

CancerStat Umbria

Registro Tumori
Umbro di Popolazione

Registro Nominativo
delle Cause di Morte

Registro Regionale
dei Mesoteliomi

Direttore:
Francesco La Rosa

Coordinatore:
Fabrizio Stracci

Dipartimento di
Specialità Medico-
Chirurgiche e Sanità
pubblica.
Sezione di Sanità
Pubblica.
Università degli Studi
di Perugia.

Regione dell'Umbria.
Direzione regionale
Salute, coesione sociale
e società della
conoscenza



R. T. U. P.



Anno IV No. 4-5
Aprile-Maggio
2013
ISSN 2039-814X

Attività oncologica della Clinica Dermatologica del Policlinico Universitario di Terni

Oncologic activity at the Dermatologic Clinic of Terni
M. Papini, F. Arcangeli, V. Fabrizi
pag. 269

I dati 2008-2011 del Sistema di sorveglianza PASSI sugli screening in Umbria

C. Bietta, M. Giaimo pag. 274

La prevenzione ambientale e gli esposti

Indagine sui punti di vista di comitati territoriali per la
salute e la qualità dell'ambiente sulle attività di
prevenzione.

C. Romagnoli pag. 299

CancerStat Umbria

Registro Tumori
Umbro di Popolazione

Registro Nominativo
delle Cause di Morte

Registro Regionale
dei Mesoteliomi

Direttore:

Francesco La Rosa

Coordinatore:

Fabrizio Stracci

Collaboratori:

Anna Maria Petrinelli

Daniela Costarelli

Fortunato Bianconi

Valerio Brunori

Daniela D'Alò

Silvia Leite

Maria Saba Petrucci

Francesco Spano

Segreteria:

Luisa Bisello

Regione dell'Umbria.
Direzione regionale
Salute, coesione sociale
e società della
conoscenza

Emilio Duca

Paola Casucci

Marcello Catanelli

Mariadonata Giaimo



Anno IV No. 4-5, Aprile-Maggio 2013

ISSN 2039-814X

Codice CINECA-ANCE E205269

Pubblicato da:

Registro Tumori Umbro di Popolazione

Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche e
Sanità Pubblica. Sezione di Sanità Pubblica.

Università degli Studi di Perugia.

Via del Giochetto

06100 Perugia

Tel.: +39.075.585.7329 - +39.075.585.7366

Fax: +39.075.585.7317

Email: rtupop@unipg.it

URL: www.rtup.unipg.it



Attività oncologica della Clinica Dermatologica del Policlinico Universitario di Terni.

Oncologic activity at the Dermatologic Clinic of University Hospital of Terni.

Papini M¹, Arcangeli F², Fabrizi V³

¹Università di Perugia, Direttore SC Clinica Dermatologica di Terni

²Dirigente Medico, SS Dermatologia Chirurgica e Oncologica

³Medico in formazione Scuola di Specializzazione in Dermatologia e Venereologia, Università di Perugia

L'oncologia costituisce una delle priorità del sistema salute nazionale e regionale e, in questo ambito, i tumori cutanei si inseriscono a pieno titolo, sia per l'elevata incidenza e prevalenza dei tumori non-melanoma (NMSC), che sono nel loro insieme i tumori più frequenti in assoluto, sia per l'incremento marcato e costante del melanoma maligno (CM) che si registra ormai da decenni in tutti i Paesi industrializzati. In questo contesto, già da oltre un decennio, è stata strutturata l'attività dermo-chirurgica e oncologica della Clinica Dermatologica di Terni, che, dopo una prima fase non coordinata, ha visto il riconoscimento da parte della Direzione aziendale dapprima di un'Unità Operativa e poi di una Struttura Semplice affidata a un dirigente medico di alta competenza professionale in questo settore della dermatologia.

L'attività oncologica della nostra clinica dermatologica è molto articolata e coinvolge tutti i livelli della prevenzione, diagnosi, terapia e follow-up delle lesioni neoplastiche benigne e maligne della cute, inclusi anche i linfomi cutanei primitivi e secondari. Partecipano all'attività non solo il dirigente medico incaricato per la SS di Dermatologia Chirurgica e Oncologica, ma anche tutti gli altri dirigenti medici della clinica e i medici in formazione della scuola di specializzazione in Dermatologia e Venereologia affidati al tutoraggio della prof.ssa Papini. Particolare importanza ha inoltre l'integrazione con tutte le competenze cliniche dei componenti del Gruppo Oncologico Multidisciplinare

Oncology is a priority of the national and regional health system and, in this context, skin cancers have an important place both for the high incidence and prevalence of non-melanoma skin cancer (NMSC), which are, as a whole, the most frequent cancers in absolute terms, and the marked and constant increase of cutaneous melanoma (CM) that is registered for decades in all industrialized countries. In this context, already more than a decade ago, the Dermatology Clinic of Terni has structured a dermo-surgical oncologic section, which, after an initial phase uncoordinated, has been recognized by the hospital management as an operative unit provided by a dedicated physician of high professional competence in this field of dermatology.

The oncologic activity of our dermatology clinic is rather complex and involves all levels of prevention, diagnosis, treatment and follow-up of benign and malignant neoplastic lesions of the skin, also included primary and secondary cutaneous lymphomas. Oncologic activity is operated not only the physician in charge of structure of Dermato-surgical Oncology, as well as all the other physicians of the clinic and doctors in training of graduate school in Dermatology and Venereology assigned to the tutoring of Prof. Papini. Particular importance is integration with all the clinical skills of the members of the Multidisciplinary Oncology Group (GOM) for CM and the Regional Oncology Network (ROR).

(GOM) aziendale per il Melanoma Maligno e della Rete Oncologica Regionale (ROR).

Organizzazione dell'attività clinica

Si dedica a tempo pieno all'attività oncologica un dirigente medico, mentre altri tre medici vi si interessano a tempo parziale; uno o due specializzandi affiancano, a turno, i medici strutturati. Il personale infermieristico, costituito da 4 unità, collabora a turno alle attività. Gran parte dell'attività di oncologia dermatologica si svolge presso il reparto, dove si eseguono le visite, le dermatoscopie, le biopsie incisionali ed escissionali, la fototerapia dei linfomi e la terapia fotodinamica, e presso la sala operatoria del poliambulatorio o quella della chirurgia generale, dove vengono eseguiti gli interventi di maggiore complessità e/o quelli che richiedono la presenza dell'anestesista.

L'organizzazione dell'attività oncologica prevede:

- **ambulatorio dermo-chirurgico:** 10 prime visite alla settimana, prenotate attraverso il CUP; consulenze per la SC di Oncologia o per altri reparti; biopsie incisionali o escissionali (in media 8-10 alla settimana) a prenotazione diretta presso il reparto; medicazioni post-intervento e rimozione punti di sutura; visite di controllo;
- **ambulatorio di dermatoscopia:** 10 prime visite alla settimana, prenotate attraverso il CUP; visite di controllo e consulenze per il Servizio Oncologico, follow-up dermoscopico dei soggetti con pregresso CM e di altri soggetti ad alto rischio;
- **interventi in sala operatoria:** 5-10 alla settimana (in base alla complessità e alla sedute operatorie assegnate); interventi di radicalizzazione per melanoma maligno e di biopsia del linfonodo sentinella (in collaborazione con i chirurghi della SC di Day Surgery);
- **ambulatorio di terapia fotodinamica:** 5-10 trattamenti alla settimana, in base alla

Organization of clinical activity

A medical assistant devote himself full-time to the dermo-oncologic service, while three other doctors are involved in part-time; one or two interns joined, in turn. The nursing staff consists of 4 units, which in turn collaborates activities. A large part of dermatological oncology takes place at the department, where you do the visits, dermoscopies, incisional and excisional biopsies, photodynamic therapy, and phototherapy for lymphomas, and in the operating room of the general surgery, where are performed interventions of greater complexity and/or those that require the presence of the anesthetist.

The organization of dermato-oncology unit includes:

- **outpatient dermo-oncology service:** 10 visits a week for new patients, booked through the CUP; follow-up visits; consultant activity for general oncology department or other departments; incisional and excisional biopsies (average 8-10 per week) to booking directly with the department; medications post-intervention;
- **outpatient dermatoscopy service:** 10 visits a week for new patients, booked through the CUP; visits and consultations for the Oncology Service; dermoscopic follow-up after intervention for CM and for subjects at high risk.
- **interventions in the operating room:** 5-10 per week (depending on the complexity and operating sessions assigned); interventions for radicalization of CM and sentinel lymph node biopsy (in collaboration with general surgeons and Day Surgery Service);
- **Photodynamic therapy clinic:** 5-10 treatments per week, depending on the complexity; nota bene: photodynamic therapy is discontinued during the months from June to September due to incompatibility with sun exposure;

complessità; nota bene: la terapia fotodinamica viene sospesa nei mesi da giugno a settembre causa incompatibilità con l'esposizione solare;

- **ambulatorio di fototerapia:** trattamenti di terapia UVB-narrow band, UVA, UVA1, PUVA e Re-PUVA.

L'attività complessiva è in continua crescita. Nei primi 10 mesi dell'anno 2012, sono state eseguite 549 visite, 242 medicazioni; 454 dermatoscopie, 75 sedute di terapia fotodinamica per pre-cancerosi e tumori superficiali; 99 ricoveri in regime di day hospital. Nel 2012 sono stati inoltre seguiti e trattati 21 pazienti affetti da linfomi primitivi cutanei. L'attività chirurgica nello stesso anno è riassunta nella tabella 1.

Il GOM aziendale per il Melanoma Maligno si riunisce mensilmente con la partecipazione di tutti gli specialisti coinvolti nella gestione dei pazienti con CM, con NMSC e con altre forme di neoplasie cutanee. Dermatologi, oncologi, chirurgo generale, radioterapista, medico nucleare, anatomo-patologo discutono i casi più complessi e si aggiornano sui nuovi orientamenti clinici e terapeutici. Almeno due volte all'anno si riunisce, inoltre, il GOM regionale. Dai lavori di tale gruppo interaziendale e della Rete Oncologica Regionale sono scaturite le Linee guida e raccomandazioni cliniche per la gestione del paziente con melanoma cutaneo, presentate ufficialmente nel corso del meeting annuale tenutosi a Perugia il 19 novembre 2011.

Attività di prevenzione e scientifica

L'attività è integrata anche dalla collaborazione con le associazioni dei malati (Amici della Pelle, LILT e altre) per la collaborazione in campagne d'informazione sui tumori della pelle e sulla loro prevenzione e diagnosi precoce. Tutti i sanitari partecipano alle giornate nazionali di prevenzione di tali tumori (skin cancer day, melanoma day) e organizzano interventi educativi nelle scuole e di conferenze e incontri

- **outpatient phototherapy treatment for cutaneous lymphomas:** treatments with UVB-narrow band, UVA, UVA1, PUVA and Re-PUVA.

The overall activity is growing. In the first 10 months of 2012, have been carried out 549 visits, 242 dressings, 454 dermoscopies, 75 sessions of photodynamic therapy for superficial tumors and pre-cancerous lesions and 99 admissions to one-day hospital care. In 2012 were also monitored and treated 21 patients with primary cutaneous lymphomas. Surgical activity in the same year is summarized in the table 1.

The GOM for Melanoma meets monthly with the participation of all the specialists involved in the management of patients with CM, with NMSC and other forms of skin cancer. Dermatologists, oncologists, general surgeon, radiation oncologist, nuclear medicine, pathologist discuss the most complex cases and update on new clinical recommendations and treatment. Furthermore, Regional GOM meets at least twice a year to share experience and work together. The work of this group and the Regional Oncology Network gave rise to the regional guidelines and recommendations for the clinical management of patients with cutaneous melanoma, officially presented during the annual meeting held in Perugia November 19, 2011.

Prevention and scientific activity

The clinical activity is also integrated by the collaboration with patients' associations (Amici della Pelle, LILT and others) working in information campaigns on skin tumors and their prevention and early detection. All the physicians participate in the national and international days of prevention of these tumors (national skin cancer day, melanoma day), organize educational interventions in schools and conferences and meetings aimed at general practitioners, nurses and the population of the territory.

The scientific activity of the Dermatological

rivolti ai medici di medicina generale, agli infermieri e alla popolazione del territorio.

L'attività scientifica della clinica dermatologica di Terni in campo oncologico riguarda soprattutto gli aspetti epidemiologici dei tumori cutanei nella popolazione generale e in particolari gruppi di soggetti a rischio (immunocompromessi, soggetti con altre neoplasie extracutanee, soggetti con lichen sclerosus), le complicanze della chirurgia dermatologica, la descrizione di casi clinici rari.

Le complicanze post-chirurgiche e il cancro del pene sono stati oggetto di tesi di laurea e/o specializzazione sperimentali e i risultati definitivi di tali lavori sono in fase di elaborazione statistica e saranno oggetto di future pubblicazioni.

Clinic of Terni on oncology mainly concerns the epidemiological aspects of skin cancer in the general population and among specific groups at risk (immunocompromised patients, subjects with extracutaneous malignancies, patients with lichen sclerosus), the complications of dermatological surgery, and the description of clinical cases rare. Post-surgical complications and cancer of the penis have been the subject of recent investigation and the final results of these works are in the process of statistical analysis and will be the subject of future publications.

Table 1. 2012 surgical activity of the Dermatologic Clinic of Terni.

Intervention	Diagnosis				
	Basal cell carcinoma	Squamous cell carcinoma	Malignant melanoma	Melanocitic nevi	Other lesions
Simple excision or excisional biopsy	166	31	13	130	109
Excision with plastic flap	25	7	-	-	1
Excision with plastic plug	2	2	4	-	-
Melanoma radicalization			25	-	
Incisional diagnostic biopsy	7	10	-	-	104
Sentinel lymph node biopsy	-	-	24	-	-
Total of surgical procedures 600	200	50	66	130	214

The most recent publications on oncology topics:

- 1) Stracci F, Fabrizi V, D'Alò D, La Rosa F, Papini M. Risk of multiple primary cancers following melanoma and non-melanoma skin cancer. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012; 26:1384-1388.
- 2) Gruppo Oncologico Multidisciplinare Regionale per il melanoma: Linee guida per la gestione dei pazienti affetti da melanoma cutaneo.

http://www.reteoncologicaumbria.org/component/option,com_docman/Itemid,41/taskat_view/gid,85/

- 3) Sanguinetti A, Ragusa M, Calzolari F, D'Ajello F, Fioriti L, Papini M, Sidoni A, Roila F, Avenia N. Invasive ductal carcinoma arising in ectopic breast tissue of the axilla. Case report and review of the literature. *G Chir.* 2010;31:383-386.

- 4) Ascani S, Massone C, Ferrara G, Rongioletti F, Papini M, Pileri S, Cerroni L. CD4-negative variant of CD4+/CD56+ hematodermic neoplasm: description of three cases. *J Cutan Pathol.* 2008; 35:911-915.

I dati 2008-2011 del Sistema di sorveglianza PASSI sugli screening in Umbria

Carla Bietta¹, Mariadonata Giaimo²

Gruppo tecnico di coordinamento nazionale PASSI: S. Salmaso³, M. Masocco³, S. Baldissera³, N. Bertozzi⁴, S. Campostrini⁵, G. Carrozzi⁶, P. D'Argenio³, A. D'Argenzio⁷, P. Fateh-Moghadam⁸, G. Ferrante³, V. Minardi³, V. Possenti³, E. Quarchioni³, M.O. Trinito⁹, S. Vasselli¹⁰

¹ Coordinatore regionale sistema PASSI – UOSD Epidemiologia Azienda USL Umbria 1

² Dirigente Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare – Regione Umbria

³ Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps)-Iss, Roma

⁴ Dipartimento di sanità pubblica, Ausl Cesena

⁵ Dipartimento di statistica, Fondazione Università Ca'Foscari, Venezia

⁶ Dipartimento di sanità pubblica, Ausl Modena

⁷ Dipartimento di prevenzione, Asl Caserta

⁸ Promozione ed educazione alla salute, Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento

⁹ Dipartimento di Prevenzione, Usl Roma C

¹⁰ Ministero della Salute, Roma

Si ringrazia:

Per il gruppo di coordinamento regionale PASSI: A. Tosti, M. Cristofori, D. Felicioni, U. Bicchielli, il team PASSI di ciascuna ASL e il gruppo degli intervistatori. Con la collaborazione di Francesca Cioccoloni

Presentazione

Avviare i tre screening oncologici il più tempestivamente possibile per la Regione Umbria è stato un impegno coerente con una visione della sanità che associa il primato della prevenzione con quello dell'innovazione tecnologica e della compatibilità economica.

Oggi, che gli screening del tumore della mammella e del collo dell'utero sono oramai in corso da anni e quello per il colon-retto ha avviato il suo quarto ciclo, non ci basta più poter dire che in Umbria gli screening funzionano: abbiamo la necessità di dimostrare che una scelta teoricamente giusta sta funzionando anche nella pratica e dobbiamo assicurarci che gli obiettivi principali siano stati raggiunti, valutando al contempo quali fattori possono ancora frapporti a un pieno successo di questa importante attività di diagnosi precoce.

Va sottolineato come l'importante azione di sorveglianza e la valutazione di queste attività non necessita di costosi studi accessori ma può essere realizzata mettendo a frutto i risultati offerti dai sistemi informativi e di sorveglianza epidemiologica già attivi: tra questi il sistema di

sorveglianza PASSI che consente di stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione.

Introduzione

In questo documento vengono descritti il contesto epidemiologico di riferimento relativo ai programmi di screening attivati nella regione Umbria, i principali indicatori di risultato e alcuni fattori condizionanti la partecipazione.

L'indicatore di esito su cui si punta l'attenzione è la partecipazione, perché da questa dipende, a parità di efficacia dell'azione di screening, il numero di persone che effettivamente non svilupperanno il tumore o non moriranno a causa di esso.

La variabilità della partecipazione è un problema importante: non tutti i fattori che la influenzano sono noti e suscettibili di azioni di correzione; tuttavia, molti dei fattori riportati da studi scientifici, sono analizzati dal sistema di sorveglianza PASSI.

Note metodologiche

Il Sistema di Sorveglianza PASSI

Nel 2006, il Ministero della Salute ha affidato al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (**PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia**).

L'obiettivo del sistema è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione, fornendo tempestive informazioni sulle dinamiche dei suddetti fenomeni.

I punti di forza di questo sistema di sorveglianza sono:

- essere rappresentativo della popolazione
- fornire tempestive informazioni sulle dinamiche dei fenomeni di interesse per la salute pubblica
- consentire la messa a punto di azioni correttive nei programmi di salute
- fornire un dettaglio di informazione fino al livello di ASL.

Tipo di studio

PASSI è un sistema di sorveglianza locale, con valenza regionale e nazionale. La raccolta dati avviene a livello di ASL tramite somministrazione telefonica di un questionario standardizzato e validato a livello nazionale e internazionale.

Le scelte metodologiche sono conseguenti a questa impostazione e pertanto possono differire dai criteri applicabili in studi che hanno obiettivi prevalentemente di ricerca.

Popolazione in studio

La popolazione in studio è costituita dalle persone di 18-69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie.

I criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio di competenza della Azienda Sanitaria e la disponibilità di un recapito telefonico.

I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana (per gli stranieri), l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero

ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Strategie di campionamento

Il campionamento è su base mensile, stratificato proporzionalmente per sesso e classi di età, effettuato direttamente dalle liste delle anagrafi sanitarie; la dimensione minima del campione mensile prevista per ASL è di 25 unità.

A livello nazionale, tutte le Regioni italiane hanno aderito al sistema di sorveglianza PASSI.

Nel quadriennio 2008-2011 in Umbria sono state realizzate 5.534 interviste; per il pool di ASL la numerosità nel medesimo periodo è pari a 150.344.

Interviste

I cittadini campionati, così come i loro medici di medicina generale, vengono preventivamente avvisati tramite una lettera personale informativa spedita dall'ASL di appartenenza. I dati raccolti sono quelli riferiti dalle persone intervistate, senza l'effettuazione di misurazioni dirette da parte di operatori sanitari. Le interviste alla popolazione in studio vengono condotte dal personale dei Dipartimenti di prevenzione durante tutto l'anno, con cadenza mensile; luglio e agosto sono considerati come un'unica mensilità. L'intervista telefonica dura in media 20 minuti. Il questionario è costituito da un nucleo fisso di domande, che esplorano i principali fattori di rischio comportamentali e la partecipazione a interventi preventivi.

Gli intervistatori sono stati specificamente formati, secondo linee guida appositamente elaborate, in modo da rendere omogenea e riproducibile la modalità del contatto, dell'intervista telefonica e il rispetto della riservatezza delle persone.

La raccolta dei dati viene effettuata tramite questionario cartaceo. La qualità dei dati è assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

Il dataset del pool di ASL partecipanti a PASSI viene consolidato dopo verifiche rivolte a garantire qualità, uniformità e confrontabilità dei risultati.

La raccolta dati è costantemente monitorata a livello locale, regionale e centrale attraverso opportuni schemi e indicatori, implementati nel

sistema di raccolta centralizzato via web, sul sito di servizio (www.passidati.it).

Analisi dei dati

L'analisi dei dati raccolti è stata effettuata utilizzando i software EPI Info 3.5.1 e Stata 11.

Per garantire idonea rappresentatività, i dati delle singole ASL sono stati aggregati in ciascuna Regione e opportunamente pesati. Le analisi hanno tenuto conto della complessità del campione e del sistema di pesatura adottato.

I risultati sono stati espressi in massima parte sotto forma di percentuali e proporzioni, riportando di regola le stime puntuali e, solo per le variabili principali, gli intervalli di confidenza al 95%.

Per analizzare l'effetto di ogni singolo fattore sulla variabile di interesse, in presenza di tutti gli altri principali determinanti (età, sesso, livello di istruzione, ecc.), sono state effettuate analisi mediante regressione logistica con dati pesati.

Per rappresentare i confronti tra le Regioni sono state predisposte mappe che evidenziano in modo immediatamente percepibile, tramite scale di colori, la situazione nelle Regioni. Per definire le soglie, la differenza tra valore minimo e massimo è stata generalmente suddivisa in quartili, o livelli soglia nei casi in cui, come per gli screening, esistono valori desumibili da raccomandazioni nazionali o internazionali.

Seguendo l'input dato dal CNESPS dell'ISS, per fornire un dato maggiormente consolidato, le analisi relative alle sezioni indagate da PASSI faranno riferimento al quadriennio 2008-2011.

Infine, attraverso l'analisi delle serie storiche, per il quadriennio 2008-2011, vengono forniti i trend temporali costruiti sul pool omogeneo nazionale (pool di ASL che hanno partecipato Continuativamente alla rilevazione nell'arco di tempo 2008-2011).

Etica e privacy

Il sistema PASSI agisce secondo le norme tese a garantire il rispetto dei principi etici e della privacy dei cittadini. Il protocollo è stato valutato dal comitato etico dell'Istituto Superiore di Sanità che ha formulato un parere favorevole sotto il profilo etico. Le operazioni previste dalla sorveglianza PASSI in cui sono trattati dati personali sono effettuate nel rispetto della normativa sulla privacy (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali).

La partecipazione all'indagine è libera e volontaria. Le persone selezionate per l'intervista sono informate tramite lettera sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione dell'indagine, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte e possono rifiutare preventivamente l'intervista, contattando il coordinatore aziendale. Prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente gli obiettivi e i metodi dell'indagine, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento.

Il personale dell'ASL, che svolge l'inchiesta, ha ricevuto una formazione specifica sulle corrette procedure da seguire per il trattamento dei dati personali. La raccolta dei dati avviene tramite questionario cartaceo e successivo inserimento su supporto informatico o direttamente sul computer. Gli elenchi delle persone da intervistare e i questionari compilati, contenenti il nome degli intervistati, sono temporaneamente custoditi in archivi sicuri, sotto la responsabilità del coordinatore aziendale dell'indagine. Per i supporti informatici utilizzati (computer, dischi portatili, ecc) si adottano adeguati meccanismi di sicurezza e di protezione, per impedire l'accesso ai dati da parte di persone non autorizzate.

Le interviste sono trasferite, in forma anonima, in un archivio nazionale, via internet, tramite collegamento protetto. Gli elementi identificativi presenti a livello locale, su supporto sia cartaceo sia informatico, sono successivamente distrutti, per cui è impossibile risalire all'identità degli intervistati.

Ulteriori informazioni sono disponibili sul sito www.epicentro.iss.it/passi

Sintesi dei risultati

La diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Nel periodo 2008-11, la sorveglianza PASSI rileva che in Umbria oltre l'80% delle donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni si sottopone a un test di screening preventivo del tumore della cervice uterina nei tempi raccomandati.

Il 59% delle 25-64enni ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 24% l'ha eseguito come

prevenzione individuale, quota decisamente inferiore rispetto al pool di ASL PASSI.

Il sottoporsi a un test di screening della neoplasia cervicale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida, è più frequente nelle donne di 35-49 anni, in quelle con un livello di istruzione medio alto e con minori difficoltà economiche riferite. La copertura è più elevata nelle italiane rispetto alle straniere (84% vs 68%).

La lettera di invito, in associazione al consiglio dell'operatore sanitario, sembra essere lo strumento più efficace per aumentare l'adesione allo screening.

La diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Nel periodo 2008-11, la sorveglianza PASSI rileva che in Umbria quasi l'80% delle donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni ha effettuato una mammografia.

Il 67% delle 50-69enni ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre l'11% l'ha eseguito come prevenzione individuale, quota decisamente inferiore rispetto al pool di ASL PASSI.

Il sottoporsi a un test di screening della neoplasia della mammella, secondo quanto raccomandato dalle linee guida, è comunque più frequente nelle donne italiane che tra le straniere (79% vs 56%).

Circa una donna su due ha riferito di aver eseguito la Mammografia nel corso dell'ultimo anno, secondo quanto atteso (vista la periodicità biennale dell'esame).

L'età media della prima Mammografia rilevata è di 44 anni a indicare un rilevante ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni.

La lettera di invito si conferma lo strumento più efficace per aumentare l'adesione allo screening.

La diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

La sorveglianza PASSI rileva che in Umbria nel periodo 2008-11 il 51% delle persone intervistate di età compresa tra i 50 e i 69 anni riferisce di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (57% nel 2011).

Resta, tuttavia, un ampio margine di miglioramento: infatti poco meno della metà delle persone nella fascia 50-69 anni non si è

sottoposta alla ricerca del sangue occulto o a una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

La mancata esecuzione del test pare associata a una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 23% ritiene infatti di non averne bisogno.

La lettera di invito, in associazione al consiglio dell'operatore sanitario, sembra essere lo strumento più efficace per aumentare l'adesione allo screening.

Diagnosi precoce delle neoplasie del collo dell'utero

Premessa

La neoplasia del collo dell'utero a livello mondiale rappresenta ancora il secondo tumore maligno della donna, con circa 500.000 nuovi casi stimati all'anno, l'80% dei quali nei Paesi in via di sviluppo. In Europa e in Italia, grazie ai programmi di screening, si è assistito negli ultimi decenni a una diminuzione del 50% della mortalità dei tumori dell'utero e del 20% dell'incidenza.

In Italia il cancro della cervice uterina rappresenta circa il 2% dei nuovi casi di tumore femminili, con 3.400 nuovi casi all'anno (tasso di incidenza di 8 casi ogni 100.000 donne) e circa 1.000 decessi; tra le donne giovani la neoplasia cervicale è al 4° posto per frequenza e rappresenta il 5% dei tumori. La sopravvivenza stimata a 5 anni dalla diagnosi è pari al 71%.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie della cervice uterina è raccomandata l'esecuzione di un Pap test ogni 3 anni nelle donne nella fascia d'età 25-64 anni. In Italia i programmi organizzati, basati sull'invito attivo da parte del SSN e su un percorso di approfondimento definito e gratuito, nel 2010 sono risultati estesi al 68% della popolazione target, in aumento rispetto al 51% del 2004 (dati ONS).

Nel corso del 2010 sono stati avviati in diverse ASL progetti pilota, coinvolgenti circa 150.000 donne, al fine di valutare l'utilizzo del test del papilloma virus (HPV) come test di screening primario: esistono infatti ormai sufficienti prove scientifiche per affermare che il test con HPV è più sensibile del Pap test e presenta rischi comparabili (HTA). L'Italia, nei prossimi anni, si

avvia a essere uno dei primi Paesi a effettuare questo cambiamento nel test di screening primario e applicarlo alla vasta rete degli screening organizzati.

In Umbria il programma di screening è a regime nelle 4 ASL dal 1999 e coinvolge oltre il 50% della popolazione femminile, pari a circa 240.000 donne.

Nel 2010, l'ASL1 ha messo in atto un technology assessment che prevedeva l'utilizzo del test HPV come test di screening primario nella fascia di età 35-64 anni. Nel corso del 2010 3.648 donne umbre hanno ricevuto l'invito a eseguire lo screening con il test HPV come test primario, di queste 2.116 hanno aderito all'invito, con un'adesione pari al 58%.

Il sistema PASSI rileva, chiedendolo direttamente alle donne, se e quando è stato

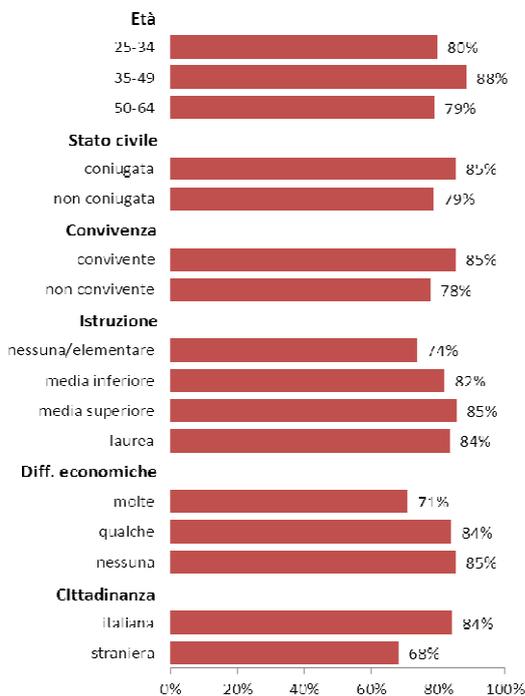
effettuato lo screening cervicale e se è stato eseguito all'interno del programma di screening organizzato dalla Azienda USL oppure su iniziativa personale. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame. Dal 2011, il questionario PASSI, nella sezione dedicata allo screening cervicale, è stato integrato con alcune domande per registrare le informazioni sulle donne che sono state sottoposte al test con HPV, in alternativa o in aggiunta al Pap test. Nel rapporto nazionale PASSI 2011 si parla di test di screening per le diagnosi precoce del tumore della cervice intendendo l'esecuzione del Pap test e/o del HPV test.

Quante donne hanno eseguito un test di screening in accordo alle linee guida?

Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi tre anni.

Prevalenze per caratteristiche socio-anagrafiche
Regione Umbria 2008-11 (n=2.257)

Totale: 83,1% (IC 95%: 81,5%-84,7%)



- In Umbria, l'83% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver eseguito un test di screening preventivo (Pap test o HPV test) nel corso degli ultimi tre anni.
 - In particolare l'esecuzione del test di screening nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - nella fascia 35-49 anni;
 - con titolo d'istruzione medio-superiore;
 - senza rilevanti o con qualche difficoltà economica;
 - con cittadinanza italiana;
- non si rilevano differenze per stato civile e convivenza.

- Analizzando l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri attraverso una regressione logistica multivariata, si confermano come significativamente associate tutte le variabili sopra indicate.

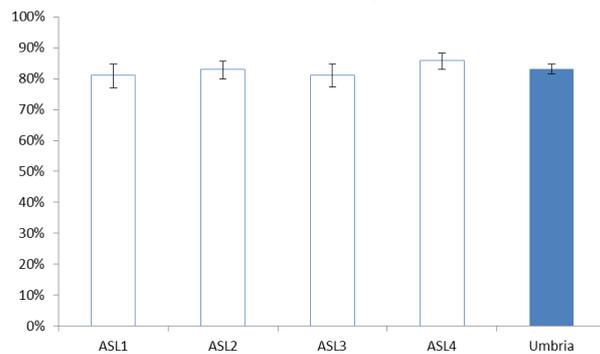
Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi tre anni.

	O.R.	p
Classe d'età (Rif.: 25-34 anni)		
35-49 anni	<u>1,730111</u>	0.001
50-64 anni	0.8554499	0.351
Stato civile (Rif.: coniugata)		
Non coniugata	0.8090295	0.345
Convivenza (Rif.: convivente)		
Non convivente	1.31831	0.210
Titolo di studio (Rif.: nessuno/elementare)		
Media inferiore	1.197554	0.410
Media superiore	<u>1,55734</u>	0.042
Laurea	1.368215	0.206
Difficoltà economiche (Rif.: molte)		
Qualche	<u>1,909148</u>	<0,0001
Nessuna	<u>1,983911</u>	<0,0001
Cittadinanza (Rif.: italiana)		
Straniera	<u>0,3988083</u>	<0,0001

- In Umbria la percentuale di donne che ha riferito di aver eseguito il test di screening preventivo negli ultimi 3 anni presenta valori omogenei tra le ASL (range dall'81% della ASL1 e della ASL3 all'86% della ASL4).

Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi tre anni

Prevalenze per ASL di residenza Regione Umbria 2008-11



Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi tre anni

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 75,4% (IC95%: 74,9%-75,8%)



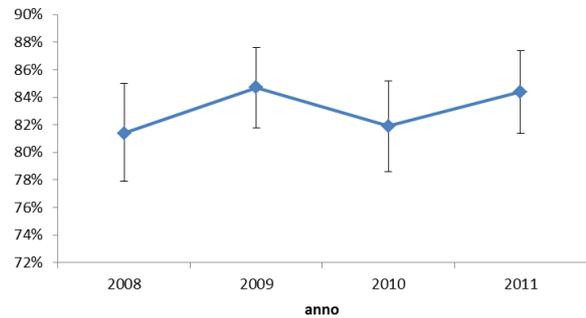
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 75% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver effettuato un test di screening negli ultimi 3 anni, con un evidente gradiente territoriale.
- L'Umbria mostra una percentuale significativamente superiore al pool di ASL PASSI.

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

Confronto su pool omogeneo regionale

- Dal confronto dei 4 anni esaminati, reso possibile dal fatto che tutte le ASL della regione hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale), si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nell'intero periodo osservato, variando dall'81% del 2008 all'84% del 2011.

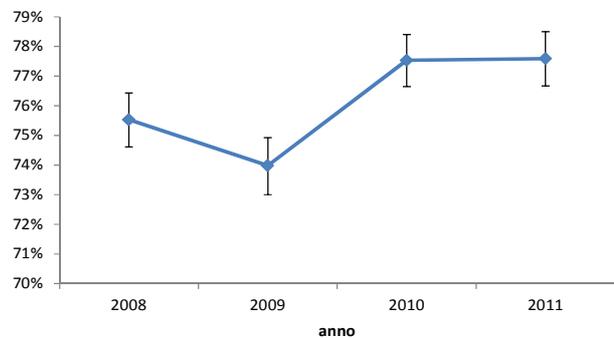
Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi tre anni
Prevalenze per anno - Regione Umbria (pool omogeneo) 2008-11



Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare un incremento statisticamente significativo della percentuale di donne che hanno eseguito il test di screening nei tempi raccomandati dalle linee guida.

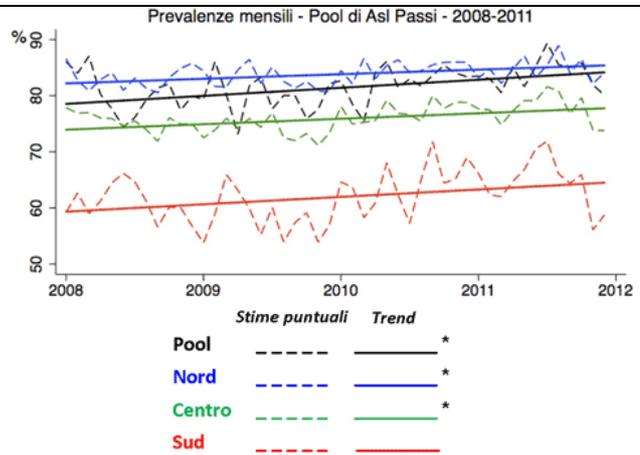
Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi tre anni
Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



Analisi di trend sul pool di ASL: test di screening per la neoplasia cervicale negli ultimi 3 anni

Osservando il fenomeno per mese, nel pool di ASL omogeneo nazionale si registra una variazione significativa nella prevalenza delle donne che effettuano un test di screening per la neoplasia cervicale, secondo i tempi raccomandati.

L'incremento, statisticamente significativo osservato sia nel Nord che nel Centro Italia, non raggiunge la significatività nelle Aziende USL del Sud.



Quante donne hanno eseguito il test di screening per neoplasia cervicale all'interno di un programma organizzato e quante come prevenzione individuale?

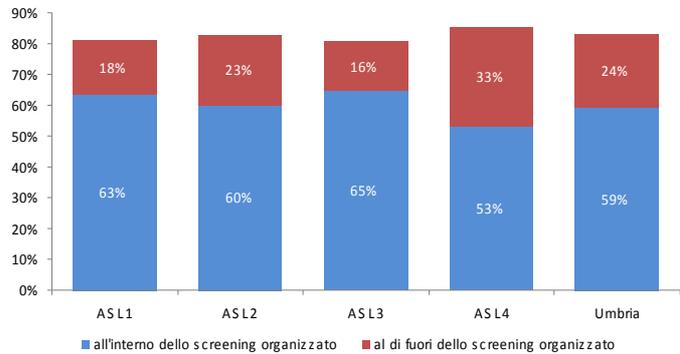
- Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota non trascurabile di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio

IDATI 2008-2011 DEL SISTEMA SI SORVEGLIANZA PASSI SUGLI SCREENING IN UMBRIA

medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.

Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi 3 anni all'interno o al di fuori di un programma organizzato

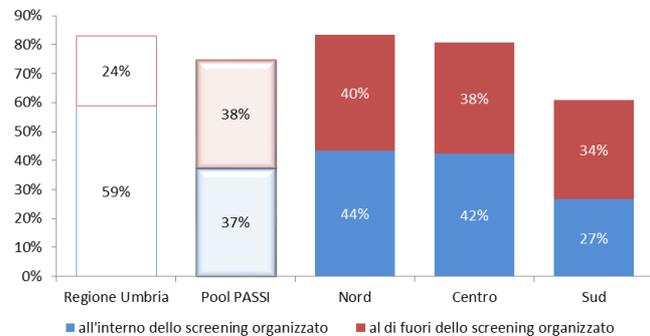
Prevalenze per ASL di residenza Regione Umbria 2008-11



- In Umbria, tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 59% ha eseguito il test di screening all'interno di un programma organizzato, mentre il 24% l'ha eseguito come prevenzione individuale.

Test di screening per neoplasia cervicale negli ultimi 3 anni all'interno o al di fuori di un programma organizzato

Prevalenze per macroarea geografica Umbria Pool di ASL 2008-11



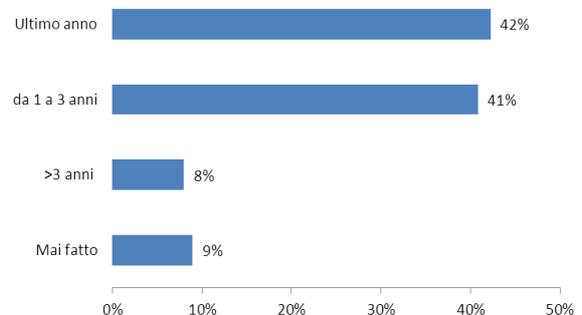
- Nel Pool di ASL nazionale la quota di adesione spontanea allo screening cervicale è particolarmente rilevante: si stima infatti che circa quattro donne su dieci (38%) abbiano eseguito il test di screening al di fuori del programma organizzato e altrettante (37%) abbiano deciso di aderire agli screening offerti dalle ASL.

Qual è la periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale?

- L'esecuzione del Pap test è raccomandata con periodicità triennale; si è al momento mantenuta tale indicazione anche per il test dell'HPV, in attesa della valutazione degli studi pilota condotti. Le evidenze disponibili suggeriscono per l'HPV test la possibilità di una periodicità differenziata in base al rischio individuale della donna.
- Quasi la metà delle donne 25-64enni (42%) ha riferito di aver eseguito l'ultimo test di screening nell'ultimo anno: il dato è maggiore rispetto a quello atteso di un terzo ed evidenzia un possibile ricorso al test con una periodicità più ravvicinata rispetto a quella raccomandata ("sovra copertura").
- Rimane inoltre una quota di donne (9%) che riferisce di non aver mai eseguito un test preventivo per la neoplasia cervicale.

Periodicità di esecuzione del test di screening per neoplasia cervicale

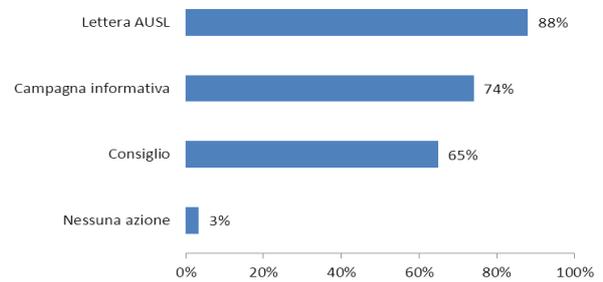
Regione Umbria 2008-11



Quale promozione del test di screening per neoplasia cervicale?

- In Umbria:
 - L'88% delle donne intervistate di 25-64 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
 - il 74% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa di promozione del test di screening
 - il 65% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di eseguire con periodicità il test di screening.

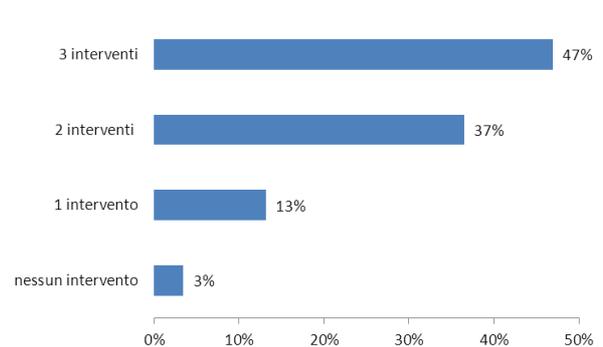
Promozione del test di screening per neoplasia cervicale*
Regione Umbria 2008-11 (n=2.222)



*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

- Nelle quattro ASL regionali non si sono rilevate differenze statisticamente significative relative a:
 - lettera d'invito (range dal 91% dell'ASL1 all'85% dell'ASL4)
 - consiglio dell'operatore sanitario (range dal 73% dell'ASL1 al 63% dell'ASL4)
 - campagna informativa (range dal 79% dell'ASL2 al 67% dell'ASL1).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 54% delle donne ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 63% il consiglio dell'operatore sanitario e il 67% ha visto una campagna informativa.
 - La maggior parte delle donne intervistate è stata raggiunta dagli interventi di promozione considerati (lettera di invito, consiglio medico, campagna di promozione), generalmente in associazione tra loro il 47% delle donne ha ricevuto tre interventi
 - il 37% due interventi
 - il 13% un intervento
 - 3% nessun intervento.

Numero di interventi di promozione ricevuti per il test di screening*
Regione Umbria 2008-11 (n=2222)

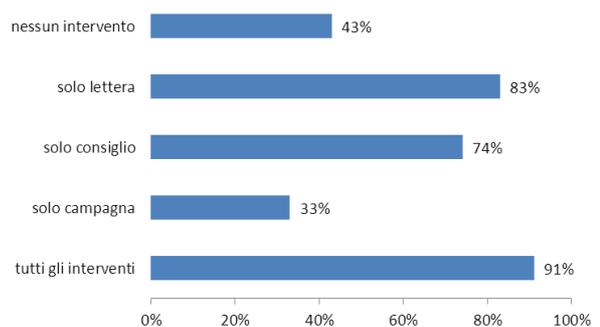


*escluse le donne che hanno subito l'asportazione dell'utero

Quale efficacia degli interventi di promozione?

- Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening secondo gli intervalli raccomandati, infatti, ha eseguito il test la maggior parte delle donne (91%) che ha ricevuto la lettera di invito associata a consiglio e campagna, mentre meno della metà (43%) di quelle non raggiunte da interventi di promozione.
- Anche a livello nazionale viene confermata l'efficacia della lettera d'invito, in particolare se rafforzata dal consiglio dell'operatore

Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione del test di screening secondo le linee guida
Regione Umbria 2008-11



sanitario, come avviene generalmente all'interno dei programmi di screening organizzati.

Perché non è stato eseguito il test di screening?

- In Umbria il 17% delle donne di 25-64 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero in quanto o non ha mai eseguito un test di screening (9%) o l'ha eseguito da oltre tre anni (8%).
- La mancata esecuzione del test pare associata a una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 34% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivazione della non esecuzione del test di screening secondo le linee guida Regione Umbria 2008-11



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (2,7%)

Conclusioni e raccomandazioni

In Umbria la copertura stimata nelle donne di 25-64 anni relativa al Pap-test (83%) raggiunge e supera i valori consigliati

Il sistema PASSI informa sulla copertura al test di screening complessiva, comprensiva sia della quota di donne che ha eseguito l'esame all'interno del programma di screening organizzato, sia della quota rilevante di adesione spontanea. La sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno eseguito l'esame nell'ambito del programma organizzato rilevata dal sistema PASSI e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali rappresenta una significativa conferma della buona qualità dei dati del sistema di sorveglianza.

In Umbria, la copertura al test di screening mostra un'adesione significativamente superiore alla media nazionale; la quota di adesione spontanea (24%), invece, pur importante, risulta nettamente inferiore, testimoniando la fiducia della popolazione nei programmi di sanità pubblica e nel sistema sanitario regionale nel suo complesso.

I programmi organizzati si confermano correlati a una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

Circa una donna su due ha riferito di aver eseguito il test nel corso dell'ultimo anno rispetto a quanto atteso in base alla periodicità triennale dell'esame (una su tre); esiste pertanto una quota di donne che esegue l'esame con una frequenza maggiore a quanto raccomandato (fenomeno di "sovra copertura").

Tra i tre programmi di screening, questo è quello in cui più rilevanti possono essere le disuguaglianze rispetto alla partecipazione all'invito: basso titolo di studio e difficoltà economiche condizionano infatti la copertura al test, come pure la cittadinanza straniera; una particolare attenzione va posta nel mantenere le iniziative specifiche per favorire l'adesione nei diversi gruppi etnici.

Come si evince dal recente Rapporto di Health Technology Assessment (HTA) pubblicato su *Epidemiologia e Prevenzione*, lo screening cervicale attraversa un momento cruciale: dopo circa 70 anni da quando è stato proposto, in Italia il Pap test potrebbe infatti cedere il passo al test per il papillomavirus (HPV) come test di

screening primario. Se il Rapporto HTA sarà favorevolmente accolto, l'Italia sarebbe uno dei primi Paesi a effettuare questo cambiamento e applicarlo sistematicamente alla vasta rete degli screening organizzati messa in atto negli ultimi decenni.

Diagnosi precoce delle neoplasie della mammella

Premessa

Il cancro della mammella occupa tra le donne il primo posto in termini di frequenza: in Italia rappresenta il 29% di tutte le nuove diagnosi tumorali; nel nostro Paese ogni anno sono diagnosticati oltre 47.000 casi di tumore della mammella, con un'incidenza pari a 150 nuovi casi ogni 100.000 donne (dati AIRTUM).

La neoplasia mammaria rappresenta nelle donne la principale causa di morte oncologica (circa il 17% di tutti i decessi per cancro) in ogni fascia d'età. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è elevata (circa l'85%) e in aumento nell'ultimo decennio.

Per la diagnosi precoce delle neoplasie mammarie è raccomandata l'esecuzione di una mammografia ogni 2 anni nella fascia d'età 50-69 anni. Lo screening mammografico consente interventi meno invasivi e riduce del 25% la mortalità da tumore mammario (beneficio a livello di comunità); a livello individuale, la riduzione di mortalità nelle donne che hanno eseguito lo screening mammografico è intorno al 45% (Progetto IMPATTO, 2008).

Nel 2010 in Italia i programmi di screening mammografico, basati su un invito attivo da parte del SSN e su un percorso diagnostico-terapeutico definito e gratuito, sono risultati estesi a circa il 70% della popolazione target;

l'estensione dei programmi organizzati è ormai ampia nelle regioni del Nord e del Centro, mentre è ancora minore nel Sud (dati ONS).

Il sistema PASSI rileva, richiedendolo direttamente alle donne tra 50 e 69 anni, se e quando è stata effettuata la mammografia e se è stata eseguita all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale. Nella lettura dei dati PASSI, l'adesione al programma di screening mammografico organizzato dalle ASL è ricavata con una domanda sul costo sostenuto per l'esecuzione della mammografia. Quindi rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle donne di 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte negli ultimi due anni dalla data di intervista, a mammografia a scopo preventivo, ovvero in assenza di segni e sintomi (come previsto dalle linee guida nazionali e internazionali), con costo a totale carico della ASL. Invece, le donne che hanno sostenuto l'intero costo della mammografia, o il costo del ticket, rientrano in programmi di prevenzione individuale, come scelta personale.

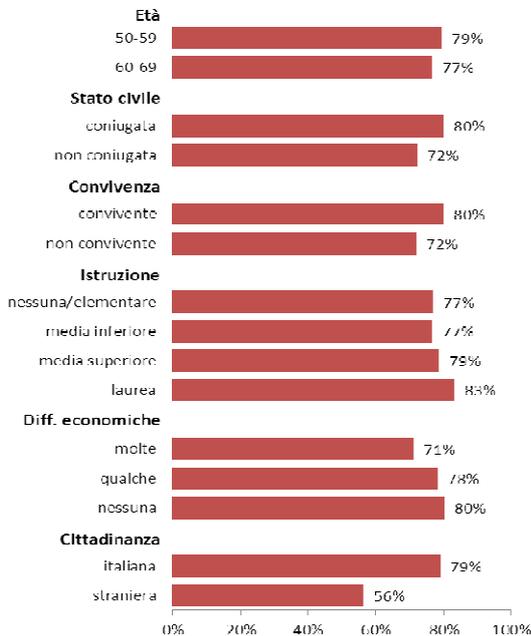
In Umbria il programma di screening è attivo in tutte le ASL dal 1997 e coinvolge circa il 25% della popolazione femminile, pari a circa 110.000 donne.

Quante donne hanno eseguito una Mammografia in accordo alle linee guida?

Mammografia negli ultimi due anni.

Prevalenze per caratteristiche socio-anagrafiche
Regione Umbria 2008-11

Totale: 78,2% (IC 95%: 75,6%-80,7%)



- In Umbria circa il 78% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.
- In particolare l'effettuazione della Mammografia nei tempi raccomandati è risultata più alta nelle donne:
 - coniugate
 - conviventi
 - senza rilevanti difficoltà economiche
 - con cittadinanza italiana.

- Analizzando l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri attraverso una regressione logistica multivariata, si mantiene la significatività solo per la cittadinanza italiana

Mammografia negli ultimi due anni

	O.R.	p
Classe d'età (Rif.: 50-59 anni)		
60-69 anni	0.8320751	0.272
Stato civile (Rif.: coniugata)		
Non coniugata	0.9663507	0.925
Convivenza (Rif.: convivente)		
Non convivente	1.407782	0.337
Titolo di studio (Rif.: nessuno/elementare)		
Media inferiore	0.9037166	0.612
Media superiore	1.092627	0.682
Laurea	1.401302	0.289
Difficoltà economiche (Rif.: molte)		
Qualche	1.283688	0.277
Nessuna	1.315087	0,249
Cittadinanza (Rif.: italiana)		
Straniera	<u>0.3414839</u>	<u>0,003</u>

- L'età media alla prima Mammografia preventiva è risultata essere 44 anni.
- Nella fascia pre-screening (40-49 anni), il 66% delle donne ha riferito di aver effettuato una Mammografia preventiva almeno una volta nella vita. In questa fascia d'età l'età media della prima Mammografia è 37 anni.

- Il confronto tra le ASL della regione evidenzia una percentuale di donne che ha riferito di aver eseguito la Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni inferiore nella ASL 1, sebbene ai limiti della significatività (range dal 69% dell'ASL1 all'80% delle ASL2 e 3).

Mammografia negli ultimi due anni

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11
Totale: 69.8% (IC95%: 69.1%-70.5%)



Confronto su pool omogeneo regionale

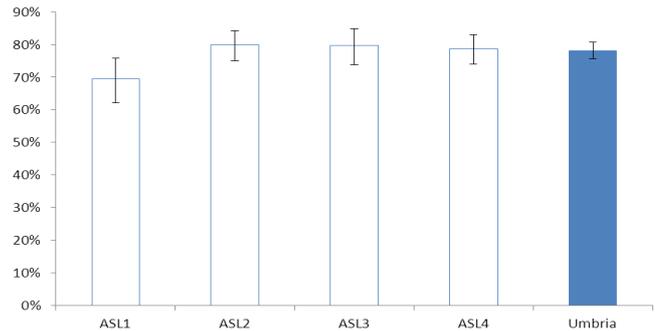
- Dal confronto dei dati annuali, reso possibile dal fatto che tutte le ASL della regione hanno partecipato alla rilevazione continuamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare, a parte una lieve flessione per il 2009, una sostanziale stabilità dell'indicatore nel periodo osservato, passando dall'82% del 2008 al 80% del 2011.

Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nel tempo.

Mammografia negli ultimi due anni

Prevalenze per ASL di residenza Regione Umbria 2008-11

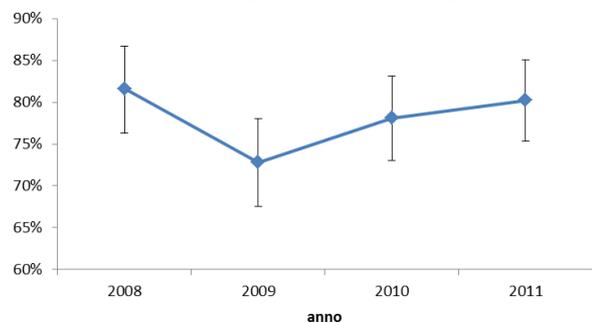


- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 70% delle donne intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver eseguito una Mammografia preventiva negli ultimi 2 anni, con un evidente gradiente territoriale.
- L'Umbria mostra una percentuale (78%) significativamente superiore al pool di ASL PASSI.

In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

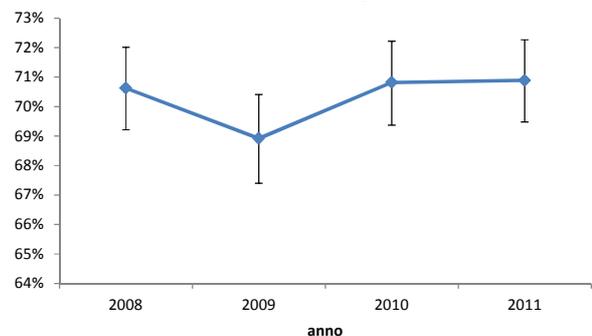
Mammografia eseguita negli ultimi due anni

Prevalenze per anno - Regione Umbria (pool omogeneo) 2008-11



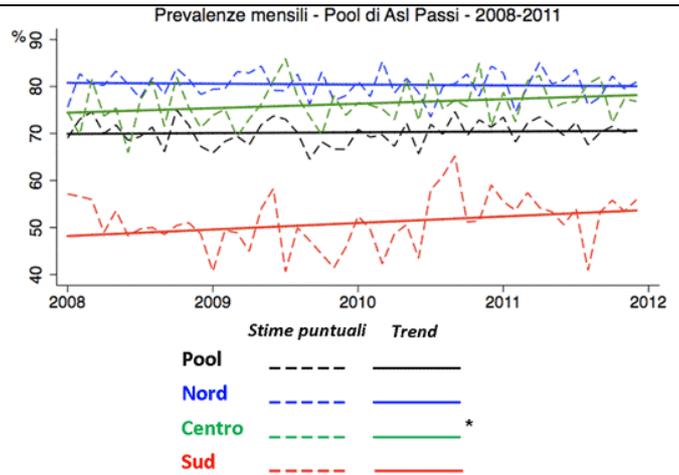
Mammografia negli ultimi due anni

Prevalenze per anno - Pool omogeneo ASL 2008-11



Analisi di trend sul pool di ASL: mammografia eseguita negli ultimi due anni

- Osservando il fenomeno per mese, nel periodo 2008-2011 a livello di pool di ASL omogeneo, non si registra una variazione significativa nella prevalenza di donne che fa prevenzione del tumore della mammella, secondo quanto raccomandato, a eccezione di quelle residenti nelle ASL del Centro, fra le quali si rileva un incremento.

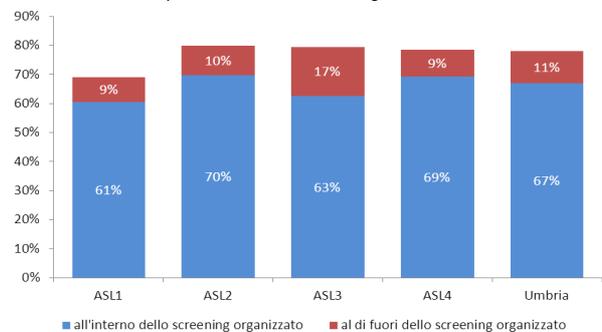


Quante donne hanno eseguito la mammografia nello screening organizzato e quante come prevenzione individuale?

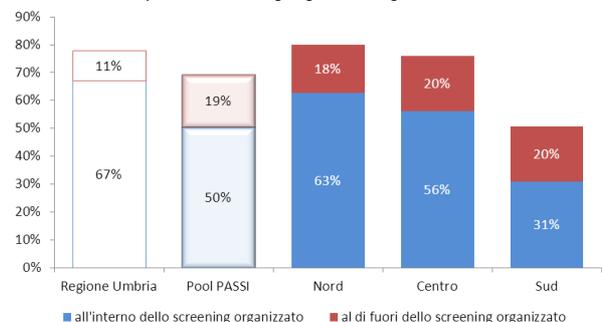
- Le linee guida europee e italiane raccomandano l'implementazione dei programmi di screening organizzati basati su un invito attivo da parte della ASL e un'offerta alla donna di un percorso di approfondimento assistenziale e terapeutico definito e gratuito. Accanto a questa modalità organizzativa raccomandata, rimane presente anche una quota di screening spontaneo, caratterizzato da un intervento a livello individuale su iniziativa spontanea o su consiglio medico. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver pagato o meno l'esame.

- In Umbria, tra le donne intervistate di 50-69 anni, il 67% ha eseguito la Mammografia negli ultimi due anni all'interno di un programma organizzato, mentre l'11% l'ha eseguita come prevenzione individuale.

Mammografia all'interno o al di fuori di un programma organizzato
Prevalenze per ASL di residenza Regione Umbria 2008-11



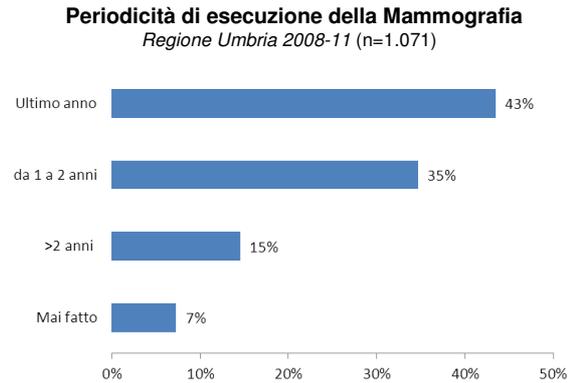
Mammografia all'interno o al di fuori di un programma organizzato
Prevalenze per macroarea geografica Regione Umbria 2008-11



- Nel Pool di ASL il 50% ha eseguito la Mammografia negli ultimi due anni all'interno di un programma organizzato, mentre il 19% l'ha eseguita come prevenzione individuale.

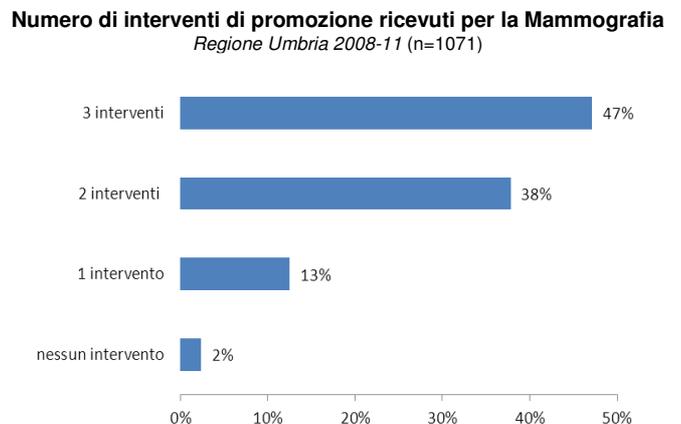
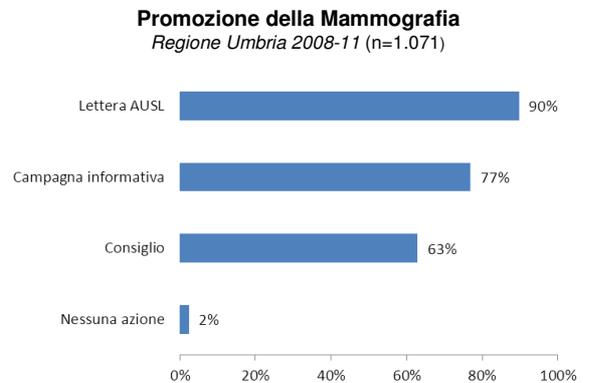
Qual è la periodicità di esecuzione della Mammografia?

- L'esecuzione della Mammografia è raccomandata con periodicità biennale.
- Circa la metà delle donne 50-69enni (43%) ha riferito di aver eseguito la mammografia nell'ultimo anno, in linea con quanto atteso.
- Il 7% ha riferito di non aver mai eseguito una Mammografia preventiva.



Quale promozione della Mammografia?

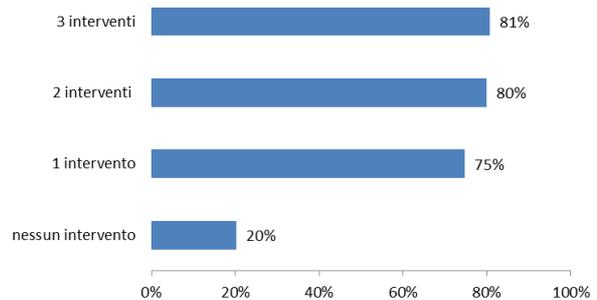
- In Umbria:
 - il 90% delle 50-69enni intervistate ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dall'ASL
 - il 77% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 63% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di un operatore sanitario di eseguire con periodicità la Mammografia.
- Nelle ASL regionali si sono rilevate differenze statisticamente significative relative a:
 - lettera d'invito (range dal 84% dell'ASL1 al 93% dell'ASL2)
 - consiglio dell'operatore sanitario (range dal 58% dell'ASL2 e 4 al 77% dell'ASL1)
 - campagna informativa (range dal 67% dell'ASL1 al 84% dell'ASL2).
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 64% delle donne ha ricevuto la lettera della ASL, il 65% il consiglio dell'operatore sanitario e il 72% ha visto o sentito una campagna informativa.
- Il 47% delle donne di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione della Mammografia considerati (lettera dell'ASL, consiglio di un operatore sanitario e campagna informativa), il 38% da due interventi e il 13% da uno solo; il 2% non ha ricevuto nessuno degli interventi di promozione considerati.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 38%, 35%, 17% e 8%.



Quale efficacia degli interventi di promozione?

- Al crescere del numero degli interventi di promozione ricevuti, aumenta l'esecuzione del test di screening negli ultimi 2 anni. Infatti solo un quinto delle donne non raggiunte da interventi di promozione ha effettuato una mammografia nei tempi raccomandati mentre aderisce oltre l'80% di coloro che hanno ricevuto 3 interventi di promozione.
- Inoltre la lettera si conferma l'intervento di maggiore efficacia: infatti ha eseguito la Mammografia la maggior parte delle donne (81%) che l'ha ricevuta
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI si è rilevato lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati, come avviene all'interno dei programmi organizzati.

Efficacia degli interventi di promozione per l'esecuzione della Mammografia negli ultimi 2 anni
Regione Umbria 2008-11



Perché non è stata eseguita la Mammografia a scopo preventivo?

- In Umbria il 22% delle donne di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella in quanto o non ha mai eseguito la mammografia (7%) o l'ha eseguita da oltre due anni (15%).
- La non esecuzione dell'esame pare associata a una molteplicità di fattori, tra cui la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 45% ritiene infatti di non averne bisogno.

Motivo della non effettuazione della Mammografia secondo le LLGG
Regione Umbria 2008-11 (n=236)



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (6,4%)

Conclusioni e raccomandazioni

In Umbria la copertura stimata nelle donne di 50-69 anni relativa all'effettuazione della Mammografia (78%) è superiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (60%) sia al livello "desiderabile" (75%). Inoltre il dato è significativamente superiore alla media nazionale.

Il sistema PASSI informa sulla copertura al test di screening complessiva, comprensiva sia della

quota di donne che ha eseguito la Mammografia all'interno del programma di screening organizzato (67%), sia della quota di adesione spontanea (11%), in questo screening meno rilevante rispetto a quella presente nello screening cervicale. La quota di adesione spontanea, notevolmente inferiore a quella nazionale (19%), testimonia la fiducia della popolazione nei programmi di sanità pubblica e

nel sistema sanitario regionale nel suo complesso.

Circa una donna su due ha riferito di aver eseguito la Mammografia nel corso dell'ultimo anno, secondo quanto atteso (vista la periodicità biennale dell'esame).

L'età media della prima Mammografia rilevata è di 44 anni e indica un rilevante ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni.

La non effettuazione dell'esame pare associata a una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale.

La sostanziale corrispondenza tra la percentuale di donne che hanno eseguito l'esame nell'ambito

del programma organizzato rilevata dal sistema PASSI e quella ottenuta sulla base dei dati provenienti dai flussi regionali rappresenta una significativa conferma della buona qualità dei dati del sistema di sorveglianza.

I programmi organizzati si confermano correlati a una maggior adesione; lettera di invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative (ancor più se associati come avviene all'interno dei programmi di screening) sono gli strumenti più efficaci: nelle donne raggiunte da questi interventi la percentuale di esecuzione dell'esame cresce significativamente.

Diagnosi precoce delle neoplasie del colon-retto

Premessa

Secondo i dati raccolti dai Registri Tumori nel 2010, oltre 300.000 cittadini italiani vivono con una pregressa diagnosi di cancro coloretale, un tumore caratterizzato da un'elevata incidenza e una discreta sopravvivenza. Con circa 51.000 nuovi casi stimati nello stesso anno (31.000 uomini e 20.000 donne), il tumore del colon-retto rappresenta la seconda causa più frequente di decesso per neoplasie, seconda solo al tumore del polmone fra gli uomini e al tumore della mammella fra le donne. Abbastanza rara prima dei 40 anni, questa neoplasia colpisce più frequentemente dopo i 60 anni di età. Fortunatamente migliora la sopravvivenza dei pazienti che ne sono colpiti e a 5 anni dalla diagnosi la sopravvivenza stimata è pari al 64%, grazie ai miglioramenti terapeutici ma soprattutto alla diagnosi precoce.

I principali test di screening per la diagnosi precoce in pazienti asintomatici sono la ricerca di sangue occulto nelle feci e la colonscopia; questi esami sono in grado di diagnosticare più del 50% di tumore negli stadi più precoci, quando maggiori sono le probabilità di guarigione. Per questa ragione, in Italia, il

ministero della Salute raccomanda alle ASL di organizzare programmi di screening di popolazione. Il Piano nazionale della prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie del colon-retto, nelle persone della fascia 50-69 anni, la ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT) con frequenza biennale e successiva colonscopia per i positivi; in Regione Piemonte e ASL di Verona sono attivi programmi in cui è in uso come test di 1° livello la rettosigmoidoscopia eseguita a partire dai 58 anni, una volta nella vita.

A partire dal 2005 i programmi di screening delle neoplasie del colon-retto sono stati avviati sul territorio nazionale: nel 2010 l'estensione effettiva dei programmi è salita al 51%: il miglioramento è attribuibile essenzialmente al Nord (78%) e al Centro (45%), mentre il Sud contribuisce solo marginalmente (8%).

In Umbria i programmi di screening per le neoplasie del colon retto sono stati avviati in tutte le ASL dal 2006 e sono rivolti alla popolazione nella fascia di età 50-74 anni.

Il sistema PASSI rileva, richiedendolo direttamente alle persone di 50-69 anni, se e quando è

stato effettuato un test di screening coloretale e se è stato eseguito all'interno del programma di screening organizzato dalla ASL oppure su iniziativa personale. La stima della copertura al test di screening al di fuori o all'interno dei programmi organizzati viene effettuata mediante un indicatore proxy sull'aver sostenuto o meno il costo dell'esame. Quindi rientrano nel programma di screening organizzato tutte quelle persone di 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte ai test di screening a scopo preventivo, ovvero in assenza di segni e sintomi, nei tempi raccomandati, con costo a totale carico della ASL, mentre le persone che hanno sostenuto l'intero costo o il costo del ticket,

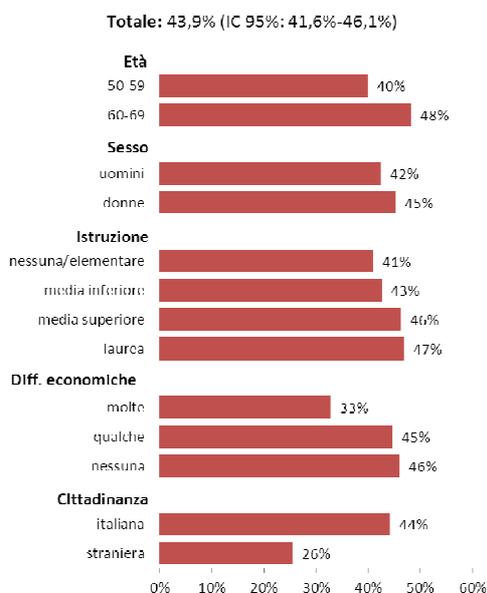
rientrano in programmi di prevenzione individuale.

Dal 2010 la sezione dedicata allo screening coloretale nel questionario PASSI, è stata integrata con alcune domande, pertanto il confronto con gli anni precedenti potrebbe risentirne. Per questa ragione vengono fornite per i principali indicatori stime di biennio 2010-2011. Inoltre le ASL del Piemonte sono escluse dalle analisi del Pool nazionale poiché in questa Regione la popolazione target e i programmi di screening differiscono rispetto alle altre, non rendendo possibile il confronto con il resto del Paese.

Quante persone hanno eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo alle linee guida?

- In Umbria nel periodo 2008-2011 circa il 51% delle persone intervistate nella fascia di età 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni). Per il 2011 la percentuale è pari al 57%.

Ricerca sangue occulto negli ultimi due anni
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Umbria 2008-11



- Il 44% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni.
- L'adesione è risultata più elevata tra le donne, nella fascia d'età 60-69, tra le persone con maggior livello d'istruzione, senza difficoltà economiche e con cittadinanza italiana.

IDATI 2008-2011 DEL SISTEMA SI SORVEGLIANZA PASSI SUGLI SCREENING IN UMBRIA

- L'analisi logistica multivariata conferma come significative tutte le associazioni sopra individuate.

Ricerca sangue occulto negli ultimi due anni.			
		O.R.	p
Classe d'età (Rif.: 50-59 anni)	60-69 anni	<u>1.55711</u>	<0,0001
	Sesso (Rif.: uomini)		
	donne	<u>1.209576</u>	0.046
Titolo di studio (Rif.: nessuno/elementare)	Media inferiore	1.243683	0.099
	Media superiore	<u>1.462351</u>	0.006
	Laurea	<u>1.479496</u>	0.031
	Difficoltà economiche (Rif.: molte)		
	Qualche	<u>1.57373</u>	0,006
	Nessuna	<u>1.570394</u>	0,007
Cittadinanza (Rif.: italiana)	Straniera	<u>0.4770603</u>	0,033

- Inoltre, l'analisi logistica multivariata separata per genere, ha confermato la significatività negli uomini per età 60-69 e livello d'istruzione, nelle donne per età e poche o nessuna difficoltà economica riferite.
- Complessivamente scompare la significatività per cittadinanza probabilmente a causa della bassa numerosità campionaria per genere.

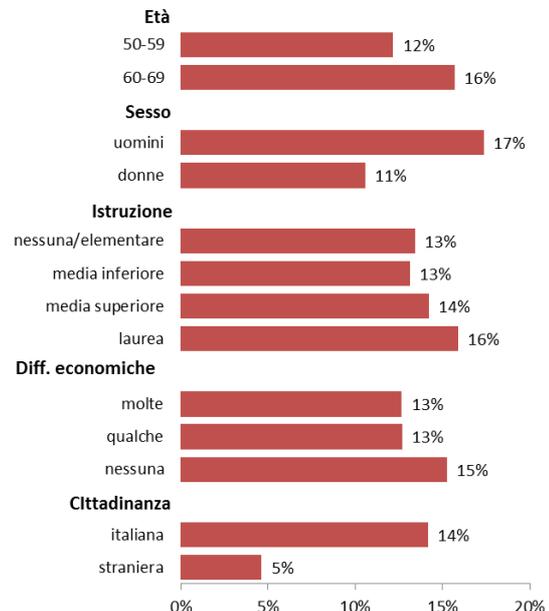
Ricerca sangue occulto negli ultimi due anni.

Uomini	O.R.	p
Classe d'età (Rif.: 50-59 anni)	60-69 anni	<u>1.750532</u> <0,0001
	Titolo di studio (Rif.: nessuno/elem.)	
	Media inferiore	<u>1.73887</u> 0.007
	Media superiore	<u>1.956611</u> 0.002
	Laurea	<u>1.932665</u> 0.014
Difficoltà economiche (Rif.: molte)	Qualche	1.548722 0,095
	Nessuna	1.445492 0,167
	Cittadinanza (Rif.: italiana)	
	Straniera	0.3373655 0,168

Donne	O.R.	p
Classe d'età (Rif.: 50-59 anni)	60-69 anni	<u>1.395941</u> 0,019
	Titolo di studio (Rif.: nessuno/elem.)	
	Media inferiore	0.9771734 0.896
	Media superiore	1.197195 0.328
	Laurea	1.243726 0.379
Difficoltà economiche (Rif.: molte)	Qualche	<u>1.53105</u> 0,045
	Nessuna	<u>1.617504</u> 0,028
	Cittadinanza (Rif.: italiana)	
	Straniera	0.5112802 0,092

Colonscopia negli ultimi cinque anni
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche
Regione Umbria 2008-11

Totale: 13,9% (IC 95%: 12,3%-15,4%)



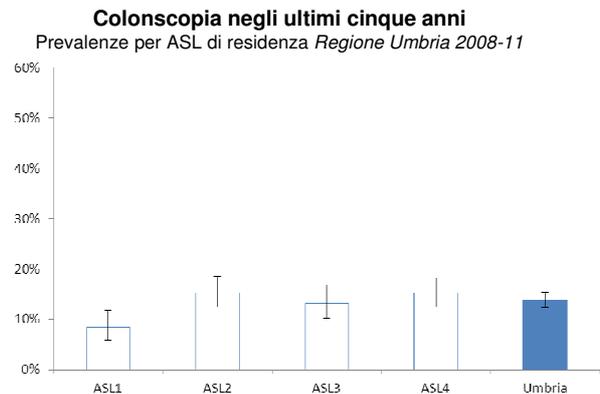
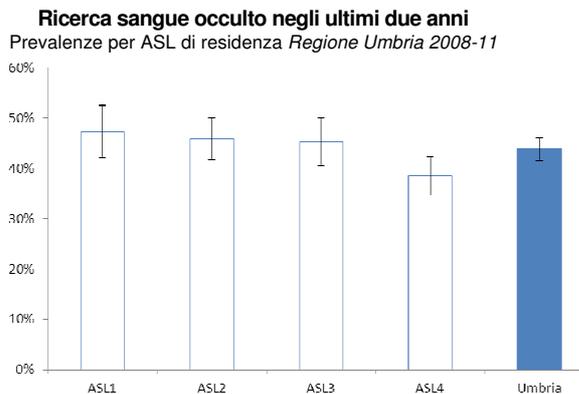
- Il 14% dei 50-69enni intervistati ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni.
- L'adesione è risultata significativamente più elevata tra gli uomini e tra coloro che hanno cittadinanza italiana
- Si osserva inoltre un maggior ricorso al test tra i 60-69enni.
- Dall'analisi logistica multivariata, separata per genere, emerge come significativa, solo per le donne, l'associazione con l'età (60-69 anni).

I DATI 2008-2011 DEL SISTEMA SI SORVEGLIANZA PASSI SUGLI SCREENING IN UMBRIA

Colonscopia negli ultimi cinque anni.

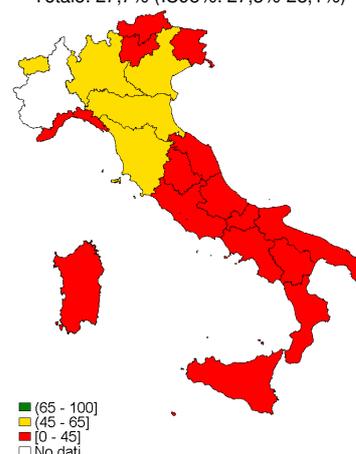
Uomini	O.R.	p	Donne	O.R.	p
Classe d'età (Rif.: 50-59 anni)			Classe d'età (Rif.: 50-59 anni)		
60-69 anni	1.22408	0,281	60-69 anni	<u>1.580859</u>	<u>0,027</u>
Titolo di studio (Rif.: nessuno/elem.)			Titolo di studio (Rif.: nessuno/elem.)		
Media inferiore	0.9513205	0.848	Media inferiore	1.016613	0.951
Media superiore	1.116123	0.690	Media superiore	1.028727	0.919
Laurea	1.07801	0.834	Laurea	1.480897	0.258
Difficoltà economiche (Rif.: molte)			Difficoltà economiche (Rif.: molte)		
Qualche	0.7696752	0,412	Qualche	1.206654	0,604
Nessuna	0.8020538	0,497	Nessuna	1.673862	0,165
Cittadinanza (Rif.: italiana)			Cittadinanza (Rif.: italiana)		
Straniera	0.3381659	0,328	Straniera	0.3486043	0,302

- Dal confronto tra le ASL regionali non emergono differenze tra le percentuali di persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto negli ultimi 2 anni (range dal 39% della ASL4 al 47% della ASL1).
- Per quanto riguarda il ricorso alla colonscopia preventiva negli ultimi 5 anni la ASL 1 mostra una percentuale significativamente inferiore rispetto alla media regionale (range dall'8 % della ASL1 al 15% della ASL2 e 4).



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, circa il 28% delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto e l'11% la colonscopia con un evidente gradiente territoriale.
- L'Umbria mostra per il quadriennio considerato una percentuale di persone che hanno effettuato una ricerca del sangue occulto significativamente superiore al dato medio del Pool di ASL, ma ancora lievemente al di sotto del valore accettabile.

Ricerca sangue occulto negli ultimi due anni
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2008-11*
Totale: 27,7% (IC95%: 27,3%-28,1%)



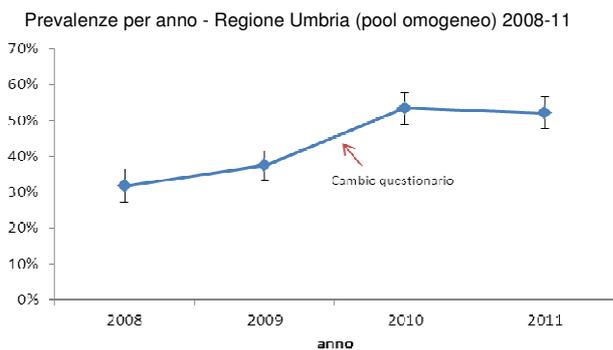
In Lombardia, Sardegna, Basilicata e Calabria non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

*Nelle analisi per lo screening dei tumori del colon retto sono escluse dal Pool nazionale le ASL del Piemonte. In questa regione la popolazione bersaglio e le procedure di screening differiscono rispetto alle altre regioni, pertanto non è possibile confrontarne i risultati con quelli di altre Regioni.

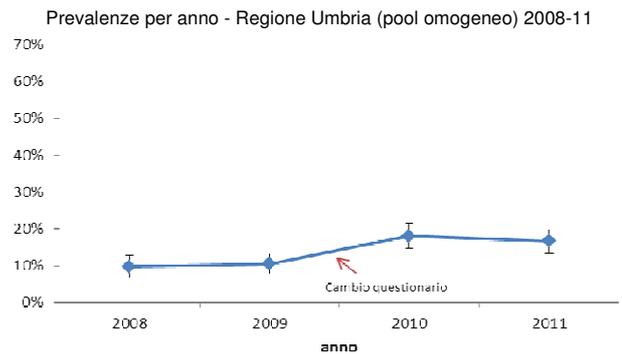
Confronto su pool omogeneo regionale

- Dal confronto dei dati annuali, reso possibile dal fatto che tutte le ASL della regione hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale) si può osservare un aumento costante e significativo dell'indicatore nell'intero periodo osservato, passando dal 32% del 2008 al 52% del 2011, per la ricerca del sangue occulto, e dal 10% al 17% per la colonscopia. Si può osservare come in coincidenza delle modifiche apportate al questionario, nel 2010 sia evidente in entrambi i grafici un aumento delle stime rilevate.

Ricerca sangue occulto negli ultimi due anni



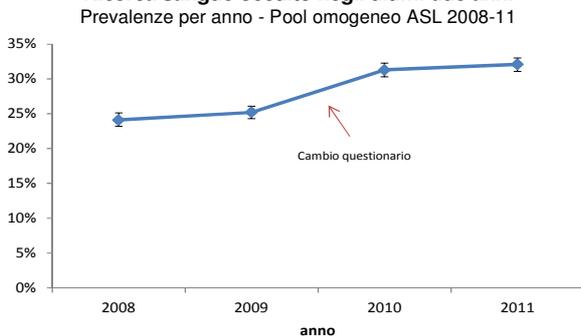
Colonscopia negli ultimi cinque anni



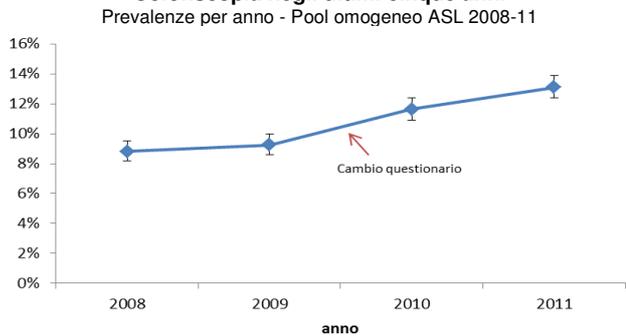
Confronto su pool omogeneo nazionale

- A livello nazionale, considerando solo le ASL che hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo nazionale) si può osservare un incremento statisticamente significativo della percentuale di persone che ha eseguito un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali in accordo con le linee guida.

Ricerca sangue occulto negli ultimi due anni

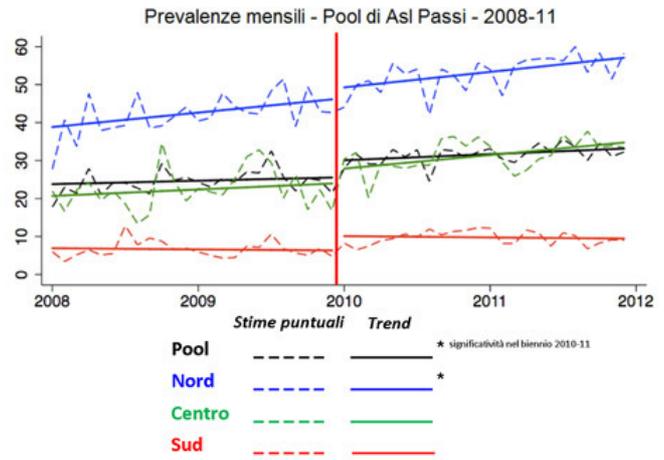


Colonscopia negli ultimi cinque anni



Analisi di trend sul pool di ASL: ricerca del sangue occulto nelle feci, eseguita negli ultimi due anni

- Osservando le prevalenze mensili, nel Pool di ASL omogeneo, si osserva come in coincidenza delle modifiche al questionario, nel 2010, ci sia una discordanza nelle stime. Pur non potendo valutare continuamente il trend temporale sull'intero quadriennio è possibile valutare separatamente le tendenze registrate nei due bienni:
 - nel 2008-09 si osserva un aumento significativo dell'estensione dello screening nelle regioni del Nord
 - nel 2010-11, questo aumento diviene significativo anche a livello di Pool di Asl
 - il sud appare sostanzialmente stabile e con livelli significativamente inferiori rispetto al resto del Paese.

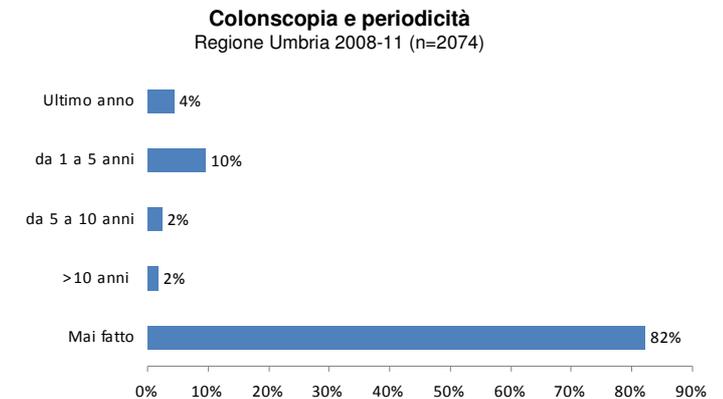
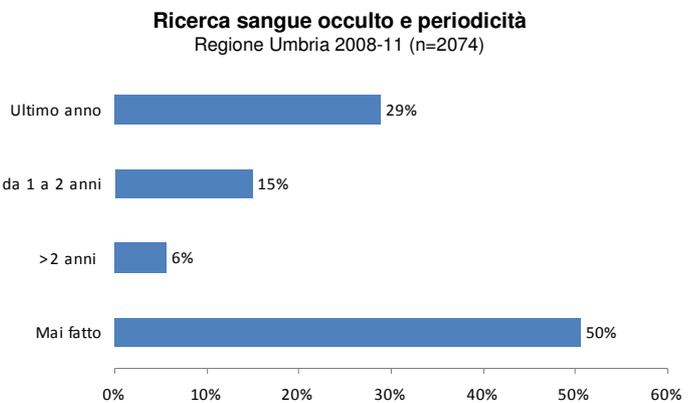


N.B. Le Asl piemontesi sono escluse dalle stime relative al Pool e al Nord a causa della non confrontabilità dei programmi di screening adottati

Qual è la periodicità di esecuzione degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colorettaali?

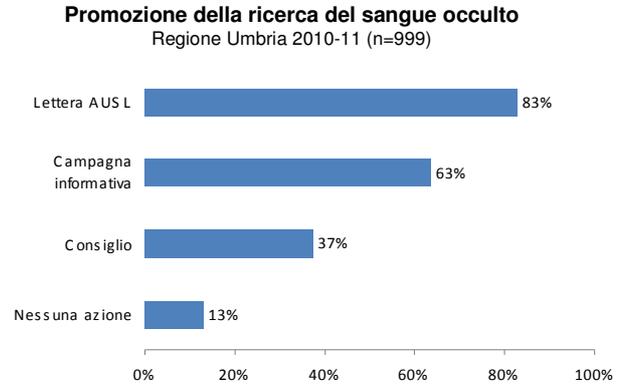
- Relativamente all'ultimo test eseguito per la ricerca di sangue occulto:
 - il 29% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 15% da uno a due anni
 - il 6% da più di 2 anni
 - il 50% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.
- Relativamente all'ultima colonscopia eseguita:
 - il 4% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno
 - il 10% da uno a cinque anni
 - il 2% da cinque a dieci anni
 - il 2% da più di dieci anni.

L'82% ha riferito di non aver mai eseguito il test.



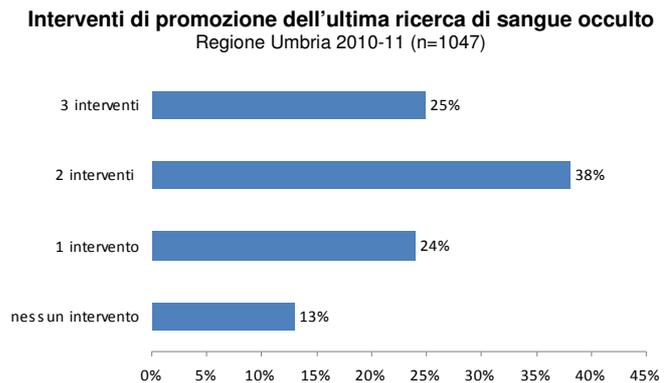
Quale promozione per l'effettuazione della ricerca del sangue occulto nelle feci? (2010-11)

- In Umbria:
 - l'83% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL
 - il 63% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa
 - il 37% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening coloretale.



- Tra le ASL regionali si osservano differenze significative tra le percentuali relative a:
 - consiglio dell'operatore sanitario, dove la ASL1 mostra valori superiori al dato medio regionale (range dal 30% dell'ASL4 al 52% dell'ASL1)
 - campagna informativa, in cui la ASL 4 mostra valori inferiori alla media regionale (range dal 48% dell'ASL4 al 70% dell'ASL1 e 3)
 - non si osservano differenze relativamente alla lettera di invito (range dall'80% dell'ASL4 all'87% dell'ASL1)
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, il 36% delle persone ha ricevuto la lettera dell'ASL, il 25% il consiglio dell'operatore sanitario e il 38% ha visto una campagna informativa.

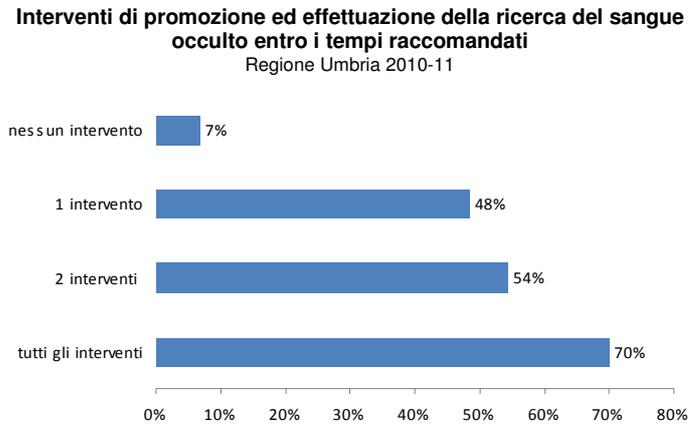
- Il 25% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening coloretale considerati (lettera, consiglio e campagna), il 38% da due interventi di promozione e il 24% da un solo intervento; il 13% non ha riferito alcun intervento di promozione.



- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente dell'11%, 21%, 23% e 45%.

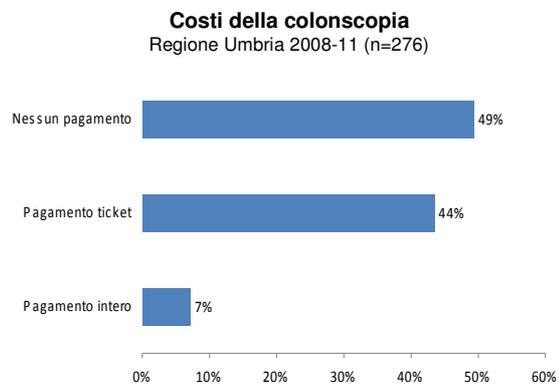
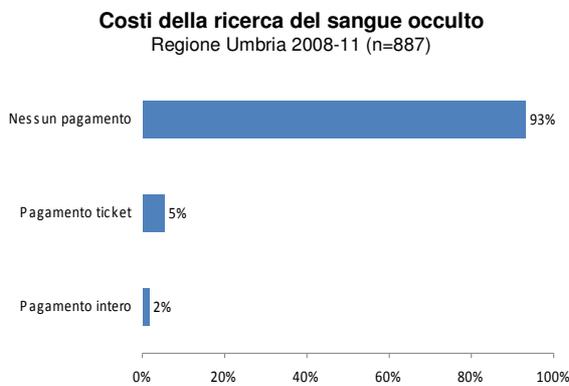
Quale efficacia degli interventi di promozione della ricerca del sangue occulto nelle feci? (2010-11)

- In Umbria la percentuale di 50-69enni che hanno effettuato l'esame per lo screening colorettrale nei tempi raccomandati, è solo del 7% tra le persone non raggiunte da alcun intervento di promozione; sale al 70% tra le persone raggiunte da tutti e tre gli interventi di promozione.
- Tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, si rileva lo stesso andamento, che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati come avviene all'interno dei programmi organizzati.



Ha avuto un costo l'ultimo esame effettuato?

- In Umbria il 93% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 2 anni; il 5% ha pagato il ticket, mentre il 2% l'intero costo dell'esame.
- il 49% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 44% ha pagato esclusivamente il ticket e il 7% l'intero costo dell'esame.



Perché non è stata effettuata la ricerca del sangue occulto nelle feci a scopo preventivo? (2010-11)

- Le principali motivazioni addotte da chi non ha mai effettuato un esame del sangue occulto nelle feci sono il pensare di non averne bisogno (23%) e pigrizia (21%).

- Tali motivi possono riflettere la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce, la sottovalutazione del rischio di cancro coloretale e infine un'insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari.

Motivazione della non effettuazione della ricerca di sangue occulto*

Regione Umbria 2010-11 (n=394)



* esclusi dall'analisi i "non so/non ricordo" (2%)

Conclusioni e raccomandazioni

In Umbria l'offerta dello screening del cancro del colon-retto è stata attivata da 6 anni e al 2011 si è raggiunto un livello di copertura del 57% nella popolazione target (51% nel quadriennio); tuttavia esiste un ampio margine di miglioramento: infatti poco meno della metà delle persone nella fascia 50-69 anni non si è sottoposta alla ricerca del sangue occulto o a una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

I dati di letteratura forniscono l'evidenza che offerte attive di prestazioni sanitarie migliorano l'accesso delle persone con svantaggi socio-economici ai servizi di prevenzione.

La lettera di invito, in associazione al consiglio dell'operatore sanitario, si conferma lo strumento più efficace per favorire l'adesione della popolazione target.

Per saperne di più

- Health Technology Assessment: Ricerca del DNA di papillomavirus umano (HPV) come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino *Epidemiol Prev* 2012; 36 (3-4), maggio-agosto http://www.epiprev.it/materiali/2012/EP3_4-2012-s/EPv36i3-4suppl1.pdf
- Osservatorio Nazionale Screening IX rapporto 2011 *Epidemiol Prev* 2011; 35 (5-6), settembre-dicembre http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/IX_rapporto_Ons.pdf#overlay-context=content/i-numeri-degli-screening
- Osservatorio Nazionale Screening Rapporto breve 2011 http://ons.stage-zadig.it/sites/default/files/allegati/breve_hpv.pdf#overlay_context=content/programmi-di-screening-italia-2011
- Osservatorio Nazionale Screening. Come cambia l'epidemiologia del tumore della mammella in Italia: i risultati del progetto IMPATTO dei programmi di screening mammografico. Pacini editore, 2011 <http://www.registri-tumori.it/cms/files/impatto.pdf>
- Banca Dati www.tumori.net a cura del reparto di Epidemiologia dei tumori del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute - Istituto superiore di sanità (ISS). I tumori in Italia.
- Rapporto Airtum 2011 "La sopravvivenza dei pazienti oncologici in Italia" (pdf 1,7 Mb) *E&P* Anno 35 (5-6), settembre-dicembre
- Rapporto Istisan, 2012, 12/15 "La mortalità in Italia nell'anno 2009"

La prevenzione ambientale e gli esposti

Indagine sui punti di vista di comitati territoriali per la salute e la qualità dell'ambiente sulle attività di prevenzione.

Carlo Romagnoli
ISDE Perugia



Indice

1) Problematiche affrontate

- 1.1) Le politiche di servizio al privato da parte delle istituzioni pubbliche nelle società postfordiste.
- 1.2) Effetti sulla qualità dei territori e sulla salute dei cittadini
- 1.3) Autocomunicazione di massa e creazione di spazi autonomi per la difesa di salute e ambiente

2) Obiettivi

3) Metodi e materiali

- 3.1) Quello che si voleva fare
- 3.2) Quello che si è potuto fare

4) Risultati

- 4.1) Aspetti di contesto
- 4.2) Aspetti di merito:
 - a) i principi etici alla base della nuova domanda di salute: un'applicazione conseguente del principio di precauzione
 - b) alcuni aspetti di merito su:
 - critica alle politiche di prevenzione ambientale (ISDE)
 - critica agli impianti a biomasse e biogas (prof. Corti uniMilano)
 - critica alle attuali politiche di gestione dei rifiuti e approccio "Zero waste" (prof Paul Connet)
- 4.3) Aspetti relativi alle critiche funzionali e organizzative rivolte ai servizi di prevenzione

5) Raccomandazioni finali

- a) adempimenti della legislazione vigente fino a oggi non assunti dalla totalità dei servizi di prevenzione ambientale, attraverso la produzione di procedure operative condivise;
- b) interventi di formazione in servizio
- c) sperimentazione di soluzioni innovative volte a migliorare la qualità dell'attività di prevenzione

Bibliografia

1. Problematiche affrontate

1.1 Le politiche di servizio al privato da parte delle istituzioni pubbliche nelle società postfordiste.

Se gli interventi promossi a vari livelli dalle amministrazioni pubbliche dovrebbero perseguire finalità sociali quali la promozione e la tutela della salute dei cittadini e la qualità dell'ambiente naturale e costruito, molti autori rilevano che nelle società postfordiste [1-3] il pubblico faccia politiche di servizio al privato, sostituendone in sostanza i fini.

In aggiunta a ciò la valutazione dell'impatto delle relative programmazioni o non viene fatta (un'evidenza ricorrente se solo si pensa ai piani sanitario e sociale umbri 2009-2011, sui cui effetti applicativi non vi è alcuna documentazione ufficiale) o viene fatta dagli stessi programmatori in contesti o non partecipati o partecipati da determinati portatori di interesse tra cui troppo spesso mancano le comunità i cui territori sono modificati pesantemente dalle politiche ambientali.

1.2 Effetti sulla qualità dei territori e sulla salute dei cittadini

Fatte salve le opportune differenze, quanto accaduta a Taranto (dove addirittura si è ridotta la speranza di vita, (figura 1) ha fatto emergere tra la popolazione e soprattutto tra gli esposti una serie di interrogativi sul senso e sull'effettiva funzione svolta dai servizi pubblici cui è deputata la tutela dell'ambiente in quanto determinante di salute.

Se i dati sui danni determinati dalla mancata attività di prevenzione sono impressionanti (si tratta probabilmente della più grossa strage di civili compiuta in Italia in un periodo non bellico) pure destano pesanti interrogativi:

a) la mancanza di discussione da parte dei servizi di prevenzione ambientale su quanto accaduto a Taranto su scala macro: sarebbe stato possibile attivare un'indagine di caso su quanto fatto dai servizi, per individuare punti critici e punti di forza e avviare riflessioni analoghe negli altri territori, a fronte dei molti problemi creati dal ciclo dei rifiuti, soprattutto quelli industriali, sugli inceneritori, sugli impianti a biogas e biomasse ecc;

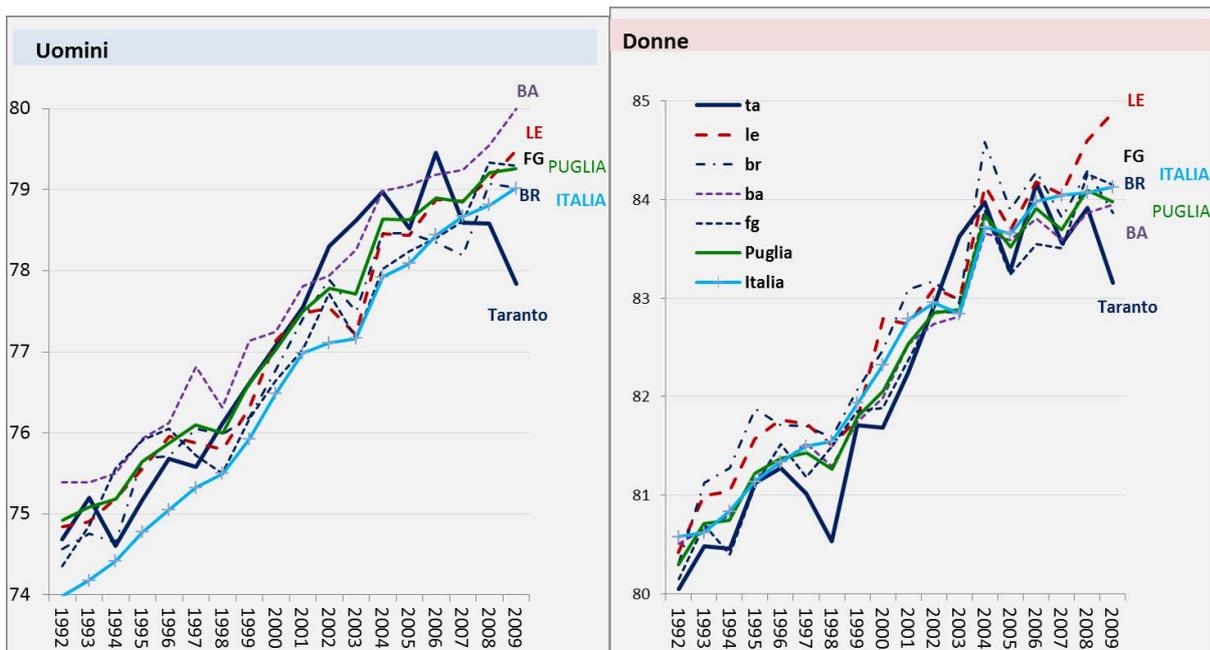


Figura 1. Speranza di vita dal 1992 al 2009 nelle province della Puglia [4].

b) la mancanza di un'interazione strutturata con gli esposti, accentuata dalla disgiunzione organizzativa tra territori, che in genere si articolano in distretti, e dipartimenti di prevenzione che invece non hanno alcun legame con i territori stessi, in quanto supposti organismi "tecnici".

1.3 Auto comunicazione di massa e creazione di spazi autonomi per la difesa di salute e ambiente

La gestione neoliberista della crisi ambientale ed economica determina sia un aumento della pressione antropica sui territori (cambiamento climatico, politiche energetiche, ciclo dei rifiuti, effetti degli insediamenti produttivi, ecc.), sia una modificazione negativa della qualità della vita delle persone, sottoposte a politiche di precarizzazione e indebitamento che producono un sostanziale impoverimento, percepito come l'effetto di aggressive politiche istituzionali di servizio al privato.

Ne deriva sia un allontanamento dai circuiti della rappresentanza e una sfiducia generalizzata, a diversi livelli, nelle istituzioni e nei servizi anche di prevenzione da parte dei cittadini. Questi infatti percepiscono crescenti problemi per la salute e la qualità dei territori in cui vivono e cercano conseguentemente, di difendersi come possono costruendo nuovi ambiti di interazione comunitaria (comitati, associazioni, ecc) capaci di condurre iniziative autonome da partiti e istituzioni, facendo riferimento a proprie reti informative e ricorrendo a esperti indipendenti.

In questa azione di "autodifesa" della moltitudine ha un ruolo decisivo l'auto comunicazione di massa [5] e la creazione spontanea sia di reti in internet tra gli esposti che i processi di meta organizzazione che li contraddistinguono, in discontinuità con il passato.

In primo luogo sulle reti, occorre ricordare come esse siano sempre più il frutto della libera auto attivazione dei cittadini piuttosto che l'effetto aggregativo determinato da qualche "gruppo dirigente" [5]. Infatti i processi di auto attivazione sono descritti in letteratura [6] come basati su dispositivi "meta organizzativi" in cui hanno un ruolo preminente:

- la capacità di creare senso e immaginario attivando sinergie tra le mappe cognitive

comportamentali dei cittadini e definite modalità di comunicazione;

- interazioni basate su ampi spazi per l'inclusione e la condivisione a loro volta garanzia di trasparenza e democrazia effettiva;
- la presenza dei cittadini in quanto singolarità ricche di conoscenze; per quanto, parlando con alcune persone questo possa non sembrare vero, le popolazioni dei paesi sviluppati sono state interessate, oltre che dalla transizione epidemiologica, anche dalla transizione culturale [7] (aumento del numero di persone con livello di istruzione minima pari o superiore alle medie superiori) ma è variata soprattutto la composizione tecnica della forza lavoro, oggi sostanzialmente cognitiva e in grado di usare autonomamente gli strumenti per la condivisione delle informazioni, peraltro ormai presenti in ogni ambiente di lavoro.

Questo fa sì che oggi ci confrontiamo con cittadini dotati di conoscenze e griglie interpretative che ne fanno delle singolarità ricche di soggettività, capaci di interagire autonomamente in rete, produrre comunicazione in autonoma e regolare di conseguenza le proprie scelte e i propri vissuti;

- la presenza determinante di connettori cioè di soggetti che hanno le capacità di creare e mantenere le relazioni orizzontali tra i partecipanti alla rete, sotto la garanzia della condivisione dei processi di inclusione.

Queste singolarità si attivano sempre meno in base ai classici input gerarchici di novecentesca memoria (partiti, istituzioni, enti morali) e sempre più in base a due processi comunicativi paralleli ma disgiunti [5]:

- la comunicazione verticale dei media ufficiali: qui basterà ricordare l'effetto dell'esposizione a ore televisive di programmi per bambini, sui comportamenti alimentari e motori di questa fascia di età;

- la comunicazione orizzontale in rete: qui basterà ricordare l'effetto della comunicazione orizzontale in rete sulla adesione alla campagna vaccinale per la pandemia da H1N1: al di là dei giudizi di merito sul senso della campagna da un punto di vista di sanità pubblica, occorre registrare che l'11% di adesione nazionale

(Corriere delle Sera del 11/12/2009) trova riscontro in un trend mondiale in cui è stata l'informazione auto attivata tramite la rete a determinare la bassa adesione e a segnare per la prima volta sia un limite ai poteri della comunicazione verticale dei media ufficiali (che evidentemente non è riuscita a creare senso con il semplice approccio cognitivo razionale, basato sull'incutere timore!) sia il limite intrinseco dei programmi di sanità pubblica non basati sulla programmazione partecipata, su processi di trasparenza, inclusione, condivisione e quindi incapaci di creare senso e immaginario.

Si è ritenuto pertanto opportuno iniziare a esplorare questa area di problematiche attivando un'indagine qualitativa rivolta a gruppi di cittadini e/o a testimoni chiave attivi in associazioni che, sul territorio dell'AUSL 2 di Perugia e in Umbria a vario titolo "lottano per la salute e la difesa dei territori", al fine di individuare le criticità e far emergere una serie di raccomandazioni su possibili interventi volti a recuperare il controllo dei cittadini/esposti sui servizi di prevenzione ambientale.

2. Obiettivi

Rilevare tramite un'indagine qualitativa rivolta a gruppi di cittadini e testimoni chiave attivi in comitati e associazioni che difendono salute, ambiente qualità del territorio:

- a) Percezione delle politiche di prevenzione dei servizi di prevenzione ambientale e degli operatori che le applicano;
- b) Narrazione delle eventuali esperienze di interazione e dei problemi emersi in tali occasioni;
- c) Individuazione delle possibili aree di interfaccia
- d) Principali richieste che vengono avanzate ai servizi di prevenzione;

2. Metodi e materiali

3.1 Fasi dell'indagine

Si è registrato un forte scostamento tra quello che ci siamo proposti di fare (una indagine a testimoni chiave attivi in ciascun comitato, sulla base di un temario) e quello che è stato possibile

fare (sostanzialmente osservazione in occasione di convegni, riunioni e azioni dimostrative con brevi colloqui informali con singole soggettività) a partire dalla forte diffidenza nei confronti di Asl, ARPA e di tutto quello che può avere riferimento anche indiretto con i contesti istituzionali.

3.2.1 Quello che si voleva fare

a) Definizioni:

Per associazione in questa sede si intende "una struttura associativa stabile, dotata di statuto e operante sul territorio di tutta la AUSL 2 e dotata di organismi rappresentativi e sedi (es.: Lega ambiente, Italia Nostra, WWF, ISDE, ecc)"

Per comitato in questa sede si intende "un contesto associativo non necessariamente stabile, nato in risposta a un problema specifico di salute e/o qualità del territorio, operante su una parte del territorio della AUSL 2, a organizzazione informale"

Per testimone qualificato si intende [8] "un soggetto che presenti le seguenti caratteristiche:

- a) posizione o ruolo all'interno della comunità di appartenenza;
- b) conoscenza dettagliata dell'argomento trattato;
- c) disponibilità a cooperare;
- d) capacità dialettica, soprattutto di comunicare le sue informazioni in modo corretto e organico;
- e) imparzialità".

b) Fasi dell'indagine

In prima battuta si è pensato di realizzare un'indagine che prevedesse le seguenti fasi:

- a) Censimento di associazioni e comitati attivi sul versante della difesa di salute e territorio;
- b) Approvazione indagine da parte degli interlocutori (comitati, associazioni, responsabili servizi)
- c) Attivazione di contatti e osservazione diretta degli ambiti territoriali e dei contesti associativi
- d) Interazione sulle aree tematiche definite nella sezione obiettivi, in modo da includere e rilevare aspetti ora non previsti ma ritenuti importanti dalle singole situazioni e intervista a singoli

LA PREVENZIONE AMBIENTALE E GLI ESPOSTI

(testimoni chiave) o gruppi di partecipanti almeno per ciascuna associazione/ comitato.

Aree tematiche sottoposte a rilevazione (al netto delle integrazioni richieste da associazioni e comitati)

Denominazione dell'associazione/ comitato

Breve storia dell'associazione/ comitato

Aree di attività

Eventuale localizzazione territoriale

Problemi di salute, ambiente e di qualità del territorio percepiti come prioritari

Eventuale documentazione cartacea, filmica o fotografica dell'impatto su salute, ambiente e territorio

Percezione delle politiche di prevenzione dei servizi di prevenzione ambientale e ARPA e degli operatori che le applicano;

Narrazione delle eventuali esperienze di interazione e dei problemi emersi in tali occasioni;

Principali richieste che vengono avanzate ai servizi di prevenzione;

Individuazione delle possibili aree di interfaccia

Altro

Scheda base (da integrare) per l'inchiesta con le associazioni e comitati che in lotta per salute ambiente qualità del territorio

Denominazione dell'associazione

Breve storia dell'associazione

Aree di attività

Eventuale localizzazione territoriale

Problemi di salute, ambiente e di qualità del territorio percepiti come prioritari

Eventuale documentazione filmica o fotografica dell'impatto su salute, ambiente e territorio

Percezione delle politiche di prevenzione dei servizi di prevenzione ambientale e degli operatori che le applicano;

Narrazione delle eventuali esperienze di interazione e dei problemi emersi in tali occasioni;

Principali richieste che vengono avanzate ai servizi di prevenzione;

Individuazione delle possibili aree di interfaccia

Altro

- e) analisi risultati ed enucleazione delle tematiche principali emerse dalle interviste
- f) attivazione fasi analoghe per responsabili dei servizi di prevenzione ambientale
- g) analisi dei risultati;
- h) produzione di un rapporto finale.

medici e laureati per l'ambiente molto accreditata negli ambienti dei comitati per la sua posizione avanzata in tema di prevenzione) è stato possibile fare *osservazione, raccogliere materiali e condurre alcuni brevi colloqui con singole soggettività*, sempre avendo a riferimento i temari approntati per le interviste. Il tutto è avvenuto nel periodo ottobre 2012-marzo 2013 in occasione di:

3.2 Quello che si è potuto fare

Come anticipato, data la cattiva luce con cui vengono visti nei comitati gli operatori di DP e ARPA (un aspetto molto grave, che sarà ripreso nella sezione Risultati), per condurre l'indagine nei termini sopra previsti non vi erano le condizioni relazionali necessarie, mentre la natura orizzontale dei comitati rende difficile e aleatoria l'individuazione di testimoni privilegiati.

Glissando sull'appartenenza lavorativa e utilizzando l'affiliazione a ISDE (un'associazione di

- a) riunioni del coordinamento regionale umbro "Terre nostre" formato dai comitati "NO BIOMASSE/BIOGAS" di Costano, Avigliano Umbro, Bettona, Fossato di Vico, Costacciaro, S. Egidio, Santa Maria Rossa, Ponte Valleceppi, Marsciano, Massa Martana, dalle associazioni Pan Kalon e dal circolo culturale "primomaggio" nel periodo ottobre 2012-gennaio 2013-03-05.
- b) riunioni di singoli comitati come quella tenutasi a Ponte Valleceppi (una frazione di Perugia) il 25 gennaio 2013

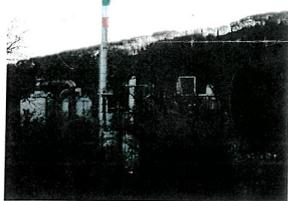
COMITATO AMBIENTE
MOLINI DI FORTEBRACCIO
(PONTE VALLECEPPI-PRETOLA)

ASSEMBLEA PUBBLICA

Venerdì 25 Gennaio 2013 Ore 21,00
all'interno del CVA di Ponte Valleceppi

**Impianto a biomasse presso la Distilleria Di
Lorenzo: i cittadini devono sapere!!!**

Invitati:
Wladimiro BOCCALI, Sindaco del Comune di Perugia
Lorena PESARESI, Assessore Ambiente del Comune Perugia
Valeria CARDINALI, Assessore Urbanistica del Comune di Perugia
Roberto BERTINI, Assessore Ambiente della Prov. di Perugia
Silvano ROMETTI, Assessore Ambiente della Regione Umbria
Giovanna SALTALAMACCHIA, Direttore dell'Arpa
Mauro FAGIOLI, Direttore Esercizio Ferroviario Umbria Mobilità
Maria Rita MANFRONI, Responsabile ASL n. 2 Perugia
Borislav VUJOVIC, Dirigente servizio ambientale Prov. Perugia



*Chi pensa all'Ambiente e alla
nostra Salute???*



Tutti i cittadini sono invitati a partecipare

Per partecipare alle iniziative e collaborare con il comitato per la difesa del nostro territorio, manda una mail a:
comitato.moliniidifortebraccio@gmail.com

LA PREVENZIONE AMBIENTALE E GLI ESPOSTI

a. Convegni e seminari quali:

il convegno nazionale:BIOMASSE E BIOGAS OPPORTUNITA' O SPECULAZIONE? organizzato, sabato 8 dicembre, ad Assisi (S. Maria degli Angeli,) presso l'Ora Hotel Cenacolo, dal Comitato Regionale Umbro "TERRE NOSTRE".

Relatori:

- Prof. Michele Corti - Univ. di Milano,
- Don Paolo Giulietti - Vicario Generale Diocesi Perugia-Città della Pieve,
- Dott. Ezio Roi - Magistrato di Cassazione a.r.,
- Ing. Massimo Cerani,
- Dott. Roberto Pellegrino - Biologo ambientalista,
- Dott. Maurizio Venezia - Medico psicoterapeuta, ISDE Perugia

ETICA SALUTE AMBIENTE
NELLA CITTÀ DI FRANCESCO I CITTADINI E I COMITATI DI TUTTA ITALIA SINTERROGANO IN UN

CONVEGNO

**BIOMASSE E BIOGAS
OPPORTUNITÀ O SPECULAZIONE?**

**SABATO 8 DICEMBRE 2012
ORA HOTEL CENACOLO - ASSISI**

Relatori:

- Prof. **Michele Corti** Università di Milano, Facoltà di Agraria e Presidente Coordinamento Nazionale "Terre Nostre";
- Dott. **Roberto Pellegrino** - biologo ambientalista "Energia rinnovabile: obiettivo sostenibilità";
- Don **Paolo Giulietti** Vicario Generale Diocesi Perugia e Città della Pieve. "Questioni etiche attorno alle energie rinnovabili";
- Dott. **Maurizio Venezia** Medico psicoterapeuta, omeopata - Presidente ISDE Perugia "Principio di precauzione". Un richiamo all'unità del metodo scientifico verso una governance partecipata dei rischi e delle scelte.
- Dott. **Ezio Roi** Magistrato di Cassazione a.r. "Le buche della legislazione. Ovvero i buoni propositi in Italia finiscono spesso in truffe ai cittadini contribuenti";
- **Michele Greco** Avvocato del Comitato di Capolbio "Contributo scritto"
- Ing. **Massimo Cerani** "Relazione tecnica"

PROGRAMMA

- Ora 9.30 Inizio lavori
- Ora 12.30 Fine prima parte
- Ora 12.45 Intervallo pranzo
- Ora 14.15 Approfondimento a gruppi per settori specifici (tecnico, legali, sanitari e della comunicazione)
- Ora 16.30 Sintesi per un documento conclusivo.

PARTECIPARE ALLE SCELTE AMBIENTALI È UN DIRITTO DEMOCRATICO DA ESERCITARE

COORDINAMENTO REGIONALE UMBRO "TERRE NOSTRE"

b. Il seminario regionale sulla strategia "Rifiuti zero" tenutosi a Terni il 17/10/2012

...VERSO LA MANIFESTAZIONE NO INCENERITORI DEL 27/10/2012

Mercoledì 17 Ottobre alle 21

a Terni - Via Aminale
incontro / dibattito con

PAUL CONNETT

Professore di chimica ambientale all'Università
St. Lawrence di Canton, New York
padre della teoria "Zero Waste" - "Rifiuti Zero"

DI QUALSIASI RIFIUTO SI TRATTI L'INCENERIMENTO E LA DISCARICA NON POSSONO ESSERE LA SOLUZIONE

Da anni Connet gira tra l'Europa e l'America esponendo la sua teoria "zero-waste"; ormai attuata con successo economico e ambientale in centinaia di città di qualsiasi dimensione geografica e demografica, dando dimostrazione di come gli inceneritori siano ancora in vita solo perché rappresentano un grosso affare per gli imprenditori senza scrupoli che li gestiscono a discapito dell'ambiente e della salute dei cittadini

COMITATO NO INCENERITORI TERNI

c. **Le attività del comitato “NO Inceneritore di Terni”**

I cittadini di Borgo Rivo, Villa Palma, Campitello e Gabelletta invitano tutti gli abitanti dei loro quartieri a partecipare al presidio, organizzato in collaborazione con il Comitato No Inceneritori, contro la riaccensione dell'impianto di Maratta gestito da Aria SpA

SABATO 2 MARZO ALLE ORE 10:00
PRESIDIO SOTTO LA SEDE DELL'ARPA DI TERNI
Via C.A. Dalla Chiesa (sotto il Tulipano)

I nostri quartieri, come asserito dall'ARPA stessa, sono stati per anni l'area di massima ricaduta delle polveri provenienti dal polo di incenerimento di Maratta e torneranno a esserlo con la riaccensione dell'impianto Aria SpA che si appresta a bruciare pulper, un rifiuto industriale proveniente per la quasi totalità da fuori regione. E' fondamentale la presenza di ognuno di noi per la salute nostra e delle future generazioni!

noinceneritoritr@gmail.com facebook”Comitato No Inceneritori Terni”

ciel.in prop. Via del lanificio 19

d. **Incontri con il consiglio regionale in occasione della revisione della normativa sugli impianti a biogas e biomasse nei mesi di gennaio (22/1/13) e febbraio (5/2/13)**

Martedì 5 Febbraio ore 10,15

in Piazza Italia a Perugia

**Presidio al Consiglio Regionale
dei comitati aderenti al**

Coordinamento Regionale Umbro

“ TERRE NOSTRE “

**in occasione della discussione delle mozioni
sulle distanze degli impianti a biogas e
biomassa dalle singole abitazioni, dai centri
abitati e di interesse culturale.**

**Tutti i cittadini sono invitati a partecipare
per sostenere le giuste ragioni dei territori per
la salvaguardia della salute, dell'ambiente, del
paesaggio e della DEMOCRAZIA.**

Coordinamento Umbro Terre Nostre



e. Contatti via mail con la rete di comitati operante nell'Orvietano contro i danni alla salute da discariche e impianti geotermici

f. Non è stato possibile invece partecipare agli eventi pubblici organizzati dal comitato che si oppone alla discarica di Borgo Gligione e probabilmente ad altre attività di comitati non presenti nella rete relazionale attivata.

Data:
venerdì 01.02.2013

CORRIERE DELLA UMBRIA
giornale di cronaca

Estratto da Pagina:
20

Anche un esposto contro la delibera di giunta regionale
Discarica Borgo Gligione: il comitato chiede le dimissioni di Rometti

di **Anna Lia Sabelli Fioretti**

► PERUGIA - "Basta con i truc truc. Adesso si fa sul serio". Tra interventi lucidi e altri passionali, tra proposte razionali e altre improponibili, tra notizie inesatte, come l'annuncio dell'apposizione dei cartelli di divieto per il passaggio dei tir dei rifiuti per Castel Rigone, minacciato ma non ancora avvenuto, e supposizioni fantasiose (ma quanto?) del tipo "Sulla strada delle Fratte di Mantignana sorgerà Mantignana 2. La zona è tutta lottizzata per questo non vogliono il passaggio dei camion con l'immondizia", l'affollatissima assemblea degli abitanti della zona nord di Perugia che ha riempito la sala dell'associazione dei Monti del Terzo sino all'assurimento dei posti in piedi, presenti anche rappresentanti di associazioni ambientaliste, ha fatto registrare mercoledì sera anche tre decisioni molto concrete. La prima è la richiesta di dimissioni dell'assessore regionale Silvano Rometti per gli esiti disastrosi della sua gestione dei rifiuti in Umbria (ogni umbro manda in discarica una media di 400 chili di immondizia pro capite, un dato che ci porta in testa alla classifica dei peggiori riciclatori d'Italia) e per come non ha saputo risolvere il problema dell'ampliamento e della viabilità dei tir per la discarica di Borgo Gligione. Il secondo passaggio dell'ormai "guerra senza quartiere" (in questo caso i quartieri sono i comuni limitrofi) contro la decisione della giunta regionale (delibera n.2 dell'8-1-2013) di sospendere per 18 mesi, con possibilità di un rinnovo, il vincolo ambientale messo dal ministero dei beni culturali sulla strada di Sant'Antonio-Belvedere, è stata risoluzione di chiedere il sequestro di detta strada vicinale che oltretutto, all'oscuro di alcuni suoi proprietari e della soprintendente Di Bene (competente anche per la sorveglianza sulla zona della Villa), in estate è stata riasfaltata ed abusivamente allargata di 40 centimetri. Terzo, infine, i cittadini hanno deciso di presentare un esposto alla procura della Repubblica sul provvedimento regionale che non ha tenuto in alcun conto il vincolo di tutela apposto dalla direzione regionale dei beni culturali in accordo con il Comune di Perugia. Nel corso dell'assemblea l'unico a essere stato elogiato senza mezzi termini, anzi con una partecipazione molto sentita, è stato il direttore generale dei beni culturali Francesco Scoppola, definito "una persona ligia al dovere che rispetta sino in fondo il suo ruolo". In merito alla richiesta di dimissioni di Rometti è stato ricordato come oltretutto non sia eticamente ammissibile che abbia deleghe in conflitto di competenza tra di loro: "come può difendere l'ambiente quando è anche assessore alle infrastrutture e all'urbanistica? Cemento e verde hanno ben poco in comune, oltre all'assessore". Ed infine l'ultima stoccata: "Nella delibera dell'8 gennaio invece di indicare una soluzione ha saputo solo invitare, al punto 2), "le amministrazioni comunali interessate ad adottare tutte le iniziative al fine di agevolare il trasporto dei rifiuti, tenuto conto dei percorsi individuati dal Progetto di Ampliamento di Borgo Gligione". E quale è stato il risultato? I comuni hanno messo il divieto di transito ai camion".

Sei dentro, paggi a pado Sabelli

4. Risultati

Dall'insieme delle osservazioni sviluppate e dei colloqui sostenuti emergono una serie di considerazioni che, seppur ancora preliminari, parziali e vagamente documentate data la mancanza di interviste a testimoni qualificati¹, permettono di sviluppare ipotesi interpretative almeno su:

- 1) gli aspetti di contesto;
- 2) gli aspetti di merito collegati sia a una serie di principi etici e a nuove visioni scientifiche sulla relazione tra ambiente e salute fortemente orientate alla applicazione del principio di precauzione
- 3) i processi di soggettivazione prodotti dalle lotte dei comitati territoriali;
- 4) gli aspetti relativi alle critiche sviluppate verso i servizi di prevenzione
- 5) gli effetti sulle istituzioni locali, regionali e nazionali delle lotte su ambiente e salute.

4.1 La crisi ambientale globale come contesto interpretativo dell'attenzione multitudinaria a salute, qualità della vita e del territorio

Da molti anni a questa parte si susseguono gli appelli delle autorità scientifiche sul degrado ambientale globale [10,11], sul cambiamento climatico in atto e sui sempre più gravi effetti sulla salute e sulla qualità della vita che questo comporta²:

Se tutto questo ha sicuramente aumentato il livello di attenzione delle popolazioni alle tematiche di ambiente e salute pure le pressioni

¹ Manule Castell nella sua recente opera "Riti di indignazione e speranza" [9] analizzando sul piano sociologico i nuovi movimenti nati nella crisi evidenzia, tra le altre caratteristiche, che la assenza di leader non impedisce di sviluppare azioni molto estese e condivise. In questo senso, si può pensare la movimento che ha condotto e vinto in Italia il referendum sulla ripubblicizzazione dell'acqua, dove non sono emersi leader.

² Già nell'estate 2003 in Umbria in occasione di una ondata di calore [12], fu possibile misurare un eccesso di mortalità e di ricoveri, mentre negli anni più recenti le ondate di calore hanno finito per determinare danni alla salute e diffusi disagi alla popolazione nei periodi estivi, mentre nel novembre scorso si è registrato un'alluvione da forti piogge nell'Orvietano.

esercitate sui territori dal capitalismo finanziario globale [13] che ha determinato una disgiunzione tra potere ed esperienza (chi risiede nei territori subisce gli effetti di investimenti decisi altrove mentre il sistema di rappresentanza non solo non riesce a temperare gli effetti degli investimenti privati, ma da alcuni decenni li promuove attivamente e indipendentemente dalle valutazioni di chi vive sul territorio).

Inoltre la crisi finanziaria sopraggiunta dal 2007 e dalla quale a ormai sei anni dall'inizio non solo non si vede via di uscita, ma di cui è chiaro che non si uscirà applicando le ricette del passato che a essa hanno portato prospera per moltissima gente –la moltitudine o meglio il 99% della società– un futuro per nulla desiderabile, facendo emergere la necessità di cambiamenti profondi a livello economico finanziario, istituzionale, sociale e nella gestione dell'ambiente.

L'insieme di questi e altri fattori ha dunque fatto sì che, nella crisi globale, coloro che vivono sui territori si siano sentiti complessivamente minacciati da cambiamenti e insediamenti ambientali, percepiti sia come dannosi anche per la salute, sia come portato di scelte di cui si contesta la razionalità e di cui non si condivide la necessità in quanto vi è la disponibilità tecnica di soluzioni alternative più efficienti, rispettose dell'ambiente e non dannose per la salute.

Lo scambio di saperi ed esperienze in internet - che ho richiamato in premessa come "auto comunicazione di massa"- fa emergere come concreta e possibile, in quanto già applicata altrove, la possibilità di risolvere i problemi tramite un'applicazione del principio di precauzione e l'attivazione di nuove relazioni di potere tra cittadini, amministrazioni e servizi di tutela ambientale.

4.2 Gli aspetti di merito emersi dall'indagine

Soprattutto nei convegni cui si è avuto modo di partecipare sono emersi come condivisi sia aspetti etici che sarebbero violati dalle scelte imposte ai territori, sia critiche di merito relative a criteri scientifici che sarebbe possibile applicare in una nuova politica più rispettosa delle relazioni tra salute e ambiente.

4.2.1 I principi etici alla base della nuova domanda di salute

Soprattutto nell'intervento di Don Paolo Giulietti al convegno di Assisi dell'8/12/2012 sono state delineate e condivise le basi etiche che guidano le eterogenee attività dei comitati, riassumibili in quattro sostanziali principi:

4.2.1.1 Principio della responsabilità intergenerazionale

Soprattutto a partire da una riflessione sulle energie non rinnovabili, si concorda che è etico uno sfruttamento dell'ambiente che non pregiudichi la disponibilità di tali risorse per le generazioni future. Tale principio vale ovviamente per tutte quelle forme di utilizzo dell'ambiente che ne pregiudicano o ne condizionano fortemente la fruibilità futura.

4.2.1.2 Principio di precauzione

Laddove le conseguenze sull'ambiente di determinate scelte non siano facilmente prevedibili, entra in gioco il principio di precauzione, il quale esige che tali decisioni siano prese:

- nella massima trasparenza, cioè tenendo chiaramente presenti tutti i fattori in gioco e tutti i possibili esiti, anche economici, sulla comunità;
- nella massima condivisione, cioè chiamando a partecipare alla scelta tutti i soggetti potenzialmente coinvolti;
- nella ricerca della massima possibilità di reversibilità, qualora le conseguenze della scelta adottata si rivelino insostenibili;
- nell'apertura alla possibilità di modificare le cose, in seguito all'insorgere di tecnologie migliorative.

In altre parole, in campo energetico ma non solo, quanto più le decisioni si caratterizzano per irreversibilità e rigidità, tanto più vanno prese non alla leggera, non solo in base a calcoli economici, ma ricorrendo al più ampio coinvolgimento popolare.

4.2.1.3 Principio del costo ambientale

L'impatto complessivo sull'ambiente deve essere considerato come un elemento fondamentale dell'eticità di un processo di produzione dell'energia; non si può considerare il beneficio economico a prescindere da questa grandezza. Essa deve entrare nella valutazione come una componente decisiva. Tale principio evidenzia la non eticità di procedimenti che massimizzano il profitto privato e scaricano i costi ambientali sulla collettività.

4.2.1.4 Principio dell'armonia con l'ambiente

L'armonia e l'equilibrio dell'ambiente con la comunità umana sono anch'esse una componente etica della valutazione, soprattutto per ciò che attiene ai processi agro-industriali coinvolti nella produzione di energie alternative: L'esempio della foresta amazzonica, è certamente eclatante. Il principio però è valido anche per le nostre terre, dove l'introduzione di monoculture o lo sfruttamento di acqua e terreni vanno spesso a modificare assetti ambientali, economici e antropici consolidati da generazioni. Per le biomasse, come per i biocombustibili, questo rischio è ben presente, andando anche a interessare luoghi diversi da quelli dove sono collocati gli impianti, prevedendo cioè lo sfruttamento di terreni nei PVS e il trasporto delle materie prime.

4.2.2 Critiche di merito alle vigenti politiche ambientali

Sia nel convegno di Assisi dell'8 dicembre che in quello di fine ottobre a Terni sulla strategia rifiuti zero, sono emerse in modo organico, sia dagli interventi dell'associazione ISDE, sia dagli interventi sugli impianti a biogas e biomasse del prof. Michele Corti, ordinario di Chimica agraria all'Università di Milano che da parte del prof. Paul Connet, ordinario di chimica ambientale all'università St Laurence di New York, esposizioni delle critiche di merito avanzate in modo talora meno strutturato dai singoli comitati.

4.2.2.1 La posizione ISDE su ambiente e salute

L'ambiente nella sua accezione più completa e complessa -comprensiva di stili di vita, condizioni sociali ed economiche- è un determinante fondamentale per il benessere psicofisico e quindi per la salute delle persone e delle popolazioni.

I cambiamenti climatici, indotti dall'enorme incremento dell'immissione in atmosfera di gas serra (incremento generato soprattutto da attività industriali e sistemi di trasporto), rappresentano, come denunciato da decenni dalla comunità scientifica internazionale, una grande emergenza planetaria e impongono scelte decisive e non più rimandabili, in ragione delle possibili e difficilmente prevedibili conseguenze ambientali, biologiche, sanitarie, economiche e sociali.

E' quindi indispensabile un forte ripensamento dell'attuale modello di sviluppo e dell'intero sistema economico che riconosca la centralità del binomio **ambiente-salute**, come insegnano tristemente tante vicende come quella dello stabilimento Ilva di Taranto.

Il rapporto dinamico e indissolubile che lega **ambiente** e **salute** deve divenire un punto di fondamentale interesse e riflessione nell'ambito politico, scientifico, economico, culturale, universitario, della scuola e per le organizzazioni dei lavoratori nel nostro Paese.

Come medici e ricercatori abbiamo il compito e il dovere morale di indicare le scelte più opportune e sicure per tutelare l'ambiente e quindi il diritto alla salute dei cittadini, delle generazioni presenti e future, come sancito dall'art. 32 della Costituzione.

Come cittadini inoltre chiediamo più risorse per il comparto sanitario e per la prevenzione; risorse che potrebbero essere agevolmente recuperate da una più attenta lotta all'evasione fiscale, alla corruzione, agli sprechi, ai privilegi e con una netta riduzione delle spese militari.

Il Servizio sanitario nazionale deve essere potenziato e deve rimanere il fulcro dell'assistenza sanitaria così da continuare ad assicurare elevati livelli di prestazioni, in forma di prevenzione, diagnosi, assistenza e cura a tutti i cittadini.

Infine nell'auspicare che i crimini ambientali siano presto configurati, anche per legge, come crimini contro l'umanità, proponiamo di seguito

alcuni settori d'intervento che riteniamo strategici e non più eludibili per l'attività del nuovo parlamento e per il bene dell'Italia.

Energia

Tutta la comunità scientifica internazionale concorda circa la necessità di un rapido cambiamento dell'attuale modello di sviluppo, in larga misura fondato sul consumo di combustibili fossili e di risorse non rinnovabili. E' necessario quindi un rapido incremento delle politiche di risparmio energetico, di ricerca e diffusione delle energie veramente rinnovabili (solare, solare termico e minieolico), l'avvio di programmi di emancipazione rapida dalle fonti di energia fossile, in particolare dal carbone e il ripudio definitivo di qualsiasi progetto di realizzazione di centrali nucleari, che rappresentano un'ipoteca inaccettabile sulla vita delle persone, delle generazioni future e dello stesso pianeta.

E' indispensabile che si realizzi subito un piano energetico nazionale per una corretta valutazione della domanda e dell'offerta energetica, anche al fine di programmare la chiusura dei grandi poli di produzione energetica già esistenti, inquinanti per l'ambiente e dannosi per la salute.

E' parallelamente indispensabile un programma di diffusione su tutto il territorio nazionale di piccole centrali di produzione energetica e la rinuncia alla costruzione di nuovi grandi poli energetici.

L'Isde ritiene che la produzione di energia a partire dalla combustione delle biomasse non rappresenti una valida alternativa ai combustibili fossili e che sia parimenti insostenibile quando si esca dalla semplice logica del riutilizzo, all'interno di piccole aziende agricole, di scarti e residui di provenienza aziendale o comunque di un'area molto circoscritta. L'Isde giudica, sotto questo profilo, l'attuale regime di incentivazione dell'energia da biomasse fortemente distorcente in quanto spinge il mercato verso una corsa alla realizzazione di impianti di grossa taglia assolutamente insostenibili sotto il profilo ambientale e pericolosi per la salute.

Inutili e dannosi per l'ambiente e la salute anche le centrali a biogas e gli impianti di biodigestione anaerobica che vengono costantemente proposti su tutto il territorio nazionale per conseguire, una volta realizzati, importanti incentivi economici in quanto anch'essi spacciati per fonti rinnovabili quando in realtà lo sono soltanto formalmente.

E' pertanto indispensabile l'eliminazione dei contributi statali denominati Cip6 per le fonti energetiche non realmente rinnovabili e classificate furbescamente come "assimilate".

Aria

La qualità dell'aria è di fondamentale importanza per la salute. A maggiori livelli d'inquinamento atmosferico sono correlati incrementi evidenti non solo di malattie respiratorie e cardiovascolari, ma anche malattie cronico-degenerative, e tumori, specie del polmone.

Sono necessari interventi urgenti in grado di ridurre drasticamente la produzione e immissione in ambiente di anidride carbonica e altri gas serra e di sostanze nocive e tossiche, con particolare riferimento al particolato fine e ultrafine, agli idrocarburi policiclici aromatici, ai metalli pesanti, al benzene, alle molecole diossino-simili: tutti agenti potenzialmente mutageni e/o epimutageni e quindi cancerogeni e teratogeni.

E' indispensabile che in tutto il territorio nazionale siano ampliate le reti di monitoraggio della qualità dell'aria, con utilizzo delle migliori tecnologie disponibili, in particolare nelle aree e nei distretti con presenza di altre rilevanti fonti d'inquinamento: aree industriali, grandi poli di produzione energetica, città con elevato traffico veicolare, aree aeroportuali e portuali.

Devono essere realizzate politiche attive che riducano complessivamente la necessità di ricorrere ai processi di combustione, principali responsabili dell'inquinamento atmosferico urbano. Si tratta in primo luogo di attuare politiche urbanistiche volte sia alla riduzione del fabbisogno energetico degli edifici grazie al miglioramento della loro coibentazione e all'aumento dell'efficienza energetica degli impianti di riscaldamento-raffreddamento, sia alla riduzione della necessità di ricorrere all'uso degli auto-veicoli per la mobilità urbana, come meglio specificato subito di seguito.

Mobilità

Una migliore qualità dell'aria potrà essere garantita soltanto da una rapida trasformazione dell'intero sistema dei trasporti che permetta una drastica riduzione dell'immissione in atmosfera

dei prodotti derivanti dalla combustione di petrolio, gasolio, benzine e gas.

E' necessario quindi prima di tutto ridurre lo spostamento delle merci su grandi distanze, disincentivare il trasporto commerciale su gomma e incentivare il trasporto su rotaia e le cosiddette autostrade del mare per il trasporto di merci e persone; ridurre il traffico automobilistico e in particolare quello privato nelle grandi e piccole città, che potrebbero così recuperare fascino, bellezza e condizioni di vita più salubri anche attraverso l'utilizzo di mezzi ad alimentazione elettrica e l'uso delle biciclette. Ciò può essere realizzato attraverso scelte urbanistiche che avvicinino i servizi -a cominciare da quelli amministrativi- alle residenze, riqualifichino e ripopolino i centri storici e ricostruiscano il tessuto di piccole attività artigianali e commerciali delle città, soffocato e distrutto da politiche orientate a privilegiare i grandi centri commerciali, responsabili, a loro volta, di una quota certo non trascurabile di traffico veicolare.

Occorre migliorare le reti ferroviarie locali e nazionali, ma sempre nel rispetto delle peculiarità dei territori e dei diritti delle popolazioni interessate e sottoporre il traffico aereo a politiche di monitoraggio e netta e costante riduzione.

Poiché il traffico aereo è attualmente responsabile di quota cospicua delle emissioni di anidride carbonica, è assolutamente indispensabile, anche per ridurre l'effetto serra, una riduzione e razionalizzazione del trasporto aereo insieme a una moratoria per la costruzione di nuovi aeroporti e l'ampliamento di quelli già esistenti, anche in considerazione della presenza dei circa 100 aeroporti già dislocati su tutto il territorio nazionale e degli evidenti e gravi danni all'ambiente (a questo proposito emblematica è la vicenda dell'inquinamento del Parco del Ticino in prossimità dell'aeroporto di Malpensa) e alla salute delle comunità che vivono in prossimità di stazioni aeroportuali.

Gestione dei rifiuti

Riduzione drastica per legge della produzione dei rifiuti a partire dagli imballaggi che rappresentano circa il 50% di tutti i rifiuti prodotti.

L'Unione Europea, nel richiamare gli Stati membri a una corretta gestione dei Rifiuti Solidi Urbani (RSU), ammette il conferimento in

discarica e l'incenerimento dei RSU solo in assenza di valide alternative e come ultima opzione, poiché ritiene queste due metodiche di "smaltimento" antieconomiche e fortemente dannose per la salute e per l'ambiente.

L'Isde auspica e sostiene la politica delle cosiddette "R": Riduzione della produzione dei rifiuti, Raccolta differenziata "porta a porta", Riciclo, Riutilizzo, Riparazione e Responsabilizzazione dei cittadini e delle istituzioni, così da evitare l'incenerimento dei materiali post-utilizzo e da ridurre progressivamente il loro conferimento in discarica dei rifiuti. E' necessario che si arrivi a un incremento delle filiere brevi del ciclo dei materiali post-utilizzo, in modo che possano essere attuati maggiori controlli e che l'intero ciclo possa essere gestito in relazione alle peculiarità sociali ed economiche di micro-aree territoriali. L'Isde ritiene la realizzazione di "grandi ATO" incompatibile con tale esigenza e rispondente, viceversa, a una logica accentratrice che allontana le scelte dalle comunità locali e appare funzionale più alla realizzazione di grandi impianti che alla reale soluzione dei problemi.

Con la piena attuazione del tipo di gestione sopra indicato il quantitativo di materiali che necessitano di un trattamento finale può essere ridotto in misura drastica e la parte residua può essere trattata, senza alcuna nociva combustione, con tecniche meccaniche di estrusione per attrito (tali sistemi sono peraltro già operativi anche in Italia, e non determinano danno alla salute e all'ambiente come accade invece nel caso di "chiusura del ciclo dei rifiuti" con inceneritori e conferimento in discarica).

Acqua

L'acqua è un elemento fondamentale e insostituibile per la vita di tutto il pianeta e per quella di ogni essere umano. E' una risorsa non illimitata che va protetta con il risparmio e la razionalizzazione della sua distribuzione, con la salvaguardia e il risanamento degli ecosistemi e dei bacini idrici utilizzati per approvvigionamento di acque potabili, con il miglioramento del sistema degli acquedotti, del trattamento delle acque reflue e con il loro riciclo, con concrete politiche di tutela e risanamento ambientale con il controllo delle attività zootecniche e industriali a alto impatto ambien-

tale anche attraverso l'attuazione del Codice di buona pratica agricola (Cbpa).

Noi siamo l'acqua che beviamo e quella che mangiamo, attraverso i cibi preparati con essa e gli alimenti nei quali essa è costituente preponderante. Siamo anche l'acqua che hanno bevuto le generazioni che ci hanno preceduto perché, in forma liquida, gassosa e solida, essa costituisce un ciclo idrogeologico chiuso nel quale gli inquinanti possono penetrare e persistere.

L'acqua è e deve rimanere un bene comune e a ogni individuo va garantito in modo gratuito l'accesso all'acqua in misura sufficiente a garantire dignitose condizioni di vita.

E' necessario favorire, privilegiare e tornare in ogni modo alla gestione pubblica di questa risorsa vitale anche attraverso forme dirette di gestione comunale o di consorzio tra i comuni serviti dalle stesse fonti idriche.

Le normative italiane ed europee già esistenti a garanzia della potabilità e salubrità delle acque erogate alle popolazioni devono essere attuate concretamente e migliorate in modo da garantire una sempre maggiore tutela della salute e il pieno rispetto del Principio di precauzione.

Non si dovrà più far ricorso all'istituto della deroga che ha permesso di destinare a consumo umano, nell'ultimo decennio, acque con elevati livelli di sostanze tossiche e cancerogene.

La tutela della qualità e salubrità delle acque potabili deve realizzarsi anche attraverso adeguati provvedimenti idrogeologici e di risanamento delle reti idriche acquedottistiche (con rimozione dei tratti realizzati in passato con tubature in cemento-amianto).

Campi elettromagnetici

L'Isde, sulla base dei documenti ufficiali dell'European Environment Agency (EEA), che evidenziano rischi acclarati per la salute umana, e della recente classificazione da parte dell'Agenzia internazionale di ricerca sul Cancro (IARC) dei campi elettromagnetici come cancerogeni di classe 2 B, ritiene necessario che si emanino e dispongano norme e misure atte a ridurre -in prossimità di scuole, centri sportivi e aeree densamente abitate- l'esposizione (in specie dei bambini e dei più giovani) a questo tipo di energia non ionizzante e che si rivedano le norme

che autorizzano, anche nelle scuole, le cosiddette “aree wireless”.

L'Isde è pertanto a favore: della realizzazione di un piano nazionale per l'installazione dei diversi sistemi e strutture di emissione dei campi elettromagnetici in modo da avere una mappa con valori certi e noti di esposizione; della promozione di campagne d'informazione e prevenzione circa i possibili danni alla salute connessi anche all'uso dei telefoni cellulari; dell'incentivazione e del sostegno di studi e ricerche indipendenti, che permettano di approfondire e incrementare le conoscenze su questo particolare fattore di inquinamento ambientale in continua espansione, vista l'enorme e rapida diffusione di sempre nuove tecnologie di telecomunicazione.

Pratiche agricole

L'ISDE ritiene urgente e indispensabile incentivare le coltivazioni biologiche; sostenere programmi per una rapida eliminazione di pesticidi e fitofarmaci dalle pratiche agricole; avviare e diffondere l'agricoltura integrata anche con progetti di ricerca e riconversione al biologico. In tal senso occorre che i Piani di Sviluppo Regionali (PSR) prevedano una revisione dei disciplinari di agricoltura integrata in modo che i contributi comunitari vengano erogati solo a fronte di un'effettiva e controllabile riduzione dell'utilizzo di mezzi chimici di sintesi attuata mediante sostituzione -documentata- con misure alternative. Solo in questo modo sarà possibile una concreta riduzione dei pesticidi utilizzata in agricoltura, quando, al contrario, le attuali politiche di incentivazione dell'agricoltura integrata hanno dimostrato di fallire nel loro intento, dal momento che il consumo di pesticidi e concimi chimici di sintesi non solo non si è ridotto, ma è progressivamente aumentato negli anni. Occorre poi obbligare alla riconversione al biologico o interdire le coltivazioni agricole in aree situate in prossimità di sistemi idrici che forniscono acque a uso potabile.

Per quanto riguarda l'introduzione e l'uso degli OGM (Organismi Geneticamente Modificati), è necessario respingere con leggi chiare ogni tentativo di introduzione degli OGM nelle pratiche agricole locali per le irreversibili conseguenze di contaminazione dell'ambiente agricolo

e delle catene alimentari ed è necessario il rigoroso rispetto del Principio di Precauzione, richiedendo in attesa di evidenze scientifiche certe, che ne dimostrino la sicurezza e l'oggettiva necessità, una moratoria sulla coltivazione in pieno campo degli OGM, motivata anche sulla base dell'impossibilità, per un territorio come quello italiano, di realizzare qualsiasi tipo di misura atta a impedire la contaminazione, inevitabile e irreversibile, delle colture agricole tradizionali. Indipendentemente dal possibile danno alla salute, l'utilizzo degli OGM contrasta con la biodiversità e la tutela di prodotti locali ed è causa di danno all'ambiente e alle economie locali.

E' indispensabile inoltre che la normativa nazionale relativa ai pesticidi, ai prodotti agro-alimentari e agli articoli di largo consumo sia maggiormente restrittiva. In particolare l'Isde chiede legislazioni più protettive, come ad esempio in Francia, ove vige il divieto di uso della terbutilazina e negli Usa dove il clorpirifos è vietato.

Tutela del territorio, rimboschimento e nuovi parchi

Arrestare la devastante e continua cementificazione del territorio italiano anche attraverso leggi che favoriscano progetti di recupero dei manufatti edilizi già esistenti; messa in sicurezza del territorio per contrastare il dissesto idrogeologico; rifiuto di ogni nuova richiesta di condono edilizio e lotta all'abusivismo edilizio.

Incentivare la piantagione intensiva di alberi ad accrescimento rapido e salvaguardare, recuperare, ripristinare aree verdi, specie nelle città più grandi, allo scopo di creare parchi, zone di riposo e di intrattenimento, veri “polmoni verdi” di cui soprattutto i bambini hanno sempre più bisogno.

Ambiente di lavoro e rischi industriali

E' necessario un impegno crescente per l'eliminazione dei fattori di nocività presenti nei luoghi di lavoro e per l'eliminazione delle cause di infortunio, in modo speciale nel settore edilizio. Anche in applicazione della direttiva REACH (Registration, Evaluation and Autho-

risation of Chemicals) concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche, è necessaria la piena osservazione del principio di sostituzione delle sostanze nocive con sostanze innocue o meno nocive.

E' inoltre indispensabile una politica attiva di pianificazione del territorio che tenga conto della necessità di proteggere la popolazione dal pericolo di contaminazioni provenienti da aziende con prodotti di lavorazione ad alto rischio per l'ambiente, attraverso la realizzazione di piani di gestione del territorio che prevedano zone di rispetto idonee relativamente alla presenza di civili abitazioni e insediamenti umani come scuole, centri sportivi etc.

E' altresì necessaria l'elaborazione di Piani regionali per la bonifica dell'amianto che prevedano la sua totale eliminazione dagli ambienti di vita e di lavoro.

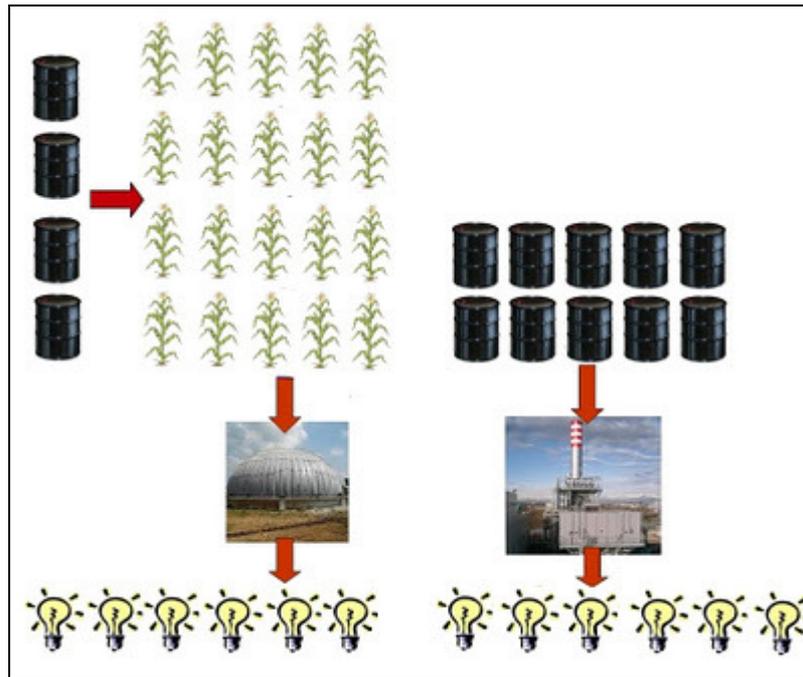
4.2.2.2 Le critiche di merito agli impianti a biogas e biomasse

Le argomentazioni espresse dal prof Michele Corti, docente di Chimica agraria all'Università di Milano, compendiamo le valutazioni condivise e sostenute dai numerosissimi comitati locali.

“Bruciare biogas per produrre energia elettrica rappresenta un modo efficiente di produrre energia? La risposta non può che essere negativa. A parte ogni altra considerazione sulle risorse utilizzate e deteriorate (superfici agricole, acqua, riduzione di fertilità del suolo), sui costi sociali (traffico, puzza, riduzione di valori immobiliari) il bilancio energetico non è come nella favola dell'energia "pulita" che ci raccontano, una bene-

fica conversione di energia solare in elettricità. Innanzitutto la produzione di biomasse costa in termini di energia fossile. Per produrre i trattori, i concimi chimici, i pesticidi, sollevare l'acqua di irrigazione, serve energia fossile. Nelle condizioni temperate il “silo mais” è la coltura energeticamente più efficiente ma anche per il “silo mais” serve parecchia energia (gasolio, energia elettrica da fonti fossili). Pimentel, il massimo esperto di agro energie calcolava per gli Usa (con condizioni simili alle nostre) un rapporto 1:4,5. Una unità di energia fossile per produrre 4,5 unità di energia sotto forma di “silo mais”. Questo se si utilizzano prevalentemente concimi chimici. Dove ai concimi chimici si aggiunge un apporto notevole di concime organico (come nel caso delle aziende zootecniche della pianura padana) l'efficienza della produzione del “silo mais” può essere ancora più elevata: 7 unità di energia da una unità di energia fossile.

Producendo insilato di mais al di fuori dell'allevamento solo per uso energetico il maggior uso di concimi chimici peggiora quindi l'efficienza energetica della coltura. L'insieme delle attrezzature a valle dei digestori (motori ecc.) poi non sono macchine particolarmente efficienti. Lo sarebbero se si potesse utilizzare il calore prodotto per cogenerazione ma questo ha un piccolo difetto: non può essere utilizzato a distanza. Tra torcia, esigenze di riscaldamento dei digestori (in inverno), consumi elettrici dell'impianto se ne va un 20% dell'energia della biomassa. La resa elettrica del biogas in esubero rispetto all'autoconsumo è 30-35%. Così è già ottimistico pensare che la resa della biomassa in energia elettrica sia del 30%.



Le centrali termoelettriche di ultima generazione hanno rese elettriche che arrivano al 60%. Ed è con esse che va valutato il "risparmio" di PETROLIO e di emissioni di CO₂.

Il risparmio del biogas c'è ma non sempre e, anche quando c'è, è molto relativo e questo relativo risparmio ha comunque un costo elevatissimo. Sempre considerando che le centrali si alimentino a SILOMAIS servono 300 ha di terreno (di più se si mescolano altri tipi di biomasse a minore resa). Forse si dovrebbe essere un po' più consapevoli che il risparmio di energia fossile e di emissioni di CO₂ va alla fine pesato mettendo sulla bilancia la necessità di compensare il mancato prodotto agricolo. Dove si coltiva silo mais (pianura padana) è difficile trovare terre incolte. L'insilato di mais non può essere importato perché è un prodotto molto voluminoso (75% di acqua). Quindi sostituire l'approvvigionamento foraggero.

ALLO STESSO COSTO energetico è difficile se non impossibile. Qualunque coltivazione sia per produzione di derrate per il consumo umano che quello animale venendo meno le terre precedentemente utilizzate avrà costi superiori perché si devono utilizzare terre meno vocate. Se le stesse coltivazioni sono realizzate all'estero, anche se i costi energetici di coltivazioni fossero uguali a quelli precedenti, c'è da applicare il costo del trasporto.

Però parlando di "silo mais" che cambia destinazione (è il caso più frequente nelle provincie della Lombardia e di altre regioni padane) le cose sono più complicate. Se viene meno una fonte primaria di energia per la zootecnia da latte e da carne (vitelloni) bisogna compensare con l'import di un prodotto ad alta densità di energia che si presta al trasporto, alle manipolazioni e allo stoccaggio: il mais sotto forma di granella (o farina o altre forme derivate dalla granella).

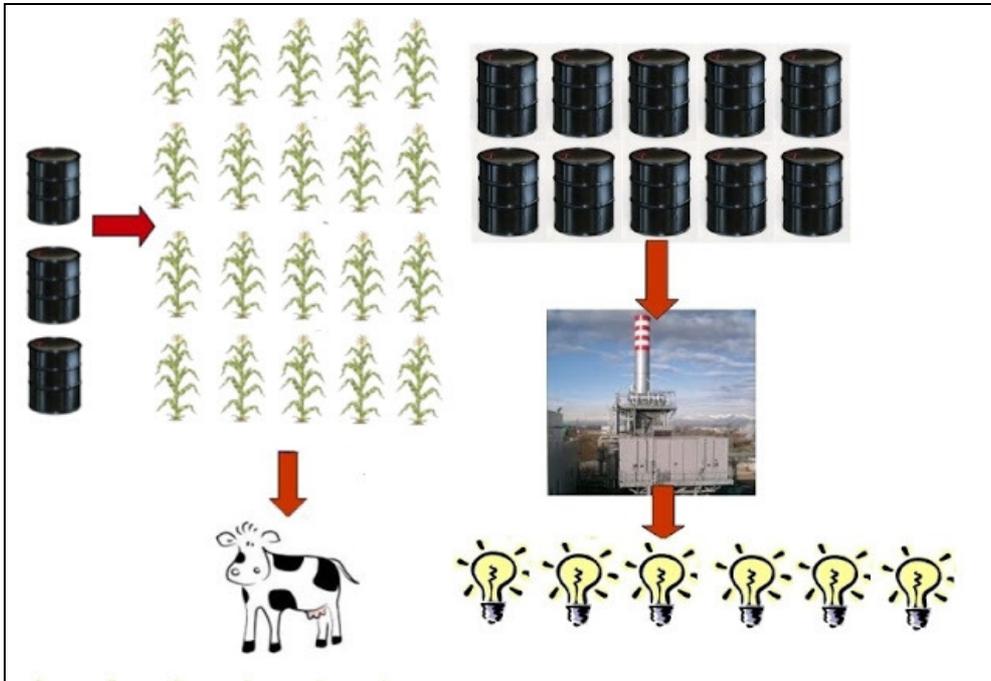
Già importiamo oltre il 20% di mais granella zootecnico. Non ce lo daranno gli Usa che lo destinano al bio-etanolo ma qualcun altro che è in grado di produrre più mais per l'esportazione. C'è un particolare, però: la granella è conservabile e trasportabile ma se sostituiamo il "silo mais" con la granella (o derivati) per produrre la stessa quantità di energia utile per la nostra mucca da latte dobbiamo coltivare una superficie doppia. Non è finita se (sempre secondo Pimentel) con una unità di energia fossile produciamo 4,5 unità di energia sotto forma di "silo mais", nel caso della granella il rapporto si abbassa a 3,8. Però per produrre granella serve il doppio della superficie necessaria per produrre la stessa quantità di sostanza secca di mais ceroso da insilamento. Non stiamo tenendo conto dei costi energetici di trasporti, si badi bene, perché non sappiamo se viene dalla Francia o da oltremare questo mais. Un costo comunque ci sarà.

LA PREVENZIONE AMBIENTALE E GLI ESPOSTI

PRIMA

Elevata efficienza nella produzione di energia alimentare (per i ruminanti) (con una unità di energia fossile ottengo 7 unità di energia

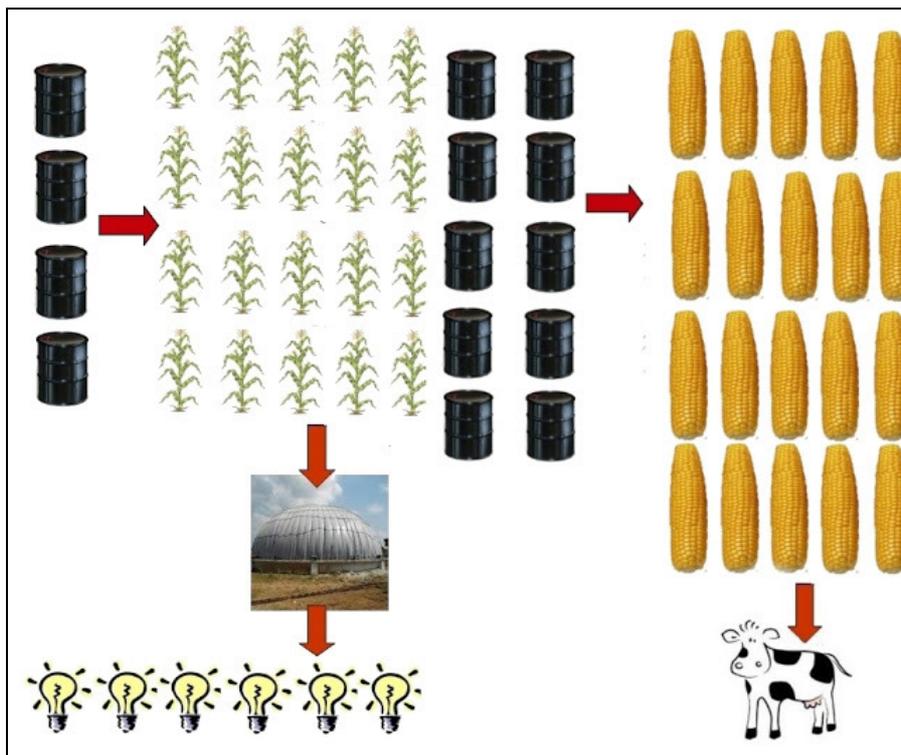
alimentare). Elevata efficienza nella produzione di energia elettrica (centrali di ultima generazione).



DOPO

Peggiora l'efficienza nella produzione del silo mais da bioenergie (a meno che ci sia un apporto esterno o dalla stessa azienda se continua ad

alimentare anche le vacche (o i vitelloni) oltre ai digestori. Peggiora moltissimo l'efficienza energetica dell'alimentazione animale.



Oltre a ciò ci sono i maggiori costi di trasporto. Oltre a ciò va tenuto conto che per produrre quel mais in più da esportare in Italia si dovrà intensificare la produzione per ettaro in qualche paese esportatore o, in alternativa, utilizzare terreni meno vocati e quindi peggiorare l'efficienza energetica (costo marginale). Anche se recuperassimo un po' di energia con le biomasse costituite dal resto della pianta del mais (tutolo, stocco) il risultato è che si va in pari (se va bene).

Ci possono essere scenari migliori (se facciamo riferimento all'alimentazione umana invece che zootecnica) ma non dobbiamo dimenticare i maggiori costi associati al fatto che si va a produrre altrove, di certo più lontano dal consumatore italiano, forse con efficienze energetiche inferiori.

Ci sono poi scenari ancora peggiori. Se quel mais zootecnico o quei cereali per l'alimentazione umana che vengono a mancare da noi per la follia del biogas sono ottenuti mettendo a coltura foreste, pascoli, savane in termini di bilancio di CO2 l'operazione diventa criminale.

E pensare che gli esperti parlano di "impatto zero", di totale compensazione della CO2. La favola del biogas "energia rinnovabile e pulita" che i detentori del potere (politico, mediatico, accademico) vogliono propinarci non sta in piedi.

4.2.2.3 Le critiche di merito alla gestione dei rifiuti e la strategia "Zero Waste" del prof Paul Connet "

“21 anni fa hanno cercato di costruire un inceneritore nella nostra contea nel nord dello stato di New York vicino al confine con il Canada. All'inizio credevo fosse una buona idea, pensavo: ci sbarazziamo di tutte quelle orrende discariche e produciamo energia dai rifiuti in una struttura che può essere monitorata. Poi leggendo ho scoperto che bruciando i rifiuti domestici si producono le sostanze più tossiche che l'uomo abbia mai prodotto e inoltre, ogni 3 tonnellate di spazzatura, resta una tonnellata di cenere molto tossica che da qualche parte andrà pur messa; quindi ho capito che l'inceneritore era la strada sbagliata”.”

Da allora Connett, professore emerito di chimica ambientale all'Università St Lawrence di Canton,

New York, si è messo all'opera assieme a una equipe di cittadini e ricercatori, per sviluppare e mettere in pratica la strategia “Zero Waste”, rifiuti zero. Si tratta di un approccio che punta al riciclaggio del 100 per cento dei rifiuti, ritirando dal commercio tutti quei prodotti che non sono riciclabili.

“È un metodo che ha come presupposto necessario la combinazione di tre livelli di responsabilità: quella della classe politica, che fa le leggi, quella della comunità, nella fase finale del processo, e quella industriale che invece avviene all'inizio del processo.”

È un metodo, soprattutto, che funziona. E non, come in molti pensano, solo nei piccoli centri e nei paesi. Negli Stati Uniti, infatti, è stato applicato con successo in alcune delle maggiori città: a San Francisco si è superata in breve tempo la soglia del 75 per cento di differenziazione dei rifiuti; a San Diego ora si punta a raggiungere il 90 per cento.

Esperimenti simili sono stati fatti anche in Canada e Nuova Zelanda, mentre in Italia solo Capannori, un comune di quasi 50 mila abitanti in provincia di Lucca, ha adottato la strategia “Zero Waste”.

4.3 I processi di soggettivazione prodotti dalle attività dei comitati.

Dal complesso delle critiche di merito organicamente documentate negli eventi scientifici organizzati dai Comitati nel periodo di indagine, emergono una serie di ulteriori considerazioni relative ai processi di soggettivazione che vengono prodotti dalle lotte nei territori, che investono:

- a) in primo luogo le persone che vi risiedono, che si trasformano da individualità in singolarità cooperanti. Infatti a fronte della modificazione negativa della loro qualità della vita, per un numero crescente di persone non ha più senso affrontare i nuovi problemi restando chiusi in una dimensione di autosufficienza individuale cui le relazioni sociali apportano solo vincoli: i nuovi problemi che si trovano “costrette” ad

affrontare richiedono di condividere soluzioni e regole a partire dal complesso di conoscenze di cui sono portatrici (sia in quanto “esperti grezzi” del problema che in quanto lavoratori cognitivi e beneficiari del sapere sociale diffuso in internet), divenendo così *singolarità cooperanti*. Questo processo di soggettivazione, se si esprime con toni critici verso politici, imprenditori e tecnici dei servizi ambientali e di prevenzione, rappresenta in realtà una risorsa preziosa per le attività di prevenzione in quanto sottende una disponibilità prima non presente a riflettere sul proprio potenziale di salute e a mobilitarsi per mantenerlo e migliorarlo

- b) le collettività che risiedono nei territori, che si trasformano da comunità indistinte caratterizzate da meri rapporti di contiguità territoriale in comunità coscienti dei limiti e delle possibilità dei loro territori, in grado di attivare processi di condivisione dal basso delle regole necessarie a risolvere i problemi di salute e di qualità del loro territorio e disposte ad agire per affermare un diritto comune. In sostanza vediamo realizzarsi alcuni dei processi che gli economisti dei beni comuni [14] hanno riscontrato essere necessari perché un common si conservi nel tempo e non vada incontro a esaurimento da iper consumo, meglio noto come “tragedia dei beni comuni” prefigurata come inevitabile nel lontano 1968 dal sociologo Hardin [15]
- c) In terzo luogo assistiamo a processi di soggettivazione dei tecnici: se negli anni 60' e 70 le lotte contro la nocività in fabbrica avevano soggettivato i medici del lavoro, oggi i tecnici si soggettivano a partire dalle critiche avanzate alla nocività della gestione capitalistica del territorio. Non è più (tanto?) la fabbrica che produce soggettivazione sociale, ma il rifiuto della messa a valore di vita e ambiente nei territori.

4.4 Aspetti relativi alle critiche sviluppate verso i servizi di prevenzione ambientale

Quando si parla dei servizi di prevenzione ambientale, la costernazione si dipinge sul volto dei cittadini presenti nei comitati: semplicemente essi ritengono che questi servizi non svolgano la loro funzione e abbiano subito un gigantesco processo di sostituzione dei fini di cui proprio i cittadini sono le prime vittime. Qualcuno, più polemico ricorda l'arresto da parte del NOE di un tecnico ambientale dell'ARPA per la contraffazione di risultati ambientali relativi allo smaltimento degli allevamenti suini nel comune di Bettona.

Ma a parte la cronaca giudiziaria, dall'analisi di contenuto di quanto emerso nei convegni, nelle riunioni, nelle mobilitazioni e nei brevi colloqui intrattenuti con singoli partecipanti ai comitati, emergono i seguenti fattori di critica:

4.4.1 la separazione tra territorio e prevenzione: sia l'Arpa che il DP sono servizi centralizzati senza rapporti con i territori, come invece avviene tuttora per i servizi dei distretti sanitari e come peraltro avveniva prima della trasformazione delle USL in aziende, quando i servizi erano territoriali o ospedalieri e, soprattutto per i primi vi era osmosi tra i problemi di salute, rilevati con diversi strumenti (es.: diagnosi di comunità, comitati partecipativi di distretto, ecc.) e attività dei servizi di prevenzione.

4.4.2 l'indebita equiparazione operata con l'inclusione nelle procedure di “prevenzione” dei “portatori di interesse”, categoria ambigua in cui sono erroneamente accumulati ed equiparati soggetti con ruoli e responsabilità del tutto differenti in quanto:

- **gli esposti**, cioè coloro che subiscono il danno dell'essere esposti a un rischio evitabile, hanno il diritto di rivendicare un'operatività dei servizi di prevenzione ambientale che sia funzionale alla massima riduzione possibile del danno che subiscono e quindi vanno coinvolti almeno nella definizione delle priorità e nella valutazione di efficacia e qualità degli interventi realizzati dai servizi di prevenzione ambientale;

- **i produttori di rischio**, cioè coloro che pongono in essere attività da cui derivano esposizioni della popolazione a fattori di rischio

noti (es. cancerogeni IARC) o da cui derivano potenziali esposizioni della popolazione a sostanze (es. OGM) di cui non è ancora accertata la non dannosità. Questi hanno il dovere di porre in essere tutte le misure efficaci ad abbattere l'esposizione della popolazione determinata dalle loro attività;

- **le istituzioni e gli organismi tecnici di prevenzione ambientale**, cioè coloro che i cittadini finanziano con la fiscalità generale perché ne tutelino la salute.

- **altri soggetti** (forze politiche, sindacali, associazioni di categoria e/o ambientaliste) che perseguono finalità di vario genere ma che non subendo il danno dell'essere esposti a un rischio evitabile, non possono partecipare alla definizione delle priorità e alla valutazione di efficacia e di qualità degli interventi di prevenzione, ma possono collaborare con i produttori di rischio per facilitare l'applicazione delle misure efficaci loro imposte per abbattere le esposizioni.

4.4.3 L'assenza di momenti partecipativi da luogo a una vera e propria "interdizione" degli esposti.

Infatti la disgiunzione tra attività di prevenzione e adeguati processi di partecipazione sostanziale da parte degli esposti, comporta:

- che una comunità in lotta per la salute e la qualità del territorio non ha nessuna opportunità sostanziale di partecipare alla definizione dei programmi di attività dipartimentali;

- che le valutazioni sullo stato di salute e sui rischi ambientali non siano discusse e approvate da chi vive sui territori;

- che le valutazioni sull'efficacia dei programmi contengano un pesante conflitto di interessi in quanto operate dagli stessi professionisti che hanno steso i programmi, con l'aggravante di essere collegate all'attribuzione dell'indennità di risultato.

Queste condizioni sono state definite come "interdizione degli esposti": pur avendo concettualmente piena titolarità sulla quota capitaria da cui provengono stipendi e risorse dei servizi di prevenzione ambientale, gli esposti non hanno alcuna opportunità di partecipare alla gestione di tali risorse, che pure dovrebbero servire per tutelare la loro salute: sono interdetti e per essi parlano e agiscono solo i tutori, nel caso di specie i tecnici dei servizi di prevenzione.

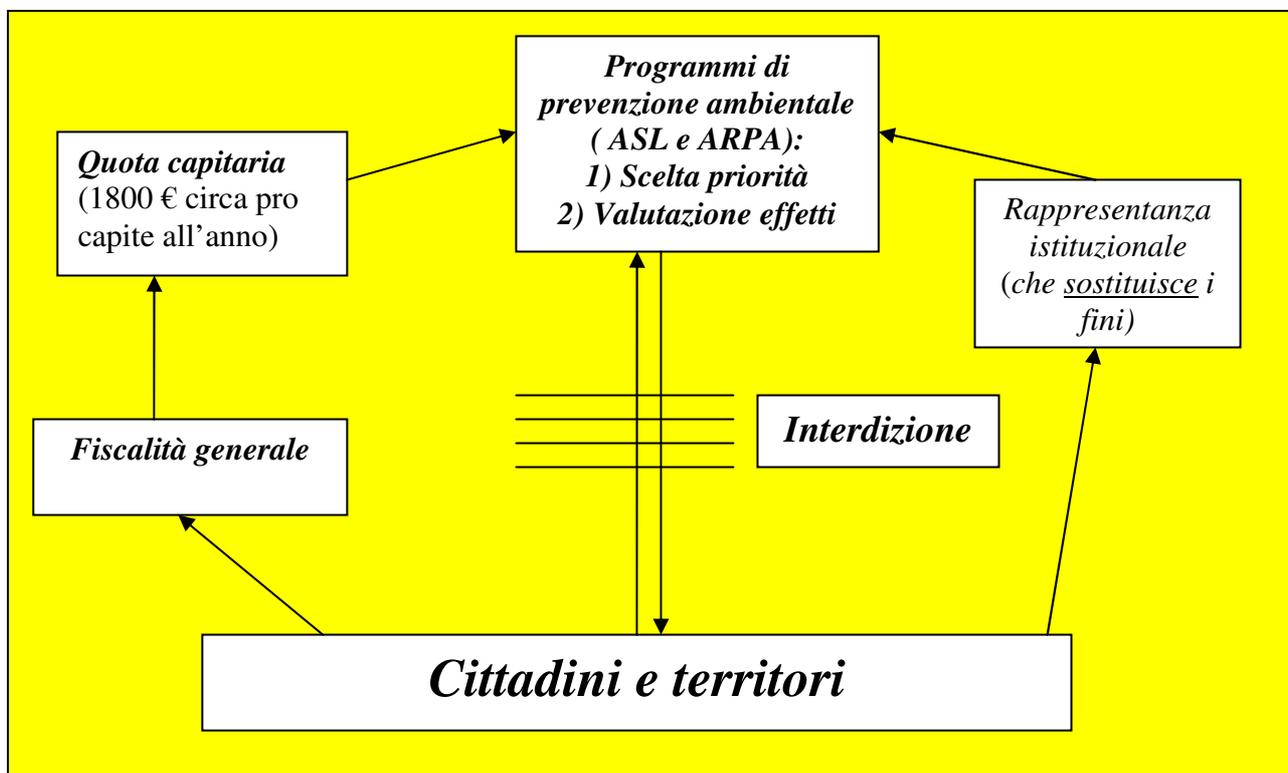


Figura 3. L'interdizione degli esposti nelle attività di prevenzione ambientale

4.4.3 L'opacità che avvolge le attività di controllo dei servizi: le singole attività di controllo, laddove esercitate, avvengono in un clima di forte opacità: in numerosi casi è stato riportato che i controlli avverrebbero dopo segnalazione ai gestori delle attività da controllare, che le procedure di rilevazione siano poco o per nulla definite e che i risultati siano difficilmente conoscibili da parte degli esposti.

4.4.3 L'assenza di informazioni nei siti istituzionali: viene lamentata la totale mancanza, in violazione di quanto previsto dalle norme sulla trasparenza nella pubblica amministrazione, di informazioni adeguate sui programmi di attività, sui monitoraggi ambientali sui fattori di rischio noti, sui piani di controllo, ecc.

4.4.5 La dipendenza dei tecnici dal potere politico locale: dato che la carriera dei tecnici dipende dalla compatibilità della loro attività professionale con i desiderata degli amministratori, essi non farebbero altro che "stare con i frati e zappare l'orto". In effetti, la necessità di recuperare l'indipendenza nello svolgimento di funzioni importanti come quello dei servizi di

prevenzione è continuamente richiamata nei convegni, nelle riunioni, nelle rivendicazioni.

4.4.6 consorterie e logge condizionano pesantemente i servizi di prevenzione. Numerose critiche riguardano la supposta appartenenza di amministratori, tecnici e imprenditori a consorterie e logge massoniche e dell'Opus Dei. Il problema della diffusione della massoneria in Umbria è noto e documentato da molte indagini giudiziarie, che peraltro non sono mai riuscite a fare chiarezza sul problema; e tra i comitati è diffusa la percezione di appartenenze trasversali che potenziano la sostituzione dei fini da parte dei servizi di prevenzione ambientale.

Il complesso delle critiche raccolte con l'indagine depone per un forte processo di delegittimazione dei servizi di prevenzione ambientale. Il fatto che siano stampati e diffusi manifesti che riportano illustrazioni come quella riportata in copertina e qui riprodotta, testimonia di una situazione arrivata al limite della rottura, cui è necessario dare risposte immediate e lungimiranti.



In effetti, la sanità pubblica, fino a oggi ha reagito poco e male sia ai casi più eclatanti (Taranto, Campania, ecc) di inefficacia sostanziale che alla miriade di comitati locali che segnalano problemi:

- nel Piano nazionale della prevenzione non si trova la parola cambiamento climatico, la sua redazione è stata frutto dell'apporto di soli tecnici, che non hanno minimamente coinvolto esposti e associazioni ambientaliste nella redazione e che non li coinvolgeranno nella valutazione, qualora venga fatta;

- molti in Campania ricordano le valutazioni rassicuranti sugli effetti dei rifiuti solidi urbani sulla salute umana espresse in TV da Donato Greco, autorevole esponente dell'Istituto Superiore di Sanità, mentre la regione intera era avvolta in una spessa coltre di fumo in cui pullulavano cancerogeni, mutageni, teratogeni;

- addirittura su Taranto si sono prodigati in attività di sottovalutazione del rischio per la salute sia il Ministro dell'Ambiente, che il Ministro della Salute, che l'Istituto Superiore di Sanità (pubblicando lo studio Sentieri dopo l'approvazione di una AIA che non sarebbe stato possibile rilasciare una volta acquisiti i dati di mortalità dello stesso studio), nonché il Presidente della Repubblica, entrato direttamente in polemica con i magistratura tarantina per difendere l'impianto ILVA;

- l'osservazione epidemiologica, con dubbio senso etico, piuttosto che valorizzare le conoscenze scientifiche disponibili sulle sostanze cancerogene, mutagene, teratogene (pensiamo alle corpose e molto documentate Monografie IARC) e attivare i registri di esposizione, ha continuato a rilevare solo i danni (tramite registri tumori, di patologia e indagini ad hoc), con ciò lasciando l'onere della prova agli esposti,

chiamati a produrre con le loro vite un eccesso di casi così forte da risultare statisticamente significativo e quindi correlabile, (ma si sa con quanta incertezza si possano stabilire nessi causali tra danni alla salute e specifiche sostanze) con esposizioni che però, essendo note ed evitabili vanno abbattute a "prescindere" e monitorate nella loro assenza. E' per questo che le persone pagano lauti stipendi a chi lavora nella prevenzione e agli epidemiologi.

4.5 Effetti sulle istituzioni locali, regionali e nazionali delle lotte su salute ambiente

Da ultimo, poche battute per richiamare, a pochi giorni dalle politiche di febbraio 2013, gli effetti dei processi di soggettivazione delle lotte dei comitati ambientalisti sulle istituzioni locali, regionali e nazionali.

Qualche anno fa, nel comune di Bettona, dove si concentrano da anni problemi di qualità della vita e del territorio a causa dell'elevato numero di allevamenti suini, la Giunta comunale fu costretta alle dimissioni e si aprì un contenzioso nelle liste di centro sinistra tra le correnti "sviluppiste" e quelle "ambientaliste"; inutilmente fu addirittura sciolta una sezione del PRC per eccesso di sensibilità ambientalista; inutilmente l'allora presidente della Giunta Regionale Maria Rita Lorenzetti scese in campo a favore dell'ala sviluppista, che perse le elezioni.

Il cinque febbraio 2013 la maggioranza politica della Regione Umbria ha subito una spaccatura sulla discussione, richiesta a gran voce dai Comitati contro gli impianti a biomasse e biogas, per ridefinire i criteri autorizzativi (vedi foto art. stampa).

Quanto al livello nazionale, una parte consistente dell'affermazione politica del M5S è dovuta alla sua attenzione nei confronti delle lotte territoriali su salute ambiente (es.: No Tav).



5. Raccomandazioni finali

A conclusione dell'indagine condotta, si ritiene di poter formulare alcune raccomandazioni relative ad azioni attivabili dai Dipartimenti di Prevenzione e dalle ARPA, distinguendole altresì in:

- A) *adempimenti della legislazione vigente* fino a oggi non assunti dalla totalità dei servizi di prevenzione ambientale, attraverso la produzione di procedure operative condivise;
- b) *interventi di formazione in servizio*
- c) *sperimentazione di soluzioni innovative volte a migliorare la qualità dell'attività di prevenzione*

A) Adempimenti della legislazione vigente su cui produrre e applicare procedure di servizio.

- 1) *Definire un protocollo di relazioni operative con tra DIP, ARPA ed esposti, in modo da poter fornire tutte le informazioni relative agli effetti per la salute della popolazione derivanti dalle esposizioni in essere sulle quali vengono effettuate rilevazioni (attribuzione che la normativa vigente assegna al DP).*
- 2) *Definire protocolli operativi sulle misure da adottare in caso di superamento delle soglie di legge per le esposizioni su cui*

vengono effettuate rilevazioni (es. PM10).

- 3) *Curare la manutenzione informativa delle pagine dei siti istituzionali relativi ai servizi dei servizi di prevenzione ambientale in applicazione del DLGS 165/01 per quanto riguarda almeno:*

- a. *Art. 10: piano della performance e relazione sulla performance;*
- b. *Art 11: Trasparenza*

- 4) *Dare seguito alle previsioni del "Codice di Comportamento della Pubblica Amministrazione", approvato con DPCM in data 8/3/2013, che prevede per dirigenti e dipendenti "la tempestiva comunicazione, fatta salvo il diritto di associazione, delle affiliazioni in essere, verso associazioni riservate e non, a esclusione di quelle che riguardano partiti e sindacati", in modo da acquisire conoscenze utili a valutare e contrastare possibili conflitti di interesse nell'espletamento delle attività di ufficio e fornire così agli esposti elementi di trasparenza sulle scelte e omissioni del personale in servizio.*

B) Interventi di formazione in servizio:

- 1) *Promuovere un programma di aggiornamento in servizio del personale*

dei servizi di prevenzione ambientale sui nuovi approcci scientifici nel settore della prevenzione;

- 2) *Promuovere con le società scientifiche di settore un seminario per discutere sui nuovi servizi di prevenzione alla luce della strage di Taranto.*
 - 3) *Attivare un audit civico sulle attività di controllo svolte, in modo da garantire trasparenza alle attività ispettive di DP e ARPA.*
- C) **Sperimentazione di soluzioni innovative volte a migliorare la qualità dell'attività di prevenzione.**
- 1) *Istituire in via sperimentale, tramite l'approvazione di procedure ad hoc, di una "Consulta degli esposti" cui possono partecipare comitati territoriali attivi nel territorio della AUSL su salute ambiente. La consulta interviene, ad esempio secondo quanto già previsto nel Manuale di Qualità del DP della AUSL 2, nei processi di scelta delle priorità esprimendo parere obbligatorio su:*
 - i. *programma di attività annuale del DP*
 - ii. *Relazione annuale di attività*
 - 2) *Attivare uno studio di fattibilità su un Registro delle esposizioni, che monitori e raccolga i dati sulle esposizioni della popolazione della nuova ASL 1 a cancerogeni noti (IARC.) e al carico chimico globale,*
 - 3) *Redigere annualmente una Relazione sulla qualità dell'attività sottoponendola alla approvazione della Consulta di cui al punto 1 e dandone ampia diffusione ai comitati degli esposti, conformemente a quanto previsto, ad esempio, nel Manuale di Qualità del DP della AUSL 2.*
 - 4) *Proporre all'azienda AUSL2 e all'ARPA che nel sistema incentivante per la retribuzione di risultato abbia un peso (non trascurabile) il giudizio della Consulta di cui al punto 1 sulla qualità dell'attività posta in essere dal servizio a tutela della salute degli esposti.*

Bibliografia

- 1) Gallino L. Finanzcapitalismo La civiltà del denaro in crisi. Passaggi, 2011, Einaudi.
- 2) Bevilacqua P. Il grande saccheggio. L'età del capitalismo distruttivo. Laterza ed, 2011.
- 3) Fumagalli A, Mezzadra S. Crisi dell'economia globale. Mercati finanziari, lotte sociali e nuovi scenari politici. Ombrecorte – Uninomade ed., 2009.
- 4) <http://www.istat.it/it/archivio/61280>
- 5) Castells M. Comunicazione e potere. Ed. it Università Bocconi ed, 2009.
- 6) Rullani E. Produzione di conoscenza e valore nel postfordismo, in L'età del capitalismo cognitivo. Innovazione, proprietà e cooperazione delle moltitudini. A cura di Yann Moulier Bouteng. Ombrecorte/culture, 2003.
- 7) Vercellone C. ed. Capitalismo cognitivo. Conoscenza e finanza nell'epoca postfordista. Manifestolibri, 2006.
- 8) http://it.wikipedia.org/wiki/Fredric_Wertham
- 9) Castells M. Reti di indignazione e speranza Università Bocconi, 2003.
- 10) WHO. Protecting health from climate change. World Health Day WHO 2008.
- 11) WHO. The world health report 2008: primary health care now more than ever. WHO, 2008.
- 12) Stracci F, Petrella M, Canosa A, Patavino V, Mattorre M, Minni B, Vinti G, Romagnoli C, La Rosa. F. Emergenza caldo: mortalità negli anziani umbri nell'anno 2003. Salute! Regione Umbria 2004;4:14-19.
- 13) Castells M. La nascita della società in rete. Blackwell Publisher Ltd, Oxford 2000; ed. it Università Bocconi ed, Milano 2002.
- 14) Hess C, Ostrom C. La conoscenza come bene comune. Bruno Mondadori, 2009.
- 15) Hardin G. [The Tragedy of the Commons](#). Science 1968 ;162 (3859):1243–1248.

CancerStat Umbria

CancerStat Umbria

ISSN 2039-814X Anno IV, 2013

Numero 1

- Editoriale: tre anni di CancerStat Umbria.
- La sopravvivenza per cancro in Umbria. 1994-2008.
- Rapporto sull'adesione allo screening mammografico nella AUSL2 dell'Umbria. Periodo 2000-2011.

Numero 1, supplemento 1

PSA: to screen or not to screen. Parte A.
Convegno – Città di Castello 24 novembre 2012.

Numero 2

Incidenza del cancro in Umbria. 2007-2009.

Numero 2, supplemento 2

PSA: to screen or not to screen. Parte B.
Convegno – Città di Castello 24 novembre 2012.

Numero 3

Seminari della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva (10/12/2012 e 10-11/01/2013).

ISSN 2039-814X Anno III, 2012

Numero 1

I tumori della vescica.

Numero 2

Trend di mortalità per cause in Umbria. 1994-2010.

Numero 3-4

I tumori delle alte vie aereo-digestive.

Numero 3-4, supplemento 1

VIDEO. Tavola rotonda: La sanità pubblica in Umbria. Opinioni e prospettive.

Numero 5

Ambiente e salute. Qualità dell'aria e prevenzione.
Convegno – Perugia 25 febbraio 2012.

Numero 6

- Screening mammografico. Gestire la complessità per guadagnare in salute.
Convegno – Perugia 8-9 marzo 2012.
- La georeferenziazione nella registrazione dei tumori: approccio metodologico e prospettive di studio.
XVI Riunione scientifica annuale AIRTUM. Como 29-31 marzo 2012.

Numero 6, supplemento 2

VIDEO. Tavola rotonda: Medicina predittiva e sanità pubblica.

Numero 7

I tumori dell'ovaio.

Numero 8-9

La geografia del cancro in Umbria: incidenza 1978-2008

Numero 10-11

I tumori multipli in Umbria. 1994-2008.

Numero 12

- La Rete Regionale Oncologica dell'Umbria.
- Comunicazioni del RTUP al 45° Congresso Nazionale SItI, S. Margherita di Pula, 3-6 ottobre 2012.
- Il potenziale di salute del comune.

CancerStat Umbria

ISSN 2039-814X

Anno II, 2011

Numero 1

Mortalità per cause nelle ASL dell'Umbria. 2005-2009.

Numero 2

Anni di vita potenziale persi (YPLL) in Umbria. 1995-1999 e 2005-2009.

Numero 3-4

Il cancro della prostata.

Numero 5

- Ciò che bisogna sapere per decidere se sottoporsi allo screening per il cancro della prostata.
- Partecipazione al IV round dello screening citologico della AUSL 2 dell'Umbria.

Numero 6

Il cancro del rene.

Numero 7

Fumo o salute. I sessione.

Numero 8

I tumori della tiroide.

Numero 9

Fumo o salute. II e III sessione.

Numero 10

GISCoR. I sessione.

Numero 11

GISCoR. II sessione.

Numero 12

Il cancro del pene e del testicolo.

CancerStat Umbria

Anno I, 2010

Numero 0

Le statistiche del cancro e della mortalità in Umbria.

Numero 1

- Ultime pubblicazioni dei collaboratori del RTUP.
- Technology assessment della metodica di prelievo e di preparazione della citologia in fase liquida (LBC – Liquid Based Citology)

Numero 2

L'incidenza del cancro in Umbria, 2006-2008.

Numero 3

- Il Registro Rumori Infantili Umbro-Marchigiano.
- La ricerca dei tumori professionali nell'ambito del progetto OCCAM.

Numero 4

Il quadro epidemiologico per la programmazione della prevenzione oncologica regionale in Umbria.

Numero 5

Incontro con il Gruppo multidisciplinare regionale per le neoplasie tiroidee in Umbria. Perugia 28/29 ottobre 2010.

Numero 6

- Incontro con il Gruppo multidisciplinare regionale per le neoplasie tiroidee in Umbria. Perugia 28/29 ottobre 2010.
- Convegno: Nuove acquisizioni nella gestione clinica del carcinoma della tiroide di origine follicolare: cosa dicono le linee guida?

Numero 7

Neoformazioni della cute e del cavo orale. Melanoma. Terni 13.11.2010

