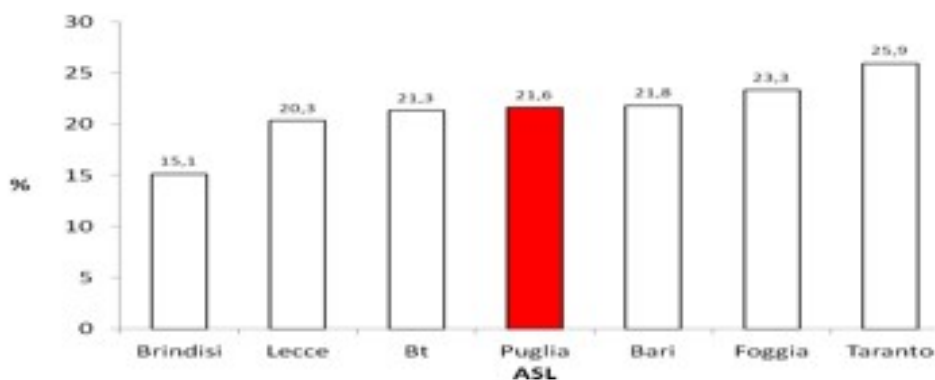
In particolare l'ipercolesterolemia riferita risulta una condizione più diffusa nelle classi d'età più avanzate, nelle persone con basso livello di istruzione, nelle persone con eccesso ponderale (Tabella 4.2.6.1).

Tabella 4.2.6.1. Proporzione (%) di intervistati con diagnosi di ipercolesterolemia, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite e stato nutrizionale. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Ipercolesterolemia (%)
Classi di età	
18-34 anni	4,3
35-49 anni	16,7
50-69 anni	35,9
Sesso	
Uomini	20,0
Donne	23,0
Istruzione	
nessuna/elementare	38,0
media inferiore	21,0
media superiore	17,0
laurea	18,4
Difficoltà economiche	
molte	27,5
qualcuna	20,2
nessuna	18,4
Stato nutrizionale	
sottopeso/normopeso	12,3
sovrappeso/obeso	31,2

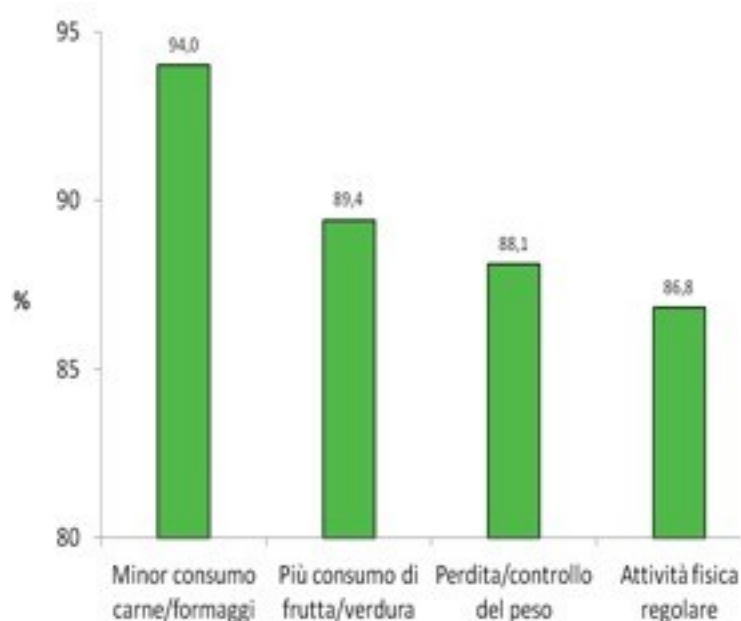
La proporzione di soggetti che ha riferito di aver avuto diagnosi di ipercolesterolemia a livello regionale mostra valori più bassi nell'ASL Brindisi (15,1%) e più elevati nell'ASL Taranto (25,9%) (Grafico 4.2.6.1).

Grafico 4.2.6.1. Proporzione (%) di ipercolesterolemici, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



La maggior parte delle persone con ipercolesterolemia ha riferito di aver ricevuto da parte del medico il consiglio di adottare cambiamenti del proprio stile di vita (Grafico 4.2.6.2.).

Grafico 4.2.6.2. Proporzione (%) di intervistati ipercolesterolemici che riferiscono di aver ricevuto un consiglio terapeutico da parte del medico curante*. PASSI Puglia 2012.



**Ogni variabile è stata considerata indipendentemente*

1.5.8 Diabete

Nel corso del 2012, il 3,5% dei pugliesi intervistati (n=2108) ha riferito di essere diabetico; questa stima corrisponde in Regione a circa 97 mila diabetici nella fascia 18-69 anni e risulta inferiore alla prevalenza media nazionale, stimata nel 4,5%. In particolare il diabete è più diffuso al crescere dell'età (8,9% di prevalenza nei 50-69enni), nelle persone con basso livello di istruzione e con maggiori difficoltà economiche, nelle persone in eccesso ponderale (soprattutto negli obesi) (Tabella 4.2.7.1).

I 36,6% dei diabetici hanno ricevuto il consiglio da parte di un medico o di un altro operatore sanitario di fare attività fisica. Tra i diabetici in eccesso ponderale il 60,8% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario.

Tabella 4.2.7.1. Prevalenza (%) di diabetici, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite e stato nutrizionale. PASSI Puglia 2012.

Caratteristiche	Diabete (%)
Classi di età	
18-34 anni	0,2
35-49 anni	1,0
50-69 anni	8,9
Sesso	
Uomini	3,8
Donne	3,2
Istruzione	

nessuna/elementare	11,0
media inferiore	3,8
media superiore	1,7
Laurea	0,5
Difficoltà economiche	
Molte	5,4
qualcuna	3,3
nessuna	2,0
Stato nutrizionale	
sottopeso/normopeso	1,2
sovrappeso	4,1
Obeso	10,7

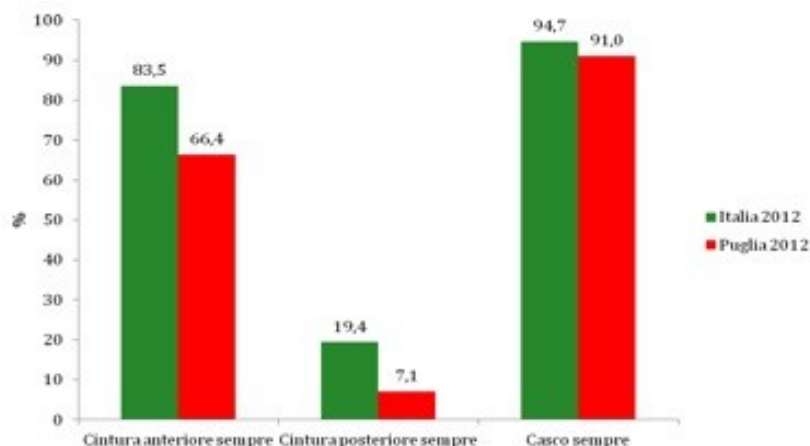
1.5.9 Sicurezza stradale

Tra le misure volte a mitigare le conseguenze degli incidenti stradali sulla salute i dispositivi di sicurezza individuale hanno mostrato una grande efficacia pratica. Per questo, il codice della strada dispone l'obbligo dell'uso del casco per chi va in moto e delle cinture di sicurezza per chi viaggia in auto. In più, è obbligatorio che i minori viaggino assicurati con dispositivi appropriati all'età e alla taglia, come seggiolini di sicurezza e adattatori per i più grandi.

Gli indicatori con cui PASSI misura la frequenza di uso dei dispositivi di sicurezza sono basati sulla dichiarazione degli intervistati circa il loro comportamento abituale.

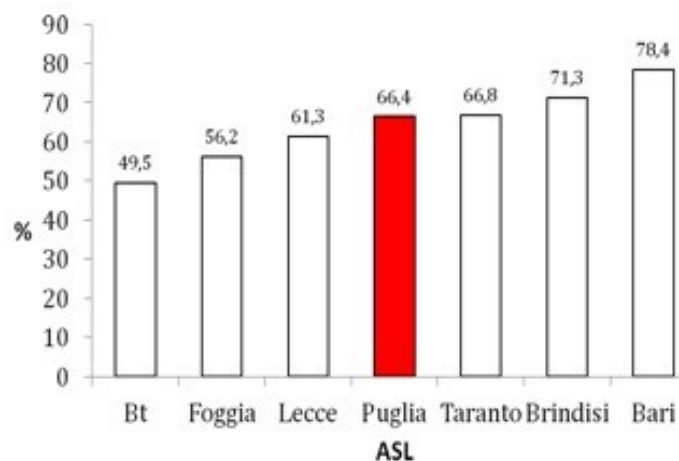
Nel 2012 il 66,4 % dei soggetti intervistati pugliesi che ha dichiarato di andare in auto, ha riferito di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza e il 7,1% ha riferito di utilizzare sempre la cintura posteriore di sicurezza. Tra coloro che hanno dichiarato di andare in moto il 91,0% ha riferito di indossare sempre il casco; tali dati sono in genere inferiori rispetto alle medie nazionali (Grafico 4.2.8.1.).

Grafico 4.2.8.1. Proporzione (%) di soggetti che hanno riferito l'uso dei dispositivi di sicurezza: cintura anteriore, cintura posteriore e casco. PASSI Puglia 2012.



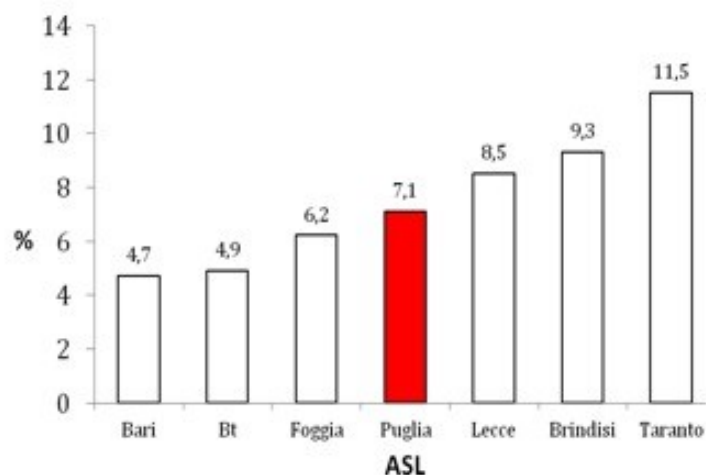
Tra coloro dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferisce di usare sempre la cintura anteriore di sicurezza differisce per ASL di residenza (range: 49,5% Bt – 78,4% Bari) (Grafico 4.2.8.2.).

Grafico 4.2.8.2. Proporzione (%) di intervistati che hanno dichiarato di utilizzare sempre la cintura di sicurezza anteriore, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



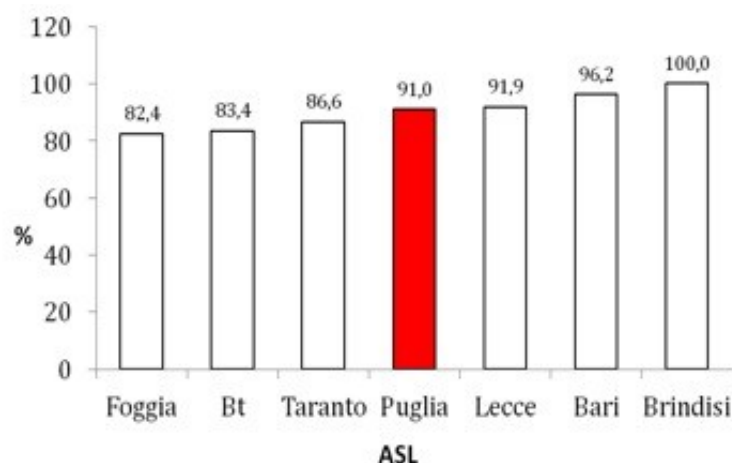
Tra coloro dichiarano di andare in auto, la percentuale di persone intervistate che riferisce di usare sempre la cintura posteriore di sicurezza differisce per ASL di residenza (range: 4,7% Bari – 11,5% Taranto) (Grafico 4.2.8.3).

Grafico 4.2.8.3. Proporzione (%) di intervistati che hanno dichiarato di utilizzare sempre la cintura di sicurezza posteriore, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



Tra coloro dichiarano di andare in moto, la percentuale di persone intervistate che riferisce di usare sempre il casco differisce per ASL di residenza (range: 82,4% Foggia – 100,0% Brindisi) (Grafico 4.2.8.4).

Grafico 4.2.8.4. Proporzione (%) di intervistati che hanno dichiarato di utilizzare sempre il casco, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



1.5.10 Sicurezza domestica

Gli infortuni domestici rappresentano un problema di sanità pubblica rilevante, sia per la mortalità e la morbosità ad essi attribuibili, sia per l'impatto psicologico sulla popolazione, in quanto la casa è ritenuta generalmente il luogo più sicuro per eccellenza.

I gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono le donne, i bambini molto piccoli e gli anziani, in particolare sopra gli 80 anni, cioè coloro che trascorrono più tempo a casa.

PASSI rileva il livello di consapevolezza del rischio di incidente domestico, cioè il primo movente per mettere in atto misure volte alla riduzione dei fattori di rischio ambientali e comportamentali.

Nel 2012, in Puglia, circa il 5,4% dei soggetti intervistati (n=2105) ha dichiarato di considerare il rischio di infortuni domestici alto o molto alto per il proprio nucleo familiare. La percezione del rischio di infortunio in ambiente domestico è alta/molto alta soprattutto nelle donne e nei soggetti con molte difficoltà economiche (Tabella 4.2.9.1.).

Tabella 4.2.9.1. Proporzioni (%) di intervistati che riferiscono di percepire come alto/molto alto il rischio di infortunio in ambiente domestico. PASSI Puglia 2012.

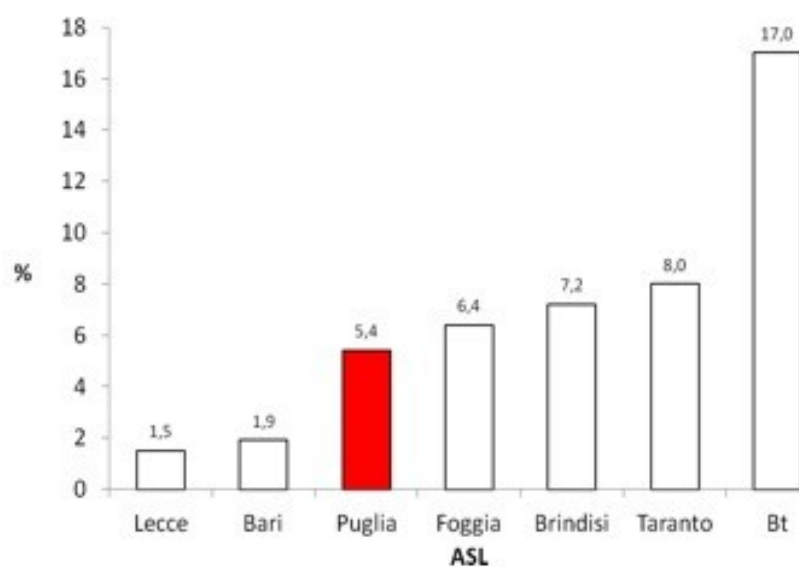
Caratteristiche	Percezione del rischio di infortunio in ambiente domestico alto/molto alto (%)
Classi di età	
18-34 anni	5,5
35-49 anni	6,5
50-69 anni	4,1
Sesso	
Uomini	4,2
Donne	6,5
Istruzione	
Nessuna/elementare	5,3
Media inferiore	5,2
Media superiore	5,4
Laurea	5,9
Difficoltà economiche	
Molte	8,7
Qualcuna	4,3
Nessuna	4,0

Presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio*	
Sì	6,7
No	4,8

*Presenza di anziani e/o bambini

La proporzione di intervistati che riferisce una percezione alta/molto alta del rischio di infortunio in ambito domestico differisce per ASL di residenza (range: 1,5% Lecce – 17,0% Bt) (Grafico 4.2.9.1.).

Grafico 4.2.9.1. Proporzioni (%) di intervistati che riferiscono di percepire come alto/molto alto il rischio di infortunio in ambiente domestico, per ASL di residenza. PASSI Puglia 2012.



1.6 Salute e invecchiamento

Fonte dei dati: la sorveglianza epidemiologica PASSI d'Argento

La sorveglianza epidemiologica di popolazione PASSI d'Argento si propone come strumento per registrare i bisogni di salute della fascia di popolazione (>64 anni) e tempestivamente indicarli a decisori e altri gruppi di interesse. Grazie all'uso di una metodologia standardizzata, il sistema rende possibile confrontare lo stato di salute e l'invecchiamento attivo nelle diverse Regioni italiane con dati di qualità raccolti sulla popolazione generale e non sugli utenti di singoli servizi, con il supporto tecnico e scientifico di un gruppo di lavoro composto da coordinatori regionali e ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). L'approccio adottato è quello della sorveglianza epidemiologica di popolazione basata su indagini ripetute su campioni rappresentativi della popolazione in studio.

La popolazione in studio è costituita dalle persone con 65 anni e più, che possiedono un telefono e che non hanno gravi problematiche psico-fisiche. Sono definite non eleggibili le persone che al momento della rilevazione erano domiciliate fuori del comune di residenza, ospitate in Strutture Sanitarie Assistite, ricoverate in ospedale o residenti in carcere.

In ogni regione partecipante è stato estratto un campione rappresentativo mediante campionamento casuale semplice, stratificato per classi di età e genere e mediante campionamento a cluster. Il campionamento viene effettuato sulle liste delle anagrafi sanitarie delle ASL aderenti.

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario standardizzato, diviso in 6 sezioni dove sono presenti circa 80 domande a risposta multipla. La somministrazione del questionario poteva avvenire attraverso una duplice modalità: per intervista telefonica o faccia a faccia. In alcuni casi, come previsto dal protocollo dell'indagine, le interviste sono state realizzate grazie ad un familiare o persona di fiducia (detta proxy) che ha sostenuto e aiutato la persona durante l'intervista.

Analisi dei dati, anno 2012

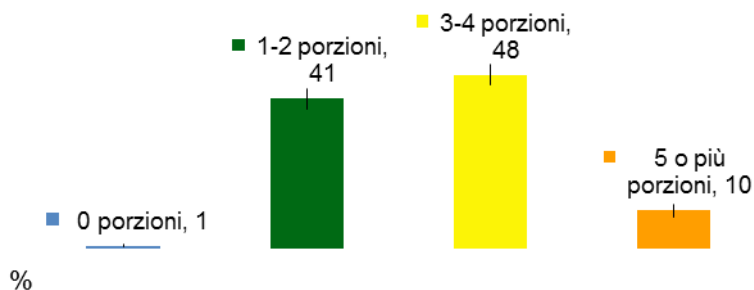
In Puglia, sono state intervistate 2.351 persone con 65 anni e più nel periodo compreso tra marzo 2012 e ottobre 2012. Il tasso di risposta è stato pari al 91,1%.

1.6.1 Alimentazione

Il 33,7% dei soggetti intervistati risulta normopeso, il 45,5% in sovrappeso, il 19,1% obeso e l'1,7% è sottopeso. Le persone in eccesso ponderale, cioè in sovrappeso e obese, sono il 64,6% e tale dato risulta superiore alla media nazionale pari al 57,2%.

Le persone con 65 anni e più che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura raccomandate al giorno ("five a day") sono l'8,8%, dato lievemente inferiore alla media nazionale pari all'11%; il 46,9% consuma solo 1-2 porzioni (Grafico 5.2.1.1).

Grafico 5.2.1.1. Distribuzione (%) dei soggetti intervistati per numero di porzioni di frutta e verdura consumate al giorno. Passi d'Argento Puglia 2012.



Il consumo di almeno 3 porzioni di frutta e verdura al giorno è più frequente tra gli uomini rispetto alle donne (53,6% vs 49,9%) e tra le persone con 65-74 anni rispetto ai soggetti più anziani (54,5% vs 48,3%) (Tabella 5.2.1.1).

Tabella 5.2.1.1. Proporzione (%) di persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e verdura, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite e sottogruppi.

Caratteristiche	Persone che consumano 3≥ porzioni di frutta e verdura (%)
Classi di età	
65-74 anni	46
75+ anni	52
Sesso	
Uomini	54
Donne	50
Istruzione	
Alta	42
Bassa	51
Difficoltà economiche	
Molte	51
qualcuna	48
Nessuna	41
Sottogruppi	
In buona salute a basso rischio	34
In buona salute, ma a rischio	50
A rischio di disabilità	54
Con disabilità	61

1.6.2 Attività fisica

Nell'indagine PASSI d'Argento si è adottato un sistema di valutazione dell'attività fisica (*Physical Activity Score in Elderly: PASE*) che tiene conto, in maniera semplice, delle diverse esigenze della popolazione anziana e considera le attività sportive, quelle ricreative (ginnastica e ballo), i lavori di casa pesanti o il giardinaggio. Per ciascuna attività viene calcolato un punteggio che tiene conto del tempo (h/d) dedicato all'attività o della sola partecipazione (si/no) e del tipo di attività, più o meno intensa.

Il punteggio PASE totale è ottenuto sommando i punteggi delle singole attività pesate.

Sono definiti non eleggibili per l'analisi sull'attività fisica le persone con 65 e più anni campionate che presentavano difficoltà nel deambulare in maniera autonoma e quelli che avevano avuto bisogno dell'aiuto del proxy (un familiare o un'altra persona di fiducia regolarmente a contatto con il soggetto) per effettuare l'intervista.

I dati raccolti nell'indagine 2012 ci hanno permesso di utilizzare le curve di percentili come metodo per la valutazione e descrizione del livello di attività fisica nella popolazione anziana.

Il valore mediano è pari a 93.3 (range: 1.4-397). Il punteggio PASE decresce con l'aumentare dell'età e i valori mediani della popolazione calcolati per uomini e donne sono differenti (99 vs 90). Nella regione Puglia il 17,8% degli intervistati ha un livello di attività fisica inferiore al 10° percentile (rispetto ai valori del pool nazionale).

1.6.3 Alcol

Nell'indagine PASSI d'Argento è stata stimata la prevalenza dei consumatori di alcol e in particolare il numero di persone che bevono più di un'unità alcolica corrispondente a una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore al giorno. È stato inoltre stimato il numero di persone che hanno ricevuto il consiglio di ridurre il consumo di alcol da parte di un operatore sanitario.

Il 38,6% degli anziani intervistati consuma alcolici; il consumo è maggiore negli uomini rispetto alle donne (59% vs 23,1%). Considerando l'età la percentuale dei consumatori passa da 43,9% nella classe di età 65-74 anni a 33% in quella delle persone con 75 anni e più.

Il 13,5% delle persone che consumano alcolici è un bevitore a rischio, ovvero consuma più di una unità alcolica al giorno (Tabella 5.2.1.1)

Tabella 5.2.1.1. Proporzione (%) di bevitori classificabili come "a rischio", per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite e sottogruppi. Passi d'Argento Puglia 2012.

Caratteristiche	Consumo alcol a maggior rischio (%)
Classi di età	
65-74 anni	16
75+ anni	11
Sesso	
Uomini	25
Donne	5
Istruzione	
Alta	19
Bassa	12
Difficoltà economiche	
molte	12
qualcuna	14
nessuna	20
Sottogruppi	
In buona salute a basso rischio	15
In buona salute, ma a rischio	21
A rischio di disabilità	13
Con disabilità	3

Tra i consumatori a rischio il 13,4% ha ricevuto il consiglio di smettere di bere da parte di un medico o di un operatore sanitario.

1.6.4 Fumo

Secondo i risultati del Passi d'Argento, in Puglia il 9,6% delle persone con 65 anni e più è un fumatore, dato sostanzialmente in linea con la media nazionale pari al 9,9% (Tabella 5.2.4.1).

Tabella 5.2.4.1. Proporzione (%) di soggetti fumatori, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite e sottogruppi. Passi d'Argento Puglia 2012.

Caratteristiche	Fumatore (%)
Classi di età	
65-74 anni	10
75+ anni	5
Sesso	
Uomini	12
Donne	3
Istruzione	
Alta	13
Bassa	5
Difficoltà economiche	
molte	6
qualcuna	8
nessuna	9
Sottogruppi	
In buona salute a basso rischio	8
In buona salute, ma a rischio	11
A rischio di disabilità	7
Con disabilità	3

In Puglia l'82,1% degli over 64enni fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un operatore sanitario, dato nettamente superiore alla media nazionale, pari al 69,1%.

1.6.5 Depressione

Il sistema PASSI d'Argento valuta la presenza dei sintomi fondamentali della depressione (umore depresso e perdita di interesse o piacere per le attività che si è soliti svolgere) utilizzando il *Patient Health Questionnaire-2* (PHQ-2), un test validato e molto utilizzato a livello internazionale, che è caratterizzato da elevata sensibilità. Esso rappresenta un valido strumento per lo screening dei sintomi di depressione anche tra le persone con 65 anni e più.

Il 19,5% degli anziani intervistati presenta sintomi di depressione, dato lievemente inferiore alla media nazionale, pari al 21% (Tabella 5.2.5.1.).

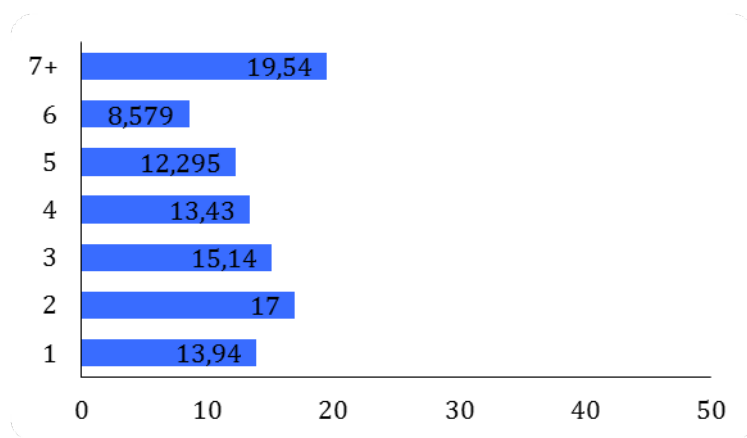
Tabella 5.2.5.1. Proporzione (%) di soggetti con sintomi di depressione, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite e sottogruppi. Passi d'Argento Puglia 2012.

Caratteristiche	Sintomi di depressione (%)
Classi di età	
65-74 anni	18
75+ anni	22
Sesso	
Uomini	16
Donne	22
Istruzione	
Alta	17
Bassa	20
Difficoltà economiche	
Molte	35
qualcuna	17
nessuna	11
Sottogruppi	
In buona salute a basso rischio	5
In buona salute, ma a rischio	23
A rischio di disabilità	28
Con disabilità	49

1.6.6 Sicurezza nell'uso dei farmaci

In Puglia il 90,4% delle persone con 65 anni e più ha assunto farmaci negli ultimi 7 giorni. Fra coloro che assumono farmaci, il 46,5% ha dichiarato di assumere da 1 a 3 tipi di farmaci, mentre il 53,5 % assume 4 farmaci o più (Grafico 5.2.6.1).

Grafico 5.2.6.1 Distribuzione (%) del campione per numero di farmaci diversi assunti per giorno. Indagine Passi d'Argento Puglia 2012



La corretta assunzione della terapia farmacologica (farmaci giusti, orari, quantità) è stata verificata dal medico di fiducia negli ultimi 30 giorni per il 54,9% degli intervistati.

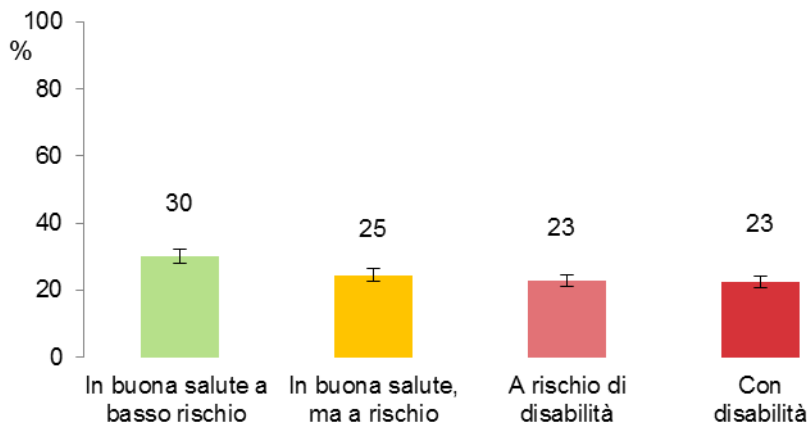
1.6.7 Disabilità

In PASSI d'Argento la valutazione della prevalenza di anziani disabili è stata effettuata attraverso le scale validate internazionalmente ADL (che misurano la capacità di fare il bagno, vestirsi, essere autonomi nell'evacuazione in toilette, spostarsi, essere continenti, alimentarsi).

Sono state considerate disabili le persone che avevano perso almeno 1 ADL.

Il 22,6% degli anziani intervistati risulta avere limitazioni in una o più ADL (grafico 5.2.7.1).

Grafico 5.2.7.1 Distribuzione (%) del campione per sottogruppi di popolazione. Indagine Passi d'Argento Puglia 2012



Tale proporzione è più elevata nei soggetti più anziani e nelle donne (Tabella 5.2.7.1).

Tabella 5.2.7.1. Proporzioni (%) di soggetti con disabilità, per classe di età, sesso e numero di ADL perse. Passi d'Argento Puglia 2012

Caratteristiche	Soggetti con disabilità (%)
Classi di età	
65-74 anni	11
75-84 anni	26
85 o più anni	57
Sesso	
Uomini	18
Donne	26
ADL perse	
1 ADL	27
2 ADL	16
3 ADL	27
4-6 ADL	30

1.6.7.1.1 Cadute e fratture

Molti studi di popolazione hanno descritto l'epidemiologia delle cadute negli anziani in differenti contesti, e i tassi variano in modo considerevole: quelli più bassi (30-160 per 100 persone all'anno, in media 65 per 100) sono stati rilevati negli anziani che vivono in comunità, generalmente tra persone di 65 anni e oltre. Anche se la maggior parte di queste cadute non causa lesioni importanti, circa il 5% provoca una frattura o richiede il ricovero. Inoltre, i tassi di cadute e le complicazioni associate aumentano sensibilmente con l'età e

raddoppiano nelle persone con più di 75 anni. In Puglia gli anziani con più di 74 anni che hanno subito un ricovero nel 2012 con diagnosi principale di fratture (Codice ICD IX 800-829) sono stati 8.155, pari ad un tasso pari a 31,2 per 1.000 abitanti.

Secondo i dati di PASSI d'Argento, il 12,4% degli anziani pugliesi intervistati riferisce una caduta negli ultimi 30 giorni (Tabella 5.2.8.1). La maggior parte delle cadute sono avvenute in casa (64,2%), mentre in strada si è verificato il 23,7% delle cadute.

Tabella 5.2.8.1. Proporzione (%) di soggetti che sono caduti negli ultimi trenta giorni, per classe di età, sesso, istruzione, difficoltà economiche percepite e sottogruppi. Passi d'Argento Puglia 2012

Caratteristiche	Cadute negli ultimi 30 giorni (%)
Classi di età	
65-74 anni	9
75+ anni	16
Sesso	
Uomini	8
Donne	16
Istruzione	
Alta	9
Bassa	14
Difficoltà economiche	
Molte	9
Qualcuna	9
Nessuna	14
Sottogruppi	
In buona salute a basso rischio	4
In buona salute, ma a rischio	11
A rischio di disabilità	12
Con disabilità	24

Negli ultimi 12 mesi, solo il 23,7% ha ricevuto consigli da parte di medico o di un altro operatore su come evitare di cadere. La maggior parte degli anziani utilizza misure precauzionali specialmente nel bagno (tappetino antiscivolo in bagno, maniglioni e seggiolini da doccia).

Tra le persone cadute, circa il 21,4% è stato ricoverato per più di un giorno a seguito della caduta.

1.7 Sorveglianza delle dipendenza patologiche

Flusso dei dati

Nel corso degli ultimi vent'anni, accanto alla tendenza dei giovani a consumare droghe, si è manifestata la proliferazione di dipendenze senza sostanze stupefacenti da oggetti e attività legali. In entrambi i casi, l'elemento di dipendenza e le esperienze ad esso correlate, assorbono le personalità del soggetto, divenendo il fulcro della sua vita privata e delle sue esperienze.

La dipendenza non chimica è uno dei massimi rappresentanti della psicopatologia moderna e postmoderna. Il sesso, gli acquisti, il gioco, il computer, internet e la televisione, il lavoro, la sfera affettiva sono elementi legalizzati dalla società che, purtroppo talvolta, con una frequenza irregolare, smettono di svolgere il loro ruolo sociale per schiavizzare l'essere umano.

Al fine di monitorare il fenomeno delle dipendenze patologiche, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri è stato istituito il Sistema Informativo Dipendenze (SIND), che rappresenta da oggi il principale flusso informativo sanitario relativo ai consumatori, in trattamento, di sostanze psicotrope illegali. Tale flusso informativo è una componente del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e pertanto la sua implementazione costituisce debito informativo delle Regioni nei confronti dello Stato.

1.7.1 Risultati, anno 2011

1.7.1.1.1 Soggetti tossicodipendenti

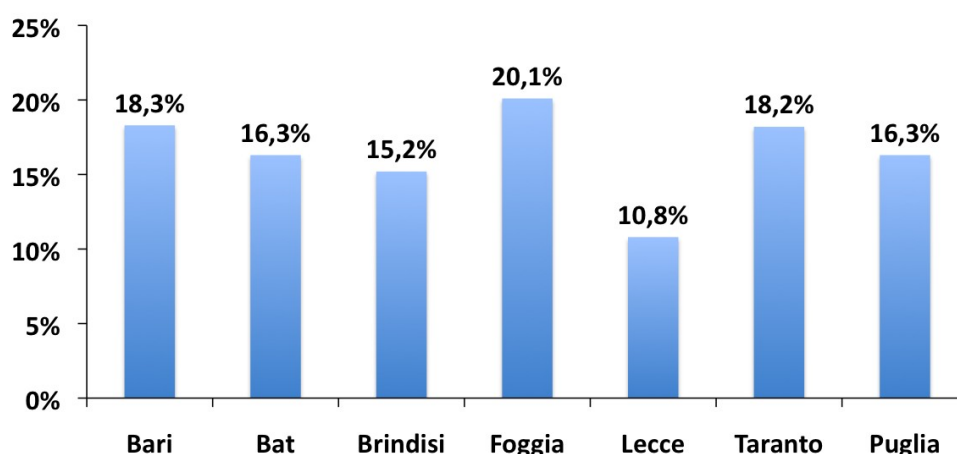
Per l'anno 2011, secondo l'OEDT (Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze), l'Italia è risultato il Paese europeo con la prevalenza più alta (14,3%) di consumo di cannabis nella fascia 15-64 anni, seguita da Spagna, Repubblica Ceca e Francia; la prevalenza di consumo di cocaina nella stessa fascia d'età, invece, piazza l'Italia al terzo posto con un valore pari al 2,1% (al primo e secondo posto si trovano Spagna e Regno Unito rispettivamente).

Secondo i dati SIND, nel 2011 in Puglia erano in trattamento presso i Servizi Tossicodipenze 13.188 persone di età compresa tra i 15 ed i 65 anni, pari allo 0,48% di tutta la popolazione di quella fascia di età.

Il numero di utenti in carico per anno ha subito negli ultimi 7 anni delle variazioni, passando dai 12.215 nel 2005 ai 13.270 nel 2008, senza che si possano delineare dei veri e propri trend.

La proporzione dei nuovi utenti sul totale degli assistiti nel 2011 è globalmente del 16% (dato nazionale 19,5%) e si osserva una certa disomogeneità tra le diverse Asl, con percentuali più elevate nella ASL Foggia (Grafico 6.2.1.1).

Grafico 6.2.1.1 Proporzioni di nuovi utenti sul totale dell'utenza tossicodipendente, per ASL. Puglia, anno 2011



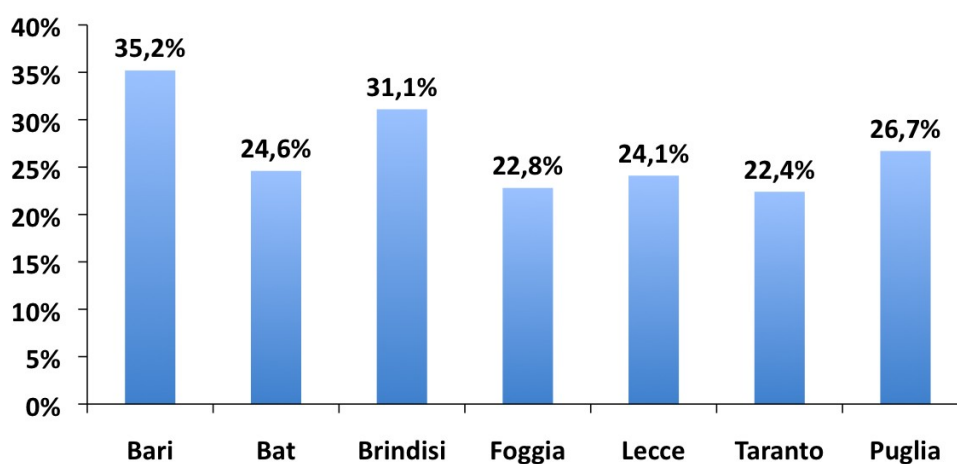
1.7.1.1.2 Soggetti alcolodipendenti in carico

Nel 2011 gli alcolisti in trattamento presso i Servizi Tossicodipendenze della regione Puglia sono 2.333 con un incremento rispetto ai 2.102 nel 2008. Negli ultimi 7 anni si è registrato un

trend di aumento costante; infatti nel 2004 il numero di alcolisti assistiti in Puglia era di 1.295.

Il 26,7% degli alcolisti assistiti è stato preso in carico per la prima volta nel 2011, con differenze tra le varie Asl (Grafico 6.2.2.1).

Grafico 6.2.2.1. Proporzione di alcolisti afferiti per la prima volta nell'ultimo anno ai Servizi Tossicodipendenze sul totale degli assistiti alcolisti, per ASL. Puglia, anno 2011

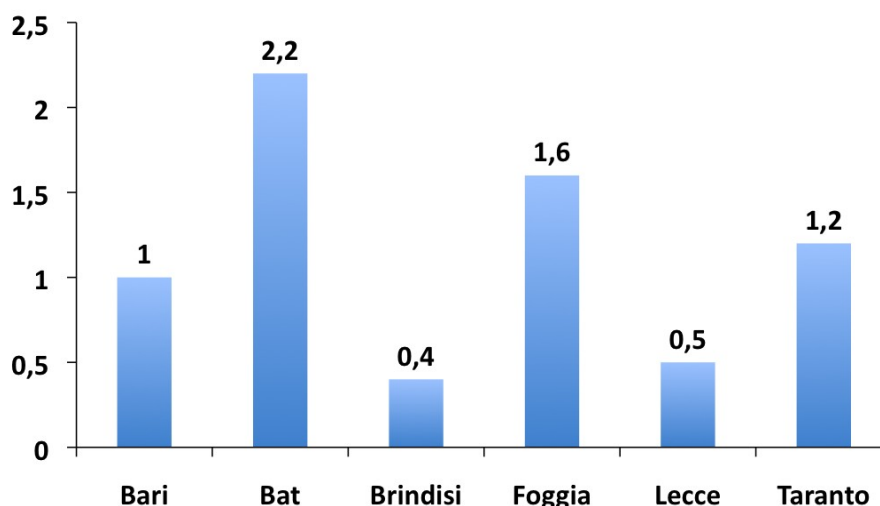


1.7.1.1.3 Soggetti dipendenti dal gambling

In Italia nel 2011 sono risultati in trattamento per gioco d'azzardo patologico 4.687 soggetti, di cui l'82% maschi; di essi, circa la metà dei casi sono soggetti presi in carico nell'ultimo anno.

La prevalenza di utenti presi in carico per dipendenza da gambling sul totale della popolazione residente di maggiore età risulta pari a 1 su 10.000; tale prevalenza si distribuisce in maniera non uniforme per Asl di residenza (Grafico 6.2.3.1).

Grafico 6.2.3.1. Prevalenza (per 10.000 residenti) degli utenti con dipendenza da gambling in carico ai Servizi Tossicodipendenze, per Asl, Puglia, anno 2011



6.2.4. Soggetti affetti da altre tipologie di dipendenze non chimiche

In base ai dati trasmessi tramite le schede al Ministero della Salute, nel 2011 gli utenti con altre forme di dipendenza (es. psicofarmaci, cibo, videogiochi,...) in carico ai Servizi Tossicodipendeze della regione Puglia sono 40 e afferiscono a tutte le Asl con l'eccezione dell'Asl Taranto; per il 67,5% si tratta di soggetti di sesso femminile.

La prevalenza di utenti presi in carico per altre tipologie di dipendenze sul totale della popolazione residente è pari a 0,1 per 10.000.

1.8 Promozione della Salute

La definizione di "salute", indicata nella Costituzione dell'OMS, come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia" attribuisce a tutti gli Stati e alle loro articolazioni la ricerca e l'individuazione dei fattori che agiscono negativamente sulla salute collettiva e la promozione dei fattori che agiscono favorevolmente.

Tutto ciò è stato ulteriormente ribadito durante la 4ª Conferenza Europea sulle Scuole che Promuovono Salute, che si è svolta a Odense, in Danimarca, dal 7 al 9 Ottobre 2013, a conclusione della quale è stata elaborata la "Dichiarazione di Odense: il nostro ABC per Equità, istruzione e Salute". Tale documento afferma i valori fondamentali delle Scuole per la Salute in Europa (SHE).

In estrema sintesi essi sono:

- **Equità.** Un accesso equo per tutti all'istruzione e alla salute.
- **Sostenibilità.** Salute, istruzione e sviluppo sono correlate tra loro, con attività e programmi implementati in modo sistematico nel lungo periodo.
- **Inclusione.** La diversità viene valorizzata. Le scuole sono comunità di apprendimento nelle quali tutti si sentono accolti e rispettati.
- **Empowerment.** Tutti i membri della comunità scolastica sono coinvolti attivamente.
- **Democrazia.** Le Scuole che Promuovono Salute si fondano sui valori della democrazia.

Fornire risposte concrete in tal senso significa operare scelte strategiche investendo in Prevenzione e in Promozione della Salute, come leva per garantire uno stato di benessere psicofisico fin dalle prime fasce di età.

1.8.1 Le caratteristiche dell'Intesa tra Regione Puglia e Ufficio Scolastico Regionale

In attuazione e continuità con quanto previsto dal Piano Regionale della Prevenzione 2010-13, con il Programma "Scuola in Salute", la Regione Puglia ha regolamentato le azioni di Promozione della Salute nel mondo della scuola, approvando con Delibera di Giunta Regionale n. 1702/2011, il Protocollo d'Intesa tra Regione Puglia e Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia.

In tale direzione l'Assessorato al Welfare e l'Ufficio Scolastico Regionale della Puglia, riconoscendosi attraverso un modello di *governance* interistituzionale come interlocutori privilegiati nella programmazione dell'attività di promozione dell'educazione alla salute nelle

scuole, intendono potenziare gli interventi nell'ottica della centralità della persona ed operare con rinnovata attenzione in riferimento alle problematiche di salute dei giovani pugliesi.

È convinzione condivisa che la qualità degli interventi scaturisca da una rete di azioni, relazioni, metodologie e tecniche che, coniugando i ruoli dei diversi attori, si muova in modo sistemico e osmotico sia in direzione *bottom up* sia in direzione *top down*.

La strutturazione degli interventi secondo un'ottica sistemica contribuisce a creare le condizioni migliori per dare concretezza ad una nuova idea di "educazione alla salute" intesa come parte integrante dell'attività istituzionale a tutti i livelli.

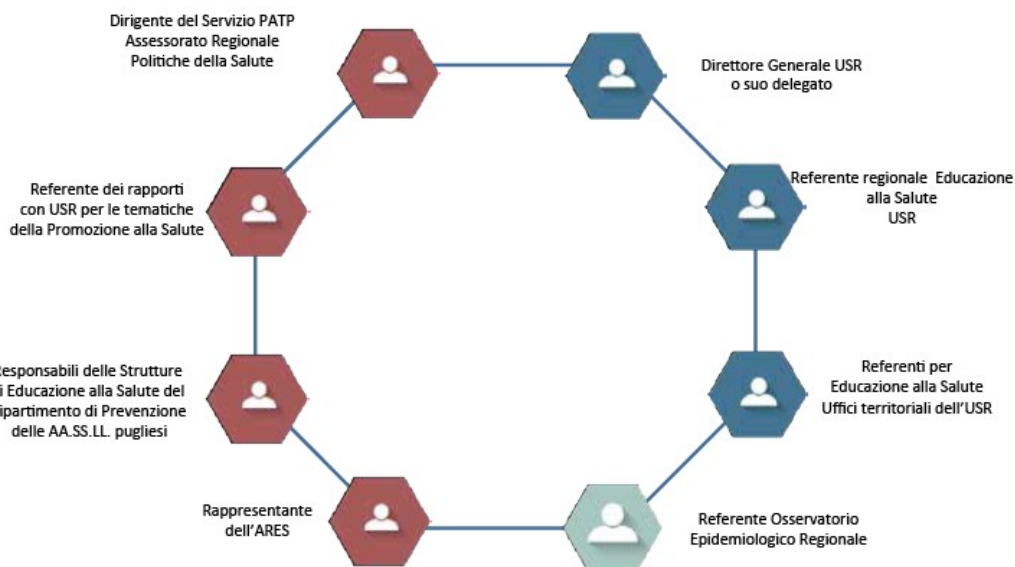
La modalità osmotica tende a privilegiare l'intervento laddove il bisogno risulta maggiore, con continui "aggiustamenti" resi possibili grazie alla rilevazione delle reali ricadute delle azioni poste in essere, a breve e lungo termine. Rilevazione delle ricadute non solo in termini di attenzione generale ai bisogni e ai processi attivati in risposta ad essi ma anche rispetto ai "guadagni di salute" della popolazione giovanile e ai guadagni di consapevolezza dell'importanza della prevenzione in via diretta per la salute propria ed indiretta per quella della collettività.

Occorre intensificare il coinvolgimento delle scuole nella co-costruzione di percorsi che consentano alle scuole che lo desiderano di diventare "scuole che promuovono salute", ovvero occorre integrare sempre più le politiche educative con quelle per la salute, riconoscendo che le une non possono funzionare senza le altre.

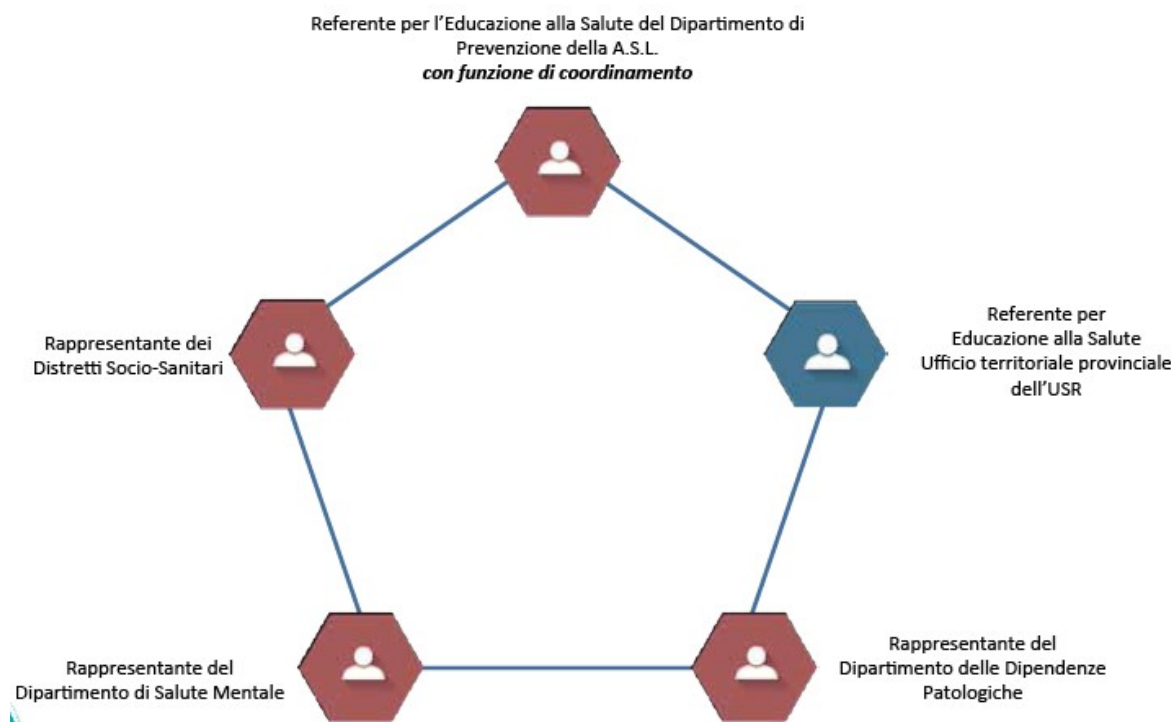
1.8.2 La struttura organizzativa del Protocollo d'Intesa

Il rapporto di collaborazione instauratosi tra l'Assessorato al Welfare e la Direzione Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale, grazie alla sottoscrizione del Protocollo d'Intesa del 2011, nel individuare un modello di *governance* ha sostanzialmente creato delle strutture operative che ne garantiscono il funzionamento.

· Una cabina di regia regionale, denominato Gruppo Tecnico Interistituzionale (GTI), costituito dall'Assessorato al Welfare, dalla Direzione Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Puglia, dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale, dall' Agenzia Regionale Sanitaria (ARES), dalle unità operative di Educazione alla Salute delle ASL e dagli Uffici Scolastici degli ambiti territoriali.



· Una struttura presso ciascuna sede provinciale della ASL, denominata Gruppo Interdisciplinare Aziendale (GIA) composta almeno da i rappresentanti del Dipartimento di Prevenzione, dei Distretti Socio Sanitari, del Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento per le Dipendenze Patologiche e dell'Ufficio Scolastico Territoriale. Tali Strutture sono aperte a tutti gli attori della promozione alla salute che operano nelle ASL, e vedono a loro supporto anche le associazioni di volontariato. Il ruolo di coordinatore del GIA è ricoperto dal Referente per l'educazione alla salute del Dipartimento di Prevenzione.



Con Determina Dirigenziale n. 186 del 13.06.2012 è stato adottato il regolamento per il funzionamento di tali strutture operative.

Il GTI è l'organismo regionale di coordinamento dei due Enti Promotori, ed opera per seguire le finalità di cui all'art. 1 del Protocollo. Attraverso la lettura dei dati epidemiologici operata dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale Puglia e la rilevazione dei bisogni delle istituzioni Scolastiche individua le priorità di intervento ai fini della definizione del "Piano Strategico per l'Educazione alla Salute" il quale viene approvato; predispone il piano annuale degli interventi e gli indirizzi operativi per la loro realizzazione, favorisce il raccordo con progetti e linee di intervento già avviati a livello nazionale e interregionale; esercita un'attività di monitoraggio sulle iniziative dei GIA, valuta le proposte e le relazioni annuali da parte dei GIA, favorisce la raccolta, la diffusione e la promozione delle buone pratiche, propone interventi formativi rivolti ad operatori scolastici e sociosanitari, monitora gli accordi locali tra le AA.SS.LL. e le Istituzioni Scolastiche Autonome.

Annualmente viene organizzata una Conferenza ove vengono rappresentati i risultati e le valutazioni che riguardano le attività relative al precedente Piano Strategico, promuove l'uso di strumenti di comunicazione (News, report, on-line ecc) per favorire la diffusione delle buone pratiche realizzate in ambito regionale

Il GIA è l'organismo di coordinamento a livello locale dei due Enti Promotori, opera a livello locale ed è costituito in tutte le Aziende Sanitarie Locali. Le figure professionali coinvolte hanno il compito di fornire a seconda del ruolo e del background di esperienze e competenze possedute, il proprio contributo tecnico specialistico a supporto degli enti firmatari del Protocollo d'Intesa

Secondo una tempistica stabilita tutti i soggetti interessati alla promozione dell'educazione alla salute (province, comuni, associazioni di volontariato ecc.) hanno la possibilità di presentare proposte progettuali, sia a carattere provinciale che regionale.

I sistemi di sorveglianza sono a cura dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia (OER), che aderendo a studi nazionali, applica strumenti standardizzati, in modo da rilevare e confrontare dati utili per la programmazione e la sorveglianza dei progetti di prevenzione. Conoscere e propagare i risultati del lavoro epidemiologico dei GIA, in modo semplice, ma tempestivo, è cosa di grande utilità per una comune crescita culturale. Ogni sistema di sorveglianza segue tempi e modalità *ad hoc*.

1.8.3 Finalità del GTI e del GIA

I gruppi di lavoro sostanzialmente aperti alle diverse professionalità presenti nei territori hanno attivato azioni di collaborazione multipla sia in verticale che in direzione orizzontale allo scopo di:

- programmare e realizzare azioni centrate sui bisogni rilevati;
- definire le priorità degli interventi;
- progettare interventi tipo e strumenti operativi;
- sostenere la formazione degli operatori sanitari e scolastici;
- attuare la verifica dell'efficacia degli interventi per la successiva valutazione.

Annualmente viene prodotto un *"Piano Strategico Regionale per la Promozione alla Salute nelle Scuole: Catalogo"* di offerte formative rivolte al mondo della scuola che scaturisce da una azione di monitoraggio dei bisogni e di definizione delle priorità ai fini della programmazione di interventi di prevenzione e promozione della salute nella comunità scolastica. Inoltre, tali proposte devono rispettare almeno uno dei seguenti criteri:

- far parte di programmi nazionali/europei promossi dal Ministero della Salute, Comitato per il Controllo delle Malattie, Istituto Superiore di Sanità;
- essere a valenza regionale o estendibile a livello regionale;
- costituire la continuazione di progetti già avviati in passato e che hanno prodotto risultati positivi, oggettivamente valutabili;
- essere basati su metodologia scientifica;
- prevedere un sistema di misurazione e valutazione dei risultati;
- avere come principi fondamentali l'intersectorialità, la sostenibilità e l'efficacia.

Il *"Catalogo"* inoltre, è arricchito dalla presenza di diversi progetti che testati a livello provinciale verranno sperimentati a livello regionale nel corrente anno scolastico, al fine di verificarne i risultati e la sostenibilità su larga scala.

Inoltre gli strumenti operativi definiti per le diverse fasi durante gli anni di attuazione del piano strategico saranno ulteriormente implementati mediante il coinvolgimento degli studenti.

1.8.4 Il catalogo

Tale guida è ad oggi considerato lo strumento di pianificazione ed attuazione delle azioni di Promozione alla Salute nelle giovani popolazioni studentesche della regione.

Garantisce per la Scuola l'attuazione di percorsi che integrando l'azione curricolare e quella extracurricolare puntano a far acquisire esperienze e competenze realmente spendibili per la vita e per la Sanità l'attuazione dei Piani Regionali della Prevenzione in perfetta linea con gli obiettivi e le finalità del Piano Nazionale della Prevenzione.

Esso si propone come guida per tutti coloro (docenti, operatori sanitari, dirigenti scolastici, dirigenti sanitari) che operano per la Promozione della Salute, per tutti coloro che sono chiamati, nell'ambito della propria attività lavorativa, ad effettuare scelte e azioni che coinvolgono gli studenti affinché diventino cittadini "consapevoli".

Tutte le progettualità proposte, condivise nella costruzione, nella metodologia e nella valutazione, partono da una rilevazione del fabbisogno manifestato da parte della scuola e dall'analisi dei dati epidemiologici relativi allo stato di salute della popolazione.

Il catalogo è suddiviso per sezioni:

- **"I Progetti a valenza Regionale"** - una sezione contenete tutte le proposte di intervento di carattere regionale, suddivise per area tematica: tabagismo, incidenti stradali, comportamenti a rischio, luoghi di lavoro, alimentazione;
- **"I Progetti Sperimentali"** - contiene progettualità che si contraddistinguono per l'innovazione tematica, la metodologia costruttiva e sono oggetto di attenta analisi al fine di un eventuale "esplosione" futura su scala regionale;
- **"I progetti a valenza provinciale"** - un ventaglio di proposte provinciali che tengono conto delle specifiche problematiche e peculiarità locali,
- **"Le azioni informative"** - una sezione in cui sono presenti azioni informativo/divulgative;
- **"Le azioni di Governo"** - accordi tra istituzioni, presentazione di campagne informative rivolte alla popolazione in generale, bando di concorso.
- **"Gli Studi di Sorveglianza"** - un approfondimento dei dati epidemiologici della nostra popolazione;
- **"Come aderire ai Progetti"** - la descrizione delle modalità di adesione da parte delle scuole alle singole progettualità, la modalità di presentazione di nuovi progetti, e le scadenze;
- **"La rete dei Promotori della Salute"** - i componenti dei vari tavoli di coordinamento sia regionali che provinciali, tutti gli operatori che si impegnano nella loro attività lavorativa all'attuazione del Catalogo e le Scuole che hanno aderito lo scorso a.s. al Catalogo;
- **"Area documentale"** - documenti e link utili

1.8.5 Monitoraggio

Va evidenziata l'adozione di strumenti atti al monitoraggio delle singole azioni poste in atto. Sono censiti annualmente, attraverso la creazione di flussi *ad hoc*, il numero di adesioni, ai singoli programmi, che provengono dalle scuole della regione, con un livello di dettaglio che prevede per singola ASL: l'identificazione dell'istituto scolastico, il numero di insegnanti, classi e studenti coinvolti, l'identificazione degli insegnanti referenti per la materia; con flussi periodici viene verificato lo stato di avanzamento dei singoli programmi.

Sono previste, inoltre, azioni di monitoraggio sia dei singoli programmi che delle azioni di governo sostenute dall'Intesa. Da alcuni anni viene indagato l'impatto dell'Intesa sui due Sistemi coinvolti (Sanità e Scuola) mediante la compilazione di un questionario denominato "Miglioriamoci". Ciò allo scopo di potenziare l'attività di ricerca e di diffusione dei risultati al fine di fornire alle diverse professionalità coinvolte a tutti i livelli, i dati sui quali programmare ulteriori interventi migliorativi.

1.8.6 Stato dell'arte e risultati del monitoraggio

Sono stati prodotti ad oggi n° 3 Cataloghi, si riportano brevemente i dati relativi alla annualità appena trascorsa: sono state ben 472 le scuole che hanno realizzato almeno un programma (regionale o provinciale) di educazione alla salute; in totale sono state coinvolte 3.200 classi, circa 3.000 insegnanti e complessivamente sono stati raggiunti 70.300 ragazzi di età compresa tra gli 8 - 18 anni.

Rispetto all'anno precedente si è avuto un incremento di circa il 30% sia del numero di classi che di studenti.

Le linee progettuali che hanno riscosso maggiore interesse hanno riguardato la prevenzione per la corretta alimentazione, nei luoghi di lavoro, verso i comportamenti a rischio.

Inoltre sono state sperimentate progettualità innovative quale ad esempio il progetto "Teen Explorer", che ha come obiettivo quello di prevenire i pericoli associati all'uso improprio del web (es. cyber bullismo, adescamento on line). Il progetto ha coinvolto circa 2000 studenti della provincia di Bari nell'a.s. 2013-14 e dopo tale sperimentazione l'intervento è stato esteso a tutto il territorio regionale.

L'azione di *governance* prevede il monitoraggio delle azioni poste in essere sia dal punto di vista della sanità che della scuola, con particolare attenzione alle ricadute che tali azioni hanno sui due Sistemi.

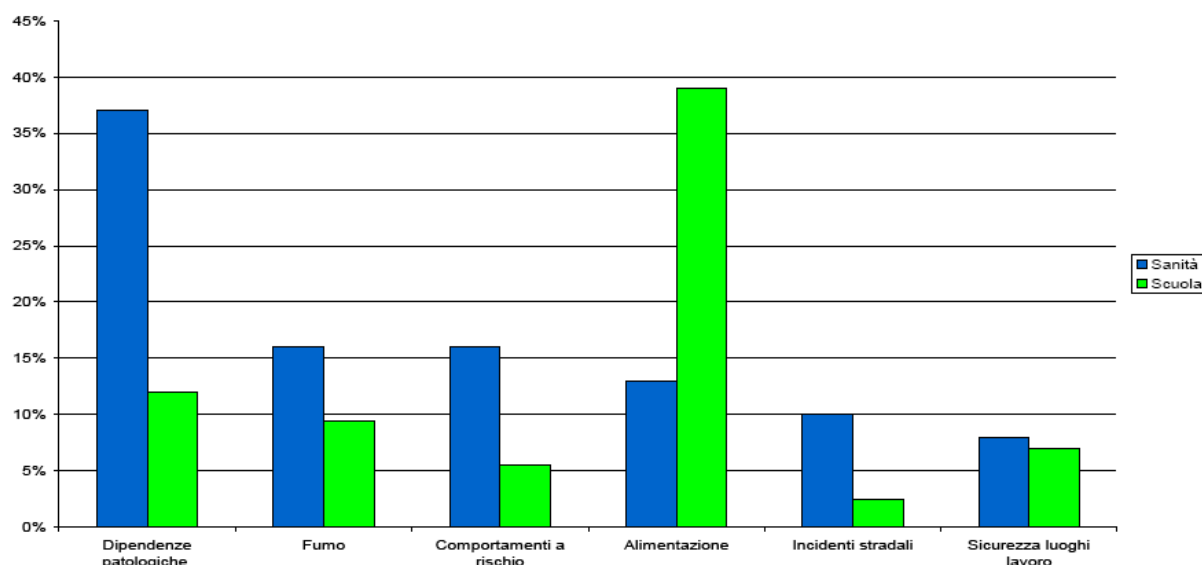
A tal proposito è stata creata una scheda valutativa denominata "MIGLIORIAMOCI" differente per il personale scolastico e per quello sanitario.

I questionari hanno indagato lo stato di avanzamento dei progetti, i corsi di formazione, il livello di collaborazione dei due mondi e il grado di soddisfazione degli addetti, l'impatto del Piano Strategico con la normale programmazione della scuola e, per la sanità, l'interazione tra i Servizi coinvolti e il sostegno delle strutture superiori.

Sono stati registrati circa 1.000 accessi (77% personale scuola e 23% sanità). Il numero di accessi è sovrapponibile a quello della precedente rilevazione ed attesta l'attenzione crescente del mondo scolastico nei confronti di una azione congiunta che grazie alla perfetta sintonia creatasi all'interno del tavolo di lavoro inter-istituzionale è certamente destinata a proseguire, migliorandosi.

I risultati sono molto incoraggianti, infatti per la sanità è emerso che il maggior numero di accessi nell'ultima indagine ha riguardato le tematiche inerenti le "dipendenze patologiche" (37%), seguite dalla tematica "fumo" e "comportamento a rischio" (16%), "alimentazione" (13%), "incidenti stradali" (10%) e "sicurezza sui luoghi di lavoro" (8%). Per la scuola invece tra i progetti che hanno suscitato maggiore interesse risultano quelli sull'alimentazione (39%), seguiti da quelli inerenti le dipendenze patologiche (12%), quelli sul fumo (9,4%), sicurezza sui luoghi di lavoro (7%), i comportamenti a rischio (5,5%) ed infine quelli sugli incidenti stradali (2,5). Tale dato evidenzia, in alcuni casi, la necessità di un maggior confronto in fase di costruzione dei percorsi e condivisione degli obiettivi (Grafico 7.5.1).

Grafico 8.5.1. Proporzione (%) di accessi per tematiche, stratificata per provenienza scolastica e sanitaria. Miglioriamoci 2014.



Nel 96% dei casi l'attività formativa annua si è rilevata conforme alle aspettative (buono/ottimo) e nel 90% dei casi i progetti sono risultati adeguati al miglioramento dell'attività didattica/educativa e con "Metodologia" efficace.

L'85% del personale sanitario ha evidenziato come il livello di collaborazione col personale scolastico sia stato buono/ottimo, percentuale superiore a quella indicata nell'anno precedente (77%); l'82% ha ritenuto buono/ottima l'organizzazione e il 25% ha dichiarato "scarso e/o appena sufficiente" il numero del personale sanitario impegnato, problematica meno sentita rispetto all'AA 2012/13.

In definitiva l'analisi delle risposte ha evidenziato che il Catalogo, sia per la scuola che per la sanità, è diventato uno strumento di riferimento, il livello di attenzione ad esso sta migliorando così come il già ottimo livello di collaborazione tra le due realtà; risulta migliorabile, per l'ambito sanità, l'organizzazione interna, in termini di carichi di lavoro.

Inoltre tale studio consente di disporre di dati affidabili e significativi capaci di costituire un valido supporto alle decisioni collegate alla programmazione delle risorse ma anche alla qualità degli interventi.

L'azione complessiva di *governarce*, basata anche sull'opinione degli operatori, ha certamente contribuito ad avviare un cammino comune, scuola/sanità, per accrescere la consapevolezza dell'importanza della cultura della prevenzione nelle giovani generazioni.

E' in fase di validazione un questionario rivolto ai ragazzi finalizzato alla conoscenza degli stati d'animo e delle opinioni degli studenti al fine di rendere migliori e partecipati i processi organizzativi.

1.9 Salute e Ambiente

Il rapporto con l'ambiente è una delle determinanti fondamentali dello stato di salute della popolazione umana. Comprendere quali sono gli elementi da tenere in considerazione, da un punto di vista epidemiologico, per valutare l'impatto di diversi fattori sullo stato di salute è un compito molto complesso.

Un esempio è il caso delle aree ad elevato rischio ambientale e dei Siti di Interesse Nazionale per le Bonifiche: si tratta di territori in cui l'assetto produttivo, con la costruzioni di imponenti e vasti insediamenti industriali a ridosso dei centri abitati, ha comportato negli anni un consistente degrado delle condizioni ambientali, con inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo a sua volta responsabile del deterioramento misurabile dello stato di salute delle popolazioni residenti in prossimità delle zone industriali, documentato già negli anni '90 dagli studi del WHO, e confermato dagli studi Sentieri dell'ISS e dalle molteplici indagini svolte a livello regionale e locale. In questo contesto, infatti, l'epidemiologia ambientale ha offerto un contributo decisivo, mettendo in luce le evidenze degli effetti sanitari associati

all'inquinamento ambientale di origine industriale, ma anche facendo emergere le criticità di sistema che rendono indispensabile un riallineamento almeno funzionale delle competenze istituzionali in tema di ambiente e salute. In questo contesto, infatti, l'epidemiologia ambientale ha offerto un contributo decisivo, mettendo in luce le evidenze degli effetti sanitari associati all'inquinamento ambientale di origine industriale, ma anche facendo emergere le criticità di sistema che rendono indispensabile un riallineamento almeno funzionale delle competenze istituzionali in tema di ambiente e salute.

Tale riallineamento si rende indispensabile non solo per la gestione delle situazioni di crisi ma anche per le ordinarie funzioni di prevenzione rispetto agli effetti sanitari associati ai fattori di rischio ambientale, delegate secondo i diversi livelli di responsabilità tra gli enti di protezione ambientale e le strutture sanitarie.

Normativa

Il D.Lgs 502/92 e s.m.i., riporta nell'art. 7 quiquies il tema di "coordinamento con le Agenzie Regionali l'Ambiente": preciso è il riferimento all'impegno che Regioni e Province Autonome devono assumere per individuare modalità e livelli di integrazione tra politiche sanitarie e politiche ambientali attraverso la stipula di accordi di programma e convenzioni tra ASL e ARPA per la tutela della popolazione dal rischio ambientale, con particolare riguardo alla attività di sorveglianza epidemiologica e di comunicazione del rischio.

In Puglia, con la Legge Regionale n° 6 del 22.01.1999 con cui si istituiva l'ARPA, sono state separate le funzioni di controllo ambientale da quelle di prevenzione collettiva.

Nel definire le competenze in materia ambientale dell'ARPA, nell'articolo 4 (lettera r) viene indicata l'esigenza di condurre azioni coordinate e integrate, laddove le funzioni abbiano valenza sia ambientale che sanitaria, riconoscendo lo stretto legame che esiste fra ambiente e salute. Con la Legge Regionale n°27 del 2006 è stata ridefinita, a partire dall'introduzione della parola "prevenzione" nella denominazione dell'agenzia regionale, la *mission* di ARPA Puglia prevedendo: il riallineamento funzionale col Servizio Sanitario Regionale mediante la stipula di accordi di programma; la gestione di una efficiente rete di laboratori dotati di certificazione di qualità; la gestione di una efficiente rete di sistemi di controllo territoriale dei fattori fisici, chimici e biologici d'inquinamento ambientale; l'attività di consulenza tecnico-scientifica per Regione, ASL, Province, Enti gestori di aree protette, Comunità montane e Comuni; la vigilanza in materia ambientale; la comunicazione e informazione ambientale; la promozione nel sistema delle imprese della certificazione ambientale e dei bilanci sociali; la cura delle attività di formazione e ricerca in materia ambientale anche in collaborazione con le Università e i centri di ricerca.

Un ulteriore punto qualificante era rappresentato dall'introduzione, tra i compiti dell'Agenzia, della funzione di epidemiologia ambientale, intesa come "lo studio degli effetti, sulla salute delle popolazioni, dell'esposizione ad agenti fisici, chimici e biologici esterni all'organismo umano e di fattori immediati e remoti di ordine sociale, economico e culturale (urbanizzazione, sviluppo agricolo, produzione di energia) associati a tali agenti fisici, chimici e biologici".

In questo modo si ponevano le premesse affinché ARPA Puglia si configuri quale componente attivo all'interno del sistema della prevenzione e del controllo del territorio, mettendo a disposizione del sistema stesso di dati, risorse e competenze a tutela della salute pubblica e dell'ambiente, prospettando allo stesso tempo il tema della definizione di una governance condivisa con gli enti del SSR.

La necessità di uno specifico focus sul tema dell'integrazione ambiente e salute è stata accolta nel Piano della Salute 2008-2010 della Regione Puglia (L.R. 23/2008), che indicava quale obiettivo da perseguire, oltre all'integrazione operativa, una integrazione anche strategica, finalizzata ad inserire la componente salute nella valutazione ambientale.

Tale impostazione mirava a conseguire un approfondimento dell'interpretazione delle relazioni tra ambiente ed effetti sulla salute che si qualifica quale momento fondamentale nella programmazione degli interventi di prevenzione e nella comunicazione alla popolazione sui temi della salute in relazione all'ambiente.

Con il Regolamento Regionale 30 giugno 2009, n. 13, "Organizzazione del dipartimento di prevenzione" si sancisce la necessità di "riorientare" le articolazioni funzionali di sanità pubblica affinché siano in grado di considerare la natura multifattoriale e multidimensionale della salute, intesa come esito di fattori - i determinanti di salute - come l'ambiente, i fattori socio-culturali, l'accesso ai servizi, lo stile di vita.

Viene inoltre indicata la necessità di ridefinire ambiti e priorità in modo da conseguire equilibrio ed integrazione tra le azioni di vigilanza e le azioni di sorveglianza e di educazione alla prevenzione, tutte egualmente importanti per sostenere gli obiettivi della prevenzione.

Sono previsti due momenti di integrazione intersettoriale con gli altri attori istituzionalmente incaricati di funzione di prevenzione: uno, demandato al Comitato di Direzione di ogni

Dipartimento di Prevenzione; l'altro, collocato nel contesto della Consulta regionale dei Direttori di Dipartimenti di Prevenzione.

Viene inoltre richiamata la necessità dello sviluppo di una cultura epidemiologica in seno al Dipartimento di Prevenzione, che diventi uno strumento utilizzato trasversalmente per programmare strategie di intervento su una base consolidata di conoscenza dei rischi e dei danni, a partire da una adeguata definizione delle priorità, consentendo quindi la migliore allocazione possibile delle risorse disponibili, sia umane che finanziarie.

Un positivo impulso, in tema di integrazione ambiente-salute, si è avuto con i protocolli di collaborazione sviluppatasi per singole realtà dove viene indicata e attribuita la responsabilità del procedimento all'ARPA o ai Dipartimenti di sanità pubblica quando svolgano attività in cui è necessario il concorso dell'uno o dell'altro Ente a seconda delle materie di competenza.

Tuttavia la costruzione di un sistema efficiente che operi in modo omogeneo sul territorio regionale deve prevedere la stipula di un accordo quadro a livello centrale che definisca in modo chiaro e univoco un modello di governance delle tematiche di integrazione ambiente e salute, che possa essere recepito e adattato secondo le specifiche esigenze locali.

Schematicamente, sulla base delle evidenze epidemiologiche, è possibile ricondurre a quattro le situazioni che richiedono specifiche modalità di gestione affinché si sia in grado di offrire una risposta appropriata:

Effetti sanitari attuali dovuti ad esposizioni pregresse, non più presenti: i risultati degli studi epidemiologici, sia descrittivi che analitici, mostrano eccessi per patologie tumorali caratterizzati da lunga latenza, rispetto ai quali è necessario impostare programmi di sorveglianza sanitaria ed epidemiologica, pur nella consapevolezza che, per la maggior parte delle patologie in questione, non esistono programmi di screening efficaci.

Effetti sanitari dovuti agli inquinanti organici persistenti: in questi casi, l'intervento appropriato corrisponde alla caratterizzazione dell'esposizione e degli effetti sanitari e all'attivazione di specifici programmi di bonifica

Effetti sanitari dovuti a fattori di rischio attualmente presenti: rispetto alle contaminazioni in corso, è fondamentale disporre di rigorosi monitoraggi ambientali e strumenti di sorveglianza epidemiologica, che possano consentire azioni di prevenzione primaria essenzialmente legati all'intervento sulle fonti inquinanti

Impatti sanitari stimati in corrispondenza di possibili scenari, attuali o predetti, di contaminazione ambientale: a questo aspetto corrisponde essenzialmente la possibilità di intervenire nel contesto delle autorizzazioni ambientali anche per provare a definire dei limiti di concentrazione *health-based*.

1.9.1 La realtà regionale

Il tema dell'integrazione ambiente e salute si è posto drammaticamente in Regione Puglia con il cosiddetto "caso Taranto", che ha esplicitato il conflitto tra scelta dei modelli di sviluppo economico e tutela dell'ambiente e della salute, ed esaltato le contrapposizioni sociali tra i diversi portatori di interesse.

Tale riallineamento si rende indispensabile non solo per la gestione delle situazioni di crisi ma anche per le ordinarie funzioni di prevenzione rispetto agli effetti sanitari associati ai fattori di rischio ambientale, delegate secondo i diversi livelli di responsabilità tra gli enti di protezione ambientale e le strutture sanitarie.

Da questo punto di vista, una delle più rilevanti esperienze regionali è senz'altro rappresentata dall'emanazione della norma regionale sulla Valutazione di Danno Sanitario, la legge regionale n. 21 del 24 giugno 2012, che affronta l'aspetto della valutazione del danno sanitario associato ai limiti emissivi è stato affrontato dalla Regione Puglia: i criteri metodologici e applicativi sono stati formalizzati con il Regolamento n.24 del 3 ottobre 2012 ed essenzialmente prevedono la definizione di una fase conoscitiva, sulla base della rassegna dei dati ambientali e sanitari disponibili; secondo la procedura definita, che ha come oggetto di indagine specifici stabilimenti delle aree a rischio di crisi ambientale e dei siti di interesse nazionale per le bonifiche, la valutazione del quadro epidemiologico funge da filtro per la prosecuzione della valutazione: se ci sono criticità sanitarie potenzialmente associate con i fattori di rischio identificati nella fase precedente si prosegue con gli step successivi, fondati sulla realizzazione di una procedura di *risk assessment* i cui risultati, in senso qualitativo, vengono valutati alla luce di opportune misure epidemiologiche nell'area di massima ricaduta degli inquinanti. Se sia le stime di rischio che i dati epidemiologici evidenziano un danno sanitario, si dà seguito alle indicazioni di riduzione delle emissioni, dopo aver acquisito le osservazioni del gestore, ovvero, nel caso di ILVA, al riesame dell'AIA. Nel caso in cui non vi sia tale concordanza (da intendersi in senso puramente qualitativo), si procede ad un approfondimento epidemiologico, attraverso ad esempio uno studio di coorte residenziale.

Dal punto di vista organizzativo, l'attività è demandata ad un gruppo di lavoro costituito da referenti delle ASL territorialmente competenti, dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (ARes Puglia) e coordinato da ARPA Puglia.

Questo strumento normativo rappresenta in Puglia il primo esempio operativo di definizione di criteri e modalità di lavoro integrate tra competenze ambientali e competenze sanitarie identificato al livello regionale.

In ottemperanza alla norma regionale sono stati prodotti il Rapporto di Valutazione di Danno Sanitario di ILVA s.p.a di Taranto – che evidenzia un rischio residuo per la salute umana nello scenario post AIA al 2016 e la necessità di ulteriori misure nella fase di risk management, e il Rapporto Preliminare di Valutazione di Danno Sanitario di Enel Brindisi.

Rispetto a questo ultimo punto, la necessità di incorporare la valutazione degli aspetti sanitari nei procedimenti di autorizzazione ambientale è stata sottolineata nel documento "Ambiente e salute a Taranto: evidenze disponibili e indicazioni di sanità pubblica" redatto da ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità e presentato a Taranto il 22 ottobre 2012 dal Ministro della Salute, in cui si legge: L'approccio valutativo proposto in questa nota intende inoltre colmare una lacuna metodologica della procedura di Autorizzazione Ambientale Integrata (AIA) di cui al D.Lgs 152/2006, che limita il suo orizzonte prescrittivo alla riduzione delle emissioni finalizzata al miglioramento della qualità ambientale e trascura gli aspetti più specificamente sanitari.

Il tema della valutazione del danno sanitario associato ai limiti emissivi è stato affrontato dalla Regione Puglia con un intervento normativo specifico, la legge regionale n. 21 del 24 giugno 2012: i criteri metodologici e applicativi sono stati formalizzati con il Regolamento n.24 del 3 ottobre 2012 ed essenzialmente prevedono la definizione di una fase conoscitiva, sulla base della rassegna dei dati ambientali e sanitari disponibili; secondo la procedura definita, che ha come oggetto di indagine specifici stabilimenti delle aree a rischio di crisi ambientale e dei siti di interesse nazionale per le bonifiche, la valutazione del quadro epidemiologico funge da filtro per la prosecuzione della valutazione: se ci sono criticità sanitarie potenzialmente associate con i fattori di rischio identificati nella fase precedente si prosegue con gli step successivi, fondati sulla realizzazione di una procedura di *risk assessment* i cui risultati, in senso qualitativo, vengono valutati alla luce di opportune misure epidemiologiche nell'area di massima ricaduta degli inquinanti. Se sia le stime di rischio che i dati epidemiologici evidenziano un danno sanitario, si dà seguito alle indicazioni di riduzione delle emissioni, dopo aver acquisito le osservazioni del gestore, ovvero, nel caso di ILVA, al riesame dell'AIA. Nel caso in cui non vi sia tale concordanza (da intendersi in senso puramente qualitativo), si procede ad un approfondimento epidemiologico, attraverso ad esempio uno studio di coorte residenziale.

In data 23 agosto 2013 è stato quindi pubblicato il Decreto interministeriale recante i criteri metodologici per la redazione del rapporto di valutazione di danno sanitario in relazione agli stabilimenti di interesse strategico nazionale, che presenta alcune analogie, ma anche sostanziali differenze, rispetto all'impostazione pugliese.

In tema di esperienze regionali di integrazione ambiente e salute, va inoltre evidenziato che, con Deliberazione di Giunta Regionale n. 1980 del 12 ottobre 2012, è stato finanziato il primo Programma Straordinario Ambiente e Salute per Taranto, le cui linee di intervento hanno trovato il proprio razionale nel contesto delle evidenze epidemiologiche disponibili e nelle ulteriori esigenze conoscitive, anche a supporto della procedura di valutazione di danno sanitario. L'operatività viene garantita da un'integrazione funzionale delle competenze di ARPA Puglia, l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari e la ASL Taranto, collocata all'interno del Centro Salute Ambiente.

La *mission* principale del Centro Salute Ambiente è quella di valutare la correlazione tra esposizioni ambientali attraverso tutte le matrici e gli effetti sulla salute umana, implementando specifiche attività di monitoraggio e ricerca e le relative dotazioni strutturali e infrastrutturali. Parallelamente, in funzione delle evidenze epidemiologiche disponibili circa le principali criticità sanitarie, sono implementate attività di prevenzione primaria e secondaria, nonché di potenziamento e ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici delle patologie correlate all'inquinamento atmosferico.

E' previsto che la produzione di conoscenze garantita attraverso la realizzazione del Piano debba essere accompagnata da attività di formazione/informazione degli operatori sanitari e di comunicazione alla popolazione sugli aspetti di interazione ambiente-salute.

A valle di questo percorso, nel dicembre 2013, la Regione Puglia ha rimodulato il Programma Straordinario Ambiente e Salute per Taranto (DGR 2337 del 3 dicembre 2013).

Sono state identificate 5 macroaree di attività:

- ✓ **Macroarea 1** – Monitoraggi delle matrici ambientali e studio integrato delle contaminazioni ambientali

- ✓ **Macroarea 2** – Valutazione dell’esposizione a inquinanti ambientali
- ✓ **Macroarea 3** – Prevenzione, Promozione Attiva della Salute e Sorveglianza Sanitaria
- ✓ **Macroarea 4** – Potenziamento delle attività di formazione degli operatori sanitari e di comunicazione alla popolazione
- ✓ **Macroarea 5** – Sorveglianza Epidemiologica

Attualmente è in corso di definizione un’ulteriore espansione delle attività del Centro Salute Ambiente con l’attivazione di uno specifico programma di interventi che prevede il coinvolgimento anche dei territori provinciali di Brindisi e Lecce.

Con DGR n. 1403 del 04/07/2014, la Regione Puglia ha adottato il Programma Operativo 2013-2014, con il quale si intende proseguire e rafforzare l’azione qualificazione dell’assistenza sanitaria, con una serie di interventi volti al miglioramento dell’offerta sanitaria ospedaliera e, soprattutto, di quella territoriale, attraverso tre “categorie” di interventi, tra loro fortemente correlati:

- dotare il SSR di strumenti in grado di garantirne il governo complessivo;
- implementare le azioni “strutturali” nei confronti del SSR, in grado di assicurare nel tempo la sua sostenibilità;
- proseguire il percorso già avviato e relativo allo sviluppo di azioni di efficientamento del sistema, con la finalità di migliorare la qualità dell’assistenza e il percorso di accesso a cure appropriate e adeguate ai bisogni di salute della popolazione, garantendo al contempo meccanismi di razionalizzazione dei costi e dell’uso delle risorse.

Tra i programmi, nell’ambito del Programma 11 “- Sanità Pubblica” del Capitolo Livelli Essenziali di Assistenza – Prevenzione, è stato specificamente prevista un’azione “Integrazione Ambiente Salute”.

Nel programma si prevede che “la formulazione delle risposte in tema di ambiente e salute passa attraverso il potenziamento dei servizi di vigilanza e controllo dei Dipartimento ARPA e dei Dipartimenti di Prevenzione, l’interconnessione funzionale delle loro attività, il rafforzamento delle attività epidemiologica anche all’interno del Dipartimento di Prevenzione della ASL, di ARPA Puglia e di ARS Puglia, l’attivazione di specifiche attività di sorveglianza sanitaria connesse con le evidenze ambientali ed epidemiologiche nel territorio per migliorare l’efficienza e l’efficacia del sistema della prevenzione.

In questo contesto diventa cruciale la definizione condivisa delle competenze.

Il tema paradigmatico è rappresentato dalla valutazione dell’esposizione: nella filiera che illustra la storia naturale delle malattie causate dalle emissioni industriali, una condivisa e razionale ripartizione delle competenze tra enti di protezione ambientale e strutture di tutela sanitaria potrebbe assegnare alle prime le attività che vanno dall’inventario delle emissioni sino alla stima della dose esterna (attraverso la stima o misura della concentrazione degli inquinanti a livello del recettore umano, per i rischi da inalazione), mentre alle seconde le attività di valutazione che vanno dalla misura della dose interna (attraverso il biomonitoraggio), sino agli outcome prettamente sanitari.

Risulta necessario impostare modelli di governance della tematica ambiente e salute, in grado di fornire risposte adeguate rispetto all’insieme delle problematiche connesse all’interazione tra fattori di rischio ambientali e impatti sanitari, attraverso la costruzione di tavoli di confronto permanenti sia a livello centrale che a livello periferico che giungano alla produzione di protocolli condivisi, in cui siano chiaramente identificati, per ciascuna area, le azioni da mettere in campo e le responsabilità (Tabella 8.2.1).

Tabella 8.2.1. Integrazione salute ambiente

Azione	Obiettivo Generale	Obiettivi Specifici	Indicatori di Risultato
Costituzione di un Tavolo di lavoro congiunto ARPA/Dipartimenti di Prevenzione	Integrazione funzionale tra ARPA e ASL per il potenziamento dell’efficacia delle azioni di tutela ambientale e sanitaria.	Potenziamento delle attività di controllo e vigilanza e incremento della loro efficacia Potenziamento delle attività di prevenzione legata agli aspetti di integrazione ambiente e salute	N. di protocolli congiunti prodotti
Attività di sorveglianza epidemiologica	Potenziamento delle attività di epidemiologia ambientale	prosecuzione attività registro tumori e mortalità, attivazione registro malformazioni congenite	N. studi di epidemiologia ambientale Aggiornamento del rapporto di Valutazione di Danno Sanitario

Attività di formazione e comunicazione	Potenziamento delle attività di comunicazione alla cittadinanza e di formazione degli operatori	<p>Attivazione di specifici percorsi formativi rivolti agli operatori per il miglioramento delle loro competenze</p> <p>Attivazione di percorsi formativi rivolti ai MMG e PLS</p> <p>Attivazione di specifici percorsi formativi congiunti di educazione ambientale e sanitaria</p> <p>Potenziamento degli strumenti di comunicazione e di informazione</p>	<p>N. Corsi di formazione sulle tematiche di integrazione ambiente salute</p> <p>N. interventi di educazione ambientale/sanitaria</p> <p>Creazione di un portale dedicato</p>
--	---	--	---

1.10 Sicurezza Alimentare

Contesto regionale e nazionale

Il Servizio Sanitario Regionale ha tra i suoi compiti quello di assicurare i controlli ufficiali nel settore della sicurezza alimentare salute e benessere animale.

Questi controlli si sviluppano sulla "filiera" di produzione degli alimenti, dal campo alla tavola, sia per il settore degli alimenti di origine vegetale sia per quello degli alimenti di origine animale. La UE ha varato una nuova politica di sicurezza alimentare, con il regolamento 178/2002 e con i regolamenti del c.d. "Pacchetto Igiene" del 2004, con un periodo di transizione di 4 anni che si è concluso il 31.12.2009.

La programmazione delle attività di controllo ufficiale, prima del varo di questa politica, si è basata su una notevole autonomia delle ASL, in funzione delle disponibilità storiche di personale e del numero e tipologia degli operatori del settore alimentare presenti sul territorio.

Il nuovo modello di sicurezza alimentare, contenuto nella legislazione Europea dal regolamento 178/2002 in avanti, si basa sulla analisi del rischio, intendendo con ciò il metodo scientifico, trifasico, della valutazione, gestione e comunicazione del rischio.

Nel nuovo quadro le responsabilità per la sicurezza alimentare sono poste a capo dell'operatore della filiera alimentare (sia esso produttore primario che trasformatore o distributore).

Spettano alle competenze della pubblica amministrazione la attività di valutazione del rischio (mediante la EFSA e le agenzie nazionali) e quella di verifica della gestione di questo rischio, che è compito dell'operatore della filiera alimentare, attraverso la implementazione di un sistema ufficiale di controllo.

In questo nuovo scenario, la attività del controllo ufficiale viene ad assumere il ruolo di una attività di parte "terza" tra il consumatore, a cui è riconosciuto il diritto ad una alimentazione sicura, e gli operatori della filiera alimentare che debbono raggiungere tale sicurezza nei prodotti da essi fabbricati.

Inoltre il controllo ufficiale dispiegherà le sue attività non più su un sistema rigido di adempimenti a norme dettagliate, ma mediante la valutazione che le attività produttive e di gestione del rischio, messe in atto dall'operatore della filiera alimentare, siano sufficienti al raggiungimento del livello di sicurezza atteso per il tipo di prodotto, rispetto alla fase di filiera un cui agisce l'operatore del settore alimentare.

L'evoluzione del sistema dei controlli

Il raggiungimento dello standard previsto dalla UE, e dagli organismi internazionali, nei controlli ufficiali presuppone un cambiamento nella organizzazione e nelle attività espletate dai Servizi SIAN e SVET delle AA.UU.SS.LL.

L'acquisizione di questo metodo di lavoro (procedure basate su evidenza) deve essere supportato anche dalla modifica della organizzazione dei servizi del controllo ufficiale, che devono documentare le attività ed i risultati ottenuti, nonché attuare un sistema di verifiche interne ed esterne della loro organizzazione e dei risultati ottenuti.

Nell'ambito delle funzioni di indirizzo, programmazione e coordinamento, la Regione Puglia, in ottemperanza a quanto stabilito dal DPR 14 luglio 1995, ha predisposto apposito programma di controlli ufficiali, trasmesso ai Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. con nota circolare prot. 24/4739/412 del 5 marzo 1996, con cui sono stati definiti i criteri e le modalità operative e sono state stabilite la natura e la frequenza dei controlli nelle fasi di produzione, confezionamento, somministrazione e commercializzazione, al fine di una uniforme esecuzione degli interventi su tutto il territorio regionale.

Con l'entrata in vigore dei regolamenti comunitari che costituiscono il cosiddetto "pacchetto igiene" e a seguito dell'approvazione del Piano Nazionale Integrato (PNI) dei controlli, da parte della Conferenza Stato - Regioni con l'intesa del 16 dicembre 2010, è necessario procedere alla predisposizione di un nuovo Piano Regionale dei Controlli Ufficiali con il quale devono essere stabiliti i principi e le regole per una programmazione ed esecuzione dei controlli, in materia di sicurezza alimentare, efficaci e coerenti con le vigenti normative.

1.10.1 Il Piano Nazionale Integrato

Il Piano Nazionale Integrato (PNI) dei Controlli 2011-2014 è stato approvato in Conferenza Stato Regioni con l'Intesa del 16 dicembre 2010 ed è in fase di approvazione il nuovo PNI 2015-18. Esso delinea il sistema dei controlli ufficiali in materia di alimenti, mangimi, sanità e

benessere animale e sanità delle piante con l'obiettivo di verificare la conformità alla normativa di riferimento, prevenire i rischi per la salute pubblica e proteggere gli interessi dei consumatori. E' finalizzato alla razionalizzazione delle attività ed alla ottimizzazione degli interventi, attraverso un approccio coerente, completo ed integrato, che abbracci tutti i settori e tutte le fasi della catena alimentare, basato sulla individuazione delle priorità in funzione dei rischi e su procedure di controllo più efficaci.

Il PNI individua obiettivi strategici di carattere generale, tra cui:

- Tutela della salute del consumatore.
- Contrasto delle contaminazioni ambientali, in relazione alle produzioni agro-zootecniche.
- Difesa delle produzioni nazionali.
- Tutela della salute e del benessere animale.

In conformità ai principi contenuti nel Piano Nazionale Integrato è stato predisposto il Piano Regionale Integrato dei Controlli sulla sicurezza alimentare.

Il Piano fornisce ai Direttori Generali della AA.SS.LL. criteri e gli indirizzi operativi per la programmazione, l'esecuzione, la verifica e la rendicontazione delle attività di controllo ufficiale sul territorio regionale, al fine di garantire l'efficacia, l'appropriatezza e l'imparzialità degli interventi, la coerenza con gli obiettivi delle vigenti disposizioni comunitarie, l'uniformità sul territorio per frequenza e modalità di attuazione. Sono stabiliti nel dettaglio le regole e gli obiettivi per la programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali per l'anno 2013 e fornite indicazioni di massima per gli anni successivi.

Ai sensi dell'art.3 del Regolamento CE/882/2004, l'autorità competente deve garantire che i controlli ufficiali siano eseguiti periodicamente, in base ad una valutazione dei rischi e con frequenza appropriata, per raggiungere gli obiettivi prefissati dal Regolamento medesimo, tenendo conto:

- dei rischi identificati associati con gli alimenti, con i mangimi o con gli animali, con le aziende del settore, con l'uso degli alimenti o con qualsiasi trasformazione, materiale, sostanza, attività o operazione che possa influire sulla loro sicurezza;
- dei dati precedenti relativi agli operatori del settore degli alimenti e dei mangimi per quanto riguarda la conformità alla normativa in materia di alimenti e di mangimi e alle norme sulla salute e sul benessere degli animali;
- dell'affidabilità dei propri controlli già eseguiti;
- di qualsiasi informazione che possa indicare un'eventuale non conformità.

Per il periodo di vigenza del presente Piano Regionale dei controlli si individuano i seguenti obiettivi strategici regionali:

1.10.1.1.1 *Consolidamento e rafforzamento dei controlli nei principali settori produttivi regionali*

Sulla base delle evidenze degli ultimi anni, tra cui le risultanze degli *audit* di settore condotti dal Ministero della Salute sulla Regione tra cui quelli ricevuti nel periodo 18-22 luglio 2011 per i settori ortofrutticolo, paste alimentari, conserve e bevande alcoliche e nei giorni 13-14 settembre 2012 in merito alla gestione del Sistema d'allerta, che ha visto coinvolti anche i SIAN ed i SIAV, e dal FVO (*Food Veterinary Office*) sul benessere animale nel novembre 2011 (n. DG(SANCO)2011-68) dichiarandolo "*unsatisfactory*" e sull'attuazione del regolamento CE n. 183/2005 rilevandone le criticità, nonché sulla base dell'analisi dei controlli ufficiali ivi comprese le risultanze analitiche dei campioni dell'ultimo triennio si ritiene, necessario procedere ad un rafforzamento dei controlli ed un incremento dei campioni relativi ai seguenti settori produttivi:

- a) produzione di olio e vino;
- b) produzione di conserve vegetali a rischio botulismo;
- c) produzione e commercio di ortofrutta e cereali (soprattutto per la ricerca di residui di prodotti fitosanitari e micotossine);
- d) produzione e commercializzazione carni ed in particolare quelle equine;
- e) produzione e commercializzazione prodotti della pesca, latte e derivati;
- f) produzione e/o commercializzazione di foraggio e mangimi soprattutto per la ricerca di pesticidi, contaminanti ambientali, micotossine, salmonella, proteine animali;

- g) produzione primaria delle derrate alimentari di origine animale (latte, miele, uova) soprattutto per la ricerca di residui di farmaci veterinari, antiparassitari, contaminanti ambientali e micotossine e per la valutazione del rispetto dei parametri delle aziende zootecniche di cui all'allegato III, Sezione IX, Capitolo I, Punto III del Reg. CE n. 853/2004.

Per i settori produttivi sopra riportati è previsto un incremento dei controlli, ispettivi ed analitici, di circa il 5-10% in due anni.

1.10.1.1.2 Miglioramento della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza e dell'uniformità dei controlli ufficiali.

Considerata la cronica carenza di risorse umane a disposizione dei Dipartimenti di Prevenzione, appare necessario avviare ogni utile iniziativa tesa ad un utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse umane e strumentali, incrementare l'efficacia degli interventi, garantire la massima copertura possibile del territorio. Quanto sopra rappresenta un obiettivo importante per il miglioramento della qualità degli interventi e delle azioni, per cui, oltre ad una programmazione e realizzazione della attività di controllo sulla base di una valutazione del rischio ed in coerenza con gli obiettivi delle disposizioni comunitarie, è indispensabile migliorare l'integrazione e la cooperazione tra i Servizi del Dipartimento di Prevenzione competenti in materia di sicurezza alimentare sia in fase di programmazione, sia in fase di esecuzione dei controlli sul territorio, con chiara definizione delle attività ed individuazione delle competenze, garantendo un coordinamento efficace ed efficiente e l'utilizzo razionale delle risorse. In tal senso può essere di utilità la condivisione di archivi e sistemi informativi e, nel caso di sopralluoghi congiunti o coordinati, la predisposizione di provvedimenti coordinati relativamente alle aree di intervento comuni. Inoltre per assicurare un approccio uniforme ai controlli a livello regionale ed una standardizzazione delle attività, è necessario stabilire i criteri e le regole del controllo ufficiale, disporre di strumenti operativi, procedure e modulistica omogenei, nonché di un sistema razionale ed efficace di documentazione delle attività svolte.

1.10.1.1.3 Anagrafe imprese alimentari.

Per programmare e pianificare il controllo ufficiale sul territorio in maniera efficace e coerente con le vigenti disposizioni comunitarie è necessario che le singole ASL dispongano di dati certi e aggiornati relativi alle imprese alimentari esistenti nel territorio di competenza, che comprendano almeno l'anagrafica aggiornata degli operatori (numero, tipologia, ecc) e gli esiti dell'attività svolta, ivi comprese le informazioni sulle non conformità riscontrate. Pertanto, qualora non già provveduto, le ASL dovranno completare la registrazione di tutte le imprese alimentari esistenti ivi incluse quelle in esercizio ex autorizzazione sanitaria. L'informatizzazione dei dati relativi alle imprese alimentari post-primarie dovrà essere completata entro un anno dalla pubblicazione del presente Piano. Con successivo provvedimento saranno stabiliti i criteri e le procedure per procedere all'informatizzazione dei dati inerenti alle imprese alimentari di produzione primaria. Si rammenta che la completa informatizzazione dei dati è propedeutica ad una corretta programmazione dei controlli ufficiali, ad una corretta azione di monitoraggio delle attività svolte nonché al rispetto dei contenuti e dei tempi inerenti ai flussi informativi.

1.10.1.1.4 Realizzazione di una adeguata attività di formazione del personale addetto ai controlli ufficiali

Il Reg. 882/04 prevede che l'autorità competente assicuri che tutto il personale che esegue controlli ufficiali riceva, per il proprio ambito di competenza, una formazione adeguata in relazione alla specifica attività svolta che gli consenta di espletare i propri compiti con competenza e professionalità e di svolgere i controlli ufficiali in modo efficace e coerente; si mantenga aggiornato nella sua sfera di competenze e abbia la capacità di praticare la cooperazione multidisciplinare. La formazione e l'aggiornamento professionale del personale sono anche uno strumento indispensabile per operare in regime di miglioramento continuo della qualità del servizio prestato e per garantire i controlli ufficiali siano condotti in modo efficace ed uniforme a livello regionale. Si ritiene necessario inserire pertanto, fra gli obiettivi strategici, l'attuazione di programmi di formazione basati sulle effettive esigenze formative emerse nel corso degli audit e correlate alle evoluzioni normative e scientifiche. Tra i vari interventi, si darà avvio ad un Progetto regionale di formazione, come previsto nel Piano della Prevenzione 2010-2012, riservato al personale preposto ai controlli ufficiali, al fine dell'istituzione di un team di auditors ed ispettori regionali. Nel corso del biennio di vigenza del presente Piano si prevede di formare almeno n. 60 operatori tra personale del Servizio PATP competente in materia di sicurezza alimentare e personale addetto ai controlli ufficiali operante a livello delle AA.SS.LL.. In materia di allerta alimentare, nel corso del 2012 è stato già realizzato un corso formativo sul sistema di allerta alimentare che verrà

ripetuto nell'anno 2013 al fine di garantire la partecipazione di tutto il personale individuato nei punti di contatto a livello delle AA.SS.LL. In ogni caso sarà compito, di ciascuna ASL, programmare annualmente uno o più eventi formativi e garantire la formazione specifica del personale che esegue i controlli ufficiali, utilizzando i fondi previsti dalla L.R. n. 4/2010 e dal D. Lgs. n. 194/08 e relative disposizioni attuative regionali. Appare necessario che le AA.SS.LL., nel programmare gli eventi formativi destinati al personale addetto ai controlli, prioritariamente risolvano le carenze formative emerse nel corso degli audit sopra indicati, tra cui, si ribadisce, quelle in materia di conduzione di audit sugli OSA, in materia di valutazione del rischio, in materia di buone prassi di campionamento per mangimi e derrate alimentari di O.A. in fase di produzione primaria, in materia di controlli sul benessere animale, sulle imprese alimentari caratterizzate da processi produttivi di particolare complessità e da un profilo di rischio più elevato, per migliorare qualità, appropriatezza, efficacia ed efficienza degli interventi sull'intera filiera agroalimentare.

1.10.1.1.5 Coordinamento con altri Enti ed Organi che effettuano attività di controllo ufficiale nel settore degli alimenti.

L'entrata in vigore dei Regolamenti comunitari ha comportato nella nostra Regione alcuni episodi di sovrapposizione di interventi e provvedimenti, in materia di sicurezza alimentare, tra Autorità competenti ex art. 2 del D. Lgs. 193/2007 ed altri organi di controllo che effettuano verifiche sugli alimenti in base ad altre normative. Al fine di garantire una corretta programmazione ed esecuzione delle attività di controllo, appare necessario prevedere forme di coordinamento finalizzate ad evitare situazioni sopra indicate e ad una efficace cooperazione ed integrazione nelle fasi di intervento. In tal senso si ritiene utile istituire un Tavolo di Coordinamento a livello regionale, costituito da rappresentanti del Servizio PATP (1 rappresentante dell'Ufficio 1 e un rappresentante dell'Ufficio 2), un rappresentante dei SIAN regionali ed un rappresentante dei SIAV regionali, un rappresentante degli USMAF, un rappresentante dei PIF-UVAC, due rappresentanti dell'ARPA e due dell'IZS (uno per il settore chimico ed uno per il settore microbiologico), un rappresentante per provincia dei NAS, un rappresentante del Corpo Forestale, un rappresentante Capitaneria di Porto, un rappresentante della Guardia Finanza.

1.10.1.1.6 Programmazione e attuazione di un sistema di audit.

Le vigenti disposizioni comunitarie prevedono che le Autorità Competenti siano tenute a procedere ad audit interni o possono far eseguire audit esterni per verificare che si stiano raggiungendo gli obiettivi delle medesime disposizioni in materia di sicurezza alimentare e quelli stabiliti con i Piani di programmazione regionale avviando, ove necessario, opportune azioni di miglioramento (azioni preventive, azioni correttive). Gli uffici designati ad autorità competente regionale ovvero Ufficio 1 - Sanità Pubblica, Igiene degli Alimenti e Sicurezza sul Lavoro e l'Ufficio 2- Sanità Veterinaria pianificano un programma di audit regionale sui Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. in materia di sicurezza alimentare, di regolamenti comunitari e di normative nazionali applicabili.

1.10.1.1.7 Miglioramento della gestione dei casi di allerta alimentare.

Si ritiene necessario istituire un nodo regionale unificato in grado di gestire in maniera coordinata ed uniforme le allerte sia di origine animale sia di origine vegetale. Appare inoltre indispensabile assicurare la standardizzazione delle procedure operative attraverso l'informatizzazione dei processi e la predisposizione di istruzioni operative destinate al nodo regionale, nonché attraverso la predisposizione di apposite linee guida regionali destinate ai punti di contatto delle AA.SS.LL.. Sarà inoltre costituito un team multidisciplinare, composto da 1 dirigente dei SIAN, un dirigente dei SIAV B, un dirigente dei SIAV C, un rappresentante dell'ARPA ed un rappresentante dell'IZS, in grado di fornire un supporto tecnico-scientifico al nodo regionale nei casi di particolare complessità. A livello delle AA.SS.LL. deve essere istituito, per ciascun Servizio competente in materia di sicurezza alimentare, ove non ancora presente, il "Punto di contatto territoriale" che dovrà essere organizzato e provvisto della dotazione strumentale minima come indicato nei punti successivi del presente Piano.

1.10.1.1.8 Ottimizzazione dei flussi informativi.

Già nel corso degli anni 2010 e 2012 è stato avviato un processo di riordino dei numerosi flussi informativi relativi alle attività svolte nel campo della sicurezza alimentare, al fine di soddisfare il debito informativo delle AA.SS.LL. nei confronti della Regione e di questa verso il Ministero della Salute. Nelle more dell'adozione di un Sistema Informativo Regionale, si ritiene indispensabile proseguire in tale attività, al fine di garantire la completezza e la coerenza dei dati rispetto a quanto previsto dalle vigenti normative e di individuare indicatori di efficacia e di efficienza delle attività svolte sempre più precisi e affidabili. Al fine di effettuare un'azione di verifica e monitoraggio delle attività, si ritiene

indispensabile acquisire dalle AA.SS.LL i dati relativi alle attività di campionamento, di cui al presente Piano, su base semestrale.

1.11 Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro

La necessità di una programmazione che valorizzi le specificità dei vari Enti aventi compiti in materia di salute e sicurezza del lavoro e, al contempo, l'unitarietà dell'azione congiunta assume particolare rilievo alla luce delle difficoltà gestionali determinate dalla *spending-review*. In tale senso, l'impianto normativo prevede l'attuazione degli indirizzi, rinvenuti dal Comitato ex art. 5 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i. ed approvati con Accordo di Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome, da parte del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 del medesimo decreto, dell'Ufficio Operativo Regionale e degli Organismi Provinciali. Dette sedi istituzionali risultano particolarmente qualificate anche ai fini dell'adozione delle necessarie funzioni di raccordo delle iniziative sviluppate dalle parti sociali, consentendo il progressivo sviluppo della bilateralità.

Con riferimento alle politiche di prevenzione degli infortuni sul lavoro, l'andamento temporale evidenzia una riduzione del numero di infortuni, a riprova dell'efficacia delle azioni prevenzionistiche poste in essere con il Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007 e 2010-2012 e relative proroghe (Tabella 10.1)

Tabella 10.1 Prevalenza degli infortuni sul lavoro , trend temporale. Puglia.

Tasso standardizzato infortuni definiti positivi	2009	2010	2011	Triennio 2009-2011
Bari	26,46	25,76	23,77	25,32
	26,08	25,51	23,66	25,08
Barletta-Andria-Trani	24,11	25,12	21,82	23,57
	20,51	20,29	18,25	19,61
Brindisi	35,39	31,72	30,66	32,38
	26,86	24,69	20,91	24,16
Foggia	33,36	30,89	26,99	30,59
	28,89	26,55	22,93	26,11
Lecce	28,56	27,81	25,01	27,04
	22,72	20,77	19,26	20,86
Taranto	34,20	37,29	35,98	34,83
	28,04	26,79	28,03	27,56
Puglia	27,60	27,17	25,55	26,69
	25,21	24,40	22,91	24,14
Italia	21,73	21,72	20,12	21,19
	21,73	21,72	20,12	21,19

Leggenda:

per Azienda	per Territorio
-------------	----------------

Ciononostante, la rappresentazione del fenomeno sul territorio eccede a tutt'oggi il livello nazionale, imponendo l'adozione di misure di contrasto. In particolare, il settore edile e l'agricoltura continuano a rappresentare una priorità regionale, in ragione sia della numerosa presenza di lavoratori che dell'elevata gravità degli eventi infortunistici. A tale scopo, la Regione Puglia con Deliberazione della Giunta 808/2010 aveva già avviato nell'ASL BT il processo di ottimizzazione della *governance* in materia di salute e sicurezza del lavoro nei cantieri edili mediante georeferenziazione delle notifiche preliminari, per estendere poi detta metodologia operativa a coprire 3 ASL sulle 6 totali.

Sul versante della prevenzione delle malattie professionali, l'andamento temporale registra una progressiva emersione del fenomeno con incremento dei valori numerici delle denunce per anno di manifestazione (Tabella 10.2.).

Tabella 10.2. Distribuzione del numero delle denunce delle malattie professionali per anno. Puglia

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1.555	1.463	1.445	1.502	1.479	1.651	1.628	1.811	1.920	2.343	2.198

L'apparato osteoarticolare e le neoplasie rappresentano le patologie che ricorrono più di frequente nella casistica. In tal senso, l'istituzione del Centro di Osservazione e Monitoraggio degli Infortuni e delle Malattie Professionali (COMIMP) ha lo scopo di garantire una piattaforma qualificata dal punto di vista tecnico-scientifico di supporto non soltanto alle attività assessorili, ma altresì a quelle del Comitato Regionale di Coordinamento ai sensi dell'art. 7 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i..

Il contrasto al fenomeno tecnopatico trova, infine, adeguato inquadramento nell'ambito di una politica complessiva di promozione del benessere organizzativo nelle aziende, che tende a valorizzare la persona umana in una prospettiva di continuo miglioramento del mondo del lavoro. La Regione Puglia ha fatto proprio questo orientamento mediante Legge Regionale del 10 marzo 2014, n. 8, favorendo al contempo l'adozione di percorsi di assunzione della Responsabilità sociale da parte delle imprese.

1.12 Sicurezza chimica (REACH-CLP)

Con Provvedimento del 26 aprile 2010, n. 1099, di modifica integrativa della Deliberazione del 15 marzo 2010, n. 729, la Giunta Regionale ha istituito l'Autorità competente regionale per l'attuazione del Regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH) e del Regolamento (CE) n. 1272/2008 (CLP) e ha incaricato il Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione dell'Assessorato alle Politiche della Salute a svolgere tale funzione. La funzione si articola sul livello regionale di Autorità competente e sulle articolazioni organizzative territoriali, rappresentate dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali. L'ARPA Puglia. Con determinazioni dirigenziali l'Autorità competente provvedeva alla nomina del personale autorizzato a svolgere le funzioni di vigilanza e controllo, nonché quelle di assistenza alle imprese ed ai cittadini/lavoratori, di informazione e formazione.

Le attività di prevenzione ai sensi della normativa chimica di prodotto hanno riguardato principalmente due ambiti, occupazionale ed ambientale. La programmazione regionale si è, infatti, indirizzata a supporto delle attività di tutela della salute in ambienti di lavoro da esposizione ad agenti chimici cancerogeni, mutageni, reprotossici e sensibilizzanti, promuovendo il coordinamento tra Autorità competente regionale REACH-CLP e UU.OO.CC. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro afferenti al Dipartimento di Prevenzione. Dal punto di vista ambientale, con nota del 04 aprile 2013, n. 5461, si segnalava la necessità di garantire la partecipazione del Dipartimento di Prevenzione quale articolazione organizzativa territoriale dell'Autorità competente regionale REACH-CLP alle Conferenze dei Servizi convocate ai sensi della Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. per le fattispecie di cui all'art. 208 del Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152 e s.m.i., particolarmente per quei casi in cui il recupero dei rifiuti determina la formazione di *end-of-waste*, come tale nuovamente immesso in commercio.

Un raccordo delle varie competenze assunte dall'Autorità competente regionale REACH-CLP sussiste nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento REACH-CLP che, nelle annualità passate, ha svolto funzione di confronto tra le differenti competenze che insistono sulla materia di cui trattasi.

Le attività di formazione sono state promosse nella prospettiva della creazione di figure professionali di alta competenza tecnico-specialistica in materia di sicurezza chimica di prodotto, che possano supportare le aziende del territorio nell'adempimento agli obblighi comunitari. Per questo motivo, l'Autorità competente regionale ha promosso congiuntamente con l'Università degli Studi di Bari l'istituzione di un Master di II livello sui regolamenti REACH-CLP, giunto al termine con gli esiti auspicati.

Infine, le attività di vigilanza sul territorio si sono svolte secondo modalità uniformi, considerato che la Regione Puglia ha deliberato l'approvazione di procedure e verbalistica finalizzata ai rilievi sanzionatori (Deliberazione della Giunta Regionale 12 dicembre 2011, n. 2816).

1.13 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione

La pratica vaccinale in Puglia è da sempre pianificata, coordinata e gestita dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione, in stretta sinergia con i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Medicina Generale.

Le vaccinazioni dell'infanzia e dell'adolescenza sono effettuate dai Servizi Vaccinali, presenti in ogni Comune. La somministrazione delle vaccinazioni dell'adulto e dell'anziano è eseguita negli ambulatori dei Medici di Medicina Generale in seguito a specifici accordi di programma e sempre sotto il coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione.

Al fine di dare attuazione alle azioni previste dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2012-2014, nell'ambito di ogni Servizio di Igiene e Sanità Pubblica delle ASL è stato individuato un referente aziendale che coadiuva il Direttore del Servizio.

In particolare, con DGR n. 241 del 18 febbraio 2013 è stata recepita l'Intesa Stato-Regioni del 22 febbraio 2012 relativa al Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2012-2014 ed è stato approvato il Calendario Regionale Vaccini, successivamente parzialmente emendato con DGR 958/2014.

Nelle tabelle 12.1, 12.2 e 12.3 sono illustrati gli standard di copertura vaccinale per l'anno 2013, previste dalla DGR 241/2013 e le ultime coperture rilevate a livello regionale.

Tabella 12.1. Coperture vaccinali (%) e standard di copertura nei bambini ≤24 mesi, coorte 2011 (rilevazione al 31 dicembre 2013)

Vaccino	Standard di copertura vaccinale	di	Coorte 2011
DTPa (3 dosi)	≥95%		95,7
IPV (3 dosi)	≥95%		95,7
Epatite B (3 dosi)	≥95%		95,7
Hib (3 dosi)	≥95%		95,6
PCV (3 dosi)	≥95%		92,9
Men C (1 dose)	≥95%		81,1
Epatite A (2 dosi)	≥80%		70,5
MPR° (1 dose)	≥95%		90,6
Varicella°° (1 dose)	≥95%		88,0

° Dosi di MPR + MPRV

°° Dosi di MPRV + anti-varicella V

Tabella 12.2. Coperture vaccinali (%) e standard di copertura nei bambini di 5-6 anni, coorte 2006 (rilevazione al 31 dicembre 2013)

Vaccino	Standard di copertura vaccinale	di	Coorte 2006
DTPa (richiamo)	≥95%		90,0
IPV (richiamo)	≥95%		90,0
MPR° (2 dosi)	≥95%		85,7
Varicella°° (2 dosi)	≥90%		73,8

° Dosi di MPR + MPRV

°° Dosi di MPRV + anti-varicella

Tabella 12.3. Coperture vaccinali (%) e standard di copertura negli adolescenti, coorte 1998 (rilevazione al 31 dicembre 2013)

Vaccino	Standard di copertura vaccinale	di	Coorte 1998
IPV (richiamo)	≥90%		24,5
dTpa (richiamo)	≥90%		71,4
MPR° (2 dosi)	≥95%		71,6
Varicella°° * (2 dosi)	≥95%		10,1
Men C** (1 dose)	≥95%		62,0
Men ACYW135 (1 dose)			8,5
Epatite A (2 dosi)	≥80%		72,1

° Dosi di MPR + MPRV

°° Dosi di MPRV + anti-varicella

* soggetti suscettibili

** alla coorte 1998 è stato offerto attivamente il vaccino MenC, non essendo ancora state fornite indicazioni sull'offerta di MenACYW135

Allo stato attuale, i dati di copertura per le vaccinazioni contenute nei prodotti esavalenti mostrano valori superiori al 95%, mentre per quanto riguarda la vaccinazione MPR nei nuovi nati, i valori di copertura non hanno ancora raggiunto l'obiettivo del 95% raccomandato dal Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita 2010-2015.

Le coperture per le vaccinazioni obbligatorie somministrate a 5-6 anni si attestano intorno al 90% mentre restano ancora margini di miglioramento per il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale negli adolescenti.

1.14 Sorveglianza delle malattie infettive e diffuse

Nell'ambito delle attività di monitoraggio delle strategie vaccinali, l'OER cura la **sorveglianza delle malattie infettive** prevista dal D.M. 15 dicembre 1990. In particolare, a partire dal 1 Ottobre 2013, è stato superato il sistema di segnalazione tradizionale cartaceo e le segnalazioni di malattie infettive e diffuse vengono registrate nell'area applicativa "Registro Malattie Infettive" del nuovo Sistema Informativo Sanitario della Regione Puglia Edotto che ha dunque sostituito il sistema SIMI adottato nella nostra Regione dal 1996.

Con DGR n. 565 del 2 aprile 2014 è stato istituito il **Piano regionale di sorveglianza speciale malattie infettive diffuse nella Regione Puglia** ed è stato individuato il Laboratorio di Biologia Molecolare dell'U.O.C. Igiene dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari come il laboratorio di riferimento regionale per tutte le attività di sorveglianza speciale.

Con DGR n. 1600 del 7 agosto 2012 è stata recepita l'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 23 marzo 2011 "**Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015**", individuando una rete regionale di operatori sanitari formalmente designati dai Direttori di Dipartimento di Prevenzione investiti del ruolo di "referenti per i rapporti con la Regione e con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale" per l'attuazione del PNEMoRc in ogni ASL.

Secondo i dati del sistema di sorveglianza attiva del morbillo, in Puglia nel 2013 sono stati registrati 33 casi sospetti di morbillo. La conferma di laboratorio è stata possibile nel 72,7% dei casi, dato inferiore rispetto allo standard dell'80% individuato nel PNEMoRc.

L'OER coordina la sorveglianza delle **malattie batteriche invasive**, come previsto nella DGR n. 565 del 2 aprile 2014. Tuttavia, tale sistema presenta diverse criticità; infatti, nel 2013, a fronte di 239 soggetti ospedalizzati con diagnosi di malattia batterica invasiva, solo per il 3,3% è stato inviato un campione biologico per la conferma diagnostica e la tipizzazione molecolare al Laboratorio di Riferimento Regionale.

Anche il sistema di sorveglianza della **Tubercolosi**, istituito con DGR 614/2000, necessita di una importante azione di revisione e aggiornamento, sia in ordine alla rete di sorveglianza sia in ordine alle procedure per la diagnosi e la valutazione della farmaco-resistenza.

Il Sistema di Sorveglianza per le **nuove diagnosi/infezioni da HIV** in Puglia ha preso avvio a partire dal 1 gennaio 2009 (D.M. del 31 marzo 2008 recepito dal Prot.n. 24/16943/1 del 18/11/2008 della Regione Puglia) e sono stati raccolti, in modo retrospettivo, anche i dati relativi agli anni 2007-2008. Dal 1 aprile 2012, le nuove diagnosi/infezioni da HIV vengono segnalate da parte dei referenti dei centri clinici mediante inserimento dei dati direttamente sul sito web dell'OER Puglia.

I dati della Sorveglianza elaborati per gli anni 2007-2013, indicano che, complessivamente, sono state notificate in Puglia 874 nuove diagnosi di infezione da HIV di cui 793 in residenti (660 italiani e 133 stranieri). Di questi, sono stati diagnosticati come Late Presenters il 59% (514 soggetti) dei casi.

1.15 Screening

Nel 2008 in Italia si sono stimate in circa 1.800.000 le persone che hanno avuto nel passato un cancro: il numero crescente di malati lungo sopravvivenuti definisce nuovi bisogni, sia per quanto riguarda la riabilitazione, sia sotto il profilo sociale.

In Puglia la prevenzione secondaria dei tumori è stata affidata per molto tempo all'iniziativa personale e solo con l'avvento dei Piani della Prevenzioni c'è stata una volontà di organizzare in maniera uniforme e standardizzata la chiamata attiva di tutte le donne target.

1.15.1 Risultati

La performance dei programmi di screening regionali è stata valutata attraverso il calcolo di indicatori standardizzati a livello nazionale.

Indicatori per la valutazione della performance dei programmi di screening del carcinoma della mammella.

- **Estensione nominale:** quota di popolazione in fascia di età target (50 – 69 anni) residente in zone in cui è attivo un programma di screening organizzato.

- **Estensione effettiva:** denominatore: 1/2 della popolazione di 50 – 69 anni residente nell'anno; numeratore: numero di donne invitate.
- **Adesione all'invito:** denominatore: numero di donne invitate; numeratore: numero di donne che hanno aderito all'invito.
- **Referral rate:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di donne inviate al secondo livello.
- **Detection rate:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di carcinomi diagnosticati; casi per 1.000 donne screenate.

Tabella 14.1. Indicatori di *performance* del programma di screening per il tumore della mammella. Puglia 2013.

Indicatori	2013
Estensione nominale del programma	100,0%
Estensione effettiva del programma	26,5%
Adesione all'invito	68,3%
Referral Rate	9,1%
Detection rate	3,2 x1000

Indicatori per la valutazione del programma di screening del tumore della cervice uterina.

- **Estensione nominale:** quota di popolazione in fascia di età target (25 – 64 anni) residente in zone in cui è attivo un programma di screening organizzato.
- **Estensione effettiva:** denominatore: 1/3 della popolazione di 25 – 64 anni residente nell'anno; numeratore: numero di donne invitate.
- **Adesione all'invito:** denominatore: numero di donne invitate; numeratore: numero di donne che hanno aderito all'invito.
- **Raccomandazione alla ripetizione della citologia:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di donne a cui è stata raccomandata la ripetizione della citologia.
- **Referral rate:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di donne inviate in colposcopia.
- **Detection rate:** denominatore: numero di donne screenate; numeratore: numero di donne con una lesione CIN2+ confermata istologicamente; casi per 1.000 donne screenate.
-

Tabella 14.2. Indicatori di *performance* del programma di screening per il tumore della cervice uterina. Puglia 2013.

Indicatore	2013
Estensione nominale del programma	100,0%
Estensione effettiva del programma	46,4%
Adesione all'invito	33,5%
Referral Rate	1,7%
Detection rate	1,2 x1000

Tabella 14.3. Indicatori di *performance* del programma di screening per il tumore del colon retto. Puglia (Bari e Bt) 2013.

Puglia 2013

Estensione nominale del programma	A: Popolazione residente in fascia d'età bersaglio	415.780
	B: Residenti 50 - 70 anni	415.780
	A/B*100	100
Estensione effettiva del programma	A: Numero di persone invitate	33.896
	B: Residenti 50 - 70 anni /2	207.890
	A/B*100	16,3
Adesione corretta all'invito	A: Persone aderenti al primo livello (screenate)	7.106
	B: Numero di persone invitate - numero di inviti inesitati	33.896
	A/B*100	21,0
Positività al SOF	A: Numero di persone con SOF positivo	
	B: Numero di persone screenate	7.106
	A/B*100	6,8
Tasso di identificazione totale = Detection rate	A: Carcinomi invasivi	17
	B: Numero di persone screenate	7.106
	A/B*1000	2,4

Comunicazione

Dalle recenti esperienze è emerso che un aspetto trascurato e poco curato nei precedenti piani di Prevenzione è quella della comunicazione in Sanità.

Il sistema di comunicazione deve essere via via migliorato e valorizzato a tutti i livelli, esteso ai medici di famiglia e deve coinvolgere tutti gli operatori della prevenzione atteso che ciascun intervento, per le caratteristiche di particolare e 'forte' interazione tra gli interlocutori coinvolti, dovrebbe rappresentare una occasione per indurre un cambiamento positivo delle condizioni di salute e del miglioramento delle condizioni di vita ed un tentativo di persuadere i diversi target a modificare i propri comportamenti e stili.

La globalizzazione e la crescente sensibilizzazione ai problemi della salute hanno portato ad indicare sempre più la comunicazione come fondamentale strumento di percezione corretta dei problemi, ed importante strumento per la realizzazione di interventi efficaci e di qualità. A tal punto che le strategie sanitarie internazionali investono spesso su adeguate modalità di comunicazione che dovrebbero essere predisposte tra e nei confronti di tutti coloro che collaborano alla realizzazione della prevenzione siano essi utenti ovvero esperti, ergonomi, biologi, chimici, fisici, psicologi, ingegneri, progettisti, medici igienisti o competenti, esperti di management.

Si ricorda che già le Linee Guida del 2002 - emanate dalla Conferenza Stato Regioni per "La prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione" - stabiliscono "come occorre lavorare per obiettivi di salute prioritari e tra gli elementi caratterizzanti la cultura della Sanità pubblica vi sono la comunicazione, la percezione del rischio oltre ad altri 'indicatori' quali assicurazione di qualità, revisione e miglioramento continuo della qualità professionale, tecnologica e relazionale". E anche il Piano sanitario nazionale appena approvato ha

ribadito che per la prevenzione sanitaria e la promozione della salute occorre "sviluppare strategie per una comunicazione coerente ed efficace".

La comunicazione assolve importanti funzioni di sviluppo, occorre sempre più innovare le modalità di approccio ai problemi di prevenzione al fine di contribuire ad una migliore, attenta analisi della percezione del rischio ed alla gestione dei rapporti con il pubblico in situazioni di rischio producendo una corretta informazione attraverso i canali di maggiore diffusione per contribuire a migliorare le strategie per la promozione della salute.

A fronte di mutamenti legati ai cambiamenti sociali, economici, demografici legislativi e tecnologici, una efficace e corretta comunicazione con i cittadini può essere di supporto agli interventi di promozione della salute.

Il sistema vincente, secondo i maggiori esperti di comunicazione istituzionale, è quello di associarsi e costruire alleanze tra il settore pubblico, quello privato, i media, le organizzazioni sindacali e paritetiche e la società civile per creare azioni sostenibili, condivisibili ed efficaci in campo epidemiologico, organizzativo, normativo e regolamentare.

E per realizzare gli obiettivi citati occorre, ad esempio, migliorare le competenze dei professionisti e cultori della prevenzione già operanti, predisporre iniziative a forte valenza formativa e specialistica nella scuola, nell'Università e nel lavoro in tema e con contenuti comunicativi, puntare sempre di più sulla interdisciplinarietà e sull'apporto di diversificate competenze professionali nella realizzazione delle attività di prevenzione, avere e sviluppare nuove modalità di approccio ai problemi della sicurezza e della prevenzione basati sul concetto della efficacia delle azioni in funzione delle abilità comunicative applicate e della corretta analisi epidemiologica.

Macro aree Regionali

1.16 Promozione della Salute

Programma	Macro obiettivo	Obiettivi centrali	
Promozione della Salute	2.1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale	
		Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)	
		Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta	
		Ridurre il numero dei fumatori	
		Estendere la tutela dal fumo passivo	
		Ridurre il consumo di alcol a rischio	
		Aumentare il consumo di frutta e verdura	
		Ridurre il consumo eccessivo di sale	
		Aumentare l'attività fisica delle persone	
		2.3 Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti	Rafforzare le capacità di resilienza e promozione dei processi di empowerment personali e sociali
			Identificare tempestivamente i soggetti con problemi emozionali e/o comportamentali e di disagio sociale
		2.4 Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)	Aumentare la percezione del rischio e l'empowerment degli individui
		2.5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	Ridurre il numero di decessi per incidente stradale
			Ridurre il numero di ricoveri per incidente stradale
Aumentare i soggetti con comportamenti corretti alla guida			
2.6 Prevenire gli incidenti domestici	Ridurre gli incidenti domestici e del tempo libero		
	Aumentare il livello di attività fisica negli ultra64enni		
	Aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi e delle misure di prevenzione attuabili nella popolazione generale e a rischio, nei genitori e nei care giver		
	Migliorare la conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione da parte degli operatori sanitari, MMG e PLS		
	Migliorare la conoscenza del fenomeno degli avvelenamenti in ambiente domestico		
2.7 Prevenire infortuni e malattie professionali	Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori		
2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare		
	Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV		

Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi

2.9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie

Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)

1.17 Salute e Ambiente

Macro obiettivo	Obiettivi centrali
Salute e Ambiente 2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	Realizzare attività di supporto alle politiche ambientali di miglioramento qualità aria, acqua, suolo secondo il modello della "Salute in tutte le politiche"
	Migliorare la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali/salute attraverso:
	- il monitoraggio degli inquinanti ambientali cui è esposta la popolazione
	- il potenziamento della sorveglianza epidemiologica
	Sviluppare percorsi e strumenti interdisciplinari per la valutazione preventiva degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali
	Sviluppare modelli, relazioni interistituzionali per la valutazione degli impatti sulla salute dei fattori inquinanti
	Sviluppare le conoscenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente, MMG e PLS, sui temi di integrazione ambiente-salute, della valutazione di impatto e di danno sanitario e della comunicazione del rischio
	Comunicare il rischio in modo strutturato e sistematico
	Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi
	Formare gli operatori dei servizi pubblici sui temi della sicurezza chimica e prevalentemente interessati al controllo delle sostanze chimiche con la finalità di informare e assistere le imprese e i loro Responsabili dei servizi di Prevenzione e Protezione (RSPP) e ambientali interessati all'uso e alla gestione delle sostanze chimiche
	Contribuire alla conoscenza dell'impatto della problematica amianto sulla popolazione
	Promuovere le buone pratiche in materia di sostenibilità ed eco-compatibilità nella costruzione/ristrutturazione di edifici, anche in relazione al rischio radon
	Sensibilizzare la popolazione sul corretto uso della telefonia cellulare
Sensibilizzare la popolazione, soprattutto i giovani e i giovanissimi e i professionisti coinvolti, sui rischi legati all'eccessiva esposizione a radiazioni UV	

1.18 Sicurezza Alimentare

Programma	Macro obiettivo	Obiettivi centrali
Sicurezza Alimentare	2.10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	Adottare piani di controllo/monitoraggio integrati per la gestione del rischio fisico e chimico (ambientale e tecnologico) nelle matrici alimentari e negli alimenti per gli animali, nell'ottica dell'integrazione tra sanità pubblica, ambiente e agricoltura
		Ridurre il fenomeno dell'antibiotico resistenza tramite la corretta gestione del farmaco
		Sviluppare protocolli di collaborazione tra ospedali/laboratori di diagnostica/sorveglianza umana e laboratori deputati alla diagnostica/sorveglianza nel settore alimentare e veterinario
		Gestire le emergenze veterinarie e relative alla sicurezza alimentare epidemiche e non e gli eventi straordinari
		Prevenire le malattie infettive e diffuse di interesse veterinario trasmissibili tramite vettori animali
		Assicurare un'appropriata capacità di laboratorio della rete dei laboratori pubblici
		Prevenire il randagismo, comprese misure che incentivino le iscrizioni in anagrafe degli animali da affezione, ed i relativi controlli, sui canili e rifugi
		Aumentare l'offerta di alimenti idonei a soggetti allergici e intolleranti, ivi inclusi le persone celiache
		Ridurre i disordini da carenza iodica
		Formare adeguatamente in merito alle tecniche e all'organizzazione del controllo ufficiale. Realizzare gli audit previsti dall'art. 4 paragr. 6 del reg. CE 882/2004

1.19 Salute e Sicurezza nei luoghi di Lavoro

Programma	Macro obiettivo	Obiettivi centrali	
Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro	2.7 Prevenire infortuni e malattie professionali	Implementare il grado di utilizzo dei sistemi e degli strumenti informativi di cui agli Atti di indirizzo del Comitato ex articolo 5/81 approvati mediante Accordo di conferenza tra Stato e Regioni	
		Incrementare la collaborazione tra operatori sanitari per favorire l'emersione e il riconoscimento delle MP	
		Sostenere il ruolo di RLS/RLST e della bilateralità	
		Promuovere/favorire l'adozione da parte delle imprese di buone prassi e percorsi di Responsabilità sociale	
		Promuovere/favorire programmi di miglioramento del benessere organizzativo nelle aziende	
		Coinvolgere l'istituzione scolastica nello sviluppo delle competenze in materia di SSL nei futuri lavoratori	
		Promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza e l'approccio di tipo proattivo dei servizi pubblici attraverso l'adozione di piani integrati di prevenzione degli infortuni	
		Migliorare la qualità e l'omogeneità dell'attività di vigilanza anche attraverso l'incremento dell'utilizzo di strumenti di enforcement quali l'audit	
		2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	Realizzare programmi di controllo in materia di REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele contenute nei fitosanitari, cosmetici, biocidi, detergenti e sulle sostanze chimiche/miscele, in genere, pericolose per l'uomo e per l'ambiente basati sulla priorità del rischio secondo i criteri europei e sulla categorizzazione dei rischi

1.20 Prevenzione delle malattie infettive e vaccinazioni

Programma	Macro obiettivo	Obiettivi centrali
Prevenzione delle malattie infettive e vaccinazioni	2.9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	Aumentare la frequenza di identificazione e caratterizzazione dell'agente patogeno per le malattie prioritarie
		Identificare tempestivamente i casi e i rischi infettivi, anche mediante sistemi di allerta precoce
		Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile
		Aumentare la segnalazione delle malattie infettive da parte degli operatori sanitari (medici di famiglia, medici ospedalieri, laboratoristi)
		Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV)
		Completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali interoperabili a livello regionale e nazionale tra di loro e con altre basi di dati (malattie infettive, eventi avversi, residente/assistiti)
		Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)
		Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione
		Predisporre piani nazionali condivisi tra diversi livelli istituzionali per la preparazione e la risposta alle emergenze infettive (AC)
		Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)
		Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale
		Promuovere la consapevolezza da parte della comunità nell'uso degli antibiotici
		Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

1.21 Screening

Programma	Macro obiettivo	Obiettivi centrali
Screening	2.1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)
		Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico
		Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA
		Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella
	2.2 Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	Effettuare lo screening audiologico neonatale in tutti i punti nascita
		Effettuare lo screening oftalmologico neonatale in tutti i punti nascita

1.22 Sistemi di Sorveglianza

Programma	Macro obiettivo	Obiettivi centrali
Sistemi di Sorveglianza	2.1 Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	Monitorare/Valutare
	2.2 Ridurre le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	Monitorare/Valutare
	2.3 Promuovere il benessere mentale nei bambini e negli adolescenti	Monitorare/Valutare
	2.4 Prevenire le dipendenze (sostanze, comportamenti)	Monitorare/Valutare
	2.5 Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	Monitorare/Valutare
	2.6 Prevenire gli incidenti domestici	Monitorare/Valutare
	2.7 Prevenire infortuni e malattie professionali	Monitorare/Valutare
	2.8 Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	Monitorare/Valutare
	2.9 Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	Monitorare/Valutare
	2.10 Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli	Monitorare/Valutare