

ALLEGATO 1

Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012

Regione Umbria

Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012

Regione Umbria

Il quadro strategico del PRP

1 Il quadro epidemiologico regionale

1.1	La struttura e la dinamica demografica	5
1.2	Il profilo socio-economico	9
	La struttura familiare e il livello di istruzione	9
	Le imprese e le forze di lavoro	11
	Il reddito e la povertà	18
	L'immigrazione e il lavoro	20
1.3	La salute degli Umbri	22
	La percezione della salute	22
	I nuovi disagi	23
	Gli stili di vita	26
	Gli incidenti stradali e gli infortuni domestici	37
	Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali	43
	Le malattie infettive	51
	Le patologie croniche	55
	La disabilità e la non autosufficienza	63
	La mortalità	66
1.4	I programmi di sanità pubblica per la prevenzione	77
	Lo screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella	77
	Lo screening per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina	79
	Lo screening per la diagnosi precoce del tumore del colon retto	83
	Le vaccinazioni	85

2 La programmazione regionale

2.1	Il Piano Sanitario Regionale 2009 - 2011	90
2.2	Il contesto economico nel 2009-2010	91

3 Le priorità del PRP 2010-2012

3.1	PRP 2005-2009 : i risultati e le criticità	92
3.2	PRP 2010-2012 : le priorità	93
3.3	Guida alla lettura	94

Il piano operativo del PRP

1 La medicina predittiva

1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia	1.1.1 La valutazione del rischio cardiovascolare in Umbria	97
---	--	----

2 La prevenzione universale

La prevenzione degli incidenti

2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	2.1.1 Giovani e guida sicura	107
--	------------------------------	-----

2.3 Prevenzione eventi infortunistici in ambito domestico	2.3.1 Salute e infanzia *	119
---	---------------------------	-----

La prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate

2.2 La prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate	2.2.1 Agricoltura più sicura	126
---	------------------------------	-----

2.2.2 Salute e sicurezza nelle Grandi Opere infrastrutturali in Umbria	138
--	-----

2.2.3 Lotta ai rischi e ai danni da esposizione professionale a sostanze cancerogene	147
--	-----

La prevenzione delle malattie infettive

2.4 Prevenzione malattie infettive suscettibili di vaccinazione	2.4.1 Gravidanza senza rosolia	156
---	--------------------------------	-----

2.4.2 Prevenire le infezioni da HPV	168
-------------------------------------	-----

2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	2.5.1 Progetto "pilota" di sorveglianza prevenzione e controllo delle infezioni correlata alla assistenza in ambito ospedaliero	177
--	---	-----

2.6 Prevenzione delle malattie per cui non c'è vaccinazione	2.6.1 La rete umbra per la sorveglianza dell'HIV	186
---	--	-----

2.6.2 Ridurre la diffusione della tubercolosi nella popolazione immigrata, attraverso il miglioramento dei percorsi di controllo, diagnosi e cura	194
---	-----

La prevenzione delle patologie da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici

2.7 La prevenzione delle patologie da esposizione professionale e non ad agenti chimici, fisici e biologici	2.7.1 Attuazione dei regolamenti REACH-CLP in Umbria	204
---	--	-----

La prevenzione delle malattie da alimenti

2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano	2.8.1 Sviluppo del Sistema Informativo Integrato per il controllo della qualità dell'acqua destinata al consumo umano	212
---	---	-----

La promozione della salute

2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate	2.9.0 Insieme per la salute: "sviluppare a livello locale la promozione della salute, secondo i principi del programma Guadagnare Salute"	218
--	---	-----

2.3.1 Salute e infanzia

2.9.0.0 Leggere fa bene alla salute	227
-------------------------------------	-----

2.9.2 L'allattamento al seno	234
------------------------------	-----

2.9.4.1 I lavoratori della Regione Umbria come testimonial di Guadagnare Salute	240
---	-----

2.9.4.2 Cantieri alcool free	249
------------------------------	-----

4.1 Anziani in cammino	
------------------------	--

3 La prevenzione nella popolazione a rischio

3.1 Gli screening	3.1.1 Il percorso dello screening mammografico tra efficienza ed efficacia	258
	3.1.2 Innovazione nello screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina	266
	3.1.3 Reingegnerizzazione dello screening per la prevenzione del carcinoma del colon retto	275
3.2 Le malattie cardiovascolari	3.2.1 Gestione e trattamento ottimale del paziente con S.T.E.M.I.	283
3.3 Il Diabete	3.3.1 La rete regionale per la malattia diabetica di tipo II	295
3.4 I Disturbi psichiatrici	3.4.1 Identificazione precoce e appropriatezza dell'intervento dei soggetti affetti da DCA: il modello umbro	304
3.9 Ipovisione e cecità	3.9.1 Prevenzione degli esiti e delle complicanze dell'ipovisione congenita	319
3.10 Ipoacusia e sordità	3.10.1 Prevenzione degli esiti e delle complicanze dell'ipoacusia congenita	327

4 La prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

4.1. La prevenzione e la sorveglianza della disabilità	4.1 Anziani in cammino	338
--	------------------------	-----

Il quadro strategico del PRP

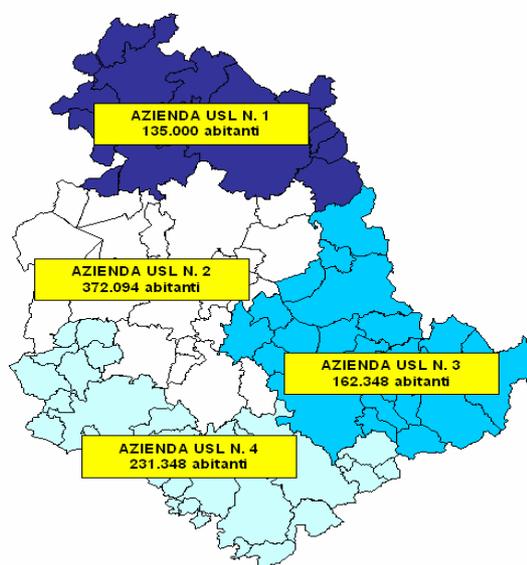
1 Il quadro epidemiologico regionale

1.1 La struttura e la dinamica demografica

La popolazione che abita un determinato territorio quale fruitore delle strutture sanitarie, dei servizi per la salute e di quelli assistenziali determina e condiziona con le sue caratteristiche la domanda di salute e di assistenza; l'analisi della struttura e dei fenomeni di transizione demografica è perciò di importanza fondamentale per un'adeguata programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria in una regione.

Dal punto di vista sanitario, la distribuzione territoriale, la struttura della popolazione per età e sesso e il rapporto tra la popolazione attiva e quella dipendente costituiscono un riferimento essenziale per valutare potenzialità e bisogni. La distribuzione della popolazione sul territorio regionale condiziona la distribuzione dei servizi; altrettanto uno squilibrio tra la componente attiva della popolazione e quella dipendente può comportare un aumento della richiesta di assistenza sanitaria e sociale, poichè l'invecchiamento comporta un aumento dei carichi assistenziali, in particolare per quanto riguarda la cura delle malattie croniche e la presa in carico della disabilità.

Fig. 1 Popolazione Umbra al 31 dicembre 2009 per ASL

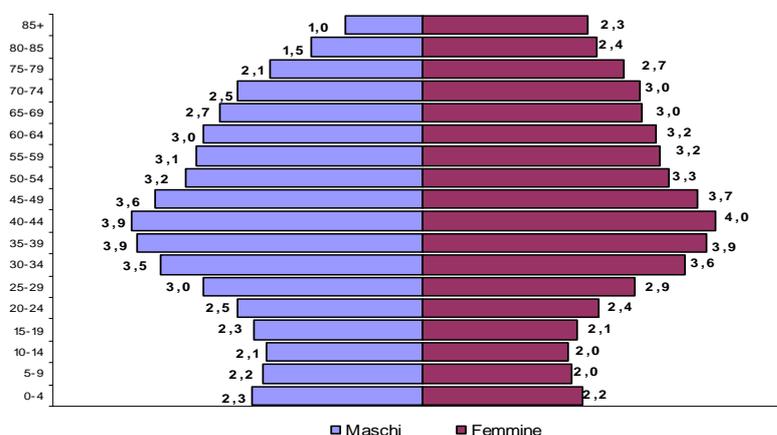


La popolazione residente in Umbria al 31 dicembre 2009 è di 900.790 abitanti, il 9,6% dei quali sono stranieri; il 31% della popolazione risiede nei due capoluoghi di provincia, Perugia e Terni, mentre il 69% risiede negli altri comuni. Il 52% della popolazione umbra è di sesso femminile e la quota di popolazione con più di 65 anni è pari al 23%.

La struttura della piramide delle età riferita al 2008 evidenzia il peso consistente della componente femminile nelle classi più anziane; sopra i 75 anni di età il 4,6% sono uomini a

fronte di un 7,4% di donne. La speranza di vita alla nascita in Umbria è infatti, secondo i dati ISTAT del 2008, di 79 anni per gli uomini e di 84,2 anni per le donne, con valori lievemente superiori rispetto a quelli nazionali.

Fig. 2 Piramide delle età – Umbria 2008



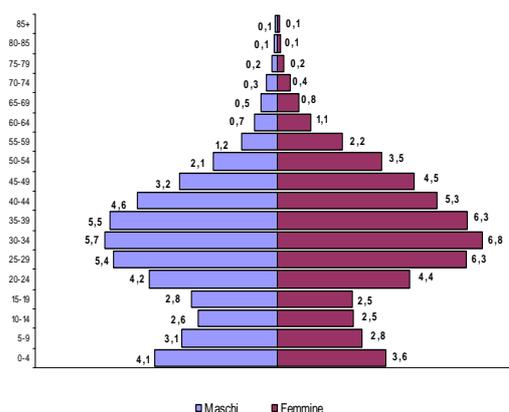
Tab. 1 Speranza di vita alla nascita e a 65 anni (anni) – Periodo 2005-2008

	Speranza di vita alla nascita		Speranza di vita a 65 anni					
	Umbria		ITALIA		Umbria		ITALIA	
	M	F	M	F	M	F	M	F
2005	78,4	84,0	78,1	83,7	17,6	21,6	17,5	21,3
2006	79,3	84,3	78,4	84,0	18,3	22,0	17,8	21,6
2007	79,2	84,6	78,6	84,0	18,2	22,1	17,9	21,6
2008	79,0	84,2	78,7	84,0	18,2	21,9	18,0	21,6

Gli stranieri in Umbria rappresentano il 9,6% della popolazione residente, con una quota, quindi, tra le più alte a livello italiano (dato medio 6,5%) e seconda solo all'Emilia Romagna (9,7%); si stima, inoltre, un'ulteriore crescita nei prossimi anni tale da raggiungere nel 2014 il 15%. Si tratta di un dato quantitativamente rilevante che si è prodotto in un tempo relativamente breve e che segnala, pertanto, una stabilizzazione delle migrazioni in Umbria, che diventa una meta frequente per stabilirsi e lavorare.

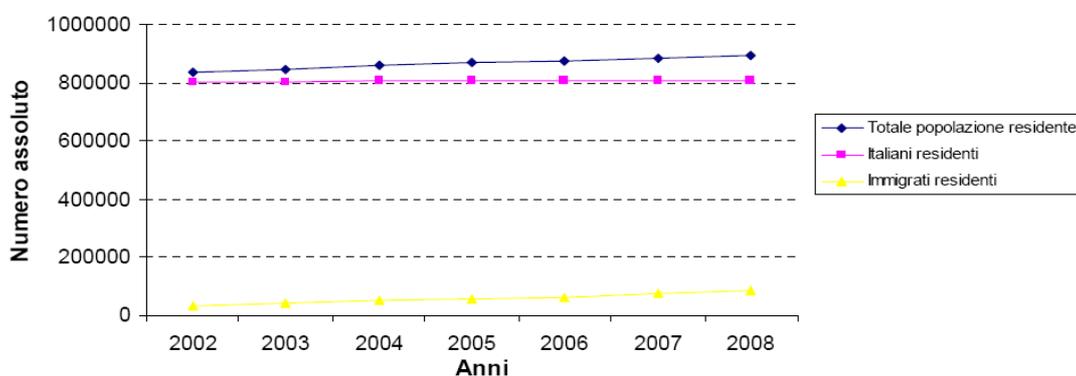
Il totale degli stranieri nella regione al 31 dicembre 2008 è pari a 85.947, dei quali il 23% appartengono alla cittadinanza romena, il 18% a quella albanese e il 10,7% a quella marocchina. Sono queste le tre principali nazionalità che caratterizzano l'immigrazione nella regione. La struttura della piramide delle età mostra che il 78% degli stranieri è in età attiva (tra i 15 e i 64 anni), che il 55% della popolazione attiva sono donne e che il 22% sono giovani sotto i 18 anni. La percentuale dei nati stranieri sul totale dei nati in Umbria è anch'essa significativa, pari a circa il 18%.

Fig. 3 Piramide delle età (stranieri) – Umbria 2008



La popolazione umbra è in costante crescita; dal 2005 al 2009 è passata da circa 868.000 a oltre 900.000 abitanti, con un incremento pari al 3%, soprattutto per la componente migratoria dovuta prevalentemente agli stranieri, che compensa il saldo naturale negativo.

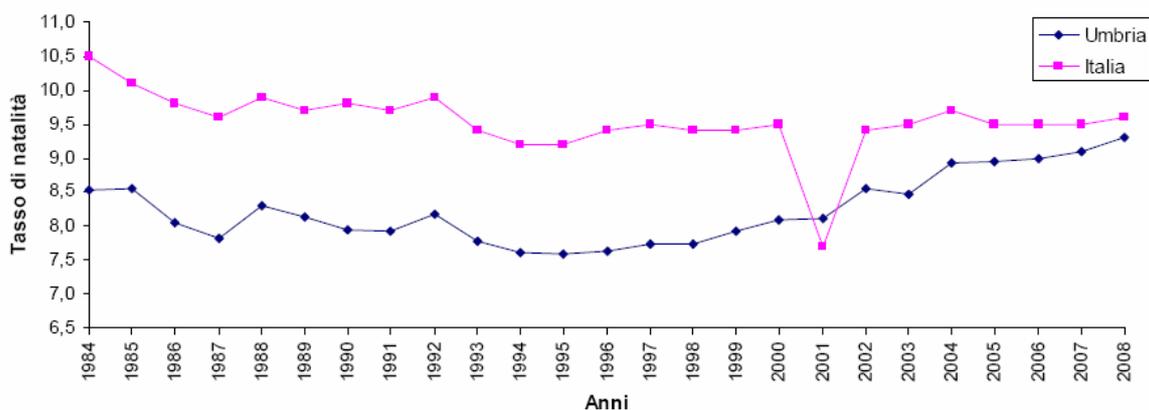
Fig. 4 Popolazione residente in Umbria dal 2002 al 2008



Il saldo naturale, pur restando negativo, tende a crescere per un costante aumento del tasso di natalità, passando da -2,5 nel 2005 a -2,2 per 1.000 abitanti nel 2008.

Nel 2008 sono nati in Umbria 8.271 bambini, il 18% dei quali, come detto, sono stranieri; il tasso di natalità, che misura la frequenza delle nascite di una popolazione in un arco di tempo (un anno) ed è calcolato come rapporto tra il numero dei nati vivi in quel periodo e la popolazione media nello stesso periodo, è passato da 9 nati vivi per 1.000 abitanti nel 2005 a 9,3 nati vivi per 1.000 abitanti nel 2008, con valori che però rimangono inferiori a quelli italiani.

Fig. 5 Tasso di natalità (x 1000 ab) in Umbria e in Italia - Trend 1984-2008



Parallelamente, nello stesso periodo il tasso di fecondità è progressivamente aumentato, passando da 39,5 a 41,1 nati vivi per 1.000 donne in età feconda, allineandosi ai valori medi italiani.

Fig. 6 Bilancio demografico (x 1000 ab) Trend 2005-2008

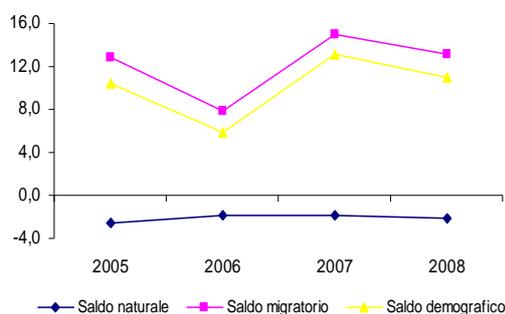
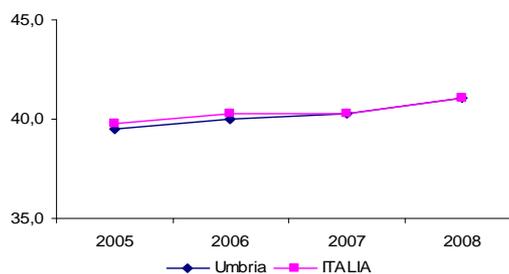


Fig. 7 Tasso di fecondità (x 1000 ab) Trend 2005-2008



Anche altri indici, quali l'indice di vecchiaia e l'indice di dipendenza, contribuiscono a descrivere la struttura di una popolazione. Il trend di tali indici, in costante crescita negli ultimi anni e con valori sempre più alti rispetto a quelli nazionali, sembra mostrare più recentemente un'inversione di tendenza; l'indice di vecchiaia, infatti, è passato da 187 nel 2005 a 180 nel 2008 con una lieve tendenza alla diminuzione rispetto al trend italiano; tuttavia il rapporto tra persone sopra i 65 anni e giovani sotto i 14 anni resta sempre di circa 2 a 1. Anche l'indice di dipendenza totale, che è soprattutto di rilevanza economica e sociale, è rimasto fondamentalmente stabile, sia nella sua componente senile sia in quella giovanile, nel periodo 2005-2008. Nel 2008 c'erano in Umbria 56 persone cosiddette dipendenti ogni 100 persone nella fascia di età considerata attiva.

Fig. 8 Indice di vecchiaia (%) – Trend 2005-2008

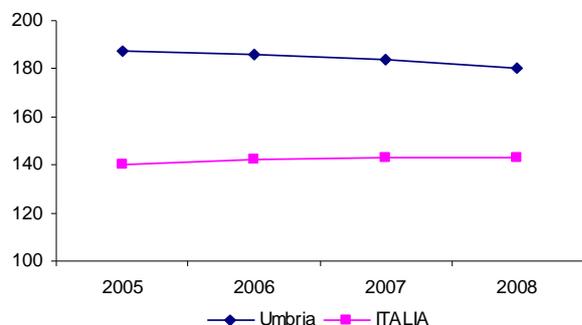
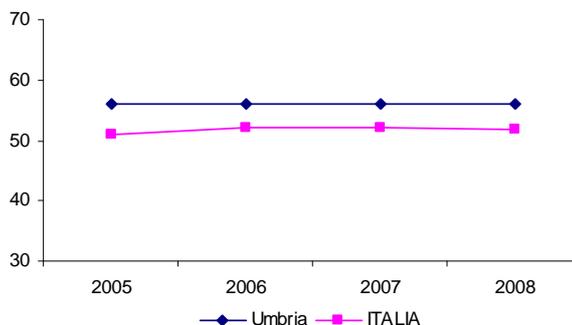
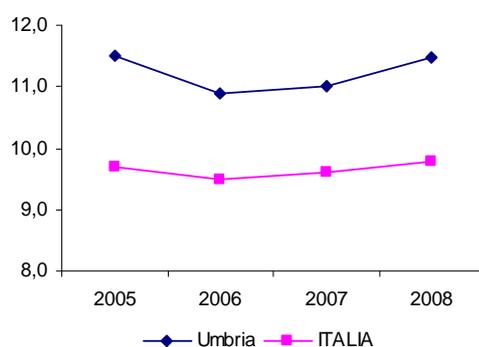


Fig. 9 Indice di dipendenza totale (%) – Trend 2005-2008



Il tasso di mortalità ha avuto, nel complesso del periodo considerato, un andamento più articolato restando sostanzialmente stabile a 11,5 morti ogni 1.000 abitanti; i valori umbri restano tuttavia più elevati rispetto a quelli italiani.

Fig. 10 Tasso di mortalità (x 1000 ab) - Trend 2005-2008



1.2 Il profilo socio-economico

La struttura familiare e il livello di istruzione

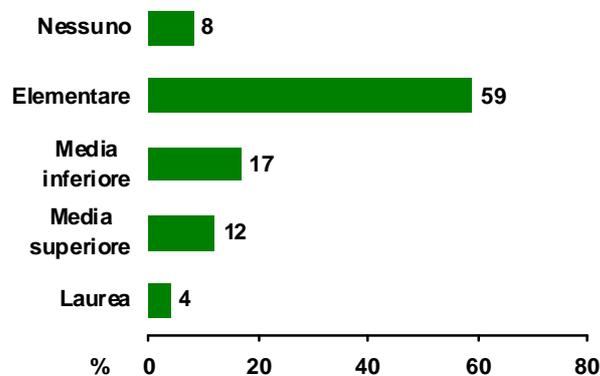
Le caratteristiche della struttura delle famiglie in Umbria è andata progressivamente modificandosi negli ultimi anni, nel senso di una riduzione del numero medio dei componenti, dalla diminuzione delle coppie con figli e dell'emersione di "nuove tipologie", quali famiglie con un solo genitore o costituite da un'unica persona o da coppie di anziani.

In Umbria il numero medio di componenti per famiglia è di 2,5, in linea col dato nazionale; le famiglie formate da un solo componente sono circa un quarto del totale. La percentuale di

persone che vivono sole con più di 65 anni è del 25% e sono soprattutto donne. In Umbria è rilevante anche la presenza di famiglie con almeno un componente straniero (4%) o con tutti i componenti stranieri (3%).

Il livello di istruzione di una popolazione costituisce uno dei fattori più importanti nell'influenzare i comportamenti, in particolare per quello che riguarda la salute, dal momento che è un importante indicatore del possesso di competenze, delle conoscenze, degli atteggiamenti e dei valori. In Umbria la percentuale di popolazione sopra i 20 anni con un'istruzione superiore (diploma o laurea) è circa del 43%, lievemente superiore al dato nazionale (40%); tuttavia, anche e forse soprattutto a causa della forte consistenza della popolazione anziana, la quota di coloro che sono analfabeti o privi di titolo di studio colloca l'Umbria in una posizione mediana rispetto all'Italia, con differenze culturali tra le generazioni quindi piuttosto marcate. Dai dati di PASSI d'Argento, emerge che il 67% della popolazione con più di 65 anni ha un basso livello di istruzione (nessun titolo di studio o licenza elementare). Le donne presentano un livello di istruzione più basso rispetto agli uomini (77% contro 62%); la percentuale di basso livello d'istruzione nelle donne aumenta con l'età fino ad arrivare all'82% nella classe di età 75 anni e più, con una maggiore vulnerabilità a fenomeni quali la povertà e l'isolamento sociale

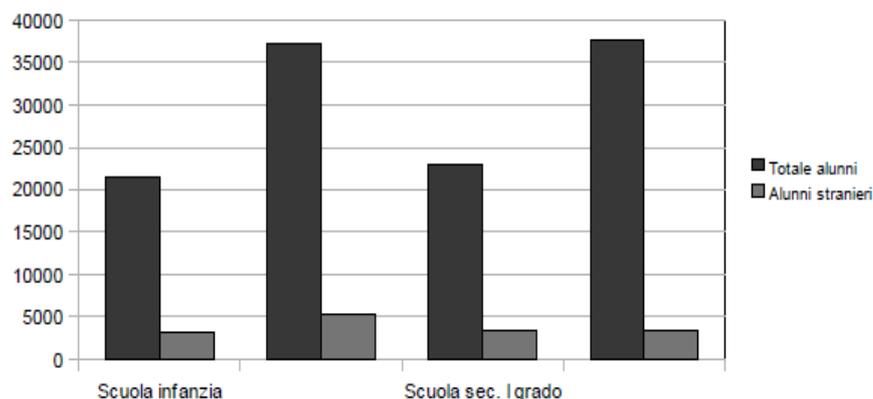
Fig. 11 Livello di istruzione (%) nelle persone con più di 65 anni. Umbria, PASSI d'Argento 2009



Nelle scuole umbre gli alunni stranieri sono poco più del 12%, anche se nella fascia dell'obbligo scolastico e nella scuola dell'infanzia la presenza di alunni stranieri registra una media regionale superiore al 14%, segno di una stabilità di insediamento delle famiglie non italiane e di una buona capacità da parte di scuole e servizi nel promuovere la scolarizzazione dei bambini dai 3 ai 14 anni. La maggior parte degli alunni stranieri presenti in Umbria viene da paesi europei, con una netta prevalenza di minori provenienti da Albania e Romania, che insieme rappresentano quasi la metà degli studenti stranieri iscritti nelle scuole umbre per l'anno scolastico 2008/2009.

La presenza marocchina nelle scuole umbre segna un costante aumento, anche se con incrementi minimi, e rimane la terza comunità più rappresentata e più numerosa.

Fig. 12 Alunni stranieri in Umbria (anno scolastico 2008-2009)



Le imprese e le forze di lavoro

In Umbria l'archivio dei Flussi Informativi INAIL ISPESL Regioni 2009 per il 2008 (ultimo dato a disposizione) registra 61.500 posizioni assicurative territoriali PAT¹, circa 1000 PAT in più rispetto al 2007. Il numero di PAT è aumentato in particolar modo nel settore dei servizi, delle costruzioni e del commercio; nel 2008 il comparto dei servizi si componeva di 23.085 PAT (il 38% del totale), mentre il 20%, pari a 12.285, appartenevano al comparto delle costruzioni; una quota importante delle aziende umbre è ascrivibile al comparto del commercio (14%), seguito dall'industria metalmeccanica (6%), dai trasporti (4%) e dall'industria tessile (3%).

Va sottolineato che il valore aggiunto umbro (pari a 19.500 milioni di euro correnti) era generato nel 2008 per il 69,2% dall'attività terziaria e solo per il 28,4% dall'industria; se si analizza il fenomeno nel tempo, dalla metà degli anni novanta al 2007 si evidenzia un arretramento dell'industria in senso stretto (dal 23,1% al 21,6%), una lieve espansione dei servizi pubblici e un rafforzamento del settore delle costruzioni.

¹ La posizione assicurativa territoriale (PAT) non coincide esattamente con l'impresa o l'unità locale individuata dall'ISTAT nei censimenti o nell'archivio ASIA; infatti nell'archivio INAIL una singola impresa può essere inquadrata con più di una PAT in relazione all'attività dichiarata (ad esempio un inquadramento assicurativo per gli impiegati e uno per gli operai) e, d'altra parte, le diverse sedi produttive di un'impresa che ha scelto di accentrare il pagamento del premio INAIL presso la sede legale, saranno inserite tutte come un'unica PAT nell'archivio della regione dove si colloca la sede legale.

Tab. 2 Numero di PAT per comparto. Anni 2007/2008

Comparto	2007	2008	Var. 2007/2008
Agrindustria e pesca	779	802	23
Estrazioni minerali	76	79	3
Industria Alimentare	922	928	6
Industria Tessile	2003	1974	-29
Industria Conciaria	24	24	0
Industria Legno	1463	1451	-12
Industria Carta	672	667	-5
Industria Chimica e Petrolio	203	203	0
Industria Gomma	121	118	-3
Ind. Trasf. Non metalliferi	779	763	-16
Industria Metalli	31	30	-1
Metalmeccanica	3618	3643	25
Industria Elettrica	456	459	3
Altre industrie	1260	1240	-20
Elettricità Gas Acqua	44	43	-1
Costruzioni	11976	12285	309
Commercio	8664	8838	174
Trasporti	2408	2356	-52
Sanita'	1113	1177	64
Servizi	22515	23085	570
Comparto non determinabile	1283	1335	52
Totale	60410	61500	1090

Rispetto alla distribuzione delle PAT per numerosità degli addetti si può notare come, nel 2008, il 5,8 % delle aziende non hanno dipendenti, il 74 % sono microimprese con meno di 3 addetti; nel complesso quindi il 95 % delle aziende ha meno di 10 dipendenti².

Tab. 3 Distribuzione (%) delle PAT per classe di addetti. Anno 2008

Classe di addetti	N° PAT	%
Zero	3554	5,8
Fino a 3	45673	74,3
3,1-10	9008	14,6
10,1-15	1368	2,2
15,1- 20	551	0,9
20,1-30	513	0,8
30,1-100	655	1,1
100,1-200	95	0,2
200,1-500	59	0,1
> 500	24	0,0
Totale	61500	100,0

I dati della rilevazione trimestrale sulle forze di lavoro condotta dall'ISTAT dimostrano come in Umbria nel 2009 la forza lavoro totale³ era pari a 392.000 persone, delle quali 366.000 erano

² Il numero di addetti non è conteggiato dall'INAIL, ma è stimato come rapporto fra le retribuzioni afferenti alla PAT e le retribuzioni medie annue di quella lavorazione per un lavoratore che lavori almeno 300 giornate all'anno; pertanto, il numero che rappresenta gli addetti può essere inferiore a 1 o espresso attraverso i numeri decimali nel caso in cui l'azienda abbia dipendenti che lavorano per un numero inferiore di giornate/anno.

³ **Forze di lavoro** – somma degli occupati e dei soggetti in cerca di occupazione

occupati e 26.000 in cerca di occupazione. Se si considera il numero di occupati ⁴ si nota come nel 2008 vi sia stato un incremento del 2,4% rispetto all'anno precedente; al contrario nel 2009 si evidenzia una diminuzione da 376.000 a 366.000 unità. Parallelamente è quindi aumentato il numero di persone in cerca di occupazione ⁵: da 19.000 nel 2008 a 26.000 nel 2009, con un aumento del 37%. In entrambe le Province umbre si è registrata la diminuzione del numero di occupati (intorno al 2-3%), ma la situazione occupazionale appare più seria a Terni dove le persone in cerca di occupazione sono aumentate del 75% (a Perugia del 25%).

Tab. 4 Forze di lavoro (migliaia di unità) per condizione e regione. Anni 2007/2008/2009

Regione e ripartizione geografica	Forze di lavoro								
	Occupati			Persone in cerca di occupazione			Totale		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Piemonte	1863	1885	1860	82	100	137	1945	1985	1997
Valle d'Aosta	57	57	56	2	2	3	58	59	59
Lombardia	4.305	4.351	4.300	153	168	244	4458	4519	4544
Trentino A.A.	453	463	467	13	13	15	456	466	482
Veneto	2.119	2.159	2.112	73	79	106	2.192	2.238	2218
Friuli V. Giulia	522	522	508	18	23	28	541	545	536
Liguria	649	651	646	33	37	39	682	688	685
Emilia Romagna	1.953	1.980	1.956	57	65	98	2.011	2.045	2054
Toscana	1.550	1.577	1.570	70	84	96	1.619	1.661	1666
Umbria	367	376	366	18	19	26	385	395	392
<i>Perugia</i>	<i>278</i>	<i>284</i>	<i>276</i>	<i>12</i>	<i>15</i>	<i>19</i>	<i>290</i>	<i>299</i>	<i>295</i>
<i>Terni</i>	<i>89</i>	<i>92</i>	<i>90</i>	<i>5</i>	<i>4</i>	<i>7</i>	<i>94</i>	<i>96</i>	<i>97</i>
Marche	654	657	655	28	32	46	682	689	701
Lazio	2.215	2.246	2.241	151	182	208	2.366	2.428	2449
Abruzzo	502	518	494	33	36	43	535	554	537
Molise	112	114	111	10	11	11	122	126	122
Campania	1.719	1.681	1.612	217	242	240	1.937	1.923	1852
Puglia	1.284	1.287	1.238	161	169	179	1.445	1.455	1417
Basilicata	195	196	191	21	24	24	216	220	215
Calabria	602	595	586	76	82	75	678	677	661
Sicilia	1.488	1.480	1.464	222	237	236	1.710	1.717	1700
Sardegna	613	611	592	67	85	91	680	696	683
ITALIA	23.222	23.405	23.025	1.506	1.692	1.945	24.728	25.097	24970

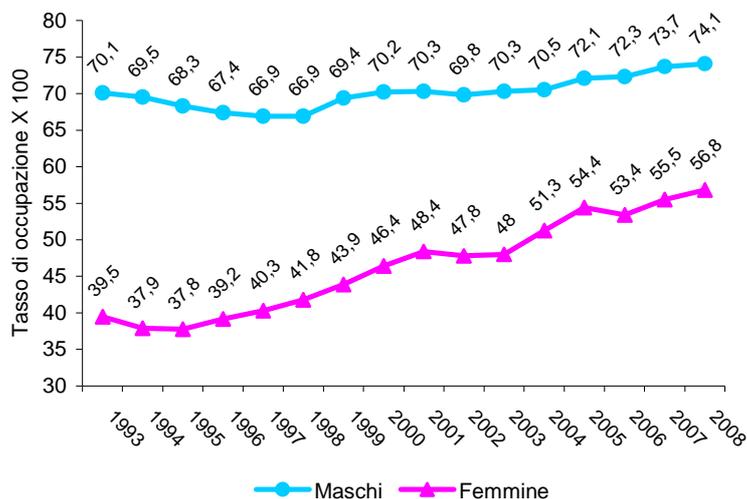
Dati della Rilevazione trimestrale ISTAT sulle forze di lavoro

⁴ **Occupati** – comprendono le persone di 15 anni e oltre che hanno dichiarato di possedere un'occupazione, anche se nella settimana di riferimento non hanno svolto attività lavorativa, e coloro che hanno indicato una condizione diversa da occupato e hanno comunque lavorato per almeno un'ora nella settimana di riferimento.

⁵ **Persone in cerca occupazione** – comprendono coloro che non si dichiarano occupati, si dichiarano in cerca di occupazione e hanno effettuato un'azione di ricerca di lavoro entro i 30 giorni che precedono l'intervista; sono disponibili ad accettare un lavoro qualora venga offerto entro le due settimane successive.

Nel 2008 il tasso di occupazione risulta ancora in crescita, con 65,4 occupati ogni 100 persone in età lavorativa, e il massimo incremento del tasso si registra nel sesso femminile, dal 55,5 del 2007 a 56,8 nel 2008, mentre nel sesso maschile l'aumento è più contenuto (da 74,1 a 73,7).

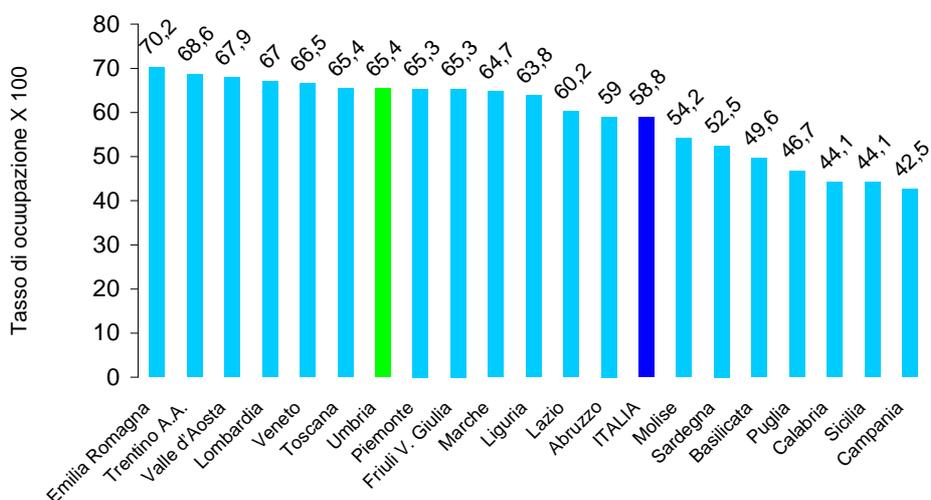
Fig. 13 Tasso di occupazione in età lavorativa (15-64 anni) (%) per sesso. Umbria
Trend 1993-2008



Dati della Rilevazione trimestrale ISTAT sulle forze di lavoro

Il confronto con le altre regioni relativo all'anno 2008 mostra per l'Umbria un tasso di occupazione superiore a quello medio italiano (65,4 x 100 contro 58,8 x 100) e nettamente superiore a quello delle regioni del sud. Al contrario il tasso di disoccupazione è nettamente inferiore a quello medio italiano (4,8% contro 6,8%).

Fig. 14 Tasso di occupazione in età lavorativa (15-64 anni) (%) per regione. Anno 2008



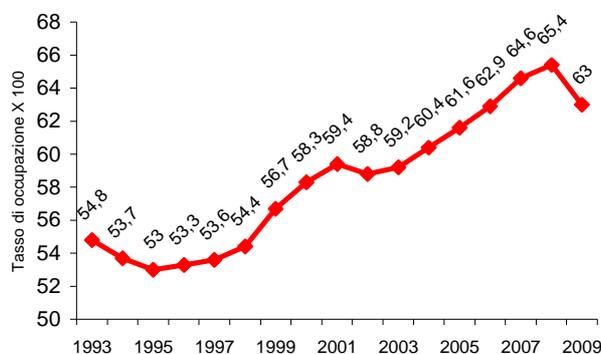
Dati della Rilevazione trimestrale ISTAT sulle forze di lavoro

Nel 2009, per la prima volta dopo quindici anni, si è registrato il primo significativo decremento del tasso di occupazione in età lavorativa⁶, dal 65,4% al 63,0%, con riduzioni più marcate nel sesso femminile (-3,4% vs -1,4% nei maschi).

Tab. 5 Tasso di occupazione in età lavorativa (15-64 anni) (%). Periodo 2007-2009

	Maschi			Femmine			Totale		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Umbria	73,7	74,1	72,7	55,5	56,8	53,4	64,6	65,4	63,0
Perugia	75,2	75,3	73,1	57,0	57,8	54,9	66,1	66,6	64,0
Terni	69,5	70,3	71,5	51,3	53,9	49,1	60,3	62,0	60,2
ITALIA	70,7	70,3	68,6	46,6	47,2	46,4	58,7	58,7	57,5

Fig. 15 Tasso di occupazione in età lavorativa (15-64 anni) (%). Umbria - Trend 1993-2009



Dati della Rilevazione trimestrale ISTAT sulle forze di lavoro

Il dato è ancora più importante se si considera che è aumentato il tasso di disoccupazione totale⁷, dal 4,8% al 6,7%, aumento in massima parte attribuibile alla crescita della disoccupazione nel sesso femminile.

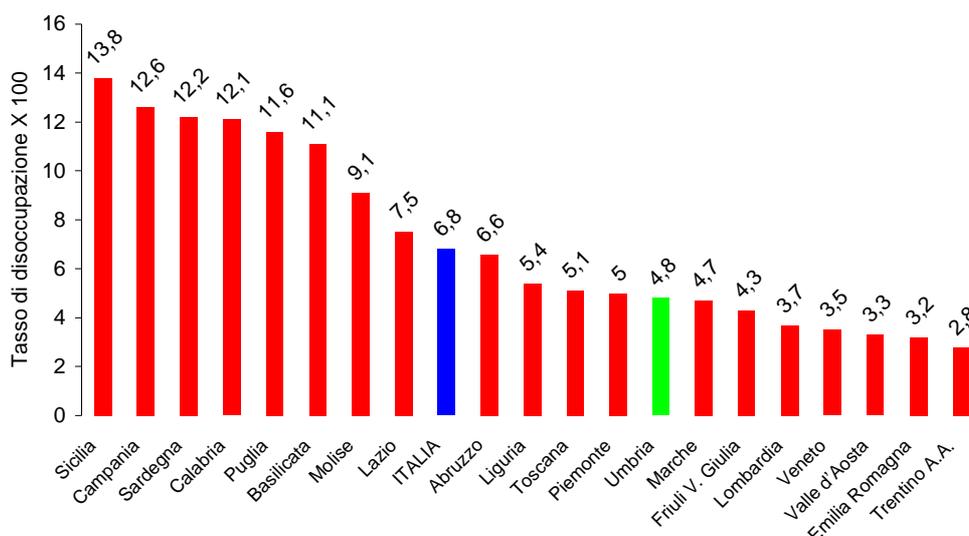
Tab. 6 Tasso di disoccupazione (15-64 anni) (%). Periodo 2007-2009

	Maschi			Femmine			Totale		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Umbria	2,7	3,2	4,7	6,9	6,8	9,3	4,6	4,8	6,7
Perugia	2,5	3,5	4,8	6,4	6,9	8,8	4,2	5,0	6,5
Terni	3,5	2,6	4,5	8,6	6,5	10,6	5,7	4,3	7,1
ITALIA	4,9	5,5	6,8	7,9	8,5	9,3	6,1	6,7	7,8

⁶ **Tasso di occupazione in età lavorativa** - rapporto percentuale fra gli occupati e la popolazione di età compresa fra 15 e 64 anni.

⁷ **Tasso di disoccupazione** – rapporto percentuale fra il numero dei soggetti in cerca di lavoro e il numero di soggetti classificati come forza lavoro.

Fig. 16 Tasso di disoccupazione (15-64 anni) (%) per regione. Anno 2008



Dati della Rilevazione trimestrale ISTAT sulle forze di lavoro

Rispetto alla tipologia di contratto di lavoro, peraltro, già da alcuni anni si assiste ad una crescita dell'occupazione temporanea: nel 2005 la percentuale di occupati con contratto temporaneo era pari al 13,1 %, pari in valori assoluti a circa 45.000 lavoratori.

Fig. 17 Percentuale di occupati permanenti. Umbria Trend 1993-2005

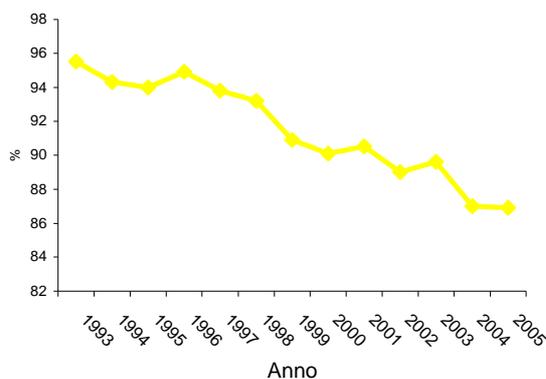
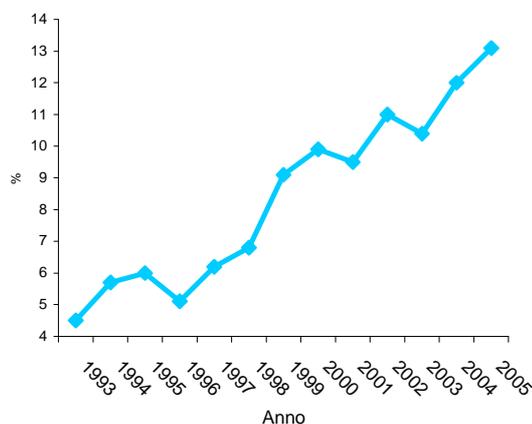


Fig. 18 Percentuale di occupati temporanei. Umbria Trend 1993-2005



Dati ISTAT

Per quanto riguarda il *lavoro irregolare*, ovvero quella prestazione lavorativa svolta senza il rispetto della normativa vigente in materia fiscale-contributiva, stimato dall'ISTAT attraverso le *unità di lavoro (ULA) non regolari* e come *tasso di irregolarità*⁸, si evidenzia che nel 2005, ultimo

⁸ Le *unità di lavoro* sono calcolate ipotizzando che ciascuna persona lavori un numero di ore pari a quelle prestate in quel settore di attività economica e in quella posizione nella professione (dipendente o indipendente) da un occupato a tempo pieno; in questo modo, le unità di lavoro sono ottenute trasformando le posizioni lavorative part-time o non continuative in unità a tempo pieno. Il *tasso di irregolarità*⁸ è il rapporto fra unità di lavoro non regolari e il totale delle unità di lavoro. Questi due indicatori sono stimati dall'ISTAT attraverso metodi che integrano fonti statistiche e amministrative diverse.

dato disponibile, le ULA irregolari erano 45.800 su un totale di 373.800 unità e che dal 2001 al 2005 si è avuto un decremento delle ULA irregolari e un aumento di quelle regolari; in altri termini si è assistito ad una sostituzione del lavoro irregolare con lavoro regolare.

Tab. 7 Unità di lavoro irregolari. Umbria, Periodo 2001-2005

	2001	2002	2003	2004	2005
Totale economia	54,7	47,4	39,9	44,8	45,8
Agricoltura	3,9	3,7	3,2	3,7	4,0
Industria in senso stretto	4,6	3,8	3,2	3,7	3,7
Costruzioni	4,1	3,1	2,1	2,4	2,5
Servizi	42,1	36,8	31,4	35,0	35,6

ISTAT 2008

Il lavoro irregolare assume dimensioni molto diverse a livello territoriale con una maggiore irregolarità al sud rispetto al nord; infatti nel 2005 la maggior parte delle regioni del sud presenta tassi di irregolarità superiori al 16% per arrivare sino al 26,9% in Calabria. In questo contesto l'Umbria presenta nel 2005 un tasso di irregolarità pari a 12,3%, che è il più elevato rispetto alle altre regioni del Centro Italia, anche se in decremento rispetto al 2001 (14,8%).

Tab. 8 Tasso di irregolarità per regione. Peirodo 2001-2005

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005
Piemonte	10,8	9,5	8,3	8,8	9,7
Valle d'Aosta	10,0	9,9	9,8	10,6	10,8
Lombardia	9,4	8,1	7,0	7,6	7,8
Bolzano – Bozen	9,1	8,8	8,8	8,5	9,1
Trento	9,1	8,4	8,0	8,3	8,8
Veneto	9,9	8,8	7,9	8,3	8,7
Friuli Venezia Giulia	11,4	10,7	9,9	9,8	10,2
Liguria	14,0	12,2	10,9	11,7	12,5
Emilia Romagna	9,4	8,5	7,4	7,5	8,0
Toscana	10,6	9,5	8,4	8,4	9,0
Umbria	14,8	13,0	11,0	12,0	12,3
Marche	11,8	10,5	9,8	9,8	9,5
Lazio	15,1	13,1	11,0	12,1	11,9
Abruzzo	13,5	13,6	12,0	12,0	12,5
Molise	18,2	18,5	18,1	17,3	18,6
Campania	23,0	22,2	21,2	21,0	20,0
Puglia	18,8	18,2	16,9	15,5	16,4
Basilicata	19,0	19,3	19,8	18,7	20,1
Calabria	26,0	26,0	24,7	26,2	26,9
Sicilia	23,0	21,9	21,4	19,7	21,4
Sardegna	18,4	17,2	18,2	19,6	19,4
Totale Italia	13,8	12,7	11,6	11,7	12,1

ISTAT 2008

Il settore maggiormente coinvolto dall'irregolarità del lavoro è l'agricoltura (20,2%) probabilmente anche perché il carattere frammentario e stagionale dell'attività produttiva consente più facilmente l'impiego di lavoratori stranieri non residenti e non regolarizzati, che in

questi ultimi anni hanno progressivamente sostituito la manodopera italiana. Il settore delle costruzioni in Umbria appare maggiormente sotto controllo, con un tasso di irregolarità nettamente inferiore alla media nazionale (7,9% v.s. 11,3).

Tab. 9 Tasso di irregolarità per settore economico. Periodo 2001-2005

		2001	2002	2003	2004	2005
Totale economia	Umbria	14,8	13,0	11,0	12,0	12,3
	Italia	13,8	12,7	11,6	11,7	12,1
Agricoltura	Umbria	16,5	16,7	16,2	17,9	20,2
	Italia	20,9	21,0	18,3	19,9	22,2
Industria in senso stretto	Umbria	5,9	4,7	4,0	4,8	5,0
	Italia	4,6	4,2	3,8	3,8	3,9
Costruzioni	Umbria	13,3	10,4	7,1	8,3	7,9
	Italia	15,7	13,3	11,2	10,9	11,3
Servizi	Umbria	17,8	15,8	13,4	14,2	14,4
	Italia	15,8	14,5	13,5	13,6	13,9

ISTAT 2008

Il reddito e la povertà

In Umbria l'incidenza della povertà relativa⁹ nel 2008 era pari al 6,2% (nel 2007 era del 7,3%) contro un valore medio nazionale pari all'11,1%. Attraverso un'indagine campionaria l'ISTAT ha evidenziato che in Umbria nel 2008 cresce, rispetto all'anno precedente, la quota di famiglie che dichiara di arrivare alla fine del mese con molta difficoltà (il 13,7% contro l'11,0% del 2007); inoltre, aumentano le famiglie che non riescono a provvedere regolarmente al pagamento delle bollette (l'11,0% contro il 7,5% del 2007). Il 5% delle famiglie nel 2008 dichiara di essere stata in arretrato con il pagamento del mutuo; il 6,9 % non riesce a riscaldare la casa adeguatamente. Il 34% delle famiglie umbre non riesce a sostenere spese impreviste pari a 750 euro con risorse proprie.

⁹ La misura della povertà nel collettivo di riferimento è data dalla diffusione o incidenza della povertà, che si definisce come rapporto percentuale tra famiglie relativamente povere e il totale delle famiglie. E' considerata relativamente povera una famiglia di due componenti con una spesa mensile per consumi inferiore alla spesa media procapite, che nel 2008 è risultata pari a 999,67 €. Le famiglie di due componenti che hanno una spesa media mensile pari o inferiore a tale valore vengono classificate come relativamente povere. Per le famiglie di diversa numerosità la linea di povertà viene modificata in base ad una opportuna scala di equivalenza. Le famiglie assolutamente povere sono quelle che hanno una spesa mensile uguale o inferiore ad un valore soglia che è la spesa minima necessaria per acquisire un determinato paniere di beni e servizi.

Tab. 10 Indicatori di disagio economico. Anni 2007-2008

	Umbria		Italia	
	2007	2008	2007	2008
Arriva a fine mese con molta difficoltà	11,0	13,7	15,4	17,0
E' stata in arretrato con le bollette*	7,5	11,0	8,8	11,9
Non riesce a riscaldare la casa adeguatamente	7,6	6,9	10,7	10,9
E' stata in arretrato con il mutuo*	n.d.	5,0	n.d.	7,1
Non riesce a sostenere spese impreviste	n.d.	34,0	n.d.	31,9
Non ha avuto i soldi per:				
alimentari*	3,6	6,6	5,3	5,7
spese mediche*	5,0	8,8	11,1	11,2
vestiti necessari*	11,0	15,0	16,9	18,2
trasporti*	3,9	5,7	7,3	8,3

*almeno 1 volta nei 12 mesi precedenti

I sintomi di disagio economico diventano più marcati al crescere della numerosità familiare per quasi tutti gli indicatori utilizzati, risultando particolarmente evidenti per le famiglie con cinque o più componenti. In particolare ad incidere è soprattutto il numero di percettori di reddito presenti in famiglia e il tipo di fonte di reddito disponibile. Nel 2008, infatti, più di un quinto delle famiglie monoreddito (oltre il 20%) dichiarava di arrivare con molta difficoltà a fine mese; inoltre le famiglie che possono contare su un reddito autonomo come fonte principale sono anche quelle che riportano meno frequentemente situazioni di difficoltà. Al contrario, le famiglie con entrate provenienti prevalentemente da capitale e da trasferimenti pubblici hanno più spesso difficoltà ad affrontare gli imprevisti e denunciano problemi in misura più elevata anche per gli altri indicatori considerati.

Utilizzando l'indice di Gini¹⁰ come misura del livello di disuguaglianza delle famiglie si evidenzia che l'Umbria ha un livello di disuguaglianza pari a 0,270, inferiore a quello medio italiano che è pari a 0,309. Tra le regioni con maggior livello di disuguaglianza figurano quelle caratterizzate da redditi mediani più bassi, come la Calabria (0,318), la Campania (0,334), la Sicilia (0,317) e il Lazio (0,316). Livelli di disuguaglianza molto meno marcati si osservano nelle regioni più ricche e in particolare nella Provincia Autonoma di Trento (0,244), in Friuli Venezia Giulia (0,270) e nel Veneto (0,262).

L'immigrazione e il lavoro

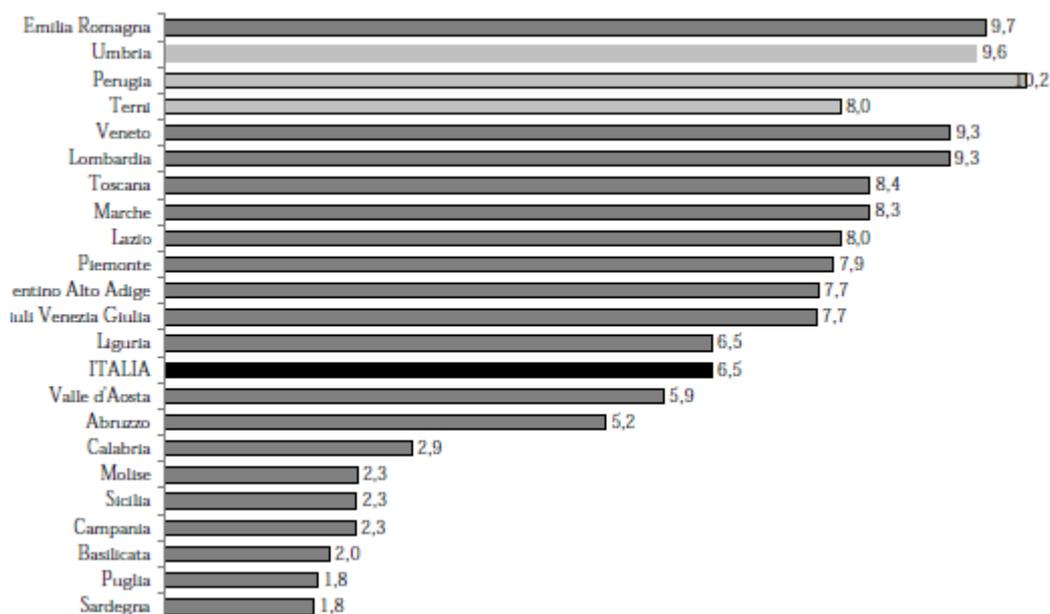
¹⁰ L'indice di concentrazione di Gini è una misura sintetica del grado di disuguaglianza della distribuzione del reddito: è pari a zero nel caso di una perfetta equità della distribuzione dei redditi, quando tutte le famiglie ricevono lo stesso reddito; è invece pari a uno nel caso di totale disuguaglianza, quando il reddito totale è percepito da una sola famiglia. Il metodo utilizzato per il calcolo dell'indice di Gini sui dati campionari dell'indagine Eu-Silc deriva dalla formula, valida per i grandi campioni:

$$G = 2 \text{cov}[y_i, F(y)] / y$$

Dove y_i è il reddito della famiglia, y è il reddito medio e $F(y)$ è il *rango frazionario*, cioè il posto (numero ordinale) della famiglia nella distribuzione dei redditi ordinati dal più basso al più alto, successivamente diviso per il numero totale di famiglie. In questa *Statistica in breve*, conformemente alle convenzioni adottate in sede europea, l'indice di Gini è stato calcolato attribuendo ad ogni individuo il reddito (familiare) equivalente della famiglia di appartenenza e considerando come unità statistiche gli individui.

Si è già detto come l'Umbria sia al secondo posto, dopo l'Emilia Romagna, per la forte componente straniera, pari al 9,6% (il 10,2% nella provincia di Perugia e il 8,0% in quella di Terni), rispetto alla popolazione totale della regione.

Fig. 19 Incidenza (%) degli stranieri residenti sulla popolazione totale per regione. Anno 2009



Fonte: ISTAT, Elaborazione Agenzia Umbria Ricerche

La composizione per età della presenza straniera in Umbria mostra che la maggior parte degli immigrati residenti, cioè il 78,4%, è compresa nella fascia della cosiddetta "popolazione attiva"; per il 18,8% sono bambini e ragazzi fino a 14 anni – corrispondenti ad un numero di 16.415 unità che hanno un peso importante, come si è visto nel paragrafo dedicato all'istruzione, nel sistema scolastico regionale – mentre solo il 2,8% è composto di ultrasessantacinquenni.

Il numero di lavoratori stranieri occupati in Umbria – stando a quanto emerge dall'indagine continua sulle forze di lavoro condotta dall'ISTAT – nel 2008 ha raggiunto quota 39.000, pari al 10,3% dell'occupazione complessiva.

Tab. 11 Occupazione, disoccupazione, forze di lavoro e relativi indicatori (in migliaia) per cittadinanza e genere. Anno 2008

2008	Italiani	Stranieri	Totale	Incidenza Stranieri	Italiani	Stranieri	Totale	Diff. Stran.-Ita.
Occupati				Tasso di occupazione				
Maschi	191	22	213	10,4	73,2	81,9	74,1	8,7
Femmine	146	17	163	10,1	57,3	53,0	56,8	-4,3
Totale	337	39	376	10,3	65,3	66,4	65,4	1,1
Disoccupati				Tasso di disoccupazione				
Maschi	6	2	7	22,1	2,8	6,6	3,2	3,8
Femmine	9	3	12	28,6	5,5	17,1	6,8	11,6
Totale	14	5	19	26,2	4,0	11,4	4,8	7,4
Forze di lavoro				Tasso di attività				
Maschi	196	24	220	10,8	75,3	87,7	76,5	12,4
Femmine	155	20	175	11,4	60,7	63,9	61,0	3,3
Totale	351	44	395	11,1	68,0	75,0	68,7	7,0

Fonte: ISTAT, Elaborazione Agenzia Umbria Ricerche

Un terzo degli stranieri occupati sono di nazionalità comunitaria. Il tasso di occupazione degli stranieri è del 66,4% e risulta superiore di oltre un punto a quello degli italiani (65,3%). La differenza rispetto agli italiani supera addirittura gli 8 punti considerando la sola componente comunitaria (71,5%). Il confronto con le altre realtà regionali, tuttavia, evidenzia che mentre il tasso di occupazione degli italiani risulta superiore a quello medio del Paese, quello degli stranieri è più contenuto.

Il tasso di occupazione più contenuto che in altre aree del Paese potrebbe indicare in Umbria maggiori difficoltà per gli stranieri presenti nel territorio regionale disposti a lavorare nel trovare un'occupazione regolare e nel mantenerla. Gli stranieri costituiscono, infatti, ben il 26,2% dei disoccupati umbri (5.000) e la loro incidenza, così come nell'occupazione, tende ad aumentare (nell'ultimo anno di 3 punti) e risulta la seconda più elevata del Paese (dopo quella del Veneto); il loro tasso di disoccupazione (11,4%) – intermedio tra quello del 2006 e quello del 2007 – risulta quasi il triplo rispetto a quello degli italiani (4%) nonché il più elevato del Paese; la disoccupazione si concentra soprattutto nel sesso femminile.

Secondo il rapporto annuale sull'immigrazione di Caritas e Migrantes, nel 2008 oltre il 40% delle nuove assunzioni sono state coperte con manodopera straniera; il crescente ricorso a lavoratori stranieri è dovuto prevalentemente al mismatch tra le qualifiche e i titoli di studio posseduti dall'offerta autoctona e quelli ricercati dalla domanda. Circa i 2/3 dei rapporti di lavoro si sono aperti e chiusi nell'arco di 12 mesi e circa 1/4 è durato meno di 4 mesi; la durata media dei rapporti di lavoro degli stranieri è molto inferiore a quella degli italiani e ciò testimonia la notevole mobilità occupazionale degli immigrati e la grande precarietà del posto di lavoro.

La graduatoria degli avviamenti di stranieri dimostra una forte concentrazione su poche professioni e la tendenza a svolgere mansioni a bassa qualificazione: oltre 1/3 degli avviamenti riguarda manovali e altro personale non qualificato dell'industria, il 15% braccianti agricoli e il 14% camerieri; circa i 3/4 degli avviamenti sono coperti da 5 categorie professionali.

1.3 La salute degli Umbri

La percezione della salute

La valutazione delle condizioni di salute di una popolazione è un problema molto complesso; l'OMS definisce la salute come uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona.

A parità di gravità, una determinata patologia può ripercuotersi diversamente sulla funzionalità fisica, psicologica e sociale della persona; per questo l'utilizzo degli indicatori soggettivi dello stato di salute può fornire una misura dei servizi sanitari necessari a soddisfare la domanda.

La misura dello stato di salute percepito, ed in particolare il suo monitoraggio nel tempo, possono pertanto fornire indicazioni alla programmazione dal momento che il "sentirsi male" più che lo "star male" è spesso l'elemento che determina il contatto tra individuo e sistema di servizi sanitari.

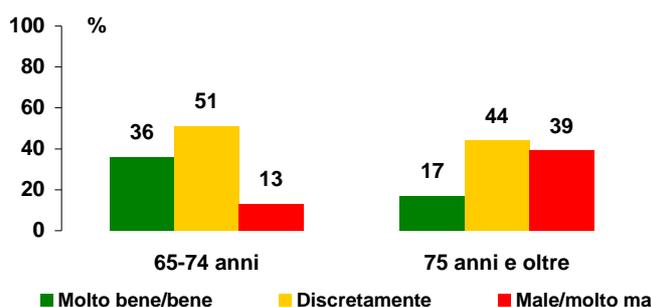
In base ai dati PASSI 2009, il 66% degli umbri tra i 18 e i 69 anni ha dichiarato di ritenere buono o molto buono il proprio stato di salute, il 30% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

Tuttavia le donne, le persone più anziane, con una o più patologie croniche, con un basso livello di istruzione o con molte difficoltà economiche hanno una percezione molto meno positiva del proprio stato di salute.

Nelle persone con più di 64 anni, indicatori negativi sulla percezione del proprio stato di salute sono correlati ad un rischio aumentato di declino complessivo delle funzioni fisiche, indipendentemente dalla severità delle patologie presenti.

I dati di PASSI d'Argento mostrano che solo il 27% delle persone con più di 65 anni giudica il proprio stato di salute positivamente, il 48% discretamente e il rimanente 25% in modo negativo. La percezione negativa del proprio stato di salute aumenta con il crescere dell'età in entrambi i sessi ed è più frequente nelle donne (32% contro 17%).

Fig. 20 Percezione della propria salute per classi d'età (%). Umbria PASSI d'Argento 2009



I nuovi disagi

Nei giovani

Nel Rapporto di ricerca "I giovani adolescenti in Umbria", redatto nel 2009 a cura dell'Assessorato alle Politiche Sociali e Giovanili e dell'Agenzia Umbria Ricerche, vengono riportati i risultati di un'indagine su valori, culture, stili, relazioni, linguaggi della nuova generazione tra i 14 e i 19 anni. Dalla ricerca emerge una gioventù femminile più colta e molto più studiosa dei maschi, più intensamente volta a costruire e/o cercare relazioni, più riflessiva e disposta a scommettere su "competenze" e "intelligenza", più tesa ad intrecciare la propria vita con valori più universalistici e volti alla comprensione dell'altro, e quindi più attenta alla solidarietà. Tuttavia, nelle donne più che negli uomini emerge anche una denuncia dell'ingiustizia sociale più forte e tesa soprattutto a cambiare i rapporti familiari, ma anche l'ambiente sociale stesso e una grande sofferenza delle ragazze. Infatti, tutti gli indici del disagio giovanile sono per le ragazze molto più forti che per i maschi, in particolare la solitudine e lo scarso apprezzamento di sé.

La famiglia rimane l'ambito privilegiato delle relazioni, rappresentando il riferimento primario e il perimetro ricercato in Umbria anche con una dimensione più forte rispetto alle dinamiche nazionali. E tuttavia, anche questo ambito così fondamentale è messo fortemente in discussione, rispetto a una qualità nuova dei rapporti.

D'altra parte le scelte scolastiche, tra i Licei e i diversi Istituti della secondaria superiore e tra questi e la Formazione professionale, mostrano una gerarchizzazione sociale, di reddito e di organizzazione familiare, molto netta, costringendo la gioventù, già a quattordici anni, ad elaborare un pensiero strategico sul proprio futuro. Appaiono bassi i consumi culturali più complessi (teatro e cinema) ed emerge la richiesta di eventi caratterizzati da gratuità e che abbiano al centro i linguaggi della musica e lo stile e gli spazi dello "stare insieme". C'è una forte e insospettata percentuale di giovani che sperimenta, anche in forme stabili, il lavoro tra i 14 e i 19 anni. Si tratta di un ingresso molto precoce nel mondo del lavoro che ha non poche conseguenze sul mondo delle idee giovanili e che evidenzia per la prima volta un tale dato di precarietà e flessibilità nella nostra regione.

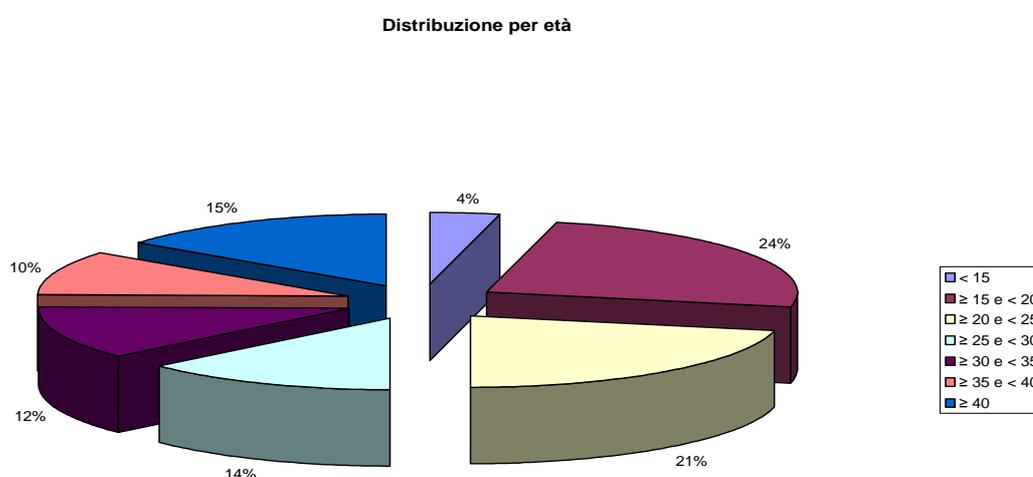
Dal rapporto emerge però come la permanenza di una ricca tradizione di reti parentali (famiglie, nonni, vicini), la specifica conformazione urbana di una regione piccola, dove contano molto, per quantità e qualità, ancora oggi, le reti di vicinato, costituiscano un contrappeso forte a questa sofferenza interna della regione.

Gli adolescenti umbri infatti vivono tutti in famiglia; una famiglia ancora estesa, in cui, pur crescendo le incrinature e, sempre più spesso, anche le rotture, fanno riferimento alla presenza di nonni e fratelli, anche di età maggiore, in una condizione condivisa con altri della medesima generazione. Il nucleo familiare, dunque, persiste senza ancora essere caratterizzato dall'uscita dei componenti più giovani.

Un altro aspetto evidenziato dalla ricerca è il rapporto con il proprio corpo dei giovani, nei quali il prendersene cura riguarda, pressoché in esclusiva, il come si presenta agli altri giovani, con particolare riferimento a quelli dell'altro sesso. Così il riferimento al corpo si smaterializza, perde sempre di più i connotati fisici per sciogliersi nella sua rappresentazione e nella relazione.

In questo contesto si inseriscono i Disturbi del Comportamento Alimentare per i quali sono afferiti ai servizi specialistici della nostra regione 2740 pazienti nel biennio 2008-2009, dei quali la maggior parte si colloca nella fascia tra i 15 e i 25 anni, con un'estensione anche sotto ai 15 e sopra i 40, a conferma del fatto che il range della popolazione interessata da questi disturbi si è notevolmente allargata.

Fig. 21 Distribuzione per età dei pazienti con DCA afferiti ai Servizi nel biennio 2008-2009



Va quindi preso atto dell'assoluta estraneità dei giovani agli stili di vita salutistici, così ampiamente presente nella fitness degli adulti. Non a caso le attività fisiche, compreso lo sport praticato, che pur riguarda un numero consistente di adolescenti, soprattutto maschi, non rappresentano una consuetudine per la maggior parte dei ragazzi intervistati. E, ancora, non a caso l'uso di sostanze psicotrope e, soprattutto, la grande diffusione di bevande energetiche light, più che essere percepito come soglia di un possibile pericolo, viene ritenuto parte integrante di quello stare insieme di cui le diverse sostanze rappresentano un carburante pressoché indispensabile.

Ciò che sembra prevalere tra i ragazzi intervistati è una sorta di ritorno all'uso utile e relazionale delle sostanze, da sempre presente nella cultura popolare, al vino e ai suoi derivati, in particolare, e alla birra, oggi stabilmente connessa al leisure giovanile.

Negli adulti e nella terza età

L'OMS definisce la salute mentale come uno stato di benessere nel quale la persona è consapevole delle proprie capacità, in grado di affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e apportare un contributo alla comunità.

Le patologie mentali rappresentano un problema in crescita a livello mondiale; tra queste una delle più frequenti è la depressione: l'OMS ritiene che entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei Paesi industrializzati. Il costo socio-sanitario stimato delle malattie mentali è notevole, pari al 3-4% del Prodotto Interno Lordo.

Dopo i 64 anni in particolare la presenza di sintomatologia depressiva è una condizione frequente e spesso grave, perché si associa ad altre forme di patologia e perché causa un disagio clinicamente significativo e socialmente rilevante, associandosi più spesso che in altre età a tentativi di suicidio e a suicidio. Al contrario, esiste spesso una sottostima della necessità di curarsi da parte dell'anziano stesso, che considera il suo stato psicologico una necessaria conseguenza della sua storia di vita, e da parte di familiari e conoscenti, che la interpretano come una condizione abituale dell'età avanzata.

Secondo i dati Passi 2009, in Umbria circa il 9% delle persone tra i 18 e i 69 anni ha riferito sintomi di depressione, con una percentuale significativamente più bassa (4%) nella Azienda USL 4; questi sintomi sono risultati più diffusi nelle donne, nelle persone con difficoltà economiche o con patologie severe.

Fig. 22 **Persone con sintomi di depressione**
Umbria – PASSI 2009

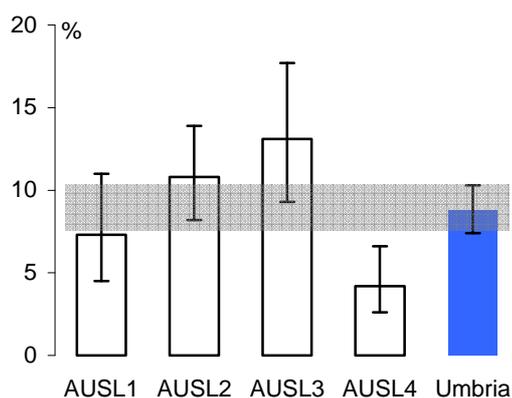
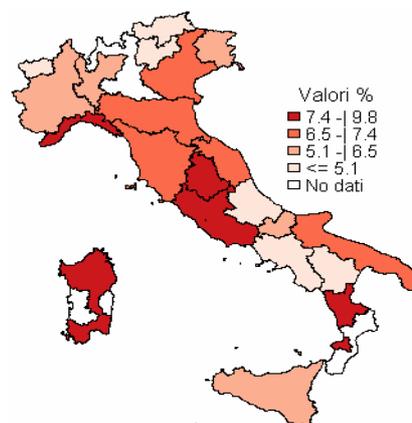


Fig. 23 **Persone con sintomi di depressione**
Pool ASL – PASSI 2009



Nella popolazione sopra i 65 anni sale al 16% la percentuale di persone che riferisce sintomi di depressione, in maniera più diffusa nelle donne, nelle persone con molte difficoltà economiche percepite, meno attive e con problemi di isolamento sociale.

Le persone che hanno riferito sintomi di depressione hanno dichiarato una percezione della qualità della vita peggiore rispetto alle persone che non hanno riferito i sintomi: solo il 38% ha

descritto il proprio stato di salute "buono" o "molto buono" rispetto al 70% delle persone che non hanno riferito i sintomi.

Il 62% delle persone con sintomi di depressione, il 73% sopra i 65 anni, ha riferito di essersi rivolta a figure di riferimento per risolvere questo problema, in particolare a medici/operatori sanitari, il 44% delle persone tra i 18 e i 69 anni e il 48% sopra i 65 anni.

I risultati evidenziano come il trattamento di questa condizione e l'utilizzo dei servizi sanitari preposti non sia ancora soddisfacente, essendo ancora significativamente alta la parte del bisogno non trattato (una persona su due).

Considerato che i disturbi mentali costituiscono una fetta importante del carico assistenziale complessivo attribuibile alle malattie dei Paesi industrializzati, il riscontro della limitata copertura di cure delle persone con sintomi di depressione appare di particolare importanza e rappresenta una attuale "sfida" per i Servizi Sanitari. Inoltre, soprattutto per gli anziani, hanno un ruolo fondamentale i servizi alla persona, che mettono in atto interventi di tipo sanitario e/o azioni di valorizzazione e protezione sociale.

L'isolamento sociale, infatti, pur non avendo una definizione univoca, è un fattore molto importante per le implicazioni di natura psicologica, per esempio sulla depressione, e di cura, ad esempio attenzione per la vita quotidiana dell'anziano e i suoi bisogni. Nel PASSI d'Argento sono considerate a rischio di isolamento sociale le persone che in una settimana normale non partecipano a incontri collettivi o non incontrano altre persone. Inoltre, è stata valutata la possibilità di contare sull'aiuto gratuito di qualcuno in caso di necessità.

Le persone ultra 64enni a rischio di isolamento sociale sono risultate il 16%; l'isolamento sociale è più diffuso oltre i 75 anni, nelle donne e nelle persone con basso livello di istruzione o con molte difficoltà economiche. Il rischio è inoltre molto alto fra le persone che vivono solamente con una badante (54%).

Gli stili di vita

L'attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario, invece, contribuisce allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello di attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

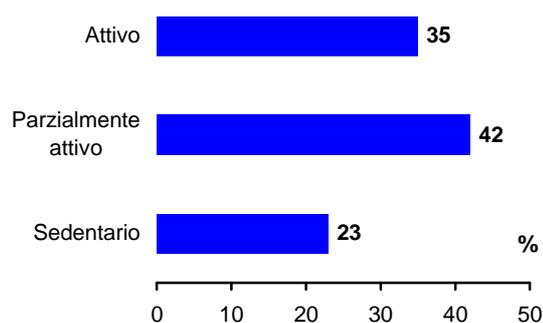
Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo.

I bambini umbri fanno poca attività fisica: l'82% dei bambini svolge solo un'ora di attività fisica per meno di 5 giorni a settimana; il 38% non segue le raccomandazioni per l'uso corretto di TV e videogiochi (non più di 2 ore al giorno) e la metà (il 51%) ha un televisore in camera.

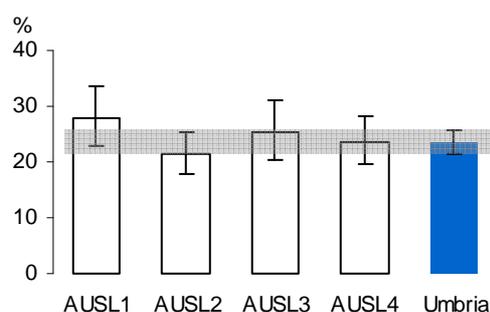
Sebbene complessivamente l'Umbria mostri percentuali di sedentarietà significativamente inferiori rispetto al pool nazionale, nella nostra regione solo il 35% delle persone tra i 18 e i 69 anni ha uno stile di vita attivo, conduce cioè un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 42% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 23% è completamente sedentario.

La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle donne, tra le persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche.

**Fig. 24 Livello di attività fisica
Umbria – PASSI 2009**



**Fig. 25 Persone sedentarie
ASL Umbria – PASSI 2009**



Lo stile di vita sedentario spesso si associa ad altre condizioni di rischio; in particolare tra i sedentari è emerso che:

- il 32% dei soggetti sono depressi;
- il 25% ipertesi;
- il 23% in eccesso ponderale;
- il 21% fumatori.

In Umbria solo il 29% degli intervistati ha però riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica. Il 32% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgere un'attività fisica regolare.

Fig. 26 Persone sedentarie
Pool ASL - PASSI 2009

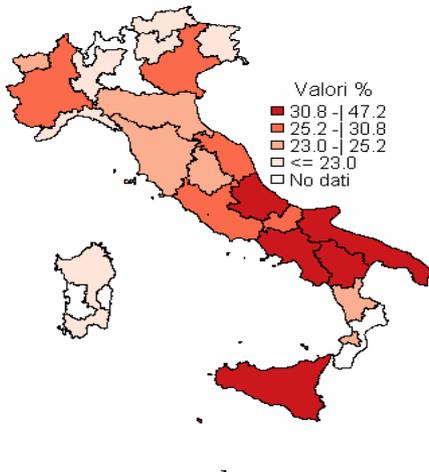
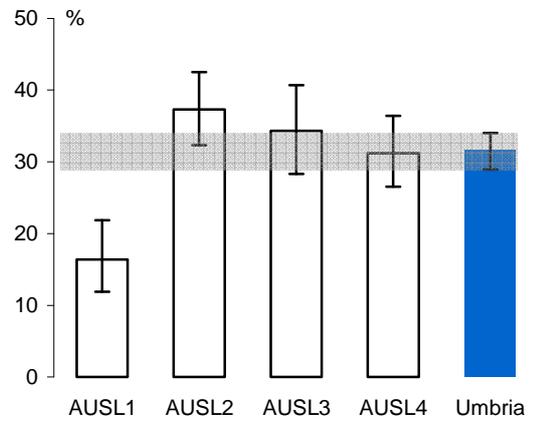


Fig. 27 Persone consigliate dall'operatore sanitario di fare attività fisica
ASL Umbria – PASSI 2009



Una regolare attività fisica protegge le persone anziane da numerose malattie, previene le cadute e migliora la qualità della vita, aumentando anche il benessere psicologico. Negli ultra 64enni l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto anziane e con difficoltà nei movimenti. Per questo la quantità di attività fisica "raccomandabile" varia a seconda delle condizioni di salute generali e dell'età.

In Umbria circa il 34% degli ultra 64enni fanno attività fisica, con percentuali significativamente superiori nelle Aziende USL 1 e 3. Le attività fisiche maggiormente praticate sono quelle non strutturate e all'aria aperta.

Fig. 28 Persone ultra 64enni attive fisicamente (%). Umbria - PASSI d'Argento 2009

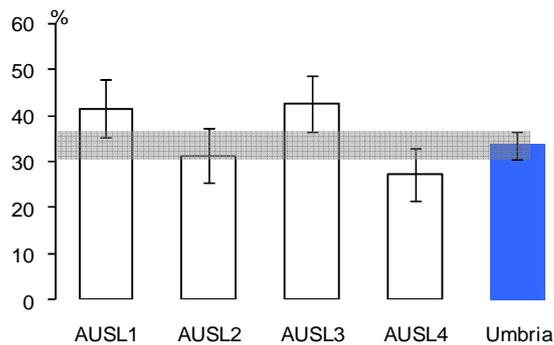
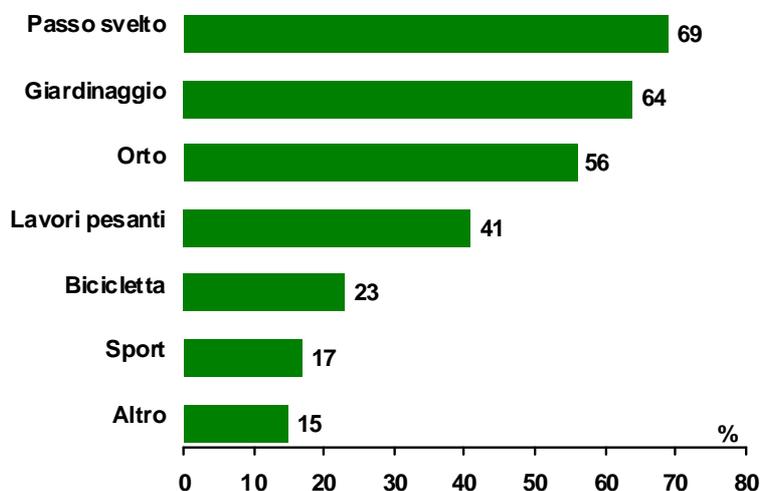


Fig. 29 Tipo di attività fisica svolta (%). Umbria - PASSI d'Argento 2009



La situazione nutrizionale e le abitudini alimentari

Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute dal momento che ad alcuni alimenti infatti è riconosciuto un ruolo protettivo.

L'eccesso di peso rappresenta un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato nei paesi industrializzati con una riduzione di aspettativa e qualità di vita.

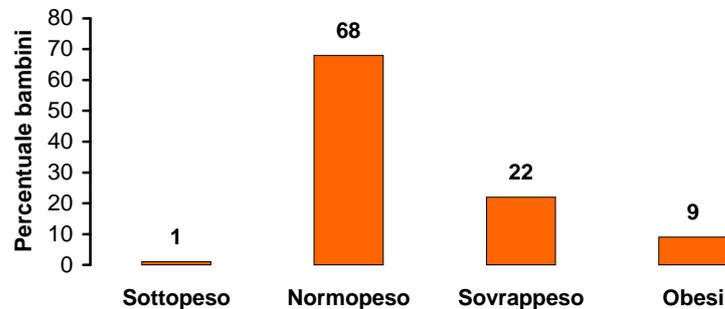
In particolare dopo i 64 anni l'eccesso di peso favorisce l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti e influisce negativamente sulla qualità della vita della persona, mentre la perdita di peso non intenzionale rappresenta un indicatore comunemente utilizzato per la fragilità dell'anziano.

Le persone vengono classificate in 4 categorie in base al valore dell'indice di massa corporea (Body Mass Index o BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9), obeso (BMI ≥ 30).

Secondo i dati del sistema di sorveglianza OKkio alla Salute (2010), nella nostra Regione il 69% dei bambini tra gli 8 e i 9 anni è risultato normopeso o sottopeso, il 22% sovrappeso e il 9% obeso.

L'indagine ha evidenziato che spesso i genitori non hanno una percezione del reale stato nutrizionale del proprio figlio; circa il 60% delle madri non si accorge del sovrappeso del proprio figlio. La bassa percezione e la mancanza di consapevolezza da parte dei genitori dello stato di sovrappeso o obesità del proprio figlio limita la probabilità di successo di interventi di prevenzione e non favorisce l'adozione di un corretto regime alimentare e di una adeguata attività fisica da parte dei bambini.

Fig. 30 Stato ponderale dei bambini di 8-9anni (%). OKkio alla Salute 2010

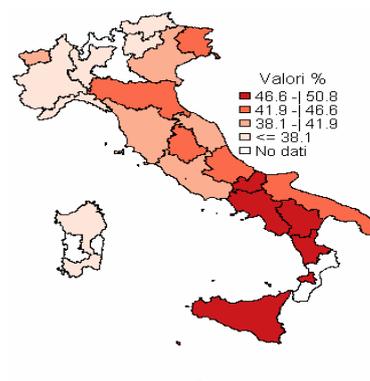
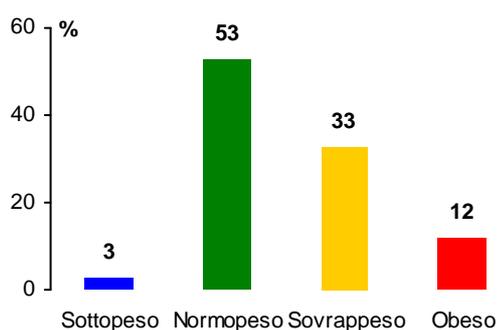


Peraltro fra i bambini è molto diffusa l'assunzione di alimenti predisponenti all'aumento di peso. In particolare, il 7% dei bambini non fa colazione; il 24% non fa una colazione qualitativamente adeguata, che contenga sia proteine che carboidrati; l'84% consuma una merenda non adeguata quantitativamente (circa 100 calorie) a metà mattina; quasi tutti i bambini consumano meno di 5 porzioni di frutta e verdura ogni giorno; il 46% consuma bevande zuccherate una o più volte al giorno.

I dati Passi 2009 evidenziano come in Umbria il 3% delle persone tra i 18 e i 69 anni risulta sottopeso, il 53% normopeso, il 33% sovrappeso e il 12% obeso. Complessivamente si stima che il 45% della popolazione presenti un eccesso ponderale più frequente col crescere dell'età, negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.

Nella popolazione in sovrappeso emerge ancora una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo la metà percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e più di una persona su quattro è aumentata di peso nell'ultimo anno. La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 23% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (76%).

Fig. 31 Situazione nutrizionale della popolazione Umbria – PASSI 2009 **Fig. 32 Persone con eccesso ponderale Pool ASL – PASSI 2009**



Inoltre solo il 54% delle persone in eccesso ponderale ha riferito che un operatore sanitario gli ha consigliato di fare una dieta per perdere peso, mentre appena il 40% ha ricevuto il consiglio di svolgere regolare attività fisica. Il consumo di frutta e verdura però nella popolazione tra i 18 e i 69 anni è risultato molto più diffuso che tra i bambini sebbene solo il 7% dichiarò di aderire alle raccomandazioni internazionali ("five a day"). La maggior parte delle persone consuma giornalmente frutta e verdura: più di un terzo ne assume oltre 3 porzioni, ma solo una piccola quota assume le 5 porzioni al giorno raccomandate.

Fig. 33 Persone in soprappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario ASL Umbria – PASSI 2009

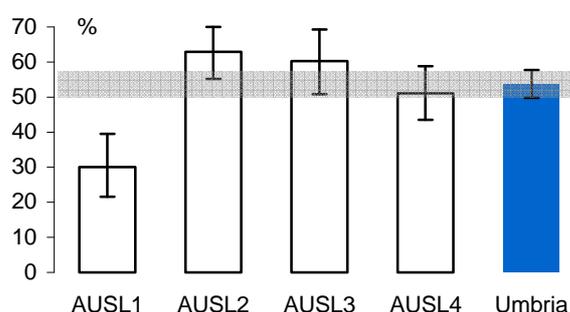
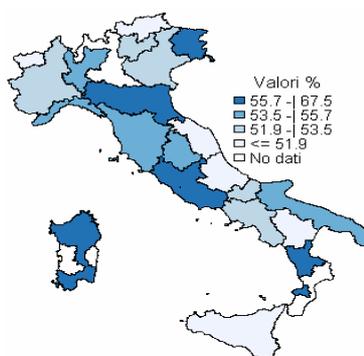


Fig. 34 Persone in soprappeso/obese che hanno ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un operatore sanitario Pool ASL – PASSI 2009



Nella popolazione anziana sale al 56% la percentuale delle persone in eccesso ponderale, di cui il 42% è sovrappeso e il 14% obeso; il 3% delle persone ultra 64enni risulta invece sottopeso. L'eccesso ponderale è maggiormente diffuso nelle persone con meno di 75 anni, negli uomini e con basso livello d'istruzione.

Il 98% degli ultra64enni consuma quotidianamente frutta e verdura, tuttavia solo il 6% ne consuma almeno 5 porzioni come raccomandato; più della metà consuma solo 1-2 porzioni. Tra gli ultra 64enni in buona salute a basso rischio di malattia il 9% ha dichiarato di seguire il "five a day"; la percentuale scende al 7% nelle persone in buona salute, ma a rischio di malattia e fragilità, al 2% nelle persone con segni di fragilità e al 3% nei disabili.

Mangiano meno frutta e verdura gli anziani con basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche.

Il consumo di alcol

Si stima che l'alcol uccida circa 115.000 persone l'anno in Europa e 25.000 in Italia: cirrosi epatica e incidenti stradali sono le principali cause di morte alcol-correlate.

L'abuso di alcol porta infatti più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali ad esempio guida pericolosa di autoveicoli, lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, comportamenti sessuali a rischio, violenza); il danno causato dall'alcol si estende pertanto alle famiglie e alla collettività. Si stima che i problemi di salute indotti dal consumo/abuso di prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

Secondo la definizione dell'OMS, le persone più a rischio di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne), le persone che bevono abitualmente fuori pasto e quelle che indulgono in grandi bevute o binge drink (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione). L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

In Umbria la percentuale di persone tra i 18 e i 69 anni che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è risultata pari al 61%. Si sono osservate percentuali più alte di consumo nella fascia 25 - 34 anni, negli uomini e nelle persone con livello di istruzione alto e senza difficoltà economiche. I bevitori a rischio sono il 12% del campione: il 7% risulta bevitore fuori pasto, il 5% binge (fenomeno più diffuso tra i più giovani nella fascia di 18-34 anni e tra gli uomini) e il 3% forte bevitore. Tuttavia, sulla base della nuova definizione INRAN di "forte bevitore" (più di 2 unità/giorno per gli uomini e più di 1 unità/giorno per le donne), la percentuale di bevitori a rischio sale al 17% e quella di forte bevitore al 9%.

Fig. 35 Bevitori a rischio e forti bevitori Confronto nuova vs. vecchia classificazione INRAN di "forte bevitore" Umbria - PASSI 2009

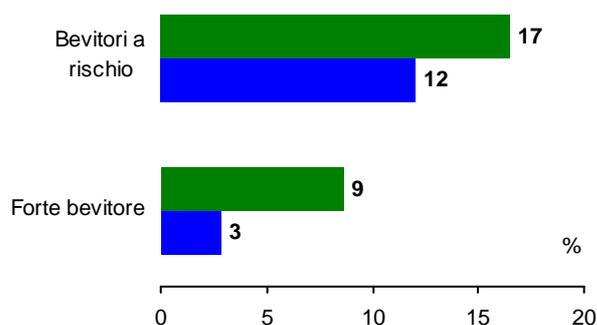
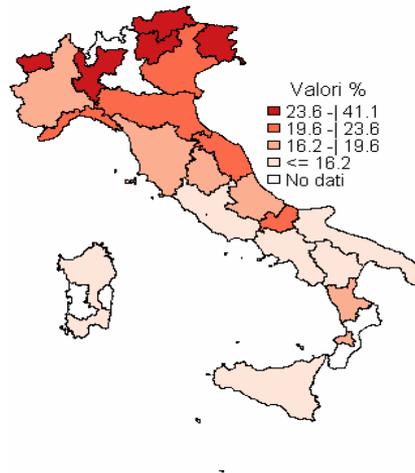


Fig. 36 Bevitori a rischio Nuova definizione INRAN di "forte bevitore"
Pool Asl - PASSI 2009



Gli intervistati riferiscono raramente che un operatore sanitario si è informato (13%) su questa abitudine e ha consigliato (2%) di moderare il consumo di alcol.

Fig. 37 Persone a cui un operatore sanitario ha chiesto informazioni sul consumo di alcol
Pool Asl - PASSI 2009

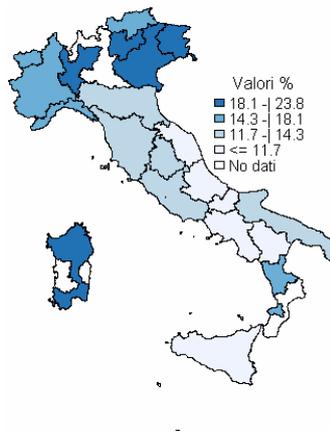
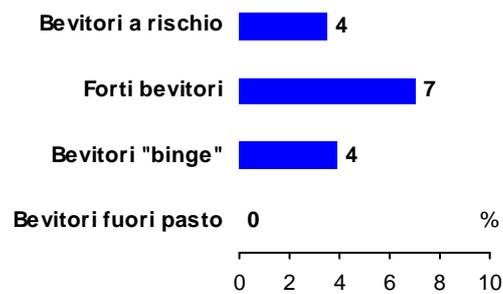


Fig. 38 Bevitori a rischio e consiglio di bere meno da un operatore sanitario
Umbria - PASSI 2009



Le persone con più di 64 anni che consumano alcol in una giornata tipo sono il 49%; si tratta di un'abitudine più frequente negli uomini (71% contro 32%), nelle persone con alto livello di istruzione (62,5% contro 43%) e senza difficoltà economiche. L'assunzione fuori pasto è poco praticata, solamente il 2%, soprattutto fra gli uomini. Nella Azienda USL 1 la percentuale di ultra 64enni che consuma alcool è significativamente più alta rispetto al dato regionale (59%). Tra chi consuma alcol, solo il 15% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un medico o di un operatore sanitario. Questo consiglio è più frequente tra i bevitori fuori pasto che sono il 2% (consiglio 25%) rispetto a chi consuma alcol solo durante i pasti (consiglio 10%).

L'abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronico-degenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo. Il fumo inoltre rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente. L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente più elevata, si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in preoccupante aumento la percentuale di giovani che fumano.

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo. Smettere di fumare significa infatti dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e dopo 10 anni dimezzare anche il rischio di tumore del polmone. In Umbria i fumatori rappresentano il 31% delle persone tra i 18 e i 69 anni; la prevalenza di fumatori è più elevata tra gli uomini, le persone con meno di 50 (in particolare tra i 18 e i 24 anni) e tra le persone con difficoltà economiche. I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 13 sigarette al giorno; tra questi, il 7% fuma oltre 20 sigarette al dì e quindi deve essere considerato un "forte fumatore". Nel corso dell'ultimo anno circa il 39% ha tentato di smettere e il 98% degli ex-fumatori ha smesso di fumare da solo.

Fig. 39 Abitudine al fumo di sigaretta
Umbria – PASSI 2009

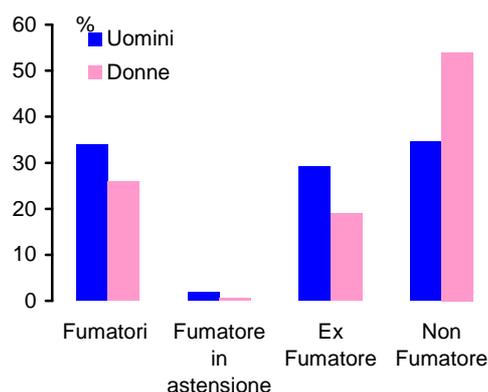
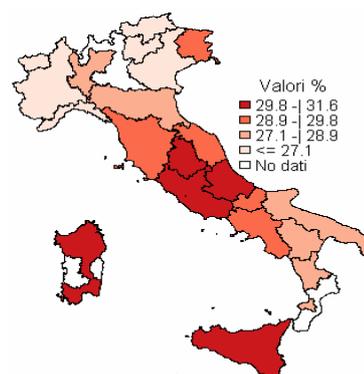


Fig. 40 Fumatori
Pool ASL – PASSI 2009



Circa il 41% degli intervistati ha dichiarato di aver ricevuto da un operatore sanitario domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo. Tra i fumatori, il 59% ha riferito di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario.

Fig. 41 **Persone interpellate da un operatore sanitario sulle proprie abitudini sul fumo**
Pool ASL - PASSI 2009

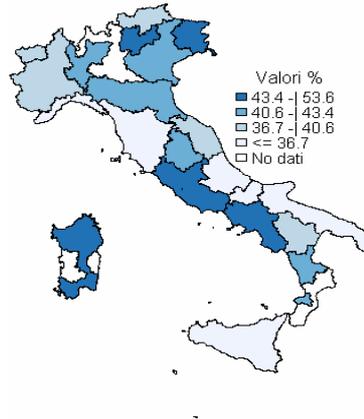
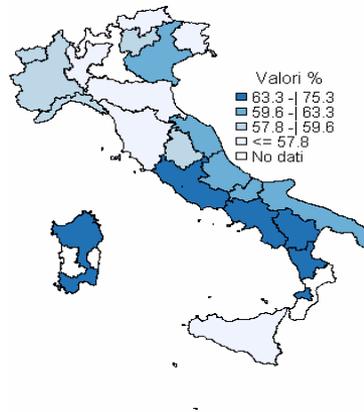
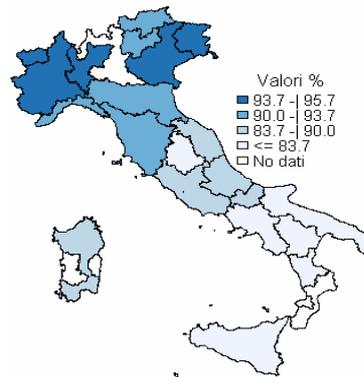


Fig. 42 **Fumatori a cui è stato consigliato da un operatore sanitario di smettere di fumare**
Pool ASL - PASSI 2009

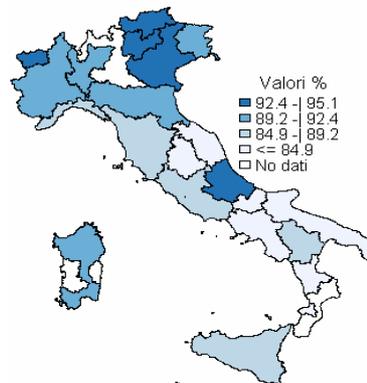


Circa l'80% degli intervistati ha riferito che il divieto di fumare nei locali pubblici e sul luogo di lavoro viene rispettato sempre o quasi sempre, mentre il 69% ha dichiarato che nelle proprie abitazioni non è permesso fumare.

**Fig. 43 Rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici sempre o quasi sempre
Pool ASL - PASSI 2009**



**Fig. 44 Rispetto del divieto di fumo sul luogo di lavoro sempre o quasi sempre
Pool ASL - PASSI 2009**



Secondo i dati di Passi d'Argento 2009, nella popolazione anziana gli ultra 64enni che hanno riferito di fumare sono il 10%, il 32% ha dichiarato di essere ex fumatore e il 58% di non avere mai fumato.

Le percentuali sono in linea con quelle della sorveglianza PASSI che indicano una progressiva riduzione dell'abitudine al fumo all'aumentare dell'età (24% nella classe 50-69 anni nel 2009). L'abitudine al fumo è risultata più alta negli uomini, nella classe d'età 65-74 anni e nelle persone con alto livello d'istruzione.

Il 70% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o altro operatore sanitario.

Gli incidenti stradali e gli infortuni domestici

Gli incidenti stradali

Gli incidenti stradali rappresentano un problema di sanità pubblica prioritario nel nostro Paese: sono infatti la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto ai 40 anni.

Nel 2006 in Italia sono stati registrati oltre 238.000 incidenti stradali con circa 5.670 morti e 330.000 feriti; agli incidenti stradali sono inoltre imputabili annualmente circa 170.000 ricoveri ospedalieri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso e 20.000 casi di invalidità. In Umbria nel 2009 il Sistema informativo relativo agli infortuni con accesso al Pronto Soccorso, ha registrato circa 13.000 incidenti stradali, di cui il 91% accaduti a soggetti sotto i 65 anni.

Tab.12 Incidenti stradali con accesso al pronto soccorso. Umbria 2009

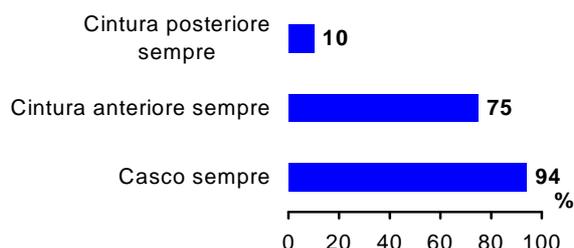
Classe di età	N	%
< 65 anni	11964	91,3
>= 65 anni	1140	8,7
	13104	100

Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida sotto l'effetto dell'alcol. A livello preventivo, oltre agli interventi a livello ambientale e strutturale, sono riconosciute come azioni di provata efficacia il controllo della guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini).

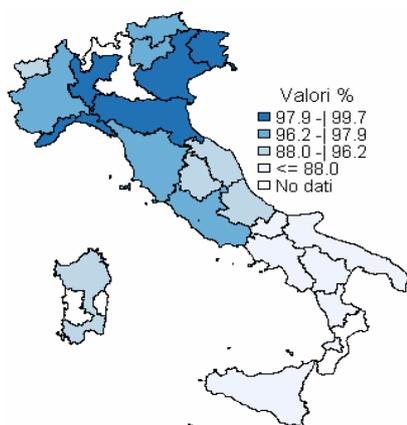
In Umbria nelle persone tra i 18 e i 69 anni si registra un buon livello dell'uso del casco (pari al 94%), mentre 3 persone su 4 utilizzano la cintura anteriore, e solo 1 su 10 la cintura di sicurezza posteriore: il dato medio umbro risulta significativamente inferiore rispetto a quello del pool delle ASL partecipanti alla sorveglianza a livello nazionale.

La percentuale di utilizzo del casco e della cintura posteriore non mostra differenze tra le aziende USL della regione, mentre la percentuale di utilizzo della cintura di sicurezza anteriore è significativamente inferiore rispetto alla media regionale nell'Azienda USL 1.

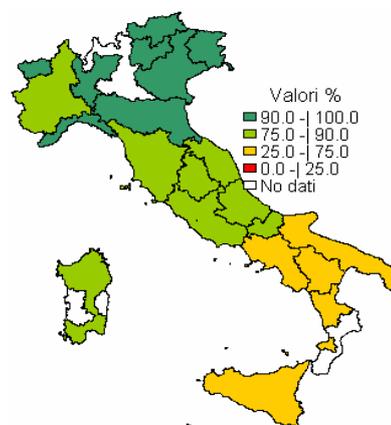
Fig.45 Uso dei dispositivi di sicurezza tra coloro che dichiarano di utilizzare l'automobile e/o la moto. Umbria - PASSI 2009



**Fig. 46 Uso del casco sempre
Pool ASL – PASSI 2009**

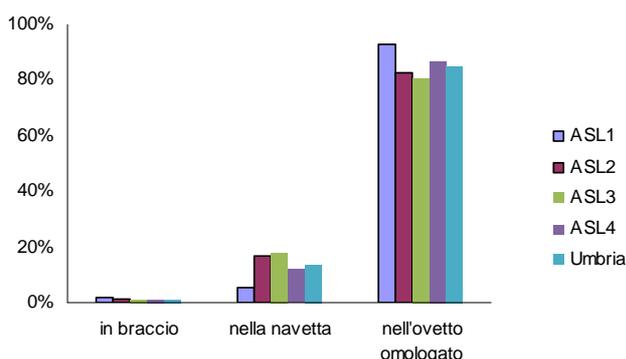


**Fig. 47 Uso della cintura anteriore sempre
Pool ASL – PASSI 2009**



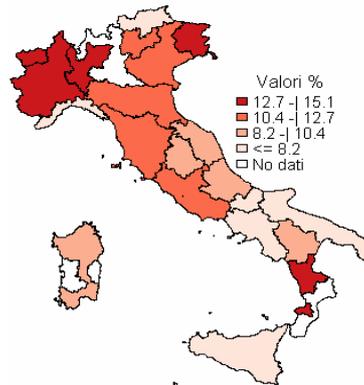
I dati rilevati dai bilanci di salute riferiti al biennio 2008-2009 nell'ambito del Progetto Salute Infanzia, previsto dall'Accordo Regionale stilato con i medici pediatri di libera scelta e finalizzato all'adozione di stili di vita sani fin dai primi anni di vita e alla prevenzione, in particolare, degli incidenti stradali e domestici, mostrano che l'85% dei genitori dichiara di conoscere la modalità più corretta e sicura di trasportare il bambino in auto nei primi mesi di vita.

Fig. 48 Distribuzione (%) delle risposte alla domanda "Come è più sicuro trasportare tuo/a figlio/a in auto"



La guida sotto l'effetto dell'alcol è associata ad un terzo delle morti sulla strada. Il 5% delle persone tra i 18 e i 69 anni dichiara di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente. Se però si considerano solo le persone che nell'ultimo mese hanno effettivamente guidato, la percentuale sale al 9%. Pertanto in Umbria un guidatore su dieci è classificabile come guidatore a rischio per l'alcol, con un maggior coinvolgimento degli uomini. L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è ugualmente diffusa in tutte le classi di età.

Fig. 49 Persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol
Pool ASL - PASSI 2009



Gli infortuni domestici

Il tema degli incidenti domestici è divenuto importante dal punto di vista epidemiologico solo negli ultimi anni ed è ancora poco indagato; nonostante sia riconosciuto come un problema di sanità pubblica rilevante, non sono disponibili molte informazioni riguardo all'incidenza né alle misure di prevenzione adottate, soprattutto a livello locale.

In Italia si stimano ogni anno circa 1,7 milioni di accessi al Pronto Soccorso, 130 mila ricoveri e 7.000 decessi per incidente domestico.

I gruppi di popolazione maggiormente a rischio sono bambini e anziani, in particolare sopra gli 80 anni; il principale carico di disabilità da incidente domestico è rappresentato dagli esiti di frattura del femore nell'anziano. L'OMS ha indicato le cadute negli anziani come uno dei "quattro giganti della geriatria" insieme a depressione, incontinenza urinaria e deficit di memoria. Il problema è particolarmente rilevante non solo per la frequenza, ma anche per le conseguenze sul benessere psico-fisico della persona: anche la sola insicurezza legata alla paura di cadute può limitare notevolmente lo svolgimento delle attività della vita quotidiana.

In Umbria nel 2009 il Sistema informativo relativo agli infortuni con accesso al Pronto Soccorso, ha registrato circa 13.500 infortuni domestici, di cui il 34% accaduti a soggetti sopra i 65 anni.

Tab. 13 Infortuni domestici con accesso al pronto soccorso. Umbria 2009

Classe di età	N	%
< 65 anni	8903	65,9
>= 65 anni	4615	34,1
	13518	100

In Umbria la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico nella popolazione tra i 18 e i 69 anni appare scarsa, soprattutto tra gli uomini: il 93% degli intervistati ha dichiarato infatti di considerare questo rischio basso o assente. La presenza di persone potenzialmente a rischio

(bambini e anziani) nel nucleo familiare non è un fattore che aumenta la percezione del rischio di infortunio domestico.

I dati rilevati dal progetto Salute Infanzia, infatti, evidenziano alcune incertezze nelle risposte da parte dei genitori soprattutto per quanto riguarda alcuni rischi presenti in ambiente domestico.

Fig. 50 Distribuzione (%) delle risposte alla domanda "Come misuri la temperatura dell'acqua del bagnetto"

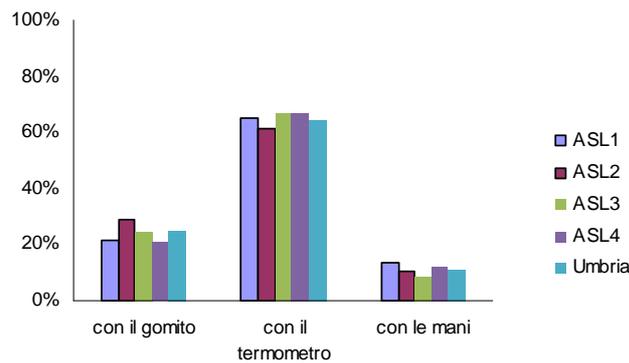
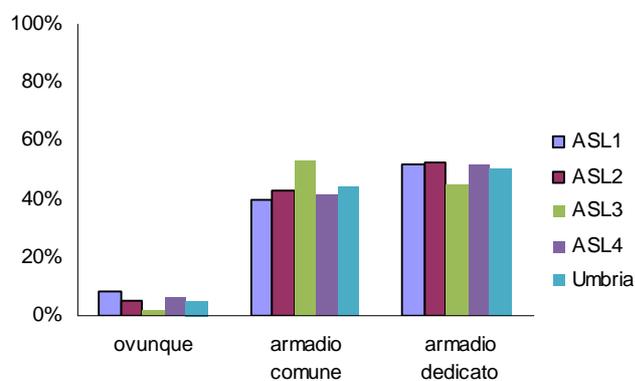


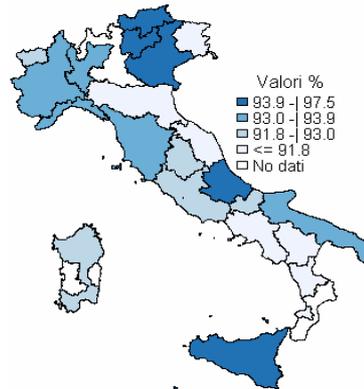
Fig. 51 Distribuzione (%) delle risposte alla domanda "Dove vengono tenute le medicine per il tuo bambino/a"



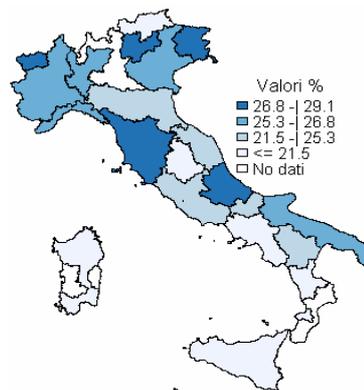
Il progetto ha inoltre rilevato una frequenza di incidente domestico di circa il 3% nel primo anno di vita e del 6,4% nel secondo anno; la tipologia di incidente prevalente nel primo anno di vita è il trauma (95%), anche se nel secondo anno aumentano i casi di ustione e di ingestione di sostanze pericolose (circa il 16%).

In Umbria solo una persona su cinque ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici. In particolare hanno riferito di aver ricevuto informazioni soprattutto le donne e le persone con una già alta percezione del rischio. Le principali fonti di informazione sugli infortuni domestici sono risultate i mass media (57%) e gli opuscoli (40%) e solo in minima parte gli operatori sanitari.

**Fig. 52 Bassa percezione del rischio infortunio domestico
Pool ASL - PASSI 2009**



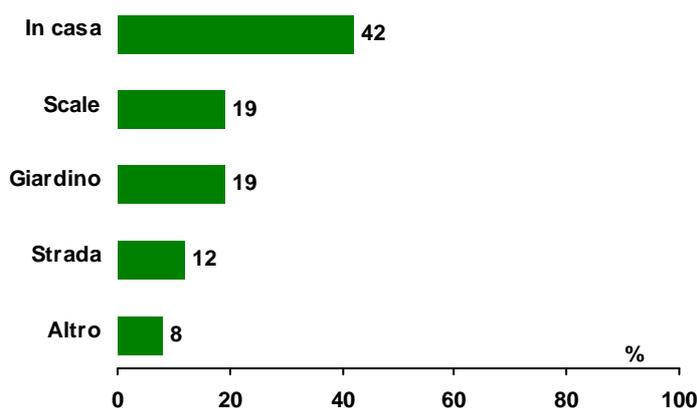
**Fig. 53 Informazioni ricevute su prevenzione infortuni domestici
Pool ASL - PASSI 2009**



Circa un terzo (31%) delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione ha modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura. Questo dato suggerisce che la popolazione, se adeguatamente informata, è sensibile al problema. Per quanto riguarda il fenomeno nella popolazione anziana, i dati di PASSI d'Argento relativi al 2009 evidenziano che in Umbria l'11% degli ultra 64enni è caduto negli ultimi 30 giorni e che il 52% di questi si sono fatti male a seguito della caduta.

L'incidenza delle cadute aumenta con il crescere dell'età (9% nella fascia 65-74 anni e 12% sopra i 74 anni) e nelle persone con maggiori difficoltà economiche. Il dato interessante è che la maggior parte delle cadute si verificano in casa o nelle pertinenze, tipo scale e giardino.

Fig. 54 Luogo della caduta (%). Umbria - PASSI d'Argento 2009



Le cadute sono un fenomeno particolarmente frequente tra gli ultra 64enni con segni di fragilità (11%) e soprattutto disabili (21%).

Il 5% degli ultra 64enni, circa 500 persone, hanno riferito che nei 30 giorni che precedevano l'intervista sono state ricoverate per più di un giorno a seguito di una caduta, con maggiore frequenza fra i disabili e le persone più anziane. Il 50% delle persone ultra 64enni cadute nell'ultimo mese ha paura di cadere e il 24% di coloro che sono caduti o che hanno paura di cadere non adotta per esempio misure anticaduta in bagno.

Tab. 14 Infortuni domestici per luogo di accadimento negli ultra 64enni. Umbria 2009

Luogo	N	%
Cucina	1016	22
Salotto, sala da pranzo, corridoio	429	9
Camera da letto	782	17
Bagno, lavanderia	505	11
Scale interne, ballatoi	496	11
Terrazze, balconi	89	2
Giardino, cortile, parcheggio, garage, cantina e altre pertinenze	1292	28
Non codificato	6	0
Totale	4615	100

Tab. 15 Infortuni domestici per attività negli ultra 64enni. Umbria 2009

Attività	N	%
Cucinare	348	8
Pulire, riassetare, lavare, stirare	1091	24
Riparazioni, hobby	1772	38
Gioco	73	2
Igiene personale	380	8
Pasti	130	3
Riposare	433	9
Non codificato	154	3
Totale	4615	100

Tab. 16 Infortuni domestici per dinamica negli ultra 64enni. Umbria 2009

Dinamica	N	%
Caduta	3068	66
Urto contro oggetto, persona o animale	458	10
Sforzo	86	2
Schiacciamento, taglio	369	8
Puntura, penetrazione, perforazione	99	2
Morso, punto da animale	48	1
Ingestione, inalazione, infissione di corpo estraneo	26	1
Avvelenamento, intossicazione	5	0
Contatto con agenti termici, caustici	55	1
Elettricità, radiazioni	1	0
Non codificato	169	4
Totale	4615	100

Tab. 17 Infortuni domestici per esito negli ultra 64enni. Umbria 2009

Esito	N	%
Dimissione a domicilio	3030	66
Ricovero in reparto di degenza	879	19
Trasferimento ad altro istituto	45	1
Deceduto in PS	1	0
Rifiuta ricovero	48	1
Paziente abbandona il PS prima della visita medica	57	1
Paz. abbandona il PS in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica	70	2
Dimissione a strutture ambulatoriali	450	10
Non codificato	23	0
Totale	4615	100

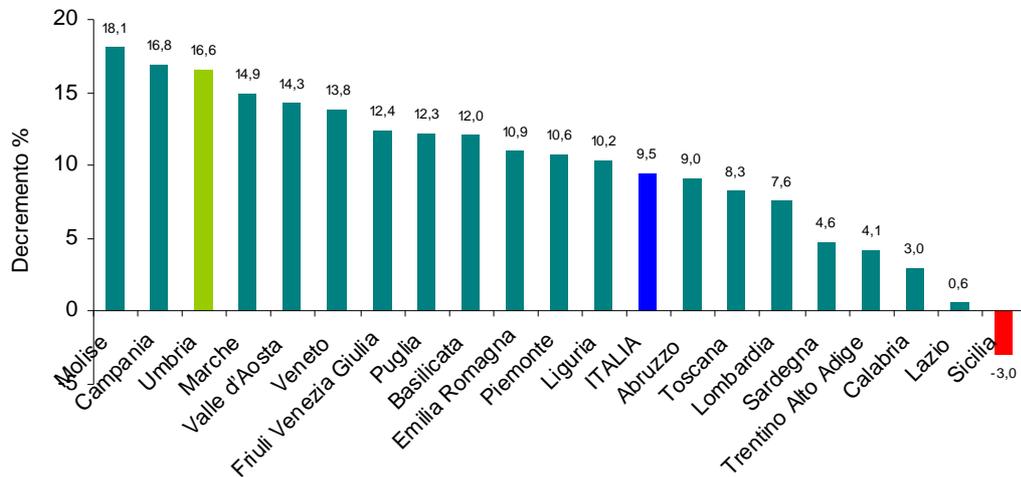
Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

Il numero di infortuni denunciati considerati complessivamente si è progressivamente ridotto negli ultimi anni in tutti e tre i macrosettori (agricoltura, industria e servizi e conto stato); anche il numero di infortuni con definizione positiva (ovvero gli infortuni definiti con inabilità temporanea e permanente, gli infortuni mortali e i regolari senza indennizzo) considerando l'ultimo anno in cui è possibile considerarli stabilizzati, ovvero il 2007, è in decremento.

Dal confronto fra le regioni si evidenzia che l'Umbria ha registrato però una riduzione del numero di infortuni denunciati dal 2004 al 2008 molto significativa pari al 16,6%, nettamente superiore al dato medio nazionale (-9,5%), collocandosi così al terzo posto nel contesto nazionale. I dati

dell'ultimo Rapporto Annuale Regionale mostrano una ulteriore riduzione dal 2008 al 2009 del 10,6% contro una media nazionale di -9,7%.

Fig. 55 Variazione percentuale dal 2004 al 2008 degli infortuni per regione (tutte le gestioni)



Distinguendo gli infortuni per gestione INAIL e confrontando la situazione del 2008 con quella del 2000, si evidenzia un decremento progressivo in tutti e tre i macrosettori; nell'industria e nei servizi si è giunti ad un numero di infortuni denunciati che è inferiore del 19% rispetto alle denunce del 2000, mentre in agricoltura la diminuzione è addirittura pari ad 1/3.

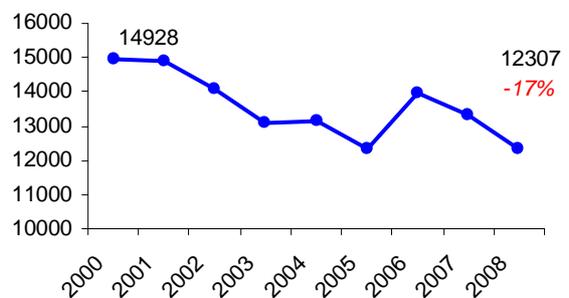
Al contrario il numero degli infortuni accaduti a lavoratori nati all'estero è in aumento: gli infortuni denunciati a carico di lavoratori stranieri sono passati da 1389 nel 2000 a 2237 nel 2008, con un incremento complessivo del 61%. L'88% degli infortuni definiti positivamente (esclusi infortuni in itinere) in questa categoria di lavoratori sono accaduti nell'industria e nei servizi, l'11% in agricoltura.

Infortuni definiti positivamente (esclusi in itinere). Umbria - Trend 2000-2008

Fig. 56 Infortuni accaduti a lavoratori nati all'estero



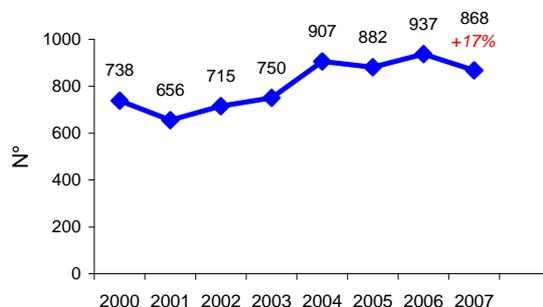
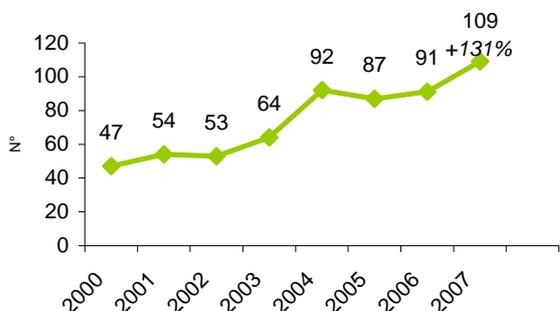
Fig. 57 Infortuni accaduti complessivamente



Se consideriamo gli infortuni "gravi", ovvero quelli conclusi con una inabilità permanente o con la morte dell'infortunato, come già detto in precedenza si ha un incremento del numero che

coinvolge sia gli italiani che i lavoratori di nazionalità estera, più contenuto se si considerano tutte le categorie di lavoratori (+17%) e molto importante per gli stranieri (+131%).

Infortunati "gravi" (con inabilità permanente o mortali). Umbria – Trend 2000-2007
Fig. 58 Infortuni accaduti a lavoratori nati all'estero **Fig. 59** Infortuni accaduti complessivamente



Distinguendo per comparto, il 35% degli infortuni a lavoratori stranieri accadono nel settore delle costruzioni, il 16,3% nel settore della metalmeccanica, nel quale nel 2007 si sono avuti 151 infortuni in più rispetto al 2000. Il 16 % degli infortuni definiti positivamente colpisce lavoratrici straniere, mentre l'84 % soggetti di sesso maschile.

Per i confronti fra le regioni è stato utilizzato il tasso di infortunio, ovvero il rapporto fra il N° di infortuni e il N° di addetti INAIL per 1000 che, al fine di annullare l'effetto della differente composizione della popolazione lavorativa fra le regioni o i territori di una stessa regione, è stato calcolato utilizzando una procedura di standardizzazione.

Dal 2000 vi è stato un continuo calo del tasso di infortuni considerati complessivamente; il tasso di infortunio definito con inabilità permanente dopo una fase di crescita, dal 2005 si apprezza una lieve diminuzione.

Fig. 60 Tasso standardizzato e numero di infortuni definiti positivamente*(industria e servizi). Trend 2000-2008

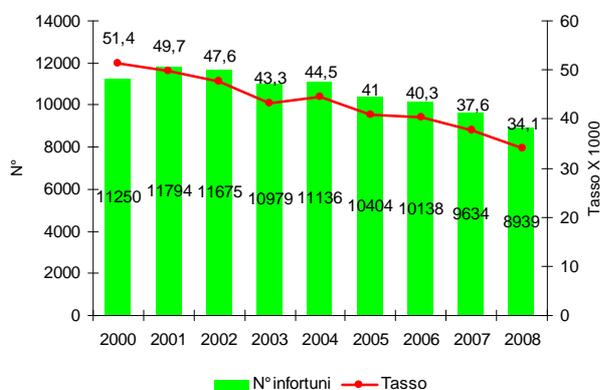
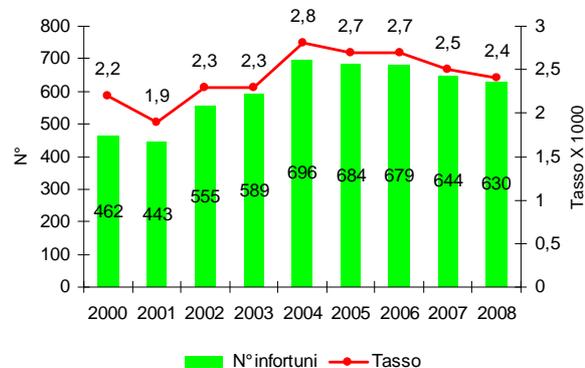
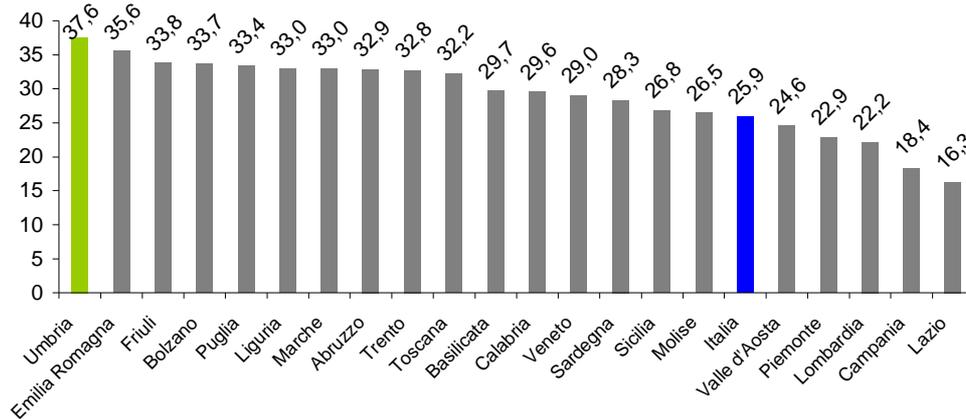


Fig. 61 Tasso standardizzato e numero di infortuni definiti con inabilità permanente*(industria e servizi). Trend 2000-2008



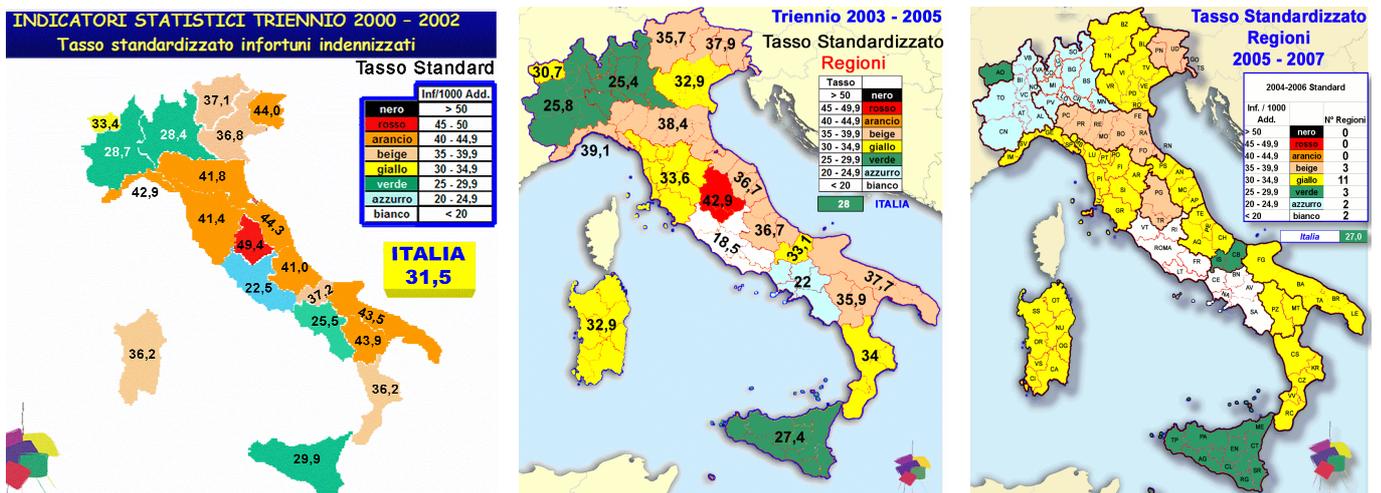
Dal confronto con le altre regioni emerge che l'Umbria era anche nel 2007 la regione con la frequenza di infortunio più elevata; il dato positivo è che si è ridotta la differenza con le regioni che seguono nella graduatoria, come Emilia Romagna o Friuli Venezia Giulia, che nel triennio 2000-2002 era molto più marcata .

Fig. 62 Tasso standardizzato di infortunio definito positivamente* per regione (industria e servizi). Anno 2007



* Esclusi infortuni in itinere, ad apprendisti, lavoratori interinali, lavoratori appartenenti a polizza speciali

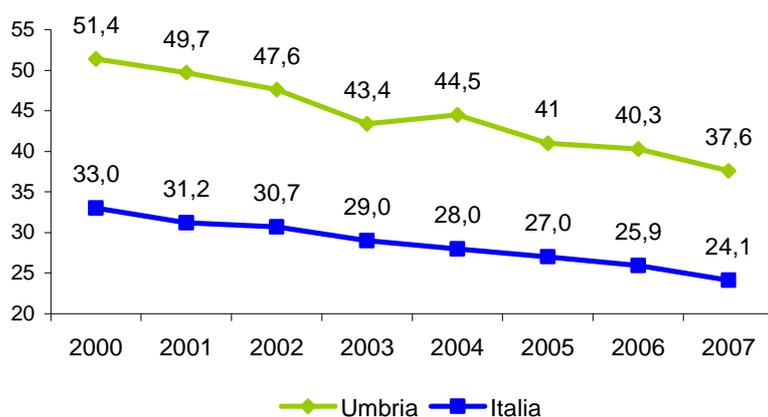
Fig. 63 Tasso standardizzato di infortunio definito positivamente* per regione. Confronto tra i trienni 2000/2002, 2003/2005, 2005/2007



* Esclusi infortuni in itinere, ad apprendisti, lavoratori interinali, lavoratori appartenenti a polizza speciali
Elaborazione tratta da "Flussi informativi per la prevenzione nei luoghi di lavoro – Edizione 2009"

Il trend del tasso standardizzato di infortunio definito positivamente conferma una riduzione generalizzata nel confronto fra le regioni, con un calo decisamente più significativo per l'Umbria rispetto al resto d'Italia.

Fig. 64 Tasso standardizzato di infortunio definito positivamente* (industria e servizi). Confronto Umbria - Italia. Trend 2000-2007



La gravità degli infortuni, stimata attraverso l'indice di gravità, calcolato come rapporto percentuale fra la somma degli infortuni con inabilità permanente e gli infortuni mortali e il totale degli stessi, dimostra che l'Umbria si colloca all'ottavo posto nella graduatoria nazionale, con una posizione migliore rispetto a quella rilevata per la frequenza infortunistica.

La percentuale di infortuni gravi è in aumento dal 2000 in tutte le Regioni; al contrario in Umbria nel triennio 2006-2008 si è verificato uno stallo.

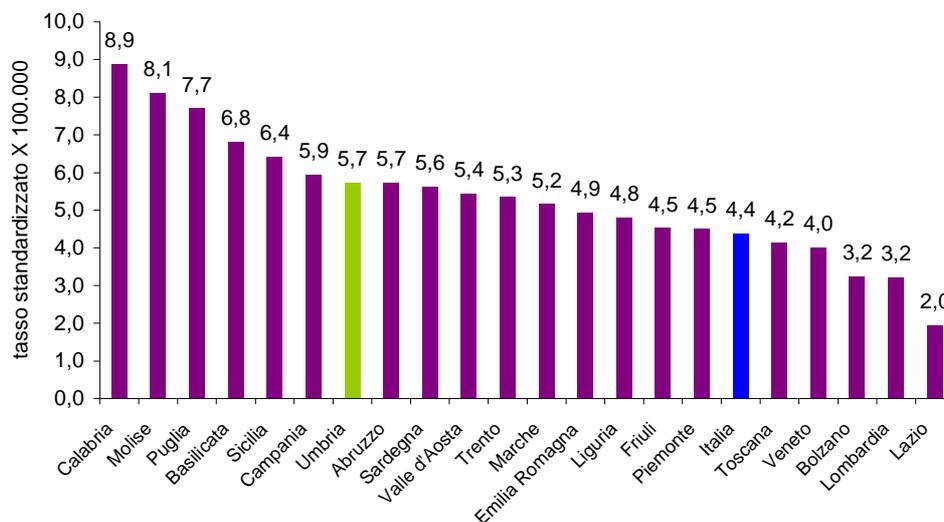
Prendendo in esame gli infortuni mortali dal 2004 al 2009, si è passati da 37 a 17 infortuni mortali; nel 2009 si sono avuti 14 infortuni mortali in occasione di lavoro (esclusi in itinere), mentre nel 2008 erano stati 13. Il maggior numero di infortuni mortali (esclusi quelli in itinere) si è concentrato nei settori dell'industria e dei servizi (80,4%), mentre il 17,5% si è verificato nel settore dell'agricoltura; il 45% degli infortuni mortali dei settori industria e servizi si è verificato nelle costruzioni, il 12,8% nei trasporti e il 12,8% nei servizi, confermando le criticità delle problematiche di sicurezza in questi comparti.

Tab. 18 Infortuni mortali (tutte le gestioni). Umbria, Periodo 2004-2009

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
In occasione di lavoro	26	18	25	14	13	14
In Itinere	11	7	1	5	3	3
Totale	37	25	26	19	16	17

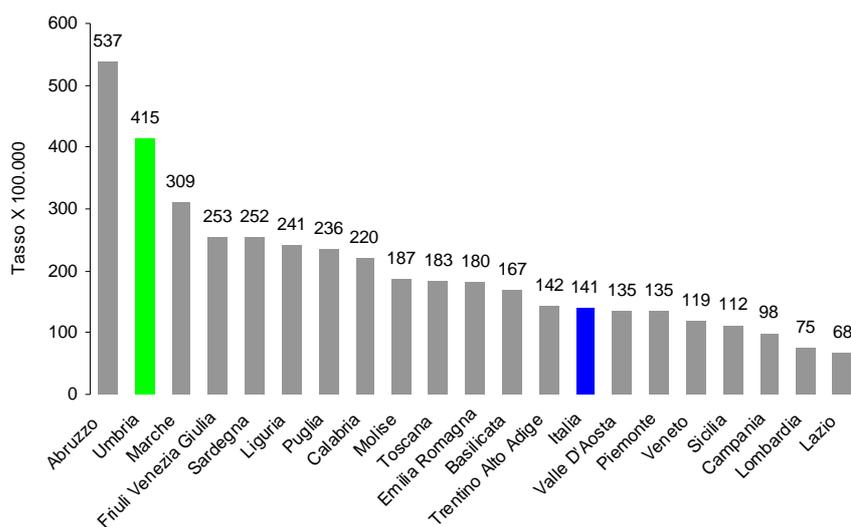
Il confronto fra le regioni, possibile attraverso la comparazione fra la frequenza di infortunio mortale ogni 100.000 addetti nel triennio 2005-2007, dimostra che a fronte di un tasso medio italiano pari a 4,4 infortuni ogni 100.000 lavoratori, l'Umbria presenta un tasso pari a 5,6 infortuni mortali ogni 100.000 lavoratori; il confronto con il tasso medio del triennio 2000-2002 dimostra però una riduzione molto rilevante pari a 1,3 infortuni mortali ogni 100.000 addetti.

Fig. 65 Tasso di infortunio mortale indennizzato per 100.000 addetti INAIL (esclusi infortuni in itinere) per regione (industria e servizi). Periodo 2005-2007



In Umbria, come accade nelle altre regioni italiane, c'è una tendenza alla sottotifica delle malattie professionali, e questo fa sì che il fenomeno sia ampiamente sottostimato, anche se in misura comunque meno marcata che nelle altre regioni italiane.

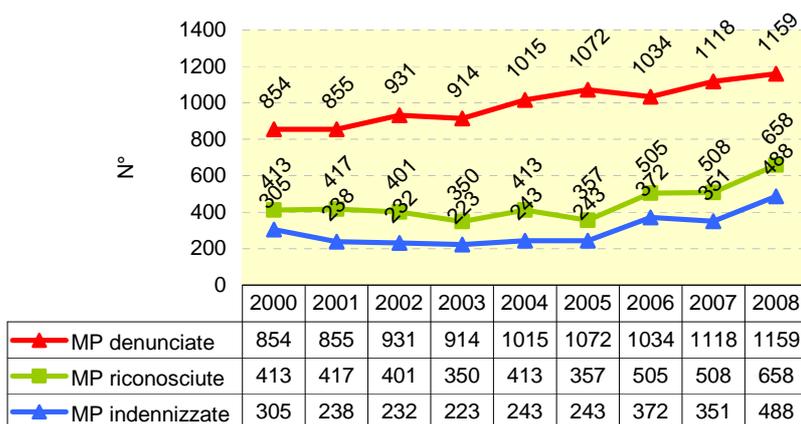
Fig. 66 Tasso standardizzato di malattia professionale (X 100.000 addetti) denunciata nell'industria e nei servizi INAIL



La segnalazione di malattia professionale proviene ai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro nel 63 % da parte dell'INAIL, nel 12 % dalla procura, nell'8 % da parte dei medici competenti delle aziende, nel 4,9 % dalle Direzioni Provinciali del Lavoro; in meno del 3 % dei casi la segnalazione proviene dai medici di medicina generale o dagli ospedali.

L'andamento del numero di malattie professionali denunciate all'INAIL mostra un incremento, dalle circa 850 malattie denunciate nel 2000 a 1159 nel 2008: le patologie riconosciute dall'INAIL come professionali sono state all'incirca 400 all'anno fino al 2006, quando si è avuto un sostanziale incremento.

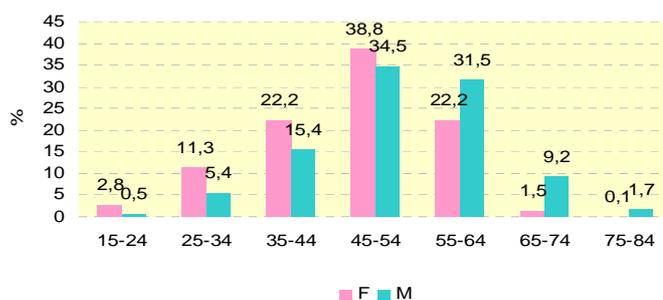
Fig. 67 N° di malattie professionali denunciate, riconosciute e indennizzate. Umbria – Trend 2000-2008



L'80% delle malattie professionali si manifesta nel sesso maschile, dal momento che le femmine sono impiegate prevalentemente in comparti a minor rischio; va sottolineato però che nelle femmine vi è un costante incremento del numero di malattie professionali, in genere segnalate in età più giovane rispetto ai maschi.

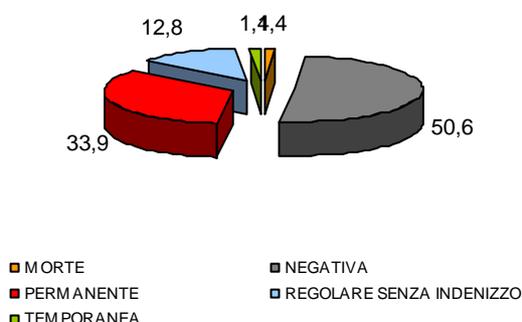
La distribuzione per età delle malattie professionali nei due sessi può essere spiegata dalla diversa composizione della popolazione occupata, che vede una maggiore prevalenza di donne occupate in giovane età, ma in parte può essere attribuita anche alla diversa distribuzione delle malattie nei due sessi, per cui le malattie ad insorgenza precoce, come le malattie muscolo tendinee, sono più rappresentate nel sesso femminile.

Fig. 68 Distribuzione percentuale delle malattie professionali per sesso e classe di età. Umbria, Periodo 2000-2008



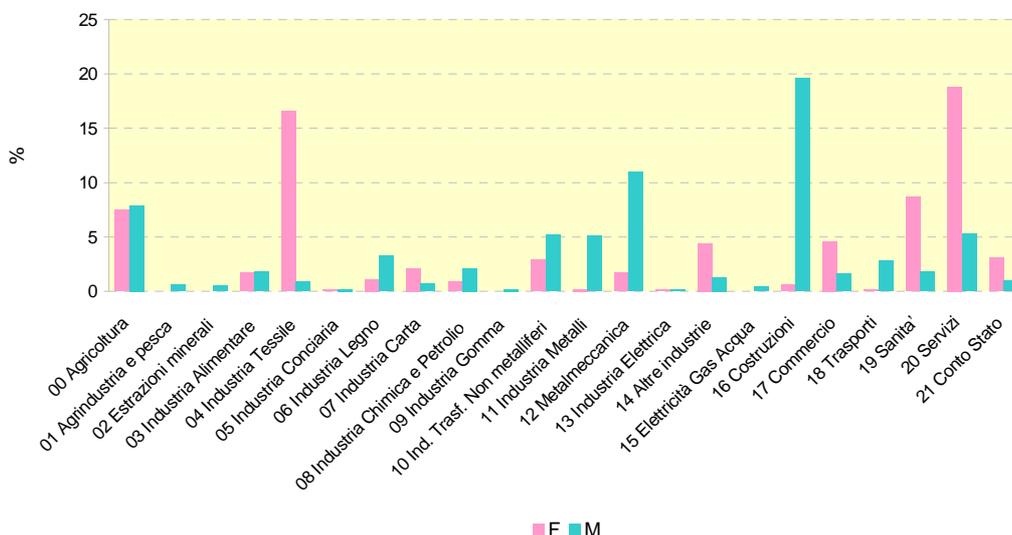
Nel 2008 circa il 50% delle malattie denunciate sono state riconosciute dall'INAIL di origine professionale, quota decisamente maggiore rispetto agli anni precedenti.

Fig. 69 Distribuzione delle malattie professionali per tipologia di definizione.
Umbria, Periodo 2000-2008



Il comparto produttivo nel quale si concentra il fenomeno delle malattie professionali è quello delle costruzioni, nel quale si verifica il 17% delle malattie segnalate complessivamente, seguito dal settore della metalmeccanica (9,9%), e dal settore agricolo (8,2%): la distinzione per sesso dimostra che per i maschi i settori nei quali si concentrano le malattie professionali sono le costruzioni, la metalmeccanica, l'industria dei prodotti derivanti dalla lavorazione dei minerali non metalli e l'industria del legno, mentre per le femmine sono il commercio, la sanità, i servizi di assistenza alle imprese, l'industria tessile e le confezioni; tali differenze sono da correlare alla diversa distribuzione della popolazione lavorativa che vede, le femmine impiegate in misura minore rispetto ai maschi nei settori industriali e invece largamente occupate nelle attività dei servizi.

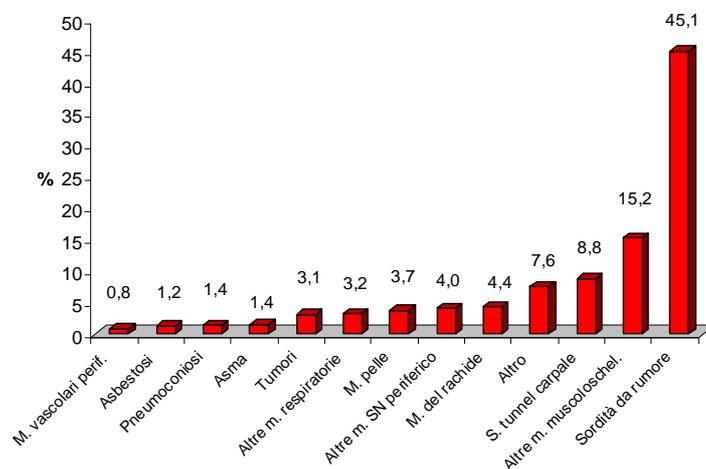
Fig. 70 Distribuzione delle malattie professionali denunciate per sesso e comparto produttivo.
Umbria, Periodo 2000-2008



In genere vi è una diffusa sottostima di alcune malattie, soprattutto quelle multifattoriali come i tumori, per le quali la diagnosi è più difficile, mentre vengono più facilmente denunciate malattie per le quali il percorso diagnosi – denuncia - riconoscimento è più agevole, come l'ipoacusia da rumore, che rappresenta il 45% delle denunce.

Nonostante ciò dal 2000 al 2008 si evidenzia una modifica dell'andamento delle patologie denunciate, con una flessione per l'ipoacusia da rumore, per le malattie della pelle, per l'asma bronchiale, per le malattie polmonari croniche ostruttive e per l'asbestosi; al contrario le malattie muscolo scheletriche sono passate nello stesso periodo dall'11,1 al 17,8 %, la sindrome del tunnel carpale e le tendinopatie dal 5,9 all'11,4 %, le malattie del rachide dal 2,2 all'8,9% e le malattie del sistema nervoso periferico dal 2,9 al 6,9%.

Fig. 71 Malattie professionali definite positivamente per tipologia di malattia. Umbria, Periodo 2000-2008



Ancora una volta i settori delle costruzioni e della metalmeccanica sono i più critici rispetto all'insorgenza di tumori professionali.

Le malattie infettive

La tubercolosi

Negli ultimi 50 anni si è assistito ad una progressiva riduzione del numero di casi annuali di TBC nella popolazione italiana (da 12.247 nel 1955 a 4.418 nel 2008), con un tasso grezzo annuale che è passato da 25,26 casi per 100.000 abitanti a 7,41, con un trend in rapido decremento fino al 1974 che si è poi mantenuto stabile fino ad oggi.

L'attuale situazione epidemiologica della tubercolosi in Italia è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale, 7,66 casi per 100.000 abitanti nel 2008 (il 2,4% dei casi in meno rispetto al 2007).

Nell'ultimo decennio sono molto diminuiti i casi nelle persone ultra sessantacinquenni e si è osservato un lento e progressivo aumento dei casi, negli ultimi 3 anni, tra i 15 e i 64 anni.

Dal 1999 al 2008, i casi di TBC registrati in «cittadini nati all'estero» hanno rappresentato, nel complesso, il 36,5% del totale dei casi notificati nel nostro Paese, con un trend in costante aumento (dal 22% del 1999 al 46% nel 2008); nel 2008 sono stati notificati 2026 casi di TBC in cittadini stranieri a fronte dei 2102 casi in italiani.

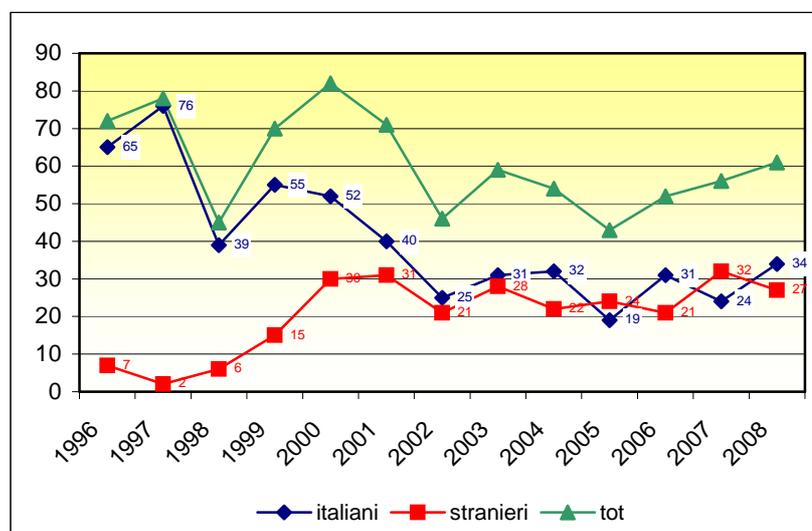
Fino al 2007 più del 50% dei casi di TBC si verificava, nelle persone immigrate, entro i primi due anni dall'arrivo in Italia (il 43% nel 2008), mentre è sensibilmente cresciuta la proporzione di casi insorti 5 anni e oltre dall'arrivo in Italia (dal 29% circa al 38% circa).

In Umbria, dal 1996 al 2008, sono stati notificati attraverso il Sistema Informativo delle Malattie Infettive un totale di 774 casi.

L'andamento della malattia in Umbria è abbastanza in linea con quello nazionale (Centro-Nord). Il numero di notifiche, molto probabilmente sottostimate, mantiene comunque, negli ultimi anni, un trend pressoché costante.

Dal 1999 fino al primo semestre 2008 sono state registrate 77 recidive, riferite negli italiani a soggetti di età quasi sempre maggiore di 65 anni, mentre negli stranieri riguardano, nella maggior parte dei casi, soggetti più giovani, con un intervallo di tempo minore fra la prima e la seconda infezione.

Fig. 72 Casi di TBC notificati in Umbria in cittadini italiani e stranieri. Trend 1996 - 2008

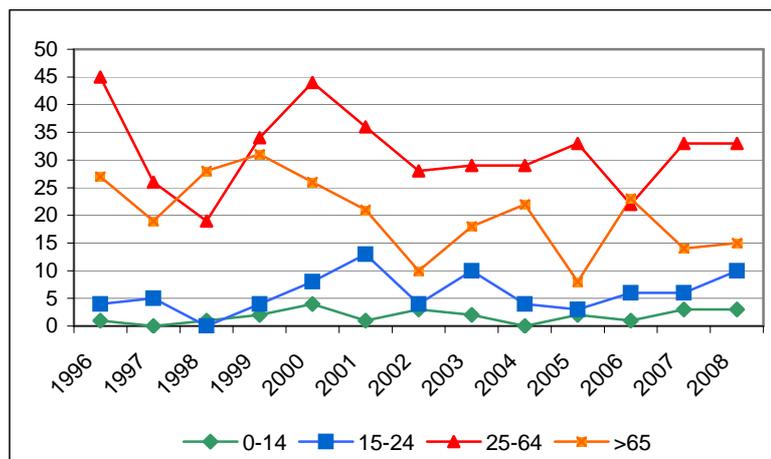


Analizzando i casi in base alla nazionalità, si nota un netto decremento del numero di infezioni nei cittadini italiani a partire dal 1999, mentre, già dal 1998, si è registrato un progressivo aumento delle notifiche di malattia in cittadini stranieri.

Negli ultimi quattro anni i casi di infezione in cittadini stranieri hanno equiparato quelli in cittadini italiani e, nel 2005 e nel 2007, hanno rappresentato la maggioranza dei casi.

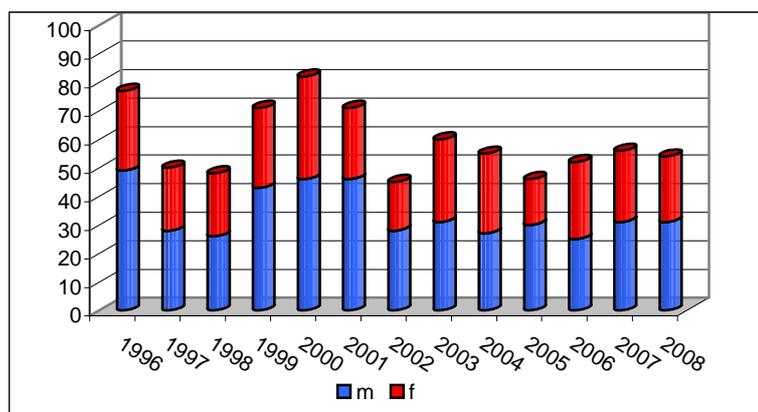
L'incidenza per età negli anni 1995-2008 mostra una discreta tendenza al decremento nella classe di età >65, mentre si mantiene stabile ed elevata nella classe immediatamente precedente, probabilmente per il numero dei casi di malattia nei cittadini stranieri.

Fig. 73 Casi TBC notificati in Umbria per classi di età. Trend 1996 - 2008



L'incidenza complessiva per sesso, per tutte le forme di TBC, sembra rispecchiare la tendenza, rilevata nel resto del Paese, alla prevalenza dei casi in soggetti di sesso maschile, anche se negli ultimi anni il numero delle donne è decisamente aumentato.

Fig. 74 Casi TBC notificati in Umbria per sesso. Trend 1996 - 2008

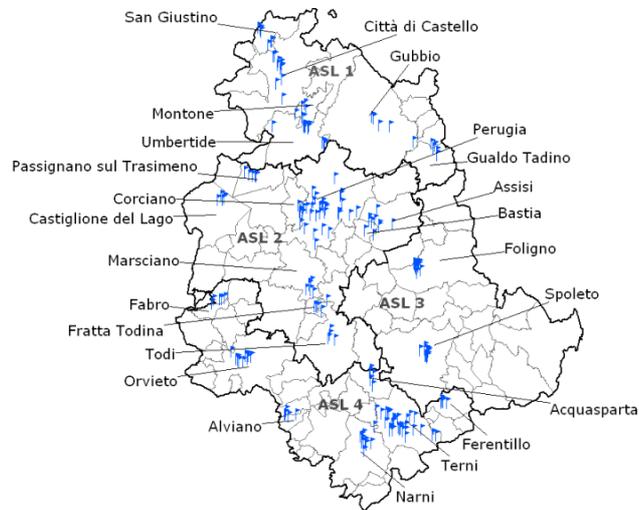


La Chikungunya

In attuazione al Piano regionale 2009/2010 per la prevenzione ed il controllo della "zanzara tigre" (*Aedes albopictus*), finalizzato alla prevenzione della Chikungunya e della Dengue, è stata avviata la sorveglianza entomologica tramite trappole che favoriscono la deposizione di uova da parte della femmina adulta (ovitrappole), in quanto la numerosità delle uova di *Aedes albopictus* rappresenta un indicatore *proxy* del grado di infestazione degli adulti.

Il monitoraggio è stato effettuato su tutto il territorio regionale tramite l'utilizzo di ovitrappole, distribuite in vari comuni umbri, selezionati sulla base di specifici parametri e comunque anche in rapporto alla superficie da sottoporre a controllo.

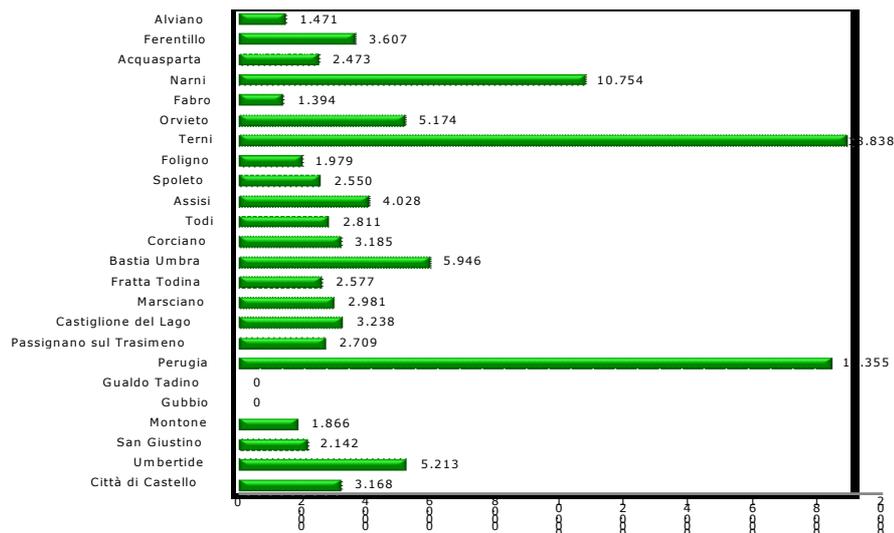
Fig. 75 Distribuzione del numero di ovitrappole nei comuni umbri



Il piano di sorveglianza ha permesso di ottenere dati sistemici e provati sulla diffusione e sulla concentrazione di *Aedes albopictus* in Umbria, evidenziando le zone con una maggiore diffusione dell'insetto.

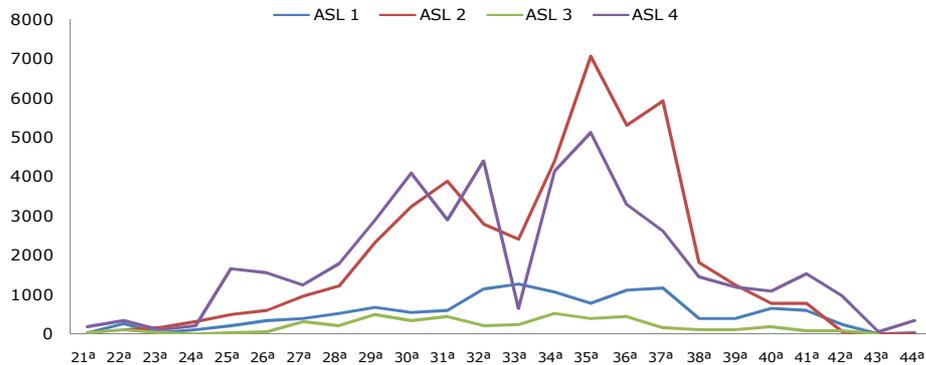
Il numero di uova rinvenute è stato molto vario con notevoli differenze tra i comuni: a Perugia, Terni e Narni sono state raccolte il maggior numero di uova totali, mentre a Gualdo Tadino e Gubbio non sono state recuperate uova.

Fig. 76 Numero di uova catturate per Comune



La distribuzione settimanale del numero di uova rinvenute ha avuto in genere i massimi valori tra la 30^a e la 38^a settimana (all'incirca dal 20 luglio al 20 settembre).

Fig. 77 Distribuzione settimanale del numero di uova per ASL



Attraverso l'utilizzo di apposite trappole (BG SENTINEL) è stata effettuata anche, da giugno a settembre, la cattura di zanzare adulte in vari Comuni delle Province di Perugia e Terni e, sulle zanzare catturate, sono state effettuate indagini diagnostiche tramite RT-PCR, finalizzate ad accertare la presenza del genoma virale dei virus Chikungunya e Dengue: tutti i 65 campioni esaminati hanno dato esito negativo.

Anche se sulle zanzare catturate non è stata trovata traccia del virus, la presenza delle zanzare pressoché su tutto il territorio regionale conferma comunque la necessità di proseguire il piano di controllo e pone il problema di attivare la sorveglianza delle possibili nuove patologie umane correlate alla aumentata presenza dei vettori, derivanti sia dal fenomeno della globalizzazione (migrazioni e viaggi turistici, aumento degli scambi commerciali internazionali), che da fenomeni ambientali ("global warming" e conseguente presenza di vettori in nuove zone geografiche).

Le patologie croniche

I tumori

I dati utilizzati in questo capitolo per descrivere l'incidenza dei tumori sono quelli del Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP) dell'Umbria; in particolare sono stati utilizzati i tassi di incidenza per cancro riferiti al periodo 2005-2007 e confrontati con quelli del periodo 1995-1997.

Il tumore della prostata nei maschi e della mammella nelle femmine si confermano come le patologie tumorali più frequenti. Complessivamente ai primi tre posti delle graduatorie di incidenza ci sono sempre il tumore del polmone, del colon e della prostata nei maschi e il tumore della mammella nelle femmine. Dall'analisi complessiva dei dati nei periodi considerati, si evidenziano incrementi significativi dell'incidenza per i tumori del colon, del pancreas, della prostata e per il melanoma nei maschi, e per i tumori del colon e del polmone nelle femmine; nelle donne l'incidenza del cancro della mammella aumenta fino al 2001 per poi diminuire.

Le variazioni temporali dell'incidenza possono, per alcune sedi tumorali, dipendere dalla diffusione di tecniche di diagnosi precoce, applicate sia a livello di popolazione che

individualmente. E' il caso del tumore della mammella femminile, il cui andamento mostra un incremento fino al 2001, probabilmente dovuto anche alla introduzione dello screening di popolazione: la successiva diminuzione dell'incidenza è poi caratteristica della seconda fase dello screening. Analogo andamento può essere rilevato per i tumori della prostata, per il quale il notevole incremento delle nuove diagnosi è dovuto probabilmente alla diffusione del test del PSA. Lo screening del tumore della cervice uterina, ormai da tempo introdotto nella nostra Regione, ha determinato una significativa diminuzione dell'incidenza: nell'ultimo triennio considerato si ha una media di 32 nuovi all'anno.

Da sottolineare il trend della frequenza dei tumori del polmone: in diminuzione significativa nei maschi e in aumento significativo nelle femmine. Presumibilmente il fenomeno dipende dalle variazioni che si sono registrate, in questi ultimi anni, nel numero dei fumatori e nell'abitudine al fumo nei due sessi.

La forte diminuzione, sia nei maschi che nelle femmine, dell'incidenza del tumore della vescica può essere dovuto anche a una maggiore accuratezza delle diagnosi di anatomia patologica.

L'incidenza proporzionale, nel confronto tra i due trienni 1995-1997 e 2005-2007, non mostra notevoli differenze, con una distribuzione sovrapponibile a quella descritta per i tassi standardizzati.

Fig. 78 Tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) di incidenza per 100.000 abitanti. Periodi 1995-1997 e 2005-2007.

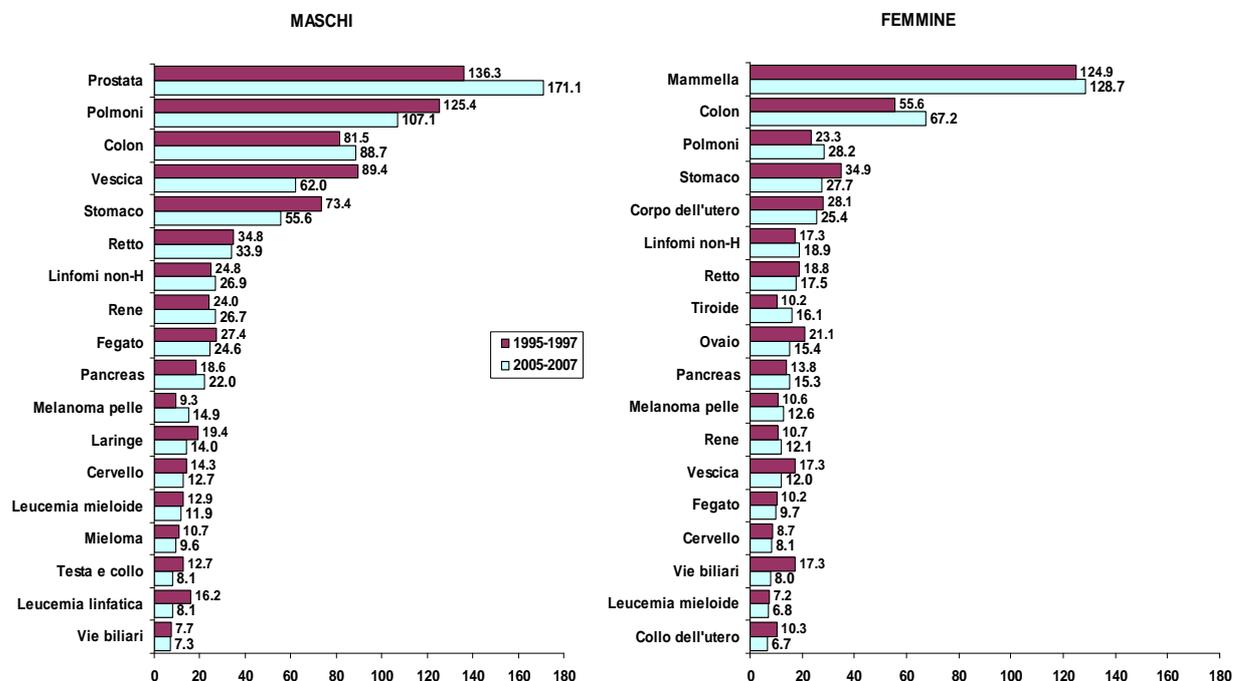
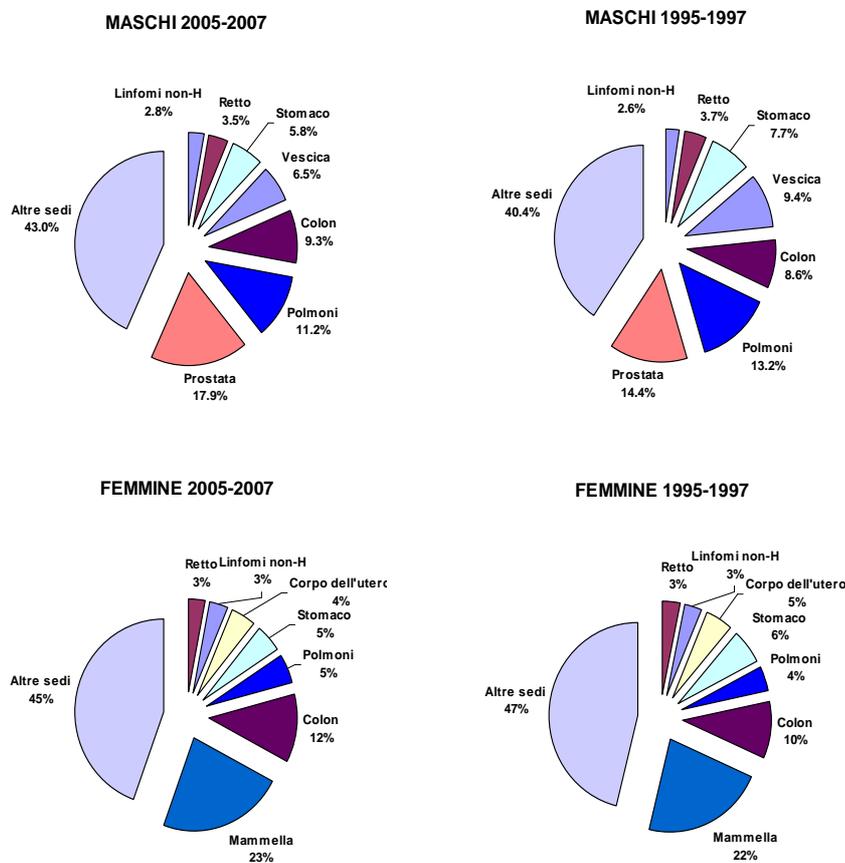


Fig. 79 Incidenza proporzionale. Tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti. Periodi 1995-1997 e 2005-2007.



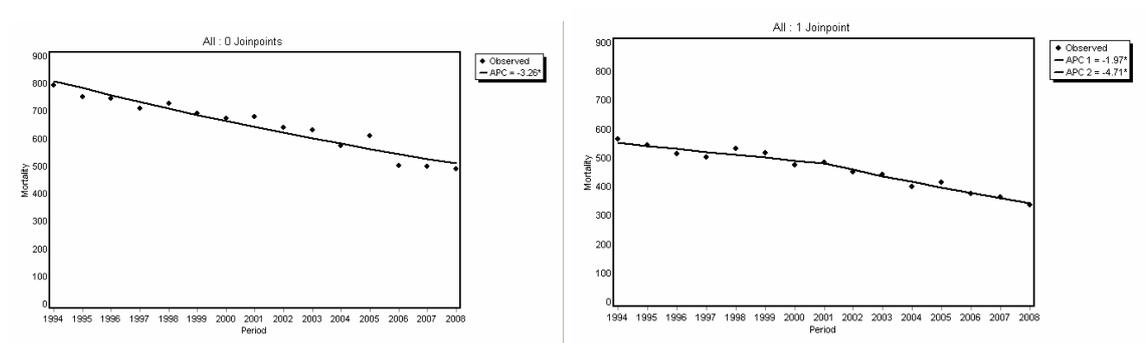
Le malattie cardiovascolari

In Umbria le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di mortalità e di morbosità. La mortalità per malattie del sistema circolatorio, infatti, costituisce il 41% del totale dei decessi nei maschi e il 46% nelle femmine. In particolare, le malattie ischemiche del cuore e quelle cerebrovascolari costituiscono nei maschi rispettivamente il 40% e il 33%, nelle femmine il 33% e il 32% di tutte le morti per questo settore di cause.

La distribuzione del rischio coronarico sul territorio regionale evidenzia per i maschi valori dei tassi standardizzati di mortalità (SMR) più elevati in alcuni comuni della Valnerina e del Tuderte; nel sesso femminile la distribuzione territoriale è più omogenea.

Tuttavia, i tassi di mortalità per malattie del sistema cardio-circolatorio sono in costante e significativa diminuzione nei due sessi; gli indici diminuiscono del 28% nei maschi e del 29% nelle femmine. Tale diminuzione si riscontra, evidentemente, anche per i due gruppi più importanti, le malattie ischemiche del cuore e le malattie circolatorie dell'encefalo.

Fig. 80 Trend temporali di mortalità per malattie del sistema cardio-circolatorio, maschi (a sinistra) e femmine (a destra). Periodo 1994-2008



Nel 2009 le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di ricovero con circa 5.000 dimissioni per patologie ischemiche del cuore e circa altrettante dimissioni per malattie cerebrovascolari.

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi (fumo, diabete, obesità, sedentarietà, valori elevati della colesterolemia, ipertensione arteriosa): la probabilità di sviluppare malattia dipende dalla rilevanza dei singoli fattori di rischio e dalla loro combinazione. Valutare le caratteristiche di diffusione di queste patologie consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di sottogruppi di popolazione specifici maggiormente a rischio.

I dati PASSI 2009 mostrano una prevalenza di ipertensione arteriosa nelle persone tra i 18 e i 69 anni del 22%, lievemente superiore al dato medio nazionale (20%) e più diffusa al crescere dell'età (43% nella fascia 50-69 anni), nelle persone con livello di istruzione molto basso e con eccesso ponderale.

Fig. 81 Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa Pool ASL - PASSI 2009

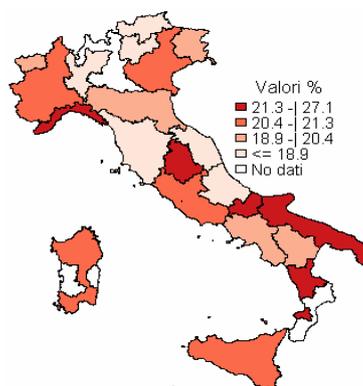
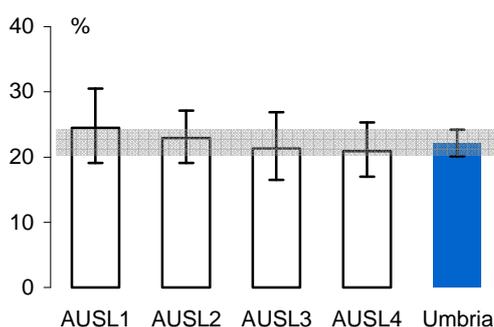


Fig. 82 Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa Umbria - PASSI 2009



In Umbria la percentuale di ipertesi trattata con farmaci antipertensivi è il 76 %, in linea col dato nazionale (76%).

Si stima quindi che in Umbria, nella fascia d'età 18-69 anni, una persona su cinque sia ipertesa; questa proporzione aumenta fino a oltre il 40 % sopra i 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90). In Umbria circa una persona su sei non è stata sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni.

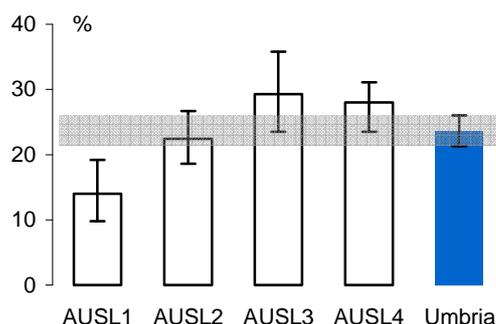
L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità di un trattamento farmacologico. Il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi viene fornito a circa l'80% degli ipertesi umbri.

Una concentrazione elevata di colesterolo nel sangue rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica. Nella maggior parte dei casi l'ipercolesterolemia è legata a una non corretta alimentazione, a sovrappeso, fumo, sedentarietà e diabete, raramente è dovuta ad un'alterazione genetica. La compresenza di fattori di rischio accresce il rischio cardiovascolare.

Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardico.

In Umbria l'83% delle persone tra i 18 e 69 anni ha effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia; la prevalenza è pari al 24% ed è maggiore nelle classi d'età più avanzate, tra coloro che hanno un basso livello di istruzione e con eccesso ponderale. Il 25% delle persone con ipercolesterolemia è in trattamento farmacologico.

Fig. 83 Ipercolesterolemia riferita Umbria - PASSI 2009



Si stima che in Umbria, nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su quattro abbia valori elevati di colesterolemia, fino a salire a oltre una persona su tre sopra i 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità: in Umbria circa una persona su sei non è mai stata sottoposta alla misurazione del livello di colesterolo nel sangue.

Al 70% delle persone con ipercolesterolemia è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali, indipendentemente dal trattamento farmacologico.

La carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi, utilizzabili dal medico per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi.

Nella determinazione del rischio si utilizzano i valori di sei fattori principali (sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, valori di pressione arteriosa sistolica e colesterolemia) allo scopo di pervenire ad un valore numerico rappresentativo del livello di rischio del paziente: il calcolo può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare eventuali variazioni del livello di rischio dovute agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a cambiamenti degli stili di vita.

Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre uno strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette.

In Umbria la percentuale degli intervistati tra i 35 e i 69 anni che ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare è solo il 3%, significativamente inferiore al dato medio nazionale (7%), dimostrando che nella nostra regione questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici.

Fig. 84 Calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare Pool ASL - PASSI 2009

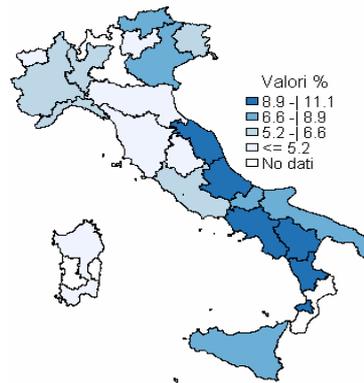
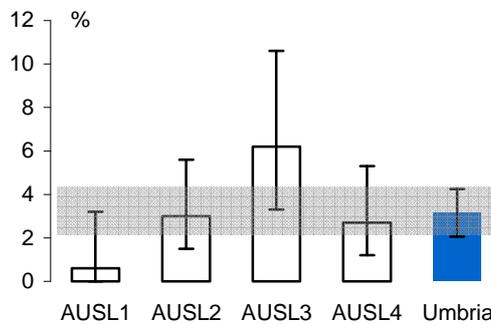


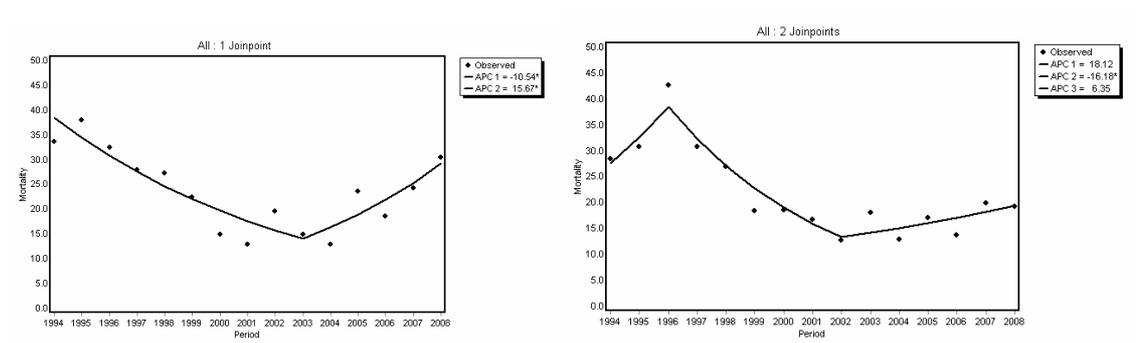
Fig. 85 Calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare Umbria - PASSI 2009



Il diabete

Ogni anno in Umbria si verificano circa 140 decessi per diabete mellito insulino-dipendente, con un tasso standardizzato di mortalità di 17,8 x 100.00 nei maschi e di 13 x 100.000 nelle femmine. La distribuzione regionale della mortalità mostra un evidente eccesso di morti, in ambo i sessi, nel territorio della Azienda USL 3. Complessivamente, dal 1994 al 2008, la mortalità per diabete sia nei maschi che nelle femmine è andata progressivamente diminuendo; tuttavia dagli anni 2000 si è verificato un incremento, non significativo, forse legato a un cambiamento dei criteri di diagnosi, e quindi di codifica, da parte dei medici necroscopi nel definire la causa principale della morte.

Fig. 86 Trend temporali di mortalità per diabete, maschi (a sinistra) e femmine (a destra). Periodo 1994-2008

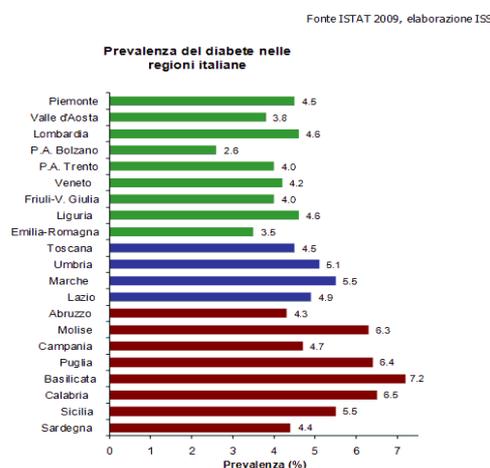
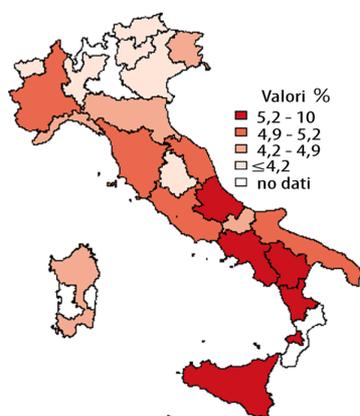


In Italia si stima che la prevalenza del diabete sia di circa il 4%, di cui il 90% è rappresentato dal tipo 2 ed il 10% dal tipo 1. È una patologia particolarmente rilevante soprattutto per le numerose complicanze, quali la retinopatia diabetica, maggiore causa di cecità fra gli adulti, e la nefropatia diabetica, principale causa di insufficienza renale cronica e dialisi.

Il diabete è una patologia con un costo sociale molto elevato: si stima infatti che il 6,7% dell'intera spesa sanitaria nazionale sia assorbita dalla popolazione diabetica. A questo si deve aggiungere una conseguente riduzione della qualità della vita.

La prevalenza del diabete in Umbria è stimata, sia dai dati ISTAT 2009 sia da quelli del PASSI 2009, intorno al 4-5%.

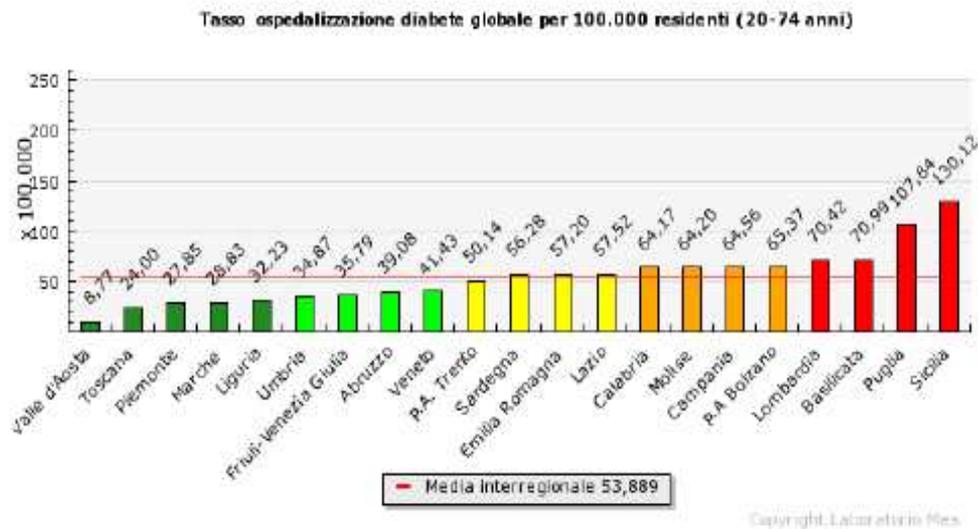
Fig. 87 Persone con diagnosi riferita di diabete Pool ASL – PASSI 2009 **Fig.88**



La prevalenza di diabete cresce con l'età (nella fascia 50-69 anni circa una persona su dieci ha dichiarato di avere una diagnosi di diabete), ed è maggiore nelle persone con un basso livello di istruzione e con eccesso ponderale.

Secondo i dati del Ministero della Salute tratti dal "Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali" per l'anno 2008, il tasso di ospedalizzazione per diabete globale per 100.000 residenti è pari in Umbria a 34,9, nettamente più basso del dato medio interregionale (53,9), a dimostrazione di una maggiore presa in carico del paziente diabetico da parte del medico di famiglia e del distretto nella nostra regione e, quindi, di una continuità nell'assistenza territoriale. Infatti, il ricovero, e soprattutto i ricoveri ripetuti, per pazienti tra i 50 e i 74 anni, sono spesso il segno che questa presa in carico manca e che il servizio non è adeguato.

Fig. 89



Elaborazione dati: Sistema informativo e mobilità sanitaria

La disabilità e la non autosufficienza

I temi della disabilità¹¹ e della non autosufficienza¹², in particolare per quanto riguarda le classi di età più avanzate, sono oggetto di grande attenzione ed hanno sempre più assunto, nell'ambito delle politiche pubbliche, una posizione centrale, anche in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione, all'impatto sulle strutture e sui servizi socio-sanitari e sociali e all'impegno profuso dalle famiglie nell'affrontare i bisogni di cura e di assistenza delle persone disabili ed in particolare di quelle non-autosufficienti.

A fronte di una quantità di dati davvero consistenti attinenti le condizioni di salute e malattia delle persone (prevalenza, incidenza, mortalità, sopravvivenza) il panorama statistico-epidemiologico relativo agli ambiti della disabilità e della non autosufficienza appare sicuramente meno ricco ed articolato¹³: nel nostro Paese, solo recentemente, soprattutto per merito dell'ISTAT¹⁴ e sulla base di classificazioni internazionali sempre più definite, sono disponibili studi

¹¹ Per quanto attiene alle definizioni di disabilità e di non-autosufficienza si fa riferimento a quanto indicato, nel 2001, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in occasione della pubblicazione della seconda versione dell'ICIDH denominata *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). Con quest'ultima classificazione, superando lo schema che vedeva la disabilità come un processo lineare (malattia – menomazione – handicap) si assume un punto di vista più generale e complesso con il quale, accanto allo stato di malattia della persona, si prendono in considerazione, in un'ottica multidimensionale, anche i contesti socio-culturali, ambientali, relazionali e di vita degli individui, al fine di valutare le interrelazioni tra le condizioni di salute e l'impatto sull'inclusione sociale delle persone con disabilità.

¹² La non autosufficienza è quella condizione in cui l'autonomia personale, economica, domestica e sociale è in parte o del tutto compromessa e pertanto comporta la necessità di un aiuto esterno. I soggetti permanentemente non autosufficienti sono coloro che sono incapaci di provvedere a se stessi per malattia cronica fisica o mentale, per solitudine, abbandono, indigenza. I soggetti temporaneamente non autosufficienti sono coloro in cui si manifesta una situazione di temporanea perdita dell'autonomia fisica o psichica.

¹³ La necessità in Italia di un sistema informativo idoneo a delineare il numero e le caratteristiche delle persone con disabilità è richiamata nel recente *Rapporto sulla non autosufficienza in Italia*, edito nel luglio del 2010 ad opera del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

¹⁴ A questo proposito si consulti: ISTAT, *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005*, Roma, 2008 e ISTAT, *La disabilità in Italia, Il quadro della statistica ufficiale*. Collana "Argomenti", volume n. 37, Roma, 2009.

e ricerche tesi ad una più puntuale misurazione delle dimensioni del fenomeno che si presenta particolarmente complesso, sia per le diverse accezioni che si attribuiscono a termini quali menomazione, invalidità, disabilità, handicap, non autosufficienza, sia per la riconosciuta multidimensionalità delle situazioni che riflettono l'interazione tra l'individuo e l'ambiente in cui vive.

In Umbria, anche in relazione al processo di invecchiamento della popolazione, le problematiche connesse alla disabilità e alla non autosufficienza, nel corso degli ultimi anni, sono state oggetto di analisi approfondite¹⁵ che hanno permesso di cogliere, con sufficiente grado di approssimazione, le dimensioni complessive del fenomeno, le sue principali caratteristiche - in termini di età, sesso e distribuzione territoriale - e la sua probabile evoluzione nel tempo.

Dall'analisi dei dati disponibili emerge che a fronte di una quota di popolazione "autosufficiente" dell'84,3%, nella nostra regione le persone che vivono in famiglia ed hanno una disabilità di vario grado sono pari al 15,7% del totale (il dato nazionale si attesta intorno a valori del 12,0%): in numeri assoluti, le persone con disabilità, escludendo le persone anziane ospiti di strutture residenziali per la lunga assistenza¹⁶ e i minori sotto ai 6 anni, ammontano complessivamente a 137.016 soggetti.

Tra le persone con disabilità, la condizione di non autosufficienza (iniziale e totale) è condivisa da 55.654 umbri, pari ad una quota del 6,4% della popolazione, a fronte di un dato nazionale attestato intorno al 4,8% degli italiani.

La parte assolutamente preponderante delle persone con disabilità si concentra nelle classi d'età più avanzate: complessivamente 8 umbri disabili su 10 (2,6% al di sopra del dato medio nazionale) hanno un'età pari o superiore a 65 anni, e tra questi ben 75.143 sono ultrasettantacinquenni (pari al 54,8% del totale delle persone disabili).

Tab. 19 Popolazione umbra autosufficiente, disabile lieve, non autosufficiente iniziale, non autosufficiente per classe d'età al 01/01/2007 (stime)

Classe d'età	Autosufficienti	Disabili lievi	Non autosufficienti iniziali	Non autosufficienti	Totale*
0-5	44.000				44.851
6-24	144.624	147	896	335	146.000
25-64	452.301	21.109	3.721	1.004	478.133
65-74	65.322	26.241	6.171	2.249	99.985
>75	28.857	33.865	25.752	15.526	103.998
TOTALE	735.104	81.362	36.540	19.114	872.967

Fonte: "Rapporto di ricerca. *Stima della non autosufficienza in Umbria. Anno 2007 e proiezioni al 2015 e 2020*". Collana 'Quaderni di Epidemiologia', Regione Umbria. Perugia Novembre 2009, pag. 41.

* il dato relativo alla popolazione è tratto dagli aggiornamenti demografici ISTAT ed è riferito al 01/01/2007.

¹⁵ Ci si riferisce, in particolare a tre pubblicazioni edita dalla Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali della Regione Umbria: 1) Rapporto di ricerca. *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Umbria*. Regione Umbria, Perugia, 2006; 2) Rapporto di ricerca. *Stima della non autosufficienza in Umbria. Anno 2007 e proiezioni al 2015 e 2020*. Regione Umbria, Perugia, 2009; 3) Rapporto di ricerca. *Misurazione degli indicatori di esito dell'assistenza erogata nelle strutture residenziali di lungo assistenza per anziani non autosufficienti*. Regione Umbria. Perugia, 2007.

¹⁶ In Umbria, alla fine del 2006, data la disponibilità di poco più di 1700 Posti letto in Residenze Protette e 180 Posti letto in Residenze Sanitarie Assistite, il numero delle persone ospiti di strutture residenziali era quantificabile in circa 1.600-1.700 soggetti.

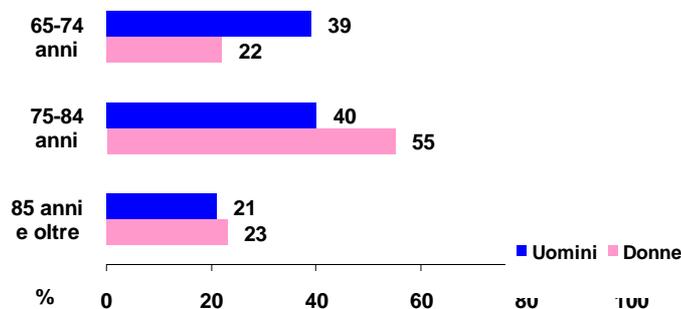
Nel 2009 "PASSI d'Argento" ha messo in evidenza che il 15% della popolazione ultra 64enne risulta essere disabile, mentre un altro 31% presenta segni evidenti di fragilità. Per la quota restante solamente il 30% delle persone anziane possono essere considerate in buona salute e a basso rischio di malattia, mentre un altro 24%, pur potendo considerarsi in buona salute, presenta una condizione di potenziale rischio¹⁷.

Fig. 90 Sottogruppi di popolazione ultra 64enne (%). Umbria. PASSI d'Argento 2009 (n=1000)



Tra le persone con segni di fragilità, il 29% ha tra i 65 e i 74 anni, il 48% ha tra i 75 e gli 84 anni, mentre il 22% ha 85 anni e oltre. L'età media è di 77 anni negli uomini e di 80 anni nelle donne. Le donne sono il 57%.

Fig. 91 Persone con segni di fragilità per genere e classi di età (%). Umbria PASSI d'Argento 2009 (n= 305)



Il 27% è però ancora una risorsa per la famiglia, per i conoscenti e/o per l'intera collettività: il 26% degli ultra 64enni con segni di fragilità, infatti, accudisce frequentemente nipoti o altri familiari e/o presta assistenza ad altri anziani (risorsa per familiari e conoscenti), mentre l'8% svolge attività di volontariato (risorsa per la collettività).

Il 15% degli anziani intervistati è disabile, ovvero non riesce a svolgere autonomamente almeno un'attività di base della vita quotidiana (79% parzialmente disabili e 21% totalmente disabili). Questa stima corrisponde in Umbria a circa 31mila persone ultra 64enni disabili

¹⁷ In questo studio la valutazione del grado di autonomia delle persone è stata misurato rispetto alle capacità riferite di svolgere le attività di base e quelle più complesse della vita quotidiana (*Activities of Daily Living – ADL - e Instrumental Activities of Daily Living – IADL*) che ha permesso la suddivisione della popolazione over64 in quattro distinti gruppi: "in buona salute a basso rischio di malattia", "in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità", "con segni di fragilità" e "disabili".

(25mila parzialmente disabili e 6mila totalmente disabili). Tra le persone con disabilità, il 17% ha tra i 65 e i 74 anni, il 38% ha tra i 75 e gli 84 anni, mentre il 46% ha 85 anni e più. L'età media è di 82 anni per gli uomini e di 83 per le donne. Le donne sono il 66%. L'8% delle persone disabili è però ancora una risorsa per la famiglia, i conoscenti e/o per l'intera collettività: il 6,6% accudisce frequentemente nipoti o altri familiari e/o presta assistenza ad altri anziani (risorsa per familiari e conoscenti) e l'1% svolge attività di volontariato (risorsa per la collettività). Questo gruppo di popolazione, tuttavia, necessita di attenzioni e assistenza particolari, come testimoniato ad esempio da un'alta frequenza di cadute (un disabile su dieci è caduto durante gli ultimi 30 giorni). La scarsa mobilità e la paura di cadere possono essere dei fattori aggravanti una situazione già difficile. I problemi di masticazione e sensoriali possono compromettere ulteriormente le condizioni delle persone ultra 64enni. E' importante sottolineare tra l'altro che tra gli anziani disabili solo il 64% ha sentito parlare di un centro anziani, a fronte di un 84% tra gli anziani in buona salute e un 74% tra i soggetti fragili.

La mortalità

Secondo i dati ISTAT riferiti al 2006, la mortalità complessiva è in Umbria più bassa rispetto al dato medio italiano e tra le più basse a livello nazionale. Tuttavia per alcune patologie la nostra regione presenta tassi di mortalità specifici più alti rispetto alla media nazionale; in particolare è elevata la mortalità per tumori dello stomaco e del colon retto, sia nei maschi che nelle femmine, per malattie del sistema nervoso, per infarto del miocardio nelle femmine, per disturbi circolatori dell'encefalo sia nei maschi che nelle femmine, per cause accidentali e violente nei maschi.

Fig. 92 Tumori maligni dello stomaco -Tassi standardizzati di mortalità per regione di decesso e sesso (per 10.000) - Anno 2006

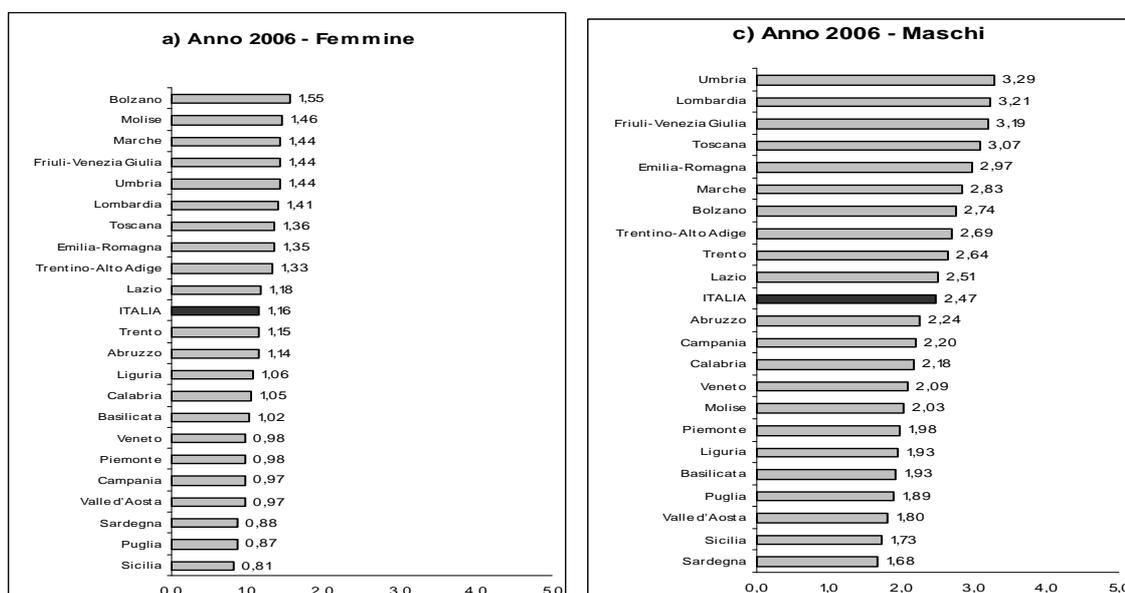


Fig. 93 Tumori maligni del colon retto - Tassi standardizzati di mortalità per regione di decesso e sesso (per 10.000) - Anno 2006

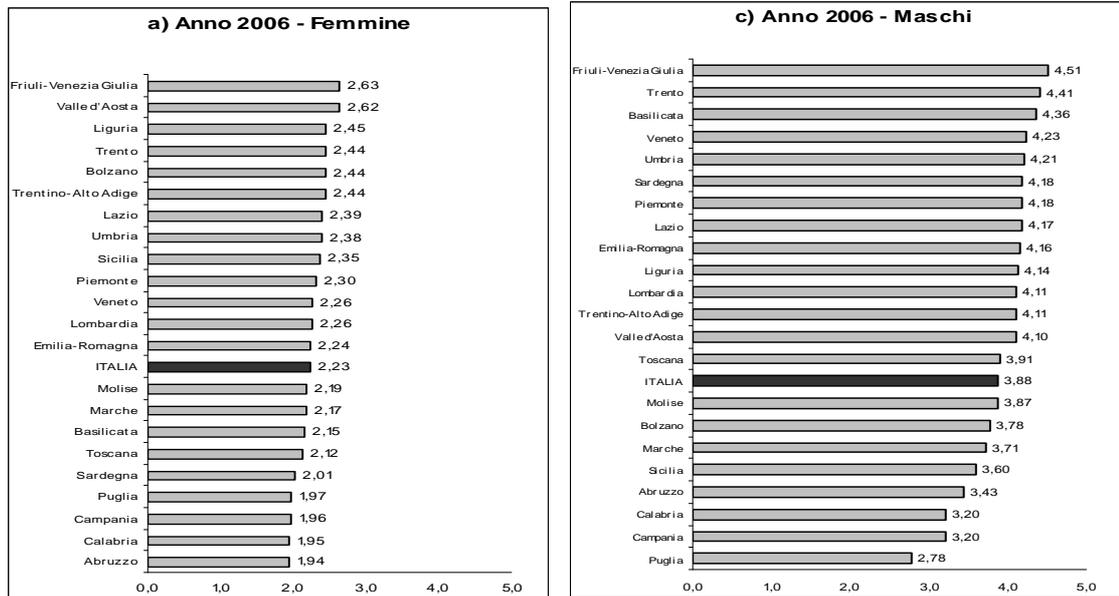


Fig. 94 Malattie del sistema nervoso - Tassi standardizzati di mortalità per regione di decesso e sesso (per 10.000) - Anno 2006

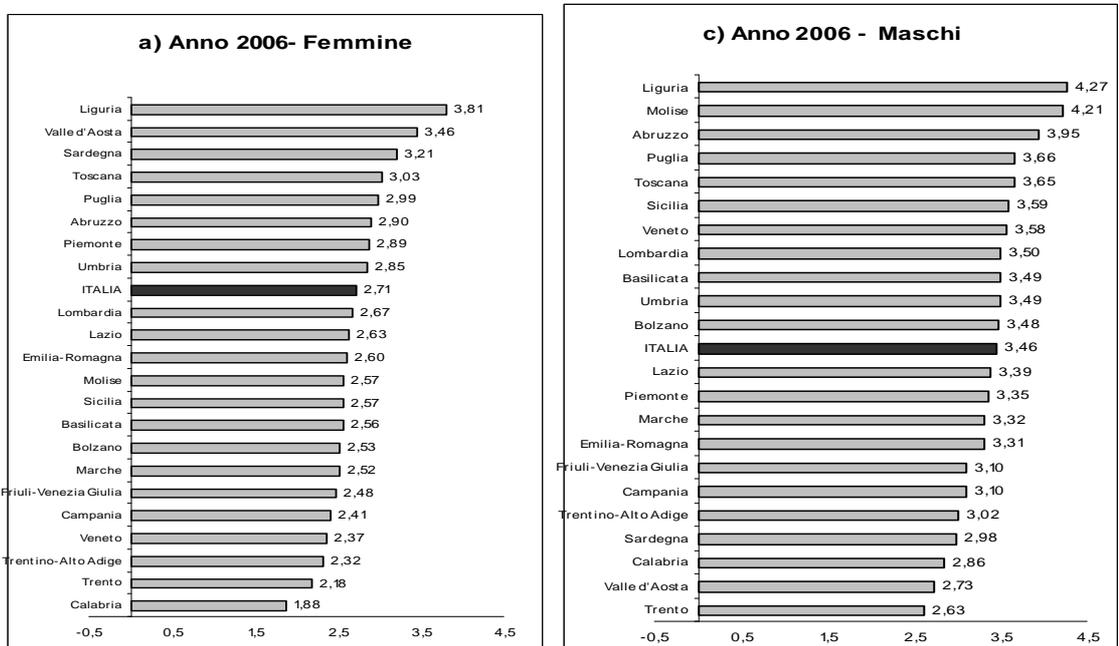


Fig. 95 Infarto del miocardio - Tassi standardizzati di mortalità per regione di decesso e sesso (per 10.000) - Anno 2006

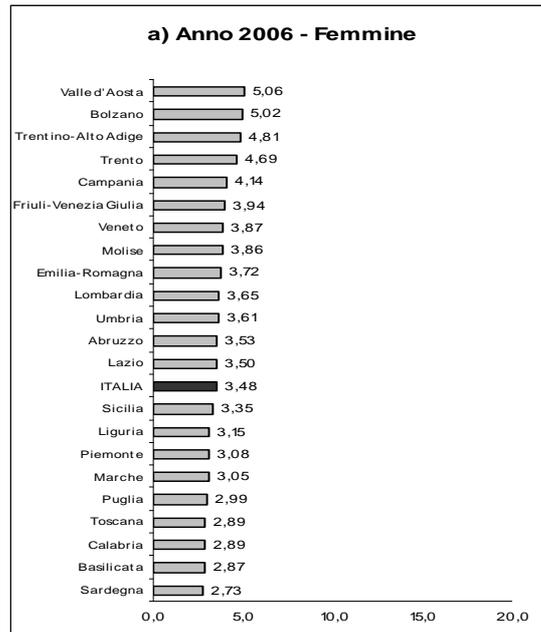


Fig. 96 Disturbi circolatori dell'encefalo - Tassi standardizzati di mortalità per regione di decesso e sesso (per 10.000) - Anno 2006

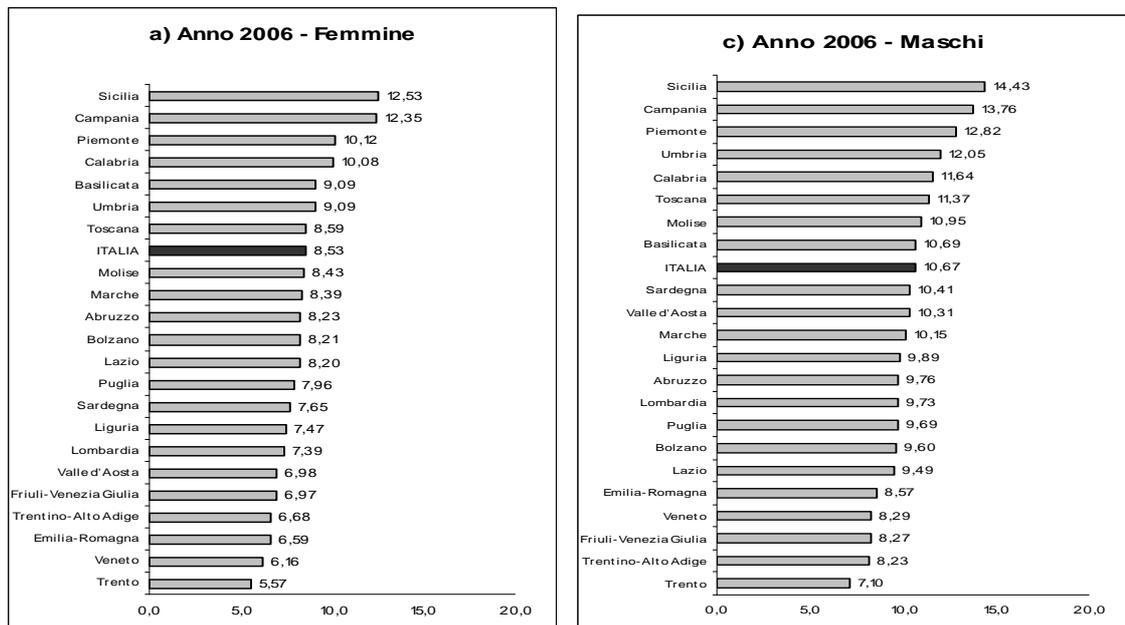
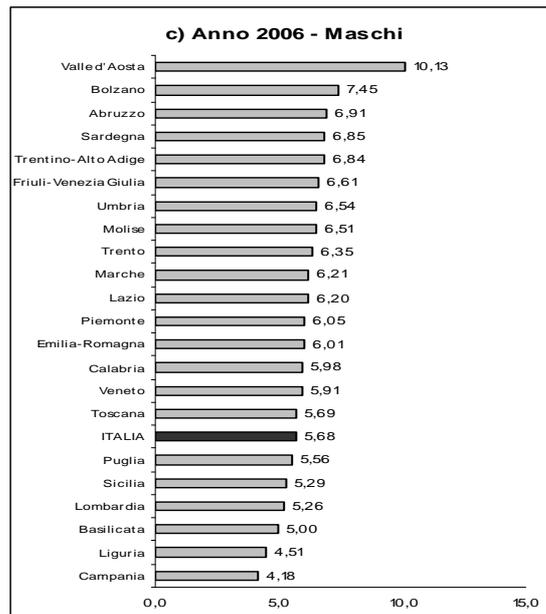


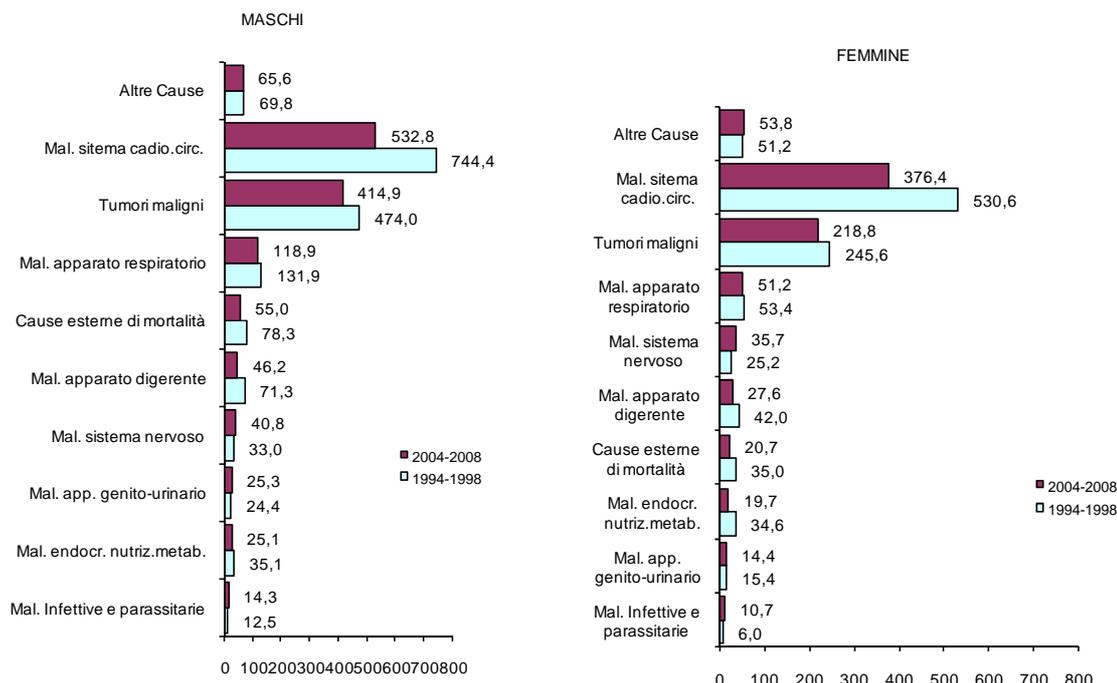
Fig. 97 Cause accidentali e violente - Tassi standardizzati di mortalità per regione di decesso e sesso (per 10.000) - Anno 2006



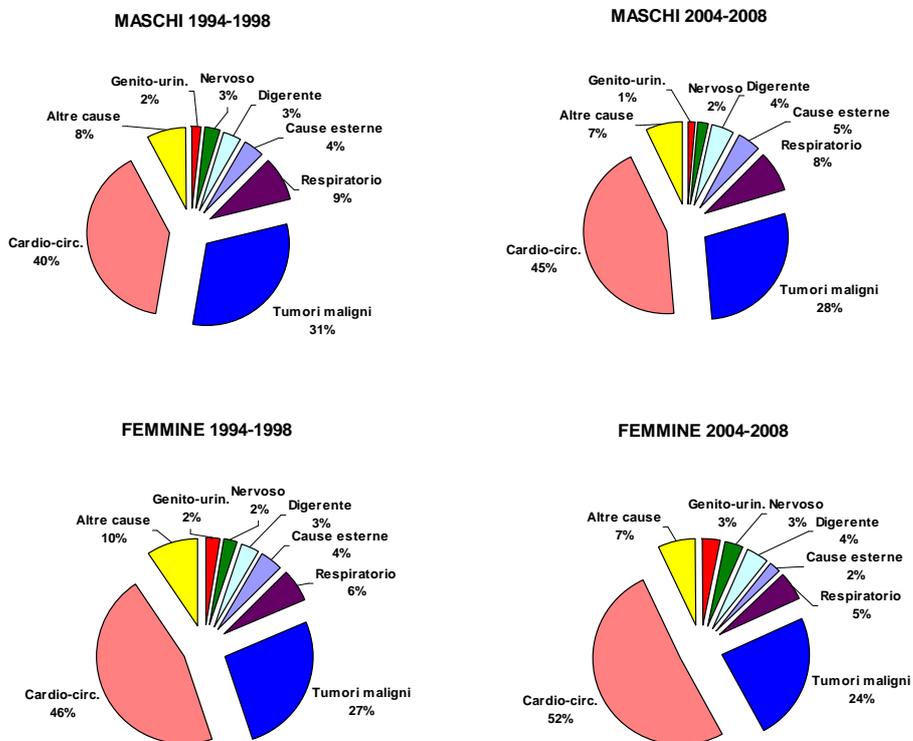
Negli ultimi dieci anni l'età media di morte è passata in Umbria da 73 a quasi 78 anni nei maschi e da 78 a quasi 83 anni nelle femmine. Infatti, anche tenendo conto dell'invecchiamento della popolazione che già di per sé fa aumentare il numero dei morti, la mortalità, in questi ultimi anni, è notevolmente diminuita. Questa diminuzione ha riguardato tutte le cause di morte: secondo i dati del Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM) dell'Umbria, relativi al periodo 2004-2008 e confrontati con quelli del quinquennio 1994-1998, la mortalità standardizzata per le malattie del sistema cardio-circolatorio è diminuita di quasi il 30% nei due sessi, pur rimanendo la prima causa di morte. Le morti per cancro costituiscono il 28% del totale negli uomini e il 24% nelle donne, ma anche in questo caso la mortalità, corretta per età, è diminuita di oltre il 10%, sia nei maschi che nelle femmine. Nel periodo più recente, nei maschi, poco meno di uno ogni quattro deceduti per tumore è affetto da cancro del polmone, mentre nelle femmine la quota più alta spetta al cancro della mammella con il 16%. Ancora alta rimane la quota dovuta al tumore del colon-retto (circa il 13%), della prostata e dello stomaco nei maschi (circa il 10% per ogni sede) e dell'ovaio nelle femmine (9%).

Diminuisce anche la mortalità per malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente, del diabete e, dato molto interessante, anche la mortalità per cause cosiddette non naturali: incidenti, avvelenamenti, suicidi, omicidi.

**Fig. 98 Tassi standardizzati di mortalità per 100.000 abitanti.
Umbria, Periodi 1994-1998 e 2004-2008.**



**Fig. 99 Distribuzione percentuale dei tassi standardizzati di mortalità per 100.000 abitanti.
Umbria, Periodi 1994-1998 e 2004-2008**



La distribuzione territoriale della mortalità nella regione, riferita al periodo 2000-2005, evidenzia, per specifiche cause di morte, situazioni a più alto rischio nei comuni del Nord della Regione, della Valnerina e, in misura minore, del Ternano e dell'Orvietano.

Fig. 100 Malattie infettive e parassitarie. Umbria, Periodo 2000 – 2005

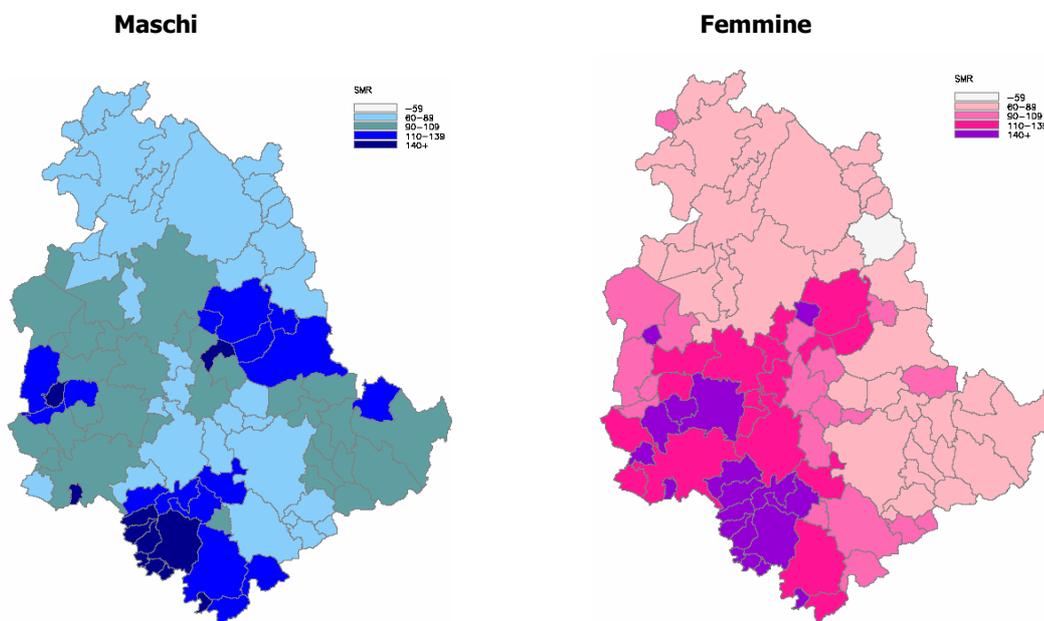


Fig. 101 Tumori dello stomaco. Umbria, Periodo 2000 – 2005

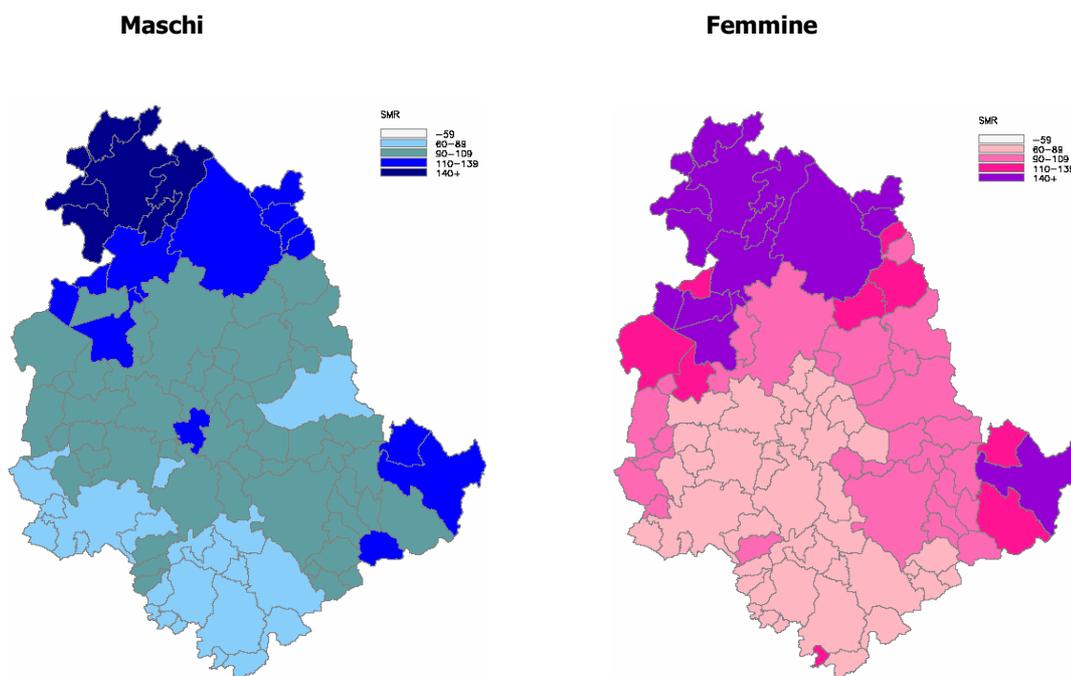
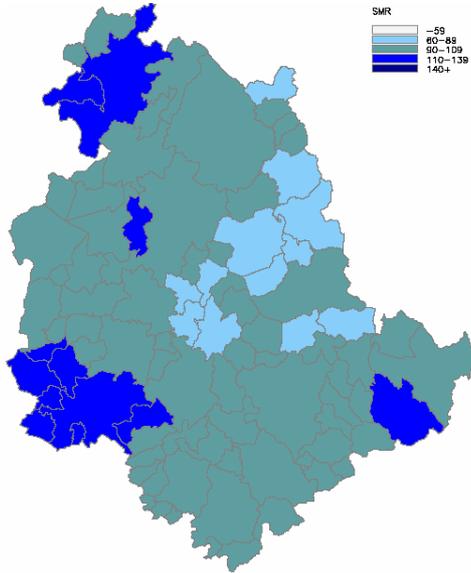
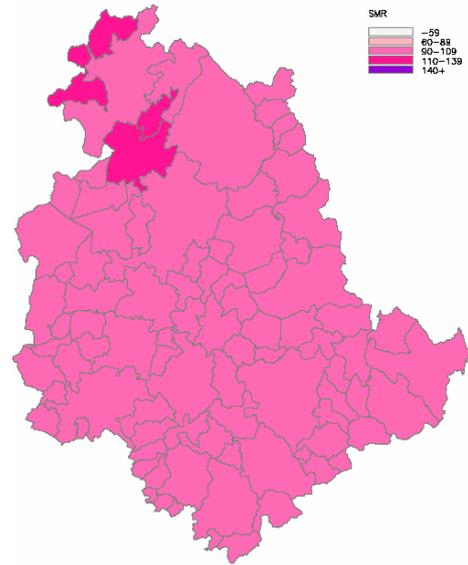


Fig. 102 Tumori del colon retto. Umbria, Periodo 2000 – 2005

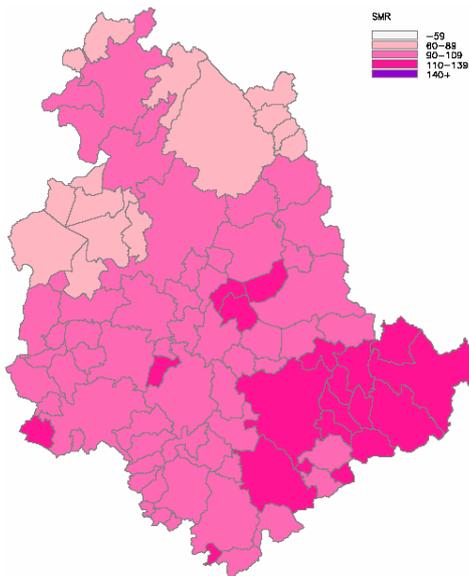
Maschi



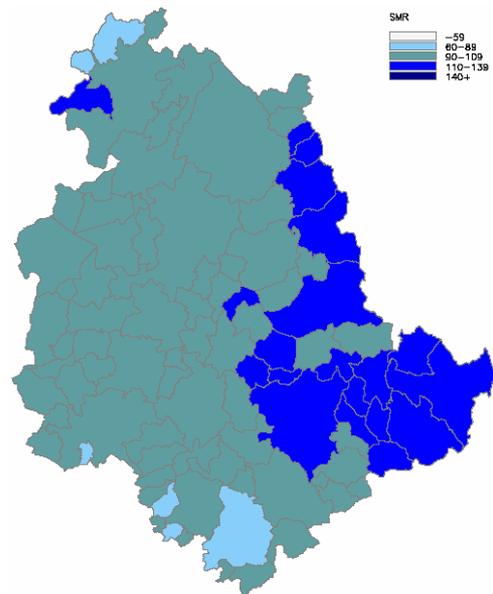
Femmine



**Fig. 103 Tumori della mammella (femmine).
Umbria, Periodo 2000– 2005**



**Fig. 104 Tumori della prostata (maschi),
Umbria, Periodo 2000– 2005**



**Fig. 105 Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo (diabete).
Umbria, Periodo 2000 – 2005**

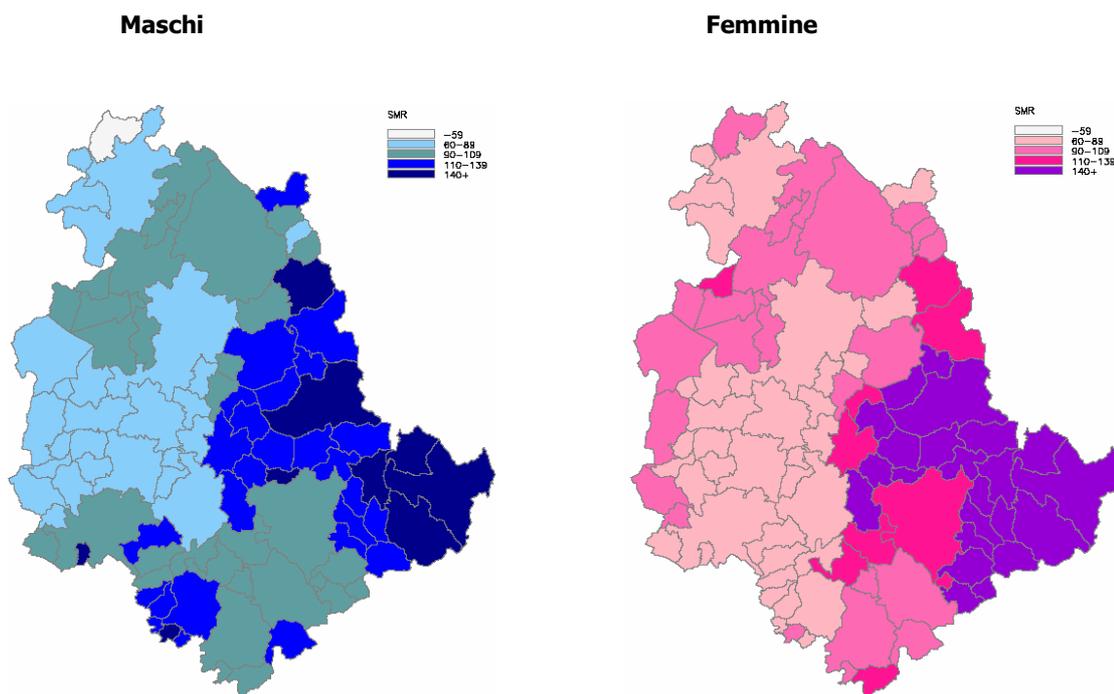


Fig. 106 Malattie ischemiche del cuore. Umbria, Periodo 2000 – 2005

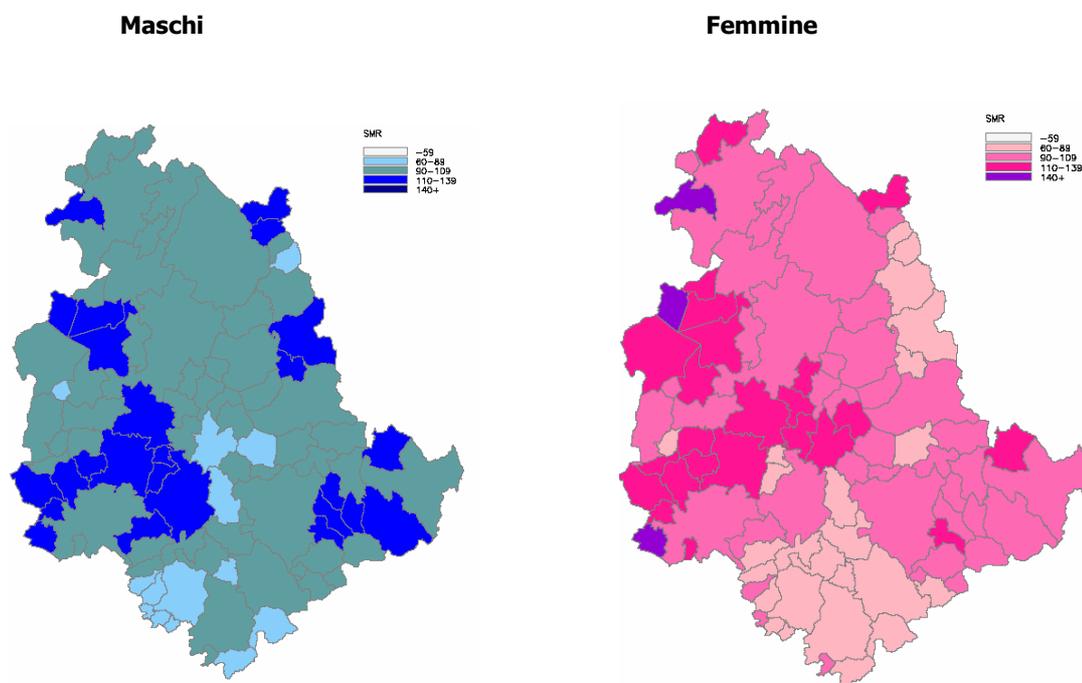


Fig. 107 Malattie circolatorie dell'encefalo. Umbria, Periodo 2000 – 2005

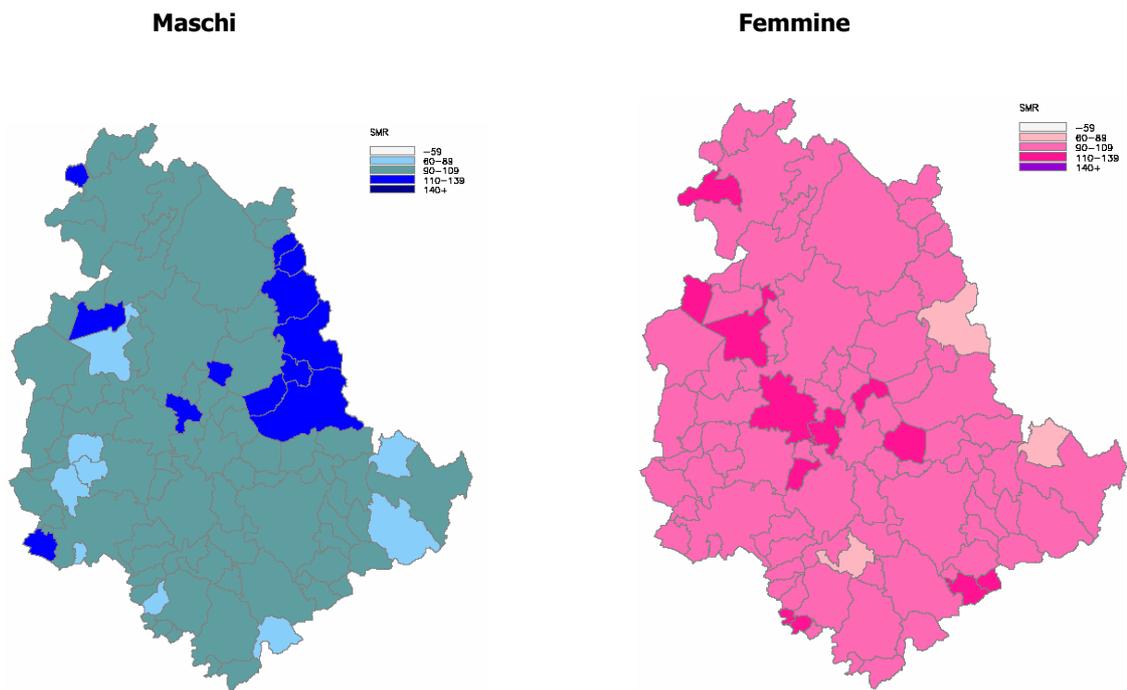


Fig. 108 Incidenti da mezzi di trasporto. Umbria, Periodo 2000 – 2005

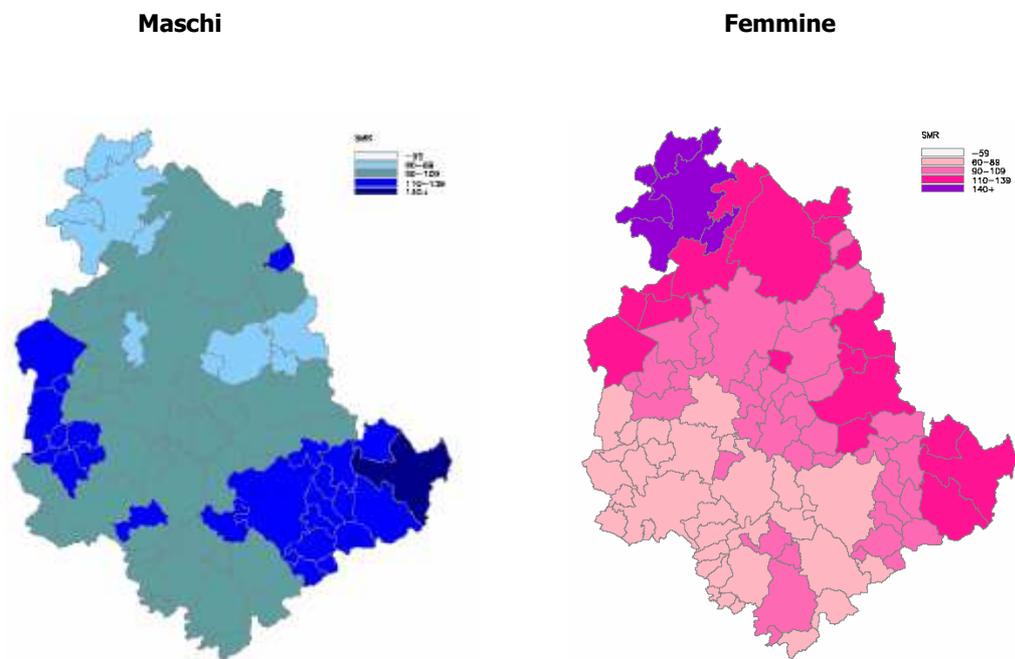
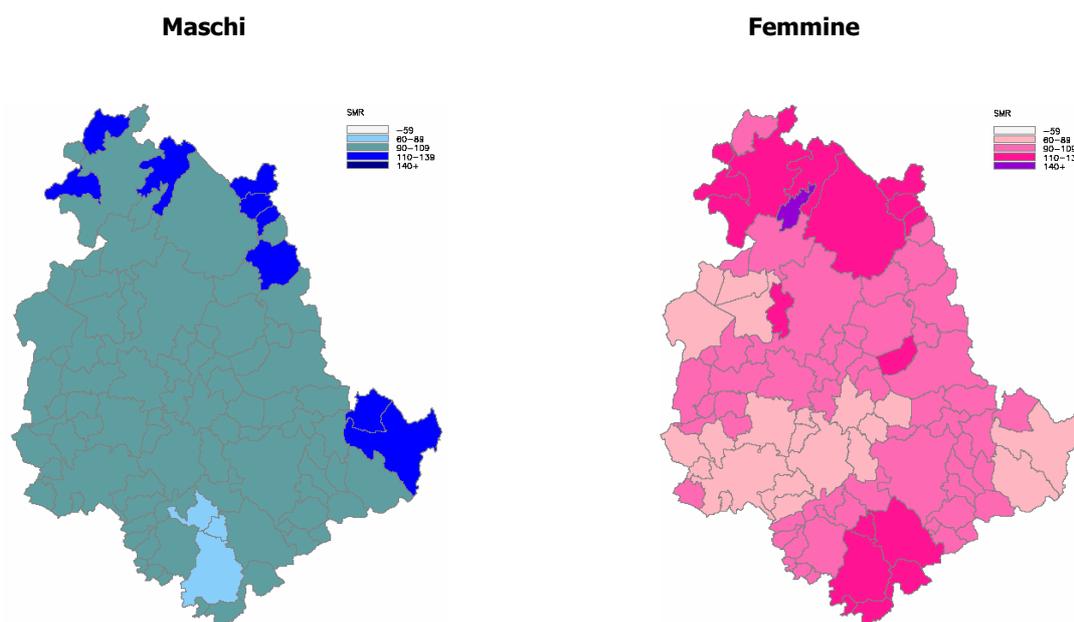


Fig. 109 Suicidi. Umbria, Periodo 2000 – 2005



La mortalità evitabile

Un altro indice più specialistico, ma altrettanto interessante, è quello che prende in considerazione i cosiddetti "anni di vita potenziale persi", cioè il numero degli anni che hanno perduto coloro che sono morti prima dei 75 anni, età considerata come riferimento statistico. Questo indice pesa tanto di più quanto più precoci sono i decessi.

La prima causa di morte "precoce" è dovuta, sia negli uomini che nelle donne, ai tumori maligni, seguita dalle malattie del sistema cardio-circolatorio e dalle cause non naturali che, come si sa, riguardano in buona parte persone non anziane; anche in questo gruppo le diminuzioni sono evidenti: 20% nei maschi e 17% nelle femmine per i tumori, 38% e 47% per le malattie del sistema cardio-circolatorio, 34% e 48% per le cause non naturali nei due sessi rispettivamente. Questo significa che la mortalità è diminuita e si è notevolmente spostata verso le classi di età più anziane, come si evince facilmente dai dati dell'età media di morte.

Alcune cause di morte risultano aumentate specialmente negli anziani, come nel caso del morbo di Parkinson e della malattia di Alzheimer, anche per il miglioramento della diagnosi.

I fattori che hanno contribuito alla riduzione della mortalità in generale possono essere diversi: dalla prevenzione all'anticipazione e al miglioramento delle diagnosi, ai progressi fatti nelle terapie e nella prevenzione delle recidive. Un ruolo particolare hanno svolto in questa direzione la prevenzione primaria, cioè quella che si riferisce soprattutto agli stili di vita (fumo, alcool, alimentazione, ecc.) e quella secondaria, cioè la partecipazione agli screening di popolazione per la diagnosi precoce di alcuni tumori.

**Fig. 110 Tassi standardizzati di Anni di Vita Potenziale Persi per 100.000 abitanti.
Umbria, Periodi 1994-1998 e 2004-2008**

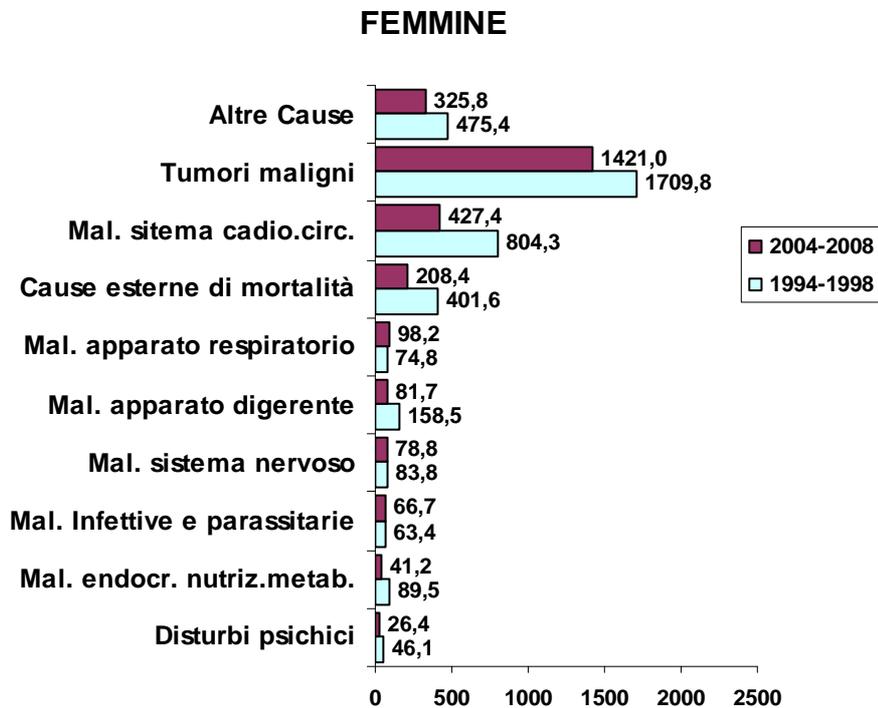
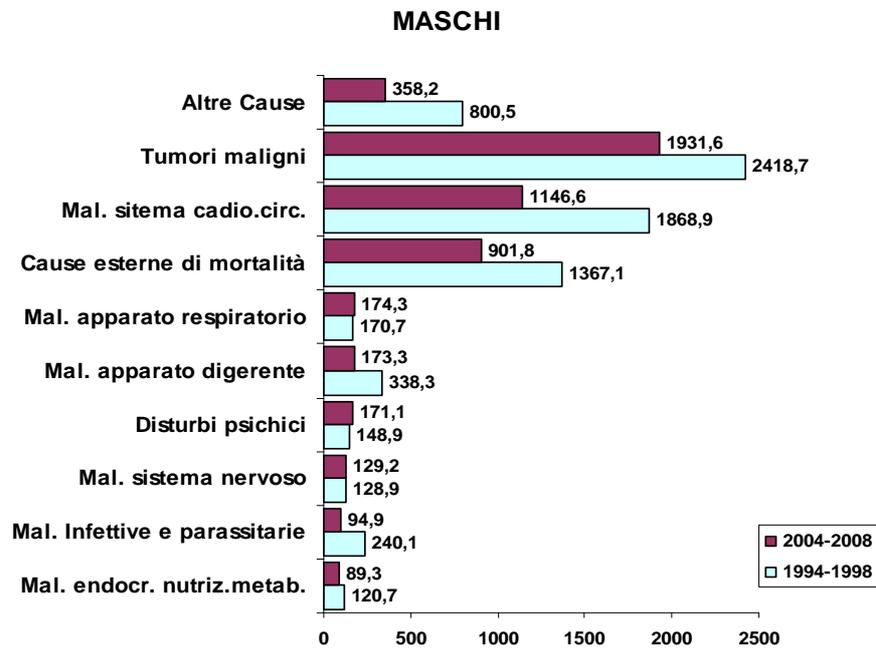
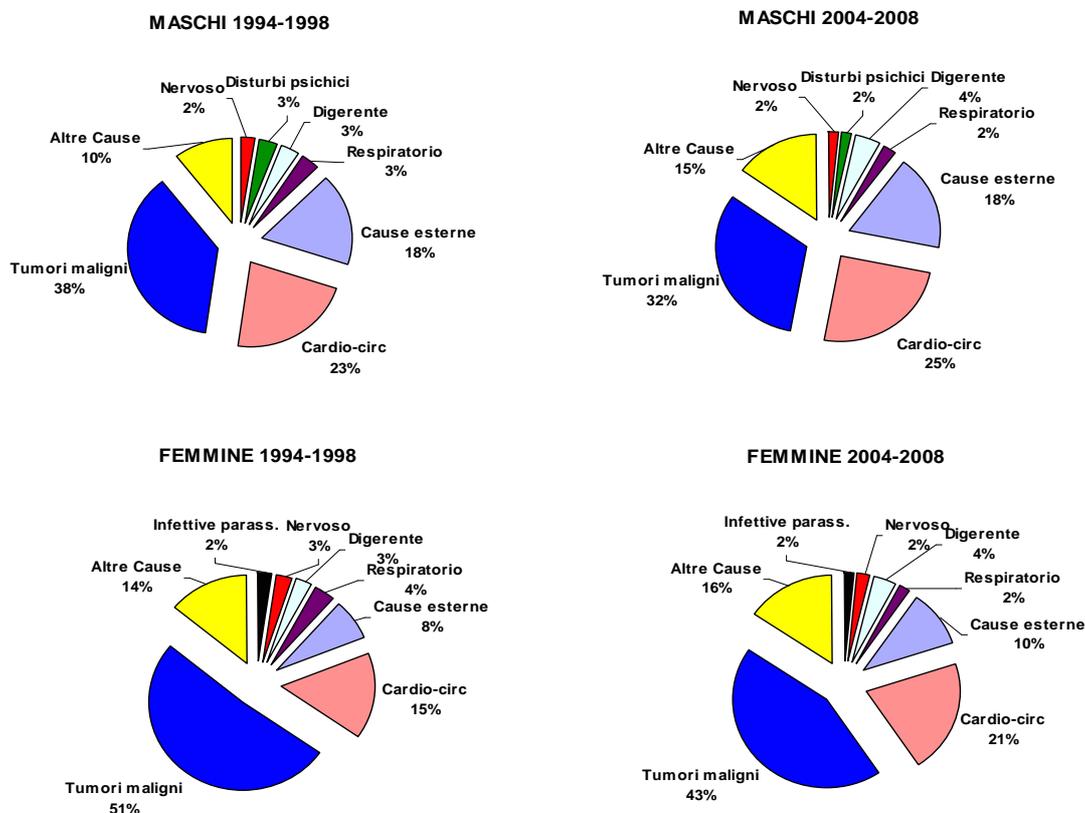


Fig. 111 Distribuzione percentuale dei tassi di Anni di Vita Potenziale Persi standardizzati per 100.000 abitanti. Umbria, Periodi 1994-1998 e 2004-2008

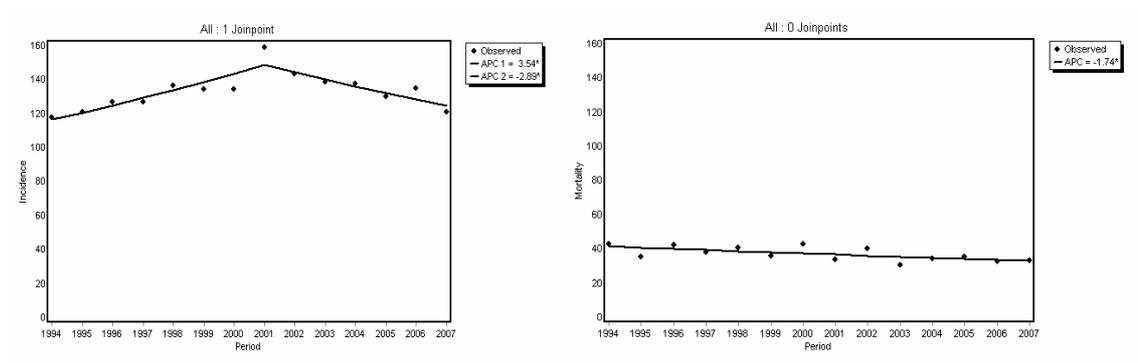


1.4 I programmi di sanità pubblica per la prevenzione

Lo screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella

I dati del RTUP (Registro Tumori Umbro di Popolazione) evidenziano che il carcinoma della mammella è il tumore più frequente e la prima causa di morte nelle donne in Umbria, rappresentando il 23% dei tumori e il 16% delle morti per tumore nelle donne; l'andamento dell'incidenza per tumore della mammella mostra un incremento fino al 2001, probabilmente dovuto anche alla introduzione dello screening di popolazione: la successiva diminuzione dell'incidenza è poi caratteristica della seconda fase dello screening. La riduzione della mortalità era evidente già prima dell'introduzione dello screening di routine e dunque è da ascrivere in parte al miglioramento delle terapie. Con l'avvento dello screening ci si sarebbe potuti attendere un'ulteriore flessione del trend di mortalità che invece non ha subito modificazioni; è possibile che lo screening abbia conseguito finora risultati piuttosto limitati o che esso abbia contribuito a mantenere il trend di mortalità favorevole iniziato in precedenza.

Fig. 112 Trend temporali di incidenza (a sinistra) e mortalità (a destra) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti. Periodo 1994-2007. Mammella, femmine



In Umbria, nel periodo 2006-2008 sono stati registrati circa 634 nuovi casi all'anno, con un tasso standardizzato annuo di incidenza di 120,8 x 100.000 residenti, e circa 176 decessi all'anno, con un tasso standardizzato annuo di mortalità di 29,5 x 100.000 residenti.

L'Umbria ha avviato il programma di screening per la diagnosi precoce del carcinoma della mammella in tutte le Aziende USL a partire dal 1997: Il programma coinvolge circa 115.000 donne tra i 50 e i 69 anni, pari al 25% circa della popolazione femminile, ed è sistematicamente monitorato in tutte le fasi attraverso il confronto con gli standard nazionali.

I dati dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) mostrano che in Umbria il programma di screening mammografico presenta una qualità piuttosto elevata; nel 2008 è stata invitata una quota di popolazione superiore a quella bersaglio annuale e il 73% ha aderito all'invito.

Fig. 113 Estensione effettiva (%). Anno 2008

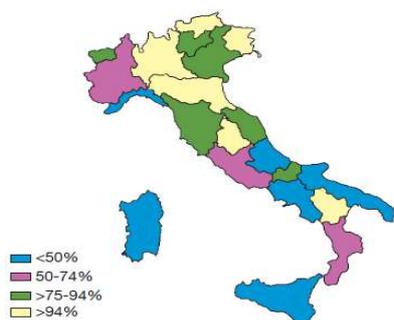
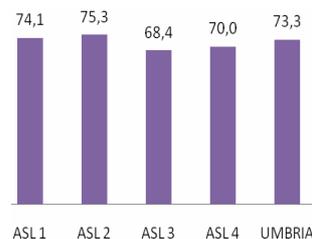


Fig. 114 Adesione corretta (%) per ASL. Anno 2008



Il sistema di sorveglianza PASSI consente di avere informazioni sulla quota complessiva di donne che esegue la mammografia, sia all'interno dello screening sia al di fuori del programma (ovvero le donne che effettuano la mammografia come prevenzione individuale pagando il ticket o l'intero costo dell'esame).

Il Rapporto regionale PASSI 2009 evidenzia che in Umbria circa il 73% delle donne tra i 50 e i 69 anni intervistate ha effettuato una mammografia preventiva nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

La copertura stimata è superiore al livello di copertura ritenuto "accettabile" (60%) e vicina a quello "desiderabile" (75%).

Tra le donne intervistate di 50-69 anni il 64% ha effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati mentre il 9% l'ha effettuato come prevenzione individuale.

L'effettuazione della mammografia nei tempi raccomandati sembra correlata ad alcuni fattori quali l'età, la cittadinanza e le influenze culturali che ne derivano, il livello di istruzione, una corretta percezione del rischio legata alla conoscenza dei fattori di rischio della malattia e del significato della diagnosi precoce, nonché al fatto di aver avuto precedenti esperienze positive di screening e di non avere paura della diagnosi o dell'esame.

L'effettuazione della mammografia, pertanto, è risultata più alta nelle donne nella fascia 50-59 anni (77,3%) rispetto a quelle sopra i 60 anni (68,9%) e significativamente più alta rispetto alle straniere (41,6%). L'effettuazione della mammografia è più elevata anche nelle donne con un alto livello di istruzione.

In Umbria il 27% delle donne di 50-69 anni non risulta coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella. Ben il 58% delle donne che non effettuano l'esame ritiene di non averne bisogno, dimostrando di avere una non corretta percezione del rischio.

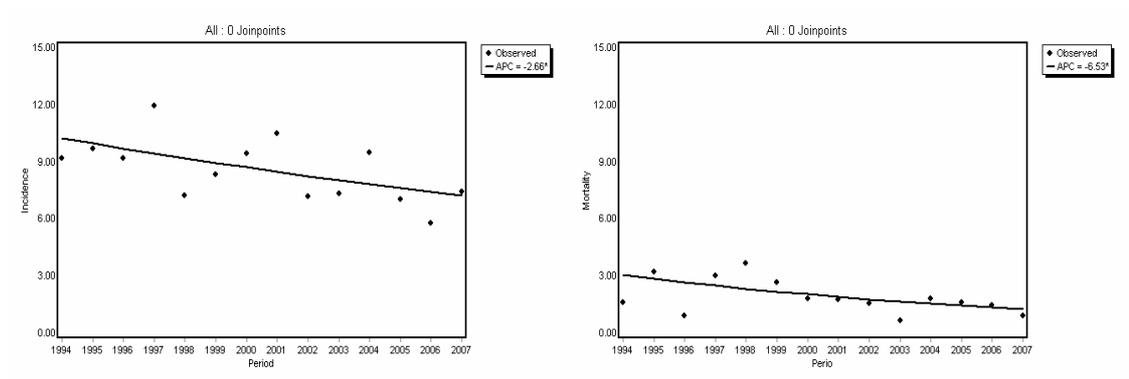
E' emerso inoltre che l'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 44 anni, indicando un rilevante ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni, e che nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 63% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita.

I programmi organizzati si confermano correlati ad 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: la gran parte delle donne li giudica infatti molto importanti per l'esecuzione della mammografia e l'aver effettuato l'esame è sempre associato all'aver ricevuto almeno di questi interventi.

Lo screening per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina

In Umbria, secondo i dati del Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP), nel periodo 2006-2008 sono stati diagnosticati una media di 36 nuovi casi di tumore della cervice uterina all'anno, con un tasso standardizzato di incidenza annuo di 7 casi x 100.000 residenti, e 8 decessi all'anno, con un tasso standardizzato di mortalità annuo di 1,4 x 100.000 residenti. Il trend temporale dei tassi di mortalità e di incidenza per tumore della cervice uterina è in significativa diminuzione, molto probabilmente per l'introduzione dello screening nella nostra regione.

Fig. 115 Trend temporali di incidenza (a sinistra) e mortalità (a destra) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti. Periodo 1994-2007. Cervice uterina, femmine



L'Umbria ha avviato il programma di screening per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina in tutte le Aziende USL a partire dal 1999. Il programma coinvolge circa 250.000 donne tra i 25 e i 64 anni, pari a oltre il 50% della popolazione femminile, ed è sistematicamente monitorato in tutte le fasi attraverso il confronto con gli standard nazionali.

I dati dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) mostrano che in Umbria il programma di screening ha raggiunto una qualità piuttosto buona; nel 2008 è stato invitato oltre il 100% della popolazione bersaglio annuale e il 58% ha aderito all'invito, con un valore nettamente superiore al dato medio italiano (39,7%) e tra i più alti a livello nazionale.

Fig. 116 Percentuale di donne in età 25-64 anni inclusa nella popolazione obiettivo di programmi di screening citologico

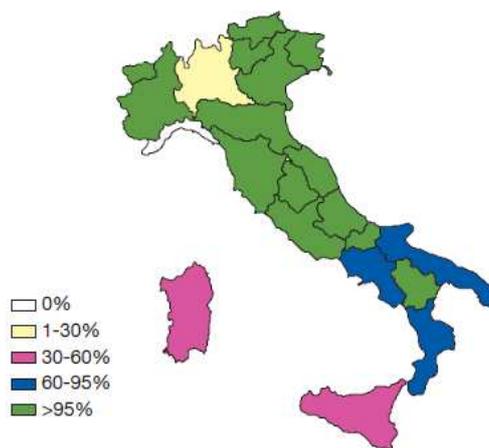
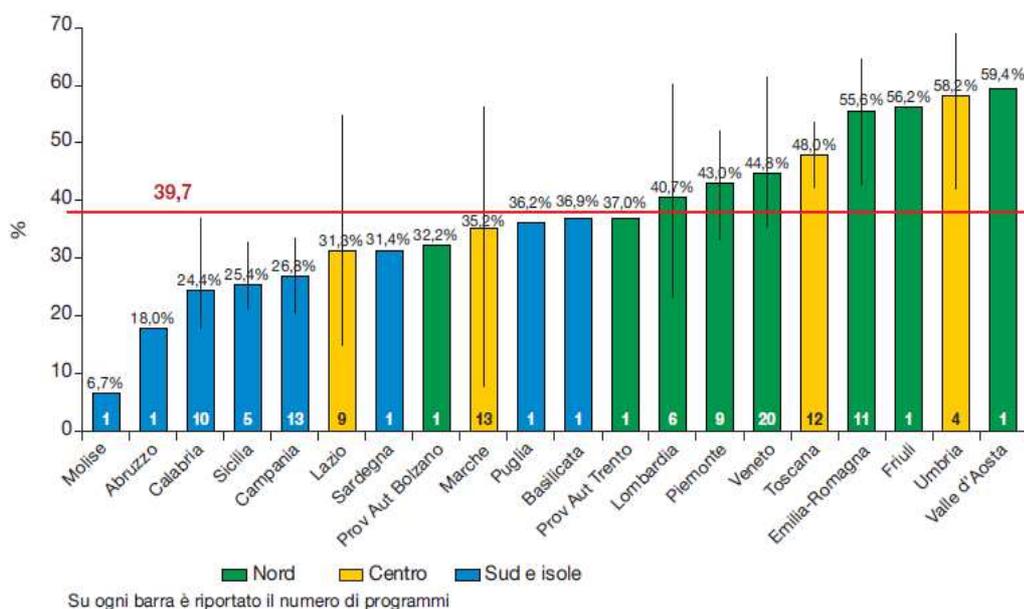


Fig. 117 Adesione percentuale all'invito per regione. Survey ONS su attività 2008.



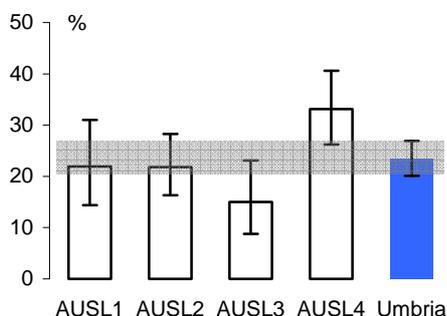
Il sistema di sorveglianza PASSI consente di avere informazioni sulla quota complessiva di donne che esegue il Pap test, sia all'interno dello screening, sia al di fuori del programma organizzato.

Il Rapporto regionale PASSI 2009 evidenzia che in Umbria circa l'85% delle donne intervistate tra i 25 e i 64 anni ha effettuato un Pap-test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

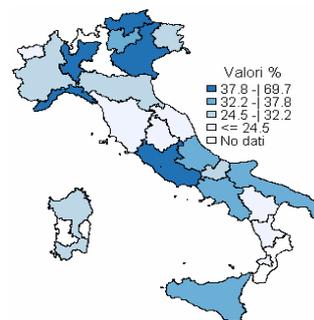
La copertura stimata è superiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) sia al livello "desiderabile" (80%) dalle indicazioni nazionali.

Tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 61% ha effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato (su invito o su presentazione spontanea), mentre il 23 % l'ha effettuato come prevenzione individuale. Nelle diverse Aziende USL non ci sono differenze statisticamente significative rispetto al valore regionale nella percentuale di donne che hanno effettuato il Pap-test sia all'interno di un programma di screening organizzato che come prevenzione individuale; esiste però una quota più alta di donne che effettuano prevenzione individuale nell'Azienda USL 4. E' tuttavia interessante sottolineare che a livello nazionale, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI, ben il 37% delle donne effettua il Pap-test come prevenzione individuale.

**Fig. 118 Pap-test come prevenzione individuale
Umbria - PASSI 2009**



**Fig. 119 Pap-test come prevenzione individuale
Pool ASL - PASSI 2009**



L'effettuazione del Pap-test nei tempi raccomandati sembra correlata ad alcuni fattori quali l'età, la cittadinanza e le influenze culturali che ne derivano, il livello di istruzione, il livello socio-economico, una corretta percezione del rischio legata alla conoscenza dei fattori di rischio della malattia e del significato della diagnosi precoce, nonché al fatto di aver avuto precedenti esperienze positive di screening e di non avere paura della diagnosi o dell'esame.

L'effettuazione del Pap-test, pertanto, è risultata significativamente più alta nelle donne tra i 35 e i 49 anni (89%) rispetto a quelle tra i 25 e i 34 anni (86%) e a quelle sopra i 50 anni (79%); anche le donne con cittadinanza straniera sembrano effettuare meno il Pap-test (67%). L'effettuazione del Pap-test è più elevata anche nelle donne con un alto livello di istruzione e senza rilevanti difficoltà economiche.

In Umbria il 16% delle donne di 25-64 anni non risulta coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina. Ben il 46% delle donne che non effettuano l'esame ritiene di non averne bisogno, dimostrando di avere una non corretta percezione del rischio.

I programmi organizzati si confermano correlati ad 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: la metà delle donne li giudica infatti molto importanti per l'esecuzione del Pap-test e tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame cresce significativamente.

Circa una donna su due ha riferito di aver eseguito il Pap-test nel corso dell'ultimo anno, più di quanto atteso in base alla periodicità triennale dell'esame (una su tre); esiste pertanto una quota di donne che effettua l'esame con frequenza maggiore a quanto raccomandato (fenomeno di "sovracopertura"), verosimilmente per consigli inappropriati degli operatori sanitari.

Screening per la diagnosi precoce del tumore del colon-retto

In Umbria, secondo i dati del Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP), nel periodo 2006-2008 sono stati diagnosticati una media di 523 casi di tumore del colon-retto negli uomini (tasso standardizzato di incidenza $114,7 \times 100.000$) e 396 nelle donne (tasso standardizzato di incidenza $66,8 \times 100.000$); i decessi annui sono stati rispettivamente 188 tra gli uomini (tasso standardizzato di mortalità $41,0 \times 100.000$) e 161 tra le donne (tasso standardizzato di mortalità $24,1 \times 100.000$). I tumori del colon retto rappresentano il 13% dei tumori nei maschi, il 15% nelle femmine e circa il 10% delle morti in entrambe i sessi.

I trend temporali evidenziano un aumento dell'incidenza e una diminuzione della mortalità per il tumore del colon in ambo i sessi e per quello del retto nei maschi, mentre per il tumore del retto nelle femmine si assiste a un decremento sia dell'incidenza sia della mortalità.

In seguito all'introduzione dello screening (ricerca periodica del sangue occulto nelle feci) introdotto nella Regione Umbria a partire dal 2006 si è verificato un aumento dell'incidenza dei tumori maligni del colon mentre non si sono riscontrati effetti sulla mortalità specifica; tuttavia si prevede una riduzione della mortalità e anche dell'incidenza per la rimozione dei polipi che riduce la prevalenza di lesioni suscettibili di trasformazione maligna nella popolazione, ovvero delle lesioni che alimentano l'incidenza dei tumori maligni.

Fig. 120 Trend temporali di incidenza (a sinistra) e mortalità (a destra) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti. Periodo 1994-2007. Colon, maschi

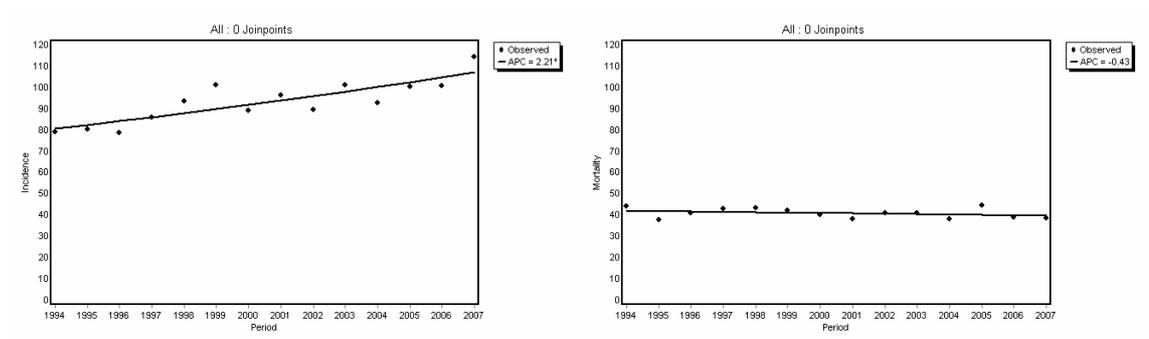
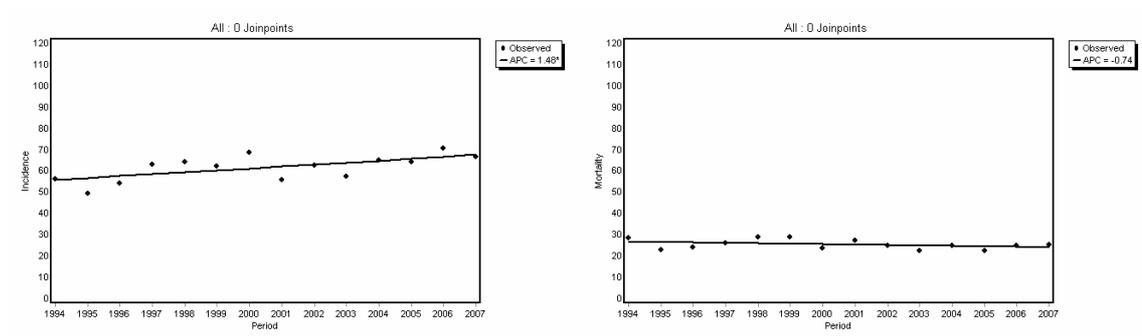


Fig. 121 Trend temporali di incidenza (a sinistra) e mortalità (a destra) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti. Periodo 1994-2007. Colon, femmine



L'Umbria, come già detto, ha avviato il programma di screening per le neoplasie del colon-retto in tutte le Aziende USL dal secondo semestre del 2006. Il programma coinvolge circa 272.000 persone tra i 50 e i 74 anni (30% della popolazione), prevede la ricerca biennale del sangue occulto fecale con prelievo effettuato a domicilio ed è sistematicamente monitorato in tutte le fasi, attraverso il confronto con gli standard nazionali.

I dati riferiti al primo round di screening (periodo 2006-2008) mostrano che in Umbria è stata invitata il 90% della popolazione bersaglio biennale con una adesione pari al 44%, leggermente inferiore allo standard accettabile (45%) e al dato medio nazionale (47,5%).

Fig. 122 Adesione corretta (%) per ASL – I round



Delle circa 103.000 persone che hanno effettuato il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, sono risultate positive circa 5700 (5,6%) ed hanno effettuato la colonscopia circa 4600 persone (81%). Nel primo round sono stati diagnosticati 361 adenocarcinomi e 1155 adenomi avanzati.

Il Rapporto regionale PASSI 2009 evidenzia che in Umbria circa il 37% delle persone intervistate nella fascia di età 50-69 anni ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni e il 10% di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni, con una adesione risultata significativamente più elevata sopra i 60 anni (43,6%).

La copertura totale stimata (47%) è di poco superiore al livello di copertura "accettabile" (45%) e ancora lontana da quello "desiderabile" (65%).

Nelle diverse Aziende USL della regione non ci sono differenze significative tra le percentuali di persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver effettuato un test per la diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto, mentre a livello nazionale una percentuale significativamente inferiore rispetto a quella riscontrata per l'Umbria (23%) delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto.

In Umbria il 57% delle persone tra i 50 e i 69 anni non ha mai effettuato un test per la ricerca di sangue occulto nelle feci a scopo preventivo. Circa la metà delle persone che non effettuano alcun esame per lo screening del tumore del colon retto ritiene di non averne bisogno, dimostrando di avere una non corretta percezione del rischio.

Per incrementare l'adesione della popolazione invitata, i programmi di screening organizzati prevedono, a livello locale, campagne informative/educative rivolte alla popolazione target con l'intervento sia dei Medici di Medicina Generale che degli operatori di Sanità Pubblica. Di fatto, l'aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali è significativamente associato all'aver ricevuto una lettera di invito o il consiglio da parte del medico.

Le vaccinazioni

In Umbria l'attività vaccinale è sempre stata particolarmente attiva ed efficace e nel corso degli ultimi anni si è puntato a consolidare gli obiettivi di copertura stabiliti dal Piano Nazionale Vaccini, dal Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita, nonché dai Piani e dai Protocolli Regionali.

Le azioni messe in campo hanno permesso di raggiungere buoni livelli di copertura, nel corso di un triennio, per le vaccinazioni di nuova introduzione (antimeningococco C, antipneumococcica e antiHPV) nelle coorti previste dall'ultimo Protocollo Regionale approvato nel 2008.

Complessivamente, negli ultimi anni di rilevazione in Umbria, i livelli di copertura vaccinale raggiunti per le vaccinazioni previste per legge o comunque fortemente raccomandate (polio, difterite, tetano, pertosse, epatite B, emofilo) sono sempre stati superiori al 97% e si pongono sopra la media nazionale, come evidenziano i dati nazionali rilevati dal Ministero della Salute nel 2009.

Nel 2009 il livello di copertura per esavalente registrato in Umbria è pari al 97,3%.

Per quanto riguarda il miglioramento del livello di copertura dei nuovi nati verso il morbillo, così come previsto dal "Piano di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita", nel corso degli ultimi anni si è registrato un graduale incremento della copertura raggiungendo, a fronte di una media nazionale dell'89,9% (l'obiettivo previsto dal Piano di eliminazione era il 95%), il 95,2% per la I dose nel 2009.

Tab. 20 Coperture vaccinali per regione. Rilevazione 2009. (Fonte Ministero Salute)

Coperture vaccinali* (per 100 abitanti), calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA.

Regione	POL3	DTP3	DT-DTP3	EpB3	M-MPR1-MPRV	Hib3
Piemonte	96,5	96,3	96,5	96,3	93,1	93,7
Valle d'Aosta	95,5	95,1	95,7	95,4	87,8	94,8
Lombardia	97,3	97,0	97,3	97,1	94,8	95,9
P.A. Bolzano	88,9	88,4	88,8	88,3	70,8	88,8
P. A. Trento	96,4	96,2	96,4	95,9	88,5	94,9
Veneto	96,6	96,4	96,6	90,6	93,0	95,8
FVG	96,5	96,2	96,6	95,9	90,8	95,6
Liguria	96,3	96,3	96,3	96,2	87,9	95,9
Emilia Romagna	97,3	97,1	97,4	97,1	93,9	96,5
Toscana	96,7	96,8	96,8	96,7	92,7	95,8
Umbria	97,3	97,3	97,3	97,3	95,2	97,3
Marche	97,8	97,7	97,8	97,7	92,4	97,4
Lazio	96,6	96,5	96,5	98,4	89,6	96,3
Abruzzo	97,6	97,6	97,6	97,6	92,2	97,5
Molise	94,6	94,6	94,6	94,6	88,8	94,6
Campania	94,6	94,6	94,6	94,4	86,9	94,4
Puglia	97,0	97,0	97,0	97,0	92,3	97,0
Basilicata	98,9	98,9	98,9	98,9	90,2	98,9
Calabria	94,5	94,5	94,5	94,5	85,4	94,5
Sicilia	95,9	95,9	95,9	95,9	86,8	95,9
Sardegna	96,7	96,7	96,7	96,7	95,5	96,7
Italia	96,2	96,0	96,2	95,8	89,9	95,6

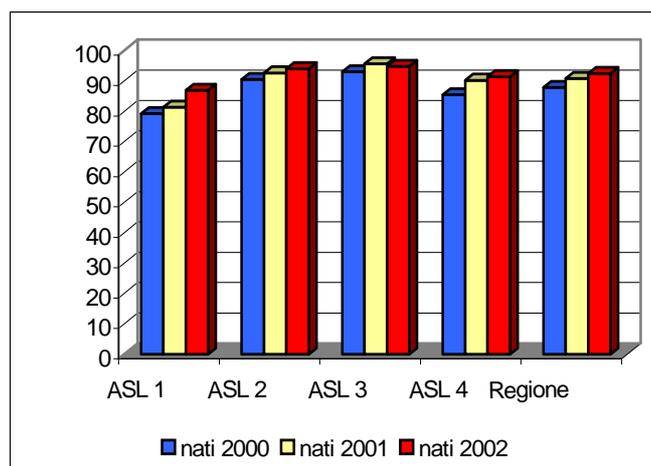
* dati di copertura al 24° mese per: cicli completi (3 dosi) di DT, DTP, Epatite B, Polio, Hib e per una dose di MPR

Aggiornamento 14 luglio 2010

Fonte: elaborazioni del MINISTERO DELLA SALUTE
DG PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO V - Malattie infettive dell'ex Ministero della Salute
Informazioni: Dr.ssa Elvira Rizzuto, e.rizzuto@sanita.it

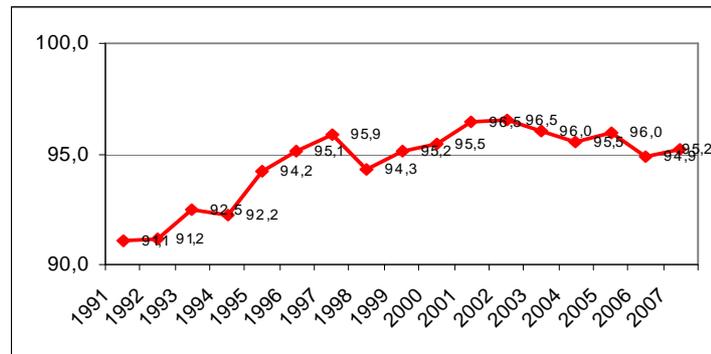
Per la II dose di vaccino MPR, a fronte di un livello di copertura del 90% previsto come obiettivo dal Piano Nazionale di eliminazione, si è raggiunto gradualmente, negli ultimi tre anni, un livello di copertura pari al 92,4% nella coorte dei nati nel 2002.

Fig. 123 Copertura (%) per II dose MPR per ASL. Umbria, Coorte di nascita 2000 - 2002



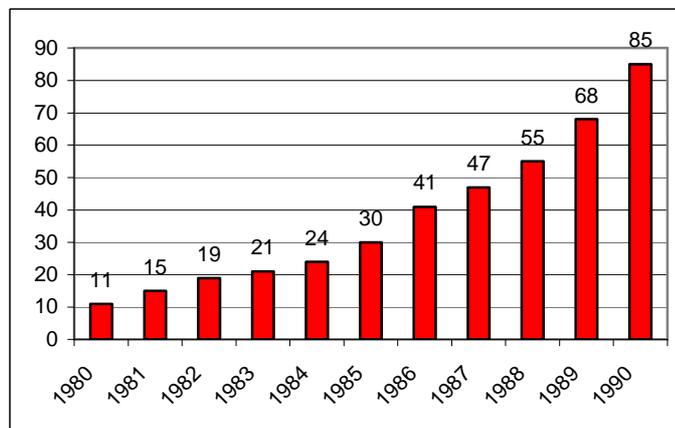
Per le coorti ricomprese nel piano di recupero attivato con il Piano regionale di eliminazione del morbillo si sono ottenute coperture molto buone, a partire dal 91% nella coorte 1991 fino ad arrivare al 95,2% nella coorte 2007.

Fig. 124 Copertura (%) per I dose MPR. Umbria, Coorte di nascita 1991-2007



Utilizzando il sistema informatizzato regionale per la rilevazione delle coperture vaccinali, è stato possibile risalire anche ai livelli di copertura per rosolia nelle donne in età fertile nate dal 1980 al 1990 (età 20-30 anni): l'elaborazione dei dati riporta una copertura pari all'11% nelle trentenni e all'85% nelle ventenni, come del resto confermato dal Sistema di sorveglianza PASSI.

Fig. 125 Copertura (%) con una dose di vaccino MPR. Umbria, Coorte di nascita 1980 – 1990 (femmine)



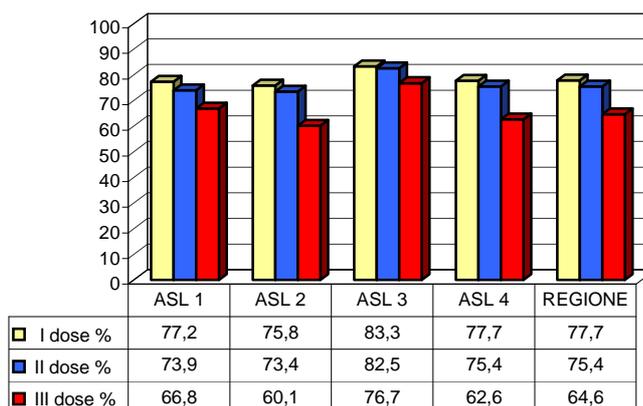
Tra le donne di 18-49 anni intervistate, il 56% era immune alla rosolia o per aver effettuato la vaccinazione (33%) o per copertura naturale rilevata dal rubeotest positivo (23%). Quasi la metà delle donne intervistate (41%) non conosceva il proprio stato immunitario per la rosolia, quindi, complessivamente, si può considerare suscettibile il 44% delle intervistate.

La percentuale di donne vaccinate è più elevata nelle più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni e in coloro che non riferiscono difficoltà economiche. Comunque il 3% delle donne era sicuramente suscettibile, in quanto non vaccinate e con rubeotest negativo.

La campagna vaccinale contro l'HPV con chiamata attiva e gratuita è partita in Umbria nel settembre 2008, proponendo il vaccino alle ragazze nate nel 1997. Ovviamente la

somministrazione del vaccino a questa coorte è proseguita anche nel 2009, producendo, peraltro, uno slittamento in avanti nel tempo della vaccinazione per la coorte successiva. Per la I dose, comunque, si è ottenuto già dopo circa un anno, e precisamente al 31 dicembre 2009, un livello medio di copertura pari al 77,7%. La media nazionale, pur tenendo conto che le Regioni hanno iniziato a vaccinare in tempi molto diversi, era del 61,8% al 30 giugno 2009.

Fig. 126 Coperture vaccinali (%) per HPV al 31.12.2009. Umbria, Coorte di nascita 1997 (femmine)



Le ASL, sempre a partire dal settembre 2008, hanno contemporaneamente provveduto a somministrare gratuitamente il vaccino alle nate nel 2006 che si sono presentate spontaneamente, mentre per le ragazze fino a 18 anni che richiedono la vaccinazione la somministrazione viene effettuata in regime di partecipazione alla spesa (vaccino a prezzo di costo, più somministrazione come da tariffario regionale).

Tab. 21 Coperture vaccinali (%) per HPV al 31.12.2009. Umbria, Coorte di nascita 1990-1998 (femmine)

	1 dose	2 dosi	3 dosi
Coorte di nascita 1998	36,9%	28,0%	5,8%
Coorte di nascita 1997	77,7%	75,4%	64,6%
Coorte di nascita 1996	42,1%	40,4%	32,8%
Coorte di nascita 1995	9,2%	8,6%	6,0%
Coorte di nascita 1994	8,3%	8,0%	5,3%
Coorte di nascita 1993	6,5%	6,2%	4,1%
Coorte di nascita 1992	4,9%	4,3%	3,3%
Coorte di nascita 1991	3,0%	2,8%	2,3%
Coorte di nascita 1990	1,0%	0,8%	0,3%

Nel 2008, con il nuovo Protocollo regionale delle vaccinazioni raccomandate, sono state introdotti i vaccini contro lo pneumococco nei nuovi nati (3°, 5° e 11°-13° mese) e contro il Meningococco C nei nuovi nati (tra il 13° e il 15° mese) e nei dodicenni.

Al 31 dicembre 2009 il livello di copertura vaccinale raggiunto nei nati del 2008 contro lo pneumococco era pari al 79,2 % per la prima dose e il 68% aveva completato il ciclo a tre dosi.

Per il meningococco C i risultati migliori si sono ottenuti nella coorte dei nuovi nati a 24 mesi (coorte 2007), con un livello di copertura pari al 71,1%, mentre nei dodicenni la risposta è stata minore.

Tab. 22 Coperture vaccinali (%) per meningococco C e pneumococco al 31.12.2009. Umbria

VACCINAZIONI	Copertura media regionale - %
Meningococco C coorte 2007	71,10
Meningococco C coorte 2008	60,31
Meningococco C coorte 1997	65,95
Pneumococco coorte 2008 I dose	79,19
Pneumococco coorte 2008 II dose	76,90
Pneumococco coorte 2008 III dose	68,00

Le coperture vaccinali della popolazione di età ≥ 65 anni nei confronti dell'influenza hanno raggiunto, nella campagna 2009/2010, seppure con lievi differenze fra le Aziende USL dell'Umbria, un valore del 75,7%, con un notevole incremento negli ultimi anni.

Fig. 127 Coperture vaccinali (%) per influenza negli ultra 65enni. Umbria, Trend 1998 – 2009

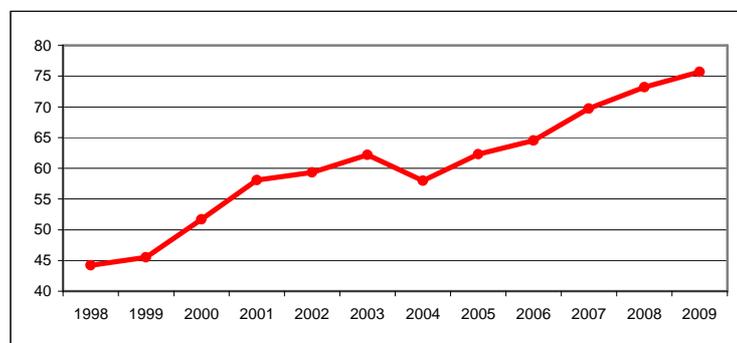
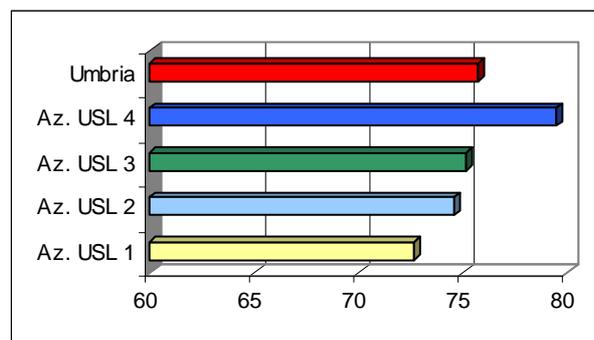


Fig. 128 Copertura vaccinale (%) per influenza negli ultra 65enni. Umbria, 2009/2010



2 La programmazione regionale

2.1 Il Piano Sanitario Regionale 2009 – 2011

In Umbria con l'ultimo Piano Sanitario Regionale 2009 -2011 sono state poste le basi per un cambiamento strategico di prospettiva rispetto alla prevenzione: il passaggio dalla "tutela della salute" alla "promozione della salute". Veniva infatti individuata come prioritaria la necessità di superare la logica di una prevenzione intesa come un sistema di "polizia sanitaria" che "difende" la comunità da fattori esterni che possono aggredire la salute, a favore di quella di una promozione della salute, intesa come l'insieme di azioni volte alla creazione di reti istituzionali ed ambientali favorevoli alla salute, con l'obiettivo di aumentare il controllo degli individui stessi sui determinanti che la influenzano.

Ciò trova ragione fondamentalmente nel fatto che il SSN, protagonista pressoché esclusivo delle cure e degli interventi riabilitativi, non può essere l'unico attore nel caso della prevenzione, poiché la sola azione sanitaria rischia di essere del tutto inefficace quando si cerca di attuare azioni preventive: ciò vale infatti non solo per quanto riguarda le patologie croniche, quali le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete mellito o le patologie respiratorie, influenzate come si sa da determinanti legati in gran parte all'individuo e ai suoi comportamenti, ma anche per la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro o per la sicurezza alimentare, nei quali la sola vigilanza attuata dagli operatori dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, se pure strumento essenziale, non può essere pensata ed agita al di fuori di un sistema che preveda il coinvolgimento di altre istituzioni quali per es. le Direzioni Provinciali del Lavoro, l'Inail, ma anche delle stesse forze imprenditoriali e sociali nel primo caso, i produttori, i trasformatori e i distributori di alimenti destinati al consumo umano nel secondo.

Con il PSR veniva quindi individuato come fondamentale nel triennio:

- costruire una cultura condivisa in cui "la salute" divenga interesse globale dell'intero sistema regione e non solo del sistema sanitario;
- sviluppare azioni integrate per incidere sui principali determinanti negativi per la salute;
- trasformare "buone pratiche" in interventi consolidati ad attivare nuove sinergie tra i numerosi attori della prevenzione (amministrazioni centrali, amministrazioni locali, professionisti della salute, scuola, imprenditoria, forze sindacali, associazionismo, volontariato e privato sociale) mettendo in rete sistemi, competenze responsabilità in settori diversi sempre con l'obiettivo di promuovere la salute dei cittadini;
- promuovere una nuova visione di sanità pubblica, che deve diventare capace di interpretare i bisogni di salute della popolazione di riferimento, di condurre un'analisi dei rischi per la collettività, di prestare attenzione alle fasce più deboli e, infine, utilizzando gli strumenti della EBP di indicare ai decisori gli interventi più efficaci per poi misurarne l'impatto sulla popolazione.

In questa logica si inserivano le linee programmatiche per:

- la prevenzione delle malattie croniche (*come lotta all'obesità, alla inattività fisica, al tabagismo e alle patologie alcol-correlate*);
- il controllo delle malattie infettive (*attraverso il miglioramento della sorveglianza e della "rete regionale" per le emergenze di sanità pubblica, che deve diventare un reale sistema di osservazione e comunicazione tra i diversi punti periferici, i MMG, i PLS, i medici ospedalieri, che entrano in contatto con il malato e i Servizi di Sanità Pubblica e i Centri di Salute, cui spetta il compito di mettere in atto tutte le misure di contenimento necessarie*);
- la prevenzione degli eventi accidentali nella popolazione;
- il miglioramento del sistema degli screening oncologici su base regionale;
- il potenziamento della prevenzione nei luoghi di lavoro (*sia per quanto riguarda la prevenzione degli infortuni sul lavoro che per quanto riguarda la emersione delle malattie professionali e la prevenzione dei rischi occupazionali da sostanze cancerogene*);
- la sanità pubblica veterinaria e il sistema della sicurezza alimentare;
- la lotta al randagismo.

2.2 Il contesto economico nel 2009-2010

La stesura del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 si colloca all'indomani dell'avvio di una nuova legislatura in un contesto economico caratterizzato dall'essere, all'inizio della crisi economica, in condizioni abbastanza prossime a quelle dell'Italia settentrionale, ma con una serie di problemi strutturali irrisolti, quali il ridotto livello del Pil pro-capite e il ridotto livello della produttività del lavoro di circa dieci punti più basso rispetto alla media nazionale.

Le stime Istat per il 2009 mostrano per l'Umbria una riduzione del PIL pari al 5,9% superiore di quasi un punto rispetto alla media nazionale e molto vicina alle dinamiche dell'Italia settentrionale. I consumi delle famiglie la riduzione stimata per il 2009 è del - 2,2%, anche in questo caso superiore alla media nazionale (-1,9%) e più vicina ai dati delle regioni dell'Italia meridionale.

Ciò è coerente con l'impressione che l'Umbria sia una regione a macchia di leopardo dove coesistono aree più dinamiche e più duramente colpite dalla crisi, ma con maggiore capacità di ripresa, e aree inizialmente al riparo dalla crisi, grazie ad una serie di stabilizzatori (del tipo pubblico impiego, pensioni) che iniziano a soffrire con il passare dei mesi.

La crisi ha ovviamente avuto un impatto molto consistente sull'occupazione. Nel primo semestre del 2010 c'è stata una caduta dell'occupazione del -0,9% e la disoccupazione cresce del 14,3%. La riduzione degli occupati ha riguardato solo le donne. Si può quindi dire che i tassi di occupazione e disoccupazione si stanno progressivamente allontanando dagli standard del Nord e allineando soprattutto per l'occupazione femminile ai valori del Centro.

L'Umbria presenta quindi caratteri peculiari :

- piccola dimensione a cui si aggiunge una bassa densità demografica, che comporta costi unitari aggiuntivi di funzionamento e di gestione per via delle diseconomie di scala ad essa associate;

- spesa pubblica pro-capite originata dal livello locale (Regione ed enti locali) superiori alla media nazionale;
- capacità fiscale pro-capite lievemente inferiore alla media nazionale, che pone la regione tra quelle "beneficiarie" e perciò dipendenti dei trasferimenti a titolo di perequazione;
- conseguentemente un residuo fiscale (entrate fiscali meno spesa pubblica) pro-capite negativo, proprio per effetto della minore capacità fiscale e del più alto livello di spesa pubblica;
- offerta di servizi mediamente in linea con gli standard delle regioni più ricche e quindi più "costosa".

Si può quindi dire che dati e indicatori disegnano un quadro complessivo che conferma la sensazione di una regione caratterizzata da un alto livello di qualità della vita e coesione sociale, capace di ben utilizzare le risorse disponibili, assicurando quei servizi che sono fondamentali per la qualità della vita, che ha però il suo punto critico nel rischio di vedere cronicizzare la crisi, con conseguente logoramento del sistema produttivo regionale, causando una correzione strutturale al ribasso del suo sviluppo di lungo termine e della sua capacità di generare benessere.

Per il sistema sanitario umbro quindi la sfida dei prossimi anni è quella di riconfermare la propria natura universalistica difendendo ed allargando il diritto alla salute, aumentando la qualità dei servizi offerti, ma tenendo fermo il principio della sostenibilità finanziaria, che va intesa non come obiettivo, ma come presupposto necessario e vincolo ineludibile per conseguire gli obiettivi di tutela della salute propri del SSR.

Si tratta comunque di una sfida complessa perché in un quadro di grave contrazione delle risorse disponibili, l'approccio "ragionieristico" alla sanità rischia di avere il sopravvento appiattendolo la programmazione sull'economicità del sistema.

3 Le priorità del PRP 2010-2012

3.1 PRP 2005-2009 : i risultati e le criticità

Il Piano della Prevenzione 2005-2009 ha avuto il grande risultato di rendere "visibili" alcune attività strategiche, quali, per esempio, quelle di screening e quelle messe in campo per affrontare i temi della sicurezza nei luoghi di lavoro e innovative, quali le azioni preventive per promuovere la sicurezza in ambiente domestico o lungo le strade. Ha però complessivamente sofferto del fatto di essere una programmazione verticale, nella quale le linee di intervento e se si vuole anche le azioni progettuali sono state calate dall'alto e solo in parte accompagnate da un adeguato processo di partecipazione e di condivisione con i professionisti da un lato e la comunità dall'altro. Questo ha solo in parte influenzato il risultato complessivo, come può essere testimoniato dalla positiva valutazione da parte del Ministero, ma soprattutto dal miglioramento complessivo in termini di processo.

3.2 PRP 2010-2012: le priorità

Il livello di complessità raggiunto anche dalla società umbra e il quadro socio-economico sopra descritto hanno reso necessaria una riflessione profonda non tanto su quali linee del PNP attivare, quanto piuttosto su che tipo di impostazione dare a questo nuovo Piano della Prevenzione. In altri termini si è quindi ritenuto necessario mettere a fuoco "le lenti" con le quali andavano letti i progetti che avrebbero composto il Piano Operativo.

Si è quindi deciso che era fondamentale:

1. Sviluppare azioni integrate nella comunità per incidere sui principali determinanti

negativi di salute: con i progetti inseriti in questo Piano si intende infatti superare le criticità che hanno caratterizzato finora la programmazione in materia di promozione della salute:

- frammentarietà degli interventi sul territorio, che solo in alcuni casi hanno trovato ricomposizione all'interno della progettualità distrettuale e che quindi spesso non coglievano trasversalmente l'intera azienda sanitaria e tanto meno l'intero territorio regionale;
- progettazione a senso unico da parte degli operatori sanitari, con coinvolgimento dei settori della comunità non come portatori di interesse, ma esclusivamente come beneficiari;
- mancata copertura della popolazione nel suo complesso.

2. Attivare sinergie mettendo "in rete" sistemi, competenze e responsabilità:

praticamente in ognuno dei progetti di questo Piano si è puntato, per il raggiungimento degli obiettivi individuati, sulla messa in rete di competenze e professionalità del sistema sanitario, con altre appartenenti non solo ad istituzioni diverse, ma anche al mondo dell'imprenditoria o a quello dell'associazionismo. Ciò è stato reso possibile anche dal fatto che la messa in rete di professionisti è di fatto il modello che la Regione Umbria si è data con il nuovo Piano Sanitario Regionale 2009-2011, proprio per superare le criticità che si sono illustrate, con l'obiettivo di portare a sistema le attività più efficaci e di favorire il confronto tra operatori, al fine di omogeneizzare quanto più possibile le risposte non solo cliniche, ma anche e soprattutto organizzative e di processo.

3. Trasformare buone pratiche locali in interventi consolidati su scala regionale:

un'altra delle criticità da affrontare nel corso del prossimo biennio è proprio quella di superare la logica "particolare" di progetti pensati in ambito aziendale, trasferendo su scala regionale le esperienze maturate, soprattutto se si sono dimostrate efficaci per risolvere uno specifico problema di salute.

4. Superare le diseguità:

infine particolare attenzione verrà posta a quella quota di popolazione che vive in Umbria, ma appartiene a etnie diverse e che spesso trova difficoltà a muoversi nel sistema sanitario o addirittura ad essere raggiunta dalle azioni di prevenzione, come screening o vaccinazioni. Occorre ricordare tra l'altro che proprio in queste popolazioni, così come viene dimostrato sia dai Passi che da OKkio alla salute, l'essere inseriti in contesti socio-economici

molto diversi da quello di origine è uno dei fattori di rischio più serio rispetto alla salute (basta pensare per esempio come un'offerta di cibo molto diversa in termini sia quantitativi che qualitativi rispetto a quella del proprio paese di origine possa influenzare l'alimentazione).

3.3 Guida alla lettura

Il Piano operativo che segue è frutto dello sforzo di molti professionisti umbri che hanno collaborato alla progettazione tenendo presente non solo la visione in qualche modo strategica sopra richiamata, ma soprattutto quale problema di salute si cercava di risolvere.

Non sempre è stato possibile seguire l'indice proposto dal PNP proprio perché molte azioni progettuali sono state pensate e verranno agite con l'obiettivo di affrontare più di un problema di salute contemporaneamente.

Infine non è stato inserito alcun progetto rispetto al mantenimento dei sistemi di sorveglianza come Passi, Okkio, HbSC o Passi d'argento, perché ormai si può affermare che i risultati di ciascuno di essi vengono comunemente utilizzati sia dalle Direzioni Generali delle Aziende USL che dai programmatori regionali. Ciò non significa naturalmente che non sia necessaria una costante manutenzione, da un lato sostenendo le Aziende con finanziamenti ad hoc da parte del livello regionale dall'altro continuando a riflettere sulle opportunità che una così vasta quantità di informazioni può offrire per interpretare gli atteggiamenti della comunità e le sue risposte alle azioni che vengono progettate e realizzate.

Il piano operativo del PRP

1 La medicina predittiva

1. Medicina predittiva
1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia

1.1.1 La valutazione del rischio cardiovascolare in Umbria

Target (beneficiari)	Popolazione tra i 35 e i 69 anni (431.000 – Dati ISTAT al 31/12/2009)					
Attori	Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali Medici specialisti (cardiologi, diabetologi, etc.) che operano sul territorio e in ospedale Componenti il gruppo di lavoro del Progetto regionale Rischio Cardiovascolare Globale Medici di Medicina Generale (coordinatori équipes territoriali)					
Portatori di interesse	La comunità					
Obiettivo di salute	Ridurre la prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione umbra attraverso la diffusione della carta del rischio come strumento per l'identificazione dei soggetti a rischio e l'adozione di percorsi assistenziali efficaci per questi soggetti					
Descrizione sintetica	L'obiettivo che ci si prefigge con questo progetto è quindi il coinvolgimento dei MMG nell'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare, come strumento per diffondere nella popolazione target la consapevolezza del rischio e quindi la attenzione ad adottare uno stile di vita sano.					
Risultati attesi	Aumento della quota di soggetti ai quali viene calcolato e comunicato il livello di rischio cardiovascolare Definizione di percorsi assistenziali uniformi e adeguati per i soggetti con rischio cardiovascolare elevato					
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010*	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
% di popolazione alla quale viene calcolato il rischio cardiovascolare	Sistema PASSI	3%	15%		20%	
Medici di Medicina Generale formati			85%			
Medici che utilizzano strumento informatico per registrazione rischio cardio-vascolare			5%		15%	

* I dati si riferiscono all'anno 2009

Il contesto

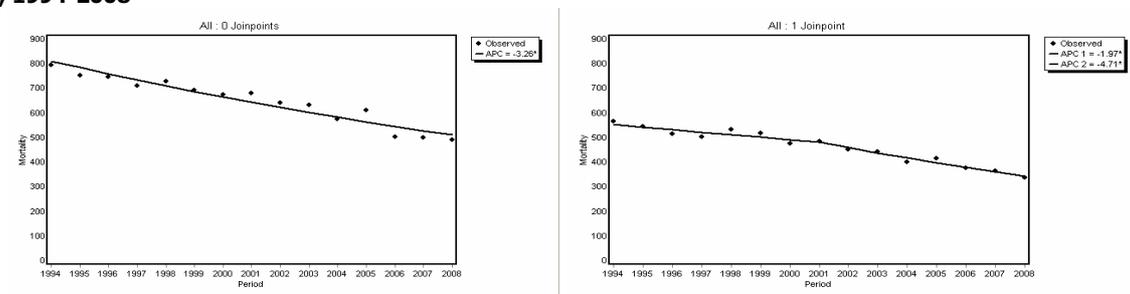
Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la principale causa di morte nel nostro Paese, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi; in particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 28% di tutte le morti.

In Umbria le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di mortalità e di morbosità. La mortalità per malattie del sistema circolatorio, infatti, costituisce il 41% e il 46% del totale dei decessi, nei maschi e nelle femmine rispettivamente. In particolare, le malattie ischemiche del cuore e quelle cerebrovascolari costituiscono nei maschi rispettivamente il 40% e il 33%, nelle femmine il 33% e il 32% di tutte le morti per questo settore di cause.

La distribuzione del rischio coronarico sul territorio regionale evidenzia per i maschi valori dei tassi standardizzati di mortalità (SMR) più elevati in alcuni comuni della Valnerina e del Tuderte; nel sesso femminile la distribuzione territoriale è più omogenea.

Tuttavia, i tassi di mortalità per malattie del sistema cardio-circolatorio sono in costante, significativa, diminuzione nei due sessi; gli indici diminuiscono del 28% nei maschi e del 29% nelle femmine. Tale diminuzione si riscontra, evidentemente, anche per i due gruppi più importanti, le malattie ischemiche del cuore e le malattie circolatorie dell'encefalo.

Fig. 1 : Trend temporali di mortalità per malattie del sistema cardio-circolatorio, maschi (a sinistra) e femmine (a destra), 1994-2008



Nel 2009 le malattie cardiovascolari rappresentavano la principale causa di ricovero con circa 5.000 dimissioni per patologie ischemiche del cuore e circa altrettante dimissioni per malattie cerebrovascolari.

I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi (fumo, obesità, sedentarietà, ipertensione arteriosa, valori elevati della colesterolemia, diabete): la probabilità di sviluppare malattia dipende dalla rilevanza dei singoli fattori di rischio e dalla loro combinazione.

Valutare le caratteristiche di diffusione di questi fattori consente di effettuare interventi di sanità pubblica mirati nei confronti di sottogruppi di popolazione specifici maggiormente a rischio.

La principale fonte di dati sui fattori di rischio cardiovascolare è il rapporto PASSI 2009.

In Umbria i fumatori rappresentano il 31% delle persone tra i 18 e i 69 anni; la prevalenza di fumatori è più elevata tra gli uomini, le persone con meno di 50 (in particolare tra i 18 e i 24 anni) e tra le persone con difficoltà economiche. L'Umbria mostra una percentuale di fumatori tra le più alte a livello nazionale.

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 13 sigarette al giorno; tra questi, il 7% fuma oltre 20 sigarette al dì e quindi deve essere considerato un "forte fumatore".

Fig. 2 : Abitudine al fumo di sigaretta Umbria – PASSI 2009

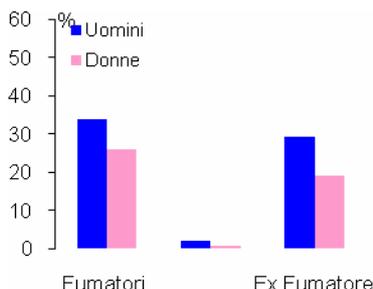
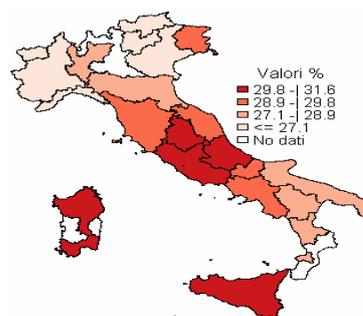


Fig. 3 Fumatori Pool ASL – PASSI 2009



I dati Passi 2009 evidenziano come in Umbria il 45% delle persone tra i 18 e i 69 anni presenta un eccesso ponderale (il 33% sovrappeso e il 12% obeso) con valori leggermente superiori a quelli medi nazionali (42%). L'eccesso ponderale è più frequente col crescere dell'età, negli uomini e nelle persone con basso livello di istruzione.

Nella popolazione in sovrappeso emerge ancora una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo la metà percepisce il proprio peso come "troppo alto", la maggior parte giudica la propria alimentazione in senso positivo e più di una persona su quattro è aumentata di peso nell'ultimo anno. La dieta per ridurre o controllare il peso è praticata solo dal 23% delle persone in eccesso ponderale, mentre è più diffusa la pratica di un'attività fisica moderata (76%).

Fig. 4 : Situazione nutrizionale della popolazione Umbria – PASSI 2009

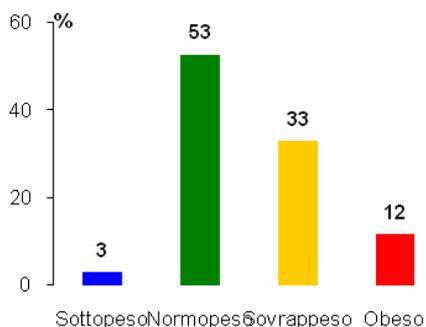
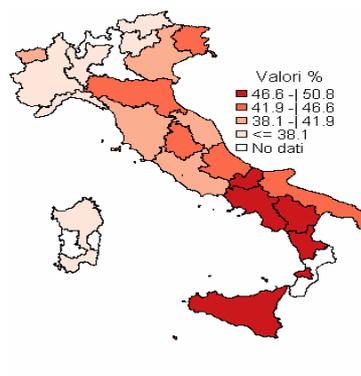


Fig. 5: Persone con eccesso ponderale Pool ASL – PASSI 2009



L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario, invece, contribuisce allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello di attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Sebbene complessivamente l'Umbria mostri percentuali di sedentarietà significativamente inferiori rispetto al pool nazionale, nella nostra regione solo il 35% delle persone tra i 18 e i 69 anni ha uno stile di vita attivo, conduce cioè un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 42% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 23% è completamente sedentario.

La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle donne, tra le persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche.

Fig 6 : Livello di attività fisica Umbria – PASSI 2009

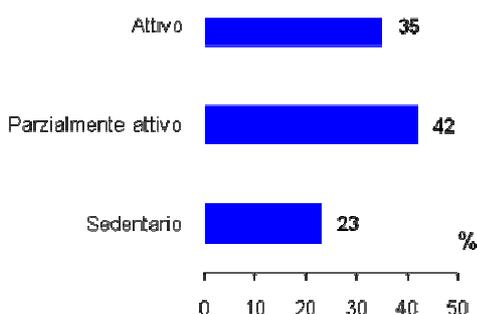
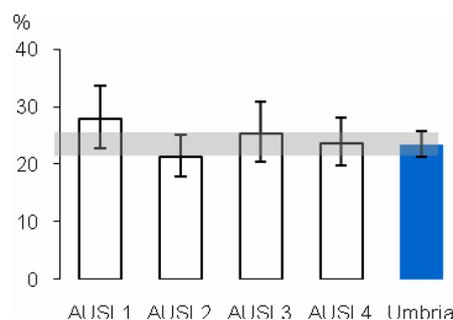


Fig. 7: Persone sedentarie ASL Umbria – PASSI 2009



L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare molto diffuso che si correla con malattie rilevanti quali ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale.

Il costo dell'ipertensione in termini di salute oltre che economici è assai rilevante e pertanto la prevenzione e il trattamento adeguato di questa condizione sono fondamentali.

I dati PASSI 2009 mostrano una prevalenza di ipertensione arteriosa nelle persone tra i 18 e i 69 anni del 22%, lievemente superiore al dato medio nazionale (20%) e più diffusa al crescere dell'età (43% nella fascia 50-69 anni), nelle persone con livello di istruzione molto basso e con eccesso ponderale.

Fig. 8 :Persone con diagnosi riferita di ipertensione arteriosa Pool ASL - PASSI 2009

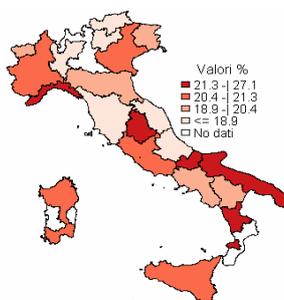
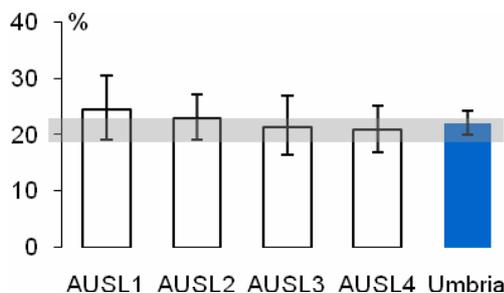


Fig. 9 : Persone con diagnosi riferita di Umbria - PASSI 2009



In Umbria la percentuale di ipertesi trattata con farmaci antipertensivi è il 76 %, in linea col dato nazionale (76%). Si stima quindi che in Umbria, nella fascia d'età 18-69 anni, una persona su cinque sia ipertesa; questa proporzione aumenta fino a oltre il 40 % sopra i 50 anni.

L'identificazione precoce delle persone ipertese grazie a controlli regolari dei valori della pressione arteriosa (specie sopra ai 35 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità. Le linee guida internazionali raccomandano la misurazione della pressione arteriosa al di sopra dei 18 anni con periodicità non superiore a due anni nei soggetti normotesi e ad un anno in quelli con valori borderline (pressione sistolica di 120-140 mmHg e/o diastolica di 80-90). In Umbria circa una persona su sei non è stata sottoposta a misurazione della pressione arteriosa negli ultimi due anni.

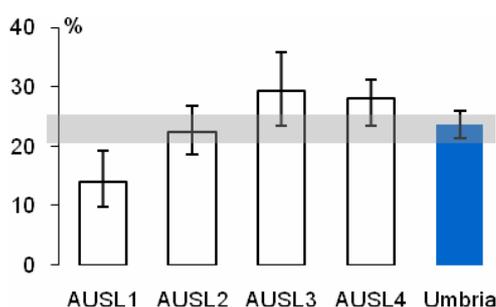
L'attenzione al consumo di sale, la perdita di peso nelle persone con eccesso ponderale e l'attività fisica costante rappresentano misure efficaci per ridurre i valori pressori, indipendentemente dalla necessità anche di un trattamento farmacologico. Il consiglio di adottare misure comportamentali e dietetiche per ridurre la pressione negli ipertesi viene fornito a circa l'80% degli ipertesi umbri.

Una concentrazione elevata di colesterolo nel sangue rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica. Nella maggior parte dei casi l'ipercolesterolemia è legata a una non corretta alimentazione, a sovrappeso, fumo, sedentarietà e diabete, raramente è dovuta ad un'alterazione genetica. La compresenza di fattori di rischio accresce il rischio cardiovascolare. Si stima che una riduzione del 10% della colesterolemia totale possa ridurre la probabilità di morire di una malattia cardiovascolare del 20% e che un abbassamento del 25% dimezzi il rischio di infarto miocardico.

L'identificazione precoce delle persone con ipercolesterolemia grazie a controlli regolari (specie sopra ai 40 anni) costituisce un intervento efficace di prevenzione individuale e di comunità: un ruolo determinante per individuare precocemente e trattare adeguatamente i soggetti ipercolesterolemici può essere svolto dai Medici di Medicina Generale.

In Umbria l'83% delle persone tra i 18 e 69 anni ha effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia; la prevalenza dell'ipercolesterolemia è pari al 24%, in linea col dato medio nazionale, ed è maggiore nelle classi d'età più avanzate, tra coloro che hanno un basso livello di istruzione e con eccesso ponderale. Il 25% delle persone con ipercolesterolemia è in trattamento farmacologico.

Fig. 10 : Ipercolesterolemia riferita Umbria - PASSI 2009



In Umbria, quindi, nella fascia d'età 18-69 anni, circa una persona su quattro ha valori elevati di colesterolemia, fino a salire a oltre una persona su tre sopra i 50 anni.

Al 70% delle persone con ipercolesterolemia è stato consigliato da un medico di adottare misure dietetiche e comportamentali, indipendentemente dal trattamento farmacologico; infatti, in molti casi i valori di colesterolo nel sangue possono essere controllati semplicemente svolgendo attività fisica regolare e/o seguendo una dieta appropriata.

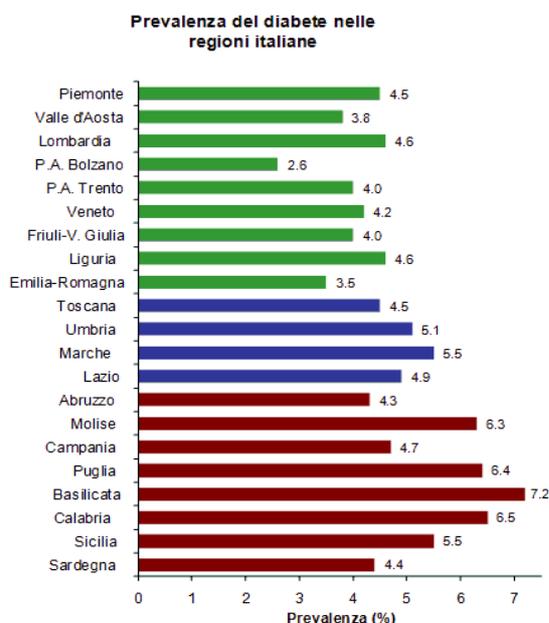
Ogni anno in Umbria si verificano circa 140 decessi per diabete mellito insulino-dipendente per un tasso standardizzato di mortalità di 17,8 x 100.00 nei maschi e di 13 x 100.000 nelle femmine. La distribuzione regionale della mortalità mostra un evidente eccesso di morti, in ambo i sessi, nel territorio della Azienda USL3.

Complessivamente, dal 1994 al 2008, si assiste a una diminuzione della mortalità per diabete in ambo i sessi, tuttavia dagli anni 2000 si è verificato un incremento, anche se non significativo forse legato anche a un cambiamento dei criteri di diagnosi, e quindi di codifica, da parte dei medici necroscopi nel definire la causa principale della morte.

La prevalenza del diabete in Umbria è stimata, sia dai dati ISTAT 2009 sia da quelli del PASSI 2009, intorno al 4-5%.

Fig. 11

Fonte ISTAT 2009, elaborazione ISS



La prevalenza di diabete cresce con l'età (nella fascia 50-69 anni circa una persona su dieci ha dichiarato di avere una diagnosi di diabete), ed è maggiore nelle persone con un basso livello di istruzione e con eccesso ponderale.

Secondo i dati del Ministero della Salute e riguardanti il "Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali!" per l'anno 2008, il tasso di ospedalizzazione per diabete globale per 100.000 residenti è pari in Umbria a 34,9, nettamente più basso del dato medio interregionale di 53,9; questo dimostra una maggiore presa in carico del paziente diabetico da parte del medico di famiglia e del distretto e, quindi, di una continuità nell'assistenza territoriale. Infatti, il ricovero, e soprattutto i ricoveri ripetuti, per pazienti tra i 50 e i 74, è spesso il segno che questa presa in carico manca e che il servizio non è adeguato. L'identificazione e il corretto trattamento delle persone a rischio di malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi della prevenzione primaria individuale ed è ai MMG che spetta un ruolo di primo piano nell'identificazione dei soggetti a rischio e nell'avvio di opportune attività di prevenzione e terapia. Ad oggi non ci sono strategie di screening per identificare i pazienti a rischio di sviluppare un evento cardiovascolare: semplicemente, le linee guida europee raccomandano di sottoporre a valutazione del rischio tutti i soggetti tra i 40 e i 69 anni, indipendentemente dalla loro storia clinica e/o dall'utilizzo di terapie farmacologiche. Per quantificare un rischio che tenga conto dell'eziologia multifattoriale delle malattie cardiovascolari (detto rischio cardiovascolare globale assoluto), l'Istituto Superiore di Sanità ha messo a punto due strumenti: la carta del rischio cardiovascolare e il punteggio del rischio individuale, due strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal medico per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi. La carta del rischio cardiovascolare prende in considerazione sei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistolica e colesterolemia totale. E' utilizzabile su donne e uomini di età compresa fra 40 e 69 anni che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari. Dalla carta è evidente l'interazione sinergica tra i principali fattori di rischio considerati e il continuum del rischio di popolazione, che rende necessaria un'intensa attività preventiva nei confronti delle persone da tenere sotto controllo con lo stile di vita, ovvero con rischio $\geq 5\%$ e $< 20\%$. Sono queste, infatti, le persone che in termini assoluti producono, proprio perché più numerose, il maggior numero di eventi e che, non trovandosi in una condizione di alto rischio, hanno minori opportunità di ricevere informazioni adeguate. Il punteggio individuale differisce dalla carta per alcune caratteristiche: la valutazione del rischio offerta dal punteggio è espressa in forma puntuale; oltre ai fattori di rischio considerati nella carta, il punteggio tiene anche conto del valore del colesterolo HDL e della prescrizione di farmaci antipertensivi; nel calcolo del punteggio individuale viene incluso anche il quinquennio di età 35-39. Per queste differenze la valutazione del rischio attraverso i due strumenti può risultare un po' diversa. Il calcolo del rischio cardiovascolare può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita. Inoltre, il calcolo del rischio cardiovascolare è anche un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette. Secondo i dati PASSI 2009, in Umbria la percentuale degli intervistati tra i 35 e i 69 anni che ha riferito di aver avuto il calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare è solo il 3%, significativamente inferiore al dato medio nazionale (7%), dimostrando che nella nostra regione questi strumenti sono ancora largamente inutilizzati da parte dei medici.

Fig. 12 : Calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare Pool ASL - PASSI 2009

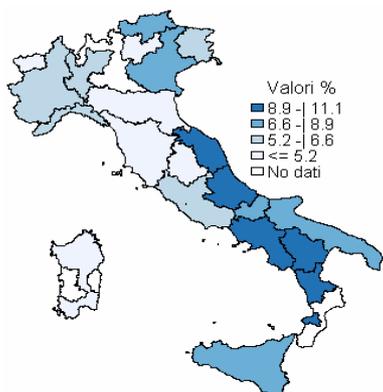
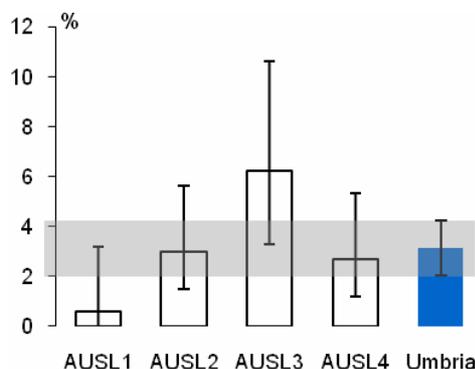


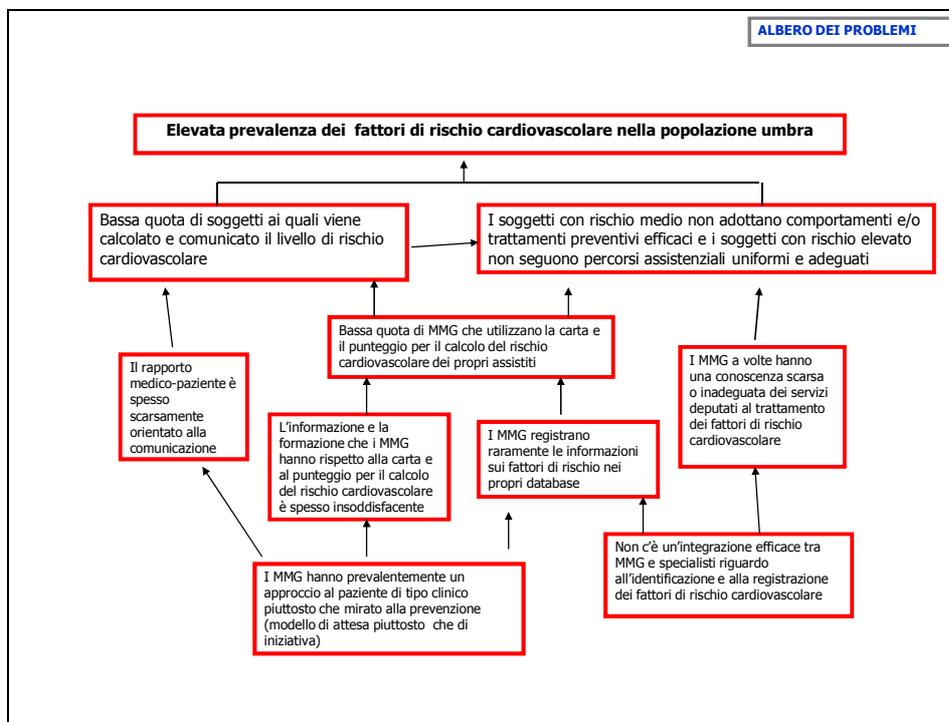
Fig. 13 : Calcolo del punteggio del rischio Umbria - PASSI 2009



I problemi

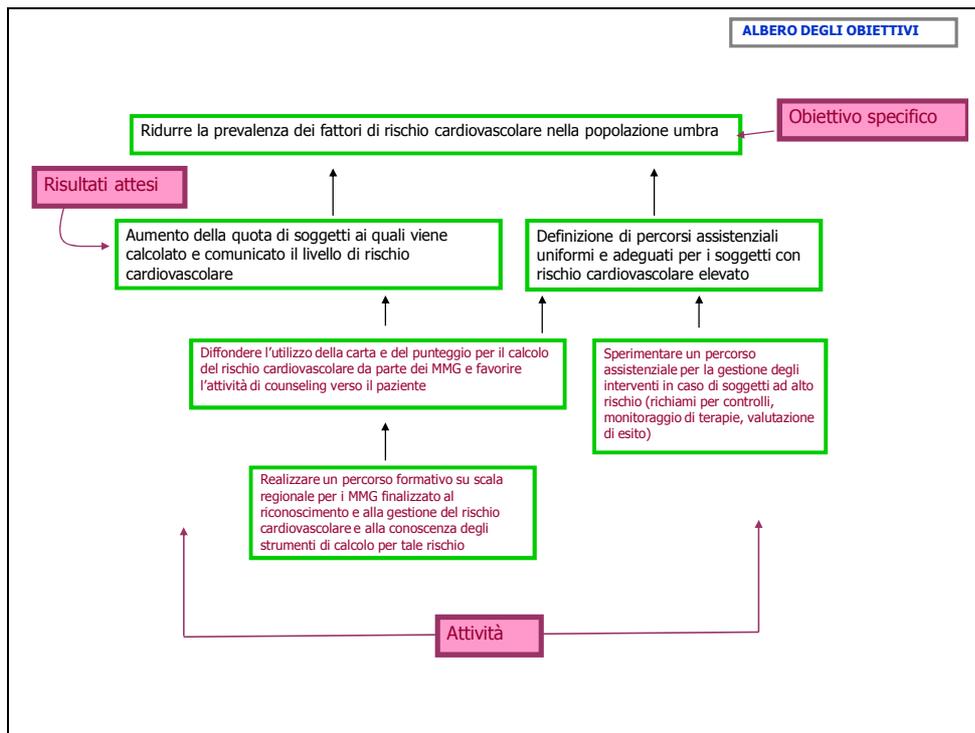
L'alta numerosità di eventi (morti e ricoveri) per malattie cardiovascolari e l'elevata diffusione dei principali fattori di rischio ad esse correlate, come emerge dal quadro di contesto, giustificano la necessità di interventi di prevenzione primaria nella nostra regione.

In generale, i MMG non registrano nei loro database i fattori di rischio cardiovascolare dei propri assistiti, con l'eccezione di sesso, età e diabete. La sottonotifica coinvolge anche i pazienti già in trattamento antiipertensivo e/o lipidico. Nella pratica clinica, infatti, i MMG valutano la presenza o meno del rischio cardiovascolare nei loro pazienti sulla base di variabili oggettive, della conoscenza della storia clinica dei pazienti, della loro percezione ed esperienza clinica piuttosto che mediante l'utilizzo della carta del rischio, come emerge dai dati sulla diffusione e l'utilizzo a livello regionale della carta e del punteggio cardiovascolare. Tutto ciò si ripercuote negativamente sulla stima e la relativa comunicazione del rischio nonché sull'adozione di adeguati trattamenti preventivi.



Gli obiettivi e i risultati attesi

L'obiettivo che ci si prefigge con questo progetto è quindi il coinvolgimento dei MMG nell'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare, come strumento per diffondere nella popolazione target la consapevolezza del rischio e quindi la attenzione ad adottare uno stile di vita sano. Per fare ciò accanto ad un forte investimento sotto il profilo della formazione è però necessario avviare una negoziazione nell'ambito dell'accordo per il rinnovo della convenzione con la MMG, al fine anche di "convincere" i professionisti ad utilizzare uno strumento informatico, possibilmente uniforme sul territorio regionale per la registrazione del rischio attribuito a ciascun paziente. E' inoltre necessario un grosso coinvolgimento delle Direzioni Sanitarie per la costruzione di percorsi dedicati che rappresentino in qualche modo la risposta organizzativa alla medicina di iniziativa per la patologia cronica.



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Ridurre la prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione umbra	Prevalenza dell'abitudine al fumo Prevalenza di ipertensione arteriosa % di popolazione in eccesso ponderale % di popolazione che fa attività fisica moderata o intensa	Sistema PASSI	
Risultato atteso 1	Aumento della quota di soggetti ai quali viene calcolato e comunicato il livello di rischio cardiovascolare	% di popolazione alla quale viene calcolato il rischio cardiovascolare	Sistema PASSI	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1	Realizzare percorso formativo su carta del rischio e attività di counselling			
<i>Attività 1.1.1</i>	<i>Progettare formazione</i>			
<i>Attività 1.1.2</i>	<i>Realizzare intervento formativo in ciascuna Azienda USL</i>			
		Mezzi e risorse	Costi	
Risultato atteso 2	Definire percorsi assistenziali uniformi e adeguati per i soggetti con rischio cardiovascolare elevato			
Attività 2.1	Progettare percorsi assistenziali specifici per paz. ad alto rischio			
Attività 2.3	Sperimentare percorsi assistenziali specifici in almeno 2 aziende USL			
Attività 2.4	Individuare supporto informatico per la registrazione del rischio valutato			

2 La prevenzione universale

2. Prevenzione universale

2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale

2.1.1 Giovani e guida sicura

Target	Giovani di età compresa tra i 15 ed i 24 anni residenti in Umbria					
Attori	Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare, Direzione sanità e servizi sociali, Regione Umbria Coordinatori e operatori della rete dei Servizi delle 4 Aziende USL					
Portatori di interesse	EELL Genitori - Insegnati - Gruppo dei pari Associazioni di categoria UNASCA e CONFEDER.T.T.A.I., Insegnanti ed Istruttori delle Autoscuole Organizzatori eventi ricreativi e del tempo libero, gestori ed operatori dei locali pubblici DJ Redazioni Mass Media (Radio, TV e Organi di Stampa locali)					
Obiettivo di salute	Ridurre il tasso di incidenti stradali connessi alla guida sotto l'effetto di alcol e/o sostanze o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale negli giovani di età compresa tra i 15 ed i 24 anni del 10% nel triennio rispetto al valore dell'anno 200					
Descrizione sintetica	<p>Portando a sistema l'esperienza avviata con il progetto "Scegliere la strada della sicurezza" nelle 4 asl, gli operatori sociosanitari della rete della promozione della salute che partecipano al Percorso formativo del Progetto CCM "Sviluppare a livello locale la promozione della salute, secondo i principi del programma Guadagnare Salute", coinvolgeranno insegnanti ed istruttori delle autoscuole dell'Umbria al fine di favorire la guida sicura tra i patentandi, in particolare giovani tra i 15 ed i 24. In particolare gli insegnanti e gli istruttori delle autoscuole, adeguatamente formati, inseriranno in ciascun corso per i patentandi di almeno 1 ora dedicata alla guida sicura.</p> <p>Accanto a ciò, il progetto prevede il coinvolgimento delle associazioni di categoria (ad es. Confcommercio) per organizzare incontri nei locali e nei luoghi del divertimento con iniziative che possono attrarre i giovani. In questo intervento verranno coinvolti peer educators e gestori e operatori dei locali pubblici.</p> <p>I PI affronteranno il tema del rischio alla guida nella loro attività professionale con maggiore competenza e consapevolezza, sicuri anche di poter contare sul sostegno di una rete di professionisti nelle aziende sanitarie e il consenso della comunità locale.</p>					
Risultati attesi	Incremento del n. di giovani di età compresa tra i 15 ed i 24 anni residenti in Umbria informati sui rischi causati dalla guida in stato di ebbrezza					
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° giovani informati sui rischi causati dalla guida in stato di ebbrezza	Questionari sistemi di sorveglianza Database Camera di Commercio					
% autoscuole coinvolte			60% delle autoscuole		90% di autoscuole	
% autoscuole che hanno previsto 1 ora sul tema guida sicura nel corso per patentandi			60% delle autoscuole coinvolte		70% delle autoscuole coinvolte	
N° questionari di valutazione corretti / N° questionari distribuiti	Questionari sistemi di sorveglianza Focus group	.	70% questionari di valutazione compilati correttamente		70% questionari di valutazione compilati correttamente	
N° eventi ricreativi nel corso dei quali è stato previsto uno stand informativo			Almeno 3 eventi ricreativi		Almeno 5 eventi ricreativi	

Il contesto

Indicazioni nazionali

Nel 2008, secondo la fonte ISTAT-ACI, gli incidenti stradali registrati nel nostro Paese sono stati 218.963, con 4.731 morti e 310.739 feriti con un trend in diminuzione (nel 2007 rispettivamente - 5,2, -7,8, -4,6). Tale riduzione è probabilmente conseguenza dell'emanazione di norme per il controllo nei conducenti dell'alcolemia e alla definizione del tasso alcolemico massimo consentito durante la guida, di una maggiore efficienza dei servizi di primo soccorso e delle strutture sanitarie in genere, ma anche dell'attuazione di numerose iniziative formative e campagne informative - educative per la diffusione di comportamenti corretti alla guida.

Un problema nel problema è però rappresentato dall'elevato numero di morti ed invalidi causati dagli infortuni stradali tra i giovani che guidano sotto l'influenza dell'alcol. In Italia costituiscono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione al di sotto dei 40 anni ed il 25% dei decessi per tale causa interessa i giovani di età compresa tra i 15 ed i 24 anni.

E' ormai accertato che il consumo di alcol è un importante fattore di rischio associato agli incidenti: sin dagli anni '60, le evidenze dimostrano che i soggetti che guidano in stato di ebbrezza hanno un rischio maggiore di restare coinvolti in un incidente stradale rispetto ai soggetti sobri. Negli adolescenti, il rischio di essere coinvolti in un incidente stradale alcolcorrelato è 5 volte superiore a quello degli ultra 64enni.

Portatori di interesse nei contesti formali ed informali

Accanto ad una già scarsa percezione del rischio, propria dell'adolescenza, alcuni fenomeni possono contribuire in maniera decisiva a rendere ancor più problematico l'approccio alla prevenzione degli incidenti stradali e dunque ad aumentare il numero degli incidenti stradali tra i giovani.

I **messaggi della pubblicità commerciale** tendono a sovrastare le campagne di prevenzione che spesso utilizzano un linguaggio declinato in modo non adeguato al target, specifico per età, genere, cultura di appartenenza - sociale, etnica ecc. -

La **famiglia** e la **scuola**, pur essendo sistemi educativi fondamentali, non sempre si rivelano utili nel far transitare messaggi finalizzati alla prevenzione: infatti, **genitori ed insegnanti** sono certamente soggetti attivi della prevenzione, ma, durante l'adolescenza, la loro influenza tende a diminuire e il loro ruolo ad assumere meno importanza relativamente ai comportamenti da adottare ed alle scelte di vita.

Gli **operatori sanitari**, ormai ampiamente a conoscenza di questi aspetti, possono non riuscire a organizzare interventi metodologicamente corretti - cioè mirati al target, coordinati, protratti nel tempo, di comunità, ecc. - vuoi perché talvolta stentano a riconoscere tale problematica come appartenente alla propria *mission*, vuoi perché difficilmente hanno a disposizione sufficiente personale dedicato.

Neo patentati e nuova cultura del bere

Le conoscenze acquisite circa le cause degli incidenti stradali, hanno portato ad identificare alcuni comportamenti personali collegati ad una scarsa percezione del rischio che, sommati ad alcuni aspetti riferiti alla inesperienza alla guida dei neopatentati ed alle modalità di assunzione di alcolici. Sono decisivi nel determinare la gravità degli incidenti stradali.

Da un lato è infatti nota la "**vulnerabilità**" del **neopatentato** nei primi mesi dopo aver conseguito la patente alla guida: per un periodo particolarmente delicato di circa un mese e poi con minore frequenza nei successivi sei mesi alcune condizioni esterne insolite, imprevedute e/o decisamente avverse - il traffico, il fondo stradale, l'ora del giorno ed il giorno della settimana, la luce, il tempo meteorologico, la guida di un mezzo che ancora non si padroneggia, ecc. - possono rappresentare insidie pericolose per chi non è ancora un guidatore esperto.

Dall'altro è altrettanto noto l'emergere del **bere alcolici in maniera smodata** (*binge drinking*): si pensi allo sbalzo del fine settimana o in occasione di eventi particolari - feste, concerti, raduni, partite di calcio, ecc. - o alla moda degli aperitivi; non va dimenticato che questi comportamenti già di per sé pericolosi, lo diventano ancor di più se associati alla mancanza di sufficienti ore di sonno e/o al consumo di alcol fuori pasto.

I due fattori - inesperienza alla guida e sbalzo -, ancor più se associati, costituiscono una miscela pericolosissima che talvolta può essere ulteriormente aggravata dalla pressione del gruppo dei pari o, più genericamente, della comunità di appartenenza che, considerando l'alcol poco o addirittura per nulla pericoloso, possono rinforzare l'uso come comportamento da esibire per sfida o dimostrazione di forza.

Fattori ambientali

Gli interventi strutturali ed ambientali per migliorare la sicurezza stradale ed aumentare la possibilità di guidare in condizioni di sobrietà hanno una loro specifica importanza che occorre non sottovalutare.

Talvolta, potrebbe contribuire ad evitare gli incidenti stradali, il miglioramento delle condizioni della viabilità - buche sul manto stradale, incroci e curve pericolosi, ecc. - e la limitazione degli orari e degli esercenti per l'acquisto di alcolici.

Le norme, recentemente rese più rigorose in materia di sicurezza stradale dal codice della strada, debbono trovare una puntuale applicazione ed essere associate ad un uso più frequente dell'alcoltest, soprattutto in occasione di situazioni già conosciute come altamente rischiose (ritorno dalla discoteca il sabato notte, concerti, eventi sportivi, ecc.

Gli incidenti stradali in Umbria

Dai dati ISTAT – ACI del 2008, in Umbria si sono registrati 3.312 incidenti stradali; i decessi a seguito di incidente sono 82, le persone infortunate 4.694. In Umbria si verificano 37,2 incidenti ogni 10.000 abitanti, valore superiore a quello medio nazionale (36,6). L'andamento è in diminuzione rispetto all'anno precedente (-7,3 per cento): come a livello nazionale, anche in sede locale, il trend può ritenersi conseguenza dell'emanazione delle norme per il controllo dell'alcolemia nei conducenti, della maggiore efficienza dei servizi di primo soccorso e delle strutture sanitarie in genere, dell'attuazione di numerose iniziative formative e campagne informative - educative per la diffusione di corretti comportamenti alla guida.

Tab. 1 Incidenti stradali, morti e feriti in Umbria e nelle Province - Anno 2008 - ISTAT-ACI (valori assoluti)

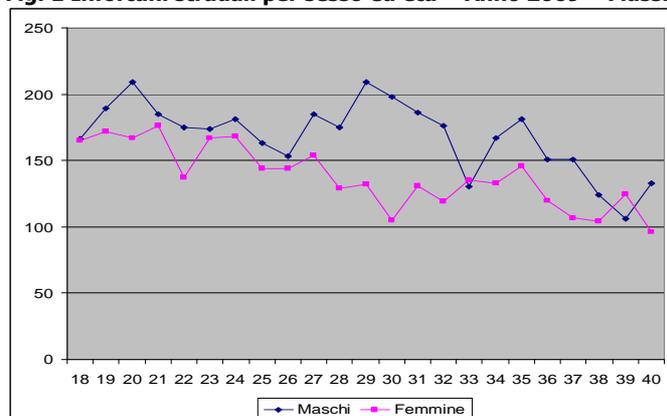
Province Regioni	Totale incidenti		di cui incidenti mortali			
	N	Persone infortunate		N	Persone infortunate	
		Morti	Feriti		Morti	Feriti
Perugia	2.327	67	3.324	64	67	38
Terni	985	15	1.370	15	15	11
Umbria	3.312	82	4.694	79	82	49

Per ciò che riguarda l'età ed il sesso, confrontando i dati ACI-ISTAT sugli incidenti stradali con i dati estratti dal flusso del Pronto Soccorso degli ospedali umbri *, si può osservare come anche nella nostra regione il numero dei maschi sia costantemente superiore al numero delle femmine e come il trend tenda ad aumentare a partire dai 18 anni di età e quindi a decrescere costantemente dopo i 24.

Tab. 2 Infortuni stradali per sesso ed età - Anno 2009 – Flussi PS Umbri

Età	Maschi	Femmine
18	166	165
19	189	172
20	209	167
21	185	176
22	175	137
23	174	167
24	181	168
25	163	144
26	153	144

Fig. 1 Infortuni stradali per sesso ed età - Anno 2009 – Flussi PS Umbri



Un altro dato da mettere in rilievo riguarda la mortalità per sesso e classi d'età.

I dati ISTAT- ACI disegnano un quadro particolarmente preoccupante: è evidente infatti come nella fascia 20 - 24 anni si concentri il maggior numero di decessi: in valore assoluto, sono 37.582 i morti contro i 31.584 della fascia di età 15 -19 e contro i 6.095 della fascia di età 10 – 14; anche guardando alle classi di età superiori l'andamento, sebbene sia meno evidente, tende a mantenersi costante: 21.396 nella fascia di età 45 – 49 e 12.730 nella fascia di età 55 - 59.

Tab. 3 Morti e feriti per sesso e classe di età – Anno 2008 - ISTAT-ACI - (valori assoluti)

CLASSI DI ETA	Morti			Feriti		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Totale 0 - 4	14	11	25	1.342	25691.227	2569
5 - 9	7	11	18	2.098	1.661	3.759
10 -14	31	12	43	3.622	2.473	6.095
15 -19	286	74	360	21.138	10.446	31.584
20 -24	361	79	440	23.993	13.589	37.582
25 -29	394	59	453	21.958	12.632	34.590
30 - 34	388	55	443	21.813	12.269	34.082
35 - 39	324	55	379	19.306	11.103	30.409
40 - 44	293	54	347	16.863	9.888	26.751
45 - 49	258	58	316	13.280	8.116	21.396
50 -54	200	47	247	10.396	6.274	16.670
55 -59	174	39	213	7.584	5.146	12.730
60 -64	153	47	200	6.133	4.121	10.254
65 -69	189	46	235	5.202	3.475	8.677
70 - 74	170	82	252	4.553	3.114	7.667
75 - 79	174	77	251	3.620	2.306	5.926
80 - 84	150	66	216	2.283	1.488	3.771
85 - 89	85	30	115	898	590	1.488
90 - 94	13	11	24	108	78	186
95 - 99	3	4	7	23	27	50
Imprecisata	99	48	147	7.666	6.837	14.503
Totale	3.766	965	4.731	193.879	116.860	310.739

Prendendo in esame il sistema di sorveglianza PASSI, dai dati relativi al consumo di alcol, si evince che la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è risultata pari al 64% nel 2008 mentre nel 2009 il 9% degli adulti astemi di 18-69 anni dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol ed il 7% riferisce di aver viaggiato insieme ad una persona che guidava sotto l'effetto dell'alcol (Figura 1 e 2).

Fig. 2 Consumo nell'ultimo mese di bevande alcoliche - PASSI 2009

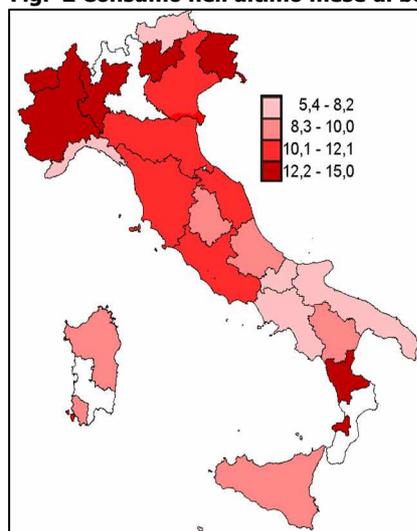
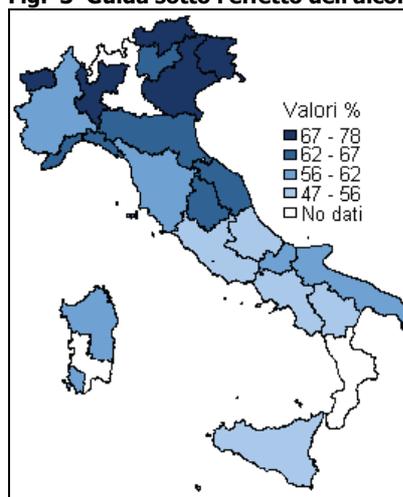


Fig. 3 Guida sotto l'effetto dell'alcol - PASSI 2009



Anche in Umbria dunque gli incidenti stradali alcolcorrelati in particolare tra i giovani di età compresa tra i 15 ed i 24 anni rappresentano un problema diffuso che genera un impatto drammatico nell'opinione pubblica.

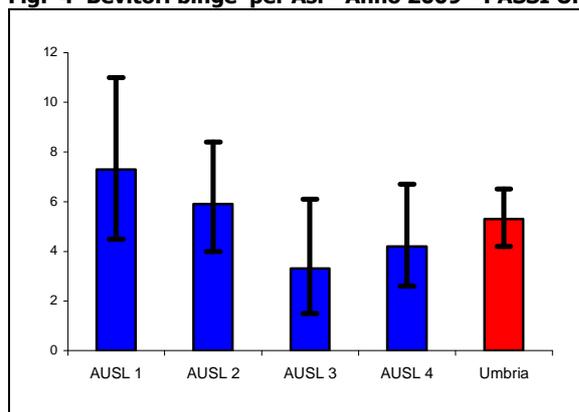
Nonostante ciò, le energie per affrontarlo appaiono ancora insufficienti e secondo i dati PASSI 2009, solo il 13% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol e solo il 3% dei bevitori a rischio ha ricevuto il consiglio di bere meno da un sanitario negli ultimi 12 mesi.

Tab. 4 Attenzione degli operatori sanitari umbri rispetto al consumo di alcol - Anno 2009 – PASSI Umbria

Persone cui un medico o un operatore sanitario ha chiesto se bevono*	13%
Bevitori che hanno ricevuto il consiglio di bere meno	2%
Bevitori a rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno	3%

In Umbria, il *binge drinking* riguarda il 5% degli intervistati ed è associato in maniera statisticamente significativa con la giovane età (18 - 24 anni), il sesso maschile e l'avere molte difficoltà economiche. La percentuale più elevata di bevitori *binge* si registra nella Aus1 (range: 3% della Aus3 - 7% della Aus1).

Fig. 4 Bevitori binge per Asl - Anno 2009 - PASSI Umbria



Il Progetto "Scegliere la strada della sicurezza: interventi di prevenzione degli incidenti stradali"

Per fronteggiare il problema degli incidenti stradali, nel precedente Piano locale di Prevenzione Anni 2005 - 2008, la Regione dell'Umbria ha già avviato e portato a termine il Progetto "Sostegno alle funzioni di interfaccia tra la Regione Umbria ed il CCM" (DGR n. 1883 del 26.11.2007) che puntava in modo particolare su di un pacchetto formativo denominato "Scegliere la strada della sicurezza: interventi di prevenzione degli incidenti stradali"*.

Il progetto, al fine di garantire l'omogeneità dell'intervento sul tutto il territorio regionale ed in un'ottica di ottimizzazione delle competenze e delle risorse, è stato elaborato a livello regionale da un gruppo multidisciplinare e multiprofessionale di operatori delle quattro aziende USL d'intesa con le Associazioni di categoria delle autoscuole UNASCA e CONFEDER.T.T.A.I.. In tale contesto è stato formato un primo nucleo di operatori e realizzato un unico modulo formativo regionale rivolto ad insegnanti ed istruttori delle autoscuole in quanto "moltiplicatori dell'azione preventiva".

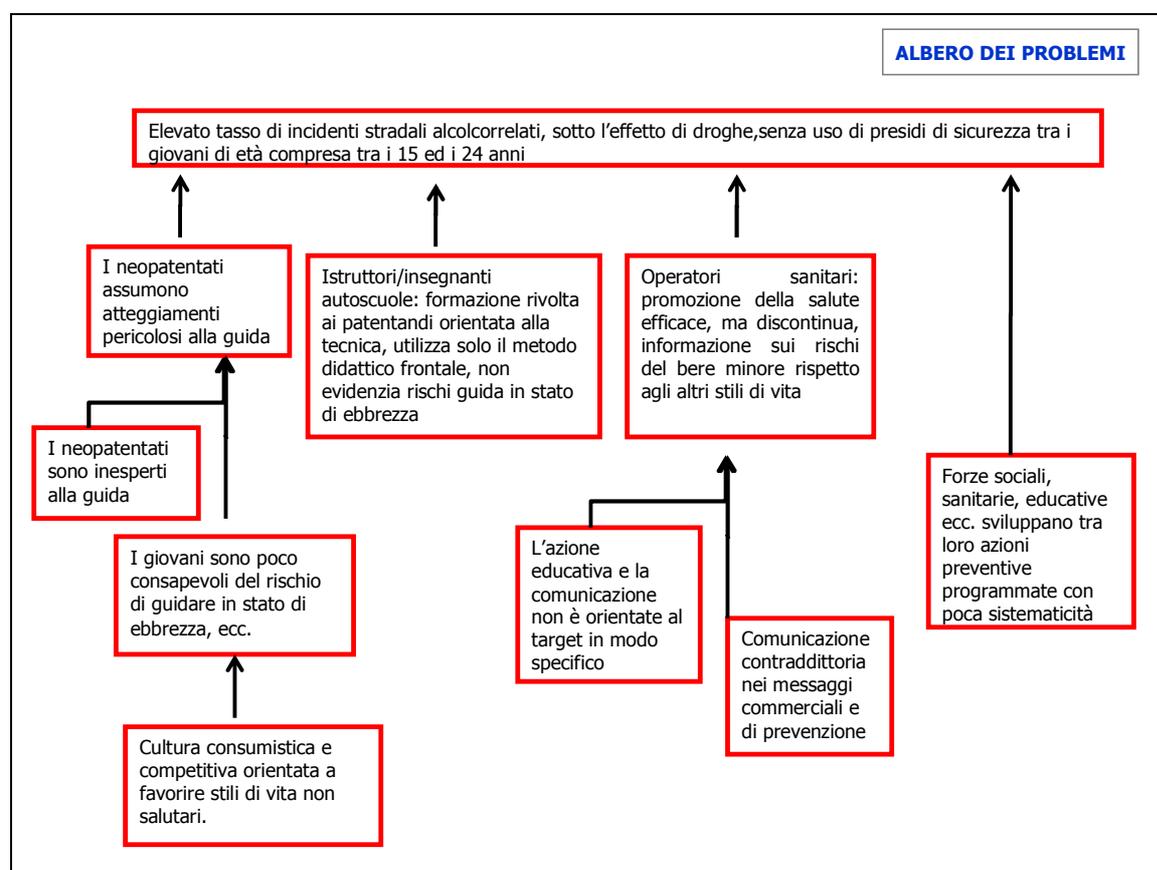
Al termine del corso, i partecipanti, conseguite le competenze relative alla promozione dei comportamenti di guida sicura e responsabile sia in termini di contenuti - effetti delle sostanze psicoattive sui comportamenti alla guida - che di modalità relazionali più adatte allo svolgimento dei contenuti, hanno progettato e realizzato una "unità didattica breve" in tema di guida sicura sulle problematiche alcolcorrelate. Il progetto è stato realizzato in diverse città distribuite in tutte le 4 ASL della Regione nell'ultimo quadrimestre del 2007. L'esperienza, realizzata ha coinvolto la quasi totalità delle autoscuole (circa l'80%, con percentuale prossima al 100% nella provincia di Terni) ed ai 4 corsi di formazione hanno partecipato circa 110 tra insegnanti ed istruttori.

* *Dall'analisi della letteratura scientifica emerge come la prevenzione primaria dei traumi da traffico trovi nella promozione della guida in condizioni psicofisiche idonee punti importanti di riferimento; emerge inoltre l'efficacia della formazione degli insegnanti ed istruttori di autoscuola nella riduzione degli incidenti stradali grazie all'incremento delle conoscenze ed abilità alla guida (Mayhew et al 1998, PNLG); altre revisioni sistematiche confermano l'evidenza che l'educazione alla sicurezza stradale promossa nelle scuole e nelle autoscuole rappresenta una componente importante nella prevenzione e nella riduzione degli incidenti stradali (Vernich et al 1999). Inoltre la gerarchia delle prove di efficacia degli interventi educativi mette al primo posto i metodi e le tecniche dell'apprendimento attivo che si basano sulla metodologia del problem solving, sulle simulazioni, sui role-playing, sugli studi di caso, ecc.. (Vernich et al., 1999); sono raccomandati gli approcci di tipo integrato e ripetuti nel tempo.*

I problemi

I dati che indicano una incoraggiante riduzione degli incidenti stradali negli ultimi anni, inducono a perseguire l'obiettivo con impegno e rafforzata determinazione ed a continuare il lavoro avviato in favore della sicurezza alla guida tra i giovani, soprattutto i neopatentati, che troppo spesso tendono ad assumere atteggiamenti pericolosi dovuti all'inesperienza ed all'assunzione di alcolici.

In particolare il progetto prende in considerazione i problemi costituiti dalla contraddittorietà e dalla frammentarietà dei messaggi che la comunità diffonde rispetto all'uso degli alcolici ai quali si associano una minore consapevolezza da parte degli operatori sanitari circa i rischi riferiti all'uso di alcol rispetto agli altri stili di vita, che va dunque aumentata, ed una sensibilizzazione da parte dei portatori di interesse – nel nostro caso insegnanti ed istruttori delle autoscuole ed operatori e gestori dei locali pubblici - insufficiente e/o non sufficientemente orientata al target che va dunque incrementata e/o migliorata.



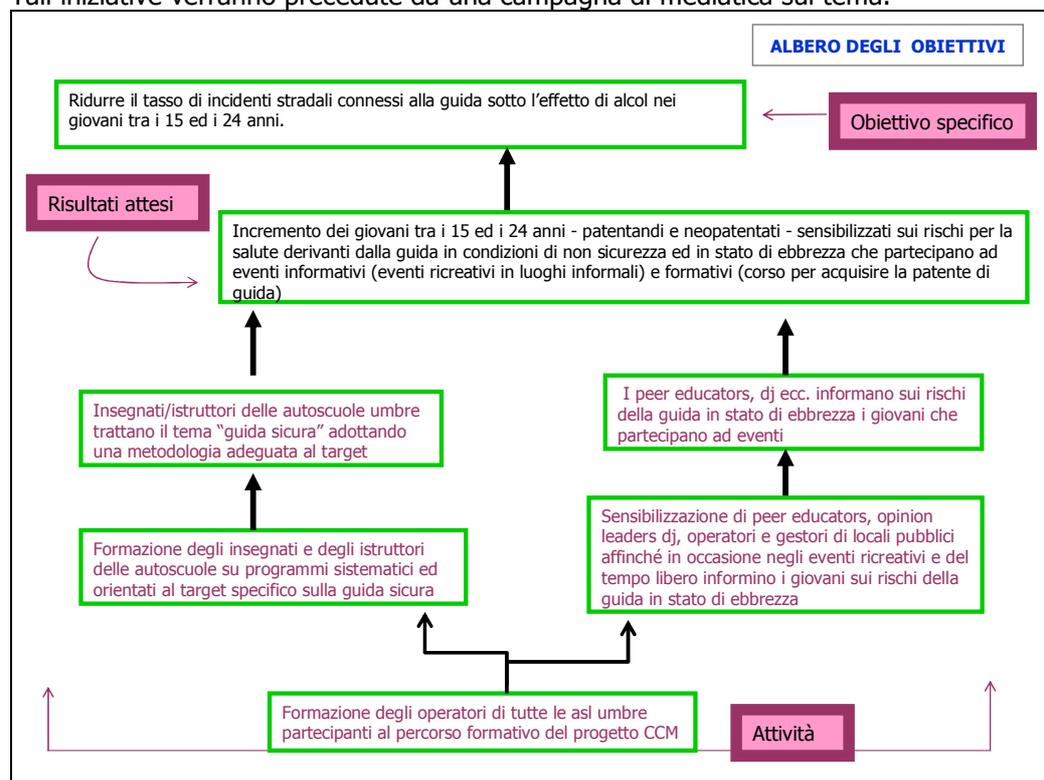
Gli obiettivi e i risultati attesi

In Umbria nel triennio 2010 – 2012, per intercettare il target giovanile ed invogliarlo ad assumere comportamenti improntati ad un maggior rispetto per la propria salute (rispetto della normativa riguardante i limiti di velocità, uso di presidi, no alcol alla guida, ecc.), secondo quanto emerso dalla letteratura scientifica e dalle *evidences* più recenti (Mayhew et al 1998, Vernich et al., 1999, PNLG), la Regione consolida le iniziative avviate con il progetto "Scegliere la strada della sicurezza".

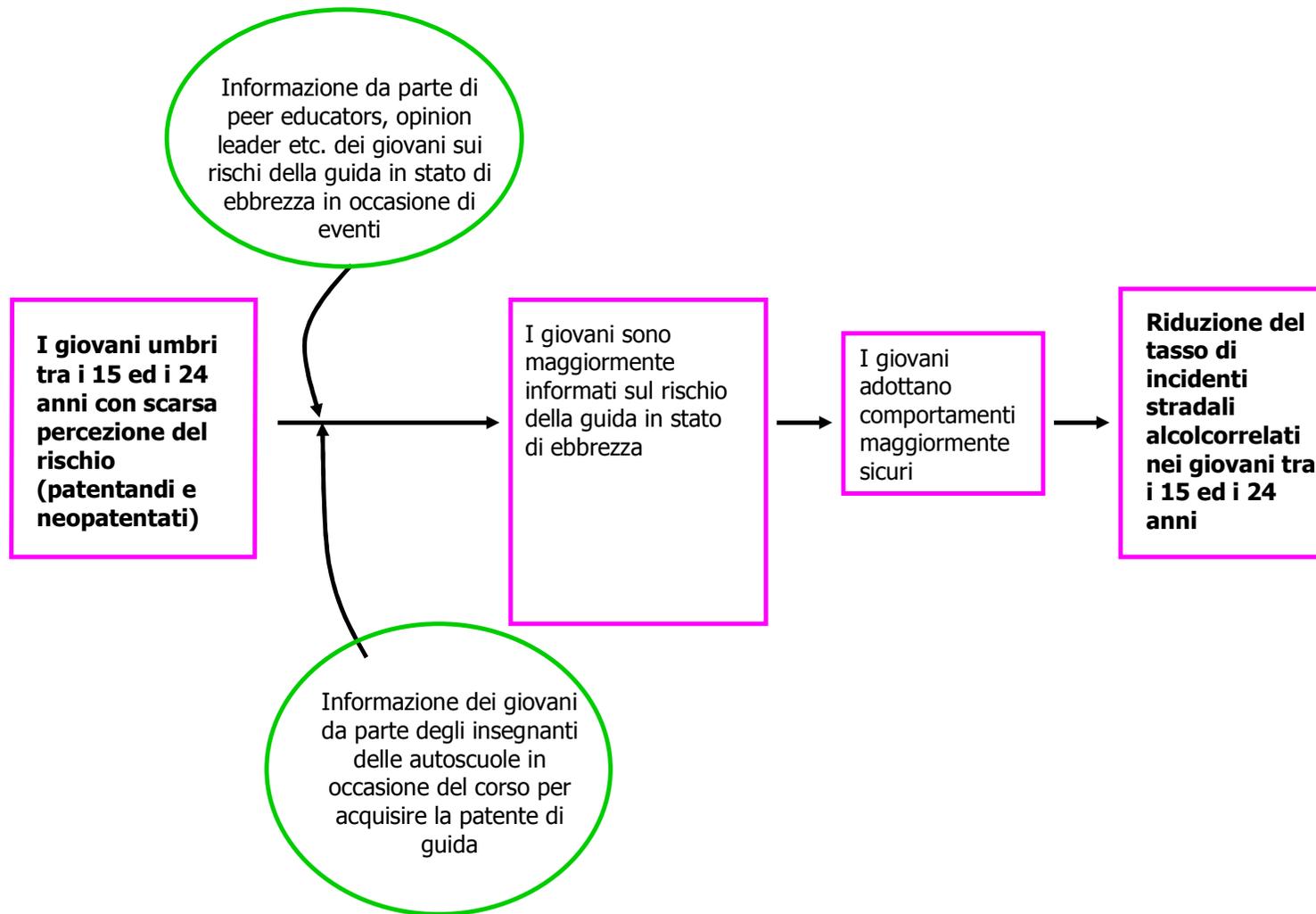
L'obiettivo è quello di ridurre il tasso di incidenti stradali tra i giovani di età compresa tra i 15 ed i 24 anni, e per raggiungerlo, si investirà sui coetanei e sugli adulti che i giovani incontrano frequentando col il **gruppo dei pari nei contesti informali extra familiari ed extra scolastici** (palestre, stadi, discoteche, muretti ... o nei luoghi della comunicazione virtuale vedi siti dedicati, social network), luoghi dove più volentieri vivono e socializzano. In particolare i coordinatori della rete per la promozione della salute delle 4 ASL coinvolgeranno i **peer educators**, soprattutto quelli già formati in precedenti progetti di promozione della salute rivolti agli adolescenti nelle asl della regione, affinché in associazione con i **gestori** e gli **operatori di locali pubblici** ed i **Dj** - che rappresentano per i patentandi una "autorità" indiscussa - in occasione di eventi pubblici ricreativi e del tempo libero informino i giovani, circa i rischi della guida in stato di ebbrezza. Indispensabile sarà la collaborazione con le **forze dell'ordine** impegnate nell'attività di controllo per il rispetto dei limiti consentiti dell'alcolemia e per l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza. In stretta collaborazione con le associazioni rappresentative delle autoscuole UNASCA e CONFEDER.T.T.A.I., i coordinatori della rete per la promozione della salute delle 4 ASL, attiveranno iniziative formative rivolte ad **insegnanti** ed **istruttori delle autoscuole** sui rischi connessi alla guida sotto l'effetto dell'alcol, ai relativi aspetti normativi e culturali ed soprattutto sull'importanza di adottare metodi e tecniche dell'apprendimento attivo appropriate per aumentare l'efficacia degli interventi educativi. Gli incontri formativi delle autoscuole umbre rivolti ai patentandi dovranno quindi trattare per almeno 1 ora il tema "guida sicura" adottando una metodologia adeguata al target. Ove necessario, verrà aggiornato e ristampato il materiale didattico per i partecipanti ai corsi. A conclusione del percorso verranno misurati con appositi questionari gradimento del corso ed aumento conoscenze.

Diventa perciò importante, nel prossimo triennio, da un lato sostenere le collaborazioni interprofessionali e interdisciplinari che hanno visto i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica ed Servizi di Educazione alla salute, nei ruoli rispettivamente di coordinamento e di supporto metodologico, protagonisti nell'attivazione degli interventi della linea progettuale del Piano della Prevenzione Attiva dedicata alla prevenzione degli incidenti stradali, e dall'altro puntare al miglioramento della sorveglianza attraverso un utilizzo sistematico dei dati ISTAT-ACI e dei sistemi di sorveglianza PASSI.

Tali iniziative verranno precedute da una campagna di mediatica sul tema.



MODELLO LOGICO



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Ridurre il tasso di incidenti stradali alcolcorrelati nei giovani tra i 15 ed i 23 anni del 10% nel triennio rispetto al valore dell'anno 200		ISTAT – ACI Dati dei Flussi PS ospedalieri umbri Regione	Scarsa adesione dei soggetti e minori investimenti rispetto alla prevenzione
Risultato atteso 1	Incremento del numero di giovani tra i 15 ed i 23 anni informati sui rischi causati dalla guida in stato di ebbrezza	N giovani tra i 15 ed i 23 anni informati / N patentandi e neo patentati	Sistema sorveglianza PASSI	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1	Concertare con i Coordinatori della rete della promozione della salute delle 4 asl e con le associazioni autoscuole UNASCA e COFEDER. T.A.I il programma delle attività ed il pacchetto formativo per insegnanti ed istruttori		Costo formazione dei moltiplicatori dell'azione preventiva (istruttori, insegnanti autoscuole, Peer educators, DJ ecc)	Mancanza di collaborazione delle Associazioni anche per carenza di personale
<i>Attività 1.1.1</i>	<i>Organizzare a livello di ciascuna asl gli incontri di formazione rivolti ad insegnanti ed istruttori delle autoscuole sul tema guida sicura no alcol e sulle metodologie didattiche adeguate al target</i>	<i>N incontri di formazione / ... Registrazione della presenza N. presenti / ... Predisposizione supporti tecnici</i>	<i>Costo h/ dipendente</i>	
<i>Attività 1.1.2</i>	<i>Realizzare interventi di formazione e informazione degli insegnanti istruttori autoscuole rivolti ai giovani tra 15 e 23 anni sui temi della guida sicura</i>	<i>Corsi attivati Tema guida sicura trattato almeno 1 ora / n. ore di formazione N. interventi didattici non frontali (n. role palyng, ecc.)/ su N. interventi didattici frontali</i>	<i>Costo h / insegnati autoscuole</i>	
<i>Attività 1.1.3</i>	<i>Verificare gradimento – efficacia del corso attraverso questionari somministrati ad un campione di patentandi in almeno 2 autoscuole per asl</i>	<i>Sistema di sorveglianza Questionari</i>		

		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.2	Concertare con i Coordinatori della rete della promozione della salute delle 4 asl e con gli EELL un evento	Gli incontri effettuati Note convocazioni Registro presenze Accordo Delibera regionale		
<i>Attività 1.2.1</i>	<i>Formare gli operatori, i DJ ed i peer educators sulla guida sicura</i>	<i>Gli incontri di sensibilizzazione N./ ... Gli strumenti di registrazione della presenza N. presenti / ... I supporti tecnici</i>	<i>Costo h/ dipendente Costo h / peer educators DJ ecc.</i>	
<i>Attività 1.2.2</i>	<i>Organizzare l'informazione durante l'evento</i>	<i>Almeno un evento individuato ed attivato N. Peer educators, e DJ coinvolti</i>	<i>Costo evento</i>	
<i>Attività 1.2.3</i>	<i>Verificare gradimento – efficacia del corso</i>	<i>Sistemi di sorveglianza</i>		

Riferimenti bibliografici

- Dati forniti dal Servizio IV, Sistema informativo e mobilità sanitaria, Direzione sanità e servizi sociali, Regione Umbria
- PNLG La prevenzione primaria dei traumi da traffico trova nella promozione della guida in condizioni psicofisiche idonee punti importanti di riferimento. Task Force on Community Services CDC, da revisioni sistematiche Cochrane, dal Piano Nazionale per le Linee Guida – PNLG, dalle ricerche scientifiche dell'European Transport Safety Council.
- AA. VV., *Alcol, droghe e guida. Riflessioni in corso*. Kit multimediale per le autoscuole. ASL 1 Torino e ASL Città di Milano, 1999.
- Beccaria F., (a cura di), *Sul filo del rischio. Percezione del rischio tra i giovani e prevenzione dei traumi cranici*, Franco Angeli, 2004.
- De Santi A., Casella P., Penna L. (a cura di), *Prevenzione degli incidenti stradali: promozione di interventi formativi nelle autoscuole*. Documento di indirizzo, Rapporti ISTISAN 4/22 pt. 1, 2004.
- Mayhew DR, Simpson HM, Williams AF, Ferguson SA. Effectiveness and Role of Driver Education and Training in a Graduated Licensing System. *J Public Health Policy* 1998;19(1):51-67.
- Peden M, Scurfield R, Sleet D, et al. *World report on road traffic injury prevention*. Geneva: World Health Organization; 2004.
- Vernick S, et al. Effects of high school driver education on motor vehicle crashes, violations, and licensure. *Am J Prev Med* 1999;40-6.
- Zuckerman M, Neeb M. Demographic influences in sensation seeking and expressions of sensation in religion, smoking, and driving habitus. *Personality and Individual Differences* 1980;1:197-206.

2. Prevenzione universale
2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico e stradale
2.9 Prevenzione di abitudini e comportamenti e stili di vita non salutari

2.3.1 Salute e Infanzia

Target (beneficiari)	Popolazione infantile di età compresa tra 0 e 6 anni					
Attori	Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali – Regione Umbria Pediatri di libera scelta					
Portatori di interesse	La comunità					
Obiettivo di salute	Promuovere l'allattamento al seno*, prevenire la morte in culla, gli incidenti domestici e l'obesità, favorire lo sviluppo cognitivo e relazionale attraverso la lettura a voce alta nei bambini ** grazie all'attività di counselling dei PLS svolta in occasione dei bilanci di salute.					
Descrizione sintetica	Questo progetto deve essere considerato come la evoluzione di quello già inserito nel precedente PRP 2005-2007. I bilanci di salute previsti sono passati da 5 a 6, con una nuova individuazione delle età target e l'inserimento di un 6° bs intorno al 5° anno di età. Nel corso dei 6 bilanci di salute i pediatri avranno occasione di stabilire con i genitori una vera e propria empatia, che consentirà loro di trasmettere informazioni e conoscenze relativamente alle azioni efficaci per prevenire gli incidenti domestici e le conseguenze di un pericoloso trasporto in auto, ma anche a quelle che sono utili ad un adeguato sviluppo cognitivo e relazionale del bambino/a e alla prevenzione dell'obesità. Verranno contattati i bambini che nasceranno a partire dal 1° gennaio 2011, ma anche i bambini nati a partire dal 2006 che compiranno 5 anni nel 2011 e via via quelli che compiono le diverse età previste come età target.					
Risultati attesi	Miglioramento della consapevolezza dei genitori rispetto alle azioni efficaci per prevenire la morte in culla, gli incidenti domestici, l'obesità nei bambini, nonché quelle atte a favorire lo sviluppo cognitivo-relazionale del bambino/a					
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010*	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Risposte esatte rispetto al posizionamento del bambino in culla	Questionario somministrato al I e al II bs	82%	85%		90%	
Risposte esatte rispetto alla conservazione delle medicine	Questionario somministrato al II bs e al IV bs		55%		65%	
Risposte esatte rispetto al corretto trasporto in auto	Questionario somministrato al I, al II, al III e al IV bs		85%		88%	
Allattamento al seno (vedi progetto specifico)						

Il contesto

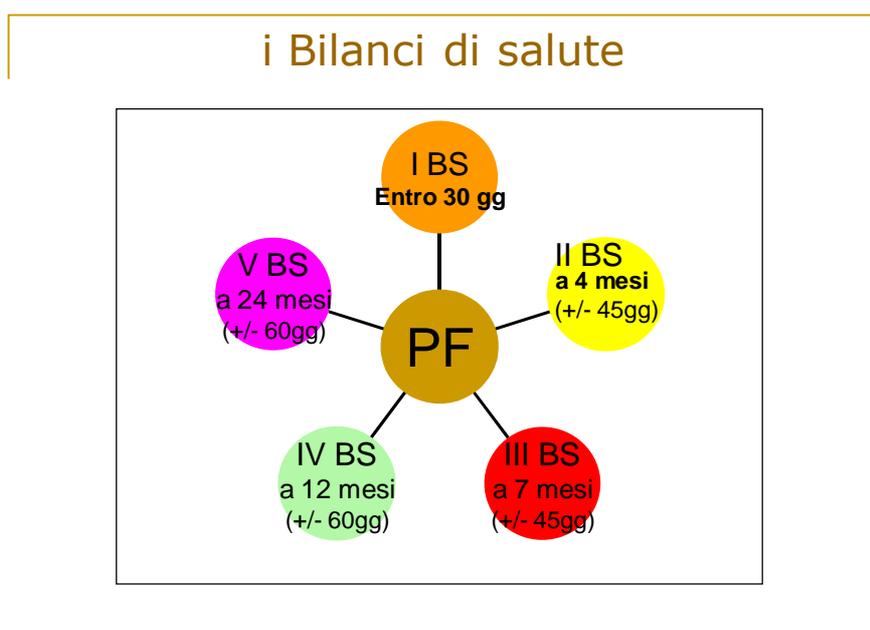
In Umbria a partire dal novembre del 2007 nell'ambito dell'Accordo regionale con la Pediatria è stato attivato il Progetto Salute Infanzia con una durata biennale (2008-2009) esteso poi al 2010, che è stato inserito nel precedente Piano Regionale della Prevenzione. L'obiettivo generale iniziale del progetto era finalizzato alla **prevenzione degli incidenti domestici e stradali nella fascia 0-4 anni**, attraverso un'attività di counselling specifica volta a favorire nei genitori la consapevolezza dei rischi presenti in ambiente domestico e nel trasporto in auto attraverso la somministrazione di questionari, da utilizzare come semplice strumento per valutare le conoscenze e contemporaneamente a fornire informazioni in occasioni specifiche definite "bilanci di salute" cadenzati in particolari periodi della vita del bambino con l'ausilio di materiale informativo prodotto ad hoc.

I bilanci di salute erano quindi cinque distribuiti dal primo mese al 2 anno di vita.

La coincidenza dell'accordo regionale con i tempi del PRP 2005-2007 e l'avvio dell'implementazione su scala nazionale e regionale del Programma di Sanità Pubblica ha reso opportuno estendere il counselling alla:

- **Promozione dell'allattamento al seno**
- **Promozione delle vaccinazioni**
- **Prevenzione della morte improvvisa in culla**

Fig.1



In occasione di tre bilanci su cinque era previsto la registrazione su supporto informatico di dati relativi alle conoscenze dei genitori.

Nel primo anno di progetto i pediatri di libera scelta umbri hanno "incontrato" 5667 bambini, nel corso del secondo 6789.

Di seguito vengono illustrati alcuni risultati specifici

Fig.2

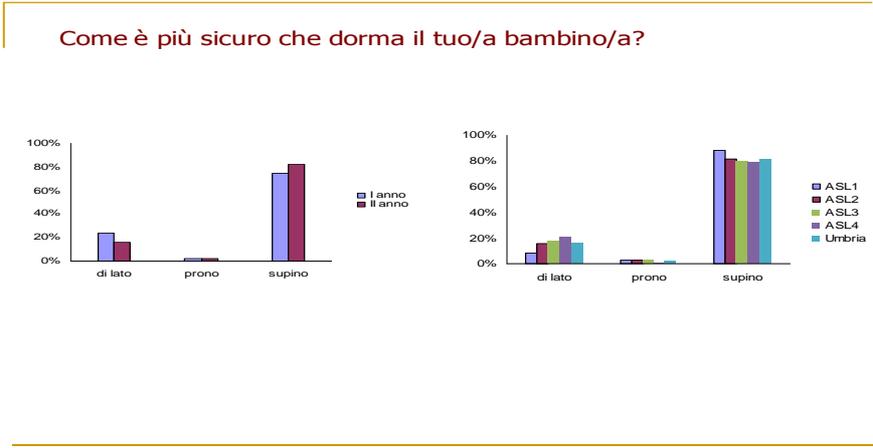


Fig. 3

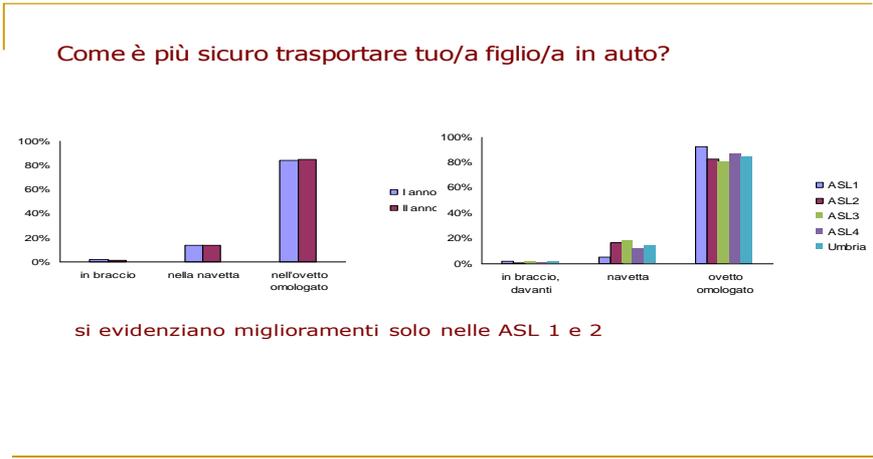


Fig. 4

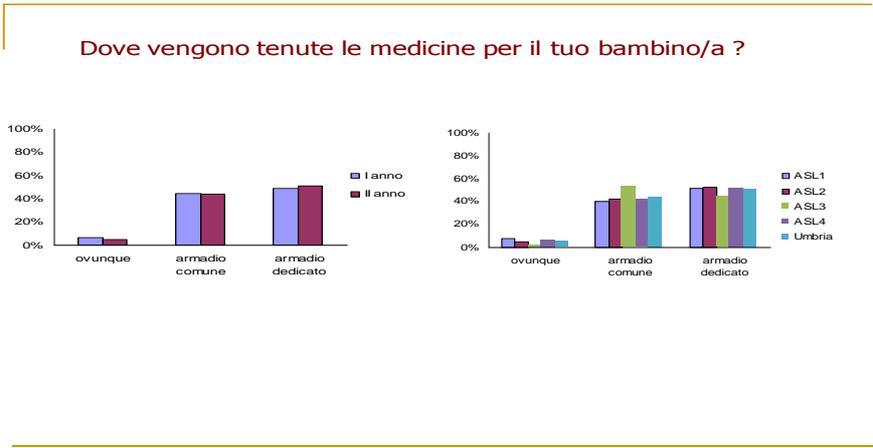


Fig.5

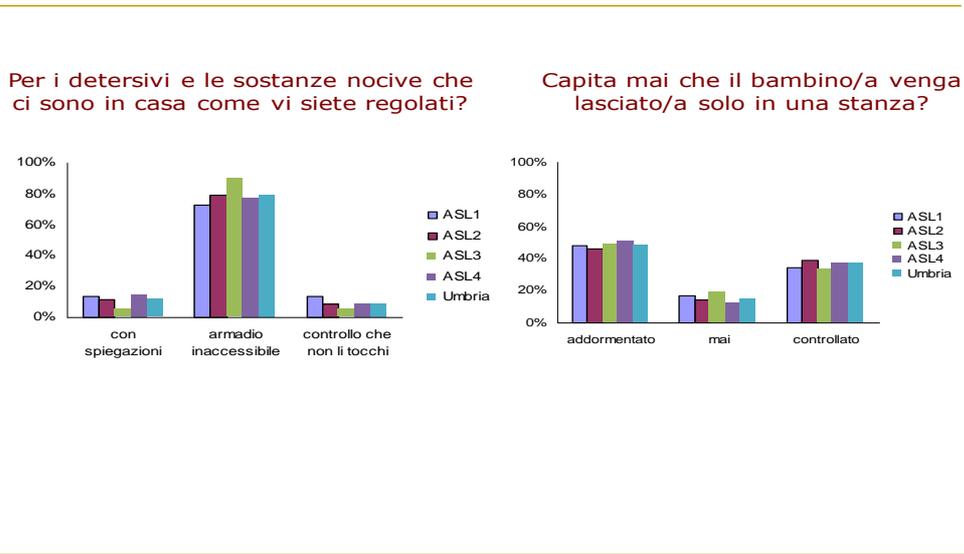
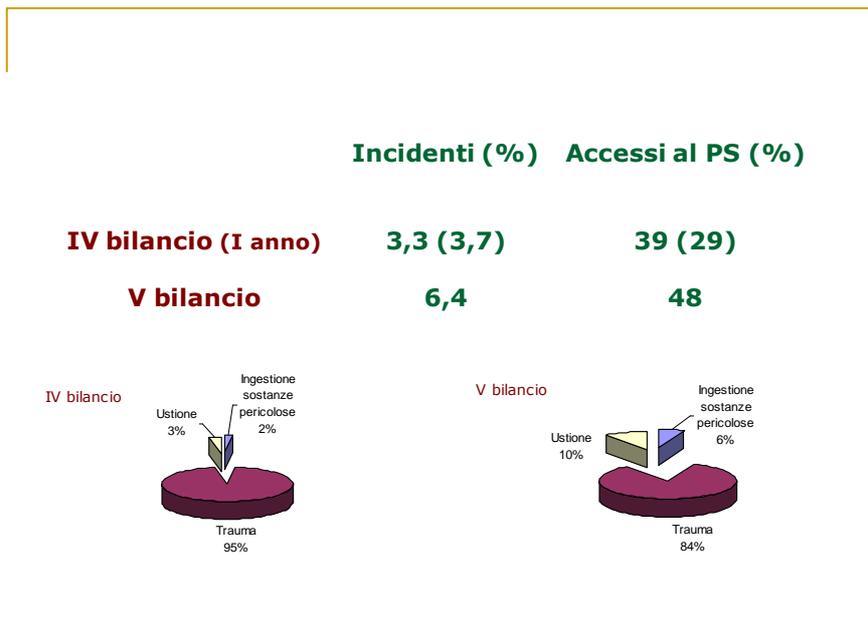


Fig.6



I problemi

Il progetto Salute Infanzia ha dimostrato come la consapevolezza dei genitori dei bambini nella fascia 0-2 anni rispetto ai rischi principali derivanti per un bambino così piccolo dall'ambiente domestico o dallo scorretto trasporto in auto non può essere ancora considerata soddisfacente, soprattutto alla luce anche dei risultati derivanti dall'incrocio di tali informazioni con l'analisi dei dati provenienti dalle SDO (schede di dimissione ospedaliera). Per quanto riguarda l'allattamento al seno si rimanda invece allo specifico progetto.

Gli obiettivi e i risultati attesi

Si ritiene quindi fondamentale proseguire con il Progetto Salute Infanzia anche nel biennio 2011-2012 nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione per lo stesso biennio, ampliando i bilanci di salute da 5 a 6, attraverso l'inserimento di un bilancio tra i 5 e i 6 anni, rimodulando le date degli stessi, ma anche i contenuti puntando ad una ancora più intensa attività di counselling nei confronti dei genitori.

Nel corso dei 6 bilanci di salute i pediatri avranno occasione di stabilire con i genitori una vera e propria empatia, che consentirà loro di trasmettere informazioni e conoscenze relativamente alle azioni efficaci per prevenire gli incidenti domestici e le conseguenze di un pericoloso trasporto in auto, ma anche a quelle che sono utili ad un adeguato sviluppo cognitivo e relazionale e alla prevenzione dell'obesità.

Verranno contattati i bambini che nasceranno a partire dal 1° gennaio 2011, ma anche i bambini nati a partire dal 2006 che compiranno 5 anni nel 2011 e via via quelli che compiono le diverse età previste come età target.

1BS	Entro 15gg dall'iscrizione *	Promozione dell'allattamento al seno Prevenzione della morte improvvisa in culla
2BS	Al 3° mese (+/-30gg) *	Promozione dell'allattamento al seno Promozione delle vaccinazioni Prevenzione incidenti domestici e stradali
3BS	Al 6° mese (+/-30gg) *	Allattamento/svezzamento Nati per leggere Prevenzione incidenti domestici e stradali
4BS	Al 13° mese (+/-60gg)	Nati per leggere Opportunità vaccinali Approccio alimentare corretto Prevenzione incidenti domestici
5BS	Ai 3° anni (+/-60gg) *	Prevenzione incidenti Promozione alimentazione sana
6BS	Al 6° anno *	Misura BMI Promozione alimentazione sana Sostegno al regolare completamento del ciclo vaccinale
7BS	Al 10° anno	Promozione stile di vita sano Promozione alimentazione sana Promozione della vaccinazione anti HPV nelle femmine

*in occasione dei bilanci di salute contrassegnati con * i pediatri sottoporrono ai genitori i questionari contenenti semplici quesiti da sottoporre ai genitori per avere occasione di affrontare con loro le tematiche previste in ciascun bs. Le risposte verranno caricate nel programma informatizzato e consentirà poi le analisi necessarie a valutare l'efficacia dell'intervento.

Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Promuovere l'allattamento al seno*, prevenire la morte in culla, gli incidenti domestici e l'obesità, favorire lo sviluppo cognitivo e relazionale attraverso la lettura a voce alta nei bambini ** grazie all'attività di counselling dei PLS svolta in occasione dei bilanci di salute.			
Risultato atteso 1				
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività' 1.1	Rinnovare il progetto Salute Infanzia per il biennio 2011-2012 e inserirlo nella convenzione con la Pediatria di base	tavolo congiunto con OO.SS: per negoziazione rispetto a convenzione con pediatria territoriale		
Attività' 1.2	Formare i PLS rispetto ai temi oggetto dell'attività di counselling	individuazione tavolo misto per costruzione pacchetto formativo negoziare per inserimento giornata formativa nel calendario formazione PLS		
<i>Attività 1.2.1</i>	<i>Progettare il percorso formativo (individuazione dei target, dei bisogni formativi, degli obiettivi e dei contenuti)</i>			
<i>Attività 1.2.2</i>	<i>Organizzare e realizzare il corso (programma, docenti, sistema di valutazione dell'apprendimento, calendario)</i>			
Attività' 1.3	Mettere a disposizione i materiali informativi (con attenzione alle etnie presenti nel territorio) da fornire ai genitori	ristampa dei questionari e del materiale illustrativo già utilizzato nella scorsa edizione del progetto		
Attività' 1.4	Adeguamento software per la registrazione dei questionari somministrati da parte del pediatra			
Attività' 1.5	Valutazione del risultato dei questionari	Gruppo epidemiologi		

Bibliografia

- 1) R. Davanzo: Allattamento al seno e personale sanitario: la formazione è efficace?
Medico e bambino 2/2002; 443-448
- 2) Apollonio MG, Barbiero C, Pascucci S.: Supporto precoce ai neogenitori. E' necessario? Serve?
Medico e bambino 2005; 24: 589-98
- 3) Bozzetti R., Ronfani L.: Evidenza sulla SIDS. Medico e bambino 2000;19:223-233
- 4) American Accademy Pediatrics Task Force Sleep Position and SIDS. Changing concepts of Sudden Infant death syndrome: implications for infant sleeping environment and sleep position.
Pediatrics 2000; 105: 650-56
- 5) G. Biasucci: Attualità in tema di divezzamento
Il Pediatra 6/2009; 46-49
- 6) Milazzo: a.: Gli incidenti domestici: un grave problema sociale.
Pediatra Preventiva e Sociale 2010; 26-9
- 7) L. Silvestro : I bambini vittime di incidenti domestici. Doctor Pediatra. 5/2010, 8-15
- 8) Brambilla P. et al: Bodi mass index (BMI) and early adiposity rebound (EAR): due parametric utili nella valutazione della crescita ponderale del bambino. Pediatra Preventiva e Sociale ; 1/2009. 5-11
- 9) Tanas R. et al. Quali curve di crescita per la diagnosi precoce di eccesso ponderale in età scolare?
Medico e bambino 2/2010 103-115

2. Prevenzione Universale

2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate

2.2.1 Agricoltura più sicura

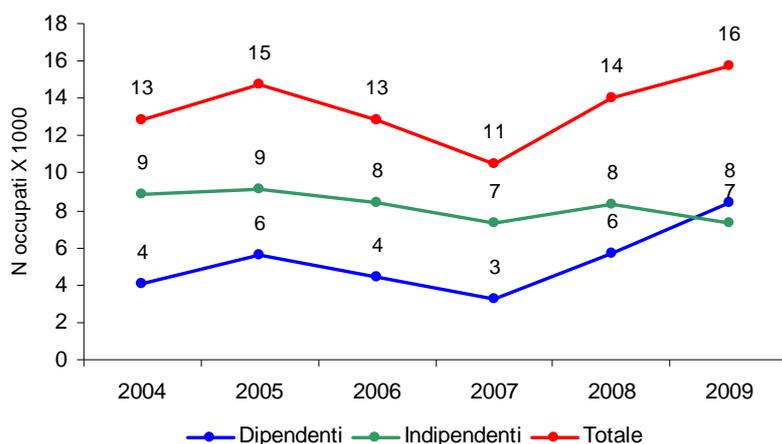
Target (beneficiari)	Lavoratori occupati nelle aziende del settore agricolo che saranno sottoposte ad intervento di vigilanza secondo la stima riportata nella tabella sottostante.					
	N° aziende totali nel biennio 2011/2012	N° medio di lavoratori per azienda	N° lavoratori coinvolti	% sul totale degli occupati		
	250	5	1250	9		
Attori	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare – Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali – Regione Umbria ◆ Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro delle ASL ◆ Associazioni di categoria del comparto agricoltura (Confederazione Italiana Agricoltori, Coldiretti, Confagricoltura). 					
Portatori di interesse	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Comitato Regionale di Coordinamento per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro (DPCM 21 dicembre 2007) ◆ Associazioni dei datori di lavoro del settore agricoltura (Confederazione Italiana Agricoltori (CIA), Coldiretti, Confagricoltura) ◆ Direzione Regionale Agricoltura e Foreste – Regione Umbria 					
Obiettivo di salute	Ridurre il tasso di infortuni mortali e gravi in agricoltura del 10 % (da circa a circa) nel biennio 2011-2012.					
Descrizione sintetica	<p>La maggior parte degli infortuni gravi e mortali nel settore dell'agricoltura sono da correlare con problematiche di sicurezza delle macchine agricole o con errate procedure di lavoro. Questo progetto è la declinazione in Umbria del Piano Nazionale Agricoltura e prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ lo sviluppo di una stretta collaborazione tra i Servizi PSAL e le Associazioni di categoria con l'obiettivo di sensibilizzare e informare i tecnici delle Associazioni di categoria in modo che siano in grado di trasformare le occasioni di incontro con gli iscritti, in occasioni di scambio e informazione rispetto ai temi della sicurezza; ◆ l'incremento dell'efficienza e dell'efficacia delle attività di vigilanza dei Servizi PSAL che dovranno aumentare la quota di aziende ispezionate e concentrare l'azione di vigilanza sulla verifica dei requisiti di sicurezza delle macchine agricole secondo procedure ben definite. 					
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Migliorata competenza dei tecnici delle Associazioni di Categoria del settore agricoltura rispetto ai temi della sicurezza; ◆ Incremento del numero di macchine agricole a norma nelle aziende oggetto di ispezione attraverso il miglioramento dell'efficienza e efficacia delle azioni di vigilanza. 					
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° infortuni mortali e gravi/occupati in agricoltura X 1000	Rapporto annuale regionale INAIL Rilevazione trimestrale Dati ISTAT	9,5 (153*100/ 16000)	9		8	
N° tecnici con competenze acquisite* / N° di tecnici da formare X 100	Questionario somministrato ai tecnici che hanno partecipato alla formazione	/	40%		100%	
N° aziende agricole ispezionate	Sistema informativo SPSAL Dati ISTAT	178	220		250	
N° macchine rese conformi/N° macchine ispezionate X 100	Sistema informativo SPSAL	/	90%		90%	
<i>*che hanno risposto correttamente al 90% delle domande del questionario</i>						

Il contesto

Caratteristiche del comparto agricoltura

La popolazione lavorativa occupata in agricoltura, secondo le stime della rilevazione trimestrale dell'ISTAT sulle forze di lavoro, è pari nel 2009 a circa 16.000 unità (11.000 occupati nella Provincia di Perugia e 5.000 in quella di Terni), di cui circa 7.000 sono lavoratori dipendenti (fig. 1). Circa il 20% degli occupati svolgono un lavoro a tempo parziale.

Fig. 1 N° di occupati in agricoltura, 2004-2009



Nella Regione Umbria il settore dell'agricoltura incide per il 4,3% dell'occupazione, in linea con la media nazionale che è pari al 3,8% (tab. 1).

Tab. 1 Quote di occupati per settore di attività economica e regione – ISTAT Anno 2009 (incidenze percentuali)

	Agricoltura	Industria	Servizi
Piemonte	3,9	32,8	63,4
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	4	23,5	72,4
Lombardia	1,7	35,6	62,7
Trentino-Alto Adige	5,2	25,5	69,2
Veneto	2,8	38,3	58,9
Friuli-Venezia Giulia	2,2	34,1	63,7
Liguria	2,1	19,8	78,1
Emilia-Romagna	4,1	33,9	62
Toscana	3,4	29,3	67,3
Umbria	4,3	30,5	65,2
Marche	2,6	40,3	57,1
Lazio	1,9	19	79,1
Abruzzo	3,6	30,3	66,1
Molise	6,9	28,2	64,9
Campania	4,1	23,5	72,4
Puglia	8,7	24,5	66,8
Basilicata	7,6	26,4	66
Calabria	9,5	18,7	71,8
Sicilia	7,2	18	74,7
Sardegna	5,8	20,7	73,5
ITALIA	3,8	29,2	67

L'agricoltura si caratterizza per una grande polverizzazione delle unità produttive e per un impiego prevalente di manodopera familiare. Delle circa 38.000 aziende agricole presenti sul territorio regionale oltre il 90% svolgono meno di 300 giornate di lavoro aziendale, ovvero hanno meno di una ULA¹⁸ (tab. 2).

¹⁸ ULA – Rappresenta la quantità di lavoro prestato nell'anno da un occupato a tempo pieno, oppure la quantità di lavoro equivalente prestata da lavoratori a tempo parziale.

Le piccole aziende rappresentano circa i tre quarti del totale e occupano il 35 % degli addetti e solo l'11% dei dipendenti. Le aziende medie, pur rappresentando un quarto del totale, occupano il 60 % degli addetti in generale e il 60 % dei dipendenti. Le grandi aziende, pur costituendo solamente lo 0,2% delle aziende, occupano circa il 5 % degli addetti e quasi il 30 % dei dipendenti.

Tab. 2 Aziende e classi di giornate di lavoro aziendale, Umbria, ISTAT anno 2007

	Meno di 50	da 50 a 100	da 100 a 200	da 200 a 300	da 300 a 500	da 500 a 1000	da 1000 a 2500	2500 ed oltre	Totale
N° aziende	20.844	6.257	5.128	2.477	2.046	1.138	283	33	38.205

La distribuzione percentuale per categoria di manodopera permette di rilevare che, secondo i dati ISTAT, in Italia più di tre quarti dell'attività lavorativa è stata resa dal conduttore dell'azienda agricola e dai suoi familiari (tab. 3).

Tab. 3 Giornate di lavoro % per categoria di manodopera aziendale, Italia, ISTAT anno 2005

	%
Conduttore	50,07
Coniuge	14,47
Altri familiari del conduttore	10,55
Parenti del conduttore	3,39
<i>Conduttore e familiari</i>	<i>78,48</i>
Operai a tempo indeterminato	7,59
Operai a tempo determinato	13,93
<i>Operai</i>	<i>21,52</i>

Le aziende che producono esclusivamente per l'**autoconsumo** (Valore dei beni, primari e trasformati, prodotti dall'azienda agricola e consumati dalla famiglia del conduttore), pur costituendo il 10 % del totale, occupano meno del 5 % degli addetti e lo 0,1 % dei dipendenti. Circa il 50 % degli addetti e il 60 % dei dipendenti lavora nelle aziende impegnate in **attività agricole in senso stretto**, dove per attività agricola in senso stretto si intende la coltivazione di terreni e gli allevamenti di bestiame. (tab. 4)

Tab. 4 Aziende agricole per tipologia di attività, Italia, ISTAT anno 2005

	Autoconsumo	Attività agricole in senso stretto per il mercato	Attività agricole in senso stretto per il mercato e per autoconsumo	Multifunzionali
Aziende agricole (%)	10,5	39	40,3	10,2
Aziende agricole con fatturato ≥10.000 € (%)	0	55,2	27	17,8
ULA (%)	3,1	47,3	32,6	17
ULA dipendenti (%)	0,1	57,3	22,9	19,7

Gli occupati in agricoltura sono mediamente più anziani degli occupati totali e possiedono titoli di studio di livello inferiore. Riguardo alle posizioni ricoperte, tra gli indipendenti prevalgono i lavoratori in proprio e i coadiuvanti familiari, mentre tra i dipendenti è molto elevata la percentuale di operai (89,5% contro il 46,7% della media dell'economia).

Sulla base dell'indagine che l'INEA realizza sull'impiego di immigrati extracomunitari nell'agricoltura italiana, nel corso del 2008 la loro presenza è stata pari a poco più di 116.000 unità, cui si aggiungono 58.000 lavoratori neocomunitari. Rispetto al numero di ore standard previsto dal contratto, i cittadini extracomunitari lavorano di più soprattutto per quelle attività come la zootecnica a più elevata intensità di lavoro; i neocomunitari, invece, appaiono sostanzialmente sottoimpiegati (tab. 5)

Tab. 5 Occupati extracomunitari e neocomunitari in agricoltura e percentuale sul totale, Elaborazione su dati INEA, anno 2008

	Occupati totali	Occupati extracomunitari	Occupati neocomunitari	% Occupati extracom. sul totale	% Occupati neocom. sul totale
Piemonte	67964	4820	2105	7,1	3,1
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	2352	615	35	26,1	1,5
Lombardia	79925	15200	3300	19,0	4,1
Veneto	61075	13656	7352	22,4	12,0
Trentino-Alto Adige	26339	3740	11915	14,2	45,2
Friuli-Venezia Giulia	13260	1373	1435	10,4	10,8
Liguria	15545	3554	545	22,9	3,5
Emilia-Romagna	79117	6112	9496	7,7	12,0
Toscana	46804	10730	1320	22,9	2,8
Marche	13447	1460	440	10,9	3,3
Umbria	14059	2460	1100	17,5	7,8
Lazio	41075	5017	323	12,2	0,8
Abruzzo	22951	6876	774	30,0	3,4
Molise	8970	380	540	4,2	6,0
Campania	75447	10270	830	13,6	1,1
Puglia	108909	14585	11883	13,4	10,9
Basilicata	15245	1965	205	12,9	1,3
Calabria	54292	6680	2670	12,3	4,9
Sicilia	110504	6620	1150	6,0	1,0
Sardegna	38002	320	296	0,8	0,8
ITALIA	895282	116433	57714	13,0	6,4

Si conferma inoltre la prevalenza piuttosto considerevole di presenza degli stranieri nelle attività legate alle colture arboree, alle colture ortive e alla zootecnia, per operazioni a bassa specializzazione e dall'intenso lavoro fisico. Si stabilizza il trend di crescita dell'impiego di lavoratori extracomunitari nelle attività agrituristiche, di lavorazione degli ortofrutticoli e di trasformazione del latte.

Il periodo di impiego è prevalentemente stagionale, con l'eccezione delle regioni a maggior incidenza della zootecnia.

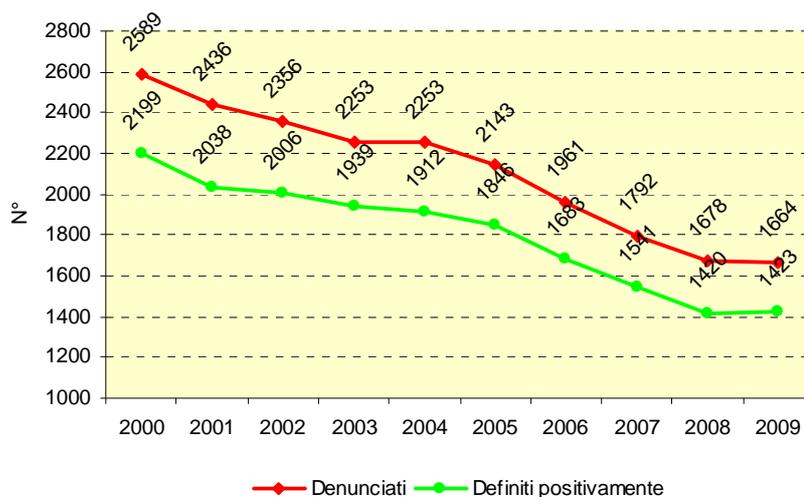
La regolarizzazione dei rapporti di lavoro si sta diffondendo, sebbene permangano sacche di irregolarità finalizzate alla volontà di contenere i costi di produzione.

L'indagine conferma una marcata temporaneità dell'impiego di lavoratori extracomunitari e neocomunitari nell'agricoltura nazionale, che seppure risponde alle esigenze di flessibilità dell'impiego di lavoro da parte degli imprenditori, non sempre si coniuga con le giuste condizioni di vita e di lavoro.

Gli infortuni sul lavoro in agricoltura

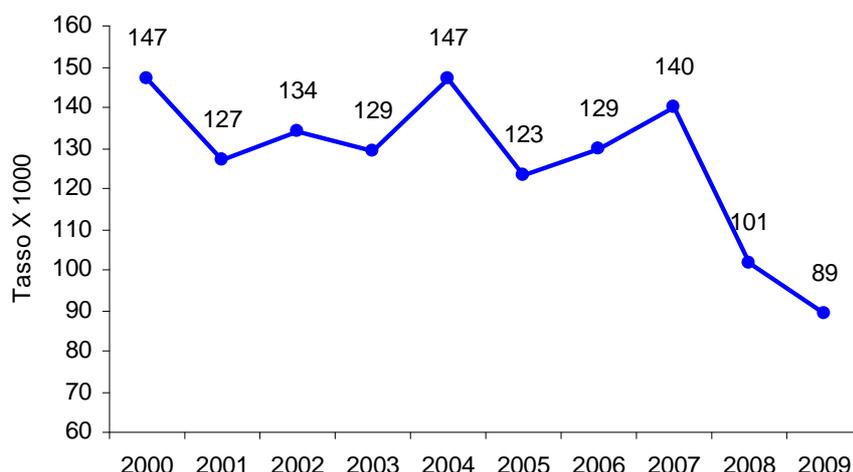
Il comparto dell'agricoltura è, sia a livello nazionale che in questa regione, fra i comparti a maggior rischio di infortuni sul lavoro. Nel periodo 2000-2009 si evidenzia una rilevante diminuzione del numero di infortuni occorsi (-35%); rapportando il numero di infortuni alla popolazione occupata in agricoltura, cioè il tasso di infortunio questo si riduce in misura inferiore (-31% nel periodo 2000-2008, il 2009 non può essere considerato stabilizzato)(fig. 2 -3).

Fig. 2 Andamento N° di infortuni denunciati e definiti positivamente, Umbria, 2000-2009



Dati dei Flussi informativi INAIL-ISPESL Regioni – CCM

Fig. 3 Andamento del tasso di infortunio definito positivamente per 1000 occupati, Umbria 2000-2009

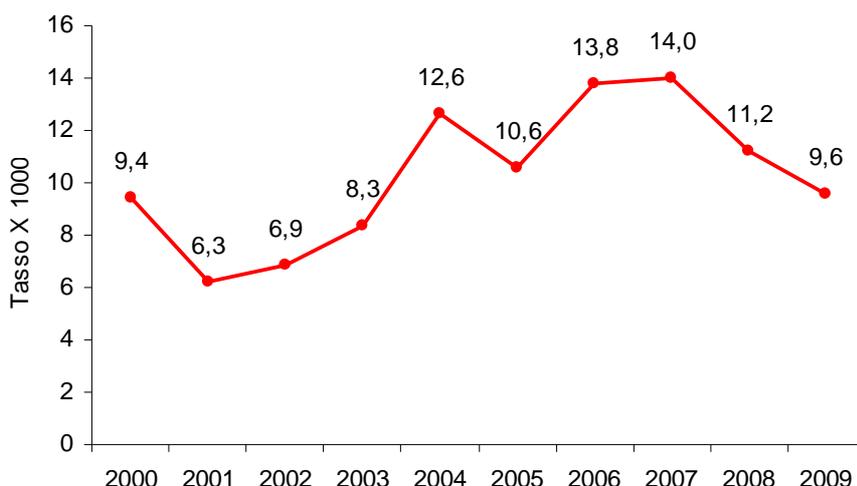


Una peculiarità del comparto agricoltura è l'estrema gravità degli infortuni accaduti: infatti la percentuale di infortuni gravi sul totale è molto più elevata rispetto a quella rilevata nel settore dell'industria (10,8% vs 6,2%), ed inoltre vi è una netta tendenza all'aumento (tab. 6). Il tasso di infortunio grave dal 2007 è in significativa diminuzione, anche se va sottolineato che i dati del 2009 non possono essere considerati stabilizzati dato che l'INAIL impiega circa 2 anni a definire tutti gli infortuni e in particolare quelli con esiti permanenti necessitano dei tempi più lunghi (fig. 4).

Tab. 6 UMBRIA: infortuni definiti positivamente (esclusi infortuni in itinere): AGRICOLTURA, 2000-2009

UMBRIA		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Infortuni definiti positivamente		2182	2016	1970	1930	1895	1846	1683	1541	1420	1423
Di cui:	Infortuni con inabilità temporanea	2037	1911	1857	1085	1731	1687	1504	1387	1263	1270
	Infortuni con inabilità permanente	140	97	99	122	159	157	172	153	153	152
	Infortuni mortali	1	3	4	3	5	2	7	1	4	1
% infortuni con inabilità permanente + morte su definiti positivamente		6,5	5,0	5,2	6,5	8,7	8,6	10,6	10,0	11,1	10,8

Fig. 4 Andamento del tasso di infortunio grave per 1000 occupati, Umbria 2000-2009



In agricoltura il numero di infortuni che riconosce quale agente materiale dispositivi, motori, utensili, macchine, attrezzature e veicoli, è percentualmente molto elevato (48%)(tab. 7); il "peso" delle macchine, quale agente materiale di infortuni, è confermato anche dalle analisi di correlazione, che mostrano come il numero di infortuni che determinano morte o inabilità permanente è strettamente correlato con il livello di potenza totale installata in azienda, parametro diretto del grado di meccanizzazione raggiunto.

Tab. 7 ITALIA Infortuni sul lavoro avvenuti nell'anno 2006 e indennizzati al 30/4/2008

<i>Agente materiale</i>	<i>n. infortuni</i>	<i>Agente materiale</i>	<i>n. infortuni</i>
Strutture edili e superfici	11.816	<i>Altri veicoli</i>	61
<i>Dispositivi di distribuzione</i>	538	Materiali	5.510
<i>Motori</i>	227	Sostanze	163
<i>Utensili</i>	6.790	<i>Attrezzature particolari</i>	2.334
<i>Macchine e attrezzature</i>	6.929	Organismi viventi	5.615
<i>Dispositivi di convogliamento</i>	1.726	Rifiuti	167
<i>Veicoli terrestri</i>	2.510	Fenomeni fisici	45

Rispetto alle modalità di accadimento i dati del Sistema Nazionale dei sorveglianza degli infortuni mortali e gravi Regioni ISPESL INAIL hanno evidenziato che gli infortuni mortali e gravi correlati alla variazione di marcia del veicolo/mezzo di trasporto (ribaltamento, fuoriuscita dal percorso prestabilito, ...) accadono in oltre il 50% dei casi nel settore dell'agricoltura e nel 61% si tratta di ribaltamenti dei trattori, con conseguente schiacciamento del lavoratore, utilizzati molto spesso in assenza delle cinture di sicurezza e di adeguati dispositivi antiribaltamento, e nel 16% investimenti per fuoriuscita dei veicoli dal loro percorso stabilito. Inoltre va sottolineato come in realtà vi è una discrepanza fra i dati rilevati a mezzo stampa e quelli originati dall'INAIL; ad esempio nel corso del 2008 l'ISPESL, sulla base di ricerche effettuate sui principali mezzi di informazione, ha rilevato 161 eventi infortunistici connessi con l'uso del trattore che hanno determinato 168 infortunati e tra questi 126 decessi. Gli infortunati a causa di capovolgimento del trattore ammontano a 153 e tra questi 114 decessi.

Indicazioni nazionali

Il "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro" (DPCM 17.12.2007) approvato dalla Regione Umbria con DGR n. 2034 del 3/12/2007, richiedeva la programmazione di azioni su tutto il territorio nazionale nel comparto "dell'agricoltura-selvicoltura" al fine di ridurre l'incidenza del fenomeno infortunistico. Pertanto il 27 gennaio 2010 la Conferenza Stato Regioni ha approvato il Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura 2010-2012 e le Regioni e le Province autonome hanno declinato l'intervento localmente definendo tempi e modalità per il raggiungimento degli obiettivi nazionali. Quindi in questa Regione è stato approvato un piano di intervento in agricoltura con DGR

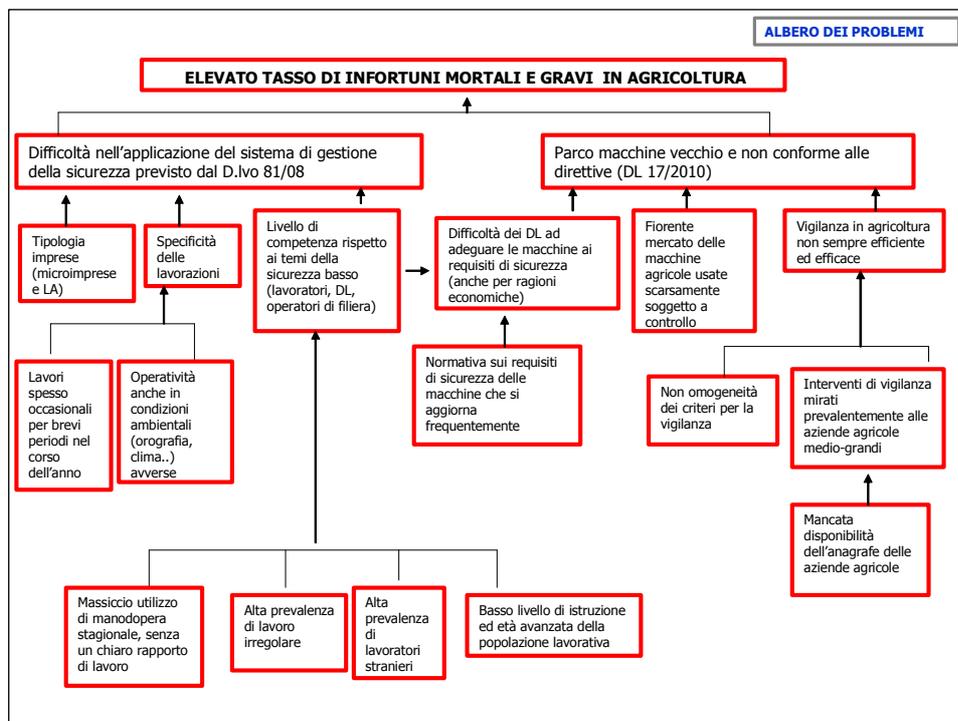
I problemi

In ragione della configurazione dell'assetto produttivo del settore agricoltura descritta nell'analisi di contesto, la normativa riguardante la sicurezza negli ambienti di lavoro, il D.lvo 81/2008, appare di più complessa applicazione in tale settore rispetto a quello dell'industria e servizi. Fra i fattori alla base di questa minore attenzione alla sicurezza vi sono quindi la piccola dimensione delle imprese, spesso familiari o costituite da lavoratori autonomi, la specificità delle lavorazioni, in ambiente aperto, con un'orografia variabile e non conosciuta da parte del lavoratore (soprattutto nel lavoro per conto terzi), le condizioni climatiche sfavorevoli, il massiccio utilizzo di una manodopera occasionale, per limitati periodi nel corso dell'anno e quindi più facilmente con formazione ed esperienza non adeguate. Inoltre negli anni il comparto è stato investito da un processo di innovazione tecnologica che non è sempre stato accompagnato da un altrettanto adeguato sviluppo formativo dei datori di lavoro e dei lavoratori che compongono la filiera. Le carenze nell'applicazione sostanziale della normativa possono essere correlate anche alle caratteristiche della popolazione occupata in agricoltura e cioè all'età media elevata, al basso livello di istruzione, all'elevato tasso di irregolarità e, infine, al largo impiego di manodopera di nazionalità straniera con un diverso background culturale.

Va anche sottolineato che i dati del 6° censimento dell'agricoltura dimostrano che l'età media delle macchine, in particolare dei trattori, è per quasi i 2/3 di più di 10 anni soprattutto in quelli a più bassa potenza con conseguente concentrazione delle macchine più obsolete nelle aziende di più piccole.

A fronte di una dimostrata rischiosità del settore, il comparto agricoltura non è stato in questi ultimi anni oggetto di una attenzione particolare da parte dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro di questa Regione. Il problema della limitata attività di vigilanza nel settore agricoltura è da correlare a diverse ragioni:

- ◆ la pregressa sostanziale esclusione dell'agricoltura, in particolare dei lavoratori autonomi che sono la stragrande maggioranza dei lavoratori di questo settore, dalla normativa prevenzionale;
- ◆ la difficoltà per i Servizi a raggiungere le aziende del comparto, come già ricordato prevalentemente piccole o piccolissime, disseminate sul territorio e che prestano solo attività stagionali;
- ◆ la mancanza di un'anagrafe delle aziende agricole che rende piuttosto limitata la conoscenza delle imprese operanti nel settore: infatti la banca dati dei Flussi INAIL ISPESL manca dell'archivio delle aziende del settore agricoltura fatta eccezione per l'agroindustria.



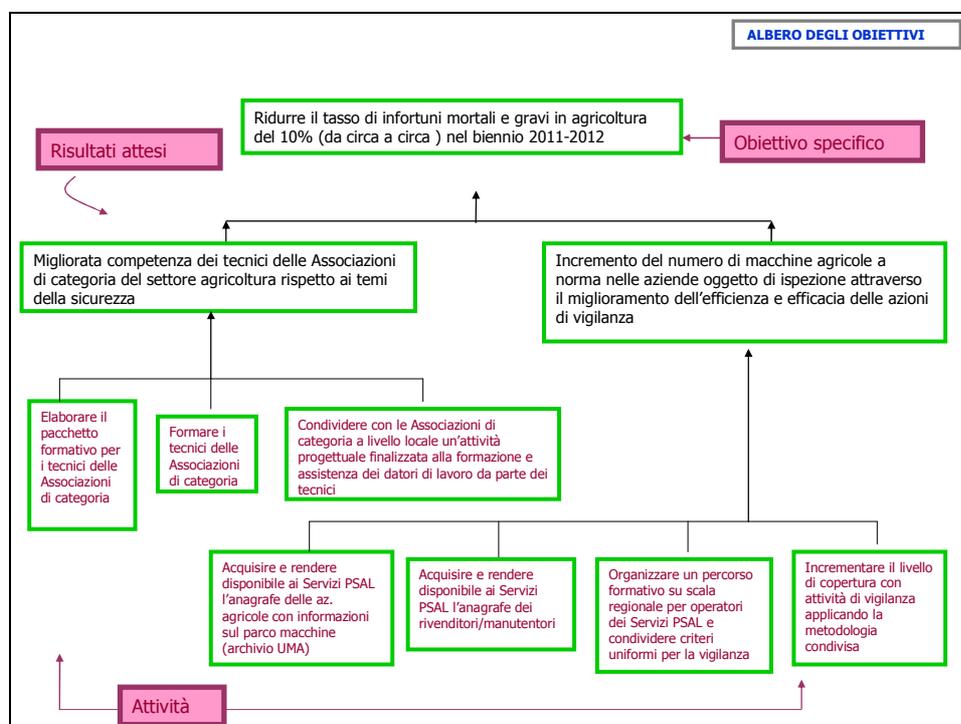
Gli obiettivi e i risultati attesi

Il settore agricoltura è fra quelli a più elevata incidenza del fenomeno infortunistico. Pertanto, l'obiettivo che ci si pone con questo progetto, in linea con l'obiettivo generale del Piano Nazionale di Prevenzione, è quello di ridurre il numero di infortuni gravi e mortali occorsi in agricoltura del 10% nel biennio 2011-2012 attraverso azioni mirate e efficaci, sia di informazione e sensibilizzazione che di vigilanza.

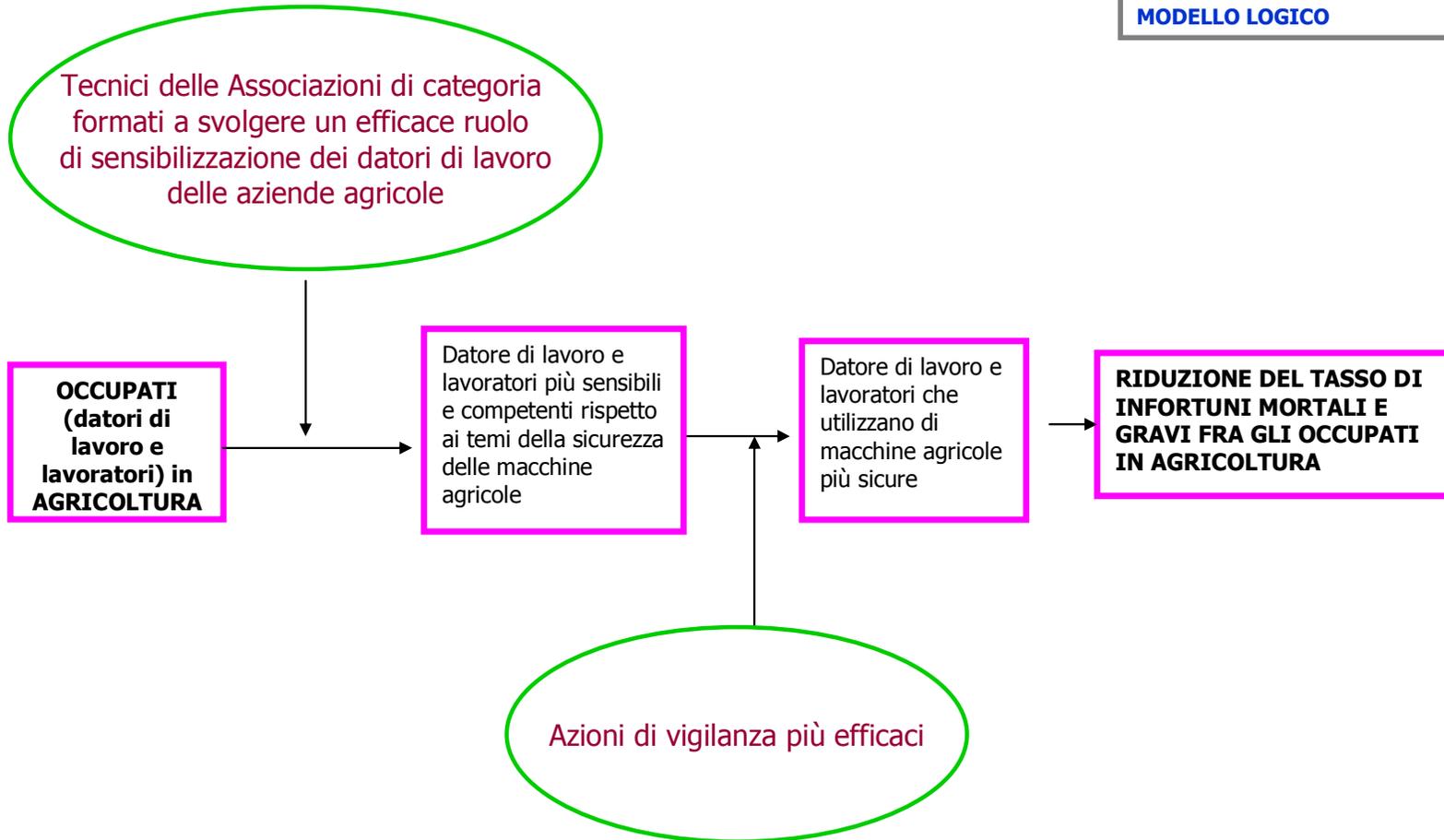
Il Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura 2010-2012, descritto nell'analisi di contesto, prevede sia l'attuazione di programmi di informazione ed assistenza per i lavoratori del comparto, sia l'attivazione di controlli in misura sufficiente a far percepire una presenza capillare sul territorio. La strategia che si intende adottare in questa Regione è quella di raggiungere, attraverso i Servizi PSAL, i tecnici delle Associazioni di categoria del settore agricoltura, che incontrano in occasioni periodiche e sistematiche tutti i loro iscritti. Si conta in tal modo di produrre, con un effetto a cascata, la sensibilizzazione di un numero di imprenditori agricoli più elevato di quello che sarebbe possibile raggiungere con una formazione diretta degli imprenditori realizzata dai Servizi PSAL.

L'altro focus del progetto è incentrato sul miglioramento della qualità della vigilanza dei Servizi PSAL sia in termini di efficienza che di efficacia. Il progetto prevede infatti un incremento del numero di aziende agricole da ispezionare nel corso del biennio 2011-2012 e un'attività di vigilanza mirata al controllo della sicurezza delle macchine agricole secondo criteri uniformi e condivisi fra gli operatori e le Associazioni.

In particolare dovrà essere utilizzata una scheda di sopralluogo, unica a livello regionale, che punta sulla rilevazione degli aspetti di sicurezza delle macchine agricole.



MODELLO LOGICO



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Ridurre il tasso infortuni mortali e gravi in agricoltura del 10% (da circa a circa) nel biennio 2011-2012	♦ N° infortuni mortali e gravi/occupati in agricoltura X 1000	Banca dati dei Flussi Informativi INAIL Regioni Dati ISIAI	Minori investimenti delle imprese rispetto alla sicurezza per la crisi economica
Risultato atteso 1	Migliorata competenza dei tecnici delle Associazioni di categoria del settore agricoltura rispetto ai temi della sicurezza	♦ N° tecnici che hanno seguito il corso/ N° tecnici da formare X 100 ♦ N° tecnici con competenze acquisite* / N° tecnici da formare X 100 <i>* che hanno risposto correttamente al 90% delle domande del questionario</i>	Questionario somministrato ai tecnici che hanno partecipato alla formazione	Mancanza di collaborazione delle Associazioni di Categoria anche per carenza di personale
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1	Elaborare su scala regionale il pacchetto formativo per i tecnici delle Associazioni di categoria	Gruppo di lavoro		
Attività 1.2	Formare i tecnici delle associazioni	Servizi PSAL	Costi di organizzazione del corso (FSR per la prevenzione nei luoghi di lavoro)	
<i>Attività 1.2.1</i>	<i>Individuare i bisogni formativi</i>			
<i>Attività 1.2.2</i>	<i>Definire obiettivi e contenuti dell'intervento</i>			
<i>Attività 1.2.3</i>	<i>Realizzare l'intervento</i>			
Attività 1.3	Condividere con le Associazioni di categoria a livello locale l'attività progettuale finalizzata alla formazione e assistenza dei datori di lavoro da parte dei tecnici	Servizi PSAL		

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Ridurre l'incidenza degli infortuni mortali e gravi in agricoltura del 10% nel triennio rispetto al valore dell'anno 200	<ul style="list-style-type: none"> N° infortuni mortali e gravi /occupati in agricoltura X 1000 	Rapporto annuale regionale INAIL Rilevazione trimestrale Dati ISTAT	Minori investimenti delle imprese rispetto alla sicurezza per la crisi economica
Risultato atteso 2	Incremento del numero di macchine agricole a norma nelle aziende oggetto di ispezione attraverso il miglioramento dell'efficienza e efficacia delle azioni di vigilanza	<ul style="list-style-type: none"> N° aziende agricole ispezionate N° macchine rese conformi/N° macchine da verificare X 100 	Sistema informativo SPSAL Dati ISTAT	Difficoltà a ispezionare il N° di imprese previste per carenza di personale dedicato
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 2.1	Acquisire e rendere disponibile ai Servizi PSAL l'anagrafe delle aziende agricole con informazioni sul parco macchine (archivio UMA)	Regione		
Attività 2.2	Acquisire e rendere disponibile ai Servizi PSAL l'anagrafe dei rivenditori, noleggiatori e manutentori di macchine agricole	Regione		
Attività 2.3	Organizzare un percorso formativo su scala regionale per aumentare le competenze tecniche degli operatori dei Servizi PSAL e condividere criteri uniformi per la vigilanza	Regione	Progettazione didattica	
<i>Attività 2.3.1</i>	<i>Definire obiettivi e contenuti del corso</i>			
<i>Attività 2.3.2</i>	<i>Realizzare il corso</i>			
Attività 2.4	Incrementare il livello di copertura con attività di vigilanza applicando la metodologia condivisa	Servizi PSAL Documento con criteri per la vigilanza		

Bibliografia

- INEA – Rapporto sull'agricoltura Italiana 2010.
- INEA – Annuario dell'agricoltura Italiana, volume LXII, 2008.
- Rilevazione trimestrale sulle forze di lavoro. Media 2009. www.istat.it
- V censimento sull'agricoltura. www.istat.it
- Banca Dati statistica. www.inail.it

2. Prevenzione Universale
2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito
lavorativo e delle patologie lavoro-correlate

2.2.2 Salute e sicurezza nelle Grandi Opere Infrastrutturali in Umbria

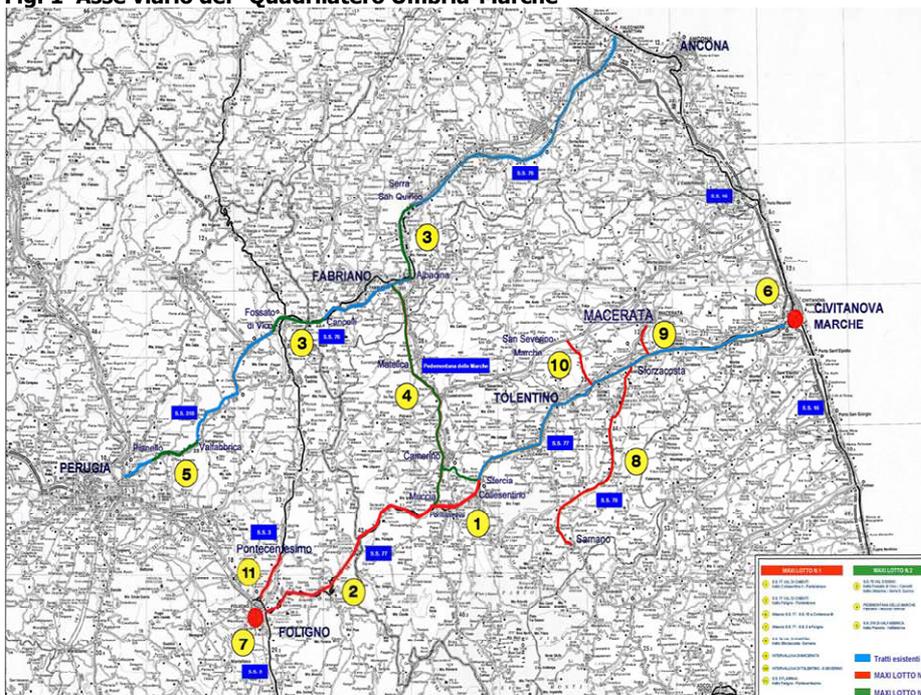
Target (beneficiari)	Lavoratori occupati nelle aziende edili dei cantieri delle grandi opere infrastrutturali che insistono sul territorio regionale nel biennio 2011-2012 (stimati pari a circa 1.500 unità)					
Attori	<ul style="list-style-type: none"> • Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare – Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali – Regione Umbria • Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro delle ASL • Direzioni Provinciali del Lavoro di Perugia e Terni • INAIL regionale • Comitato Paritetico Territoriale per l'Edilizia di Perugia e Terni 					
Portatori di interesse	• Comitato Regionale di Coordinamento per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro (DPCM 21 dicembre 2007)					
Obiettivo di salute	Ridurre i rischi per la salute e la sicurezza nei cantieri delle Grandi Opere Infrastrutturali in Umbria attraverso lo sviluppo di un modello per la gestione degli stessi.					
Descrizione sintetica	<p>Il territorio regionale è interessato dalla realizzazione di Grandi Opere Infrastrutturali. Le dimensioni e la complessità organizzativa di tali opere, l'apertura contemporanea di diversi cantieri, i tempi di realizzazione spesso stretti, il ricorso a imprese e manodopera proveniente da altre regioni o altre nazioni e soprattutto l'interferenza fra imprese che operano contemporaneamente nello stesso cantiere, le rende particolarmente a rischio di danni per la salute dei lavoratori. Pertanto in questa specifica tipologia di cantieri è necessario mettere in campo interventi che garantiscano informazione, formazione e assistenza a tutto il sistema produttivo coinvolto nella realizzazione dell'opera. Questo progetto prevede quindi lo sviluppo di un modello per la gestione dei rischi lavorativi nei cantieri delle Grandi Opere Infrastrutturali imperniato su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • informazione e sensibilizzazione dei lavoratori e delle figure cardine della sicurezza nel cantiere; • coinvolgimento degli stessi in un sistema di sorveglianza sugli eventi sentinella (infortuni/infortuni mancati) dal quale scaturisca la definizione di buone prassi; • potenziamento e miglioramento dell'efficacia del sistema di vigilanza anche attraverso la messa a punto di uno specifico percorso formativo. 					
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del livello di consapevolezza sui rischi per la sicurezza da parte dei lavoratori. • Miglioramento dell'efficacia del sistema di prevenzione degli infortuni nei cantieri delle Grandi Opere Infrastrutturali. • Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle attività di vigilanza nei cantieri delle Grandi Opere Infrastrutturali. 					
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° lavoratori che hanno partecipato ai corsi del CPT edilizia/ N° lavoratori occupati X 100	Registro dei corsi		25%		50%	
N° lavoratori con competenze acquisite* / N° lavoratori formati dal CPT edilizia X 100	Questionario somministrato ai lavoratori		90%		90%	
Sistema di gestione degli infortuni sviluppato in ogni lotto			Commissione tecnica costituita		70% degli infortuni analizzati	
Linee guida elaborate			Bozza prodotta		Linee guida prodotte	
N° operatori SPSAL con competenze acquisite* / N° operatori SPSAL formati X 100	Questionario somministrato agli operatori		90%		90%	
N° ispezioni realizzate al mese	Sistema informativo SPSAL		15		15	
<i>* che hanno risposto correttamente al 90% delle domande del questionario</i>						

Il contesto

I dati sull'andamento infortunistico indicano tuttora il settore delle costruzioni come quello a maggior rischio, con un decisivo contributo percentuale agli eventi mortali, con costi umani, sociali ed economici altissimi. In questo settore, le Grandi Opere Infrastrutturali sono caratterizzate da notevole complessità, per l'entità degli investimenti, la lunghezza dei tracciati, per i rapporti piuttosto articolati tra chi decide la realizzazione dell'opera, chi la progetta, chi la commissiona e chi la esegue. Le nuove modalità contrattuali, quali quello del Contraente Generale, soprattutto per le grandi opere, spingono, fra l'altro, le grandi imprese di costruzioni a trasformarsi in holding finanziarie e organizzatrici dei processi produttivi, disarticolando le varie fasi realizzative dell'opera e assegnando la copertura dei costi dell'impresa alla compressione dei prezzi nelle fasi di subappalto e dell'esternalizzazione, nelle quali si registrano il maggior numero di incidenti mortali. Inoltre i nuovi istituti contrattuali, mettono in crisi i parametri classici su cui sono state imposte anche le norme in materia di sicurezza, perché nuove e poco definite sono le responsabilità nelle complesse architetture contrattuali. In questo contesto, le azioni di prevenzione e di repressione non sempre si sviluppano in modo efficace e spesso non sono concepite in modo integrato ed in una ottica strategica.

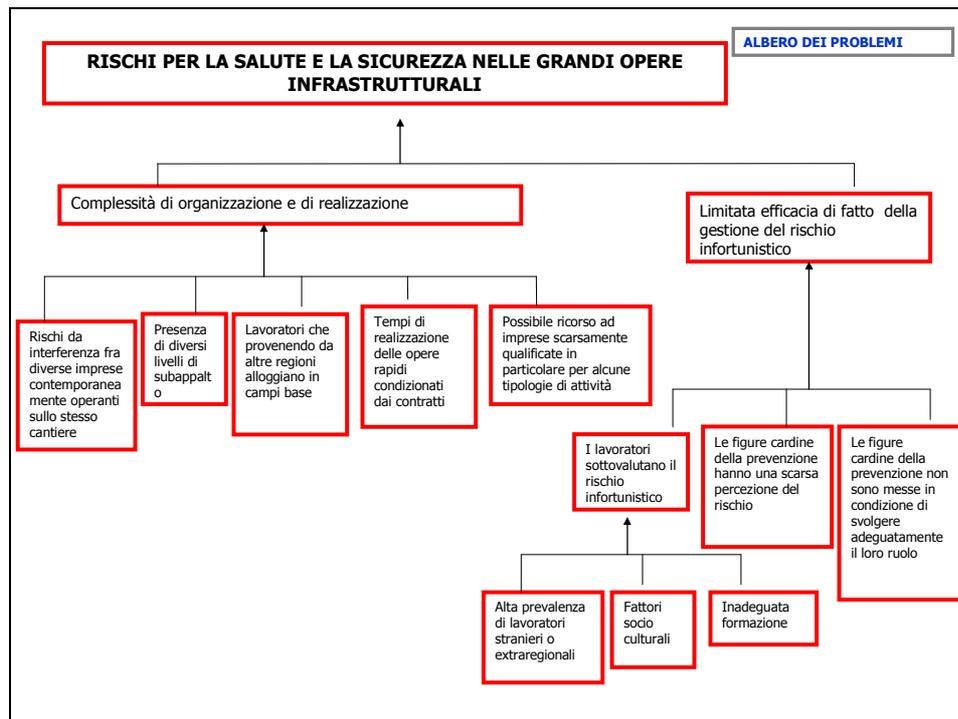
Attualmente in Umbria si stanno realizzando due importanti opere di potenziamento del sistema stradale: la costruzione dell'asse viario Terni Rieti, i cui cantieri sono collocati nei territori di competenza della ASL 4 di Terni e i cantieri del progetto Quadrilatero, un'opera di completamento e adeguamento di due arterie principali, l'asse Foligno-Civitanova Marche strada statale 77 e l'asse Perugia-Ancona statali 76 e 318, i cui cantieri si collocano prevalentemente nel territorio di competenza della ASL 3 di Foligno, ma anche, per tratti più limitati, in quelli della ASL 1 di Città di Castello e della ASL 2 di Perugia (Fig 1).

Fig. 1 Asse viario del "Quadrilatero Umbria-Marche"



I problemi

Come evidenziato nell'analisi di contesto, i lavoratori che partecipano alla realizzazione delle Grandi Opere Infrastrutturali sono particolarmente esposti ai rischi di danni alla salute, sia malattie professionali che infortuni, per l'intrinseca pericolosità delle lavorazioni (es. lavori di scavo, in altezza, impiego di macchinari pericolosi), per i tempi di realizzazione delle opere rapidi e condizionati dai contratti, per la presenza di esternalizzazioni e subappalto e, quindi, rischi da interferenza fra diverse imprese contemporaneamente operanti nello stesso cantiere. Le esperienze presenti nella letteratura specifica confermano che, nel caso di opere complesse il maggior rischio deriva sostanzialmente dal mancato coordinamento fra le imprese che lavorano con contemporaneità di luogo e di tempo in violazione di quanto previsto dall'art. 100 del D.lvo 81/2008. Questo contesto rende difficile la gestione dei rischi lavorativi, in particolare nel caso di aziende piccole o scarsamente qualificate, dove i lavoratori tendono a sottovalutare i rischi lavorativi, a causa tra l'altro della mancanza di una adeguata formazione e le figure della prevenzione aziendale hanno difficoltà nell'esercitare adeguatamente il loro ruolo.

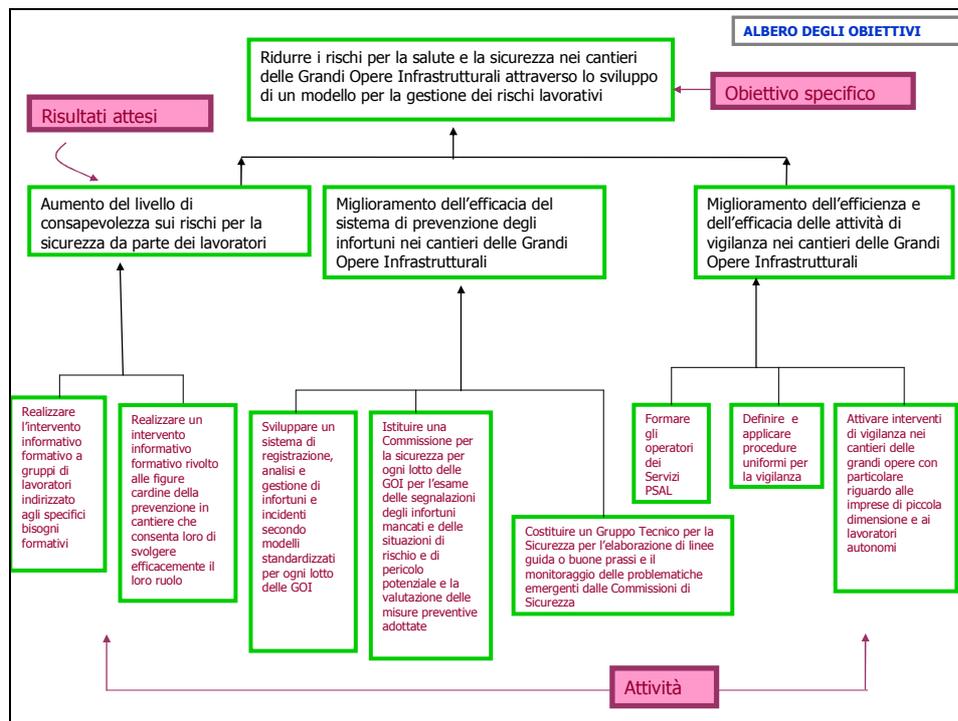


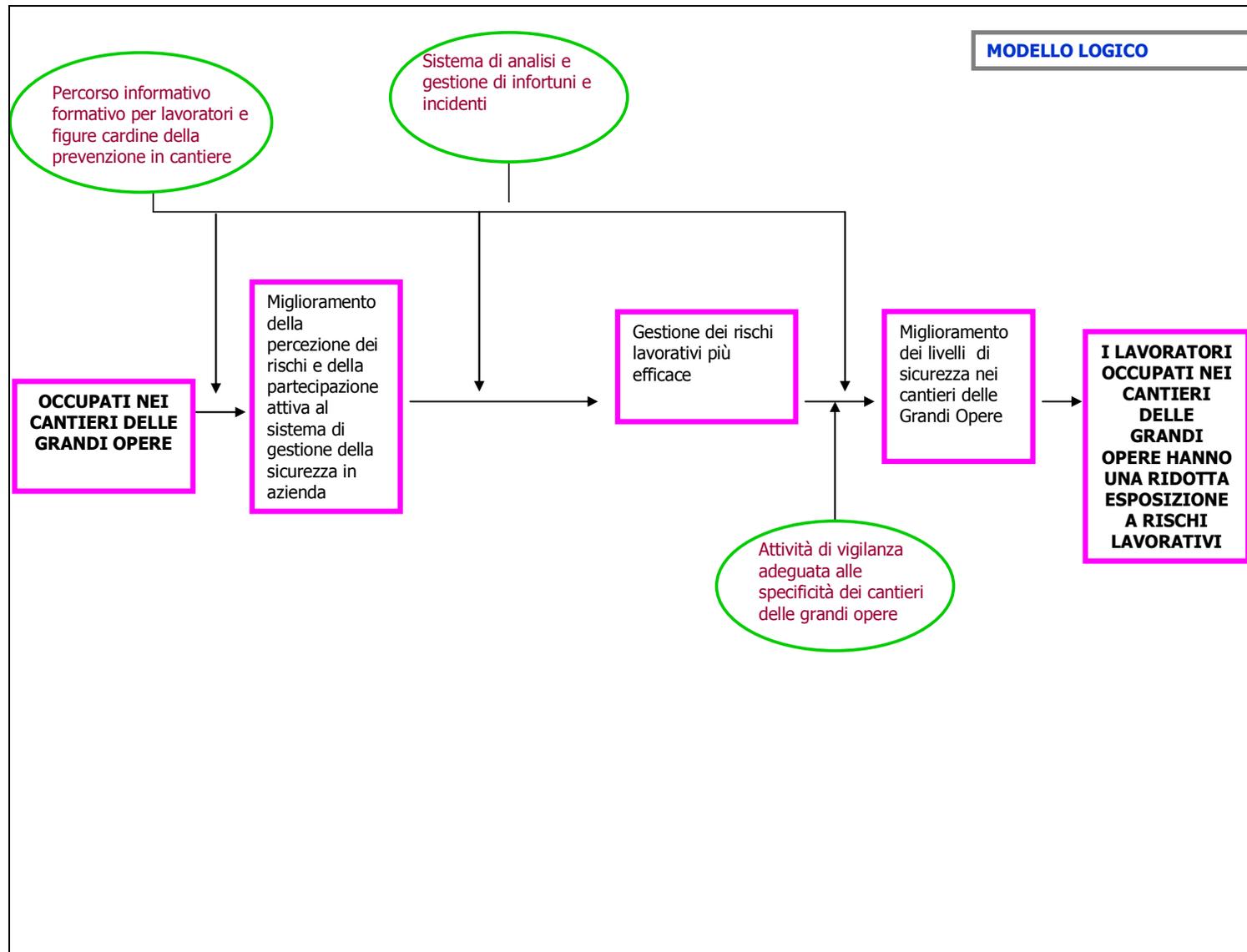
Gli obiettivi e i risultati attesi

L'intervento si prefigge di sviluppare e sperimentare un modello per la gestione dei rischi nei cantieri delle Grandi Opere Infrastrutturali fondato su tre pilastri:

1. informazione e sensibilizzazione dei lavoratori e delle figure cardine della sicurezza nel cantiere;
2. coinvolgimento degli stessi in un sistema di sorveglianza sugli eventi sentinella (infortuni/infortuni mancati) dal quale scaturisca la definizione di buone prassi;
3. potenziamento e miglioramento dell'efficacia del sistema di vigilanza anche attraverso la messa a punto di uno specifico percorso formativo.

Va detto che di questi tre filoni uno solo è di stretta competenza dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, quello relativo al punto 3. Gli altri due saranno sostanzialmente realizzati dai Comitati Paritetici Territoriali per l'Edilizia di Perugia e Terni per il punto 1 e dalle imprese aggiudicatrici per il punto 2, ma spetterà comunque al Servizio aziendale in collaborazione con quello regionale sia la promozione che il coordinamento delle attività previste.





Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Ridurre i rischi per la salute e la sicurezza nei cantieri delle Grandi Opere Infrastrutturali attraverso lo sviluppo di un modello per la gestione dei rischi lavorativi			
Risultato atteso 1	Aumento del livello di consapevolezza sui rischi per la sicurezza da parte dei lavoratori	<ul style="list-style-type: none"> N° lavoratori che hanno partecipato ai corsi/ N° lavoratori occupati X 100 N° lavoratori con competenze acquisite* / N° lavoratori formati dal CPT edilizia X 100 <p><i>* che hanno risposto correttamente al 90% delle domande del questionario</i></p>	Questionario somministrato ai lavoratori che hanno partecipato alla formazione	Manca di collaborazione delle aziende
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1	Realizzare l'intervento informativo formativo a gruppi di lavoratori indirizzato agli specifici bisogni formativi	Comitati Paritetici Territoriali per l'Edilizia di Perugia e Terni	Progettazione didattica	
<i>Attività 1.1.1</i>	<i>Somministrare il questionario ai lavoratori per individuare i bisogni formativi</i>			
<i>Attività 1.1.2</i>	<i>Definire obiettivi e contenuti dell'intervento</i>			
<i>Attività 1.1.3</i>	<i>Realizzare l'intervento</i>			
Attività 1.2	Realizzare un intervento informativo rivolto alle figure cardine della prevenzione in cantiere affinché svolgano efficacemente il loro ruolo	Comitati Paritetici Territoriali per l'Edilizia di Perugia e Terni Personale dei Servizi PSAL	Progettazione didattica	
<i>Attività 1.2.1</i>	<i>Definire obiettivi e contenuti dell'intervento</i>			
<i>Attività 1.2.2</i>	<i>Realizzare l'intervento</i>			

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Ridurre i rischi per la salute e la sicurezza nei cantieri delle Grandi Opere Infrastrutturali attraverso lo sviluppo di un modello per la gestione dei rischi lavorativi			
Risultato atteso 2	Miglioramento dell'efficacia del sistema di prevenzione degli infortuni nei cantieri delle Grandi Opere Infrastrutturali	Sistema di gestione degli infortuni sviluppato in ogni lotto Linee guida elaborate		
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 2.1	Sviluppare un sistema di registrazione, analisi e gestione di infortuni e incidenti secondo modelli standardizzati per ogni lotto delle GOI	Protocollo d'intesa con le imprese Commissione per la sicurezza per ogni lotto delle GOI		
Attività 2.2	Valutazione degli infortuni e infortuni mancati	Commissione per la sicurezza per ogni lotto delle GOI		
Attività 2.3	Elaborare linee guida o buone prassi	Gruppo tecnico per la sicurezza Materiale per la definizione di buone pratiche		
<i>Attività 2.3.1</i>	<i>Individuare le criticità emergenti dall'analisi degli infortuni e incidenti svolta dalle Commissioni di Sicurezza</i>			
<i>Attività 2.3.2</i>	<i>Elaborare le linee guida o buone prassi</i>			
<i>Attività 2.3.3</i>	<i>Implementare le linee guida o buone prassi</i>			

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Ridurre i rischi per la salute e la sicurezza nei cantieri delle Grandi Opere Infrastrutturali attraverso lo sviluppo di un modello per la gestione dei rischi lavorativi			
Risultato atteso 3	Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle attività di vigilanza nei cantieri delle Grandi Opere Infrastrutturali.	<ul style="list-style-type: none"> • N° ispezioni realizzate al mese nei cantieri delle grandi opere • N° operatori con competenze acquisite* / N° operatori formati X 100 <p><i>* che hanno risposto correttamente al 90% delle domande del questionario</i></p>	Sistema informativo SPSAL Questionario somministrato agli operatori che hanno partecipato alla formazione	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 3.1	Formare gli operatori dei Servizi PSAL	Docenti esterni	Progettazione didattica	
<i>Attività 3.1.1</i>	<i>Individuare i bisogni formativi</i>			
<i>Attività 3.1.2</i>	<i>Definire obiettivi e contenuti dell'intervento</i>			
<i>Attività 3.1.3</i>	<i>Realizzare l'intervento</i>			
Attività 3.2	Definire procedure uniformi per la vigilanza	Gruppo di lavoro misto		
Attività 3.3	Attivare interventi di vigilanza nei cantieri delle grandi opere con particolare riguardo alle imprese di piccola dimensione e ai lavoratori autonomi			

Bibliografia

- Quarto RAPPORTO Il fenomeno infortunistico in Umbria Anni 2007/2008. Collana: ATLANTI della PREVENZIONE VOLUME n.7 Edizioni: Agenzia AUS.
- Progetto Euridice-ten relazione conclusiva: prima fase febbraio 2010
www.coopmarcella.it/documenti/progetti/relazioneten.pdf
- D.Lgs 9 aprile 2008, N.81 Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. (Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008 - Suppl. Ordinario n. 108) (Decreto integrativo e correttivo: Gazzetta Ufficiale n. 180 del 05 agosto 2009 – Suppl. Ordinario n. 142/L)
- Legge 21dicembre 2001, n. 443 "Delega al Governo in materia di infrastrutture ed insediamenti produttivi strategici ed altri interventi per il rilancio delle attività produttive" pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 299 del 27 dicembre 2001, Suppl. Ordinario n. 279.
- Linee guida per il Coordinamento Della Sicurezza Nella Realizzazione Delle Grandi Opere Roma, 20 marzo 2008 ITACA - Coordinamento Tecnico Interregionale Della Prevenzione Nei Luoghi Di Lavoro

2. Prevenzione Universale
2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate

2.2.3 Lotta ai rischi e ai danni da esposizione professionale a sostanze cancerogene

Target (beneficiari)	<ul style="list-style-type: none"> • Circa 700 lavoratori di 100 aziende umbre a rischio cancerogeno di medie dimensioni (fra 5 e 10 dipendenti); • Circa 250 lavoratori affetti da tumori ad alta frazione eziologica (mesotelioma, tumore alla vescica, tumore naso-sinusale). 					
Attori	<ul style="list-style-type: none"> • Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare – Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali – Regione Umbria. • Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro delle ASL. • Rete oncologica regionale. 					
Portatori di interesse	<ul style="list-style-type: none"> • Comitato Regionale di Coordinamento per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro (DPCM 21 dicembre 2007). • Consulenti tecnici per le valutazioni del rischio aziendale. • Medici competenti. • Rete oncologica regionale. 					
Obiettivo di salute	Ridurre l'incidenza dei tumori professionali attraverso la riduzione dell'esposizione a sostanze cancerogene dei lavoratori occupati nelle aziende sottoposte a monitoraggio.					
Descrizione sintetica	<p>L'analisi di contesto mette in rilievo come di fatto perduri una condizione di sottovalutazione della relazione lavoro-patologia tumorale che tuttora pervade non solo il mondo lavorativo, ma anche quello dei professionisti della sanità. A fronte di un obiettivo specifico volutamente ampio, tre sono i cardini del progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • intervenire sui consulenti aziendali per la valutazione del rischio condividendo i criteri per il monitoraggio e la valutazione del rischio cancerogeno prevista dall'art. 236 del D.lvo 81/08; • valutare attraverso uno specifico monitoraggio ambientale, con campionamenti ambientali e personali, la sussistenza del rischio cancerogeno in un campione di aziende; • incrementare il riconoscimento dei tumori di origine professionale attraverso l'attivazione della segnalazione da parte dei medici dei reparti ospedalieri di oncologia di alcuni tumori (pleura, vescica, naso-sinusali) ai Servizi PSAL che conseguentemente faranno una valutazione del nesso di causa. 					
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Criteri per il monitoraggio e la valutazione del rischio cancerogeno definiti ed oggetto di un documento approvato con delibera regionale; • misure di prevenzione del rischio cancerogeno adottate nelle aziende sottoposte a monitoraggio; • incrementata segnalazione di alcuni tumori (pleura, vescica, naso-sinusali) ai Servizi PSAL da parte dei medici dei reparti oncologici. 					
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° aziende sottoposte a monitoraggio	Sistema informativo SPSAL	30	50		50	
N° aziende nelle quali sono stati ridotti i livelli di esposizione/N° di aziende ispezionate X 100	Indagine di igiene industriale prima e dopo l'intervento	/			25% di quelle ispezionate il I anno	
N° aziende sottoposte ad ispezione che applicano le misure di prevenzione del rischio cancerogeno/N° aziende ispezionate X 100	Sistema informativo SPSAL	/	100%		100%	
Documento con i criteri per il monitoraggio del rischio cancerogeno deliberato dalla Giunta Regionale	Bollettino Ufficiale Regione Umbria	/	Documento approvato con DGR		Documento diffuso al 100% degli ordini professionali	
N° segnalazioni di tumore (pleura, vescica, naso-sinusali) ai Servizi PSAL da parte dei medici dei reparti oncologici	Sistema informativo SPSAL Registro tumori umbro di popolazione	Circa 10	30		80	

Il contesto

I Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di lavoro di questa Regione già da alcuni anni si sono impegnati nelle attività di prevenzione dei rischi da agenti chimici e cancerogeni negli ambienti di lavoro. Negli anni 2002-2006, nell'ambito del "Progetto Cancerogeni", attraverso una collaborazione fra Servizi PSAL e INAIL Umbria, è stato realizzato il monitoraggio dell'esposizione a sostanze cancerogene nei principali comparti industriali a rischio e si è prodotta una banca dati regionale nella quale sono stati archiviati i risultati di oltre 1000 campionamenti personali e ambientali. I risultati di questo monitoraggio sono stati elaborati e pubblicati in un report dal titolo "L'esposizione a cancerogeni professionali in Umbria". I principali risultati sono sintetizzati di seguito:

- ◆ Comparto del legno: in tutte le fasi lavorative della lavorazione del legno e in tutte le diverse tipologie di aziende sottoposte a monitoraggio, la concentrazione media di polvere di legno, rappresentativa dell'esposizione giornaliera, è mediamente inferiore al valore limite di 5 mg/mc previsto dalla normativa (D.Lgs 66/2000), che viene superato solo nel 2 % dei campioni (6 determinazioni). In realtà, confrontando i valori medi con il limite più conservativo dell'ACGIH (pari ad 1 mg/mc) si dimostra un superamento nel 70 % dei campioni.
- ◆ Comparto metalmeccanico: l'esposizione personale agli agenti chimici determinati nell'attività di saldatura è complessivamente molto bassa; considerando la media aritmetica, questa è circa 1/3 rispetto al valore limite per il cromo esavalente insolubile, mentre concentrazioni ancora più esigue si evidenziano per il cromo solubile e totale; stesse considerazioni possono essere fatte rispetto alle concentrazioni medie per il cadmio e per il nichel.
- ◆ Comparto delle costruzioni: il livello di esposizione a silice libera cristallina è molto variabile a seconda della lavorazione effettuata. Le lavorazioni a maggiore esposizione di SLC sono il "taglio di mattoni", la "spazzolatura", il "taglio di pietra serena", ma anche "la demolizione di intonaco e di parti interne di edificio" sono state rilevate concentrazioni non trascurabili di silice libera cristallina, seppure sempre al di sotto del TLV-TWA, e con una accettabilità della condizione espositiva (OTL Test).
- ◆ Distributori di carburante: l'esposizione personale a benzene degli addetti alla distribuzione di carburante sono molto bassi, inferiori anche ai valori limite più restrittivi dell'ACGIH e del NIOSH, e sono da attribuirsi sia all'installazione dei sistemi di recupero dei vapori posti sulle pompe erogatrici, sia al progressivo incremento in questi ultimi anni dei sistemi di approvvigionamento self-service.
- ◆ Comparto ceramiche: il livello di esposizione personale medio a silice libera cristallina respirabile è pari a 0,020 mg/m³, con valori più elevati negli addetti alla rifinitura e con superamento del valore limite.
- ◆ Comparto sanità: il monitoraggio dei livelli di esposizione del personale sanitario addetto alla preparazione e somministrazione di chemioterapici antiblastici in tutte le strutture sanitarie regionali (quattro Aziende USL e due Aziende Ospedaliere) che effettuano questa attività, ha evidenziato, nonostante alcune criticità, livelli di esposizione complessivamente piuttosto bassi.

Nonostante questa tendenza alla diminuzione dei livelli di esposizione a sostanze cancerogene legata anche alla continua riduzione dei valori limite di esposizione (TLV dell'ACGIH), in realtà i luoghi di lavoro non possono essere considerati privi di tali rischi. Infatti il progresso tecnologico ed il continuo mutamento del mondo del lavoro comporta l'immissione nel mercato di un numero sempre crescente di nuove sostanze chimiche. Per molte di queste, come peraltro per una grande quantità di quelle già da tempo usate, non si conoscono gli effetti sulla salute dell'uomo, in particolare quelli a lungo termine per le basse esposizioni e per esposizioni a miscele complesse di sostanze.. Secondo l'Agenzia europea per la sicurezza e la salute del lavoro, due terzi dei 30.000 prodotti chimici immessi in commercio e normalmente utilizzati nei processi lavorativi, non sono stati sottoposti ad esami tossicologici completi e sistematici e quindi non è escluso che siano totalmente privi di effetti collaterali. Molti sforzi sono stati compiuti dalle comunità scientifiche per studiare le caratteristiche tossicologiche delle varie sostanze chimiche: basti pensare che fino ad una decina di anni fa le sostanze classificate cancerogene dalla Comunità Economica Europea si limitavano a qualche decina ed oggi (con la pubblicazione del 28° adeguamento al Progresso tecnico della Direttiva 67/548) si aggirano a qualche centinaio (circa 500).

Lo studio multicentrico Europeo CAREX ha fornito una stima dei lavoratori esposti a sostanze cancerogene: in Italia circa il 50% degli agenti riconosciuti cancerogeni viene utilizzato a livello industriale, stimando un numero di lavoratori esposti pari al 24% degli occupati (circa 4,2 milioni di lavoratori). Per questi agenti, a differenza di altre sostanze tossiche non è per altro possibile individuare una reale dose soglia di sicurezza. In Umbria, applicando questa stima, i lavoratori esposti a sostanze cancerogene dovrebbero essere circa 90.000.

Questa tendenza spiega anche l'alto numero di tumori che si ritiene abbiano origine professionale: pur non essendo disponibile una esatta stima dell'incidenza dei fattori occupazionali sulla genesi dei tumori, è noto infatti, da importanti studi epidemiologici internazionali, che una percentuale variabile dal 4 al 6% di tutte le morti per cancro ogni anno sia correlabile al lavoro. Per l'Italia questo significa un numero tra 6.400 e 9.600 morti l'anno. Uno studio epidemiologico realizzato nel 2001 in Finlandia considera come di possibile genesi professionale l'8% delle neoplasie (14% per uomini e il 2% per donne)(Nurminen e Karjalainen). In Umbria come descritto nel paragrafo dedicato a infortuni e malattie professionali del quadro strategico, così come nel resto d'Italia, i dati INAIL dimostrano una evidente sottotifica dei tumori professionali da parte dei medici sia quelli ospedalieri che i medici competenti delle aziende. Infatti anche considerando come stima dei tumori attribuibili a esposizioni occupazionali quella più restrittiva pari al 2%, in questa regione dovrebbero essere diagnosticati circa 130 tumori professionali all'anno, 520 ogni anno se si applica la stima media dell'8%. Nel biennio 2007/2008 i casi di tumore di sospetta origine professionale segnalati ai Servizi PSAL sono stati invece solo 82, quindi circa 40 all'anno (tab. 1). Come evidente dalla tabella, circa i ¾ dei sospetti tumori professionali sono segnalati alla ASL 4, cioè la ASL che ha come territorio di competenza la provincia di Terni, mentre solo ¼ sono segnalati alle altre tre ASL che coprono i territori della Provincia di Perugia.

Tab. 1 Tumori di sospetta origine professionale segnalati ai Servizi PSAL, 2007-2008

Sede neoplasia	ASL 1 Città di Castello	ASL 2 Perugia	ASL 3 Foligno	ASL 4 Terni	Umbria
Polmone		2	3	29	34
Pleura	2	2	2	12	18
Cavità nasali e seni		2			2
Vescica		1	3	3	7
Leucemie e linfomi				3	3
Fegato				3	3
Laringe		2		4	6
Labbro				1	1
Lingua		1			1
Esofago				1	1
Mammella		1			1
Piccolo intestino				4	4
Tessuti molli				1	1
Totale	2	11	8	61	82

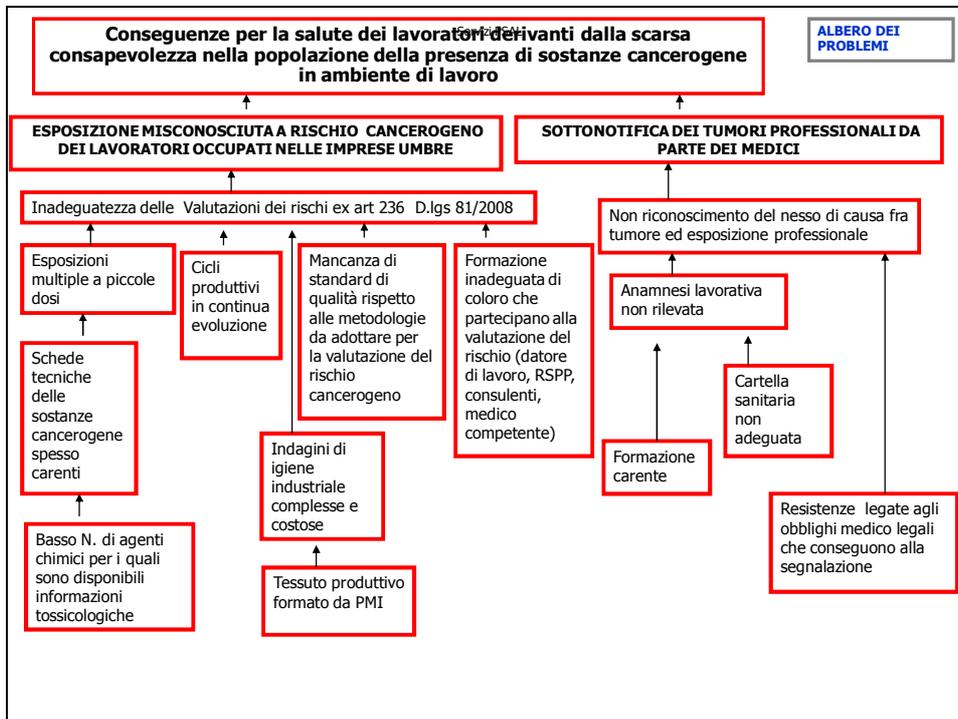
I dati estratti dalla banca dati INAIL rispetto alle malattie professionali denunciate all'Istituto assicuratore sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli rilevati dai Servizi PSAL (tab. 2).

Tab. 2 Tumori denunciati all'INAIL, 2007-2008

	2007	2008	2007/2008
Agricoltura	1	-	1
Industria e servizi	29	40	69
Totale	30	40	70

I problemi

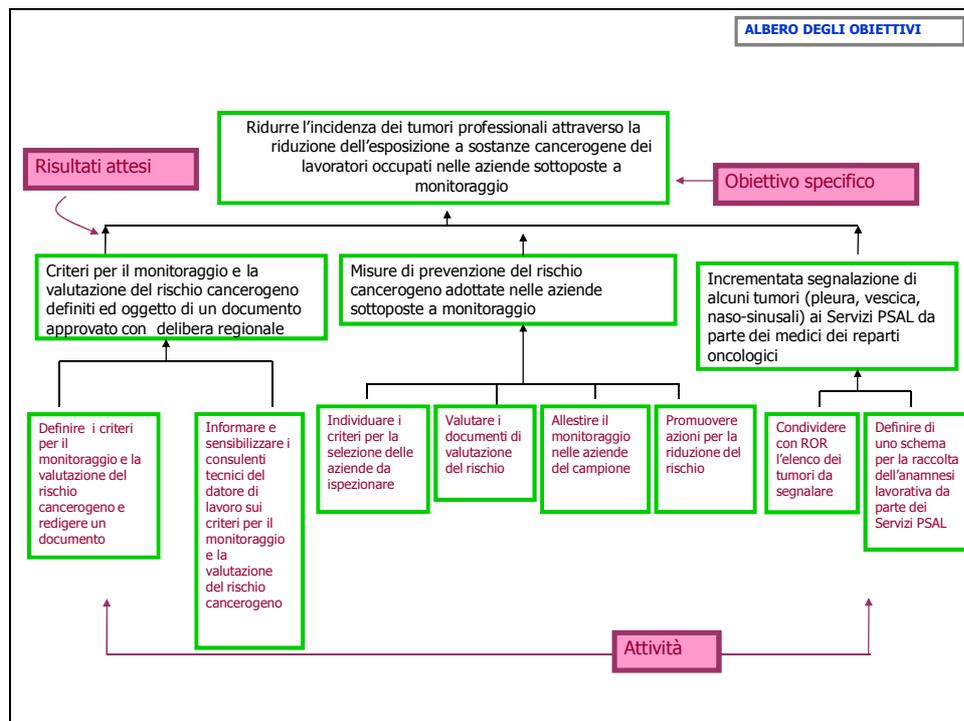
L'analisi di contesto mette in rilievo come di fatto perduri una condizione di sottovalutazione della relazione lavoro-patologia tumorale che tuttora pervade non solo il mondo lavorativo, ma anche quello dei professionisti della sanità. In realtà tale sottovalutazione può considerarsi connessa, da un lato con la difficoltà oggettiva a valutare il rischio in ambito lavorativo, dall'altra alla scarsa formazione che gli specialisti oncologi hanno, non tanto nei confronti della relazione sostanza-tumore, ma piuttosto rispetto alla diade lavoro (sostanza) – tumore.



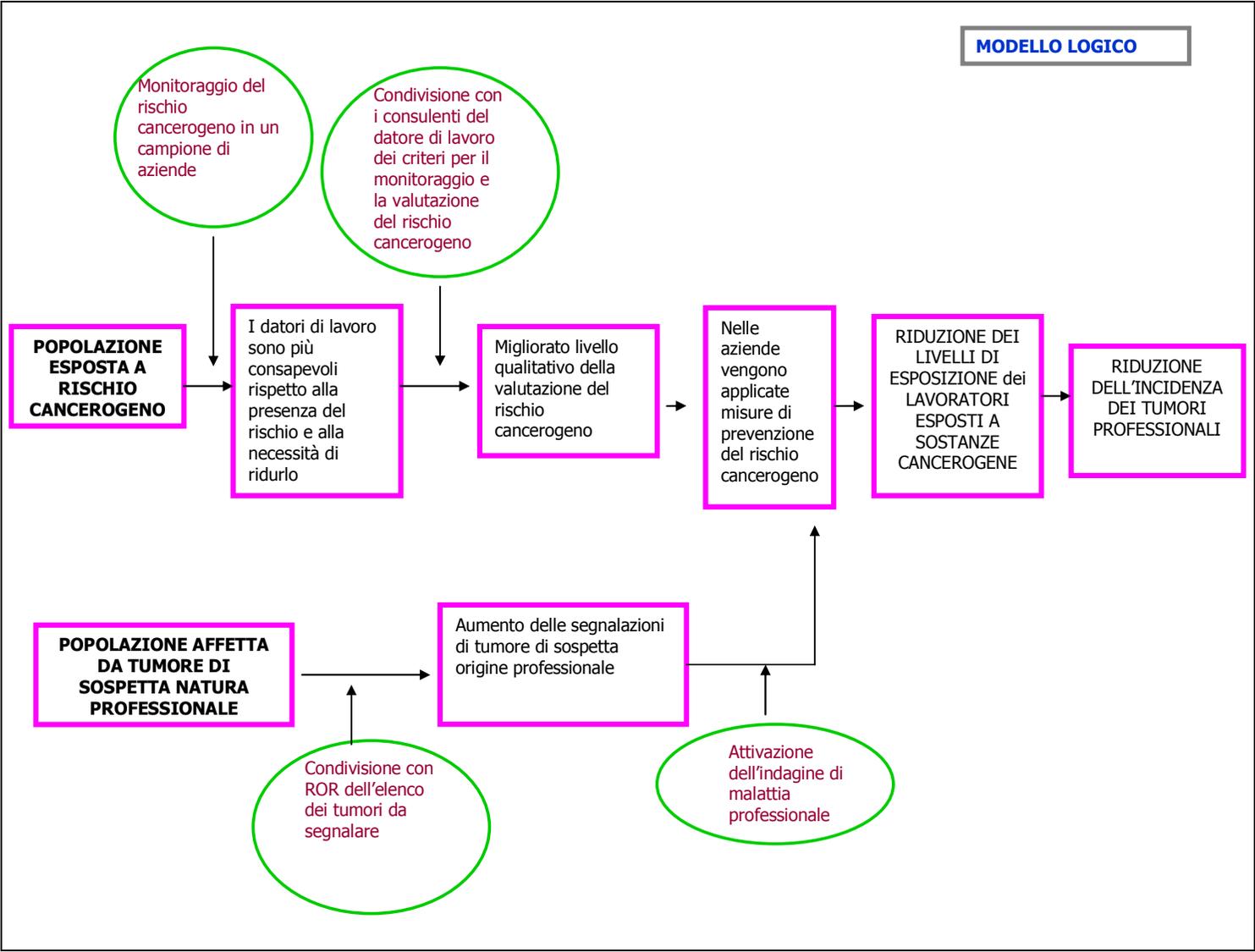
Gli obiettivi e i risultati attesi

A fronte di un obiettivo specifico volutamente ampio, tre sono i pilastri del progetto:

1. intervenire sui consulenti aziendali per la valutazione del rischio condividendo i criteri per il monitoraggio e la valutazione del rischio cancerogeno prevista dall'art. 236 del D.lvo 81/08;
2. valutare attraverso uno specifico monitoraggio ambientale, con campionamenti ambientali e personali, la sussistenza del rischio cancerogeno in un campione di aziende;
3. incrementare il riconoscimento dei tumori di origine professionale attraverso l'attivazione della segnalazione da parte dei reparti ospedalieri di oncologia di alcuni tumori (pleura, vescica, naso-sinusal) ai Servizi PSAL che conseguentemente faranno una valutazione del nesso di causa. Come evidenziato nel modello logico, sebbene quest'intervento sia centrato sul lavoratore con il fine di dimostrare il legame tumore-professione e quindi attivare l'iter per ottenere il beneficio assicurativo, esso ha anche un obiettivo di preventivo più generale, perché l'indagine di malattia professionale per la valutazione del nesso di causa nelle aziende in cui il lavoratore ha prestato la propria attività, può condurre ad una migliore applicazione delle misure di prevenzione del rischio cancerogeno.



MODELLO LOGICO



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Ridurre l'incidenza dei tumori professionali attraverso la riduzione dell'esposizione a sostanze cancerogene dei lavoratori occupati nelle aziende sottoposte a monitoraggio	- N° aziende nelle quali sono stati ridotti i livelli di esposizione/N° di aziende ispezionate X 100	Indagine di igiene industriale prima e dopo l'intervento	Difficoltà nell'applicare nelle aziende le misure di riduzione del rischio (ad esempio la riduzione del numero degli esposti)
Risultato atteso 1	Criteri per il monitoraggio e la valutazione del rischio cancerogeno definiti ed oggetto di un documento approvato con delibera regionale	- Documento approvato con DGR - Documento diffuso a tutti gli ordini professionali	Bollettino Ufficiale Regione Umbria	
		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Definire i criteri per il monitoraggio e la valutazione del rischio cancerogeno e redigere un documento	Servizi PSAL		
Attività 1.2	Informare e sensibilizzare i consulenti tecnici del datore di lavoro sui criteri per il monitoraggio e la valutazione del rischio cancerogeno	Servizi PSAL		
<i>Attività 1.2.1</i>	<i>Coinvolgere gli ordini professionali per la definizione di obiettivi e contenuti del seminario</i>			
<i>Attività 1.2.2</i>	<i>Realizzare il seminario</i>			

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Ridurre l'incidenza dei tumori professionali attraverso la riduzione dell'esposizione a sostanze cancerogene dei lavoratori occupati nelle aziende sottoposte a monitoraggio	- N° aziende nelle quali sono stati ridotti i livelli di esposizione/N° di aziende ispezionate X 100	Indagine di igiene industriale prima e dopo l'intervento	Difficoltà nell'applicare nelle aziende le misure di riduzione del rischio
Risultato atteso 2	Misure di prevenzione del rischio cancerogeno adottate nelle aziende sottoposte a monitoraggio	- N° aziende sottoposte ad ispezione che applicano le misure di prevenzione del rischio cancerogeno/N° aziende ispezionate X 100	Sistema informativo SPSAL	
		Mezzi	Costi	
Attività 2.1	Individuare i criteri per la scelta delle aziende da ispezionare	Banca dati OCCAM		
Attività 2.2	Esaminare i documenti di valutazione del rischio	Servizi PSAL		
Attività 2.3	Allestire il monitoraggio delle sostanze cancerogene nelle aziende del campione	Servizi PSAL	Proventi delle sanzioni ai sensi dell'art. 21 comma 2 del D.Lgs 758/94 e art. 14 comma 5 lettera b del D.Lgs 81/08	Attività di igiene industriale nelle aziende complesse e che necessitano di tempi lunghi
Attività 2.4	Promuovere azioni per la riduzione del rischio	Servizi PSAL		

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Ridurre l'incidenza dei tumori professionali attraverso la riduzione dell'esposizione a sostanze cancerogene dei lavoratori occupati nelle aziende sottoposte a monitoraggio	- N° aziende nelle quali sono stati ridotti i livelli di esposizione/N° di aziende ispezionate X 100	Indagine di igiene industriale prima e dopo l'intervento	Difficoltà nell'applicare nelle aziende le misure di riduzione del rischio
Risultato atteso 3	Incrementata segnalazione di alcuni tumori (pleura, vescica, naso-sinusali) ai Servizi PSAL da parte dei medici dei reparti oncologici	- N° segnalazioni di tumore (pleura, vescica, naso sinusali) ai Servizi PSAL da parte dei medici dei reparti oncologici	Sistema informativo SPSAL Registro Tumore Umbro di Popolazione	
		Mezzi	Costi	
Attività 3.1	Condividere con ROR l'elenco dei tumori ad alta frazione eziologica	Servizi PSAL Rete Oncologica Regionale (ROR)		
Attività 3.2	Definire su scala regionale lo schema per la raccolta dell'anamnesi professionale	Servizi PSAL		

Bibliografia

- Stima del numero di lavoratori esposti a cancerogeni in Italia, nel contesto dello studio Europeo CAREX. Dario Mirabelli. <http://www.cpo.it/cancerogeni.htm>
- Kauppinen T, Toikkanen J, Pedersen D et al. Occupational exposure to carcinogens in the European Union. *Occup Environ Med* 2000;**57**:10–8.
- Vineis P, Simonato L. The proportion of lung and bladder cancer in males resulting from occupation: A systematic approach. *Arch Environ Health* 1991;**46**:6–15.
- EMpeidrlleetmti iFo,l RPricehviardi L, Boffetta P. [Proportion of lung cancer attributable to occupation.] 1999;**23**:327–32 (in Italian).
- Doll R, Mathews JD, Morgan LG. Cancers of the lung and nasal sinuses in nickel workers: A reassessment of the period of risk. *Br J Ind Med* 1977;**34**:102–5.
- Peto J, Cuckle H, Doll R et al. Respiratory cancer mortality of Welsh nickel refinery workers. In: Sunderman FW Jr, ed. *Nickel in the human environment*, IARC Scientific Publications No. 53. Lyon: IARCPress, 1984, pp 37–46.
- International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risk of chemicals to man, Vol 49, Chromium, nickel and welding. Lyon: IARCPress, 1990, p 298.
- International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risk of chemicals to man, Vol 23, Some metals and metallic compounds. Lyon: IARCPress, 1980, pp 61–2.
- Occupational Cancer Monitorino in Umbria. www.occam.it.

2. Prevenzione universale

2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione

2.4.1 Gravidanza senza rosolia

Target (beneficiari)	Donne in età fertile suscettibili alla rosolia residenti in Umbria					
Attori	<ul style="list-style-type: none"> - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare - Direzione Sanità e Servizi Sociali - Regione Umbria - Punti nascita dei Presidi delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere - Consulenti - Servizi vaccinali - Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione - Medici competenti - MMG/PLS/AOGOI 					
Portatori di interesse	Centri culturali Associazioni femminili Associazioni di categoria					
Obiettivo di salute	Aumentare la copertura delle donne in età fertile suscettibili alla rosolia, tendendo al 95%					
Descrizione sintetica	Scopo del progetto è vaccinare il maggior numero di donne in età fertile suscettibili nei confronti della rosolia migliorando l'offerta attiva attraverso la messa in rete di tutti i servizi che possono intercettare donne in età fertile ancora suscettibili e aumentando la sensibilità di tutte le donne rispetto al rischio.					
Risultati attesi	Aumentare la consapevolezza sugli effetti della rosolia in gravidanza nelle donne in età fertile. Incrementare l'offerta attiva della vaccinazione a tutte le suscettibili "intercettate".					
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Protocolli operativi locali	Atti/protocolli aziendali				Adottati in almeno 80% delle Aziende	
Pacchetto formativo per MMG e PLS	Seminari/ incontri realizzati		Almeno 1 in ogni Azienda			
N. risposte esatte /n. domande x100	Questionario anonimo	/	50%*		70%	
N. donne vaccinate/ donne suscettibili in età fertile intercettate x100	Segnalazioni ai serv. Vaccinali/ Registrazioni S.I. Vaccinazioni	0	70%		84%	
Vaccinate/residenti x100 (coorti nate negli anni 1986/1989)	S. I Vaccinazioni	% coperture al 31.12.2009 (v. grafico pag. 4)	+ 30%coorti 1986/88 +10% coorte 1989		+50% coorti 1986/88 +30% coorte 1989	

* dato verificato su un campione di donne come valore di baseline

Il contesto

La malattia

La rosolia contratta durante la gravidanza può avere gravi ripercussioni sull'embrione e sul feto: le donne che si infettano nel primo trimestre di gravidanza andranno incontro ad un aborto o potranno avere un bambino con sindrome da rosolia congenita (CRS) nell'85% - 90% dei casi.

La rosolia congenita è una malattia grave che può essere caratterizzata da manifestazioni a carico dell'orecchio, del sistema nervoso, degli occhi, del cuore, nonché del fegato e della milza.

Inoltre, poiché il bambino con CRS può continuare ad eliminare virus per via urinaria per circa un anno, diventa anche fonte di infezione per le persone suscettibili.

La prevenzione della sindrome da rosolia congenita tramite la vaccinazione è pertanto una delle priorità della Regione europea dell'OMS e la riduzione della sua incidenza a 1 caso ogni 100 mila nati vivi rientra tra gli obiettivi dei programmi di immunizzazione per il 2010.

In Italia la Conferenza Stato/Regioni, nella seduta del 13 novembre 2003 ha approvato il documento "Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita" (PNEM) che ha fatto proprio l'obiettivo della Regione Europea dell'OMS di ridurre e mantenere l'incidenza annuale della rosolia <1 caso/ 1.000.000 abitanti e quella della rosolia congenita al di sotto di 1 caso su 100.000 nati vivi.

La rosolia in Europa

I dati riportati (1) dall'OMS e dall'Euvac.net, il network europeo per la sorveglianza sulle malattie infettive prevenibili con vaccinazione, relativi al periodo 2000-2007, mostrano che in Europa il numero di casi di rosolia è notevolmente diminuito dopo il 2003, ma si è stabilizzato dal 2005 in poi.

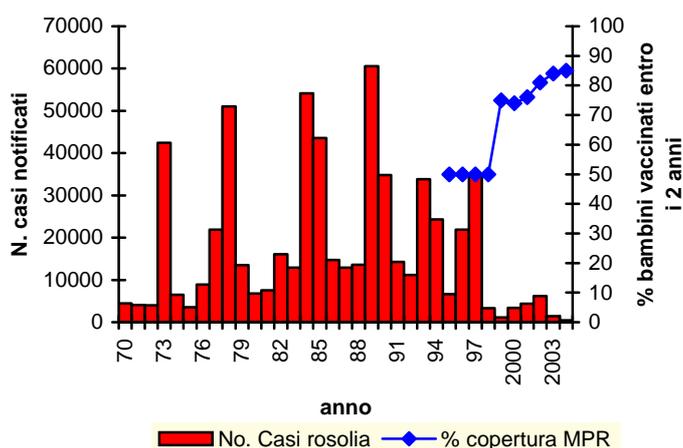
L'ECDC riporta 1.498 infezioni per il 2005 in 22 Paesi, con un'incidenza globale pari a 0,51 per 100 mila nuovi nati; le incidenze più alte sono state registrate in Lituania e in Olanda (3,44 e 2,23 casi per 100 mila nuovi nati, rispettivamente).

Varie epidemie sono state registrate in Europa nell'ultimo decennio: in particolare, tra il 2002 e il 2003 in Romania sono stati riportati 115 mila casi di rosolia, soprattutto in bambini in età scolare, e durante un'epidemia in Russia, tra il 2002 e il 2004, la CRS ha raggiunto un tasso di incidenza di 350 casi ogni 100 mila nuovi nati.

Coperture e casi di malattia in Italia

In Italia l'aumento della copertura vaccinale per MPR nei nuovi nati, intorno al 2000, aveva già notevolmente ridotto in generale i casi di rosolia, ma questi hanno continuato a verificarsi soprattutto in classi di età giovani adulte.

Fig. 1 Coperture vaccinali e casi di rosolia e dal 1970 al 2004 in Italia



Nel quinquennio 2003-2007, a seguito dell'attuazione del Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita:

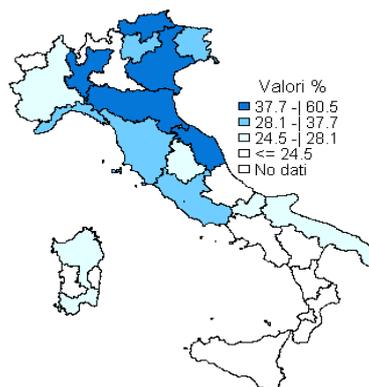
- si è ottenuto sia il miglioramento del livello di copertura vaccinale per la prima dose di MPR entro i due anni di età (media nazionale da 79,8% nel 2002 a 89,6% nel 2007) sia l'incremento delle coperture per la seconda dose;

- è stato istituito un sistema di sorveglianza speciale;
 - è stata introdotta la notifica obbligatoria della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita.
- Tuttavia, a tutt'oggi, complessivamente, gli obiettivi di copertura con la prima dose entro i due anni non sono stati ancora pienamente raggiunti e continuano a verificarsi focolai di morbillo, casi di rosolia e di rosolia congenita.

Lo stato di suscettibilità delle donne in Italia

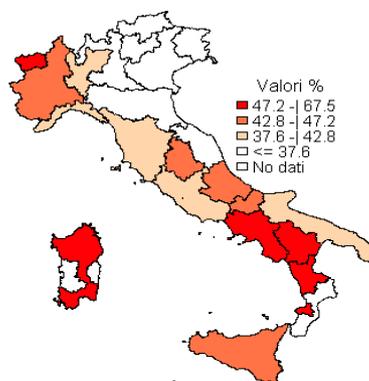
Una stima del numero di donne ancora suscettibili alla rosolia in Italia è deducibile dai dati raccolti con il Sistema di Sorveglianza PASSI: i risultati ottenuti dal pool nazionale di ASL che hanno partecipato mostrano che, tra le donne di 18-49 anni intervistate la percentuale di quelle vaccinate è pari solo al 33%.

Fig. 2 Donne 18/49 anni vaccinate contro la rosolia - Pool ASL PASSI 2009



Sempre nel Pool di ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne suscettibili alla rosolia è pari al 43%.

Fig. 3 Donne 18/49 anni suscettibili alla rosolia - Pool ASL PASSI 2009



La rosolia in gravidanza

I dati di incidenza della sindrome da rosolia congenita (CRS) sono difficili da ottenere per una serie di ragioni, tra cui: la debolezza dei sistemi di sorveglianza, le infezioni asintomatiche in gravidanza, la possibilità che un neonato affetto da CRS presenti un quadro clinico incompleto alla nascita che viene diagnosticata solo successivamente.

Il Ministero della Salute, con decreto del 14/10/2004, ha incluso tra le malattie infettive che sono soggette a notifica obbligatoria di classe III la sindrome/infezione da rosolia congenita (SRC) e la rosolia in gravidanza a partire dal 1° gennaio 2005

Nel periodo 2005-08 (2) sono stati notificati 110 casi sospetti di rosolia in gravidanza da 11 regioni e 37 casi sospetti di rosolia congenita da 5 regioni. Dei 110 casi sospetti di rosolia in gravidanza, la diagnosi è

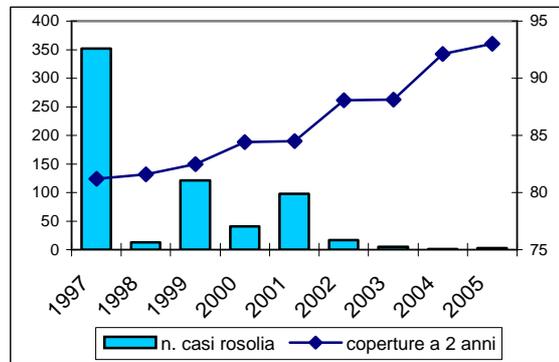
stata confermata in 48 donne (44%) con un'età media di 28 anni. Di queste, 9 donne (19%) erano straniere. Lo stato vaccinale è conosciuto per 43 donne e nessuna di queste era stata vaccinata contro la rosolia prima della gravidanza. Inoltre, solo 10 donne (21%) avevano eseguito lo screening preconcezionale, e 18 (38%) avevano avuto precedenti gravidanze. Undici donne hanno effettuato una IVG a seguito della diagnosi. I dati provenienti da diverse Regioni, in vari studi, confermano la necessità di intervenire con azioni preventive. E' pur vero che, durante le epidemie che si sono verificate nel nostro Paese fino alla fine degli anni 90, molte donne hanno comunque acquisito lo stato di immunità a seguito dell'infezione, ma ciò nonostante il numero delle suscettibili in età fertile è ancora sicuramente sopra la soglia del 5% (peraltro un'indagine di sieroprevalenza condotta nel 2004 ha rilevato una percentuale di donne suscettibili pari all'11% nella fascia 15-19 e all'8% nella fascia 20-39 anni).

Coperture e casi di malattia in Umbria

Anche in Umbria, fino ai primi anni 2000, si sono verificate periodiche epidemie di rosolia, ma è evidente nel grafico della figura 4, l'impatto dell'incremento delle coperture sull'incidenza dei casi, particolarmente evidente dal 2002, dopo l'imput regionale ad incrementare le coperture con MPR (fatto che, peraltro, in Umbria ha pressoché annullato gli effetti dell'epidemia di morbillo del 2004) a cui ha fatto seguito, nel 2004, l'attuazione del Piano di eliminazione.

Tuttavia, nel 2008, su un totale di 43 casi segnalati in Umbria, ben 10 casi di rosolia si sono verificati in donne di età compresa fra 15 e 24 anni e 5 in donne tra i 25 e i 64 anni.

Fig. 4 Coperture vaccinali e casi di rosolia e dal 1997 al 2005 in Umbria



Il grafico riporta i livelli di copertura ottenuti nelle coorti dei nati a 24 mesi, negli anni 1997-2004 (peraltro già superiori all'80%), prima dell'avvio del Piano di eliminazione in Umbria e il numero di casi di rosolia notificati negli stessi anni. L'Umbria, peraltro, come risulta dalla rilevazione annuale 2009 delle coperture vaccinali in Italia (fonte: Ministero Salute), riportata nel Quadro epidemiologico generale (Cap. 1.3 - La salute degli Umbri) del PRP, è la seconda regione per livello di copertura vaccinale per morbillo, ottenuta con vaccino trivalente.

Utilizzando il sistema informatizzato regionale per la rilevazione delle coperture vaccinali è stato possibile risalire ai livelli di copertura generale per MPR nelle coorti 1991/2007 e per rosolia nelle donne in età fertile nate dal 1980 al 1990 al 31.12.2009 (età 19-29 anni). L'elaborazione dei dati rileva una copertura pari all'11% nelle trentenni e del 85% nelle ventenni, in linea con quanto emerso dai dati del Sistema di sorveglianza PASSI, anche se, nei primi anni presi in esame, può essersi verificata una sottostima dei livelli di copertura poiché allora il sistema informatizzato non funzionava ancora in modo uniforme sul territorio regionale.

La copertura per MPR è andata gradualmente crescendo negli ultimi anni e, per le coorti ricomprese nel piano di recupero realizzato con il Piano regionale di eliminazione del morbillo, si sono ottenute ottimi livelli, partendo dal 91% nella coorte 1991 fino al 95,2% nella coorte 2007.

Fig. 5 Livelli di copertura vaccinale per rosolia nelle coorti delle nate dal 1980 al 1990 al 31.12.2009. Umbria

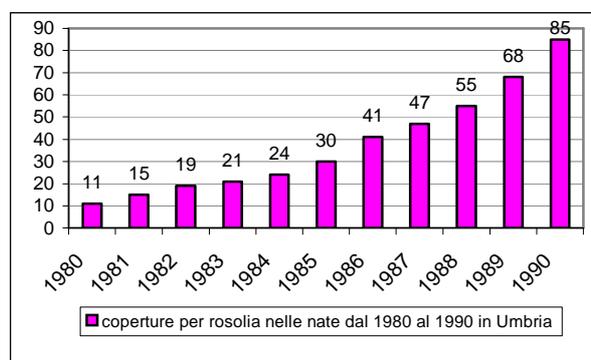
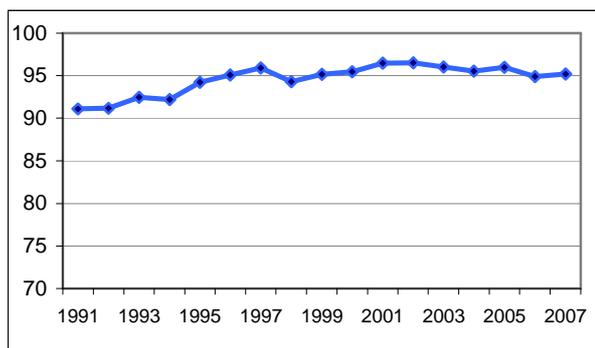


Fig. 6 Livelli di copertura vaccinale per MPR nelle coorti target del PNMRC (M+F) al 31.12.2009. Umbria



Lo stato di suscettibilità delle donne in Umbria

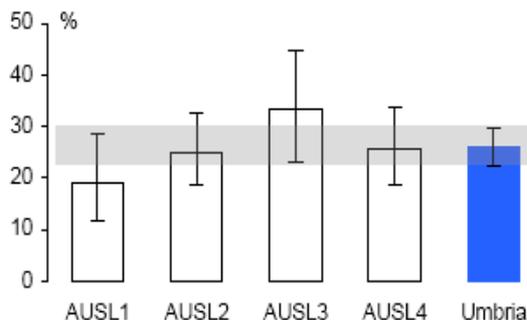
Nonostante quanto sopra richiamato, si stima che in Umbria poco meno della metà delle donne in età fertile (45%) sia ancora suscettibile alla rosolia; il 3%, infatti, è risultata suscettibile in quanto non ha effettuato la vaccinazione o ha riferito un rubeotest negativo e nel 42% lo stato immunitario delle donne nei confronti della rosolia non è conosciuto.

Il 55% delle donne di 18-49 anni è risultata invece immune alla rosolia in quanto:

- ha effettuato la vaccinazione (26% con una percentuale di vaccinate più alta - pari al 52,5% - nella fascia di età 18-24 anni)
- ha una copertura naturale da pregressa infezione rilevata dal rubeotest positivo (29%)

Le Az. USL regionali non differiscono sostanzialmente rispetto alle percentuali di donne stimate suscettibili alla rosolia (range dal 41% dell’Az. USL1 al 49% dell’Az. USL 2).

Fig. 7 Percentuale donne vaccinate. Elaborazione dati PASSI 2009. Umbria

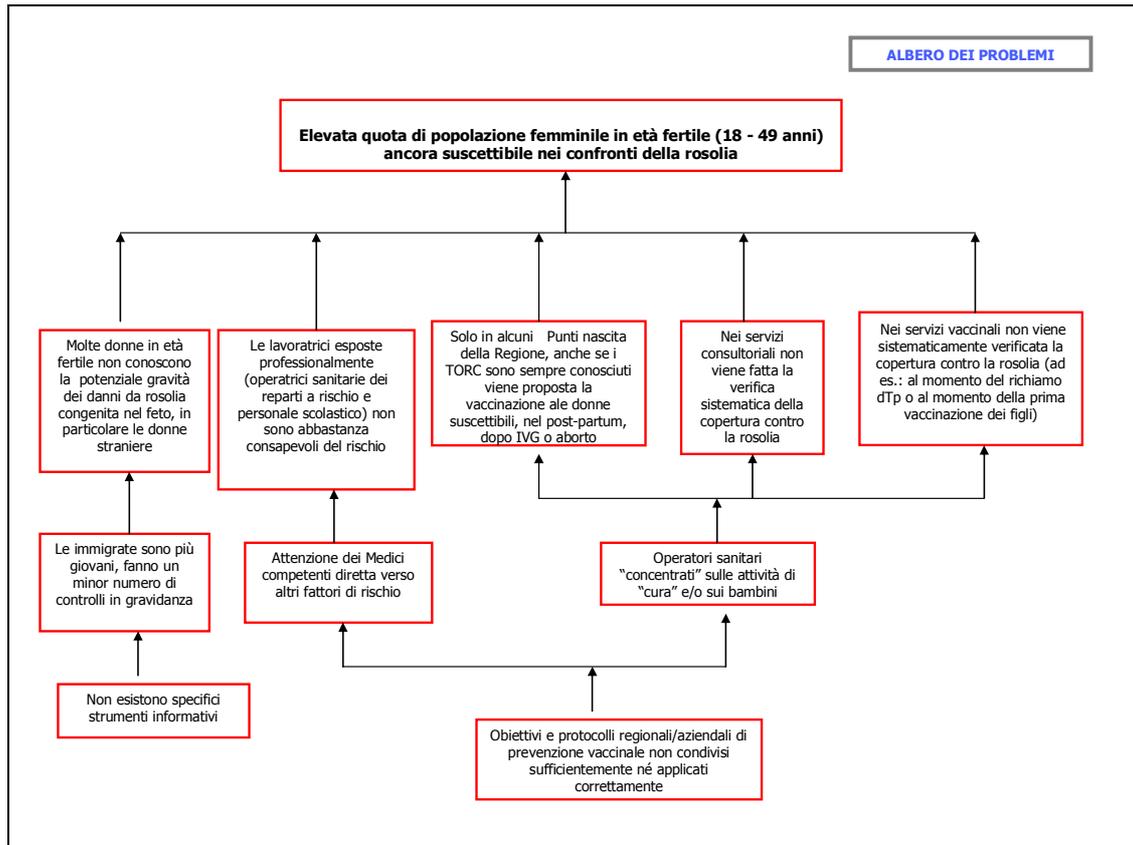


La percentuale di donne vaccinate, come nel resto del Paese, è maggiore nelle donne più giovani, in particolare nella fascia 18-24 anni.

Dall’analisi delle notifiche obbligatorie non risultano, negli ultimi anni, casi di rosolia congenita in Umbria, mentre dall’analisi delle SDO è emerso un solo caso di dimissione dalla Neonatologia dell’Az. Ospedaliera di Perugia che riporta però la rosolia congenita come seconda diagnosi.

I problemi

Sebbene il tema della vaccinazione delle donne suscettibili in età fertile sia stato già affrontato in passato nei Protocolli regionali delle vaccinazioni, dai risultati del sistema di sorveglianza PASSI e dalla valutazione delle coperture nelle nate negli anni 1980-1990 risulta evidente che il numero delle donne suscettibili in Umbria è ancora tale da permettere il verificarsi dei casi di rosolia congenita. Nella figura sottostante si esaminano le cause di questo problema.



Gli obiettivi e i risultati attesi

Le indicazioni nazionali

Il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) recepito a livello regionale stabilisce che un Paese ha realizzato l'obiettivo generale del Piano stesso quando: è interrotta la trasmissione indigena del morbillo e ci sono *valori storicamente elevati di copertura vaccinale per la rosolia e le donne in età fertile sono state protette con programmi di vaccinazione selettivi o universali.*

Il Piano di eliminazione conferma che *l'obiettivo di prevenzione dei casi di sindrome da rosolia congenita si può raggiungere agendo su due fronti:*

- riducendo l'incidenza della rosolia a meno di 1 caso su 100.000 nati vivi (tramite la vaccinazione del 95% dei nuovi nati con una dose e almeno del 90% con due dosi (questo livello di copertura sarà probabilmente aumentato al 95% dal nuovo PNEMoRc) e proponendo il vaccino alle ragazze in ogni occasione utile (vaccinazione anti HPV, Dt, ecc).

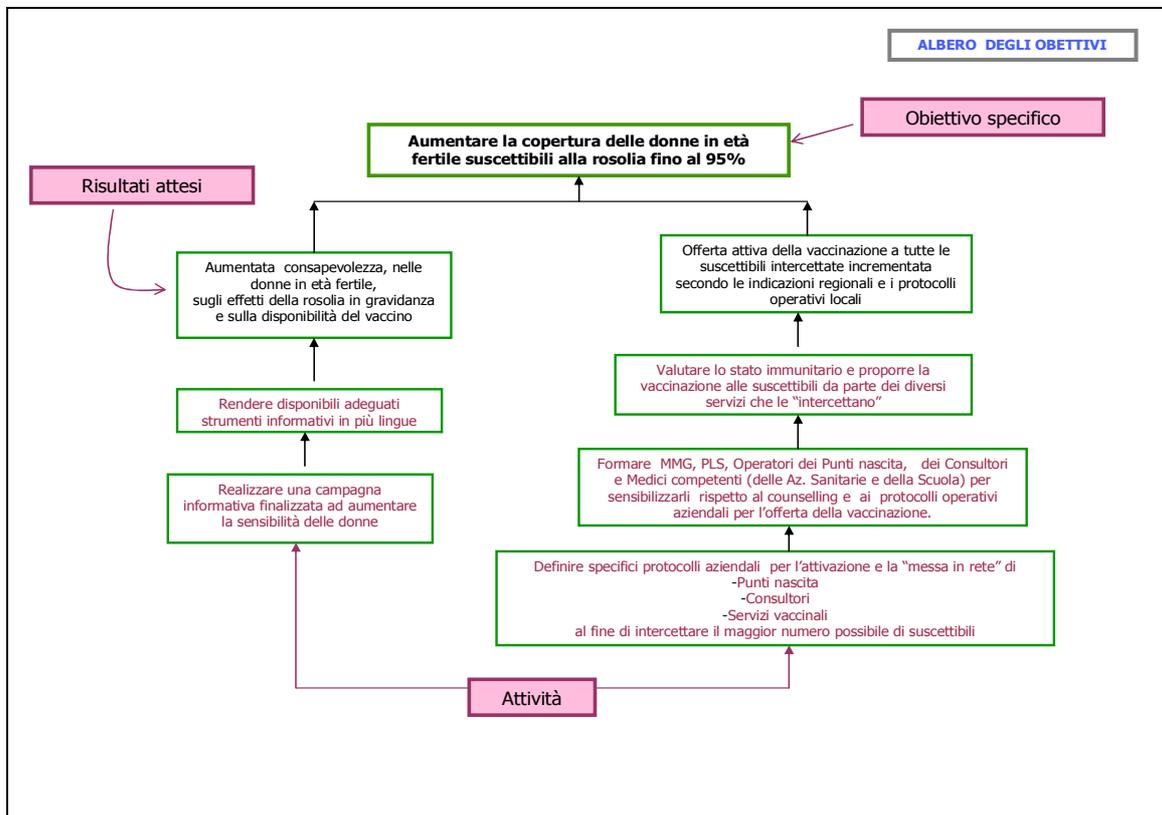
- facendo sì che il numero di donne suscettibili in età fertile non superi il 5%, quindi sia valutato lo stato di eventuale suscettibilità e sia proposta a tutte le suscettibili, in modo attivo, la vaccinazione.

Quanto al primo obiettivo riferito alla vaccinazione dei nuovi nati, si ritiene di dover proseguire nel dare alle Aziende USL obiettivi di consolidamento delle coperture raggiunte, mentre è sicuramente necessario implementare gli interventi già posti in essere per prevenire i casi di rosolia in gravidanza.

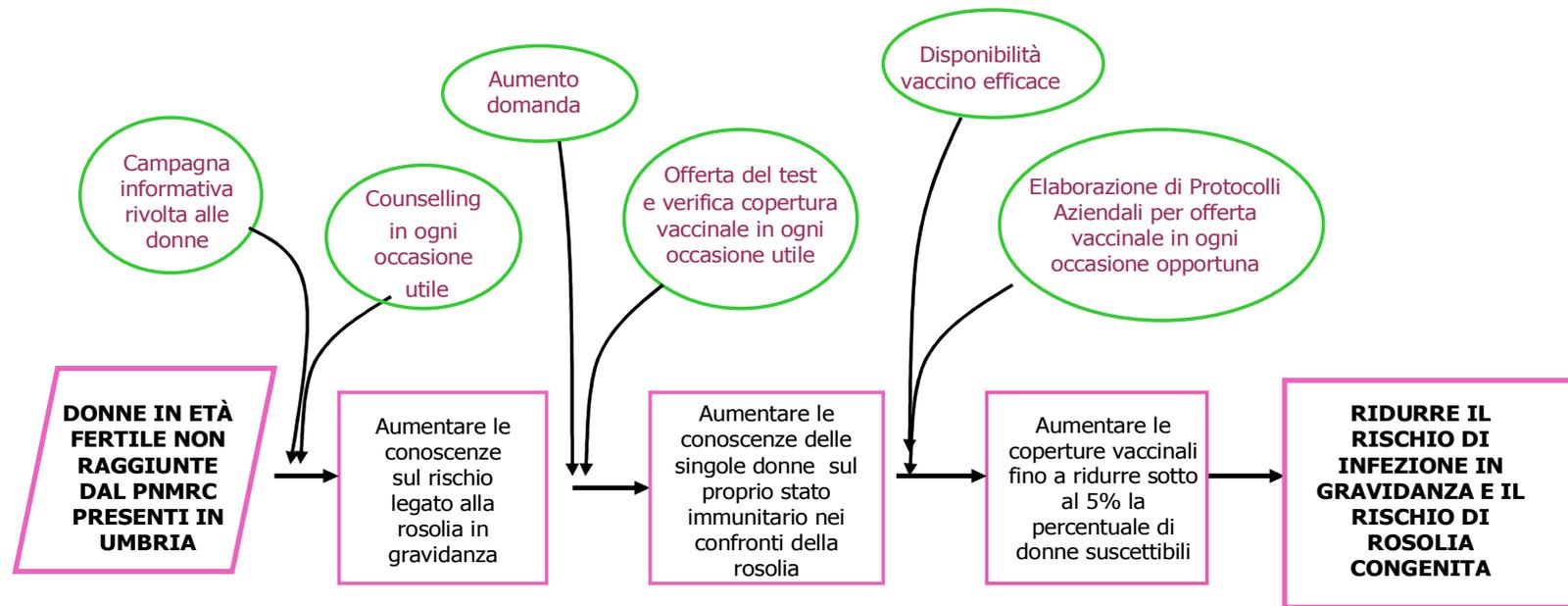
In particolare è necessario intensificare ed uniformare l'impegno per identificare e vaccinare le donne in età fertile suscettibili alla rosolia includendo quelle ad alto rischio professionale e le immigrate, le suscettibili identificate durante la gravidanza, nel post-partum e dopo una interruzione di gravidanza.

Poiché dall'albero dei problemi si è evidenziato come le criticità sono attribuibili sostanzialmente alla sottovalutazione del rischio da parte delle donne in età fertile più matura e alla mancata sollecitazione da parte degli operatori sanitari, i risultati che ci attendiamo dal progetto sono:

- l'aumento di consapevolezza nelle donne in età fertile sugli effetti dell'infezione da virus della rosolia in gravidanza, (diffondendo specifiche informazioni e promuovendo l'attività di counseling da parte degli operatori sanitari, con particolare attenzione alle donne straniere)
- l'incremento della proposta della vaccinazione a tutte le suscettibili intercettate, in tutte le occasioni utili, da parte di tutti i Servizi coinvolgibili su scala regionale.



MODELLO LOGICO



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Aumentare la copertura vaccinale delle donne in età fertile suscettibili alla rosolia fino al 95%	Livelli di adesione alla vaccinazione (n. donne in età fertile vaccinate/ donne in età fertile)	Sistema Informativo Vaccinazioni	registrazione nell'anagrafe vaccinale di tutte le vaccinazioni eseguite da Servizi diversi dai Servizi Vaccinali
Risultato atteso 1	Aumentata consapevolezza, nelle donne in età fertile, sugli effetti della rosolia in gravidanza e sulla disponibilità del vaccino	1) Incremento del 20% delle risposte esatte su questionario elaborato ad hoc e somministrato ad un campione di donne, prima della campagna informativa e dopo 18 mesi dall'avvio del progetto 2) campagna informativa realizzata 3) Seminari/incontri organizzati a livello aziendale	- Questionario anonimo compilato da parte di un campione di donne in età fertile intercettate da punti nascita, consultori, servizi vaccinali prima e dopo la campagna - Materiali prodotti e distribuiti - Almeno 1 in ogni Azienda	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1	Realizzare una campagna informativa			
<i>Attività 1.1.1</i>	<i>Individuare e coinvolgere i beneficiari e i portatori di interesse per la definizione del piano di comunicazione (obiettivi e contenuti) ...)</i>	<i>Confronto con professionisti, associazioni, mediatori culturali</i>		
<i>Attività 1.1.2</i>	<i>Realizzare i materiali informativi della campagna (depliant, locandine, ecc)</i>	<i>Esperti di comunicazione / grafici</i>	<i>Progettazione grafica Produzione materiali: traduzioni, composizione, stampa, Implementazione siti web regionale e delle ASL</i>	
<i>Attività 1.1.3</i>	<i>Distribuire i materiali informativi</i>	<i>Elaborazione piano di distribuzione in ciascuna Az. USL</i>	<i>spedizione/distribuzione ecc.</i>	

Attività 1.2.	Raccogliere informazioni sullo stato delle conoscenze di un campione della popolazione target			
<i>Attività 1.2.1</i>	<i>Elaborare questionario</i>	<i>Gruppo di lavoro reg.le</i>	<i>Stampa questionario</i>	
<i>Attività 1.2.2</i>	<i>Distribuire il questionario nei Servizi coinvolti</i>		<i>Spedizione</i>	<i>Collaborazione Punti nascita e Consultori</i>
<i>Attività 1.2.3</i>	<i>Valutare i risultati del questionario</i>	<i>Gruppo di lavoro reg.le</i>		
Attività 1.3	Predisporre pacchetto formativo specifico su: - counselling - protocolli operativi aziendali per sensibilizzare/ formare gli operatori sanitari (MMG, PLS, Operatori di Consultori e Punti Nascita, Medici Competenti)	Gruppo di lavoro con esperti	Progettazione didattica	Collaborazione dei Servizi di Formazione delle Az. Sanitarie
<i>Attività 1.3.1</i>	<i>Realizzare seminari/incontri a livello aziendale</i>		<i>Guardia medica per sost. MMG e PLS docenze, materiali didattici, locali, organizzazione</i>	<i>Collaborazione dei Servizi di Formazione delle Az. Sanitarie</i>

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Risultato atteso 2	Incremento dell'offerta attiva della vaccinazione a tutte le suscettibili intercettate secondo le indicazioni regionali e i protocolli operativi locali	1) Protocollo generale condiviso a livello regionale con i professionisti e i Servizi coinvolti 2) Protocolli operativi locali adottati 3) N. donne vaccinate/segnalate ai servizi vaccinali da consultori e punti nascita	Data di adozione di un Protocollo generale con DGR Adozione, in tutte le ASL , di procedure operative aziendali per la vaccinazione delle donne suscettibili Raccolta dati e invio ai servizi vaccinali da P. nascita, Consultori, raccolgono e inviano dati Centri di salute di residenza delle donne	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 2.1	Valutare lo stato immunitario e proporre la vaccinazione alle suscettibili da parte dei diversi servizi che le "intercettano"	Definizione e applicazione di Procedure Aziendali in tutti i Servizi e i Presidi coinvolti: Consultori, Punti nascita, Servizi Vaccinali Seminari/incontri a livello aziendale	Messa a punto, ove necessario, del collegamento in rete con i servizi vaccinali	Collaborazione dei Servizi Aziendali (formazione, S. informativo,...) Collaborazione Punti nascita
Attività 2.2	Valutare le coperture e chiamare attivamente le non vaccinate appartenenti alle coorti di nascita 1986 -1989	Anagrafe vaccinale/ Sistema informativo vaccinazioni	Acquisto dosi vaccino	
Attività 2.3	Coinvolgere medici competenti nella verifica dello stato immunitario delle donne esposte professionalmente per invitare le suscettibili a vaccinarsi	Incontri con i Medici competenti delle Az. Sanitarie e della Scuola per condividere gli obiettivi del Progetto		Collaborazione dei Servizi di Formazione / SPPA e Medici Competenti delle Az. Sanitarie Collaborazione SPPA e Medici Competenti della scuola

Riferimenti/Bibliografia

- *Rapporto Passi 2009*
- Bozza PNMoRc 2010-2015
- Indicazioni della Task Force Recommendations & Findings sugli interventi universalmente considerati efficaci nell'incrementare le coperture vaccinali (Community Guide nella parte dedicata alle vaccinazioni)
- *Indicazioni dell'U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - Centers for Disease Control and Prevention - National Center for Health Marketing relative alle modalità di approccio agli adolescenti, alle mamme (traduzioni DORS);*
- NICE Linee guida cliniche n.37 del National Institute for Health and Clinical Excellence- luglio 2006. (Immunizzazione: punti 1.2.61-1.2.63)
- Eurosurveillance vol 14 . Issue 9.5march 2009 Rosolia: epidemiologia e prevenzione in Europa e in Italia
- Ben Notiziario ISS Volume 22 numero 2 febbraio 2009
- Allarme rosolia: promuovere gli interventi per vaccinare le donne suscettibili in età fertile Cristina Giambi¹, Antonietta Fila¹, Marta Luisa Ciofi degli Atti^{1, 2}, Maria Cristina Rota¹ e Stefania Salmaso¹
¹Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma - ²Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma
- Collana "I Quaderni" – Studi e Ricerche – Nascere in Umbria , rapporto CEDAP Anno 2006

2. Prevenzione universale
2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione

2.4.2 Prevenire le infezioni da HPV

Target (beneficiari)	Ragazze residenti in Umbria nel corso del dodicesimo anno di vita					
Attori	<ul style="list-style-type: none"> - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare - Direzione Sanità e Servizi Sociali - Regione Umbria - Servizi vaccinali - Servizi di Igiene e Sanità Pubblica - Consultori - MMG/PLS/AOGOI 					
Portatori di interesse	<ul style="list-style-type: none"> - LILT - AIRC - AUCC - Centri culturali - Associazioni femminili - Mediatori culturali 					
Obiettivo di salute	Aumentare la copertura contro l'HPV nelle coorti delle dodicenni nel corso del triennio tendendo al 95%					
Descrizione sintetica	Il progetto ha come scopo l'implementazione graduale di livelli di copertura nelle dodicenni nel corso del triennio, grazie alla maggior sensibilizzazione del target attraverso l'attività di counselling svolta da Pediatri, MMG e Specialisti (ginecologi ed ostetriche).					
Risultati attesi	<p>Aumentare, nelle famiglie e nelle ragazze, la consapevolezza del rischio legato all'HPV e dell'utilità della vaccinazione</p> <p>Implementare le attività di "recupero" delle ragazze non vaccinate appartenenti alle coorti alle quali il vaccino viene offerto attivamente.</p>					
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N. risposte esatte/ n. domande x100	Questionario anonimo	n.r.	50%		70%	
Copertura: vaccinate/popolazione target x100	Registrazioni S.I Vaccinazioni	73,3% (coorte 1997) al *30.06.2010	80%		85%	
Informazioni su inadempimenti disponibili ai PLS	S.I. via web con PLS adeguato	/	Collegamento attivo al 90%		Collegamento attivo al 100%	

* ultima rilevazione ufficiale

Il contesto

Le infezioni da HPV e i carcinomi della cervice uterina

Il carcinoma cervicale è il primo cancro a essere riconosciuto dall'Organizzazione mondiale della sanità come totalmente riconducibile a un'infezione (3), è infatti causato dall'infezione genitale da virus del papilloma umano (HPV). Al momento attuale sono stati identificati più di 120 genotipi di HPV che infettano uomini e donne, di cui 40 associati a patologie del tratto anogenitale, sia benigne che maligne.

Circa il 70% di tutti i carcinomi cervicali sono associati alla presenza di due genotipi, il 16 e il 18: il 16, è responsabile di circa il 60% di tutti i casi di questa patologia neoplastica, seguito dal 18, al quale vengono attribuiti di circa il 10% dei casi. In Italia sono stati stimati circa 3400 nuovi casi all'anno (con una incidenza stimata di 10 casi su 100.000 donne) e circa 1000 decessi. In Umbria, nel triennio 2006/2008 (dati del Registro Tumori Umbro di Popolazione) si sono registrati ancora 36 nuovi casi di tumore della cervice uterina all'anno, con 8 decessi, anche se il trend risulta in diminuzione se si considerano i dati degli anni 1994/2007.

La vaccinazione in Italia

In Italia il Consiglio Superiore di Sanità (CSS), accogliendo le indicazioni dell'OMS, nella seduta dell'11 gennaio 2007, ha espresso all'unanimità il parere che la vaccinazione delle ragazze nel dodicesimo anno di vita rappresenti per il contesto italiano la migliore strategia vaccinale.

Su questa base è stato elaborato un documento, concordato tra Ministero della Salute e Coordinamento Interregionale della Prevenzione, che forniva indicazioni alle Regioni affinché avviassero, a partire dalle gennaio 2008 una campagna di offerta attiva alle preadolescenti nel dodicesimo anno di età (iniziando con le nate nel 1997, che avrebbero compiuto 11 anni nell'arco temporale tra l'1 gennaio e il 31 dicembre 2008).

Tale scelta è stata condizionata dalla necessità di:

- indurre la migliore risposta immunitaria al vaccino e precedere l'inizio dell'attività sessuale, garantendo così la massima efficacia della vaccinazione;
- rivolgersi a ragazze che frequentano la scuola dell'obbligo facilitando l'offerta attiva anche a gruppi a rischio di deprivazione sociale.

La vaccinazione in Umbria

Sulla base delle decisioni nazionali condivise, considerata l'efficacia del vaccino quando somministrato al target sopraindicato, la Giunta regionale dell'Umbria con DGR n. 2033/2007 "Strategia vaccinale contro il Papilloma virus umano (HPV)", successivamente integrata nel Protocollo regionale delle vaccinazioni approvato con DGR n. 84 del 04/02/2008, ha stabilito di inserire nel calendario vaccinale regionale la vaccinazione anti HPV delle preadolescenti dodicenni (a partire dal gennaio 2008 per quelle nate nel 1997). E' stata data pertanto indicazione ai Direttori Generali delle Az. USL perché provvedessero all'avvio della chiamata attiva e gratuita. Inoltre è stato stabilito che, nel corso dell'anno 2008, potevano essere vaccinate gratuitamente presso le Az. USL, anche le preadolescenti della coorte nata nel 1996 che ne avessero fatto richiesta.

Alle ragazze fino a 18 anni che richiedono la vaccinazione la somministrazione viene effettuata in regime di partecipazione alla spesa (vaccino a prezzo di costo più costo della prestazione vaccinale – somministrazione - come da tariffario regionale).

La campagna vaccinale contro l'HPV è partita in Umbria nel settembre 2008 con chiamata attiva e gratuita rivolta alle ragazze nate nel 1997. Ovviamente la somministrazione del vaccino a questa coorte è proseguita anche nel 2009 producendo, peraltro, uno slittamento in avanti nel tempo della chiamata attiva e quindi della vaccinazione per la coorte successiva.

Le ASL, sempre a partire dal settembre 2008, hanno contemporaneamente provveduto anche a somministrare gratuitamente il vaccino alle nate nel 2006 che si sono presentate spontaneamente e, in regime di partecipazione alla spesa, alle altre coorti previste dal protocollo regionale

Per la I dose, nella coorte delle ragazze nate nel 2007, si è ottenuto già dopo poco più di un anno dall'avvio del programma vaccinale, e precisamente al 31.12.2009, un livello medio di copertura pari al 77,7%,

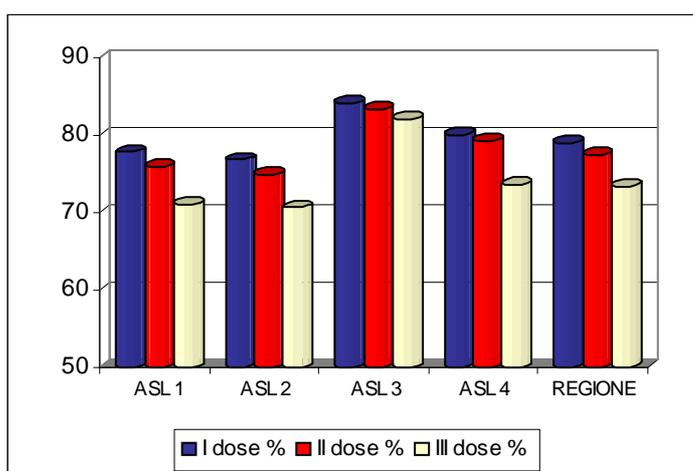
La media nazionale per la stessa coorte, pur tenendo conto che le Regioni hanno iniziato a vaccinare in tempi molto diversi, era del 67,8% per una dose e del 56,3% per tre dosi. Di seguito si riportano le coperture raggiunte in tutte le coorti coinvolte (con o senza chiamata attiva).

Tab. 1 Coperture vaccinali (%) per HPV nelle coorti 1990-1998 al 31.12.2009. Umbria

	1 dose	2 dosi	3 dosi
Coorte di nascita 1998	36,9%	28,0%	5,8%
Coorte di nascita 1997	77,7%	75,4%	64,6%
Coorte di nascita 1996	42,1%	40,4%	32,8%
Coorte di nascita 1995	9,2%	8,6%	6,0%
Coorte di nascita 1994	8,3%	8,0%	5,3%
Coorte di nascita 1993	6,5%	6,2%	4,1%
Coorte di nascita 1992	4,9%	4,3%	3,3%
Coorte di nascita 1991	3,0%	2,8%	2,3%
Coorte di nascita 1990	1,0%	0,8%	0,3%

Una ulteriore valutazione dei livelli di copertura raggiunti al 30.06.2010 ha visto l'incremento dei livelli di copertura in tutte e quattro le Az. USL per la coorte delle nate nel 1997, raggiungendo una media regionale del 79% per la I dose, del 77,5 e del 73,3% rispettivamente per la II e la III dose.

Fig. 1 Coperture vaccinali per HPV nella coorte 1997 al 30.06.2010. Umbria



I problemi

Sebbene le coperture vaccinali per HPV siano superiori al 70%, questo risultato non si può considerare completamente soddisfacente poiché c'è ancora una quota discreta della popolazione target che non viene raggiunta dall'intervento di prevenzione individuale.

Poiché la popolazione umbra è già abbastanza "educata" alle vaccinazioni e i servizi vaccinali sono di buona qualità e "vicini" alla popolazione, per poter incrementare ancora le coperture è necessario interrogarsi ulteriormente su quali siano gli strumenti più adatti a raggiungere le famiglie e le preadolescenti e sul modo con il quale gli Operatori e i Servizi del SSR possano operare per contribuire a migliorare l'adesione.

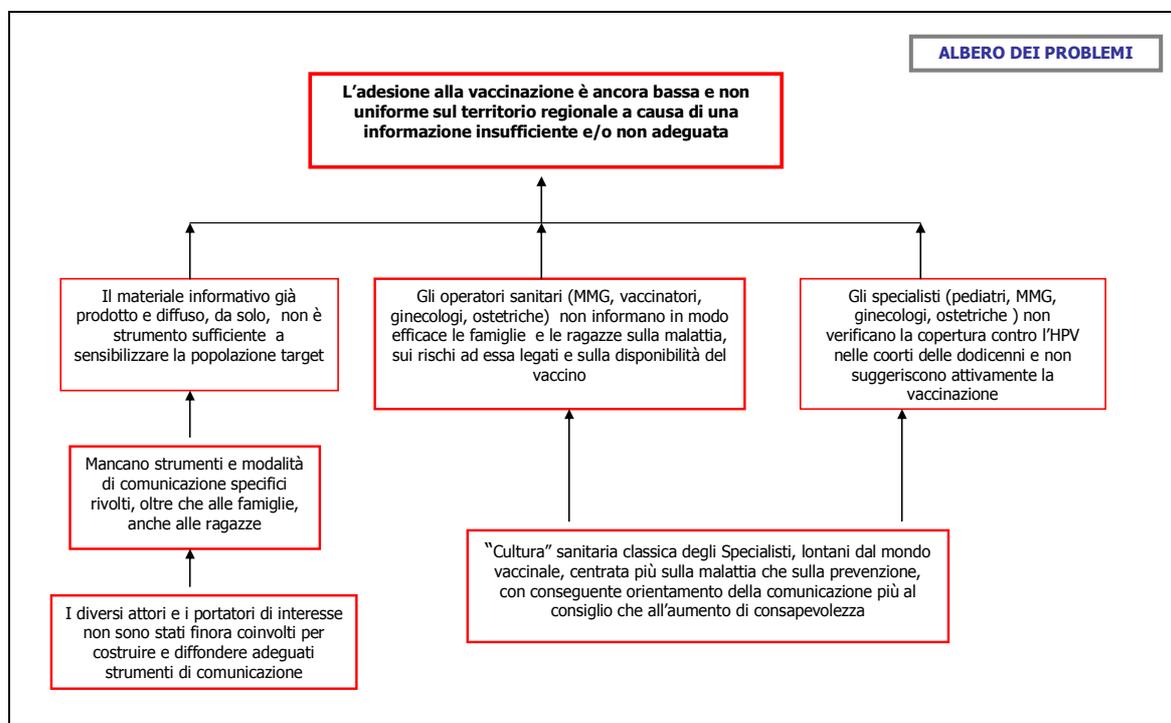
Infatti, mentre l'adesione e la richiesta della vaccinazione è stata buona nei primi mesi anche sulla scia delle sollecitazioni dei media, successivamente è andata stabilizzandosi su un livello solo accettabile.

Questo andamento, probabilmente, è da attribuire anche alla mancanza di una attività di counseling diretta a favorire la vaccinazione da parte dei PLS, dei MMG e, soprattutto, da parte dei Ginecologi.

La comunicazione sulla vaccinazione contro il papilloma virus, intorno alla quale molto è stato scritto e detto, facendo transitare informazioni anche confuse e contrastanti, è abbastanza complessa non solo perché sono inevitabilmente coinvolti professionisti di Servizi diversi (operatori dei servizi vaccinali, PLS, MMG, ginecologi del SSR o liberi professionisti, ostetriche, dermatologi, chirurghi, oncologi) che hanno interessi, cultura e attitudini diverse. Che entrano in contatto con la popolazione target in realtà, fino ad oggi, sono rimasti "lontani" dal mondo vaccinale e quindi è necessario raggiungerli e stabilire un confronto diretto con loro e fra loro ed altri professionisti.

Il livello di percezione delle singole persone rispetto al rischio di tumore della cervice uterina è anch'esso molto vario e condiziona la comunicazione con gli operatori sanitari, soprattutto nel contesto della relazione professionale interpersonale. Quindi ogni singolo professionista coinvolto nel programma, finora probabilmente più concentrato sulle attività di cura della malattia, dovrà rendersi più disponibile per l'attività di counseling sulla vaccinazione.

Peraltro, oltre che con la popolazione target dell'intervento vaccinale (ragazze dodicenni) che ancora accompagnata è dai genitori, ma già in grado di interloquire con gli operatori, è necessario interagire con una serie di altri soggetti con ruoli e responsabilità diverse rispetto alla vaccinazione anti HPV (genitori, madri, adolescenti, donne, cittadini, gruppi d'interesse, insegnanti, media, industria, ecc) e tutti questi soggetti costituiscono un target molto più ampio e complesso rispetto al classico target dei Servizi Vaccinali.



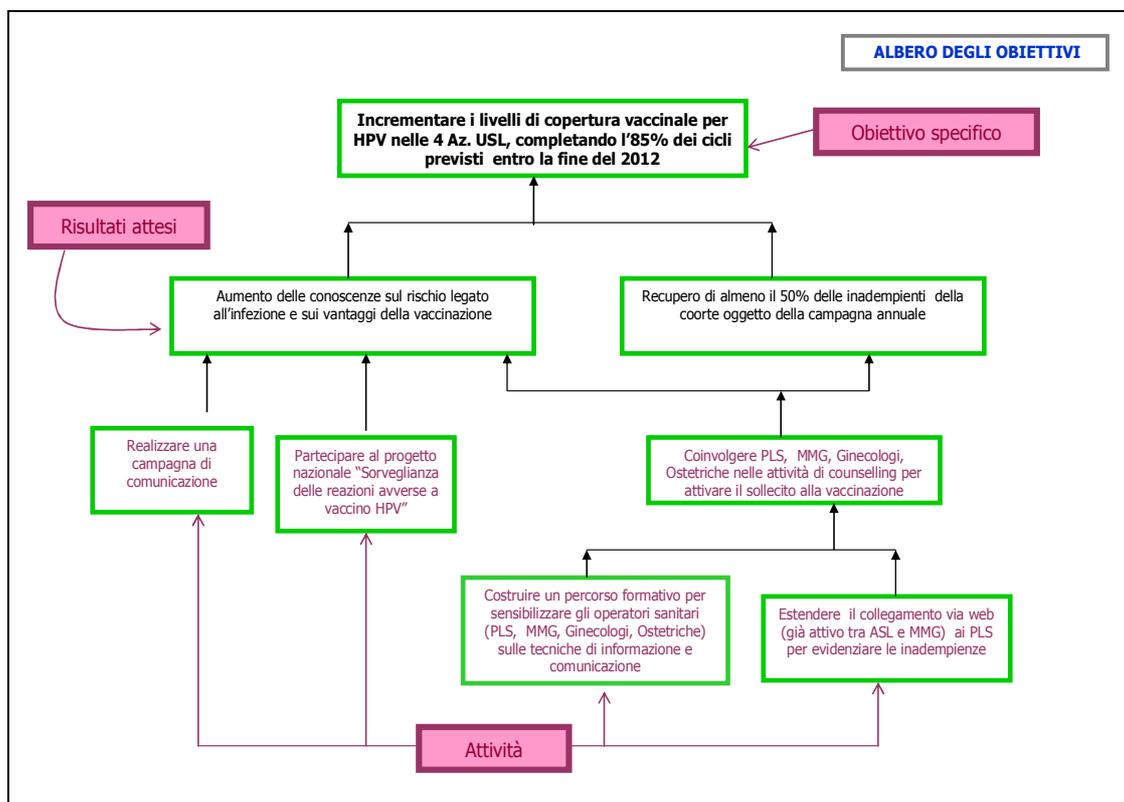
Gli obiettivi e i risultati attesi

Poiché la vaccinazione ha un effetto protettivo contro i ceppi virali responsabili di circa il 70% dei cancri della cervice uterina, scopo del presente progetto è quello di aumentare gradualmente i livelli di copertura attuali contro l'HPV nella coorte delle dodicenni (circa 3500/anno) in attuazione del Protocollo regionale delle vaccinazioni fino a raggiungere, in tre anni, il 90% del target annuale.

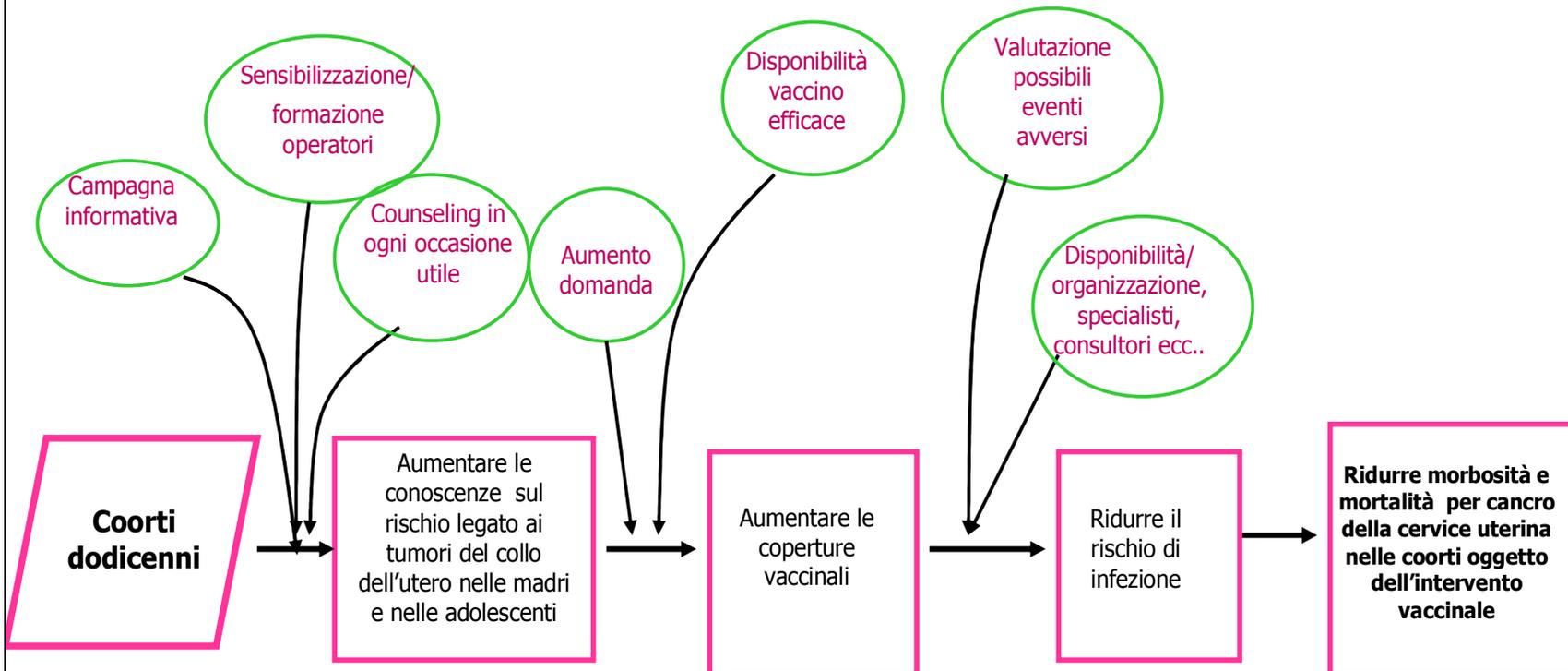
In particolare, gli obiettivi intermedi da raggiungere saranno:

- 1) 80% delle dodicenni vaccinate al 31 dicembre 2011
- 2) 85% delle dodicenni vaccinate al 31 dicembre 2012

Raggiungere questi obiettivi è possibile se si implementa la consapevolezza sui rischi legati all'infezione e sulla possibilità di prevenzione con il vaccino sia nelle famiglie (nelle madri in particolare, sensibilizzate anche allo screening), sia nelle adolescenti, coinvolgendo Pediatri, Medici di Medicina Generale, Ginecologi e Ostetriche per una più attiva promozione della vaccinazione.



MODELLO LOGICO



Il quadro logico: attività e indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Raggiungere in Umbria, nelle 4 Az. USL, l'85% di copertura vaccinale per HPV con tre dosi entro la fine del 2012	Copertura vaccinale nelle coorti delle dodicenni	Sistema Informativo regionale delle vaccinazioni	
Risultato atteso 1	Aumento delle conoscenze sul rischio legato all'infezione e sui vantaggi della vaccinazione	Incremento risposte esatte su questionario elaborato ad hoc e somministrato ad un campione di donne prima della campagna informativa e dopo 12 mesi	Questionario anonimo compilato da parte di un campione di donne che si recano presso i consultori o i servizi vaccinali	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1.	Realizzare una campagna informativa			
<i>Attività 1.1.1</i>	<i>Realizzare i materiali informativi della campagna (depliant, locandine, video, ecc...)</i>	<i>Esperti di comunicazione / grafici</i>	<i>Progettazione grafica Produzione materiali: composizione, stampa, Implementazione siti web regionale e delle ASL,</i>	
<i>Attività 1.1.2</i>	<i>Individuare e coinvolgere i beneficiari e i portatori di interesse per la definizione del piano di comunicazione (obiettivi e contenuti)</i>	<i>Confronto con professionisti e portatori di interesse</i>		
<i>Attività 1.1.3</i>	<i>Distribuire i materiali informativi e</i>	Elaborazione piano di distribuzione in ciascuna Az. UsI	Spedizione, distribuzione, ecc	
Attività 1.2	Elaborare e distribuire questionario	Specifico gruppo di lavoro	Stampa questionario	
<i>Attività 1.2.1</i>	<i>Distribuire questionario nei Servizi coinvolti</i>			Collaborazione Ginecologi, Ostetriche, Operatori Serv. Vaccinali
<i>Attività 1.2.3</i>	<i>Valutare i risultati del questionario</i>	Specifico gruppo di lavoro		

Attività 1.3	Partecipare al Progetto nazionale "Sorveglianza delle reazioni avverse a vaccino HPV"			Collaborazione Operatori Serv. Vaccinali e pop. target
<i>Attività 1.3.1</i>	<i>Compilazione specifiche schede individuali prima della vaccinazione</i>	Anamnesi prevaccinale specifica		Organizzazione e tempi di lavoro nei CdS
<i>Attività 1.3.2</i>	<i>Distribuzione e raccolta dei "Diari del vaccinato"</i>			Organizzazione e tempi di lavoro nei CdS
Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Risultato atteso 2	Recupero di almeno il 50% delle inadempienti della coorte oggetto della campagna annuale	Vaccinate /popolazione target (Previsto 85% con tre dosi alla fine del 2012) Corsi/seminari attivati S.I. via web PLS adeguato	Sistema informativo regionale delle vaccinazioni N. corsi e n. Operatori coinvolti Informazioni su inadempienti disponibili ai PLS	Collaborazione degli specialisti
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 2.1	Coinvolgere PLS, MMG, Ginecologi, Ostetriche per a le attività di counselling e per attivare il sollecito alla vaccinazione	Disponibilità materiale informativo da distribuire		Collaborazione degli specialisti
Attività 2.3	Allargare il collegamento via WEB (già attivo tra MMG e ASL) ai PLS per rilevare le inadempienti	Implementazione sistema informativo vaccinazioni e collegamento in rete con i PLS	Adeguamento Sistema informatizzato	Organizzazione e tempi di lavoro nei CdS Collaborazione PLS
Attività 2.3	Costruire un percorso formativo per sensibilizzare gli operatori sanitari (PLS,MMG, Ginecologi, Ostetriche) sulle tecniche di informazione e comunicazione nonché sulle modalità di applicazione dei protocolli vaccinali	Specifico gruppo di lavoro regionale Servizi Formazione delle Az. USL	Progettazione, docenze, materiali didattici, locali, organizzazione incontri, Guardia medica per sostituzione PLS e MMG	Disponibilità Servizi coinvolti delle Az. USL

Riferimenti/bibliografia

- Indicazioni della Task Force Recommendations & Findings sugli interventi universalmente considerati efficaci nell'incrementare le coperture vaccinali (Community Guide nella parte dedicata alle vaccinazioni)
- *Indicazioni dell'U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES - Centers for Disease Control and Prevention - National Center for Health Marketing relative alle modalità di approccio agli adolescenti, alle mamme (traduzioni DORS);*
- NICE Linee guida cliniche n.37 del National Institute for Health and Clinical Excellence- luglio 2006. (Immunizzazione: punti 1.2.61-1.2.63)
- WHO 2006. Preparing for the introduction of HPV vaccines: policy and programme guidance for countries.
- Intesa tra il governo, le Regioni e le Province Autonome concernente "Strategie per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia" del 20 dicembre 2007.
- Ricognizione delle decisioni regionali in merito alla vaccinazione anti-HPV e primi dati di copertura vaccinale a fine anno 2009. Giambi C. su EPICENTRO
- Adesione all'offerta del vaccino contro l'HPV in donne di 18-26 anni (risultati preliminari). Rapporto ISTISAN 10/25. 2010;34-41
- Reviews of evidence regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. Am J Prev Med. 2000;18(1 suppl) :97-140. C Giambi, A Bella, S Declich, S Salmaso, S Giannitelli, S Donati, Gruppo di lavoro PreGio.
- Briss PA, Rodewald RE, Hinman AR et al.
- Strategie vaccinali nazionali e regionali per la vaccinazione anti-HPV e primi dati di copertura vaccinale: a che punto siamo. Cristina Giambi*, Silvia Declich*, Alba Carola Finarelli**, Maria Grazia Pascucci**, Stefania Salmaso*** e il Gruppo di Sanità Pubblica del Coordinamento Interregionale della Prevenzione^ **Reperto di Epidemiologia di Malattie Infettive (CNESPS, ISS)***Servizio Sanità Pubblica, Assessorato politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna.*** Direzione CNESPS (ISS)

2. Prevenzione universale

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

2.5.1 Progetto "pilota" di sorveglianza, prevenzione e controllo delle I.C.A. in ambito ospedaliero

Target (beneficiari)	Pazienti ospedalizzati nelle Aziende Ospedaliere e nei Presidi ospedalieri delle Aziende USL					
Attori	<ul style="list-style-type: none"> - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare - Direzione Sanità e Servizi Sociali Regione Umbria - Direzioni sanitarie delle Az. Ospedaliere e dei Presidi Ospedalieri delle Az. USL - Reparti interessati delle Az. Ospedaliere e dei Presidi Ospedalieri delle Az. USL - Laboratori, farmacie Az. Ospedaliere e delle Az. USL - Servizi S.I. delle Az. Sanitarie 					
Portatori di interesse	Associazioni umbre per la tutela dei diritti delle persone malate					
Obiettivo di salute	Riduzione del rischio clinico per i pazienti ospedalizzati derivanti da infezioni del sito chirurgico e conseguenti a cateterismo urinario					
Descrizione sintetica	Attivare di un progetto pilota allo scopo di prevenire e sorvegliare le infezioni del sito chirurgico e quelle conseguenti a cateterismo urinario, che sia condiviso e applicato su tutto il territorio regionale.					
Risultati attesi	<p>1) Procedure per la profilassi perioperatoria e per la cateterizzazione urinaria definite e applicate su scala regionale;</p> <p>2) Sistema di rilevazione delle infezioni perioperatorie e conseguenti a cateterismo urinario definito e applicato a livello regionale.</p>					
Indicatori	Fonti di verifica	Valore indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N. sepsi/1000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico d'elezione, con degenza \geq 4 gg	Sistema di misurazione degli esiti (MES)	3,40/1000 (rilevato come valore più attendibile)				
Linee guida per la profilassi perioperatoria e la cateterizzazione urinaria definite, condivise e applicate	DGR	/	Atto adottato			
Procedure implementate a livello locale	Atti aziendali	/	/		Protocolli operativi locali per la profilassi perioperatoria e la cateterizzazione urinaria	

Il contesto

Si definiscono infezioni correlate all'assistenza (ICA) le infezioni insorte durante il ricovero in ospedale, o dopo le dimissioni del paziente, che al momento dell'ingresso non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione. Sono ancora frequenti ed hanno un elevato impatto clinico ed economico sebbene siano in parte evitabili con l'adozione di misure di provata efficacia

Tra le condizioni che aumentano la suscettibilità alle infezioni ci sono: l'età (neonati, anziani), la presenza di altre infezioni o gravi patologie concomitanti (tumori, immunodeficienza, diabete, anemia, cardiopatie, insufficienza renale), alcuni traumi, le ustioni, le alterazioni dello stato di coscienza e il trapianti d'organo.

I principali meccanismi di trasmissione delle ICA:

- contatto diretto tramite le mani
- contatto tramite le goccioline emesse nell'atto del tossire o starnutire da una persona infetta a una suscettibile che si trovi a meno di 50 cm di distanza
- contatto indiretto attraverso un veicolo contaminato (per esempio endoscopi o strumenti chirurgici)
- trasmissione dell'infezione a più persone contemporaneamente, attraverso un veicolo comune contaminato (cibo, sangue, liquidi di infusione, disinfettanti, ecc)
- via aerea, attraverso microrganismi che sopravvivono nell'aria e vengono trasmessi a distanza.

Microrganismi coinvolti

Fino all'inizio degli anni Ottanta, le infezioni ospedaliere erano dovute principalmente a batteri gram-negativi (tipo E. coli e Klebsiella pneumoniae). Successivamente sono aumentate le infezioni sostenute da gram-positivi (in particolare Enterococchi e Stafilococcus epidermidis) e quelle da miceti (soprattutto Candida), mentre sono diminuite quelle sostenute da gram-negativi, probabilmente per l'utilizzo massiccio di alcuni antibiotici e di presidi sanitari di materiale plastico,

Aspetti epidemiologici

La frequenza con cui compare una complicanza infettiva è pari a 5-10% in pazienti ricoverati in ospedale, 5% in pazienti residenti in strutture per anziani e 1% in pazienti assistiti a domicilio.

Il 5-10% delle complicanze infettive si manifesta in modo epidemico e tali eventi sono spesso associati a mortalità elevata, con problemi di natura medico-legale e un notevole impatto sull'opinione pubblica. Sono inoltre sempre più frequenti le infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici.

Si stima che su 100 ICA, in media 20 siano prevenibili; questa stima può però variare sostanzialmente a seconda del tipo di infezione e del contesto: in seguito a programmi di intervento è riportata una riduzione della frequenza di complicanze infettive, che andava dal 10% al 70%.

Circa l'80% di tutte le infezioni ospedaliere riguarda quattro sedi principali: il tratto urinario, le ferite chirurgiche, l'apparato respiratorio, le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie).

Un dato globale non è reperibile, anche perché la frequenza generalmente è diversa a seconda del tipo di reparto o dei pazienti studiati, anche quando si utilizzano indicatori clinici specifici.

Attualmente in letteratura l'unico studio che abbia stimato su un campione casuale l'incidenza di infezioni ospedaliere a livello nazionale è lo Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control (Senic), condotto in un gruppo di ospedali statunitensi tra il 1975 e il 1976. L'incidenza di pazienti infetti è risultata pari al 5,2% e quella delle infezioni al 6,6%.

Negli Stati Uniti e in alcuni Paesi europei esistono alcuni sistemi di sorveglianza su una rete di ospedali sentinella a livello nazionale, che però sottostimano in parte la reale frequenza di infezioni ospedaliere. I più famosi sono il National Nosocomial Infections Surveillance System (Nnis) statunitense e il Progetto europeo Helics (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance).

La maggior parte dei Paesi europei, compresa l'Italia, ha effettuato invece studi di prevalenza, dai quali è emerso che la prevalenza di pazienti infetti varia dal 6,8% al 9,3% e quella di infezioni dal 7,6% al 10,3%. In media il 5% dei pazienti ospedalizzati contrae un'infezione durante il ricovero, mentre risulta infetto in un dato momento dal 7% al 9% dei pazienti ricoverati. Si tratta comunque di stime medie, che non si applicano quindi a contesti specifici: l'incidenza di infezioni ospedaliere, infatti, varia molto a seconda delle dimensioni dell'ospedale, del tipo di reparto, della durata della degenza e delle misure di controllo adottate.

La situazione italiana

In Italia, dai primi anni Ottanta sono stati condotti numerosi studi per valutare la frequenza di infezioni ospedaliere, ma non esiste un sistema di sorveglianza nazionale, perché nel nostro Paese non ci sono ancora sistemi di rilevazione attiva dei dati con personale dedicato (vedi le Infection Control Nurses dei paesi anglosassoni). Ciò nonostante sono stati condotti numerosi studi multicentrici di prevalenza.

Ogni anno si verificano in Italia 450-700 mila infezioni in pazienti ricoverati in ospedale (soprattutto infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi). Di queste, si stima che circa il 30% siano potenzialmente prevenibili (135-210 mila) e che siano direttamente causa del decesso nell'1% dei casi (1350-2100 decessi prevenibili in un anno).

Le infezioni delle vie Urinarie (IVU)

Le infezioni delle vie urinarie (IVU) sono le più frequenti in ospedale e nelle strutture per lungodegenti: il 35-40% delle infezioni ospedaliere si localizza, infatti, al tratto urinario: di queste ultime il 75-80% è associato all'uso di catetere vescicale e il 5-10% ad altre manipolazioni del tratto urinario (es. cistoscopia). Dal 12 al 16% dei pazienti ricoverati in ospedale sono portatori di catetere a un dato momento nel corso del loro ricovero ospedaliero. Generalmente il rischio di IVU in seguito a cateterismo singolo è basso (1-3%), ma aumenta nei pazienti a rischio.

Il principale fattore di rischio per lo sviluppo di IVU è rappresentato dalla durata del cateterismo; in quello a permanenza l'incidenza di IVU varia in ragione della durata di esposizione: il rischio giornaliero di acquisire un'infezione varia da 3 a 7% quando il catetere è in situ. L'infezione urinaria rappresenta il peggiore evento avverso associato al catetere urinario: mediamente, il 30% dei pazienti batteriurici presenta sintomi di infezione; lo 0,5-4% ha batteriemia e il 17% delle sepsi secondarie è dovuto a IVU.

La mortalità attribuibile è limitata, ma data l'elevata proporzione di pazienti cateterizzati, l'impatto cumulativo sulla mortalità delle IVU associate a catetere è significativo.

Le infezioni del sito chirurgico (ISC)

Le infezioni del sito chirurgico (ISC) sono molto frequenti interessando mediamente il 2-5% dei pazienti operati. L'incidenza varia dallo 0,5 al 15% a seconda del tipo di intervento e di paziente e l'impatto sui costi ospedalieri e sulla degenza è considerevole.

Il rischio di sviluppare un'infezione del sito chirurgico dipende da diversi fattori: caratteristiche del paziente, caratteristiche dell'intervento, durata della degenza pre-operatoria e adozione o meno di misure preventive. Aumentano il rischio di infezione gli interventi chirurgici che interessano l'apparato intestinale, respiratorio o urinario, dato il grado più elevato di contaminazione endogena, la durata dell'intervento e il tipo di tecnica chirurgica impiegata.

Tuttavia le pratiche assistenziali che possono modificare il rischio di infezione sono molteplici e sono relative all'assistenza del paziente prima, durante e dopo l'intervento

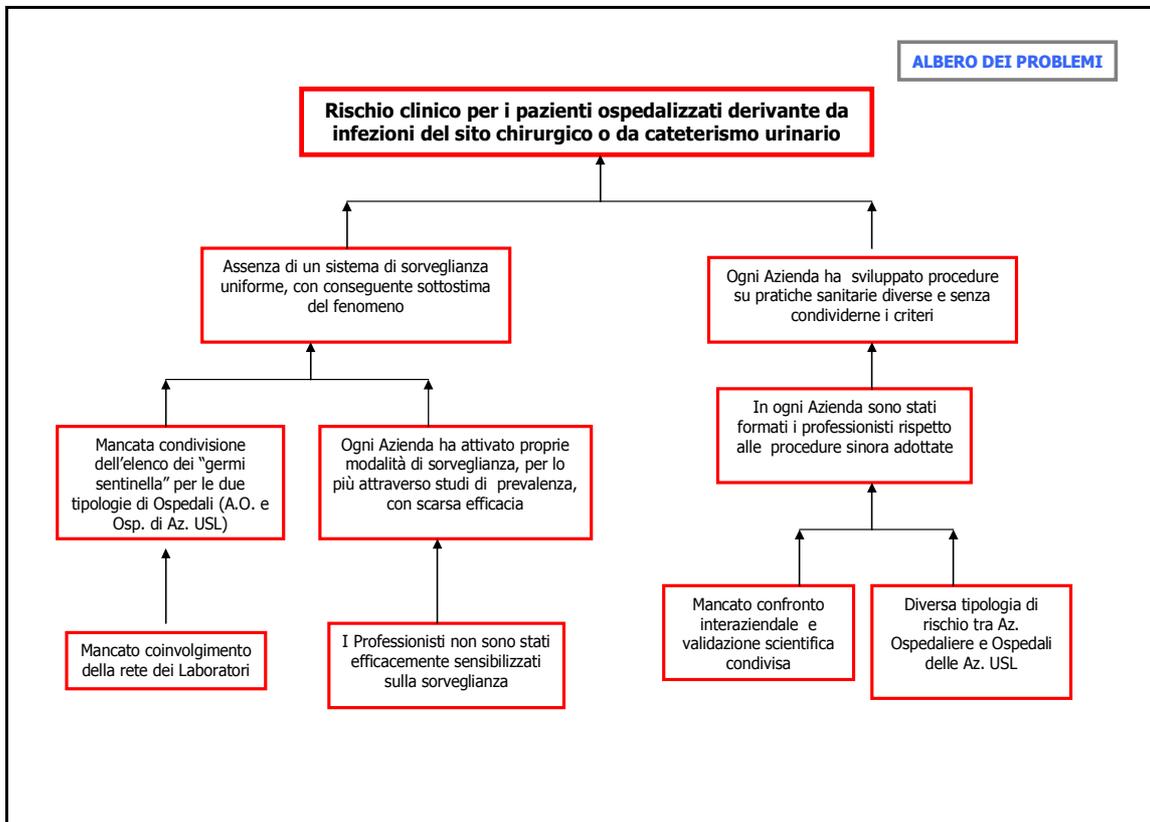
I problemi

Sulla base dei dati esistenti e delle indicazioni della letteratura, si può stimare che, in Italia, il 5-8% dei pazienti ricoverati contrae un'infezione ospedaliera.

In Umbria manca un sistema di sorveglianza uniforme delle I.O., sebbene tutte le Aziende Sanitarie abbiano attivato proprie modalità di sorveglianza, per lo più attraverso studi di prevalenza, e in ciascuna di esse (sia territoriale che ospedaliera) sia stato da molto tempo costituito il Comitato per il controllo delle Infezioni Ospedaliere.

I dati e le informazioni prodotti non sono pertanto confrontabili con probabile sottostima del fenomeno; in base ai dati esistenti nelle diverse Aziende Sanitarie il rischio clinico rimane elevato e risulterebbe essere in linea con la media nazionale.

Altra criticità è rappresentata dal fatto che ciascuna Azienda ha scelto rispetto a quali infezioni intervenire andando a definire proprie procedure, senza condividerne i criteri, né le modalità di applicazione con le altre aziende.



Gli obiettivi e i risultati attesi

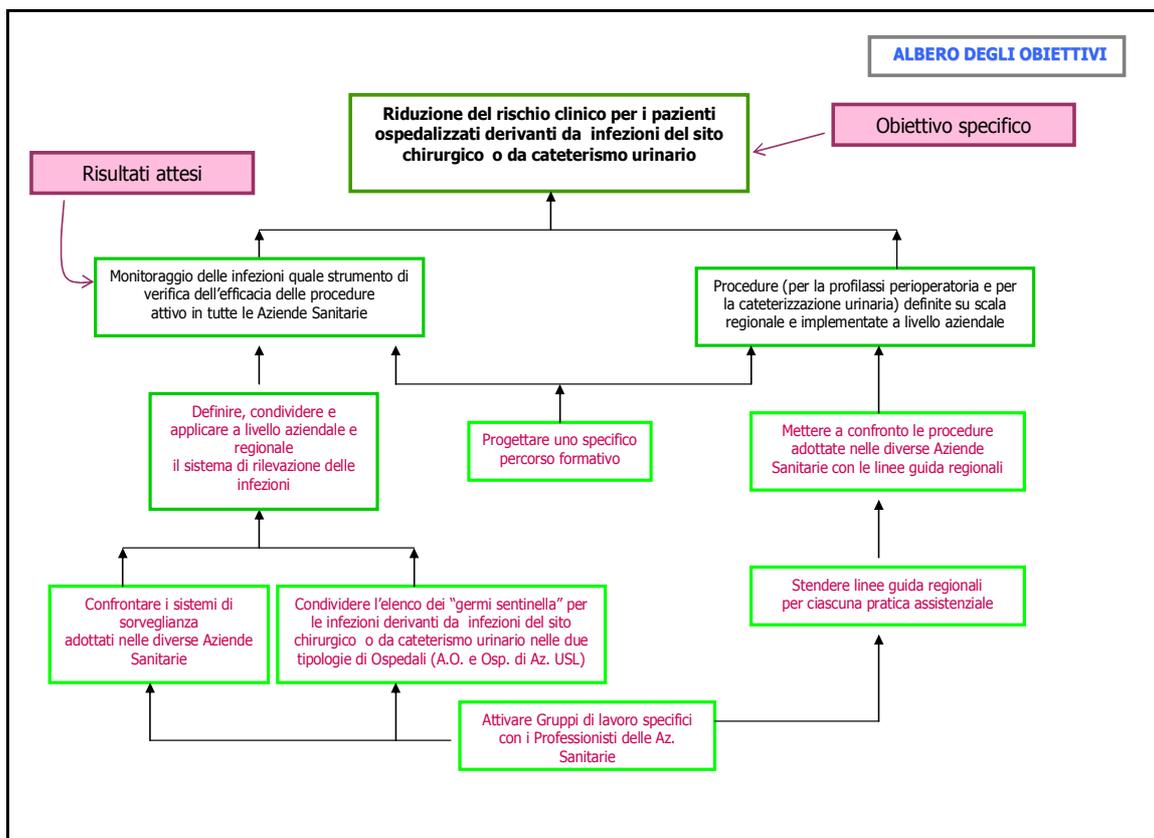
Il DPR del 23 luglio 1998 "Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000", prevede l'attivazione di un programma per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle infezioni in ogni presidio ospedaliero, orientato sia ai pazienti sia agli operatori sanitari. La Circolare Ministeriale 8/1988 ribadisce il ruolo del Comitato di lotta delle infezioni ospedaliere (CM 52/1985) come organo deputato alla scelta delle strategie più idonee e prevede sistemi di sorveglianza di vario tipo: basati sul laboratorio, su studi di prevalenza ripetuti, continuativi su reparti ad alto rischio, orientati per problemi.

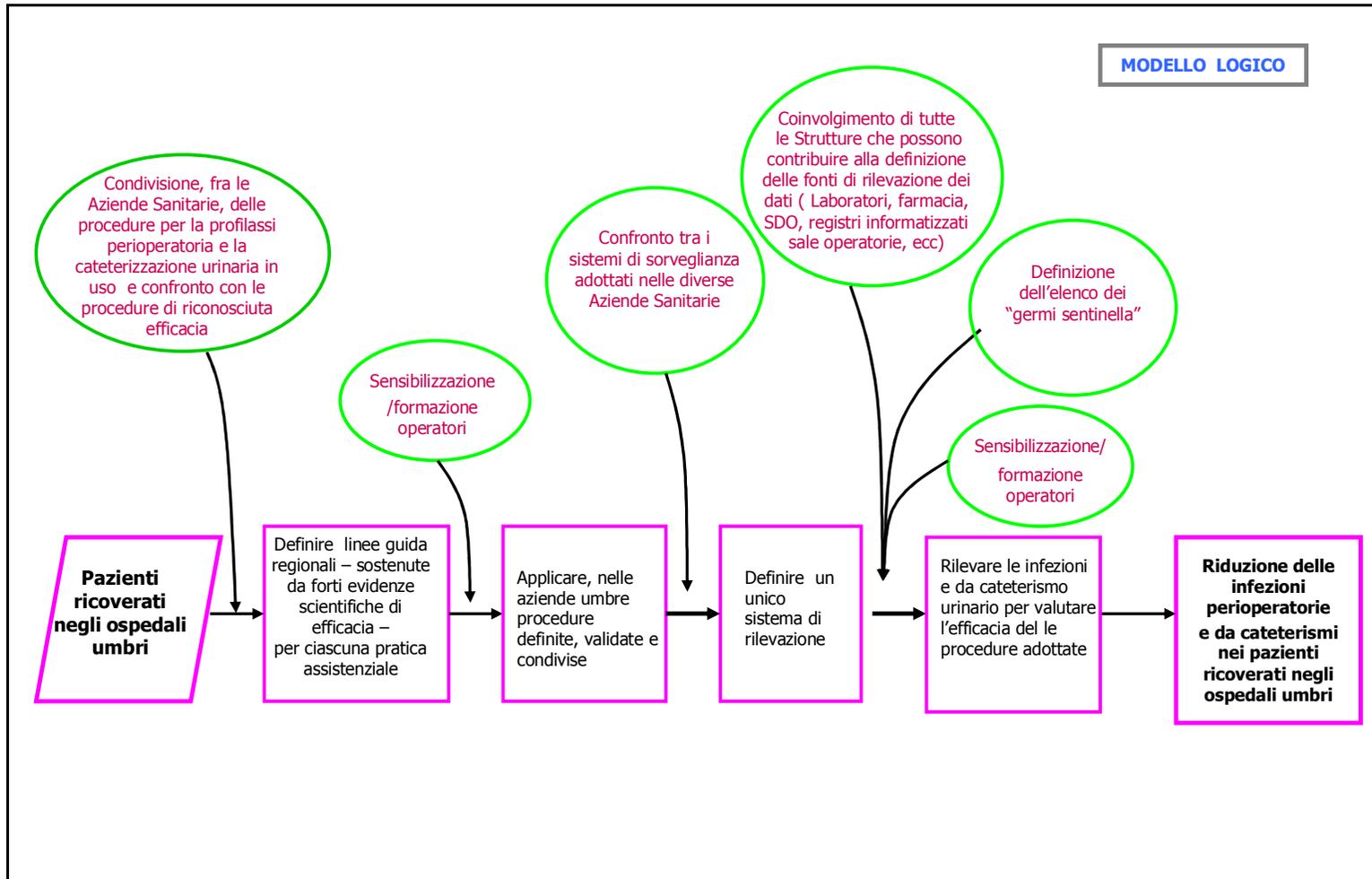
In questi anni, numerose istituzioni sanitarie e associazioni scientifiche a livello internazionale hanno prodotto linee guida evidence-based sulle misure di prevenzione da adottare per ridurre tali rischi e in Italia uno specifico Progetto "Prevenzione e controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie - INF-OSS", finanziato nel 2006 dal CCM e realizzato dalla Regione Emilia-Romagna ha prodotto un documento contenente indicazioni su specifiche misure di base per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza

In Umbria si sceglie di individuare su scala regionale due tipologie di infezioni ospedaliere - le infezioni del sito chirurgico in chirurgia d'elezione e quelle conseguenti a cateterismo urinario - da utilizzare come "traccianti" rispetto alle quali costruire un modello di intervento che possa poi essere utilizzato via via per tutte quelle sulle quali si intenderà intervenire.

Il modello di intervento prevederà quindi:

- la messa a confronto delle procedure già esistenti
- la stesura di procedure condivise a livello regionale
- l'implementazione delle stesse a livello locale
- la messa a punto di un sistema di rilevazione efficace che consenta di utilizzare i flussi correnti.





Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Riduzione del rischio clinico per i pazienti ospedalizzati derivanti da infezioni del sito chirurgico o da cateterismo urinario	Sepsi/1000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico d'elezione, con degenza \geq 4 gg	Sistema di Misurazione degli Esiti (MES)	
Risultato atteso 1	Monitoraggio delle infezioni quale strumento di verifica dell'efficacia delle procedure attivo in tutte le Aziende Sanitarie			
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1.	Definire, condividere e applicare a livello aziendale e regionale il sistema di rilevazione delle infezioni			
<i>Attività 1.1.1</i>	<i>Confrontare i sistemi di sorveglianza adottati nelle diverse Aziende Sanitarie</i>	<i>Gruppo di lavoro con Direzioni sanitarie di presidio</i>		
<i>Attività 1.1.2</i>	<i>Condividere l'elenco dei "germi sentinella" per le di infezioni derivanti da infezioni del sito chirurgico o da cateterismo urinario nelle due tipologie di Ospedali (A.O. e Osp. di Az. USL)</i>	<i>Specifico Gruppo di lavoro con i Professionisti delle Az. Sanitarie e con la Rete dei Laboratori</i>		

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Risultato atteso 2	Procedure (per la profilassi perioperatoria e per la cateterizzazione urinaria) definite su scala regionale e applicate a livello aziendale	Linee guida regionali per la profilassi perioperatoria e la cateterizzazione urinaria Protocolli operativi Aziendali attuativi delle linee guida regionali	Approvazione DGR entro 31.12.2011 Protocolli aziendali entro 31.12.2012	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 2.1	Stendere linee guida regionali per ciascuna pratica assistenziale	Specifico Gruppo di lavoro con i Professionisti delle Az. Sanitarie		
Attività 2.2	Mettere a confronto le procedure adottate nelle diverse Aziende Sanitarie con le linee guida regionali e stendere protocolli operativi in ciascuna Azienda	Audit clinico – osservazione/rilevazione dati sulle pratiche correnti	Progettazione, materiali Locali/organizzazione incontri	
Attività 2.3	Predisporre uno specifico percorso formativo per le professionalità coinvolte			
<i>Attività 2.3.1</i>	<i>Progettare pacchetto formativo specifico</i>	<i>Gruppo di lavoro con esperti</i>	<i>Progettazione didattica</i>	
<i>Attività 2.3.2</i>	<i>Realizzare seminari/incontri a livello aziendale</i>	<i>Incontri/seminari interattivi per i diversi professionisti coinvolti</i>	<i>Docenze, materiali didattici locali/organizzazione incontri</i>	

Riferimenti

- DPR del 23 luglio 1998 "Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000",
- Circolare Ministeriale 8/1988
- Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Progetto "Prevenzione e controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie - INF-OSS" finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie – CCM Zotti C., Moro M.L. (a cura di); 2010
- Documenti da http://www.epicentro.iss.it/problemi/infezioni_correlate/studi.asp

2. Prevenzione universale

2. 6. Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni

2.6.1 La rete ombra per la sorveglianza dell'infezione da HIV

Target (beneficiari)	Popolazione ombra Persone sieropositive					
Attori	<ul style="list-style-type: none"> - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare - Direzione Sanità e Servizi Sociali - Regione Umbria - Laboratori che effettuano test di conferma - Strutture di ricovero/ambulatori per persone HIV + - SERT - Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione 					
Portatori di interesse	Popolazione generale Associazioni persone sieropositive					
Obiettivo di salute	<p>Raccogliere dati sull'andamento dell'infezione da HIV per la programmazione di ulteriori interventi al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - implementare la prevenzione primaria, attraverso interventi informativi rivolti alla popolazione per aumentare la consapevolezza rispetto al rischio di contrarre l'infezione da HIV - promuovere la prevenzione secondaria, favorendo l'accesso al test HIV per le persone a rischio d'infezione e al trattamento antiretrovirale per le persone sieropositive . 					
Descrizione sintetica	Scopo del progetto è quello di creare una rete regionale per la sorveglianza dell'infezione da HIV e di individuare una struttura di riferimento per avviare una raccolta sistematica e completa dei dati relativi ai test eseguiti con esito positivo, così da disporre di elementi indispensabili alla valutazione del rischio da infezione nella popolazione ombra e alla programmare interventi di prevenzione					
Risultati attesi	Dati sui test HIV positivi raccolti ed elaborati su scala regionale e territoriale					
Indicatori	Fonti di verifica	Valore indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Partecipazione al sistema nazionale di sorveglianza	Collegamento attivo con l'ISS (COA)		Invio delle schede relative a tutti i soggetti sieropositivi		Invio delle schede relative a tutti i soggetti sieropositivi	
Disponibilità i dati regionali di sorveglianza dell'infezione per gli anni 2010/2011/2012	Rapporti annuali		- Primo rapporto prodotto		- Secondo rapporto prodotto	
			-			

Il contesto

Il decreto del Ministro della Salute 31 marzo 2008 stabilisce che l'infezione da HIV debba essere inserita nell'elenco di cui alla classe III del Decreto 15/12/1990 che prevede la notifica obbligatoria delle malattie infettive, utilizzando a tal fine una apposita scheda contenuta nell'allegato 2 dello stesso Decreto.

Il sistema di sorveglianza dell'AIDS, infatti, non consente di avere informazioni utili e tempestive sull'effettivo andamento dell'epidemia, mentre la sorveglianza dell'infezione da HIV (considerata ormai anche dall'OMS come una malattia cronica), soprattutto nelle sue fasi iniziali asintomatiche, è fondamentale per l'avvio tempestivo delle terapie, per conoscere quante sono le persone potenzialmente infette e per indirizzare meglio gli interventi preventivi.

Inoltre Italia e Spagna risultavano essere le sole nazioni europee prive di un sistema nazionale di sorveglianza; d'altro canto, poiché diverse regioni italiane hanno sperimentato indipendentemente dei sistemi autonomi, è stato ritenuto necessario allargare la sorveglianza a tutto il Paese garantendo un sistema nazionale condiviso che utilizzi parametri uniformi e un sistema di criptazione dei dati validato, sicuro e contemporaneamente efficiente.

Il sistema di sorveglianza dell'infezione dovrà pertanto affiancarsi a quello di sorveglianza dei casi di AIDS e dei decessi ad esso collegati, che produce un dato attualmente in diminuzione per l'aumento del tempo di incubazione, ma che, da solo, non può darci informazioni precise riguardo all'andamento delle infezioni, né ci può dire esattamente come sono cambiate le modalità di diffusione.

Sorveglianza dell'infezione da HIV

I dati di sorveglianza prodotti finora dalle Regioni e Province Autonome hanno fornito anche risultati di grande interesse nel monitoraggio dell'epidemia a livello locale, evidenziando cambiamenti soprattutto nelle categorie di trasmissione, nell'età mediana delle persone colpite e nella provenienza delle stesse.

Il Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità (volume 23- numero 4 Supplemento 1-2010) riporta le ultime elaborazioni dei dati relativi alle nuove infezioni da HIV al 31.12.2008 e ai casi di AIDS in Italia al 31.12.2009 fatte dal Centro Operativo AIDS dello stesso Istituto.

In generale, per quanto concerne le nuove infezioni segnalate finora da 13 regioni, negli ultimi 25 anni (1985-2008) si è visto un picco di segnalazioni nel 1987, poi c'è stato un progressivo declino e quindi, dal 1998 in poi, il numero delle nuove diagnosi è rimasto stabile.

Nel 2008 sono state segnalate 2012 nuove diagnosi pari ad una incidenza di 6,7/100.000 residenti, posizionando l'Italia fra i Paesi dell'Europa Occidentale con un'incidenza di HIV medio-alta, maggiore al Centro-Nord rispetto al Sud-Isole.

Dall'inizio dell'epidemia, l'infezione da HIV risulta, nel complesso, decisamente cambiata.

In particolare:

- è aumentata l'età mediana delle persone con diagnosi di infezione da HIV;
- sono aumentati i casi attribuibili a contatti eterosessuali e omosessuali (nel 2008 costituiscono complessivamente il 75% di tutte le segnalazioni);
- sono aumentate le nuove diagnosi tra la popolazione straniera: nel 2008 una su tre persone diagnosticate come HIV positive per la prima volta è di nazionalità straniera;
- nel 2008 sono stati segnalati ancora (nonostante il test di routine in gravidanza) 6 casi di trasmissione HIV da madre a figlio e delle 6 mamme HIV positive 2 erano straniere
- si stima che circa un quarto delle persone HIV positive presenti in Italia non sappia di essere infetto.

Di seguito alcune delle elaborazioni fatte dal COA e pubblicate sul Notiziario sopra citato.

Fig. 1 Incidenza annuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per genere (Piemonte, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lazio, Puglia, Bolzano, Trento, Emilia-Romagna, Marche, Valle d'Aosta, Sassari e Catania)

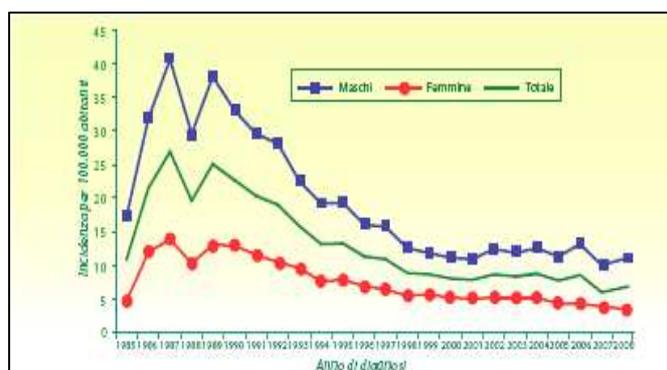


Fig. 2 Et  mediana delle nuove diagnosi di infezione da HIV per genere e anno

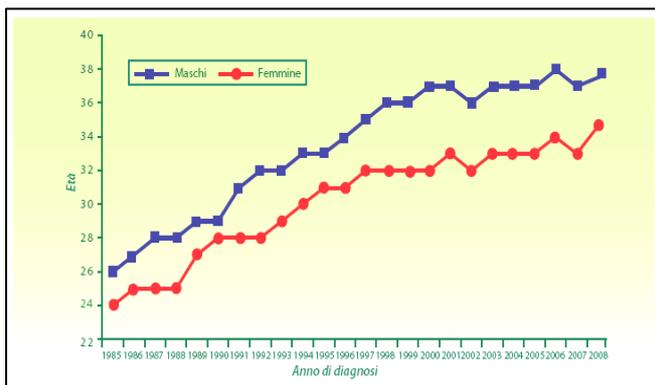
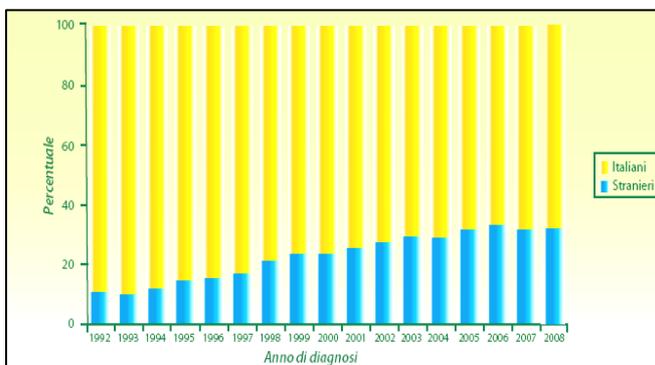


Fig. 3 Distribuzione percentuale delle nuove diagnosi di infezione da HIV per nazionalit  e anno



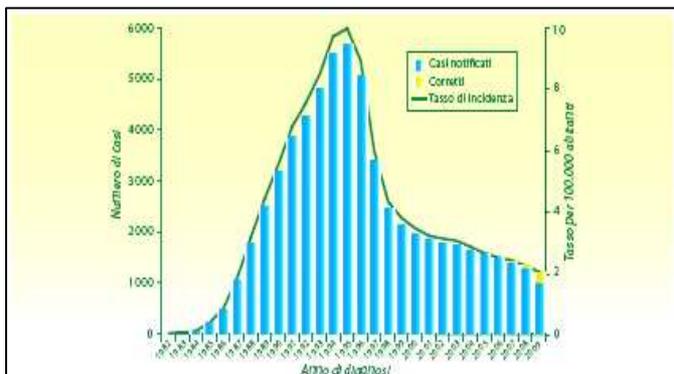
Sorveglianza dell'AIDS

La Sorveglianza dell'AIDS viene effettuata a livello nazionale e riporta i dati relativi alle persone sieropositive in fase avanzata di malattia, cio  con AIDS conclamato.

Per quanto concerne i casi di malattia, dal 1982 al 31.12.2009, in Italia, sono stati notificati al COA 61.537 casi cumulativi di AIDS di cui quasi 40.000 deceduti: di questi il 77,3% erano di sesso maschile, l'1,2% in et  pediatrica o con infezione trasmessa da madre a figlio e l'8,2% stranieri.

Dal 2001 l'epidemia mostra un andamento stabile.

Fig. 4 Casi di AIDS per anno di diagnosi, corretti per ritardo di notifica e tasso annuale di incidenza al 31.12.2009



I nuovi casi di AIDS, negli ultimi anni, sono diminuiti principalmente per effetto delle terapie antiretrovirali combinate che ritardano la comparsa dell'AIDS e, contemporaneamente, producono un aumento progressivo delle persone viventi con AIDS.

Da notare che, nel 2009, più del 60% dei nuovi casi di AIDS, in modo particolare coloro che hanno acquisito l'infezione attraverso i rapporti sessuali, ha scoperto di essere sieropositivo troppo tardi, in concomitanza con la diagnosi di AIDS e quindi non ha potuto usufruire degli effetti delle terapie antiretrovirali prima di tale diagnosi.

La quota di donne con AIDS che si infetta tramite la via sessuale è in continuo aumento: dieci anni fa la metà delle donne si infettava attraverso i contatti sessuali, mentre negli ultimi due anni questa quota è aumentata fino a più di due terzi

Come per l'infezione da HIV, l'età mediana alla diagnosi dei casi adulti di AIDS è aumentata nel tempo: infatti, se nel 1989 la mediana era di 30 anni per i maschi e di 28 per le femmine, nel 2009 le mediane sono salite rispettivamente a 44 e 40 anni.

La distribuzione nel tempo mostra un aumento della proporzione dei casi attribuibili ai contatti sessuali (omosessuali ed eterosessuali) e una corrispondente diminuzione dei casi attribuibili alle altre modalità di trasmissione.

Una specifica indagine condotta dal COA ha rilevato che la quasi totalità dei casi con fattore di rischio "Altro/Non determinato" è da attribuire a trasmissione sessuale e a uso iniettivo di droghe.

I dati raccolti dall'ISS indicano che in Italia, rispetto a venti anni fa, si infetta un minor numero di persone (circa 4.000 all'anno), ma è molto più elevato il numero dei sieropositivi viventi.

Le stime effettuate sulla base dei dati disponibili, valutano che nel 2009 erano presenti circa 160.000 persone HIV positive viventi, di cui circa 22.000 con AIDS.

Di queste, una su quattro non sa di essere infetta.

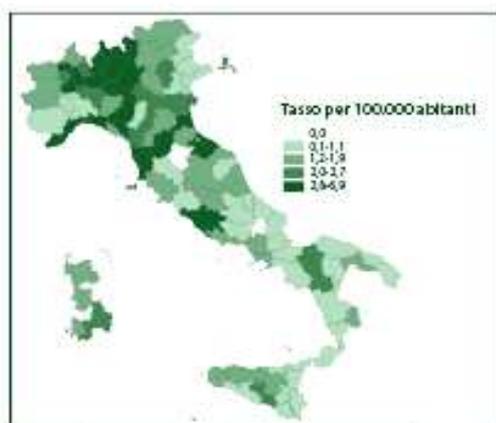
La principale via di trasmissione è rappresentata dai contatti sessuali non protetti, che tuttavia non vengono sufficientemente percepiti come a rischio, in particolare dalle persone di età matura .

È rilevante osservare che, nel 2008-2009, tra le donne con AIDS che hanno acquisito l'infezione per via sessuale, il 20% riferiva di aver contratto l'infezione dal partner che sapeva di essere HIV positivo.

Di contro, tra gli uomini che hanno acquisito l'infezione attraverso contatti eterosessuali, solo il 7% riferiva di avere una partner che sapeva di essere HIV positiva.

Questo indica che una quota non indifferente di trasmissioni per via sessuale, in modo particolare tra le donne, avviene in persone che sono consapevoli del rischio di poter acquisire l'HIV dal partner infetto

Fig. 5 Tasso di incidenza di AIDS per provincia di residenza (per 100.000 abitanti) per i casi notificati tra gennaio e dicembre 2009



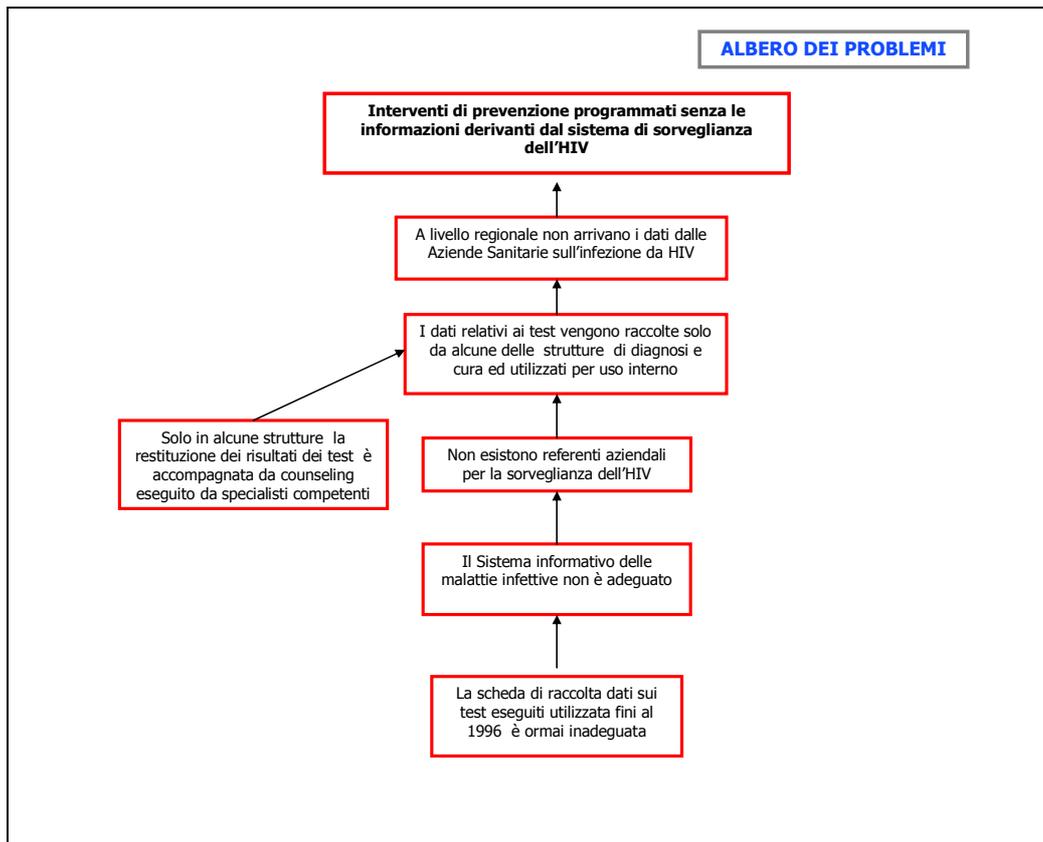
Il tasso di incidenza dei casi in Umbria si conferma in linea con quello medio del centro Italia, molto simile a quello delle Regioni limitrofe.

Tab. 1 Distribuzione dei casi di AIDS in Umbria per provincia di residenza e per anno di diagnosi

Provincia	segnalazione	residenza	Tasso di incidenza
Perugia	437	380	1,4
Terni	168	140	1,3
Umbria	605	520	

I problemi

La criticità principale, nella nostra regione, è sicuramente costituita dal fatto che da quasi 15 anni è stata interrotta la raccolta sistematica e la elaborazione dei dati regionali., rendendo di fatto impossibile qualunque valutazione degli interventi di prevenzione e non deve essere dimenticato che solo alcune strutture accompagnano la restituzione dei risultati ad una specifica attività di counselling.



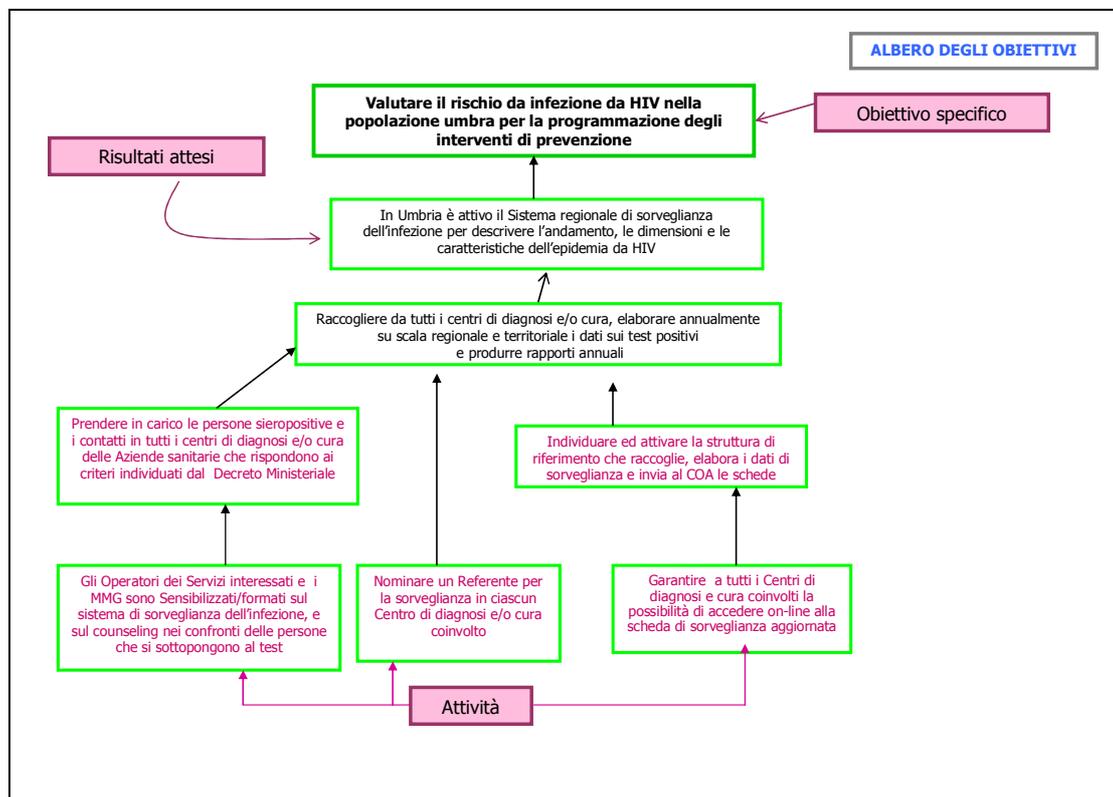
Obiettivi e risultati attesi

Il Sistema di sorveglianza regionale delle infezioni da HIV avrà come obiettivi specifici:

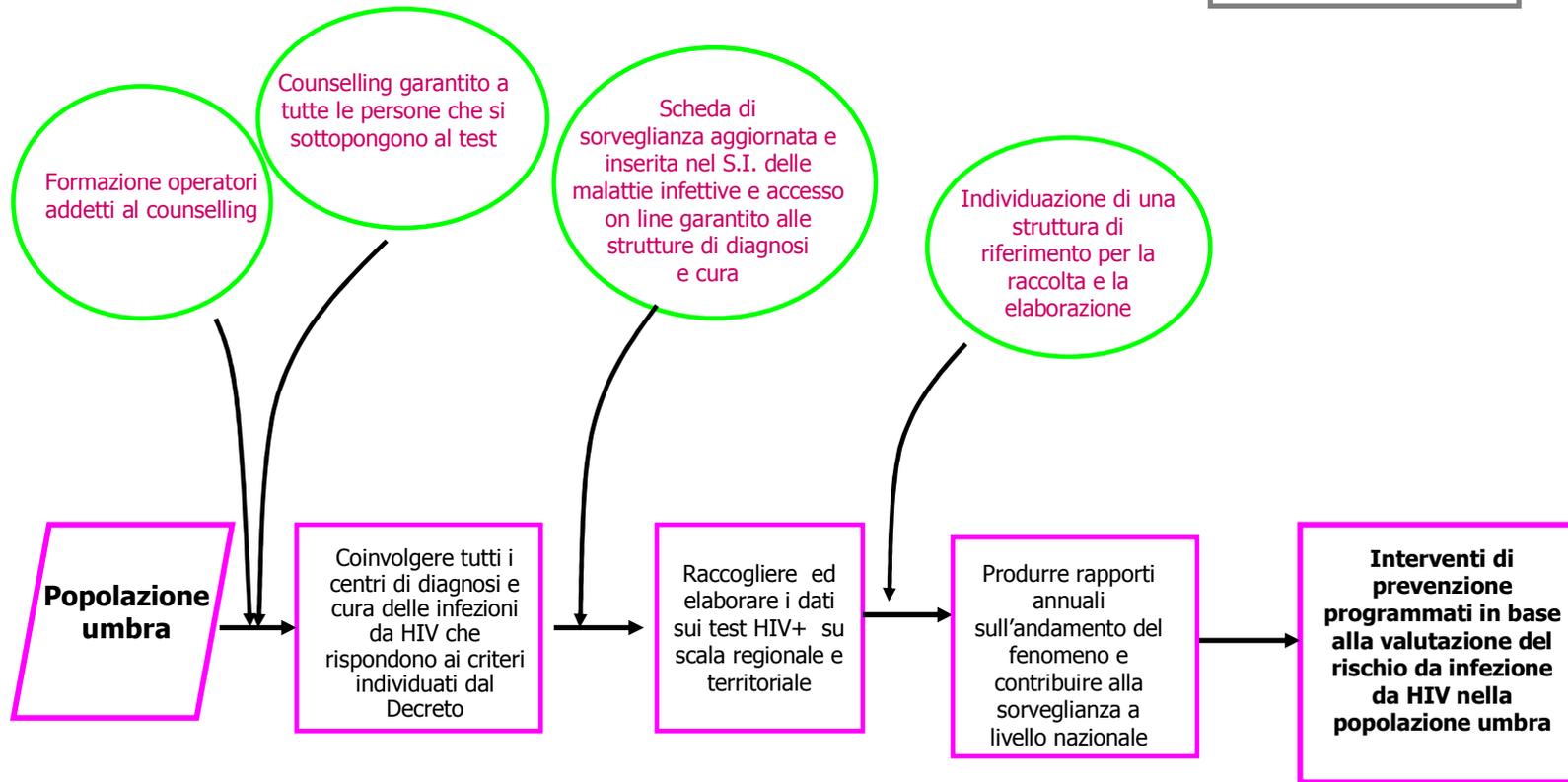
- Valutare l'incidenza e l'andamento temporale delle nuove diagnosi di HIV positività;
- Stimare la prevalenza delle persone HIV+ e monitorarne il numero nel tempo;
- Studiare la diffusione dell'infezione in popolazioni differenti o in gruppi di popolazione specifici;
- Utilizzare i dati del sistema di sorveglianza come indicatori diretti dell'impatto degli interventi preventivi;
- Utilizzare gli stessi dati per la programmazione di ulteriori interventi di prevenzione (compresi quelli educativi), di Sanità pubblica e assistenza, con particolare attenzione a:
 - . implementare la prevenzione primaria, attraverso interventi informativi rivolti alla popolazione mirati a non sottovalutare la percezione del rischio di infezione da HIV
 - . promuovere la prevenzione secondaria, favorendo l'accesso al test HIV e al trattamento antiretrovirale per le persone a rischio d'infezione
 - . promuovere comportamenti sessuali "sicuri" per ridurre il rischio di trasmettere l'HIV e altre infezioni trasmissibili per via sessuale.

Per l'attivazione della sorveglianza è indispensabile:

- a) coinvolgere di tutti i Centri di diagnosi e cura delle infezioni da HIV presenti sul territorio regionale che rispondono ai criteri individuati dal decreto,
- b) identificare, all'interno delle strutture suddette, Referenti incaricati dei flussi relativi alla sorveglianza;
- c) inserire la Scheda di rilevazione concordata con le Associazioni nel Sistema Informatizzato delle Malattie Infettive in uso nelle Az. Sanitarie dell'Umbria;
- d) attivare la collaborazione di tutte le strutture interessate, per garantire il flusso delle schede di rilevazione dai Centri di diagnosi e cura del Sistema Sanitario Regionale, coordinate dal Servizio V Prevenzione, Sanità veterinaria e sicurezza alimentare della Direzione Sanità e Servizi Sociali;
- e) attribuire ad uno dei Centri di diagnosi e cura il compito di:
 - raccogliere le schede relative ai soli casi di sieropositività, compilate dai Centri di diagnosi e cura e verificarne la completezza;
 - compilare on-line la scheda di sorveglianza prevista dallo specifico Decreto Ministeriale nella piattaforma web nazionale, una volta attivata;
 - elaborare annualmente dati raccolti;
 - assicurare alle Az. USL e al competente Servizio Regionale il ritorno dei dati elaborati per territorio e per Regione.



MODELLO LOGICO



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Valutare il rischio da infezione da HIV nella popolazione umbra per la programmazione degli interventi di prevenzione			
Risultato atteso 1	Il sistema di sorveglianza dell'infezione descrive l'andamento, le dimensioni e le caratteristiche dell'epidemia da HIV in Umbria	Struttura di riferimento incaricata dalla Giunta Regionale Protocollo operativo per la raccolta dei dati concordato e definito Disponibilità dei dati di sorveglianza per gli anni 2010/2011/2012	DGR assunta dalla Giunta regionale Accordo sottoscritto Relazioni predisposte dalla struttura di riferimento	
		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Raccogliere da tutti i Centri di diagnosi e cura i dati di sorveglianza, elaborarli, produrre rapporti annuali e trasmettere le schede al Centro Operativo AIDS dell'ISS			
Attività 1.2	Individuare ed attivare la struttura di riferimento	Atto regionale		
Attività 1.3	Nominare un Referente per la sorveglianza in ciascun Centro di diagnosi e/o cura coinvolto	Atti aziendali di nomina		
Attività 1.4	Coinvolgere tutti i centri di diagnosi e/o cura dell'infezione da HIV che rispondono ai criteri individuati dallo specifico Decreto Ministeriale	Incontri di confronto fra Az. Ospedaliere, Presidi ospedalieri delle Az. USL, Laboratori		
Attività 1.5	Prendere in carico le persone sieropositive e i contatti in tutte le Aziende sanitarie	Attivazione protocolli aziendali		
Attività 1.6	Sensibilizzare/formare gli operatori sanitari addetti alla consegna dei risultati dei test e alla presa in carico delle persone sieropositive sul sistema di sorveglianza dell'infezione e sul counselling	Seminari/corsi per condividere i protocolli	Docenze, materiali didattici ecc Locali/organizzazione Incontri	
Attività 1.7	Garantire a tutti i Servizi coinvolti la possibilità di accedere on-line alla scheda di sorveglianza aggiornata	Sistema informatizzato on – line di segnalazione delle malattie infettive integrato con la scheda specifica per l'infezione da HIV Collaborazione con le principali associazioni che tutelano le persone sieropositive	Prestazione della società che gestisce il sistema per l'adeguamento	

2. Prevenzione universale

2. 6 Prevenzione delle malattie per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni

2.6.2 Ridurre la diffusione della tubercolosi nella popolazione immigrata, attraverso il miglioramento dei percorsi di controllo, diagnosi e cura

Target (beneficiari)	Popolazione residente con particolare attenzione a quella immigrata					
Attori	<ul style="list-style-type: none"> - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare - Direzione Sanità e Servizi Sociali Regione Umbria - Presidi ospedalieri Az. USL - Servizi/Ambulatori Pneumologici Territoriali - Servizi di Igiene e Sanità Pubblica - Aziende ospedaliere - MMG/PLS 					
Portatori di interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Centri culturali - Associazioni - Mediatori culturali 					
Obiettivo di salute	Ridurre la morbosità per TBC con particolare attenzione alle popolazioni a rischio					
Descrizione sintetica	<p>Il progetto di revisione del percorso assistenziale del paziente affetto da tubercolosi vuole essere una risposta concreta all'acutizzarsi della minaccia della tubercolosi soprattutto nella categoria di popolazione a rischio rappresentata dalla popolazione immigrata.</p> <p>È quindi previsto l'aggiornamento del protocollo regionale già esistente affinché diventi uno strumento operativo a disposizione di tutti coloro che, sul territorio e nelle strutture di cura, si trovano a gestire i casi di TBC e devono provvedere a mettere in atto le necessarie misure di prevenzione per la comunità. L'obiettivo del controllo e della riduzione del rischio dell'infezione tubercolare presuppone peraltro il miglioramento dell'efficacia delle azioni già messe in atto e una uniformità di trattamento per i pazienti su tutto il territorio regionale.</p> <p>Il problema verrà affrontato sviluppando e ottimizzando il sistema di rapporti tra i Servizi sanitari e sociali che si occupano di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza, per cui tutti gli Operatori dei servizi coinvolti dovranno svolgere un ruolo attivo nel progetto. Viene considerato fondamentale il processo di coinvolgimento e responsabilizzazione delle comunità degli immigrati e delle Associazioni di volontariato per definire le strategie necessarie a migliorare la percezione del rischio e ad informare sulla modalità di fruizione dei percorsi diagnostico-terapeutici disponibili.</p> <p>Ovviamente la messa a punto dell'intero percorso di diagnosi e cura, sebbene pensato nella logica dell'accesso da parte della popolazione immigrata, produrrà vantaggi in termini di salute per tutta la popolazione.</p>					
Risultati attesi	Percorsi assistenziali delle persone affette da tubercolosi, con particolare attenzione agli immigrati, ridefiniti entro il 2012, in tutte le 4 Az. USL.					
Indicatori	Fonti di verifica	Valore indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Percorsi assistenziali definiti	DGR		Atto approvato		Protocolli operativi nelle 4 Az. USL	
N. casi notificati/ N. schede SDO X100	Sistema notifica malattie infettive e SDO	69%	85%		95%	
Schede esiti del trattamento/ Schede notifica x 100	Sistema rilevazione esiti trattamento / Sistema notifica malattie infettive	n.r.	70%		90%	

Il contesto

La malattia nel mondo e nella Regione europea

Secondo il rapporto "Global Tuberculosis Control. A Short update to the 2009 report", nel 2008 sono stati stimati, nel mondo, circa 9,4 milioni di casi incidenti di tubercolosi (equivalente a 139 casi per 100.000 abitanti), 11,1 milioni di casi prevalenti, 1,3 milioni di decessi per Tbc tra persone non affette da Hiv (20 decessi per 100.000 abitanti) e 0,5 milioni di decessi tra casi incidenti di Tbc in persone Hiv-positive (classificati nell'ICD10 come decessi per HIV).

La maggior parte del numero stimato di casi nel 2008 si è verificato in Asia (55%) e Africa (30%), con piccole proporzioni di casi nella Regione del Mediterraneo orientale (7%), nella Regione europea (5%) e nella Regione delle Americhe (3%).

Secondo il rapporto congiunto Ecdc-Oms Europa sulla sorveglianza della tubercolosi i tassi di notifica nella Regione europea sono stati complessivamente in aumento dal 2004.

Tuttavia, i tassi dei 18 Paesi definiti ad elevata priorità (*high priority countries, Hpc*), sono diminuiti del 3,9% rispetto al 2007, e rappresentano l'87,6% di tutti i casi di tubercolosi. Una diminuzione del 4% dal 2007 nella percentuale di nuovi casi di Tbc notificati suggerisce una ridotta diffusione della malattia nella Regione.

Nei 18 Paesi ad elevata priorità, il trattamento è riuscito nel 69,2% dei nuovi casi di tubercolosi confermati in laboratorio, che è lontano dall'obiettivo dell'85% fissato dalla strategia Stop Tb.

Il tasso di notifica nel 2008 è stato superiore a 20 per 100.000 in Romania e negli Stati baltici (Lituania 66,8; Lettonia 47,1; Estonia 33,1); Bulgaria 41,2; Portogallo 28,2 e Polonia 21,2.

La malattia in Italia

Nella quadro di riferimento regionale sono riportati parte dei dati contenuti nel Rapporto "La Tubercolosi in Italia – Anno 2008" prodotto dalla collaborazione tra Ufficio V Malattie Infettive del Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Salute, l'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia Romagna e l'Istituto Superiore di Sanità.

Il numero di casi annuali di TBC nella popolazione italiana, con un tasso grezzo annuale che è passato da 25,26 casi per 100.000 abitanti a 7,41 è andato progressivamente diminuendo fino al 1974 per rimanere pressoché costante fino ad oggi.

In passato le fasce di popolazione maggiormente coinvolte erano le classi di età più avanzate, mentre nell'ultimo decennio si è osservato un lento e progressivo aumento, soprattutto negli ultimi 3 anni, nelle classi dai 15 ai 24 e dai 25 ai 64 anni.

Al Nord e al Centro l'incidenza è più elevata nella classe di età 15-24 anni (rispettivamente 14,7 casi/100.000 abitanti e 13,4 casi/100.000), al Sud nella classe di età 25-64 anni (3,1 casi/100.000 abitanti) e nelle Isole l'incidenza è pressoché stabile a poco più di 1 caso per 100.000 abitanti

E' stato possibile anche rilevare casi di TBC recidiva, che, dal 1999 al 2007, hanno rappresentato, in media, poco meno del 10% del totale dei casi segnalati.

Nello stesso periodo il tasso grezzo di mortalità era di 0,7 decessi per 100.000 ab. e i maschi risultano rappresentare il 72,9% di tutti i deceduti.

La letalità, peraltro sempre superiore al 50% tra il 1955 e il 1975 è, nel 2006, ancora superiore al 30% negli anziani, ma compresa fra l'1 e il 2% nei malati di età inferiore a 65 anni.

La TBC tende a interagire in modo drammatico con il virus HIV infatti una malattia accelera il decorso dell'altra. La TBC è la principale causa di morte tra le persone sieropositive.

I dati raccolti ed elaborati dall'Istituto Superiore di Sanità ed inviati dal Ministero all'ECDC, si evince che nel periodo 2004 – 2008 le percentuali di TBC farmaco-resistente erano abbastanza stabili fino al 2007 e nel 2008 sembra esserci stato un aumento fino ad oltre il 14% per la somma di monoresistenze e poliresistenze e per quanto riguarda le TBC MDR i valori si sono attestati al 3,7% del totale dei ceppi analizzati.

Fino al 2007, oltre il 50% dei casi di tubercolosi in persone nate all'estero insorgeva entro i primi 2 anni dall'arrivo in Italia, mentre nel 2008 questa proporzione è diminuita fino al 43% ed è aumentata la proporzione di casi insorti dopo almeno 5 anni dall'arrivo (da circa il 29% a circa il 38%).

Quasi i due terzi dei casi di tubercolosi in stranieri nel 2008 si sono verificati nel Nord Italia e le classi di età maggiormente colpite sono state quelle dei giovani adulti che, dal 1999 al 2008, hanno rappresentato, nel complesso, il 36,5% del totale dei casi notificati nel nostro Paese con un costante aumento di tale proporzione (dal 22% del 1999 al 46% nel 2008).

Mentre sembrano in costante diminuzione i casi di tubercolosi in persone provenienti dall'Africa, risultano in aumento i casi provenienti dall'Est europeo. La popolazione proveniente dalla Romania ha il maggior numero assoluto di casi di tubercolosi notificati nel 2008 (oltre 500), ma il tasso grezzo di incidenza è inferiore ai 100 casi per 100.000 (circa 80 casi/100.000 popolazione proveniente dalla Romania) a causa degli importanti flussi migratori da questo Paese in Italia.

La malattia in Umbria

In Umbria, negli anni che vanno dal 1996 al 2008 sono stati notificati con il SIMI un totale di 774 casi.

L'andamento del numero di notifiche mantiene un trend pressoché costante.

L'incidenza per età negli anni 1995-2008 mostra una discreta tendenza al decremento nella classe di età >65, mentre si mantiene stabile ed elevata nella classe immediatamente precedente. A partire dal 1999 fino al 30.06.2008 sono anche state registrate 77 recidive, che, per quanto riguarda i cittadini italiani, sono riferite a soggetti di età quasi sempre maggiore di 65 anni, mentre quelle osservate negli stranieri riguardano, nella maggior parte dei casi, soggetti più giovani nei quali anche l'intervallo fra la prima e la seconda infezione è minore.

L'incidenza complessiva per sesso, per tutte le forme di TBC, sembra rispecchiare la tendenza, rilevata nel resto del Paese, alla prevalenza dei casi in soggetti di sesso maschile, anche se negli ultimi anni il numero delle donne è decisamente aumentato.

Per quanto concerne la *mortalità* per TBC in Umbria, i trend temporali riportati di seguito sono stati calcolati sui tassi standardizzati (con la popolazione umbra maschi + femmine al Censimento del 2001) per età e calcolati nei quinquenni 1994 -1998, 1999 -2003 e 2004 -2008.

Tab. 1 Mortalità per TBC in Umbria

ICD10	MASCHI			Var.94-08	FEMMINE			Var.94-08
	1994-1998	1999-2003	2004-2008		1994-1998	1999-2003	2004-2008	
A15-A16 Tubercolosi respiratoria	0,7	0,5	0,6	-0,1	0,2	0,1	0,4	0,2
A 17 Tubercolosi S.N.	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
A 18 Tubercolosi altri organi	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1

Fig. 1 Trend dei casi notificati in Umbria dal 1996 al 2008

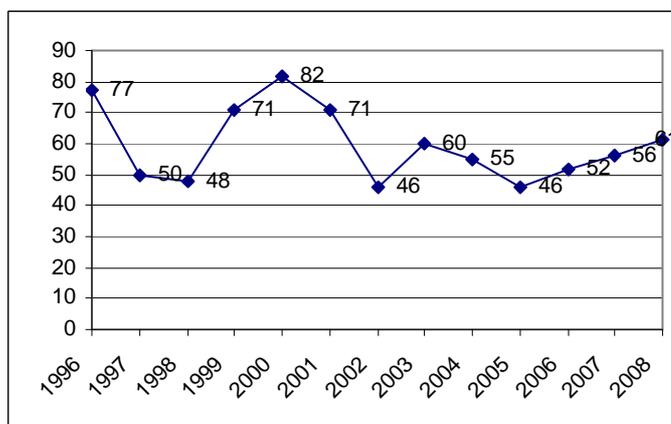
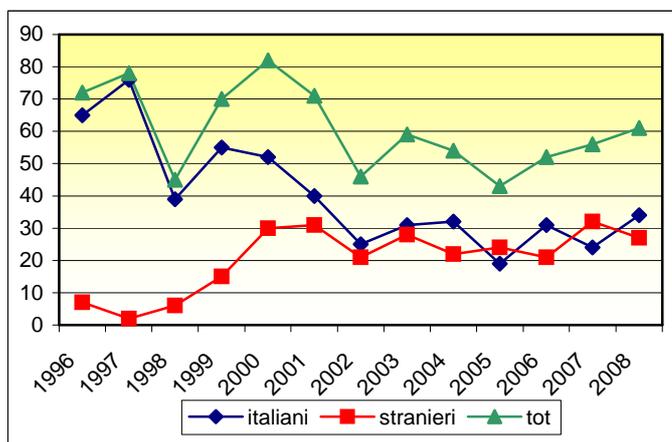


Fig. 2 Casi di TBC notificati dal 1996 al 2008 in cittadini italiani e stranieri - Umbria



Negli ultimi quattro anni i casi di infezione in cittadini stranieri hanno equiparato quelli in cittadini italiani e, nel 2005 e nel 2007, hanno rappresentato la maggioranza dei casi.

La situazione umbra, in generale, non sembra essere diversa da quella del resto del Paese e, pur tenendo conto dei casi che sicuramente sfuggono ai sistemi di sorveglianza, il tasso complessivo di incidenza della tubercolosi non è particolarmente preoccupante.

Di fatto, dal 2001, il numero delle notifiche è decisamente diminuito, per poi rimanere pressoché costante negli ultimi anni, ma i casi di malattia nei cittadini stranieri sono andati gradualmente aumentando.

In due anni in particolare, nel 2005 e nel 2007 sono stati segnalati meno casi negli italiani che negli stranieri. Tuttavia l'analisi delle SDO riporta, in particolare per l'anno 2008, 70 ricoveri di cittadini stranieri a fronte di sole 27 notifiche.

E' chiaro che un fenomeno così eclatante, seppur limitato ad un solo anno, è sintomatico del disagio della popolazione immigrata nell'accesso alla assistenza di base e specialistica, del mancato riconoscimento della patologia e della carenza del sistema di segnalazione e di ricerca dei contatti.

Peraltro l'Umbria è al secondo posto in Italia, dopo l'Emilia Romagna, per la *presenza di popolazione straniera che incide per il 9,6% su quella totale* (per il 10,2% nella provincia di Perugia e per l'8,0% in quella di Terni): è evidente quindi che, poiché si è verificato pressoché lo stesso numero di casi negli ultimi otto/nove anni sia negli italiani che negli stranieri, *la morbosità è circa dieci volte più alta in quest'ultima quota della popolazione che in quella italiana.*

Se si confrontano nel dettaglio i dati derivanti dal Sistema di notifica delle malattie infettive con quelli delle SDO, che confermano il problema della sottotifica, risulta evidente come negli italiani questa sia pressoché costante. Invece le persone immigrate ospedalizzate sono state meno di quelle notificate fino al 2005, mentre nel 2008 (anno in cui c'è una grande discrepanza fra i dati SIMI e quelli derivanti dalle SDO) la tendenza si è invertita.

Fig. 3 Casi di TBC notificati al SIMI nella popolazione italiana e risultanti dalle SDO. Umbria. Anni 2004 - 2009

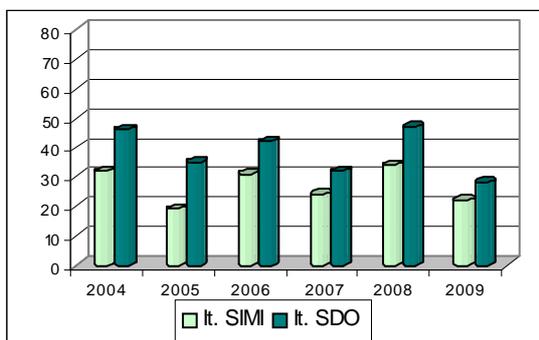


Fig. 4 Casi di TBC notificati al SIMI nella popolazione straniera e risultanti dalle SDO. Umbria. Anni 2004 - 2009

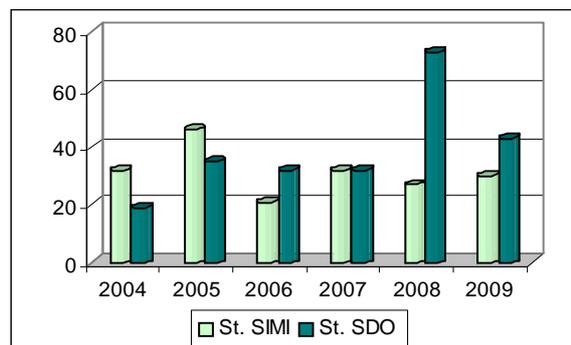
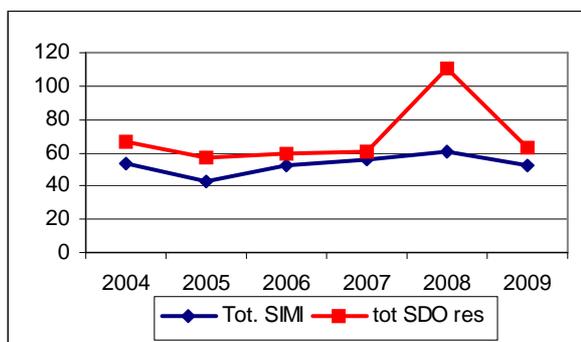


Fig. 5 Casi di TBC notificati al SIMI e risultanti dalle SDO. Umbria. Anni 2004 - 2009



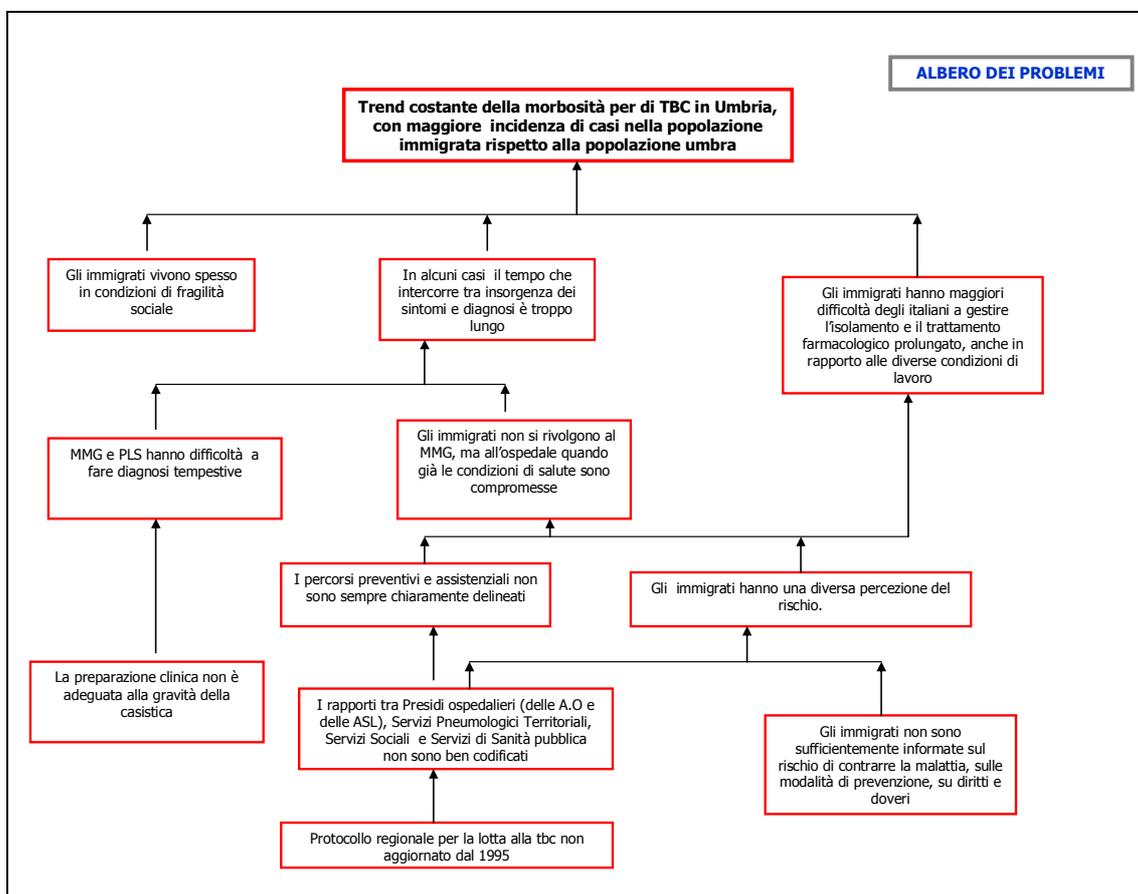
I problemi

Dall'analisi del contesto regionale, pur nell'ottica generale di revisione del protocollo regionale per la lotta alla tubercolosi che risale a diversi anni fa, si ritiene di dover concentrare l'attenzione sulla popolazione immigrata che risulta maggiormente colpita dalla malattia e che, comunque, contribuisce a mantenere costante il numero dei casi in Umbria.

Evidentemente le misure di prevenzione, i percorsi assistenziali attuali e alcuni problemi sociali e culturali non facilitano l'accesso alla profilassi e alle cure nelle fasce di popolazione più disagiate.

Peraltro, le persone che si trovano nella particolare condizione di «immigrato», hanno un maggior rischio di sviluppare la tubercolosi non solo in conseguenza delle particolari condizioni di fragilità sociale, ma anche per la mancata conoscenza dei propri diritti che finisce per influire sull'accesso alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura.

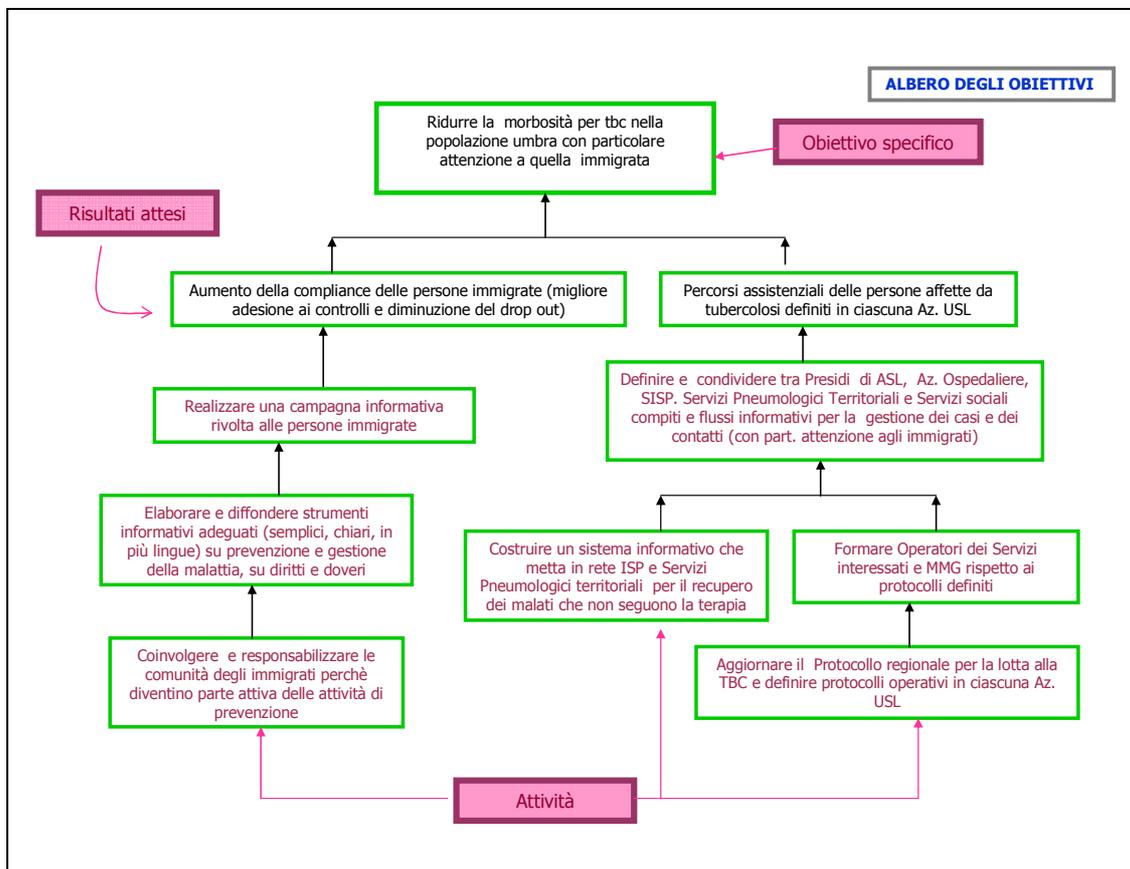
Inoltre, una volta contratta la malattia, le particolari condizioni di fragilità sociale dovute ai diversi stili di vita legati alle diverse culture, ma, più spesso, a situazioni di indigenza, comportano, oltre che il rischio di mancata guarigione (maggior frequenza di esiti sfavorevoli del trattamento come conseguenza del drop-out) anche una maggiore possibilità di sviluppare un'infezione da M. tuberculosis multi-resistente,



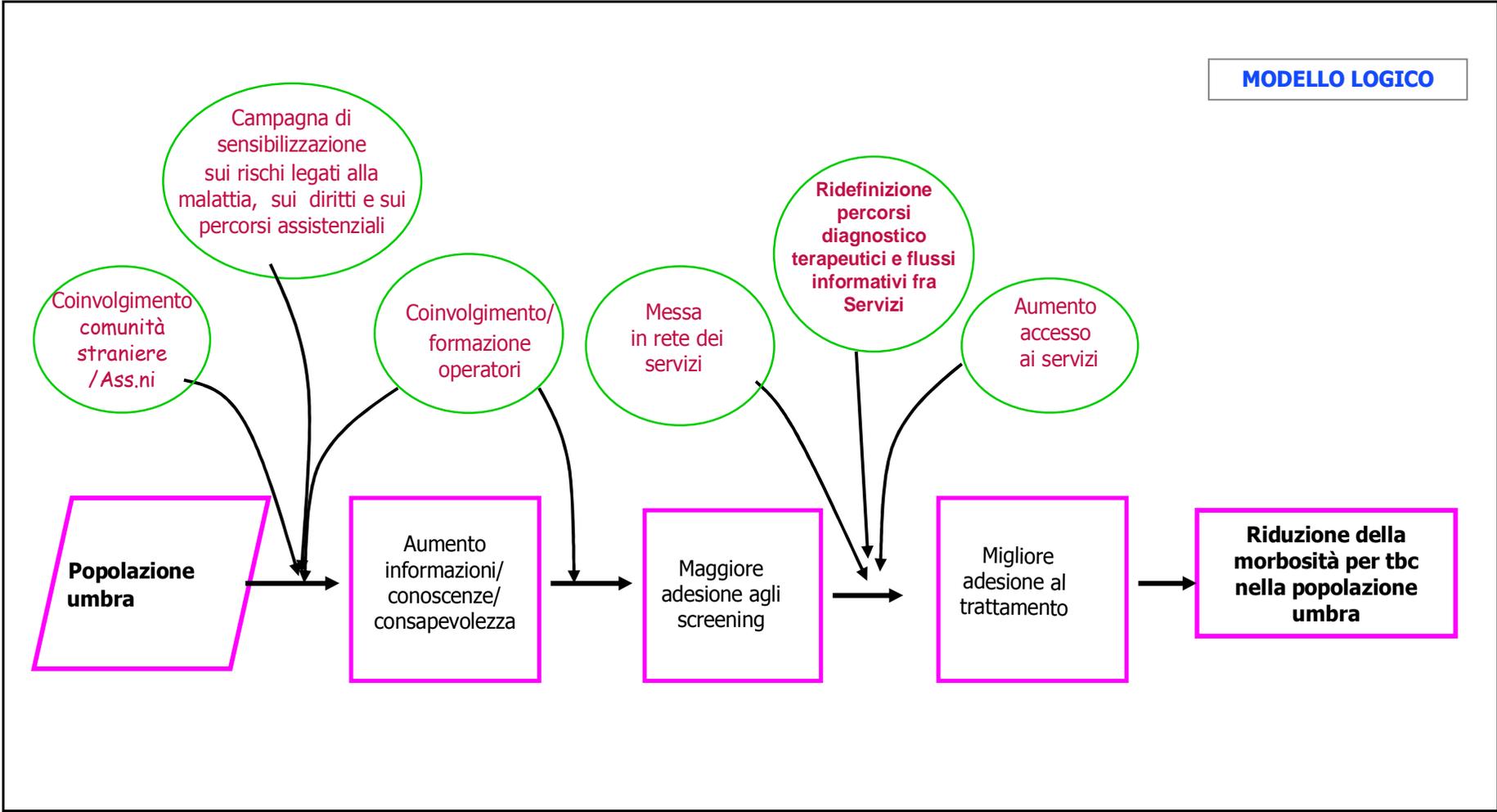
Gli obiettivi e i risultati attesi

Anche in applicazione di quanto previsto dalle recenti raccomandazioni del Ministero della Salute finalizzate alla corretta gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale e alla individuazione di politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata, si intende migliorare i percorsi assistenziali con particolare attenzione a garantire adeguata assistenza alle persone immigrate, al fine di raggiungere l'obiettivo della riduzione dei casi di TBC, nella popolazione in generale e in quella straniera a maggior rischio di contrarre l'infezione.

La rivisitazione dei percorsi assistenziali passa necessariamente attraverso la stesura di un Protocollo regionale e quindi la definizione di protocolli operativi a livello locale con l'obiettivo di stabilire i compiti dei diversi Servizi e Presidi (di ASL e delle A.O.) mettendoli in "rete" fra loro. Inoltre si considera indispensabile condividere gli obiettivi del progetto con i rappresentanti delle Comunità straniere presenti in Umbria anche al fine di rilevare i bisogni di informazione e quindi di individuare la metodologia di approccio e il linguaggio più idonei ad aumentare la compliance dei diversi gruppi etnici.



MODELLO LOGICO



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Ridurre la morbosità per TBC con particolare attenzione alle popolazioni a rischio	-Tutti i casi di TBC diagnosticati vengono segnalati al SIMI - Rilevazione semestrale dei i casi di tbc notificati e presenza delle relative schede sugli esiti del trattamento - Morbosità generale in diminuzione nella popolazione italiana e immigrata	- SDO/ S.I. malattie infettive - Sistema rilevazione esiti trattamento - Esiti dei test di laboratorio effettuati inviati al SISP competente per territorio	S.I malattie infettive efficiente e collegato con tutti i Servizi Sanitari coinvolti Disponibilità SDO Disponibilità laboratorio A.O. PG
Risultato atteso 1	Percorsi assistenziali delle persone affette da tubercolosi definiti in ciascuna Az. sanitarie con particolare attenzione agli immigrati	Percorsi assistenziali definiti con il contributo delle Ass.ni di volontariato, leader locali delle comunità straniere e mediatori culturali per una migliore rilevazione dei bisogni	- Percorsi assistenziali applicati ed efficienti in tutte le Az. Sanitarie umbre - DGR assunta dalla giunta regionale - Atti nelle 4 Az. USL per protocolli operativi locali	Disponibilità dei soggetti esterni al SSR
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1	Aggiornare e condividere il Protocollo regionale con tutte le strutture sanitarie e sociali coinvolte	Gruppo di lavoro regionale (Pneumologie territoriali, ISP, Presidi Osp AZ.USL, Az. Ospedaliere, ecc..)		
Attività 1.2	Definire e condividere tra Presidi di ASL, Aziende Ospedaliere, SISP. Servizi Pneumologici Territoriali e Servizi sociali compiti e flussi informativi per la gestione dei casi e dei contatti ((con particolare attenzione ai casi dimessi e in terapia)	Incontri con di tutti i servizi interessati per condividere e definire modalità di gestione congiunta dei casi e dei contatti, compiti e organizzazione Protocolli aziendali approvati nelle Az. USL		
Attività 1.3	Costruire un percorso formativo per Operatori dei Servizi interessati e MMG rispetto ai protocolli definiti relativi a sorveglianza , prevenzione e cura della tbc	Gruppo di lavoro regionale	Progettazione didattica	
<i>Attività 1.3.1</i>	<i>Realizzare attività formativa a livello Aziendale</i>	<i>seminari/incontri</i>	<i>Docenze - materiali didattici Locali - organizzazione Incontri Guardia medica per sostituzioni MMG</i>	<i>Disponibilità Servizi aziendali coinvolti</i>

	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Risultato atteso 2	Aumento della compliance delle persone immigrate (migliore adesione allo screening e diminuzione del drop out)	Contatti sottoposti a screening e profilassi/Tutti i Contatti dei casi Trattamenti completati = trattamenti iniziati	Inchieste epidemiologiche e sulle attività di prevenzione redatte dai servizi ISP Schede sugli esiti del trattamento/ Schede notifica/ SDO dei casi trattati dai Servizi territoriali e di quelli ospedalizzati	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 2.1	Realizzare una campagna informativa rivolta alle persone immigrate	Progettazione di strumenti informativi adeguati (semplici, chiari, in più lingue) sulla prevenzione della malattia, sui percorsi assistenziali, su diritti e doveri ecc..		
<i>Attività 2.1.2</i>	<i>Individuare, coinvolgere e responsabilizzare le comunità degli immigrati, tramite i leader locali e i mediatori culturali, perché contribuiscano alla elaborazione e alla diffusione dei materiali informativi</i>	<i>Incontri per definire i bisogni di informazione, la metodologia di approccio e il linguaggio, nonché le modalità di diffusione più efficaci dei materiali informativi</i>		<i>Disponibilità/ collaborazione delle comunità e dei loro rappresentanti</i>
<i>Attività 2.1.1</i>	<i>Realizzare i materiali informativi della campagna (depliant, locandine, ecc...)</i>	<i>Esperti di comunicazione / grafici</i>	<i>Progettazione grafica Produzione materiali: traduzioni, composizione, stampa,</i>	
<i>Attività 2.1.3</i>	<i>Distribuire i materiali informativi</i>	<i>Elaborazione piano di distribuzione in ciascuna Az. Usl</i>	<i>Spedizione, distribuzione, opuscoli, manifesti, cd, ecc</i>	

Riferimenti

- Gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale (2009) - Ministero della Salute delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi
- Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata Ministero della Salute delle raccomandazioni
- La tubercolosi in Italia - rapporto 2008 - Ufficio V Malattie Infettive, dipartimento della Prevenzione del ministero della Salute, Istituto superiore di sanità e Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna
- Epidemiologia della tubercolosi in Italia (anni 1995-2007) - Rapporto - Ministero del Lavoro, Salute e Politiche sociali sulla situazione epidemiologica (marzo 2009).

2. Prevenzione Universale
2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione,
professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici

2.7.1 Attuazione dei regolamenti REACH/CLP in Umbria

Target (beneficiari)	Circa 400 lavoratori occupati presso imprese che producono e utilizzano sostanze chimiche					
Attori	<ul style="list-style-type: none"> • Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare – Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali – Regione Umbria • Dipartimenti di Prevenzione • Arpa 					
Portatori di interesse	<ul style="list-style-type: none"> • Comitato Regionale di Coordinamento per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro (DPCM 21 dicembre 2007) • Associazioni di categoria 					
Obiettivo di salute	Favorire la riduzione dell'esposizione, professionale e non, a sostanze chimiche attraverso l'attuazione del regolamento REACH/CLP a livello regionale					
Descrizione sintetica	L'intervento ha lo scopo di dare piena attuazione a livello regionale ai regolamenti REACH/CLP sviluppando la consapevolezza delle imprese rispetto ai rischi di utilizzo delle sostanze chimiche e attivando efficaci misure di vigilanza sulle imprese, anche attraverso la costruzione di uno specifico percorso formativo rivolto agli operatori dei DIP.					
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorata consapevolezza delle imprese rispetto ai rischi derivanti dall'esposizione a sostanze chimiche e al regolamento REACH /CLP • Vigilanza sul rispetto del regolamento REACH/CLP attivata ed omogenea nelle 4 ASL. 					
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/ 2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° imprese raggiunte da intervento informativo/formativo	Registro del seminario	0	40		/	
N° imprese a cui è stato inviato materiale informativo		0	50		/	
N° operatori DIP con competenze acquisite* / N° operatori da formare X 100	Questionario somministrato agli operatori DIP che hanno partecipato alla formazione	0	90%		/	
N° controlli annuali su imprese preregistrate	Sistema informativo SPSAL	0	/		4	
N° aziende in cui sono state valutate le schede di sicurezza delle sostanze chimiche secondo REACH/CLP/ N° aziende programmate	Sistema informativo SPSAL	0	10		25	
<i>*che hanno risposto correttamente al 90% delle domande del questionario</i>						

Il contesto

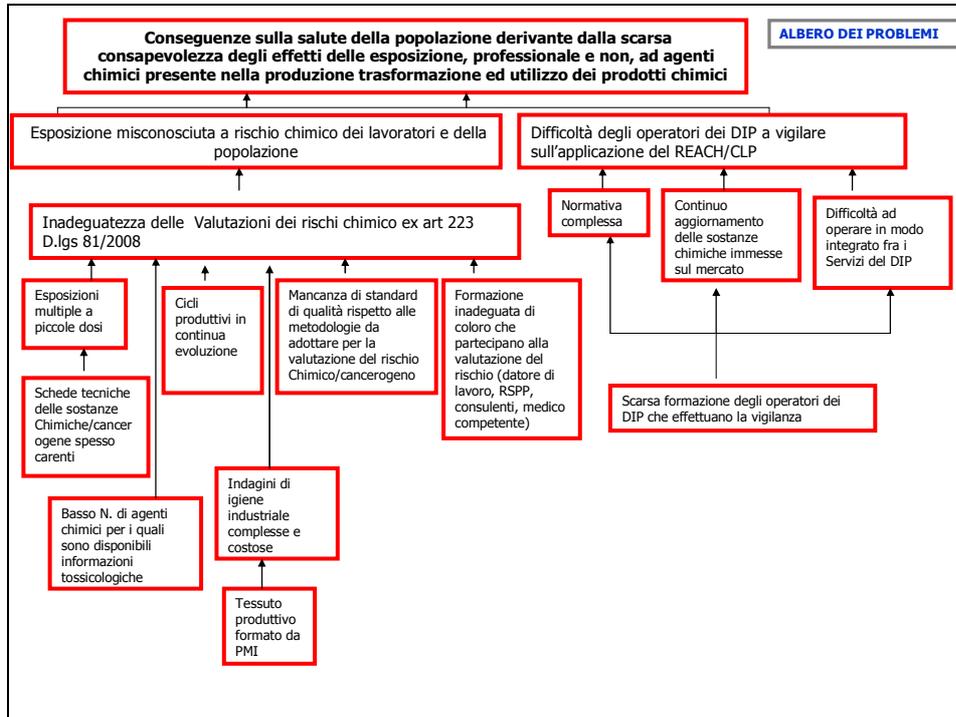
Nonostante il mercato registri ogni anno l'immissione di nuove sostanze chimiche, per molte di queste e soprattutto per quelle già in uso non si conoscono gli effetti sulla salute per l'uomo; infatti il vecchio sistema di gestione delle sostanze chimiche prevedeva che mentre le "nuove" sostanze, fossero soggette ad obblighi informativi, compresi all'interno del procedimento di notifica, per le sostanze già esistenti al 1981 l'unico obbligo previsto per essere immesse sul mercato era quello di iscrizione nel database EINECS, che non prevedeva al suo interno alcun obbligo informativo. Al fine di raggiungere un maggiore grado di tutela della salute umana e dell'ambiente, la Comunità Europea ha emanato il Regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH: Registration, Evaluation, Authorisation and restriction of CHemicals), entrato in vigore in data 1 giugno 2007, che afferma il principio "no data, no market", secondo cui l'immissione sul mercato delle sostanze chimiche è subordinata alla raccolta di dati sulle stesse. Il sistema REACH si basa su quattro elementi fondamentali (registrazione; valutazione; autorizzazione ed eventuali restrizioni) e stabilisce un forte coinvolgimento dell'industria sia come produzione che come utilizzo. Le imprese hanno la responsabilità di raccogliere informazioni adeguate sulle sostanze di loro pertinenza e di utilizzare dette informazioni per una corretta valutazione e gestione del rischio derivante dall'uso di tali sostanze lungo l'intera catena di approvvigionamento (produzione, commercializzazione e uso).

Il Regolamento (CE) n. 1272/2008 (CLP: Classification, Labelling and Packaging) innova la disciplina comunitaria in materia di classificazione, etichettatura ed imballaggio delle sostanze e delle miscele, perseguendo gli stessi fini del Regolamento REACH. Le etichette costituiscono un'importante interfaccia tra produttore/importatore ed utilizzatore professionale/cittadino e le informazioni in esse contenute, oltre a favorire la reale percezione del rischio chimico, devono consentire anche l'adozione di adeguate misure di gestione, nonché di opportuni provvedimenti in caso d'urgenza. Di conseguenza, data la sovrapposizione tra le finalità del Regolamento REACH con quelle del Regolamento CLP, ci si riferirà in seguito alla implementazione a livello locale del sistema REACH/CLP, cioè di un sistema che attraverso una corretta applicazione della normativa comunitaria in particolare relativamente agli aspetti informativi, ottenga la concreta riduzione delle esposizioni professionali e non agli agenti chimici.

In questa Regione 50 aziende hanno effettuato la pre-registrazione. Con la D.G.R. n. 80/2010 la Regione Umbria ha recepito l'Accordo Stato-Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 29 ottobre 2009 (G.U. n. 285 del 7 dicembre 2009) ed ha quindi individuato quale Autorità regionale per l'adempimento dei compiti istituzionali per l'attuazione del regolamento REACH ed in particolare per le competenze di programmazione, coordinamento ed indirizzo inerenti i controlli ufficiali, la formazione e l'informazione, la Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali; quali istituzioni preposte alle attività di controllo per l'attuazione del regolamento REACH le Aziende Unità Sanitarie Locali, attraverso i Dipartimenti di Prevenzione, e l'ARPA ed ha istituito un gruppo di coordinamento regionale per l'attuazione del regolamento REACH.

I problemi

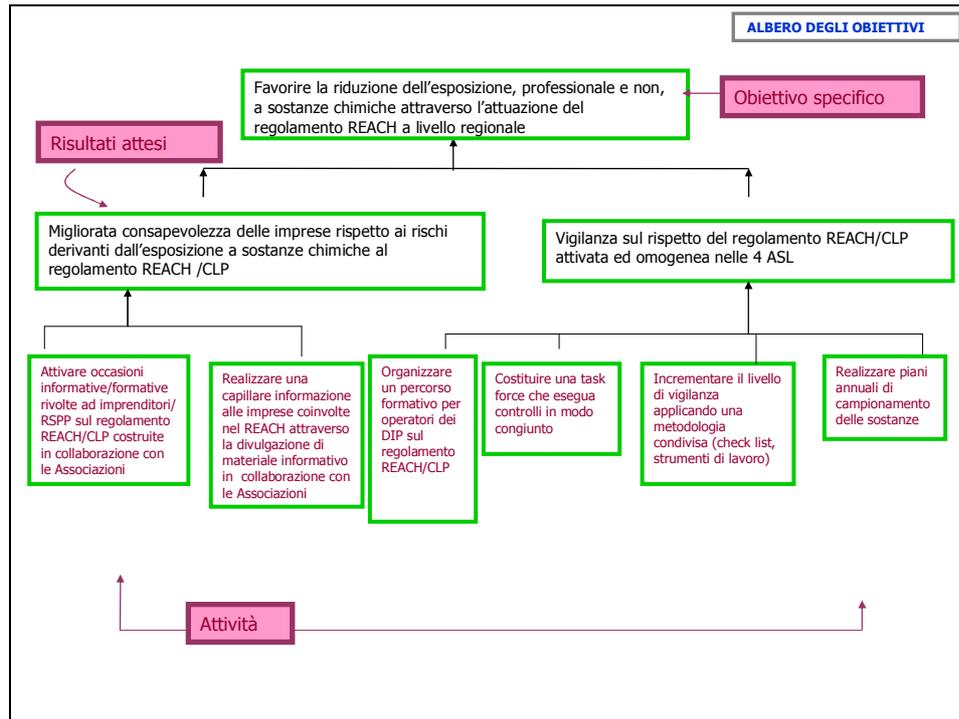
Se da un lato valgono in questo progetto parte delle problematiche individuate in quello "Lotta ai rischi e ai danni da esposizione professionale a sostanze cancerogene", dall'altra in questo caso va tenuta presente l'oggettiva difficoltà vissuta dagli operatori dei DIP ad applicare una normativa estremamente complessa in un contesto di piccole e piccolissime imprese, che si trova ad affrontare una crisi economica molto difficile.



Gli obiettivi e i risultati attesi

Con il progetto si intende quindi:

- sensibilizzare la maggior parte delle imprese di dimensioni più grandi rispetto alla normativa REACH e CLP, costruendo percorsi formativi in collaborazione con le Associazioni e producendo materiale informativo;
- migliorare le competenze degli operatori dei DIP (Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro) rispetto alla normativa e alla sua applicazione, nonché alla metodologia della vigilanza in materia;
- individuare il laboratorio di riferimento per le analisi chimiche di controllo nelle aziende che si sono preregistrate.



MODELLO LOGICO

Informazione e assistenza alle imprese rispetto all'applicazione del regolamento REACH/CLP

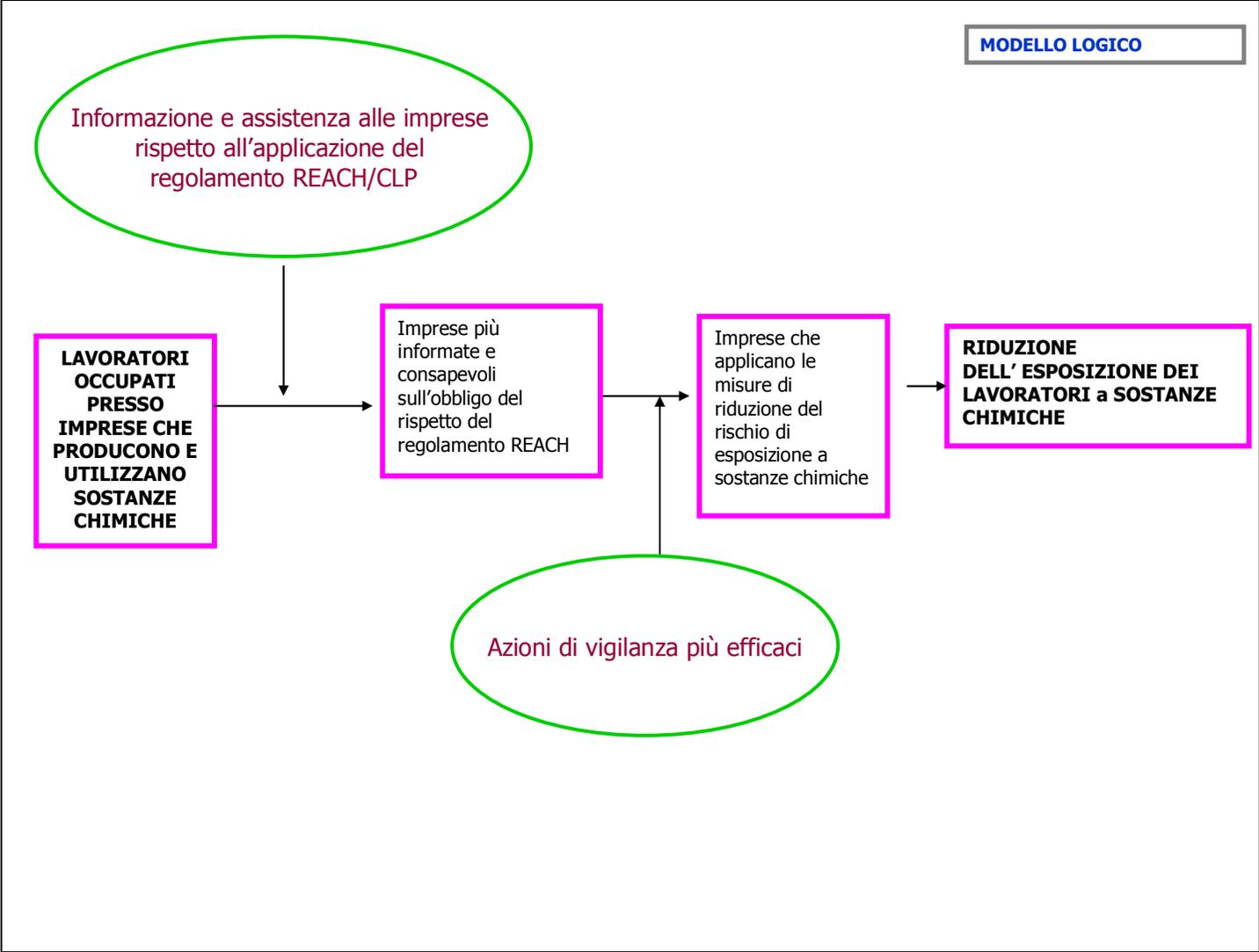
LAVORATORI OCCUPATI PRESSO IMPRESE CHE PRODUCONO E UTILIZZANO SOSTANZE CHIMICHE

Imprese più informate e consapevoli sull'obbligo del rispetto del regolamento REACH

Imprese che applicano le misure di riduzione del rischio di esposizione a sostanze chimiche

RIDUZIONE DELL' ESPOSIZIONE DEI LAVORATORI a SOSTANZE CHIMICHE

Azioni di vigilanza più efficaci



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Favorire la riduzione dell'esposizione, professionale e non, a sostanze chimiche attraverso l'attuazione del regolamento REACH a livello regionale			
Risultato atteso 1	Migliorata consapevolezza delle imprese rispetto ai rischi derivanti dall'esposizione a sostanze chimiche e al regolamento REACH /CLP	<ul style="list-style-type: none"> N° imprese raggiunte da intervento informativo/formativo Materiale informativo divulgato a tutte le imprese interessate dal REACH 	Registro del seminario	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1	Attivare occasioni informative/formative rivolte ad imprenditori/ RSPP sul regolamento REACH/CLP costruite in collaborazione con le Associazioni	Gruppo di lavoro	Progettazione didattica	
<i>Attività 1.1.1</i>	<i>Coinvolgere le Associazioni per la definizione di obiettivi e contenuti</i>			
<i>Attività 1.1.2</i>	<i>Realizzare i seminari</i>			
Attività 1.2	Realizzare una capillare informazione alle imprese coinvolte nel REACH attraverso la divulgazione di materiali informativo collaborazione con le Associazioni	Gruppo di lavoro	Spese per la redazione e divulgazione dei materiali informativi	
<i>Attività 1.2.1</i>	<i>Coinvolgere le Associazioni per la definizione di obiettivi e contenuti</i>			
<i>Attività 1.2.2</i>	<i>Realizzare i materiali informativi</i>			
<i>Attività 1.2.3</i>	<i>Distribuire i materiali informativi</i>			

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Favorire la riduzione dell'esposizione, professionale e non, a sostanze chimiche attraverso l'attuazione del regolamento REACH a livello regionale			
Risultato atteso 2	Vigilanza sul rispetto del regolamento REACH/CLP attivata ed omogenea nelle 4 ASL	<ul style="list-style-type: none"> N° operatori DIP con competenze acquisite* / N° operatori da formare X 100 <i>*che hanno risposto correttamente al 90% delle domande del questionario</i> N° controlli annuali su imprese pre-registrate effettuati N° aziende in cui sono state valutate le schede di sicurezza delle sostanze chimiche secondo REACH/CLP / N° aziende programmate 	Questionario somministrato agli operatori DIP che hanno partecipato alla formazione Sistema informativo Servizi PSAL	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 2.1	Organizzare un percorso formativo per operatori dei Servizi PSAL e ISP sul regolamento REACH/CLP	Referenti regionali già formati	Progettazione didattica	
<i>Attività 2.1.1</i>	<i>Definire obiettivi e contenuti del corso</i>			
<i>Attività 2.1.2</i>	<i>Realizzare il corso</i>			
Attività 2.2	Costituire una task force che esegua controlli sulle aziende che hanno effettuato la preregistrazione in modo congiunto	Servizi PSAL/Servizi ISP		
Attività 2.3	Incrementare il livello di vigilanza sull'applicazione del regolamento REACH/CLP applicando una metodologia condivisa (check list, strumenti di lavoro)	Gruppo di lavoro		
<i>Attività 2.3.1</i>	<i>Stesura di una check list per il controllo delle schede di sicurezza</i>			
<i>Attività 2.3.2</i>	<i>Vigilanza nella aziende che utilizzano sostanze chimiche</i>	Servizi PSAL		
Attività 2.4	Realizzare piani annuali di campionamento delle sostanze nelle aziende che si sono preregistrate	Task force	Determinazioni analitiche	
<i>Attività 2.4.1</i>	<i>Definire i laboratori che effettuano le determinazioni analitiche</i>			
<i>Attività 2.4.2</i>	<i>Effettuare il campionamento nelle aziende previste dal piano annuale</i>			

Bibliografia

- <http://echa.europa.eu/reachit>
- Regolamento REACH (CE) n. 1907/2006
- Regolamento CLP (CE) n. 1272/2008

2. Prevenzione universale

2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano

2.8.1 Sviluppo del sistema informativo integrato per il controllo della qualità dell'acqua destinata al consumo umano

Target (beneficiari)	Popolazione umbra					
Attori	<ul style="list-style-type: none"> - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare - Direzione Sanità e Servizi Sociali - Regione Umbria - Az. USL (Servizi ISP dei Dipartimenti di Prevenzione) - ARPA Umbria - ATI - Comuni 					
Portatori di interesse	Popolazione umbra Associazioni cittadini/consumatori					
Obiettivo di salute	Migliorare la qualità delle acque destinate al consumo umano e implementarne il consumo (tramite l'accesso alle informazioni su "bontà e salubrità" dell'acqua potabile erogata)					
Descrizione sintetica	<p>L'implementazione dell'utilizzo del Sistema ARATAS, che registra i risultati delle analisi chimico-fisiche e microbiologiche eseguite sull'acqua destinata al consumo umano, da parte dei diversi soggetti istituzionali intende contribuire a migliorare i processi di comunicazione e partecipazione nei confronti della popolazione sugli esiti dei controlli e sugli eventuali provvedimenti adottati.</p> <p>L'adeguamento del sistema in modo da permettere l'accesso dei cittadini alle informazioni relative alla qualità dell'acqua potabile erogata "al rubinetto" dovrà concorrere ad aumentarne il consumo.</p>					
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> - Il Sistema ARATAS è utilizzato in tutte le sue potenzialità per la gestione dei problemi legati alla qualità dell'acqua potabile e per informare adeguatamente Istituzioni e collettività ai quali è garantito l'accesso - Il Sistema ARATAS e il Portale acque del Ministero della Salute interagiscono 					
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Risultati della sorveglianza disponibili per i diversi utenti	Sistema Aratas		Rapporto annuale sui siti web aziendali e quello regionale		Rapporto annuale sui siti web aziendali e quello regionale	
Dati sulla qualità delle acque disponibili per i diversi utenti	Sistema Aratas	Accesso al Sistema da parte di: ASL, ATI, Comuni			Accesso al Sistema da parte dei cittadini	
Sistema Aratas in cooperazione applicativa con il Portale acque*	Sistema Aratas Portale acque del Ministero della Salute*				Dati inseriti a livello regionale leggibili direttamente anche sul Portale acque*	

* Vincolo: attivazione Portale

Il contesto

Si definiscono «acque destinate al consumo umano», le acque trattate o non trattate, destinate ad uso potabile, per la preparazione di cibi e bevande o per altri usi domestici, a prescindere dalla loro origine, fornite tramite una rete di distribuzione o mediante cisterne.

Le norme che disciplinano la qualità delle acque destinate al consumo umano hanno il fine di proteggere la salute umana dagli effetti negativi derivanti dalla contaminazione delle acque, garantendone la salubrità e la pulizia. Sono contenute nel D.Lgs. 2 febbraio 2001, n. 31 e successive modifiche e integrazioni. (Attuazione della direttiva 98/83/CE relativa alla qualità delle acque destinate al consumo umano e nel D.Lgs. 152/2006 - Norme in materia ambientale).

Il d. lgs. 31/2001 ha stabilito quali devono essere le caratteristiche fisico/chimiche di tali acque:

- a. non devono contenere microrganismi e parassiti, né altre sostanze, in quantità o concentrazioni tali da rappresentare un potenziale pericolo per la salute umana;
- b. fatto salvo quanto previsto dagli articoli 13 (Deroghe) e 16 (Casi eccezionali), devono soddisfare i requisiti minimi di cui alle parti A e B dell'allegato I del decreto;
- c. devono essere conformi a quanto previsto nei provvedimenti adottati ai sensi dell'articolo 14, comma 1 (in caso di non conformità ai valori di parametro o alle specifiche di cui alla parte C dell'allegato I dello stesso decreto, l'autorità d'ambito, sentito il parere dell'azienda unità sanitaria locale in merito al possibile rischio per la salute umana derivante dalla non conformità ai valori di parametro o alle specifiche predetti, mette in atto i necessari adempimenti di competenza e dispone che vengano presi provvedimenti intesi a ripristinare la qualità delle acque ove ciò sia necessario per tutelare la salute umana).

La norma prevede, inoltre, che i valori di parametro fissati nell'allegato I devono essere rispettati per le acque fornite attraverso una rete di distribuzione, nel punto di consegna. Se ciò non è possibile o sconsigliabile per difficoltà tecniche o pericolo di inquinamento del campione, i parametri devono essere valutati su campioni prelevati in un punto prossimo della rete di distribuzione rappresentativo e nel punto in cui queste fuoriescono dai rubinetti utilizzati per il consumo umano.

Quindi si considera che il gestore del servizio idrico locale abbia adempiuto agli obblighi di cui alla norma quando i valori di parametro, fissati nell'allegato I, sono rispettati nel punto di consegna (costituito dal contatore, salva diversa indicazione del contratto di somministrazione).

Il decreto precisa altresì che, qualora sussista il rischio che le acque, pur essendo nel punto di consegna rispondenti ai valori di parametro fissati nell'allegato I, non siano conformi a tali valori al rubinetto il gestore deve adottare misure appropriate per eliminare il rischio che le acque non rispettino i valori di parametro dopo la fornitura.

Uno degli aspetti innovativi della norma è che l'autorità sanitaria competente ed il gestore locale, ciascuno per quanto di competenza, informino i consumatori interessati (sia come singoli che come Associazioni) non solo sulla qualità dell'acqua, ma anche rispetto alle tecnologie utilizzate e alla gestione degli impianti..

Al fine di garantire che le acque destinate al consumo umano soddisfino, nei punti sopra indicati, i requisiti della norma, devono essere effettuati controlli interni ed esterni:

- i *controlli interni* sono quelli che il gestore locale è tenuto ad effettuare per la verifica della qualità dell'acqua destinata al consumo umano (ai punti di prelievo delle acque superficiali e sotterranee da destinare al consumo umano - agli impianti di adduzione, di accumulo e di potabilizzazione - alle reti di distribuzione).

- i *controlli esterni* sono quelli svolti dalle Aziende USL territorialmente competenti, per verificare che le acque destinate al consumo umano soddisfino i requisiti della norma, sulla base di programmi elaborati secondo i criteri generali dettati dalle Regioni in collaborazione con l'ARPA Umbria che provvede alle analisi chimico - fisiche e microbiologiche e dell'inserimento dei risultati nel sistema informatizzato Aratas

Anche il Ministero della Salute intende raccogliere informazioni aggregate a livello nazionale e sta progettando un Portale Acque allo scopo di rispondere al debito informativo ascendente (Comuni - ASL - Regioni - Stato - Europa) e di esaudire contemporaneamente l'esigenza di informazione al cittadino. Questo sistema dovrebbe permettere di superare la trasmissione dei dati attuale che avviene in parte in formato cartaceo ed in parte attraverso flussi informatizzati ormai superati e disomogenei.

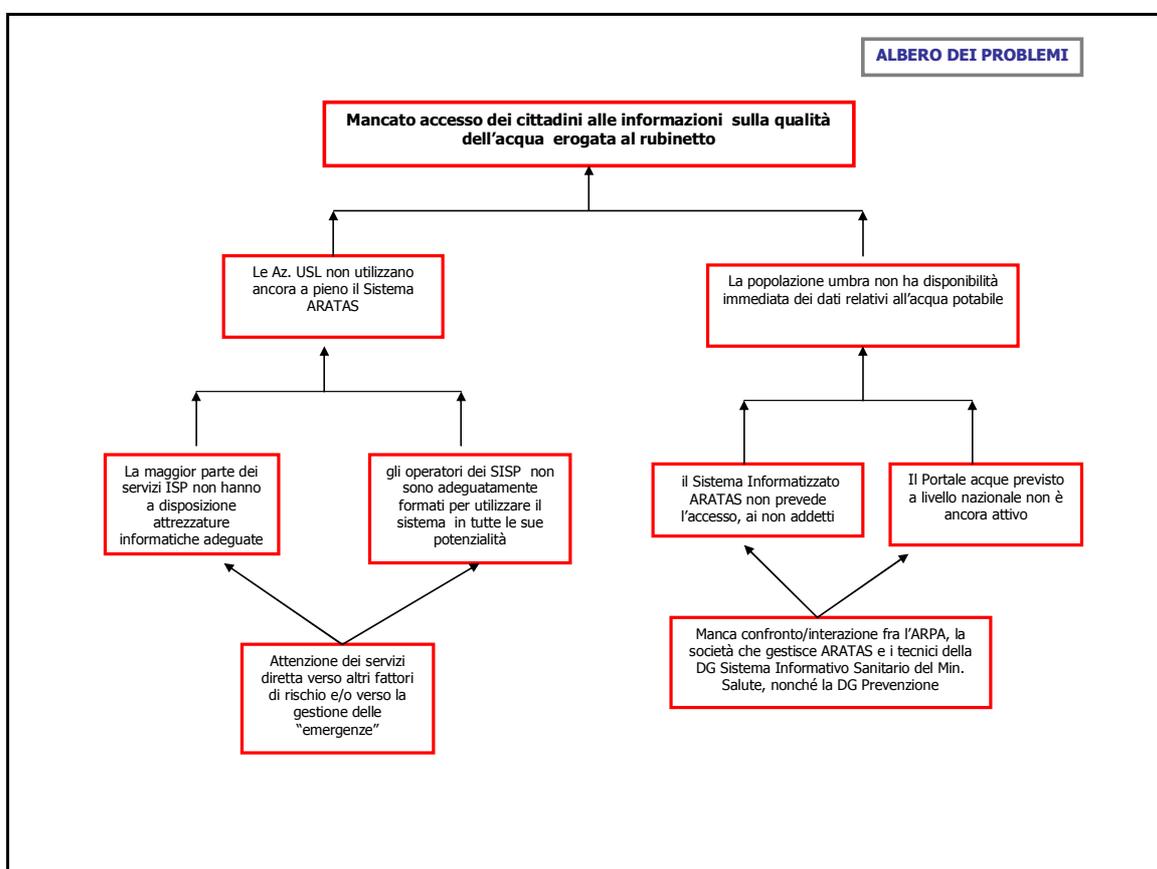
Il concetto che sottostà al Portale è quello di creare uno spazio virtuale a proprietà ed uso comune dedicato agli operatori istituzionali, che possono usufruire di informazioni aggiornate in tempo reale, ma anche e soprattutto utilizzabile dal cittadino che potrà usufruire di un'informazione semplice, leggibile e trasparente.

I problemi

Il livello regionale ha competenza nella programmazione e nel coordinamento delle attività volte a salvaguardare le acque potabili e li esercita attraverso i servizi delle Az. USL e l'ARPA: è stato pertanto sviluppato un sistema informatizzato di raccolta dei dati sui parametri relativi alla qualità dell'acqua destinata al consumo umano.

Il sistema informativo, denominati Aratas, attualmente in uso per la raccolta su supporto informatico dei dati delle analisi rappresenterebbe quindi uno strumento particolarmente importante per lo sviluppo e la razionalizzazione delle relazioni tra i soggetti competenti (Servizi ISP nelle Az. USL 1, 2 e 3 e Servizio IAN della Az. USL 4 dei Dipartimenti di Prevenzione delle Az. USL, ARPA, ATI, Comuni, ecc.)

Il sistema "Aratas" non è ancora utilizzato al pieno delle sue potenzialità dalle Az. USL, ragione per cui nella nostra regione non è completamente garantito al cittadino consumatore l'accesso alle informazioni; inoltre gli operatori della prevenzione possono incontrare una maggiore difficoltà nella gestione della comunicazione, della partecipazione e della concertazione con la Comunità e con le Istituzioni sui problemi legati alla qualità dell'acqua destinata al consumo umano.

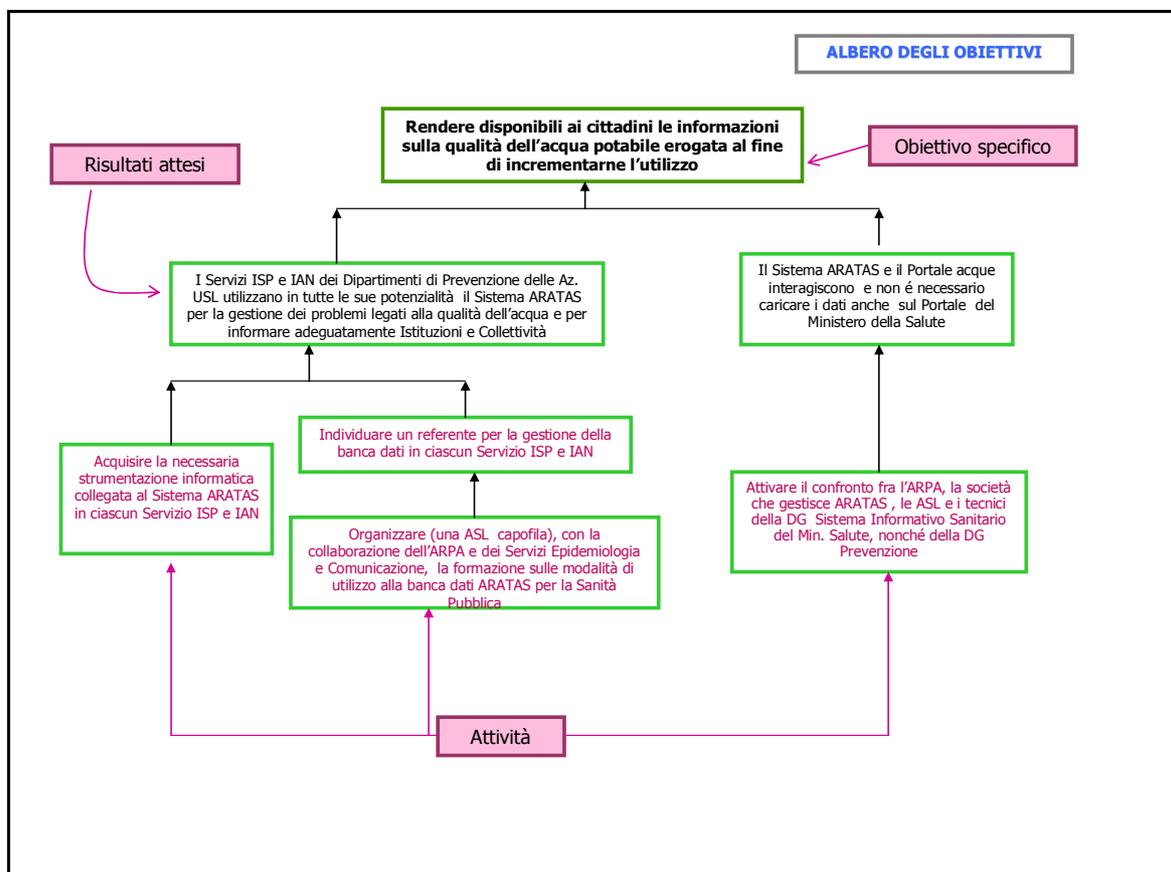


Gli obiettivi e i risultati attesi

Il sistema Aratas prevede un sistema di interrogazione della banca dati selezionando i punti di interesse e ricavando direttamente, dalle analisi di laboratorio, l'andamento dei parametri singoli o accorpati per tipologia, l'andamento degli stessi nel tempo e alcune statistiche (valori minimi, massimi, medi, mediani) nel tempo, per punto di prelievo o per parametro.

Risulta tuttavia necessario accrescere le competenze interne alle Az. USL per l'utilizzo del Sistema informativo comune finalizzato a rendere chiare, trasparenti e motivate le decisioni: è indispensabile, infatti, gestire al meglio e in tempi rapidi i processi di comunicazione e partecipazione soprattutto con gli utenti, sugli esiti dei controlli, sui provvedimenti adottati e sui comportamenti da seguire in caso di non conformità dei parametri relativi alla qualità dell'acqua.

Poiché ancora il Portale acque del Ministero della Salute non è attivo, è comunque opportuno ipotizzare sia la possibilità di interfacciare i due sistemi, sia le modalità di accesso da parte dei cittadini ad alcune informazioni che li riguardano direttamente (anche tramite geolocalizzazione del punto di interesse).



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Implementare il consumo dell'acqua erogata al rubinetto da parte della popolazione rendendo disponibili ai cittadini le informazioni sulla qualità dell'acqua potabile erogata			
Risultato atteso 1	Il Sistema ARATAS è utilizzato in tutte le sue potenzialità per la gestione dei problemi legati alla qualità dell'acqua potabile e per informare adeguatamente Istituzioni e collettività	Risultati della sorveglianza elaborati e disponibili per i diversi utenti	Accesso al Sistema da parte di: ASL (SISP e IAN), Comuni, ATI, Cittadini Rapporto annuale sui siti web aziendali e quello regionale	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1	Individuare un referente per la gestione della banca dati nei servizi ISP e IAN dei Dipartimenti di Prevenzione delle Az. USL (Area Distrettuale)			
Attività 1.2	Rendere disponibile la necessaria strumentazione informatica collegata al Sistema ARATAS nei Servizi ISP e IAN (Area distrettuale)	Implementazione software	Acquisto PC dove mancanti	
Attività 1.3	Organizzare (ASL capofila), corso di formazione sulle modalità di utilizzo alla banca dati ARATAS per le finalità di Sanità Pubblica	Seminario destinato ai referenti aziendali	Docenze, locali, organizzazione	Collaborazione dell'ARPA, dei Servizi Epidemiologia e Comunicazione

	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Risultato atteso 2	Il Sistema ARATAS e il Portale acque interagiscono	Il sistema può interfacciarsi tramite cooperazione applicativa	Dati relativi qualità delle acque inseriti a livello regionale e leggibili direttamente anche sul Portale acque	Attivazione Portale acque da parte del Ministero della Salute
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 2.1	Attivare il confronto fra l'ARPA, la società che gestisce ARATAS, le ASL e i tecnici della DG Sistema Informativo Sanitario del Min. Salute, nonché della DG Prevenzione	Specifico gruppo di lavoro	Eventuale adeguamento del Sistema informatizzato regionale da parte della Società che lo gestisce	

2. Prevenzione Universale
2.9 La promozione della salute

2.9.0 Insieme per la salute: "Sviluppare a livello locale la promozione della salute, secondo i principi del programma Guadagnare Salute"

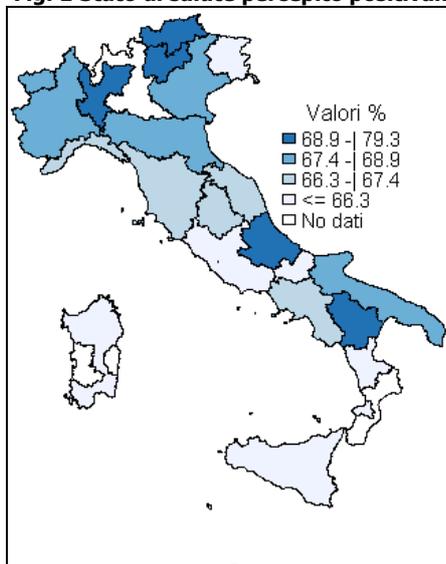
Target	I cittadini di ogni età genere censo ed etnia residenti in Umbria					
Attori	Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare, Direzione sanità e servizi sociali, Regione Umbria Coordinatori e operatori della rete dei Servizi delle 4 Aziende USL					
Portatori di interesse	EELL, Ufficio Scolastico Regionale e Scuole, Associazionismo, Terzo settore, Forze sociali, economiche ed imprenditoriali					
Obiettivo di salute	Modificare le abitudini di vita scorrette in una quota "sufficiente" della popolazione					
Descrizione sintetica del progetto	<p>Negli ultimi decenni, si è assistito ad un cambiamento del quadro epidemiologico: sebbene siano in crescita le malattie metaboliche e cardio-vascolari, le aspettative di vita, legate ai progressi della medicina all'efficacia dei trattamenti ed all'aumento della possibilità di gestire la malattia, sono sempre più alte,</p> <p>L'affacciarsi sul panorama regionale di cittadini con una maggiore aspettativa di vita apre all'opportunità di sostituire una visione centrata sulla malattia e sui fattori di rischio con una del tutto nuova centrata sull'empowerment del cittadino e sull'adesione a stili di vita salubri come fattore di protezione (no fumo, uso moderato dell'alcol, alimentazione corretta e attività fisica)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ attivando nuove sinergie condivise con la comunità ◆ formando gli operatori ◆ mobilitando gli stakeholders (economia, istruzione, mass media ecc.) ◆ mettendo in rete sistemi competenze responsabilità per sviluppare interventi integrati. 					
Risultati attesi	Azioni di promozione della salute volte ad influire sui quattro fattori di rischio secondo il programma Guadagnare Salute in ogni asl concertato e concordato con la comunità					
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/ 2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/ 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° operatori formati / N° operatori individuati	<i>I documenti dei corsi</i>	80% operatori partecipanti al corso	80% operatori partecipanti al corso		80% operatori partecipanti al corso	
N° protocolli siglati	<i>Atti regionali Protocolli e accordi</i>		Protocolli siglati in ciascuna asl con almeno 1 stakeholder		Protocolli siglati in ciascuna asl con almeno 1 altro stakeholder	
N° progetti GS attivati/ N° progetti previsti dal Piano Guadagnare salute	<i>Documenti di asl Sistemi di sorveglianza</i>		Almeno il 65% dei progetti realizzati		Almeno il 70% dei progetti realizzati	
N° Persone alle quali è stato consigliato di bere meno (bevitori)	<i>Sistemi di sorveglianza</i>				Da 3,1 a 5%	
N° Persone alle quali è stato consigliato di non fumare (fumatori)	<i>Sistemi di sorveglianza</i>				Da 58,6 a 65%	
N° Persone che mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	<i>Sistemi di sorveglianza</i>				Da 7,1 a 10%	
N° Persone alle quali è stato consigliata l'attività fisica	<i>Sistemi di sorveglianza</i>				Da 31,6 a 40%	

Il contesto

Caratteristiche della popolazione umbra

Intervistati con il sistema di sorveglianza PASSI 2009, il 66% degli umbri ha dichiarato di ritenere buono o molto buono il proprio stato di salute, ma la percezione di salute risulta molto meno positiva tra le persone più anziane (46,4%), con una o più patologie croniche (29,8), con un basso livello di istruzione (33,7) o con molte difficoltà economiche (48,9).

Fig. 1 Stato di salute percepito positivamente Pool PASSI 2009



Da questa analisi del contesto, deriva l'indicazione di mantenere la popolazione umbra in uno stato di salute buono intervenendo con una azione efficace di promozione della salute in tutte le fasi del ciclo vitale.

In questa direzione si muovono il Progetto pilota nazionale CCM – Regione Umbria "Sviluppare a livello locale la promozione della salute, secondo i principi di Guadagnare Salute"* che si prefigge di raggiungere l'obiettivo di individuare un modello operativo per migliorare a livello locale la promozione della salute, garantendo un approccio integrato nei confronti dei fattori di rischio individuati da Guadagnare salute (fumo, eccesso di alcol, alimentazione scorretta, inattività fisica) ed il Piano Regionale per l'attuazione di Guadagnare Salute** adottato allo scopo di pianificare a livello regionale e di asl la promozione della salute nella popolazione favorendo comportamenti salutari e la prevenzione delle le malattie croniche attraverso il contrasto ai quattro principali fattori di rischio.

Indicazioni nazionali: la percezione della salute

Negli ultimi decenni, nei paesi industrializzati, si è potuto assistere ad un cambiamento del quadro epidemiologico, con una crescita delle malattie metaboliche e cardio-vascolari, ed all'emergere del ruolo dei comportamenti individuali nella scelta degli stili di vita come fattore di protezione.

Il diffondersi di malattie cronico - degenerative e la maggiore efficacia dei trattamenti per tali patologie, la possibilità di gestire la malattia e l'allungamento della vita media, l'aspettativa di vita sempre più alta legata ai progressi della medicina e la scolarizzazione della popolazione, più informata, colta ed esigente, hanno aperto alla opportunità di sostituire una visione centrata sulla malattia e sui fattori di rischio con un'ottica del tutto nuova, centrata sulla adesione a stili di vita salubri e sui fattori di protezione. Si va affermando un orientamento salutogenico e bio – psico - sociale che sottolinea come la percezione della propria condizione di salute da parte dell'individuo sia fortemente influenzata dal mantenimento di uno stato di benessere condizionato da fattori consolidati, come quelli di tipo biologico, e da fattori di più recente valorizzazione, come quelli di tipo psicologico e sociale, che includono la dimensione soggettiva e socio-ambientale nella scelta dei comportamenti da adottare nella vita quotidiana, in famiglia, al lavoro e durante il tempo libero.

* Il Ministero della Sanità, nella seduta del 16 dicembre 2008, ha affidato al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) ed alla Regione Umbria - con funzione di Regione capofila in collaborazione con le Regioni Veneto, Emilia Romagna, Lazio e Calabria - il Progetto pilota nazionale CCM – Regione Umbria "Sviluppare a livello locale la promozione della salute, secondo i principi di Guadagnare Salute" (DGR 1975, 23/12/2009) inserito tra gli obiettivi del Piano Sanitario Regionale 2008-2010.

** DGR n. 194, 8 febbraio 2010, "Approvazione del Piano Regionale per l'attuazione di "Guadagnare salute" (DPCM 4/5/2007) in Umbria"

Ai nostri giorni, nei paesi industrializzati, la salute va intesa come mantenimento di un adeguato livello di benessere sociale ed economico e della conservazione di un ambiente salubre ed è da considerarsi frutto, oltre che di fattori predisponenti individuali, di un'adeguata partecipazione individuale e collettiva a stili di vita appropriati.

Tale cambiamento influenza anche il rapporto della persona, riconosciuta più come cittadino che come paziente, con il sistema sanitario e dunque con l'operatore e pone inevitabilmente ai servizi - sempre più socio sanitari - la necessità di pensare a modelli organizzativi più rispondenti ai bisogni delle persone, di acquisire e mettere in campo nuove e più adeguate abilità comunicative e relazionali.

In questo contesto dunque prende sempre più energia la scelta di coinvolgere attivamente la comunità, definita come un gruppo di soggetti o organizzazioni che condividono elementi comuni - l'identità, il luogo di vita, gli interessi, ecc., nel processo di progettazione e nella presa di decisioni che la riguardano.

La prevenzione, nella sua accezione più moderna, è dunque promozione della salute intesa come insieme di azioni volte alla creazione di reti istituzionali ed ambienti favorevoli alla salute (WHO 1984-88), con l'obiettivo di aumentare il controllo degli individui stessi sui determinanti che la influenzano.

Alimentazione

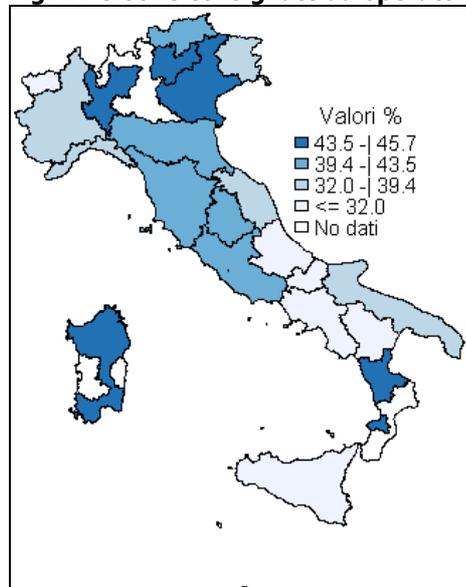
Rimandando ad alcuni dati già rappresentati nel capitolo del profilo salute, si ricorda che in Umbria si stima che complessivamente il 45% della popolazione presenti un eccesso ponderale; di queste, il 54% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario. Il consumo di frutta e verdura è risultato molto diffuso, sebbene solo il 7% degli intervistati dichiarò di aderire alla raccomandazioni internazionali di consumare 5 porzioni al giorno di frutta e verdura (PASSI 2009).

Attività fisica

Per ciò che attiene lo stile di vita attivo, il 23% degli umbri intervistati ha affermato di essere completamente sedentario. La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle donne, tra le persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; spesso si associa ad altre condizioni di rischio: in particolare è emerso che tra i sedentari il 32% sono ipertesi, il 36% depressi, il 26% in eccesso ponderale, il 23% fumatori.

In Umbria solo il 29% degli intervistati ha riferito che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica ed il 32% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di svolgerla regolarmente.

Fig. 2 Persone consigliate da operatori sanitari di svolgere attività fisica in Italia Pool PASSI 2009



Abitudine al fumo

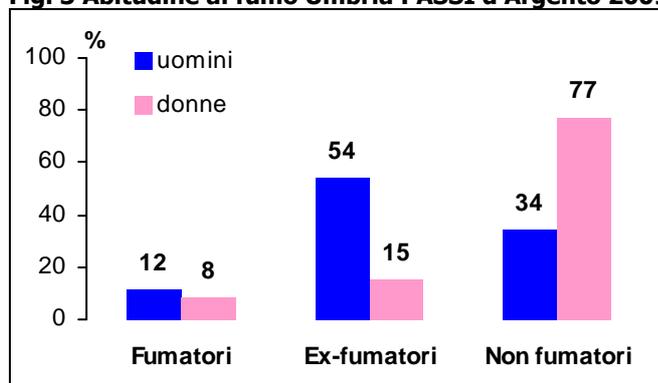
L'Umbria è tra le regioni che riferiscono le maggiori percentuali di fumatori: il 30% degli intervistati fuma, il 24% sono gli ex fumatori e il 45% i non fumatori; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano nella fascia di età 18-49 anni. L'abitudine al fumo è significativamente più diffusa tra gli uomini, nelle classi di età minori di 50 anni, nelle persone con livello di istruzione di scuola media inferiore e in quelle con difficoltà economiche.

Negli ultimi 12 mesi, il 59% dei fumatori dichiara di aver ricevuto il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario; ben il 39% dei fumatori ha tentato di smettere; il 4% ci è riuscito e un altro 4% non si può ancora definire ex fumatore, ma attualmente dichiara di non fumare. La maggior parte degli ex fumatori ha dichiarato di aver smesso di fumare da solo; un numero veramente esiguo ha smesso di fumare grazie all'ausilio di farmaci, gruppi di aiuto ed operatori sanitari (PASSI 2009).

Abitudine al fumo tra gli over 65

In Umbria gli ultra 64enni che hanno riferito di fumare sono il 10%; il 32% di essere ex fumatori e il 58% di non avere mai fumato: le percentuali sono in linea con quelle della sorveglianza PASSI che indicano una progressiva riduzione dell'abitudine al fumo all'aumentare dell'età (6,7% tra gli ultra 75enni su 13,2% nella fascia di età 65-74 anni); inoltre, l'abitudine al fumo è risultata più alta negli uomini (8,1 donne fumatrici su 11,8 uomini). In questa fascia della popolazione incide molto il livello di istruzione (6,1 fumatori con istruzione bassa su 18,1 alta). Il 70% dei fumatori anziani ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o altro operatore sanitario (PASSI d'Argento 2009)

Fig. 3 Abitudine al fumo Umbria PASSI d'Argento 2009



Abuso di alcol

In Umbria il 61% degli intervistati dichiara di aver consumato nell'ultimo mese almeno un'unità di bevanda alcolica. Il consumo di alcol è più diffuso tra gli uomini e nelle persone con alto livello di istruzione. Circa il 16% degli intervistati può essere classificabile come consumatore di alcol a rischio. In particolare, il consumo di alcol in maniera smodata (*binge drinking*) riguarda il 5% degli intervistati ed è associato in maniera statisticamente significativa all'età (18-24 anni), al sesso maschile ed all'aver molte difficoltà economiche. Il *binge drinking* incide negativamente nel caso della guida in stato di ebbrezza.

Tab. 1 PASSI 2009

Consumo alcolico a rischio (ultimi 30 giorni) Regione UMBRIA	
Consumatori a rischio*	16%
- Forti bevitori**	9%
- Bevitori fuori pasto	7%
- Bevitori <i>binge</i> ***	5%

*forte bevitore e/o bevitore fuori pasto e/o bevitore *binge*.

** Per gli uomini, chi beve più di 3 unità alcoliche; per le donne più di 2.

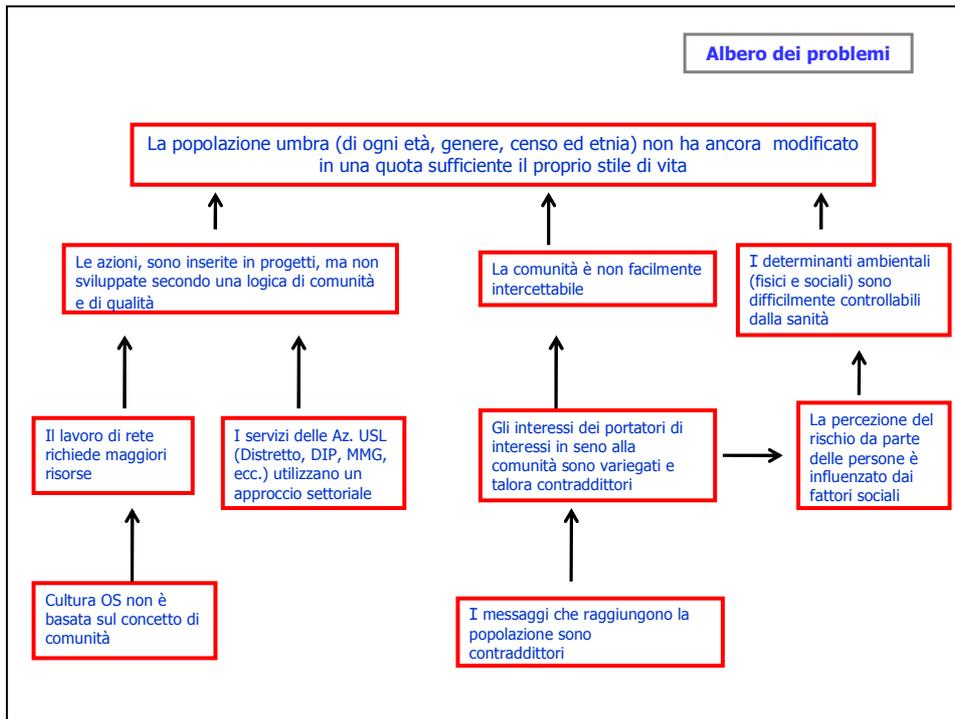
***chi beve 6 o più unità di bevande alcoliche in un'unica occasione.

Per ciò che riguarda il consiglio di bere di meno, solo il 13% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol e solo il 3% di bevitori a rischio ha ricevuto il consiglio di bere meno da parte di un operatore sanitario: questo porta a concludere che tra gli stili di vita è quello a cui si dà meno importanza.

I problemi

Da quanto emerge dal profilo di salute e dal piano strategico, è chiaro che le azioni di promozione della salute messe in atto fino ad ora nella nostra Regione non hanno prodotto risultati soddisfacenti probabilmente perché:

- le azioni di promozione della salute sono inserite in progetti, ma non sviluppate secondo una logica di comunità e di qualità,
- fattori economici, sociali, ambientali incidono fortemente sui principali determinanti di salute, ma la sanità si intercetta con difficoltà la comunità
- il cambiamento del comportamento scorretto e dunque l'adesione a stili di vita salutari da parte del singolo è difficile nonostante sia a conoscenza dei danni causati da comportamenti scorretti
- il consiglio del sanitario è scarso e inefficace
- i messaggi che raggiungono la popolazione sono contraddittori



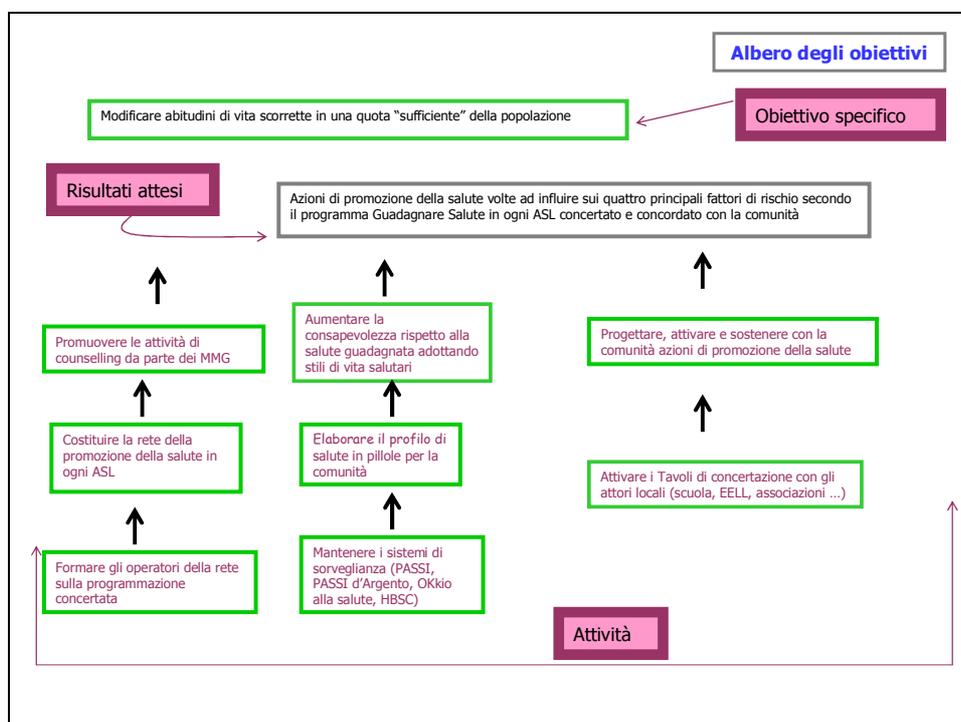
Gli obiettivi e i risultati attesi

La promozione della salute e l'adozione di stili di vita sani sin dall'infanzia sono determinanti per mantenersi sani, e rappresentano un impegno individuale e della collettività. La Regione Umbria a tal fine aderisce al programma nazionale "Guadagnare salute" finalizzato a "rendere facili le scelte salutari".

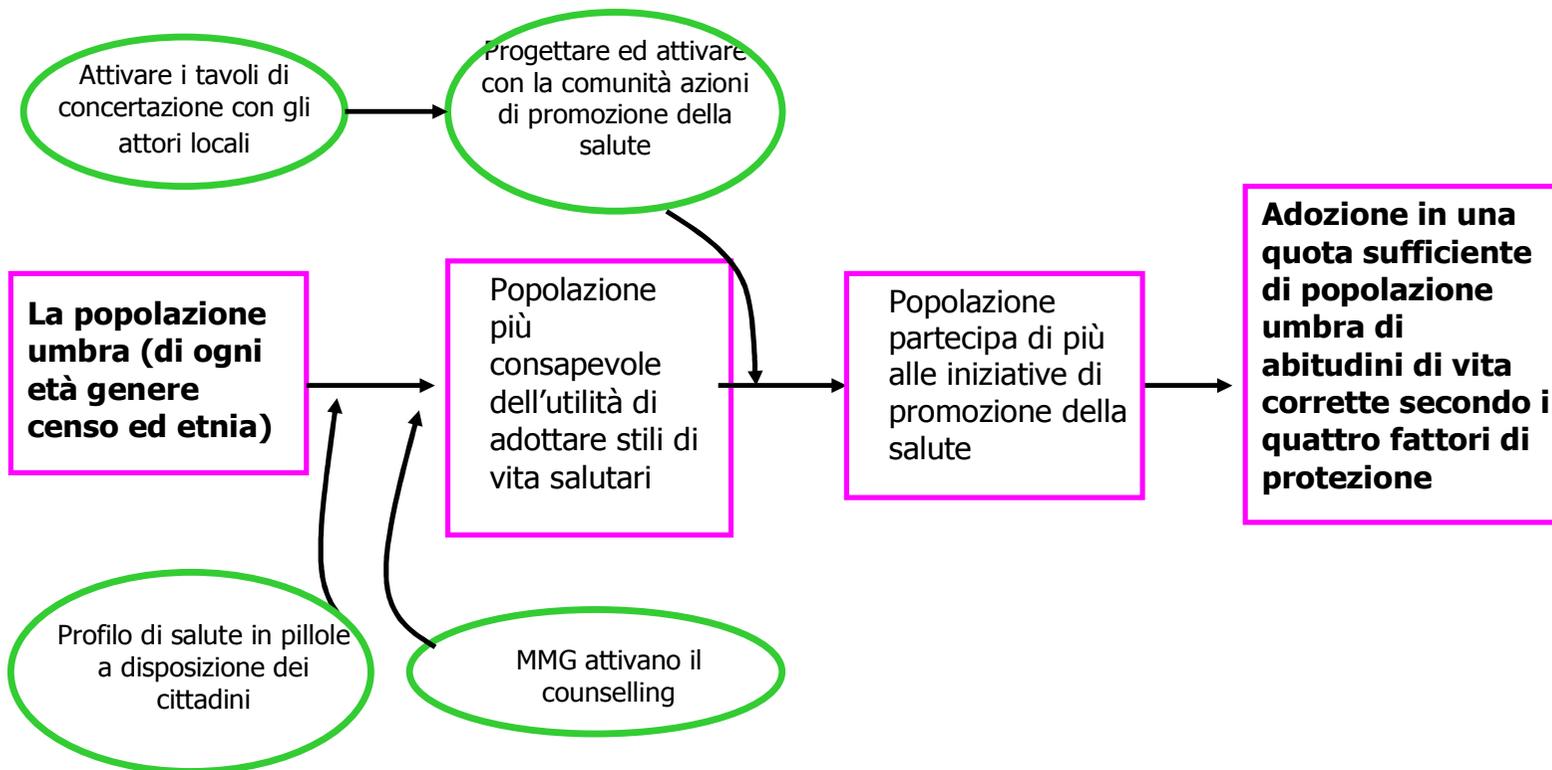
Seconda tale programma, la strategia di prevenzione parte dal presupposto che la salute è un bene collettivo e dunque le responsabilità del singolo cittadino debbono essere integrate con azioni positive della collettività. A tal fine, il SSR si attiva con tutti gli stakeholders istituzionali e non che, in base al proprio mandato, all'interesse o alla specifica competenza, intervengono sui principali determinanti di salute, quali il mondo dell'economia, dell'istruzione, dell'associazionismo, della comunicazione, riconoscono di avere come obiettivo comune la promozione di interventi efficaci e l'empowerment del cittadino (processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita) e dunque costruiscono alleanze e "reti" finalizzate a perseguirlo.

E' stata quindi prevista la realizzazione di alcune azioni fondamentali:

- costituire la Rete della promozione della salute nelle 4 aziende sanitarie della Regione;
- attivare il corso di formazione rivolto ai coordinatori ed agli operatori della rete per la promozione della salute delle aziende sanitarie ed ai direttori scolastici ed agli insegnanti individuati dall'Ufficio Scolastico Regionale al fine di costruire una cultura condivisa nella progettazione secondo i principi del programma Guadagnare Salute;
- promuovere nelle 4 aziende l'adozione del piano Guadagnare salute e dunque la progettazione secondo i principi del programma Guadagnare Salute nello sviluppare azioni integrate per incidere sui principali determinanti negativi per la salute (fumo, eccesso di alcol, alimentazione scorretta, inattività fisica);
- attivare la Banca dati: trasformare "buone pratiche" in interventi consolidati ed attivare nuove sinergie tra i numerosi attori della prevenzione mettendo in rete sistemi, competenze, responsabilità in settori diversi;
- attivare a livello regionale ed i asl tavoli e protocolli per il sostegno del Piano "Guadagnare Salute", in particolare con la scuola, ritenuto condizione necessaria per la promozione di una crescita consapevole e di comportamenti salutari nei giovani;
- aumentare la consapevolezza rispetto alla salute guadagnata adottando stili di vita salutari mantenendo attivi i sistemi di sorveglianza ed elaborando il profilo della salute in pillole per la comunità e promuovendo le attività di counselling da parte dei MMG.



Modello logico



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Modificare le abitudini di vita scorrette in una quota "sufficiente" della popolazione			
Risultato atteso	Azioni di promozione della salute volte ad influire sui quattro principali fattori di rischio secondo il programma Guadagnare Salute concertato e concordato con la comunità in ogni asl	N. azioni secondo GS/ su N. azioni di promozione della salute	Banca dati dei Flussi Informativi INAIL Sistemi di sorveglianza	Minori investimenti delle rispetto alla promozione della salute per la crisi economica
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1	Attivare progetti rispetto agli stili di vita salutari secondo il programma Guadagnare Salute			
Attività 1.1	<i>Attivare Tavoli di concertazione con gli attori ed i portatori di interesse locali</i>	<i>Protocolli d'intesa e gli accordi con gli stakeholders</i>	<i>Costo h operatore</i>	<i>Frammentarietà degli interventi</i>
Attività 1.2	<i>Progettare attivare e sostenere con la comunità azioni di promozione della salute</i>	<i>Delibera aziendale</i>	<i>Costo h operatore</i>	
Attività 1.3	<i>Programmare interventi di promozione della salute con la comunità nelle 4 asl</i>			
Attività 2	Aumentare la consapevolezza rispetto alla salute guadagnata adottando stili di vita salutari			
Attività 2.1	<i>Elaborare il profilo di salute in pillole per la comunità</i>	<i>Dati sistemi di sorveglianza</i>	<i>Costo h operatore</i>	<i>Costo del personale Carenza di personale dedicato</i>
Attività 2.2	<i>Mantenere i sistemi di sorveglianza (PASSI, PASSI d'Argento, OKkio alla salute, HBSC)</i>	<i>Dati sistemi di sorveglianza</i>	<i>Costo h operatore</i>	
Attività 3	Costruire la rete degli operatori per la promozione della salute in ciascuna delle	Delibera aziendale		Mancanza di collaborazione tra attori e portatori di interessi
Attività 3.1	<i>Formare operatori sanitari formalmente identificati nella rete della promozione della salute</i>	<i>Docente, Materiale didattico, Supporti tecnologici. Registro di presenza</i>	<i>Costi gestione corso</i>	<i>Costo del personale Carenza di personale dedicato</i>
Attività 3.2	<i>Promuovere le attività di counselling da parte dei MMG</i>	<i>Dati sistemi di sorveglianza</i>		<i>Costo del personale</i>

Riferimenti/bibliografia

1. Romagnoli Carlo, Prandini Stefania, a cura di, La popolazione umbra attuale e gli scenari futuri, Servizio II - Programmazione socio-sanitaria dell'assistenza di base e ospedaliera e osservatorio epidemiologico, Regione Umbria
2. Leone L., Prezza M., Costruire e valutare I progetti nel sociale, 1999, Franco Angeli, Roma
3. NICE, Community engagement to improve health, 2008, in <http://www.nice.org.uk>
4. WHO Europe, Community participation in local health and sustainable development. Approaches and techniques, 2002, in <http://www.euro.who.int>
5. WHO Europe, Community empowerment with case studies from the South East Asia Region. Conference working document, 2009, in <http://www.euro.who.int>
6. Lemma P, "Il coinvolgimento della comunità: strategia od obiettivo?" in Promuovere salute nell'era della globalizzazione. Una nuova sfida per "antiche" professioni, 2005, Edizioni Unicopli
7. Regione Emilia-Romagna, Partecipare e decidere meglio: progettazione e responsabilità. Una guida per amministratori e tecnici, 2009, in <http://www.regione.emilia-romagna.it>
8. Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della salute DoRS Regione Piemonte

2. Prevenzione universale

2.9.0.0 Leggere fa bene alla salute

Target (beneficiari)	Bambini umbri tra i 6 mesi e i 5 anni Giovani adulti 17-18 anni					
Attori	Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali – Servizio Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria Direzione Regionale Agricoltura Direzione Regionale Sviluppo economico, Attività Produttive, Formazione, Istruzione e Lavoro PLS e MMG Coordinamento Nati per Leggere (ACP/ALB/CSP) Ufficio Scolastico regionale – Direzione Generale Biblioteche NPL					
Portatori di interesse	La comunità					
Obiettivo di salute	Incentivare la lettura a voce alta quale strumento di promozione della salute e contrasto alla disuguaglianza					
Descrizione sintetica	<p>Il progetto si fonda quindi su tre assi fondamentali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promuovere la lettura da parte dei genitori ai bambini dai 6 mesi ai 6 anni attraverso l'informazione e il consiglio dato dai PLS ai genitori di tutti i nuovi nati in occasione del II (6 mesi) e del III bilancio di salute (1° anno), nell'ambito del nuova edizione 2011-2012 del progetto Salute-Infanzia • Promuovere la diffusione capillare sul territorio regionale di biblioteche (o altri punti lettura ...) con angolo lettura e prestito per bambini (biblioteche di NPL) • Promuovere la lettura a voce alta negli adolescenti del 3°/4° anno della scuola secondaria di secondo grado attraverso la individuazione di scuole che si rendano disponibili a individuare e formare un gruppo di studenti alla lettura a voce alta, che a loro volta siano disponibili a leggere a bambini. 					
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Promuovere lo sviluppo cognitivo-affettivo-relazionale nel bambino tra 6 mesi e 6 anni attraverso la lettura ad alta voce da parte dei genitori • Promuovere l'accesso libero alla conoscenza attraverso le biblioteche quali luogo competenti allo sviluppo di eguaglianza, integrazione e socializzazione • Sviluppare l'amore per la lettura negli adolescenti quale competenza trasversale per la crescita dell'autonomia, attraverso l'acquisizione di tecniche per la lettura a voce alta 					
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° risposte esatte in apposito questionario	Software per progetto Salute Infanzia	//	50 % al III bs		70% al IV bs	
N° biblioteche aderenti a NPL / n° biblioteche totali esistenti sul territorio	Ass. Cultura	30	35		44	
N° prestiti di libri per bambini						
n° scuole individuate						
n° occasioni di lettura allestite						
n° studenti formati alla lettura a voce alta						

Il contesto

L'esposizione alla lettura a voce alta è il singolo fattore più importante nella acquisizione della letto-scrittura(1). La letteratura scientifica degli ultimi anni ha dimostrato come leggere a voce alta con una certa continuità ai bambini in età prescolare possa avere una profonda influenza sia sul lato relazionale (diventa più stretto il legame tra bambino e genitori), che cognitivo (si sviluppa meglio e più precocemente la comprensione del linguaggio e la capacità di lettura) (1-2), influenzando in positivo non solo il successo scolastico, in quanto i bambini iniziano a confrontarsi con il linguaggio scritto attraverso il quotidiano contatto con la lettura mediato dai loro genitori, ma addirittura la stessa ipotesi di diventare cittadini consapevoli in grado di partecipare attivamente ad una società la cui complessità cresce di giorno in giorno. Già dagli inizi degli anni 90 negli Stati Uniti sono stati avviati progetti per la promozione della lettura ad alta voce come "Reach Out and Read" (ROR)(1,4). Con questo progetto veniva introdotto un importante elemento di novità: il coinvolgimento nelle attività di promozione della lettura ad alta voce dei medici, soprattutto i pediatri, dimostrando l'efficacia di tale coinvolgimento.(1)

Sulla scorta di tali evidenze nel 1999 proprio ad Assisi in occasione del Congresso Nazionale Annuale dell'ACP è nato in Italia il Progetto **Nati per Leggere** (NpL), su iniziativa proprio **dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP)**, che riunisce circa 3000 pediatri con fini esclusivamente culturali, **dell'Associazione Italiana Biblioteche (AIB)** che associa oltre quattromila tra bibliotecari, biblioteche, centri di documentazione, servizi di informazione operanti nei diversi ambiti della professione e del **Centro per la Salute del Bambino/Onlus (CSB)**, che ha come fini statuari la promozione di attività di formazione e ricerca per l'infanzia.

Il Progetto **Nati per Leggere** si poneva l'obiettivo di promuovere la lettura ad alta voce ai bambini di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni.

L'alleanza tra pediatri e bibliotecari è nata proprio dall'esigenza della società civile di sostenere concretamente lo sviluppo dell'abitudine di leggere ai bambini dall'età prescolare. I pediatri si sono quindi resi disponibili a sensibilizzare i genitori sull'utilità della lettura ai bambini fin dalla più tenera età, nel rispetto delle diverse tappe della crescita; i bibliotecari da parte loro invece aiutano i genitori a formarsi un proprio repertorio di letture da condividere con i loro bambini, promuovendo la conoscenza delle proposte di lettura adatte ai bambini più piccoli, mettendo a disposizione per il prestito e la lettura in biblioteca una raccolta di libri per bambini tra 0 e 6 anni e infine invitando i genitori ad usare sistematicamente tali risorse.

Nel 2008 è stata fatta una rilevazione con gli obiettivi di censire le UOL (unità operative locali), fornire un'immagine attendibile dell'attuazione del progetto e misurarne la diffusione: i risultati hanno evidenziato che esistevano 7403 operatori attivi tra bibliotecari, pediatri, educatori, operatori socio sanitari e volontari.

Il bacino demografico interessato dai progetti locali nel 2007 appariva più che raddoppiato rispetto al 2003, riguardando il 32,83% della popolazione complessiva italiana. I bambini di età compresa tra 0 e 5 anni entrati in contatto con i progetti locali nel corso del 2007 erano stati 255.918, pari al 23,42% della popolazione italiana. Questi dati devono essere considerati come tuttora in crescita.

In Umbria "NPL" è stato poi presentato ufficialmente a livello regionale in occasione di Umbria Libri edizione 2003 e in seguito è andato sviluppandosi un po' a macchia di leopardo, coinvolgendo comuni grandi e piccoli, con esperienze pilota talvolta veramente significative, al punto tale che ad oggi si contano 30 biblioteche attive per NPL.

Nel 2007 l'Umbria ha aderito al progetto Genitori + nel quale La lettura a voce alta al bambino viene individuata come una delle sette azioni efficaci che i genitori debbono compiere per promuovere la salute del bambino.

Nel 2008 si è costituito il Coordinamento Regionale Nati per Leggere (AIB Umbria e ACP Umbria) con lo scopo di monitorare e coordinare le iniziative umbre e di svolgere un ruolo di collegamento con il Comitato scientifico nazionale NPL. Dal 2009 è attivo un blog curato dal Coordinamento al fine di dare visibilità e informazione sulle iniziative legate al progetto.

I problemi

In Umbria quindi NPL ha una tradizione, eppure ancora una volta non possiamo dire che raggiunga una quota sufficiente della popolazione infantile e che quindi vengano tutti i nuovi nati abbiano la stessa offerta e quindi le stesse opportunità, ma come per molte altre iniziative di promozione della salute, è lasciata alla buona volontà di un operatore, che sia esso un professionista sanitario o un bibliotecario poco cambia, il mantenere viva questa o quella attività efficace

Gli obiettivi e i risultati

Con questo progetto quindi la Regione Umbria intende **promuovere la lettura in tutte le età**, non solo come strumento per combattere la disuguaglianza sociale e migliorare la capacità degli individui a partecipare alla "vita pubblica" in un'epoca nella quale i media più utilizzati, quali la televisione ed internet rischiano di favorire l'isolamento dell'individuo e la perdita del senso della collettività, ma, in quanto rivolto anche a genitori di bambini molto piccoli, quale intervento finalizzato a favorire la genitorialità, proponendosi di migliorarne la consapevolezza rispetto al ruolo, favorendo lo sviluppo di una relazione fondamentale per la crescita del bambino – persona.

Il progetto si fonda quindi su tre assi fondamentali:

- Promuovere la lettura da parte dei genitori ai bambini dai 6 mesi ai 6 anni attraverso l'informazione e il consiglio dato dai PLS ai genitori di tutti i nuovi nati in occasione del II (6 mesi) e del III bilancio di salute (1° anno), nell'ambito del nuova edizione 2011-2012 del progetto Salute-Infanzia
- Promuovere la diffusione capillare sul territorio regionale di biblioteche (o altri punti lettura ...) con angolo lettura e prestito per bambini (biblioteche di NPL)
- Promuovere la lettura a voce alta negli adolescenti del 3°/4° anno della scuola secondaria di secondo grado attraverso la individuazione di scuole che si rendano disponibili a individuare e formare un gruppo di studenti alla lettura a voce alta, che a loro volta siano disponibili a leggere a bambini.

Pertanto accanto all'attività di promozione della lettura a voce alta ai bambini piccolissimi, da parte dei PLS, si vuole incrementare l'offerta di biblioteche che aderiscono a NPL, migliorandone l'offerta e l'attività di proposizione dei libri adatti, ma anche coinvolgere gli adolescenti in un percorso che a partire dalla lettura a voce alta favorisca la crescita della autonomia. Per questa linea progettuale non solo è ovviamente necessaria una stretta collaborazione con l'Ufficio Regionale Scolastico, ma anche in ogni territorio tra le scuole che saranno individuate, le reti locali della promozione della salute e naturalmente le biblioteche. Tale attività ha un carattere fortemente innovativo e sperimentale, ragione per la quale il successo sarà legato alla capacità del gruppo di coordinamento regionale di cogliere criticità e punti di forza che di volta in volta si presenteranno per superare in modo fattivo eventuali ostacoli rilanciando.

Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
OBIETTIVO GENERALE	Incentivare la lettura a voce alta quale strumento di promozione della salute e contrasto alla disuguaglianza			
Obiettivo specifico 1	Promuovere lo sviluppo cognitivo-affettivo-relazionale nel bambino tra 6 mesi e 6 anni attraverso la lettura ad alta voce da parte dei genitori			
Risultato atteso 1	Aumentata consapevolezza dei genitori rispetto alla importanza della lettura a voce alta nei primi mesi di vita.	N° risposte esatte in apposito questionario	Questionario somministrato al III e al IV bs	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1	Rinnovare il progetto Salute Infanzia per il biennio 2011-2012 e inserirlo nella convenzione con la Pediatria di base	<ul style="list-style-type: none"> tavolo congiunto con OO.SS: per negoziazione rispetto a convenzione con pediatria territoriale 		
Attività 1.2	Formare i PLS sull'efficacia della lettura a voce alta rispetto allo sviluppo della capacità di apprendimento, ma anche al miglioramento della relazione genitore-bambino	<ul style="list-style-type: none"> individuazione tavolo misto per costruzione pacchetto formativo negoziazione per inserimento giornata formativa nel calendario formazione PLS 		
Attività 1.3	Mettere a disposizione di materiali informativi (con attenzione alle etnie presenti nel territorio) prodotti e testati a cura di NPL, del segnalibro bibliografico e dei libri	<ul style="list-style-type: none"> ristampa del materiale illustrativo e acquisto dei libri NPL distribuzione di materiali e libri a PLS 	5-6 € per ciascun libro x 7000 nati circa per la biennalità del progetto che verranno reperiti attraverso il coinvolgimento di associazioni e fondazioni, accanto al supporto dell'ASS. cultura	
Attività 1.4	Inserire in ciascun territorio le équipes dei PLS e le biblioteche NPL nella rete formalizzata per la PLS	protocollo d'intesa tra biblioteche e Az.USI e scuola		

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
OBIETTIVO GENERALE	Incentivare la lettura a voce alta quale strumento di promozione della salute e contrasto alla disuguaglianza			
Obiettivo specifico 2	Promuovere l'accesso libero alla conoscenza attraverso le biblioteche come luogo competenti allo sviluppo di eguaglianza, integrazione e socializzazione	N° utenti minori che si avvalgono dei servizi delle biblioteche		
Risultato atteso 2	Incremento delle biblioteche aderenti a NPL nel territorio regionale	<ul style="list-style-type: none"> • n° biblioteche aderenti a NPL / n° biblioteche totali esistenti sul territorio • n° prestiti • n° bibliotecari formati/n° bibliotecari 		
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 2.1	Definire gli standard minimi a cui una biblioteca deve rispondere per essere riconosciuta come una biblioteca NPL			
Attività 2.2	"Accreditare" le biblioteche che ne fanno richiesta quali biblioteche per NPL			
Attività 2.3	Formare i bibliotecari delle biblioteche NPL alla promozione del libro, della lettura a voce alta e ad un servizio reference mirato	Gruppo di lavoro misto regione-biblioteche-docenti		
Attività 2.4	Produrre materiale informativo con la lista delle biblioteche NPL nella regione, implementando anche il sito web			
Attività 2.5	Progettare e mantenere sistema informativo ad hoc per implementare banca dati ad hoc			

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
OBIETTIVO GENERALE	Incentivare la lettura a voce alta quale strumento di promozione della salute e contrasto alla disuguaglianza			
Obiettivo specifico 3	Sviluppare il piacere per la lettura negli adolescenti quale competenza trasversale per la crescita dell'autonomia, attraverso l'acquisizione di tecniche per la lettura a voce alta			
Risultato atteso 3	Gruppo di adolescenti educati alla lettura a voce alta e disponibili a svolgere il ruolo di mediatori (in qualità di lettori volontari) tra le risorse del territorio (biblioteche) e i destinatari privilegiati (bambini/anziani)	<ul style="list-style-type: none"> • n° scuole individuate • n° studenti formati alla lettura a voce alta • n° occasioni di lettura organizzate e realizzate 		
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 3.1	Stendere protocollo di intesa regionale tra i diversi attori coinvolti (Assessorati Reg. , USR, Dirigenti Scolastici, USL e AO) che preveda opportunità (crediti formativi) e vincoli	istituzione e tenuta di un gruppo di lavoro misto che deve fungere anche da cabina di regia per la parte relativa al subprogetto		
Attività 3.2	Selezionare un gruppo di scuole secondarie di secondo grado disponibile a individuare e formare lettori a voce alta tra studenti 3/4 anno	illustrazione del progetto e coinvolgimento delle scuole in ciascuna territorio di ognuna delle Az. USL da parte dell'URS		
Attività 3.3	Costruire percorso formativo per gli studenti lettori volontari	gruppo di lavoro con formatori nazionali appositamente individuati		
Attività 3.4	Organizzare la formazione per gli studenti lettori volontari in ciascun territorio al quale appartengono le scuole individuate			
Attività 3.5	Organizzare occasioni di lettura a bambini anche ricoverati in strutture sanitarie da parte di adolescenti formati	<ul style="list-style-type: none"> • individuazione di un tutor in ciascuna scuola • relazione tra ciascun tutor e la rete per la promozione della salute delle Az. USL 		

2. Prevenzione universale

2.9. Prevenzione e sorveglianza di abitudini e comportamenti non salutari

2.9.2 Promuovere l'allattamento al seno

Target (beneficiari)	Nuovi Nati					
Attori	Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali Pediatri di libera scelta Pediatri Ospedalieri Ostetriche dei Distretti e dei Punti Nascita					
Portatori di interesse	La comunità					
Obiiettivo di salute	Incrementare la percentuale di donne che allattano al seno fino al sesto mese del bambino					
Descrizione sintetica	Il progetto punta ad ottimizzare alcune attività già in essere da molto tempo per non far scemare l'attenzione degli operatori sanitari e di conseguenza delle mamme rispetto ai vantaggi dell'allattamento al seno: punti chiave sono quindi la presa in carico precoce del neonato e della mamma da parte del Pediatri di Libera Scelta (entro 15gg), con un'adeguata attività di rinforzo da parte delle ostetriche territoriali, ma anche la messa a disposizione delle mamme di informazioni circa i propri diritti per continuare ad allattare anche dopo la ripresa del lavoro					
Risultati attesi	% percentuale di bambini allattati al seno al primo mese e al terzo (+/- 30gg) mese di vita (valutazione effettuata in occasione del ii bilancio di salute)					
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
% bambini allattati al seno alla nascita in modo esclusivo (valutazione effettuata in occasione del I bs)	Sistema informativo regionale PLS	74%	80%		85%	
% bambini allattati al seno al terzo mese di vita in modo esclusivo o predominante	Sistema informativo regionale PLS	44%	45%		50%	

Il contesto

L'allattamento materno esclusivo rimane la fonte principale di nutrimento del neonato per la sua importanza a livello nutrizionale e psicologico e rappresenta nel mondo l'intervento preventivo migliore per la sopravvivenza dei bambini. Secondo l'OMS si potrebbe salvare la vita di quasi due milioni di bambini ogni anno se venissero allattati al seno esclusivamente per sei mesi e poi in maniera parziale con l'introduzione di cibi complementari appropriati per due anni e oltre. Se ciò vale per i paesi in via di sviluppo, è ormai riconosciuto che il latte materno rappresenta la migliore scelta nutrizionale per il neonato, in quanto fornisce un apporto bilanciato di grassi, proteine e carboidrati necessari all'organismo in sviluppo, favorisce lo sviluppo di una risposta immunitaria adeguata ai patogeni e di adeguata resistenza ad alcune patologie croniche. L'allattamento al seno è quindi protettivo nei confronti dell'obesità, ma favorisce lo stabilirsi del legame madre-neonato e quindi della relazione alla base della crescita cognitivo-relazionale del bambino.

In Umbria ormai da molti anni si opera a vari livelli per promuovere e sostenere l'allattamento al seno. La recente analisi del progetto Salute Infanzia, 2008-2009, che ha visto i PLS registrare i dati relativi all'allattamento al seno in occasione del I e del III bilancio di Salute mostra però come già entro il primo mese la quota di donne che allattano in modo esclusivo al seno scenda intorno al 75 (fig.1) e come questa quota scenda drasticamente nel corso dei 5 mesi successivi.

Fig. 1. Distribuzione per Az. USL dei neonati rispetto alla modalità di allattamento valutata in occasione del I bilancio di salute (entro il primo mese di vita)

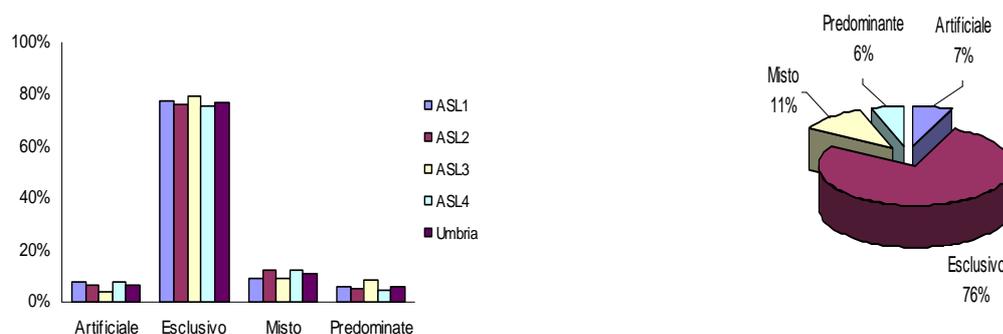
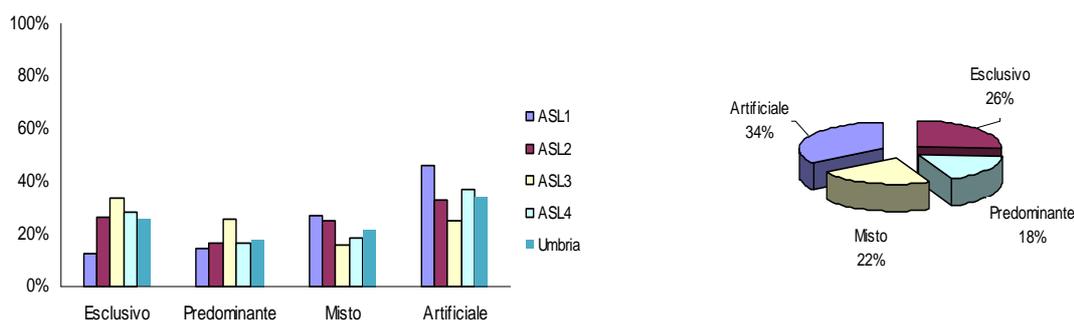
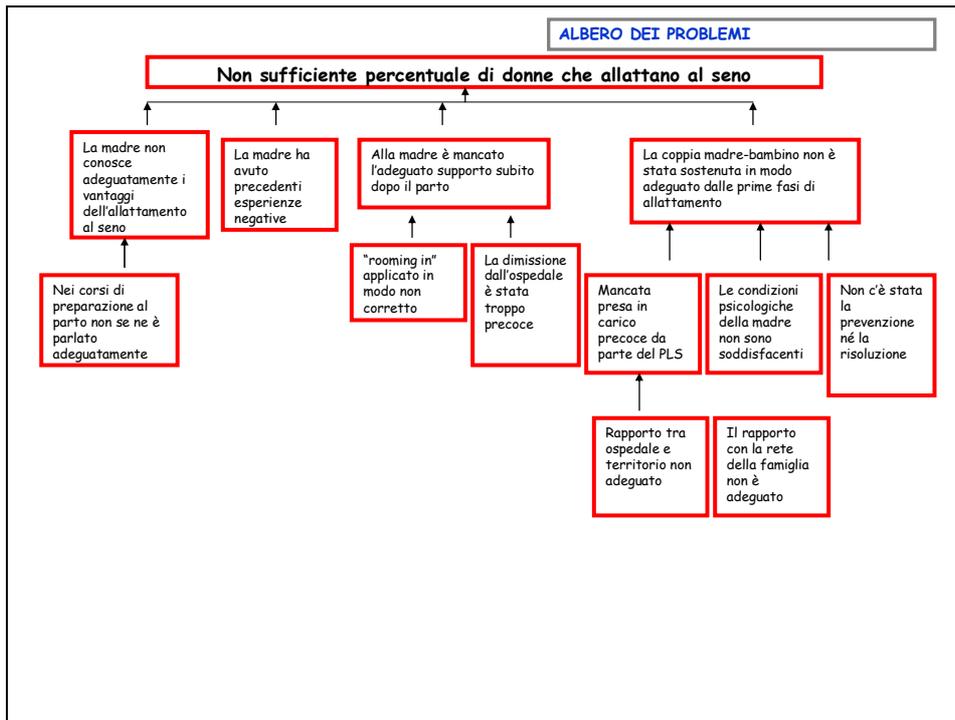


Fig. 2. Distribuzione dei neonati rispetto alla modalità di allattamento in occasione del III bilancio di salute (entro il 6° mese di vita)



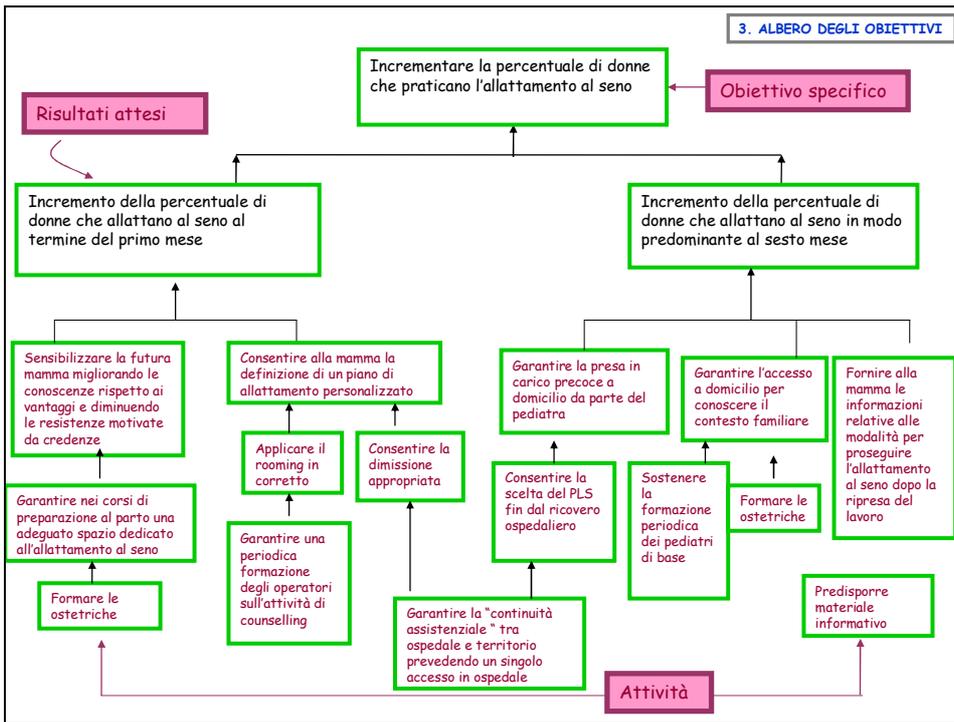
I problemi

I dati sopra citati mostrano chiaramente come non si debba abbassare la guardia: la letteratura infatti fa ritenere fisiologica una quota di "perdita" entro il primo mese che oscilla tra il 5 e il 15%. Tra le ragioni che i professionisti hanno individuato vi è da un lato la dimissione troppo precoce dopo il parto, dall'altra la presa in carico da parte del PLS troppo tardiva (entro i primi trenta giorni dalla nascita).

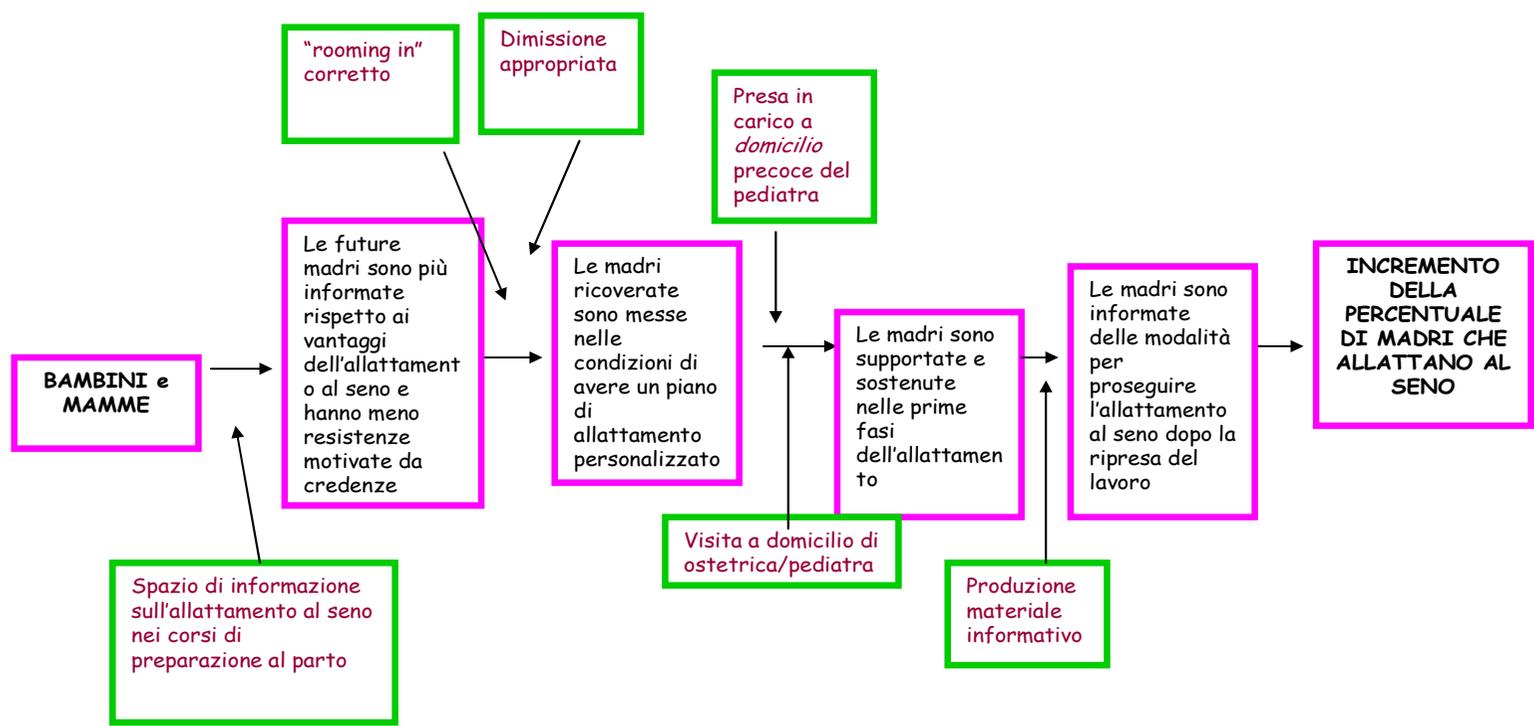


Gli obiettivi e i risultati attesi

Diviene quindi fondamentale innanzitutto presidiare ogni occasione possibile (vedi per esempio corsi di preparazione al parto) per ricordare alla futura mamma l'importanza dell'allattamento al seno, quindi supportarla con una presa in carico il più precoce possibile da parte del PLS, ma anche sfatando una serie di "credenze" attraverso la messa a disposizione da parte di ostetriche e personale infermieristiche delle informazioni corrette.



4. MODELLO LOGICO



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Incrementare la percentuale di donne che allattano al seno			
Risultato atteso 1	Incremento della percentuale di donne che allattano al seno in modo predominante al primo mese di vita del bambino			
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1	Garantire la presa in carico precoce da parte del PLS			
<i>1.1.1</i>	<i>Accordo con la Pediatria di base per la presa in carico entro i 15 gg dalla scelta</i>			
<i>1.1.2</i>	<i>Consentire la scelta del PLS fin dal ricovero ospedaliero</i>			
<i>1.1.3</i>	<i>Rinforzare la formazione dei PLS rispetto ai vantaggi dell'allattamento materno</i>			
Attività 1.2	Garantire la presa in carico anche da parte dell'ostetrica del distretto di riferimento soprattutto nel caso di famiglie conosciute come "disagiate"			
<i>1.2.1</i>	<i>Sostenere la formazione delle ostetriche</i>			
Risultato atteso 2	Incremento della percentuale di donne che allattano al seno in modo predominante al terzo mese di vita del bambino			
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 2.1	Produrre materiale informativo con informazioni su vantaggi dell'allattamento materno e diritti della mamma			

2. Prevenzione Universale
2.9 Prevenzione e sorveglianza e stili di vita e patologie correlate

2.9.4.1 I lavoratori della Regione Umbria come testimonial di Guadagnare Salute

Target (beneficiari)	Lavoratori della Regione Umbria e, attraverso il ruolo di "testimonial" da parte dei lavoratori dell'Ente, la popolazione umbra che frequenta i "palazzi" della Regione					
Attori	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Regionale Risorse Umane, Finanziarie E Strumentali - Servizio Prevenzione Sanità Animale e Sicurezza Alimentare - Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali - Servizio Prevenzione e Protezione della Regione Umbria - Medico Competente della Regione Umbria - Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza della Regione Umbria - Rappresentanti Sindacali della Regione Umbria 					
Portatori di interesse	La comunità					
Obiettivo di salute	Migliorare la consapevolezza dei lavoratori della Regione Umbria rispetto ai vantaggi per la salute derivanti dall'adozione di stili di vita sani affinché svolgano un ruolo di testimonial rispetto alla comunità					
Risultati attesi	Incremento del numero di lavoratori dell'Ente Regione in grado di compiere scelte corrette in tema di alimentazione, consumo di alcol, attività fisica e fumo di tabacco e proteggere dal fumo passivo i lavoratori e i visitatori					
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° lavoratori che partecipa alle iniziative di incentivazione dell'attività fisica/totale x 100	Monitoraggio attività		20%		30%	
N° lavoratori che accede alla piattaforma web	Conteggio del N° di accessi		20%		30%	

Il contesto

Per Promozione della Salute si intende il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sui fattori determinanti della salute e, di conseguenza, di migliorarla. Si ritiene che il luogo di lavoro costituisca un ambiente favorevole agli interventi di promozione della salute. La promozione della salute negli ambienti di lavoro può essere realizzata attraverso interventi di sostegno individuale, attraverso il miglioramento dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro e la promozione della partecipazione attiva. L'acquisizione di conoscenze ed i cambiamenti negli stili di vita dei lavoratori possono ripercuotersi favorevolmente nella vita familiare e sociale, moltiplicando i benefici delle azioni intraprese. Per questi motivi sia il D.Lgs 81/2008, testo unico sulla sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, che il DPCM del 4 maggio 2007 "Guadagnare Salute" prevedono interventi di promozione della salute in ambiente di lavoro.

In Umbria sono stati effettuati diversi interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro da parte di Servizi delle Aziende USL, ma in modo sporadico, prevalentemente rivolti a disincentivare il consumo di alcol favorendo la consapevolezza rispetto al rischio per la salute dell'assunzione anche occasionale di bevande alcoliche e alla disassuefazione dal fumo di tabacco.

I lavoratori della Regione sono circa 1200, quasi tutti di età superiore ai 35 anni e circa la metà ultracinquantenni. Per quanto riguarda il comportamento degli stessi rispetto ai determinanti di salute previsti da Guadagnare Salute, possiamo, in questa fase, dare per scontato che siano sovrapponibili ai dati del sistema di sorveglianza P.A.S.S.I. del 2009, lasciando la verifica puntuale ad una valutazione da effettuare nel corso del progetto.

DISTRIBUZIONE PERSONALE REGIONALE PER FASCIA DI ETA' E SESSO ANNO 2009 *

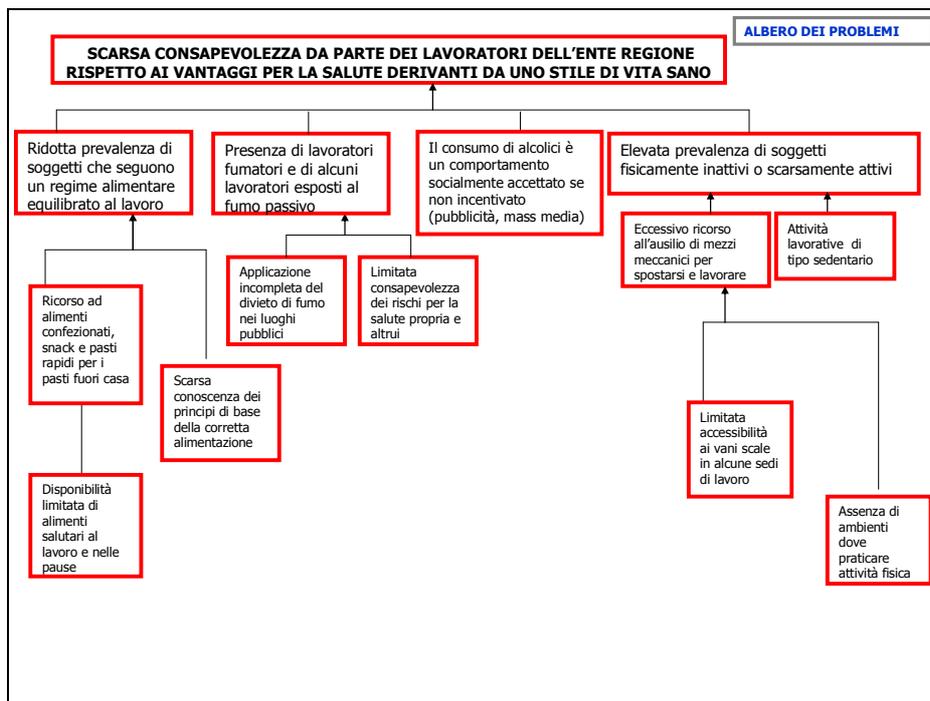
fino a 34 anni						%
Uomini	%	Donne	%	TOT	%	%
22	42,31 %	30	57,69 %	52	100%	4,20%
dai 35 ai 49 anni						%
Uomini	%	Donne	%	TOT	%	%
238	39,67 %	362	53,32 %	600	100%	48,43%
dai 50 ai 65 anni						%
Uomini	%	Donne	%	TOT	%	%
313	53,32 %	274	46,68 %	587	100%	47,38%

Totale personale regionale al 31.12.2009 **1.239**

* Fonte: Conto Annuale 2009

I problemi

I lavoratori dell'Ente Regione Umbria operano in un contesto lavorativo che può rendere difficile l'adozione di stili di vita salutari. Infatti mangiare alimenti "sani" e seguire un regime alimentare equilibrato dipende non solo da conoscenze e sensibilità adeguate ma anche dal contesto nel quale si consumano i pasti durante la giornata lavorativa che, nel caso dei lavoratori dell'Ente, si caratterizza in prevalenza per il ricorso a snack ed alimenti confezionati o a pasti rapidi acquistati in distributori automatici o in locali pubblici, in particolare nei giorni in cui si effettua il rientro pomeridiano. L'abitudine al fumo di tabacco è ancora discretamente diffusa e in alcuni casi i lavoratori fumano nei locali della Regione, contravvenendo alla normativa che vieta il fumo nei luoghi pubblici. I lavoratori dell'Ente svolgono per la gran parte attività di tipo sedentario e non è neppure incentivato l'uso delle scale che spesso sono poco visibili, poco accessibili per la presenza di materiali e, in qualche caso, utilizzate come "locale fumatori".



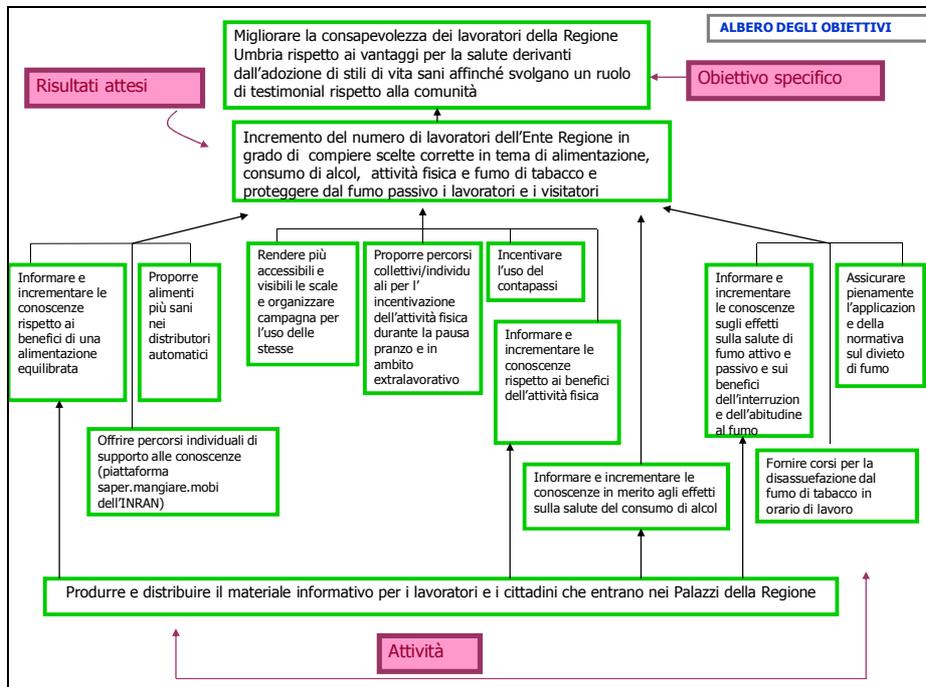
Gli obiettivi e i risultati attesi

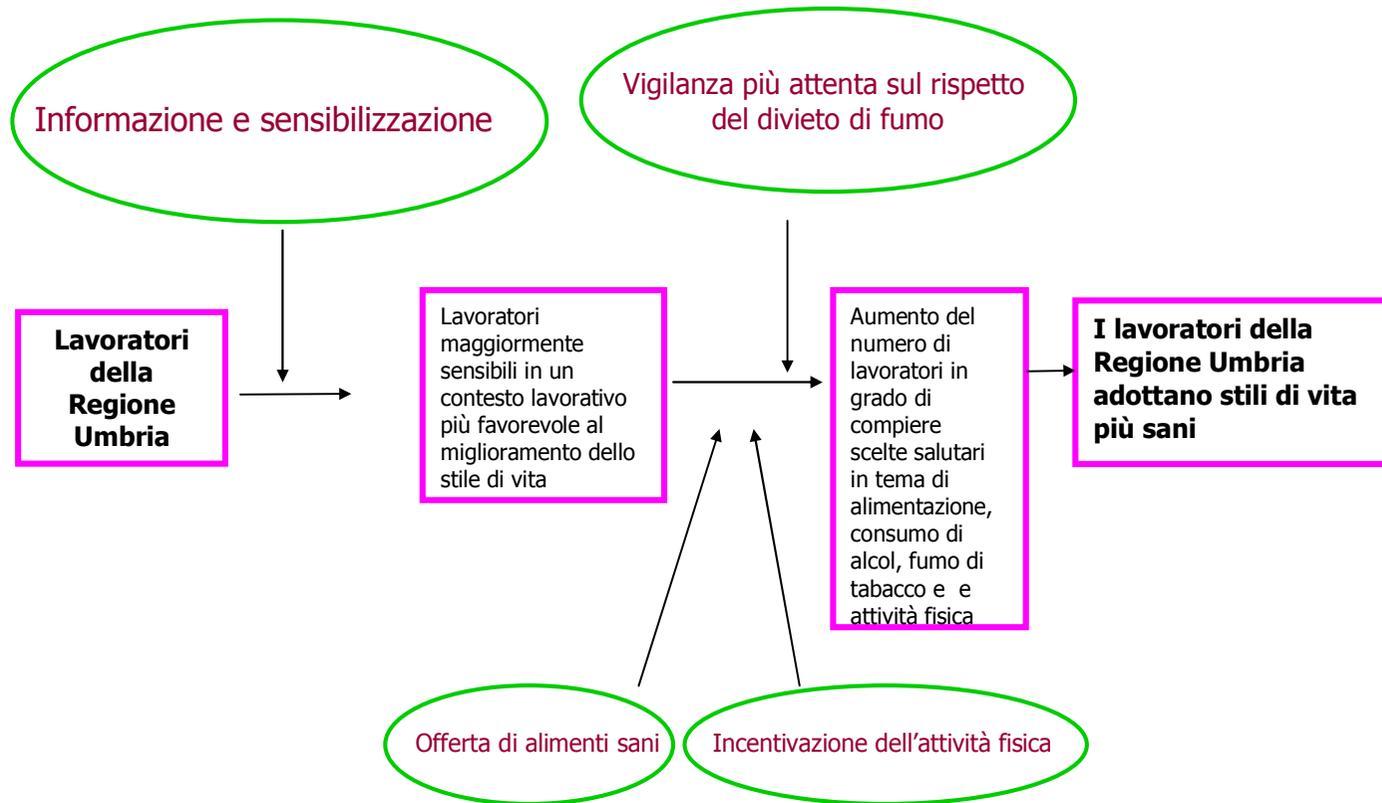
L'obiettivo ambizioso che ci si pone con questo progetto è quello di sensibilizzare, informare, educare i lavoratori dell'Ente Regione nei confronti di alcune azioni utili a guadagnare uno stile di vita più sano e, accompagnando le diverse iniziative con incontri e seminari di approfondimento, renderli consapevoli del ruolo che svolgono nei confronti dell'utenza, fino a far diventare luoghi e dipendenti dei palazzi regionali dei veri e propri "testimonial" di Guadagnare Salute.

In accordo con la letteratura sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro, per raggiungere l'obiettivo che ci si è dati, poiché il target è in larga parte costituito da una collettività di lavoratori di un Ente Pubblico, "privilegiati" e contemporaneamente di un livello culturale medio/alto, si intende affrontare tutti i temi relativi ai fattori di rischio oggetto di Guadagnare Salute, puntando al coinvolgimento e alla fidelizzazione del maggior numero possibile di soggetti.

Dal punto di vista cronologico si procederà iniziando dalla promozione di una sana alimentazione nel primo trimestre 2011, con attività volte ad informare e incrementare le conoscenze rispetto ai benefici di una alimentazione equilibrata, a proporre percorsi individuali di supporto alle conoscenze, attraverso l'accesso alla piattaforma internet di sapermangiare.mobi dell'INRAN e a proporre alimenti più sani nei distributori automatici.

Nel secondo trimestre del 2011 si aggiungerà una campagna finalizzata alla promozione dell'attività fisica con attività volte ad informare e incrementare le conoscenze rispetto ai benefici dell'attività fisica, rendere più accessibili e visibili le scale, incentivare l'uso del contapassi e proporre percorsi collettivi/individuali per l'incentivazione dell'attività fisica (gruppi di cammino, trekking urbano, corsi, convenzioni con associazioni sportive e palestre etc.). Contestualmente verranno realizzate attività volte a favorire la riduzione del numero dei fumatori tra i lavoratori e a proteggere dal fumo passivo i lavoratori e i visitatori, attraverso l'informazione sugli effetti sulla salute di fumo attivo e passivo e sui benefici dell'interruzione dell'abitudine al fumo, attraverso la piena applicazione della normativa sul divieto di fumo e assicurando interventi educativi e di counselling rivolti ai fumatori.





Il quadro logico: i risultati attesi , le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Migliorare la consapevolezza dei lavoratori della Regione Umbria rispetto ai vantaggi per la salute derivanti dall'adozione di stili di vita sani affinché svolgano un ruolo di testimonial rispetto alla comunità	Numero di lavoratori che partecipa alle iniziative/totale x 100	Monitoraggio attività	Scarsa partecipazione dovuta a inadeguata promozione delle attività Resistenza della dirigenza
Risultato atteso	Incremento del numero di lavoratori dell'Ente Regione in grado di compiere scelte corrette in tema di alimentazione, consumo di alcol, attività fisica e fumo di tabacco e proteggere dal fumo passivo i lavoratori e i visitatori	Numero di lavoratori che partecipa alle iniziative/totale x 100	Monitoraggio attività	
		Mezzi	Costi	
Attività 1	Ottenere il supporto del livello politico e della dirigenza	Conferenza stampa di presentazione del progetto		
Attività 2	Costituire un comitato di coordinamento dell'intera campagna di promozione della salute			
Attività 3	Realizzare la campagna informativa rivolta ai lavoratori e agli utenti dell'Ente			
<i>Attività 3.1</i>	<i>Individuare e coinvolgere i beneficiari e i portatori di interesse per la definizione del piano di comunicazione (obiettivi e contenuti)</i>	<i>Comitato di coordinamento ed esperti dei vari settori (ASL, INRAN etc)</i>		
<i>Attività 3.2</i>	<i>Realizzare i materiali informativi della campagna (depliant, locandine etc)</i>	<i>Esperti di comunicazione/grafici Sistema informativo della regione con il supporto esperti di vari settori (ASL, INRAN etc)</i>		

Attività 4	Raccolta informazioni sullo stato delle conoscenze di un campione della popolazione target	Esperti dei vari settori (ASL, INRAN etc), Sistema informativo		
<i>Attività 4.1</i>	<i>Elaborare un questionario</i>			
<i>Attività 4.2</i>	<i>Somministrare il questionario</i>			
<i>Attività 4.3</i>	<i>Valutare i dati risultanti dal questionario</i>			
Attività 5	Realizzare intervento di promozione della salute sul tema della corretta alimentazione.			
<i>Attività 5.1</i>	<i>Informare e incrementare le conoscenze rispetto ai benefici di una alimentazione equilibrata</i>	<i>Materiale cartaceo Rete intranet</i>		
<i>Attività 5.2</i>	<i>Proporre alimenti più sani nei distributori automatici</i>	<i>Convenzioni e accordi con le aziende distributrici</i>		
<i>Attività 5.3</i>	<i>Proporre percorsi individuali di supporto alle conoscenze</i>	<i>Piattaforma sapermangiare.mobi dell'INRAN</i>		
Attività 6	Realizzare intervento di promozione della salute sui benefici dell'attività fisica			
<i>Attività 6.1</i>	<i>Informare e incrementare le conoscenze rispetto ai benefici dell'attività fisica</i>	<i>Materiale cartaceo Rete intranet</i>		
<i>Attività 6.2</i>	<i>Rendere più accessibili e visibili le scale, anche attraverso l'intervento sulla prossima ristrutturazione del palazzo del Broletto, e organizzare campagna per l'uso delle scale</i>	<i>Ristrutturazione del Broletto che renda le scale più visibili e utilizzabili Materiale informativo e cartellonistica</i>		
<i>Attività 6.3</i>	<i>Incentivare l'uso del contapassi</i>	<i>Fornire contapassi ai primi 100 richiedenti</i>		
<i>Attività 6.4</i>	<i>Proporre percorsi collettivi/individuali per l'incentivazione dell'attività fisica (gruppi di cammino, trekking urbano, corsi, iscrizioni ad associazioni sportive e palestre etc.)</i>	<i>Convenzioni con associazioni sportive palestre Supporto delle associazioni ricreative regionali</i>		
Attività 7	Informare e incrementare le conoscenze rispetto agli effetti sulla salute e sulla sicurezza del consumo di alcol			
<i>Attività 7.1</i>	<i>Distribuire il materiale informativo</i>	<i>Materiale cartaceo Rete intranet</i>		

Attività 8	Favorire la riduzione del numero dei fumatori tra i lavoratori e proteggere dal fumo passivo i lavoratori e i visitatori			
<i>Attività 8.1</i>	<i>Informare e incrementare le conoscenze sugli effetti sulla salute di fumo attivo e passivo e sui benefici dell'interruzione dell'abitudine al fumo</i>	<i>Materiale cartaceo Rete intranet</i>		
<i>Attività 8.2</i>	<i>Assicurare pienamente l'applicazione della normativa sul divieto di fumo</i>	<i>Addetti al controllo Cartellonistica</i>		
<i>Attività 8.3</i>	<i>Assicurare interventi educativi e di counselling rivolti ai fumatori</i>			
<i>Attività 8.3.1</i>	<i>Incontri con esperti delle strutture sanitarie in orario di lavoro.</i>	<i>Centri antifumo delle aziende sanitarie</i>		
<i>Attività 8.3.2</i>	<i>Counselling da parte del medico competente ai lavoratori fumatori, durante le visite periodiche</i>	<i>Medico competente</i>		

Bibliografia

- Sistema di sorveglianza Passi: Rapporto regionale 2008 Umbria – Edizioni AUS 2009
- La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute 17-21 novembre 1986 Ottawa, Ontario, Canada
- Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della salute DoRS Regione Piemonte
Prevenzione dell'obesità nei luoghi di lavoro: sintesi di interventi - prove di efficacia 20 aprile 2007
- Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della salute DoRS Regione Piemonte
Promozione della salute nei luoghi di lavoro alimentazione e attività motoria prove di efficacia e buone pratiche Settembre 2007
- International Agency for Research on Cancer (IARC). Tobacco Smoke and Involuntary Smoking.vol. 83. IARC Lyon, 2004. Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk to Humans
<http://monographs.iarc.fr>
- Verso una azienda libera dal fumo. Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro. A cura di: Daniela Marcolina et al. Venezia 2007
- D.Lgs 9 aprile 2008, N.81 Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.(Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008 - Suppl. Ordinario n. 108) (Decreto integrativo e correttivo: Gazzetta Ufficiale n. 180 del 05 agosto 2009 – Suppl. Ordinario n. 142/L)

2. Prevenzione Universale
2.9 La promozione della salute

2.9.4.2 Cantieri alcol free

Target (beneficiari)	Lavoratori occupati in un campione di cantieri presenti nel territorio regionale con particolare riguardo a quelli delle Grandi Opere infrastrutturali (stima circa 200 lavoratori)					
Attori	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare – Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali – Regione Umbria ◆ Servizi di alcologia ◆ Medici Competenti 					
Portatori di interesse	◆ Comitato Regionale di Coordinamento per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro (DPCM 21 dicembre 2007)					
Obiettivo di salute	Ridurre il consumo a rischio di alcolici fra i lavoratori di un campione di cantieri presenti nel territorio regionale con particolare riguardo a quelli delle Grandi Opere infrastrutturali					
Descrizione sintetica	Il progetto si prefigge di ridurre il consumo a rischio di alcolici fra i lavoratori dei cantieri presenti nel territorio regionale attraverso un'azione di sensibilizzazione dei lavoratori e delle figure chiave della sicurezza in cantiere (datore di lavoro, medico competente, RSPP, RLS) secondo un approccio di promozione della salute, integrato con interventi di vera e propria vigilanza sull'applicazione della normativa specifica sull'alcol. Gli interventi saranno realizzati in un campione di cantieri, con particolare attenzione a quelli delle Grandi Opere Infrastrutturali caratterizzati come noto da una particolare complessità organizzativa e rischiosità.					
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aumento del livello di consapevolezza sui rischi derivanti dall'assunzione di alcolici dei lavoratori impiegati nei cantieri del campione; ◆ Normativa specifica sull'alcol applicata correttamente nei cantieri del campione. 					
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° cantieri oggetto dell'intervento	Sistema informativo Servizi PSAL	0	10		10	
N° cantieri con applicazione corretta della normativa su alcol /N° cantieri oggetto dell'intervento X 100	Sistema informativo Servizi PSAL		100%		100%	
N° operai positivi al test alcolimetrico in orario di lavoro/N° operai valutati X 100	Controlli alcolimetrici		0		0	
N° lavoratori formati						
% consumatori a rischio secondo punteggio del questionario A.U.D.I.T.	Questionario AUDIT prima e dopo	15%	7%		7%	
% risposte corrette al questionario specifico per valutare il livello di consapevolezza dei lavoratori	Questionario specifico		90%		90%	

Il contesto

Negli ultimi anni si sta consolidando sempre di più la consapevolezza che il consumo di alcol sia fra quei comportamenti che determinano un rischio per la salute, così come l'abitudine al fumo, la scorretta alimentazione, l'attività fisica carente, in una visione complessiva di stile di vita. A livello scientifico è ormai evidente l'associazione tra elevato consumo di alcol e rischio di morbilità, disabilità e mortalità per alcune cause. In Italia il consumo di alcune bevande alcoliche, in particolare il vino, fa parte di una tradizione culturale e il consumo moderato è una abitudine alimentare diffusa: negli ultimi anni, tuttavia, si stanno diffondendo modalità di consumo diverse quali il consumo di alcolici ad alta gradazione, l'assunzione fuori pasto, spesso in notevoli quantità ed in occasioni ricreative. In ambito lavorativo, l'uso di bevande alcoliche provoca un notevole aumento dei rischi sia di infortunio e malattia (le assenze dal lavoro degli alcolisti sono di 3-4 volte superiori rispetto agli altri lavoratori), che di perdita di lavoro per licenziamento (l'alcolismo è causa del 40% dei cambiamenti dei posti di lavoro). Secondo l'OMS, dal 10% al 30% degli incidenti in ambito lavorativo sono correlabili al consumo di alcol e determinati, di conseguenza, da un livello di efficienza non adeguata e da una ridotta percezione dei rischi da parte del lavoratore. Il quarto rapporto "Il fenomeno infortunistico in Umbria Anni 2007/2008" rileva che in Umbria, nel 2008, sono 17088 gli infortuni denunciati di cui 15 mortali. Una stima conservativa secondo i dati dell'OMS che attribuisca all'uso di alcolici il 10% degli infortuni nella nostra Regione permette di evidenziare l'elevato numero di eventi da attribuire a tale causa.

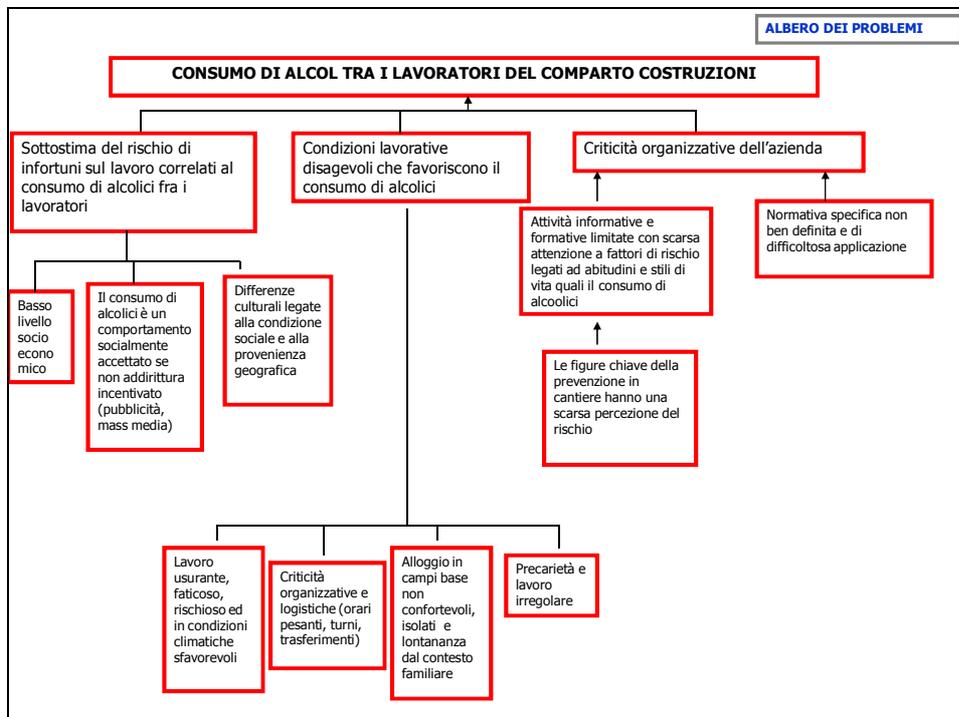
Il comparto delle costruzioni, ed in particolare quello coinvolto nella realizzazione delle Grandi Opere Infrastrutturali, risulta particolarmente esposto agli effetti negativi dell'uso di alcol e di sostanze psicotrope più in generale, sia per la intrinseca pericolosità delle lavorazioni svolte che per la maggiore vulnerabilità dei propri addetti a forme di stress e disagio psicosociale legati all'assetto organizzativo dell'azienda, che spesso è una microimpresa, alle condizioni di lavoro, al carico di lavoro, alla lontananza da casa o all'isolamento nei campi base. Per i motivi sopra riportati, negli ultimi anni sono stati promulgati alcuni provvedimenti legislativi (D.Lgs 125/2001, art. 15, Intesa Conferenza Stato Regioni 30/10/2007, D.Lgs 81/2008 art. 41) finalizzati alla tutela dei lavoratori e dei soggetti terzi, rispetto alle possibili conseguenze sulla salute e sulla sicurezza determinate dall'assunzione di alcol da parte dei lavoratori, prevedendo la possibilità di eseguire controlli sanitari (la sorveglianza sanitaria da parte del medico competente) e rilievi alcolimetrici (eseguibili dai medici competenti o da medici dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro) in alcune categorie di lavoratori indicate dalla norma, tra i quali quelli del comparto edilizio.

L'applicazione delle norme sopra indicate presenta importanti criticità. In primo luogo comporta la responsabilità diretta e uno sforzo organizzativo notevole da parte dei datori di lavoro, che ne sopportano anche gli oneri economici. Non meno rilevanti sono le criticità rispetto al diritto alla privacy, alla riservatezza e all'integrità fisica e morale di ogni lavoratore. Vengono inoltre rivoluzionati il concetto e l'organizzazione della sorveglianza sanitaria dei lavoratori, poiché al medico competente, in aggiunta a quello di tutela della salute del lavoratore, viene affidato un ruolo di controllo sulla sicurezza di terze persone.

I problemi

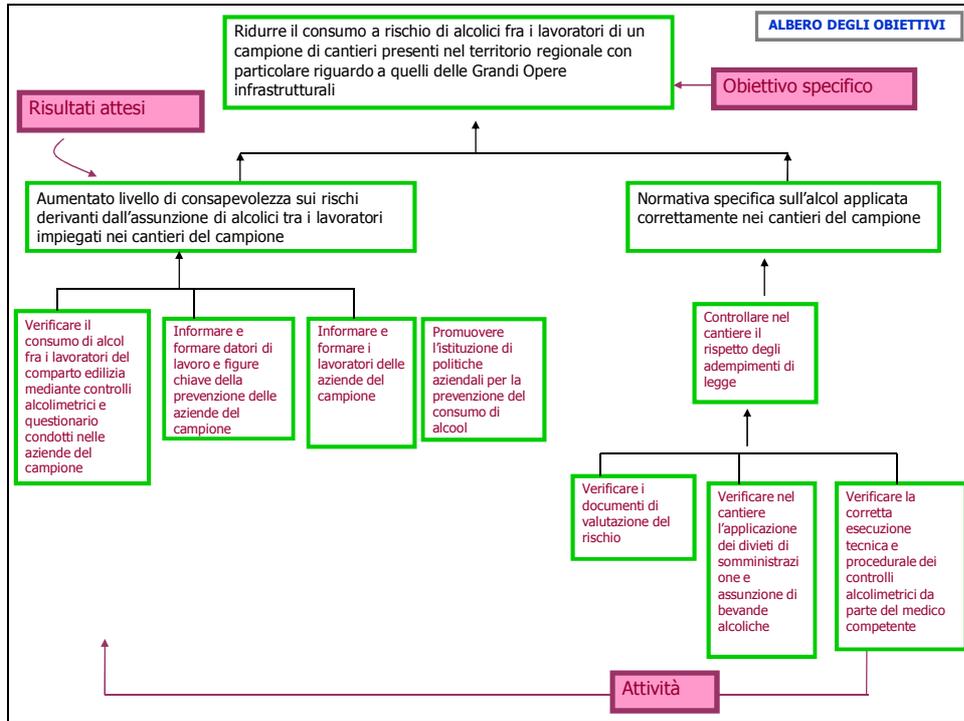
I fattori che influenzano il consumo a rischio di alcolici nel comparto edile sono legati a retaggi culturali (es. il vino è un alimento e non un alcolico), ad errate convinzioni (es. l'alcol serve a dare energia), alla provenienza geografica (es. tipo e modalità diverse di per quantità e tipologia di alcolico consumato tra i lavoratori provenienti da determinate aree geografiche) e alla sottovalutazione dei rischi per la sicurezza, specie in ambito lavorativo, che è correlata anche ad un consumo di alcolici moderato e ritenuto socialmente accettabile (es. il quartino di vino). In aggiunta ai fattori culturali, fattori ambientali quali lo svolgimento di lavori pesanti, rischiosi, svolti in condizioni climatiche non favorevoli, spesso in zone disagiate, difficili da raggiungere e che costringono a lunghi trasferimenti o alla permanenza lontano da casa, rappresentano una dimostrata condizione predisponente al consumo a rischio di alcol e, più in generale, di sostanze psicotrope. La maggior vulnerabilità agli effetti di un consumo a rischio di alcol per i lavoratori del comparto edile deriva dalla intrinseca pericolosità delle attività svolte (es. lavori in altezza, uso di macchine ed attrezzature pericolose, lavori di scavo, in galleria, presenza di carichi sospesi) e alla cronica difficoltà del comparto a garantire adeguati livelli di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, in particolare nel caso di aziende di piccole dimensioni.

La risposta che le aziende del comparto edile tentano di dare al tema alcol e lavoro, nel solco dei dettami normativi specifici (D.Lgs 125/2001, art. 15, Intesa Conferenza Stato Regioni 30/10/2007, D.Lgs 81/2008 art. 41), incontra difficoltà che in parte sono determinate dagli stessi fattori organizzativi, culturali e sociali già indicati e che determinano una scarsa conoscenza del problema e la sottovalutazione dei rischi da parte dei datori di lavoro e delle figure chiave della prevenzione in cantiere. D'altro canto la stessa normativa, che presenta, ad oggi, aspetti di incertezza che ne rendono complicata l'applicazione, è incentrata fondamentalmente sull'effetto deterrente di divieti e controlli alcolimetrici. Tale impostazione presenta dei limiti dovuti alle oggettive difficoltà nell'applicazione pratica dei divieti, nella possibilità di effettuare una vigilanza efficace e nell'esecuzione dei controlli alcolimetrici. Inoltre, l'approccio "repressivo" legato al rispetto delle norme è solo uno degli strumenti della prevenzione degli infortuni e delle malattie e, per essere efficace, deve essere integrato da strumenti che accrescano la consapevolezza delle conseguenze per la salute e per la sicurezza dell'uso di alcol, quali interventi di formazione e informazione e, soprattutto, di promozione della salute.

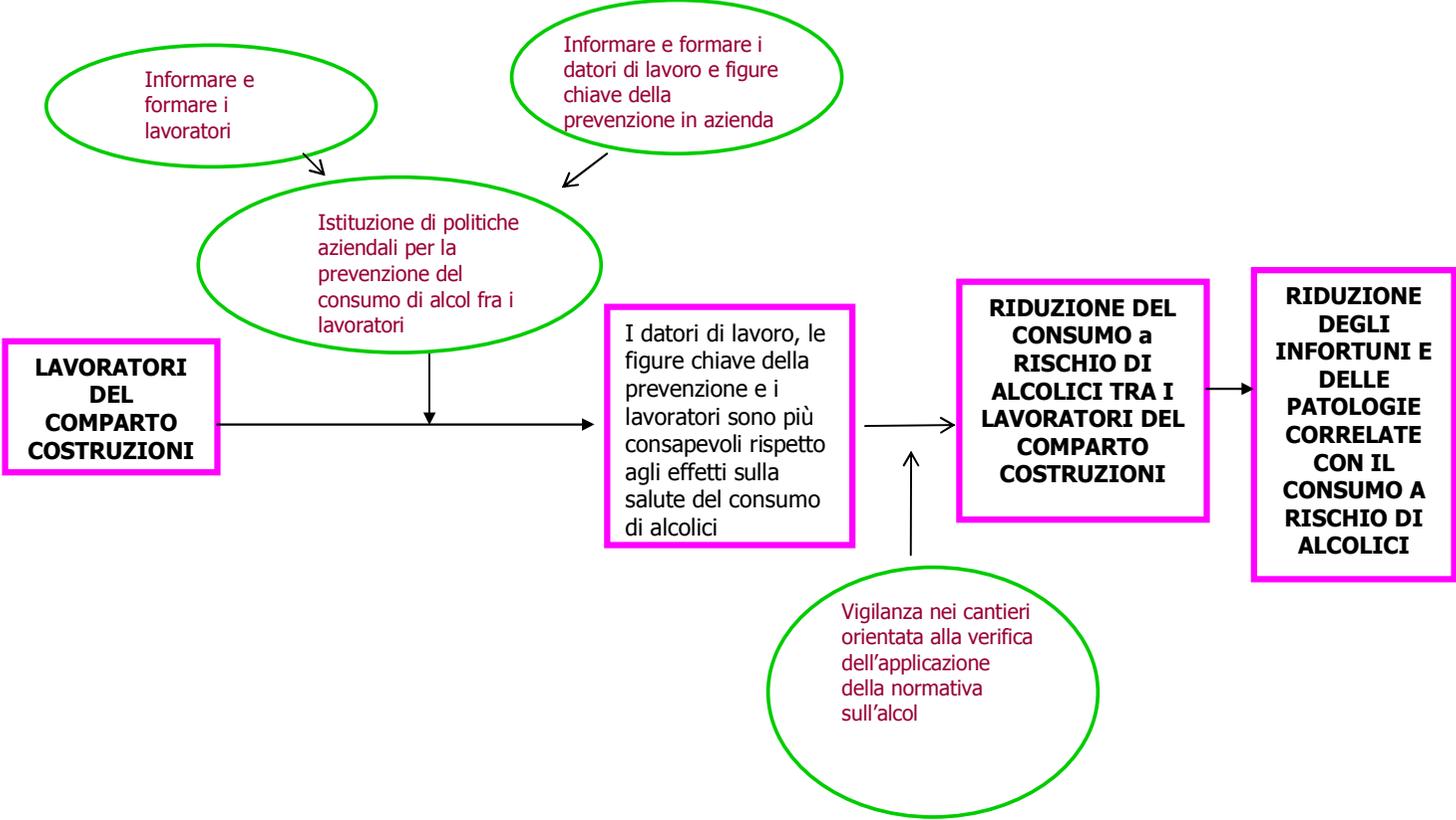


Gli obiettivi e i risultati attesi

Il progetto si prefigge di ridurre il consumo a rischio di alcolici fra i lavoratori dei cantieri presenti nel territorio regionale attraverso un'azione di sensibilizzazione dei lavoratori e delle figure chiave della sicurezza in cantiere (datore di lavoro, medico competente, RSPP, RSL) secondo un approccio di promozione della salute, integrato con interventi di vera e propria vigilanza sull'applicazione della normativa specifica sull'alcol. Gli interventi saranno realizzati in un campione di cantieri, con particolare attenzione a quelli delle Grandi Opere Infrastrutturali caratterizzati come noto da una particolare complessità organizzativa e rischiosità.



MODELLO LOGICO



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Ridurre il consumo a rischio di alcolici fra i lavoratori di un campione di cantieri presenti nel territorio regionale con particolare riguardo a quelli delle Grandi Opere infrastrutturali	<ul style="list-style-type: none"> N° soggetti positivi al test alcolimetrico in orario di lavoro % consumatori a rischio secondo punteggio del questionario A.U.D.I.T. 	Controlli alcolimetrici Questionario AUDIT prima e dopo	Scarsa collaborazione delle aziende, soprattutto se di piccole dimensioni Elevato turnover dei lavoratori
Risultato atteso 1	Aumentata consapevolezza sui rischi derivanti dall'assunzione di alcolici tra i lavoratori impiegati nei cantieri del campione	<ul style="list-style-type: none"> N° lavoratori formati % risposte corrette al questionario specifico 	Questionario specifico prima e dopo	Scarsa collaborazione delle aziende, soprattutto se di piccole dimensioni Elevato turnover dei lavoratori
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1	Verificare il consumo di alcol fra i lavoratori del comparto edilizia mediante controlli alcolimetrici e questionario condotti nelle aziende del campione	Servizi PSAL		
Attività 1.2	Informare e formare i datori di Lavoro e le figure chiave della sicurezza in cantiere delle aziende del campione	Servizi PSAL Servizio alcologia		
<i>Attività 1.2.1</i>	<i>Individuare i bisogni formativi</i>			
<i>Attività 1.2.2</i>	<i>Definire obiettivi e contenuti dell'intervento</i>			
<i>Attività 1.2.3</i>	<i>Realizzare l'intervento</i>			
Attività 1.3	Informare e formare i lavoratori delle aziende del campione	Servizi PSAL Servizio alcologia		
<i>Attività 1.3.1</i>	<i>Individuare i bisogni formativi</i>			
<i>Attività 1.3.2</i>	<i>Definire obiettivi e contenuti dell'intervento</i>			
<i>Attività 1.3.3</i>	<i>Realizzare l'intervento</i>			
Attività 1.4	Promuovere l'istituzione di politiche aziendali per la prevenzione del consumo di alcool	Servizi PSAL Servizio alcologia		

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Ridurre il consumo a rischio di alcolici fra i lavoratori di un campione di cantieri presenti nel territorio regionale con particolare riguardo a quelli delle Grandi Opere infrastrutturali	<ul style="list-style-type: none"> N° operai positivi al test alcolimetrico in orario di lavoro/N° operai valutati X 100 % di consumatori a rischio secondo punteggio del questionario A.U.D.I.T. 	Controlli alcolimetrici Questionario AUDIT prima e dopo	Scarsa collaborazione delle aziende, soprattutto se di piccole dimensioni Elevato turnover dei lavoratori
Risultato atteso 2	Normativa specifica sull'alcol applicata correttamente nei cantieri del campione	<ul style="list-style-type: none"> N° cantieri soggetti all'intervento N° cantieri con applicazione corretta della normativa su alcol/N° cantieri soggetti all'intervento 		Difficoltà a ispezionare il N° di imprese previste per carenza di personale dedicato
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 2.1	Verificare i documenti di valutazione del rischio	Servizi PSAL		
Attività 2.2	Verificare nel cantiere l'applicazione dei divieti di somministrazione e assunzione di bevande alcoliche	Servizi PSAL		
Attività 2.3	Verificare la corretta esecuzione tecnica e procedurale dei controlli alcolimetrici da parte del medico competente	Servizi PSAL		

Bibliografia

- D.Lgs 9 aprile 2008, N.81 Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro. (Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008 - Suppl. Ordinario n. 108) (Decreto integrativo e correttivo: Gazzetta Ufficiale n. 180 del 05 agosto 2009 – Suppl. Ordinario n. 142/L)
- Legge n. 125 del 30 Marzo 2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati" pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 90 del 18 aprile 2001
- Intesa Conferenza Stato Regioni, 16 marzo 2006, Attività lavorative ad elevato rischio infortuni - Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. (Repertorio atti n. 2540). Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 75 del 30 marzo 2006
- Sistema di sorveglianza Passi: Rapporto regionale 2008 Umbria – Edizioni AUS 2009
- Istat: L'uso e l'abuso di alcol in Italia *Anno 2009 presentato il 22 aprile 2010*
http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20100422_00/testointegrale20100422.pdf
- La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute 17-21 novembre 1986 Ottawa, Ontario, Canada
- Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. International Labour Office Geneva Copyright © International Labour Organization 1996
- WHO, Carta Europea sull'Alcol, presentata alla Conferenza Europea sulla Salute, la Società, e l'Alcool, Parigi, 12-14 dicembre 1995 promossa da Ufficio Regionale Europeo dell'OMS
- "Piano nazionale alcol e salute" 2007-2009 Ministero della Salute
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf
- "Alcol e performance lavorative" - Valentino Patussi - Convegno Alcol e lavoro: Analisi della situazione attuale e proposte per una legislazione migliore Firenze 14 giugno 2010
- "Statistiche e stime su rapporto tra assunzione di alcolici e infortuni" Antonella Ciani Passeri - Convegno Alcol e lavoro: Analisi della situazione attuale e proposte per una legislazione migliore Firenze 14 giugno 2010

3 La prevenzione nella popolazione a rischio

3. Prevenzione nella popolazione a rischio 3.1 Tumori e screening

3.1.1 Il percorso dello screening mammografico tra efficienza ed efficacia

Target (beneficiari)	Donne tra i 50 e i 69 anni (115.125 – Dati ISTAT al 31/12/2009)					
Attori	Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali Responsabili dei programmi di screening aziendali Professionisti dei diversi livelli del percorso di screening Rete Oncologica Regionale Registro Tumori Umbro di Popolazione Medici di Medicina Generale Mediatori culturali					
Portatori di interesse	Comuni Associazioni					
Obiettivo di salute	Garantire a tutte le donne della popolazione bersaglio i vantaggi della diagnosi precoce					
Descrizione sintetica	<p>Con il presente progetto si intende ottenere il miglioramento di tutti gli indicatori classici, in particolare quello relativo alla adesione, puntando a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un'attività di counselling da parte del MMG alle donne "in fascia", più mirata, attraverso l'utilizzo di una specifica piattaforma web, che permette loro di conoscere quali tra le proprie assistite non hanno aderito all'invito. l'organizzazione in ciascuna azienda usl di un numero di sedute adeguato ai bisogni, attraverso la razionalizzazione della risposta ad una domanda inappropriata e l'adeguamento dell'offerta alle fasce maggiormente disagiate (lavoratrici straniere). <p>L'altro aspetto che verrà affrontato con il progetto è quello del percorso diagnostico terapeutico attraverso due azioni strategiche: la stipula di protocolli che definiscano il percorso di accesso e utilizzo della strumentazione per l'approfondimento diagnostico di II livello, attualmente in dotazione a tre aziende sanitarie su sei, nonché la istituzione in almeno quattro aziende sanitarie dei cosiddetti Gruppi Oncologici Multidisciplinari specifici per patologia, affinché sia garantita la presa in carico della paziente con cr. a partire da un punto di accoglienza unico.</p>					
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento della copertura dello screening del 10% per il prossimo biennio garantendo un'offerta adeguata e costante su tutto il territorio regionale • Intervallo tra mammografia e intervento chirurgico entro gli standard in tutte le Aziende USL e AO 					
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010*	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Estensione corretta degli inviti corretta	Sistema informativo dello screening	88%	90%		90%	
Adesione corretta all'invito	Sistema informativo dello screening	66% (acc.> 50% des.> 70%)	67%		68%	
Copertura	Sistema PASSI	73% (acc.> 60% des.> 75%)	75%		80%	
Intervallo mammografia/intervento chirurgico < 60gg	Sistema informativo dello screening Flusso informativo anatomia patologica SDO Flusso specialistica amb		60gg		<60gg	

* i dati si riferiscono all'anno 2009

Il contesto

Nei Paesi industrializzati il carcinoma mammario è al primo posto tra i tumori maligni della popolazione femminile sia per incidenza sia per mortalità.

In Italia rappresenta la neoplasia più frequente nelle donne, con oltre 36.000 nuovi casi all'anno (pari ad un tasso d'incidenza di 152 casi ogni 100.000 donne) e 11.000 decessi all'anno. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari all'86%, risultato tra i migliori a livello europeo.

I dati del RTUP (Registro Tumori Umbro di Popolazione) evidenziano che il carcinoma della mammella è il tumore più frequente e la prima causa di morte nelle donne in Umbria, rappresentando il 23% dei tumori e il 16% delle morti per tumore nelle donne; l'andamento dell'incidenza per tumore della mammella mostra un incremento fino al 2001, probabilmente dovuto anche alla introduzione dello screening di popolazione: la successiva diminuzione dell'incidenza è poi caratteristica della seconda fase dello screening. La riduzione della mortalità era evidente già prima dell'introduzione dello screening di routine e dunque è da ascrivere in parte al miglioramento delle terapie. Con l'avvento dello screening ci si sarebbe potuti attendere un'ulteriore flessione del trend di mortalità che invece non ha subito modificazioni; è possibile che lo screening abbia conseguito finora risultati piuttosto limitati o che esso abbia contribuito a mantenere il trend di mortalità favorevole iniziato in precedenza.

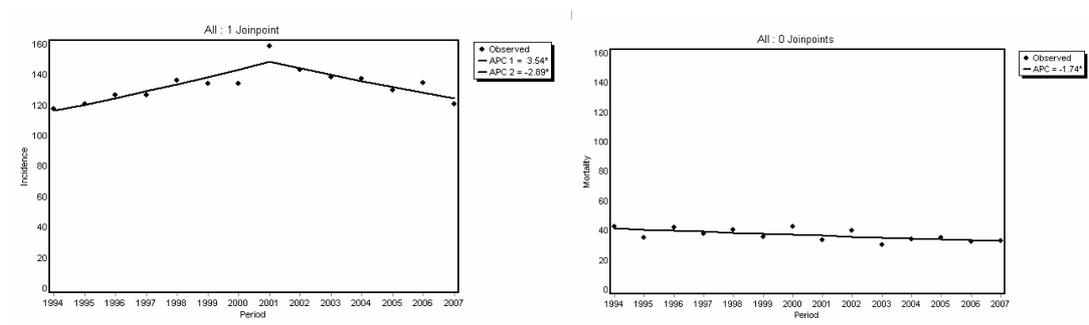


Fig.1 Trend temporali di incidenza (sopra) e mortalità (sotto) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti. Periodo 1994-2007. Mammella (C50), femmine.

In Umbria, nel periodo 2006-2008 sono stati registrati circa 634 nuovi casi all'anno, con un tasso standardizzato annuo di incidenza di 120,8 x 100.000 residenti, e circa 176 decessi all'anno, con un tasso standardizzato annuo di mortalità di 29,5 x 100.000 residenti.

L'Umbria ha avviato il programma di screening per la diagnosi precoce del carcinoma della mammella in tutte le Aziende USL a partire dal 1997: Il programma coinvolge circa 115.000 donne tra i 50 e i 69 anni, pari al 25% circa della popolazione femminile, ed è sistematicamente monitorato in tutte le fasi attraverso il confronto con gli standard nazionali.

I dati dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) mostrano che in Umbria il programma di screening mammografico presenta una qualità piuttosto elevata; nel 2008 è stata invitata una quota di popolazione superiore a quella bersaglio annuale e il 73% ha aderito all'invito.

Fig.2 Estensione effettiva (%). Anno 2008

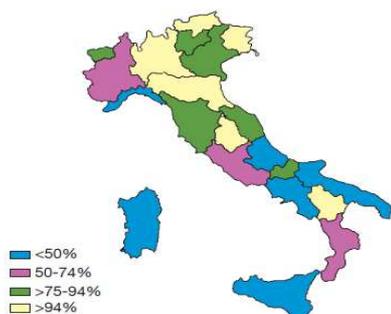
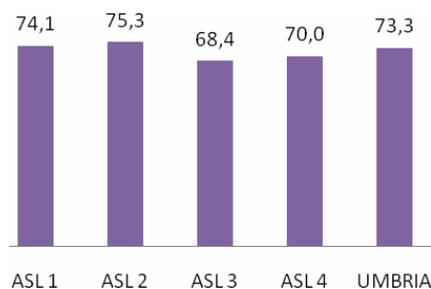


Fig.3 Adesione corretta (%) per ASL. Anno 2008



Per quanto riguarda i cosiddetti indicatori diagnostici (tasso di identificazione totale e per tumori di dimensioni uguali o inferiori a 1 cm, rapporto biopsie benigne/maligne, percentuale di tumori in situ), i risultati sono più variabili rispetto agli standard e alla media nazionale.

Il Rapporto regionale PASSI 2009 evidenzia che in Umbria circa il 73% delle donne tra i 50 e i 69 anni intervistate ha effettuato una mammografia preventiva nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

La copertura stimata è superiore al livello di copertura ritenuto "accettabile" (60%) e vicina a quello "desiderabile" (75%).

Tra le donne intervistate di 50-69 anni il 64% ha effettuato l'esame all'interno dei programmi di screening organizzati mentre il 9% l'ha effettuato come prevenzione individuale.

L'effettuazione della mammografia nei tempi raccomandati sembra correlata ad alcuni fattori quali l'età, la cittadinanza e le influenze culturali che ne derivano, il livello di istruzione, una corretta percezione del rischio legata alla conoscenza dei fattori di rischio della malattia e del significato della diagnosi precoce, nonché al fatto di aver avuto precedenti esperienze positive di screening e di non avere paura della diagnosi o dell'esame.

L'effettuazione della mammografia, pertanto, è risultata più alta nelle donne nella fascia 50-59 anni (77,3%) rispetto a quelle sopra i 60 anni (68,9%) e significativamente più alta rispetto alle straniere (41,6%). L'effettuazione della mammografia è più elevata anche nelle donne con un alto livello di istruzione.

In Umbria il 27% delle donne di 50-69 anni non risulta coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della mammella. Ben il 58% delle donne che non effettuano l'esame ritiene di non averne bisogno, dimostrando di avere una non corretta percezione del rischio.

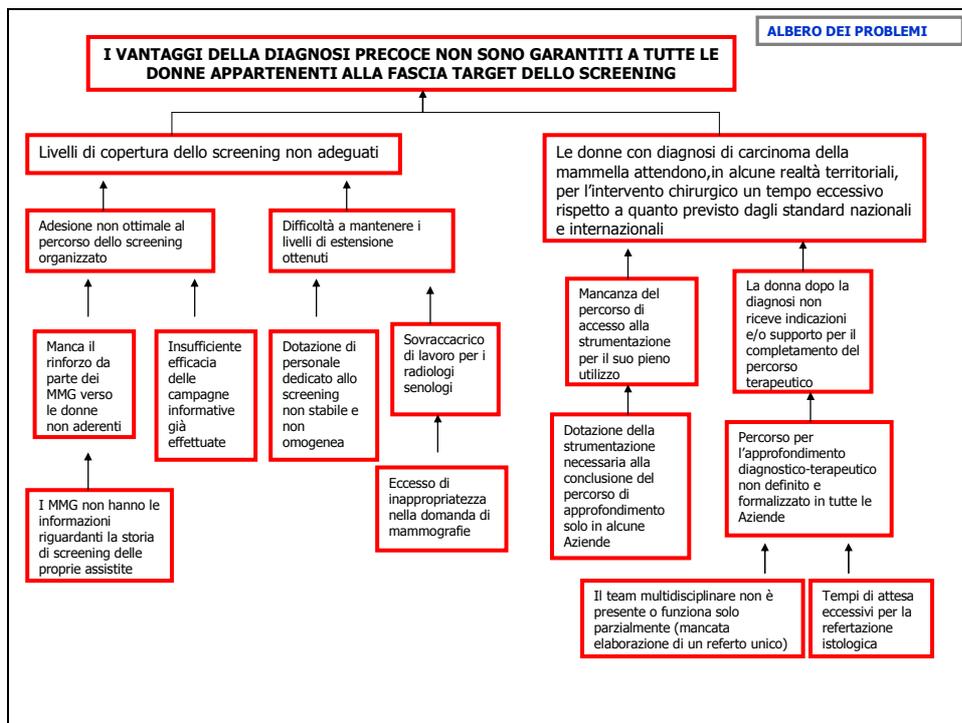
E' emerso inoltre che l'età media alla prima mammografia preventiva è risultata essere 44 anni, indicando un rilevante ricorso all'esame preventivo prima dei 50 anni, e che nella fascia pre-screening (40-49 anni) il 63% delle donne ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva almeno una volta nella vita.

I programmi organizzati si confermano correlati ad 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: la gran parte delle donne li giudica infatti molto importanti per l'esecuzione della mammografia e l'aver effettuato l'esame è sempre associato all'aver ricevuto almeno di questi interventi.

I problemi

Dal quadro fin qui rappresentato emerge come il programma di screening mammografico in Umbria possa essere considerato di buona qualità, anche se, come si evidenzia nello schema sottostante, una elevata quota di inappropriatelyzza nella domanda, spesso indotta dagli stessi operatori sanitari, che si accompagna ad una cronica carenza di personale (in particolare di radiologi senologi di screening) rischia di mettere in crisi addirittura il mantenimento nel tempo dei livelli di estensione fin qui raggiunti.

Accanto a ciò persistono nelle 4 Aziende USL problemi organizzativi e logistici, che si traducono in difformità nei percorsi per l'approfondimento diagnostico e talora in un allungamento dei tempi tra la diagnosi di positività e la individuazione di un'appropriatezza strategia terapeutica, con conseguente disorientamento delle donne con diagnosi di tumore della mammella identificato allo screening, che sono costrette talora a costruire "personalmente" il proprio percorso terapeutico.

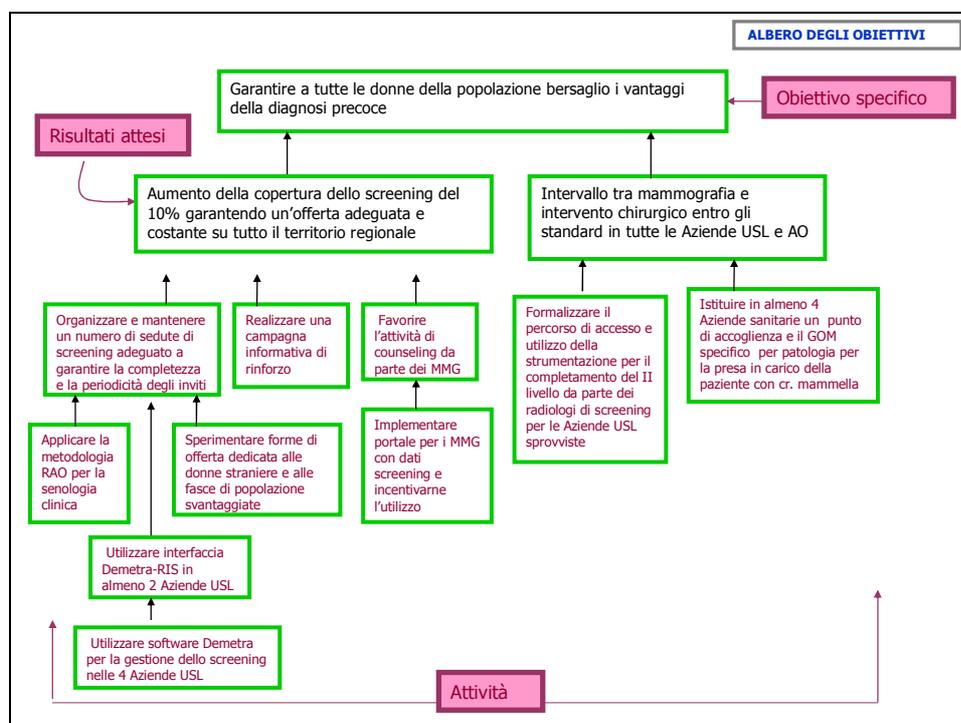


Gli obiettivi e i risultati attesi

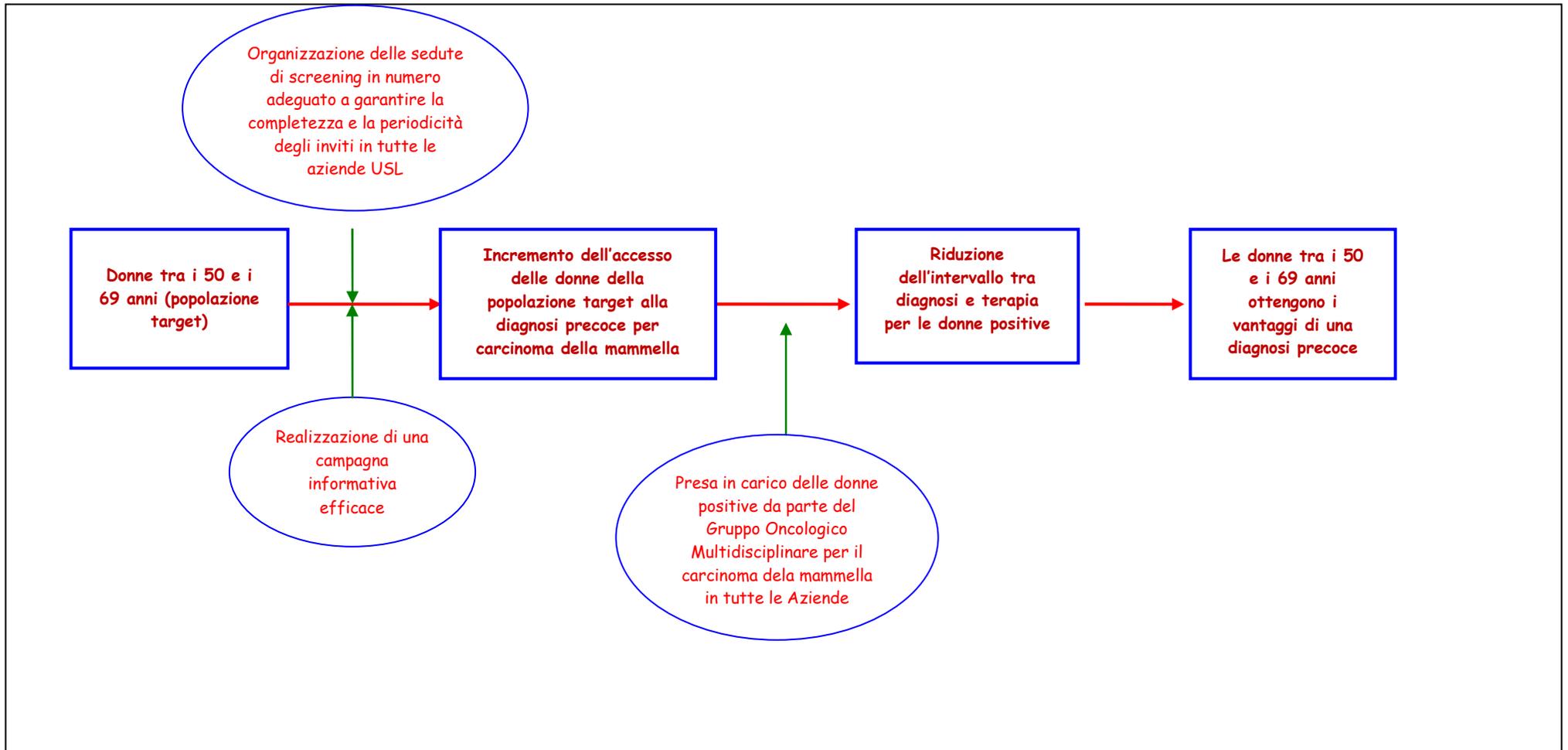
Poiché l'obiettivo specifico del presente progetto è quindi quello di garantire a tutte le donne in fascia per lo screening mammografico i vantaggi derivanti dalla diagnosi precoce, al termine del biennio si dovrà poter riscontrare il miglioramento di tutti gli indicatori classici, ma in particolare quello relativo alla adesione.

Per realizzare ciò è innanzitutto necessario, come negli altri screening, favorire l'attività di counselling alle donne "in fascia" da parte del MMG, sempre consentendo loro attraverso specifica piattaforma web di conoscere quali tra le proprie assistite non hanno aderito all'invito e su quelle intervenire specificamente con counselling mirato. E' però altrettanto strategico organizzare in ciascuna azienda usl un numero di sedute adeguato ai bisogni, avendo cura di attuare una razionalizzazione della risposta ad una domanda inappropriata e contemporaneamente di adeguare l'offerta alle fasce maggiormente disagiate (lavoratrici straniere).

L'altro aspetto che verrà affrontato con il progetto è quello del percorso diagnostico terapeutico attraverso due azioni strategiche: la stipula di protocolli che definiscano il percorso di accesso e utilizzo della strumentazione per l'approfondimento diagnostico di II livello, attualmente in dotazione a tre aziende sanitarie su sei, nonché la istituzione in almeno quattro aziende sanitarie dei cosiddetti Gruppi Oncologici Multidisciplinari specifico per patologia, affinché sia garantita la presa in carico della paziente con cr. a partire da un punto di accoglienza unico.



Il modello logico



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Garantire a tutte le donne della popolazione bersaglio i vantaggi della diagnosi precoce	Estensione corretta degli inviti Adesione corretta all'invito Copertura Intervallo mammografia/intervento chirurgico	Sistema informativo dello screening Sistema PASSI Flusso informativo anatomia patologica SDO Flusso specialistica ambulatoriale	
Risultato atteso 1	Aumento della copertura dello screening del 10% per il prossimo biennio garantendo un'offerta adeguata e costante su tutto il territorio regionale	Copertura	Sistema PASSI	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1	Favorire l'attività di counseling da parte dei MMG			
<i>1.1.1</i>	<i>Implementare il portale dei MMG con la storia di screening delle assistite "in fascia" in tutte le Aziende USL</i>	Regione Aziende USL	Interfaccia tra software screening e portale dei MMG	
<i>1.1.2</i>	<i>Formare i MMG sulle potenzialità del portale</i>			
<i>1.1.3</i>	<i>Incentivare i MMG all'utilizzo del portale</i>	Aziende USL	Incentivi ai MMG	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.2	Realizzare una campagna informativa di rinforzo			
<i>1.2.1</i>	<i>Individuare e coinvolgere i beneficiari e i portatori di interesse per la definizione del piano di comunicazione (obiettivi e contenuti)</i>	Gruppo di lavoro con esperti e portatori di interesse		
<i>1.2.2</i>	<i>Realizzare i materiali identificativi e informativi della campagna (depliant, locandine cartacee)</i>	Esperti di comunicazione e grafici	Progettazione grafica Produzione di materiali Stampa Implementazione siti web regionale e delle aziende usl	
<i>1.2.3</i>	<i>Distribuire i materiali informativi</i>	Elaborazione piano di distribuzione per ciascuna azienda usl		

		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.3	Organizzare e mantenere un numero di sedute di screening adeguato a garantire la completezza e la periodicità degli inviti			
<i>1.3.1</i>	<i>Applicare la metodologia RAO per la senologia clinica</i>			
<i>1.3.2</i>	<i>Sperimentare forme di offerta dedicata alle donne straniere e alle fasce di popolazione svantaggiate</i>			
<i>1.3.3</i>	<i>Utilizzare software Demetra per la gestione dello screening nelle 4 Aziende USL</i>		Costi derivanti dall'implementazione del modulo specifico del software	
<i>1.3.4</i>	<i>Utilizzare interfaccia Demetra-RIS in almeno 2 Aziende USL</i>			
Risultato atteso 2	Intervallo tra mammografia e intervento chirurgico entro gli standard in tutte le Aziende USL e AO	Intervallo mammografia/intervento chirurgico	Sistema informativo dello screening Flusso informativo anatomia patologica SDO Flusso specialistica ambulatoriale	
Attività 2.1	Formalizzare il percorso di accesso e utilizzo della strumentazione per il completamento del II livello da parte dei radiologi di screening per le Aziende USL sprovviste	Protocollo di messa a disposizione e procedure di utilizzo condiviso tra Ausl e AO		
Attività 2.2	Istituire in almeno 4 Aziende Sanitarie un punto di accoglienza e il GOM specifico per patologia per la presa in carico delle donne con diagnosi di carcinoma della mammella			

3. Prevenzione nella popolazione a rischio
3.1 Tumori e screening

3.1.2 Innovazione nello screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina attraverso il miglioramento della qualità e della sostenibilità

Target (beneficiari)	Donne tra i 25 e i 64 anni (250.412 – Dati ISTAT al 31/12/2009)					
Attori	Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali Responsabili dei programmi di screening aziendali Professionisti dei diversi livelli del percorso di screening Ginecologi privati Medici di Medicina Generale Mediatori culturali					
Portatori di interesse	Comuni (Consulta immigrati) Associazioni					
Obiettivo di salute	Garantire a tutte le donne della popolazione bersaglio i vantaggi della diagnosi precoce					
Descrizione sintetica	Il progetto punta ad ottenere il massimo coinvolgimento della ginecologia privata per poter garantire la reale applicazione del protocollo diagnostico terapeutico deliberato all'inizio del 2010, sfruttando l'occasione, tra l'altro, dell'introduzione su scala regionale della citologia in fase liquida che si sta sperimentando sotto il profilo costo-efficacia in una delle quattro aziende USL. Tutto ciò con l'obiettivo di garantire alle donne appropriatezza ed efficacia Contestualmente si vuole migliorare anche l'azione di sostegno dei MMG, attraverso la messa a disposizione di una piattaforma attraverso la quale sia possibile, per ciascuno di loro, verificare l'adesione delle assistite in fascia e quindi svolgere una appropriata attività di counselling breve.					
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento della corretta percezione del rischio nella popolazione bersaglio • Miglioramento dell'adesione al protocollo diagnostico-terapeutico regionale dello screening 					
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010*	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Copertura	Sistema PASSI	85% (acc. > 65% des. > 80%)	85%		85%	
Adesione al triage	Sistema informativo dello screening (Demetra-NOEMA LIFE)	92%	90%		90%	
Adesione alla colposcopia	Sistema informativo dello screening (Demetra-NOEMA LIFE)	70% (acc. > 90% des. > 95%)	75%		78%	
% di donne con una non corretta percezione del rischio	Sistema PASSI	46%	35%		25%	

* I dati si riferiscono all'anno 2009

Il contesto

Il carcinoma della cervice uterina a livello mondiale è 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. Nei Paesi con programmi di screening organizzati si è assistito negli ultimi decenni a un importante decremento di incidenza della neoplasia e della mortalità.

In Italia si stimano circa 3.400 nuovi casi all'anno (corrispondenti ad un tasso di incidenza di 10 casi ogni 100.000 donne) e 1.000 decessi; sia l'incidenza che la mortalità mostrano un calo rilevante. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari al 64% (66% a livello nazionale).

Il carcinoma della cervice uterina è il primo tumore che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto come sicuramente causato da un'infezione virale dovuta ai Papilloma Virus umani (HPV), in particolare a quelli cosiddetti "ad alto rischio" 16 e 18, responsabili di oltre il 70% di tutti i tumori in questa sede. I Papilloma Virus si trasmettono con i rapporti sessuali, anche non completi.

In Umbria, secondo i dati del Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP), nel periodo 2006-2008 sono stati diagnosticati una media di 36 nuovi casi di tumore della cervice uterina all'anno, con un tasso standardizzato di incidenza annuo di 7 casi x 100.000 residenti, e 8 decessi all'anno, con un tasso standardizzato di mortalità annuo di 1,4 x 100.000 residenti. Il trend temporale dei tassi di mortalità e di incidenza per tumore della cervice uterina è in significativa diminuzione, molto probabilmente per l'introduzione dello screening nella nostra regione.

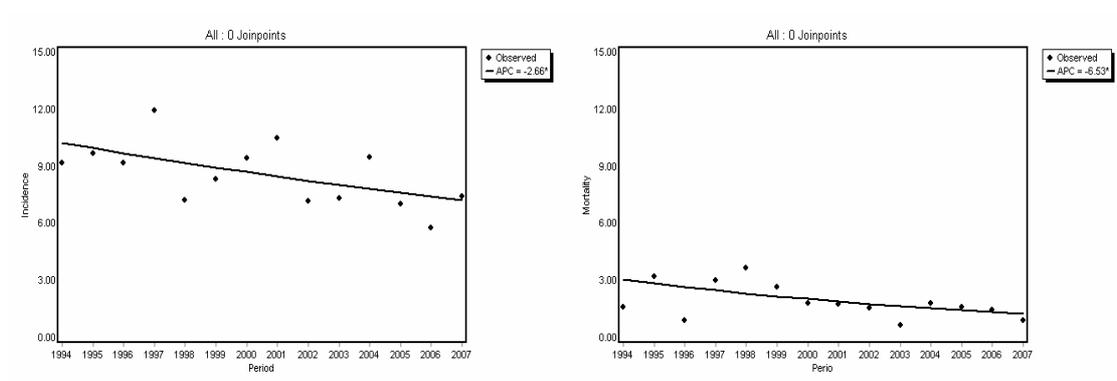


Fig.1 Trend temporali di incidenza (a sinistra) e mortalità (a destra) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti. Periodo 1994-2007. Cervice uterina, femmine

L'Umbria ha avviato il programma di screening per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina in tutte le Aziende USL a partire dal 1999. Il programma coinvolge circa 250.000 donne tra i 25 e i 64 anni, pari a oltre il 50% della popolazione femminile, ed è sistematicamente monitorato in tutte le fasi attraverso il confronto con gli standard nazionali.

I dati dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) mostrano che in Umbria il programma di screening ha raggiunto una qualità piuttosto buona; nel 2008 è stato invitato oltre il 100% della popolazione bersaglio annuale e il 58% ha aderito all'invito, con un valore nettamente superiore al dato medio italiano (39,7%) e tra i più alti a livello nazionale.

Fig.2 Percentuale di donne in età 25-64 anni inclusa nella popolazione obiettivo di programmi di screening organizzati

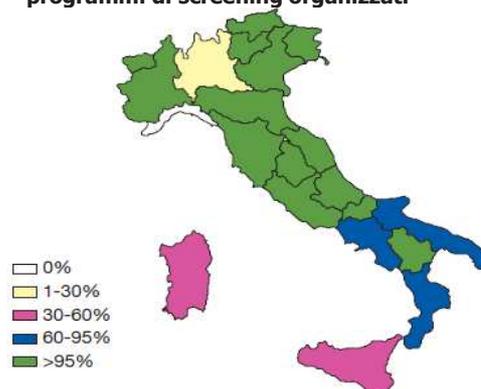
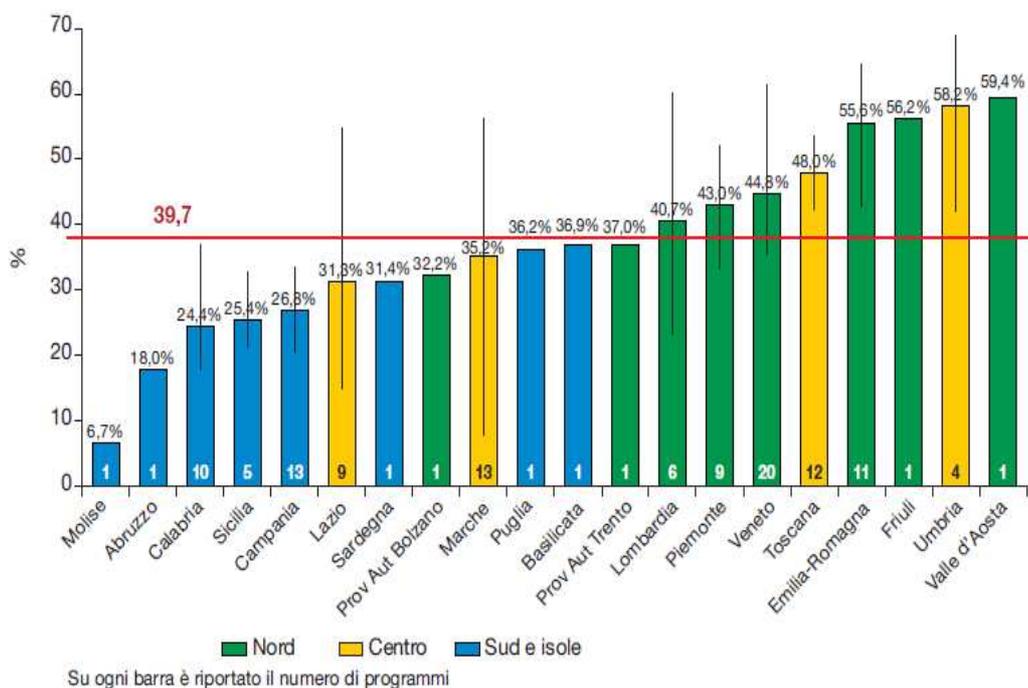


Fig.3 Adesione percentuale all'invito. Survey su attività 2008. Distribuzione tra le Regioni



Il Rapporto regionale PASSI 2009 evidenzia che in Umbria circa l'85% delle donne intervistate tra i 25 e i 64 anni ha effettuato un Pap-test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida internazionali e nazionali.

La copertura stimata è superiore sia al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) sia al livello "desiderabile" (80%) dalle indicazioni nazionali.

Tra le donne intervistate di 25-64 anni, il 61% ha effettuato il Pap-test all'interno di un programma di screening organizzato (su invito o su presentazione spontanea), mentre il 23 % l'ha effettuato come prevenzione individuale. Nelle diverse Aziende USL non ci sono differenze statisticamente significative rispetto al valore regionale nella percentuale di donne che hanno effettuato il Pap-test sia all'interno di un programma di screening organizzato che come prevenzione individuale; esiste però una quota più alta di donne che effettuano prevenzione individuale nell'Azienda USL 4. E' tuttavia interessante sottolineare che a livello nazionale, tra le ASL partecipanti al sistema PASSI, ben il 37% delle donne effettua il Pap-test come prevenzione individuale.

Fig.4 Pap-test come prevenzione individuale
AUSL dell'Umbria - PASSI 2009

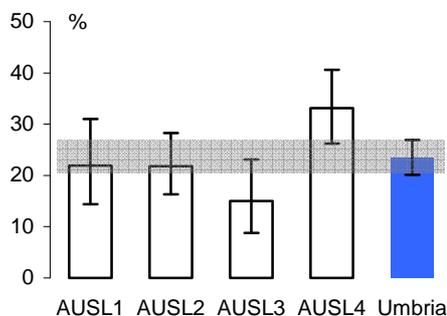
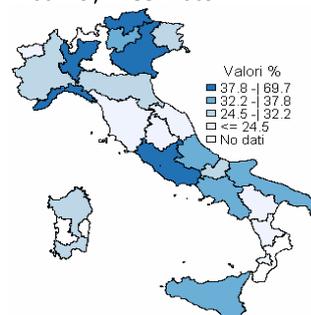


Fig.5 Pap-test come prevenzione individuale
Pool Asl, PASSI 2009



L'effettuazione del Pap-test nei tempi raccomandati sembra correlata ad alcuni fattori quali l'età, la cittadinanza e le influenze culturali che ne derivano, il livello di istruzione, il livello socio-economico, una corretta percezione del rischio legata alla conoscenza dei fattori di rischio della malattia e del significato della

diagnosi precoce, nonché al fatto di aver avuto precedenti esperienze positive di screening e di non avere paura della diagnosi o dell'esame.

L'effettuazione del Pap-test, pertanto, è risultata significativamente più alta nelle donne tra i 35 e i 49 anni (89%) rispetto a quelle tra i 25 e i 34 anni (86%) e a quelle sopra i 50 anni (79%); anche le donne con cittadinanza straniera sembrano effettuare meno il Pap-test (67%). L'effettuazione del Pap-test è più elevata anche nelle donne con un alto livello di istruzione e senza rilevanti difficoltà economiche.

In Umbria il 16% delle donne di 25-64 anni non risulta coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina. Ben il 46% delle donne che non effettuano l'esame ritiene di non averne bisogno, dimostrando di avere una non corretta percezione del rischio.

I programmi organizzati si confermano correlati ad 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: la metà delle donne li giudica infatti molto importanti per l'esecuzione del Pap-test e tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame cresce significativamente.

Circa una donna su due ha riferito di aver eseguito il Pap-test nel corso dell'ultimo anno, più di quanto atteso in base alla periodicità triennale dell'esame (una su tre); esiste pertanto una quota di donne che effettua l'esame con frequenza maggiore a quanto raccomandato (fenomeno di "sovracopertura"), verosimilmente per consigli inappropriati degli operatori sanitari.

La Regione Umbria, inoltre, nell'ultimo triennio, ha avviato una serie di iniziative per favorire la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina e migliorare la qualità del programma di screening.

Nel corso del 2008 sono stati effettuati la formazione e l'aggiornamento di tutti gli operatori che a vario titolo operano nel percorso dello screening organizzato.

Nel 2008, in base alle indicazioni nazionali, con la D.G.R. 2033/2007 e la D.G.R. 84/2008, è stata avviata sul territorio regionale la vaccinazione contro i Papilloma Virus responsabili del tumore della cervice uterina a tutte le adolescenti che hanno compiuto l'undicesimo anno di età tramite chiamata attiva e l'offerta gratuita del vaccino; inoltre il vaccino è stato offerto in regime di partecipazione alla spesa e con prescrizione medica anche a tutte le ragazze che non hanno ancora compiuto i 18 anni. La copertura raggiunta nel primo semestre del 2010 è stata del 79% per la I dose, del 77,5% per la II dose e del 73,3% per la III dose.

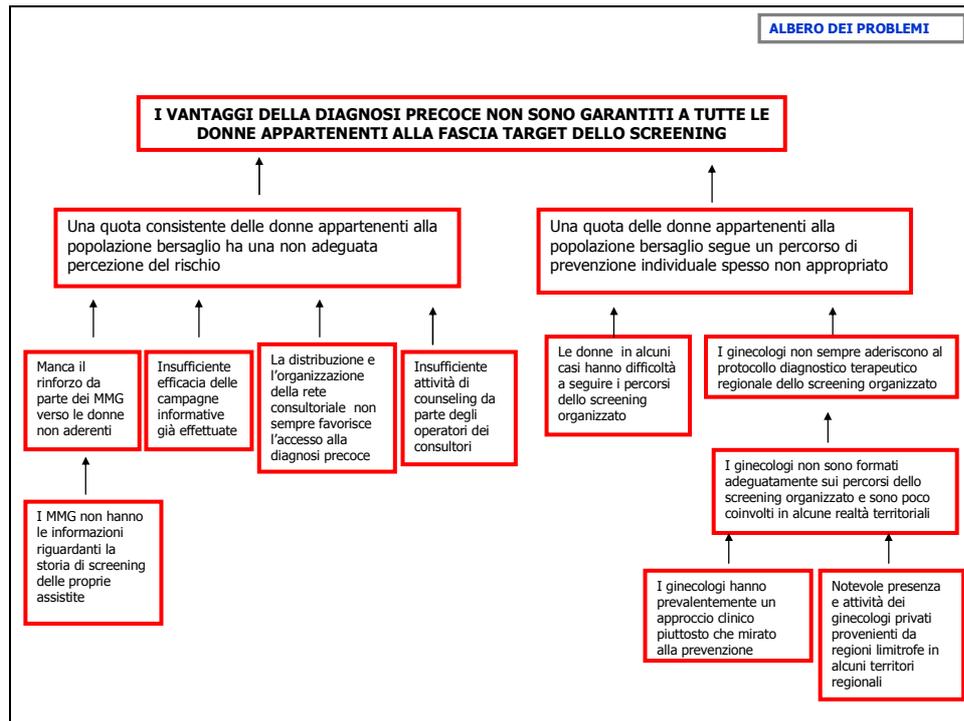
A partire dal 2009 la Regione, con la D.G.R. 1861/2008, offre un Pap-test gratuito ogni tre anni, e i relativi approfondimenti che ne derivano, anche alle donne tra i 18 e i 24 anni, che si presentino spontaneamente presso le strutture pubbliche coinvolte nello screening, garantendo un percorso di diagnosi e trattamento uniforme e appropriato per evitare interventi terapeutici inutili.

Nel corso del 2010, con la D.G.R. 406/2010, è stato rivisto il protocollo diagnostico terapeutico regionale, adottato nel 2006, alla luce delle ultime evidenze scientifiche; secondo tale protocollo le donne con un Pap-test anomalo (presenza di Cellule Squamose Atipiche di Significato Indeterminato – ASCUS – o di Lesioni Intraepiteliali di Basso Grado – LSIL) sono richiamate ad effettuare un ulteriore prelievo citologico (triage) per la ricerca dei Papilloma Virus ad Alto Rischio (HPV-DNA HR). Inoltre, la regione, adeguandosi alle indicazioni nazionali ed internazionali, ha avviato, con la D.G.R. 249/2009, l'utilizzo della metodica della citologia in fase liquida (LBC) come sistema di prelievo di routine per lo screening citologico in una Azienda USL della regione per la valutazione preliminare del rapporto costi/benefici. L'adozione di questa metodica innovativa, oltre a garantire una maggiore qualità del campione, consente di evitare alla donna un ulteriore prelievo citologico, nel caso in cui siano necessari approfondimenti diagnostici per Pap-test anomalo.

I problemi

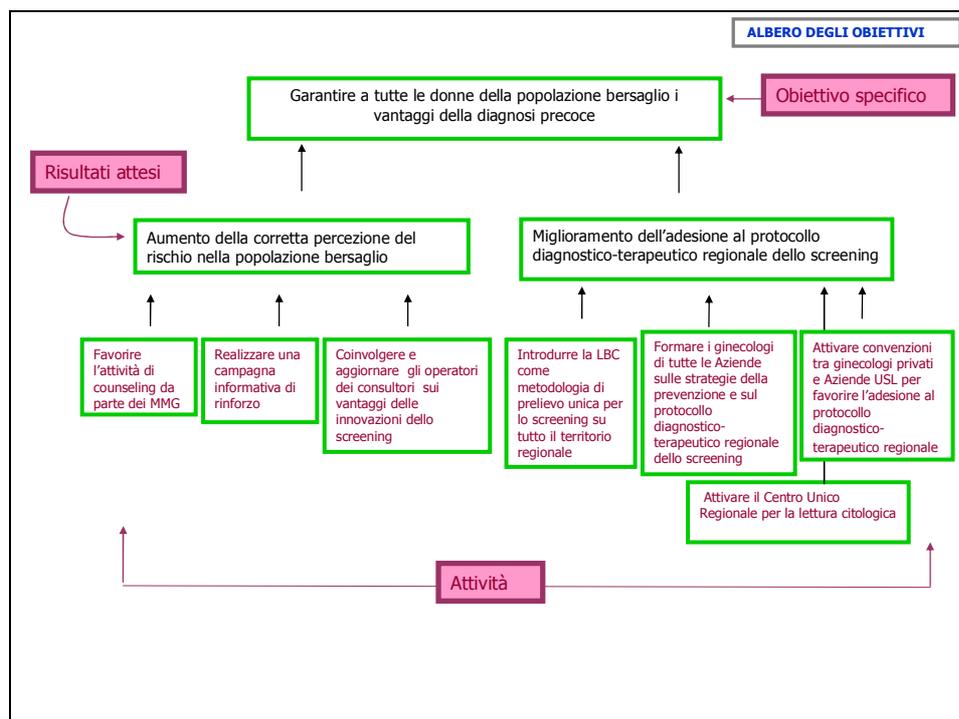
Sebbene gli indicatori collochino lo screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina in buona posizione nel confronto con le altre regioni italiane, rimane ancora poco soddisfacente da un lato la percezione del rischio che le donne hanno nei confronti del tumore del collo dell'utero, dall'altra la partecipazione delle stesse ad un percorso appropriato nel caso di positività allo screening.

Quest'ultimo aspetto è particolarmente rilevante, poiché nonostante, come illustrato nel contesto, all'inizio dell'anno sia stato aggiornato, in collaborazione con alcuni rappresentanti dei ginecologi privati il protocollo diagnostico terapeutico regionale, che esisteva fin dal 2006, molte sono ancora le donne che si recano dal proprio ginecologo per effettuare un pap-test ogni anno e in caso di positività vengono sottoposte ad approfondimenti con tempi e modi del tutto in contrasto con quanto stabilito dalla letteratura e dal protocollo stesso.

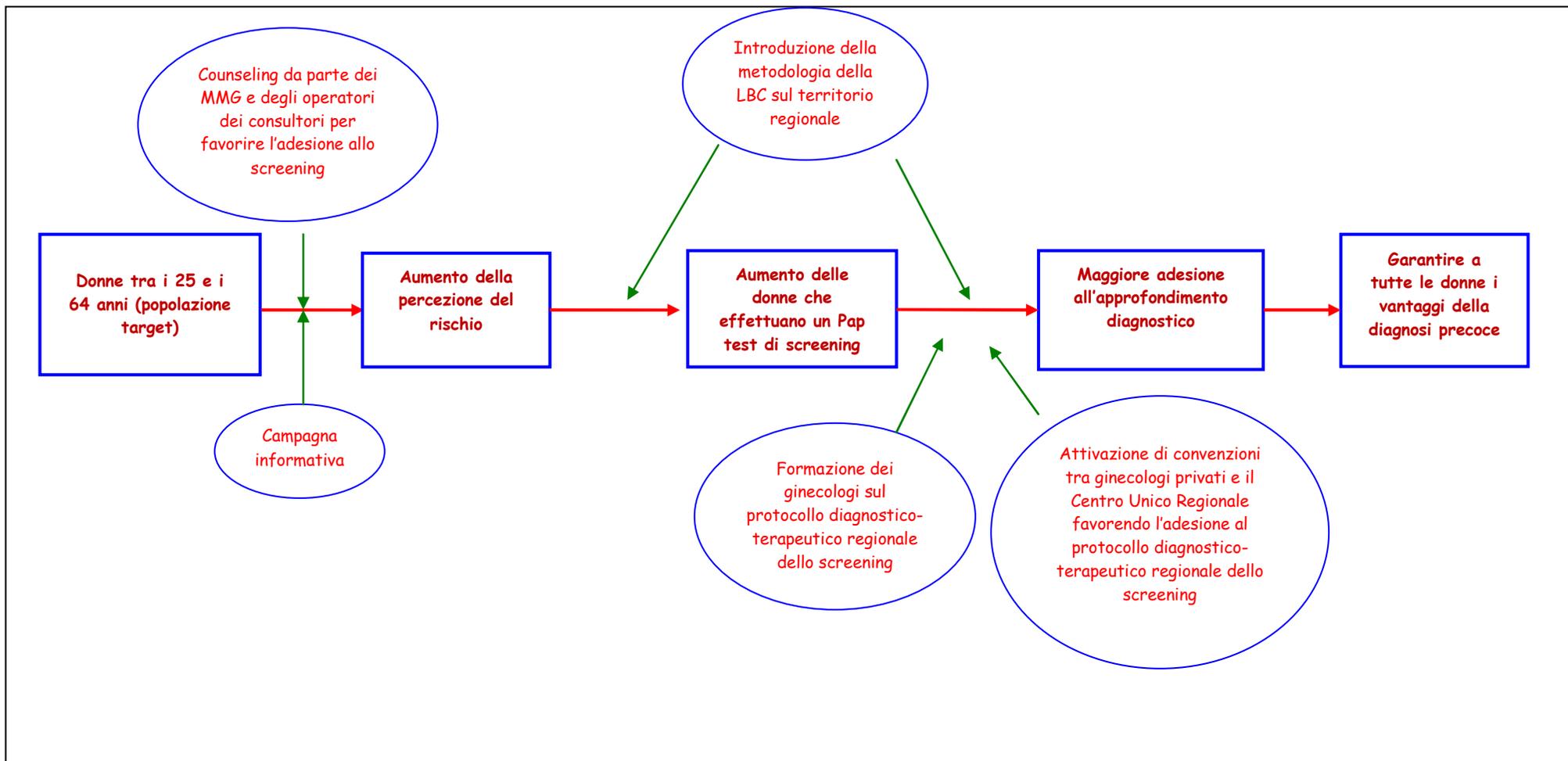


Gli obiettivi e i risultati attesi

Alla luce di quanto evidenziato si ritiene strategico innanzitutto migliorare il coinvolgimento e la sensibilizzazione dei ginecologi privati, cogliendo l'occasione dell'estensione su tutto il territorio regionale della citologia in fase liquida (LBC), attualmente utilizzata in una sola Azienda USL come fase di studio costo-efficacia. Contestualmente sarà importante attivare il Centro Unico Regionale, articolato nelle due sedi di Perugia e Terni per la lettura citologica e la unificazione del sistema di qualità e quindi convenzioni con il più ampio numero di ginecologi privati per il conferimento all'unico laboratorio di riferimento. Contestualmente si vuole migliorare anche l'azione di sostegno dei MMG, attraverso la messa a disposizione di una piattaforma attraverso la quale sia per ciascuno di loro possibile verificare l'adesione delle assistite in fascia e quindi svolgere una appropriata attività di counselling breve.



Il modello logico



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Garantire a tutte le donne della popolazione bersaglio i vantaggi della diagnosi precoce	Copertura Adesione al triage Adesione alla colposcopia	Sistema informativo dello screening Demetra-NOEMA LIFE Sistema PASSI	
Risultato atteso 1	Aumento della corretta percezione del rischio nella popolazione bersaglio	% di donne con una non corretta percezione del rischio	Sistema PASSI	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1	Favorire l'attività di counseling da parte dei MMG			
1.1.1	Implementare il portale dei MMG con la storia di screening delle assistite in fascia in tutte le Aziende USL	Interfaccia tra software screening e portale dei MMG	Relativi alla produzione dell'interfaccia	
1.1.2	Formare i MMG sulle potenzialità del portale			
1.1.3	Incentivare i MMG all'utilizzo del portale	Aziende USL	Incentivi ai MMG	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.2	Realizzare una campagna informativa di rinforzo			
1.2.1	<i>Individuare e coinvolgere i beneficiari e i portatori di interesse per la definizione del piano di comunicazione (obiettivi e contenuti)</i>	Gruppo di lavoro con esperti e portatori di interesse		
1.2.2	<i>Realizzare i materiali identificativi e informativi della campagna (depliant, locandine cartacee)</i>	Esperti di comunicazione e grafica	Progettazione grafica Produzione materiali Stampa Implementazione siti web regionale e delle aziende usl	
1.2.3	<i>Distribuire i materiali informativi</i>	Elaborazione piano di distribuzione per ciascuna azienda usl		
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.3	Formare gli operatori dei consultori sui vantaggi delle innovazioni dello screening			
1.3.1	<i>Progettare il percorso formativo (individuazione dei target, dei bisogni formativi, degli obiettivi e dei</i>			

	<i>contenuti)</i>			
1.3.2	<i>Organizzare e realizzare il corso (programma, docenti, sistema di valutazione dell'apprendimento, calendario)</i>			
Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Risultato atteso 2	Miglioramento dell'adesione al protocollo diagnostico terapeutico allo screening per il cr della cervice uterina	Adesione al triage Adesione alla colposcopia	Sistema informativo dello screening Demetra – Noema Life	
Attività 2.1	Introdurre la LBC come metodologia di prelievo unica per lo screening su tutto il territorio regionale		Costi previsti con DGR 249/2009	
2.1.1	<i>Completare la sperimentazione nell'Azienda USL 1</i>			
2.1.2	<i>Effettuare la valutazione costi-benefici</i>	Gruppo di valutazione istituito con DGR 249/2009		
2.1.3	<i>Formare le ostetriche di tutte le Aziende USL</i>			
2.1.4	<i>Implementare il software di gestione dello screening</i>			
2.1.5	<i>Estendere l'utilizzo della metodica in tutte le Aziende USL</i>			
Attività 2.2	Formare i ginecologi di tutte le Aziende sulle strategie della prevenzione e sul protocollo diagnostico-terapeutico regionale dello screening			
2.2.1	<i>Progettare il percorso formativo (individuazione dei target, dei bisogni formativi, degli obiettivi e dei contenuti)</i>			
2.2.2	<i>Organizzare e realizzare il corso (programma, docenti, sistema di valutazione dell'apprendimento, calendario)</i>			
Attività 2.3	Costituire il Centro Unico Regionale per la lettura citologica			
Attività 2.4	Attivare convenzioni tra ginecologi privati e Centro Unico Regionale per la lettura citologica			

3. Prevenzione nella popolazione a rischio
3.1 Tumori e screening

3.1.3 Reingegnerizzazione dello screening per la prevenzione del carcinoma del colon retto

Target (beneficiari)	Uomini e donne tra i 50 e i 74 anni (272.202 – Dati ISTAT al 31/12/2009)					
Attori	Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali Responsabili dei programmi di screening aziendali Professionisti dei diversi livelli del percorso di screening Rete Oncologica Regionale Registro Tumori Umbro di Popolazione Medici di Medicina Generale					
Portatori di interesse	Comuni Associazioni					
Obiettivo di salute	Garantire a tutte le persone della popolazione bersaglio i vantaggi della diagnosi precoce					
Descrizione sintetica	Il miglioramento degli indicatori classici per questo screening dovrà essere ottenuta attraverso una più efficace campagna informativa e ad una specifica attività di counselling da parte dei MMG. Dovrà però essere garantito anche il completamento del percorso diagnostico-terapeutico entro i 30gg dalla diagnosi istologica attraverso la presa in carico dei pazienti da parte del Gruppo Oncologico Multidisciplinare .					
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento dell'adesione all'invito • Aumento dell'adesione al II livello • Intervallo tra diagnosi istologica e intervento chirurgico entro gli standard in tutte le Aziende USL e AO 					
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010*	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Estensione	Sistema informativo screening (Demetra – Noema Life)	85% (acc. >80% desid. >90%)	88%		90%	
Adesione grezza all'invito	Sistema informativo dello screening (Demetra – Noema Life)	45% (acc. >45% des. >65%)	47%		49%	
Copertura	Sistema PASSI	47 %	49%		51%	
Adesione alla colonscopia	Sistema informativo dello screening (Demetra – Noema Life)	79 % (acc. >85% des. >90%)	82%		85%	
Intervallo tra diagnosi istologica/ intervento chirurgico < 30gg	Sistema informativo dello screening Flusso informativo anatomia patologica SDO Flusso specialistica ambulatoriale Sistema informativo laboratori	34 % (standard > 90 %) §§§	45%		50%	

Il contesto

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini (10% dei decessi oncologici) sia nelle donne (12%) e sono a livello europeo in costante aumento.

In Italia ogni anno si stimano circa 38.000 nuovi casi di carcinoma coloretale e oltre 16.000 morti.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è per il colon pari al 56% negli uomini e 57% nelle donne; per il retto è del 55% negli uomini e 58% nelle donne.

In Umbria, secondo i dati del Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP), nel periodo 2006-2008 sono stati diagnosticati una media di 523 casi di tumore del colon-retto negli uomini (tasso standardizzato di incidenza $114,7 \times 100.000$) e 396 nelle donne (tasso standardizzato di incidenza $66,8 \times 100.000$); i decessi annui sono stati rispettivamente 188 tra gli uomini (tasso standardizzato di mortalità $41,0 \times 100.000$) e 161 tra le donne (tasso standardizzato di mortalità $24,1 \times 100.000$). I tumori del colon retto rappresentano il 13% dei tumori nei maschi, il 15% nelle femmine e circa il 10% delle morti in entrambe i sessi.

I trend temporali evidenziano un aumento dell'incidenza e una diminuzione della mortalità per il tumore del colon in ambo i sessi e per quello del retto nei maschi, mentre per il tumore del retto nelle femmine si assiste a un decremento sia dell'incidenza sia della mortalità.

In seguito all'introduzione dello screening (ricerca periodica del sangue occulto nelle feci) introdotto nella Regione Umbria a partire dal 2006 si è verificato un aumento dell'incidenza dei tumori maligni del colon mentre non si sono riscontrati effetti sulla mortalità specifica; tuttavia si prevede una riduzione della mortalità e anche dell'incidenza per la rimozione dei polipi che riduce la prevalenza di lesioni suscettibili di trasformazione maligna nella popolazione, ovvero delle lesioni che alimentano l'incidenza dei tumori maligni.

Fig.1 Trend temporali di incidenza (a sinistra) e mortalità (a destra) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti. Periodo 1994-2007. Colon, maschi

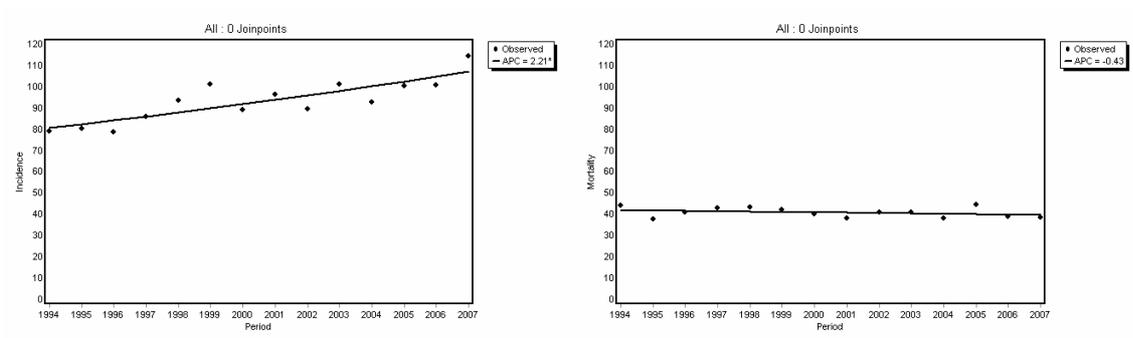
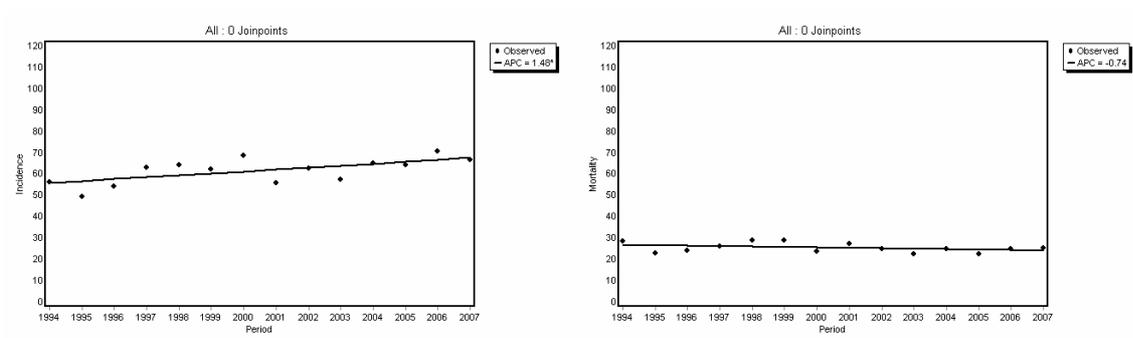


Fig.2 Trend temporali di incidenza (a sinistra) e mortalità (a destra) dei tassi standardizzati (pop. Umbria 2001) per 100.000 abitanti. Periodo 1994-2007. Colon, femmine



L'Umbria, come già detto, ha avviato il programma di screening per le neoplasie del colon-retto in tutte le Aziende USL dal secondo semestre del 2006. Il programma coinvolge circa 272.000 persone tra i 50 e i 74 anni (30% della popolazione), prevede la ricerca biennale del sangue occulto fecale con prelievo effettuato

a domicilio ed è sistematicamente monitorato in tutte le fasi, attraverso il confronto con gli standard nazionali.

I dati riferiti al primo round di screening (periodo 2006-2008) mostrano che in Umbria è stata invitata il 90% della popolazione bersaglio biennale con una adesione pari al 44%, leggermente inferiore al dato medio nazionale (47,5%).

Fig. 3 Adesione all'invito (%) per ASL – I round



Delle circa 103.000 persone che hanno effettuato il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci, sono risultate positive circa 5700 (5,6%) ed hanno effettuato la colonscopia circa 4600 persone (81%). Nel primo round sono stati diagnosticati 361 adenocarcinomi e 1155 adenomi avanzati.

Il Rapporto regionale PASSI 2009 evidenzia che in Umbria circa il 37% delle persone intervistate nella fascia di età 50-69 anni ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni e il 10% di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni, con una adesione risultata significativamente più elevata sopra i 60 anni (43,6%).

Nelle diverse Aziende USL della regione non ci sono differenze significative tra le percentuali di persone di 50-69 anni che hanno riferito di aver effettuato un test per la diagnosi precoce delle neoplasie del colon retto, mentre a livello nazionale una percentuale significativamente inferiore rispetto a quella riscontrata per l'Umbria (23%) delle persone di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato la ricerca del sangue occulto.

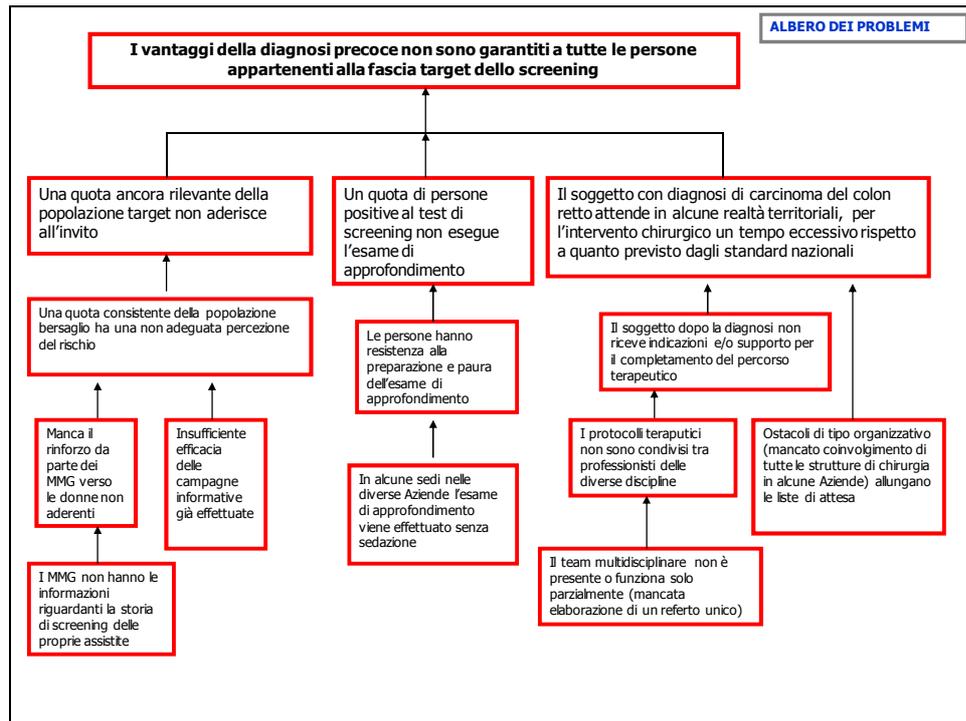
In Umbria il 57% delle persone tra i 50 e i 69 anni non ha mai effettuato un test per la ricerca di sangue occulto nelle feci a scopo preventivo. Circa la metà delle persone che non effettuano alcun esame per lo screening del tumore del colon retto ritiene di non averne bisogno, dimostrando di avere una non corretta percezione del rischio.

Per incrementare l'adesione della popolazione invitata, i programmi di screening organizzati prevedono, a livello locale, campagne informative/educative rivolte alla popolazione target con l'intervento sia dei Medici di Medicina Generale che degli operatori di Sanità Pubblica. Di fatto, l'aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori coloretali è significativamente associato all'aver ricevuto una lettera di invito o il consiglio da parte del medico.

I problemi

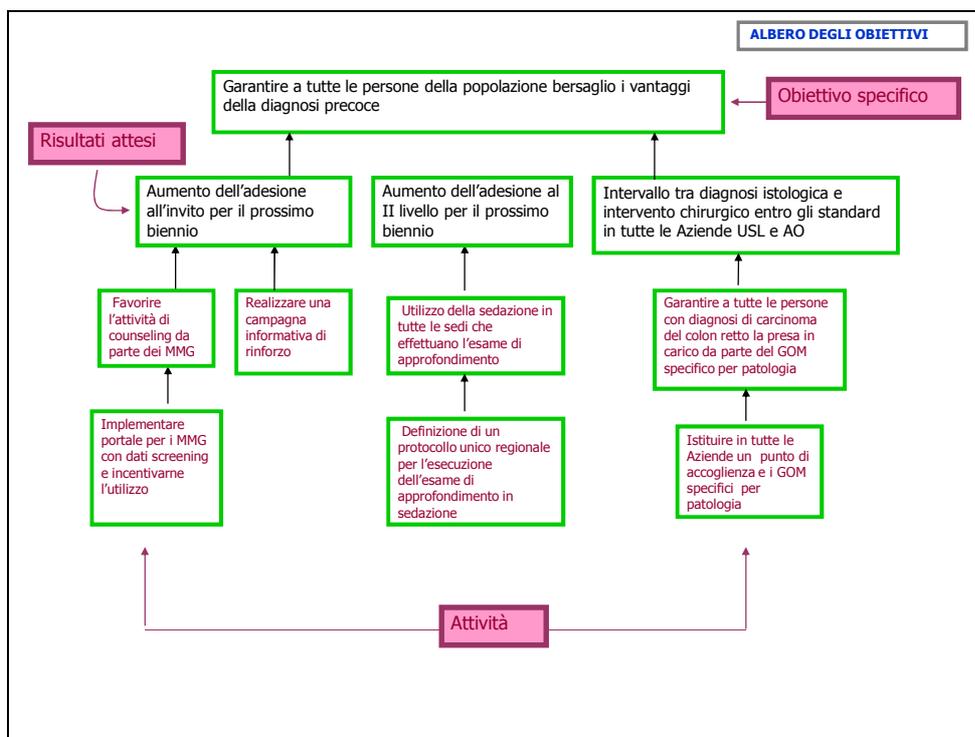
Lo screening del colon retto è in Umbria lo screening avviato più recentemente e quindi non può essere ancora considerato a regime : soffre tuttora del fatto che la popolazione target non solo non è ancora sufficientemente consapevole del grande vantaggio per la salute che esso determina, ma anche e soprattutto del livello di sicurezza raggiunto rispetto all'esame di approfondimento e di come lo stesso possa essere di per sé risolutore.

L'altro aspetto critico accomuna questo screening a quello della mammella e riguarda la completezza del percorso terapeutico nel caso si renda necessario l'intervento chirurgico e la chemioterapia.

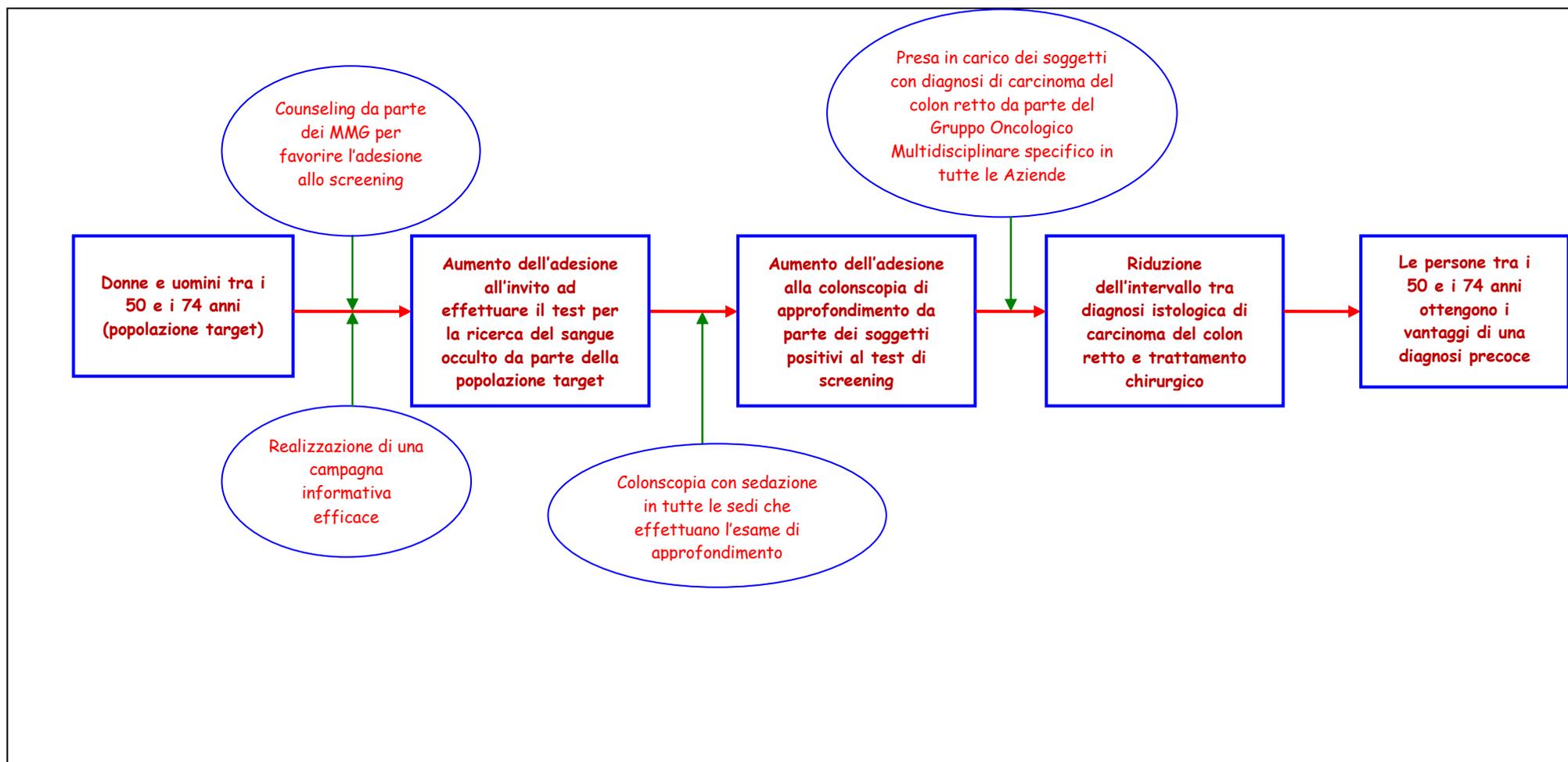


Gli obiettivi e i risultati attesi

Se l'obiettivo specifico del presente progetto è quindi quello di garantire a tutte le persone in fascia target per lo screening coloretale i vantaggi derivanti dalla diagnosi precoce, i risultati che ci si attende al termine del biennio sono necessariamente rappresentati dal miglioramento dell'adesione all'invito, ancora troppo bassa, nonché al II livello, grazie ad una più fattiva attività di sollecitazione da parte dei MMG, ma anche ad una più corretta informazione della popolazione rispetto ai rischi connessi con la colonscopia. Importante anche in questo caso sarà garantire che nel caso che il paziente debba essere sottoposto ad intervento chirurgico questo avvenga entro 30gg dalla diagnosi istologica. Tutto ciò sarà possibile attraverso la presa in carico del paziente da parte del Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) specifico.



Il modello logico



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Garantire a tutte le persone della popolazione bersaglio i vantaggi della diagnosi precoce	Estensione Adesione grezza all'invito Copertura Adesione alla colonscopia Intervallo diagnosi istologica/intervento chirurgico < 30gg	Sistema informativo dello screening Sistema PASSI Flusso informativo anatomia patologica SDO Flusso specialistica ambulatoriale Sistema informativo laboratori	
Risultato atteso 1	Aumento dell'adesione all'invito per il prossimo biennio	Estensione Adesione grezza all'invito Copertura	Sistema informativo dello screening Sistema PASSI	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1	Favorire l'attività di counseling da parte dei MMG	Incentivi ai MMG (Aziende USL)	Costo incentivi deciso in sede di negoziazione aziendale	
1.1.1	<i>Implementare il portale dei MMG con la storia di screening delle assistite "in fascia" in tutte le Aziende USL</i>	Interfaccia tra software screening e portale dei MMG (Regione Aziende USL)	Costo Regionale adattamento software	
1.1.2	<i>Formare i MMG sulle potenzialità del portale</i>	Pacchetto formativo aziendale	Costi interni	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.2	Realizzare una campagna informativa di rinforzo			
1.2.1	<i>Individuare e coinvolgere i beneficiari e i portatori di interesse per la definizione del piano di comunicazione (obiettivi e contenuti)</i>	Gruppo di lavoro con esperti e portatori di interesse		
1.2.2	<i>Realizzare i materiali identificativi e informativi della campagna (depliant, locandine cartacei)</i>	Esperti di comunicazione e grafici	Progettazione grafica Produzione di materiali Stampa Implementazione siti web regionale e delle aziende usl	
1.2.3	<i>Distribuire i materiali informativi</i>	Elaborazione piano di distribuzione per ciascuna azienda usl		

Risultato atteso 2	Aumento dell'adesione al II livello	Adesione alla colonscopia	Sistema informativo dello screening Sistema PASSI Flusso informativo anatomia patologica SDO Flusso specialistica ambulatoriale Sistema informativo laboratori	
Attività 2.1	Utilizzare la sedazione in tutte le sedi che effettuano l'esame di approfondimento			
2.1.1	Definire un protocollo regionale unico per l'esecuzione dell'esame di approfondimento in sedazione	Gruppo interdisciplinare		
2.1.2	Formalizzare il protocollo	Delibera regionale		

Risultato atteso 3	Intervallo tra diagnosi istologica e intervento chirurgico entro gli standard in tutte le Aziende USL e AO	Intervallo diagnosi istologica/ intervento chirurgico < 30gg	Sistema informativo dello screening Flusso informativo anatomia patologica SDO	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 3.1	Garantire a tutte le persone con diagnosi di carcinoma del colon retto esteso e/o metastatizzato la presa in carico da parte del GOM specifico per patologia			
3.1.1	Istituire in almeno 4 Aziende Sanitarie un punto di accoglienza e il GOM specifico per patologia per le persone affette da cr.del colonretto esteso e/o metastatizzato			

3. Prevenzione nella popolazione a rischio

3.2 Le malattie cardiovascolari

3.2.1 Gestione e trattamento ottimale del paziente con STEMI

Target (beneficiari)	Soggetti affetti da infarto miocardio acuto che presentano all'ECG un sopraslivellamento del tratto ST (STEMI)					
Attori	Servizio programmazione sanitaria, dell'assistenza di base ed ospedaliera. Direzione regionale sanità e servizi sociali – Regione Umbria Strutture di Cardiologia delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali dell'Umbria Sistema regionale dell'emergenza – 118 Strutture dei Pronto-Soccorso dei Presidi ospedalieri dell'Umbria					
Portatori di interesse	Medici di Medicina Generale Specialisti in Cardiologia Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) dell'Umbria Associazioni di pazienti Familiari e/o conoscenti di pazienti					
Obiettivo di salute	Riduzione della mortalità in pazienti affetti da STEMI garantendo a tutti i cittadini umbri l'appropriatezza del trattamento nei modi e nei tempi indicati nelle linee guida internazionali e nazionali					
Descrizione sintetica	Il Progetto tende a rendere uniforme in tutto il territorio regionale e standardizzato attraverso l'adozione di protocolli operativi condivisi, l'intervento sanitario rivolto al trattamento del paziente affetto da STEMI. Le azioni sono rivolte a: - elevare il livello di conoscenza della popolazione e dei soggetti a rischio sulla funzionalità del 118, attraverso l'opera dei Medici di Medicina Generale e l'attivazione di una Campagna informativa, - ottimizzare gli interventi degli operatori in ambito preospedaliero (Sistema del 118), introspedaliero (passaggio dal Pronto soccorso al Centro specialistico) e interospedaliero (trasporto secondario da Spoke verso Hub).					
Risultati attesi	- Aumento della quota di pazienti affetti da infarto del miocardio con STEMI che ricevono trattamenti di riperfusione appropriati - Incremento della quota di pazienti che giungono al Presidio ospedaliero con i mezzi del 118					
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/ 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N. pz. che arrivano con 118 / N. totale pz con STEMI X 100	SSR Umbria-STEMI*	32,3%	40,0%		45,0%	
N. pz. con diagnosi preospedaliera / N. totale pz con STEMI giunti con 118 X 100	SSR Umbria-STEMI*	2,0%	20,0%		30,0%	
N. pz. trattati con fibrinolisi preospedaliera / N. pz con diagnosi preospedaliera di STEMI X 100	SSR Umbria-STEMI*				10% del 30,0%	
N. pz. non riperfusi /N. totale pz con STEMI X 100	SSR Umbria-STEMI*	13,3%	12,0%		10,0% Non più del 15% per presidio ospedaliero	
N. pz. trattati con pPCI / N. totale pz con STEMI X 100	SSR Umbria-STEMI*	45,9%	50%		60%	
N. pz. trattati con fibrinolisi < 30 min. / N. pz trattati con fibrinolisi X 100	SSR Umbria-STEMI*	34,9%	40%		60%	
N. pz. trattati con angioplastica primaria < 120 min. / N. pz trattati con angioplastica primaria X 100	SSR Umbria-STEMI*	63,0%	65,0%		70,0%	

* SSR = Sistema di Sorveglianza Regionale

Il contesto

Oggi in Italia, su un totale annuo di 223.527 decessi per malattie cardiovascolari¹⁹ poco meno di 37.500 sono dovuti all'infarto acuto del miocardio (che rappresentano in percentuale una quota del 16,8% del totale dei decessi attribuiti alle malattie cardiovascolari) con una netta predilezione per il sesso maschile (56,8% del totale dei decessi) mentre le persone che vengono colpite da tale patologia, nel corso di dodici mesi, risultano essere almeno il doppio (per l'infarto, i dati di prevalenza, nella fascia di età compresa fra 35 e 74 anni e riferiti alle regioni del Centro Italia, sono attestati su valori dell'1,1% negli uomini e dello 0,5% nelle donne²⁰: sebbene la raccolta di dati quantitativi attendibili sulla naturale evoluzione, sin dall'esordio, di un processo necrotico miocardico, presenti difficoltà metodologiche scarsamente superabili (esistenza di infarti clinicamente silenti, morte improvvisa prima del ricovero in ospedale, diverse modalità di rilevamento diagnostico), tuttavia esistono studi di comunità che dimostrano in modo abbastanza inequivocabile che la mortalità dopo il primo mese di un infarto miocardico si aggira su cifre estremamente elevate (circa il 50%), di cui circa la metà si verifica entro le prime 2-3 ore. I dati epidemiologici dell'area Brianza del progetto MONICA-OMS avvalorano questi rilievi (mortalità a 28 giorni dall'episodio infartuale oscillante tra il 35%, nel sesso maschile, e il 58% nel sesso femminile), confermando che la mortalità complessiva per IMA, compresi i decessi che si verificano precocemente al di fuori dell'Ospedale, è notevolmente più elevata di quella osservata nelle UTIC, soprattutto in era fibrinolitica.

Esiste, pertanto, accordo sul fatto che ancora oggi circa il 20-30% dei pazienti affetti da IMA muore a breve distanza dall'esordio dei sintomi, prima ancora di giungere all'osservazione di un medico. Nonostante da tali dati di elevata mortalità pre-ospedaliera, rimasti peraltro immutati nel corso degli anni, emerga chiaramente la necessità di intervenire in modo precoce e tempestivo, anche al di fuori delle UTIC, ancora molti pazienti giungono al soccorso con un ritardo che preclude loro gran parte dei benefici ottenibili con le terapie disponibili, come chiaramente dimostrato dallo studio sulla "Epidemiologia del ritardo evitabile nella terapia dell'IMA in Italia"²¹.

La popolazione di infartuati che giunge al ricovero in UTIC è pertanto selezionata e sopravvissuta alle prime fasi dell'IMA. Pertanto può essere interpretata come a rischio ridotto rispetto alla globalità dei soggetti colpiti da IMA e i recenti avanzamenti terapeutici ne hanno ulteriormente abbattuto in modo drastico la mortalità che è passata da un 25-30% degli anni '60²² ad un 18% negli anni '80²³ fino ad arrivare ad una mortalità del 5-6% negli ultimi grandi trial internazionali²⁴ (nell'ultimo studio GISSI il valore della mortalità intraospedaliera oscillava intorno all'8%).

Dal punto di vista prognostico, in estrema sintesi, gli studi epidemiologici e i grandi trials clinici di intervento sono concordi nell'affermare che per una appropriata gestione del paziente infartuato con STEMI sono assolutamente prioritari:

- da un lato, aumentare la quota di soggetti che arrivano vivi in ospedale;
- dall'altro, procedere alla somministrazione il più precocemente possibile, di un'adeguata terapia di riperfusion tenendo presente che sia la mortalità che la quantità di tessuto miocardico che può venir salvata sono direttamente proporzionali ai tempi di intervento.

Da queste osservazioni emerge, senza possibilità di equivoco, la necessità che personale qualificato e dotato di mezzi idonei prenda in carico il più celermente possibile il soggetto colpito da IMA, poiché ancora oggi è elevata la mortalità prima del ricovero in UTIC, mentre, a proposito del secondo punto, invece nuovi metodi di lavoro e soprattutto di collaborazione tra i diversi centri hanno portato a risultati pregevoli.

Il contesto in Umbria

I dati di mortalità per infarto acuto del miocardio²⁵, nella nostra regione fanno registrare un numero di decessi pari a 650 persone di cui 358 maschi (pari al 55,1% del totale) e 292 femmine (pari al 44,9% del

¹⁹ Il dato statistico è riferito all'anno 2004 ed è reperibile sul portale del Ministero della Salute consultando l'indirizzo web: <http://www.salute.gov.it/dettaglio/pdPrimoPianoNew.jsp?id=77&sub=1&lang=it>.

²⁰ Dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC), elaborati nell'ambito del "Progetto cuore" (CCM/ISS) e consultabili all'indirizzo web: <http://www.cuore.iss.it/indicatori/mortalita-ischemiche.asp> e <http://www.cuore.iss.it/indicatori/centro.asp>.

²¹ Studio GISSI. *Epidemiologia del ritardo evitabile nel trattamento evitabile dell'infarto miocardico acuto*. G Ital Cardiol, 1996; 26: 807-820.

²² Norris RM, Caughey DE, Mercer CJ, Scott PJ. *Prognosis after myocardial infarction. Six-year follow up*. Br Heart J, 1972; 36: 786-90.

²³ Kuch B (et alii). *What is the real hospital mortality from acute myocardial infarction? Epidemiological vs clinical view*. Br Heart J, 2002; 23: 714-20.

²⁴ Wong CK, White HD. *Has the mortality rate from acute myocardial infarction fallen substantially in recent years?* Eur Heart J, 2002; 23: 689-92.

²⁵ Sistema Statistico Nazionale. *Cause di morte. Anno 2002*. ISTAT, Roma, Annuario n. 18, 2007.

totale) su un totale di morti per accidenti cardiovascolari attestato sul valore di 4.130 decessi (La mortalità per infarto è pari al 12,1% del totale).

La disomogenea applicazione delle linee guida, la difficoltà di accedere, a livello nazionale, a dati attendibili ed aggiornati e l'esigenza di poter disporre a livello regionale di uno strumento idoneo a seguire, attraverso la realizzazione di uno studio approfondito, da una parte, l'evoluzione dell'epidemiologia dello STEMI, e, dall'altra, a monitorare i comportamenti operativi messi in atto dalle strutture sanitarie nelle diverse realtà territoriali ed ospedaliere sono le ragioni che hanno condotto alla istituzione del Registro Regionale dell'Umbria delle modalità di trattamento e di outcome dell'Infarto Miocardio Acuto (IMA) con soprallivellamento del tratto ST (più noto come **Umbria – STEMI**)²⁶ che ha prospetticamente arruolato in 18 mesi la totalità dei pazienti ricoverati con diagnosi di STEMI.

Il Registro umbro si differenzia dagli altri realizzati nel territorio nazionale italiano per le seguenti caratteristiche: a) lungo periodo di arruolamento (18 mesi), b) coinvolgimento di tutte le strutture di accettazione d'emergenza, cardiologiche e di medicina interna dell'intero territorio regionale, c) followup dopo la dimissione (6 mesi) e d) inclusione di tutti gli STEMI con presentazione clinica entro le 24h dall'inizio dei sintomi.

Dal Registro è stato possibile ottenere informazioni relativamente a:

- carico epidemiologico.
- modalità di presentazione del paziente nelle diverse strutture afferenti al progetto,
- quote di presa in carico dei pazienti nelle diverse tipologie di strutture sanitarie²⁷,
- entità dei trasferimenti dei pazienti tra le diverse tipologie di centro ospedaliero,
- diverse modalità terapeutiche riperfusiva cui sono stati sottoposti i pazienti in totale e nelle diverse strutture sanitarie,
- tempi trascorsi tra il primo contatto medico e l'inizio della terapia riperfusiva,
- prognosi dei pazienti con particolare riferimento ai dati della mortalità intraospedaliera.

a) Carico epidemiologico

Nel periodo compreso tra il 14 ottobre 2006 ed il 14 aprile 2008 sono stati arruolati complessivamente nel Registro 868 pazienti; assumendo per la regione Umbria una popolazione di 850.000 abitanti, ne consegue una incidenza stimata di 681 casi di STEMI per ogni milione di abitanti per anno. Degli 868 casi, 263 (30.3%) erano di sesso femminile e nel 30.9% di età >75 anni.

b) Modalità di presentazione

Le modalità di presentazione dei pazienti nelle diverse strutture afferenti al progetto, seppur eterogenee, hanno mostrato una maggiore prevalenza (52.4%) di soggetti pervenuti con mezzi propri mentre solamente il 32.3% degli arruolati è stato trasportato dal domicilio ai vari ospedali dalle unità di 118.

c) Presa in carico dei pazienti nelle diverse tipologie di strutture sanitarie

Il Registro ha messo in evidenza che, del totale di pazienti affetti da STEMI, 242 pazienti sono stati presi in carico dalla cardiologia (centro coordinatore) con emodinamica operativa 24/24h, 249 pazienti sono stati gestiti dalle cardiologie con emodinamica attiva 6/24h mentre i restanti 377 pazienti sono stati presi in carico da strutture ospedaliere senza emodinamica (cardiologie con sola UTIC, reparti di medicina o pronto soccorso). Dallo studio è emerso, inoltre, che i pazienti arruolati nelle tre diverse tipologie di struttura ospedaliera presentavano parametri omogenei sia per prevalenza dei principali fattori di rischio cardiovascolare, parametri clinici e sede elettrocardiografia dell'infarto che per stratificazione prognostica al ricovero.

d) Trasferimenti dei pazienti tra le diverse tipologie di centro ospedaliero

Tra i 249 pazienti pervenuti nelle cardiologie con emodinamica attiva 6/24h, 6 pazienti sono stati trasferiti e poi sottoposti ad angioplastica primaria nella cardiologia con emodinamica attiva 24/24h. Tra i 377 pazienti pervenuti nelle strutture senza emodinamica (cardiologie dotate solamente di UTIC, pronto soccorsi

²⁶ Il Registro ha previsto la partecipazione di tutte le Cardiologie, dei Reparti di Pronto Soccorso, delle postazioni di 118 e dei reparti di Medicina (strutture sanitarie senza Cardiologia) di tutti i Presidi Ospedalieri dell'Umbria. Le Cardiologie erano tutte dotate di una Unità di Terapia Intensiva Cardiologia (UTIC) mentre solamente 3 strutture sanitarie erano dotate anche di un laboratorio di emodinamica con possibilità di eseguire coronarografie e angioplastiche coronariche in urgenza. Di queste 3 strutture, solamente una (centro coordinatore) aveva la propria unità di emodinamica operativa nell'intero arco della giornata (24/24h) e in tutti i giorni della settimana; nelle altre 2 strutture, l'unità di emodinamica era operativa solamente nel periodo mattutino (6/24h) dal lunedì al venerdì. Le diverse tipologie delle strutture sanitarie regionali sono state suddivise in tre gruppi: a) centro coordinatore con emodinamica attiva 24/24h; b) cardiologie con emodinamica attiva 6/24h; c) cardiologie con sola UTIC e altre strutture ospedaliere senza cardiologia.

²⁷ Le diverse tipologie delle strutture sanitarie regionali sono state suddivise in tre gruppi: a) centro coordinatore con emodinamica attiva 24/24h; b) cardiologie con emodinamica attiva 6/24h; c) cardiologie con sola UTIC e altre strutture ospedaliere senza cardiologia.

ospedalieri e reparti di medicina), tutti i 102 pazienti afferiti in prima battuta a strutture ospedaliere senza cardiologia sono stati trasferiti a strutture ospedaliere dotate di cardiologia.

e) Tempi trascorsi tra il primo contatto medico e l'inizio della terapia riperfusiva

Tra gli 868 pazienti arruolati, 86 pazienti (9.9%) non sono stati sottoposti a trattamento riperfusivo a causa della regressione sia della sintomatologia e del sopraslivellamento del tratto ST al momento del ricovero (riperfusione spontanea) o per presentazione tardiva (intervallo tra inizio dei sintomi e primo contatto medico superiore alle 12h).

Escludendo i pazienti con presentazione tardiva o con riperfusione spontanea, il ricorso alla fibrinolisi e all'angioplastica primaria è stato eseguito, rispettivamente, nel 40.8% e nel 45.9% dei casi. L'angioplastica di salvataggio è stata eseguita in 64 pazienti, e 104 pazienti (13.3%) sono stati trattati solamente con terapia conservativa.

Una analisi dettagliata dei dati fa emergere una sostanziale differenza di trattamento eseguito in ognuna delle tre diverse tipologie di Centro che ha avuto in carico il paziente: nello specifico, nel centro coordinatore con emodinamica operativa 24/24h, il 92.4% dei pazienti è stato trattato con angioplastica primaria mentre nelle altre strutture senza emodinamica o con emodinamica attiva 6/24h la percentuale dei pazienti trattati con riperfusione meccanica è scesa rispettivamente al 32% e al 19.6%.

Il ricorso alla terapia fibrinolitica si è osservato nel 46.7% dei casi nelle strutture senza emodinamica e nel 68.1% nelle 2 cardiologie con emodinamica operativa 6/24h, mentre nel Centro con emodinamica attiva 24/24 h la percentuale di pazienti trattati con terapia farmacologia è attestato sul valore del 5.3% dei casi totali.

La percentuale dei pazienti non sottoposti né a riperfusione farmacologica né meccanica è stata rispettivamente del 2.2%, 12.3% e 21.3% nel centro con emodinamica operativa 24/24h, nei 2 centri con emodinamica attiva 6/24h e nelle strutture non dotate di emodinamica.

Nel 74.7% dei casi il ritardo di presentazione clinica (tempo tra l'inizio dei sintomi ed il primo contatto medico) è risultato <3h. Mentre nel centro con emodinamica operativa 24/24h il diverso ritardo di presentazione del paziente (≤ 3 vs > 3 h) non ha influito sulla scelta del tipo di trattamento riperfusivo, nelle cardiologie con emodinamica attiva solo parzialmente nell'arco della giornata (6/24h) e nelle strutture non dotate di emodinamica si è assistito solo ad un marginale incremento del ricorso alle procedure di emodinamica per i pazienti a presentazione tardiva associato ad una significativa riduzione dell'utilizzo della terapia fibrinolitica e quindi ad un aumento significativo della percentuale di soggetti non sottoposti a trattamento riperfusivo.

Il tempo medio necessario per l'esecuzione dell'angioplastica primaria stimato come intervallo tra primo contatto medico e primo gonfiaggio del pallone è risultato di 156 min (per i pazienti pervenuti direttamente al centro con emodinamica l'intervallo medio tra primo contatto medico e gonfiaggio del pallone è risultato pari a 133 min mentre per i pazienti arruolati nelle cardiologie con sola UTIC il tempo medio di trattamento - a causa del trasferimento al centro con emodinamica - si è attestato sui 212 min.

Nei 320 soggetti trattati con fibrinolisi, l'intervallo medio tra il primo contatto medico e la somministrazione del fibrinolitico è stato pari a 60 min. Nel 34.9% dei pazienti il fibrinolitico è stato somministrato entro 30 min dal primo contatto medico come raccomandato dalle attuali linee guida.

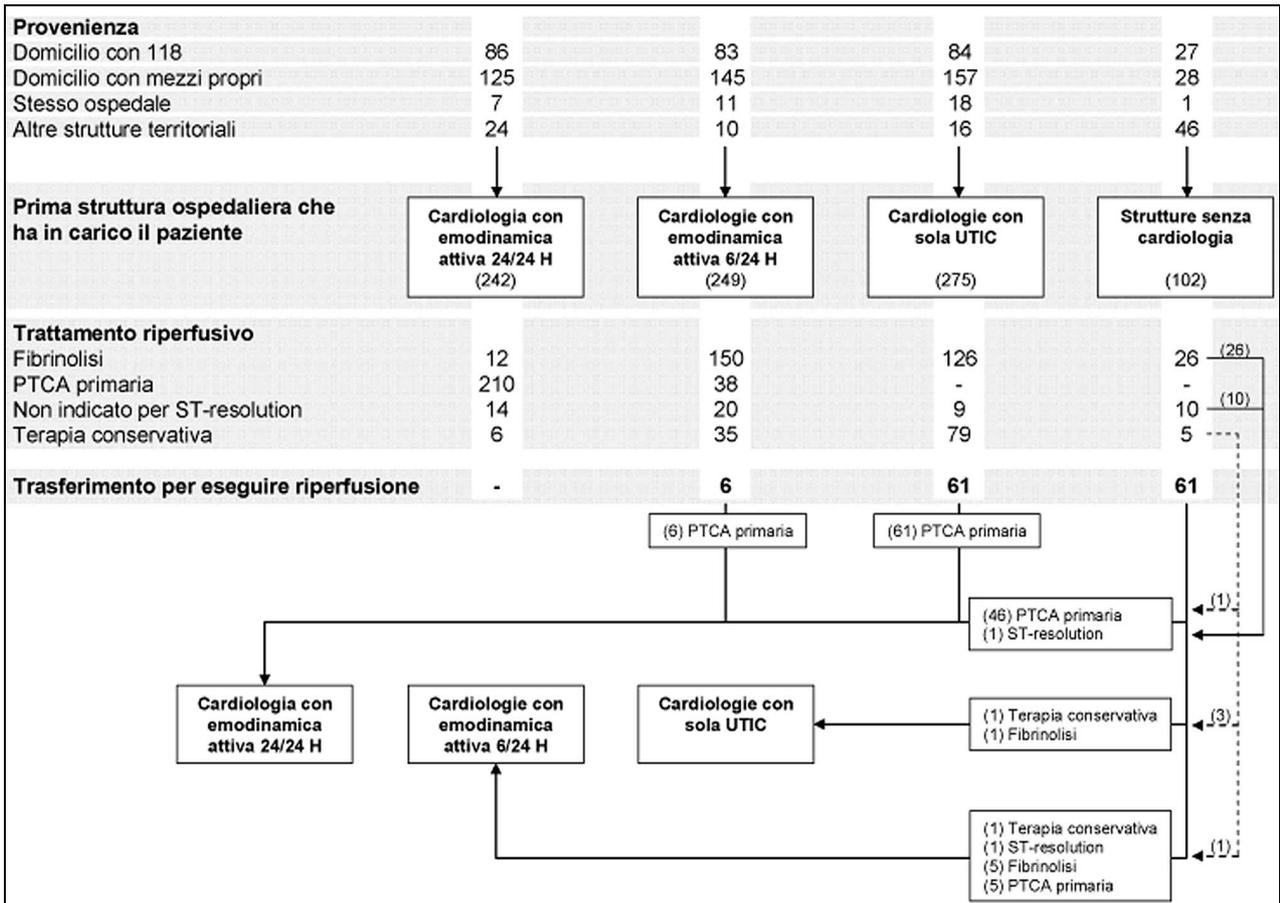
f) prognosi dei pazienti e dati di mortalità intraospedaliera

Durante la degenza sono stati osservati 51 eventi fatali (5.9%), 2 reinfarti non fatali e 5 ictus non fatali.

La mortalità intraospedaliera è risultata strettamente associata al profilo di rischio stimato al momento del ricovero. I soggetti classificati ad alto rischio secondo i criteri FIC sono risultati pari al 46.5% e tra i soggetti deceduti durante l'ospedalizzazione il 66.7% (34/51) era classificato come ad alto rischio.

La mortalità intraospedaliera osservata nelle diverse tipologie di centro di prima afferenza è risultata pari al 4.0% nel centro con emodinamica attiva 24/24h, al 7.0% nei centri con emodinamica attiva 6/24h e al 7.5% nei centri dotati solo di UTIC. A questo proposito lo studio mette in evidenza che la differente mortalità intraospedaliera, a parità di parametri quali l'età dei pazienti, l'alto rischio, i precedenti accidenti cardiovascolari, è da attribuire alla mancata riperfusione coronarica rischio

Scheda riassuntiva – I dati del Registro regionale Umbria-STEMI



PTCA = angioplastica coronarica; UTIC = unità di terapia intensiva cardiologica.

I problemi

Dall'analisi degli elementi emersi dallo studio Umbria-STEMI risulta evidente come il fattore tempo rappresenti uno dei determinanti importanti della prognosi dell'IMA con particolare riferimento alla lunghezza del periodo che intercorre tra l'esordio della sintomatologia e l'inizio dei trattamenti e come questo tempo di latenza sia condizionato dall'insieme delle situazioni che contribuiscono a formare quello che viene definito come "ritardo evitabile".

Molto schematicamente è possibile ripartire il "ritardo evitabile" in tre distinti momenti connessi rispettivamente alla persona colpita da infarto, alle caratteristiche del sistema di soccorso e alle modalità organizzative e funzionali dei presidi ospedalieri che prendono in carico l'infartuato. Dalla disamina di ognuna di queste tre variabili è possibile risalire agli elementi che sono in grado di determinare ritardo nella somministrazione della terapia più adeguata alla situazione (*vedi Schema n. 1*).

- il ritardo decisionale legato al paziente

La quota maggiore di ritardo tra l'esordio dei sintomi e il primo intervento terapeutico è dovuta alla velocità (lentezza) con cui il paziente cerca (e trova) soccorso: tale comportamento può essere influenzato da numerosi fattori, alcuni dei quali direttamente attribuiti all'infartuato (stato di coscienza alterato o assente; difficoltà nella valutazione della sintomatologia e/o modalità di esordio con sintomi generici, se non addirittura fuorvianti, come: dispnea, astenia, sincope o deficit neurologici; difficoltà o impossibilità di rivolgersi a persone conosciute; ricorso inefficace al proprio medico di famiglia e/o ad altro specialista conosciuto; ridotta conoscenza delle funzionalità del 118; ecc.), altri direttamente connesse alla presenza sul posto o nelle immediate vicinanze di persone (familiari, compagni di lavoro o estranei testimoni dell'evento) capaci di attivare i soccorsi, altri ancora legate alle condizioni ambientali (distanze elevate e/o percorsi impervi e/o condizioni disagiati del manto stradale);

- il ritardo organizzativo legato al sistema del soccorso

A questo proposito vanno prese in considerazione due principali variabili direttamente connesse alla scelta del paziente: da un lato, la decisione di far uso di un proprio mezzo per raggiungere il presidio ospedaliero più vicino e, dall'altro, il ricorso al 118. Nel primo caso, raggiungere la struttura sanitaria più vicina al luogo di esordio della sintomatologia con una propria autovettura può contribuire a ridurre drasticamente il ritardo evitabile anche se si corre il rischio di rivolgersi ad un presidio ospedaliero non sufficientemente attrezzato per rispondere alla gravità della situazione clinica, mentre in caso di chiamata del 118, accanto agli aspetti connessi alla tempestività del soccorso, si pone il problema della qualità dell'assistenza con particolare riferimento alle dotazioni disponibili sulle ambulanze (lettighe adeguatamente attrezzate, possibilità di trasmissione dell'ECG, defibrillatori automatici) e la presenza di personale qualificato che possa anche iniziare un trattamento efficace (dai trattamenti raccomandati alla trombolisi preospedaliera);

- il ritardo intraospedaliero e interospedaliero

Pur rappresentando la quota minore del ritardo evitabile i tempi legati all'organizzazione del presidio ospedaliero che prende in carico la situazione non vanno certamente sottovalutati: a questo proposito vanno prese in considerazione, le modalità di presentazione della sintomatologia e la capacità da parte del personale del Pronto soccorso di riconoscere, attraverso una rapida fase diagnostica, la gravità della situazione clinica, i tempi necessari per il trasferimento del paziente nella struttura di Cardiologia, la possibilità di effettuare, nella struttura tutte le terapie necessarie e/o la necessità di ricorrere al trasporto secondario per il ricovero in un presidio ospedaliero adeguatamente attrezzato per l'esecuzione dell'angioplastica.

- la situazione in Umbria

Nella nostra regione, da qualche anno, è operativa una rete per l'emergenza cardiologia (TOSCA²⁸ = Trattamento Ottimale delle Sindromi Coronariche Acute) limitata al territorio di una delle quattro Aziende Sanitarie Locali (ASL n. 2 o del Perugino) mentre nelle restanti zone convivono modalità gestionali profondamente diverse e spesso non ottimali.

Ne deriva una discreta disparità di trattamento per pazienti che, affetti da STEMI, afferiscono a strutture cardiologiche diverse all'interno della nostra regione. Tale disparità, peraltro confermata dallo studio sopradescritto, si traduce in indicatori di performance e di esito alquanto differenti nelle varie realtà cardiologiche della regione che, spesso, si dimostrano essere distanti da quelli considerati ottimali dalle linee guida. In particolare, risultano meritevoli di attenzione:

- la percentuale di pazienti che non viene sottoposta ad alcun trattamento ripercussivo (considerato il più importante indicatore di qualità) che varia dall'8% al 47% a seconda del centro cardiologico considerato (media nazionale 20%);

²⁸ Il protocollo operativo concordato per il progetto TOSCA prevede il trattamento immediato dei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta che si presentano nei Presidi periferici della ASL 2 (senza cardiologia) da parte dei medici dell'emergenza/urgenza, supportati dall'invio telematico dell'ECG e dal teleconsulto cardiologico con i medici dell'UTIC HUB dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Questo progetto organizzativo ha determinato risultati molto lusinghieri sia in termini di abbattimento della percentuale di pazienti non sottoposti a terapia ripercussiva, sia in termini di mortalità ospedaliera.

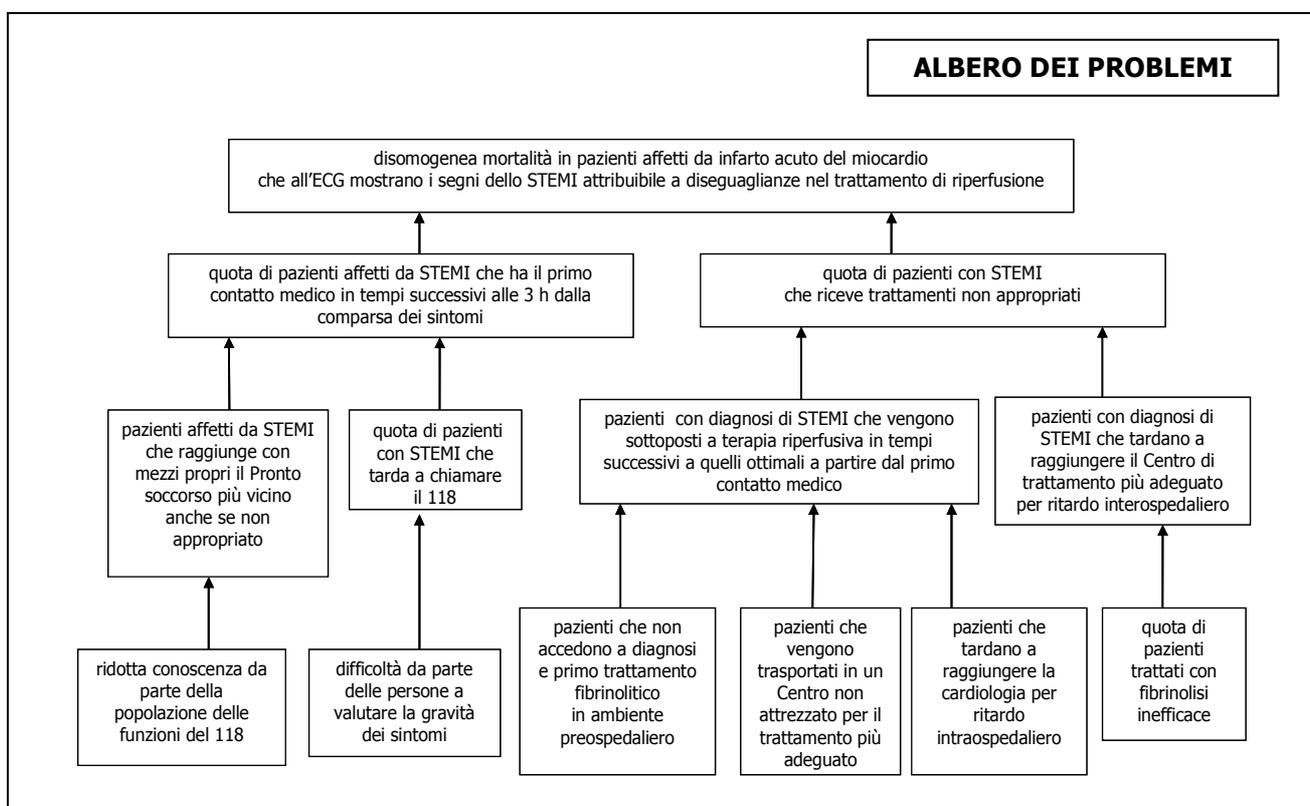
- la percentuale di pazienti sottoposti ad angioplastica primaria che oscilla tra l'88% e lo 0% (media nazionale 68%);
- il tempo medio tra l'arrivo in ospedale e l'inizio del trattamento fibrinolitico che varia da 39' a 69' minuti (tempo considerato ottimale dalle linee guida: <30');
- la mortalità intra-ospedaliera che risulta ampiamente variabile (da 3,7% fino a 10%) a seconda della struttura considerata (grande variabilità su questo punto in letteratura: difficile un confronto).

Altri elementi di rilevante criticità emersi dal registro riguardano:

- la bassa percentuale di pazienti che raggiungono l'ospedale tramite 118 (32%) e l'elevata percentuale di pazienti che vi arriva con mezzi propri (52%);
- i lunghi tempi necessari per trasferimento da centri cardiologici periferici dei pazienti che necessitano di angioplastica primaria (circa 200 min);
- la bassa percentuale di pazienti che, trattati senza successo con fibrinolisi vengono poi sottoposti ad angioplastica di salvataggio (circa il 50%), con impatto profondamente sfavorevole sulla prognosi (la percentuale di mortalità ospedaliera rilevata nei pazienti non sottoposti a PTCA di salvataggio si attesta sul 18% a fronte di una mortalità del 2% rilevata nei pazienti trattati con angioplastica di salvataggio).

A quanto detto è necessario aggiungere che i risultati del registro Umbria-STEMI confermano che i limiti temporali per la terapia ripercusiva suggeriti dalle linee guida trovano scarsa applicazione nel mondo reale. Infatti, il tempo medio necessario per l'esecuzione dell'angioplastica primaria dal primo contatto medico è risultato pari a 156 min e solamente nel 42.2% dei casi l'angioplastica primaria è stata eseguita entro i 120 min. Anche la terapia fibrinolitica ha mostrato un intervallo medio tra il primo contatto medico e la somministrazione del farmaco ancora troppo lungo (60 min) e solo nel 34.9% dei casi è stata eseguita entro i 30 min.

Anche se il 75% dei pazienti affetti da STEMI ha un primo contatto medico entro 3h dall'insorgenza del sintomo qualificante, la necessità di effettuare un trasporto secondario ha mostrato di influire ancora troppo sui tempi della ripercusiva meccanica. Mentre per i pazienti pervenuti direttamente ai centri in grado di eseguire l'angioplastica primaria il tempo medio per l'esecuzione della procedura è risultato di 133 min, il trasferimento da altri centri ha comportato un aumento del tempo medio di circa il 50%.



Gli obiettivi e i risultati attesi

Sulla base dei dati disponibili e partendo dalla modalità organizzativa e funzionale presente nella nostra regione e, avendo come finalità quella di garantire a tutti i cittadini umbri l'appropriatezza del trattamento nei modi e nei tempi indicati nelle più recenti ed accreditate linee guida internazionali, è possibile, per il Servizio Sanitario regionale porsi l'obiettivo di una ulteriore riduzione della mortalità (preospedaliera e intraospedaliera) dei pazienti affetti da infarto del miocardio con STEMI. Per far ciò, è necessario mettere in campo una adeguata struttura organizzativa ed implementare azioni tese a:

- 1) aumentare la percentuale di pazienti trattati con terapie di riperfusione,
- 2) iniziare il più rapidamente possibile il trattamento riperfusivo,
- 3) rendere disponibili trattamenti adeguati per tutti i pazienti, indipendentemente dal luogo dove viene formulata la diagnosi,
- 4) rendere disponibile il trattamento interventistico (angioplastica coronarica) alla maggior parte dei pazienti infartuati o quanto meno a tutti i coloro che presentano un profilo di rischio più alto.

Il perseguimento di tali obiettivi (Schema n. 3) non può non chiamare in causa, contemporaneamente almeno due diversi attori del complesso sistema: da una parte, il paziente (e/o della rete familiare e/o di vicinanza in condizione di attivarsi tempestivamente e con appropriatezza) e, dall'altra, le strutture e gli operatori del Servizio Sanitario Regionale che partecipano, con diversa funzione e a vario livello, nella gestione del paziente infartuato.

Tra gli *interventi rivolti ai pazienti* è opportuno, in primo luogo, distinguere tra soggetti che non hanno mai sofferto di problemi cardiaci e quelli che, invece, hanno una storia di cardiopatia ischemica.

L'opera di sensibilizzazione nei confronti di questi soggetti deve essere volta ad aumentare il livello di consapevolezza nei confronti dei fattori di rischio (comportamenti e stili di vita inadeguati), delle modalità di presentazione dei sintomi dell'infarto e dell'opportunità dell'attivazione precoce del sistema dell'emergenza attraverso il ricorso al 118.

Assumono in questo contesto, particolare importanza il ruolo e l'opera del Medico di medicina generale e/o dello specialista di riferimento, nell'informare i propri pazienti dei possibili rischi e delle scelte da effettuare nel momento di insorgenza dei sintomi (ricorso al 118).

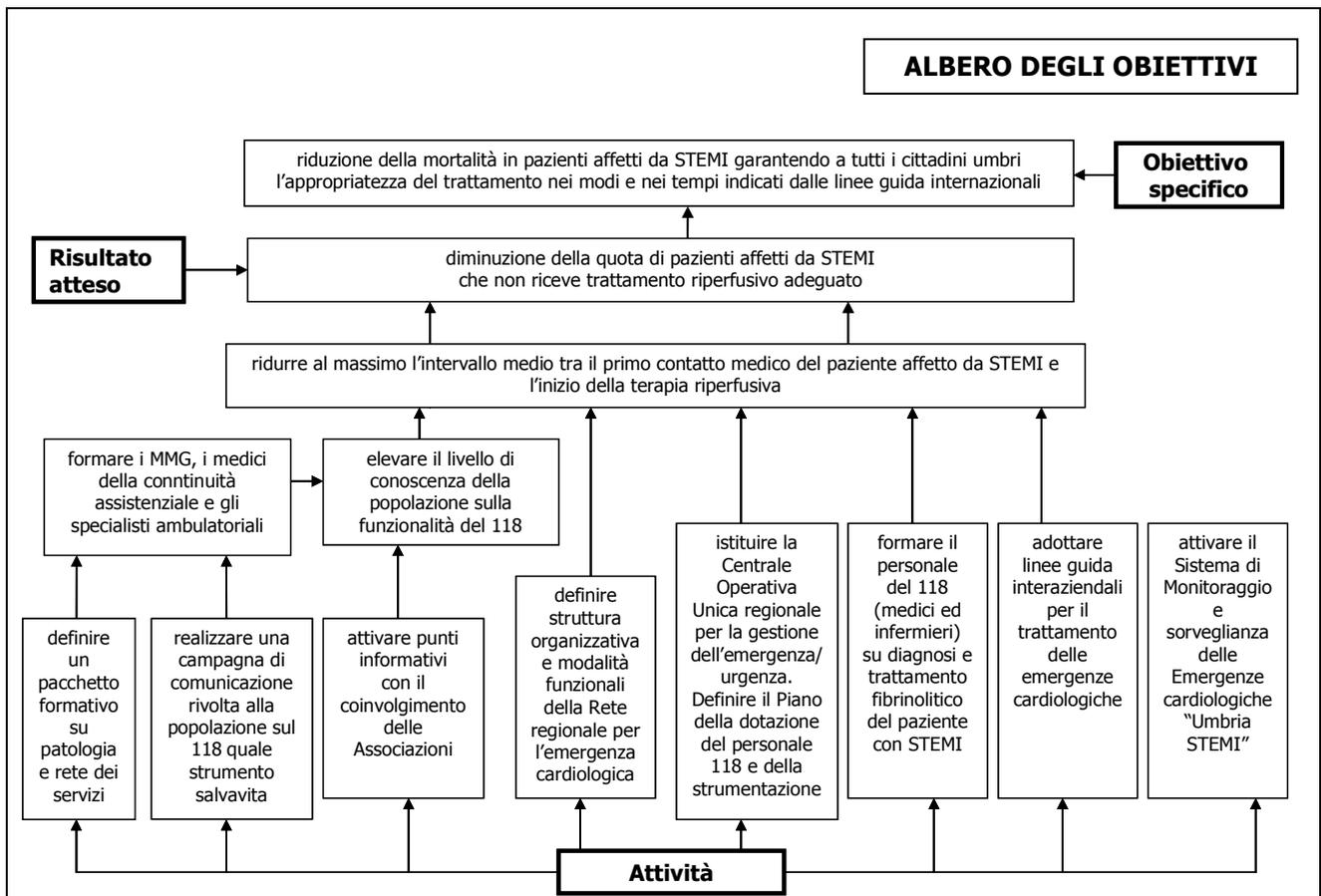
Per quel che riguarda *le strutture e gli operatori del Servizio Sanitario regionale*, una gestione ottimale dei pazienti con infarto del miocardio con STEMI deve prevedere una trasformazione dal sistema tradizionale di diagnosi e cura, basato sulla concentrazione di tutti gli atti medici in un unico luogo (UTIC dell'ospedale più vicino alla sede dove sono insorti i sintomi) ed effettuati soltanto da specialisti cardiologi, verso l'articolazione di un sistema assistenziale più complesso capace di assicurare che:

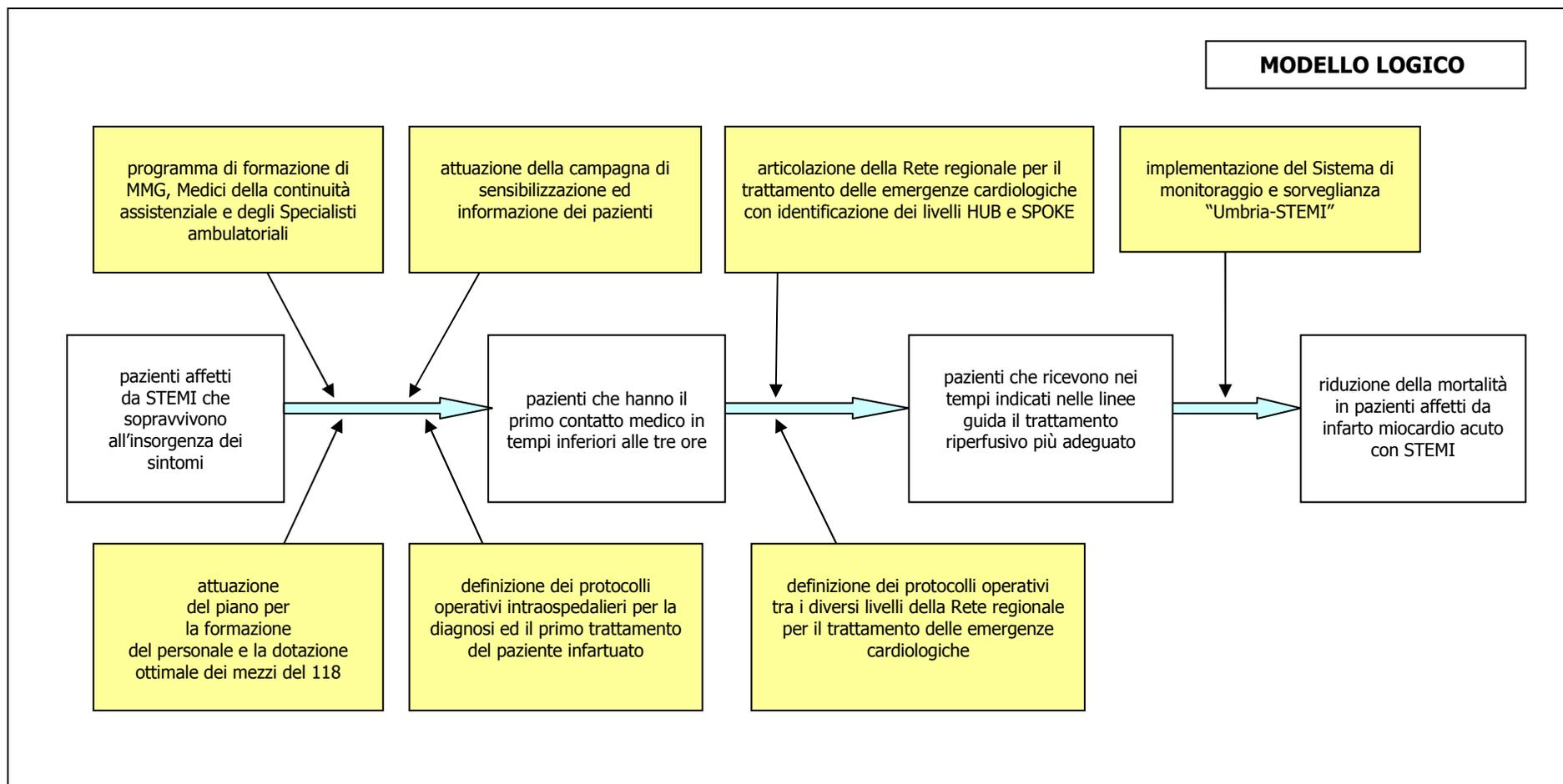
- la diagnosi e la terapia delle primissime fasi siano eseguite anche in sedi diverse dall'UTIC (ad esempio sul territorio, in Pronto Soccorso o nel Laboratorio di Emodinamica), talora da altre figure professionali (ad esempio i medici ed il personale dell'Area Emergenza-Urgenza) in stretto contatto operativo con il cardiologo dell'UTIC di riferimento;
- le fasi successive del trattamento e il completamento della degenza possano avvenire nell'UTIC territorialmente più vicina alla residenza del paziente;
- per i pazienti che si rivolgono al 118, si realizzi la possibilità di eseguire l'elettrocardiogramma (ECG) nella sede dell'evento - spostando il luogo di diagnosi fuori dall'ospedale - con l'ulteriore possibilità di ricevere il trattamento più opportuno (ad esempio la fibrinolisi) già in fase preospedaliera;
- per i pazienti che si rivolgono al 118, si realizzi la possibilità di essere trasportati direttamente al presidio ospedaliero più appropriato;
- per i pazienti che si presentano al Pronto Soccorso, l'iter terapeutico successivo alla diagnosi elettrocardiografica sia concordato localmente con la struttura di Cardiologia di riferimento.

Il perseguimento di tali obiettivi, ed in particolare di quelli che riguardano più da vicino le strutture e gli operatori del Servizio Sanitario è fortemente connesso alla progettazione e realizzazione di una Rete regionale d'intervento articolata in differenti livelli di intensità assistenziale sul modello HUB/SPOKE tenendo conto, anche e soprattutto, di quanto si è realizzato nella nostra regione con l'esperienza della rete TOSCA e delle indicazioni contenute nelle più recenti ed aggiornate Linee guida prodotte dalle Società scientifiche cardiologiche americane ed europee. In questi documenti, infatti, oltre all'approccio strettamente terapeutico, l'attenzione è concentrata sui percorsi organizzativi, evidenziandone in maniera particolare gli indicatori di efficacia da perseguire tanto che, per la cura di tale patologia, è stato introdotto il termine di "terapia organizzativa" dell'infarto miocardico.

Una Rete interospedaliera e territoriale per il trattamento dello STEMI capace di garantire standard elevati di cura di questa patologia e i cui cardini per un efficace trattamento riperfusivo siano rappresentati dalle modalità di presentazione clinica (tempo di ischemia, estensione della zona infartuata, comorbidità), dalle disponibilità di risorse professionali (efficienza del sistema 118, trombolisi preospedaliera, pronta disponibilità del laboratorio di emodinamica) e dall'efficacia del contesto organizzativo (uniformità per tutti i

pazienti nell'accesso alle cure, possibilità di diagnosi pre-ospedaliera, interconnessione operativa tra tutti gli operatori e le strutture che intervengono nel trattamento assistenziale).





Quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi ed assunzioni
Obiettivo specifico	Riduzione dell'intervallo medio tra il primo contatto medico del pz. affetto da STEMI e l'inizio della terapia ripercussiva		Sistema di sorveglianza Umbria-STEMI	
Risultato atteso	Aumento della quota di pz. che chiama con tempestività il 118	N. pz. che arrivano con 118 / N. totale pz con STEMI X 100	Sistema di sorveglianza Umbria-STEMI	
Attività 1	Elevare il livello di conoscenza della popolazione e dei soggetti a rischio sulla funzionalità del 118	Mezzi	Costi	
1.1	Realizzare una campagna di comunicazione rivolta alla popolazione sulla funzionalità del 118 quale strumento salvavita	Materiali cartacei da distribuire negli ambulatori dei Medici di Famiglia e degli Specialisti	€ 0.000,00	
1.2	Attivare punti informativi con il coinvolgimento delle Associazioni di Volontariato	Pacchetto informativo per la formazione degli operatori delle Associazioni di Volontariato	€ 0.000,00	
1.3	Favorire l'attività di informazione dei soggetti a rischio da parte del MMG, dei medici della continuità assistenziale e degli Specialisti	Pacchetto informativo per lo svolgimento dell'attività di counselling da parte dei Medici	€ 0.000,00	

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi ed assunzioni
Obiettivo specifico	Diminuzione della quota di pz. con STEMI che non riceve trattamento ripercussivo adeguato		Sistema di sorveglianza Umbria-STEMI	
Risultato atteso	- Aumento della quota di pz. con diagnosi e trattamento fibrinolitico preospedaliero	N. pz. con diagnosi preospedaliera / N. totale pz con STEMI giunti con 118 X 100 N. pz. trattati con fibrinolisi preospedaliera / N. pz con diagnosi preospedaliera di STEMI X 100	Sistema di sorveglianza Umbria-STEMI	
Attività 2	Aumentare la capacità operativa del Sistema 118	Mezzi	Costi	
2.1	Definire struttura organizzativa e modalità funzionali della Rete regionale per l'emergenza cardiologica	<u>Gruppo di lavoro:</u> - Coordinamento della Rete sanitaria regionale cardiologica <u>Atti aziendali delle Aziende Sanitarie regionali</u>	€ 0.000,00	
2.2	Istituire la Centrale Operativa Unica regionale per la gestione dell'emergenza urgenza	<u>Gruppo di lavoro:</u> - Coordinamento della Rete sanitaria regionale dell'emergenza/urgenza <u>Atti aziendali delle Aziende Sanitarie regionali</u>	€ 0.000,00	
2.3	Definire il Piano per l'emergenza cardiologica con la dotazione del personale 118, dei mezzi e della strumentazione adeguati	<u>Gruppo di lavoro:</u> - Coordinamento della Rete sanitaria regionale cardiologica e Coordinamento della Rete sanitaria regionale dell'emergenza/urgenza <u>Atti aziendali delle Aziende Sanitarie regionali</u>	€ 0.000,00	

2.4	Formare il personale del 118 su diagnosi e trattamento fibrinolitico del pz. con STEMI	Attività formativa e di addestramento	€ 0.000,00	
------------	--	---------------------------------------	------------	--

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi ed assunzioni
Obiettivo specifico	Diminuzione della quota di pz. con STEMI che non riceve trattamento ripercussivo adeguato		Sistema di sorveglianza Umbria-STEMI	
Risultato atteso	- Aumento della quota di pz. con trattamento ospedaliero adeguato	<p>N. pz. non ripercussivi / N. totale pz con STEMI X 100</p> <p>N. pz. trattati con pPCI / N. totale pz con STEMI X 100</p> <p>N. pz. trattati con fibrinolisi < 30 min. / N. pz trattati con fibrinolisi X 100</p> <p>N. pz. trattati con angioplastica primaria <120 min. / N. pz trattati con angioplastica primaria X 100</p>	Sistema di sorveglianza Umbria-STEMI	
Attività 3	Aumentare la capacità operativa intra ed interospedaliera	Mezzi	Costi	
3.1	Adottare linee guida interaziendali per il trattamento delle emergenze cardiologiche con riferimento al pz. con STEMI	<u>Gruppo di lavoro:</u> - Coordinamento della Rete sanitaria regionale cardiologia e Coordinamento della Rete sanitaria regionale dell'emergenza/urgenza <u>Atti aziendali</u> - Aziende Sanitarie regionali	€ 0.000,00	
3.2	Attivare il Sistema di Monitoraggio e sorveglianza "Umbria-STEMI"	Centro di riferimento regionale per il Sistema di sorveglianza	€ 0.000,00	

3. Prevenzione nella popolazione a rischio 3.3 – Il Diabete

3.3.1 – La Rete regionale per la malattia diabetica di tipo II

Target (beneficiari)	Pazienti dei Medici di Medicina generale d'età ≤ 70 anni affetti da patologia diabetica di tipo II					
Attori	Servizio Programmazione sanitaria, dell'assistenza di base ed ospedaliera. Direzione regionale sanità e servizi sociali – Regione Umbria Coordinamento regionale per la malattia diabetica Centro di riferimento regionale per la malattia diabetica c/o DiMISEM. A.O. di Perugia, Università degli Studi di Perugia Medici di Medicina Generale ed Equipe territoriali della Medicina generale delle Aziende Sanitarie Locali dell'Umbria Reperti e/o ambulatori di Diabetologia dei Presidi Ospedalieri dell'Umbria Specialisti collaterali delle complicanze					
Portatori di interesse	Specialisti in Diabetologia, Malattie del Metabolismo e Scienze Endocrine Società scientifiche (SID, SIMG) e Associazioni mediche (AMD) Associazioni di pazienti					
Obiettivo di salute	Incrementare la quota di pazienti d'età ≤ 70 anni affetti da patologia diabetica di tipo II trattati in maniera ottimale sulla base delle indicazioni contenute in linee guida regionali condivise					
Descrizione sintetica	Il progetto tende ad uniformare sull'intero territorio regionale le pratiche di controllo e le modalità di trattamento della patologia diabetica di tipo II messe in atto dai Medici di Medicina generale e dagli operatori dei servizi specialistici e delle malattie collaterali, attraverso la costruzione di una Rete regionale per il controllo ed il trattamento della patologia diabetica e la definizione e adozione da parte delle Aziende Sanitarie di Linee-guida condivise.					
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> - Attivare il Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale per la malattia diabetica di tipo II deliberato in ciascuna Azienda Sanitaria Locale anche in rapporto con le Aziende Ospedaliere sulla base di un modello regionale e condividerlo con le Associazioni scientifiche e di Pazienti, - Definire e condividere a livello regionale standard organizzativi e funzionali per la malattia diabetica di tipo II nell'ambito della Rete regionale, - Avviare su scala regionale da parte dei MMG un programma di controllo sistematico dei valori metabolici delle persone affette da diabete di tipo II. 					
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Emoglobina glicata N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni con una registrazione dell'emoglobina glicata, nell'anno, ≤ 7 / N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni X 100	Registro regionale della patologia diabetica		40% Sul territorio regionale		50% Sul territorio regionale	
Pressione arteriosa N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni con una registrazione della pressione arteriosa, nell'anno, ≤ 130/80 mmHg / N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni X 100	Registro regionale della patologia diabetica		40% Sul territorio regionale		50% Sul territorio regionale	
Colesterolo LDL N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni con una registrazione del colesterolo LDL, nell'anno, < 100 mg/dl / N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni X 100	Registro regionale della patologia diabetica		35% Sul territorio regionale		45% Sul territorio regionale	

Il contesto

Tra le patologie cronic-degenerative, il Diabete mellito occupa una posizione di assoluta preoccupazione per i sistemi sanitari date la sua larga diffusione e la crescita esponenziale e rappresenta un problema sanitario per le persone di tutte le età e di tutte le aree geografiche, anche in considerazione del fatto che interessa e coinvolge, in maniera particolare, le classi economicamente e socialmente più svantaggiate.

Una patologia particolarmente rilevante soprattutto per le numerose complicazioni microvascolari e neuropatiche (retinopatia, nefropatia, ulcere del piede) e macrovascolari (cardiache, cerebrovascolari, amputazioni) a cui i pazienti vanno incontro, e per l'elevato costo sociale: in Italia si stima che il 6,7% (circa 5.500 milioni di euro nel 2004) dell'intera spesa sanitaria nazionale, pubblica e privata, sia assorbita dalla popolazione diabetica.

In Italia, per l'anno 2009, l'ISTAT²⁹ indicava in circa 2,9 milioni il numero complessivo di diabetici e stimava, nella popolazione generale, una prevalenza del Diabete noto pari a 4,8% (a fronte di un dato pari a 3,7% dell'indagine multiscopo relativa agli anni 1999-2000) con una discreta predilezione per il sesso femminile (5,0% a fronte di un valore pari a 4,6% nei maschi); tale valore tende ad aumentare sensibilmente con l'avanzare dell'età passando dal 2,5% nella classe d'età compresa tra i 45 e i 54 anni al 18,9% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni. La distribuzione geografica della prevalenza fa registrare valori più bassi al Nord (4,2%) rispetto al Centro (4,9%) e al Sud Italia (5,5%).

I dati dello studio QUADRI³⁰ condotto di recente (pubblicato nel 2007) dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Regioni rende conto di una situazione nazionale, per quel che riguarda la qualità dell'assistenza alle persone con diabete, ancora non ottimale: per quanto riguarda le complicanze del diabete, la maggioranza delle persone intervistate (76%) presentava almeno uno dei principali fattori di rischio (ipertensione, ipercolesterolemia e obesità) e il 42% ne aveva almeno due.

Altro dato estremamente significativo era la ridotta aderenza da parte dei pazienti con diabete, alle cure e ai consigli medici: il 14% dei soggetti ipertesi ed il 26% delle persone con livelli elevati di colesterolo non si sottoponevano ad alcuna terapia specifica mentre tra gli obesi che avevano ricevuto il consiglio di dimagrire solamente il 50% adottava misure concrete per la riduzione ponderale.

Inoltre, ogni anno, ammontano a più di 75.000 (con oltre 479.000 giornate di degenza), i ricoveri in ospedale per diabete causati principalmente da complicanze quali ictus e infarto, retinopatia, insufficienza renale, e amputazioni degli arti inferiori che portano a una perdita di durata e di qualità della vita. Ultimo dato significativo da tenere in grande considerazione è l'elevato numero di persone, portatrici di diabete, che non sanno di esserlo: circa il 50% dei casi di Diabete di tipo II non risulta, infatti, diagnosticato.

Di contro, studi accreditati mettono in rilievo che ad un aumento della sorveglianza sul diabete (controllo glicemico e presso il medico) fa seguito una riduzione significativa dell'incidenza e della gravità delle complicanze con un decremento dei costi sanitari grazie alla diminuzione dei ricoveri ospedalieri³¹.

Alla luce di tali dati emerge con forza il problema, per i Servizi Sanitari di livello nazionale e regionale, di come affrontare con adeguatezza gli aspetti connessi alla patologia diabetica centrando in particolare l'attenzione sul modello assistenziale più appropriato per far fronte alla situazione; a questo proposito, nel Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 erano individuati, tra gli obiettivi strategici, da una parte, la necessità di realizzare un processo di riordino atto a garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali teso a fornire un coordinamento tra le azioni di cura e di riabilitazione e, dall'altra, l'urgenza di operare un riequilibrio delle risorse finanziarie ed organizzative a favore dell'offerta sanitaria territoriale. Una esigenza peraltro riconfermata sia a livello nazionale con i Piani Nazionali della Prevenzione ed il Progetto IGEA, sia a livello internazionale, con l'approvazione, nel settembre del 2006, da parte dell'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'Unione Europea della strategia complessiva contro le malattie non trasmissibili denominata "Gaining Health" che, a proposito di diabete, indica, quali obiettivi prioritari, il

²⁹ Secondo i dati del "Sistema di sorveglianza PASSI" relativi al pool di Asl partecipanti allo studio condotto negli anni 2007-2008, la prevalenza del diabete è pari al 5%. L'analisi per macroaree geografiche evidenzia un gradiente significativo fra Nord (4%), Centro (5%) e Sud/Isole (6%).

³⁰ Obiettivo dello studio QUADRI (Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane) era quello di descrivere: le caratteristiche socio-demografiche delle persone con diabete in Italia, la frequenza delle complicanze e i relativi fattori di rischio, i modelli di assistenza e i follow-up clinici, l'aderenza alle linee guida in uso in Italia, le conoscenze sulla malattia e le misure comportamentali e terapeutiche intraprese dai pazienti stessi per controllare la malattia e la loro percezione sulla qualità dell'assistenza erogata e il grado di informazione sui propri diritti.

In: Aprile V, Baldissera S, D'Argenzio A, Lopresti S, Mingozzi O, Scondotto S, Binkin N, Maggini M, Perra A, Caffari B. *I risultati nazionali dello studio QUADRI (Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (Rapporti ISTISAN 07/10).

³¹ King P., Peacock I., Donnelly R., *The UK prospective diabetes study (UKPDS): clinical and therapeutic implications for type 2 diabetes*. Br J Clin Pharmacol 1999; 48:643-8.

riorientamento dei servizi sanitari nella direzione di un più marcato sviluppo delle cure primarie ed un aumento delle competenze delle persone per l'autogestione della malattia.

In ultima analisi, la malattia Diabetica è gravata di tali complicanze croniche, in correlazione inversa con il grado di compenso e in relazione lineare con la durata della malattia, da giustificare tutti gli sforzi possibili per la buona gestione della patologia e per la sua diagnosi precoce. D'altro canto, molti sono i fattori di rischio per la comparsa del diabete, in massima parte facilmente individuabili (dati anamnestici e obiettivi di semplice riconoscibilità), così da rendere attuabile la selezione di una popolazione ad alto rischio.

Il contesto in Umbria

In Umbria, probabilmente a causa del marcato processo di invecchiamento della popolazione residente, la patologia diabetica fa registrare un valore di prevalenza pari a 5,1%³² che risulta superiore a quello della media delle regioni italiane (4,8%) con punte superiori al 20% per le classi d'età uguali o superiori ai 75 anni d'età.

Nel più recente passato alla patologia diabetica, anche in considerazione degli elevati costi personali, familiari e sociali, è stata dedicata, in fase di programmazione sanitaria, particolare attenzione: le indicazioni regionali contenute sia nel primo Piano Sanitario regionale (1999-2001) che nel secondo (2003-2005) e nelle susseguenti Deliberazioni di Giunta³³, hanno condotto alla elaborazione, da parte delle Aziende Sanitarie Regionali, di piani di intervento e linee-guida aziendali³⁴ validati sul piano dei contenuti scientifici e tecnici e appropriati per le specifiche realtà umbre, comprensivi della definizione di ruoli e responsabilità dei diversi livelli assistenziali e delle modalità di integrazione, e delle forme di sensibilizzazione della popolazione nei confronti della patologia e dei rischi per la salute ad essa connessi.

Sulla base di quegli input di livello programmatico, inoltre, si è assistito, con l'apertura di nuovi Ambulatori diabetologici, ad una più ampia copertura del territorio regionale mentre è in avanzata fase di realizzazione il Registro regionale per il Diabete che, dopo una fase preliminare pilota, sta cominciando a dispiegare la sua potenzialità quale strumento di monitoraggio e valutazione della patologia diabetica e delle sue complicanze.

Vanno in questa direzione, inoltre, due distinti progetti realizzati rispettivamente, il primo, dalle Strutture ospedaliere e dai Servizi di diabetologia e dai Medici di Medicina Generale del territorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 4 dell'Umbria (Terni)³⁵ e, il secondo, da 27 Medici di Medicina Generale (su un totale nazionale di 450 medici aderenti allo studio), distribuiti in tutto il territorio regionale, facenti parte di un network di ricerca nazionale (Rete Health Search-Tales) che, attraverso un'opera di confronto della propria attività clinica rispetto a gold standard predefiniti di buona pratica, si prefiggeva l'obiettivo di ottenere un miglioramento complessivo della qualità delle cure, in particolare delle più diffuse patologie croniche (ed il diabete era tra esse), associato ad una riduzione della spesa sanitaria.

I dati dello studio, seppure parziali, fanno registrare, in Umbria, relativamente alla patologia diabetica:

- una prevalenza della patologia diabetica attestata su un valore pari a 6,3% sul totale degli assistiti (a fronte di un dato generale pari a 5,5%);
- una quota del 62,2% di pazienti diabetici sono sottoposti al monitoraggio continuo dell'emoglobina glicata e di questi il 64,8% presenta valori ≤ 7 , e il 29,2% valori compresi tra 7 e 9;
- una quota del 51,5% di pazienti diabetici sono sottoposti al monitoraggio continuo dell'ipertensione arteriosa e di questi il 40,0% presenta valori $\leq 130/80$ mmHg,
- una quota del 42,8% di pazienti diabetici sono sottoposti al monitoraggio continuo dei valori ematici del colesterolo LDL e di questi il 64,8% presentano valori < 100 mg/dl.

³² Un recente studio dal titolo "Gestione del paziente con diabete mellito di tipo II in un ambulatorio dedicato nel setting della Medicina Generale. Verifica di una esperienza" pubblicato nel mese di giugno del 2009 sulla "Rivista della Società Scientifica Italiana di Medicina Generale", riporta i dati di una ricerca svolta nell'ambito della Medicina di Gruppo (MdG) di Ripa (PG), che è costituita da 5 MMG e presta assistenza ad una popolazione di circa 7500 persone. Il Gruppo, che si avvale di un poliambulatorio, di un'infermiera professionale, di un servizio informatico in rete per l'uso del programma Millewin impostato secondo la modalità Health Search e di strumentazione sia laboratoristica che di diagnostica, ha fatto registrare una prevalenza della patologia diabetica pari a 7,7% (122 pazienti su 1570) del totale degli assistiti presi in esame. In tale ambito un MMG dei cinque ha realizzato un ambulatorio dedicato ai pazienti affetti da DM2 a partire dal gennaio 2003.

³³ Con la DGR 1084 del 29/06/2005 (Piano regionale della Prevenzione attiva 2005-2007) si avvia in Umbria il Progetto "Prevenzione e gestione integrata della malattia diabetica".

³⁴ Si veda a questo proposito:

ASL n. 2 dell'Umbria. *Diabete Mellito di tipo II. Linea guida diagnostico-terapeutica*. Perugia, Anno 2005, I revisione.

ASL n. 4 dell'Umbria, Distretto socio-sanitario n. 1 di Terni. *Percorso diagnostico-terapeutico del diabete affetto da diabete di tipo II*. Terni, anno 2008, dattiloscritto.

³⁵ Il Progetto PRAETER – Prevenzione Attiva Educazionale TERni – è teso alla sensibilizzazione della popolazione sulla patologia diabetica (attraverso lo strumento di una campagna di informazione) e alla individuazione, attraverso uno screening, delle forme precoci di malattia rivolto alle persone d'età compresa tra i 45 e i 70 anni.

I problemi

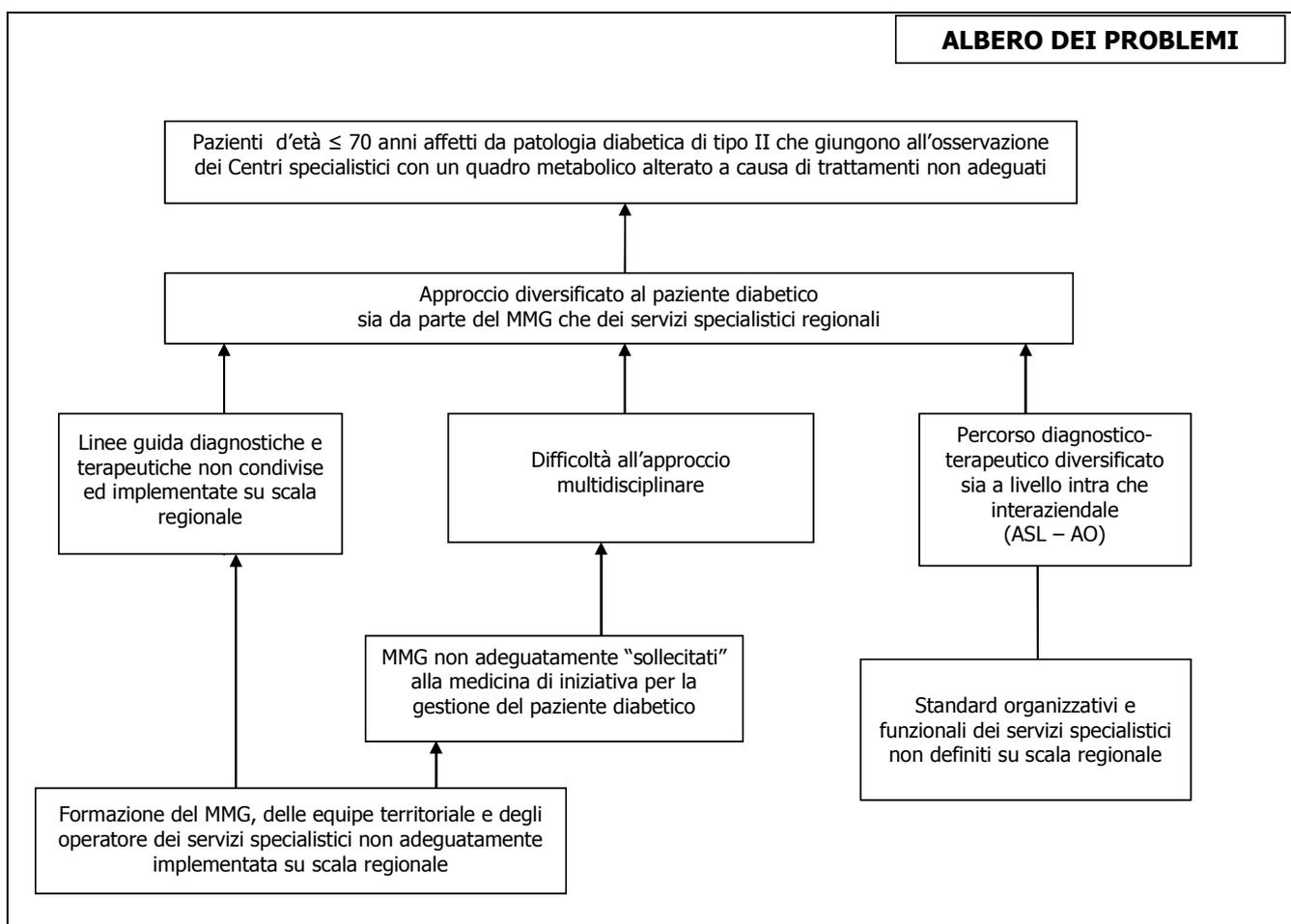
Pur avendo, l'assistenza diabetologica, fatto registrare, nella nostra regione, profondi e significativi miglioramenti per estensione delle strutture dedicate, qualità e capacità di risposta della rete dei servizi di medicina primaria e degli specialistici dedicati, dall'analisi approfondita dei dati disponibili - parziali, poco confrontabili e discontinui nel tempo - e dalle considerazioni dei responsabili dei servizi specialistici e territoriali emergono una serie di elementi problematici riferiti, da un lato, ai pazienti e alle loro condizioni di salute e, dall'altro, all'attuale organizzazione delle cure della malattia diabetica, sui quali è necessario fermare l'attenzione.

In particolare, per quanto attiene al primo aspetto, nell'ambito di un significativo e progressivo incremento nelle persone adulte della prevalenza del diabete di tipo 2 i principali **problemi di salute** per la patologia diabetica al momento attuale sono rappresentati da:

- la registrazione di una quota significativa di pazienti affetti da diabete di tipo II che giunge all'osservazione dei Centri specialistici con un quadro metabolico alterato (in particolare per gli indicatori: emoglobina glicata, pressione arteriosa e lipidemia/LDL) segno di un controllo non adeguato dell'evoluzione della patologia e/o di trattamenti terapeutici non conformi alle linee-guida e/o di una resistenza alla cura da parte del paziente, e
- la ridotta consapevolezza del paziente affetto da malattia diabetica dei rischi sulla salute connessi alla patologia e alle sue complicanze e dei vantaggi provenienti dall'adesione a terapie (farmaci, dieta e alimentazione, movimento fisico) adeguate.

Venendo poi agli aspetti problematici connessi all'organizzazione sanitaria, è possibile identificare alcuni **problemi di assistenza** che richiedono una attenta considerazione, quali:

- la proposizione di un modello assistenziale centrato sull'attesa del paziente con approcci individualizzati e trattamenti terapeutici elaborati sulla base delle competenze e dell'esperienza del singolo medico e/o servizio e, pertanto, differenziati nelle diverse realtà territoriali e nei Centri specialistici sia per la malattia diabetica sia per le complicanze micro e macro-angiopatiche a livello oculare, cardiovascolare, renale, neurologico e degli arti inferiori.
- la ridotta e non equamente distribuita sul territorio regionale, identificazione, sulla base di - alcuni e ben identificati - parametri metabolici, del diabete di tipo 2 soprattutto nelle sue fasi più precoci,
- la rilevazione, da parte dei Centri specialistici, di una quota di soggetti affetti dalla malattia, ma non diagnosticati o, se diagnosticati, portatori di complicanze prevenibili.



Gli obiettivi e i risultati attesi

In considerazione del fatto ormai accertato da numerosi studi che le complicanze croniche del diabete possono essere prevenute o che, in ogni caso, se ne può rallentare la progressione³⁶ attraverso lo stretto controllo di alcuni fattori, quali la *Glicemia e l'emoglobina glicata (HbA1c)*³⁷, la *pressione sanguigna*³⁸ ed il *controllo dei lipidi/LDL nel sangue*³⁹. Sulla base, quindi, dei dati disponibili e partendo dalla modalità organizzativa e funzionale presente nella nostra regione e, avendo come finalità quella di garantire a tutti i cittadini umbri l'appropriatezza del trattamento nei modi e nei tempi indicati nelle più recenti ed accreditate linee guida internazionali, è possibile, per il Servizio Sanitario regionale porsi l'obiettivo di un più efficace controllo delle situazioni a rischio attraverso l'adozione, su scala regionale di un modello di gestione integrata dell'assistenza delle persone con diabete di tipo II.

A questo proposito, è necessario mettere in campo una adeguata struttura organizzativa ed implementare azioni tese a:

- l'adozione di un protocollo diagnostico-terapeutico integrato condiviso, oltreché dalle Direzioni delle Aziende Sanitarie regionali, da tutti i soggetti interessati (Medici di Medicina Generale, Specialisti del settore, Specialisti collaterali delle complicanze, infermieri, dietisti, podologi, psicologi, assistenti domiciliari, persone con diabete e rappresentanti delle Associazioni di pazienti), adattato alle singole realtà e contenente la definizione esplicita di funzioni e compiti che ogni operatore, e/o Servizio, sarà chiamato a svolgere all'interno del percorso assistenziale;
- la formazione congiunta sulla malattia diabetica e le sue complicanze e sui modelli educativi di tutti gli operatori che intervengono sul percorso di cura secondo un approccio multidisciplinare e proattivo con la finalità della individuazione di team territoriali cui affidare la gestione del sistema assistenziale;
- l'identificazione precoce delle persone d'età ≤ 70 anni affette da diabete di tipo II da inserire nell'ambito della gestione integrata della patologia e loro coinvolgimento informato (consenso) ed attivo nel percorso di cura,
- la realizzazione di interventi informativi ed educativi che aumentino, nella popolazione e nei soggetti a rischio, il livello di consapevolezza sulle forme di prevenzione primaria (predisposizione individuale e familiare, comportamenti e stili di vita, ecc.) e secondaria (modalità di esordio della malattia e sua evoluzione nel tempo, rischi per la salute, possibilità terapeutiche e modelli per la sua autogestione, ecc.) .

Per la realizzazione di quanto sopra sembra indispensabile procedere a:

- la costituzione della "Rete regionale per la malattia diabetica" composta dai rappresentanti delle Direzioni sanitarie delle Aziende Sanitarie e dai Professionisti/esperti che operano nei vari livelli assistenziali cui affidare il compito di elaborare il modello organizzativo e funzionale della gestione integrata della malattia diabetica, i protocolli diagnostico-terapeutico attraverso la definizione di linee-guida vincolanti e il Piano della formazione congiunta degli operatori,
- il coinvolgimento attivo delle Associazioni dei pazienti nell'ambito delle attività di counselling ed educativa rivolte alle persone portatrici di patologia diabetica,
- l'estensione a livello regionale delle forme di aggregazione territoriale dei Medici di Medicina Generale e la diffusione di modelli di intervento proattivi con monitoraggio della casistica clinica,

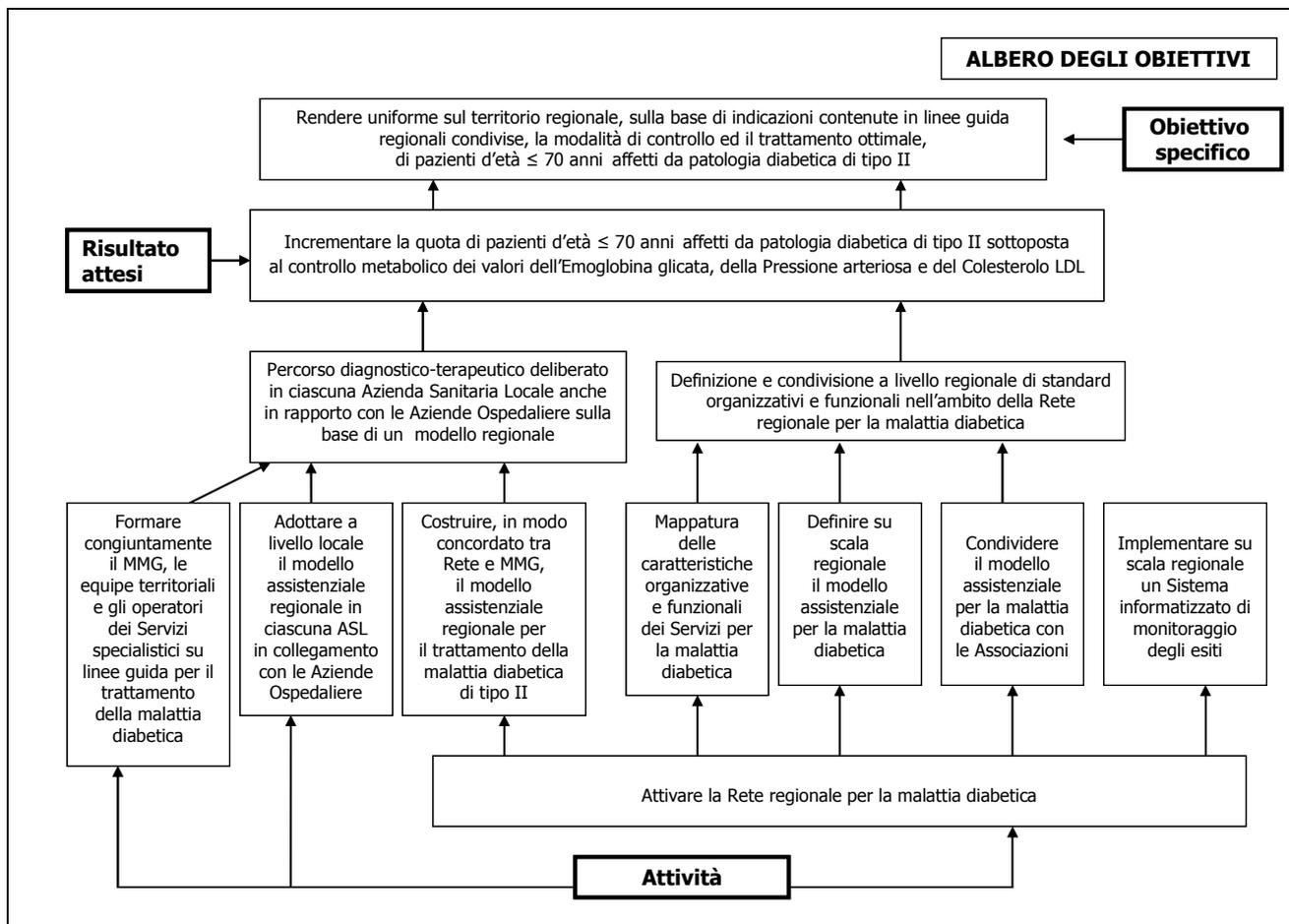
³⁶ L'elevata frequenza di complicanze vascolari impone uno stretto monitoraggio degli organi bersaglio (occhi, reni e arti inferiori). Per questo, è necessario che le persone con diabete si sottopongano a periodiche visite di controllo, anche in assenza di sintomi.

³⁷ Sono stati effettuati importanti studi clinici che hanno evidenziato l'importanza di un buon controllo metabolico per prevenire l'insorgenza di complicanze. I livelli medi di glicemia nel corso della giornata possono essere valutati mediante la misurazione dell'emoglobina glicata (HbA1c%). L'emoglobina, che è normalmente trasportata dai globuli rossi, può legare il glucosio in maniera proporzionale alla sua quantità nel sangue. In considerazione del fatto che la vita media del globulo rosso è di tre mesi, la quota di emoglobina cui si lega il glucosio sarà proporzionale alla quantità di glucosio che è circolato in quel periodo. Otteniamo, quindi, una stima della glicemia media in tre mesi. Nei soggetti non diabetici, il livello d'emoglobina glicata si mantiene attorno al 4-7 per cento, che significa che solo il 4-7 per cento di emoglobina è legato al glucosio. Nel paziente diabetico questo valore deve essere mantenuto entro il 7% per poter essere considerato in "buon controllo metabolico"

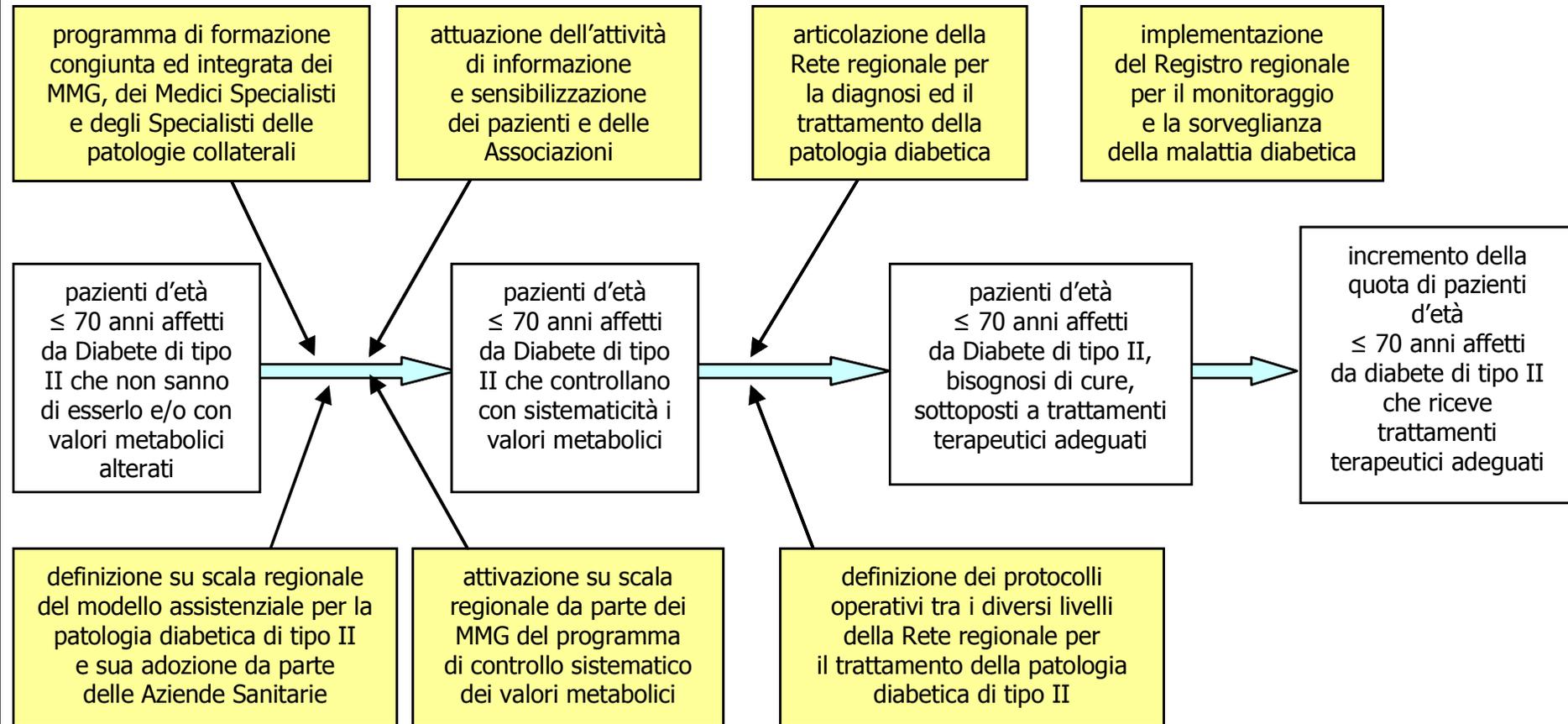
³⁸ Nei diabetici c'è un aumentato rischio di malattie cardiovascolari, quindi il controllo della pressione sanguigna è particolarmente importante, in quanto livelli elevati di pressione rappresentano già un fattore di rischio. Il controllo della pressione sanguigna può prevenire l'insorgenza di patologie cardiovascolari (malattie cardiache e ictus) e di patologie a carico del microcircolo (occhi, reni e sistema nervoso).

³⁹ Le dislipidemie rappresentano un fattore aggiuntivo di rischio per le patologie cardiovascolari tale da richiedere, in particolare nei pazienti che hanno già avuto un evento cardiovascolare, un adeguato controllo del colesterolo e dei lipidi (HDL, LDL e trigliceridi).

- l'attivazione di un Sistema informativo regionale atto a monitorare lo sviluppo del sistema integrato con particolare riferimento, da una parte, alla strutturazione della gestione integrata (numero di operatori progressivamente coinvolti nel processo, quantità e qualità dell'attività di formazione congiunta, modalità di collegamento tra i diversi livelli assistenziali, funzione proattiva di richiamo dei pazienti, ecc.) e, dall'altra, alla situazione clinica dei pazienti e alla sua evoluzione (identificazione precoce delle situazioni a rischio, indicatori del controllo metabolico, esiti delle attività informativa ed educativa, ecc.).



MODELLO LOGICO



Quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi ed assunzioni
Obiettivo specifico	Incrementare la quota di pazienti d'età ≤ 70 anni affetti da patologia diabetica di tipo II trattati in modo ottimale			
Risultato atteso	Incrementare la quota di pazienti d'età ≤ 70 anni affetti da patologia diabetica di tipo II sottoposta al controllo metabolico dei valori dell'Emoglobina glicata, della Pressione arteriosa e del Colesterolo LDL	<p>Emoglobina glicata N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni con una registrazione dell'emoglobina glicata, nell'anno, ≤ 7 / N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni X 100</p> <p>Pressione arteriosa N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni con una registrazione della pressione arteriosa, nell'anno, ≤ 130/80 mmHg / N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni X 100</p> <p>Colesterolo LDL N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni con una registrazione del colesterolo LDL, nell'anno, < 100 mg/dl / N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni X 100</p>	Registro regionale della patologia diabetica	
Attività 1	Adozione di un Percorso diagnostico-terapeutico della patologia diabetica di tipo II deliberato in ciascuna Azienda Sanitaria Locale anche in rapporto con le Aziende Ospedaliere sulla base di un modello regionale	Mezzi	Costi	
1.1	Costruire, in modo concordato tra Rete e MMG, ed adottare il modello assistenziale regionale per il controllo e il trattamento della malattia diabetica di tipo II	Elaborazione da parte della Rete regionale per la malattia diabetica in collaborazione con i rappresentanti dei MMG e adozione dalle Aziende Sanitarie delle "Linee-guida regionali per il controllo e il trattamento della malattia diabetica di tipo II"	€ 00.000,00	
1.2	Formare congiuntamente il MMG, le equipe territoriali e gli operatori dei Servizi specialistici su linee guida per il controllo ed il trattamento della malattia diabetica	Piano dell'Attività formativa Pacchetto informativo per lo svolgimento dell'attività di counselling da parte dei Medici	€ 00.000,00	
1.3	Avviare su scala regionale da parte dei MMG il programma di controllo sistematico dei valori metabolici delle persone affette da diabete di tipo II	Pratica clinica Programma regionale informatizzato per la raccolta dati	€ 00.000,00 Budget Sistema informativo regionale	

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi ed assunzioni
Obiettivo specifico	Incrementare la quota di pazienti d'età ≤ 70 anni affetti da patologia diabetica di tipo II trattati in modo ottimale			
Risultato atteso	Incrementare la quota di pazienti d'età ≤ 70 anni affetti da patologia diabetica di tipo II sottoposta al controllo metabolico dei valori dell'Emoglobina glicata, della Pressione arteriosa e del Colesterolo LDL	<p>Emoglobina glicata N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni con una registrazione dell'emoglobina glicata, nell'anno, ≤ 7 / N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni X 100</p> <p>Pressione arteriosa N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni con una registrazione della pressione arteriosa, nell'anno, ≤ 130/80 mmHg / N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni X 100</p> <p>Colesterolo LDL N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni con una registrazione del colesterolo LDL, nell'anno, < 100 mg/dl / N. diabetici tipo II di età ≤ 70 anni X 100</p>	Registro regionale della patologia diabetica	
Attività 2	Definizione e condivisione a livello regionale di standard organizzativi e funzionali nell'ambito della Rete regionale per la malattia diabetica	Mezzi	Costi	
2.1	Definire su scala regionale il modello organizzativo per la malattia diabetica	Elaborazione a cura della Rete regionale per la malattia diabetica e adozione da parte delle Aziende Sanitarie delle "Linee-guida regionale sul modello organizzativo e funzionale per la malattia diabetica"	€ 00.000,00	
2.2	Condividere il modello assistenziale per la malattia diabetica con le Associazioni	Incontro pubblico	€ 00.000,00	
2.3	Implementare su scala regionale un Sistema informatizzato di monitoraggio e valutazione dei percorsi assistenziali e degli esiti di salute	Attività del Registro regionale della patologia diabetica	€ 00.000,00	

3. Prevenzione nella popolazione a rischio
3.1 Contrasto ai DCA

3.4.1 Identificazione precoce dei soggetti affetti da DCA e appropriatezza dell'intervento: il modello umbro

Target (beneficiari)	Popolazione umbra tra 12 e 60 (n° assistiti pari a 540.383)					
Attori	Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali- Regione Umbria Servizi dedicati al trattamento DCA MMG e PLS					
Portatori di interesse	Associazioni rappresentanti i pazienti e i familiari					
Obiettivo di salute	Incrementare la quota dei pazienti che arriva ai Servizi specifici entro un anno dall'esordio della patologia (dal 15% al 30%)					
Descrizione sintetica	Il progetto punta, attraverso il miglioramento della rete degli interlocutori sanitari (MMG e PLS) e non-sanitari (scuola, istruttori sportivi) nella capacità di intercettare ed indirizzare i pazienti verso percorsi assistenziali specifici, nonché la definizione di criteri appropriati per una valutazione diagnostica multi professionale e di procedure per il cambiamento di setting aggiornando e implementando le LG prodotte in Umbria 10 anni fa di aumentare la quota di pazienti che giunge ai Servizi specifici entro 1 anno dall'esordio della malattia, aumentando quindi la efficacia della risposta terapeutica.					
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento dei pz. presi in carico senza trattamenti aspecifici • Riduzione del drop-out nel percorso assistenziale 					
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
n° paz. presi in carico dai Servizi entro 1 anno dall'esordio clinico/n° paz. che nell'anno accedono al servizio	Sistema informativo dedicato		20%		30%	
n° paz. presi in carico che non hanno avuto trattamenti aspecifici /n° paz. che in quell'anno accedono al servizio	Sistema informativo dedicato		25%		30%	
n°paz. che in qualunque setting interrompono unilateralmente il trattamento/ n° paz. in carico al Servizio nell'anno (dato incidenza)	Sistema informativo dedicato		25%		28%	

Il contesto

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) costituiscono oggi una vera e propria epidemia sociale, che non sembra in questo momento trovare un argine alla sua crescita esponenziale. Due milioni di ragazzi in Italia soffrono di questi disturbi e decine di milioni di giovani nel mondo si ammalano ogni anno. Per ogni 100 ragazze in età adolescenziale, 10 soffrono di qualche disturbo collegato all'alimentazione, 1-2 delle forme più gravi come l'Anoressia e la Bulimia, le altre di manifestazioni cliniche transitorie e incomplete.

Secondo i dati del Ministero della Salute nella recente azione di sorveglianza nazionale (Le Buone Pratiche nella cura e nella prevenzione dei DCA 2008-2010) i Disturbi del Comportamento Alimentare sono ancora in espansione ma soprattutto in grande modificazione. La definizione e classificazione più accreditata dei DCA è stata fornita dall'American Psychiatric Association nella quarta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV. In essa sono contenuti i criteri diagnostici che hanno il maggior consenso da parte degli operatori sanitari impegnati nella cura dei DCA. La definizione ICD10 è sovrapponibile a quella del DSM-IV.

L'Anoressia Nervosa, caratterizzata da perdita di peso, restrizione alimentare, amenorrea e intensa ideazione sul cibo e le forme corporee costituisce in questo momento il 30 % della patologia complessiva e di questo il 70% è una forma di Anoressia associata all'uso del Vomito autoindotto (Anoressia Vomiting).

Il 50 % è costituito da Bulimia Nervosa sindrome caratterizzata da Abbuffate compulsive, metodi di compenso come vomito autoindotto, lassativi e diuretici e intensa ideazione sul cibo e forme corporee.

Il 30% è costituito da Disturbi non Altrimenti Specificati (DNOS) tra cui il Disturbo da Alimentazione Incontrollata DAI caratterizzato da abbuffate senza metodi di compenso, grave aumento di peso e intensa ossessione sul cibo e forme corporee. Tale Disturbo costituisce in questo momento una nuova emergenza nella fascia più adulta della popolazione.

La percentuale dei Disturbi Non Altrimenti Specificati tende ad aumentare soprattutto nelle forme di Disturbo sottosoglia, molto diffuse e più difficili da intercettare (Anoressie senza amenorrea, Bulimie con uso saltuario di metodi di compenso) ponendo sicuramente problemi nella Diagnosi Precoce e nell'inizio del trattamento.

Una malattia "culturalmente correlata"

I disturbi del rapporto dell'uomo con il cibo e l'alimentazione sono stati descritti anche in epoche remote, ma è solo nel Novecento, in una parte limitata del mondo, che si è presentato il problema di amministrare un'offerta di cibo sovrabbondante e seduttiva e che il problema alimentare viene legato indissolubilmente all'immagine del corpo.

Nelle società industriali avanzate un numero sempre più elevato di individui, soprattutto donne, dedica grande attenzione e preoccupazione al controllo del peso e dell'immagine per mezzo di diete, esercizio fisico e altri comportamenti, più o meno nocivi.

Il fenomeno disegna lo sfondo sul quale va collocato e interpretato il progressivo aumento dei Disturbi del Comportamento Alimentare.

L'origine e il decorso dei DCA sono determinati da una pluralità di variabili (eziologia multifattoriale), nessuna delle quali, da sola, è in grado di scatenare la malattia o influenzarne il corso e l'esito. Sicuramente i fattori socio-culturali sono implicati nel favorire lo sviluppo di questi disturbi e in particolare per il ruolo esercitato dalla nostra cultura che associa la magrezza alla bellezza e al valore personale.

In questo senso viene usata la parola patoplasticità: il disturbo è "plastico", adattabile, flessibile ai decorsi storici. La forma espressiva che assume è l'effetto del contesto specifico nel quale si iscrive. Fattori patoplastici sono tutti quelli che concorrono ad abbozzare la fenomenologia del malessere, senza tuttavia determinarlo; essi esercitano, diversamente dai fattori causali (che nella patologia in questione, così come in molte altre patologie psichiche, rimangono elusivi), un'azione predisponente, modellante e formativa. Le influenze socioculturali giocherebbero un ruolo importante nel modellare la forma della malattia e i contenuti delle preoccupazioni delle pazienti. Le pressioni sociali potrebbero agire attraverso i messaggi contraddittori sul ruolo della donna comunemente filtrati dai mass-media e dagli imperativi sociali subliminali: la si vorrebbe votata ai valori della famiglia e della casa (come la donna di ieri), ma le vengono richieste, oltre alle doti di tipo più tradizionale, anche i caratteri dell'autonomia e dell'indipendenza - competitività, tipicamente maschili. Questo primo livello contribuisce a creare un autentico disagio psicologico in soggetti

vulnerabili, che viene amplificato dalla preferenza, questa volta più evidente, per l'immagine della donna magra e scattante.

I modelli imposti dai mass-media esaltano, di fatto, la magrezza quale strumento d'affermazione sociale. Sia per le donne che per gli uomini queste tensioni possono essere amplificate. Ad una persona magra e "sportiva" sono associati attributi positivi, a quelli in sovrappeso attributi negativi.

Di conseguenza troviamo che la parola "dieta" risulta la decima parola più ricercata in assoluto sulla rete in Italia (come riportano i risultati ufficiali dei trend di ricerca Google Zeitgeist 2008), trend in aumento negli ultimi 3 anni. La Diet Industry (o mercato della dieta) è costituita dal vasto mercato per la produzione di prodotti, strumenti, strategie, programmi impiegabili allo scopo di perdere peso. I prodotti e gli approcci impiegati non pongono attenzione agli aspetti scientifici, all'efficacia e al rapporto costo/beneficio a carico del consumatore, spesso rappresentato da un soggetto debole o comunque poco informato. Non va dimenticato che la somministrazione di una dieta è un atto medico e dovrebbe essere effettuato da specialisti e non approcciato da soggetti il cui unico scopo è di carattere economico e che non forniscono al consumatore informazioni adeguate e corrette in tema di salute, sovrappeso, azioni adeguate mirate a correggerlo.

Obesità - La prevalenza dell'Obesità e Sovrappeso è in rapida espansione in Italia, come nel resto del mondo. Basti pensare che in media il 34% della popolazione con più di 18 anni è in sovrappeso e il 9% è francamente obeso. Le cause dell'obesità sono molteplici, le più importanti sono di tipo genetico, comportamentale, ambientale, sociale, economico. La sedentarietà rappresenta un fattore che potrebbe spiegare in parte questo rapido aumento dell'incidenza.

L'obesità costituisce un fattore di rischio per i DCA, sia per l'anoressia e la bulimia in età adolescenziale che per il Disturbo da Alimentazione Incontrollata particolarmente nell'età adulta (il 30% dei pazienti obesi sviluppa un DAI).

Età - La fascia principalmente interessata è quella compresa tra i 15 e i 25 anni, anche se nell'ultimo decennio casi clinici di anoressia nervosa ed altri disturbi alimentari sono stati sempre più frequentemente segnalati anche in soggetti più giovani, cioè in individui in età pre-puberale (dagli otto anni e prima del menarca); si è abbassata, in generale, l'età dell'insorgenza di tutti i disordini del comportamento alimentare, che si è spostata intorno ai 14-15 anni, con la comparsa del disturbo in bambine di 10-11 anni.

I fattori di rischio per un esordio precoce di DCA nei bambini sembrano senz'altro aumentati: i modelli culturali della magrezza a cui sono sempre più esposti bambine/i attraverso i mass media e i messaggi che transitano negli ambienti di vita familiari, scolastici e sportivi; abitudini alimentari scorrette e sempre meno regolari in ambito familiare, l'aumento dell'incidenza dell'obesità infantile, quest'ultimo potentissimo fattore di rischio specifico per lo sviluppo di un DCA.

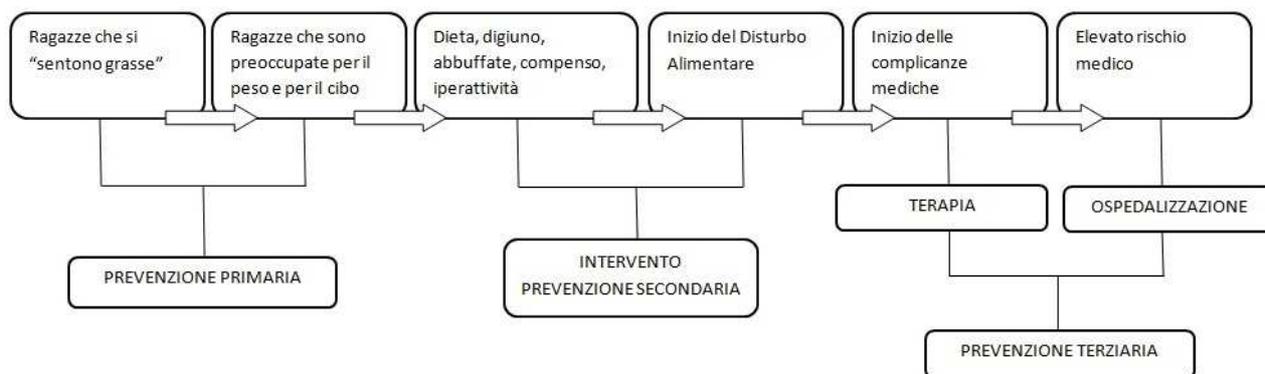
Sesso - Fino a circa 20 anni fa il rapporto tra l'incidenza dei Disordini alimentari negli uomini e nelle donne era pari a 1:10, 1:15; dati più recenti suggeriscono che questo rapporto sia arrivato almeno ad 1:4. Nel caso del più recente dei Disordini Alimentari, e cioè il Disturbo da Abbuffata Compulsiva, la distanza si accorcia e il rapporto maschi e femmine diventa 3-4. È difficile non correlare questo fenomeno al fatto che le preoccupazioni per il corpo, per la forma fisica e per l'apparenza in genere, fino al secolo scorso prerogativa quasi esclusivamente femminile, riguardano adesso sempre più anche i ragazzi.

Già da alcuni anni, contestualmente a numerosi cambiamenti socio-antropologici strutturali della nostra epoca, il peso e le forme corporee sono diventati oggetto di cura e fonte di numerose preoccupazioni anche per gli uomini; taluni si rivolgono al corpo con il desiderio esclusivo di "pomparlo": lo desiderano più muscoloso, più massiccio e meno snello; altri lo desiderano semplicemente "magro".

I "nuovi" disturbi alimentari (ortoressia e bigoressia) possono considerarsi più specifici del sesso maschile e vedono in una certa cultura del benessere, dello sport e del mondo delle palestre i focolai a cui si ispira l'espressione di forme più moderne di disagio.

Fascia sociale - Come abbiamo detto, i DCA sono sindromi cosiddette "culture bound", legate a certe culture e specifiche di alcuni paesi. Anoressia e Bulimia appaiono legate a valori e conflitti specifici della cultura occidentale, connessi, in particolare, alla costruzione dell'identità femminile e al ruolo familiare e sociale della donna. La diffusione di queste patologie nei paesi dell'Est europeo (aumentata a partire dalla caduta del Muro di Berlino), del Terzo Mondo e fra gli immigrati da nazioni povere verso nazioni ricche, appare correlata al miglioramento delle condizioni economiche e, ancora di più, ai processi di occidentalizzazione culturale. È da notare che, nei paesi poveri, parallelamente all'aumento dei Disturbi del Comportamento Alimentare stanno aumentando, in misura esplosiva, i casi di obesità.

Continuum della preoccupazione per il peso e il cibo



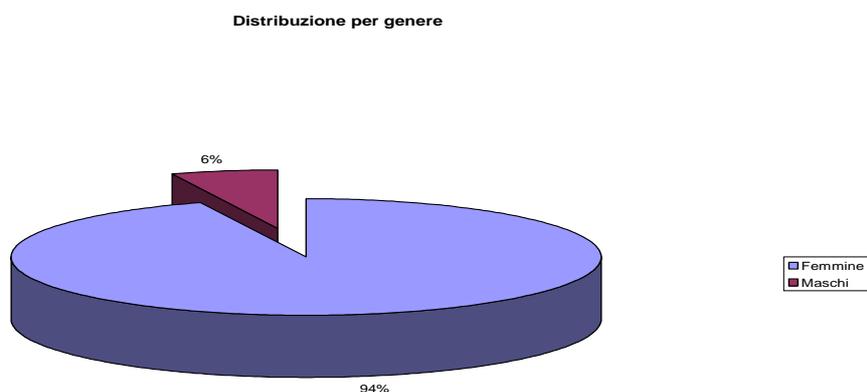
Dati Sorveglianza Regionale (2008-2009)

Attraverso la raccolta dati sull'utenza afferita ai Servizi dedicati al trattamento DCA in Umbria emerge che i pazienti in carico ai servizi presenti nella regione sono complessivamente per il biennio 2008- 2009 2740 pazienti (1245 per il 2008 e 1495 nel 2009), con 769 nuovi casi nel 2008 e 986 nel 2009.

Attraverso i dati raccolti emergono alcune caratteristiche nella distribuzione per genere , per diagnosi ed età . E' stato rilevato anche il dato relativo all'inviante e alla provenienza dell'utente.

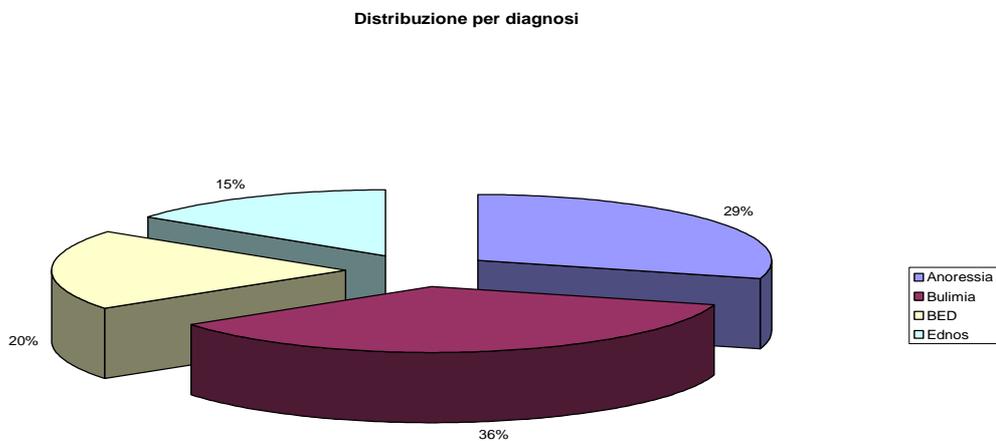
La distribuzione per genere è in linea con il dato nazionale, sottolineando che la comunità scientifica internazionale è concorde nel ritenere che i maschi si rivolgono con maggiore difficoltà ai Servizi .

Fig.1



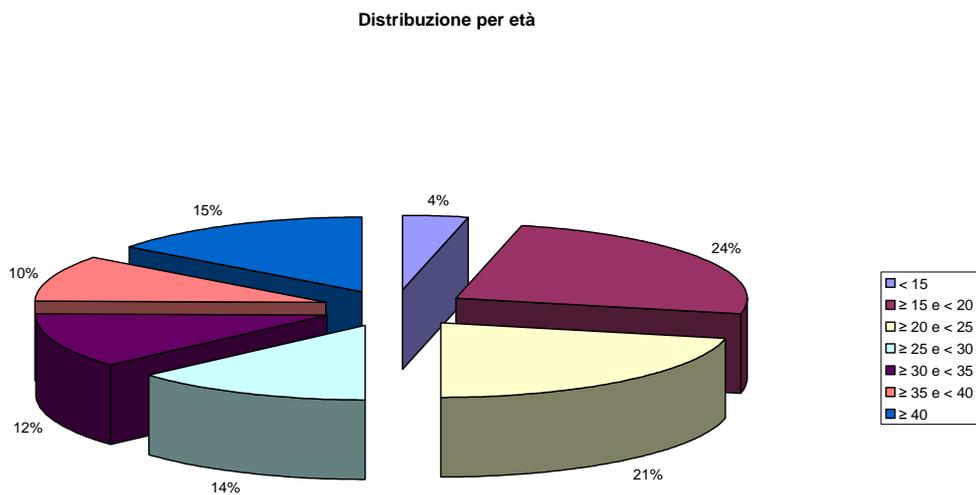
La distribuzione per diagnosi conferma il dato nazionale di un assestamento del dato sull'anoressia, con un aumento della Bulimia Nervosa e soprattutto dei Disturbi non Altrimenti Specificati (EDNOS) e Disturbo da Alimentazione Incontrollata .

Fig.2



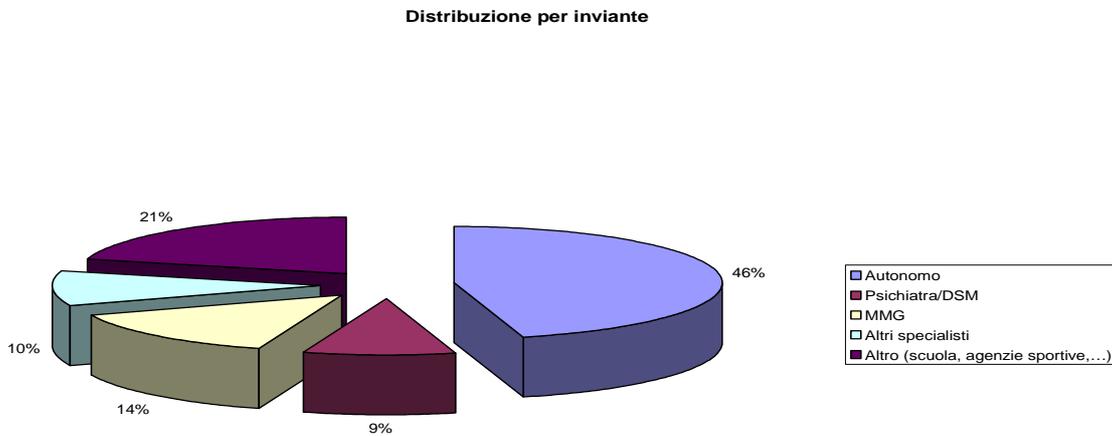
La distribuzione della popolazione censita per età dimostra che la fascia più ampia comprende gli individui tra 15 e 25 anni con un interessamento però significativo di pazienti sotto i 15 anni e sopra i 40. Ciò a conferma che la fascia interessata da tali disturbi si è decisamente ampliata.

Fig.3



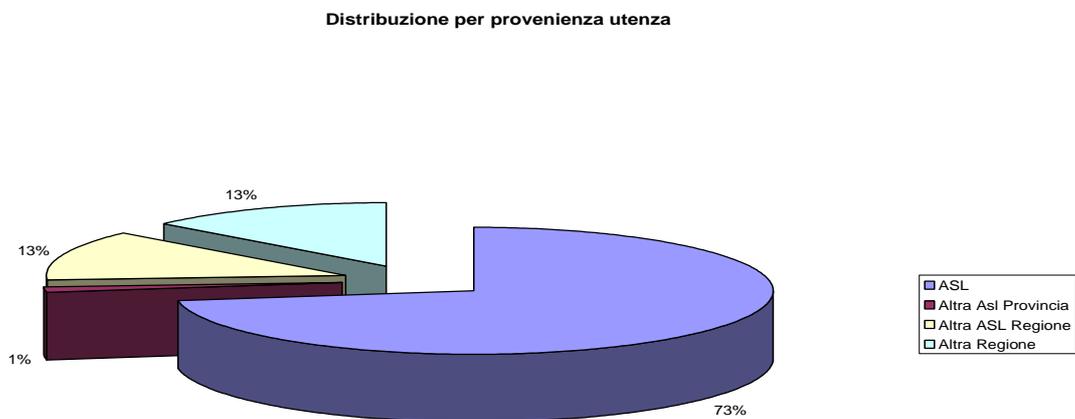
Dai dati raccolti nel dato della ricerca emerge che il 47% dei paziente ha contattato autonomamente il servizio , mentre l'altra metà è stata inviata per la maggior parte dai medici di base 15%, da altri specialisti 7%, il 9 % dallo psichiatra o DSM e il 22 % da altri soggetti (scuola, agenzia sportive,)

Fig.4



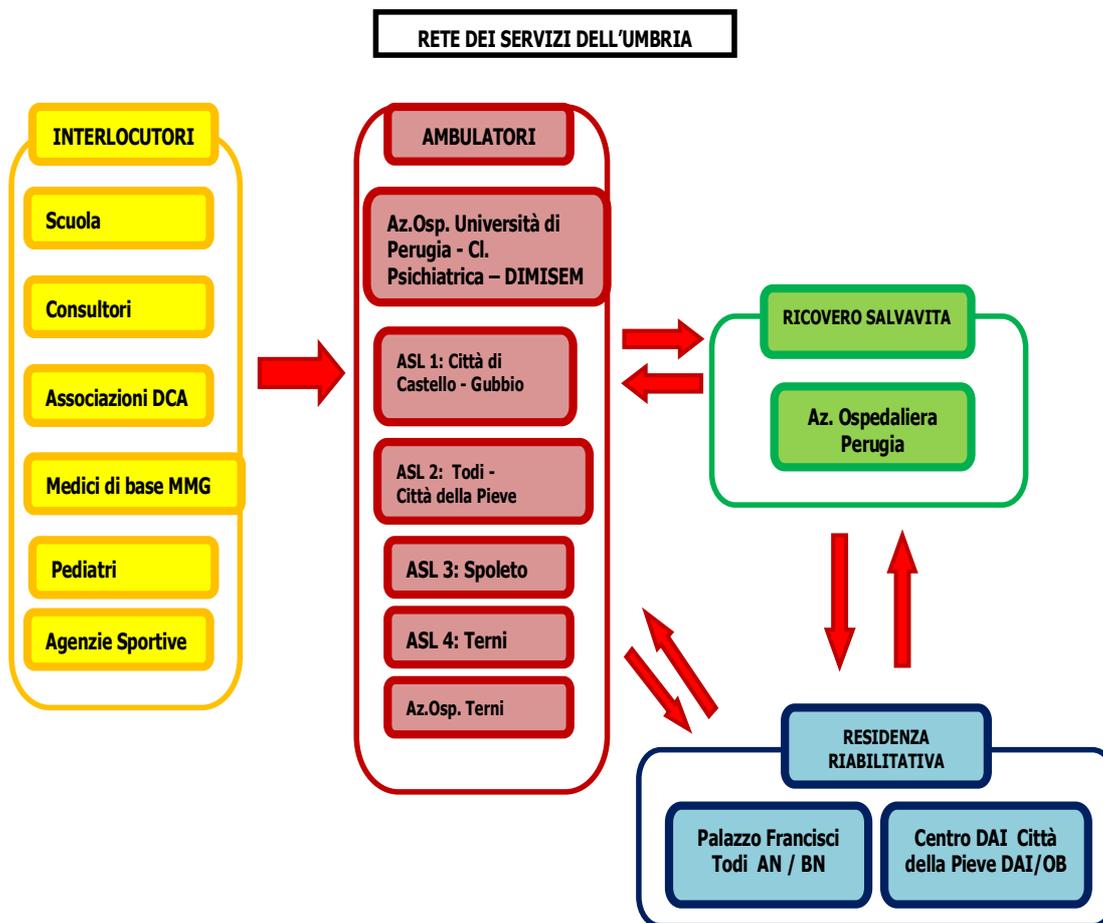
Un dato interessante è rappresentato dalla provenienza degli utenti afferenti ai Servizi censiti:

Fig.5



Dai dati raccolti nel dato della ricerca emerge che il 47% dei paziente ha contattato autonomamente il servizio , mentre l'altra meta è stata inviata per la maggior parte dai medici di base 15%, da altri specialisti 7%, il 9 % dallo psichiatra o DSM e il 22 % da altri soggetti (scuola, agenzia sportive).

Il quadro assistenziale regionale



ASL 1 Alto Tevere Umbro

Vengono erogati interventi di tipo ambulatoriale integrato all'interno dell'attività del Dipartimento di Salute Mentale (nell'articolazione dei CSM di Città di Castello e Gubbio), con rapporti formalizzati con specialisti internisti e nutrizionisti.

ASL 2 del Perugino

Centro DCA Palazzo Francisci Todi

Il Centro ,operativo dal 2003, eroga prestazioni ambulatoriali , residenziali e semiresidenziali è interamente ed esclusivamente dedicato a pazienti affetti da Anoressia e Bulimia particolarmente in età evolutiva. Il Servizio interdipartimentale afferisce al Distretto ASL 2 Media valle del Tevere. L'equipe integrata è composta da medici, psicologi, dietisti, fisioterapisti , educatori, infermieri.

Centro DAI di Città della Pieve

Il Centro , operativo dal 2008, eroga prestazioni ambulatoriali , residenziali e semiresidenziali interamente ed esclusivamente dedicati al trattamento dell'Obesità e del Disturbo da Alimentazione Incontrollata in età adulta. Il Servizio interdipartimentale afferisce al Distretto ASL 2 del Lago Trasimeno. L'équipe integrata è composta da medici, dietisti, psicologi, infermieri, operatori socio sanitari.

ASL 3 Valle Umbra Sud

Vengono erogati interventi di tipo ambulatoriale (Foligno e Spoleto) di tipo integrato all'interno del DSM con rapporti strutturati e dedicati con Servizio di Endocrinologia.

ASL 4 Terni

Ambulatorio integrato dedicato, nell'ambito del DSM, per la diagnosi, terapia e la prevenzione dei DCA particolarmente centrato su terapie della famiglia.

Azienda Ospedaliera di Perugia

Il Di.M.I.S.E.M. (Dipartimento di Medicina Interna e Scienze Endocrine e Metaboliche) e la Clinica Psichiatrica dell'Università di Perugia propongono un programma di ricerca e di terapia, con interventi sia in regime ambulatoriale integrato che di ricovero, in collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale delle diverse USL della Regione Umbria.E' attualmente l'unico presidio di ricovero in acuzie della regione.

Azienda Ospedaliera di Terni

Presso l' Azienda Ospedaliera di Terni è operativo, con delibera n°490/98, un Centro per la diagnosi e cura dei DCA con struttura interdipartimentale e attivo tramite la collaborazione tra Servizio Dietetico e di Psicologia. Vengono erogati interventi di tipo integrato in regime ambulatoriale.

Le Associazioni DCA in Umbria

Le Associazioni di familiari e pazienti affetti da DCA sono una realtà importante nella Regione dell'Umbria e in ambito nazionale. Nella recente rilevazione del Ministero della salute sui Servizi e Associazioni DCA ne sono state censite 45 in tutto il territorio nazionale (www.disturbialimentari.gov) Esse svolgono , in accordo con la rete dei servizi compiti di sensibilizzazione, prevenzione, auto aiuto. In nessun caso erogano prestazioni sanitarie o si sovrappongono all'attività dei servizi dedicati.

In Umbria sono presenti 5 Associazioni che costituiscono una realtà consolidata e diffusa nell'intero territorio umbro. Sono sorte prevalentemente a fianco di servizi dedicati e costituiscono un forte appoggio per gli stessi in tutte le attività di sensibilizzazione e prevenzione sul territorio.

Associazione Il Pellicano - Perugia

Il Pellicano è sorta nel 1997 a Perugia da un gruppo di giovani ragazze affette da DCA insieme ad alcuni operatori dei servizi di salute mentale, con l'intento di essere punto di riferimento per donne e uomini affette da dette patologie.

L'associazione svolge attività terapeutica attraverso una convenzione con l' ASL n.2 che ha messo a disposizione i locali e il personale, e con l'Azienda Ospedaliera di Perugia per la parte internistico-nutrizionale. L'attività che viene svolta nella sede dell'Ass. non è sostitutiva dell'attività dei servizi sanitari, è si può dire, una risorsa, un'esperienza in più, che si integra e collabora con i servizi psichiatrici ed internistici.

L'Ass. svolge una funzione di informazione e formazione, rivolta alle pazienti, ai familiari, alle scuole e agli insegnanti, ai medici di base, una funzione di stimolo nei confronti delle istituzioni tesa a migliorare la rete delle risorse già esistenti e promuovendo l' attivazione di nuove, svolge attività di ricerca sia sugli aspetti psicopatologici dei DCA, sia su quelli collegati al sorgere e all'evoluzione di una identità di genere a cui la sintomatologia sembra profondamente collegata.

Associazione Il Paguro - Città di Castello

L'associazione nasce nel 2004 da un gruppo di genitori afferenti al Servizio DCA di Città di Castello, con i seguenti obiettivi: corretta informazione sui DCA, sostegno a tutti coloro che vivono direttamente e indirettamente i disagi della malattia, collaborazione con le strutture e i soggetti pubblici e privati atti a migliorare il trattamento e l'assistenza dei DCA. L'Associazione poi promuove corsi di formazione e aggiornamento professionale per operatori del settore e iniziative di sensibilizzazione e collaborazione con il mondo della scuola ai fini di un opportuno sostegno ai soggetti con DCA nonché proposte e iniziative per l'inserimento e il mantenimento nel mondo del lavoro dei soggetti con DCA.

Associazione Federica Alessi - Terni

L'associazione costituitasi nel Marzo 2006 su iniziativa della famiglia di Federica Alessi scomparsa dopo 13 anni di malattia ed è composta essenzialmente da volontari, (non solo familiari e persone direttamente coinvolte) che hanno deciso di mettere a disposizione le loro risorse umane e professionali a tutti coloro che direttamente o indirettamente si sentono coinvolti nella problematica.

E' stato attivato grazie alla collaborazione con il Comune di Terni, un Centro di ascolto presso i locali del Centro Famiglie, al fine di offrire alle persone direttamente interessate ed ai loro familiari uno spazio di condivisione e di ascolto, in cui potersi scambiare opinioni e vissuti ed essere orientati rispetto ai Servizi al fine di affrontare precocemente la cura della malattia.

Da circa tre anni, inoltre, l'associazione svolge attività di prevenzione e sensibilizzazione sia in ambito scolastico che comunitario, avvalendosi della collaborazione di esperti inseriti in appositi progetti portati avanti grazie alla collaborazione con il CESVOL di Terni ed altre realtà istituzionali ed associative (Provveditorato agli Studi, Centro per i D.C.A. della ASL 4 di Terni, alcuni Istituti scolastici sia medie inferiori che superiori) In proposito, l'Associazione ha attivato gruppi di mutuo aiuto e di arteterapia rivolti prevalentemente agli utenti dei Servizi specialistici territoriali, al fine di potenziare i percorsi terapeutici individuali e soprattutto la socializzazione, spesso molto carente in tali soggetti.

Associazione Mi Fido di te - Todi

L'Associazione nasce nel 2005 per iniziativa di un gruppo di familiari di pazienti affette da DCA afferenti al Centro Palazzo Francisci. Svolge attività in varie aree in stretta collaborazione con i Servizi di Todi e Città della Pieve. Ha rapporti di convenzione istituzionale con l'Ente Tuderte di Beneficenza e assistenza e con la Provincia di Perugia.

Area sensibilizzazione e prevenzione Un'attenzione particolare è rivolta al rapporto sinergico con le scuole, per le quali sono stati progettati, specifici moduli formativi rivolti agli insegnanti e agli studenti della regione.

Area di sostegno psicologico alle famiglie Numero Amico L'Associazione promuove e coordina attività di sostegno per genitori e familiari di pazienti affetti da DCA. che si produce nelle famiglie colpite da patologia DCA. E' attivo un numero telefonico che offre sia sostegno psicologico a distanza che informazioni ed orientamento.

Accoglienza La Casa di Pandora L'associazione gestisce gratuitamente in collaborazione con l'ETAB una struttura di accoglienza per familiari e pazienti affetti da DCA a Todi.

Associazione I Girasoli - Spoleto

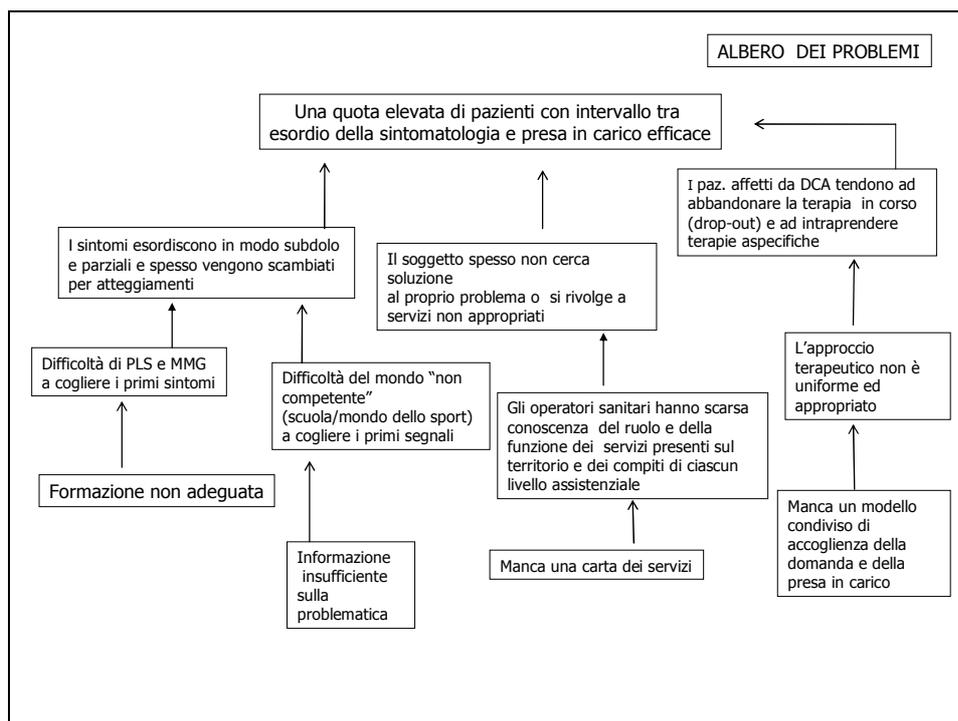
L'Associazione I Girasoli viene istituita nel 2010 a Spoleto per volontà di un gruppo di familiari afferenti al Servizio integrato DCA della ASL 3. Svolge compiti di accoglienza e ascolto dei Familiari e si propone compiti di sensibilizzazione e prevenzione.

I problemi

E' ormai appurato che il tempo che intercorre tra l'esordio della patologia di un Disturbo del Comportamento alimentare e la presa in carico efficiente da parte di un servizio specializzato, sia strettamente correlato alla prognosi : minore è il tempo di latenza della patologia e migliore sarà la prognosi.

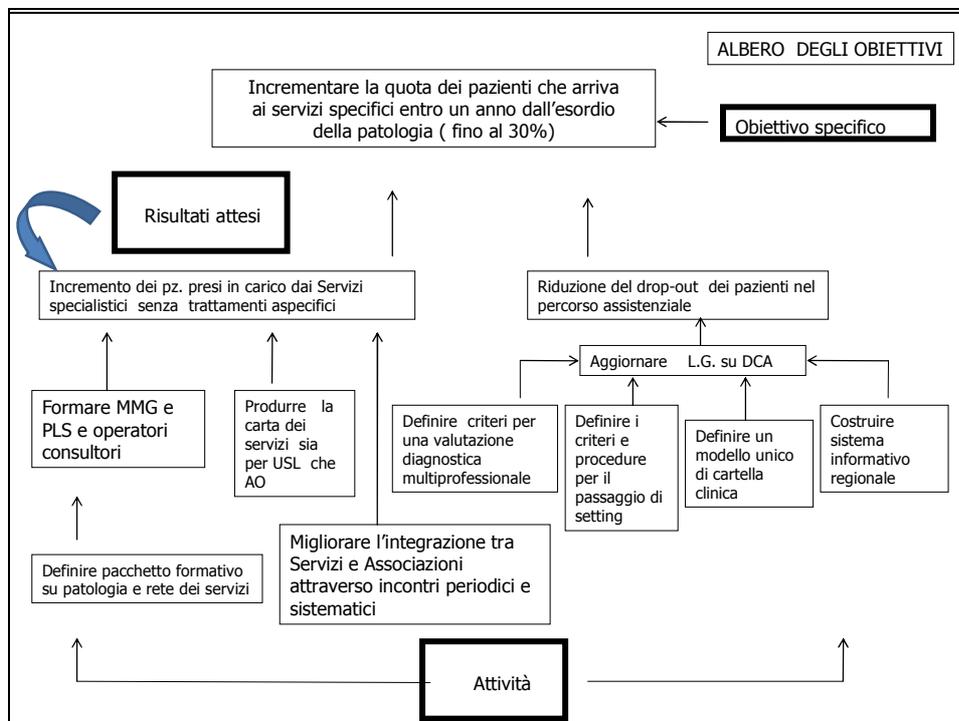
I fattori che influenzano e ritardano il riconoscimento e la presa in carico sono diversi :

- In primo luogo la patologia cosiddetta ego- sintonica, con assenza di compliance da parte del paziente, fa sì che esista comunque un naturale periodo di latenza , prima di una consapevolezza che determini una domanda di cura da parte del paziente.
- La mancanza di formazione e informazione della rete degli interlocutori sanitari e non sanitari(MMG,PLS,Scuola, Sport , Associazioni) sulla patologia e sulla modalità di invio ai servizi .
- Una offerta di Servizi regionali diffusa e diversificata ma disomogenea nelle prestazioni e nella modalità di presa in carico.
- Il fenomeno frequente del dropout (interruzione non concordata del trattamento) accompagnato dallo " shopping terapeutico " possono ulteriormente aggravare la patologia e ritardare l'inizio del trattamento.
- Un ulteriore elemento di ritardo nell'inizio del percorso terapeutico è costituito dalla modificazione dei DCA con l'aumento dei Disturbi sottosoglia e/o EDNOS di più difficile identificazione e quindi maggiormente insidiosi.



Gli obiettivi e i risultati attesi

La possibilità di incrementare il numero dei pazienti che accede ai servizi specializzati, dopo meno di un anno dall'esordio del Disturbo del Comportamento Alimentare dipende da vari fattori. Da una parte dal miglioramento della rete degli interlocutori sanitari e non-sanitari nella capacità di intercettare ed indirizzare i pazienti verso percorsi assistenziali specifici. Ciò esige la definizione e l'offerta di pacchetti formativi specifici sulla patologia e sulla rete dei servizi a loro rivolti. In particolare con la presentazione di criteri di riconoscimento delle nuove patologie sottosoglia e non altrimenti specificati. Dall'altra l'adeguamento delle Linee Guida regionali (1° edizione nel 2001) consentirà la definizione di criteri appropriati per una valutazione diagnostica multi professionale, di criteri per le procedure per il cambiamento di setting, di una definizione di modello unico di cartella clinica regionale. Un ulteriore miglioramento nella rete degli interlocutori non - sanitari nella capacità di intercettare e indirizzare i pazienti e i loro familiari verso cure appropriate è costituito da una migliore integrazione tra i servizi dedicati e le Associazioni Onlus di pazienti e familiari con la costruzione di protocolli di intesa formalizzati nei quali definire la mission dell'associazione, ma anche la modalità di rapporto tra questa e il servizio territorialmente competente.



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione della morbilità attraverso l'incremento del corretto riconoscimento della patologia e la presa in carico precoce			
Obiettivo specifico	Incrementare la quota dei pazienti che arriva ai servizi specifici entro un anno dall'esordio della patologia (fino al 30%)	n° paz. presi in carico dai Servizi entro 1 anno dall'esordio clinico/n° paz. che in quell'anno accedono al servizio	scheda di raccolta dati condivisa (creazione di un flusso corrente)	
Risultato atteso 1	Incremento dei paz. presi in carico dal Servizio specialistico senza trattamenti aspecifici pregressi	n° paz. presi in carico che non hanno avuto trattamenti aspecifici/n° paz. che in quell'anno accedono al servizio		
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1	Formare MMG e PLS rispetto alle patologie e alla rete dei servizi che le trattano	Gruppo di lavoro interdisciplinare regionale misto con le associazioni		
<i>Attività 1.1.1</i>	<i>Progettare il percorso formativo /individuazione dei bisogni formativi, degli obiettivi e dei contenuti</i>			
<i>Attività 1.1.2.</i>	<i>Organizzare e realizzare il corso (individuazione docenti, organizzazione calendario, valutazione dell'apprendimento)</i>			
Attività 1.2	Produrre la carta dei servizi in ciascuna USL e AO per i servizi per i DCA sulla base di uno schema uniforme a livello regionale	Gruppo di lavoro tra Servizi specialistici, servizi della comunicazione e Associazioni.		
Attività 1.3	Stipulare protocolli d'intesa tra i singoli Servizi specifici e le Associazioni che operano nel territorio			

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Incrementare la quota dei pazienti che arriva ai servizi specifici entro un anno dall'esordio della patologia (fino al 30%)	n° paz. presi in carico dai Servizi entro 1 anno dall'esordio clinico/n° paz. che nell'anno accedono al servizio	scheda di raccolta dati condivisa (creazione di un flusso corrente)	
Risultato atteso 2	Diminuzione del drop out dei pazienti nel percorso assistenziale	n°paz. che in qualunque setting interrompono unilateralmente il trattamento/ n° paz. in carico al Servizio nell'anno (dato incidenza)	scheda di raccolta dati condivisa (creazione di un flusso corrente)	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 2.1	Aggiornare le linee guida diagnostico-cliniche	gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale		
<i>Attività 2.1.1.</i>	<i>Definire i criteri e le procedure per la valutazione diagnostica multiprofessionale</i>	gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale		
<i>Attività 2.1.2</i>	<i>Definire i criteri e le procedure per il passaggio di setting</i>			
<i>Attività 2.1.3</i>	<i>Definire un modello di cartella condiviso per ogni livello assistenziale</i>			
<i>Attività 2.1.4</i>	<i>Costruire un sistema informativo regionale</i>			

Bibliografia

- Alfano A., L'ABC della comunicazione. La comunicazione della salute nei servizi sanitari e sociali. Il Pensiero Scientifico editore, 2001: 3-11.
- Antonovsky A., A salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 1996:1-18.
- Bandura A., Il senso di auto efficacia. Centro Studi Erickson, Trento, 1996.
- Celio A. et al., Are adolescents Harmed when asked risky weight control behavior and attitude questions? Implication for consent procedures. *Int. J. Dis.*, 34, 2003: 251-254.
- Cooper P.J., Taylor M.J., Cooper Z., Fairburn C.G., The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *Int J Eating Dis*, 6, 1987:485-94.
- Cuzzolaro M., Anoressie e bulimie. Il Mulino, 2004.
- Fairburn C.G., The prevention of eating disorders, in K.D. Brownell & C.G. Fairburn (eds.), *Eating disorders: theory, treatment, and research*, Wiley. London, 1995: 385-398.
- Ferrante A., La relazione educativa- scuola promotrice di salute. *La salute umana* mar-apr 1998:16-23.
- Freire P., *Pedagogia dell'autonomia. Saperi necessari per la pratica educativa*, EGA, Torino, 2004.
- Garner D.M., The Body Image survey result. *Psychology Today*, 30-84, gennaio-febbraio 1997.
- Green W.L., Kreuter W.M., *Promoting planning: an educational ecological approach*. 3° ed. Mountain View, Mayfield Publishing Company, 1999.
- Koelen M.A., Lindstrom B. Making healthy choices easy choices: the role of empowerment. In: *European Journal of Clinical Nutrition*, 2005.
- Kobasa S.C. Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness, in *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 37, 1979:1-2.
- Labbrozzi, D., Un modello educativo dell'adolescenza: il concetto di resilienza. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, Vol. 10, n. 2, 2004: 172-200.
- Littleton H. L., Ollendick T., Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: what places youth at risk and how can these problems be prevented? *Clin.Child Fam.Psych.Rev.*, 6 (1), 2003:51-56.
- Mezirow J. Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti. Raffaello Cortina, Milano, 2003.
- Modolo M.A., *Da Panacea a Igea: l'educazione alla salute*, L'arco di Giano, 2001.
- Modolo M.A., *La creatività educativa: scuola e servizio sanitario nella promozione della salute. Educazione sanitaria e promozione della salute*, 1998: 13-22.
- Moja E., Vegni E. *La visita medica centrata sul paziente*. Milano, Cortina Editore, 2000.
- Munford D.B., Whitehouse A.M., Platts M., Sociocultural correlates of eating disorders among Asian schoolgirls in Bradford. *British Journal of Psychiatry*, 158, 1991:229-33.
- Ostuzzi R., Luxardi G.L., *Figlie in lotta con il cibo*. Baldini, 2003.
- Raeburn J., Rootman Irving. *People-centred health promotion*. London, John Wiley and Sons, 1998.
- Ricciardelli L.A., McCabe M.P., Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. *Clin Psychol rev*, 21(3); 2001 :325-344.
- Richard A.G. *Anoressia e Bulimia, anatomia di un'epidemia sociale*. Milano, Raffaello Cortina, 2004:133-9.
- Rotter J.B., Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In: *Psychological Monographs*, 80, 1966.
- Schwarzer R. Self regulatory process in the adoption and maintenance of health behaviors: the role of optimism, goals, and threat. In: "*Journal of Health Psychology*", . Vol 4, (2) 1999:115-27.
- Seppilli A., II edizione, I principi, in Modolo M.A., Seppilli A., Briziarelli L., Ferrari A., *Educazione Sanitaria*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1993.
- Siciliani O., Dallago L., Dalle Grave R., Alimentazione, immagine corporea, disturbi del comportamento alimentare, *obesità*. In L. Bertinato, M. Mirandola, L. Ramazzo, M. Stice E. et al, Adverse effects of social pressure to be thin on Young Women: an experimental investigation of the effects of "Fat Talk". *Int. J. Eat. Disord*. 34, 2003:108-117.
- WHO, *The Ottawa Charter for Health Promotion*, WHO and Health and Welfare Canada, Canadian PHA. 1986.
- WHO, *Report of a W.H.O. expert committee on comprehensive school education and promotion*, Geneve 1997.
- Zani B., Cicognani E. *Psicologia della salute*. Bologna, il Mulino, 2000.
- Zannini L. *La malattia. Salute, malattia e cura*. Milano, Franco Angeli, 2001.

- Becker A.E., Grinspoon S.K., Klibanski A., Herzog D: Eating disorders. *N. Engl. J. Med.*, 340, 1092-1098, 1999.
- Clinton D.N.: Why do eating disorder patients drop out? *Psychother. Psychosom.*, 65, 29-35, 1996.
- Halmi K.A., Agras W.S., Crow S., Mitchell J., Wilson G.T, Bryson S.W., Kraemer H.C.: Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. *Arch. Gen.Psychiatry*, 62, 776-781, 2005.
- Woodside D.B., Carter J.C., Blackmore E.: Predictors of premature termination of inpatient treatment for anorexia nervosa. *Am. J Psychiatry.*, 161, 2277-2281, 2004.
- Steel Z., Jones J., Adcock S., Clancy R., Bridgford-West L., Austin J.: Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behaviour therapy for bulimia nervosa? *Int. J. Eat. Disord.*, 28, 209-214, 2000

3. Prevenzione nella popolazione a rischio
3.9 – Ipoovisione e cecità

3.9.1 - Prevenzione degli esiti e delle complicanze dell'ipoovisione congenita

Target (beneficiari)	Soggetti nati a termine affetti da forme di ipoovisione congenita già evidenziabili alla nascita					
Attori	Servizio programmazione sanitaria, dell'assistenza di base ed ospedaliera. Direzione regionale sanità e servizi sociali – Regione Umbria Rete regionale materno-infantile e dell'età evolutiva Reperti di Neonatologia ed Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali dell'Umbria Reperti di Oculistica Presidi Ospedalieri dell'Umbria Clinica Oculistica dell'Università degli Studi di Perugia c/o l'AO di Perugia Pediatri di libera scelta convenzionati con le ASL dell'Umbria Strutture e servizi sanitari di neuropsichiatria infantile Terapisti della riabilitazione (logopedisti, psicomotricista, ortottista)					
Portatori di interesse	Specialisti in Oculistica ed oftalmologia Società scientifiche Agenzia Internazionale per la prevenzione della cecità – Comitato dell'Umbria Associazioni di pazienti					
Obiettivo di salute	Diagnosi precoce, entro il III ^o mese di vita, nei soggetti affetti da ipoacusia profonda già evidenziabile alla nascita in maniera da avviarli, non oltre il VI mese di vita, alla terapia protesico-riabilitativa					
Descrizione sintetica	Il Progetto tende ad uniformare su tutto il territorio regionale l'individuazione, la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei soggetti affetti da patologie generanti ipoovisione congenita. Le azioni previste riguardano - l'attivazione di uno screening rivolto a tutti i neonati articolato su tre livelli di intensità assistenziale (individuazione dei casi sospetti, diagnosi, indicazione di trattamento e piano individuale di riabilitazione) - la realizzazione di una attività informativa rivolta ai genitori tesa a sensibilizzarli sull'ipoovisione congenita.					
Risultati attesi	- Individuazione entro il primo mese di vita dei casi sospetti e approfondimento diagnostico dei casi sospetti entro il III mese di vita; - Estensione a livello regionale, entro il secondo anno di attività, dello screening di I ^o livello ad una quota ≥ 95% dei neonati; - Estensione, entro il secondo anno di attività, ad una quota ≥ 65% di realizzazione, entro il primo mese di vita, dell'esame di II ^o livello ai soggetti risultati positivi al test di primo livello.					
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N. neonati screenati / N. totale di neonati X 100	SRMSS*		≥ 90%		≥ 95%	
N. positivi I ^o livello / N. totale di neonati screenati X 100	SRMSS*		≤ 15%		≤ 13%	
N. screenati II ^o Livello / N. positivi I ^o livello X 100	SRMSS*		≥ 60%		≥ 65%	

* SRMSS = Sistema regionale di monitoraggio degli screening sensoriali

Il contesto

Gli aspetti connessi alla cecità e all'ipovisione, soprattutto quando le patologie che ne sono all'origine, sono già evidenti alla nascita o nei primi stadi di sviluppo della persona, rappresentano un serio e complesso problema per il soggetto che ne è affetto, per la sua famiglia e per la società intera alla quale corre l'obbligo di alleviare al massimo il disagio⁴⁰. Le patologie, infatti, oltre a determinare un danno specifico alla funzione visiva⁴¹ sono, infatti in grado di interferire con numerosi altri sistemi funzionali e di influenzare negativamente, agendo sul processo di maturazione cerebrale, lo sviluppo delle capacità e dei normali percorsi di apprendimento.

Nel neonato e nel bambino l'occhio e il sistema visivo sono in fase di formazione e sviluppo; pertanto diventa fondamentale la diagnosi precoce di qualsiasi problema oculare, compresi i difetti di vista come miopia, ipermetropia e astigmatismo; infatti il trattamento tempestivo di difetti visivi eventualmente presenti e di anomalie della motilità e/o della visione binoculare, come ad esempio strabismi, è fondamentale per la prevenzione dell'ambliopia ("occhio pigro").

Nello specifico, l'ipovisione congenita (e precoce) è in grado di determinare una situazione di forte rischio per lo sviluppo di funzioni e competenze quali, ad esempio, l'organizzazione del ritmo sonno-veglia, la strutturazione del rapporto madre-bambino, le competenze oculomotorie, motorie e psicomotorie, le competenze cognitive (categorizzazione, processi analitico/sintetici, rappresentazione mentale, le funzioni neuropsicologiche (attenzione e memoria), le competenze relazionali, comunicative e linguistiche e l'apprendimento formale.

È, altresì, accertato che la plasticità del Sistema nervoso neonatale ed infantile (almeno fino all'età di tre-quattro anni) può consentire recuperi funzionali più significativi di quelli che si osservano negli adulti, a condizione che:

- la presa in carico della situazione avvenga in fasi molto precoci dello sviluppo,
- siano presi in considerazione sia gli aspetti di competenza strettamente oftalmologica sia quelli relativi allo sviluppo delle funzioni neurologiche e neuropsicologiche,
- le attività di tipo riabilitativo siano volte, attraverso l'interessamento contemporaneo e congiunto degli altri sensi, alla promozione dello sviluppo globale della persona.

Nell'ambito delle alterazioni oculari invalidanti presenti alla nascita, numerose sono le malattie che possono generare disturbi permanenti della visione: alcune di esse sono correggibili (come la cataratta congenita), mentre per altre, come le patologie che interessano il bulbo in toto (ivi compreso il glaucoma congenito) o le membrane interne specie quella retinica, non esiste, allo stato delle cognizioni scientifiche, alcuna possibilità di intervento. Molto spesso, nella prima infanzia, le minorazioni visive rappresentano solamente uno degli aspetti patologici come avviene, ad esempio, nella paralisi cerebrale infantile in cui è presente nel 60-70% dei casi.

Nonostante l'ipovisione sia una condizione che colpisce più di una persona su 200 nella popolazione dei Paesi industrializzati e che in Europa esistano 11 milioni di ipovedenti in aggiunta ad un milione di non vedenti, la documentazione scientifica e divulgativa relativa a tale problematica è di difficile reperibilità ma soprattutto di non recente creazione.

Gli studi epidemiologici disponibili, peraltro in numero assai ridotto e, di solito, di tipo retrospettivo, fanno registrare una incidenza annuale, per quanto riguarda solamente la cataratta congenita, pari ad 1 nuovo caso su 1600-2000 nati.

In chiave preventiva, ancora ridotto, a livello nazionale, è il numero di Servizi Sanitari regionali e/o di Aziende Sanitarie e/o di Strutture sanitarie che propongono, tra la serie di esami, metabolici e clinici, rivolta al totale dei neonati, il test del "Red Reflex" (o del Riflesso rosso in campo pupillare)⁴² per lo screening dei

⁴⁰ Le condizioni di cecità e d'ipovisione sono state oggetto di particolare attenzione da parte del legislatore che, nel 1997, con la Legge 284 individuava "gli interventi a favore dei minorati della vista e, nel 2001, con la Legge n. 138 "**Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici**" definiva le varie forme di minorazioni visive meritevoli di riconoscimento giuridico, allo scopo di disciplinare adeguatamente la quantificazione dell'ipovisione e della cecità secondo i parametri accettati dalla medicina oculistica internazionale.

⁴¹ Si è soliti distinguere tre diversi livelli di **Ipovisione** a seconda della perdita della acuità visiva:

a) moderata (valori compresi fra 3/10 e 1/10): la lettura può essere normale soltanto in presenza di ausili adeguati che integrino le normali funzioni visive (p.es.: lenti d'ingrandimento); b) severa (valori compresi fra 1/10 e 2/50): anche con gli ausili visivi la lettura risulta più lenta del normale; la capacità visiva residua ha tuttavia ancora un ruolo predominante rispetto all'ausilio; c) grave (valori compresi tra 2/50 e 1/50): l'attività di lettura è ulteriormente ridotta e gli ausili visivi diventano più importanti rispetto alle capacità residue.

⁴² La prevenzione neonatale-circumnatale normata in generale in oftalmologia muove i primi incerti passi: l'Am Acad of Pediatrics ha pubblicato nel 2002 su "Pediatrics" un "Policy Statement" ove raccomanda in tutti i bimbi, alla nascita o almeno entro il 2° mese, il test del "red reflex", che è appropriato per la cataratta congenita (incidenza 1 caso su 1600-2000 nati), affidandolo ai pediatri.

casi sospetti (in particolare, della cataratta congenita) da avviare a successivi approfondimenti diagnostici e, se necessari, ai conseguenti interventi di natura terapeutica e riabilitativa.

Molto spesso, oggi, l'epoca di individuazione di deficit (mono e bilaterale) della visione attribuibili a cause già rilevabili alla nascita, è spostata nel tempo (di solito giungono alla prima osservazione degli specialisti, soggetti con una età compresa tra i 18 e i 36 mesi) a fronte di studi che depongono, in caso di cataratta congenita bilaterale, di intervenire chirurgicamente entro i sette mesi di vita del bambino mentre recenti studi, condotti negli Stati Uniti d'America, mettono in risalto indici prognostici più favorevoli a seguito di interventi chirurgici effettuati generalmente tra la 3^a e la 4^a settimana di vita del bambino e comunque non oltre la 10^a.

Il contesto in Umbria

Fino a pochi anni addietro, quando ancora non vi era la disponibilità di una strumentazione atta ad evidenziare eventuali danni della visione in fasi molto precoci dello sviluppo del bambino, in Umbria, l'epoca media della diagnosi delle patologie capaci di provocare ambliopia si aggirava intorno ai 24-30 mesi di vita: nella maggior parte dei casi si giungeva alla diagnosi in seguito alle segnalazioni del Pediatra di libera scelta sollecitato dalle preoccupazioni dei genitori.

Con la Determinazione dirigenziale n. 12650 del 2001 veniva approvato, nella nostra regione un Progetto sperimentale proposto dai Pediatri del Dipartimento materno-infantile dell'ASL n. 2 (del Perugino) con il supporto scientifico della Clinica Oculistica dell'Università degli Studi di Perugia e in collaborazione con il Comitato regionale umbro dell'Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità teso alla riduzione della prevalenza dell'ambliopia nei bambini in età pre-scolare e scolare attraverso l'individuazione precoce delle patologie oculari causa di ipovisione da effettuarsi tramite l'esecuzione corretta del Red Reflex. I positivi risultati della sperimentazione, condotta in particolare in uno dei Presidi ospedalieri dell'ASL n. 2 (Centro nascita dell'Ospedale di Marsciano) sono stati all'origine di una ulteriore proposta (Determinazione Dirigenziale n.12683 del 27/12/2007) con la quale si estendeva a tutti i Punti nascita della regione la procedura del test del Red reflex ponendo, in tal modo, le basi per l'attivazione di uno screening sull'intero territorio regionale.

Da allora ad oggi, si è provveduto a definire sulla base delle indicazioni contenute nella Linea-guida dell'American Academy of Pediatrics, il "Protocollo per l'esecuzione del Red Reflex", a dotare ogni Punto nascita dell'attrezzatura necessaria per lo screening (oftalmoscopio Keeler), si è avviato il percorso di formazione degli operatori dei Punti nascita e dei Reparti di oculistica che venivano chiamati ad intervenire nelle diverse fasi dello screening e si è realizzato, nel periodo settembre 2008/febbraio 2009, un primo parziale studio (utilizzando un software per la raccolta, la gestione e la trasmissione dei dati relativi al test) condotto su poco meno di 1000 neonati presso la Neonatologia dell'Ospedale di Perugia (Azienda Ospedaliera di Perugia). Del totale dei neonati screenati, 113 sono stati inviati al II^o livello presso la Clinica Oculistica dell'Università degli Studi Perugia (tasso di sospetti = 11,2%); di questi, dopo l'approfondimento diagnostico (ripetizione del Red Reflex ed esame del fondo dell'occhio), nessun soggetto è risultato positivo.

Dal punto di vista epidemiologico, non potendo disporre, allo stato attuale, di dati di livello regionale non possiamo non fare ricorso alle stime più attendibili che segnalano una incidenza delle patologie oculari responsabili di ipovisione congenita pari a 5 nuovi casi all'anno su 10.000 nati: sulla base di tali indicazioni e tenendo in considerazione i dati di natalità in Umbria⁴³ (nel 2008, ultimo dato ufficiale, i nuovi nati sono stati 8.798) è, quindi, lecito attendersi nella nostra regione la individuazione, per ogni anno, di 4-5 nuovi casi di soggetti ipovedenti.

⁴³ I dati sono tratti dal volume: Regione Umbria, "Le nascite in Umbria. Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2008", collana 'Quaderni di Epidemiologia', n. 4, 2010, Edizioni AUS 2010, Perugia, settembre 2010.

Negli ultimi cinque anni, la natalità in Umbria ha fatto registrare un sostanziale incremento passando dai 7.741 nati del 2004 agli 8.798 del 2008 (+13,6%); tale aumento è da ascrivere, in maniera particolare, alla popolazione femminile immigrata (nel 2008 la frequenza di madri con cittadinanza straniera si attesta sul valore del 23,9% del totale con un incremento di poco meno di 6 punti percentuali rispetto al 2004).

I problemi

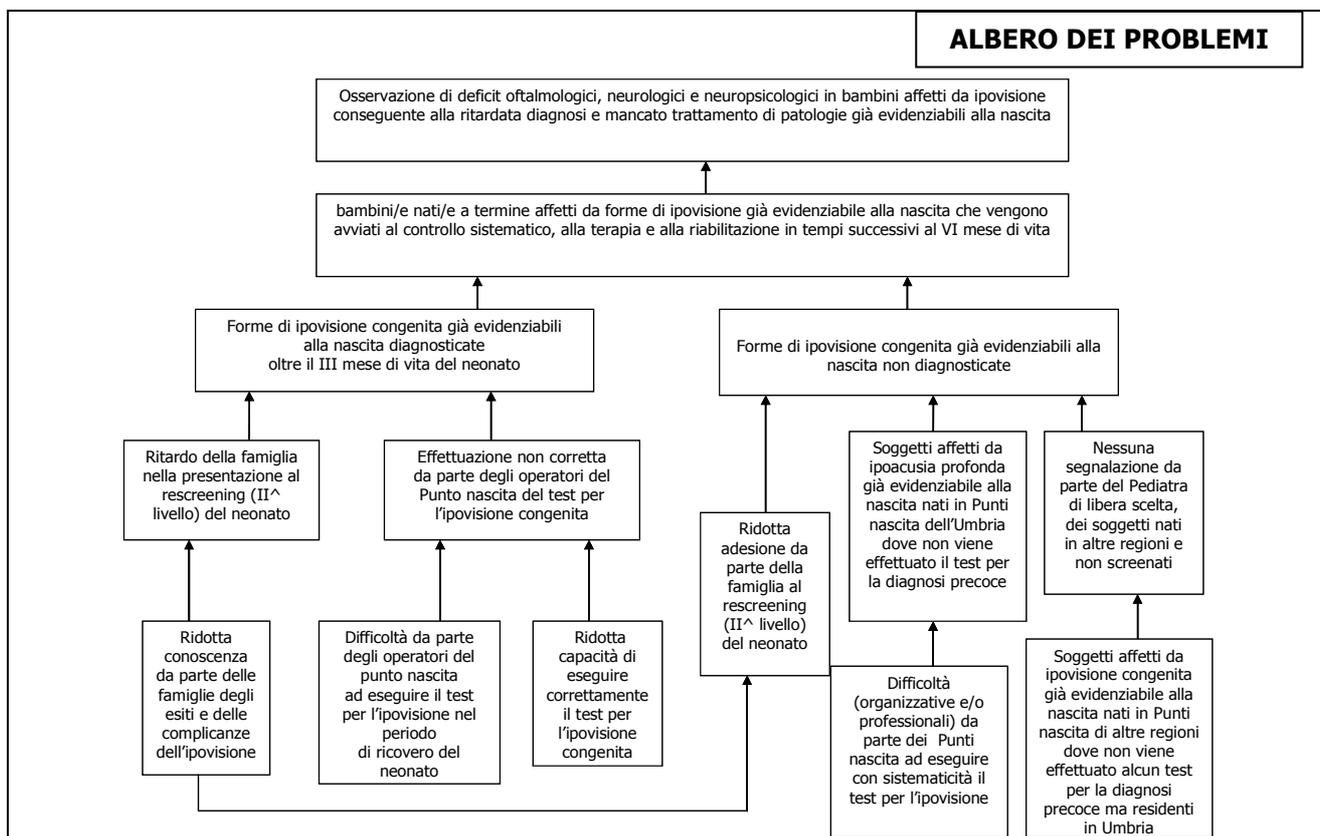
A differenza di quanto avviene per le problematiche connesse all'ipoacusia congenita, il settore delle patologie oculari neonatale non dispone di indicazioni regionali (una Deliberazione della Giunta regionale) vincolanti per le Aziende Sanitarie sull'estensione, in tutto il territorio regionale, della diagnosi precoce dei casi di ipovisione attraverso la realizzazione di uno screening da effettuare subito dopo la nascita, di un monitoraggio continuo della situazione e della individuazione di Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali condivisi da proporre, alle famiglie umbre, tra le offerte del Servizio Sanitario regionale.

In questo ambito, accanto al deficit normativo, emergono, sulla base dell'esperienza realizzata negli ultimi anni, una serie di problematiche, alcune delle quali connesse direttamente all'organizzazione e allo svolgimento delle attività di screening, altre da imputare all'atteggiamento delle famiglie dei neonati.

In particolare, per quanto riguarda l'effettuazione del test neonatale di primo livello effettuato dagli operatori delle Neonatologie e delle UTIN dei presidi ospedalieri, i dati disponibili (dichiarazione di attività da parte dei responsabili dei Punti nascita) mettono in evidenza una funzionalità non ancora ottimale sull'intero territorio regionale da attribuire alla mancata effettuazione, in almeno quattro Punti nascita, del test, mentre in altri Punti nascita la sua effettuazione non sempre è costante e continuativa nel tempo. In nessun Punto nascita e in nessuna UTIN, anche laddove il test viene regolarmente eseguito, è stato avviato il flusso informativo verso il centro di riferimento regionale collocato presso la Clinica Oculistica: l'effetto combinato di questi due elementi porta come conseguenza una insufficiente copertura della popolazione bersaglio che è stimabile su valori del 55%-65% del totale dei neonati.

Particolare attenzione deve essere posta, inoltre nei confronti dell'elevata quota di neonati che non accedono, seppure ne sussista l'esigenza, all'approfondimento di II[^] livello, effettuato presso i reparti di Oculistica degli ospedali umbri: l'assenza di dati relativi alla quota di "soggetti scomparsi" che avevano ricevuto l'invito a ripresentarsi entro il mese di vita lascia aperta la necessità di comprendere le motivazioni delle famiglie umbre (deficit di informazioni ricevute dagli operatori sanitari, famiglie straniere e/o a basso reddito e con ridotta strumentazione culturale, poca chiarezza sui percorsi diagnostici e terapeutici offerti dal Sistema Sanitario regionale, la ricerca fuori regione di Centri specializzati per la diagnosi, la terapia e la riabilitazione, ecc.) che giustificano la mancata presentazione al II[^] livello..

Due ulteriori problemi riguardano, da un lato, il monitoraggio dei neonati nati fuori regione (il Rapporto CedAP mette in evidenza che il 4,2% dei neonati residenti in Umbria è nato fuori regione) e la rilevazione delle forme di ipovisione grave che, non evidenziabili alla nascita, presentano un esordio ritardato (entro il secondo anno di vita del bambino) o progressivo nel tempo.



Gli obiettivi e i risultati attesi

Sulla base dei dati disponibili e partendo dalla modalità organizzativa e funzionale dello screening neonatale per l'ipovisione congenita già attivo nella nostra regione e, avendo come finalità quella di garantire a tutti i neonati umbri l'appropriatezza del trattamento nei modi e nei tempi indicati nelle più recenti ed accreditate linee guida internazionali, è possibile, per il Servizio Sanitario regionale porsi l'obiettivo di assicurare, da una parte, percorsi diagnostici certi e definiti e, dall'altra, inizio precoce della terapia compreso anche l'individuazione degli ausili e dei percorsi riabilitativi maggiormente indicati per tutti i soggetti affetti da patologie oculari già evidenziabili alla nascita e capaci di generare ipovisione.

Per il raggiungimento di tale obiettivo generale è necessario riconfigurare la struttura organizzativa e le modalità funzionali dello screening neonatale per l'ipovisione congenita ponendo in atto una serie di azioni tese a:

- 5) aumentare la percentuale di neonati sottoposti al test di I^o livello, con una copertura $\geq 95\%$ dei nati esaminati prima della dimissione dal reparto di Neonatologia o dall'UTIN con una quota di "positivi" al primo esame non superiore al 12% al primo anno e non superiore al 10% al secondo anno di attività;
- 6) ridurre progressivamente la quota di "soggetti scomparsi" dopo il test di I^o livello aumentando la percentuale di adesione da parte delle famiglie con neonati "positivi" al rescreeing di II^o livello;
- 7) ridurre progressivamente la quota di famiglie che si rivolgono a strutture sanitarie esterne alla regione per le fasi di approfondimento diagnostico e di indicazioni terapeutiche e riabilitative.

Il perseguimento di tali obiettivi chiama in causa, contemporaneamente, almeno due diversi attori del complesso sistema: da una parte, la famiglia del neonato e, dall'altra, le strutture e gli operatori del Servizio Sanitario Regionale che partecipano, con diversa funzione e a vario livello, nella gestione dello screening neonatale per l'ipovisione congenita.

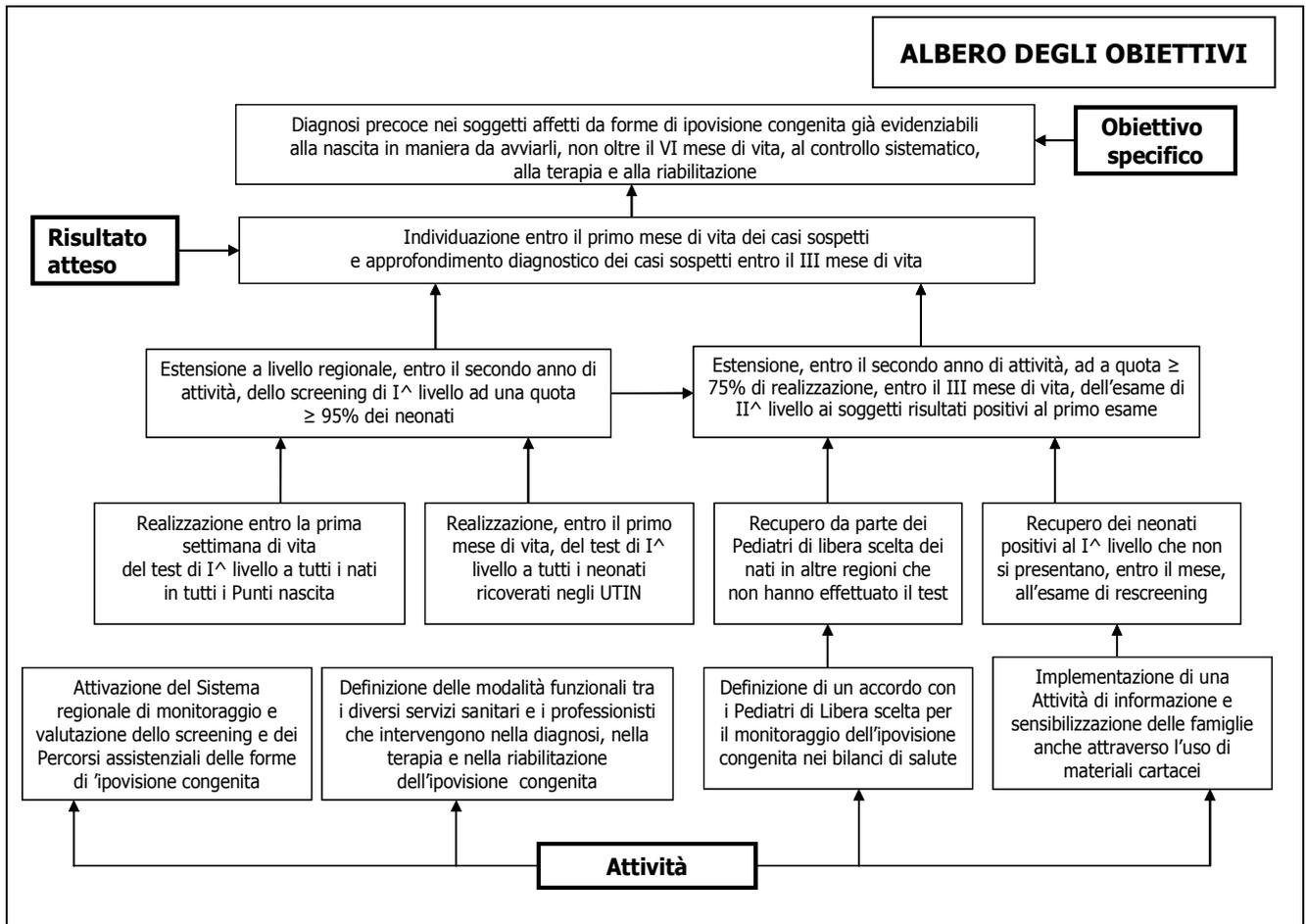
Tra gli *interventi rivolti alle famiglie dei neonati* è opportuno, in primo luogo, prevedere una intensa attività di sensibilizzazione volta ad aumentare il livello di consapevolezza nei confronti dei fattori di rischio, delle modalità di presentazione della patologia, dell'esigenza di intervenire in tempi precoci e delle possibilità diagnostiche, terapeutiche e riabilitative offerte dal Sistema Sanitario regionale.

Assumono in questo contesto, particolare importanza il ruolo e l'opera degli operatori dei Reparti di neonatologia e dei Pediatri di libera scelta nell'informare le famiglie dei possibili rischi e delle necessità di addivenire ad una diagnosi in tempi rapidi.

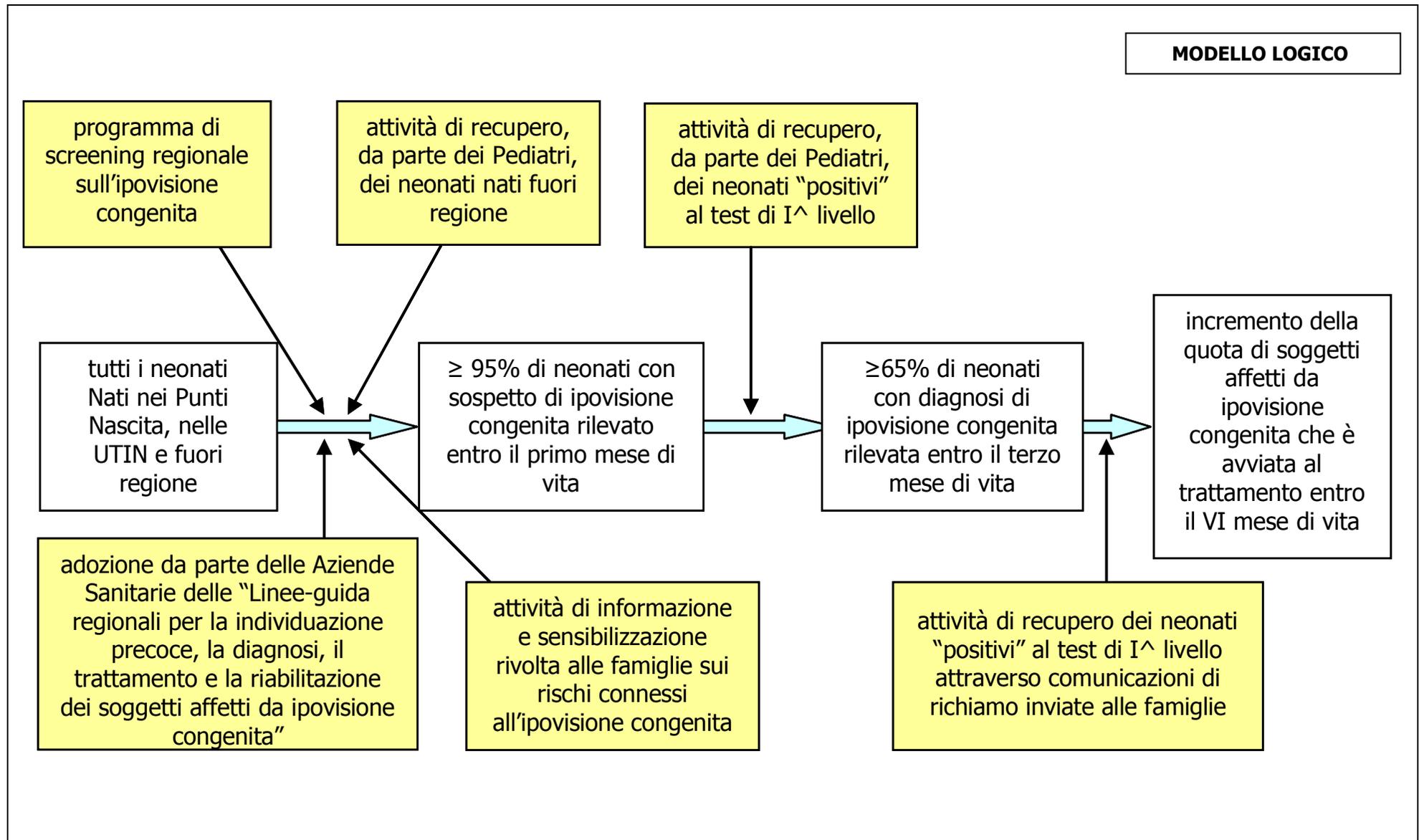
Per quel che riguarda *le strutture e gli operatori del Servizio Sanitario regionale*, una gestione ottimale dello screening neonatale, deve prevedere l'articolazione di un sistema assistenziale complesso capace di assicurare:

- la corretta realizzazione dello screening con particolare riferimento ai tempi e alle modalità di esecuzione degli esami strumentali previsti per i diversi livelli di intervento al fine di giungere non oltre il 3^o mese di vita del bambino alla diagnosi delle patologie capaci di determinare ipovisione;
- il controllo sistematico dei soggetti affetti da ipovisione e l'inizio della terapia più appropriata (ausili, chirurgia, riabilitazione);
- la corretta informazione delle famiglie nelle diverse fasi dello screening;
- la possibilità di recupero dei soggetti nati in altre regioni e non sottoposti al test di I^o livello, attraverso un collegamento stabile e definito con il Pediatra di libera scelta,
- il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso di screening con particolare riferimento agli indici relativi alla sua copertura, all'incidenza della patologia e ai percorsi terapeutici e riabilitativi intrapresi.

Condizione indispensabile per il buon funzionamento della macchina organizzativa e del complesso delle attività ricomprese nella proposta di screening regionale sull'ipovisione congenita è rappresentata dalla emanazione, da parte della Giunta regionale di un quadro normativo e regolamentare vincolante per le Aziende Sanitarie regionali atto a fornire, sulla base di riferimenti scientifici accreditati, il modello organizzativo dello screening, i livelli di intensità assistenziale, le modalità funzionali e le interrelazioni tra le Strutture ed i professionisti che, a vario livello, sono chiamati ad intervenire nelle attività dello screening, i tempi di attuazione delle diverse prestazioni e le modalità di monitoraggio e valutazione dei processi operativi e degli esiti di salute.



MODELLO LOGICO



Quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi assunzioni
Obiettivo specifico	Estensione a livello regionale, entro il secondo anno di attività, dello screening di I^ livello ad una quota $\geq 95\%$ dei neonati			
Risultato atteso	Aumento della quota di neonati senza e con Fattori di Rischio sottoposti al test Red Reflex	N. neonati screenati / N. totale di neonati X 100 N. positivi I^ livello / N. totale di neonati screenati X 100	Sistema regionale di monitoraggio degli screening sensoriali	
Attività 1	Estendere a tutti i Punti nascita e agli UTIN dei presidi ospedalieri della regione la realizzazione dello screening visivo neonatale	Mezzi	Costi	
1.1	Realizzazione a tutti nati entro la prima settimana di vita, del test di I^ livello	Apparecchiatura diagnostica per l'effettuazione: oftalmoscopio Keeler	€ 00.000,00	
1.2	Realizzazione a tutti nati con Fattori di Rischio, entro il primo mese di vita, del test di I^ livello	Apparecchiatura diagnostica per l'effettuazione: oftalmoscopio Keeler	€ 00.000,00	
1.3	Realizzazione di una attività di informazione rivolta alle famiglie dei neonati sulla utilità dell'esame e di sensibilizzazione dei casi "positivi" invitati alla ripetizione del test al fine di una diagnosi precoce	Opuscoli informativi e locandine sul test Opuscolo sulle norme di comportamento a cura della Associazioni	€ 00.000,00	

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi assunzioni
Obiettivo specifico	Estensione, entro il secondo anno di attività, ad a quota $\geq 65\%$ della realizzazione, entro il mese di vita, dell'esame di II^ livello ai soggetti risultati positivi al primo esame			
Risultato atteso	Aumento della quota di neonati positivi al primo esame che si sottopongono al test di II^ livello	N. screenati II^ Livello / N. positivi I^ livello X 100	Sistema regionale di monitoraggio degli screening sensoriali	
Attività 2	Estendere a tutti i Punti nascita e agli UTIN dei presidi ospedalieri della regione la realizzazione dello screening visivo neonatale	Mezzi	Costi	
2.1	Realizzazione a tutti i "positivi" all'esame di I^ livello il test, entro il primo mese di vita, del test visivo di II^ livello	- Oftalmoscopio Keeler - Esame del fondo dell'occhio	€ 00.000,00	
2.2	Attività di recupero da parte dei Pediatri dei neonati nati all'estero in altre regioni dove non si effettua il test visivo	Accordi di collaborazione da stabilire nell'ambito di Linee-guida per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione delle forme di ipovisione congenita	€ 00.000,00	

3. Prevenzione nella popolazione a rischio
3.10 – Ipoacusia e sordità

3.10.1 - Prevenzione degli esiti e delle complicanze dell'ipoacusia congenita

Target (beneficiari)	Soggetti nati a termine, con e senza Fattori di Rischio audiologico, affetti da forme di ipoacusia congenita già evidenziabili alla nascita					
Attori	Servizio Programmazione sanitaria, dell'assistenza di base ed ospedaliera. Direzione regionale sanità e servizi sociali – Regione Umbria Rete regionale materno-infantile e dell'età evolutiva Reparti di neonatologia ed Unità di Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali dell'Umbria Reparti di Otorinolaringoiatria dei Presidi Ospedalieri dell'Umbria Clinica Otorinolaringoiatrica dell'Università degli Studi di Perugia c/o l'AO di Perugia Pediatri di libera scelta convenzionati con le ASL dell'Umbria Strutture e servizi sanitari di neuropsichiatria infantile Tecnici della riabilitazione (Audiometristi ed audioprotesisti, logopedisti)					
Portatori di interesse	Specialisti in Otorinolaringoiatria Società scientifiche Ente Nazionale per la protezione e l'assistenza dei sordi dell'Umbria Associazioni di pazienti Familiari e/o conoscenti di pazienti Strutture pubbliche per la riabilitazione					
Obiettivo di salute	Diagnosi precoce, entro il III ^o mese di vita, nei soggetti affetti da ipoacusia profonda già evidenziabile alla nascita in maniera da avviarli, non oltre il VI mese di vita, alla terapia protesico-riabilitativa					
Descrizione sintetica	Il Progetto tende ad uniformare su tutto il territorio regionale l'individuazione, la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dei soggetti affetti da patologie generanti ipoacusia congenita. Le azioni previste riguardano - l'attivazione di uno screening rivolto a tutti i neonati articolato su tre livelli di intensità assistenziale (individuazione dei casi sospetti, diagnosi, indicazione di trattamento e piano individuale di riabilitazione) - la realizzazione di una attività informativa rivolta ai genitori tesa a sensibilizzarli sull'ipoacusia congenita.					
Risultati attesi	- Individuazione entro il primo mese di vita dei casi sospetti e approfondimento diagnostico dei casi sospetti entro il III mese di vita; - Estensione a livello regionale, entro il secondo anno di attività, dello screening di I ^o livello ad una quota $\geq 95\%$ dei neonati; - Estensione, entro il secondo anno di attività, ad una quota $\geq 65\%$ di realizzazione, entro il primo mese di vita, dell'esame di II ^o livello ai soggetti risultati positivi al test di primo livello.					
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2011		Valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N. neonati screenati / N. totale di neonati X 100	SRMSS*	82,7% Dati fase sperimentale	$\geq 90\%$		$\geq 95\%$	
N. positivi I ^o livello / N. totale di neonati screenati X 100	SRMSS*	16,3% Dati fase sperimentale	$\leq 15\%$		$\leq 13\%$	
N. screenati II ^o Livello / N. positivi I ^o livello X 100	SRMSS*	58,6% Dati fase sperimentale	$\geq 60\%$		$\geq 65\%$	

* SRMSS = Sistema regionale di monitoraggio degli screening sensoriali

Il contesto

La sordità infantile, tra le malattie ad alto carico sociale e sanitario, occupa un posto di notevole rilevanza non solamente per l'elevato danno economico da essa procurato, quanto per le conseguenze che la persona, la sua famiglia e, più in generale, la società, sono chiamati a sopportare. Oggi, appare del tutto evidente che, se la sordità infantile di per sé tende ad essere una patologia ad alto livello invalidante, in mancanza di una diagnosi precoce, gli effetti che essa produce sono destinati ad "amplificarsi" in maniera esponenziale.

È ormai acquisita, dall'intera comunità scientifica, la nozione che una perdita uditiva non identificata alla nascita ha la capacità di influire negativamente sullo sviluppo della "parola" e del "linguaggio" nonché sulle potenzialità di apprendimento e sullo sviluppo sociale ed emotivo della persona. La vita di relazione delle persone è, infatti, basata sulla comunicazione interpersonale e sul reciproco scambio di informazioni, ma una buona acquisizione del linguaggio è direttamente connessa alla possibilità di un adeguato apprendimento uditivo-verbale. La parola, in altri termini, per poter essere interamente compresa deve essere prima ricevuta dall'organo uditivo periferico (orecchio) come messaggio sonoro, per essere poi decodificata, elaborata e memorizzata dal nostro sistema nervoso centrale. Il periodo maggiormente critico nello sviluppo del linguaggio è rappresentato dai primi 3 anni di vita: un danno del sistema uditivo avvenuto in questi anni tende, più in particolare, ad alterare i sistemi di elaborazione, di apprendimento, di memorizzazione e di sviluppo cognitivo della persona riducendo la funzione dei sistemi di integrazione centrale delle informazioni.

La presenza di un deficit uditivo, qualunque ne sia la causa e la sede del danno, avrà, quindi, effetti particolarmente gravi se colpisce un bambino, ed in particolare se questo non ha ancora sviluppato il linguaggio. Non vi è ormai nessun dubbio sul fatto che la deprivazione uditiva entro i primi due anni di vita sia in grado di determinare una vera e propria alterazione dello sviluppo della corteccia uditiva e del Sistema Uditivo Centrale con conseguente mancata organizzazione delle reti neurali fondamentali per l'acquisizione delle capacità percettivo-linguistiche. Per di più, se tale deprivazione persiste oltre i 4 anni, la situazione diviene praticamente irreversibile ed i risultati ottenibili con la protesizzazione acustica sono non ottimali⁴⁴.

Alcuni tra i maggiori esperti del settore, inoltre, sottolineano con forza che non solamente le forme severe e bilaterali di ipoacusia ma anche sordità con soglia uditiva a 30-40 dB per le frequenze medie (0.5-2 kHz) o unilaterali, possano interferire con un regolare sviluppo del linguaggio^{45,46,47,48}.

Le linee guida delle più recenti "consensus conferences"⁴⁹ sottolineano la necessità di avviare i programmi di riabilitazione per la sordità infantile il più precocemente possibile nel tentativo terapeutico di favorire la maturazione del sistema uditivo e delle capacità cognitive ad esso correlate secondo i tempi naturali; il fine della rilevazione precoce dell'udito e degli interventi relativi è di massimizzare la competenza linguistica e lo sviluppo delle abilità di lettoscrittura^{50,51} dei bambini sordi o sordastri che, senza le appropriate opportunità di apprendere il linguaggio vocale, si verrebbero a trovare in posizione arretrata rispetto ai loro compagni normoudenti per quanto riguarda la capacità comunicativa, la competenza nella lettura e lo sviluppo socio-emotivo.

Di conseguenza, l'identificazione dei casi di sordità dovrebbe avvenire entro i 3 mesi di vita, mentre i primi interventi riabilitativi dovrebbero iniziare non oltre i 6-8 mesi. Perché ciò si realizzi sono raccomandate le procedure di screening audiologico da eseguire su tutti neonati eventualmente seguite da test diagnostici elettrofisiologici, al fine di applicare le protesi acustiche entro i sei mesi di età e, qualora risultassero inefficaci, di applicare un impianto cocleare entro i due anni di età.

⁴⁴ Storicamente le perdite uditive medie e gravi nei bambini non vengono rilevate se non molto oltre il periodo neonatale: in assenza di una diagnosi precoce, l'età media di identificazione delle ipoacusie congenite si colloca a circa uno-due anni per le forme severe e profonde e, per quelle moderate e gravi, sopra i tre anni (non è infrequente che la diagnosi di perdite uditive più lievi o unilaterali sia ritardata fino al raggiungimento dell'età scolare) età che corrispondono al periodo in cui diventano evidenti gli esiti linguistici di una perdita uditiva caratterizzati dalla mancanza, ritardo o difetto di produzione verbale.

⁴⁵ Blair, J. C., Peterson, M. E., & Vieweg, S. H. *The effects of mild sensorineural hearing loss on academic performance of young school-age children*. The Volta Review, 87(2), 87-93, (1985).

⁴⁶ Oyler, R. F., Oyler, A. L., & Matkin, N. D. *Unilateral hearing loss demographic and educational impact*. Language, Speech, and Hearing Services. Schools, n. 19, 191-200, (1988).

⁴⁷ Karchmer, M., & Allen, T. *The functional assessment of deaf and hard of hearing students*. American Annals of the Deaf, n. 144, 68-77, (1999).

⁴⁸ Stelmachowicz, P. G. *Hearing aid outcome measures for children*. Journal of the American Academy of Audiology, 10(1), 14-25. (1999).

⁴⁹ American Academy of Pediatrics. *Newborn and infant hearing loss: Detection and Intervention*. Task Force on Newborn and Infant Hearing. Pediatrics, 103, 527-530. (1999).

⁵⁰ Yoshinaga-Itano, C. *Efficacy of early identification and intervention*. Seminars in Hearing, n. 16; 115-120, (1995).

⁵¹ Yoshinaga-Itano, C., Sedey, A., Coulter, D.K., & Mehl, A. L. *Language of early and later identified children with hearing loss*. Pediatrics, n. 102, 1161-1171, (1998).

Incidenza dell'ipoacusia

Secondo dati epidemiologici più recenti l'incidenza della sordità profonda nei neonati è stimata in 1-2 casi su 1.000 nati.^{52, 53} che rappresenta un dato sicuramente significativo se confrontato con altre patologie congenite come le emoglobinopatie (0,13/1.000), la fenilchetonuria (0,10/1.000) o l'ipotiroidismo congenito (0,25/1.000).

Uno degli studi epidemiologici più rappresentativi e citati in letteratura, quello realizzato in Inghilterra, nella regione del Trent, su una coorte di bambini nati tra il 1985 ed il 1990, metteva in evidenza che la ipoacusia permanente infantile bilaterale di entità ≥ 40 dB nell'orecchio migliore era presente in 1,33/1.000 nati di cui il 55% era rappresentato da casi di grado moderato mentre il restante 45% era equamente suddivisibile tra forme severe e profonde. Del totale di casi rilevati, le ipoacusie permanenti infantili bilaterali congenite ne coprivano una quota dell'84% (incidenza del 1,12/1.000) mentre il restante 16% era rappresentato da forme acquisite, progressive o ad inizio tardivo e, in ogni caso non rivelabili alla nascita⁵⁴.

Il più importante studio epidemiologico mirato alla conoscenza dell'esatto tasso stimato di prevalenza della malattia in Italia - realizzato pochi anni fa dall'Istituto Italiano di Medicina Sociale (IIMS)⁵⁵ e relativo a 40.887 soggetti (20.915 maschi e 19.778 femmine), fa registrare nella popolazione totale una prevalenza delle forme di sordità profonda prelinguale attestata sul valore di 0.72 per 1,000 abitanti⁵⁶ con una leggera predilezione per il sesso maschile (riferibile probabilmente alle forme di origine genetica legate al cromosoma X). La patologia, inoltre, presenta tassi più elevati nelle comunità dove sono maggiormente diffuse le unioni tra consanguinei (presente di un tasso maggiore di malattie ereditarie) e dove è più basso lo sviluppo socio economico.

Le cause dell'ipoacusia

Il danno uditivo è generato da un gran numero di agenti eziologici, in grado di determinare una grave ipoacusia nei bambini. In base all'epoca di insorgenza del danno possiamo distinguere eventi lesivi che si realizzano prima della nascita (prenatali), durante il parto (perinatali) e dopo la nascita (postnatali). Le noxae patologiche si concretizzano alterando lo sviluppo o determinando la distruzione delle strutture neurosensoriali dell'organo uditivo.

Scheda – Agenti eziologici e epoca di insorgenza del danno uditivo

a) CAUSE PRENATALI

Comprendono tutti i fattori eziologici in grado di danneggiare l'embrione durante la gravidanza: fattori genetici, infezioni materne, l'utilizzo durante la gravidanza di farmaci ototossici, etc.

b) CAUSE PERINATALI

Includono i fattori che si realizzano al momento del parto: parto prematuro, trauma da parto, anossia o ipossia, ittero neonatale da incompatibilità Rh materno-fetale, etc.

c) CAUSE POSTNATALI

Riguardano patologie acquisite di varia natura avvenute dopo la nascita: infezioni quali il morbillo, la meningite, etc.

Le sordità infantili presentano, nella grande maggioranza dei casi (85-90%), un esordio alla nascita (sordità congenite) legato a cause che agiscono nel periodo prenatale.

⁵² Cohen MM, Gorlin RJ. *Epidemiology, etiology, and genetic patterns*. In: Gorlin RJ, Toriello HV, Cohen MM (eds) *Hereditary Hearing Loss and its Syndromes*. Oxford University Press, NY, 1995 pp 9-21

⁵³ Marazita ML, Ploughman LM, Rawlings B, Remington E, Arnos KS, Nance WE. *Genetic epidemiological studies of early-onset deafness in the US school-age population*. *Am J Med Genet* 1993;46:486-91.

⁵⁴ È importante mettere in risalto che la maggior parte delle indagini epidemiologiche effettuate sulla sordità infantile riguardano per lo più campioni ristretti di popolazioni selezionate, e la variabilità del dato è determinata dalla disomogeneità dei campioni e dalle differenti metodiche di selezione. Finora considerando l'esiguo numero di neonati sottoposti a screening uditivo neonatale, non è tuttora possibile stimarne correttamente la prevalenza alla nascita, soprattutto considerando che lo screening viene effettuato in maniera eterogenea nel territorio. Da più parti vi è quindi, nel nostro Paese, l'esigenza di conoscere il reale tasso di incidenza della malattia per una più precisa valutazione della dimensione del problema.

⁵⁵ Lo studio epidemiologico di tipo retrospettivo è stato realizzato dall'IIMS nell'ambito di un progetto più complessivo che ha abbracciato, oltre agli aspetti epidemiologici, la ricerca fonologica, la quantificazione dei costi sociali, la verifica della rete di prevenzione ed infine la formazione e l'informazione. Per l'inclusione nello studio tutti i soggetti dovevano presentare le seguenti caratteristiche comuni: storia clinica documentata attestante che la sordità, insorta in epoca prelinguale, avesse impedito lo sviluppo del linguaggio parlato, un livello medio di perdita uditiva neurosensoriale \Rightarrow 50 dB per le frequenze 500-1000-2000 Hz nell'orecchio migliore. Per ulteriori approfondimenti consultare: Luciano Bubbico (a cura di), *La sordità infantile*. Collana di studi e ricerche, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma, 2003.

⁵⁶ Il tasso osservato nello studio dell'IIMS, su popolazione generale, è relativo esclusivamente a casi di sordità bilaterale congenita di grado elevato accertata con rigidi criteri diagnostici e che comporta handicap comunicativo, pertanto la prevalenza riportata risulta inferiore a quella di altri studi epidemiologici effettuati su campioni ristretti di popolazione e con diversa valutazione del grado di sordità che non necessariamente residua in un handicap comunicativo.

Si stima, a seconda dell'autore considerato, che l'eziologia più frequente risulta essere quella ereditaria (50% circa di tutti i casi di perdita della capacità uditiva fra i bambini)⁵⁷, seguita da ipossia perinatale severa (11%), ototossicità (5%), meningite (3%), iperbilirubinemia (3%) ed infine rosolia (2%). Mentre risulta del 20% il numero di casi con eziologia ignota mentre solamente il 10% dei bambini con sordità alla nascita è figlio di genitori sordi: il 90% nasce da genitori udenti, per cause non prevedibili.

L'elevato numero di casi di sordità ereditaria non sindromiche (circa il 70% delle sordità genetiche), fa sì che i bambini che presentano questa anomalia genetica alla nascita, non presentando nessuna altra patologia associata, non vengono identificati dai registri di rischio audiologico. Per tale motivo i registri ad alto rischio di sordità sono considerati oggi da numerosi Autori inefficaci alla individuazione precoce della sordità con oltre il 50% di sordità non individuate.

Il contesto in Umbria

Fino a pochi anni addietro, quando ancora non vi era la disponibilità di una strumentazione audiologica atta ad evidenziare eventuali danni uditivi in fasi molto precoci dello sviluppo del bambino, in Umbria, l'epoca media della diagnosi di sordità permanente bilaterale si aggirava in torno ai 24-30 mesi di vita: nella maggior parte dei casi si giungeva alla diagnosi in seguito alle sollecitazioni di genitori e/o educatori preoccupati per la comparsa di inequivocabili e sempre più evidenti segni di ritardato sviluppo del bambino.

Con la DGR n. 789 del 21 maggio 2007, nella nostra regione, si è dato avvio, sulla base delle indicazioni contenute nelle linee-guida internazionali, ad un Progetto teso all'attivazione dello screening audiologico neonatale affidandone l'attuazione alle Aziende Sanitarie regionali. Lo screening proposto è articolato su tre livelli connotati da differente intensità assistenziale (vedere Tab. n. 1).

Tab. n. 1 – Articolazione regionale dello screening audiologico neonatale

Livello	Prestazioni previste	Tempi di attuazione	Metodica/Apparecchiatura
Primo	Effettuazione, a tutti i nati senza fattori di rischio, del test audiologico neonatale	Entro la prima settimana di vita, durante il ricovero in neonatologia	Emissioni otoacustiche automatiche (AOAE)
Secondo	Richiamo dei neonati risultati positivi, da entrambi i lati o solo monolateralmente, al test di primo livello	Entro il primo mese di vita	Emissioni otoacustiche automatiche (AOAE)
Terzo	- Effettuazione, a tutti i nati con fattori di rischio; - Richiamo dei neonati risultati positivi, da entrambi i lati o solo monolateralmente, al test di secondo livello	Entro il terzo mese di vita	Emissioni otoacustiche automatiche (AOAE) Otoscopia e timpanogramma Potenziali Evocati Uditivi (ABR)
	A tutti i positivi del terzo livello	Entro il sesto mese di vita	Visita specialistica audiologica Inquadramento eziopatologico Definizione della morfologia e delle caratteristiche della perdita uditiva Avvio al trattamento protesico

Dalla data di promulgazione della succitata DGR, le Aziende Sanitarie regionali, in qualità di soggetti attuatori dello screening, hanno provveduto a: 1) dotare i Punti nascita e gli UTIN delle apparecchiature necessarie per la realizzazione dei diversi test, 2) ultimare le fasi di individuazione delle figure professionali destinate alla effettuazione dei test e la loro formazione, 3) avviare la sperimentazione del test di primo e secondo livello sui neonati e 4) provvedere all'invio dei primi dati al Centro di riferimento regionale costituito temporaneamente presso la Clinica Otorinolaringoiatrica dell'Università degli Studi di Perugia.

⁵⁷ La perdita uditiva genetica può essere ereditata in modo autosomico dominante (22%), in modo autosomico recessivo (circa il 77%) o in modo recessivo legato all'X (circa l'1%), in rarissime situazioni la causa della perdita uditiva è da attribuire a difetti mitocondriali (meno dell'1% dei casi). Studi genetici recenti hanno dimostrato che il 70% circa delle sordità genetiche sono forme non-sindromiche, presentandosi cioè isolate mentre sono state descritte oltre 400 sindromi genetiche di cui la perdita della capacità uditiva ne rappresenta soltanto una delle caratteristiche.

Dall'analisi dei primi dati emerge che nel periodo luglio/settembre 2010 sono stati sottoposti al test audiologico 1.819 neonati di cui 1.745 nati nei Punti nascita dei presidi ospedalieri regionali e 74 nati, o comunque valutati, nelle due Unità di Terapia intensiva Neonatale presenti rispettivamente negli Ospedali di Perugia e di Terni (vedere Tab. nn. 2 e 3).

Tab. n. 2 – Punti nascita e Screening audiologico neonatale – Periodo luglio/agosto/settembre 2010

ASL	Punto nascita	Luglio	Agosto	Settembre	TOTALE
n. 1	Osp. di Branca	34	37	43	114
	Osp. di Città di Castello	60	67	70	197
n. 2	Osp. di Perugia	135	150	140	425
	Osp. di Cast. Del Lago	32	35	21	78
	Osp. di Marsciano	36	53	55	144
	Osp. di Assisi	-	-	40	40
n. 3	Osp. di Foligno	94	85	24	203
	Osp. di Spoleto	-	-	-	-
n. 4	Osp. di Terni	81	93	84	258
	Osp. di Narni	45	57	60	162
	Osp. di Orvieto	49	37	28	114
TOTALE		566	614	565	1.745

Tab. n. 3 – UTIN di Perugia e Terni e Screening audiologico neonatale – Periodo luglio/agosto/settembre 2010

UTIN	Luglio	Agosto	Settembre	TOTALE
di Perugia /di Terni	22	21	32	74

A seguito dell'effettuazione del test di primo livello sono risultati positivi complessivamente 297 neonati, di questi solamente 174 hanno ripetuto, entro il primo mese di vita, il test di II^ livello mentre sono stati 123 i neonati "scomparsi". La ripetizione del test ha dato esito negativo per 142 neonati mentre 32 soggetti sono stati inviati ai Centri di III^ livello per l'approfondimento diagnostico che per 4 soggetti ha dato esito positivo.

Prendendo come riferimento il numero di nati (8.798) nella nostra regione nell'anno 2008⁵⁸ e proiettando su base annuale i dati emersi dalla rilevazione della fase sperimentale dello screening risulta che:

- viene sottoposta al test audiologico una quota pari all'82,7% del totale dei neonati;
- il ricorso all'esame di secondo e terzo livello è richiesto rispettivamente per il 16,3% ed il 2,0% del totale;
- la quota di soggetti che, per vari motivi, sfugge all'approfondimento diagnostico di II^ livello si attesta su valori decisamente elevati (41,4% del totale dei soggetti inviati al re-screening);
- 4 neonati sono portatori di forme significative di ipoacusia congenita tali da giustificare l'attenta osservazione del decorso della patologia ed il ricorso ad un trattamento protesico-riabilitativo;
- l'incidenza dell'ipoacusia congenita è attestata su un valore pari a 2,2‰ nati/anno.

Tab. n. 4 – Screening audiologico neonatale. II e III livello – Periodo luglio/agosto/settembre 2010

	Positivi I^ livello	II^ livello			III^ livello	
		Missing	Testati	Negativi	Testati	Inviati al trattamento
Luglio	94	30	64	52	12	2
Agosto	98	51	47	35	12	1
Settembre	105	42	63	55	8	1
Totale	297	123	174	142	32	4

In ultimo, pur con la necessaria prudenza data l'esiguità del periodo considerato, sulla base dei dati raccolti è lecito, quindi, attendersi, nella nostra Regione, la comparsa, di un numero oscillante tra i 14 e i 16 nuovi casi di ipoacusia profonda per ogni anno a fronte degli 8-11 previsti dalle stime, nazionali ed internazionali, più accreditate.

⁵⁸ I dati sono tratti dal volume: Regione Umbria, "Le nascite in Umbria. Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2008", collana 'Quaderni di Epidemiologia', n. 4, 2010, Edizioni AUS 2010, Perugia, settembre 2010.

Negli ultimi cinque anni, la natalità in Umbria ha fatto registrare un sostanziale incremento passando dai 7.741 nati del 2004 agli 8.798 del 2008 (+13,6%); tale aumento è da ascrivere, in maniera particolare, alla popolazione femminile immigrata (nel 2008 la frequenza di madri con cittadinanza straniera si attesta sul valore del 23,9% del totale con un incremento di poco meno di 6 punti percentuali rispetto al 2004)

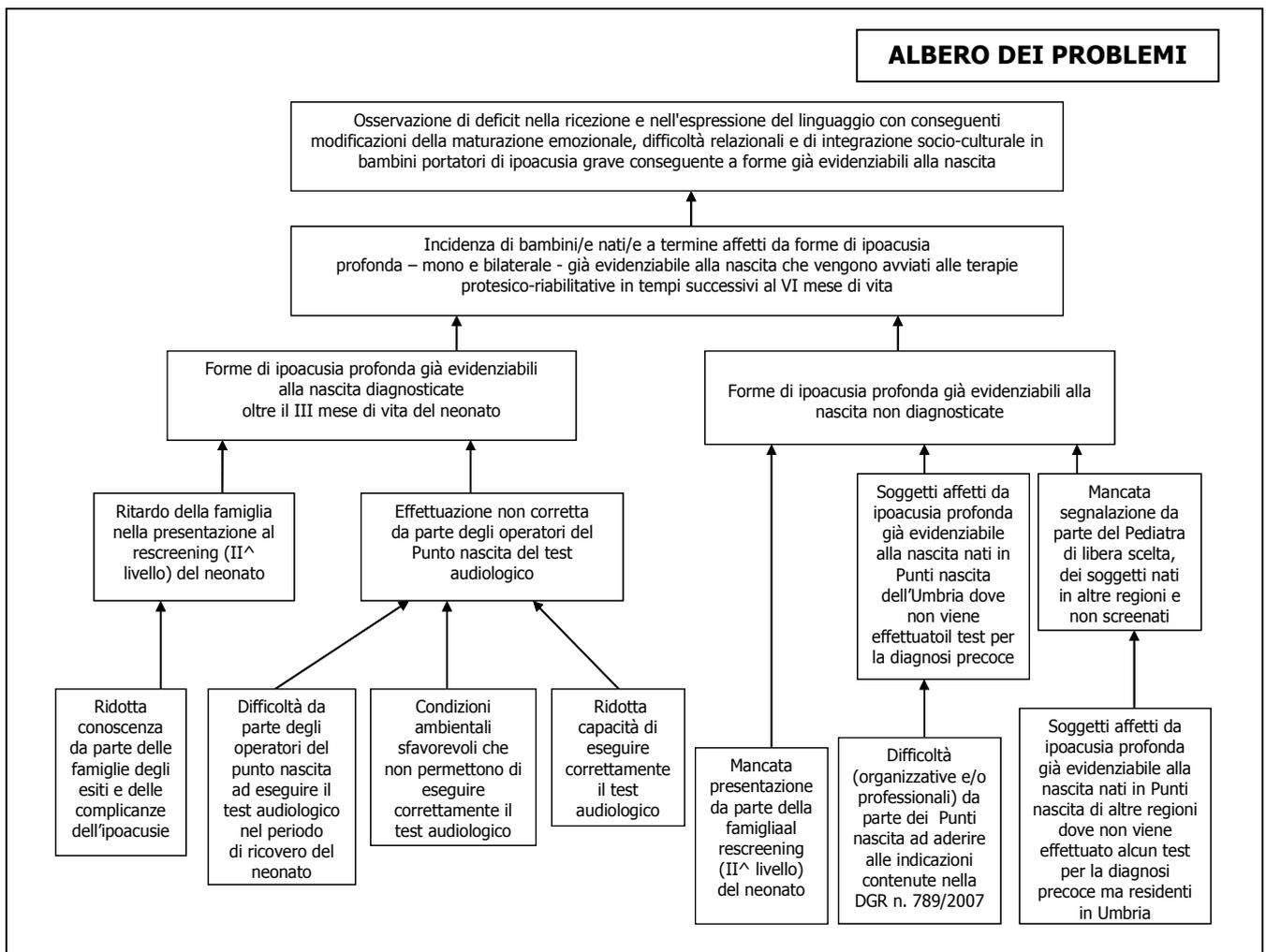
I problemi

Sulla base dell'esperienza realizzata emergono una serie di problematiche alcune delle quali connesse direttamente all'organizzazione e allo svolgimento delle attività di screening mentre altre da imputare all'atteggiamento delle famiglie dei neonati.

In particolare, per quanto riguarda l'effettuazione del test audiologico neonatale di primo livello effettuato dagli operatori delle Neonatologie dei presidi ospedalieri, i dati disponibili mettono in evidenza una funzionalità non ancora ottimale sull'intero territorio regionale da attribuire ad un ritardo, in almeno due Punti nascita, nell'avvio del test o ad una sua incompleta effettuazione; l'effetto combinato di questi due elementi porta come conseguenza una insufficiente copertura (82,7% dei neonati) della popolazione bersaglio.

Particolare attenzione deve essere posta, inoltre nei confronti dell'elevata quota di neonati che non accedono, seppure ne sussista l'esigenza, all'approfondimento di II[^] livello, effettuato presso i reparti di Neonatologia o di Otorinolaringoiatria degli ospedali umbri: dai dati emerge, infatti, che la quota di "soggetti scomparsi" si attesta sul valore del 41,4% del totale di coloro che avevano ricevuto l'invito a ripresentarsi entro il mese di vita: si rileva, a questo proposito, la necessità di comprendere le motivazioni delle famiglie umbre (deficit di informazioni ricevute dagli operatori sanitari, famiglie straniere e/o a basso reddito e con ridotta strumentazione culturale, poca chiarezza sui percorsi diagnostici e terapeutici offerti dal Sistema Sanitario regionale, ecc.) che giustificano la mancata presentazione al II[^] livello e, spesso, la ricerca fuori regione di Centri specializzati per la diagnosi, la terapia e la riabilitazione.

Due ulteriori problemi riguardano, da un lato, il monitoraggio dei neonati nati fuori regione (il Rapporto CedAP mette in evidenza che il 4,2% dei neonati residenti in Umbria è nato fuori regione) e la rilevazione delle forme di ipoacusia grave che, non evidenziabili alla nascita, presentano un esordio ritardato (entro il secondo anno di vita del bambino) o progressivo nel tempo.



Gli obiettivi e i risultati attesi

Sulla base dei dati disponibili e partendo dalla modalità organizzativa e funzionale dello screening audiologico neonatale già attivo nella nostra regione e, avendo come finalità quella di garantire a tutti i neonati umbri l'appropriatezza del trattamento nei modi e nei tempi indicati nelle più recenti ed accreditate linee guida internazionali, è possibile, per il Servizio Sanitario regionale porsi l'obiettivo di assicurare un inizio precoce della terapia protesico-riabilitativa per tutti i soggetti affetti da forme di ipoacusia profonda già evidenziabile alla nascita.

Per il raggiungimento di tale obiettivo generale è necessario mettere in campo una adeguata struttura organizzativa ed implementare azioni tese a:

8) aumentare la percentuale di neonati sottoposti al test di I^o livello, con una copertura $\geq 95\%$ dei nati esaminati prima della dimissione dal reparto di Neonatologia o dall'UTIN con una quota di "positivi" al primo esame non superiore al 15% al primo anno e non superiore al 13% al secondo anno di attività;

9) ridurre progressivamente la quota di "soggetti scomparsi" dopo il test di I^o livello aumentando la percentuale di adesione da parte delle famiglie con neonati "positivi" al rescreeing di II^o livello;

10) ridurre progressivamente la quota di famiglie che si rivolgono a strutture sanitarie esterne alla regione per le fasi di approfondimento diagnostico e di indicazioni terapeutiche (protesizzazione, intervento chirurgico, riabilitazione fonologica, ecc.).

Il perseguimento di tali obiettivi chiama in causa, contemporaneamente, almeno due diversi attori del complesso sistema: da una parte, la famiglia del neonato e, dall'altra, le strutture e gli operatori del Servizio Sanitario Regionale che partecipano, con diversa funzione e a vario livello, nella gestione dello screening audiologico neonatale.

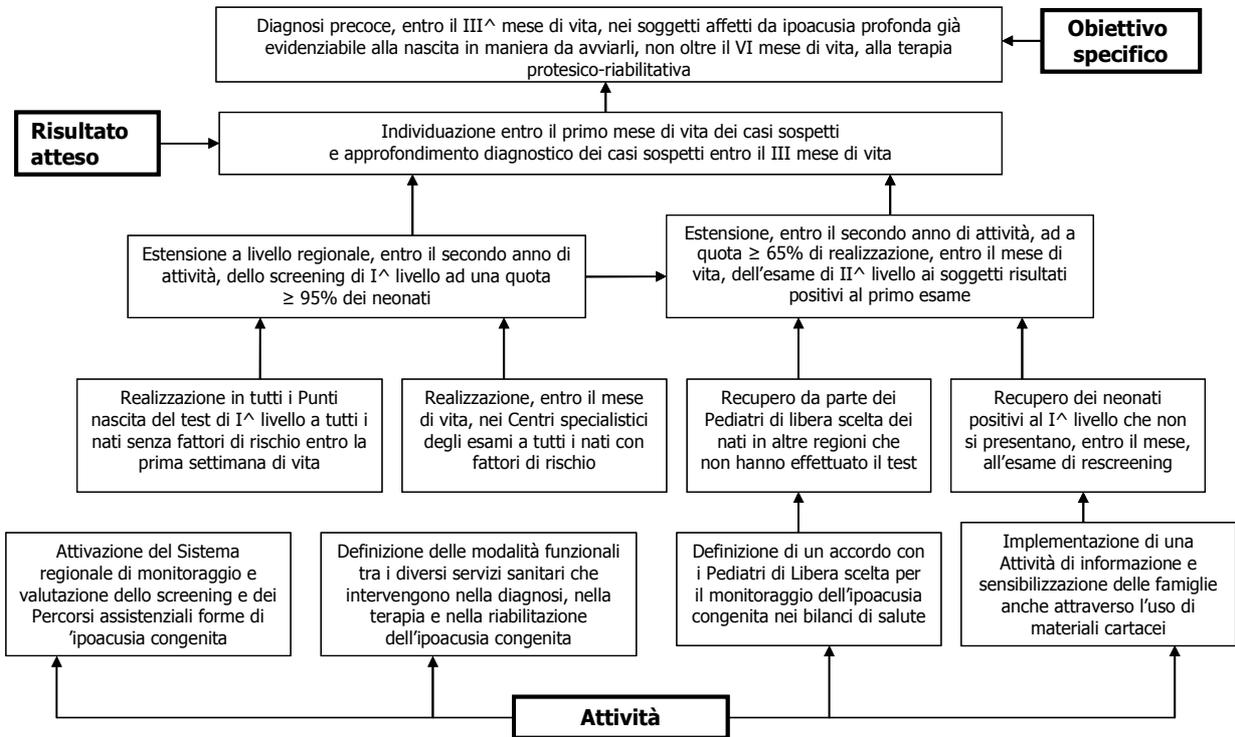
Tra gli *interventi rivolti alle famiglie dei neonati* è opportuno, in primo luogo, prevedere una intensa attività di sensibilizzazione volta ad aumentare il livello di consapevolezza nei confronti dei fattori di rischio, delle modalità di presentazione della patologia, dell'esigenza di intervenire in tempi precoci e delle possibilità diagnostiche, terapeutiche e riabilitative offerte dal Sistema Sanitario regionale.

Assumono in questo contesto, particolare importanza il ruolo e l'opera degli operatori dei Reparti di neonatologia e dei Pediatri di libera scelta nell'informare le famiglie dei possibili rischi e delle necessità di addivenire ad una diagnosi in tempi rapidi.

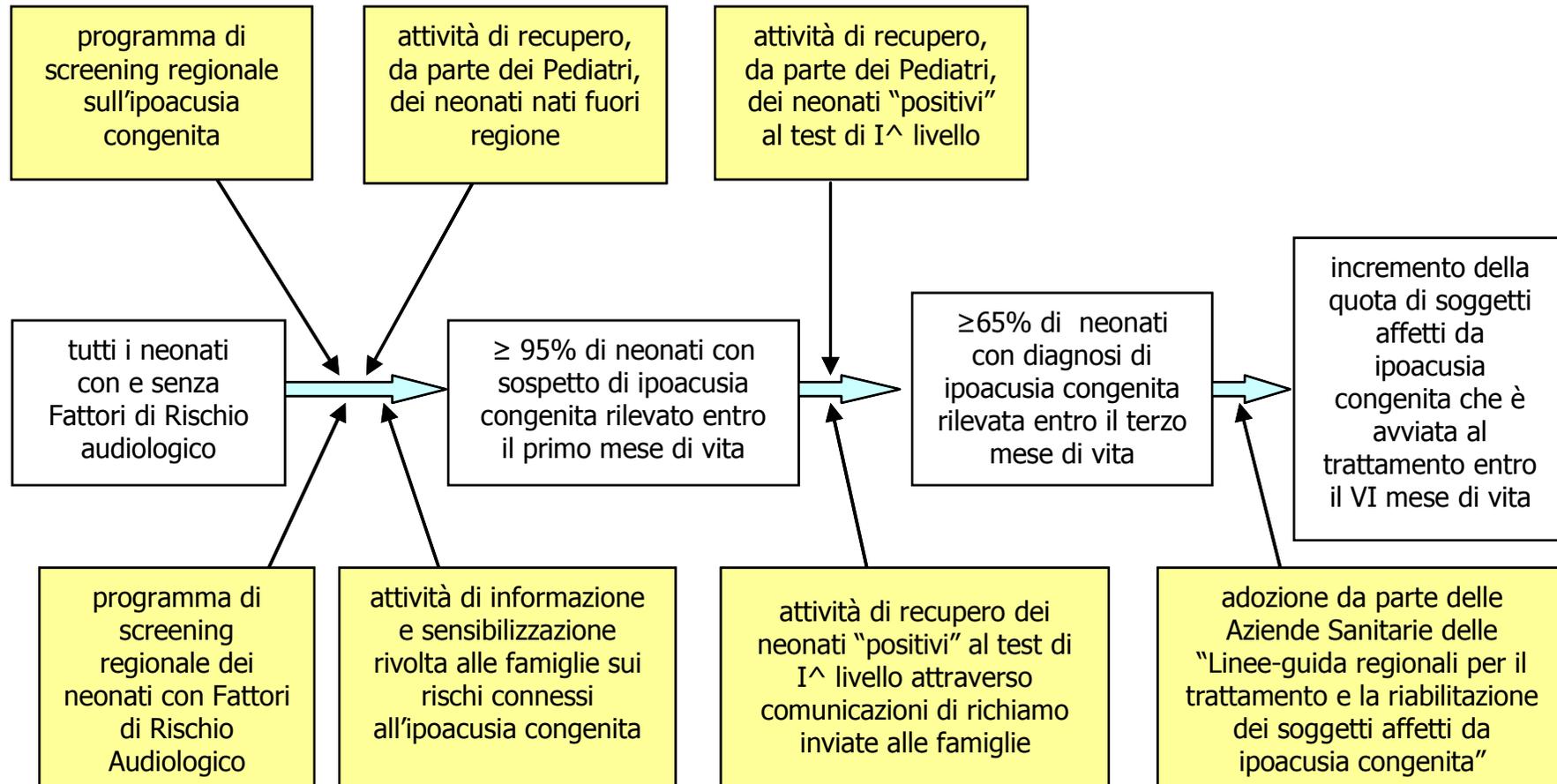
Per quel che riguarda *le strutture e gli operatori del Servizio Sanitario regionale*, una gestione ottimale dello screening audiologico neonatale, deve prevedere l'articolazione di un sistema assistenziale complesso capace di assicurare:

- la corretta realizzazione dello screening con particolare riferimento ai tempi e alle modalità di esecuzione degli esami strumentali previsti per i diversi livelli di intervento al fine di giungere non oltre il 3^o mese di vita del bambino alla diagnosi di ipoacusia congenita;
- l'inizio della terapia protesica e riabilitativa entro il VI mese di vita;
- la corretta informazione delle famiglie nelle diverse fasi dello screening;
- la possibilità di recupero dei soggetti nati in altre regioni e non sottoposti al test di I^o livello, attraverso un collegamento stabile e definito con il Pediatra di libera scelta,
- il monitoraggio e la valutazione dell'intero percorso di screening con particolare riferimento agli indici relativi alla sua copertura, all'incidenza della patologia e ai percorsi terapeutici e riabilitativi intrapresi.

ALBERO DEGLI OBIETTIVI



MODELLO LOGICO



Quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi assunzioni
Obiettivo specifico	Estensione a livello regionale, entro il secondo anno di attività, dello screening di I^ livello ad una quota $\geq 95\%$ dei neonati			
Risultato atteso	Aumento della quota di neonati senza e con Fattori di Rischio sottoposti a test audiologici neonatali	N. neonati screenati / N. totale di neonati X 100	SRMSS	
Attività 1	Estendere a tutti i Punti nascita e agli UTIN dei presidi ospedalieri della regione la realizzazione dello screening audiologico neonatale	Mezzi	Costi	
1.1	Realizzazione a tutti nati senza Fattori di Rischio, entro la prima settimana di vita, del test audiologico di I^ livello	Apparecchiatura diagnostica per l'effettuazione delle Emissione otoacustiche automatiche (AOAE)	€ 00.000,00	
1.2	Realizzazione a tutti nati con Fattori di Rischio, entro il primo mese di vita, del test audiologico di I^ livello	- Apparecchiatura diagnostica per l'effettuazione delle Emissione otoacustiche automatiche (AOAE) - Otoscopia e timpanogramma - Potenziali Evocati Uditivi (ABR)	€ 00.000,00	
1.3	Realizzazione di una attività di informazione rivolta alle famiglie dei neonati sulla utilità dell'esame e di sensibilizzazione dei casi "positivi" invitati alla ripetizione del test al fine di una diagnosi precoce	Opuscoli informativi e locandine sul test Opuscolo sulle norme di comportamento a cura della Associazioni	€ 00.000,00	

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi assunzioni
Obiettivo specifico	Estensione, entro il secondo anno di attività, ad a quota $\geq 65\%$ della realizzazione, entro il mese di vita, dell'esame di II^ livello ai soggetti risultati positivi al primo esame			
Risultato atteso	Aumento della quota di neonati positivi al primo esame che si sottopongono al test di II^ livello	N. screenati II^ Livello / N. positivi I^ livello X 100	SRMSS	
Attività 2	Estendere a tutti i Punti nascita e agli UTIN dei presidi ospedalieri della regione la realizzazione dello screening audiologico neonatale	Mezzi	Costi	
2.1	Realizzazione a tutti i "positivi" all'esame di I^ livello il test, entro il primo mese di vita, del test audiologico di II^ livello	Apparecchiatura diagnostica per l'effettuazione delle Emissione otoacustiche automatiche (AOAE)	€ 00.000,00	
2.2	Attività di recupero da parte dei Pediatri dei neonati nati all'estero in altre regioni dove non si effettua il test audiologico	Accordi di collaborazione da stabilire nell'ambito di Linee-guida per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione delle forme di ipoacusia congenita	€ 00.000,00	

4 La prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

|

4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

4.1 La prevenzione e la sorveglianza della disabilità

4.1 Anziani in cammino

Target	Popolazione umbra con più di 64 anni a rischio di caduta in ambiente domestico					
Attori	Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare, Direzione sanità e servizi sociali, Regione Umbria Coordinatori/operatori della rete promozione della salute delle 4 ASL Medici Medicina Generale Operatori sanitari e sociosanitari coinvolti nell'assistenza alle persone anziane in ambito domestico e nelle strutture sanitarie e sociosanitarie Farmacie Pubbliche e Private Redazioni Mass Media (Radio, TV e Organi di Stampa locali)					
Portatori di interesse	EELL (aree sociale, urbanistica, dei trasporti, ecc. dei Comuni), ANCI, UPI Associazioni, CeSVOL Perugia - CeSVOL Terni, Centri Sociali Forze sociali pensionati Umbria (SPI CGIL FNP CISL, UIL Pensionati) Federazioni e società sportive, Enti di promozione e associazioni sportive, Palestre Associazionismo ricreativo e del tempo libero					
Obiettivo di salute	Riduzione del tasso di eventi traumatici in ambiente domestico negli over 64enni					
Descrizione sintetica	Al fine di favorire nella popolazione umbra con più di 64 anni l'adozione di comportamenti che prevengano le cadute dovute agli incidenti domestici e che in genere rallentino la progressione verso la fragilità e la disabilità, il sistema sanitario, in collaborazione con tutti i portatori d'interesse della comunità, promuove la partecipazione degli anziani ai gruppi di cammino. A tal fine, viene organizzata la formazione dei MMG e la sensibilizzazione dei portatori di interesse per aumentare nel target la percezione del rischio, considerata ancora insufficiente, e supportare la partecipazione ai gruppi di cammino.					
Risultati attesi	Incremento del n. di over64 informati sui rischi causati dalle cadute Incremento del n. di over64 che partecipano ai gruppi di cammino					
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° over 64enni informati sui rischi delle cadute dai MMG	PASSI d'Argento	Controllo dati PASSI 2009				
N° over 64enni informati dalla campagna pubblicitaria	PASSI d'Argento	Incontri dei coordinatori della rete della promozione della salute	Ideazione Produzione e diffusione campagna informativa		Valutazione efficacia della campagna	
N° over 64enni partecipanti ai gruppi cammino superiore del 10% rispetto al dato attuale dell'attività fisica	PASSI d'Argento	N° associazioni attive / N° associazioni contattate a livello locale	N° gruppi di cammino organizzati/ N° gruppi di cammino previsti		N° over 64enni partecipanti / N° over 64enni contattati	

Il contesto

Indicazioni nazionali

Le cadute a causa di incidente domestico rappresentano una delle cause più frequenti di ricovero e decesso nella popolazione anziana ed il principale carico di disabilità è dato dagli esiti di frattura del femore, in larga parte ascrivibile alle donne anziane. Va sottolineato che la caduta rappresenta un evento temibile per l'anziano sia per le conseguenze in termini di disabilità che per le ripercussioni psicologiche: la perdita di sicurezza e la paura di cadere possono essere dei fattori aggravanti in una situazione già difficile, accelerare il declino funzionale ed indurre depressione o isolamento sociale (PNLG 2007).

Secondo i dati PASSI, ridotte capacità percettive dovute a problemi di vista (23%), di udito (35%), eccesso ponderale (59%), da precedenti cadute sia in termini di minore mobilità che di paura di cadere (60%), da isolamento (21%) e sintomi di depressione (23%) possono ulteriormente compromettere una condizione già resa problematica dalla scarsa mobilità e dunque dalla tendenza alla sedentarietà.

Informazione alla popolazione sugli incidenti domestici

Un'attenzione particolare meritano le modalità attraverso le quali la popolazione viene a conoscenza dei rischi in ambiente domestico e sulle conseguenze delle cadute. Dal PASSI d'Argento si evince che le principali fonti di informazione sono i mass media (14%) e gli opuscoli (11%) mentre incidono per una quota molto inferiore il personale sanitario (2%) o tecnico (3%) ed i parenti/amici (1 %).

Dopo aver ricevuto informazioni sulla prevenzione, il 31% delle persone ha dichiarato di aver modificato i propri comportamenti o adottato qualche misura per rendere l'abitazione più sicura. L'adozione di misure preventive è risultata maggiore tra i 18-34enni (35,9) rispetto ai 50-69 (25%) e in coloro che sono laureati (30,6%) rispetto al grado di istruzione nessuna/elementare (21,2%). L'adozione di misure preventive è risultata maggiore tra le persone con un'alta percezione del rischio di incidente domestico (55,1%) rispetto a chi l'ha bassa (27,5 %) ed alla presenza in famiglia di persone potenzialmente a rischio (si 34,4, no 28,4).

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, l'aver adottato misure di sicurezza rimane associato significativamente al sesso (uomini) e ad una alta percezione del rischio (PASSI 2009).

Attività fisica come fattore di protezione

Per gli anziani, l'evidenza dimostra che svolgere attività fisica aiuta a invecchiare bene: aumentano le resistenze dell'organismo, rallenta l'involutione dell'apparato muscolare e, migliorando l'equilibrio e la coordinazione, si riduce il rischio di cadute accidentali e dunque di disabilità, viene ritardato l'invecchiamento scheletrico e cardiovascolare; ne traggono giovamento le capacità psico - intellettuali e dunque si prevengono la depressione e la riduzione delle facoltà mentali.

Gli effetti positivi di una diffusa attività fisica a livello di comunità sono del resto evidenti anche a livello sociale ed economico sia in termini di riduzione dei costi della sanità che di aumento della partecipazione ad attività ricreative e relazionali.

Incrementare il livello di attività fisica non è dunque solo un problema individuale, ma anche sociale: richiede dunque politiche sanitarie mirate, condivisione di obiettivi e individuazione delle responsabilità.

La disabilità e la non autosufficienza tra gli anziani in Umbria

La realtà umbra si presenta come fortemente solidale: può ritenersi infatti buona la conoscenza e l'attenzione che nella regione viene rivolta alla specificità socio - psico - fisica dell'anziano in termini di norme in materia sociosanitaria, di rete sociale e rete familiare, di competenze e consapevolezza soggettiva come pure si presenta alta l'equità del sistema dimostrata dalla possibilità da parte dell'anziano di accedere ai servizi indipendentemente dalla fascia socioeconomica di appartenenza.

Dall'analisi dei dati disponibili, emerge che, in Umbria, gli ultra 64enni in buona salute sono l'84,3%, il 31% presenta segni evidenti di fragilità, tra questi il 29% ha 65-74 anni, il 48% ha 75-84 anni, il 22% ne ha 85 ed oltre e le donne sono il 57% (PASSI d'Argento 2009).

Le persone con disabilità (ovvero che non riescono a svolgere autonomamente le attività di base della vita quotidiana) che vivono in famiglia sono pari al 15,7% del totale e per la maggior parte si concentrano nelle classi d'età più avanzate (Stima della non autosufficienza in Umbria).

Va comunque sottolineato che il 27% è ancora una risorsa per la famiglia, i conoscenti e/o per l'intera collettività (accudisce frequentemente nipoti o altri familiari e/o presta assistenza ad altri anziani e svolge attività di volontariato) e che il 64% ha sentito parlare di un centro anziani; queste percentuali vanno progressivamente riducendosi mano a mano che ci si sposta dal gruppo degli anziani in buona salute (84%) a quello dei soggetti fragili (74%). (PASSI d'Argento 2009)

Le cadute nella popolazione

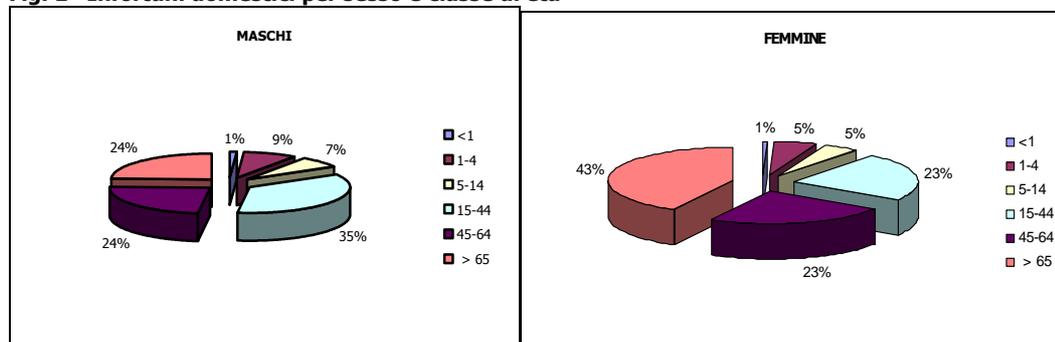
Nonostante i dati sopra illustrati indichino una buona vitalità della popolazione anziana, questa necessita di

attenzioni e assistenza particolari, come testimoniato dall'alta frequenza di cadute (Dati estratti dal flusso dei PS ospedalieri sugli incidenti domestici*).

In genere il 31,1% delle donne subiscono incidenti domestici prevalentemente in cucina ed il 42,7% degli uomini nelle pertinenze dell'abitazione.

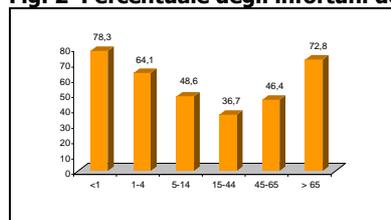
Se si osserva il dato distinto per classi di età, però, mentre la differenza di genere si mantiene costante (22% in cucina e 28% pertinenze dell'abitazione), gli anziani sembrano dimostrare una tendenza a subire incidenti in diversi ambienti: 17% camera da letto e 11% bagno.

Fig. 1 Infortuni domestici per sesso e classe di età



Su tutto spicca il dato relativo alle cadute: ben il 72,8% della popolazione over 64enne è vittima di una caduta, un valore non dissimile da quello dei bambini sotto i 4 anni, mentre solo al 18% seguono gli incidenti dovuti all'urto contro oggetti, persone o animali ed al 16,1% quelli dovuti allo schiacciamento ed il taglio.

Fig. 2 Percentuale degli infortuni domestici con dinamica "caduta" per classe di età



Tab. 1 Infortuni domestici per sesso e dinamica

	M		F		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Caduta	2541	44,8	4180	62,2	6721	54,2
Urto contro oggetto, persona o animale	1156	20,4	1078	16,0	2234	18,0
Sforzo	177	3,1	171	2,5	348	2,8
Schiacciamento, taglio	1166	20,5	829	12,3	1995	16,1
Puntura, penetrazione, perforazione	354	6,2	150	2,2	504	4,1
Morso, punto da animale	61	1,1	78	1,2	139	1,1
Ingestione, inalazione, infissione di corpo estraneo	84	1,5	43	0,6	127	1,0
Avvelenamento, intossicazione	6	0,1	6	0,1	12	0,1
Contatto con agenti termici, caustici	124	2,2	178	2,6	302	2,4
Elettricità, radiazioni	5	0,1	3	0,0	8	0,1
Soffocamento	0	0,0	1	0,0	1	0,0
Totale	5674	100,0	6717	100,0	12391	100,0

Tab. 2 Infortuni domestici per classe di età e dinamica

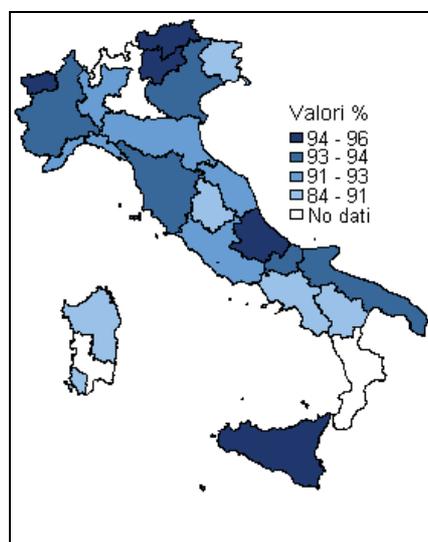
	<1		1-4		5-14		15-44		45-64		> 65		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Caduta	83	78,3	551	64,1	354	48,6	1296	36,7	1369	46,4	3068	72,8	6721	54,2
Urto contro oggetto, persona o animale	15	14,2	142	16,5	223	30,6	823	23,3	573	19,4	458	10,9	2234	18,0
Sforzo	0	0,0	18	2,1	16	2,2	125	3,5	103	3,5	86	2,0	348	2,8
Schiacciamento, taglio	4	3,8	102	11,9	96	13,2	831	23,5	593	20,1	369	8,8	1995	16,1
Puntura, penetrazione, perforazione	1	0,9	13	1,5	15	2,1	226	6,4	150	5,1	99	2,3	504	4,1
Morso, punto da animale	1	0,9	4	0,5	13	1,8	34	1,0	39	1,3	48	1,1	139	1,1
Ingestione, inalazione, infissione di corpo estraneo	1	0,9	9	1,0	3	0,4	53	1,5	35	1,2	26	0,6	127	1,0
Avvelenamento, intossicazione	0	0,0	2	0,2	0	0,0	1	0,0	4	0,1	5	0,1	12	0,1
Contatto con agenti termici, caustici	1	0,9	18	2,1	9	1,2	139	3,9	80	2,7	55	1,3	302	2,4
Elettricità, radiazioni	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,1	2	0,1	1	0,0	8	0,1
Soffocamento	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Totale	106	100,0	859	100,0	729	100,0	3533	100,0	2949	100,0	4215	100,0	12391	100,0

L'informazione ed il ruolo degli operatori sanitari in Umbria

Di dati riportati nella Fig. 3, si stima pertanto che solo una persona su quattro riceva informazioni sul rischio infortunistico in ambiente domestico e solo in minima parte da operatori sanitari e tecnici. Inoltre, forse perché ancora troppo legata ad una cultura della salute centrata sulla cura piuttosto che sulla prevenzione e sul singolo piuttosto che sulla comunità, finisce con il raggiungere fasce di popolazione più colte ed agiate e dunque più competenti e attente al proprio benessere, pronte a recepire il rischio connesso con alcuni comportamenti piuttosto che la popolazione target.

In qualche modo sembrerebbe svilupparsi una sorta di *escalation* per cui tanto più l'anziano è fragile tanto meno viene raggiunto da campagne specifiche, è soggetto di programmi di promozione della salute da parte dei servizi ed è inserito in attività ad hoc da parte dell'ambiente sociale.

Fig. 3 Informazioni ricevute su prevenzione infortuni domestici - PASSI 2009

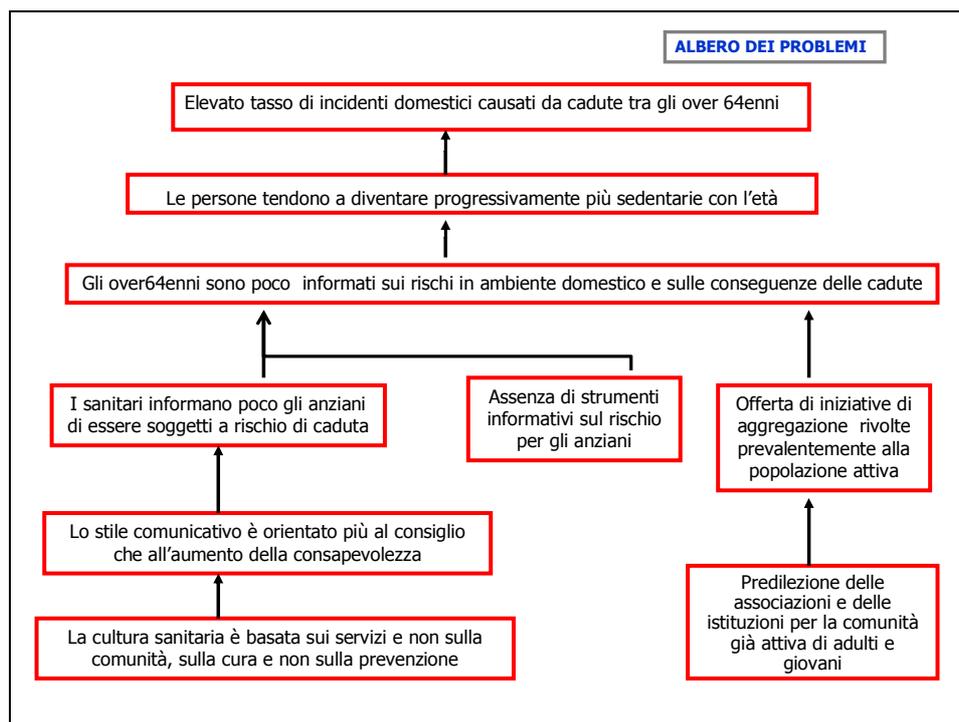


I problemi

Dall'analisi del contesto, si evidenzia che la mortalità o l'invalidità da eventi traumatici nella popolazione anziana rappresentano ancora oggi un'emergenza di sanità pubblica anche in Umbria.

Pur essendo dunque gli **anziani fragili** al centro dell'attenzione della società umbra, è ancora alto il numero di soggetti che, a causa delle **cadute dovute ad eventi accidentali spesso banali**, possono veder compromessa la qualità della loro vita e talvolta, in presenza di condizioni fisiche precarie, veder sopraggiungere inaspettatamente e rapidamente la morte.

A fronte di ciò, si rileva infatti una scarsa attenzione non solo tra gli stessi anziani che sembrano poco percepire il rischio in cui possono "cadere", ma anche tra i familiari che, una volta accaduto l'incidente, spesso si trovano a sostenere il maggior peso della disabilità del congiunto ed infine tra i sanitari e nell'ambiente sociale in genere che si trova così a perdere la "risorsa anziani".



Gli obiettivi e i risultati attesi

Poiché dunque il fenomeno degli incidenti domestici come causa di disabilità nella popolazione anziana è ampiamente riconosciuto come un problema emergente di sanità pubblica e si conoscono le *evidences* rispetto all'utilizzo di approcci multidisciplinari, multisettoriali, *population based* volti al contrasto della sedentarietà ed altrettanto si può dire della promozione dell'attività fisica che sembra però raggiungere proprio le persone già attive, gli obiettivi del progetto sono quelli di operare in modo sinergico - attori pubblici e privati del territorio e portatori di interessi - per rispondere all'esigenza di **intraprendere iniziative tese ad incrementare la diffusione dell'attività fisica tra la popolazione anziana agendo anche sul fronte della sensibilizzazione rispetto ai rischi.**

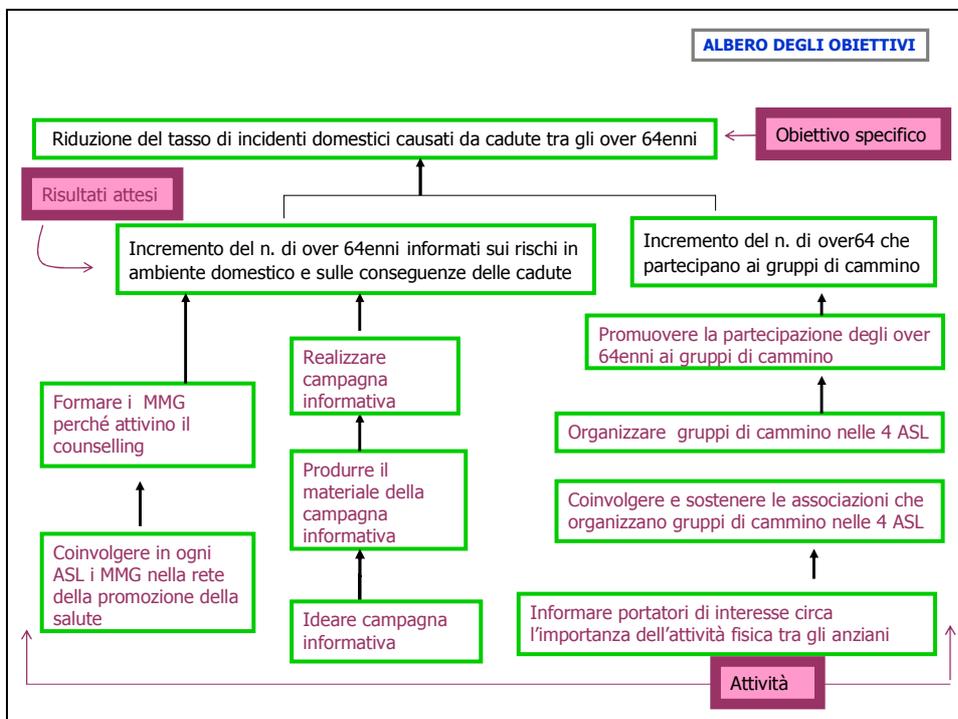
In particolare si opererà per avvalersi della collaborazione dei portatori di interesse che possono ampliare la loro iniziativa verso la fascia di età over 64 per **coinvolgere gli anziani nella pratica non agonistica e nelle attività ricreative del tempo libero.**

L'importanza degli attori e dei portatori di interesse nell'aumentare la percezione del rischio

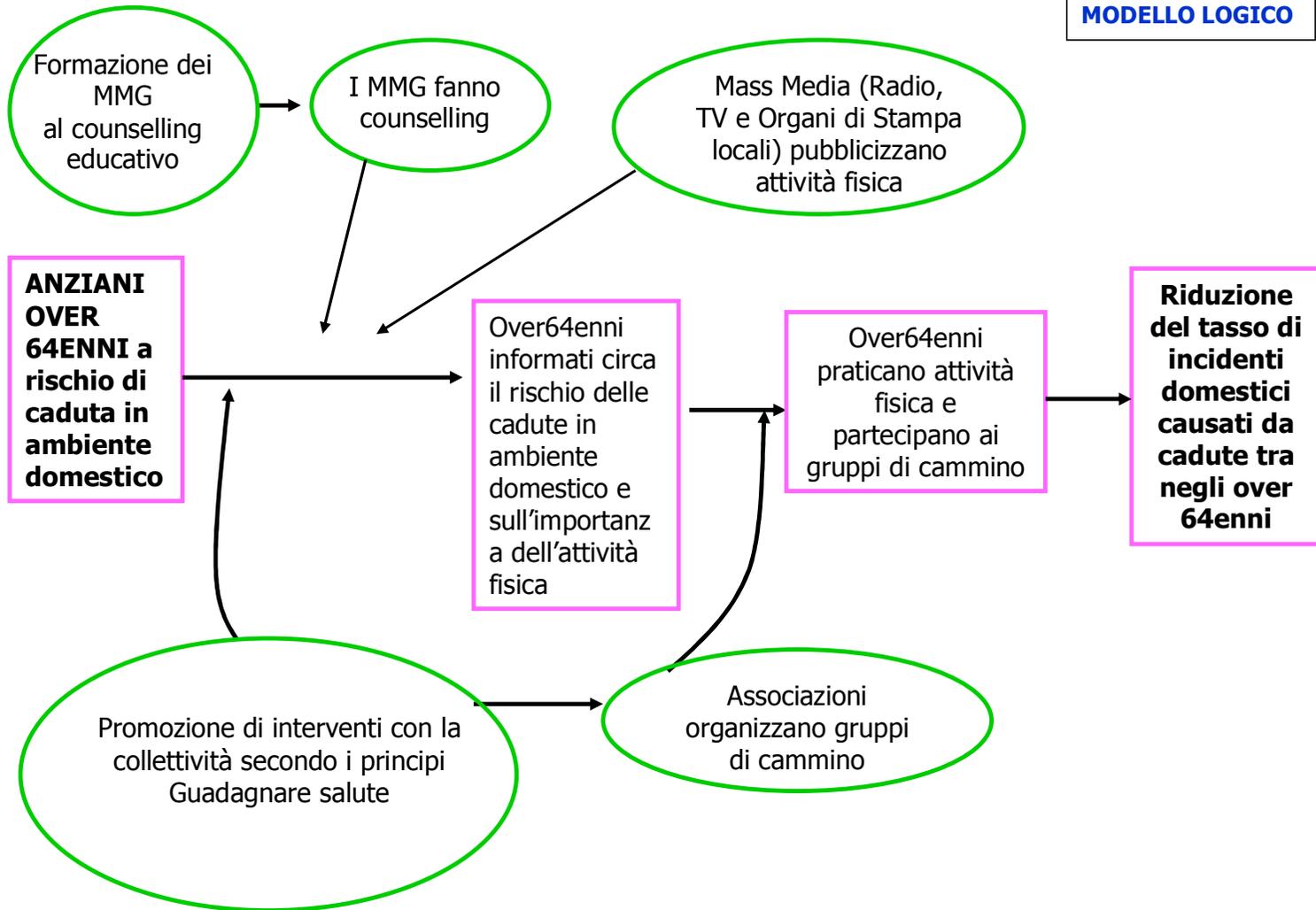
Gli operatori, in particolare i MMG, sono coinvolti per **aumentare le informazioni** in possesso dei cittadini non solo rispetto ai rischi, ma anche e soprattutto per favorire la partecipazione alle attività sopra descritte.

Molti soggetti sono potenziali portatori di interesse per lo sviluppo di una rete di collaborazione con i familiari e la sanità per contrastare il fattore di rischio "sedentarietà" e per lo sviluppo di percorsi preventivi che utilizzano l'esercizio fisico per la promozione della salute: EELL deputati ad occuparsi degli anziani nell'ambito sociale, urbanistico, dei trasporti ecc., ANCI, UPI; le forze sociali che hanno tra i loro iscritti i pensionati: SPICGIL UMBRIA, FNP CISL UMBRIA, UIL Pensionati UMBRIA; le federazioni sportive e le società sportive, gli enti di promozione e le associazioni sportive, le palestre che possono ampliare il loro interesse verso la fascia di età over 65 e verso la promozione della pratica non agonistica; il mondo dell'associazionismo ricreativo e del tempo libero potenziali moltiplicatori di messaggi informativi - formativi e di buone pratiche per cambiare i comportamenti: Centri Sociali, CeSVOL Perugia - CeSVOL Terni, ecc.

Pertanto questo progetto si inserisce nel novero delle azioni di promozione della salute ed in particolare di quelle previste da Guadagnare Salute rivolte alla popolazione anziana, ma può essere catalogato come intervento volto alla prevenzione degli incidenti domestici e della disabilità degli anziani.



MODELLO LOGICO



Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Ridurre il tasso di eventi traumatici in ambiente domestico negli over 64enni del 10% nel triennio rispetto al valore dell'anno 2009		Banca dati dei Flussi Informativi INAIL Regioni	
Risultato atteso 1	Incremento del numero di over 64enni informati sui rischi causati dalle cadute Incremento del numero di over 64enni che svolgono un'attività fisica costante e moderata	N over 64enni informati / N. anziani coinvolti	Sistema sorveglianza PASSI d'Argento	Scarsa adesione dei soggetti Minori investimenti rispetto alla prevenzione
		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Formare i MMG al counselling rivolto agli over 64enni rispetto ai rischi domestici ed alla necessità dell'attività fisica per prevenire le cadute			
<i>Attività 1.1.1</i>	<i>Individuare i bisogni formativi</i>			<i>Scarsa adesione dei MMG</i>
<i>Attività 1.1.2</i>	<i>Definire obiettivi e contenuti dell'intervento</i>			
<i>Attività 1.1.3</i>	<i>Realizzare l'intervento</i>			
Attività 1.2	Produrre campagna informativa			
<i>Attività 1.2.1</i>	<i>Organizzare incontri tra gli attori, i portatori d'interesse nella comunità e gli esperti della comunicazione per l'ideazione della campagna</i>	<i>Gli strumenti di registrazione della presenza agli incontri</i>		<i>Scarsa adesione associazioni Minori investimenti rispetto alla prevenzione</i>
<i>Attività 1.2.2</i>	<i>Attivare quanto necessario per la produzione, la distribuzione del materiale e la pubblicità della campagna</i>	<i>Il materiale prodotto</i>	<i>Costo stampa materiale, esperti</i>	<i>Disinteresse dei mass media</i>
Attività 1.3	Concertare con i Coordinatori della rete della promozione della salute delle 4 asl e con le associazioni il programma delle attività			
<i>Attività 1.3.1</i>	<i>Organizzare a livello di ciascuna asl gli incontri di sensibilizzazione rivolti i moltiplicatori dell'azione preventiva finalizzati a progettare interventi rivolti agli over 64enni</i>	<i>Il gruppo di lavoro</i>	<i>Costo h/ dipendente</i>	

Attività 1.4	Organizzare e promuovere a livello di ciascuna asl l'attività fisica tra gli anziani			
<i>Attività 1.4.1</i>	<i>Organizzare gruppi di cammino</i>	<i>W. L. coinvolti Percorsi individuati Materiali distribuiti</i>	<i>Costo iniziative</i>	<i>Scarsa adesione</i>
<i>Attività 1.4.2</i>	<i>Realizzare gruppi di cammino</i>	<i>Gruppi attivati N. anziani Almeno un evento individuato ed attivato</i>	<i>Costo iniziative</i>	<i>Scarsa adesione</i>
<i>Attività 1.4.3</i>	<i>Verificare gradimento – efficacia dell'iniziativa</i>	<i>Anziani intervistati Sistema di sorveglianza</i>	<i>Costo stampa</i>	<i>Minori investimenti</i>

Riferimenti Bibliografici

* Dati forniti dal Servizio IV, Sistema informativo e mobilità sanitaria, Direzione sanità e servizi sociali, Regione Umbria

1. Legge 3 dicembre 1999, n. 493. Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici. (GU n. 303 del 28-12-1999).
2. Pitidis A, Giustini M, Taggi F. La sorveglianza degli incidenti domestici in Italia. ISS O5/AMPP/AC /624, 2005.
3. Canadian Institute for Health Information. Falls leading cause of injuries admission to Canada's acute care hospitals. CIHI report, 2000.
4. ISTAT (2002). Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana anno 2001.
5. Bianchi AR, Bombardieri PP, Campo G, Di Palo F, Erba P, Grandi C, Leva A, Marconi M, Marinaccio A, Massari S, Nesti M, Palmi S, Passerini M, Patacchia L, Scarselli A, Tosi S. Case, persone, infortuni: conoscere per prevenire. (ISPESL). <http://www.ispesl.it/osservatorio/doc/download/case.pdf>
6. Barelli P. Prevenzione delle cadute nell'anziano. Dossier Infad 2006; 5.
7. Istituto superiore di sanità (a cura di Nicoletta Bertozzi, Patrizia Vitali, Dipartimento di sanità pubblica, Azienda sanitaria di Cesena). Studio Argento. Indagine sulla salute nella terza età in Emilia-Romagna, 2003.
8. Sistema informativo nazionale sugli incidenti di civile abitazione (SINIACA). Istituito presso l'Istituto superiore di sanità (Legge 493/99).
9. Programma nazionale linee guida (PNLG). Manuale metodologico. Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica. Milano, 2002.