

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA



Regione Umbria

SERIE GENERALE

PERUGIA - 24 luglio 2013

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - P E R U G I A

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 maggio 2013, n. **506**.

Approvazione Piano Regionale di Prevenzione per l'anno 2013.

PARTE PRIMA

Sezione II**ATTI DELLA REGIONE**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 maggio 2013, n. **506**.

Approvazione Piano Regionale di Prevenzione per l'anno 2013.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta dell'assessore Franco Tomassoni;

Preso atto:

- a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
- b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal dirigente competente;
- c) della dichiarazione del dirigente medesimo che l'atto non comporta oneri a carico del bilancio regionale;
- d) del parere favorevole del direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- 1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta dell'assessore, corredati dei pareri prescritti dal regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- 2) di approvare il Piano Regionale di Prevenzione per l'anno 2013, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale (allegato 1);
- 3) di affidare il coordinamento delle attività del Piano Regionale di Prevenzione per l'anno 2013 alla dr.ssa Mariadonata Giaimo dirigente del Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare, della Direzione Salute, coesione sociale, società della conoscenza;
- 4) di pubblicare il presente atto nel *Bollettino Ufficiale* della Regione.

La Presidente
MARINI

(su proposta dell'assessore Tomassoni)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Approvazione Piano Regionale di Prevenzione per l'anno 2013.

Con DGR n. 1873 del 20 dicembre 2010 la Giunta regionale ha approvato il "Piano Regionale di Prevenzione per il triennio 2010-2012", come stabilito dall'Intesa Stato Regioni del 29 aprile 2010. Così come prescritto sono state inviate le rendicontazioni sulle attività svolte sia per l'anno 2011 che per l'anno 2012 e il Ministero della Salute ha già provveduto alla certificazione per il 2011, in base alla valutazione dei progressi fatti verso il raggiungimento degli obiettivi definiti nei singoli progetti, mentre è ancora in corso la valutazione relativa alle attività messe in campo nel 2012.

Nel frattempo il Coordinamento Interregionale della Prevenzione insieme al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità, preso atto dei risultati ottenuti a livello nazionale, ha concordato che il prossimo Piano nazionale di prevenzione dovrà essere un "Piano strategico per la prevenzione e la promozione della salute" a più ampio respiro, da realizzarsi nel quinquennio 2014-2018 e pertanto sta lavorando alla elaborazione di un documento di orientamento per le Regioni al fine di definirne i principi e la struttura.

Considerato lo stato di realizzazione di Piani della Prevenzione nelle Regioni e P.A. e la rilevanza delle azioni attivate, verificata la necessità di estendere e rafforzare gli interventi preventivi realizzati nell'ambito dei progetti dei PRP 2010/

2012, è stata peraltro concordata la necessità di perfezionare la programmazione nel corso del 2013, completando, estendendo, rimodulando i programmi e i progetti dei suddetti Piani.

In data 7 febbraio 2013 è stato quindi sottoscritto un nuovo Accordo Stato/Regioni che ha stabilito di estendere la vigenza del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 al 31 dicembre 2013, confermando il sistema di valutazione vigente e l'obbligo della certificazione dei PRP per l'accesso al finanziamento previsto dagli obiettivi di Piano.

Inoltre l'accordo prevede che è possibile riprogrammare ...*“i Piani regionali di Prevenzione per l'anno 2013 nei termini di seguito indicati:*

- *aggiornamento del Piano Strategico in relazione a nuove proposte progettuali;*
- *inclusione di nuovi progetti redatti tenendo conto dell'Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011;*
- *eventuale eliminazione di uno o più progetti;*
- *mantenimento tal quale di progetti dei PRP 2010-2012, ma con indicazione del valore atteso degli obiettivi al 31 dicembre 2013;*
- *rimodulazione della struttura (essenzialmente: obiettivi specifici, risultati attesi, target) dei progetti del PRP 2010-2012;*
- *esplicitazione degli obiettivi di output (prodotti o prestazioni) o di processo o di proxy di outcome, coerenti con l'obiettivo che si intende raggiungere;*
- *estensione (in termini di ambito territoriale e target coinvolto) del progetto «pilota» o di quelli che prevedono una copertura non rappresentativa della Regione;*
- *orientamento, in maniera più incisiva, nei confronti delle tematiche dell'equità e delle disuguaglianze.”...*

Il nuovo Piano Regionale della Prevenzione per l'anno 2013 per la Regione Umbria è stato quindi elaborato in base alle risultanze della rendicontazione dei progetti al 31 dicembre 2012 e a quanto stabilito dall'Accordo Stato/Regioni per l'anno 2013 che, come detto, ha previsto l'opportunità di proseguire e completare i progetti in corso, di inserirne di nuovi, nonché di eliminarne altri conclusi, andati a regime o eventualmente non attivati.

Anche i progetti contenuti in questo nuovo PRP sono costruiti secondo un approccio trasversale fin dalla fase di stesura, in collaborazione con i diversi attori e portatori di interesse, con l'obiettivo di proseguire nella attivazione di azioni integrate per incidere sui principali determinanti di salute, tramite le sinergie già attivate nei due anni precedenti, mettendo in “rete” sistemi, competenze e responsabilità interne ed esterne al Servizio Sanitario.

Il PRP per l'anno 2013 consta quindi di due parti:

- un *quadro strategico* che aggiorna, in maniera sintetica, il contesto di riferimento con i dati provenienti dai sistemi di sorveglianza attivi;
- il *piano operativo* che declina invece la parte operativa del PRP e consiste di tante schede quanti sono i progetti/programmi previsti per l'anno 2013.

Così come già per il Piano regionale di Prevenzione 2010-2012, si ritiene di attribuire il Coordinamento operativo del PRP al dirigente del Servizio Prevenzione, sanità veterinaria e sicurezza alimentare della Direzione Salute, coesione sociale, società della conoscenza.

Considerato quanto sopra si propone pertanto alla Giunta regionale:

Omissis

(Vedasi dispositivo deliberazione)

ALLEGATO 1**Piano Regionale di Prevenzione 2013****Regione Umbria**

Piano Regionale di Prevenzione 2013 Regione Umbria

Premessa

Il quadro strategico del PRP

Il contesto

Gli stili di vita

Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

Gli screening

Guida alla lettura

Il piano operativo

Premessa

Il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 è stato lo strumento programmatorio che, avviando la prassi di un approccio trasversale ai temi della prevenzione fin dalla fase di progettazione, ha finito per coinvolgere molti attori diversi nella realizzazione di azioni integrate, che si sono poste l'obiettivo di incidere sui principali determinanti di salute, riuscendo a mettere in rete sistemi, competenze e responsabilità interne ed esterne al Servizio Sanitario.

Molti sono i risultati ottenuti, come è dimostrato dalla certificazione positiva ottenuta nel 2011 e dai risultati rendicontati per il 2012, ma quel ciclo programmatorio non può considerarsi del tutto concluso, poiché alcune delle azioni previste stanno realizzandosi proprio in questi mesi.

Il Piano regionale della Prevenzione, per l'anno 2013, deve quindi considerarsi come uno strumento- ponte tra la precedente programmazione 2010-2012 e quella che verrà disegnata con il nuovo Piano di Prevenzione Nazionale 2014-2018, che si sta delineando nel lavoro congiunto tra le Regioni e lo Stato e che avrà l'ambizioso compito di delineare il futuro della prevenzione e della promozione della salute, in una fase di completa evoluzione del sistema sanitario italiano.

Il quadro strategico del PRP

Il quadro strategico del PRP

Di seguito si aggiorna il quadro strategico allegato al precedente PRP con i dati relativi ai parametri del contesto che si ritiene siano influenzati dalle azioni di prevenzione messe in campo nel triennio 2010-2012 e che comunque vanno costantemente monitorati.

Il contesto

Gli stili di vita e i comportamenti

L'abitudine al fumo

L'Umbria si conferma tra le regioni con maggior prevalenza di fumatori, mostrando una percentuale significativamente superiore rispetto al dato medio del pool delle ASL PASSI.

Nel periodo 2008-11, si stima che circa un umbro su tre (il 31,8% degli intervistati) sia classificabile come fumatore e nel 2012 il trend sembra in leggero calo (26,9% di fumatori).

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 12 sigarette al giorno. Tra questi, il 7% ne fuma più di 20 (*forte fumatore*).

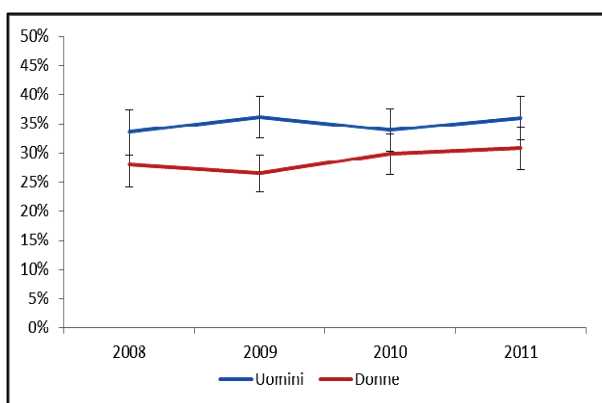
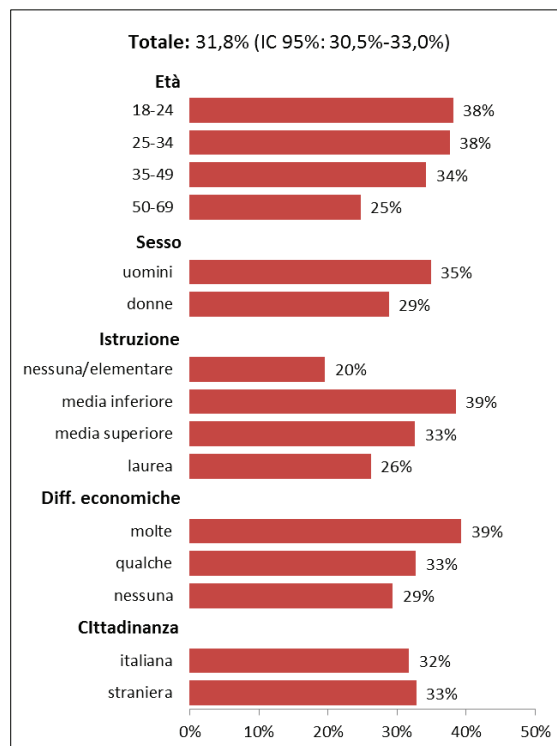
Fumatori.

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche. Regione Umbria 2008-2010

- L'abitudine al fumo è risultata più alta tra 18 e 34 anni
- Ancora persiste una differenza tra gli uomini (35%), rispetto alle donne (29)
- La prevalenza è più elevata tra le persone con livello di istruzione intermedio, rispetto a quelle senza alcun titolo o con la licenza elementare, e aumenta all'aumentare delle difficoltà economiche.
- Non si evidenziano differenze per cittadinanza.

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata (modello logistico), tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa alla condizione di fumatore sono:

- per gli uomini l'età più giovane, il livello di istruzione pari alla scuola media inferiore e avere molte difficoltà economiche;
- per le donne l'età più giovane, avere un livello di istruzione medio (inferiore o superiore), avere difficoltà economiche ed essere di cittadinanza italiana.



Fumatori. Prevalenze per anno e sesso. Regione Umbria (pool omogeneo) 2008-11

Dal confronto dei dati annuali, reso possibile dal fatto che tutte le ASL della regione hanno partecipato alla rilevazione continuamente dal 2008 al 2011 (*pool omogeneo regionale*), si può osservare come l'indicatore risulti sostanzialmente stabile per gli uomini e in crescita per le donne.

Poco più della metà dei fumatori ha riferito di aver ricevuto il consiglio di smettere, evidenziando un livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari migliorabile. Quattro su dieci hanno tentato di smettere di fumare, restando almeno un giorno liberi dal fumo.

Emerge tuttavia la necessità di un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti, per valorizzare al meglio l'offerta di opportunità di smettere di fumare presente a livello delle ASL regionali.

L'esposizione al fumo passivo rimane un aspetto rilevante da mantenere monitorato nel tempo: 8 umbri su 10 dichiarano infatti che il divieto di fumare è rispettato sempre o quasi sempre sia nei locali pubblici che sul luogo di lavoro. Questi dati risultano inferiori rispetto al pool delle ASL PASSI.

L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico invece è ancora frequente e un intervistato su tre dichiara che è ammesso il fumo nella propria abitazione; la situazione migliora in case in cui sono presenti minori di 15 anni, ma ancora in due abitazioni su dieci in cui vivono minori c'è comunque la possibilità di fumare.

Appare comunque importante la tendenza all'aumento del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici e di lavoro che si osserva nel quadriennio 2008-2011.

Il consumo di alcol

L'OMS indica in 20 gr giorno per le donne e 40 gr per gli uomini le soglie oltre le quali aumenta il rischio di sviluppare patologie alcol correlate quali i tumori della cavità orale, del fegato, la cirrosi, gli omicidi, i suicidi e gli incidenti stradali. I giovani maggiorenni, consumatori di alcol, hanno un rischio doppio di incorrere in incidenti stradali rispetto ai non bevitori, quadruplo di essere coinvolti in scontri fisici e oltre il quadruplo di avere rapporti sessuali non protetti.

L'INRAN fissa attualmente la definizione di "forte bevitore" intendendo con questo termine chi consuma più di due unità di bevande alcoliche (1 bicchiere di vino o un bicchiere di birra o un bicchierino di liquore) negli uomini e 1 nelle donne. Sono considerati bevitori a rischio i forti bevitori, i bevitori "binge" che assumono molte unità di bevande alcoliche in una unica occasione, e i bevitori fuori pasto.

La maggioranza della popolazione della regione Umbria non beve alcol o beve moderatamente, tuttavia si stima che più di un adulto su 6 abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione, nel periodo 2010-11.

Consumo a maggior rischio - Regione Umbria (pool omogeneo) - PASSI 2010-11

	2010	2011
Consumo a maggior rischio (% con IC95%)	18,0 (15,8-20,1)	16,3 (14,3-18,3)

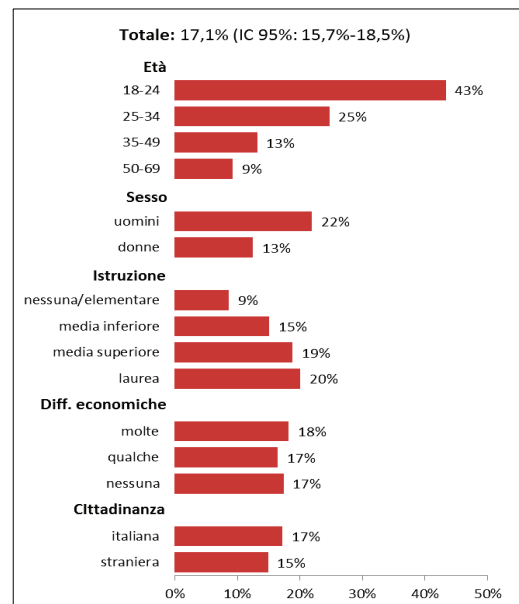
Nel 2012, peraltro, la tendenza sembra essere confermata in quanto il 16,2% degli intervistati dichiara di non avere abitudini a rischio.

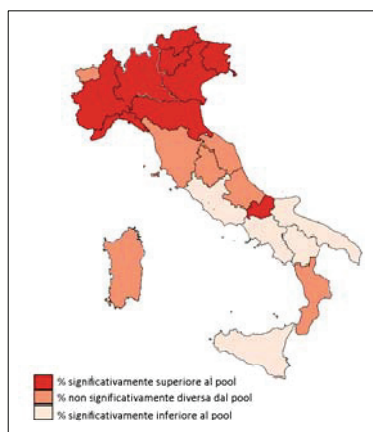
Consumo a maggior rischio.

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche. Regione Umbria 2010-11

- Nel periodo 2010-11 in Umbria, il 17% degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.
- Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione medio-alto, mentre non c'è differenza per difficoltà economiche e cittadinanza.

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa al consumo a maggior rischio sono: per gli uomini, l'età giovane, per le donne rimane significativo anche il livello di istruzione alto.





Consumo a maggior rischio. Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11 Totale: 17,0% (IC95%: 16,7%-17,3%)

- Nel Pool di ASL PASSI 2010-11, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 17%. Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 9% della Campania al 39% della P.A. di Bolzano

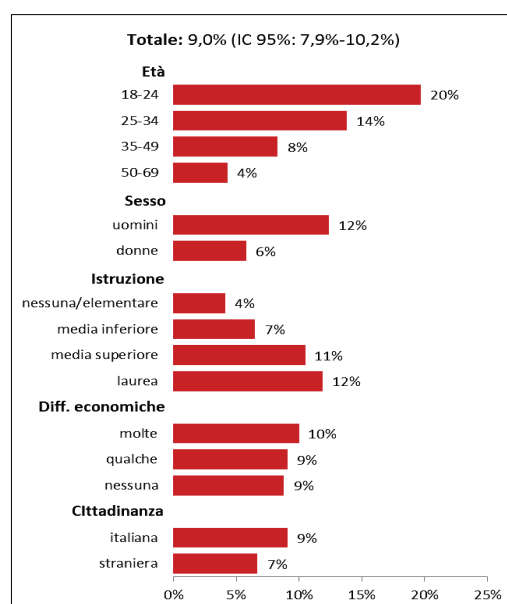
Consumo binge Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche. Regione Umbria 2010-11

- Nel periodo 2010-11 nella regione Umbria, il 9% degli intervistati è classificabile come consumatore binge.
- Il consumo binge è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni), tra gli uomini e le persone con livello di istruzione medio-alto, ma non c'è differenza per difficoltà economiche e cittadinanza.

L'analisi multivariata, considerando separatamente i due sessi, conferma solo l'esistenza, sia negli uomini sia nelle donne, di un'associazione del consumo binge con l'età più giovane.

Analizzando i risultati per ASL regionali non sono emerse differenze statisticamente significative del consumo binge (range dall'8% della ASL3 all'11% della ASL1) e, peraltro, nel periodo 2008-11, in Umbria, solo il 13% degli intervistati riferisce che un medico o un altro operatore sanitario si è informato sul consumo di alcol e il dato umbro risulta significativamente inferiore rispetto al pool delle ASL PASSI. Si rileva inoltre una diminuzione dell'indicatore nell'intero periodo osservato.

Oltre a ciò, solo poche persone con consumi a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo. Questa è quindi un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

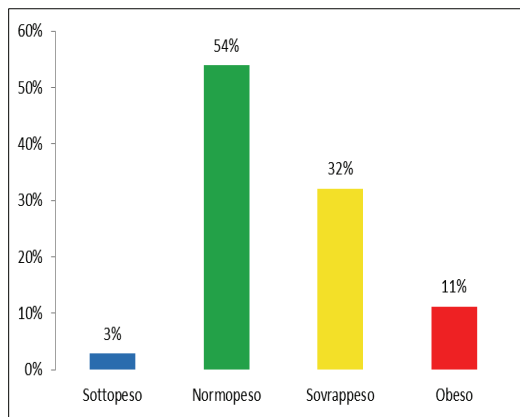


Lo stato nutrizionale, le abitudini alimentari e l'attività fisica

La situazione nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute della popolazione. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza o l'aggravamento di patologie preesistenti, riduce la durata della vita e ne peggiora la qualità.

In Italia, come nella gran parte dei Paesi a medio e alto reddito, l'eccesso ponderale è uno dei principali fattori che sostengono l'aumento delle malattie croniche non trasmissibili, infatti nel pool di ASL 2008-11, la percentuale di persone in eccesso ponderale è del 42% e si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali.

Per quanto riguarda l'Umbria, dal confronto dei dati annuali, reso possibile dal fatto che tutte le ASL della regione hanno partecipato alla rilevazione continuativamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale), si può osservare una sostanziale stabilità dell'indicatore nell'intero periodo osservato, passando dal 43% del 2008 al 42% del 2011.



Eccesso ponderale Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche. Regione Umbria 2008-11 (n=5.534)

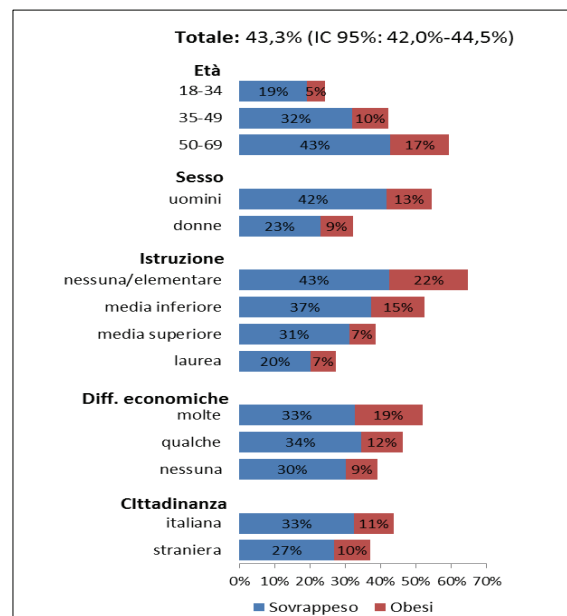
- L'eccesso ponderale è più frequente:
 - col crescere dell'età
 - negli uomini (55% vs 32%)
 - nelle persone con basso livello di istruzione
- Non si sono rilevate differenze rispetto alle condizioni economiche e cittadinanza.

Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa all'eccesso ponderale sono:

- per gli uomini, l'età e il basso livello di istruzione;
- per le donne rimane significativo anche l'avere difficoltà economiche.

Stato nutrizionale Regione Umbria 2008-11 (n=5.534)

- In Umbria il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 54% normopeso, il 32% sovrappeso e l'11% obeso. Quindi più di quattro persone su dieci risultano essere in eccesso ponderale: si stima che rappresentino il 43% della popolazione.
- Questa condizione cresce al crescere dell'età, è più frequente negli uomini, tra le persone con più bassi livelli d'istruzione, tra quelle economicamente più svantaggiate.



In Umbria si stima che solo una persona adulta su tre (33%) pratichi l'attività fisica raccomandata, mentre il 23% può essere considerato completamente sedentario.

Per **attività fisica** si intende l'esercizio svolto in tutti gli ambiti della vita quotidiana: durante il lavoro, nei trasferimenti, nei lavori domestici e nello sport.

È presente tuttavia una percezione distorta dell'attività fisica praticata, infatti circa un sedentario su sei ritiene di praticare sufficiente movimento.

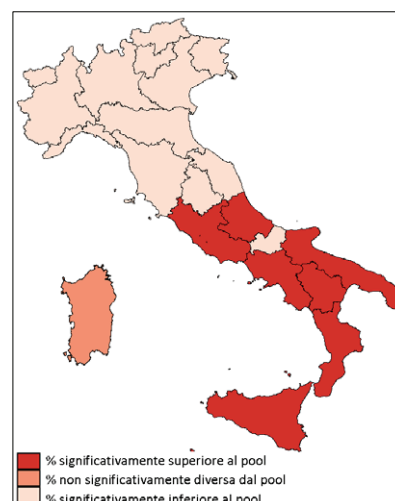
La percentuale di sedentari è più alta in sottogruppi di popolazione che potrebbero beneficiarne di più (in particolare persone con sintomi di depressione, ipertesi, obesi o in sovrappeso).

In ambito sanitario gli operatori non promuovono ancora sufficientemente uno stile di vita attivo tra i loro assistiti.

Nel periodo 2008-11, nella Regione Umbria il 34% delle persone intervistate (PASSI) ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica attività fisica moderata o intensa raccomandata; il 43% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed il 23% è completamente sedentario.

Sedentari
Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2010-11
Totale: 30,1% (IC95%: 29,8-30,4%)

- Nel Pool di ASL PASSI 2008-11, la percentuale di sedentari è risultata del 30%
- Nel periodo 2008-2011 si osservano differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni, con un chiaro gradiente Nord-Sud, a sfavore delle Regioni meridionali. La P.A. di Bolzano presenta la percentuale significativamente più bassa di sedentari (9,4%), mentre in Basilicata si registra quella significativamente più alta (47,2%).
- In Umbria, la percentuale di sedentari risulta significativamente inferiore al pool di ASL PASSI

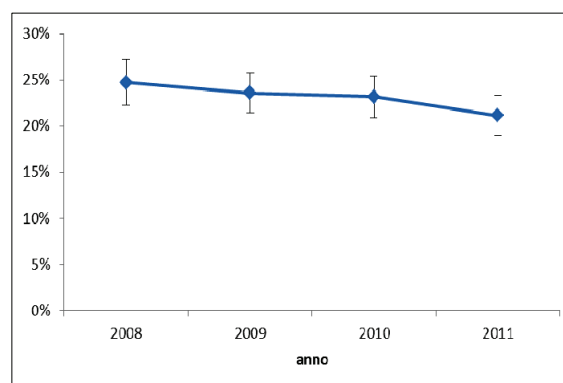


Nelle ASL dell'Umbria la sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa tra le donne, nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche. Analizzando, separatamente per genere, attraverso un'analisi multivariata, tutte queste caratteristiche insieme, le variabili che rimangono associate in maniera statisticamente significativa alla sedentarietà sono: per gli uomini, l'età e il basso livello di istruzione, per le donne oltre all'età e al livello di istruzione medio basso, anche l'aver difficoltà economiche.

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

- Dal confronto dei dati annuali, reso possibile dal fatto che tutte le ASL della regione hanno partecipato alla rilevazione continuamente dal 2008 al 2011 (pool omogeneo regionale), si può osservare una diminuzione costante, anche se non significativa, dell'indicatore nell'intero periodo osservato, passando dal 25% del 2008 al 21% del 2011.

Nel 2012 i sedentari risultano essere il 20,4% , confermando il trend in diminuzione degli ultimi anni.

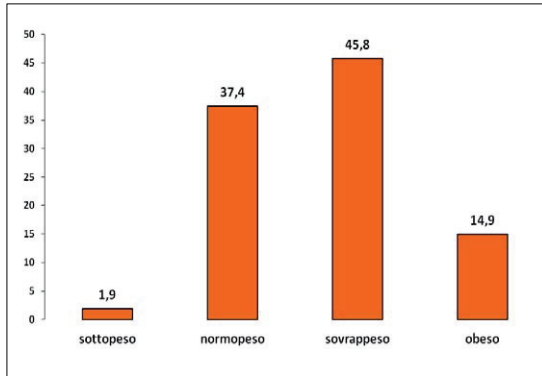


La necessità di una adeguata alimentazione e di una sufficiente attività fisica si pone fortemente anche nei bambini in età scolare.

Dallo studio "OKkio alla salute" risulta che in Umbria , complessivamente, i bambini svolgono più attività fisica dei loro coetanei nel resto del Paese.

Attività fisica svolta dai bambini umbri. Anni 2008-2012

Prevalenza di bambini che...	Valore desiderato per i bambini	Valore regionale 2008	Valore regionale 2010	Valore regionale 2012	Valore nazionale 2012
Bambini definiti fisicamente non attivi	0%	24%	13%	13%	17,40%
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	100%	60%	73%	76%	67,20%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	100%	35%	52%	50%	46,20%
Bambini che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana	100%	9%	18%	18%	16,10%

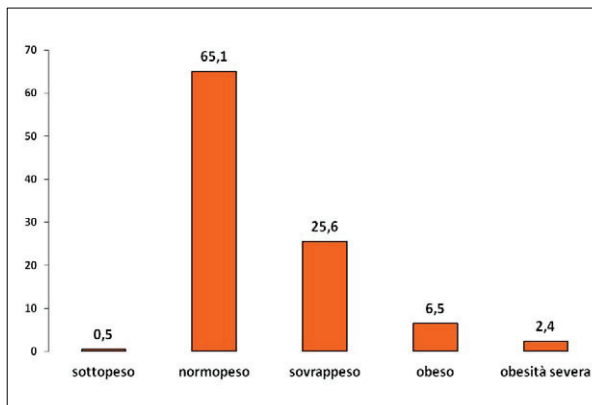


Stato ponderale dei bambini Dati Okkio 2012 – Umbria

- il 34% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità
- Se riportiamo la prevalenza di sovrappeso e obesità riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella regione sarebbe pari a 16.000, di cui obesi 4.000.

Per quanto concerne gli **anziani**, nell'indagine PASSI D'ARGENTO si è sperimentata, per la prima volta, una nuova descrizione della popolazione ultra 64enne con una suddivisione in quattro sottogruppi di persone ultra 64enni: in buona salute a basso rischio di malattia (30%); in buona salute ma a rischio di malattia e fragilità (24%); con segni di fragilità (31%); disabili (15%);
Dalle interviste raccolte risultano anche le informazioni relative a alla attività fisica e al proprio stato ponderale.

Stato ponderale degli anziani dati PASSI D'ARGENTO 2012 –Umbria



- Circa 6 anziani su 10 sono in sovrappeso o obesi, di più gli uomini 68% Vs 54%, le persone con meno di 75 anni, nella USL Umbria 2 63 Vs 58

Il 73% degli ultra 64enni giudica positivamente (bene, molto bene o discretamente) il proprio stato di salute. Il 57% è in eccesso ponderale e solo il 6% consuma almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno raccomandate.

Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

I dati presentati in questo paragrafo sono aggiornati all'anno 2010 e dove possibile al 2011 e sono stati estratti in gran parte dalla banca dati dei Flussi Informativi INAIL- Regioni 2012 e in parte dal rapporto annuale INAIL 2011 e dalla banca dati INAIL on-line.

Il trend del fenomeno infortunistico¹ è in costante e progressivo decremento: in Umbria il numero di infortuni denunciati², è calato dal 2006 al 2010 di 5.500 unità e dal 2010 al 2011 si è registrato un ulteriore significativo decremento che è stato superiore alla riduzione media nazionale (-10,4% vs -6,6%) (**tabella 1**). Lo stesso trend si è registrato per gli infortuni definiti positivamente dall'INAIL sia nella gestione industria che nei servizi e in agricoltura.

Tabella 1 Infortuni denunciati* per regione, 2006-2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Piemonte	74.042	73.051	69.544	62.271	60.058	55.660
Valle D'Aosta	2.591	2.393	2.485	2.323	2.300	2.271
Lombardia	157.998	155.497	149.576	134.135	133.312	127.007
Liguria	29.990	29.516	28.517	28.181	28.342	25.490
Bolzano - Bozen	30.246	17.671	17.650	17.388	17.876	17.522
Trento	113.438	12.318	11.433	10.138	10.414	9.883
Veneto	28.212	110.077	104.368	89.455	87.258	81.217
Friuli Venezia Giulia	133.250	28.050	25.947	22.315	21.537	19.757
Emilia Romagna	72.456	130.608	123.755	107.705	106.077	99.713
Toscana	74.042	72.176	69.093	63.187	62.051	59.261
Umbria	18.854	18.190	17.109	15.295	14.886	13.343
Marche	33.590	32.199	30.430	26.147	25.183	23.278
Lazio	57.843	57.950	57.943	55.622	55.414	51.575
Abruzzo	23.962	22.727	21.833	19.708	19.434	18.275
Molise	4.131	3.801	3.583	3.322	3.028	2.651
Campania	32.076	30.126	28.767	26.318	24.656	21.921
Puglia	41.642	41.301	39.320	36.236	35.319	31.960
Basilicata	6.833	6.486	6.200	5.923	5.519	4.958
Calabria	14.408	14.458	14.139	13.688	13.101	11.940
Sicilia	34.092	35.529	35.660	34.343	34.325	32.052
Sardegna	18.522	18.255	17.995	16.697	16.009	15.440
ITALIA	928.158	912.379	875.347	790.397	776.099	725.174
Variatione % dall'anno precedente UMBRIA		-3,5	-5,9	-10,6	-2,7	-10,4
Variatione % dall'anno precedente ITALIA		-1,7	-4,1	-9,7	-1,8	-6,6

*Esclusi infortuni a studenti, tutte le gestioni

Rapporto annuale INAIL 2010 e 2011

Distinguendo gli infortuni in base alle conseguenze sul lavoratore si evidenzia che la riduzione degli infortuni è più marcata per gli infortuni lievi, ovvero quelli con inabilità temporanea³, mentre gli infortuni di elevata gravità (con inabilità permanente⁴ + mortali) mostrano un decremento decisamente più modesto (**tabella 2**).

Tabella 2 Infortuni in occasione di lavoro* per tipo di definizione, UMBRIA 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Temporanea	11.591	11.058	10.165	9.032	8.684
Permanente	896	869	917	908	833
Morte	25	14	13	14	11
Regolare senza indennizzo	468	494	543	563	492
Totale	12.980	12.435	11.638	10.517	10.020

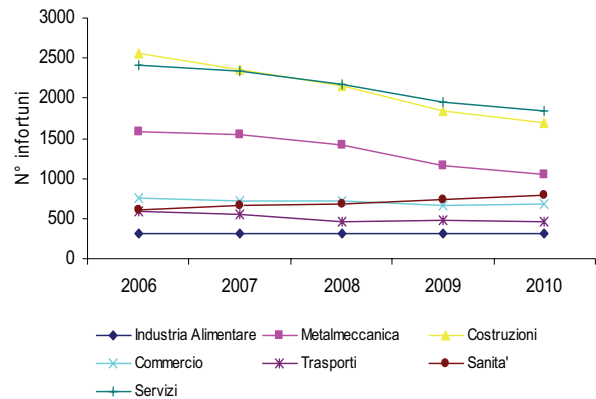
*Esclusi in itinere e a studenti, tutte le gestioni

Flussi Informativi INAIL Regioni 2012

Il comparto produttivo in cui si concentra il maggior numero di infortuni è quello dei servizi (1.835 infortuni pari al 22% del totale), seguito dal comparto delle costruzioni (1.687 infortuni pari al 20% del totale), dall'industria metalmeccanica (1.048 infortuni pari al 13% del totale), dalla sanità (786 infortuni pari al 9% del totale), dal commercio (686 infortuni pari all'8% del totale), dai trasporti (460 infortuni pari al 6% del totale) e dall'industria alimentare (305 infortuni pari al 4% del totale) (**tabella 3**).

Tabella 3 Infortuni in occasione di lavoro per comparto produttivo, UMBRIA 2006-2010

Comparti	2006	2007	2008	2009	2010
01 Agrindustria e pesca	130	114	121	125	95
02 Estrazioni minerali	41	41	37	27	23
03 Industria Alimentare	306	308	304	308	305
04 Industria Tessile	170	171	135	123	104
05 Industria Conciaria	4	4	6	3	3
06 Industria Legno	382	358	381	330	266
07 Industria Carta	144	113	126	121	110
08 Industria Chimica e Petrolio	107	106	120	91	102
09 Industria Gomma	46	33	36	27	14
10 Ind.Trasf. non Metalliferi	377	399	343	268	251
11 Industria Metalli	235	253	217	152	190
12 Metalmeccanica	1.582	1.552	1.413	1.156	1.048
13 Industria Elettrica	46	25	25	36	27
14 Altre Industrie	262	252	194	156	114
15 Elettricità Gas Acqua	70	58	52	53	61
16 Costruzioni	2.563	2.362	2.149	1.844	1.687
17 Commercio	749	712	719	669	686
18 Trasporti	592	543	467	480	460
19 Sanita'	606	655	678	727	786
20 Servizi	2.418	2.335	2.179	1.960	1.835
Totali	10.969	10.560	9.881	8.771	8.333



*Esclusi in itinere e a studenti

Flussi Informativi INAIL Regioni 2012

Nel 2010 il 73% degli infortuni sono accaduti a lavoratori di sesso maschile. Il decremento del numero di infortuni non è sovrapponibile fra maschi e femmine: infatti dal 2009 al 2010 mentre nei maschi gli infortuni si sono ridotti del 6% (la diminuzione è pari al 28% dal 2006), sono invece sostanzialmente stabili nelle femmine (la diminuzione è pari al 5% dal 2006) (**tabella 4**).

Tabella 4 Infortuni definiti positivamente* per sesso, UMBRIA 2006-2010

Sesso	2006	2007	2008	2009	2010
Femmina	2.812	2.890	2.727	2.669	2.671
Maschio	10.168	9.545	8.911	7.848	7.349
Totali	12.980	12.435	11.638	10.517	10.020

*Esclusi in itinere e a studenti, tutte le gestioni

Flussi Informativi INAIL Regioni 2012

Il maggior numero di infortuni si concentra nella fascia di età fra i 30 e i 40 anni (**tabella 5**). Si evidenzia che in alcuni comparti, come l'agricoltura e il conto stato, vi è una maggiore percentuale di infortuni in età avanzata, mentre in altri, come l'industria dei metalli, l'industria chimica o la metalmeccanica gli infortuni occorrono a lavoratori di età più giovane.

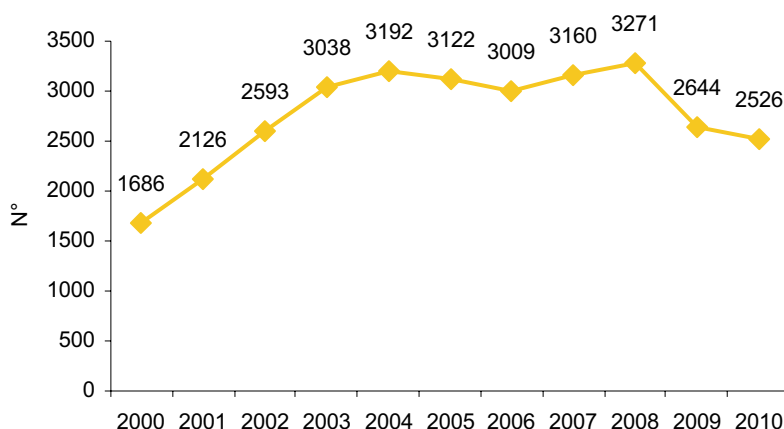
Tabella 5 Infortuni definiti positivamente* per classe di età, UMBRIA 2006-2010

Classi età	2006	2007	2008	2009	2010	% 2010
da 1 a 14	0	0	0	0	0	0,0
da 15 a 17	54	46	41	13	11	0,1
da 18 a 29	2.780	2.557	2.331	1.788	1.674	16,7
da 30 a 40	4.026	3.895	3.537	3.146	2.910	29,0
da 41 a 50	3.366	3.169	3.091	3.032	2.836	28,3
da 51 a 60	2.092	2.104	1.982	1.924	1.994	19,9
da 61 a 65	295	311	324	288	286	2,9
Oltre 65	306	270	276	258	233	2,3
Indeterminata	61	83	56	68	76	0,8
Totali	12.980	12.435	11.638	10.517	10.020	100,0

*Esclusi in itinere e a studenti, tutte le gestioni

Flussi Informativi INAIL Regioni 2012

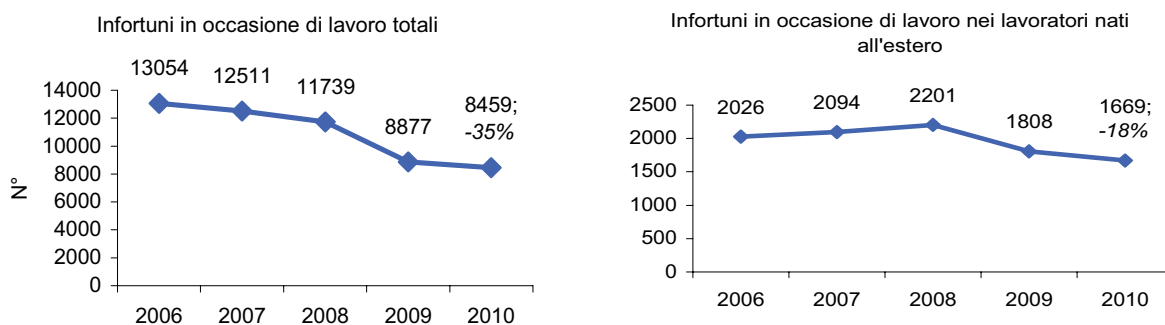
Nel 2010 il 17 % degli infortuni sono accaduti a lavoratori nati all'estero (pari a 2.526). Il trend degli infortuni occorsi a lavoratori nati all'estero e denunciati all'INAIL, dopo una fase di costante crescita dal 2000 al 2008, nel 2009-2010 si sono ridotti, così come è accaduto agli infortuni considerati globalmente, di circa il 20% (**figura 1**).

Figura 1 Infortuni denunciati* occorsi a lavoratori nati all'estero, UMBRIA, 2000-2010

*Esclusi studenti, tutte le gestioni

Flussi Informativi INAIL Regioni 2012

Gli infortuni in occasione di lavoro nel 2010 sono stati 1.669, pari al 20% circa degli infortuni complessivi. Confrontando il trend del numero di infortuni definiti positivamente nella categoria dei nati all'estero rispetto a quello complessivo, si evidenzia che fra i primi si è registrata una diminuzione più modesta rispetto a quanto accaduto globalmente (dal 2006 al 2010 pari a -18% vs -35%); (**figura 2**).

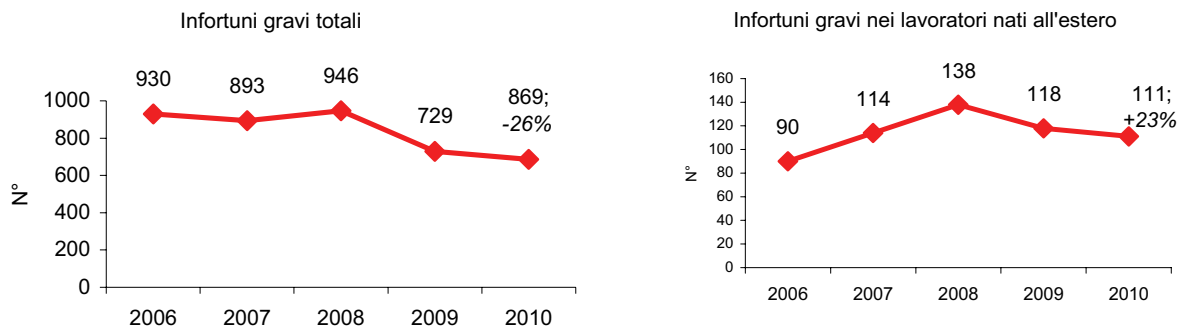
Figura 2 Infortuni in occasione di lavoro*, Umbria, 2006-2010

*Esclusi infortuni in itinere e a studenti, tutte le gestioni

Flussi Informativi INAIL Regioni 2012

Se si considerano gli infortuni in occasione di lavoro "gravi", ovvero quelli conclusi con una inabilità permanente o con la morte dell'infortunato, nel 2010 sono stati 111, pari al 13% circa degli infortuni complessivi (**figura 3**). Si evidenzia dal 2006 una riduzione del numero complessivo di infortuni accaduti in tutte le categorie di lavoratori (-26%), che però non riguarda la specifica categoria dei lavoratori nati all'estero dove al contrario si registra un aumento del 23%. Va sottolineato altresì che la popolazione lavorativa straniera, al contrario di quella italiana, è andata incrementandosi notevolmente negli ultimi 5 anni, passando da 59.278 nel 2006 a 99.849 con un incremento del 68% (dati ISTAT).

Figura 3 Infortuni in occasione di lavoro "gravi"*(con inabilità permanente o mortali), Umbria, 2006-2010



*Esclusi infortuni in itinere e a studenti, tutte le gestioni

Flussi Informativi INAIL Regioni 2012

L'87% degli infortuni dei lavoratori nati all'estero occorrono nella gestione industria e servizi, il 13% nella gestione agricoltura.

Distinguendo per comparto, nel 2009-2010 il 29% degli infortuni a lavoratori stranieri sono accaduti nel settore delle costruzioni, il 20% nel settore dei servizi, il 14% nel settore della metalmeccanica; gli infortuni gravi sono accaduti nel 35% dei casi nelle costruzioni, nel 16% nei servizi e nel 9% dei casi nei trasporti.

Gli infortuni a lavoratori nati all'estero, così come gli infortuni complessivi accaduti a tutti i lavoratori, prevalgono nel sesso maschile (79% dei nati all'estero e 73% degli infortuni complessivi); mentre per gli infortuni accaduti a lavoratori nati all'estero maschi si registra un decremento (in accordo con quanto accade per gli infortuni complessivi), al contrario nelle femmine si ha un aumento del 25%.

La distribuzione percentuale degli infortuni nei lavoratori nati all'estero mostra che il maggior numero di infortuni si concentra nella fascia di età fra i 30 e i 40 anni, ma, rispetto alla distribuzione degli infortuni considerati complessivamente, i nati all'estero che si infortunano sono tendenzialmente più giovani.

Per quel che riguarda gli infortuni accaduti a lavoratori "interinali", ovvero quelli assunti da una agenzia di lavoro temporaneo e forniti ad una ditta utilizzatrice e gli infortuni accaduti a lavoratori con contratti di lavoro "atipici", la **tabella 6** evidenzia che gli infortuni in occasione di lavoro a lavoratori interinali sono stati 127, pari all'1% di tutti gli infortuni; anche questa tipologia di infortunio appare in decremento in accordo con quanto accade per gli infortuni complessivi.

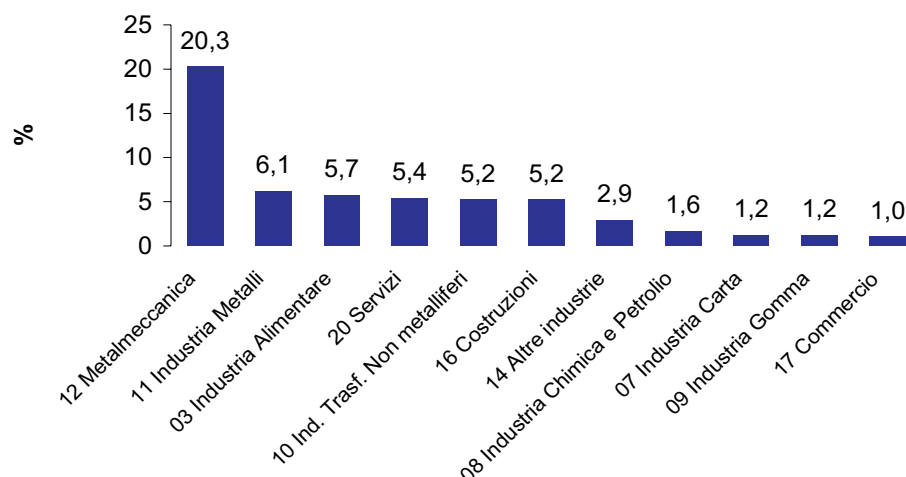
Tabella 6 Infortuni in occasione di lavoro per contratto di lavoro, UMBRIA 2006-2010

Lavoratori	2006	2007	2008	2009	2010	% nel 2010
APPRENDISTI	587	592	521	449	384	4
INTERINALI	192	246	212	87	127	1
PARASUBORDINATI	102	72	68	66	76	1
TIPICI	12.099	11.525	10.837	9.916	9.433	94
Totali	12.980	12.435	11.638	10.517	10.020	100

*Esclusi in itinere e a studenti, tutte le gestioni

Flussi Informativi INAIL Regioni 2012

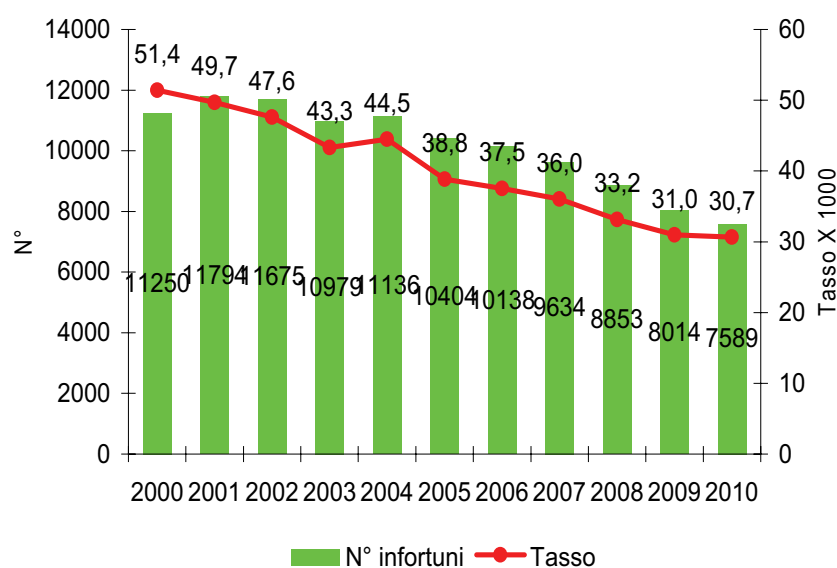
Gli infortuni accaduti a lavoratori interinali come evidente dalla **figura 4** si concentrano anche in comparti particolarmente rischiosi come l'industria metalmeccanica (20,3%) e quella dei metalli (6,1%); va inoltre sottolineato come nel comparto delle costruzioni e dei servizi dal 2006 al 2010 la percentuale sul totale degli infortuni occorsi a lavoratori interinali è andata progressivamente aumentando.

Figura 4 Distribuzione percentuale degli infortuni in occasione di lavoro* occorsi a lavoratori interinali per comparto, UMBRIA 2006-2010

*Esclusi in itinere e a studenti, tutte le gestioni

Flussi Informativi INAIL Regioni 2012

Per valutare l'andamento nel tempo e per i confronti fra le regioni eliminando l'effetto sui numeri assoluti del cambiamento del numero dei lavoratori, è stato utilizzato il tasso di infortunio, ovvero il rapporto fra il N° di infortuni e il N° di addetti INAIL per 1000, corretto attraverso una procedura di standardizzazione⁵. Come evidente dalla figura il trend del tasso standardizzato di infortunio in occasione di lavoro è in progressiva riduzione e nel 2010 ha raggiunto il valore di 30,7 infortuni ogni 1000 addetti INAIL (**figura 5**).

Figura 5 Tasso standardizzato e numero di infortuni in occasione di lavoro*, industria e servizi, 2000-2009

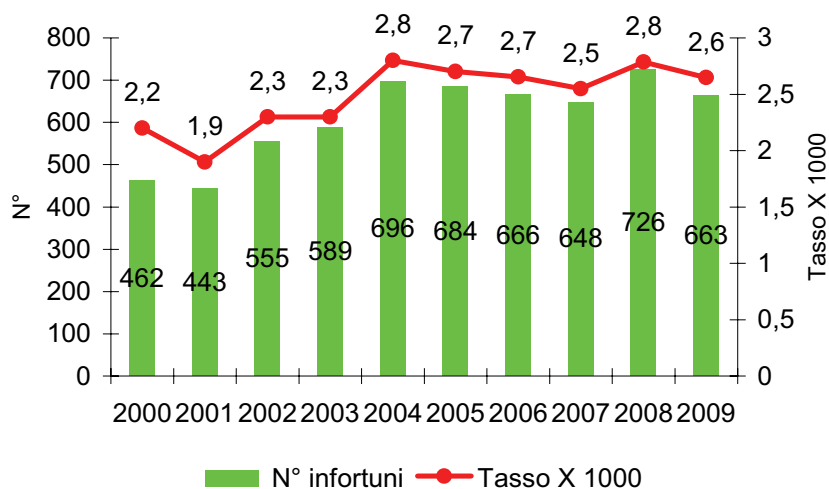
* Esclusi infortuni in itinere, ad apprendisti, lavoratori interinali, lavoratori appartenenti a polizza speciali

L'andamento del tasso di infortunio grave (possibile solo fino al 2009 data la latenza per la definizione degli infortuni più gravi) mette chiaramente in evidenza un problema comune a tutte le regioni italiane: infatti nonostante il fenomeno infortunistico complessivamente considerato registri una consistente diminuzione,

⁵ **Tasso di infortunio in occasione di lavoro** - numero di infortuni in occasione di lavoro (infortuni definiti positivamente, esclusi quelli in itinere) che si verifica ogni 1.000 addetti nel periodo considerato. Nel calcolo del tasso di infortunio (ovvero il rapporto fra numero di infortuni e numero di addetti X 1000) sono stati sempre scorporati gli infortuni accaduti ad apprendisti, lavoratori interinali, lavoratori iscritti a polizze speciali e a sportivi professionisti per superare le problematiche relative alla congruenza fra numeratore (numero di infortuni) e denominatore (numero di addetti). Inoltre per i confronti fra Regioni/Province/ASL è stata utilizzata una procedura di standardizzazione.

questa è molto meno significativa per gli infortuni gravi ed infatti il tasso di infortunio definito con inabilità permanente è pressoché stazionario (**figura 6**).

Figura 6 Tasso standardizzato e numero di infortuni definiti con inabilità permanente*, industria e servizi, 2000-2009



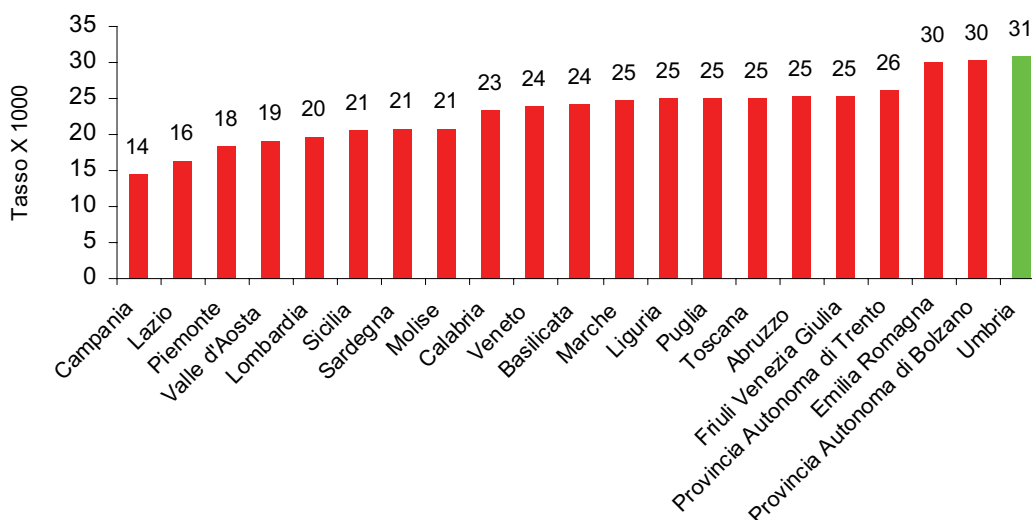
* Esclusi infortuni in itinere, ad apprendisti, lavoratori interinali, lavoratori appartenenti a polizza speciali

Analizzando le differenze fra i settori produttivi in termini di tasso di infortunio in occasione di lavoro⁶ si evidenzia che nel 2010, a fronte di una complessiva diminuzione vi sono alcuni settori nei quali si registra un aumento come la sanità e l'industria chimica.

I settori che emergono nel 2010 per l'elevata frequenza di infortuni di maggiore gravità sono i trasporti, le costruzioni e l'estrazione di minerali.

Dal confronto con le altre regioni l'Umbria detiene ancora il primato della regione con la frequenza di infortunio più elevata, anche se le differenze con le regioni che sono ai primi posti come la Provincia Autonoma di Bolzano e Trento, l'Emilia Romagna, il Friuli Venezia Giulia o l'Abruzzo sono sempre più piccole (**figura 7**).

Figura 7 Tasso standardizzato di infortunio in occasione di lavoro* per regione, industria e servizi, 2009



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

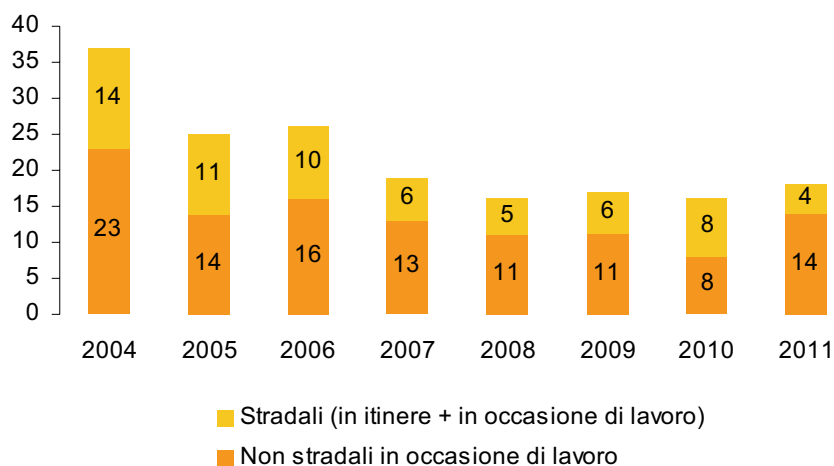
⁶ **Tasso di infortunio in occasione di lavoro** - numero di infortuni in occasione di lavoro (infortuni definiti positivamente, esclusi quelli in itinere) che si verifica ogni 1.000 addetti nel periodo considerato. Nel calcolo del tasso di infortunio (ovvero il rapporto fra numero di infortuni e numero di addetti X 1000) sono stati sempre scorporati gli infortuni accaduti ad apprendisti, lavoratori interinali, lavoratori iscritti a polizze speciali e a sportivi professionisti per superare le problematiche relative alla congruenza fra numeratore (numero di infortuni) e denominatore (numero di addetti).

Il confronto fra le regioni rispetto al trend del tasso standardizzato di infortunio definito positivamente mostra che in Italia vi è una riduzione media da 26 a 22 infortuni ogni 1000 addetti; il calo registrato in Umbria, da 37 a 31 infortuni per 1000 addetti, è quindi da ritenersi molto significativo.

Il trend degli **infortuni mortali** è in calo: dal **2004** al **2011** si è passati da **37** a **18** infortuni mortali; al 16 novembre **2012** si sono avuti **7 casi** di infortunio mortale e altri due per i quali sono ancora in corso gli accertamenti per la valutazione della tutelabilità INAIL.

Va altresì detto che sebbene complessivamente il fenomeno sia in diminuzione, nel 2011 la proporzione di infortuni non stradali (quindi avvenuti in ambiente di lavoro), pari a 14 su 18 infortuni complessivi, è stata superiore agli anni precedenti (**figura 8**).

Figura 8 Infortuni mortali in Umbria, tutte le gestioni, 2004-2011

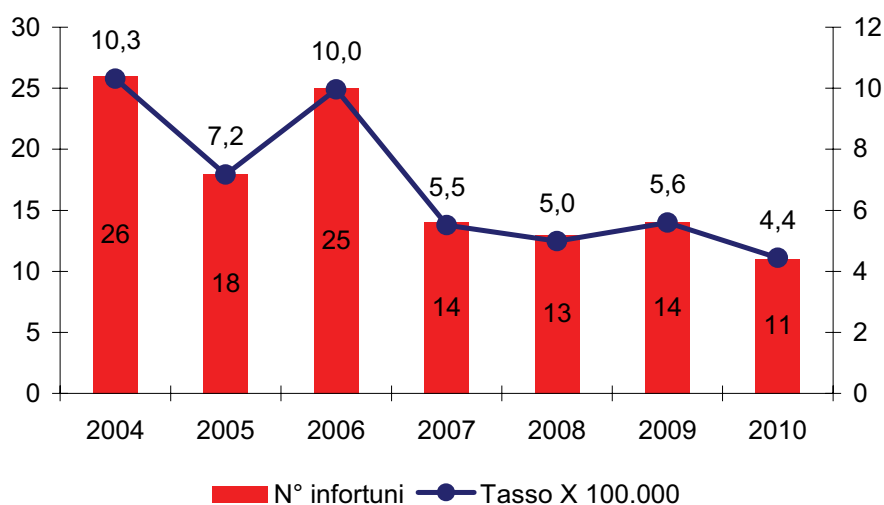


Rispetto ai settori produttivi nei quali più si sono concentrati gli infortuni mortali (esclusi quelli in itinere) nel quinquennio 2006-2010, il 79% sono accaduti nel settore industria e servizi, il 20% nel settore agricoltura; nell'industria e servizi il 41% degli infortuni mortali si sono verificati nel comparto delle costruzioni, l'11% nei trasporti e il 6% nei servizi confermando così le criticità delle problematiche di sicurezza in questi comparti.

Il 26% degli infortuni mortali è accaduto a lavoratori fra i 41 e i 50 anni, il 22% fra i 51 e i 60 anni e il 18% fra i 30 e i 40 anni; il 12% dei lavoratori deceduti aveva meno di 30 anni.

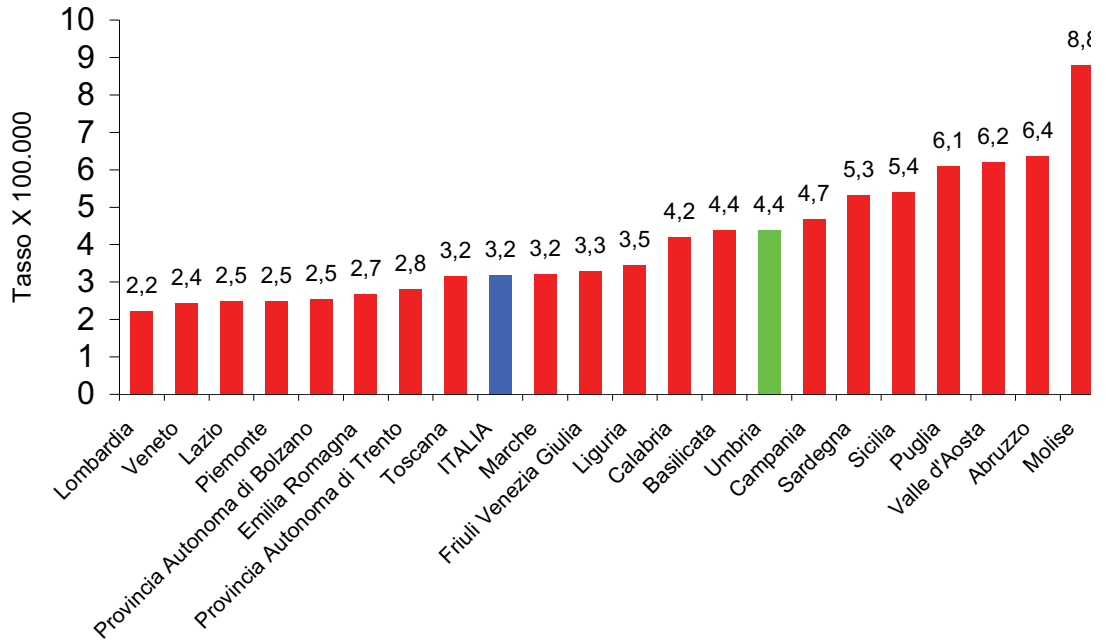
Il tasso di infortunio mortale, che è stato possibile calcolare solo fino al 2010, mostra una diminuzione da 10,3 a 4,4 infortuni mortali ogni 100.000 addetti (**figura 9**).

Figura 9 Andamento del tasso di infortunio mortale in occasione di lavoro X 100.000 addetti INAIL, industria e servizi, UMBRIA 2009



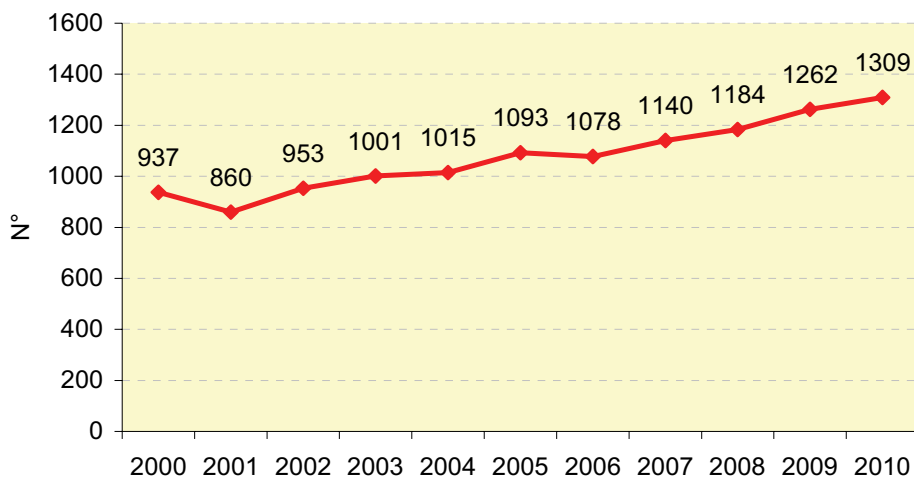
Il confronto fra le regioni, possibile attraverso la comparazione fra la frequenza di infortunio mortale ogni 100.000 addetti del 2009, da considerarsi oramai stabilizzato, dimostra che a fronte di un tasso medio italiano di 3,2 infortuni ogni 100.000 lavoratori, l'Umbria presenta un tasso di 4,4 infortuni mortali ogni 100.000 lavoratori (**figura 10**).

Figura 10 Tasso di infortunio mortale indennizzato per 100.000 addetti INAIL (esclusi infortuni in itinere) per regione, industria e servizi, 2009



L'andamento delle malattie professionali denunciate⁷ all'INAIL dimostra un notevole incremento, da 937 denunce nel 2000 a 1309 nel 2010 (**figura 11**).

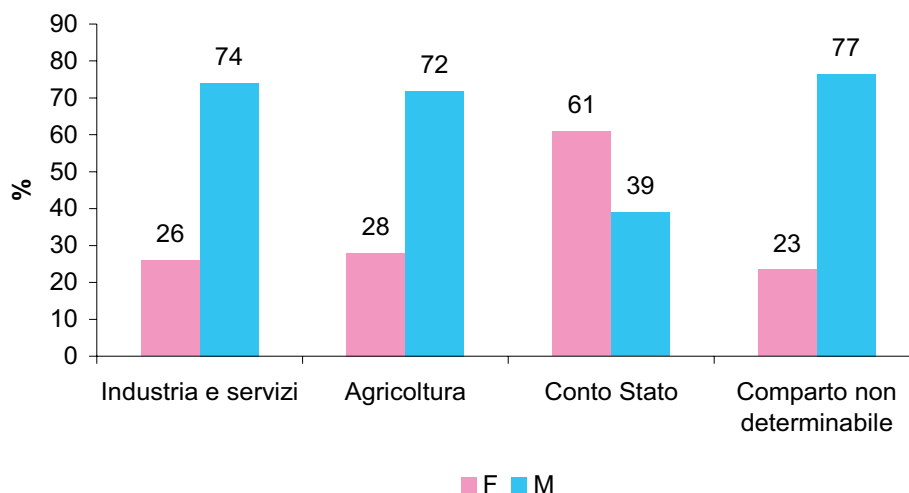
Figura 11 N° di malattie professionali denunciate, Umbria 2000-2010



Il 90% delle malattie denunciate appartengono alla gestione industria e servizi in cui si è registrato dal 2000 al 2010 un incremento del 40%; in agricoltura il numero di malattie professionali è più variabile da un anno all'altro e dal 2000 sia è registrato un incremento del 15%. Rispetto alla distinzione per sesso la

proporzione nei settori industria e servizi e agricoltura è dei 2/3 delle malattie nei maschi e 1/3 nelle femmine, mentre nel settore conto stato quasi i 2/3 si verificano nel sesso femminile (**figura 12**)

Figura 12 % di malattie professionali per gestione INAIL, Umbria anni 2006-2010

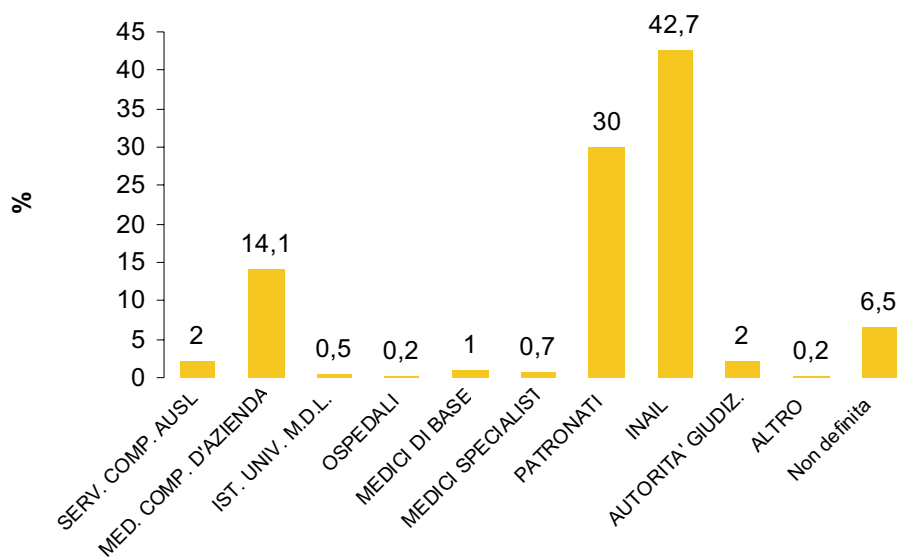


Circa il 75 % delle denunce riguarda lavoratori di sesso maschile, ma è evidente la crescita del numero di malattie professionali denunciate nel sesso femminile.

Distinguendo le malattie professionali denunciate per comparto i dati dimostrano che il 23,1% delle malattie professionali si verifica nel settore costruzioni, il 15,8% nei servizi, il 14,3% nella metalmeccanica, il 6,7% in sanità. Nei maschi prevalgono le denunce nei settori delle costruzioni, della metalmeccanica, e nell'industria del legno, nelle femmine le malattie si concentrano nel settore dei servizi, nell'industria tessile e nel comparto sanità. Queste differenze vengono meglio interpretate con il calcolo della frequenza di malattia.

Per quanto concerne l'origine della segnalazione di malattia professionale, sono stati utilizzati i dati degli archivi delle malattie professionali pervenute ai Servizi PSAL delle ASL relativi al 2010; in oltre il 40% dei casi la fonte della segnalazione è rappresentata dall'INAIL, nel 30% circa dai patronati e nel 14% dei casi dai medici competenti delle aziende; i medici di medicina generale e i medici ospedalieri e i medici specialisti complessivamente contribuiscono solo al 2% delle segnalazioni (**figura 13**).

Figura 13 N° di segnalazioni a SPSAL dell'Umbria per fonte della segnalazione, 2010

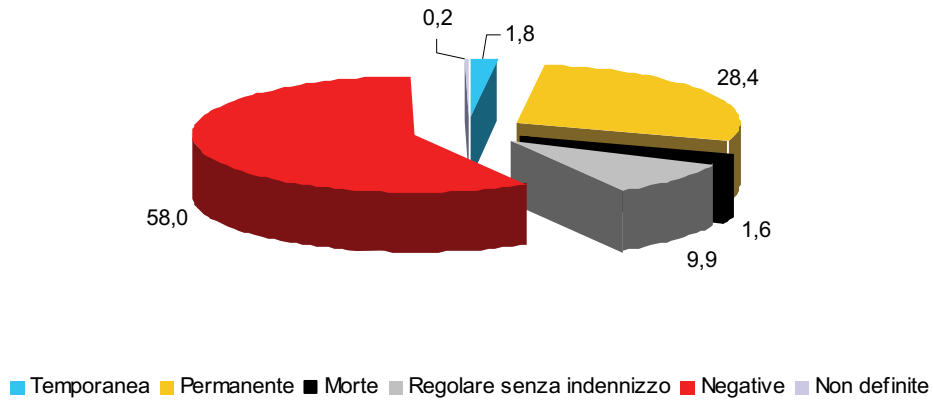


Dati archivi SPSAL, 2010

La percentuale di malattie professionali definite positivamente⁸ dall'INAIL nel periodo 2006-2010 ha oscillato fra il 40 e il 43% delle malattie denunciate.

Distinguendo i casi definiti del periodo 2006-2010 per tipologia di definizione si evidenzia che il 28% si concludono con inabilità permanente, il 9,9% sono regolari senza indennizzo, il 1,8% si sono conclusi con inabilità temporanea, e l'1,6% con la morte del lavoratore (**figura 14**).

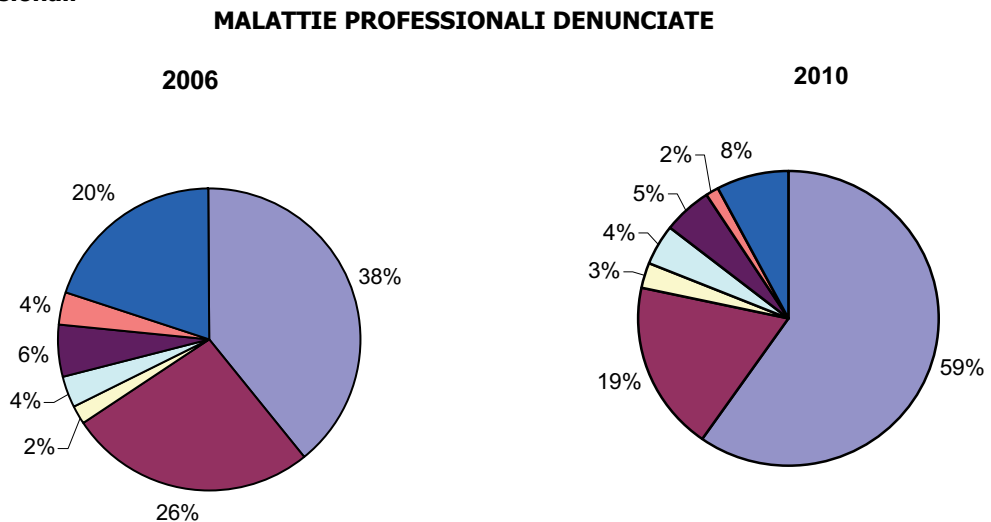
Figura 14 Distribuzione percentuale delle malattie definite nel periodo 2006-2010

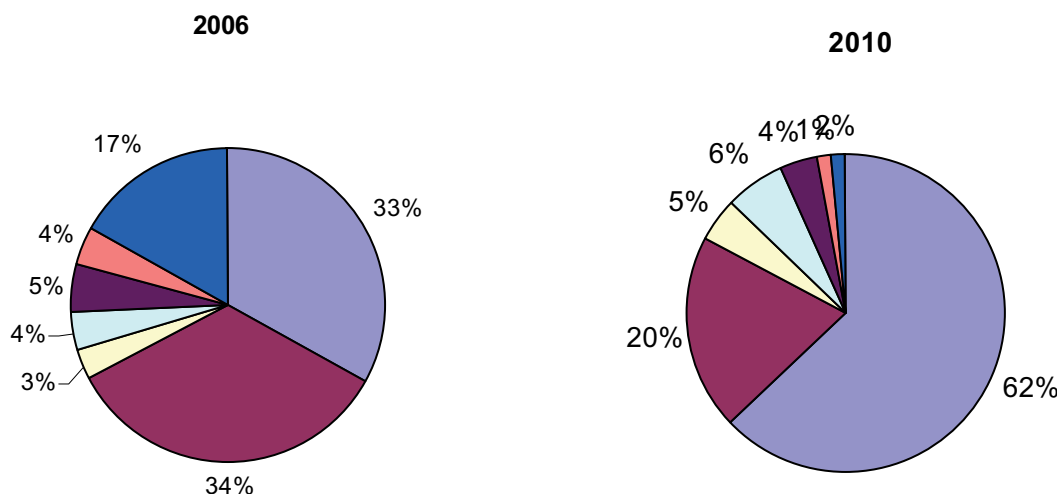


Rispetto alla distinzione delle malattie denunciate e definite positivamente dall'INAIL per tipologia nel periodo 2006-2010 per tipologia di malattia; si evidenzia un decremento costante dell'ipoacusia da rumore, mentre le "afezioni dei muscoli, legamenti e aponevrosi", che comprendono anche la sindrome del tunnel carpale, sono in netto aumento e oramai dal 2007 rappresentano le malattie professionali più diffuse (costituiscono oltre il 60% di tutte la malattie definite positivamente). Per tale gruppo di patologie la percentuale di riconoscimento è pari al 39%; l'ipoacusia da rumore viene invece riconosciuta nel 54% dei casi, le malattie da asbesto (escluso il mesotelioma) nel 68% dei casi, i tumori (compreso il mesotelioma) nel 49% dei casi, le malattie respiratorie nel 30% dei casi, le malattie cutanee nel 42% dei casi, i disturbi psichici da stress lavoro correlato nel 29% dei casi.

Nella **figura 15** è rappresentato il confronto fra il 2006 e il 2010 nella distribuzione delle malattie professionali denunciate e definite positivamente.

Figura 15 Confronto fra il 2006 e il 2010 della distribuzione del numero di malattie professionali



MALATTIE PROFESSIONALI DEFINITE POSITIVAMENTE

- MALATTIE OSTEOARTICOLARTE MUSCOLO_TENDINEE
- IPOACUSIA
- MALATTIE DA ASBESTO
- TUMORI
- MALATTIE RESPIRATORIE
- MALATTIE CUTANEE
- ALTRO

Considerando la frequenza di malattia professionale, cioè il N° di malattie professionali accadute ogni 10.000 lavoratori INAIL, nel quinquennio 2006-2010, i comparti a maggior rischio sono risultati l'industria dei metalli, l'industria della trasformazione dei minerali non metalliferi, l'agrimindustria, l'industria chimica e del petrolio, le costruzioni, la metalmeccanica e l'industria del legno.

Gli screening

In Umbria sono stati attivati tutti i programmi di screening indicati come efficaci nel panorama scientifico nazionale ed europeo: lo screening del carcinoma della mammella per le donne tra 50 e 69 anni, lo screening del carcinoma della cervice uterina per le donne tra 25 e 64 anni e lo screening del carcinoma del colon retto per gli uomini e le donne tra 50 e 74 anni; i primi due sono stati avviati nel periodo 1997-2000, mentre il terzo è partito nel secondo semestre del 2006.

L'obiettivo di salute dei programmi di screening è la riduzione della mortalità specifica: nel caso del cancro della cervice uterina e del colon retto attraverso l'individuazione ed il trattamento delle lesioni precancerose, con l'obiettivo di prevenire l'insorgenza dei tumori invasivi; nel caso del cancro della mammella tramite l'identificazione precoce dei tumori maligni e l'eventuale intervento con terapie chirurgiche e mediche, il più possibile conservative ed accettabili.

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. Nel periodo 2007-2009 sono stati identificati 1953 nuovi casi di carcinoma della mammella, dei quali 849 in donne tra i 50 e i 69 anni, con un tasso standardizzato annuo di incidenza di 134,4 x 100.000 residenti.

La mortalità standardizzata e il numero dei decessi per carcinoma della mammella nelle donne, anche se con una notevole variabilità, diminuisce in maniera costante e significativa dal 1996.

Nel periodo 2009-2010 sono stati registrati una media di 180 decessi all'anno, con un tasso standardizzato di mortalità di 32,7 x 100.000 residenti.

Il numero di nuovi casi di **carcinoma della cervice uterina** diagnosticati in Umbria, secondo i dati del RTUP, nel periodo 2007-2009 sono stati 119, dei quali 84 in donne tra i 25 e i 64 anni, con un tasso standardizzato di incidenza annuo di 8,4 casi x 100.000 residenti,

La mortalità per tumore della cervice uterina è in significativa diminuzione, molto probabilmente per l'introduzione dello screening.

I **tumori del colon retto** in Umbria sono al secondo posto come incidenza sia negli uomini sia nelle donne, dopo il carcinoma della prostata e della mammella rispettivamente.

Secondo i dati del RTUP, nel periodo 2007-2009 sono stati diagnosticati 1611 nuovi casi di tumore del colon-retto negli uomini, dei quali 952 tra i 50 e i 74 anni (tasso standardizzato di incidenza 136,9 x 100.000) e 1146 nelle donne, dei quali 543 tra i 50 e i 74 anni (tasso standardizzato di incidenza 74,3 x 100.000). La mortalità relativa al cancro del colon-retto, dopo il discreto aumento fino agli anni 1997-1999, subisce una diminuzione, non significativa, negli uomini e significativa nelle donne, mentre il numero dei decessi è in leggero aumento nei maschi e ha subito scarse variazioni nelle femmine.

Nel periodo 2009-2010 sono stati registrati una media di 199 decessi annui tra gli uomini (tasso standardizzato di mortalità 50,7 x 100.000) e 153 tra le donne (tasso standardizzato di mortalità 25,9 x 100.000).

La valutazione dei benefici dei programmi di screening in termini di riduzione della mortalità, come visto sopra, richiede però che siano trascorsi un certo numero di anni dall'avvio degli stessi: nel caso del tumore della mammella è stato valutato, infatti, che i primi benefici possono essere osservati non prima di 8-10 anni dall'inizio del programma.

E' necessario quindi disporre di una serie di indicatori, definiti "**precoci (o intermedi) di impatto**", che consentono di valutare periodicamente la qualità e l'impatto precoce del programma sulla salute della popolazione; il confronto tra tali indicatori e gli standard di riferimento permette di capire se si sta lavorando bene e se i risultati ottenuti sono coerenti con quelli attesi.

Tra questi indicatori vi è il tasso di partecipazione (o adesione corretta all'invito) della popolazione invitata: l'adesione è uno dei parametri fondamentali per valutare l'impatto e l'efficienza di un programma attivo di popolazione nel ridurre la mortalità dal momento che ha un effetto diretto e proporzionale sul risultato finale; bassi tassi di adesione, infatti, possono vanificare l'imponente sforzo organizzativo che uno screening comporta. Itri indicatori precoci di impatto sono quelli che misurano il livello di anticipazione diagnostica raggiunto dal programma di screening; tali indicatori comprendono la proporzione di tumori in situ, il tasso di identificazione (DR – Detection Rate) di tumori invasivi ≤ 1 cm e di tumori di stadio \geq II (per lo screening mammografico) e di stadio \geq III (per lo screening coloretale). La capacità del programma di screening di diagnosticare precocemente il tumore prevede un aumento dei primi due indicatori e una diminuzione nel tempo del tasso di lesioni avanzate.

L'adesione all'approfondimento, che in realtà è un indicatore di processo, ci consente di valutare anche l'impatto, soprattutto nel caso dello screening coloretale e cervicale; infatti, i soggetti che hanno un test FOBT positivo o un Pap-test anomalo hanno un rischio molto elevato di sviluppare un tumore invasivo in assenza di trattamento, pertanto una elevata compliance alla colonscopia o alla colposcopia permette di ridurre l'incidenza di tumori invasivi nella popolazione.

Esistono poi indicatori cosiddetti “**di processo**” che valutano, appunto, la qualità del processo e l’efficienza di un programma di screening; sono misure di validità e predittività del programma, misure di adeguatezza dell’approfondimento diagnostico e del trattamento e sono rappresentati dall’estensione degli inviti, dal tasso di richiamo (o referral rate o proporzione di positivi allo screening), dal valore predittivo positivo (VPP), dal tasso di identificazione (DR) e dai tempi di attesa.

I dati regionali riferiti al 2011 trasmessi all’Osservatorio Nazionale Screening (tabelle 1 e 2) mostrano che i programmi di screening riescono a raggiungere con l’invito gran parte se non l’intera popolazione bersaglio. La quota di questa popolazione che aderisce agli screening risulta essere tra il 50 e il 60 % a seconda del tipo di screening, con valori comunque buoni se confrontati con gli standard, anche se ovviamente sono possibili margini di miglioramento. Nel complesso, quindi, emerge un quadro soddisfacente anche se ancora caratterizzato da una certa variabilità interaziendale.

Tabella 1 – Indicatori precoci di impatto

	Screening mammografico	Screening cervicale	Screening colon retto
Adesione corretta all’invito ⁹	61,2 % (≥ 60 %)	54,6 %	49,7 % (≥ 45 %)
Proporzione di tumori in situ ¹⁰	17,4 % (10-20%)		
DR per tumori invasivi ≤ 1cm ¹¹	1,6 x 1000		
DR per tumori stadio ≥ II ¹²	1,5 x 1000		
Proporzione di tumori stadio ≥ III ¹³			3,6 % (< 30%)
Adesione al II livello ¹⁴		72,0 % (≥ 80 %)	84,6 % (>85 %)

Tabella 2 – Indicatori di processo

	Screening mammografico	Screening cervicale	Screening colon retto
Estensione degli inviti ¹⁵	101,8 %	80,9 %	103,5 %
Tasso di richiamo (o Referral Rate o % di positivi) ¹⁶	8,5 % (primi esami) 3,3 % (esami successivi)	1,4 %	4,2 % (p.e.) 4,3 % (e.s.)
VPP per carcinoma ¹⁷	10,9 %		7,3 % (p.e.) 4,0 % (e.s.)
VPP per adenoma avanzato ¹⁸			30,1 % (p.e.) 16,8 % (e.s.)
VPP per CIN2+ ¹⁹		46,8 %	
DR per carcinoma ²⁰	4,5 x 1000		2,5 x 1000 (p.e.) 1,5 x 1000 (e.s.)
DR per adenoma avanzato ²¹			10,2 x 1000 (p.e.) 6,2 x 1000 (e.s.)
DR per CIN2+ ²²		4,8 x 1000	

⁹**Adesione corretta all’invito:** persone che effettuano il test di screening su invito /persone invitate - inviti inesitati –esclusi dopo l’invito per test recente x 100

¹⁰**Proporzione di tumori in situ:** numeri di tumori duttali in situ (DCIS) identificati allo screening/numero di carcinomi totali identificati allo screening x 100

¹¹**DR per tumori invasivi ≤ 1cm:** donne con carcinoma invasivo ≤ 1 cm identificato allo screening/donne sottoposte a screening x 1000

¹²**DR per tumori con stadio ≥ II:** donne con diagnosi di tumore in stadio ≥ II/donne sottoposte a screening x 1000

¹³**Proporzione di tumori con stadio ≥ III:** numero di carcinomi con stadio ≥ III identificati allo screening/numero di carcinomi totali identificati allo screening x 100

¹⁴**Adesione al II livello:** popolazione che esegue l’approfondimento/popolazione invitata ad effettuare un approfondimento x 100

¹⁵**Estensione degli inviti:** popolazione invitata ad effettuare il test di screening/popolazione bersaglio – esclusi prima dell’invito x 100

¹⁶**Tasso di richiamo:** donne richiamate per un approfondimento diagnostico/donne aderenti alla mammografia x 100

Referral Rate: donne invitate a colposcopia/donne aderenti al Pap-test su invito x 100

Proporzione di positivi al FOBT: popolazione con FOBT positivo/popolazione che effettua il FOBT su invito x 100

¹⁷**VPP per carcinoma:** popolazione con diagnosi istologica di carcinoma identificato allo screening/popolazione che esegue l’approfondimento x 100

¹⁸**VPP per adenoma avanzato:** popolazione con diagnosi istologica di adenoma avanzato identificato allo screening/popolazione che esegue l’approfondimento x 100

¹⁹**VPP per CIN2+:** donne con diagnosi istologica di CIN2+ allo screening/donne che eseguono l’approfondimento x 100

²⁰**DR per carcinoma:** popolazione con diagnosi istologica di carcinoma identificato allo screening/popolazione sottoposta a screening x 1000

²¹**DR per adenoma avanzato:** popolazione con diagnosi istologica di adenoma avanzato identificato allo screening/popolazione sottoposta a screening x 1000

²²**DR per CIN2+:** donne con diagnosi istologica CIN2+ allo screening/donne sottoposte a screening x 1000

Guida alla lettura

Il nuovo Piano Regionale della Prevenzione per l'anno 2013 è stato predisposto secondo quanto stabilito dall'Accordo Stato/Regioni che ha previsto l'opportunità di proseguire e completare i progetti in corso, di inserirne di nuovi, nonché di eliminarne altri conclusi, andati a regime o eventualmente non attivati.

Al fine di facilitare la lettura del piano, si riepilogano i progetti nella tabella sottostante:

Linea di intervento	Titolo	
1.1 Medicina predittiva	1.1.1 La valutazione del rischio cardiovascolare in Umbria	Cancellato
2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	2.1.1 Giovani e guida sicura	Cancellato
2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie correlate	2.2.1 Agricoltura più sicura	Prosegue con rimodulazione obiettivi
	2.2.2 Salute e sicurezza nelle Grandi Opere Infrastrutturali in Umbria	Concluso- attività a regime
	2.2.3 Lotta ai rischi e ai danni da esposizione professionale ad agenti chimici e fisici	Prosegue con rimodulazione obiettivi
	2.2.4 Valutazione del programma di sorveglianza sanitaria degli esposti ed ex esposti ad amianto	Nuovo
2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	2.3.1 Salute e Infanzia	Prosegue
2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	2.4.1 Gravidanza senza rosolia	Prosegue
	2.4.2 Prevenire le infezioni da HPV	Prosegue
2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	2.5.1 Progetto "pilota" di sorveglianza, prevenzione e controllo delle I.C.A. in ambito ospedaliero	Cancellato
2.6 La prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione	2.6.1 La rete umbra per la sorveglianza dell'infezione da HIV	Prosegue con rimodulazione obiettivi
	2.6.2 Ridurre la diffusione della tubercolosi nella popolazione immigrata, attraverso il miglioramento dei percorsi di controllo, diagnosi e cura	Prosegue
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	Prosegue
2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata a consumo umano	2.8.1 Messa a regime del Sistema Informativo Integrato per il controllo della qualità dell'acqua destinata al consumo umano erogata dai pubblici acquedotti	Prosegue
	2.8.2 Implementare la sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti	Nuovo
2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	2.9.0 "Sviluppare a livello locale la promozione della salute, secondo i principi del programma Guadagnare Salute"	Prosegue
	2.9.0.0 Leggere fa bene alla salute	Concluso - attività a regime
	2.9.2 Promuovere l'allattamento al seno	Prosegue ricompreso nel Progetto "Salute infanzia"
	2.9.4.1 I lavoratori della Regione Umbria come testimonial di Guadagnare Salute	Cancellato
	2.9.4.2 Cantieri alcol free	Concluso - attività a regime
3.1 Tumori e screening	3.1.1 Il percorso dello screening mammografico tra efficienza ed efficacia	Prosegue con rimodulazione obiettivi
	3.1.2 Innovazione nello screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina attraverso il miglioramento della qualità e della sostenibilità	Prosegue con rimodulazione obiettivi

	3.1.3 Reingegnerizzazione dello screening per la prevenzione del carcinoma del colon retto	Prosegue con rimodulazione obiettivi
3.2 Malattie cardiovascolari	3.2.1 Riduzione della mortalità in pazienti affetti da STEMI (pazienti affetti da infarto miocardio acuto che presentano all'ECG un sopraslivellamento del tratto ST), garantendo a tutti i cittadini umbri l'appropriatezza del trattamento nei modi e nei tempi indicati nelle linee guida internazionali e nazionali	Cancellato
3.3 Diabete	3.3.1 La Rete regionale per la malattia diabetica di tipo II	Cancellato
3.7 Disturbi psichiatrici	3.7.1 Identificazione precoce dei soggetti affetti da DCA e appropriatezza dell'intervento: il modello umbro	Prosegue
3.9 Cecità e ipovisione	3.9.1 Prevenzione degli esiti e delle complicanze dell'ipovisione congenita	Concluso - attività a regime
3.10 Ipoacusia e sordità	3.10.1 Prevenzione degli esiti e delle complicanze dell'ipoacusia congenita	Concluso - attività a regime
4.2 Prevenzione e Sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	4.2.1 Anziani in cammino	Concluso - attività a regime

Il piano operativo del PRP

Macroarea	Linea di intervento	Titolo del progetto
2 La prevenzione universale	La prevenzione degli incidenti	2.3.1 Salute e infanzia *
	La prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro correlate	2.2.1 Agricoltura più sicura 2.2.3 Lotta ai rischi e ai danni da esposizione professionale ad agenti chimici e fisici 2.2.4 Valutazione del programma di sorveglianza sanitaria degli esposti ed ex esposti ad amianto
La prevenzione delle malattie infettive	2.4 Prevenzione malattie infettive suscettibili di vaccinazione	2.4.1 Gravidanza senza rosolia 2.4.2 Prevenire le infezioni da HPV
	2.6 Prevenzione delle malattie per cui non c'è vaccinazione	2.6.1 Promuovere il miglioramento dell'attività di sorveglianza dell'HIV e del counseling 2.6.2 Ridurre la diffusione della tubercolosi nella popolazione immigrata, attraverso il miglioramento dei percorsi di controllo, diagnosi e cura
La prevenzione delle patologie da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici		2.7.1 Attuazione dei regolamenti REACH-CLP in Umbria 2.8.1 Messa a regime del Sistema Informativo Integrato per il controllo della qualità dell'acqua destinata al consumo umano erogata dai pubblici acquedotti
La prevenzione delle malattie da alimenti	2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano	2.8.2 Implementare la sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti
La promozione della salute		2.9.0 "Sviluppare a livello locale la promozione della salute, secondo i principi del programma Guadagnare Salute"- Formazione dei MAP per la promozione della salute 2.3.1 Salute e infanzia

3 La prevenzione nella popolazione a rischio

3.1 Gli screening

3.1.1 Il percorso dello screening mammografico tra efficienza ed efficacia

3.1.2 Innovazione nello screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina

3.1.3 Reingegnerizzazione dello screening per la prevenzione del carcinoma del colon retto

3.4 I Disturbi psichiatrici

3.4.1 Identificazione precoce e appropriatezza dell'intervento dei soggetti affetti da DCA: il modello umbro

2. Prevenzione Universale

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

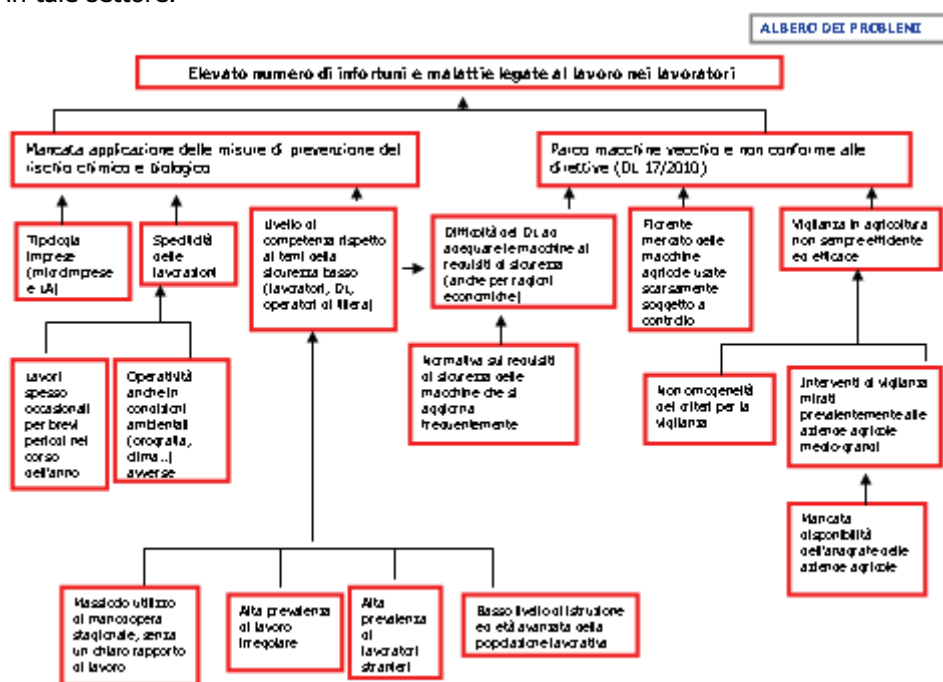
2.2.1 Agricoltura più sicura

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 2013	N° medio di lavoratori per azienda	N° lavoratori coinvolti	% sul totale degli occupati
	230	5	1150	8
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 ◆ Servizi Sanità Animale (SA) e Igiene degli Alimenti e Produzioni Zootecniche (IAPZ) 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 rischio infortunistico e i rischi per la salute, in particolare da agenti chimici, nel comparto agricoltura.			
Descrizione sintetica	<p>Il settore agricoltura continua ad essere un settore ad elevato rischio infortunistico, per le importanti problematiche di sicurezza delle macchine agricole e le errate procedure di lavoro, ma è anche un settore in cui si concentrano importanti rischi per la salute, ad esempio quelli legati alla manipolazione di sostanze chimiche (come i fitosanitari) e il rischio da agenti biologici (in particolare negli allevamenti).</p> <p>Il progetto prevede quindi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ la prosecuzione dell'intervento di vigilanza nelle aziende agricole finalizzato al monitoraggio delle condizioni di sicurezza delle macchine agricole; ✚ il controllo dei rischi legati all'impiego di prodotti fitosanitari attraverso una vigilanza sugli utilizzatori; ✚ l'attivazione di uno specifico controllo sugli allevamenti relativamente agli aspetti di sicurezza e salute, in collaborazione con i Servizi di SA e IAPZ. 			
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aumentati livelli di sicurezza nelle aziende agricole oggetto di ispezione attraverso il controllo delle macchine agricole; ◆ Misure di prevenzione adottate dalle aziende che utilizzano prodotti fitosanitari ispezionate (rivendite e aziende agricole); ◆ Misure di prevenzione applicate per la riduzione dei livelli di rischio da agenti biologici dagli allevamenti ispezionati. 			
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2012	Valore dell'indicatore al 31/12/2013	
			Atteso	Osservato
N. AZIENDE AGRICOLE ISPEZIONATE	Sistema informativo SPSAL Dati ISTAT	256	230	
N° AZIENDE agricole in cui sono state valutate le misure di prevenzione del rischio chimico in particolare da fitosanitari	Rendicontazione alla Regione Umbria (Prospetto allegato alla DGR 21 giugno n. 887)	0	50	
N° ALLEVAMENTI ispezionati	Sistema informativo SPSAL	10	50	

Contesto e problemi

Il settore agricoltura è fra quelli a più elevata incidenza di infortuni. Nel corso del triennio 2010-2012 con il progetto "Agricoltura più sicura" si è puntato da una parte sull'attività di vigilanza realizzando un incremento rispetto agli anni precedenti del numero di aziende agricole ispezionate e mirando al controllo della sicurezza delle macchine agricole secondo criteri uniformi e condivisi, dall'altra sviluppando un'attività di formazione dei tecnici delle Associazioni di categoria del settore agricoltura, in modo da produrre, con un effetto a cascata, la sensibilizzazione di un elevato numero di imprenditori agricoli. Nel corso del triennio 2010-2012 si è avuta una sensibile diminuzione del tasso di infortuni gravi e mortali in agricoltura.

Il settore agricoltura è però ad elevato rischio anche per la salute, dovuto alla presenza di rischi chimici e biologici, come dimostrano i dati sulle malattie professionali che hanno una elevata incidenza proprio in tale settore.



Gli obiettivi e i risultati attesi

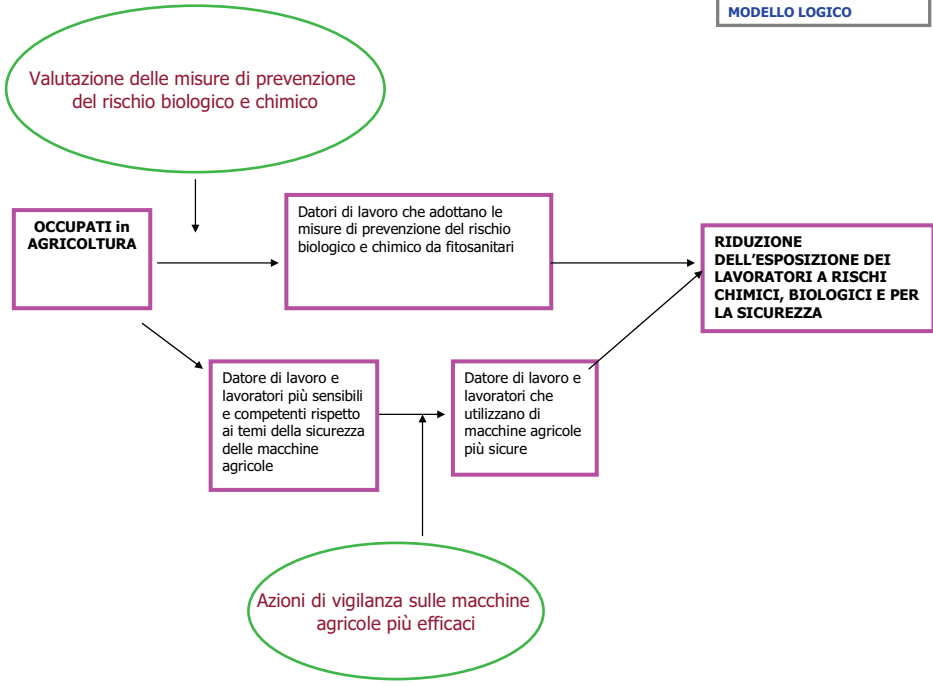
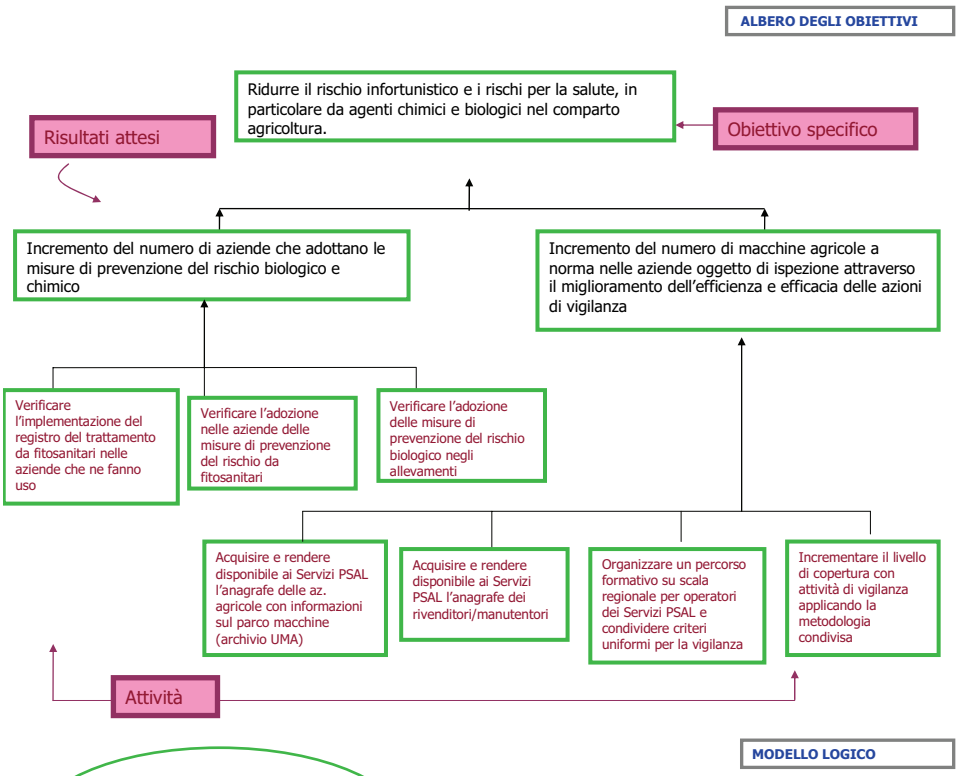
Nel corso del 2013 si proseguirà l'attività di vigilanza sulle aziende agricole puntando a mantenere gli elevati livelli raggiunti nel 2010-2012, sia in termini quantitativi che qualitativi, incentrando le azioni al controllo della sicurezza delle macchine agricole. Parallelamente, in linea con il Piano nazionale Agricoltura (in fase di approvazione), si avvierà una specifica attività di vigilanza volta alla riduzione di due importanti rischi per la salute, il rischio da esposizione a fitosanitari e il rischio biologico negli allevamenti.

Per quanto riguarda il rischio da fitosanitari, la Regione Umbria, in ottemperanza a quanto stabilito dall'Accordo Stato Regioni del 8.4.2009, ha adottato un piano regionale per il controllo ufficiale sulla commercializzazione e l'utilizzazione dei prodotti fitosanitari, in modo da fornire sulla materia linee di indirizzo omogenee sul territorio regionale per i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle Az. USL preposti a tali attività.

Il Piano è rivolto al controllo ufficiale, nel territorio di competenza:

- dei prodotti fitosanitari in commercio, al fine di accertarne la rispondenza ai requisiti prescritti dalle norme vigenti e, in particolare, alle condizioni di autorizzazione dei prodotti stessi;
- dell'utilizzazione dei prodotti fitosanitari autorizzati, in conformità a tutte le indicazioni riportate nelle etichette autorizzate.

Il presente progetto ha pertanto lo scopo di potenziare le attività di vigilanza da effettuarsi secondo le linee previste dal piano.



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 rischio infortunistico e i rischi per la salute, in particolare da agenti chimici e biologici nel comparto agricoltura.			
Risultato atteso 1	Aumentati livelli di sicurezza nelle aziende agricole oggetto di ispezione attraverso il controllo delle macchine agricole;	<ul style="list-style-type: none"> N° aziende agricole ispezionate 	Sistema informativo SPSAL	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1	Definire attraverso le anagrafi il campione di aziende da ispezionare	Servizi PSAL		
Attività 1.2	Ispezionare le aziende attraverso la scheda di sopralluogo deliberata nel 2011	Servizi PSAL		
Risultato atteso 2	Ridotti livelli di rischio da agenti biologici negli allevamenti e da fitosanitari nelle aziende agricole che ne fanno uso;	<ul style="list-style-type: none"> N° di aziende agricole ispezionate per la verifica degli adempimenti di cui all'accordo Stato regioni 8 aprile 2009 e alla DGRU 887/2010 N° di allevamenti ispezionati 		
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 2.1	Verificare l'implementazione del registro del trattamento da fitosanitari nelle aziende che ne fanno uso	Servizi PSAL		
Attività 2.2	Verificare l'adozione nelle aziende delle misure di prevenzione del rischio da fitosanitari	Servizi PSAL- Servizi Igiene e sanità Pubblica – Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione		
Attività 2.3	Verificare l'adozione delle misure di prevenzione del rischio biologico negli allevamenti	Servizi PSAL- Servizi SA e Servizi IAPZ		

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

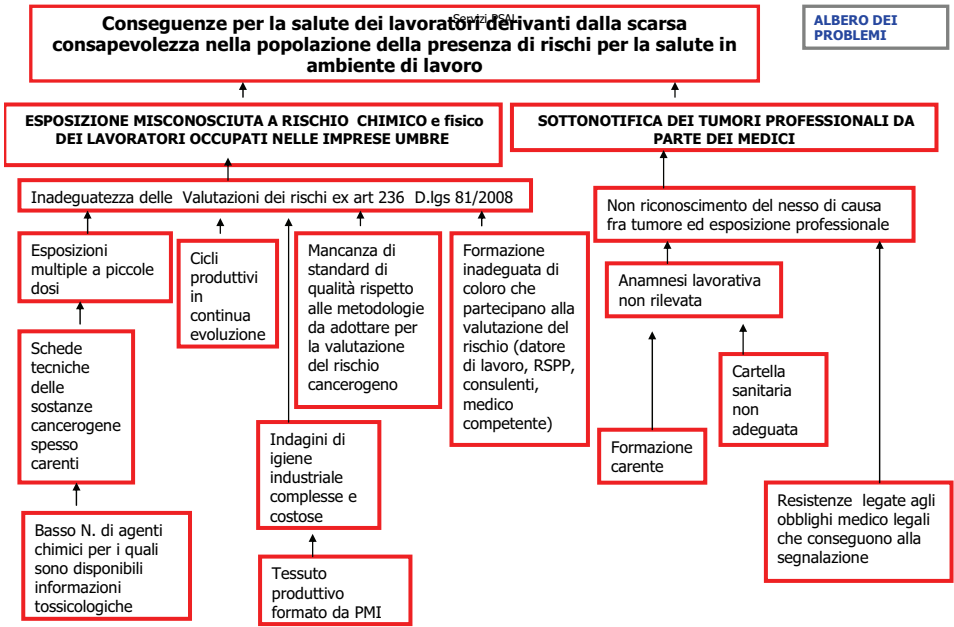
2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate

2.2.3 Lotta ai rischi e ai danni da esposizione professionale ad agenti chimici e fisici

Target (beneficiari)	<ul style="list-style-type: none"> • Circa 500 lavoratori di 60 aziende umbre a rischio cancerogeno di medie dimensioni (fra 5 e 10 dipendenti). 			
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. 			
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. 			
Obiettivo di salute	Ridurre l'incidenza di patologie legate all'esposizione a sostanze chimiche, comprese le sostanze cancerogene, e a rischi fisici fra i lavoratori occupati nelle aziende sottoposte a monitoraggio.			
Descrizione sintetica	<p>Nonostante la tendenza alla progressiva diminuzione dei livelli di esposizione a rischi chimici e fisici, il progresso tecnologico ed il continuo mutamento del mondo del lavoro hanno comportato l'immissione nel mercato di nuove sostanze chimiche, le cui interazioni ed effetti dei seppur bassi livelli di esposizione non sono sempre note. I documenti di valutazione di tali rischi sviluppati dalle aziende sono spesso carenti e in taluni casi utilizzano procedure per il monitoraggio e la valutazione non corrette.</p> <p>Il progetto ha sostanzialmente due filoni di attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valutare i livelli di esposizione ad agenti chimici (soprattutto cancerogeni) e fisici (rumore, microclima e vibrazioni) e lo stesso processo di valutazione dei rischi condotto dalle aziende sulla base procedure condivise e se necessario, prescrivere l'adozione di ulteriori misure di prevenzione del rischio; • proseguire nell'attività di indagine anamnestica su casi di sospetti tumori professionali censiti attivamente dai Servizi PSAL. 			
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Misure di prevenzione del rischio chimico e fisico adottate nelle aziende sottoposte a monitoraggio; • incrementato riconoscimento di tumori professionali. 			
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2012	Valore dell'indicatore al 31/12/2013	
			Atteso	Osservato
N° aziende sottoposte a monitoraggio per cancerogeni	Sistema informativo SPSAL	50	32	
N° indagini anamnestiche attivate sui casi di tumore censiti attivamente X 100	Sistema informativo SPSAL		100%	
N° aziende sottoposte a monitoraggio per agenti chimici	Sistema informativo SPSAL		12	
N° aziende sottoposte a monitoraggio per agenti fisici (rumore, microclima, vibrazioni)	Sistema informativo SPSAL		19	

Il contesto e i problemi

L'analisi di contesto mette in rilievo come ancora oggi negli ambienti di lavoro, nonostante la riduzione dei livelli di esposizione, siano presenti rilevanti rischi per la salute dei lavoratori legati all'esposizione a rischi chimici, come gli agenti cancerogeni, e fisici (ad esempio rumore, vibrazioni e microclima). I processi di valutazione del rischio messi in atto dalle aziende sono spesso adempimenti formali, scollegati dall'effettivo contesto aziendale e molte volte condotti attraverso procedure di monitoraggio non adeguate.



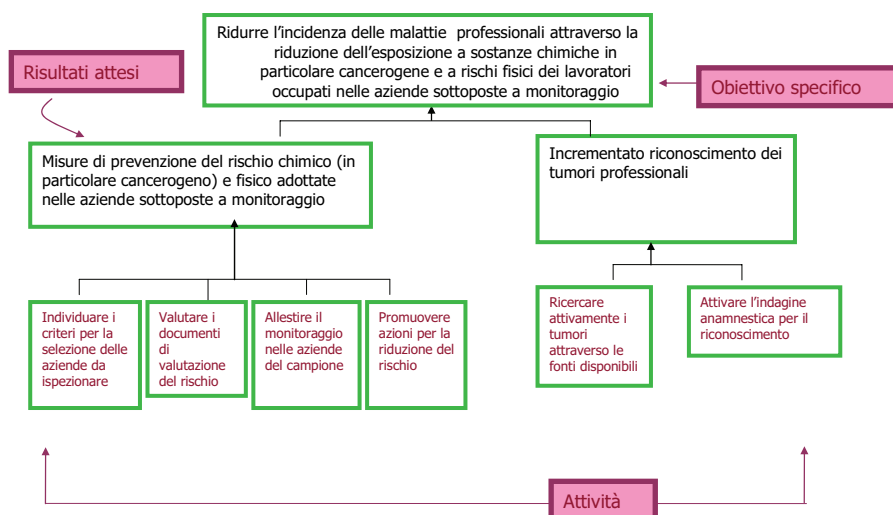
Gli obiettivi e i risultati attesi

Nel corso del 2010-2012 i Servizi hanno sottoposto a monitoraggio per agenti cancerogeni 51 aziende secondo criteri condivisi su scala regionale. Nel 2013 si intende proseguire quest'attività di igiene industriale estendendola ad ulteriori sostanze chimiche e soprattutto attivando uno specifico monitoraggio sui rischi fisici.

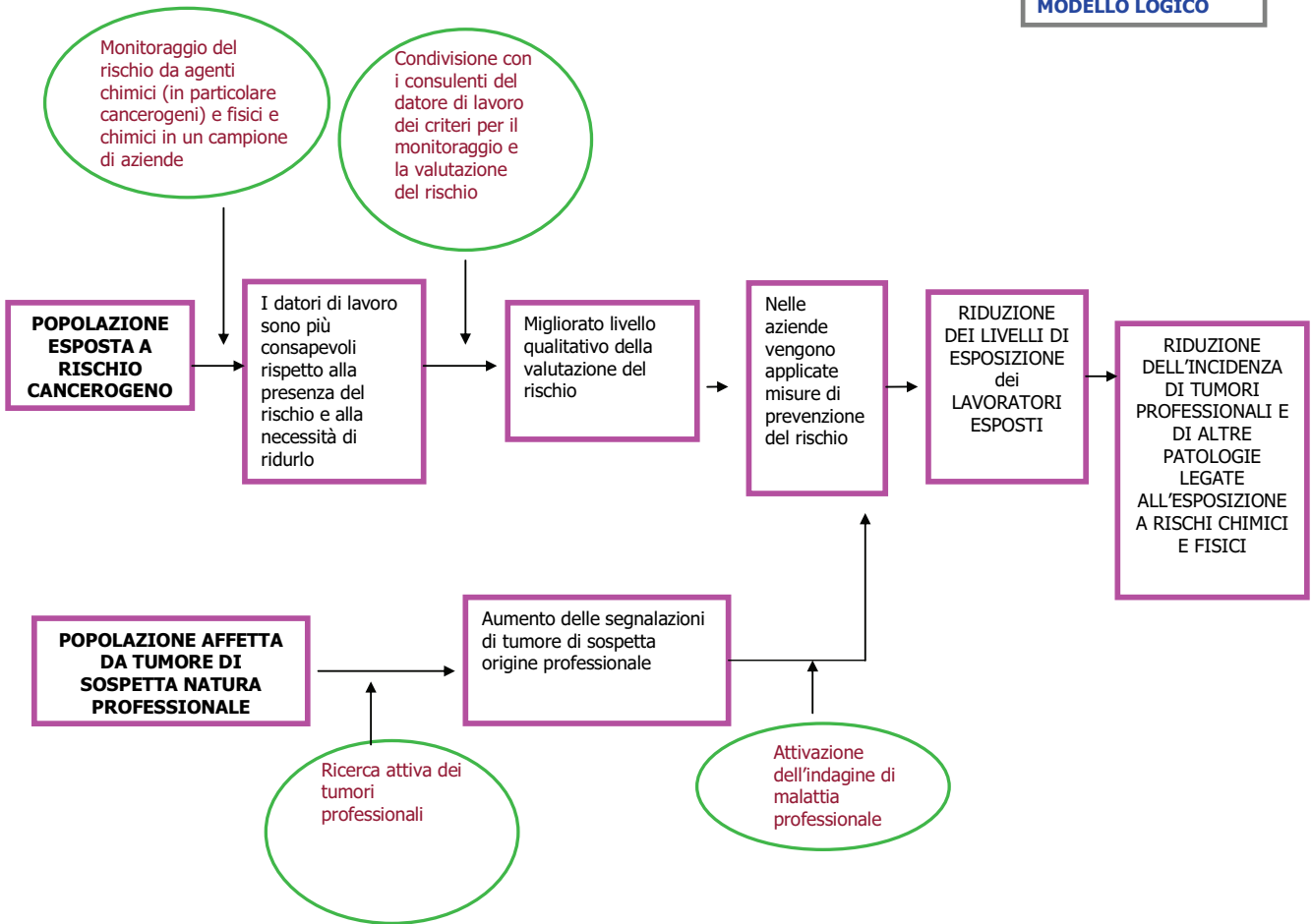
Pertanto il progetto prevede di:

1. valutare in un campione di aziende, attraverso uno specifico monitoraggio con campionamenti ambientali e personali, l'esposizione a rischi chimici e cancerogeni (amianto, silice libera cristallina, fibre ceramiche refrattarie, carbonato di cobalto, IPA, solventi, metalli) e a rischi fisici (rumore, vibrazioni e microclima) e lo stesso processo di valutazione dei rischi condotto dalle aziende sulla base procedure condivise e, se necessario, prescrivere l'adozione di ulteriori misure di prevenzione del rischio;
2. incrementare il riconoscimento dei tumori di origine professionale proseguendo con la ricerca attiva dei tumori professionali e quindi con l'attivazione dell'indagine anamnestica sui casi censiti attivamente per la valutazione del nesso di causa.

ALBERO DEGLI OBIETTIVI



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'esposizione a sostanze chimiche e a rischi fisici dei lavoratori occupati nelle aziende sottoposte a monitoraggio			
Risultato atteso 1	Monitoraggio effettuato e eventuali misure di prevenzione del rischio chimico e fisico applicate dalle aziende sottoposte a monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> • N° aziende sottoposte a monitoraggio per agenti chimici • N° aziende sottoposte a monitoraggio per agenti fisici 	Sistema informativo SPSAL	
Attività 1.1	Individuare i criteri per la scelta delle aziende da ispezionare			
Attività 1.2	Esaminare i documenti di valutazione del rischio	Servizi PSAL		
Attività 1.3	Allestire il monitoraggio 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 1.4	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 delle patologie professionali attraverso la riduzione dell'esposizione a rischi chimici e fisici dei lavoratori occupati nelle aziende sottoposte a monitoraggio	N° aziende sottoposte a monitoraggio per cancerogeni	Indagine di igiene industriale prima e dopo l'intervento	Difficoltà nell'applicare nelle aziende le misure di riduzione del rischio
Risultato atteso 2	Incrementato riconoscimento dei tumori professionali.	N° di indagini anamnestiche attivate sui casi di tumore censiti attivamente X 100	Sistema informativo SPSAL Registro Tumore Umbro di Popolazione	
		Mezzi	Costi	
Attività 2.1	Ricerca attivamente i tumori professionali	Servizi PSAL Rete Oncologica Regionale (ROR) Anatomia patologica		
Attività 2.2	Attivare l'indagine anamnestica sui casi censiti attivamente	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

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

2.2.4 Valutazione del programma di sorveglianza sanitaria degli esposti ed ex esposti ad amianto

Target (beneficiari)	<ul style="list-style-type: none"> • Circa 1500 lavoratori con pregressa esposizione ad amianto. • Lavoratori attualmente impiegati in imprese addette ad attività di bonifica e smaltimento amianto. 			
Attori	<ul style="list-style-type: none"> • Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro Az. USL Umbria 1 e Az. USL Umbria 2. • Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare -Regione Umbria. • Medici competenti aziendali. 			
Portatori di interesse	<ul style="list-style-type: none"> • Associazioni dei malati • Associazione dei medici competenti 			
Obiettivo di salute	Aumentare l'appropriatezza e la qualità della sorveglianza sanitaria dei soggetti esposti ed ex esposti ad amianto, favorendo interventi che rispondano a criteri di efficacia, sicurezza ed efficienza.			
Descrizione sintetica	<p>Due sono i cardini del progetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • definire un protocollo di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto, che derivi da una valutazione dei risultati del programma di sorveglianza sanitaria fino ad oggi condotto presso la ASL di Terni e da una disamina della più recente letteratura scientifica sull'argomento; • valutare la sorveglianza sanitaria applicata ai lavoratori delle aziende di bonifica e smaltimento amianto per far emergere le criticità e definire un protocollo da diffondere ai medici competenti che operano in Umbria. 			
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Programma di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto rimodulato e proposto alla Giunta Regionale per l'adozione; • Protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti ad amianto condiviso con i medici competenti e proposto alla Giunta Regionale per l'adozione. 			
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2012	Valore dell'indicatore al 31/12/2013	
			Atteso	Osservato
Rapporto di elaborazione dei risultati del programma di sorveglianza sanitaria degli ex esposti 2008-2012		/	Rapporto prodotto	
Protocollo di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto	Bollettino Ufficiale Regione Umbria	/	Protocollo proposto alla Giunta Regionale per l'adozione	
Protocolli di sorveglianza sanitaria controllati / N° aziende che effettuano bonifica e smaltimento di amianto X 100	Sistema informativo SPSAL	0	100%	
Protocollo regionale per la sorveglianza sanitaria		/	Protocollo condiviso con i medici competenti e proposto alla Giunta Regionale per l'adozione	

Il contesto

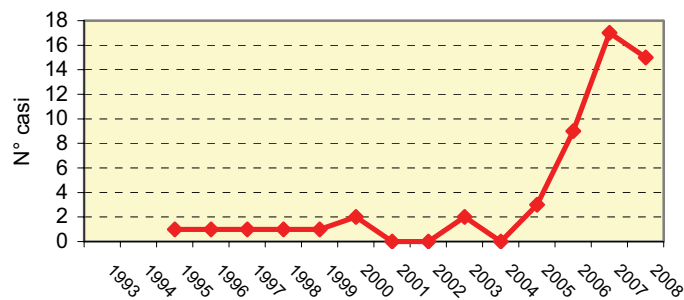
L'Italia è stata uno dei maggiori produttori ed utilizzatori di amianto fino alla fine degli anni '80.

Dal dopoguerra al 1992, anno dell'introduzione del divieto di estrazione, commercio, importazione, esportazione e produzione di amianto, di prodotti di amianto o di prodotti contenenti amianto, è stata bandita dall'intero territorio nazionale. produzione ed utilizzazione di amianto, sono state prodotte 3.748.550 tonnellate di amianto grezzo.

Tra il 1976 ed il 1980 si è registrato il picco del livello di produzione, con più di 160.000 tonnellate-anno prodotte. Fino al 1987 la produzione non è mai scesa sotto le 100.000 tonnellate-anno per poi decrescere rapidamente fino al 1992. Le importazioni italiane di amianto grezzo sono state pure molto consistenti mantenendosi superiori alle 50.000 tonnellate-anno fino al 1991. Complessivamente l'Italia dal dopoguerra al 1992 ha importato 1.900.885 tonnellate di amianto.

In Umbria, ed in particolare nella provincia di Terni, la forte presenza di insediamenti industriali siderurgici e chimici ha determinato tra i lavoratori una diffusa esposizione ad amianto nel corso della seconda metà dell'ultimo secolo. Il lungo periodo di latenza tra l'esposizione e la comparsa dei primi sintomi delle patologie asbesto-correlate, segnatamente quelle neoplastiche a carico dell'apparato respiratorio, sta causando in questi ultimi anni, come già segnalato da tempo da vari Autori, un aumento del numero dei malati con un atteso picco epidemico di casi di mesotelioma maligno per il prossimo decennio. In realtà la curva che rappresenta il numero di casi di mesotelioma pleurico maligno segnalati al Registro Nazionale dei mesoteliomi (ReNaM) dimostra una crescita dall'anno 2004: nel biennio 2007-2008 si sono registrati 32 casi di mesotelioma di fatto anticipando il picco epidemico previsto dal 2010 (figura 1).

Figura 1 N° casi di mesotelioma registrati dal ReNaM in Umbria, 1993-2008



Il controllo sanitario dei lavoratori esposti ad amianto è previsto dal D.lvo 81/08 all'art. 259. Nel caso dei lavoratori che sono attualmente esposti ad amianto il controllo sanitario è affidato al medico competente dell'azienda e la norma indica gli accertamenti minimi ai quali deve essere sottoposto il lavoratore; nel caso invece di soggetti che hanno avuto una pregressa esposizione ad amianto ("ex esposti") la norma non specifica le modalità per effettuare tali controlli.

Nel 2001 proprio per accogliere la richiesta spontanea di controllo sanitario dei lavoratori ex esposti ad amianto è stato istituito un ambulatorio presso il Servizio PSAL della ASL 4 di Terni, con l'obiettivo di fornire un supporto diagnostico e di prevenzione secondaria.

Nel 2005, nell'ambito di un Progetto integrato INAIL - Regione dell'Umbria (DGR), di durata triennale, è stata selezionata, tra i lavoratori cui erano stati riconosciuti i benefici previdenziali ex L. 257/92, una popolazione di 1335 lavoratori "ex esposti" ad amianto per più di 20 anni di cui 1082 nella Provincia di Terni e 253 nella Provincia di Perugia. A tale gruppo si sono aggiunti lavoratori ex esposti ad amianto per periodi inferiori ai 20 anni i quali hanno avuto accesso spontaneo al programma di sorveglianza sanitaria e sono stati sottoposti allo stesso protocollo.

Preliminarmente all'inizio dell'attività clinica, sono stati contattati i rappresentanti dei medici di medicina generale, per fornire informazioni relative al Progetto ed al protocollo diagnostico previsto. I medici curanti per ognuno dei 1335 "ex esposti" hanno proceduto ad una informazione e sensibilizzazione dei propri assistiti. Dal marzo 2007 alla fine del 2010, sono stati quindi convocati con lettera tutti i 1082 soggetti presenti in elenco per essere avviati al programma.

Il protocollo applicato fino ad oggi prevede:

- visita medica: anamnesi (comprensiva di questionario standardizzato per la valutazione dell'esposizione) ed esame obiettivo;
- radiografia del torace in 2 proiezioni con lettura da due B-reader con metodo ILO BIT;
- spirometria semplice eventualmente integrata dallo studio del volume residuo e test di diffusione alveolo-capillare del CO (single breath);
- dosaggio della mesotelina sierica.

In caso di negatività degli accertamenti effettuati il follow up stabilisce un dosaggio della mesotelina sierica annuale e la radiografia del torace triennale.

In caso di sospetto diagnostico clinico/strumentale per patologie professionali amianto-correlate (asbestosi, placche/ispessimenti pleurici e patologie neoplastiche) o anche solo per valori di SMRP ≥ 2 nM/l (valore confermato ad un secondo controllo dopo 3 mesi) viene eseguita una TC del torace (HRTC).

Nel sospetto di malattia professionale si provvede ad avviare l'iter medico legale per il riconoscimento della malattia professionale mediante denuncia all'INAIL.

I problemi

L'analisi di contesto mette in rilievo come sia necessario, ad oltre quattro anni dall'avvio dell'ambulatorio ex esposti ad amianto, una valutazione dei risultati dell'attività di sorveglianza sanitaria per procedere, anche alla luce delle più recenti conoscenze nell'ambito della diagnosi precoce dei tumori polmonari e dei mesoteliomi, ad una rimodulazione del protocollo diagnostico adottato.

Per quanto riguarda i lavoratori impiegati in aziende di bonifica e smaltimento amianto e quindi attualmente esposti, la mancanza di linee guida condivise per la sorveglianza sanitaria rende necessaria una valutazione complessiva dei protocolli di sorveglianza adottati dai diversi medici competenti operanti nel territorio umbro al fine di giungere, sulla base delle attuali conoscenze derivanti dalla letteratura scientifica e attraverso il confronto con i medici competenti, ad un protocollo sanitario unico da adottare in tutte le aziende addette alla bonifica e smaltimento dell'amianto.



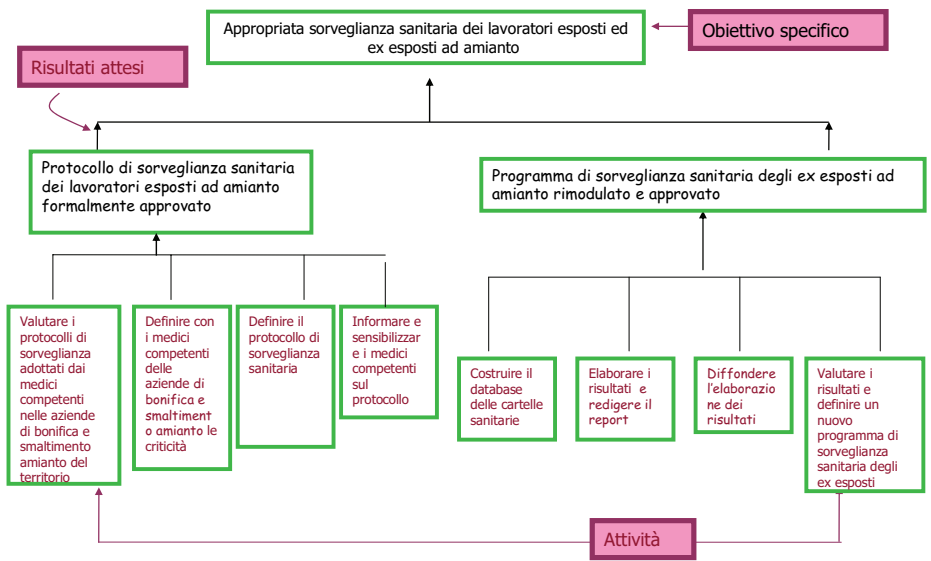
Gli obiettivi e i risultati attesi

Il progetto ha l'obiettivo specifico di rimodulare il programma di sorveglianza sanitaria, sia nei soggetti esposti che in quelli ex esposti ad amianto, garantendo appropriatezza e qualità e favorendo interventi che rispondano a criteri di efficacia, sicurezza ed efficienza.

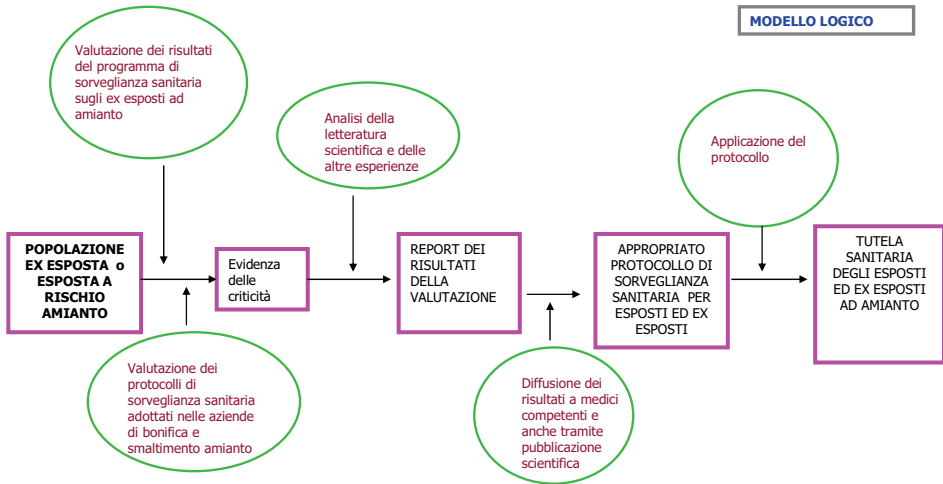
I risultati che il progetto intende raggiungere sono:

1. definire un protocollo di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto, che derivi da una valutazione dei risultati del programma di sorveglianza sanitaria fino ad oggi condotto presso la ASL di Terni alla luce della più recente letteratura scientifica sull'argomento;
2. valutare la sorveglianza sanitaria applicata ai lavoratori delle aziende di bonifica e smaltimento amianto per far emergere le criticità e definire un protocollo da diffondere ai medici competenti che lavorano in Umbria.

ALBERO DEGLI OBIETTIVI



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	Rimodulare il programma di sorveglianza sanitaria, sia nei soggetti esposti che in quelli ex esposti ad amianto, garantendo l'appropriatezza e la qualità e favorendo interventi che rispondano a criteri di efficacia, sicurezza ed efficienza.	<ul style="list-style-type: none"> - Protocollo di sorveglianza sanitaria degli ex esposti applicato presso la ASL - Protocollo di sorveglianza sanitaria degli esposti applicato nelle aziende di bonifica e smaltimento amianto 	Sistema informativo dei Servizi PSAL	
Risultato atteso 1	Programma di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto rimodulato e proposto alla Giunta Regionale per l'adozione	<ul style="list-style-type: none"> - Report prodotto - Protocollo di sorveglianza sanitaria degli ex esposti proposto alla Giunta Regionale per l'adozione 	Bollettino Ufficiale Regione Umbria	
		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Elaborare un report sui risultati del programma di sorveglianza sanitaria degli ex esposti ad amianto attivato negli anni 2008-2012	Regione Umbria – Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare Servizio PSAL Azienda USL Umbria 2 area ex ASL 4		
Attività 1.2	Produrre e condividere con le parti sociali i risultati e il protocollo con le associazioni dei malati da amianto	Regione Umbria – Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare Servizi PSAL		
Attività 1.3	Produrre il nuovo protocollo sanitario per gli ex esposti	Regione Umbria – Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare Servizi PSAL		

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Risultato atteso 2	Protocollo di sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti ad amianto proposto alla Giunta Regionale per l'adozione	<ul style="list-style-type: none"> - N° aziende di bonifica e smaltimento amianto in cui è stato valutato il protocollo sanitario - Protocollo sanitario proposto alla Giunta Regionale per l'adozione - N° di aziende che applicano il protocollo sanitario approvato 	Sistema informativo SPSAL Bollettino Ufficiale Regione Umbria	
		Mezzi	Costi	
Attività 2.1	Esaminare i protocolli sanitari delle aziende di bonifica e smaltimento amianto facendo emergere le criticità	Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare Servizi PSAL		
Attività 2.2	Produrre un protocollo di sorveglianza sanitaria	Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare Servizi PSAL		
Attività 2.3	Condividere il protocollo con i medici competenti	Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare Servizi PSAL		
Attività 2.4	Valutare l'applicazione del protocollo nelle aziende di bonifica e smaltimento amianto	Servizio Prevenzione Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare Servizi PSAL		

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 11 anni			
Attori	Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Regionale Salute, Coesione Sociale e Società della Conoscenza Pediatri di libera scelta			
Portatori di interesse	La comunità			
Obiettivo di salute	Prevenire la morte improvvisa in culla, gli incidenti domestici più comuni (traumi, ustioni, ingestione di sostanze tossiche quali farmaci e detersivi), le conseguenze di un errato trasporto in auto, favorire l'adozione di una corretta alimentazione, l'allattamento al seno e lo sviluppo cognitivo-relazionale del bambino (attraverso la lettura ad alta voce fin dai primissimi mesi di vita) grazie all'attività di counselling dei PLS svolta in occasione dei bilanci di salute			
Descrizione sintetica	Nel corso del 2013 il progetto proseguirà come gli anni precedenti con alcune modifiche riguardanti essenzialmente la revisione grafica e in parte contenutistica dei materiali informativi.			
Risultati attesi	Miglioramento della consapevolezza dei genitori rispetto alle azioni efficaci per prevenire la morte in culla, gli incidenti domestici, l'obesità nei bambini e favorire lo sviluppo cognitivo-relazionale			
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2012	Valore dell'indicatore al 31/12/2013	
			Atteso	Osservato
% risposte esatte su corretta posizione del bambino in culla	Questionario al I e al II bilancio	94%		
% risposte esatte rispetto alla conservazione delle medicine	Questionario somministrato al II bilancio	56%		
% risposte esatte rispetto al corretto trasporto in auto	Questionario somministrato al I e al II bilancio	78%		
% bambini allattati al seno al terzo mese di vita in modo completo	Questionario somministrato al II bilancio	65%		

Premessa

Nel corso del 2012, attraverso una serie di incontri con i coordinatori delle équipes territoriali per la pediatria sono stati discussi i dati provenienti dai bilanci di salute ed è stato introdotto un settimo bilancio in corrispondenza dell'11° anno di età, finalizzato essenzialmente a raccogliere informazioni e al counseling sul tema delle infezioni da Papilloma Virus.

I risultati dei bilanci di salute relativi all'anno 2012 dimostrano un miglioramento nella percezione di alcuni rischi per i bambini presenti nell'ambiente di vita domestico, un miglioramento delle conoscenze riguardo alle misure di prevenzione degli infortuni stradali ed hanno evidenziato, per quanto riguarda la promozione dell'allattamento al seno, l'efficacia della presa in carico precoce del pediatra.

In base a questi risultati si è deciso di proseguire con il Progetto Salute Infanzia anche per il 2013.

Nel corso del 2013 sarà di fatto completata la revisione, prevalentemente grafica ma anche in parte contenutistica, sia dei sette questionari sia delle schede che i pediatri distribuiscono ai genitori nell'ambito dell'intervento di counseling sui diversi temi affrontati. Inoltre, con i dati dell'ultima rilevazione di Okkio alla Salute, avvenuta nel 2012, sarà realizzato con la collaborazione dei pediatri un dépliant, da distribuire nell'ambito del 6° bilancio, quando sono raccolte anche informazioni su alimentazione e attività fisica del bambino.

Gli obiettivi e i risultati attesi

L'obiettivo principale del progetto è quello di dare continuità all'azione di promozione della salute nell'età evolutiva, svolta dai pediatri di libera scelta nell'ambito dei sette bilanci di salute e riguardante essenzialmente la prevenzione degli infortuni domestici e delle conseguenze degli incidenti stradali, la promozione di una corretta alimentazione e della lettura ad alta voce, l'informazione rispetto alla vaccinazione anti-HPV.

Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità del progetto Obiettivo specifico	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica
	Prevenire la morte improvvisa in culla, gli incidenti domestici più, le conseguenze di un errato trasporto in auto, favorire l'adozione di una corretta alimentazione, l'allattamento al seno e lo sviluppo cognitivo-relazionale del bambino		
Risultato atteso 1	Miglioramento della consapevolezza dei genitori rispetto alle azioni efficaci per prevenire la morte in culla, gli incidenti domestici, l'obesità nei bambini e favorire lo sviluppo cognitivo-relazionale	Aumento della % di risposte corrette ai questionari	
		Mezzi e risorse	Costi
Attività 1.1	Rivedere i materiali informativi e i questionari cartacei da consegnare ai genitori	ristampa dei nuovi questionari e del nuovo materiale illustrativo	
Attività 1.2	Distribuire i materiali ai PLS	Coordinatori di équipe per la pediatria	
Attività 1.3	Elaborare i questionari somministrati	Rapporto di valutazione finale	

2. Prevenzione universale

2.4. Prevenzione malattie infettive suscettibili di vaccinazione

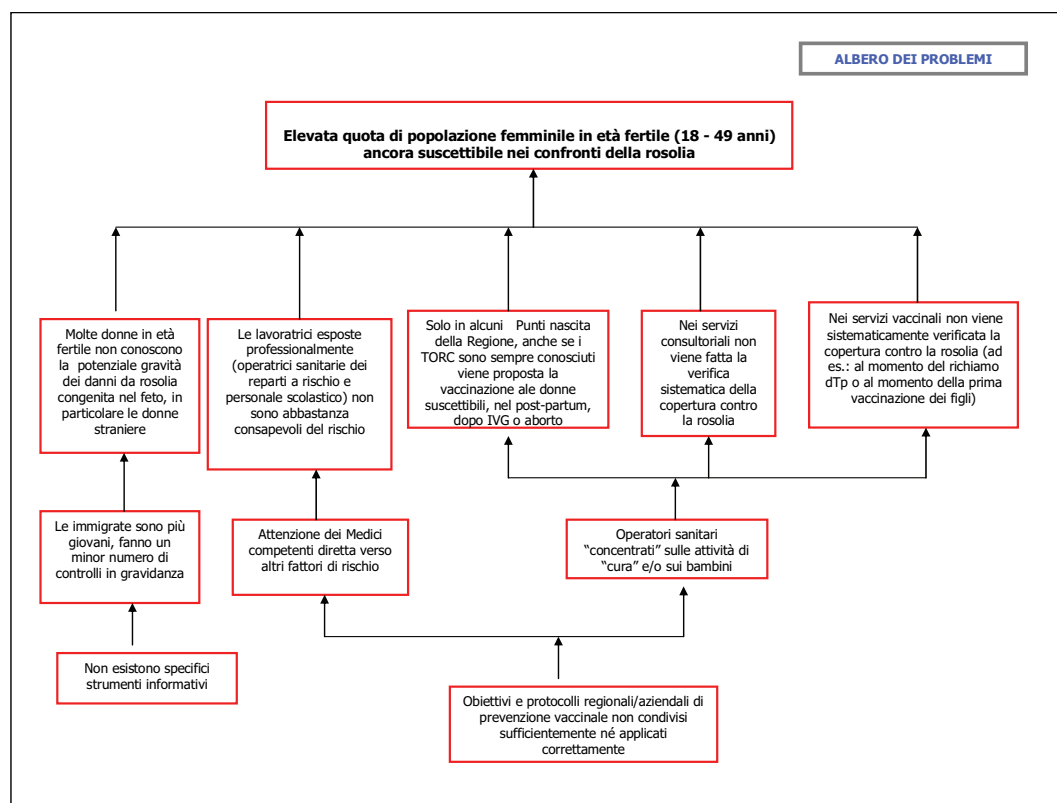
2.4.1 Gravidanza senza rosolia

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 - Consultori - Servizi vaccinali - Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione - Medici competenti - MMG/PLS/AOGOI 				
Portatori di interesse	Donne residenti in età fertile Centri culturali Associazioni femminili Associazioni di categoria				
Obiettivo di salute	Aumentare la copertura delle donne in età fertile suscettibili alla rosolia				
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 al 31/12/2012		Valore dell'indicatore al 31/12/2013	
		Osservato	Atteso	Osservato	
Protocolli operativi locali	Atti/protocolli aziendali	Protocolli operativi locali attivati nelle ex Az. USL 1, 2, 4 (3/4 >75%)			
N. risposte esatte /n. domande x100	Questionario anonimo	64%	70%		
N. donne vaccinate/ donne suscettibili in età fertile intercettate x100	Segnalazioni ai serv. Vaccinali/ Registrazioni S.I. Vaccinazioni	ex. Az. USL 1 87,5% ex. Az. USL 2 84%		Raggiungere anche le donne suscettibili nella attuale Az USL 2 (ex USL 3 e 4)	
Vaccinate/residenti x100 (coorti nate negli anni 1986/1989)	S. I Vaccinazioni	coorte 1986 + 7,9% coorte 1987 + 4,6% coorte 1988 +1,49% coorte 1989 +0,58%		Ulteriore incremento del 3,5% per le coperture delle coorti 1988 e 1989	

I problemi

Sebbene il tema della vaccinazione delle donne suscettibili in età fertile sia stato già affrontato in passato, dai risultati del sistema di sorveglianza PASSI e dalla valutazione delle coperture nelle nate negli anni 1980-1990 risulta ancora evidente che il numero delle donne suscettibili in Umbria è tale da permettere il verificarsi dei casi di rosolia congenita.

Sostanzialmente le motivazioni che portano a questo problema derivano dalla mancata conoscenza della malattia che dipende a sua volta dal mancato intervento di counseling da parte degli operatori e dalla mancanza di strumenti informativi specifici.



Principali azioni svolte, risultati raggiunti rispetto agli obiettivi 2010/2012 e prosecuzione del progetto.

Le Az. USL, al fine di coinvolgere e sensibilizzare gli operatori sanitari, hanno organizzato incontri per PLS e MMG con i Medici di Sanità Pubblica e le équipes territoriali e stanno procedendo al recupero delle suscettibili residenti delle coorti 1986/1989 con alcune difficoltà in quanto molte delle donne che non risultano vaccinate o non sono reperibili o non rispondono comunque all'invito.

Non è stato peraltro possibile verificare se le donne che non rispondono siano effettivamente suscettibili e non intendano vaccinarsi o hanno effettuato lo specifico test con esito positivo e perciò non si presentano al servizio vaccinale.

Il primo questionario destinato alle donne è stato predisposto e somministrato: l'analisi dei risultati ha evidenziato una percentuale di risposte esatte pari al 64%.

La ex Az. USL 2 di Perugia ha provveduto alla produzione di locandine da diffondere sul proprio territorio (C. Salute, ambulatori MMG, ecc.), che verranno utilizzate, nel corso del 2013, dalle nuove Az. USL 1 e 2.

A causa della revisione delle funzioni dell'Agenzia regionale Umbria Sanità, alla quale competevano gli aspetti amministrativi relativi alla comunicazione rispetto a capitoli e gare, si è verificato un ritardo nella produzione dei materiali informativi e, di conseguenza, nella somministrazione dei questionari.

Il materiale è stato progettato nel 2012 e il Servizio Prevenzione, Sanità veterinaria, Sicurezza alimentare ha provveduto alla produzione di un opuscolo informativo sulle vaccinazioni per l'infanzia che verrà inviato alle famiglie dei nuovi nati insieme agli inviti per le vaccinazioni a partire dal 1 giugno 2013.

Quindi il questionario sarà risomministrato una seconda volta nel mese di settembre per verificare se le informazioni contenute nel libretto sono state recepite.

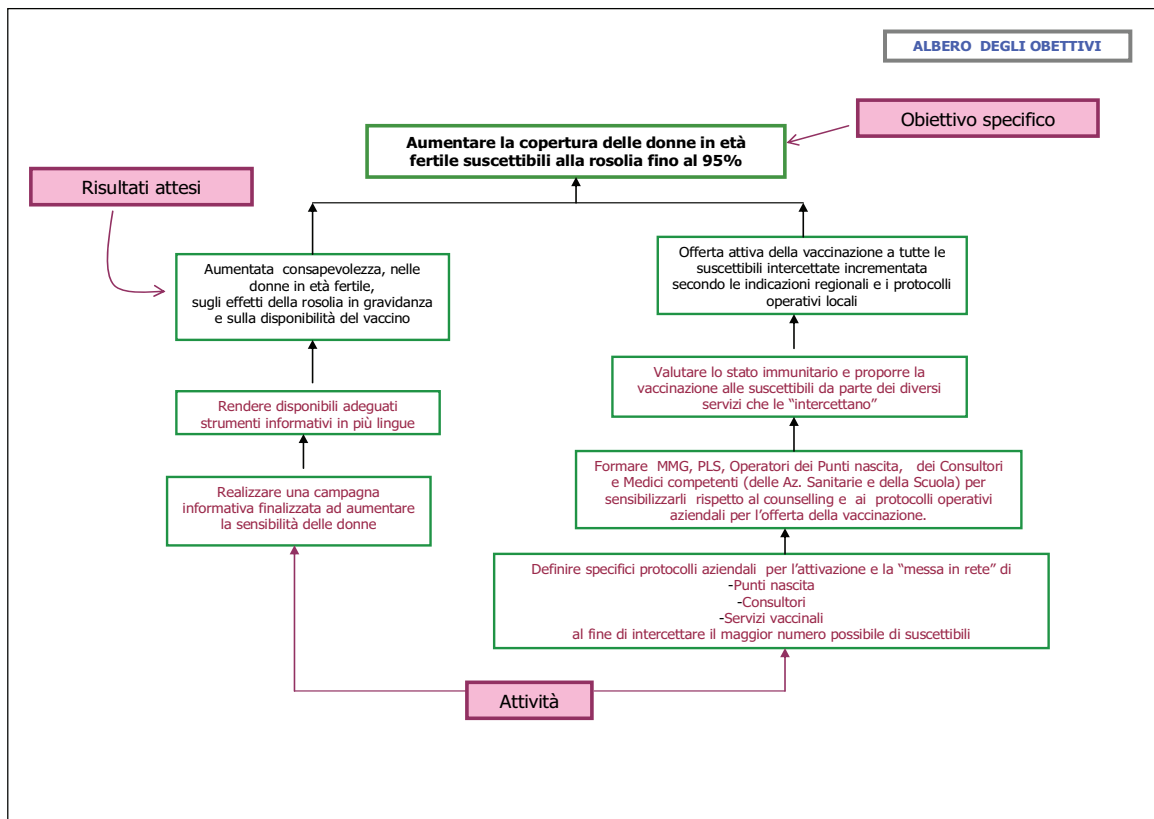
Nelle Az. USL 1 e 2, appena costituite, continua l'accorpamento delle sedi vaccinali già previsto nelle precedenti 4 Az. USL e si sta rivedendo l'intero sistema informatizzato per procedere ad uniformare il "minimum data set" e a migliorarne le prestazioni. Pertanto entro il 2013 il collegamento on line con tutti i Pediatri e i MMG sarà completato e quindi potranno verificare direttamente la copertura dei propri assistiti.

Gli obiettivi e i risultati attesi

Quanto alla vaccinazione dei nuovi nati, si ritiene di dover proseguire nel dare alle Aziende USL obiettivi di consolidamento delle coperture raggiunte, che nel 2012 sono state pari al 94,4 per la prima dose di MPR, mentre è sicuramente necessario implementare gli interventi già posti in essere per prevenire i casi di rosolia in gravidanza, intensificando ed estendendo l'impegno per identificare e vaccinare le donne in età fertile suscettibili alla rosolia in tutto il territorio regionale.

Si ribadisce la necessità di

- aumentare la 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);
- proporre la vaccinazione a tutte le suscettibili intercettate, in tutte le occasioni utili, da parte di tutti i Servizi coinvolgibili su scala regionale.



Principali azioni svolte, risultati raggiunti rispetto agli obiettivi 2010/2012 e prosecuzione del progetto.

Le Az. USL, al fine di coinvolgere e sensibilizzare gli operatori sanitari, hanno organizzato incontri per PLS e MMG con i Medici di Sanità Pubblica e le équipes territoriali e stanno procedendo al recupero delle suscettibili residenti delle coorti 1986/1989 con alcune difficoltà in quanto molte delle donne che non risultano vaccinate o non sono reperibili o non rispondono comunque all'invito.

Non è stato peraltro possibile verificare se le donne che non rispondono siano effettivamente suscettibili e non intendano vaccinarsi o hanno effettuato lo specifico test con esito positivo e perciò non si presentano al servizio vaccinale.

Il primo questionario destinato alle donne è stato predisposto e somministrato: l'analisi dei risultati ha evidenziato una percentuale di risposte esatte pari al 64% .

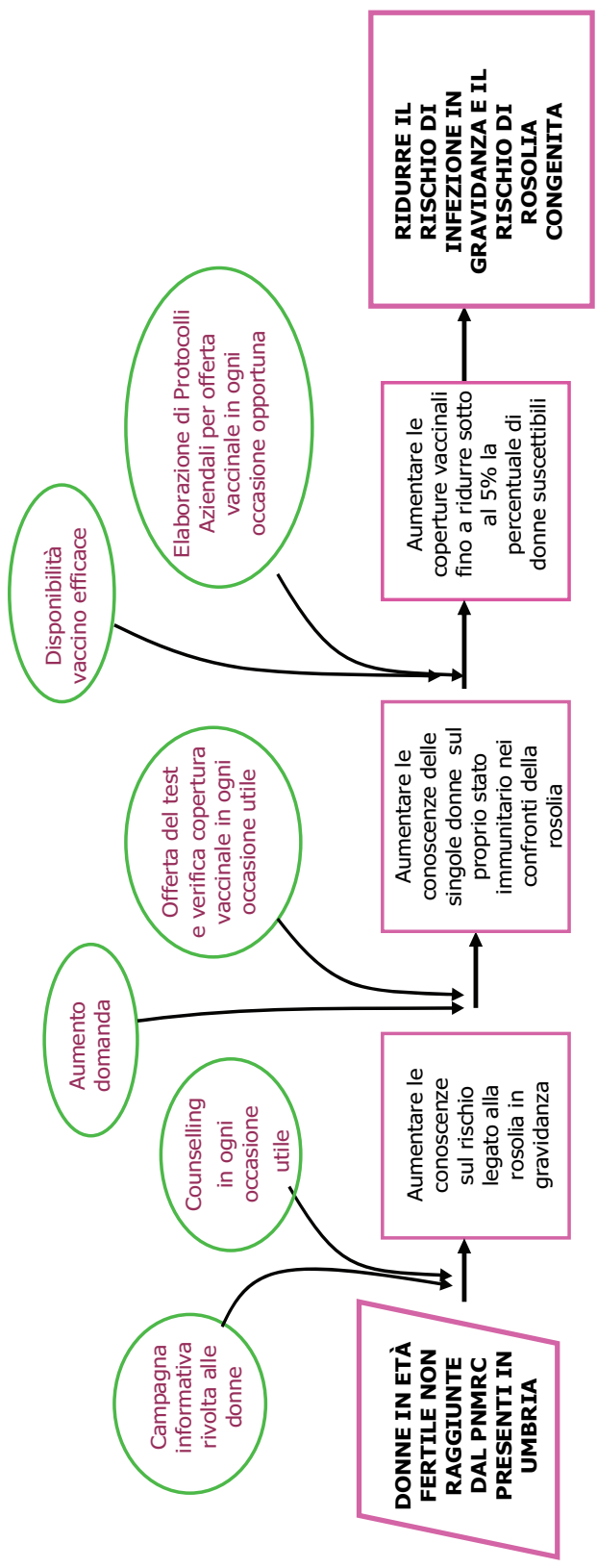
La ex Az. USL 2 di Perugia ha provveduto alla produzione di locandine da diffondere sul proprio territorio (C. Salute, ambulatori MMG, ecc.), che verranno utilizzate, nel corso del 2013, dalle nuove Az. USL 1 e 2.

A causa della revisione delle funzioni dell'Agenzia regionale Umbria Sanità, alla quale competevano gli aspetti amministrativi relativi alla comunicazione rispetto a capitolati e gare, si è verificato un ritardo nella produzione dei materiali informativi e, di conseguenza, nella somministrazione dei questionari.

Il materiale è stato progettato nel 2012 e il Servizio Prevenzione, Sanità veterinaria, Sicurezza alimentare ha provveduto autonomamente alla produzione di un opuscolo informativo sulle vaccinazioni per l'infanzia che verrà inviato alle famiglie dei nuovi nati insieme agli inviti per le vaccinazioni a partire dal 1 giugno 2013. Quindi il questionario sarà risomministrato una seconda volta nel mese di settembre per verificare se le informazioni contenute nel libretto sono state recepite.

Nelle Az. USL 1 e 2, appena costituite, continua l'accorpamento delle sedi vaccinali già previsto nelle precedenti 4 Az. USL e si sta rivedendo l'intero sistema informatizzato per procedere ad uniformare il "minimum data set" e a migliorarne le prestazioni. Pertanto entro il 2013 il collegamento on line con tutti i Pediatri e i MMG sarà completato e quindi potranno verificare direttamente la copertura dei propri assistiti.

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 che accedono ai servizi suscettibili alla rosolia fino al 95%	Livelli di adesione alla vaccinazione (n. donne in età fertile vaccinate/ donne in età fertile "intercettate" dai servizi)	Sistema Informativo Vaccinazioni	Registrazione nell'anagrafe vaccinale di tutte le vaccinazioni eventualmente 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 delle risposte esatte su questionario elaborato ad hoc e somministrato ad un campione di donne, prima e dopo la campagna informativa 2) campagna informativa realizzata	- Questionario anonimo compilato da parte di un campione di donne in età fertile intercettate nei servizi vaccinali dopo la campagna - Materiali prodotti e distribuiti	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1.	Realizzare una campagna informativa			
<i>Attività 1.1.1</i>	<i>Realizzare e distribuire i materiali informativi della campagna (Opuscolo informativo sulle vaccinazioni per l'infanzia da inviare alle famiglie dei nuovi nati insieme agli inviti per le vaccinazioni a partire dal 1 giugno 2013 e da distribuire ai Pediatri di libera Scelta; locandine, ecc...)</i>	<i>Esperti di comunicazione / grafici</i>	<i>- Produzione materiali: composizione, stampa</i>	
<i>Attività 1.1.2</i>	<i>Distribuire i materiali informativi entro giugno 2013, affinché siano spediti a partire da luglio 2013 ed inserirli nei siti istituzionali delle aziende USL</i>	<i>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 di donne madri dei nuovi nati invitate per la prima seduta vaccinale			

Attività 1.2.1	<i>Distribuire il questionario per raccogliere le informazioni nei Servizi vaccinali</i>	<i>Questionario già utilizzato nella prima rilevazione</i>	<i>Collaborazione Servizi ISP e Sedi vaccinali</i>
Attività 1.2.2	<i>Valutare i risultati del questionario</i>	<i>Gruppo di lavoro regionale</i>	
		Indicatori verificabili obiettivamente	Rischi e assunzioni
Risultato atteso 2	Incremento dell'offerta attiva della vaccinazione a tutte le suscettibili intercettate	N. donne vaccinate/segnalate ai servizi vaccinali da consultori e punti nascita	Attivazione, nella Azienda USL Umbria 2, di procedure operative aziendali per la vaccinazione delle donne suscettibili
		Mezzi e risorse	Costi
Attività 2.1	<i>Valutare lo stato immunitario e proporre la vaccinazione alle suscettibili da parte dei diversi servizi che le "intercettano", nelle due Aziende USL</i>	<i>Definizione e applicazione di Procedure Aziendali in tutti i Servizi e i Presidi coinvolti: Consultori, Punti nascita, Servizi Vaccinali</i>	<i>Collaborazione dei Servizi Aziendali (S. informativo Punti nascita) e con le Aziende Ospedaliere</i>
Attività 2.2	<i>Valutare le coperture e richiamare attivamente le non vaccinate appartenenti alle coorti di nascita 1988 -1989, nelle due Aziende USL</i>	<i>Anagrafe vaccinale/ Sistema informativo vaccinazioni</i>	<i>Acquisto dosi vaccino</i>

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 malattie infettive 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 - Associazioni femminili 				
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 dei livelli di copertura nelle dodicenni nel corso del triennio, grazie alla maggior sensibilizzazione del target attraverso l'attività di counselling svolta da Pediatri, MMG, Ginecologi ed Ostetriche.				
Risultati attesi	Aumentare, nelle famiglie e nelle ragazze, la consapevolezza del rischio legato all'HPV e dell'utilità della vaccinazione Implementare le attività di "recupero" delle ragazze non vaccinate appartenenti alle coorti alle quali il vaccino viene offerto attivamente.				
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2012		Valore dell'indicatore al 31/12/2013	
		Osservato	Atteso	Osservato	
N. risposte esatte/ n. domande x100	Questionario anonimo	Questionario somministrato prima della campagna informativa: percentuale di risposte esatte pari al 57% (valore atteso 50%)	Risposte esatte dopo la campagna informativa: 65%		
Copertura: vaccinate/popolazione target x100	Registrazioni S.I Vaccinazioni	Coorte 2000 I dose 82,64% II dose 80,99% III dose 77,94% Coorte 1999: I dose 81,57%, II dose 80,99% III dose 77,94%	Corte 2000 Copertura = 84% per I dose		

Il contesto e i problemiPrincipali azioni svolte, risultati raggiunti rispetto agli obiettivi 2010/2012 e prosecuzione del progetto.

Tutti i Pediatri di Libera Scelta vengono periodicamente informati sulle mancate vaccinazioni dei loro iscritti (per i vaccini previsti dall'attuale calendario vaccinale per i nuovi nati) affinché svolgano attività di counseling e di promozione delle vaccinazioni.

Poiché con L.R. 18/2012 è stata rivista l'organizzazione delle 4 Az. USL prevedendone l'accorpamento è in corso una revisione del S.I. delle vaccinazioni, al fine di implementare ed uniformare le anagrafi vaccinali sulla base delle indicazioni del PNPV e dei documenti allo studio del coordinamento delle Regioni (minimum data set). Inoltre, nelle nuove Az. USL 1 e 2, appena costituite, continua l'accorpamento delle sedi vaccinali

già previsto nelle precedenti 4 Az. USL, al fine di migliorarne le prestazioni. Anche il collegamento on line con tutti i Pediatri e i MMG sarà completo entro il 2013.

Il percorso formativo per Operatori della Sanità pubblica e dei Centri di salute è stato completato.

Il primo questionario è stato predisposto e somministrato: l'analisi dei risultati ha evidenziato una percentuale di risposte esatte pari al 57%.

A causa della revisione delle funzioni dell'Agenzia regionale Umbria Sanità, alla quale competevano gli aspetti amministrativi della comunicazione rispetto a capitolati e gare, si è verificato un ritardo nella realizzazione della campagna informativa. Tuttavia il materiale è stato progettato nel 2012 e il Servizio Prevenzione, Sanità veterinaria, Sicurezza alimentare ha provveduto autonomamente.

Il materiale informativo, pieghevoli, locandine, ecc., sarà inserito nel sito istituzionale della Regione Umbria e sarà distribuito nel mese di maggio 2013 alle Az. USL; i pieghevoli destinati alle famiglie (nei quali si è tenuto conto dei risultati dei questionari) saranno spediti insieme agli inviti per la vaccinazione a partire dal giugno 2013.

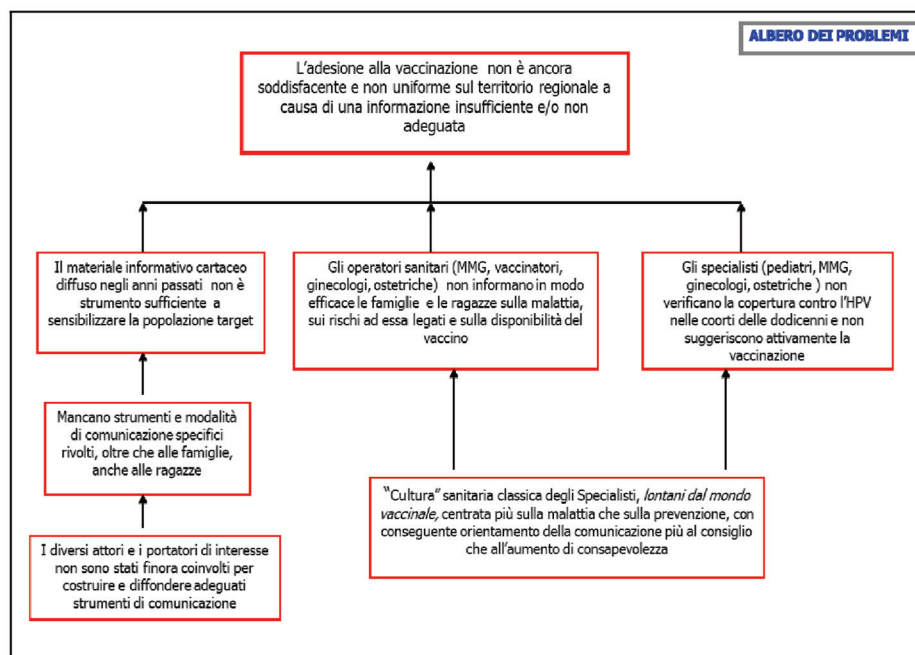
Dal mese di settembre saranno nuovamente distribuiti, presso le sedi vaccinali, i questionari già utilizzati per la prima rilevazione sullo stato delle conoscenze di un campione di donne madri di ragazze dodicenni invitate per la somministrazione della prima dose del vaccino contro l'HPV: la elaborazione delle informazioni raccolte permetterà di valutare l'impatto dei materiali informativi prodotti.

Come si evince dagli indicatori e dai dati che semestralmente vengono inviati all'ISS, nonché da quelli riportati nel riquadro relativo al valore dell'indicatore al 31.12.2012, continua il recupero delle non vaccinate in ogni occasione utile.

Nella Regione Umbria l'avvio della vaccinazione è avvenuto con un certo ritardo nell'autunno del 2008, pertanto, al fine allinearsi a quanto stabilito dal PNPV, è stata data indicazione alle Az. USL di predisporre un piano di recupero, chiamando alla vaccinazione due coorti in contemporanea: quella delle nate 2000 e delle nate 2001, a partire dall'ottobre 2012.

Sebbene le coperture vaccinali per HPV siano superiori al 80% per la I dose e intorno al 78% per la II dose nelle coorti delle nate nel 1999 e nel 2000, 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 da sempre aderente alle offerte del sistema sanitario e mantiene una buona compliance nei confronti dell'offerta vaccinale anche in ragione della vicinanza dei servizi alla cittadinanza, per poter incrementare ancora le coperture è necessario implementare l'attività di counseling diretta a favorire la vaccinazione da parte dei PLS, dei MMG e, soprattutto, da parte dei Ginecologi.



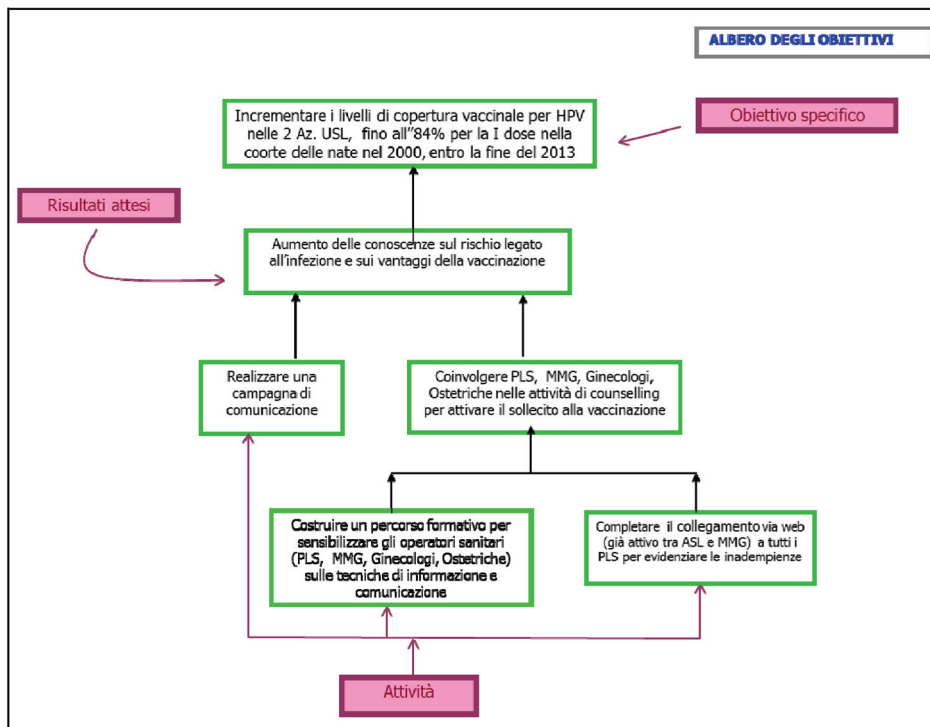
Gli obiettivi e i risultati attesi

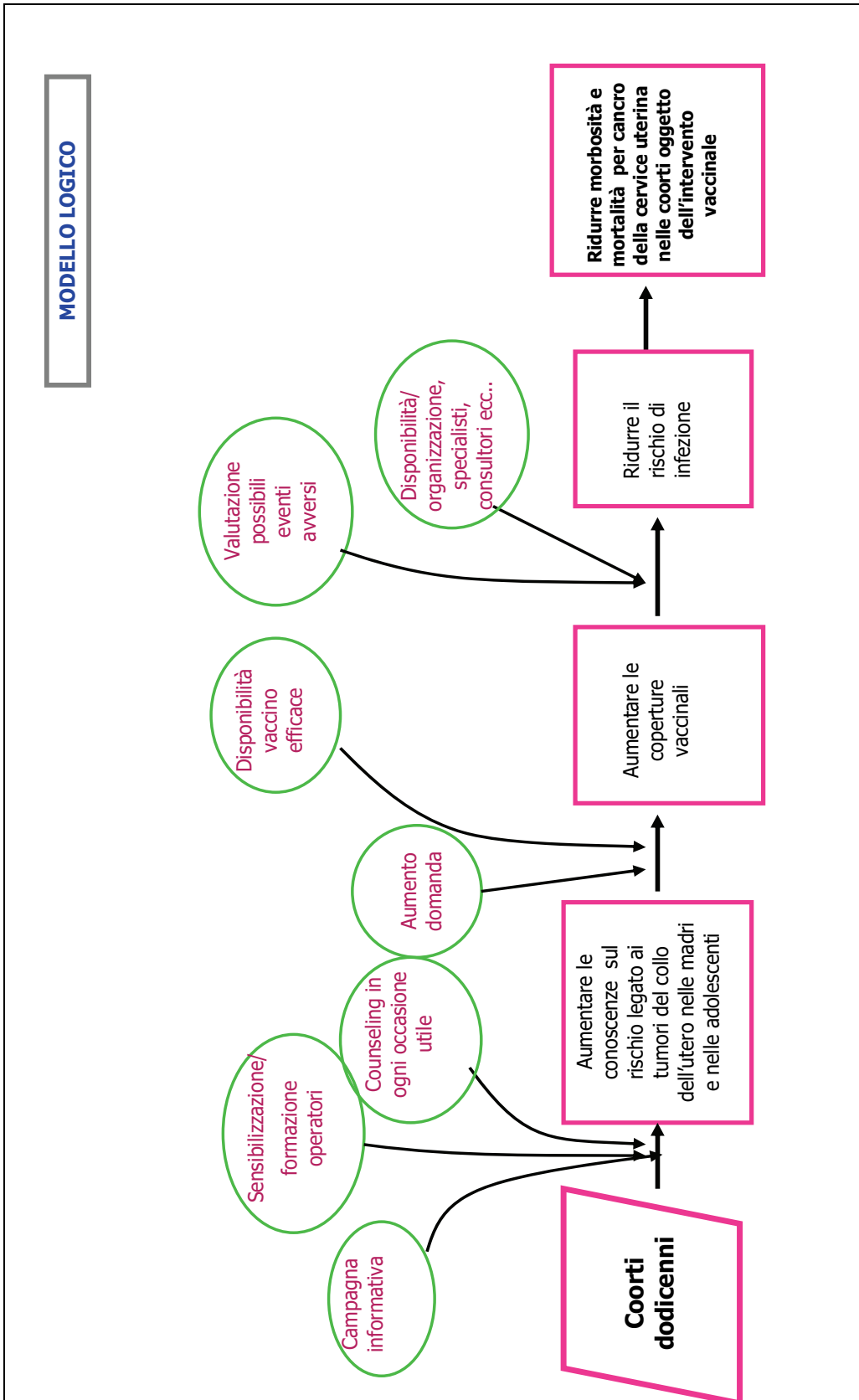
Lo scopo del presente progetto è quello tendere al raggiungimento degli obiettivi di copertura previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale .

Questo sarà possibile se migliora la consapevolezza sui rischi legati all'infezione e sulla possibilità di prevenzione che il vaccino offre, sia nelle famiglie (nelle madri in particolare, sensibilizzate anche allo screening), sia nelle adolescenti, tramite una specifica campagna informativa.

Per il coinvolgimento di Pediatri, Medici di Medicina Generale, Ginecologi e Ostetriche, affinché svolgano un ruolo sempre più attivo nella promozione della vaccinazione, saranno programmati e organizzati specifici incontri.

Verrà prodotto materiale informativo, pieghevoli, locandine, ecc., che sarà inserito nel sito istituzionale della Regione Umbria e spedito insieme agli inviti per la vaccinazione; si procederà quindi a valutarne l'impatto tramite i questionari già utilizzati una prima volta per rilevare le conoscenze delle madri rispetto all'infezione e alla vaccinazione.





Il quadro logico: attività e indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Incremento coperture coorte 2000 e avvio immunizzazione coorte 2001 entro 2013	Copertura vaccinale nelle coorti delle dodicenni nate nell'anno 2000	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 e dopo la campagna informativa	Questionario anonimo compilato da parte di un campione di donne che si recano presso 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, ecc...)</i>	<i>Esperti di comunicazione / grafici</i>	<i>Produzione materiali: composizione, stampa, Implementazione siti web regionale e delle ASL</i>	
<i>Attività 1.1.2</i>	<i>Distribuire i materiali informativi entro giugno 2013 ed inserirli nei siti istituzionali delle aziende sanitarie e della regione</i>	<i>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 di donne madri di ragazze dodicenni invitate per la prima seduta vaccinale			
<i>Attività 1.2.1</i>	<i>Distribuire il questionario nei Servizi vaccinali</i>	<i>Questionario già utilizzato nella prima rilevazione</i>		<i>Collaborazione Servizi ISP e Sedi vaccinali</i>
<i>Attività 1.2.2</i>	<i>Valutare i risultati del questionario entro dicembre 2013</i>	<i>Gruppo di lavoro regionale</i>		
		Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	
Risultato atteso 2	Coinvolgimento dei Pediatri di Libera Scelta e dei Ginecologi	Risposte alle specifiche domande del questionario	Questionario anonimo compilato da parte di un campione di donne che si recano presso i consultori o i servizi vaccinali	
		Mezzi e risorse	Costi	
<i>Attività 2.1.1</i>	<i>Incontro con i Ginecologi dei consultori</i>	<i>Gruppo di lavoro regionale</i>		
<i>Attività 2.1.2</i>	<i>Attività di aggiornamento destinata ai Pediatri</i>	<i>Gruppo di lavoro regionale</i>		

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^ **Reparto di Epidemiologia di Malattie Infettive (CNESPS, ISS)***Servizio Sanità Pubblica, Assessorato politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna.*** Direzione CNESPS (ISS)

2. La prevenzione universale

2.6 Prevenzione delle malattie per cui non c'è vaccinazione

2.6.1 Promuovere il miglioramento dell'attività di sorveglianza dell'HIV e del counseling

Target (beneficiari)	Popolazione residente Persone sieropositive		
Attori	<ul style="list-style-type: none"> - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare - Direzione Salute, Coesione Sociale, società della Conoscenza - Regione Umbria - Università degli Studi di Perugia - Centri di diagnosi e cura delle infezioni da HIV - Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione 		
Portatori di interesse	Popolazione generale Persone sieropositive		
Obiettivo di salute	Contribuire alla riduzione dell'incidenza dell'infezione da HIV		
Descrizione sintetica	Il progetto è finalizzato a: - mantenere un adeguato controllo dell'andamento epidemiologico della malattia attraverso la tenuta sistematica del sistema di sorveglianza; - individuare i punti di restituzione del test secondo una distribuzione ragionata sul territorio regionale per consentire una adeguata formazione degli operatori front office che effettuano il counseling;		
Risultati attesi	Dati annuali regionali aggiornati sull'andamento dell'infezione. Dati regionali inseriti nel S.I. del COA. Rete dei i punti di restituzione dei risultati del test definita su scala regionale Personale individuato per il counselling formato		
Indicatori	Fonti di verifica	Valore indicatore al 31.12.2013	
		Atteso	Osservato
Dati sorveglianza disponibili	Relazione regionale	Relazione 2013 redisponibile	
Rete dei punti di restituzione	Documenti aziendali	Relazione aziendale con la specifica definizione dei punti di restituzione entro settembre 2013	
Percorso formativo per gli operatori dedicati al counseling	Documenti Seminari/corsi	Percorso formativo progettato ed inserito nel piano formativo 2013-2015	

Il contesto e i problemi

L'infezione da HIV presenta, in generale, una incidenza annuale che non accenna a diminuire, neppure nei paesi occidentali nei quali l'utilizzo della terapia antiretrovirale dovrebbe contribuire al contenimento della sua diffusione.

Il fenomeno è sostenuto dalla prevalenza dell'infezione in persone non consapevoli della infezione, dal ritardo con il quale viene avviata la terapia, dal mancato completo controllo della replicazione virale nei soggetti trattati, dal mancato utilizzo di sistemi di barriera nei rapporti sessuali.

Per quanto riguarda l'Umbria, al fine di valutare l'andamento dell'infezione, dando seguito al decreto del Ministro della Salute 31 marzo 2008 (che prevedeva l'inserimento dell'infezione da HIV nell'elenco delle malattie infettive soggette a notifica obbligatoria), è stato predisposto uno specifico progetto del Piano Regionale della Prevenzione finalizzato alla riattivazione del sistema di sorveglianza dell'infezione.

Il progetto ha consentito di creare una rete regionale per la sorveglianza dell'infezione da HIV e di individuare una struttura di riferimento per la raccolta sistematica e completa dei dati relativi ai test eseguiti con esito positivo, così da disporre degli elementi di base indispensabili alla valutazione del rischio da infezione nella popolazione umbra e alla programmazione di interventi di prevenzione. In particolare il Sistema di sorveglianza ha 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 di assistenza.

Per riattivare la sorveglianza si è provveduto a:

- a) coinvolgere tutti i Centri di diagnosi e cura delle infezioni da HIV presenti sul territorio regionale che rispondono ai criteri individuati dal decreto ed identificare, all'interno delle strutture suddette, Referenti incaricati dei flussi relativi alla sorveglianza;
- b) attivare il confronto e l'accordo con le Associazioni sui contenuti della Scheda di rilevazione dell'infezione che verrà inserita nel Sistema Informatizzato delle Malattie Infettive in uso nelle Az. Sanitarie dell'Umbria;
- c) attivare il flusso delle schede di rilevazione dai Centri di diagnosi e cura del Sistema Sanitario Regionale ad uno dei Centri suddetti (S.C. Malattie Infettive - Università degli Studi di Perugia/Az. Ospedaliera di Perugia) al quale è stato assegnato il compito di:
 - raccogliere le schede relative ai casi di sieropositività compilate in Umbria e verificarne la completezza;
 - compilare on-line (nella piattaforma web nazionale dell'ISS) la scheda di sorveglianza prevista dallo specifico Decreto Ministeriale;
 - elaborare annualmente i dati raccolti predisponendo un rapporto sintetico; garantire il ritorno dei dati elaborati per territorio alle Az. USL e al competente Servizio Regionale .

Il sistema di sorveglianza così strutturato sta funzionando "a regime" ed ha consentito la raccolta e la elaborazione dei dati relativi agli anni 2009-2012, permettendo alla Regione Umbria di partecipare attivamente anche alla sorveglianza nazionale ed evidenziando le criticità ed i problemi esistenti.

I risultati della sorveglianza in Umbria negli anni 2009 - 2012

Dai dati raccolti dal Sistema di sorveglianza nel 2012 sembra confermato il trend in incremento della incidenza di nuove infezioni da HIV, già osservato nel 2011.

Distribuzione per sesso dei test positivi. Anni 2009/2012. Umbria

Anno	Maschi	Femmine	Totale
2009	34 (74%)	12 (26%)	46 (100%)
2010	28 (76%)	9 (24%)	37 (100%)
2011	41 (67%)	20 (33%)	61 (100%)
2012	48 (71%)	20 (29%)	68 (100%)
Totale	151 (72%)	61 (28%)	212 (100%)

A fronte di 61 nuovi casi osservati in ambito regionale nel 2011 (+ 76% rispetto all'anno precedente) al 31 dicembre 2012, sono state diagnosticate 68 nuove infezioni da HIV, riguardanti nel 40% dei casi soggetti residenti in Umbria, ma non nati in Italia.

Numero casi per residenza. Anni 2009/2012. Umbria

Anno	Umbria	Altra regione/Estero	Non indicato	Totale
2009	43	3	-	46
2010	32	4	1	37
2011	51	6	4	61
2012	60	7	1	68
Totale	186 (88%)	20 [#] (9%)	6 (3%)	212 (100%)

[#] 7 Lazio, 4 Toscana, 2 Puglia, 1 Lombardia, 1 Campania, 1 Basilicata, 1 Sicilia, 3 Estero

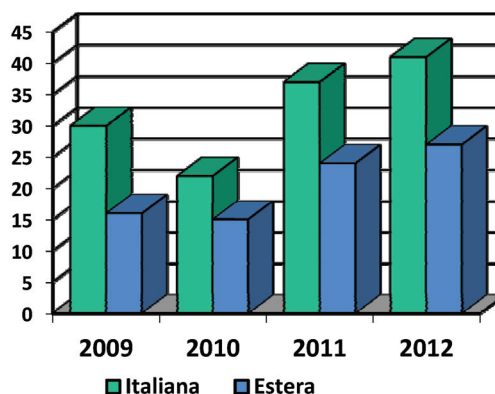
Incidenza annuale in residenti. Anni 2009/2012. Umbria

Anno	Residenti in Umbria n° casi	Incidenza /100.000 ab.*
2009	43	4,8
2010	32	3,6
2011	51	5,6
2012	60	6,6

* Popolazione residente al 1° gennaio 2009, 2010, 2011 e 2012 - dati ISTAT

N° casi per nazionalità. Anni 2009/2012. Umbria

Anno	Italiana	Estera	Totale
2009	30 (65%)	16 (35%)	46 (100%)
2010	22 (59%)	15 (41%)	37 (100%)
2011	37 (61%)	24 (39%)	61 (100%)
2012	41 (60%)	27 (40%)	68 (100%)
Totale	130 (61%)	82 (39%)	212 (100%)



Il 20 % circa delle "nuove infezioni" riguarda in realtà soggetti in fase avanzata di malattia, con una presumibile storia clinica di almeno 7 anni: la estensione del fenomeno si accompagna alla circolazione (soprattutto in persone nate all'estero) di sottotipi non-B, anche resistenti ad alcuni farmaci antiretrovirali.

N° casi per stadio clinico CDC. Anni 2009/2012. Umbria

Anno	Stadio CDC									Totale
	A1	A2	A3	B1	B2	B3	C1	C2	C3	
2009	13	13	4	1	0	2	0	1	12	46
2010	13	12	4	0	0	3	1	0	4	37
2011	20	13	4	1	0	8	2	0	13	61
2012	18	19	9	0	4	4	0	2	12	68
Totale	64	57	21	2	4	17	3	3	41	212

Anche l'età alla diagnosi risulta in aumento come nel resto del Paese, infatti l'età mediana della diagnosi è di 39 anni per gli uomini e di 33 anni per le donne.

Età mediana alla diagnosi. Anni 2009/2012. Umbria

Anno	Maschi		Femmine	
	Età mediana (anni)	Range (anni)	Età mediana (anni)	Range (anni)
2009	42	(20-72)	31	(25-48)
2010	37	(22-70)	33	(26-76)
2011	42	(21-71)	36	(21-58)
2012	39	(21-66)	32	(24-67)
Totale	40	(20-72)	32	(21-76)

Questo andamento dell'infezione consiglia un approfondimento ulteriore della sorveglianza ormai a regime, garantito dalla stipula di un ulteriore accordo con l'Università di Perugia.

Inoltre, i test utilizzati finora per la diagnosi di infezione da HIV, stabiliscono soltanto se un soggetto è infetto o no, ma non permettono di stabilire il lasso di tempo intercorso dal momento dell'infezione fino al primo test che risulta positivo. Pertanto è possibile sapere approssimativamente il numero delle persone che ogni anno risultano anti-HIV positivi per la prima volta, ma le nuove diagnosi di infezione non possono essere considerate effettivamente "nuove infezioni" (salvo che non sia documentata la conversione), poiché non è possibile classificarle come infezioni recenti, poiché potrebbero anche essere riferite a vecchie infezioni mai diagnosticate prima. Ulteriore elemento a conferma di quanto sopra è costituito dal fatto che, frequentemente, negli ultimi anni, le infezioni vengono diagnosticate contemporaneamente all'AIDS.

Risulterebbe quindi utile conoscere la "datazione" dell'infezione, sia per scopi epidemiologici (sorveglianza di infezione, incidenza) che clinici: questo è possibile utilizzando metodiche atte a valutare l'avidità anticorpale, in base al principio che questa tende ad un progressivo incremento nei mesi successivi all'infezione primaria e persiste nelle infezioni croniche.

Infatti poiché l' "avidità anticorpale" (cioè la maturità degli anticorpi prodotti dal soggetto infetto) è bassa nei primi 6 mesi dopo la sierconversione, è possibile, attraverso la misura di questo valore, conoscere quanti siano i soggetti infettatisi recentemente. Dopo i primi mesi si ha un aumento rapido dell'avidità anticorpale, per poi giungere ad una stabilizzazione nella fase avanzata di infezione.

Negli ultimi anni, su input dell'Istituto Superiore di Sanità, presso il Laboratorio di Microbiologia dell'A.O. di PG è stato utilizzato, in via sperimentale, un test su alcuni sieri risultati HIV-positivi al fine di identificare le infezioni recenti (<6 mesi dall'infezione) e sono stata evidenziate, negli anni dal 2009 al 2012, solo 13 casi di infezione recente su 93 test eseguiti.

Risultati dell'Avidity test su campioni raccolti presso la Clinica di Malattie Infettive di PG. Anni 2009/2012

Anno	N° casi rilevati dalla Clinica di Malattie Infettive di Perugia	N° casi con test di Avidity eseguito	Infezione recente (Avidity \leq 0,8)		
			N° casi	CD4	
				mediana	(range)
2009	31	14	1	435	(435)
2010	24	13	1	289	(289)
2011	45	35	6	650	(167-770)
2012	50	31	5	425	(140-623)
Totale	150	93	13	435	(140-770)

Il counseling

La L. 135/90 "Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS" disciplina anche i principali aspetti connessi alla tutela della privacy, nonché le procedure organizzative da attivare.

L'art. 5, comma 3, stabilisce che fare il test è un atto volontario e che nessuno può esservi sottoposto senza il proprio consenso esplicito; il comma 4 stabilisce che la comunicazione dei risultati degli accertamenti diagnostici diretti o indiretti per infezione da HIV può essere restituita esclusivamente alla persona cui tali dati sono riferiti.

Il "Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test per HIV in Italia", pubblicato sulla G.U. serie generale n. 191 del 18 agosto 2012, all' art. 2 menziona tra i principi fondamentali quello della garanzia della riservatezza della persona stabilendo che i Centri che eseguono il test devono garantire la possibilità di esecuzione del test in anonimato su richiesta dell'interessato, definendo un'apposita procedura. Lo stesso "Documento" annovera il "diritto all'informazione", infatti l'effettuazione *del test e la consegna del suo risultato, sia con esito negativo sia positivo deve accompagnarsi all'offerta di informazioni sull'infezione da HIV e all'offerta di servizi da parte di personale adeguatamente formato.*

In seguito all'attivazione delle procedure inerenti il progetto "refertazione on-line", sviluppato recentemente nelle Aziende Sanitarie Locali umbre, si sono però evidenziati problemi rispetto alla consegna dei risultati del test per l'HIV: per tali test, analogamente a quelli genetici, è infatti espressamente vietata la pubblicazione

on-line dei risultati (Linee guida del Garante - 19 Novembre 2009), ragione per cui è necessario individuare percorsi alternativi per la consegna diretta all'interessato.

Da un primo confronto sulle procedure in uso (relative all'accesso al Test, all'applicazione delle specifiche esenzioni, al counseling e alla presa in carico delle persone sieropositive) è stato possibile verificare che tali procedure non sono uniformi sul territorio regionale.

Gli obiettivi e i risultati attesi

Per contribuire alla riduzione dell'incidenza dell'infezione da HIV è fondamentale mantenere una adeguata sorveglianza epidemiologica dell'andamento della malattia, al fine di:

- approfondire le conoscenze sulle le modalità di trasmissione e sui sottogruppi a rischio attuali;
- stimare l'incidenza reale e valutarne trend temporali e geografici;
- interpretare i dati di prevalenza;
- fare proiezioni dell'andamento futuro, pianificare risorse ed interventi di prevenzione;
- offrire precocemente la terapia ai soggetti infetti;
- comprendere meglio i cambiamenti nella trasmissione del virus e identificare sottogruppi di popolazione a maggior rischio di acquisire l'infezione sui quali focalizzare interventi di informazione e prevenzione;
- pianificare e verificare l'efficacia di interventi di prevenzione.

Accanto all'accordo sopracitato con l'Università degli Studi di Perugia verranno quindi avviate le consultazioni con le Direzioni Sanitarie delle 2 Az. USL e delle Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni, affinché siano individuati i punti di restituzione dei Test nei quali operi personale adeguatamente formato.

Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Contribuire alla riduzione dell'incidenza dell'infezione da HIV			
Risultato atteso 1	Mantenuto un adeguato controllo dell'andamento epidemiologico della malattia attraverso la tenuta sistematica del sistema di sorveglianza;	Relazione sull'andamento dell'infezione con particolare attenzione ai "gruppi a rischio"	Rapporto Sorveglianza 2013	
Risultato atteso 2	Punti di restituzione del test Individuati secondo una distribuzione ragionata sul territorio regionale;	Individuazione punti restituzione Documenti Seminari/corsi	Documenti aziendali	
		Mezzi	Costi	
Attività 1.1.	Sottoscrivere specifico protocollo d'intesa con l'Università per migliorare il sistema di sorveglianza	Atto regionale	Contributo alla Università di Perugia	
Attività 1.1.1	<ul style="list-style-type: none"> Valutare l'incidenza e l'andamento temporale delle nuove infezioni da HIV in Umbria, con particolare attenzione sulla trasmissione virale nelle e tra le diverse etnie e in funzione dei comportamenti a rischio. 	<i>Analisi schede sorveglianza Ricerca sottotipi virali</i>		
Attività 1.1.2	<ul style="list-style-type: none"> Raccogliere ed elaborare le informazioni sul numero effettivo delle nuove infezioni (<6 mesi) Individuare Punti di restituzione del test che offrano counseling appropriato 	<i>Estensione dell' "Avidity test" sui campioni positivi</i>		
Attività 2.1.	<ul style="list-style-type: none"> Progettare percorso informativo/formativo destinato agli operatori sanitari addetti alla consegna dei risultati dei test 	<i>Gruppo di lavoro</i>		
Attività 2.1.1				

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 Salute, Coesione Sociale, società della Conoscenza - Regione Umbria - Università degli Studi di Perugia - Aziende ospedaliere /Az. USL : Presidi ospedalieri, Servizi/Ambulatori Pneumologici Territoriali, Servizi di Igiene e Sanità Pubblica - MMG/PLS 		
Portatori di interesse	<ul style="list-style-type: none"> - Popolazione residente /Popolazione residente immigrata - Centri culturali, Associazioni, Mediatori culturali 		
Obiettivo di salute	Ridurre la morbosità per TBC con particolare attenzione alle popolazioni a rischio		
Descrizione sintetica	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione/estensione sorveglianza sugli esiti del trattamento e valutazione epidemiologica in collaborazione con la clinica di Malattie Infettive di Perugia • Definizione dei protocolli operativi locali nelle due nuove Az. USL • 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. 		
Risultati attesi	Percorsi specifici definiti a livello locale, in base al protocollo regionale approvato nel 2012, con particolare attenzione alla popolazione straniera e produzione di adeguato materiale informativo		
Indicatori	Fonti di verifica	Valore indicatore al 31.12.2013	
		Atteso	Osservato
Messa a punto scheda notifica integrata con sorveglianza degli esiti del trattamento (casi TB polmonare).	Sistema di notifica regionale	Scheda adottata e inserita nel Sistema Informativo di notifica delle Malattie Infettive	
Protocolli adottati in ciascuna Az. Sanitaria	Atti aziendali	Percorsi ridefiniti in base al protocollo regionale approvato nel 2012, con particolare attenzione alla popolazione immigrata	
Predisposizione percorso formativo specifico a livello regionale per i MMG	DGR	Approvazione percorso formativo e avvio entro dicembre 2013	

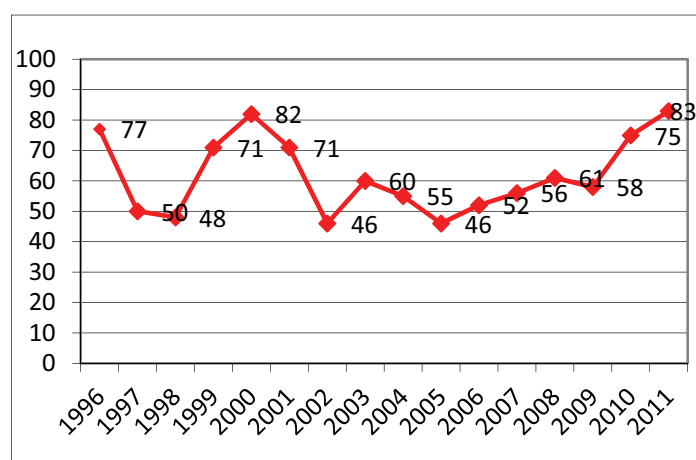
Il contesto e i problemi

Nel mondo i paesi più colpiti dalla TB sono quelli dell'Africa sub-Sahariana, dell'Asia e dell' Europa centro-orientale e nei paesi europei si passa da una incidenza del 5/10⁵ della Norvegia ad un 198/10⁵ del Tajikistan. Inoltre, mentre nei paesi occidentali tale patologia riguarda i soggetti in età più avanzata e quelli genericamente immunodepressi, in quelli ad incidenza più elevata colpisce prevalentemente gli adolescenti e i giovani adulti.

Un problema emergente a livello globale è costituito dalla tubercolosi multi resistente (MDR-TB) derivante soprattutto da errori nel controllo clinico della evoluzione della malattia, da impossibilità alla esecuzione di test di sensibilità sugli isolati, dalla mancata compliance dei pazienti in trattamento. Pertanto va sempre posto un forte sospetto di resistenza farmacologica o di MDR in soggetti con precedenti interventi terapeutici e nei casi di fallimento.

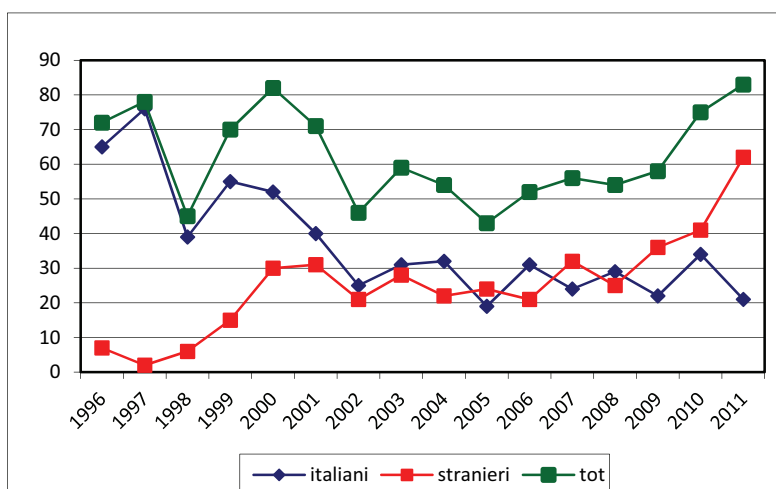
La crisi socio-economica, le scarse risorse complessive e il deterioramento delle strutture sanitarie nei paesi dell'Est europeo hanno portato ad un'alta incidenza della TB che, peraltro, è spesso associata al fenomeno della MDR e della XDR. I paesi europei hanno il più basso "rate" di successo della terapia dopo il continente africano nei nuovi casi di TB e questo è dovuto al fenomeno della MDR-TB, intesa sia come patologia trasmessa " *ab initio* ", sia come patologia emersa durante il trattamento a causa di un insufficiente controllo sanitario o per una mancata compliance del soggetto in terapia. Poiché nelle regioni orientali il fenomeno della MDR raggiungeva un 15.8%, nel 2007 è stato avviato un piano europeo (Plan to Stop TB in 18 High-priority Countries in the WHO European Region, 2007–2015), per contrastare la diffusione della TB e della MDR-TB nei paesi europei a più alta incidenza di tubercolosi, quali per esempio Russia, Ucraina, Estonia e Romania. I primi risultati sembrano che si stiano ottenendo nei paesi baltici ove la DOT ("*direct observed therapy*") si è dimostrata efficace nel contrastare il fenomeno della diffusione della MDR-TB. In Umbria, complessivamente, negli anni che vanno dal 1996 al 2011 sono stati notificati tramite il Sistema Informativo delle Malattie Infettive un totale di 991 casi, di cui 83 casi solo nell'ultimo anno.

Casi di TBC notificati in Umbria. Anni 1996 - 2011



Analizzando i casi notificati in Umbria fra il 1996 e il 2011 in base alla nazionalità, si nota un netto decremento del numero di infezioni nei cittadini italiani a partire dal 1999 (che poi tendono a rimanere stabili), mentre dal 1998 si è registrato un progressivo aumento delle notifiche di casi malattia in cittadini stranieri.

Casi di TBC notificati in Umbria in cittadini italiani e stranieri. Trend 1996 – 2011



Al 31.12.2010, in Umbria, la popolazione straniera residente (da fonte ISTAT) risultava pari all'11% dei residenti totali, con una netta tendenza all'aumento: infatti al 31.12.2004 risultava essere il 6,8%. L'incremento degli stranieri residenti in Umbria nel corso degli ultimi anni è stato maggiore rispetto al resto del Paese (in Italia i residenti stranieri erano il 4,5% al 31.12.2004 e il 7,5% al 31.12.2010).

Di conseguenza, nel periodo compreso fra il 2002 e il 2008, durante il quale si è verificato pressoché lo stesso numero di casi sia negli italiani che negli stranieri, la morbosità risultava già almeno dieci volte più alta in quest'ultima quota della popolazione rispetto a quella italiana.

Negli ultimi due anni considerati (2010 e 2011) i casi di infezione in cittadini stranieri hanno poi rappresentato la maggioranza dei casi, contribuendo significativamente all'incremento generale.

Presso la sola Clinica di Malattie Infettive di Perugia nel decennio 2001-2010 sono stati osservati 214 casi di tubercolosi, di cui circa l'80% con interessamento polmonare: il 66% dei pazienti ricoverati era costituito da soggetti non nati in Italia, provenienti nei due terzi dei casi dall'Europa Orientale e dall'Africa. Nel complesso ben il 61,2% dei soggetti ricoverati proveniva da regioni ad alta endemia di tubercolosi, cioè da regioni con incidenza $> 10/10^5$.

L'alta incidenza di tubercolosi in molte aree europee, quali ad esempio la Romania intensamente coinvolta nei fenomeni migratori in Umbria, il livello elevato di MDR, la comparsa di XDR, i focolai epidemici nel crescente bacino dei sieropositivi per HIV europei e la crescente mobilità delle popolazioni, rendono quindi la TB una potenziale emergenza anche nel nostro territorio.

Questo fenomeno merita perciò uno studio approfondito anche in Umbria al fine di valutare anche se il fenomeno della TB in generale, della MDR-TB e/o XDR-TB siano frutto di riattivazioni o di circolazione di nuovi ceppi in ambito regionale, che possono condizionare le future strategie di prevenzione.

Dall'analisi del contesto regionale si evince che le persone che si trovano nella particolare condizione di «immigrato» hanno un maggior rischio di sviluppare la tubercolosi in conseguenza delle condizioni di fragilità sociale.

Una volta contratta la malattia, gli stili di vita legati alle diverse culture, ma, più spesso, le situazioni di indigenza, comportano un aumentato rischio di mancata guarigione (maggior frequenza di esiti sfavorevoli del trattamento per diverse motivazioni) e quindi una maggiore possibilità di sviluppare un'infezione da M. tuberculosis multi-resistente.

L'applicazione del nuovo Protocollo regionale per la prevenzione e il controllo della tubercolosi in Umbria, che prevede la messa a punto del sistema di sorveglianza, dell'intero percorso di diagnosi e cura e l'approvazione di protocolli operativi locali (da ridefinire dopo l'accorpamento definitivo delle 4 Az. USL nelle due nuove aziende), può essere un'occasione per dare risposta concreta all'acutizzarsi della minaccia della tubercolosi, soprattutto in alcune categorie di popolazione.

Il contenimento della diffusione della tubercolosi, infatti, dipende insieme da più fattori: dalla diagnosi precoce, da una terapia efficace, dagli esiti del trattamento e dal controllo della guarigione clinica. Viene considerata peraltro indispensabile la collaborazione dei MMG, sia per attivare tutti i percorsi necessari all'approfondimento diagnostico tempestivo per ogni caso sospetto, sia per migliorare la compliance alla terapia, una volta accertata la malattia.

L'approvazione del protocollo regionale va nel senso delle strategie nazionali indicate dall'Intesa fra Governo, Regioni e Province autonome del 20.12.2012 (pubblicata sul S.O.G.U. n. 9 del 7.2.2013) su documento "Controllo della tubercolosi: Obiettivi di salute, standard e indicatori 2013-2016" che prevede, considerata la situazione Italiana, alcuni precisi impegni a livello locale:

- migliorare il sistema di sorveglianza della TBC dotandosi di quelle fonti informative aggiuntive rispetto alla notifica dei casi, necessarie ad assicurare esaustività e disponibilità di dati sulla performance dei programmi di controllo;
- implementare le attività di controllo della tubercolosi in merito alla gestione dei contatti di caso, alla corretta gestione dei casi di tubercolosi in ambito assistenziale e alla gestione della tubercolosi nella popolazione immigrata;
- attivare programmi di formazione dell'assistenza primaria

Gli obiettivi e i risultati attesi

Considerato quanto sopra, ad integrazione di quanto già previsto nel progetto del Piano Regionale della Prevenzione 2010/2012 "Ridurre la diffusione della tubercolosi nella popolazione immigrata, attraverso il miglioramento dei percorsi di controllo, diagnosi e cura", e in linea con il citato documento di intesa Stato/Regioni, nel corso del 2013 dovranno essere perseguiti ulteriori obiettivi per migliorare l'approccio complessivo al problema.

In particolare si prevedono:

- l'implementazione del Sistema informativo delle malattie infettive con l'inserimento on line della scheda relativa agli esiti del trattamento e con la possibilità di inserimento diretto, da parte del laboratorio della OUC di Microbiologia della Università di PG degli esiti degli esami colturali,
 - l'approfondimento dell'analisi epidemiologica, con particolare attenzione alla popolazione considerata "a rischio";
 - la ridefinire percorsi assistenziali individuabili tramite l'approvazione e l'attivazione di protocolli operativi locali;
 - la progettazione di un ulteriore percorso formativo specifico rivolto ai MMG.
- così come descritto nel quadro logico che segue.

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	Notifiche/SDO Notifiche TB POLM/ schede esiti	Sistema di notifica m. i. Schede sugli esiti del trattamento SDO	
Risultato atteso 1	Migliorata la sorveglianza epidemiologica sull'andamento della TB in Umbria	Rapporto sull'andamento della malattia tubercolare con particolare attenzione alla popolazione considerata "a rischio"	Sistema di notifica m. i. Schede sugli esiti del trattamento SDO	
Risultato atteso 2	Percorsi assistenziali delle persone affette da tubercolosi ridefiniti in ciascuna delle due nuove Aziende USL	- protocolli operativi locali adottati	Atti aziendali	
		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	<i>Approfondire la conoscenza del fenomeno dal punto di vista epidemiologico: studiare la diffusione dell'infezione in popolazioni differenti, valutare gli esiti del trattamento, l'andamento delle forme MDR, la mortalità, le coinfezioni HIV-TB.</i>	<i>Analisi:</i> - Sistema di notifica m.i. - Schede sugli esiti del trattamento - SDO - Registri mortalità		
Attività 2.1	<i>Condividere tra le 2 Az. USL (Presidi Ospedalieri, Servizi ISP, Servizi Pneumologici Territoriali, Servizi sociali) e le 2 Aziende Ospedaliere, ruoli, compiti e flussi informativi per la gestione dei casi e dei contatti (con particolare attenzione ai casi dimessi e in terapia)</i>	<i>Incontri tra Aziende e Servizi interessati per condividere e definire modalità di gestione congiunta dei casi e dei contatti, compiti e organizzazione.</i> <i>Protocolli operativi locali ridefiniti nelle due Az. USL</i>		
Attività 2.2	<i>Costruire un percorso formativo regionale per MMG e PLS sull'attuazione del protocollo regionale e sul counseling</i>	<i>Gruppo di lavoro regionale</i>	<i>piano formativo regionale</i>	
Attività 2.3	<i>Definire le strategie necessarie a migliorare la percezione del rischio e ad informare la popolazione immigrata sulla modalità di fruizione dei percorsi diagnostico-terapeutici disponibili</i>	<i>Gruppo di lavoro con Mediatori culturali e Associazioni</i>	<i>Progettazione materiale informativo specifico in più lingue</i>	

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 mettere a regime le attività di vigilanza sull'applicazione del regolamento REACH/CLP, nonché di informare le imprese rispetto alle adempimenti normativi.			
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 31/12/2012	Valore dell'indicatore al 31/12/ 2013	
			Atteso	Osservato
Seminario informativo con le Associazioni di categoria delle imprese			Seminario effettuato	
N° imprese che hanno fatto la registrazione preliminare a cui è stata inviata la lettera informativa e il questionario		0	100%	
N° controlli annuali su imprese secondo REF 1, REF 2 e REF 3	Sistema informativo SPSAL	4	4	
N° aziende in cui sono state valutate le schede di sicurezza delle sostanze chimiche secondo REACH/CLP/ N° aziende programmate	Sistema informativo SPSAL	25	24	

Il contesto

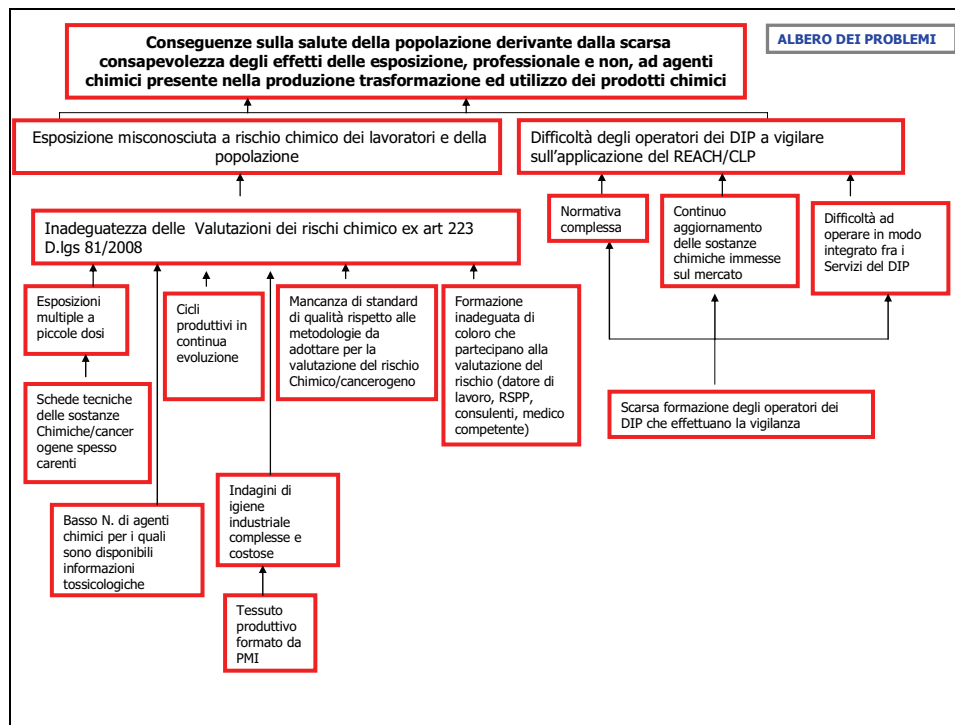
Nonostante il mercato registri ogni anno l'immissione di nuove sostanze chimiche, per molte di queste e soprattutto per quelle già in uso non si conoscono gli effetti sulla salute per l'uomo; infatti il vecchio sistema di gestione delle sostanze chimiche prevedeva che mentre le "nuove" sostanze, fossero 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:

- ✚ mettere a regime la complessa attività di vigilanza sull'applicazione del regolamento REACH, in applicazione dei programmi REF 1 e REF 2;
- ✚ sensibilizzare le imprese di dimensioni più grandi rispetto alla normativa REACH e CLP in collaborazione con le Associazioni;
- ✚ informare le aziende che hanno fatto la registrazione preliminare delle scadenze per la registrazione, raccogliere informazioni sulle sostanze utilizzate ed eventualmente programmare il controllo.

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"> • Seminario effettuato • Lettera informativa inviata a tutte le imprese che hanno effettuato la registrazione preliminare per il regolamento REACH con questionario sulle sostanze utilizzate 		
		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		
Attività 1.2	Realizzare una informazione alle imprese che hanno effettuato la registrazione preliminare e raccogliere informazioni sulle sostanze utilizzate	Gruppo di lavoro		
Risultato atteso 2	Vigilanza sul rispetto del regolamento REACH/CLP attivata ed omogenea nelle 4 ASL	<ul style="list-style-type: none"> 🚩 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 		
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 2.1	Ispezionare le aziende sull'applicazione del regolamento REACH/CLP applicando una metodologia condivisa (check list, strumenti di lavoro)	Task force regionale		
Attività 2.2	Ispezionare le aziende emerse come non conformi rispetto alle risposte al questionario	Task force regionale		
Attività 2.3	Ispezionare le aziende per la valutazione della conformità al regolamento REACH/CLP delle schede di sicurezza	Servizi PSAL		

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 Messa a regime del sistema informativo regionale integrato per il controllo della qualità dell'acqua destinata al consumo umano erogata dai pubblici acquedotti.**

Target (beneficiari)	Popolazione umbra			
Attori	<ul style="list-style-type: none"> - Servizio Prevenzione, Sanità veterinaria e Sicurezza alimentare – Regione Umbria - Az. USL (Servizi ISP dei Dipartimenti di Prevenzione) - ARPA Umbria - Soggetti gestori dei pubblici acquedotti dell'Umbria - Comuni singoli o associati (Ambiti territoriali integrati) 			
Portatori di interesse	Popolazione generale, Pubbliche amministrazioni, Associazioni cittadini/consumatori, Testate giornalistiche ed organi di informazione			
Obiettivo di salute	Assicurare 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>Al termine di una prima fase di attività progettuale esitata nella sperimentazione di un luogo digitale di tipo dinamico, nel quale possono essere reperiti, tramite motori di ricerca, informazioni sulla qualità delle acque destinate al consumo umano, la Regione Umbria, reputa opportuno fornire, in forma ufficiale e con regolare sistematicità, dati certificati ed integrati relativi sia ai controlli interni che ai controlli esterni realizzati rispettivamente dai Soggetti gestori dei pubblici Acquedotti e dai competenti Servizi delle Aziende Unità Sanitarie Locali relativamente a tutti gli acquedotti attivi nell'intero territorio regionale.</p> <p>A tal fine, la Regione, continuando ad avvalersi del contributo scientifico e tecnico degli Enti e delle Aziende che hanno, direttamente o indirettamente, responsabilità nella gestione del Sistema Idrico Integrato regionale, stipula un accordo con l'ARPA Umbria, le Aziende Unità Sanitarie Locali e i Soggetti gestori dei pubblici Acquedotti per la messa a regime del sito internet denominato www.lacquachebevo.it, affidando, tramite sottoscrizione di un protocollo di gestione condiviso, ad ARPA Umbria i compiti della gestione e manutenzione dello strumento informatico e alle Aziende Unità Sanitarie Locali e ai Soggetti gestori dei pubblici Acquedotti la responsabilità del regolare inserimento dei risultati delle analisi chimico-fisiche e microbiologiche eseguite sull'acqua destinata al consumo umano compreso gli eventuali provvedimenti adottati dall'Autorità sanitaria competente.</p> <p>La Regione, infine, allo scopo di promuovere il più elevato livello di omogeneità sull'intero territorio regionale, di favorire lo scambio delle conoscenze e delle esperienze tra i diversi Soggetti gestori e i competenti Servizi delle Aziende Unità Sanitarie Locali nonché di assicurare la più ampia funzionalità operativa del sito istituisce e coordina uno specifico gruppo tecnico.</p>			
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> - Il sito internet www.lacquachebevo.it è utilizzato in tutte le sue potenzialità per una piena ed agevole accessibilità da parte dei cittadini ai dati relativi alla qualità dell'acqua potabile erogata dai pubblici acquedotti; - Il sito internet www.lacquachebevo.it è predisposto per fornire i dati regionali al Portale acque del Ministero della Salute nella eventualità di una sua attivazione ufficiale. 			
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2012	Valore dell'indicatore al 31/12/2013	
			Atteso	Osservato
Disponibilità di dati ufficiali, certi ed aggiornati, sulla qualità delle acque disponibili per i diversi utenti	sito internet www.lacquachebevo.it	Presenza in internet di un sito di livello sperimentale	Presenza in internet di un sito di livello ufficiale Rapporto ARPA relativo ai Dati certificati dei controlli effettuati su tutta la rete degli acquedotti pubblici comprensivo della quantità di accessi da parte dell'utenza	
Stipula di un Accordo regionale e sottoscrizione di un protocollo operativo per la gestione del sito internet	Atto amministrativo: Delibera della Giunta regionale con Accordo Protocollo operativo		Adozione da parte della Giunta regionale di un atto contenente la stipula di un Accordo e la sottoscrizione di un protocollo operativo	
Cooperazione applicativa con il Portale acque* del Ministero della salute	Sistema di trasmissione dati*	-----	Attivazione del flusso di dati*	

* Vincolo: attivazione Portale

Il contesto

In relazione all'interesse della cittadinanza rispetto alle acque potabili e in considerazione della rilevanza per la salute pubblica della qualità e della salubrità dell'acqua destinata al consumo umano, la Regione Umbria - ottemperando a quanto indicato dalla Giunta regionale nelle Linee programmatiche 2010-2015, laddove si indicavano, tra le azioni prioritarie da sviluppare, forme significative di semplificazione istituzionale incentrate, in particolar modo, sullo sviluppo di una amministrazione digitale ispirata ai principi della trasparenza e dell'accessibilità per tutti i cittadini, e sulla base degli indirizzi contenuti nel Piano Regionale della Prevenzione - si è fatta promotrice, attraverso la proposizione di uno specifico progetto inserito nel Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012, dello sviluppo di un Sistema Informativo Integrato per il controllo della qualità dell'acqua erogata dagli acquedotti pubblici.

La prefigurazione e la successiva realizzazione di uno strumento informatico per la divulgazione e la consultazione, tramite internet, di informazioni relative alle acque destinate al consumo domestico si inseriva, anche, nell'ambito di una serie di progettualità e di iniziative volte a rendere attuale il Piano strategico per la Società dell'informazione di cui alla DGR n. 292/2009 e a dare concreta applicazione all'Agenda digitale della Regione Umbria (DGR n. 397 del 16/04/2012).

All'interno di questa cornice programmatica e partendo dall'esperienza realizzata con l'implementazione del Sistema ARATAS - che rendeva disponibili solo agli addetti ai lavori i dati relativi ai controlli interni ed esterni effettuati dai Soggetti Gestori del Servizio Idrico e dai competenti servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali dell'Umbria - la Direzione regionale Salute, Coesione sociale e Società della Conoscenza ha dato mandato all'ARPA Umbria, di progettare e realizzare, con il contributo specializzato dei competenti Servizi delle ASL e dei Soggetti gestori degli acquedotti pubblici, uno specifico sito internet di facile consultazione e "aperto" a tutta la cittadinanza attraverso il quale fosse possibile accedere, in forma gratuita, ad informazioni "certificate" relative alla qualità dell'acqua destinata al consumo umano, con particolare riferimento alle sue caratteristiche fisico-chimiche e batteriologiche.

Al termine della fase sperimentale - che era destinata, da una parte, alla individuazione dei contenuti da inserire nonché alla prefigurazione della struttura grafica ed informatica e alla registrazione del sito e, dall'altra, alla prima implementazione di dati nei data-base - l'ARPA Umbria ha presentato alla Regione Umbria un prototipo di sito informativo che, ispirandosi ai paradigmi dell'*open government* e della "libertà di informazione", è potenzialmente in grado di assicurare, da una parte, la pubblicizzazione di tutte le "informazioni pubbliche e certificate" connesse alla qualità e alla salubrità delle acque destinate al consumo umano, erogate dai pubblici acquedotti dell'intero territorio regionale e, dall'altra, l'accesso da parte dell'intera collettività per la formulazione di istanze circostanziate.

Il sito sperimentale, regolarmente registrato, presso un server web, dall'ARPA Umbria, si configura come un sito informativo di tipo dinamico per la presenza al suo interno di più database e di un motore di ricerca ed è consultabile all'indirizzo www.lacquachebevo.it (nome di dominio). Quest'ultimo è predisposto per assicurare la consultazione informazioni "dettagliate" sulla qualità e la salubrità delle acque destinate al consumo umano ed erogate dal sistema regionale dei pubblici acquedotti. Più in dettaglio, le informazioni presenti nel sito riguardano, da una parte, i dati - fisico-chimici e batteriologici - dei controlli sui campioni di acqua denominati "conformi" (in quanto rientranti all'interno delle soglie massime identificate dalla vigente legislazione) e, dall'altra, le informazioni sui campioni d'acqua denominati "non conformi" in quanto relativi a situazioni di non potabilità o di limitazione d'uso dell'acqua potabile. In questi casi può essere possibile seguire, in una specifica rubrica del sito, l'evoluzione delle diverse situazioni attraverso l'accesso diretto ai provvedimenti emanati, di volta in volta, dall'Autorità competente.

I problemi

Il sistema informativo attualmente in uso per la raccolta su supporto informatico dei dati delle analisi sulle acque potabili erogate dai pubblici acquedotti (www.lacquachebevo.it) ha carattere di sperimentaltà e necessita di una legittimità istituzionale per lo sviluppo e la razionalizzazione delle relazioni tra tutti i soggetti che hanno competenza nella qualità dell'acqua potabile (Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle Az. USL dell'Umbria, ARPA, ATI e Soggetti gestori dei pubblici acquedotti, ecc.).

Gli obiettivi e i risultati attesi

Il pieno rispetto, da parte del sito internet www.lacquachebevo.it, dei criteri di sicurezza, accessibilità, fruibilità, validità, affidabilità, completezza, aggiornamento e chiarezza delle informazioni rilasciate, è alla base di una sua positiva valutazione da parte della Regione Umbria e sostiene l'intenzione di mantenerlo in attività in modo che le informazioni in esso contenute siano, d'ora in avanti, rese disponibili **in maniera ufficiale** a tutti i cittadini.

Più in dettaglio, acquisito il risultato della fase di sperimentaltà dello strumento informatico e volendo assicurare la piena funzionalità del suddetto spazio informativo, **la Regione Umbria si propone di:**

- rendere stabile la collaborazione tra tutti i soggetti che, direttamente o indirettamente, hanno responsabilità nella gestione della qualità dell'acqua potabile, attraverso la **stipula di uno specifico "Accordo"** (Regione

Umbria, Aziende Unità Sanitarie Locali, Ambiti Territoriali Integrati o, per loro conto, Soggetti gestori dei pubblici acquedotti e Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale),

- rendere esplicite le procedure per l'implementazione delle varie parti del sito attraverso l'individuazione, per ognuno dei Soggetti che cooperano per la piena funzionalità dello strumento informatico, dei rispettivi ruoli, livelli di responsabilità e compiti, attraverso la **condivisione di un "Protocollo operativo"** per la gestione del sito internet www.lacquachebevo.it,
- assumere direttamente la responsabilità di garantire il coordinamento editoriale dei contenuti del sito tramite ***l'istituzione di un Gruppo tecnico regionale.***

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	Disponibilità di dati ufficiali, certi ed aggiornati, sulla qualità delle acque disponibili per i diversi utenti	Possibilità di accesso sulla rete internet al sito denominato www.lacquachebevo.it	Accesso al sito denominato www.lacquachebevo.it da parte dei cittadini Rapporto annuale sulla funzionalità del sito e sugli accessi da parte dell'utenza	Collaborazione da parte di tutti i soggetti che hanno competenza in materia di acqua potabile erogata dai pubblici acquedotti
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 1.1.	Stipula di uno specifico "Accordo" tra Regione Umbria, Aziende Unità Sanitarie Locali, Ambiti Territoriali Integrati o, per loro conto, Soggetti gestori dei pubblici acquedotti e Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale	Serie di incontri tra i soggetti interessati per la definizione dell'atto amministrativo contenente l'Accordo	----- -----	Collaborazione da parte di tutti i soggetti che hanno competenza in materia di acqua potabile erogata dai pubblici acquedotti
	Sottoscrizione di "Protocollo operativo" per la gestione del sito internet www.lacquachebevo.it	Serie di incontri tra i soggetti interessati per la definizione dell'atto amministrativo contenente il Protocollo operativo	-----	Collaborazione da parte di tutti i soggetti che hanno competenza in materia di acqua potabile erogata dai pubblici acquedotti
	Istituzione di un Gruppo tecnico regionale per il coordinamento editoriale dei contenuti del sito www.lacquachebevo.it	Individuazione dei referenti in rappresentanza di tutti i Soggetti firmatari dell'Accordo Insediamento del Gruppo tecnico regionale	-----	Collaborazione da parte di tutti i soggetti che hanno competenza in materia di acqua potabile erogata dai pubblici acquedotti

	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Risultato atteso 2	Interazione tra il sito www.lacquachebevo.it e il Portale acque del Ministero della Salute	Attivazione di una interfaccia per la cooperazione applicativa	Dati relativi alla qualità delle acque potabili erogate dai pubblici acquedotti inseriti a livello regionale e leggibili direttamente anche sul Portale acque del Ministero della Salute	
		Mezzi e risorse	Costi	
Attività 2.1.	Attivare il confronto fra il gestore del sito www.lacquachebevo.it (ARPA Umbria) 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	Attivazione Portale acque da parte del Ministero della Salute

2. Prevenzione universale**2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano****2.8.2 Implementare la sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti**

Target (beneficiari)	Popolazione residente		
Attori	<ul style="list-style-type: none"> - Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare - Direzione Salute, Coesione Sociale, società della Conoscenza - Regione Umbria - Dipartimenti di Prevenzione - Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria e Marche - Laboratori di microbiologia delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere 		
Portatori di interesse	Popolazione generale		
Obiettivo di salute	Migliorare la prevenzione delle Malattie Trasmesse da Alimenti		
Descrizione sintetica	<p>Il progetto è finalizzato a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - produrre indicazioni condivise a livello regionale per la conduzione delle indagini epidemiologiche in caso di tossinfezioni alimentari, finalizzate alla adozione di comportamenti il più possibili omogenei nell'individuazione dell'agente eziologico, dell'alimento responsabile e nell'adozione dei provvedimenti necessari; - coinvolgere tutti i Laboratori pubblici che eseguono indagini di tipo microbiologico su campioni umani per la individuazione degli enterobatteri, al fine di implementare il sistema di sorveglianza e fornire un quadro epidemiologico valido sull'andamento delle MTA . 		
Risultati attesi	<ol style="list-style-type: none"> 1) Elaborazione di procedure regionali allo scopo di incrementare l'efficienza e l'efficacia (in termini temporali e di risultato) della gestione dei casi e dei focolai di MTA. 2) Raccolta di dati annuali regionali sull'andamento delle infezioni da batteri enteropatogeni. 3) Confronto dei dati derivanti da campioni umani con quelli raccolti dalle analisi sui campioni ambientali e su animali/alimenti di origine animale al fine di iniziare a costruire un sistema di sorveglianza integrata 4) Dati regionali inseriti nel Sistema nazionale di sorveglianza gestito dall'ISS. 		
Indicatori	Fonti di verifica	Valore indicatore al 31.12.2013	
		Atteso	Osservato
Procedure regionali per la conduzione delle indagini nei focolai di MTA	DGR	Atto di approvazione delle procedure entro il 31.12.2013	
N. Laboratori partecipanti che effettuano analisi microbiologiche per enterobatteri patogeni su isolati umani / N. laboratori coinvolti al 31.12.2013	Relazione CRRPE 2013	90%	
Ceppi batterici/ dati inviati al CRRPE dell'IZSUM	Relazione CRRPE 2013	Invio da parte di tutti i laboratori partecipanti	

Il contesto e i problemi

In Umbria risultano segnalati pochissimi focolai epidemici di MTA e anche i singoli casi notificati al Sistema di Sorveglianza delle Malattie infettive risultano sottostimati se confrontati con quelli delle indagini di laboratorio su campioni umani che vengono raccolte dall'IZSUM nell'ambito della raccolta dei dati relativi alla sorveglianza degli enterobatteri.

La sorveglianza degli episodi di malattia che si verificano sul territorio è il primo passo di un'analisi accurata sull'eventuale circolazione di alimenti contaminati, così come richiesto dalla Comunità Europea.

Per l'individuazione dell'alimento o dell'ingrediente responsabile è fondamentale l'esito dell'indagine effettuata dagli operatori sanitari dei servizi IAN, IAOA e/o ISP. Durante l'inchiesta epidemiologica deve essere accuratamente approfondita la componente relativa agli alimenti o alle materie prime utilizzate, risalendo lungo la catena alimentare con lo scopo di individuare la provenienza del patogeno che ha generato l'episodio.

L'indagine ed il controllo delle malattie di origine alimentari, peraltro, sono compiti multidisciplinari che richiedono competenze nei settori della medicina clinica, epidemiologia, diagnostica di laboratorio, microbiologia, chimica degli alimenti, sicurezza alimentare e comunicazioni e gestione del rischio, pertanto è indispensabile che i diversi Servizi coinvolti siano in grado di lavorare in maniera complementare e secondo protocolli di comportamento condivisi.

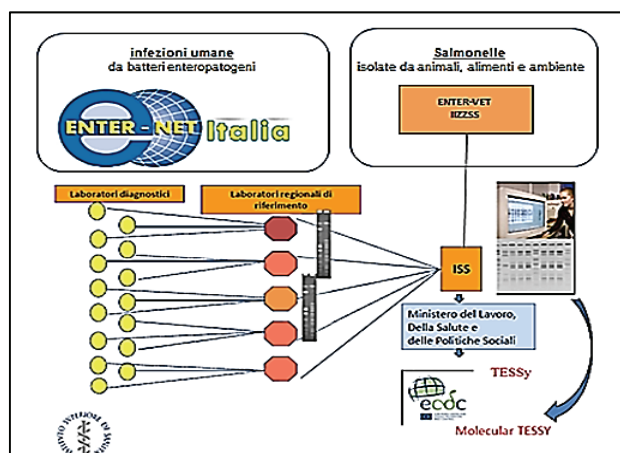
Dal 1997 il Sistema di sorveglianza europeo ENTER-NET delle infezioni umane da *Salmonella*, *E. coli* O157 e da altri enteropatogeni, ha coinvolto 19 paesi europei fra i quali l'Italia; dal 2002 è attivo anche il Sistema di sorveglianza nazionale delle Salmonelle isolate da animali, alimenti e ambiente - ENTER-VET- che prevede anche il monitoraggio dell'antibiotico resistenza.

Obiettivi della rete di sorveglianza ENTER-NET

- ottenere dati descrittivi sugli isolamenti di *Salmonella*, *E. coli* O157 e altri batteri enteropatogeni sul territorio italiano in tempi rapidi dal momento dell'isolamento;
- descrivere la frequenza dei sierotipi e di altre caratteristiche dei ceppi isolati;
- analizzare i dati di sorveglianza in modo da riconoscere tempestivamente eventuali eventi epidemici sul territorio nazionale anche basandosi sulla tipizzazione dei ceppi isolati;
- confrontare i risultati della sorveglianza sul territorio italiano con quelli di altri paesi europei che partecipano alla rete Foodborne and Waterborne Diseases dell'ECDC;
- identificare eventuali episodi epidemici che interessino più di una nazione;
- implementare il sistema di sorveglianza sugli isolati ambientali e veterinari al fine di attuare un sistema di sorveglianza integrata (ENTER-VET).

Il sistema di sorveglianza dei batteri enteropatogeni è articolato in Italia su 3 livelli (V. Figura):

1. **Laboratori periferici** dove vengono isolati ed eventualmente identificati gli stipti batterici (genere, specie, profilo di antibiotico resistenza).
2. **Centri regionali di riferimento**, a cui fanno capo i laboratori periferici, che effettuano sierotipizzazione degli stipti, valutano il pattern di resistenza ad un pannello predefinito di antibiotici, eseguono la genotipizzazione degli stipti inviati.
3. **ISS** che gestisce la rete di sorveglianza, integrando con le informazioni ricevute i database europei dell'ECDC.



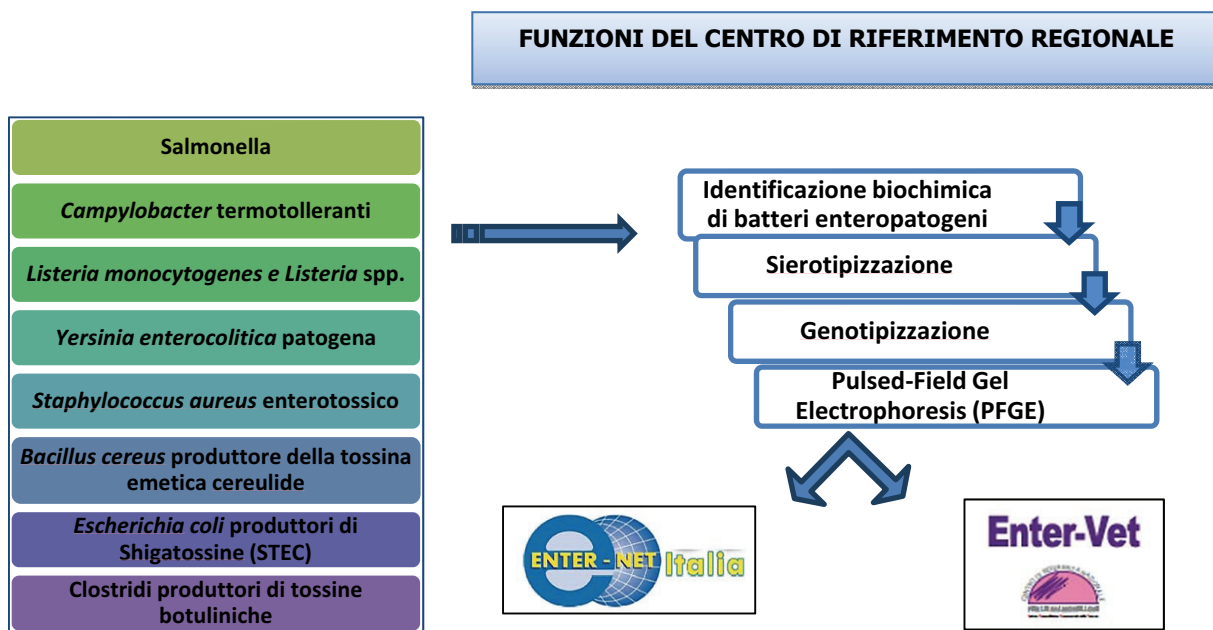
Oggetto della sorveglianza

Le priorità individuate dall'ECDC per la sorveglianza riguardano le infezioni da Salmonella, E. coli O157 ed altri E. coli produttori di Vero-citotossina (VTEC), Campylobacter, Listeria monocytogenes, Shigella e Yersinia.

I dati raccolti attraverso Enternet Italia vengono regolarmente inviati, in un formato standardizzato, all'ECDC attraverso il sistema TESSy (The European Surveillance System).

L'inserimento dei dati viene effettuato dai "contact point" nazionali, nominati dal Ministero della Salute. I dati, inseriti nel sistema TESSy, vengono inviati al Ministero della Salute che li invia all'ECDC, con cadenza quadrimestrale o annuale a seconda del tipo di infezione.

Il Centro di Riferimento Regionale Umbria e Marche per la sorveglianza delle infezioni da batteri enteropatogeni (CRRPE), istituito nel 2001 presso l'IZSUM, è inserito nella Rete di Sorveglianza nazionale ENTER-NET. Al CRRPE afferiscono i ceppi di batteri enteropatogeni di origine umana isolati da casi di gastroenteriti, associati o meno a sospetto di Malattia a Trasmissione Alimentare, inviati dai laboratori di Microbiologia delle strutture ospedaliere della regione.



Il Centro regionale ha iniziato a raccogliere i ceppi di enteropatogeni o i dati sui risultati delle indagini fatte dai laboratori di Microbiologia fin dal 2002 e, nei primi 5-6 anni hanno collaborato al Sistema di sorveglianza tutti i laboratori presenti sul territorio regionale, mentre successivamente i flussi non sono stati regolari, come si evince dalle tabelle che seguono.

Ceppi finora raccolti e Laboratori di provenienza. Anni 2002/2012. Umbria

Totale notifiche	Osp. Perugia	Osp. Città di Castello	Osp. Castiglione del Lago	Osp. Orvieto	Osp. Spoleto	Unità operativa Diagnostica Lab. Analisi Terni	Osp. Amelia	Osp. Gubbio	Osp. Assisi	Osp. Terni	Osp. Todi	Osp. Marsciano	Totale
2002	99		35	13	23	22	41	19			6		258
2003	127	24	67	37	10	28	46	17		3	1		360
2004	103	166	77	15	24	8	35	12	9	27	0	0	476
2005	115	57	56	19	9	24	19	13	13	17	2	1	345
2006	150	105	58	14	13	18	0	10	6	10	0	4	388
2007	169	115	49	29	20	5	8	14	6	0	0	3	408
2008	180	121	47	22	28	11	0	14	9	0	0	0	432
2009	170	139	35	6	15	12	2	10					389
2010	224	179	51	35	2	7	2	9	6				515
2011	194	88	50	6	2	1		13	2				356
2012	163	105	43	10	4			3	1				329
1694	1099	568	196	150	136	136	153	134	52	57	9	8	4256

Ceppi di Salmonella notificati al centro di riferimento. Anni 2002/2012. Umbria

Salmonella	Osp. Perugia	Osp. Città di Castello	Osp. Castiglione del Lago	Osp. Orvieto	Osp. Spoleto	Unità operativa Diagnostica Lab. Analisi Terni	Osp. Amelia	Osp. Gubbio	Osp. Assisi	Osp. Terni	Osp. Todi	Osp. Marsciano	Totale
2002	99		35	13	23	22	41	19			6		258
2003	82	18	29	37	10	28	30	17		2	1		254
2004	40	99	31	15	24	8	31	12	9	21			290
2005	56	31	19	19	9	24	19	13	13	13	2	1	219
2006	60	43	24	14	13	18	0	10	6	10		4	202
2007	68	60	26	19	20	5	8	14	6			3	229
2008	65	85	22	22	28	11	0	14	9				256
2009	38	97	12	6	15	12	2	9					191
2010	78	95	22	35	2	7	2	9	6				256
2011	63	39	21	6	2	1		11	2				145
2012	55	34	17	10	4			3	1				124
704	601	258	196	150	136	133	131	52	46	9	8	2424	

Ceppi diversi da Salmonella notificati al centro di riferimento. Anni 2002/2012. Umbria

Altri enteropatogeni	Osp. Perugia	Osp. Città di Castello	Osp. Castiglione del Lago	Osp. Orvieto	Osp. Spoleto	Unità operativa Diagnostica Lab. Analisi Terni	Osp. Amelia	Osp. Gubbio	Osp. Assisi	Osp. Terni	Osp. Todi	Osp. Marsciano	Totale
2002													0
2003	45	6	38				16			1			106
2004	63	67	46				4			6			186
2005	59	26	37							4			126
2006	90	62	34										186
2007	101	55	23										179
2008	115	36	25										176
2009	132	42	23					1					198
2010	146	84	29										259
2011	131	49	29					2					211
2012	108	71	26										205
990	498	310	0	0	0	20	3	0	11	0	0	1832	

Le criticità

Il confronto e l'analisi dei dati derivanti da ENTER-NET e dal Sistema di sorveglianza delle malattie infettive e, in particolare, dalle notizie relative ai focolai di infezioni e tossinfezioni alimentari, hanno evidenziato in Umbria alcune difformità.

Innanzitutto la carenza di informazioni che potrebbe essere conseguenza della non adeguata conoscenza dei flussi informativi da parte degli operatori che diagnosticano i casi e, in secondo luogo, la definizione in ogni Azienda USL, di procedure per la conduzione delle indagini ambientali e sugli alimenti non sempre sovrapponibili.

Dai dati raccolti **Centro di Riferimento Regionale Umbria e Marche** per la sorveglianza delle infezioni da batteri enteropatogeni (CRRPE), istituito nel 2001 presso l'IZSUM e riportati delle tabelle risulta evidente che:

- 1) alcuni Presidi Ospedalieri non hanno mai inviato ceppi né dati sulle indagini eseguite, probabilmente a causa di difficoltà logistiche o di informazioni lacunose o disattese;
- 2) altri Presidi Ospedalieri hanno iniziato a collaborare inviando ceppi in modo discontinuo presumibilmente perché l'attività era svolta su base volontaria, legata alla "persona", non alla struttura;
- 3) la maggior parte dei Presidi Ospedalieri inviano solo ceppi di Salmonella, in quanto, o non vengono ricercati altri enteropatogeni o non vengono notificati.

Gli obiettivi e i risultati attesi

In considerazione degli obiettivi di conoscenza che si prefiggono i diversi sistemi di sorveglianza, in particolare il rapido riconoscimento dei casi, associati a patogeni trasmessi da animali/alimenti/ambiente, è necessario che i dati raccolti siano tempestivi e rappresentativi, quanto più possibile, dell'intero territorio: si ritiene quindi importante riuscire a raccogliere i dati relativi alle MTA direttamente alla fonte, cioè a partire dai laboratori territoriali. In questo modo sarà anche possibile mettere in relazione, in tempi brevi, più casi che possono essere derivanti da uno stesso focolaio epidemico non diversamente evidenziato, nonché correlarli anche con le matrici alimentari eventualmente esaminate dallo stesso IZSUM.

Risulta pertanto necessario **completare la rete dei laboratori** che eseguono indagini microbiologiche per la ricerca degli enterobatteri patogeni e ne trasmettono i ceppi all'ISS: tutti i laboratori dovranno inviare tempestivamente le segnalazioni al Dipartimento di Prevenzione, attivabile si con procedure ordinarie che in pronta disponibilità, per la notifica della M.I. (se prevista) e i ceppi di batteri enteropatogeni isolati dovranno essere inviati al Centro Regionale di Riferimento presso la sede di Perugia dell'IZSUM per la caratterizzazione biochimica, sierologica e molecolare dei patogeni, affinché le informazioni vengano inserite nelle reti ENTERNET e ENTERVET.

Sarà cura del Centro di Riferimento Regionale fornire ai laboratori periferici individuati la scheda informativa per la raccolta dei dati epidemiologici relativi al ceppo inviato, nonché i terreni di trasporto di cui i laboratori dovessero eventualmente avere necessità.

Si considera altresì fondamentale **implementare ed uniformare le procedure degli interventi preventivi** delle Aziende USL, attraverso la elaborazione e la condivisione fra i diversi Servizi interessati dei Dipartimenti di Prevenzione di un documento regionale che definisca le modalità di gestione degli episodi di tossinfezione alimentare.

In particolare il documento dovrà prevedere:

- esplicitazione sul corretto utilizzo dei flussi informativi;
- definizione delle attività necessarie, dei compiti assegnati ai diversi servizi, delle competenze dei professionisti;
- condivisione reciproca fra i Servizi e con i soggetti esterni (MMG, PLS, Pronto Soccorso) dei punti di riferimento da attivare (referenti, recapiti, pronta disponibilità, ecc..).

Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo specifico	Migliorare la prevenzione delle Malattie Trasmesse da Alimenti			
Risultato atteso 1	Procedure regionali per la conduzione delle indagini nei focolai di MTA definite ed approvate	DGR di approvazione	Atto approvato entro 31.12.2013	
		Mezzi e risorse	Costi	
<i>Attività 1.1</i>	<i>Confrontare le procedure in uso con i diversi servizi del DIP</i>	<i>Riunioni Gruppo di lavoro regionale Raccolta doc. su procedure in uso</i>		
<i>Attività 1.2</i>	<i>Condividere le procedure per gli interventi necessari alla prevenzione, alla sorveglianza ed al controllo dei focolai di MTA</i>	<i>Riunioni Gruppo di lavoro regionale Condivisione procedure</i>		
<i>Attività 1.3</i>	<i>Predisporre Atto di approvazione delle procedure regionali per la conduzione delle indagini nei focolai di MTA</i>			
Risultato atteso 2	Definizione, in seno alla Rete regionale dei laboratori, dei Laboratori che effettuano analisi microbiologiche per enterobatteri patogeni su isolati umani	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
		N. Laboratori partecipanti entro dicembre 2013/N. laboratori coinvolti = 90%	Decisioni aziendali	
		Ceppi batterici/dati inviati all'ITZSUM da parte di tutti i laboratori partecipanti	Relazione CRRPE redatta Ceppi batterici inviati all'ISS	
		Mezzi e risorse	Costi	
<i>Attività 2.1</i>	<i>Individuare e coinvolgere i laboratori che non partecipano alla sorveglianza</i>	Incontri fra i laboratori delle Az. USL e delle Az. Ospedaliere con il laboratorio dell'ITZSUM		
<i>Attività 2.2</i>	<i>Attivare la collaborazione di tutti i laboratori per l'invio dei Campioni biologici o dei dati sulle analisi effettuate dai laboratori di microbiologia delle Az. Sanitarie al CRRPE presso l'ITZSUM - sede di Perugia</i>	Input alle Direzioni Sanitarie delle Aziende		

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"

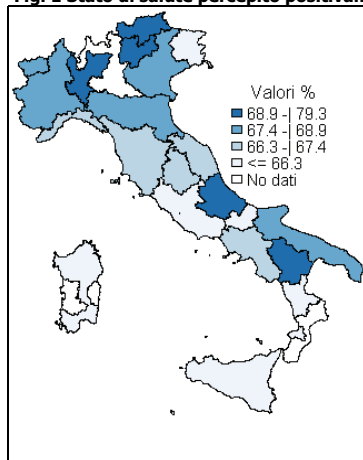
Target	I cittadini di ogni età genere censo ed etnia residenti in Umbria			
Attori	Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare, Direzione sanità e servizi sociali, Regione Umbria Coordinatori e operatori della rete dei Servizi delle 4 Aziende USL			
Portatori di interesse	EELL, Ufficio 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/ 2012	Valore dell'indicatore al 31/12/2013	
			Atteso	Osservato
N° Persone alle quali è stato consigliato di bere meno (bevitori)	<i>Sistemi di sorveglianza</i>	2,7%	3%	
N° Persone alle quali è stato consigliato di non fumare (fumatori)	<i>Sistemi di sorveglianza</i>	52,3%	55%	
N° Persone che mangiano 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	<i>Sistemi di sorveglianza</i>	7,8%	8%	
N° Persone alle quali è stato consigliata l'attività fisica	<i>Sistemi di sorveglianza</i>	32,1%	32%	

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

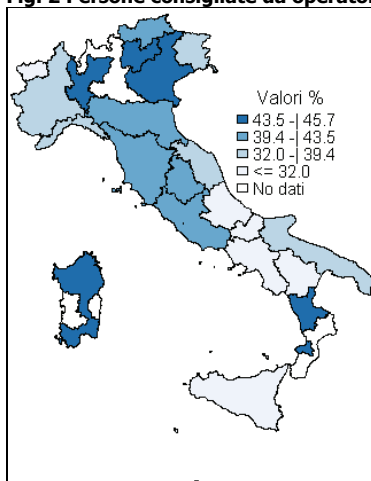
Rimandando ad alcuni dati già rappresentati nel capitolo del profilo salute, si ricorda che in Umbria si stima che complessivamente il 45% della popolazione presenti un eccesso ponderale; di queste, il 54% ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario. Il consumo di frutta e verdura è risultato molto diffuso, sebbene solo il 7% degli intervistati dichiara 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

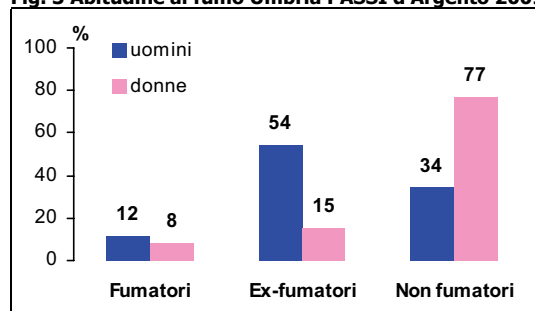
L'Umbria è tra le regioni che riferiscono le maggiori percentuali di fumatori: il 30% degli intervistati fuma, il 24% sono gli ex fumatori e il 45% i non fumatori; in particolare le prevalenze più alte e preoccupanti si riscontrano nella fascia di età 18-49 anni. L'abitudine al fumo è significativamente 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.

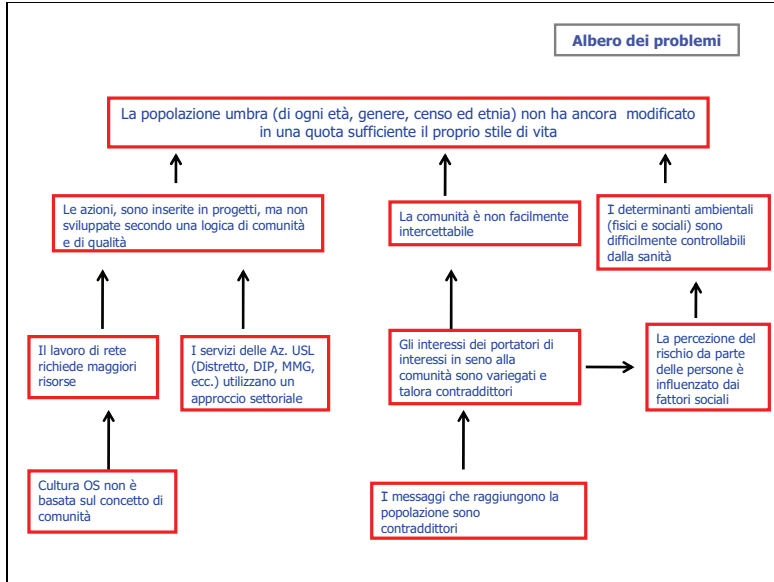
***chi beve 6 o più unità di bevande alcoliche in un'unica occasione.

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

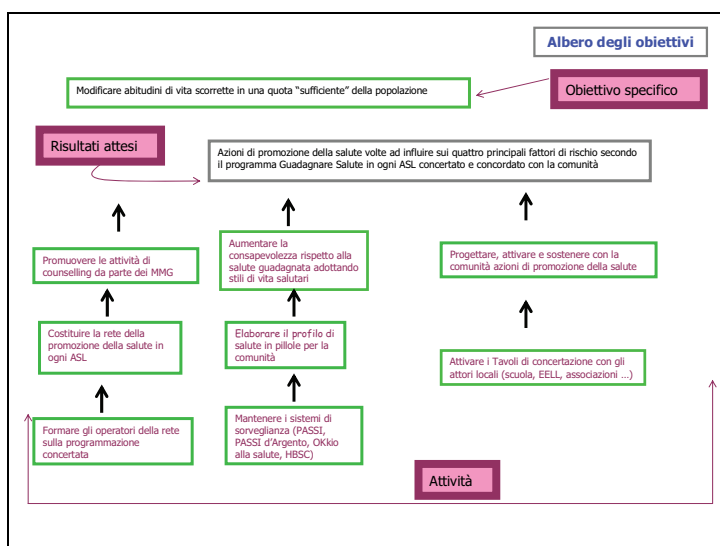
La promozione della salute e l'adozione di stili di vita sani sin dall'infanzia sono determinanti per mantenersi sani, e rappresentano un impegno individuale e della collettività. La Regione Umbria a tal fine aderisce al programma nazionale "Guadagnare salute" finalizzato a "rendere facili le scelte salutari".

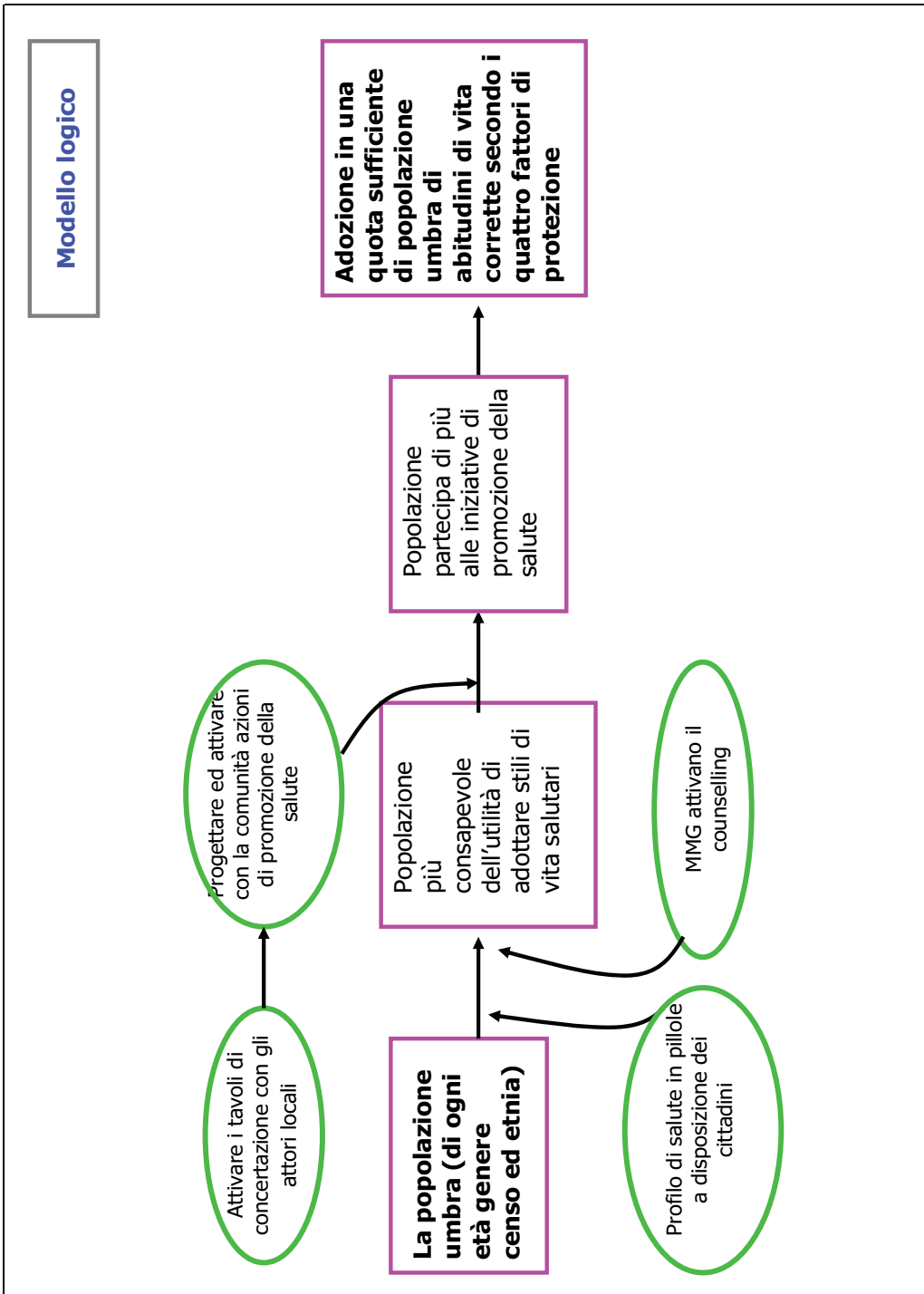
Seconda tale programma, la strategia di prevenzione parte dal presupposto che la salute è un bene collettivo e dunque le responsabilità del singolo cittadino debbono essere integrate con azioni positive della collettività. A tal fine, il SSR si attiva con tutti gli stakeholders istituzionali e non che, 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.

Formattato: Rientro: Sinistro: 0 cm, Prima riga: 0 cm, Puntato + Livello:1 + Allinea a: 0,63 cm + Tabulazione dopo: 1,27 cm + Rientra di: 1,27 cm, Tabulazioni: 0 cm, Tabulazione elenco + Non a 0,63 cm + 1,27 cm





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 Mezzi e risorse	Banca dati dei Flussi Informativi INAIL Sistemi di sorveglianza Costi	Minori investimenti delle rispetto alla promozione della salute per la crisi economica
Attività 1	Attivare progetti rispetto agli stili di vita salutari secondo il programma Guadagnare Salute			
Attività 1.1	Attivare Tavoli di concertazione con gli attori ed i portatori di interesse locali	Protocolli d'intesa e accordi con gli stakeholders	Costo h operatore	Frammentarietà degli interventi
Attività 1.2	Progettare attivare e sostenere con la comunità azioni di promozione della salute	Delibera aziendale	Costo h operatore	
Attività 1.3	Programmare interventi di promozione della salute con la comunità nelle 2 Az. USL			
Attività 2	Aumentare la consapevolezza rispetto alla salute guadagnata adottando stili di vita salutari			
Attività 2.1	Elaborare il profilo di salute in pillole per la comunità	Dati sistemi di sorveglianza	Costo h operatore	Costo del personale Carenza di personale dedicato
Attività 2.2	Mantenere i sistemi di sorveglianza (PASSI, PASSI d'Argento, Okkio alla salute, HBSC)	Dati sistemi di sorveglianza	Costo h operatore	
Attività 3	Ridefinire la rete degli operatori per la promozione della salute in ciascuna delle 2 nuove Az. USL	Delibera aziendale		Mancanza di collaborazione tra attori e portatori di interessi Costo del personale
Attività 3.1	Progettare percorsi formativi per i "Moltiplicatori delle Azioni Preventive"	Rete Promozione Salute		Carenza di personale dedicato Costo del personale
Attività 3.2	Promuovere le attività di counselling da parte dei MMG	Dati sistemi di sorveglianza		

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

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 (115587 – Dati ISTAT al 31/12/11)			
Attori	Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Regionale Salute, Coesione Sociale e Società della Conoscenza Direttori Generali e Sanitari delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere Responsabili dei programmi di screening aziendali Professionisti dei diversi livelli del percorso di screening Medici di Medicina Generale			
Portatori di interesse	Comuni Associazioni			
Obiettivo di salute	Garantire a tutte le donne della popolazione bersaglio i vantaggi della diagnosi precoce			
Descrizione sintetica	Nel corso del 2013 si intende avviare, anche attraverso la ridefinizione del tavolo di coordinamento regionale, la costruzione dei percorsi di approfondimento nei casi in cui la donna viene richiamata ad approfondimento dopo una mammografia di screening e la definizione del protocollo diagnostico regionale. Inoltre si prevede di avviare la campagna di informazione per le donne nella fascia 70-74 anni che saranno coinvolte, a partire dal 2014, nello screening mammografico.			
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> • Pianificazione della campagna informativa rivolta alle donne tra i 70 e i 74 anni sui vantaggi dello screening anche in questa fascia di età • Definizione del protocollo diagnostico in caso di richiamo a II livello 			
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2012	Valore dell'indicatore al 31/12/2013	
			Atteso	Osservato
Campagna di comunicazione progettata e avviata			Piano di comunicazione definito e avviato nel 4° trimestre	
Proposta elaborata di protocollo diagnostico			Documento condiviso	

Premessa

Dal momento che, sia come conseguenza del nuovo ordinamento del Servizio Sanitario Regionale (Legge Regionale n. 18 del 12 novembre 2012 "Ordinamento del servizio sanitario regionale"), sia soprattutto per rispondere più efficacemente alle sfide imposte dalle nuove tecnologie e dalle esigenze di contenimento della spesa pubblica, il modello organizzativo degli screening necessitava di una revisione, con la DGR 366/2013 è stato definito il nuovo modello organizzativo per gli screening oncologici, che consiste essenzialmente nel rafforzamento delle funzioni di programmazione e valutazione che rimangono collocate a livello regionale, e nell'accorpamento delle altre in una logica non solo di economia di scala, ma soprattutto di miglioramento dell'appropriatezza e della qualità.

Con la DGR 366/2013, secondo quanto indicato dalle evidenze di letteratura e dagli orientamenti espressi dai gruppi di lavoro nazionali, è stato previsto di estendere lo screening mammografico con cadenza biennale alle donne tra i 70 e i 74 anni a partire da gennaio 2014, e con cadenza annuale alle donne tra i 45 e i 49 anni a partire dal 2015.

Infatti, dai dati forniti dal Servizio Sistema Informativo e Mobilità Sanitaria riguardanti le prestazioni ambulatoriali effettuate nel 2011, risulta che le mammografie eseguite nelle donne tra i 45 e i 49 anni sono circa 9.000 mentre quelle effettuate nelle donne tra i 70 e i 74 anni sono circa 3.300: quindi circa un quarto delle donne per le quali si prevede di estendere lo screening già si sottopone spontaneamente alla mammografia nelle strutture del Servizio sanitario regionale, rappresentando un carico di lavoro per le senologie. Inoltre questo dato è rappresentativo solo di una parte delle donne che si sottopongono a controlli, se è vero che dalle analisi di trend 2008-2011 derivante dai dati PASSI risulta che il 66% delle donne in età 40-49 anni ha riferito di aver fatto una mammografia preventiva almeno una volta nella vita.

La costruzione dei percorsi per le donne che sono richiamate al secondo livello per approfondimento dopo una mammografia di screening resta tuttora un obiettivo da raggiungere nell'ambito di questo screening: infatti, l'accorpamento delle aziende USL, se da un lato ha reso evidenti le diversità dei percorsi nelle singole realtà territoriali, dall'altro dovrebbe rendere più semplice la costruzione di percorsi che accompagnino la donna con diagnosi sospetta di positività e che si completino con la presa in carico della stessa per l'intervento terapeutico/riabilitativo preferibilmente all'interno della stessa azienda.

La DGR 366/2013 prevede pertanto che nel corso del 2013 le Aziende USL della regione individuino i medici radiologi senologi dedicati allo screening, in modo tale che sia possibile avviare il lavoro di confronto con i professionisti per definire il protocollo diagnostico, e organizzino l'attività senologica di screening in maniera tale che sia assicurato alla donna un percorso definito che ne garantisca la presa in carico precoce.

Gli obiettivi e i risultati attesi

Le attività per l'anno 2013 saranno quindi finalizzate ai seguenti obiettivi:

- aumentare la consapevolezza, nelle donne tra i 70 e i 74 anni, del perdurare del rischio di sviluppare carcinoma della mammella e dei vantaggi della diagnosi precoce anche in questa fascia di età, favorendo in tal modo la partecipazione di queste donne allo screening.
- favorire la presa in carico precoce e assicurare appropriatezza diagnostica per la donna con diagnosi sospetta di positività per carcinoma della mammella.

Nel corso del 2013 si prevede pertanto di:

- pianificare e avviare la realizzazione della campagna informativa rivolta alle donne nella fascia di età 70-74 anni, anche attraverso la parziale revisione dei materiali informativi rivolti al cittadino (lettera di invito, risposta in caso di mammografia negativa);
- elaborare una proposta di protocollo diagnostico per la donna richiamata al II livello, attraverso l'avvio di un gruppo di lavoro regionale, che garantisca appropriatezza e uniformità per tutto il territorio regionale.

Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica
Obiettivo specifico 1	Favorire la partecipazione allo screening delle donne tra i 70 e i 74 anni aumentando la consapevolezza del perdurare del rischio di sviluppare carcinoma della mammella e dei vantaggi della diagnosi precoce		Sistema informativo dello screening
Risultato atteso 1	Pianificazione e avvio della campagna di comunicazione rivolta alle donne appartenenti alla fascia tra i 70 e i 74 anni	Campagna di comunicazione pianificata e avviata	
		Mezzi e risorse	Costi
Attività 1.1	Realizzare la campagna informativa		
<i>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>	Gruppo di lavoro con esperti e portatori di interesse	
<i>1.1.2</i>	<i>Realizzare i materiali identificativi e informativi della campagna (dépliant, locandine, cartacei)</i>	Esperti di comunicazione e grafici	
<i>1.1.3</i>	<i>Distribuire i materiali informativi</i>	Elaborazione piano di distribuzione per ciascuna Azienda USL	
Obiettivo specifico 2	Favorire la presa in carico precoce e assicurare appropriatezza diagnostica alla donna con diagnosi sospetta di positività per carcinoma della mammella		
Risultato atteso 1	Definizione del protocollo diagnostico in caso di richiamo al II livello	Proposta di protocollo elaborata dai professionisti individuati	
		Mezzi e risorse	Costi
Attività 1.1	Individuare i professionisti dedicati	Atto delle Aziende USL	
Attività 1.2	Istituire il tavolo di coordinamento regionale	Atto del Servizio Prevenzione	
Attività 1.3	Definizione del protocollo	Gruppo di lavoro formato dai professionisti dedicati allo screening	

3. Prevenzione nella popolazione a rischio**3.1 Tumori e screening****3.1.2 Dallo screening citologico allo screening cervicale**

Target (beneficiari)	Donne tra i 25 e i 64 anni (244513 – Dati ISTAT al 31/12/11)			
Attori	Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Regionale Salute, Coesione Sociale e Società della Conoscenza Direttori Generali e Sanitari delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere Responsabili dei programmi di screening aziendali Direttori di Dipartimento Prevenzione Direttori di Distretto Professionisti dei diversi livelli del percorso di screening Ginecologi del territorio 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	Al fine di favorire il passaggio dallo screening citologico allo screening cervicale, che si attuerà a livello regionale dal 2014, nel corso del 2013 saranno avviate una serie di attività volte principalmente a informare di tale passaggio sia le donne appartenenti alla popolazione bersaglio sia gli operatori sanitari collocati ai diversi livelli dell'organizzazione e coinvolti a vario titolo nel percorso dello screening. Contestualmente si rende necessaria la revisione del protocollo diagnostico terapeutico regionale attraverso un confronto tra i ginecologi colposcopisti che operano nello screening.			
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> Definizione e realizzazione di un piano di comunicazione sulle nuove modalità dello screening cervicale rivolto alle donne tra i 25 e i 64 anni e agli operatori Revisione del protocollo diagnostico-terapeutico regionale 			
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2012	Valore dell'indicatore al 31/12/2013	
			Atteso	Osservato
Adesione corretta all'invito	Sistema informativo dello screening	50%	52%	
Campagna di comunicazione progettata e avviata			Piano di comunicazione definito e avviato nel 4° trimestre	
Delibera regionale con nuovo protocollo diagnostico terapeutico			Delibera approvata	

Premessa

La DGR 366/2013, che ha definito il nuovo modello organizzativo per gli screening oncologici, ha previsto che dal 2014 lo screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina sarà realizzato in tutta la regione con un unico sistema di prelievo, ovvero con la metodica della LBC, secondo il seguente schema:

- Pap-test su strato sottile ogni tre anni nelle donne tra i 25 e i 34;
- test HPV-DNA ogni cinque anni nelle donne tra i 35 e i 64 anni.

Tale passaggio, dallo screening citologico (Pap-test in tutte le fasce di età) a quello cosiddetto cervicale (Pap-test tra 25 e 34 anni e test HPV tra 35 e 64 anni), è abbastanza complesso da rendere necessario un avvio graduale. Per poter modulare l'impatto organizzativo e individuare le soluzioni più adatte per superare eventuali difficoltà, si è scelto, quindi, di adottare una fase di transizione prevedendo nel corso del 2013 la realizzazione del modello di screening cervicale solo in due aree della regione, corrispondenti ai territori all'ex Azienda USL 1 e all'ex azienda USL 4.

La scelta di tali territori è dovuta a diversi ordini di ragioni: 1) data la competenza acquisita dalle ostetriche della ex Azienda USL 1 durante il periodo 2010-2011, nel quale è stato svolto lo studio HTA, si è scelto questo territorio per realizzare nel 2013 lo studio nazionale multicentrico "L'HPV come test primario di screening nella prevenzione del tumore della cervice: dal DNA al mRNA? Uno studio randomizzato controllato a due bracci (double testing) con follow-up a lungo termine", con l'obiettivo di valutare questa volta l'efficacia di alcuni biomarcatori di progressione delle lesioni precancerose della cervice uterina sia come test primari sia come test di triage dell'HPV-DNA; 2) la chiusura del laboratorio di citologia della ex Azienda USL 4 e il conseguente trasferimento dell'attività presso il Laboratorio unico regionale nella attuale Azienda USL Umbria 1, portata pressoché a completamento all'inizio di 2013, ha reso opportuno adottare fin da quest'anno lo screening cervicale anche per le donne tra i 35 e i 64 anni che risiedono nel territorio della ex Azienda USL 4, per rendere compatibile l'aumentato carico di lavoro con la quota di personale in dotazione all'Unità di Citologia del Laboratorio Unico.

Per far conoscere alle donne questo complesso e importante cambiamento nello screening per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina è stata progettata a livello regionale una campagna di comunicazione caratterizzata dalla realizzazione di materiali informativi (locandine, dépliant) rivolti a tre tipi di popolazione bersaglio: bambine, donne tra i 24 e 35 anni e donne sopra i 35 anni di età. Inoltre, al fine di informare tutti i professionisti e gli operatori sanitari collocati ai diversi livelli dell'organizzazione e coinvolti a vario titolo nel percorso dello screening, saranno fatti alcuni incontri con i direttori dei Dipartimenti di Prevenzione, con i direttori dei Distretti, con le ostetriche e i ginecologi responsabili a livello territoriale delle attività consultoriali; quest'ultimi avranno il compito di raccordarsi con i coordinatori delle équipes per la medicina generale e illustrare, attraverso una presentazione predisposta a livello regionale, l'importante passaggio che si attua in questo screening.

Nel corso del 2013, secondo quanto richiesto con la DGR 366/2013, dovranno inoltre essere individuati i ginecologi di riferimento per lo screening al fine di poter avviare, attraverso la costituzione del tavolo di Coordinamento regionale, la revisione del protocollo diagnostico terapeutico regionale.

Gli obiettivi e i risultati attesi

Per favorire il passaggio dallo screening citologico allo screening cervicale a livello regionale le attività per l'anno 2013 saranno quindi finalizzate ai seguenti obiettivi:

- mantenere i livelli di adesione allo screening cervicale migliorando l'informazione rispetto alle nuove modalità di screening sia nelle donne, al fine di ottenere un'adesione consapevole allo screening, sia negli operatori sanitari a vario titolo coinvolti nel percorso di screening, al fine di renderli partecipi del cambiamento;
- garantire l'appropriatezza e l'uniformità sul territorio regionale dell'iter diagnostico terapeutico per le donne che aderiscono allo screening.

Nel corso del 2013 si prevede pertanto di:

- realizzare una campagna di comunicazione rivolta alle donne tra i 25 e i 64 anni, attraverso la messa a punto sia dei materiali informativi sia delle modalità di diffusione delle stesse, e informare i soggetti a vario titolo coinvolti nello screening, attraverso incontri costruiti appositamente anche con la presentazione di materiale informativo sulle nuove modalità dello screening;
- elaborare un nuovo protocollo regionale diagnostico terapeutico per lo screening cervicale attraverso l'avvio di un gruppo di lavoro regionale che riveda l'attuale protocollo sulla base delle nuove modalità di screening e delle più recenti indicazioni nazionali.

Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica
Obiettivo specifico 1	Mantenere i livelli di adesione allo screening cervicale migliorando l'informazione nelle donne e negli operatori sanitari a vario titolo coinvolti rispetto alla evoluzione dello screening	Adesione corretta all'invito	Sistema informativo dello screening
Risultato atteso 1	Piano di comunicazione sulle nuove modalità dello screening cervicale rivolto alle donne tra i 25 e i 64 anni e agli operatori	Campagna di comunicazione progettata ed avviata	
		Mezzi e risorse	Costi
Attività 1.1	Realizzare una campagna informativa regionale per le donne tra i 25 e i 64 anni		
<i>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>	Gruppo di lavoro con esperti e portatori di interesse	
<i>1.1.2</i>	<i>Realizzare i materiali identificativi e informativi della campagna (dépliant, locandine, cartacei)</i>	Esperti di comunicazione e grafici	
<i>1.1.3</i>	<i>Distribuire i materiali informativi</i>	Elaborazione piano di distribuzione per ciascuna azienda USL	
Attività 1.2	Informare i soggetti a vario titolo coinvolti nel processo di cambiamento dello screening		
<i>1.2.1</i>	<i>Incontrare i direttori dei Dipartimenti di Prevenzione, i direttori di distretto, i responsabili organizzativi dello screening, le ostetriche, i ginecologi responsabili delle attività consultoriali territoriali e i ginecologi colposcopisti</i>	Riunioni con gli operatori coinvolti e presentazione materiali informativi	
<i>1.2.2</i>	<i>Coinvolgere i MMG</i>	Elaborazione e presentazione documento (diapositive)	
Obiettivo specifico 2	Garantire l'appropriatezza e l'uniformità sul territorio regionale dell'iter diagnostico terapeutico per le donne che aderiscono allo screening		

Risultato atteso 1	Nuovo protocollo diagnostico-terapeutico regionale	Delibera regionale	
		Mezzi e risorse	Costi
Attività 1.1	Individuare i professionisti dedicati	Atto delle Aziende USL	
Attività 1.2	Istituire il tavolo di coordinamento regionale	Atto del Servizio Prevenzione	
Attività 1.3	Rivedere e aggiornare il protocollo diagnostico terapeutico regionale	Gruppo di lavoro formato dai ginecologi dedicati allo screening	

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 (272447 – Dati ISTAT al 31/12/11)			
Attori	Servizio Prevenzione, Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione Regionale Salute, Coesione Sociale e Società della Conoscenza Direttori Generali e Sanitari delle Aziende USL e delle Aziende Ospedaliere Responsabili dei programmi di screening aziendali Medici di Medicina Generale CUP			
Portatori di interesse	Comuni Associazioni			
Obiettivo di salute	Garantire a tutte le persone della popolazione bersaglio i vantaggi della diagnosi precoce			
Descrizione sintetica	Al fine di migliorare la partecipazione dei cittadini allo screening per la prevenzione del carcinoma del colon retto, nel corso del 2013 sarà progettata a livello regionale una campagna informativa di rinforzo. Inoltre, per favorire l'adesione al percorso di approfondimento in caso di FOBT positivo sarà garantita la gratuità degli esami di approfondimento diagnostico e saranno definiti e attivati percorsi al fine di ridurre l'attesa tra il test di screening e l'effettuazione della colonscopia di approfondimento			
Risultati attesi	<ul style="list-style-type: none"> Definizione e realizzazione di un piano di comunicazione rivolto ai cittadini tra i 50 e i 74 anni e agli operatori al fine di favorire l'adesione allo screening per la prevenzione del carcinoma del colon retto Attivazione percorsi per la presa in carico precoce dei soggetti positivi al FOBT in ciascuna Azienda USL 			
Indicatori	Fonti di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2012	Valore dell'indicatore al 31/12/2013	
			Atteso	Osservato
Campagna di comunicazione progettata e avviata			Piano di comunicazione definito e avviato nel 4° trimestre	
Documento su percorsi per l'accesso alla colonscopia			Documento elaborato	

Premessa

Come evidenziato sia dai dati provenienti dal sistema informativo regionale degli screening sia dai dati del sistema PASSI, è ancora piuttosto bassa la quota di popolazione tra i 50 e i 74 anni che si sottopone al test per la ricerca del sangue occulto nelle feci: secondo i dati PASSI riferiti al periodo 2008-2011, il 50% degli intervistati tra i 50 e i 69 anni ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo. La mancata esecuzione del test pare associata ad una molteplicità di fattori, tra i quali la non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 23% degli intervistati ritiene infatti di non averne bisogno.

Tutto ciò potrebbe riflettere la mancanza di conoscenze sulla diagnosi precoce, la sottovalutazione del rischio di sviluppare un cancro colo-rettale e infine un'insufficiente opera di orientamento da parte degli operatori sanitari. Pertanto diventa prioritario nel corso del 2013 definire un piano di comunicazione regionale al fine di migliorare la partecipazione dei cittadini a questo screening.

Attraverso la DGR 366/2013, che ha definito il nuovo modello organizzativo per gli screening oncologici, è stata prevista sia l'individuazione di un unico ambulatorio endoscopico di riferimento per lo screening per ogni Azienda USL sia l'attivazione di percorsi ad hoc per effettuare gli esami di secondo livello che diano certezza all'utenza dei tempi e dei modi e favoriscano, pertanto, la compliance al secondo livello da parte dei cittadini.

Infine, con le DGR 138/2013 e 184/2013 (Applicazione delle condizioni di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per Diagnosi precoce – Screening) è stata garantita la gratuità degli esami di approfondimento in caso di test per la ricerca del sangue occulto positivo.

Gli obiettivi e i risultati attesi

Nel corso del 2013 le attività intraprese nell'ambito dello screening colo-rettale saranno finalizzate ai seguenti obiettivi:

- aumentare la partecipazione al programma di screening regionale da parte dei cittadini tra i 50 e i 74 anni migliorando le conoscenze sul rischio di sviluppare un tumore del colon retto e creando una rete di supporto e counseling sui vantaggi della diagnosi precoce, coinvolgendo in particolare i MMG;
- favorire la presa in carico precoce e quindi l'adesione al percorso di approfondimento per il cittadino con FOBT positivo riducendo essenzialmente i tempi di attesa.

Nel corso del 2013 si prevede pertanto di:

- pianificare la campagna di comunicazione rivolta ai cittadini tra i 50 e i 74 anni, attraverso la messa a punto sia dei materiali informativi sia delle modalità di diffusione delle stesse, e coinvolgere i MMG attraverso incontri appositi;
- individuare modalità di accesso alla colonscopia di II livello che garantiscano la presa in carico precoce del cittadino con FOBT positivo attraverso la definizione di specifici percorsi aziendali.

Il quadro logico: le attività e gli indicatori

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica
Obiettivo specifico 1	Aumentare la partecipazione al programma di screening regionale da parte dei cittadini tra i 50 e i 74 anni		
Risultato atteso 1	Definizione di un piano di comunicazione rivolto ai cittadini tra i 50 e i 74 anni e agli operatori e avvio del medesimo	Piano di comunicazione definito e avviato	
		Mezzi e risorse	Costi
Attività 1.1	Pianificare la campagna di comunicazione regionale		
<i>1.1.1</i>	<i>Individuare e coinvolgere gli attori chiave per la definizione del piano di comunicazione (obiettivi, strumenti e contenuti)</i>	Gruppo di lavoro ad hoc	
<i>1.1.2</i>	<i>Realizzare i materiali identificativi e informativi della campagna (dépliant, locandine, cartacei)</i>	Esperti di comunicazione e grafici	
<i>1.1.3</i>	<i>Distribuire i materiali informativi</i>	Elaborazione piano di distribuzione per ciascuna Azienda USL	
Attività 1.2	Coinvolgere i MMG	Incontri con i coordinatori équipes territoriali	
Obiettivo specifico 2	Favorire la presa in carico precoce e l'adesione al percorso di approfondimento per il cittadino con FOBT positivo		
Risultato atteso 1	Attivazione percorsi per la presa in carico precoce dei soggetti positivi al FOBT	Documento su percorsi per l'accesso alla colonscopia	
		Mezzi e risorse	Costi
Attività 1.1	Individuare le sedi e i colonscopisti di riferimento per lo screening	Atto delle Aziende USL	
Attività 1.2	Attivare le agende di prenotazione dedicate allo screening colorettaile	Accordo con il Servizio Informativo e Mobilità Sanitaria	

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 31/12/2012	Valore dell'indicatore al 31/12/2013	
			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	39,35%	40%	
n° paz. presi in carico che non hanno avuto trattamenti aspecifici /n° paz. che in quell'anno accedono al servizio	Sistema informativo dedicato	52,05%	52%	
n°paz. che in qualunque setting interrompono unilateralmente il trattamento/ n° paz. in carico al Servizio nell'anno (dato incidenza)	Sistema informativo dedicato	11,10%	11%	

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 seducente 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 disturbi 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.

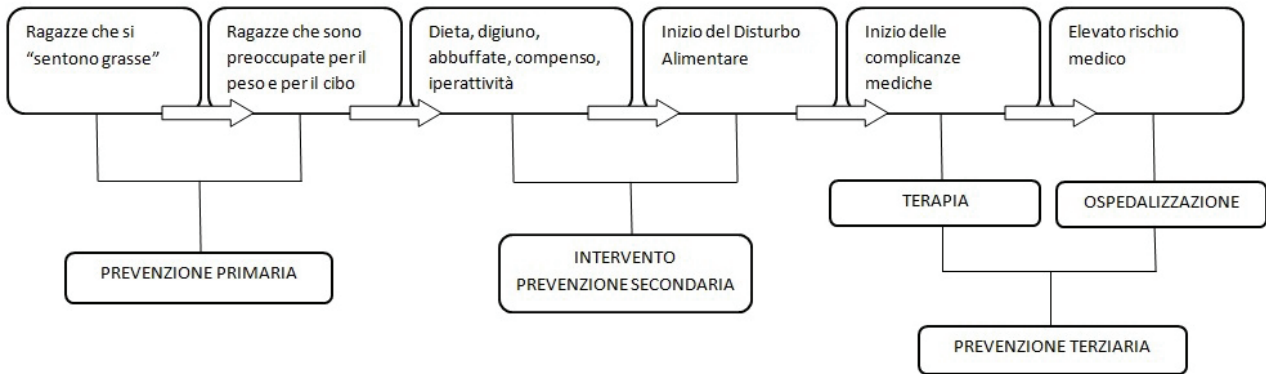
Sesso - Fino a circa 20 anni fa il rapporto tra l'incidenza dei Disturbi alimentari negli uomini e nelle donne era pari a 1:10, 1:15; dati più recenti suggeriscono che questo rapporto sia arrivato almeno ad 1:4. Nel caso del più recente dei Disturbi Alimentari, e cioè il Disturbo da Abbuffata Compulsiva, 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.

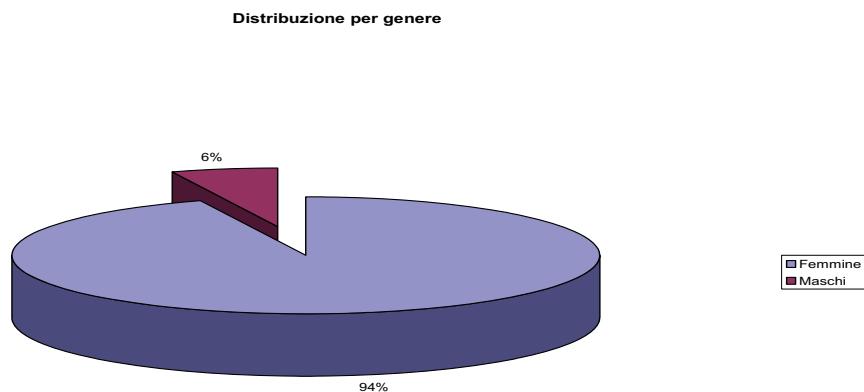
Continuum della preoccupazione per il peso e il cibo



Dati Sorveglianza Regionale (2008-2009)

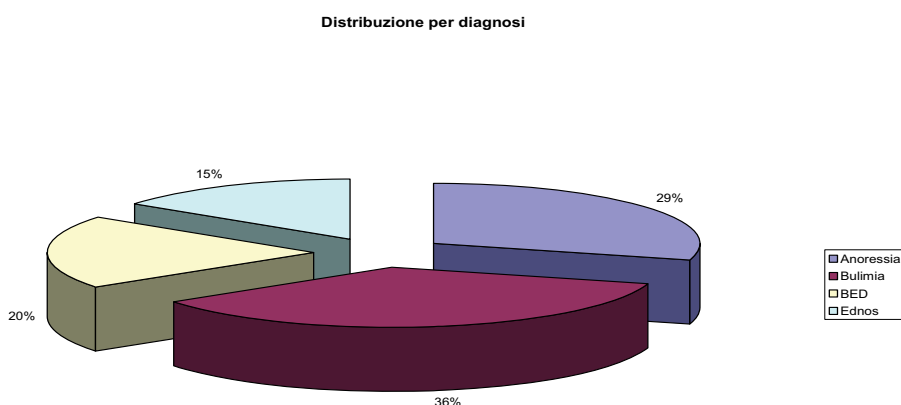
Attraverso la raccolta dati sull'utenza afferita ai Servizi dedicati al trattamento DCA in Umbria emerge che i pazienti in carico ai servizi presenti nella regione sono complessivamente per il biennio 2008- 2009 2740 pazienti (1245 per il 2008 e 1495 nel 2009), con 769 nuovi casi nel 2008 e 986 nel 2009. 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



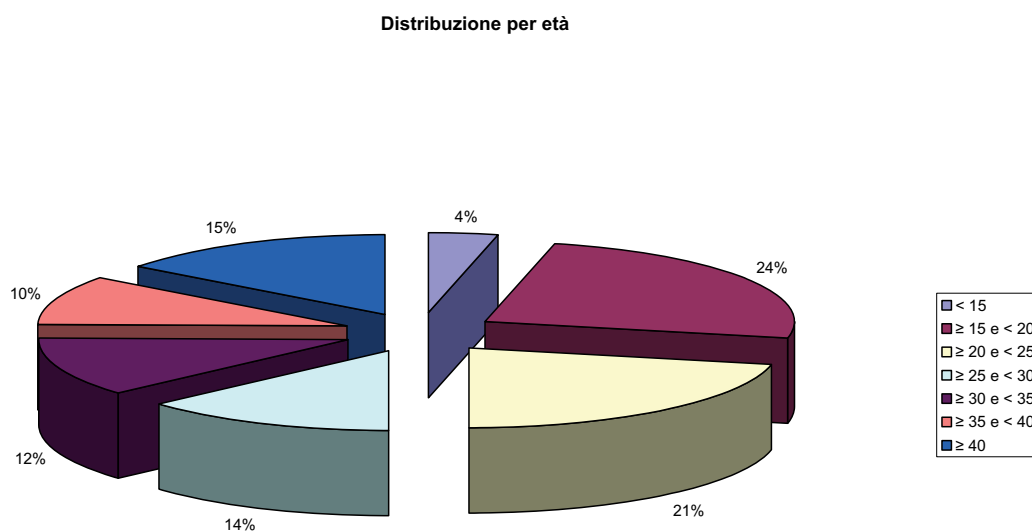
La distribuzione per diagnosi conferma il dato nazionale di un assestamento del dato sull'anoressia, con un aumento della Bulimia Nervosa e soprattutto dei Disturbi non Altrimenti Specificati (EDNOS) e Disturbo da Alimentazione Incontrollata .

Fig.2



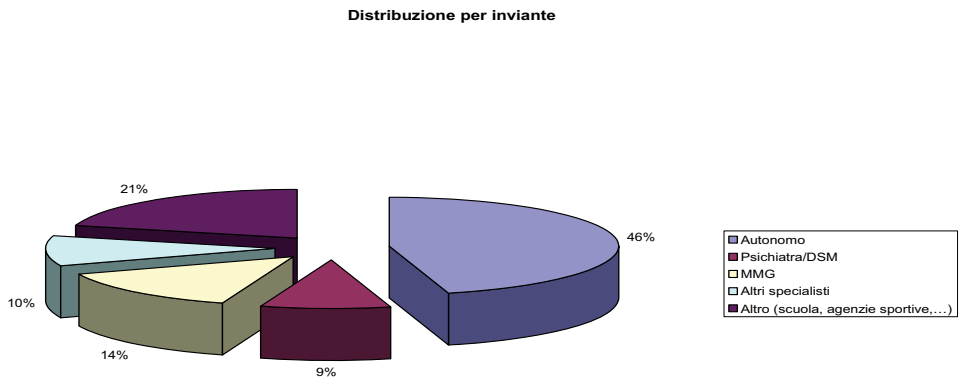
La distribuzione della popolazione censita per età dimostra che la fascia più ampia comprende gli individui tra 15 e 25 anni con un interessamento però significativo di pazienti sotto i 15 anni e sopra i 40. Ciò a conferma che la fascia interessata da tali disturbi si è decisamente ampliata.

Fig.3



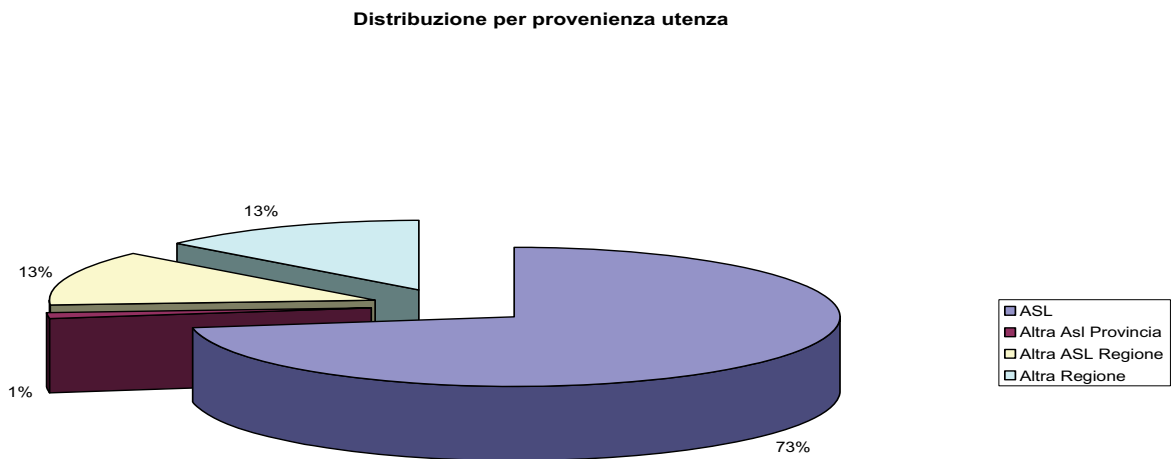
Dai dati raccolti nel dato della ricerca emerge che il 47% dei paziente ha contattato autonomamente il servizio , mentre l'altra meta è stata inviata per la maggior parte dai medici di base 15%, da altri specialisti 7%, il 9 % dallo psichiatra o DSM e il 22 % da altri soggetti (scuola, agenzia sportive,)

Fig.4



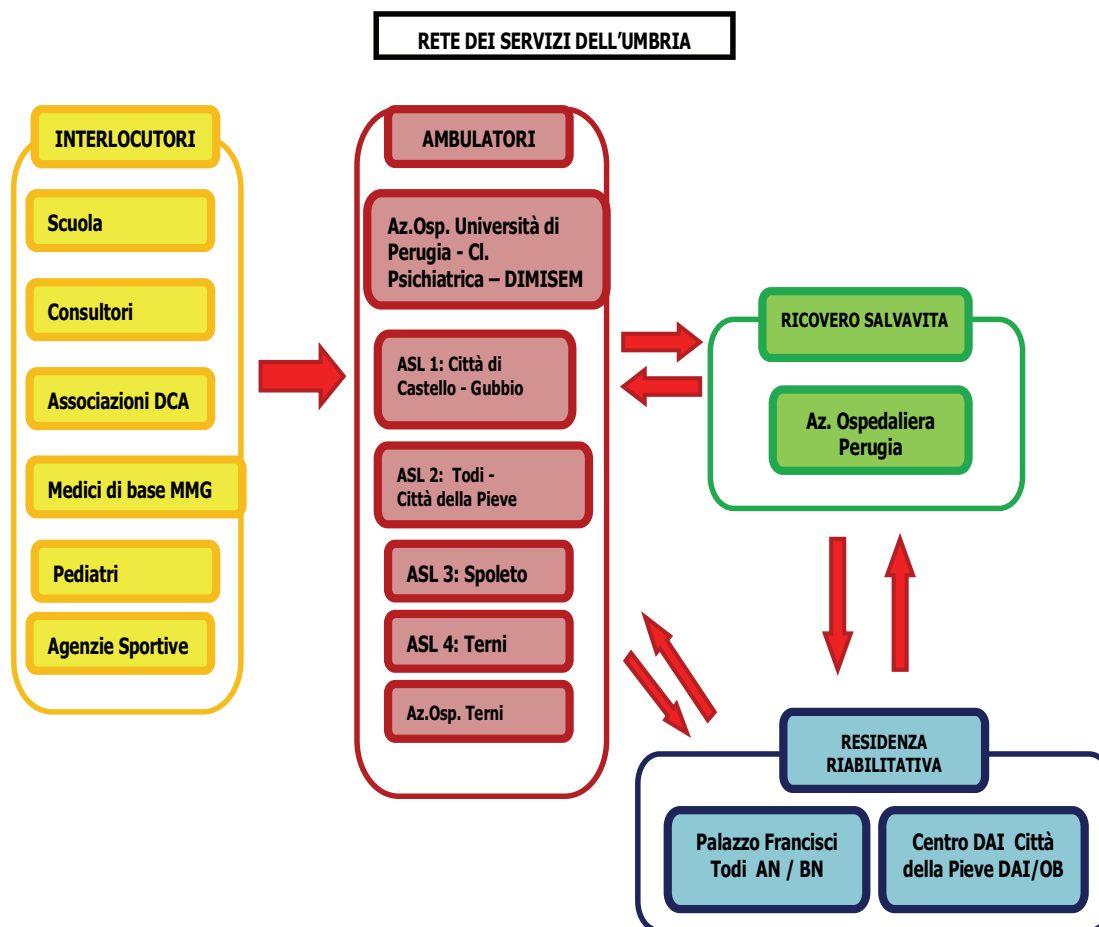
Un dato interessante è rappresentato dalla provenienza degli utenti afferenti ai Servizi censiti:

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'equipe 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

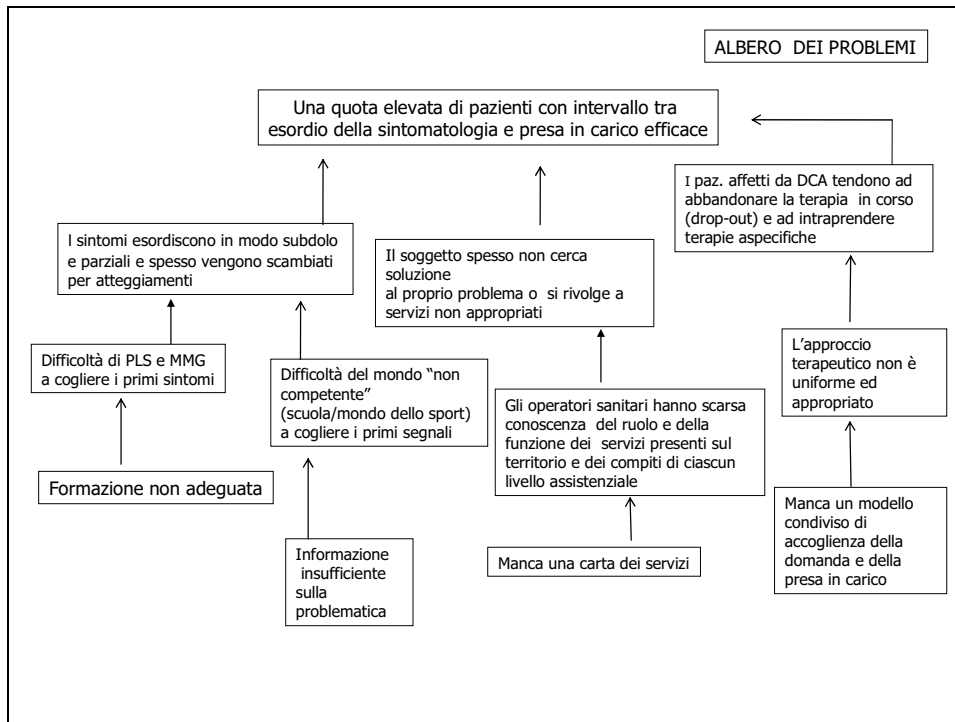
L'Associazione I Girasoli viene istituita nel 2010 a Spoleto per volontà di un gruppo di familiari afferenti al Servizio integrato DCA della ASL 3. Svolge compiti di accoglienza e ascolto dei Familiari e si propone compiti di sensibilizzazione e prevenzione.

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.

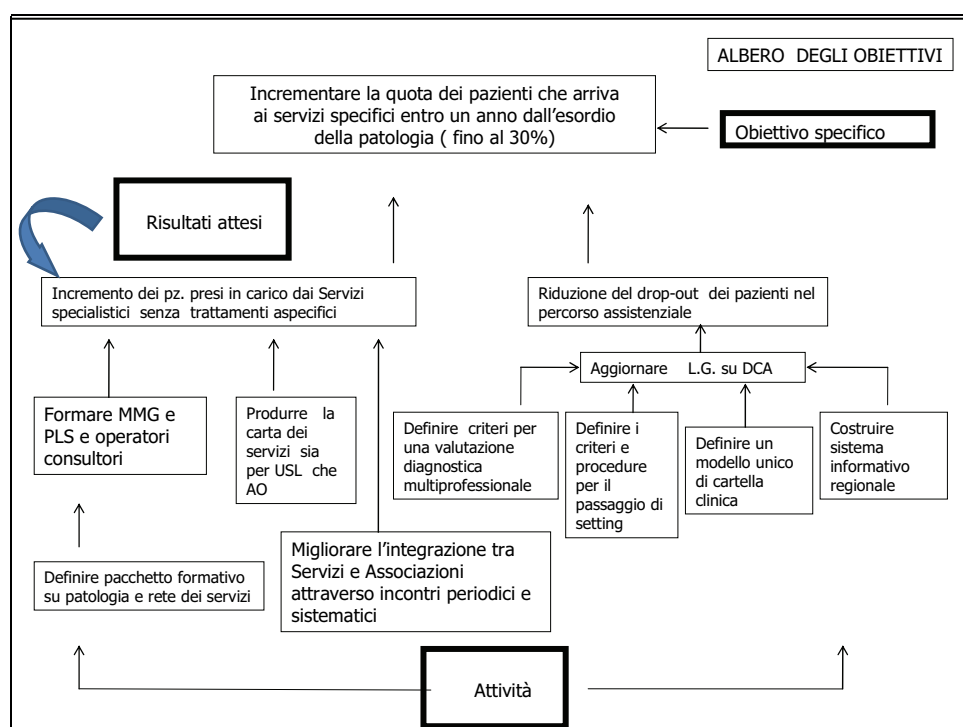
I fattori che influenzano e ritardano il riconoscimento e la presa in carico sono diversi :

- 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

Finalita' del 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 progressivi	n° paz. presi in carico che non hanno avuto trattamenti aspecifici/n° paz. che in quell'anno accedono al servizio		
		mezzi e risorse	costi	
attivit� 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>1.1.1</i>	<i>Progettare il percorso formativo /individuazione dei bisogni formativi, degli obiettivi e dei contenuti</i>			
<i>1.1.2.</i>	<i>Organizzare e realizzare il corso (individuazione docenti, organizzazione calendario, valutazione dell'apprendimento)</i>			
attivit� 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.		
attivit� 1.3	Stipulare protocolli d'intesa tra i singoli Servizi specifici e le Associazioni che operano nel territorio			
Finalita' del 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		
2.1.1.	<i>Definire i criteri e le procedure per la valutazione diagnostica multiprofessionale</i>		gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale		
2.1.2	<i>Definire i criteri e le procedure per il passaggio di setting</i>				
R					
2.1.3	<i>Definire un modello di cartella condiviso per ogni livello assistenziale</i>				
attività' 2.4	Costruire un sistema informativo regionale				

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 AG. *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