REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE
2010 - 2012

Dicembre 2010

INDICE

SEZIONE I: IL QUADRO STRATEGICO

1. IL QUADRO DI RIFERIMENTO REGIONALE PER LA PROGRAMMAZIONE 2010-2012 4

1.1 DAL PROFILO DI SALUTE AI PROBLEMI DI SALUTE 4

2. LE CRITICITÀ 7

2.1 IL CONTESTO ISTITUZIONALE E NORMATIVO 7
2.2 NUOVE PROSPETTIVE DI PREVENZIONE 7
2.3 INDICAZIONI EMERGENTI DALLA CONCLUSIONE DEL PRECEDENTE PIANO REGIONALE PREVENZIONE 9

3. STRATEGIE E MACROAMBITI DI INTERVENTO CHE POSSONO INCIDERE SULLA REALIZZAZIONE DEL PIANO REGIONALE PREVENZIONE 13

3.1 RETI ED ALLEANZE 13
3.1.1 Collaborazioni interregionali ed europee ***14***
3.2 GUADAGNARE SALUTE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE IN FRIULI VENEZIA GIULIA 14
3.2.1 Obiettivi ***16***
3.2.2 Ambiente urbano e salute ***17***
3.2.3 Alimentazione sana (e sostenibile) nelle scuole ***17***
3.2.4 Promozione della salute nei luoghi di lavoro ***18***
3.2.5 Collaborazioni ***18***
3.2.5.1 Assistenza primaria *18*
3.2.5.2 Rete Health Promoting Hospitals and Services *18*
3.2.5.3 Ufficio Scolastico Regionale *19*
3.2.5.4 I comuni, ANCI e Federsanità ANCI FVG *20*
3.3 LA REALIZZAZIONE DEL PIANO 21
3.3.1 Sistemi di sorveglianza ***22***
3.3.2 La comunicazione ***22***

SEZIONE II: IL PIANO OPERATIVO

1. LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE 25

2. LE PRIORITÀ 25

3. PIANO DI VALUTAZIONE 26

4. QUADRO D'INSIEME 27

5. I PROGETTI 31

6. ALTRI PROGETTI E PROGRAMMI DI PREVENZIONE E SORVEGLIANZA 171

ALLEGATO: IL PROFILO DI SALUTE DEL FRIULI VENEZIA GIULIA 181

SEZIONE I
IL QUADRO STRATEGICO

1. Il quadro di riferimento regionale per la programmazione 2010-2012

1.1 Dal profilo di salute ai problemi di salute

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

- progressivo **invecchiamento della popolazione** legato al continuo aumento della speranza di vita e al **basso tasso di fecondità** della popolazione; il n. medio di figli per donna in FVG è pari a 1.37 abbondantemente al di sotto della soglia di 2, valore in grado di garantire il ricambio generazionale, e sarebbe ancora più basso senza il contributo delle straniere residenti (1.20 per le italiane e 2.34 per le straniere residenti in regione);

- le principali cause di morte e di anni di vita persi in regione sono i **tumori** (4.402 decessi e 45.740 anni di vita persi nel 2007) e le **malattie** cardiovascolari (4.864 decessi e 38.688 anni di vita persi nel 2007), complessivamente il 70,5% dei decessi contro il 69,36% a livello nazionale, patologie in parte legate a fattori di rischio modificabili mediante l'adozione di stili di vita sani (in particolare riguardo l'alimentazione, l'attività fisica, l'abitudine al fumo e al consumo di alcolici), sia attraverso la diagnosi precoce e il trattamento (ipertensione, ipercolesterolemia);

- i risultati di una recente indagine sugli **stili di vita degli adolescenti** (HBSC) evidenziano l'elevata diffusione di stili di vita pericolosi per la salute, tanto più se adottati in età precoce, come **l'assunzione di alcolici** e il **fumo di sigaretta**; anche nella popolazione adulta risulta dai dati PASSI che in FVG circa un quarto degli intervistati (27%) è un bevitore a rischio. Il consumo elevato di alcol sembra essere più frequente tra i giovani di 18-24 anni, gli uomini, nelle persone con alta istruzione. I decessi attribuibili al fumo in FVG nel periodo 2000-2008 sono stati quasi 19.000, in media circa 2.100 all'anno: l'impatto del fumo sulla mortalità generale è risultato molto rilevante: il 15% dei decessi di persone dai 35 anni in su è attribuibile al fumo. Le patologie con più elevata mortalità attribuibile al fumo sono i tumori (9.750 decessi attribuibili), seguiti dalle malattie cardiovascolari (6.616) e dalle malattie respiratorie (2.620). Nel periodo 2000-2008 i ricoveri ospedalieri di residenti imputabili al fumo di tabacco sono stati più di 90.000, in media oltre 10.000 ricoveri all'anno, di cui quasi la metà relativi a persone di sesso maschile e di età superiore a 64 anni

- gli **incidenti stradali** nel 2008 hanno provocato 110 morti (87 maschi e 23 femmine) e 6.459 feriti (4.111 maschi e 2.348 femmine); i neopatentati (18-24 anni) e le persone con più di 65 anni sono maggiormente a rischio di incidenti mortali; spesso gli incidenti mortali sono legati all'assunzione di alcool e al mancato uso dei dispositivi di sicurezza (dati PASSI 2009); benché in FVG il numero di decessi dovuto ad incidente stradale sembri avvicinarsi all'obiettivo posto dall'UE di riduzione del 50% nel periodo 2002-2010, la diminuzione del numero di morti non è accompagnata ad una riduzione del numero di feriti e rimane un ampio margine di miglioramento nella diffusione delle pratiche di prevenzione e di contrasto efficaci.

- per quanto riguarda gli **incidenti domestici e gli infortuni sul lavoro** le stime di incidenza non sono ancora complete soprattutto per **problemi di misclassificazione**; in particolare gli infortuni domestici risultano ampiamente sottostimati dalle attuali rilevazioni basate sui dati di pronto soccorso (basti pensare che solo l'8,5% delle fratture di femore degli anziani presenta come causa di ingresso l'incidente domestico).Le età maggiormente coinvolte in incidenti domestici sono quelle dell'infanzia costituendo il 22% sul totale degli infortunati (ulteriore segno della misclassificazione di questi incidenti nella popolazione anziana). Il fenomeno degli **infortuni sul lavoro** in Friuli Venezia Giulia ha subito grandi cambiamenti

negli ultimi anni, in linea con l'evoluzione economica e del mercato del lavoro: a fronte di un calo progressivo dal 2001, vi è un aumento percentuale dei casi di infortunio più gravi. Tra gli aspetti critici che caratterizzano il fenomeno, si rafforza il problema degli infortuni che coinvolgono la forza lavoro di origine straniera. Sia per gli infortuni sul lavoro che per le malattie professionali emerge l'importanza di analizzare in maniera approfondita il fenomeno e **potenziare al massimo le capacità di registrazione, elaborazione ed analisi delle informazioni** raccolte sui casi emersi al fine di individuare sempre più puntualmente i fattori di rischio e di esposizione, e porre poi in essere adeguate e specifiche misure di prevenzione che devono concretizzarsi con il contributo anche del mondo produttivo.

- Le **coperture vaccinali** sono elevate (>= 95%) per le vaccinazioni che fanno capo a norme di legge (antipoliomielite, antidifterica, antitetanica, antiepatite B) e le due fortemente raccomandate antipertosse e anti *haempophilus tipo B.* Nel 2009 il livello di copertura regionale a *24 mesi* per ciclo completo (3 dosi) di antipertosse (proxy della vaccinazione esavalente) è pari al 96% con un range tra Aziende di 95-96,7%. Invece i dati riferiti alla vaccinazione contro il morbillo-rosolia-parotite effettuata nel secondo anno di vita sono più bassi: 91.4% (range 87,2-93,5%), mentre per la seconda dose a *6 anni* si raggiunge l' 88.3% L'adesione alle vaccinazioni di recente introduzione (antipneumococco, antimeningococco C e HPV) presenta ancora una certa disomogeneità aziendale con coperture ancora lontane dagli obiettivi. L'adesione alla prima dose per pneumococco è pari al 79,4% . L' adesione per una dose di HPV supera il 60% per le coorti oggetto di chiamata attiva nel 2008-2009. Infine la copertura della vaccinazione antinfluenzale nei soggetti ultra65enni ha raggiunto nella campagna vaccinale 2009-2010 la media regionale di 65.2% (range 60 –70,6%). La copertura per il vaccino antipneumococcico polisaccaridico nei soggetti ultrasessantacinquenni è del 50,2% con una grande variabilità tra le Aziende sanitarie (range: 20,7%-67,4%).

- Le **malattie infettive**, seppure in diminuzione, continuano a rappresentare un problema rilevante in relazione alle nuove emergenze e riemergenze.
  Nel 2009 sono stati notificati 44 casi di tubercolosi polmonare (incidenza 3.7 casi per 100.000) rispetto ad un'incidenza nazionale pari a 7,2 per 100.000. Il 52% dei casi notificati riguarda soggetti nella classe d'età 25-64 anni , ed il 32% soggetti con più di 65 anni. Il 62% dei casi notificati riguarda cittadini stranieri.
  Il problema della farmaco resistenza è ancora limitato: nel periodo 2006/2009 su un totale di 347 MCT isolati e sottoposti ad antibiogramma il 6% è risultato farmaco resistente
  Sono stati notificati 9 nuovi casi di AIDS (O,75 casi per 100.000); invece il numero di nuove diagnosi di infezioni da HIV, rilevato dal sistema di sorveglianza regionale, è circa 30, equivalente ad una incidenza annuale di 2,5 casi per 100.000 abitanti con una evidente sottostima del fenomeno HIV. Malgrado ciò il sistema di sorveglianza in Friuli Venezia Giulia (attivo dal 1985) ha comunque messo in evidenza le importanti modifiche avvenute nell'epidemiologia dell'infezione nel periodo di osservazione.
  I casi di malattia invasiva batterica nel 2009 sono stati 14 (incidenza 1,2x100.00), lo pneumococco è stato il responsabile della metà di queste forme notificate. , mentre un quarto hanno riconosciuto come agente eziologico il meningococco e solo in un caso l'agente eziologico è rappresentato dall' *haemophilus tipo B.*

- **Sicurezza alimentare:** sebbene sottostimato il problema delle Malattie trasmesse da alimenti (MTA) è sempre di attualità e presenta periodicamente l'emergere di nuovi pericoli per la salute del consumatore: emblematici, anche per l'impatto mediatico, i casi dell'Encefalite spongiforme bovina", del rilevamento nelle carni e nelle uova di diossine, nelle carni suine di medrossiprogesterone acetato e di recente di massive infestazioni di nematodi del genere Anisakis nei prodotti della pesca e della comparsa sul mercato di anomale colorazioni di origine batterica di prodotti derivati dal latte. Pare indispensabile

potenziare le azioni di raccolta e registrazione, elaborazione ed analisi dei dati risultanti dalle attività di campionamento per analisi di laboratorio sulle matrici alimentari e animali al fine di individuare fattori di rischio e di esposizione, essenziali per predisporre i programmi di prevenzione.

- **Veterinaria - Sanità animale:** la recente epizoozia di rabbia, non presente sul territorio regionale da più di dieci anni, ha evidenziato la necessità di non farsi cogliere impreparati dalla ricomparsa di zoonosi "storiche", per le quali le misure di profilassi sono ormai conosciute, ma soprattutto dall'emergere di zoonosi di nuova introduzione sul territorio nazionale quali le arbovirosi (West Nile Disease, ……) che seguono l'estendersi dell'areale di sopravvivenza dei vettori coniugato alla introduzione accidentale dell'agente patogeno con la circolazione dei viaggiatori e alla presenza di ospiti animali intermedi (equidi e volatili).
- Analogamente si pone il problema della tutela della salute del patrimonio zootecnico regionale e nazionale dall'introduzione di malattie, non trasmissibili all'uomo, ma che, con il loro potenziale patogeno, mettono a repentaglio le popolazioni animali indenni e la produttività degli allevamenti

2. Le criticità

2.1 Il contesto istituzionale e normativo

La programmazione regionale del FVG nel **PIMT 2000-2002** riconosceva al Dipartimento di Prevenzione un ruolo di coordinatore e promotore, seppur non esclusivo, delle azioni della prevenzione, e di propulsore di comportamenti, individuali e collettivi, finalizzati ad una migliore tutela della qualità del vivere di tutti. Lo stesso Piano sottolineava come l'attività dei Dipartimenti dovesse orientarsi in maniera specifica al rilancio di una cultura preventiva e non di solo controllo e vigilanza. Il successivo **PSSR 2006-2008**, richiamando l'avvenuto cambiamento nel rapporto con i cittadini, con un passaggio da prevenzione "somministrata" alle persone (campagne di vaccinazione, interventi di vigilanza ecc.) a prevenzione "condivisa" con la comunità e da essa partecipata, promuoveva una programmazione elaborata localmente, espressione di una strategia mirante a promuovere la salute; se da un lato confermava al Dipartimento di Prevenzione il ruolo di coordinamento e di direzione delle strategie di prevenzione collettiva, dall'altro sottolineava la necessità di un ampliamento di prospettiva e di una integrazione e della condivisione dei programmi con il Distretto, espressione dell'assistenza sanitaria primaria e snodo dell'integrazione sociosanitaria. Ciò era in linea, oltre che con la **L.R. 23/04**, con le strategie in materia di sanità pubblica dell'U.E. (Programma di Azione Comunitari) e nazionali ("**Linee guida per la prevenzione sanitaria e l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione**" adottate dalla Conferenza Stato Regioni il 25 luglio 2002, e **Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2009**).
In realtà, la collaborazione con il Distretto non ha mai raggiunto i livelli di integrazione che il PSSR 2006-2008 intendeva promuovere, limitandosi spesso ad una revisione dell'offerta di servizi e prestazioni alla persona in sede distrettuale, mentre l'esperienza dei PAT-PdZ non è andata oltre la programmazione del triennio di riferimento: analisi che è presente anche nel **Libro Verde** redatto ai fini della pianificazione Sociosanitaria regionale 2010-2012 :" Il primo triennio di pianificazione sociosanitaria locale (Piani di zona – PDZ e Piani delle attività territoriali - PAT) ha evidenziato le potenzialità di strumenti di partecipazione, creando nelle collettività locali e negli attori sociali aspettative che non son riuscite ad esser interpretate e soddisfatte in tutti i loro aspetti. Il ruolo cardine del distretto non è ancora sufficientemente riconosciuto e interpretato in modo uniforme."
Ugualmente poco efficace, ed inadeguata ad un contesto in cambiamento, la collaborazione con ARPA negli anni corrispondenti alla programmazione sin qui citata, sia a livello regionale che a livello locale.

2.2 Nuove prospettive di prevenzione

Per contro in questi ultimi anni è andata maturando, in seno ai Dipartimenti di Prevenzione della regione, la consapevolezza che le attività di prevenzione, protezione, promozione della salute (volendo riassumere così le tipologie di attività svolte nei Dipartimenti) richiedono di essere aggiornate e rese adatte ai contesti in evoluzione, ma anche rafforzate quale momento trasversale nello sviluppo di tutte le politiche.
Tra 2008 e 2009 operatori della prevenzione del triveneto hanno partecipato ad un focus group, in collaborazione con una società scientifica, producendo una sorta di manifesto, pubblicato, sintetizzabile negli enunciati seguenti:

- "Promozione delle salute e prevenzione sono due elementi essenziali per tutti i Servizi Sanitari e per tutti i settori della società; debbono essere inseriti come elementi trasversali nella valutazione di tutte le azioni normative e programmatorie dei livelli regionali e locali;
- "Le azioni di protezione, promozione e prevenzione delle salute, anche se meno visibili ed eclatanti da punto di vista mediatico sono però essenziali nel garantire gli standard elevati di

qualità della vita che caratterizzano la nostra regione; riconoscere questa essenzialità vuol anche dire operare un'attenta politica di investimenti orientata a consolidare servizi efficaci e a svilupparne di nuovi per accrescere gli standard esistenti;

- "La finalità delle azioni del DdP è la promozione e la tutela della salute; le forme organizzative e gli strumenti sono subordinate a questo fine in particolare le attività di tipo ispettivo e di vigilanza.
- "È necessario adottare strumenti nuovi e più articolati per la valutazione dello stato di salute e dei bisogni della popolazione. Questo è impellente alla luce delle innovazioni scientifiche e tecnologiche che sono in divenire.
- "Il Dipartimento di Prevenzione è stato ed è un garante della visione unitaria e sistemica degli interventi nella prevenzione e promozione della salute,. Questo ruolo è essenziale nei programmi di sanità pubblica e deve essere giocato anche nel futuro.
- "Le tempistiche programmatorie dei vari enti (ARPA, SSR; ecc.) che si occupano di promozione della salute e di prevenzione devono essere allineate per favorire sinergie ed evitate sfasature nelle azioni".

Si è andata rafforzando la consapevolezza che, affinchè il prodotto finale erogato rispetti i criteri di efficacia ed efficienza, e risponda pienamente alle aspettative del cittadino, è necessario migliorare l'integrazione tra le singole unità operative del Dipartimento aumentando la coerenza delle procedure e dei processi con gli obiettivi di salute e tenendo conto dell'apporto di tutti i servizi, ciascuno in base alle proprie competenze, in un'ottica di multidisciplinarietà.

Questa coerenza interna deve trovare corrispondenza in una integrazione tra i 6 Dipartimenti o nell'ambito di area vasta, così da migliorare – attraverso la collaborazione tra professionisti appartenenti a realtà territoriali diverse – la qualità della risposta al cittadino (ad esempio in termini di omogeneità ed accessibilità). A tale scopo è stato realizzato un coordinamento stabile dei Dipartimenti di Prevenzione, curato dall'Area Prevenzione e promozione della salute della Direzione Centrale Salute, con l'obiettivo di mantenere aperto il confronto tra le strutture operative della prevenzione (dal 2010 partecipa anche l'ARPA), sono stati attivati tavoli di lavoro regionale su tematiche specifiche (alimenti, sicurezza sul lavoro, malattie infettive) ed un tavolo regionale Promozione della Salute, formalizzato con decreto del Direttore Centrale, composto da esperti afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione o in staff alla Direzioni Sanitarie o Generali delle Aziende Sanitarie e rappresentanti di Federsanità ANCI, di Ceformed e della rete HPH, che hanno dato contributi anche in riferimento alla presente programmazione.

In particolare, dal coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione sono emerse le seguenti indicazioni

- Le strutture esistenti (servizi dei Dipartimenti di Prevenzione) sono preparate ed esperte in attività di Protezione, ma per lavorare in Prevenzione e Promozione della salute si acquisisce maggior forza se si accolgono diversi soggetti, si creano alleanze e si costruiscono reti. Il modello organizzativo deve essere più funzionale ad un ruolo moderno del Dipartimento, potenziale ponte tra prevenzione e percorsi assistenziali, tra clinici specialisti e cure primarie, e con una funzione di integrazione con i soggetti esterni al sistema sanità. L'integrazione e l'alleanza va cercata in primo luogo con i **Distretti**, che hanno un ruolo importante nel rapporto con i **medici di famiglia** e con i **sindaci** del territorio svolgendo un'azione di facilitazione e con i Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze.
- In alcune aziende sanitarie la **Promozione della salute** è ancora marginale rispetto alla protezione e prevenzione, oppure vi è un'organizzazione aziendale che non ne favorisce le potenzialità: è importante valorizzare la collaborazione tra i diversi servizi che condividono obiettivi di promozione della salute, definendo sulle priorità individuate programmi trasversali, completi di indicatori di monitoraggio e valutazione dei risultati, ed indicandone chiaramente i responsabili. La programmazione deve comprendere interventi finalizzati a creare un ambiente di lavoro che favorisca la scelte di vita salutari (ospedale e servizi liberi dal fumo, mense aziendali ecc.) ed essere affiancata da programmi di comunicazione efficaci. In particolare il

ruolo della comunicazione di carattere sociale, che ha lo scopo di rendere consapevole il cittadino nelle scelte di salute, risulta di fondamentale sostegno alle altre politiche di promozione della salute. Tale iniziative devono far parte delle politiche di organizzazione delle Aziende Sanitarie che hanno come mission la promozione della salute, perché l'informazione non strutturata, non è in grado di produrre cambiamenti di salute permanenti.

- Sia in prevenzione che in promozione della salute è necessario avviare e rafforzare forme di integrazione e di operatività intersettoriale instaurando intese e collaborazioni con gli **enti locali, le imprese, le diverse associazioni di volontariato.**
- Sono presenti in regione differenze a volte importanti nelle modalità di organizzazione dell'offerta (vaccinazioni, screening) e nei livelli di performance: anche al fine di garantire **equità nell'accesso a prevenzione e cura per i cittadini della regione**, la programmazione deve affrontare le differenze e porsi l'obiettivo di superarle, pur salvaguardando la possibilità di individuare aziende capofila per progettazioni in cui vi sia ancora un significato di sperimentazione metodologica.
- Le nuove linee di lavoro della prevenzione (incidenti stradali ecc.) necessitano di maggiori risorse ed operatori dedicati: in un momento storico che non consente un incremento di risorse l'organizzazione deve modularsi su queste nuove esigenze; per cui la rete creata in regione FVG tra i referenti regionali e aziendali del PRP va mantenuta e rafforzata.
- La programmazione in tema di prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, rispetto alla quale intervengono vari stakeholders (sindacati, magistrati, associazioni) deve valorizzare maggiormente la promozione della salute nei luoghi di lavoro (alcol, fumo, incidenti stradali…).

Pare opportuno richiamare infine quanto affermava il PSSR 2006-2008 in tema di orientamento proattivo dei servizi.
"L'evoluzione della struttura demografica della popolazione regionale e delle reti familiari, nonché la ricomposizione delle reti informali di cura, richiedono un significativo potenziamento ed un sostanziale riorientamento (riqualificazione) degli interventi sul territorio. L'analisi del bisogno di salute della popolazione regionale ha evidenziato che esiste una consistente quota di popolazione con problemi di salute che viene conosciuta in ritardo dai servizi o non viene conosciuta affatto. Questo fenomeno evidenzia delle criticità del sistema di offerta riferibili all'accessibilità ed all'informazione ma denuncia al contempo una modalità operativa dei servizi che si fonda sulla domanda espressa, mutuando in questo senso l'approccio ospedaliero.
Il problema diventa molto serio, con evidenti rischi di iniquità, soprattutto quando riferito a quella parte di popolazione vulnerabile e fragile che spesso non è in grado di costituirsi come domanda (anziani, disabili, persone con problemi di salute mentale…). Un sistema che conformi gli stili operativi, i modelli organizzativi e gestionali e le culture professionali alla strategia di attesa è anche fortemente esposto a rischi di inefficienza e di bassa qualità degli interventi, soprattutto in termini di esito." In effetti la necessità di un riorientamento proattivo dei servizi – che coinvolge sia l'organizzazione che la cultura professionale degli operatori – è coerente con l'obiettivo di promuovere salute oltre che prevenire malattia e proteggere dal rischio, e può contribuire ad affrontare adeguatamente il problema di garantire equità nell'accesso a prevenzione e cura per tutti i cittadini della regione.

2.3 Indicazioni emergenti dalla conclusione del precedente Piano Regionale Prevenzione

Alcune linee del precedente PRP (obesità, cardiovascolare, incidenti stradali e domestici, …) hanno evidenziato come siano fondamentali la costruzione di alleanze tra i vari stakeholders e l'approccio multisettoriale e multidisciplinare, in sintonia con quanto evidenziato dalla riflessione interna ai professionisti ed alle strutture della prevenzione.

Per la **prevenzione cardiovascolare** il risultato più significativo è stato l'aver lanciato un'azione per la salute dell'intera popolazione regionale (il programma "Gente di cuore"), sviluppando armonicamente sia la strategia individuale sia quella di popolazione, con l'intento esplicito di modificare permanentemente l'approccio di promozione della salute e preventivo cardiovascolare, in sinergia tra figure professionali diverse, con il Distretto come punto di riferimento, e con la partecipazione attiva degli amministratori locali e del volontariato.

Analogamente, il punto di forza del piano **prevenzione obesità** è stata l'interdisciplinarietà del progetto, con la costituzione di una rete di portatori di interesse a livello locale e regionale; tuttavia, nel caso di un interlocutore come la scuola, fondamentale per programmi di promozione della salute, è stata riscontrata la difficoltà di avere un orientamento omogeneo nel territorio regionale, in ragione dell'autonomia scolastica nelle progettazioni, per cui la coprogettazione scuola-salute è rimasta di fatto concretizzabile nella condivisione di indirizzi a livello regionale (Ufficio Scolastico Regionale e Direzione salute-coordinamento SIAN- tavolo interaziendale promozione salute) ed a livello provinciale (Ufficio Scolastico Provinciale – aziende sanitarie), oltre alla realizzazione di esperienze locali di collaborazione tra scuole e aziende sanitarie. Per il presente PRP, resta fondamentale la collaborazione con la scuola, pur tenendo conto dei limiti sopraindicati, per cui la stessa compare come setting privilegiato in molte linee di piano.

Nel piano prevenzione delle complicanze del **diabete** il tema delle attività integrate è diventato sicuramente centrale, ben introiettato nei professionisti e nei servizi; sono da valorizzare il tema dei percorsi integrati di cura; il baricentro ed il ruolo dei distretti quali motori della continuità assistenziale, del governo del sistema dell'offerta; una vasta, consapevole, capace presenza di MMG e una globale sensibilizzazione al tema della misurazione della qualità in medicina generale.

Una delle difficoltà nella realizzazione del precedente piano di prevenzione degli **incidenti domestici** è stata sicuramente la complessità di accesso attraverso sopralluogo alle abitazioni private, cui si contrappone la scarsità di risorse da dedicare al tema della sicurezza domestica. Indispensabile quindi il coinvolgimento e la formazione delle associazioni di categoria e associazioni di volontariato che accedono alle abitazioni; dal punto di vista organizzativo è di cruciale importanza attivare sinergie di programmazione sia a livello regionale sia a livello aziendale, anche e soprattutto per le attività formative destinate ai caregivers, e promuovere alleanze intersettoriali con Confartigianato, Province, Federsanità ANCI.

Per quanto riguarda la prevenzione degli **incidenti stradali**, a fronte della modifica del Codice della Strada con Legge del 29 luglio 2010 , n. 120 (Disposizioni in materia di sicurezza stradale), e in relazione agli interventi realizzati con il precedente Piano Regionale della Prevenzione 2007-2009, emergono alcuni aspetti su cui la Regione FVG intende proseguire.
Le Istituzioni preposte per mandato al controllo e prevenzione dell'incidentalità stradale, in un'ottica di rete e di mediazione interistituzionale, hanno lavorato per raggiungere obiettivi condivisi, dall'approccio interdisciplinare e interistituzionale per una formazione coordinata che potesse dare risposte omogenee sul territorio regionale, alla collaborazione dei diversi soggetti titolari per la messa in comune di informazioni sui flussi dei dati sanitari e della Polizia Stradale, finalizzati alla realizzazione di un sistema di monitoraggio sul fenomeno con georeferenziazione degli eventi. Sono state avviate attività di formazione coordinate con altre linee del Piano della Prevenzione (prevenzione obesità e promozione attività fisica) in relazione alla mobilità sostenibile, che hanno messo in evidenza la complessità della rete che coinvolge diverse istituzioni con i loro differenti mandati (Regione, Aziende Sanitarie , organi di Polizia, Comuni, Scuola e portatori di interesse quali Associazioni di categoria, Rete Città Sane, Autoscuole, ecc..)
E' necessario ora riprendere e sviluppare alcuni aspetti, quali il coordinamento nella programmazione con Ufficio Scolastico Regionale e il mondo della Scuola nelle sue articolazioni

per ordini e gradi, per consolidare un approccio educativo di conoscenza e sensibilizzazione al tema fin dalla giovane età, ed una adeguata pianificazione urbanistica e territoriale in collaborazione con i Comuni e FedersanitàANCI, nonché mantenere operativi i risultati ottenuti.
Altrettanto importanti sono il consolidamento della collaborazione di più soggetti, con competenze e organizzazione diverse, gli accordi con Forze dell'Ordine per una pianificazione integrata degli interventi e l'intervento dei Servizi di Alcologia/SerT delle Aziende Sanitarie, competenti in merito al tema guida e dipendenze.
Si vuole inoltre rafforzare i rapporti con l'Associazionismo di categoria e la rete delle Autoscuole regionali, e portare pienamente a regime la rilevazione georeferenziata ed integrata dei dati sull'incidentalità stradale in FVG che si pone come snodo centrale di un miglior utilizzo delle informazioni quale base per azioni locali efficaci.
Altro importante elemento di continuità è l'attivazione di Campagne di Comunicazione rivolte alla popolazione per aumentare la sensibilizzazione e la conoscenza del fenomeno, al pari della continuazione del percorso approvato dalla Giunta Regionale (Delibera di Generalità n. 129 dd 21.01.2009) per la promozione di una mobilità sostenibile e sicura nella pianificazione urbanistica, citato più avanti.

Come evidenziato nel profilo di salute che riprende i risultati del precedente PRP, le **coperture vaccinali** sono buone per i programmi consolidati, mentre è necessario migliorare le coperture per le vaccinazioni di recente introduzione; in un'ottica di equità è necessario affrontare il problema dei gruppi a rischio (non solo a rischio per patologia, ma anche perché più fragili e/o più difficili da raggiungere): su questi si deve concentrare l'impegno nel triennio.

Per quanto riguarda i **programmi di screening**, dopo vari anni di buona attività si notano segni di affaticamento che rendono necessari interventi significativi di manutenzione dei tre programmi che possono essere sintetizzati in tre filoni principali:

- Necessità di passare ad una nuova fase di stabilizzazione dei programmi rivedendone la logistica in funzione degli sviluppi registrati in questi ultimi anni;
- Persistono problemi di adesione principalmente nel programma per il colon retto che rendono necessario un ripensamento sui criteri di comunicazione con i cittadini;
- È necessario rafforzare l'attività di valutazione della qualità dei secondi livelli.

Nel campo della **prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali** le criticità maggiori, evidenziate dal primo piano regionale della prevenzione, sono state dettate dalla difficoltà del sistema sanitario di farsi riconoscere dai diversi soggetti istituzionali e del contesto produttivo con le sue funzioni di promotore della salute e non come ente di vigilanza. Troppo spesso si confonde il beneficio puntuale, ma momentaneo e senza evidenti ricadute, dettato dalla specifico intervento, con il mandato di un servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro che è quello di promuovere la tutela della salute e della sicurezza di tutti i soggetti presenti negli ambienti di lavoro. Per realizzare quest'ultimo obiettivo si è cercato già con il primo piano regionale della prevenzione di dare il maggior peso al confronto ed alla condivisione delle azioni di tutela promuovendo il ruolo del Comitato Regionale di coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08 ed identificando in esso il ruolo e la funzione di coordinamento delle azioni e di promotore e diffusore di buone pratiche. Pur avendo cercato di diffondere le stesse buone pratiche nel mondo del lavoro e attraverso la pubblicazione sul sito internet regionale, si è potuto registrare come l'informazione e la formazione dei diversi lavoratori rimanga un'altra criticità diffusa perché spesso disomogenea se non fonte di rischio per la diversità spesso registrata anche nei contenuti.
Gli interventi che si andranno a realizzare saranno pertanto quelli di favorire il coordinamento dei diversi soggetti operanti nella prevenzione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, di realizzare interventi di promozione della salute negli ambienti di lavoro anche attraverso la

condivisione dell’informazione, e la formazione delle figure previste dal D.Lgs. 81/08 con particolare riguardo al comparto delle costruzioni.

3. Strategie e macroambiti di intervento che possono incidere sulla realizzazione del Piano Regionale Prevenzione

3.1 Reti ed alleanze

Multidisciplinarietà ed integrazione tra strutture operative e professionisti che possono dare un contributo in termini di prevenzione hanno informato ed orientato la recente programmazione regionale e sostengono anche la programmazione del presente PRP, che avrà tanta più forza quanto più saranno solide e diffuse le reti sin qui costruite.
In sintonia con questa strategia va ulteriormente valorizzata la collaborazione con gli ospedali nel campo della promozione della salute, attraverso il coinvolgimento della rete **Health Promoting Hospitals and Services,** già presente nel tavolo regionale di Promozione della salute: da rilevare che la rete HPH si è modificata dal 2008 ampliando il target di riferimento coinvolgendo nelle linee di lavoro i Servizi Sanitari per una logica di sistema integrato di comunicazione di tutte le attività di promozione della Salute che riguardano ospedale,territorio e ambiente di vita. Nel medesimo tavolo regionale di Promozione della salute è presente anche **Federsanità ANCI**, associazione che è diventata partner importante in molte iniziative portate avanti dalla regione FVG – in seno alla programmazione del precedente Piano Prevenzione – e che contribuisce al mantenimento di reti efficaci sul territorio. Sempre in quest'ottica di integrazione e di empowerment la regione ha costruito importanti percorsi di collaborazione tra Direzioni Centrali, EELL, volontariato e associazioni, scuola, professionisti e servizi del SSR, altri stakeholders, in tema di prevenzione dell'obesità e di prevenzione degli incidenti stradali che sono stati anche formalmente recepiti dalla Giunta regionale con le Generalità

- 3093/2007 "Patto per prevenire l'obesità"
- 129/2009 e 2939/2009 su "mobilità sostenibile"
- 2940/2009 per una collaborazione tra sanità e agricoltura nel promuovere alimentazione sana nelle scuole

e che si sono tradotti in specifici progetti, il cui mantenimento alimenta e supporta parte della progettazione del presente Piano; in seno all'Osservatorio Incidenti Stradali, è stato sviluppato il citato progetto di georeferenziazione degli incidenti stradali che fornisce e fornirà informazioni preziose per la prevenzione, e che ha alla base una stretta collaborazione tra salute, trasporti e forze dell'ordine; con l'Ufficio Scolastico Regionale è stata garantita la partecipazione alla progettazione su Guadagnare Salute (progetto CCM-piemonte) che ha ulteriormente rafforzato una sinergia nata con il Patto per prevenire l'obesità prima citato, e proseguita in seno al tavolo Promozione della Salute; con i Comuni, attraverso Federsanità ANCI, si sta lavorando all'applicazione delle Linee Guida in tema di mobilità sostenibile, in armonia con quanto promuoveva il citato Libro verde "sviluppare una partecipazione attiva degli operatori sanitari alla redazione dei Piani urbanistici fin dalla fase preliminare del processo decisionale".
Inoltre, dalle criticità prima evidenziate, così come dal processo di riorganizzazione in corso per Area Vasta delle aziende sanitarie ed ospedaliere, risulta urgente e necessaria una visione complessiva delle linee di lavoro, che spesso si intersecano fra loro e che coinvolgono all'interno della sanità diverse strutture. La logica che vede "il cittadino al centro del sistema" ha bisogno di un punto di coordinamento strategico direzionale che permetta di creare l'ottimizzazione delle sinergie tra le diverse strutture aziendali coinvolte a vari livelli e in modo trasversale.

3.1.1 Collaborazioni interregionali ed europee

La collocazione geografica della Regione Friuli Venezia Giulia costituisce un elemento di vantaggio nella realizzazione di reti collaborative tra le regioni dell'Italia settentrionale e il confinante stato della Slovenia e il land Austriaco della Carinzia.
L'opportunità di costruire progetti comuni e di coordinare interventi in ambito di macroarea permette di affrontare alcuni problemi di salute che non sono delimitati da confini amministrativi e di realizzare economie da sinergia.
Ambiti d'interesse sono : - malattie infettive e antropozoonosi, - sicurezza alimentare, - salute animale e medicina veterinaria, - comunicazione, - dipendenza da alcol.
La collaborazione con le altre Direzioni della Regione FVG e la presenza di enti qualificati quali L'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente (ARPA) e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZS) garantiscono sostenibilità nelle progettazioni e qualità sul versante laboratoristico di supporto.

3.2 Guadagnare salute e la promozione della salute in Friuli Venezia Giulia

Il concetto di salute negli anni si è notevolmente evoluto e da salute come assenza di malattia si è passati a un approccio che coinvolge la persona nella sua complessità.
La persona è in salute quando ha un completo benessere fisico, mentale e sociale. Si è inoltre sviluppato il concetto del ruolo importante e determinante della singola persona sul proprio stato di benessere. La salute risulta quindi una risorsa che permette alle persone di avere una vita integrata socialmente e di avere il controllo sui determinanti dello stato di salute-malattia, portando alla definizione di promozione della salute come quel processo che rende gli individui e le popolazioni in grado di aver un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla., come definito dalla Carta di Ottawa nel 1986.
La promozione della salute deve pertanto fornire agli individui e alla comunità le conoscenze e le capacità per migliorare lo stato di salute, deve mediare tra i differenti interessi della società e sostenere il diritto di tutti allo stato di salute.
Si intuisce così la complessità generale dell'argomento ed i possibili risvolti nelle politiche in ambito sanitario, e non solo. La salute deve rientrare in tutte le politiche, è importante vi sia l'impegno a creare ambienti che favoriscano le scelte salutari, ed a far partecipare attivamente la comunità.
Il Ministero della Salute e le Regioni si sono impegnate nell'azione di contrasto alle malattie croniche già attraverso il Piano Nazionale della Prevenzione, previsto dall'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che nel Friuli Venezia Giulia si è tradotto nel Piano Regionale Prevenzione adottato con le DGR 2862 del 7.112005 e 1177 del 1.6.2006.
Il Ministero della Salute ha collaborato con la Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la definizione di una strategia di contrasto alle malattie croniche, valida per l'Europa denominata Guadagnare Salute - e approvata a Copenaghen il 12 settembre 2006 dal Comitato Regionale per l'Europa; altra importante azione è stata la costruzione di una strategia europea di contrasto all'obesità, approvata il 15 novembre 2006 ad Istanbul nel corso della Conferenza Ministeriale Intergovernativa.
Il programma "Guadagnare Salute", promosso dal Ministero della Salute ed approvato con DPCM del 4 maggio 2007, si propone di combattere le malattie croniche rendendo più facili le scelte salutari, e promuovendo la modifica di comportamenti inadeguati che favoriscono l'insorgere di malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica. I fattori di rischio sono prevedibili ed esistono politiche e interventi efficaci che possono agire globalmente su di essi e sulle condizioni socio-ambientali per ridurre considerevolmente il peso di morti premature, malattie e disabilità che grava sulla società.

Come afferma il manifesto di GS, il governo nazionale e quelli locali non possono condizionare direttamente le scelte individuali, ma sono tenuti a rendere più facili le scelte salutari e meno facili le scelte nocive attraverso:

• informazione, che può aumentare la consapevolezza,
• azioni regolatorie, incluse in strategie intersettoriali per modificare l'ambiente di vita,
• allocazione di risorse specifiche per sostegno di azioni esemplari mirate ad accelerare, a livello locale, l'inizio di un cambiamento nell'ambiente di vita.

I comportamenti salutari, infatti, sono resi sempre più difficili dall'organizzazione e dal disegno urbano delle città, dall'automatizzazione, dai prezzi a volte più elevati degli alimenti più sani e dai condizionamenti del marketing.

I 4 principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) nei quali è possibile identificare con certezza i principali determinanti delle malattie croniche più frequenti nel nostro paese sono ben conosciuti, ed è possibile programmare interventi di salute pubblica che affrontino in maniera globale questi fattori di rischio, con un approccio non solo agli aspetti sanitari ma anche ambientali e sociali prevedendo la condivisione degli obiettivi da parte degli attori coinvolti (amministrazioni centrali e regionali, enti locali, settori privati).

Attraverso una programmazione concertata ed agendo in maniera trasversale sui diversi determinanti è possibile aumentare l'efficacia ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Il programma "Guadagnare Salute" è quindi un potente investimento per ridurre il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e per consentire ai cittadini di scegliere se essere, o tornare ad essere, liberi da dipendenze e fattori di rischio che li affliggerebbero per lunghi anni.

La Regione FVG, che aderisce al programma Guadagnare Salute e sviluppa localmente azioni con esso coerenti, individua altresì nella Promozione della Salute lo strumento per intervenire su ambiente e comportamenti e per ridurre le disuguaglianze e perseguire l'equità in salute. Visti i numerosi fattori che concorrono a determinare salute e lo stretto rapporto con lo sviluppo socio-economico, è necessario un approccio trasversale a tutti i settori dell'Amministrazione Regionale (cultura, pianificazione, lavoro, trasporti, ambiente, etc.) sviluppando e potenziando reti e alleanze al fine di integrare tutti i settori della politica in funzione della salute.

In pratica il livello regionale promuove e supporta le attività svolte dalle aziende del territorio, all'interno dei programmi definiti per obiettivi prioritari, costituendo la "cornice strategica" necessaria a far sì che tali attività siano riconosciute dai soggetti esterni al SSR, validate, sostenute, alimentate; la "cornice strategica" riprende l'approccio interistituzionale e multisettoriale di Guadagnare Salute e lo applica nella nostra regione.

Lo stesso Sistema Sanitario Regionale deve inoltre mirare ad una maggiore condivisione degli strumenti, metodi e linguaggi nell'ambito della promozione della salute; utile strumento di condivisione dei programmi e della metodologia è stato e deve continuare ad essere il gruppo regionale di promozione della salute, costituito con decreto del Direttore centrale salute e protezione sociale regionale, di cui fanno parte anche soggetti esterni alla sanità, rappresentanti della scuola e degli amministratori locali, più volte citato in questo documento.

Allo stesso tempo il SSR deve rivedere la sua organizzazione lavorativa creando e sostenendo gruppi di lavoro aziendali, anche tra diversi servizi che condividono obiettivi di promozione della salute, identificando responsabilità, modalità del monitoraggio e valutazione della realizzazione dei progetti.

Infine, la banca dati dei progetti di promozione della salute del FVG realizzata nel 2009 – 2010 nel più ampio contesto della banca dati costruita nell'ambito di un progetto CCM (capofila Piemonte), accessibile ai componenti del tavolo Promozione della Salute dovrà essere mantenuta ed alimentata periodicamente con le nuove iniziative, così da costituire una fonte aggiornata.

3.2.1 Obiettivi

Gli obiettivi delle azioni e dei programmi che saranno proposti non dovranno essere solo rivolti al miglioramento della salute in senso stretto, ma dovranno tener conto dei seguenti tre principi di azione:

- migliorare le condizioni di vita di ogni giorno, le circostanze nelle quali la gente nasce, cresce, vive, lavora, invecchia…
- affrontare la distribuzione diseguale del potere e delle risorse, sia a livello regionale che a livello locale
- utilizzare una metodologia che consenta di misurare il problema, valutare l'efficacia dell'azione, creare un linguaggio comune.

Quanto approccio consentirà di aprire un ambito di lavoro rivolto al cambiamento sociale.
La realizzazione di programmi di promozione della salute dovrà essere in funzione del problema di salute individuato, sulla base di:

- priorità di salute o malattia (es. patologie cardiovascolari, oncologiche…)
- stili di vita a rischio (uso di tabacco, uso incongruo di alcol, alimentazione scorretta…)
- gruppi di popolazione: adolescenti, anziani, immigrati…
- ambienti: città, comunità locali, ospedali, scuole, ambienti di lavoro…

Tutto ciò premesso la regione FVG, in particolare, si impegna a :

- sostenere le attività del gruppo regionale di promozione della salute;
- investire nella formazione e aggiornamento del personale sanitario al fine dello sviluppo di conoscenze e competenze, comunicative e valutative, nell'ambito della promozione della salute;
- promuovere un'organizzazione lavorativa che favorisca e valorizzi le collaborazioni tra aziende e tra servizi aziendali che condividono obiettivi di promozione della salute, identificando responsabilità, monitoraggio e valutazione dell'applicazione dei progetti;
- mantenere attivi i programmi di sorveglianza, in particolare PASSI, OKkio alla salute e HBSC-GYTS, al fine di individuare sulla base delle rilevazioni degli stili di vita, dei dati epidemiologici di sorveglianza disponibili, delle caratteristiche socio-demografiche locali, e sulla base dell'incidenza e gravità di patologie croniche, le priorità degli interventi di promozione della salute da attuare;
- avviare e rafforzare forme di integrazione e di operatività intersettoriale instaurando intese e collaborazioni con gli enti locali, le imprese, le diverse associazioni di volontariato;
- favorire e sviluppare la valutazione sia sulla pianificazione ed implementazione del processo che sui risultati raggiunti;
- creare un ambiente di lavoro che favorisca la scelte di vita salutari (ospedale libero dal fumo, mense aziendali ecc.);
- avviare campagne informative locali e di comunicazione per diffondere iniziative, progetti e risultati raggiunti.

In particolare la regione FVG intende continuare a sostenere progetti attivati nel corso del precedente Piano Regionale della Prevenzione che sono stati resi possibili proprio grazie alla creazione di alleanze con soggetti esterni alla sanità e che mirano ad intervenire sull'ambiente con lo scopo di favorire – nell'ottica di Guadagnare Salute – comportamenti salutari.
Tra questi, senza voler esaurire tutta la rosa delle progettazioni riconducibili ai temi di Guadagnare Salute, si ritiene utile richiamarne alcuni che hanno rappresentato, per questa regione, il tentativo di **un nuovo approccio a politiche intersettoriali finalizzate a sostenere i programmi di promozione di corretti stili di vita con l'adozione di azioni strategiche mirate a creare ambienti favorevoli alla salute**. Tali progetti sono mantenuti anche nel presente Piano Regionale Prevenzione 2010-2012.

3.2.2 Ambiente urbano e salute

Nel progetto “I determinanti di salute in ambito urbano”, definito nell’ambito dei Piani prevenzione obesità e incidenti stradali, partendo dalla premessa che un sistema di mobilità coerente con i principi dello sviluppo sostenibile deve garantire il miglioramento del servizio inteso come accessibilità ai luoghi da parte delle persone senza mettere in pericolo gli equilibri ambientali e la salute umana sono state attivate collaborazioni con la Direzione Centrale Mobilità e Trasporti , la Direzione Centrale Pianificazione, la Direzione Centrale Ambiente, ARPA, Federsanità ANCI, Ordini professionali, Unione delle province, si è pervenuti alla redazione e adozione, a livello regionale di un documento di indirizzo denominato “Mobilità sostenibile e sicura in ambito urbano” contenente i criteri di riferimento per la pianificazione territoriale per promuovere la salute e la mobilità sostenibile e sicura. A tale scopo è stato individuato un sistema di indicatori chiave da applicare alla mobilità urbana focalizzato sugli aspetti principali della sostenibilità, utilizzabile da parte di un’amministrazione comunale, anche per valutare gli effetti delle azioni intraprese. Gli indicatori fanno riferimento a normative che contengono valori/standard quantitativi, o in alternativa sono utili per valutare un trend in miglioramento.
L’approccio metodologico assunto come riferimento riguarda sistemi oggi in uso e riconducibili a tre categorie in base alla loro origine e finalità:

- sistemi nati in ambito internazionale incentrati sull’analisi del sistema dei trasporti nel suo complesso;
- sistemi nati in ambito comunitario o anche nazionale indirizzati ai temi della qualità o sostenibilità urbana nel suo complesso;
- sistemi specifici elaborati per monitorare la sostenibilità della mobilità urbana (vedi Comune di Udine).

L’ulteriore sviluppo del progetto nel triennio di riferimento del presente Piano prevede azioni di sensibilizzazione di amministratori locali e progettisti, realizzate in sinergia tra Direzione Centrale Salute, aziende sanitarie, Federsanità ANCI, integrando così la realizzazione di iniziative di promozione dell’attività motoria (Piedibus e Gruppi di cammino) con la creazione di ambienti favorevoli (si vedano i progetti di promozione dell’attività motoria e prevenzione della disabilità).

3.2.3 Alimentazione sana (e sostenibile) nelle scuole

Nel 2009 si è avviato un confronto con Federsanità ANCI e con la Direzione Agricoltura sul tema della ristorazione scolastica, a conclusione del quale sono stati stipulati specifici accordi finalizzati a favorire un’alimentazione sana nella ristorazione scolastica; i relativi protocolli d’intesa sono stati formalizzati con 2 Generalità di Giunta (n. 1819 del 30.7.2009 e n. 2940 del 22.12.2009). A seguito di ciò sono stati attivati due tavoli tecnici con l’obiettivo di produrre le linee guida condivise per poter applicare a livello locale i principi individuati dal programma GS per la promozione di una alimentazione sana (punto 2.b). Il primo tavolo tecnico è composto, su mandato degli amministratori locali, dai responsabili dei servizi di refezione scolastica delle dieci municipalità più grandi della Regione. L’obiettivo è l’elaborazione di un documento di riferimento, basato sul principio di “salute in tutte le politiche” e siglato da ANCI FVG e FederSanità ANCI FVG, utilizzabile da tutti i comuni regionali per l’elaborazione delle gare d’appalto e l’aggiudicazione dei servizi di refezione collettiva. Nel documento saranno integrati criteri di sicurezza nutrizionali ed elementi correlati alla sostenibilità sociale e ambientale, come ad esempio le produzioni agroalimentari di prossimità, la stagionalità, le filiere dedicate alla refezione scolastica, le micro economie, le produzioni eque e solidali. Considerata la valenza delle scelte, è previsto l’ampliamento dei componenti a questo tavolo tecnico con la partecipazione dei rappresentanti della Direzione Agricoltura, al fine di poter coordinare la pianificazione delle politiche di sviluppo rurale regionale in modo da modificare progressivamente il paniere di prodotti disponibili. Il secondo tavolo tecnico è composto da professionisti sanitari afferenti ai Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN): la finalità del gruppo di lavoro è l’aggiornamento delle precedenti linee guida

con le nuove evidenze scientifiche, soprattutto in tema di politiche alimentare e nutrizionale. In una fase successiva è prevista la realizzazione di un evento comunicativo finalizzato alla condivisione degli obiettivi di salute con tutte le comunità locali. Con il coinvolgimento dei genitori, della scuola, delle organizzazioni di agricoltori, allevatori e trasformatori locali, delle ditte di refezione collettiva, ci si prefigge di potenziare ed arricchire il valore del programma attraverso la partecipazione attiva ed il contributo di tutti rivolto al benessere dei bambini e più in generale dell'intera comunità.

3.2.4 Promozione della salute nei luoghi di lavoro

Sull'attività di prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro è essenziale lo sviluppo di azioni sinergiche tra dipartimenti di prevenzione, altre strutture aziendali, enti locali, associazioni datoriali e organizzazioni dei lavoratori al fine di sviluppare il concetto di cultura della sicurezza. Queste azioni devono realizzarsi sia nell'ambito lavorativo, sia nell'ambito formativo (istituzioni scolastiche e di formazione).
C'è ormai consapevolezza che le azioni di promozione della salute (es. alcol, fumo e più in generale stili di vita). vanno svolte direttamente nei luoghi di lavoro che non devono essere intesi solo come luoghi in cui prevenire malattia ma dove si può incidere sugli stili di vita dei lavoratori, portandoli a comprendere la rischiosità legata non solo all'ambiente di lavoro ma anche ai propri comportamenti. E' necessario promuovere lo sviluppo di una generale cultura della sicurezza e qualità del lavoro, proseguendo nella collaborazione con Federsanità ANCI, con le associazioni sindacali di categoria, l'Unione delle Province Italiane, con particolare riguardo a linee di indirizzo per la stesura di capitolati d'appalto di opere pubbliche basati sull'offerta economicamente più vantaggiosa invece che sul criterio del massimo ribasso.

3.2.5 Collaborazioni

3.2.5.1 Assistenza primaria

Considerato che l'attività di promozione della salute non può essere relegata solo ad una fase della vita e ad un unico target di persone (ad es. le fasce giovanili su cui si interviene con programmi educativi), ma deve rientrare nell'attività quotidiana svolta da tutti gli operatori sanitari (ma non solo) e deve essere rivolta all'intera comunità puntando sullo sviluppo dei determinanti positivi della salute, risulta fondamentale stabilire forti collaborazioni con i distretti, con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta. All'assistenza primaria va riconosciuto un ruolo chiave nei progetti di promozione della salute e prevenzione delle malattie croniche.

3.2.5.2 Rete Health Promoting Hospitals and Services

Va parimenti rafforzato, in seno al SSR, il legame di confronto e collaborazione tra servizi territoriali ed ospedali su obiettivi di promozione della salute, in connessione con gli altri livelli del sistema sanitario.
In questo contesto è opportuno un collegamento con le azioni delle reti nazionali e regionali HPH come già precedentemente indicato.
La rete HPH del FVG dal 2003 si occupa di evidenziare, implementare e avviare percorsi sociosanitari accreditati a tutela della qualità e dell'equità basati sull'empowerment. Con questo termine si intendono tutti i percorsi di trasferimento di competenze rivolte ai pazienti, agli operatori sanitari e alla comunità in un'ottica di espressione della autonomia individuale possibile per la gestione dei determinanti della propria salute.
I progetti rivolti ai tre target (pazienti, operatori e cittadini/caregivers) che la rete HPH ha promosso in questi anni riguardano le politiche degli ambienti liberi da fumo, la promozione di attività fisica, alimentazione sana e benessere psicoemozionale, considerando quest'ultimo un prerequisito

fondamentale per scelte di salute sia nell'ambiente di vita che di lavoro. In particolare, attualmente, è in fase di implementazione il progetto contenuto nella linea di lavoro "Promozione di un posto di lavoro sano", reso ancora più necessario per una sinergia con il Testo Unico per la Sicurezza sul Posto di Lavoro (D.Lgs. 81/2008) e lo stress lavoro correlato.
Inoltre, dal 2009, al fine di attivare piani di miglioramento conseguenti ai percorsi di autovalutazione dello stress lavoro correlato, la rete HPH si è confrontata con il gruppo regionale dei medici competenti e medici del lavoro per elaborare degli standard sul benessere psicoemozionale come strumento di supporto alla valutazione dello stress lavoro correlato. Gli standard sono disponibili sul sito: www.retehphfvg.it.

3.2.5.3 Ufficio Scolastico Regionale

Le Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) affidano alle Istituzioni preposte all'educazione delle nuove generazioni la pianificazione di interventi che si avvalgono degli strumenti della programmazione scolastica e delle linee di lavoro delle agenzie socio-sanitarie del territorio.
Scuola e Sanità devono veicolare messaggi di una nuova cultura della salute sempre più orientata ad interventi di *empowerment della persona*, per creare i presupposti di una salute individuale consapevole, per le nuove generazioni e per le categorie a maggior rischio di emarginazione sociale.
La Direzione Centrale Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali della Regione Friuli Venezia Giulia, ha avviato, da alcuni anni, un rapporto di collaborazione stabile con le scuole di ogni ordine e grado della regione, attraverso il dialogo con l'Ufficio Scolastico Regionale (USR), organo di coordinamento per il Friuli Venezia Giulia, di livello dirigenziale generale, quale autonomo centro di responsabilità amministrativa.
L'USR si articola sul territorio in centri di erogazione di servizi amministrativi, di monitoraggio e di supporto alle scuole attraverso le quattro sedi provinciali.
L'USR integra le sue competenze con quelle dei Comuni, delle Province e della Regione nell'esercizio delle funzioni loro attribuite dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 e promuove la ricognizione delle esigenze formative e lo sviluppo della relativa offerta formativa sul territorio in collaborazione con la Regione e gli Enti Locali. Si occupa inoltre, per quanto di competenza statale, dell'offerta formativa integrata, dell'educazione degli adulti, dell'istruzione e formazione tecnica superiore, dei rapporti scuola-lavoro, delle attività di educazione motoria, fisica e sportiva e, a norma dell'art. 4 del D.L.vo 30 giugno 1999 n. 233, collabora ad azioni ed interventi di Promozione ed Educazione alla Salute delle Aziende Sanitarie
Nell'ambito di queste competenze, si è manifestata l'esigenza di una sinergia stabile tra le Istituzioni, al fine di poter sviluppare una rete efficace di interventi rivolti alla popolazione scolastica.. Su tali presupposti, Scuola e Sanità hanno stretto un legame operativo su diverse tematiche che si intende tradurre in specifico atto d'intesa tra la Regione e l'USR: in particolare l'introduzione nell'anno scolastico2009-2010 dell'insegnamento di ***Cittadinanza e Costituzione,*** Legge n.169/2008 art 1, come materia con contenuti propri, che si articola in una dimensione integrata di diverse discipline storico, scientifiche, sociali, dove i contenuti vanno ad integrarsi, al fine di formare *"mentalità e modi di essere"* aperti nei giovani studenti, con una visione multiprospettica e pluralista delle diverse conoscenze.
Tutto ciò è ribadito nei più recenti regolamenti attuativi della riforma, appena approvata,del Sistema Scolastico, dove la dimensione trasversale delle discipline, prevede l'acquisizione di competenze e conoscenze che si incrociano con i principi della Promozione della Salute, quali il potenziamento delle ***life skills,*** la pratica di ***stili di vita sani***, l'educazione ad una dimensione della ***salute in tutte le politiche.***
I temi della coesione sociale, della legalità, dell'appartenenza nazionale ed europea, nel quadro di una comunità internazionale, dove la Salute si interseca con lo sviluppo sostenibile, il benessere

personale e sociale, la sicurezza nelle sue diverse dimensioni, diventano tutti obiettivi di un sistema più ampio di "*welfare*, a cui poter partecipare attivamente come Sanità e Scuola.
In questo scenario trovano espressione i principi della Prevenzione e della Promozione della Salute, che perseguono, come la Scuola, i medesimi principi derivanti dal rispetto della normativa in materia di sicurezza, stradale, domestica, ambientale, sul lavoro, attraverso l'integrazione delle competenze e l'educazione alla solidarietà, alla cittadinanza attiva , al volontariato sociale.
La collaborazione con le risorse del territorio, i diversi portatori di interesse , vengono tradotti da Sanità e Scuola , come risposte a bisogni formativi espressi dalle famiglie, dai giovani e dalla comunità., in un dialogo aperto e costruttivo, orientato al protagonismo attivo delle giovani generazioni, con un apprendimento tra pari (*peer-education*) e con metodiche di sperimentazione partecipata.
Le Istituzioni scolastiche assumono così la caratteristica di contesto ideale, ove poter promuovere principi di salute, realizzare cultura partecipata di prevenzione, per poter affrontare urgenze formative ed educare alla pratica di stili di vita salutari fin dalla più tenera età.

3.2.5.4 I comuni, ANCI e Federsanità ANCI FVG

ANCI è l'Associazione dei Comuni (7.133 comuni aderenti, dati aggiornati a novembre 2010), rappresentativi del 90% della popolazione, con un reale radicamento nel tessuto sociale, geografico e culturale del territorio nazionale. Obiettivo fondamentale dell'attività dell'ANCI è rappresentare e tutelare gli interessi dei Comuni di fronte a Parlamento, Governo, Regioni, organi della Pubblica Amministrazione, organismi comunitari, Comitato delle Regioni e ogni altra Istituzione che eserciti funzioni pubbliche di interesse locale. Questo approccio complessivo si traduce concretamente in una serie di attività che caratterizzano l'operato quotidiano di un'associazione che costituisce, di fatto, un importante interlocutore del Governo.
In particolare, tra l'altro, l'ANCI promuove lo studio e l'approfondimento di problemi che interessano Comuni e Città metropolitane; interviene con propri rappresentanti in ogni sede istituzionale in cui si prendano decisioni concernenti gli interessi delle Autonomie locali; favorisce iniziative per diffondere la conoscenza delle istituzioni locali, accrescere l'educazione civica dei cittadini e la loro partecipazione alla vita della municipalità; incoraggia e coordina le relazioni internazionali dei suoi associati e le loro attività nel campo della cooperazione internazionale decentrata.
Si tratta di una gamma integrata di soluzioni, pensate e realizzate per fronteggiare le esigenze del mercato locale con una notevole attenzione alla qualità dei servizi e una decisa spinta verso la competizione, il miglioramento, la ricerca di nuove risposte
FEDERSANITA' A.N.C.I. nazionale è nata nel 1995 con l'obiettivo di promuovere la "buona sanità", tramite la passione e l'impegno congiunto dei Sindaci e dei Direttori generali in rappresentanza, rispettivamente, delle Conferenze dei Sindaci e delle Aziende sanitarie, e fornire agli stessi gli strumenti utili per elevare la qualità dei servizi sanitari e socio - sanitari.
Federsanità A.N.C.I. Federazione Friuli Venezia Giulia è stata costituita, tra le prime in Italia, nel dicembre del 1996 quale Associazione volontaria di Aziende sanitarie ed ospedaliere e dei Comuni in qualità di rappresentati nelle Conferenze dei Sindaci del Friuli Venezia Giulia.
Rappresenta gli Enti Locali nel socio- settore sanitario, e ne riconferma i valori, operando in sinergia interistituzionale e intersettoriale, nell'ottica della complementarità tra i servizi sanitari ospedalieri, territoriali e di assistenza sociale.
Successivamente, con **l'**Assemblea regionale statutaria del 25 luglio del 2007 la Federazione regionale, ha recepito le innovazioni introdotte dal nuovo Statuto nazionale (Assemblea nazionale del 13 e 14 ottobre 2006). Tra le *principali novità* si evidenziano l'ulteriore rafforzamento dell'impegno della Federazione del Friuli Venezia Giulia per **l'integrazione socio-sanitaria, la promozione della salute, l'innovazione (organizzativa, gestionale e tecnologica) e la ricerca in un contesto europeo.**

"Scopi principali sono il miglioramento possibile della qualità e la ricerca di moderni modelli organizzativi per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, ivi comprese quelle a carattere preventivo e di inclusione dei soggetti deboli. Compito statutario della Federazione è quello di "individuare le linee di indirizzo e di coordinamento delle attività degli Enti associati, in quanto coerenti con la pianificazione approvata dalla Regione; di promuovere iniziative di studio sui temi della tutela e del governo della salute pubblica; di attivare organismi di assistenza tecnico-giuridica degli associati. La Federazione, inoltre, persegue il coordinamento dei propri associati per affermarne il ruolo istituzionale, al servizio della salute dei cittadini, nell'ambito della società del Friuli Venezia Giulia, costituendo per questo i rapporti necessari e permanenti con gli Organi istituzionali e di rappresentanza della Regione, delle altre Associazioni delle Autonomie locali, oltre ad avere rapporti con Organizzazioni sociali, della cooperazione e del volontariato, culturali, sindacali, economiche, professionali, politiche, con la sola finalità di concorrere al migliore sviluppo della qualità ed efficacia del Sistema sanitario regionale, nazionale e locale".
Federsanità A.N.C.I. Federazione Friuli Venezia Giulia partecipa, inoltre, attivamente ai processi istituzionali in atto per il rafforzamento unitario e la valorizzazione del ruolo delle Autonomie locali del Friuli Venezia Giulia quali coprotagoniste della programmazione e pianificazione intersettoriale regionale, in coordinamento e sinergia con l'A.N.C.I. F.V.G., la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria regionale e il Consiglio delle Autonomie locali del Friuli Venia Giulia. Per il futuro, con questi partner FEDERSANITA' A.N.C.I. F.V.G. intende sviluppare ulteriormente la **"rete per la salute"** sul fronte della **promozione della salute, dell'integrazione socio-sanitaria, dell'innovazione e della formazione,** alla luce delle nuove esigenze di salute dei cittadini del Friuli Venezia Giulia.
Con Federsanità ANCI è stata attivata una collaborazione finalizzata a promuovere una cultura partecipata della salute in tutte le sue forme, dove il tema centrale della **sicurezza e qualità del lavoro**, in una dimensione nazionale ed europea, possa essere ulteriormente rafforzato, in particolare riguardo a linee d'indirizzo per la stesura di capitoli d'appalto di opere pubbliche, basate sull'offerta economicamente più vantaggiosa piuttosto che sul criterio del ribasso.
Inoltre si è costituita una forte intesa su obiettivi di promozione di **ambienti urbani favorevoli alla salute**, in un percorso condiviso di sensibilizzazione di amministratori e progettisti avviato con il precedente piano regionale prevenzione e che continua nel presente piano, analogamente alla **promozione di una ristorazione scolastica che favorisca scelte salutari e sostenibili** (come riferito precedentmente).

3.3 La realizzazione del Piano

La realizzazione degli obiettivi individuati nella presente programmazione sarà garantita principalmente attraverso le indicazioni annualmente date alle aziende sanitarie per la programmazione locale (**Linee per la Gestione del SSR**), che contengono anche obiettivi vincolanti per le direzioni generali. In particolare, già per la programmazione 2011 le citate Linee di Gestione (adottate con Delibera di Giunta Regionale 2384 del 25 novembre 2010) hanno individuato per le aziende sanitarie obiettivi coerenti con la programmazione del presente Piano; ulteriori indicazioni che dovessero rendersi necessarie saranno fornite con disposizioni specifiche. Il ruolo attivo della regione, di promozione e facilitazione, sarà garantito in particolare per i programmi riconducibili a Guadagnare Salute, nonché per definire e realizzare un piano di comunicazione a sostegno di tali programmi.
La necessaria formazione a supporto del Piano dovrà essere oggetto di uno specifico programma formativo condiviso tra Direzione Centrale Salute e aziende sanitarie
Saranno interessati anche gli accordi per la medicina generale e la pediatria di libera scelta, in quanto alcuni obiettivi non sono raggiungibili senza il fondamentale contributo di **mmg e pls.**

E’ prevista la prosecuzione della collaborazione con **Ceformed**, che ha dato ottimi risultati nel progetto “Gente di cuore”, previsto anche nel presente PRP.

3.3.1 Sistemi di sorveglianza

I sistemi di sorveglianza che supporteranno i progetti sono **PASSI**, **OKkio alla salute**, **HBSC-GYTS** che sono andati a regime nel corso della precedente programmazione e che verranno mantenuti ai livelli richiesti; per tali programmi la Direzione Centrale Salute esercita un ruolo di coordinamento, tramite collaborazioni formalizzate con un’azienda sanitaria e con l’IRCSS Burlo Garofolo, ed i Dipartimenti di Prevenzione collaborano effettuando le rilevazioni e contribuendo alla diffusione dei risultati: questa organizzazione consolidata consente alle strutture della prevenzione di essere parte attiva non soltanto nella realizzazione di programmi di prevenzione e promozione della salute, ma anche nell’osservazione dei risultati che tali programmi producono.
Poiché però è essenziale, come descritto nel capitolo dedicato a Guadagnare Salute in Friuli Venezia Giulia, perseguire politiche intersettoriali per creare nel territorio ambienti favorevoli alla salute ed assicurarsi alleanze solide con chi il territorio amministra, è importante che le informazioni fornite dai programmi di sorveglianza siano messe a disposizione degli amministratori locali e dei decisori, la regione Friuli Venezia Giulia intende realizzare un programma di comunicazione a ciò finalizzato.
La condivisione delle informazioni utili a conoscere lo stato di salute della popolazione ed i fattori di rischio presenti sul territorio è anche alla base del progetto di georeferenziazione degli incidenti stradali che, integrando dati sanitari e delle forze dell’ordine, è in grado di dare un quadro della rete viaria in relazione agli eventi incidentali che in essa avvengono; il progetto, condotto in collaborazione Direzione Centrale Mobilità e Direzione Centrale Salute, è in fase di realizzazione ed previsto che vada a regime in tempi brevi.
Infine, il presente Piano Regionale Prevenzione individua obiettivi di osservazione/sorveglianza di patologie specifiche prevedendoli in specifici progetti (rischio attribuibile all’alcol nei ricoveri del FVG; rilevazione epidemiologica del rischio cardiovascolare attraverso il consumo di farmaci; analisi del fenomeno depressione nella popolazione anziana con produzione di stime di prevalenza; registro diabete; osservatorio ambiente-salute), che varranno descritti brevemente in un capitolo a parte.

3.3.2 La comunicazione

La realizzazione positiva di politiche e di attività di prevenzione e di promozione della salute richiede una comunicazione efficace. Si tratta di comunicazione a carattere scientifico e non commerciale in grado di rappresentare dati quantitativi evitando opinioni non suffragate dall’evidenza.
La comunicazione va rivolta a tre interlocutori principali: la popolazione in generale (“general public”), gli amministratori (“policy makers”) e la stampa (“press”) che hanno differenti aspettative nelle diverse situazioni.
La comunicazione per la salute pubblica, che significa dialogo e non semplicemente flusso unidirezionale di informazioni, risponde ai seguenti scopi: aumentare la conoscenza, istruire, favorire le scelte consapevoli e persuadere. Inoltre vi deve essere una definizione della strategia comunicativa (“attiva” o “passiva”) e dei fattori contestuali che possono modificare il contenuto o il significato dei messaggi.
Infine, trattandosi di azioni che intervengono sulla vita e sui valori delle persone, è necessario affrontare anche l’etica della comunicazione ponendo attenzione alle diversità culturali e religiose che sono presenti in comunità multietniche e multilinguistiche.
Il Piano regionale della prevenzione pone la necessità di affrontare il problema della comunicazione efficace di salute non solo nei termini di realizzazione di specifiche campagne di informazione ma piuttosto di realizzazione di un sistema e di una rete di comunicazione permanente che predisponga

strategie comunicative, realizzi partnership e sia in grado di valutare i risultati delle attività impostate. Si tratta, anche, di creare una “cultura” della comunicazione che sia fatta propria dagli operatori sanitari e che diventi parte sostanziale e condivisa della attività di prevenzione sia che si rivolgano all’ambiente, alla comunità, ai gruppi a rischio ed alle persone.
Si rende pertanto necessario predisporre nel triennio un percorso che preveda la formazione in tal senso degli operatori delle aziende sanitarie e della direzione regionale e che definisca le aree prioritarie all’interno delle quali realizzare progetti di comunicazione validati e coerenti con le macroaree del piano della prevenzione.
Di particolare interesse risultano gli interventi sugli stili di vita, sul rapporto ambiente e salute, sulle dipendenze, sugli screening, sugli incidenti domestici, stradali e da lavoro, sulle malattie infettive e professionali oltre alle modalità di comunicazione nelle situazioni di emergenza.
Il Servizio sanitario, in particolare nella regione Friuli Venezia Gliulia, ha una elevata credibilità da parte della popolazione ed una politica di comunicazione efficace deve saper sfruttare questa condizione oltre a contribuire a rafforzarla.

SEZIONE II
IL PIANO OPERATIVO

1. La programmazione regionale

Il Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 prosegue nelle linee individuate per il precedente Piano in quanto i problemi di salute sono sostanzialmente confermati: malattie croniche, incidentalità (domestica, stradale e sul lavoro) e conseguente carico di malattia e disabilità, necessità di non abbassare la guardia rispetto alle malattie infettive (ambito in cui vi sono anche nuovi problemi e malattie emergenti), e lo fa tenendo conto della lezione appresa con la programmazione 2005-2007: in particolare, è risultata evidente la necessità di migliorare l'integrazione con il mondo della scuola, sostenendo maggiormente con una regia regionale (ed una più forte intesa tra Direzione Centrale Salute ed Ufficio Scolastico regionale) le azioni messe in atto localmente dalle aziende sanitarie, consolidare la collaborazione avviata con le amministrazioni comunali, rappresentate da Federsanità ANCI, migliorare le sinergie tra i diversi attori presenti nel Sistema sanitario regionale, riconoscere ai vari portatori di interesse la possibilità di agire un ruolo attivo.
Gli specifici progetti che compongono il Piano operativo sono elencati nel quadro d'insieme e poi dettagliatamente esposti; accanto ad essi vi è una parte di piano (si veda il capitolo 5 della presente sezione) costituita da progetti/programmi che sostanzialmente portano avanti attività già implementate negli anni precedenti, oppure che sono oggetto di specifici progetti CCM, che sono comunque coerenti con la programmazione principale e perseguono rilevanti obiettivi di salute.

2. Le priorità

La regione sta realizzando un progetto che ha l'obiettivo di determinare in modo scientifico e basato sulla evidenza le priorità di intervento sanitario sui fattori di rischio. Lo studio è condotto dall'ufficio epidemiologico della Direzione Centrale Salute della regione FVG, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con il CDC di Atlanta, dove è stata messa a punto questa metodologia: dai primi risultati risulta che i fattori di rischio che causano il maggior numero di decessi sono il fumo (2.666), l'ipertensione (1.304), l'inattività fisica (704) e l'alcol (400).
Tra le priorità di intervento sono pertanto individuati i progetti di **promozione di comportamenti sani e stili di vita per la salute** (fumo, alimentazione e attività fisica, alcol), riconducibili peraltro al programma Guadagnare Salute che è presente in modo significativo nella macroarea 2 ma anche in progetti di altre macroaree (prevenzione cardiovascolare, promozione della salute nell'anziano).
Per sostenere adeguatamente questa e le atre progettazioni del PRP, la regione FVG intende investire maggiormente nella **comunicazione** individuandola come priorità in quanto indispensabile strumento per promuovere salute e per gestire i risultati dei sistemi di sorveglianza condividendoli con i decisori, anche politici, con gli operatori del SSR, con i vari stakeholders e con la popolazione target e generale; lavorare sulla comunicazione significherà anche affrontare il tema dell'etica della comunicazione per far sì che trasparenza e completezza si coniughino con attenzione al target ed alle sue specifiche esigenze.
Per una regione con le caratteristiche demografiche del FVG, con progressivo invecchiamento della popolazione legato al continuo aumento della speranza di vita e al basso tasso di fecondità, è essenziale inoltre investire, in tutte le politiche, sulle **fasce giovanili**, che rischiano di essere schiacciate dal peso di una società sempre più vecchia e con un maggior carico di costi sanitari: per tale motivo si ritiene di sostenere in modo particolare i progetti di prevenzione e promozione della salute destinati a tali fasce di età.
Per quanto attiene a strumenti e metodi che supportano il PRP, si ritiene prioritario assicurare la **qualità dei dati e del sistema informativo** (alimentazione dei flussi, certificazione, accessibilità), e proseguire nella strada intrapresa della **collaborazione con soggetti esterni alla sanità** (ambiente, trasporti, scuola, enti locali, associazioni), della creazione di **reti** e della loro "manutenzione", valorizzando un approccio multidisciplinare, multisettoriale e di sistema.

3. Piano di valutazione

A livello regionale il monitoraggio dell'avanzamento dei progetti è effettuato dal gruppo dei referenti regionali del PRP insieme al coordinatore operativo, con il supporto tecnico scientifico del servizio epidemiologico dell'Area Prevenzione e promozione della salute della Direzione Centrale Salute Integrazione sociosanitaria e politiche sociali.
Tramite le Linee di Gestione del Servizio Sanitario Regionale alle aziende sanitarie sono assegnati annualmente obiettivi coerenti con i progetti del presente piano: le aziende effettuano un monitoraggio semestrale sull'andamento delle attività previste dal loro Piano Attuativo Locale e dal relativo Piano Operativo, che declinano anche tali obiettivi.
Nel quadro logico di ogni progetto sono definiti risultati attesi e relativi indicatori, che per maggior comprensione sono riportati anche in un cronogramma utile ai fini del monitoraggio.

4. Quadro d'insieme

MEDICINA PREDITTIVA

Linea di intervento	Obiettivo generale di salute	Titolo	Obiettivo specifico di salute
1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia	**Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale**	1.1.1 Carta del rischio cardiovascolare: estensione dell'utilizzo e implementazione uso del software "Gente di Cuore" che la contiene	Prevenire mortalità e morbosità cardiovascolari attraverso la valutazione del rischio individuale
		1.1.2 Definire percorsi articolati per il rischio individuale per il tumore del colon retto	Prevenire mortalità e morbosità del carcinoma del colon-retto attraverso la valutazione del rischio individuale

PREVENZIONE UNIVERSALE

Linea di intervento	Obiettivo generale di salute	Titolo	Obiettivo specifico di salute
2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	**Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali**	2.1.1 giovani e guida sicura: **progetto Sicuramente**	Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali con particolare riferimento alle fasce d'età giovanili (14-18 anni)
		2.1.2. I Moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali	Riduzione della mortalità e disabilità conseguenti ad incidenti stradali, connessi in particolare alla guida sotto l'effetto di sostanze o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, nei giovani della fascia di età compresa tra i 15-29 anni
2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	**Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio**	2.2.1 salute e sicurezza in aree a maggior rischio (edilizia)	Fornire strumenti utili a ridurre gli indici di eventi infortunistici attraverso la definizione ed attuazione di programmi di informazione, assistenza, formazione e prevenzione focalizzati su aree a maggior rischio infortunistico (edilizia)
	Monitoraggio	2.2.2 salute e sicurezza nei cantieri edili	Garantire un'azione di prevenzione che si traduca in una riduzione dei tassi di infortunio attraverso l'attuazione di programmi di monitoraggio e vigilanza cantieri edili come da piano nazionale edilizia
	Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali	2.2.3 Partecipazione allo studio ISPESL – Regioni denominato MALPROF	Prevenire le patologie professionali emergenti attraverso la definizione e attuazione programmi di informazione, assistenza, formazione e prevenzione
	Contenimento degli infortuni gravi e mortali ed in agricoltura	2.2.4 Progetto ISPESL-Regioni per analisi eventi infortunistici gravi e mortali	Prevenire gli infortuni attraverso lo studio delle dinamiche e attuazione di programmi di informazione, assistenza, formazione.

2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	**Riduzione della mortalità da eventi traumatici nella popolazione anziana**	2.3.1 anziani in sicurezza	Prevenire la disabilità e mortalità degli eventi da incidente domestico negli anziani garantendo programmi organizzati di promozione e prevenzione anche in alleanza con altri portatori di interesse
	Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta e dei ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni	2.3.2. sicurezza domestica nei bambini 0-4 anni	Prevenire la disabilità e mortalità degli eventi da incidente domestico nei bambini 0-4 garantendo programmi organizzati di promozione e prevenzione anche in alleanza con altri portatori di interesse
2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	**Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento**	2.4.1 migliorare trasparenza ed equità dell'offerta vaccinale	Migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio attraverso l'analisi della mancata adesione ed azioni di promozione dell'informazione e dell'adesione consapevole
2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni	**Ridurre le malattie sessualmente trasmesse**, con particolare riguardo all'infezione da HIV	2.6.1 AFRODITE: comportamenti a rischio nell'area dell'affettività e sessualità individuale e di gruppo negli adolescenti	Prevenire le malattie sessualmente trasmesse attraverso un progetto di peer education e di informazione-comunicazione
	Raggiungere elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambienti di vita collettiva, con particolare riguardo alle scuole	2.6.2 Malattie infettive a scuola	Prevenire le malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili adeguando interventi e misure di controllo alle evidenze di efficacia
2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	**Contenimento entro i limiti previsti degli inquinanti da emissioni e scarichi degli insediamenti produttivi**	2.7.1 Ambiente e salute: attivazione di coordinamento e sinergie con arpa province e comuni.	Concorrere alla tutela della salute per esposizioni a rischi ambientali attraverso un miglioramento delle conoscenze e l'attivazione di coordinamento e sinergie su VAS, VIA, pareri preventivi.
2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano	**Controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti**	2.8.1 Avvio del progetto "Sicurezza alimentare nelle piccole produzioni locali"	Semplificare le procedure di gestione e migliorare la sicurezza alimentare nella piccola impresa

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)	**Prevenzione dell'obesità**, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 4%	2.9.1 Alimentazione e attività fisica nelle prime fasce di età: promuovere buone pratiche nella prima infanzia - da zero a 5 anni- e migliorare la qualità nutrizionale nelle mense scolastiche.	Prevenire l'obesità tramite l'estensione del progetto Buone pratiche di alimentazione e attività fisica in età prescolare, compreso l'allattamento al seno, ed il miglioramento della qualità nutrizionale delle mense scolastiche, in collaborazione tra professionisti e strutture della sanità e altre istituzioni

PREVENZIONE IN POPOLAZIONI A RISCHIO

Linea di intervento	Obiettivo generale di salute	Titolo	Obiettivo specifico di salute
3.1 Tumori e screening	**Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto**	3.1.1. Consolidamento dei programmi di screening organizzati	Prevenire mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto, garantendo programmi organizzati di screening efficienti ed efficaci
3.2 Malattie cardiovascolari	**Ridurre incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari**, perseguendo i seguenti obiettivi: definire strumenti per la rilevazione epidemiologica del rischio cardio-cerebrovascolare (carta del rischio, ma anche rilevazione di indicatori indiretti come il consumo di farmaci specifici)	3.2.1. Carta del rischio cardiovascolare	Definire/utilizzare strumenti per la rilevazione epidemiologica del rischio cardio-cerebrovascolare (vedere progetto 1.1.1)

PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E RECIDIVE

Linea di intervento	**Obiettivo generale di salute**	Titolo	Obiettivo specifico di salute
4.2 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	**Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative**, attraverso: - la protezione e la promozione della salute negli anziani che sono una risorsa potenziale per la collettività -la prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità	4.2.1 prevenire e contrastare la disabilità conseguente a patologie croniche	Prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità: prosecuzione ed estensione progetto “Gente di cuore” (vedere progetto 1.1.1)

5. I progetti

1.1.1 Carta del rischio cardiovascolare: estensione dell'utilizzo e implementazione uso del software "Gente di Cuore" che la contiene 32
1.1.2 Definire percorsi articolati per il rischio individuale per il tumore del colon retto 44
2.1.1 Giovani e guida sicura progetto sicuramente 51
2.1.2 Moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali. 63
2.2.1 Salute e sicurezza nelle aree a maggior rischio(edilizia) 70
2.2.2 Salute e sicurezza nei cantieri edili 70
2.2.3 Partecipazione allo studio ISPESL – Regioni denominato MALPROF 79
2.2.4 Partecipazione allo studio ISPESL – Regioni per analisi eventi infortunistici gravi e mortali 83
2.3.1 Anziani in sicurezza 87
2.3.2 Sicurezza domestica nei bambini 0-4 anni 96
2.4.1 Migliorare trasparenza ed equità dell'offerta vaccinale 105
2.6.1 AFRODITE: comportamenti a rischio nell'area dell'affettività e sessualità individuale e di gruppo negli adolescenti 115
2.6.2 Malattie infettive a scuola 124
2.7.1 Ambiente e salute attivazione di coordinamento e sinergie con arpa province e comuni. 132
2.8.1 Progetto:"Sicurezza alimentare nelle Piccole Produzioni Locali." 139
2.9.1 Programma Alimentazione e attività fisica nelle prime fasce di età Promuovere buone pratiche nella prima infanzia – da zero a cinque anni- e migliorare la qualità nutrizionale delle mense scolastiche 147
3.1.1 Consolidamento dei programmi di screening. 158
3.2.1 Carta del rischio cardiovascolare/Software 169
4.2.1 Prevenire e contrastare la disabilità conseguente a patologie croniche 170

1.1.1 Carta del rischio cardiovascolare: estensione dell'utilizzo e implementazione uso del software "Gente di Cuore" che la contiene

Macroarea
1 MEDICINA PREDITTIVA

Linea di intervento generale
1.1 ***Valutazione del rischio individuale di malattia***

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012
Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale

Titolo del Programma
1.1.1 Carta del rischio cardiovascolare: estensione dell'utilizzo e implementazione uso del software "Gente di Cuore" che la contiene.

Obiettivo specifico di salute
Prevenire mortalità e morbosità cardiovascolari attraverso la valutazione del rischio individuale

Premessa: il progetto 1.1.1. è trattato in forma integrata con i progetti 3.2.1. e 4.2.1. andando così a costituire il programma "Piani integrati di prevenzione cardiovascolare", descritto qui nel dettaglio e poi soltanto richiamato per i progetti 3.2.1. e 4.2.1.

PIANI INTEGRATI DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Date le dimensioni demografiche della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (circa 1.200.000 abitanti) e la sua organizzazione sanitaria, che valorizza le 3 Aree Vaste, Isontino-Giuliana (Province di Gorizia e Trieste), Udinese (Provincia di Udine) e Pordenonese (Provincia di Pordenone) e le strutture operative dedicate alla prevenzione e riabilitazione cardiovascolari, anche per il Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 come nel precedente 2005-2009, si considerano insieme i Piani integrati di prevenzione cardiovascolare che comprendono: Macroarea 1 Medicina Predittiva (1.1.1 Carta del Rischio Cardiovascolare), Macroarea 3 Prevenzione in popolazioni a rischio (3.2.1 soggetti ad alto rischio cardiovascolare) e Macroarea 4 Prevenzione Complicanze e Recidive (4.2.2 prevenire e contrastare la disabilità conseguente a patologie croniche cardiovascolari). Ogni paragrafo terrà pertanto conto delle linee afferenti a queste 3 Macroaree.

Contenuti dei programmi dei Piani Integrati di Prevenzione Cardiovascolare

Beneficiari, attori e altri portatori di interesse

In FVG, con i precedenti piani di prevenzione cardiovascolare, sono stati forgiati sia gli strumenti di rilevazione del rischio cardiovascolare contenenti la carta del rischio cardiovascolare del Progetto CUORE dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma, privilegiando il sistema a punteggio dello stesso, che è più performante a livello individuale, sia gli strumenti per l'identificazione dei pazienti in prevenzione secondaria e terziaria, sia infine gli strumenti per la correzione individualizzata del rischio. E' stato infatti creato, con l'ausilio di un gruppo di lavoro costituito da Medici di Medicina Generale, Cardiologi e Medici dei Dipartimenti di Prevenzione, un portale unico, accessibile da tutti gli attori, denominato "Gente di Cuore", che contiene la valutazione del rischio cardiovascolare citata, ma anche la valutazione del rischio da stili di vita inadeguati e psicosociale. Su autorizzazione del cittadino-utente il portale è accessibile a tutti gli attori, che possono verificare le rilevazioni ed azioni precedenti fatte da altri medici autorizzati, in particolare è rilevante l'interscambio medico di medicina generale – specialista, quando appropriato. La popolazione bersaglio per la valutazione del rischio cardiovascolare ammonta a 311.551 uomini e 314.435 donne dai 35 ai 69 anni (dati ISTAT 2010). Da una precedente indagine epidemiologica condotta in Regione e chiamata CardioRESET (G Ital Cardiol 2010; 11 (2 Suppl 2): 55S-81S), è emerso che, dopo standardizzazione per età, il 15,7% degli uomini e il 2,8% delle donne dai 35 ai 74 anni sono ad alto rischio (≥ 20% in 10 anni col punteggio individuale del Progetto CUORE ISS). La prevalenza di pazienti con pregressa sindrome coronarica acuta o malattie cerebrovascolari dal 2005 al 2009, al 1 Gennaio 2010 è stimata: eventi coronarici 6.174 uomini e 1.898 donne dai 35 ai 69 anni, 4.235 uomini e 4.129 donne dai 70 anni in su; eventi cerebrovascolari 2.422 uomini e 1.329 donne dai 35 ai 69 anni, 3.216 uomini e 4.150 donne dai 70 anni in su.

L'organizzazione regionale è centralizzata, con un coordinamento unico gestito fino al 2009 dall'Agenzia Regionale della Sanità e dal 2010 dalla Direzione Centrale Salute della Regione; le sei aziende territoriali sono responsabili dell'organizzazione a livello del territorio di loro competenza, le Aziende Ospedaliere e gli IRCSS collaborano in particolare con le prestazioni specialistiche ambulatoriali (visite cardiologiche, neurologiche, internistiche, nefrologiche, diabetologiche, chirurgiche vascolari, interventistiche radiologiche). In ogni azienda sono stati identificati il cardiologo responsabile del programma e per ciascuno dei 20 Distretti Sanitari in cui è suddivisa la Regione sono state costituite terne di formatori costituite da un cardiologo, un medico di medicina generale formatore, designato dall'ente regionale per la formazione nelle cure primarie (CEFORMED) ed un medico dei Dipartimenti di Prevenzione. Si prevede di affidare a queste terne il coordinamento distrettuale dei programmi integrati di prevenzione cardiovascolare, con il supporto del Direttore di Distretto e dell'Ufficio Distrettuale di Medicina Generale (UDMG).

Il sistema informativo è unico e gestito da Insiel, società informatica della Regione FVG, il portale "Gente di Cuore" è stato realizzato da questa società e vige un accordo con l'Istituto Superiore di Sanità di Roma per la valutazione del rischio cardiovascolare globale, accedendo a "cuore.exe" e collaborando all'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare gestito dallo stesso Istituto. Nel portale "Gente di Cuore" c'è la resa, a livello individuale di assistito residente in Friuli Venezia Giulia, delle esenzioni per patologia, dei farmaci erogati dal SSR con una latenza di tre mesi (progressivamente prevista in riduzione) e dei pregressi eventi cardio-cerebrovascolari accaduti in Regione FVG e riclassificati secondo il metodo MORGAM (). Sempre nel portale "Gente di Cuore" ci sono strumenti standardizzati per la correzione del rischio cardiovascolare in prevenzione primaria, secondaria e terziaria, che vanno dal consiglio minimale al colloquio motivazionale breve per le aree comportamentali identificate come disfunzionali, alla verifica della mancata prescrizione farmacologica dei farmaci dell'evidenza scientifica, all'indicazione dei farmaci su cui operare, tramite colloquio motivazionale breve, per migliorare la persistenza terapeutica.

Altri portatori di interesse sono: altri medici specialisti come internisti, diabetologi, neurologi, nefrologi, angiologi, chirurghi vascolari, radiologi interventisti, gli infermieri delle Unità Operative che trattano le malattie cardiovascolari (prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione), i farmacisti della

regione che erogano i farmaci della prevenzione nei soggetti a rischio, le associazioni di volontariato, in particolare quelle di volontariato cardiovascolare ed i donatori di sangue.

Analisi di contesto

La valutazione del rischio cardiovascolare globale è un intervento di sanità pubblica di provata efficacia per azioni individuali che, se diffuse ad ampi strati di popolazione, riducono la mortalità e la morbosità delle principali malattie cardiovascolari su base aterosclerotica, in particolare coronaropatie, malattie cerebrovascolari e arteriopatie periferiche. Qui si ricorda che la valutazione del rischio cardiovascolare, secondo le Linee Guida internazionali più accreditate (per l'Italia valgono le Linee Guida Europee 2007 tradotte in italiano come Riassunto Esecutivo: G Ital Cardiol 2008; 9: 11-59), non si identifica con l'uso delle carte del rischio, ma prevede una serie di passi logici che nei precedenti Piani di Prevenzione Cardiovascolare del Friuli Venezia Giulia sono stati chiamati I QUATTRO PASSI PER IL CUORE: 1) verifica se l'utente ha o ha avuto pregresse patologie cardiovascolari aterosclerotiche che lo qualificano di per sé ad alto rischio; 2) verifica se l'utente ha una dislipidemia familiare che qualifica anch'essa per l'alto rischio; 3) verifica se l'utente ha diabete mellito, che qualifica anch'esso per l'alto rischio, anche se viene applicata la valutazione del rischio individuale del Progetto CUORE ISS per stimare il carico assistenziale; 4) stima del rischio cardiovascolare individuale nei restanti soggetti, con il sistema a punteggio del Progetto CUORE ISS.

In Friuli Venezia Giulia l'approvazione del "Piano regionale per la prevenzione delle malattie cardiovascolari" nel 1998 (DGR 593/1998) ha riconosciuto per la prima volta la "necessità *di un piano organico di promozione della salute e prevenzione globale applicata alle malattie cardiovascolari*" ed ha iniziato un percorso per l'implementazione pratica dei vari approcci basati sulle evidenze scientifiche, dalla strategia di popolazione a quella per i soggetti ad alto rischio in prevenzione primaria, dalla prevenzione secondaria alla riabilitazione. Il piano coerentemente prevedeva anche sviluppi organizzativi delle strutture sanitarie regionali, per raggiungere gli obiettivi previsti. Su questa linea si sono innestati i Piani di Prevenzione del Rischio Cardiovascolare (DGR 2862 del 07/11/2005) e il Piano di Prevenzione delle Recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari (DGR 1177 del 01/06/2006), originati dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Gli obiettivi previsti sono stati sostanzialmente colti, perché la Regione Friuli Venezia Giulia ha inteso intraprendere un percorso che dalla iniziale fase di progettazione rendesse la prevenzione cardiovascolare in tutte le sue fasi (primaria, secondaria e terziaria) un modo routinario di operare del Servizio Sanitario Regionale. Gli obiettivi previsti sono stati sostanzialmente colti, perché la Regione Friuli Venezia Giulia ha inteso intraprendere un percorso che dalla iniziale fase di progettazione rendesse la prevenzione cardiovascolare in tutte le sue fasi (primaria, secondaria e terziaria) un modo routinario di operare del Servizio Sanitario Regionale. Il "Piano sanitario e sociosanitario regionale 2010 – 2012" (DGR 465 dd. 11/03/2010) conferma questo percorso. Naturalmente, dopo la definizione e sperimentazione delle modalità operative, l'implementazione della prevenzione cardiovascolare rimane un processo progressivo nel tempo. Di fatto ciò che non è stato considerato, nell'operatività precedente, è l'organizzazione dei servizi sanitari orientati alla prevenzione cardiovascolare, aspetto che sarà affrontato nel presente piano.

I dati di tasso di attacco, letalità a 28 giorni, mortalità per le malattie cardiovascolari aterosclerotiche oggetto di prevenzione cardiovascolare, nonché i dati sui fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione, sono disponibili grazie all'esistenza del Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari e di un archivio regionale di mortalità, con pubblicazioni periodiche per diffonderle. Nel "Profilo di salute del Friuli Venezia Giulia è stato redatto un capitolo: "Focus 2: Priorità sanitarie: strumenti basati sull'evidenza per la determinazione delle priorità di intervento sanitario in una comunità" che ha analizzato la mortalità attribuibile ad alcuni fattori di rischio modificabili e il livello di priorità di interventi "evidence-based" con questi risultati: 1) Ipertensione, 2) Fumo, 3) Inattività fisica, 4) Ipercolesterolemia, 5) Consumo elevato di alcolici, 6) Consumo inadeguato di frutta e verdura, 7) Sovrappeso e obesità, 8) No cinture di sicurezza. E' significativo che le priorità 1,2,4 costituiscano, con il diabete, i maggiori determinanti il rischio cardiovascolare globale. Per quanto riguarda questo, i fattori di rischio cardiovascolare e lo stato del controllo di ipertensione, ipercolesterolemia e diabete, i dati del Registro Regionale delle Malattie

Cardiovascolari risalgono al 2005 (G Ital Cardiol 2010; 11 (2 Suppl 2): 55S-81S). La maggiore criticità è la scarsa applicazione della valutazione e trattamento del rischio cardiovascolare globale: essa risente dei seguenti aspetti:

1) la consapevolezza della popolazione
2) il modello organizzativo
3) la competenza e l'operatività della Medicina Generale e degli specialisti
4) i sistemi informativi in termini di "ritorno informativo"

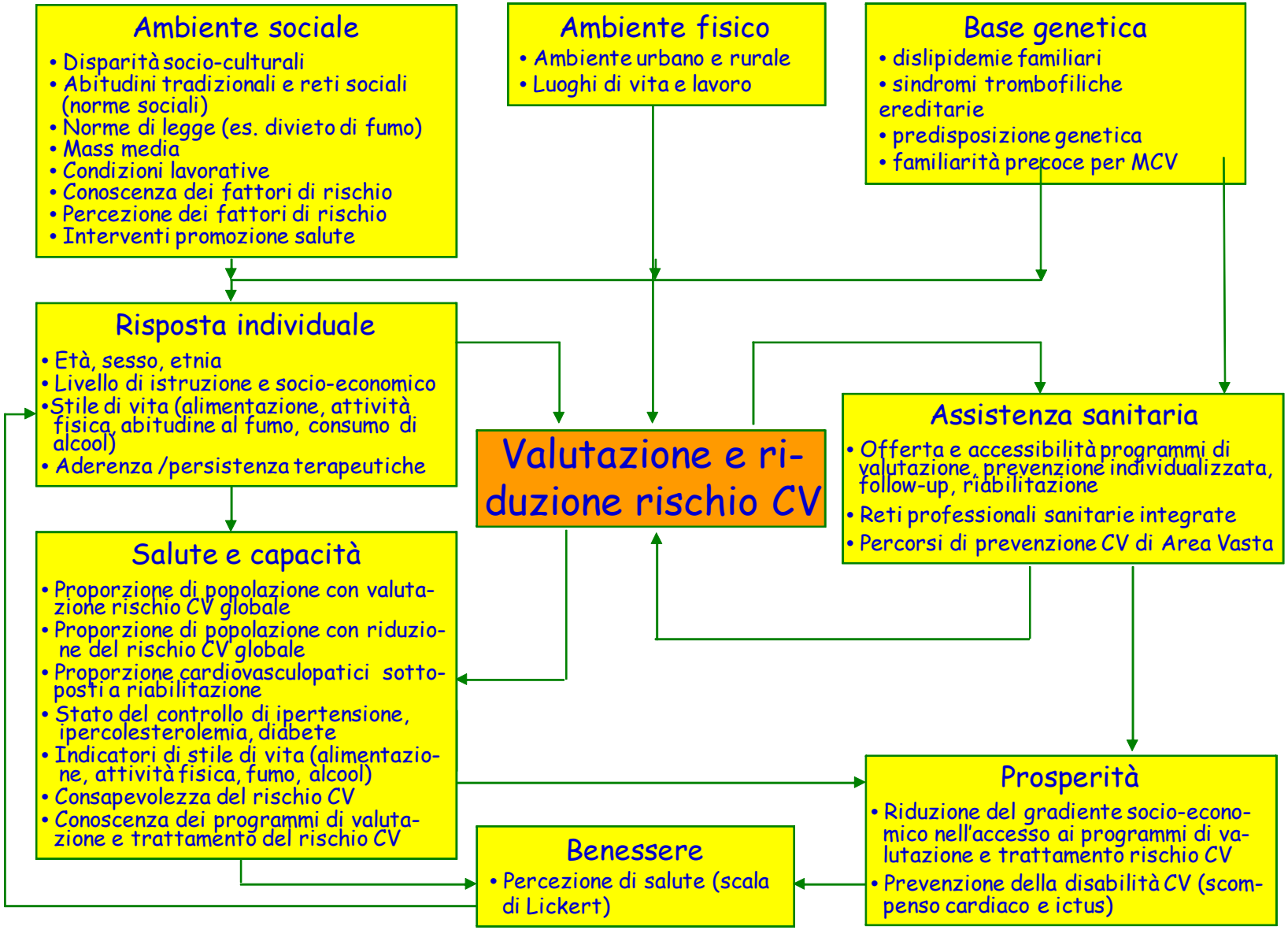
La consapevolezza della popolazione eligibile (35-69 anni) è fondamentale per il successo della prevenzione cardiovascolare. Esistono dati, da PASSI 2009 per i singoli fattori di rischio maggiori come fumo di sigaretta, ipertensione, ipercolesterolemia. I dati sul diabete derivano da altre fonti. Questa area della consapevolezza del rischio cardiovascolare globale deve essere implementata e monitorata.

Il modello organizzativo è stato implementato come contenuti tecnici: infatti dopo un'indagine sui Medici di Medicina Generale nel 2008, condotta capillarmente nei 20 Distretti Sanitari della Regione (partecipazione oltre il 70% dei MMG regionali) da terne di MMG formatori, cardiologi e Medici dei Dipartimenti di Prevenzione, è emersa la necessità di creare un portale informatico per la rilevazione del rischio cardiovascolare la modifica dei fattori di rischio co-gestito dal Medico di Medicina Generale e dai vari specialisti ospedalieri e territoriali, in primis il Cardiologo. Come accennato ciò che è invece critico è l'organizzazione delle Unità Operative di Prevenzione e Riabilitazione Cardiovascolare che hanno il compito di valutazione approfondita dei soggetti ad alto rischio/cardiovasculopatici e che vanno concepite per Area Vasta, oltre che essere messe in rete tra di loro. Senza risposte tempestive ed appropriate ai soggetti ad alto rischio/cardiovasculopatici identificati dalla Medicina Generale e dagli altri specialisti e senza una regia globale delle azioni del piano di prevenzione cardiovascolare, le lacune evidenziate sono destinate a permanere.

La competenza e l'operatività della Medicina Generale e degli specialisti richiedono un piano organico sia di formazione/aggiornamento che di incentivazione organizzativo/monetaria e non monetaria secondo le regole vigenti nei vari ambiti.

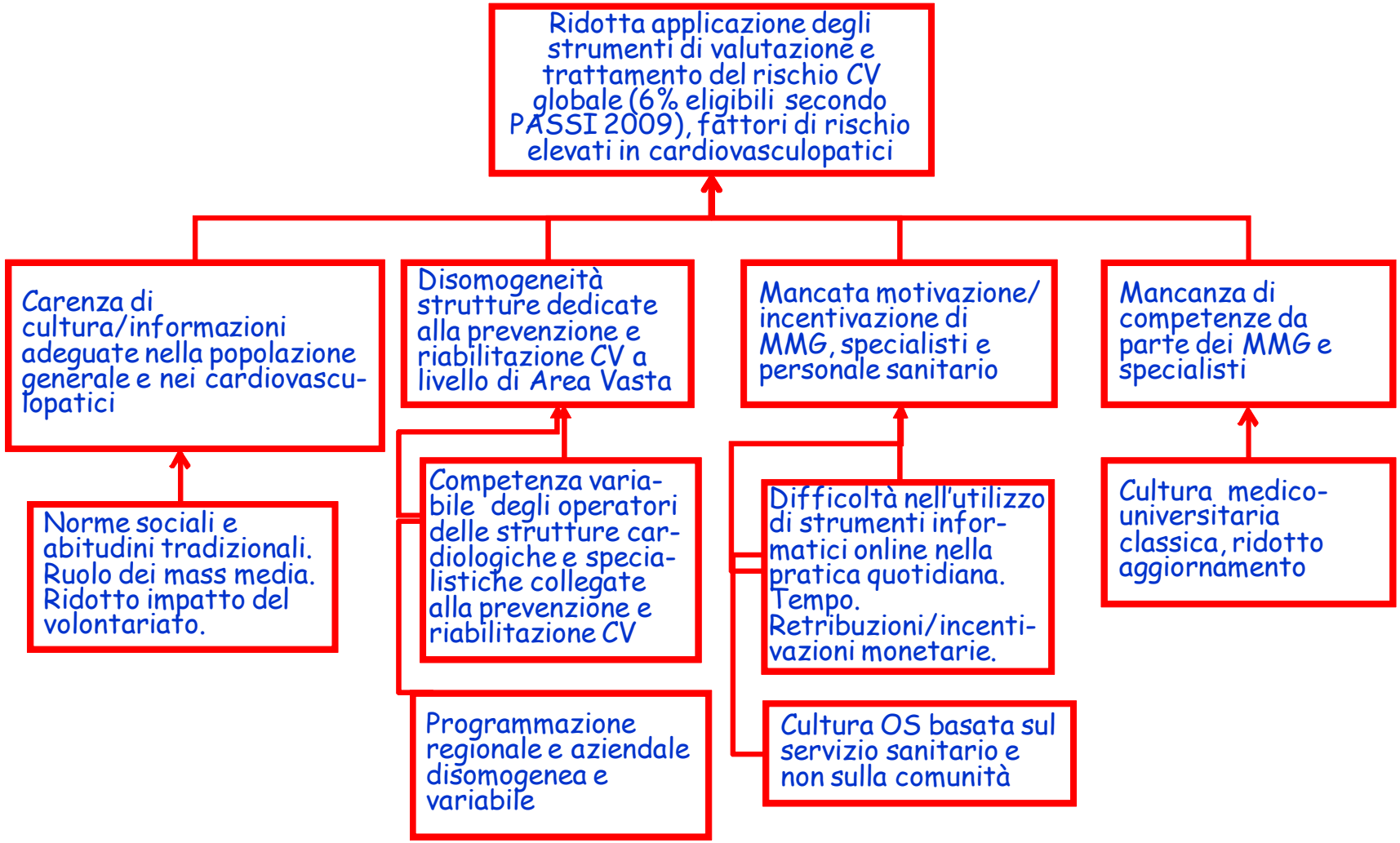
Collegato al rapporto con la Medicina Generale e specialistica interessata alla prevenzione cardiovascolare è decisamente importante l'argomento dei sistemi informativi, soprattutto in termini di "ritorno informativo". A livello del singolo cittadino eligibile "Gente di Cuore" rende i farmaci erogati, i ricoveri cardiovascolari e le esenzioni, ma vanno ipotizzati report cumulativi condivisi su indicatori chiave del Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari e sull'aderenza ai farmaci della prevenzione cardiovascolare.

ANALISI DI CONTESTO: RISCHIO CARDIOVASCOLARE, PREVENZIONE CV 1^RIA, 2^RIA, 3^RIA

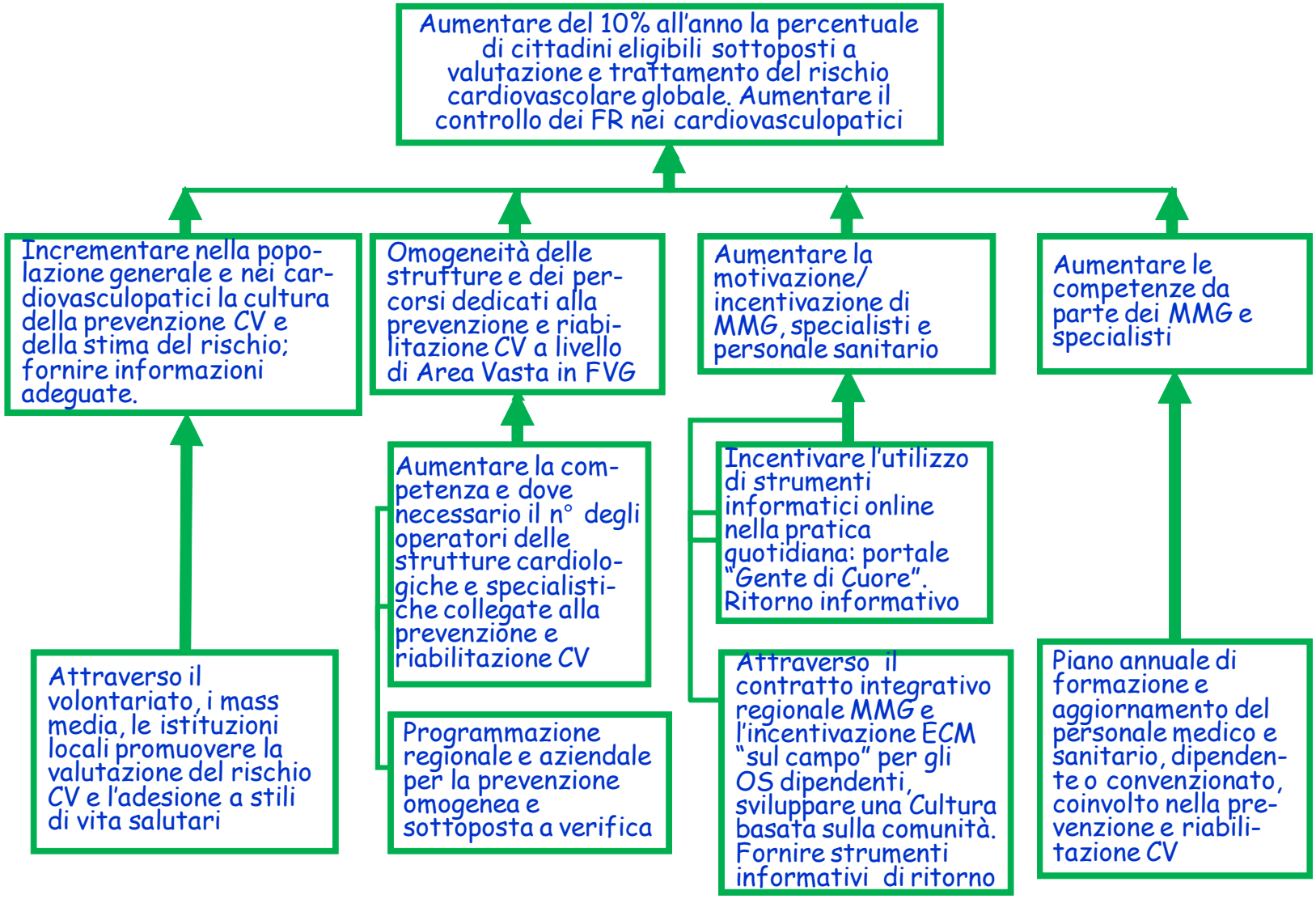


	Indicatori	Standard	Dati locali	Dati di Letteratura scientifica	Dati di letteratura 'grigia'	Dati qualitativi
RISCHIO CARDIOVASCOLARE PREVENZIONE CV 1^, 2^, 3^	• stima del rischio cardiovascolare con "cuore.exe" in prevenzione primaria, • identificazione delle condizioni ad alto rischio • soggetti in prevenzione secondaria e terziaria	Portale regionale "Gente di Cuore", collegato a "cuore.exe"	Indagini di sorveglianza sul rischio CV globale e sui cardiovasculopatici Studio PASSI	Linee Guida Intersocietarie Europee di Prevenzione Cardiovascolare 2007. Applicazione Italiana.		
Fattori sociali	rischio psicosociale	Portale regionale "Gente di Cuore"	Partecipazione a studi nazionali: Progetto Cuore ISS	Linee Guida Intersocietarie Europee di Prevenzione Cardiovasclare 2007		
Fattori ambientali	stesse abitudini alimentari dei familiari	Portale regionale "Gente di Cuore"			Articolo su obesità e reti sociali NEJM	
Fattori individuali in prevenzione CV 1^, 2^, 3^	• pressione arteriosa (2 misurazioni) • colesterolo totale, HDL LDL (se trigl. < 400 mg/dl), trigliceridi • glicemia (Hb glicata nei diabetici) • peso, altezza, IMC, circonferenza vita • farmaci EBM per la prevenzione CV	Portale regionale "Gente di Cuore"	Indagini di sorveglianza sui fattori di rischio CV. Studio PASSI	LLGG Intersocietarie Europee di Prevenzione Cardiovascolare 2007		
Fattori Assistenziali	• Disponibilità di strutture dedicate alla prev. cardiovascolare a livello di Area Vasta. • Accordo integrativo contratto nazionale per la Medicina Generale. • Piano di formazione ECM incentivante per sanitari dipendenti e farmacisti.	Piano Regionale della Prevenzione. Piano Socio-sanitario Regionale 2010-2012. Linee di Gestione SSR.	Produzione legislativa e normativa della Regione Autonoma FVG			
FR correlati comportamentali	• 5 domande di frequenza sull'alimentazione, una su sale • 3 domande alcool (AUDIT breve) • domanda sull'attività fisica (4 livelli) • due domande sul fumo (presenza e se sì dipendenza)	Portale regionale "Gente di Cuore"	Indagini di sorvegl. sui fattori comportamentali collegati al rischio CV. Studio PASSI	LLGG Intersocietarie Europee di Prevenzione Cardiovascolare 2007		Indagine programmi promozione salute

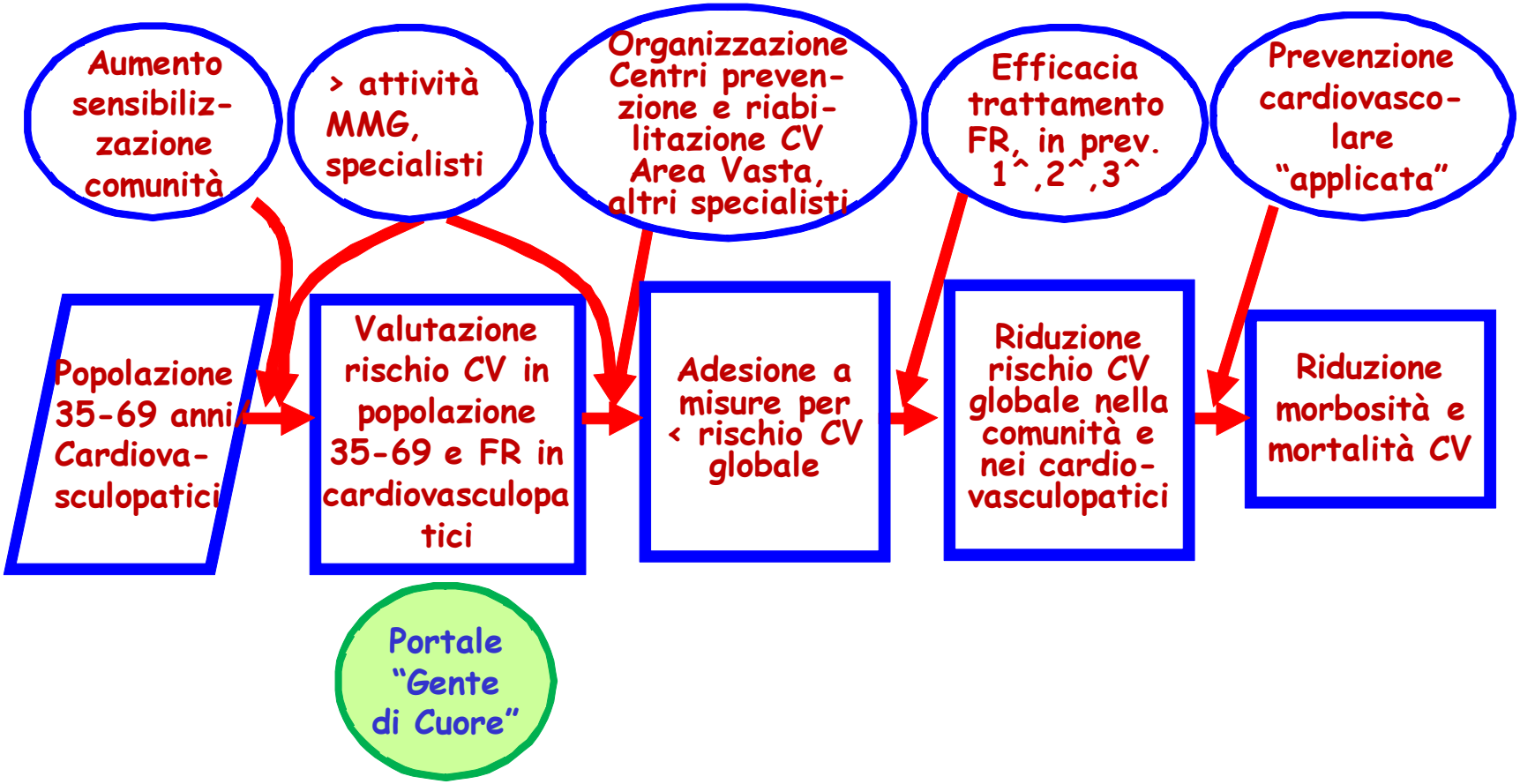
L'albero dei problemi



L'albero degli obiettivi



Modello logico per il rischio CV globale e la prevenzione 1^ria, 2^ria, 3^aria



Quadro logico

Finalità programma	**Logica dell'intervento**	**Indicatori verificabili obiettivamente**	**Fonti di verifica**	**Rischi e assunzioni**
Obiettivo generale	Prevenire mortalità e morbosità cardiovascolari mediante la valutazione ed il trattamento del rischio cardiovascolare globale ed il controllo dei FR nei cardiovasculopatici tramite strumenti condivisi e verificabili.	Andamento incidenza e mortalità specifica, andamento rischio cardiovascolare e fattori di rischio nella comunità e nei cardiovasculopatici	Registro Regionale Malattie Cardiovascolari e archivio mortalità	Indagini periodiche sul rischio CV globale e sui fattori di rischio CV
Obiettivo specifico	Aumentare la percentuale di popolazione eligibile (35-69 anni) che ha una valutazione del rischio cardiovascolare globale e indicatori obiettivi di trattamento non farmacologico e farmacologico. % di cardiovasculopatici con miglioramento dei FR	% annuale di incremento	Portale regionale "Gente di Cuore"	Utilizzo routinario del portale
Risultati attesi	Aumento del 10% anno della popolazione eligibile (35-69 anni) che ha una valutazione del rischio cardiovascolare globale e indicatori obiettivi di trattamento non farmacologico e farmacologico. Aumento della % di cardiovasculopatici con miglioramento dei FR	% inserita nel portale regionale "Gente di Cuore" Variazioni % positive per i FR dei cardiovasculopatici nello stesso portale	Database INSIEL	Report periodici
Attività	Iniziative regionali di comunicazione per popolazione, in collaborazione con ANCI-Federsanità Iniziative di comunicazione a livello locale anche in collaborazione con le associazioni di volontariato CV e donatori di sangue Coinvolgimento dei farmacisti nella comunicazione alla popolazione e nella promozione di stili di vita sani Piano di aggiornamento per MMG, specialisti, personale infermieristico e del comparto Incentivi non monetari e monetari per MMG, specialisti, personale infermieristico e del comparto Strumenti informativi sintetici e "di ritorno" per tutti gli operatori coinvolti.	MEZZI Campagne informative Accordo Integrativo Regionale e accordi aziendali	COSTI I costi sono inclusi nel finanziamento alle aziende e nelle risorse sovraziendali	Accordi con MMG Accordi con le Società Scientifiche dei cardiologi e degli altri specialisti coinvolti nella prevenzione cardiovascolare Accordi con le organizzazioni dei farmacisti, degli infermieri e degli altri OS del SSR Accordi con i Centri di Formazione Aziendale

Piano di valutazione

Il piano di valutazione prevede una verifica della pertinenza, efficienza, efficacia, impatto, fattibilità del programma rispetto agli obiettivi prefissati. Verranno esaminati i risultati raggiunti rispetto ai quelli attesi mediante la verifica degli indicatori previsti nel quadro logico, e nel caso di mancato raggiungimento verranno definite modifiche al programma o azioni di miglioramento.

Si prevede una valutazione intermedia dei risultati raggiunti a fine 2011 e una valutazione conclusiva a fine 2012 da effettuare secondo il seguente schema

Cronoprogramma 2011-2012										
Pianificazione							**Avanzamento**			
Codice attività	**Descrizione attività**	**Data inizio prevista**	**Data fine prevista**	**Indicatori**	**Traguardo**	**Eventuali vincoli o criticità**	**Data inizio effettiva**	**Data fine effettiva**	**Indicatori rilevati al traguardo**	**Note**
1	PIANIFICAZIONE REGIONALE	1/1/11	31/12/12	N° atti regionali e delle Aziende Sanitarie	Inserimento organico delle azioni previste negli atti sanitari regionali (Linee di Gestione con obiettivi per i Direttori Generali, Delibere sanitarie etc.)	Risorse regionali dedicate, recepimento periferico				
2	CABINA DI REGIA PER LO SVILUPPO E MONITORAGGIO DEI PIANI DI PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE	1/1/11	31/12/12	N° riunioni e n° verbali delle stesse	Operatività della Cabina di Regia, composta da rappresentanti Direzione Regionale Sanità, Strutture di Prevenzione Cardiovascolare, MMG	Tempo disponibile da parte dei membri				
3	COMMISSIONE DI COORDINAMENTO PIANI REGIONALI DI PREVENZIONE	1/1/11	31/12/12	N° riunioni e n° verbali delle stesse	Operatività della commissione costituita dai responsabili delle linee progettuali dei piani di prevenzione regionali	Tempo disponibile da parte dei membri				
4	STRUMENTI DI MONITORAGGIO DEI PIANI	1/1/11	31/12/12	N° report specifici a livello documenti regionali e articoli scientifici	Conferma adesione al Registro Nazionale degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari ed al Progetto PASSI coordinato dall'ISS; indagini periodiche su rischio CV globale e FR	Risorse dedicate, soprattutto in termini di personale				
5	COINVOLGIMENTO E FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI	1/1/11	31/12/12	N° corsi di aggiornamento, N° iniziative coinvolgimento OS, % risposta OS ad iniziative specifiche	Fornire alla maggioranza dei Medici di Medicina Generale, degli specialisti coinvolti nella prevenzione e riabilitazione CV, degli infermieri dei relativi reparti/ambulatori, dei farmacisti, corsi di formazione strutturati, residenziali o a distanza, con particolare sviluppo al corso ad hoc per la medicina generale sviluppato dall'ISS.	Sinergia con i Centri di Formazione Aziendale ed il Centro di Formazione dell'Area delle Cure Primarie. Sovrapposizione con altri eventi formativi. Turnistica e servizio per il personale infermieristico.				
6	PROMOZIONE DI STILI DI VITA SANI NELLA COMUNITA'	1/1/11	31/12/12	Dati studio PASSI, dati portale “Gente di Cuore”	Aumento della consapevolezza della popolazione sulla praticabilità di stili di vita sani, da varie fonti: media, operatori sanitari, amministratori locali, volontariato.	Risorse dedicate, necessità di azioni indirette tramite opinion leaders laici e personale sanitario. Monitoraggio standardizzato di queste attività.				

7	SOSTEGNO ALLE AZIONI SUL CAMPO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE	1/1/11	31/12/12	Dati sull'uso del portale "Gente di Cuore" tra MMG	Utilizzo del portale WEB "Gente di Cuore" di interazione MMG-specialisti per la condivisione della valutazione del rischio cardiovascolare e delle azioni per ridurlo, integrato da informazioni sui ricoveri cardiovascolari ed i farmaci erogati in funzione anche della persistenza terapeutica nei farmaci EBM.	Interazione con la (le) società informatiche produttrici, incentivazione per i MMG a condividere i dati, assenza di banda larga in molti comuni della regione.				
8	SOSTEGNO ALLE AZIONI SUL CAMPO DEGLI ALTRI OPERATORI SANITARI	1/1/11	31/12/12	Dati sull'uso del portale "Gente di Cuore" tra specialisti	Sviluppo, nei software cardiologici già presenti, di collegamenti con il portale "Gente di Cuore". Per il calcolo del rischio adesione all'Osservatorio del Rischio dell'ISS.	Tempo dedicato da parte i specialisti ed infermieri.				
9	VALUTAZIONE PERIODICA DEGLI INDICATORI DI PROCESSO; DI PRODOTTO; DI ESITO	1/1/11	31/12/12	Utilizzo dei portali della Regione e delle Aziende Sanitarie dove saranno pubblicati i report.	Utilizzo degli indicatori scelti e dei loro criteri di lettura da parte degli attori interessati, dirigenti sanitari, operatori sanitari, amministratori locali, volontariato e popolazione generale.	Report informativi e "di ritorno" per gli operatori sanitari. Predisposizione di indicatori intellegibili nei portali regionali per il cittadino.				

(*)percentuale di avanzamento dell'attività (0%, 25%, 50%, 75%, 100%)

1.1.2 Definire percorsi articolati per il rischio individuale per il tumore del colon retto

Macroarea

1. MEDICINA PREDITTIVA

Linea di intervento generale

1.1 ***Valutazione del rischio individuale di malattia***

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012

Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale

Titolo del Programma

1.1.2. Definire percorsi articolati per il rischio individuale per il tumore del colon retto

Obiettivo specifico di salute

Prevenire mortalità e morbosità del carcinoma del colon-retto attraverso la valutazione del rischio individuale

Contenuti del progetto

Aspetti generali e analisi di contesto

Il carcinoma del colon-retto (CCR) è la seconda causa di morte per tumore in entrambi i sessi in FVG dove ogni anno più di 1.100 (Registro Tumori regionale 2004-2005) persone si ammalano di questa patologia, con una sopravvivenza stimata a 5 anni del 61.5%.

Il rischio generico per CCR è valutato, in termini di rischio cumulativo, del 6% ed è sostanzialmente correlato all'età. Il CCR comincia, infatti, ad essere rilevante a 50 anni (raro fino ai 40 anni ove spesso è associato ad una componente genetica), aumenta progressivamente fino a raggiungere il picco verso i 70 anni (età media d'insorgenza 68 anni).

Il 60% dei casi di CCR insorge in soggetti senza alcuna storia familiare di CCR e viene definito “sporadico”. Il rimanente 40% si sviluppa in presenza di una storia familiare. Essendo il CCR una malattia molto frequente, l’aggregazione familiare è secondaria al rischio stocastico o ad un rischio genetico. Il rischio genetico in una famiglia è evidenziabile con il semplice studio della storia familiare. Parametri clinici (età di insorgenza della malattia, numero e grado di parentela dei familiari) associati a parametri patologici (numero di polipi adenomatosi e dei tumori) ci permettono di riconoscere quelle malattie tumorali ereditarie che danno origine ad un rischio di CCR. del 80-90% rispetto al rischio del 6% della popolazione generale.

La diagnosi di queste forme tumorali determinate geneticamente sono possono essere correttamente definite con l'applicazione dei test genetici che già da 15 anni sono utilizzati nella pratica clinica. Nelle sindromi ereditarie il CCR può essere prevenuto nella maggior parte dei casi se si ottiene una corretta diagnosi con i test genetici.

Nel 2008 la Regione FVG ha attivato il programma organizzato di screening dei tumori del colon-retto, che prevede l'offerta attiva e gratuita ogni due anni dell'esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) ai residenti di età compresa tra 50 e 69 ed il successivo iter diagnostico terapeutico.
Lo screening organizzato basato sul SOF biennale è uno strumento di provata efficacia per ridurre l'incidenza e la mortalità per CCR nella popolazione generale, identificando precocemente le forme invasive e rimuovendo possibili precursori. I risultati di trials controllati indicano la possibile riduzione del 40% della mortalità ed una diagnosi del 40-80% dei casi di CCR.
Al programma di screening, però, non accedono i soggetti a rischio genetico (quelli quindi a maggior rischio di CCR) perché sviluppano i tumori in una età più precoce. Particolare rilevanza ha assunto, quindi, lo studio della storia familiare di cancro per la diagnosi della componente determinata geneticamente delle neoplasie colo-rettali. Lo studio della storia familiare viene effettuata tramite il counselling genetico che si avvale come complemento diagnostico dell'applicazione dei test genetici.

Con questo progetto pertanto si vuole completare l'offerta di screening e diagnosi precoce per il CCR attraverso la definizione di percorsi per la valutazione del rischio individuale e per il successivo iter diagnostico-terapeutico mirato.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2006-2008 (DGR 2862 del 2005) nella parte relativa all'attivazione del programma di screening del CCR prevedeva già di definire dei protocolli diagnostici per le malattie rare, in particolare per quanto attiene la predisposizione ereditaria al tumore del colon retto, valorizzando il ruolo di riferimento del Centro di Riferimento Oncologico (CRO) di Aviano.
Questo istituto è stato inoltre individuato, con quale centro di riferimento interregionale per le malattie rare (come Sindrome di Gardner, Sindrome di Peutz-Jeghers, Poliposi familiare) dalla DGR 1480 del 2007.
Dal 1996 si è costituito al CRO di Aviano un gruppo di lavoro costituito dalla SOC di Gastroenterologia con componenti della SOC di Oncologia Sperimentale I e con componenti della S.O.C. di Anatomia Patologica che si occupa della predisposizione genetica di tipo ereditario allo sviluppo del cancro colo-rettale. La sua attività include la valutazione clinica-familiare, l'applicazione di test genetico-molecolari con scopi diagnostici e predittivi e l'attuazione di programmi di sorveglianza secondo modalità ben definite.
L'attività è organizzata in tre fasi:

1. reclutamento dei soggetti a rischio tramite counselling genetico con l'approfondimento della storia clinica individuale e familiare e con l'offerta di informazioni e supporto a pazienti e familiari:
2. l'identificazione di soggetti portatori di mutazioni costituzionali predisponenti mediante i test genetici;
3. l'applicazione di misure di prevenzione, diagnosi precoce e follow-up.

Nel 2007 è stato pubblicato il "Registro Tumori Ereditari del Colon-retto: 12 anni di esperienza" (M. Fornasarig, A. Viel), che riporta i risultati della valutazione di 180 famiglie a rischio genetico.

Beneficiari

Questo progetto è rivolto ai soggetti con rischio aumentato di sviluppare un CCR per fattori eredo-familiari. La componente genetica deve essere sospettata ogni qualvolta si osservi aggregazione di più casi di tumore all'interno di un nucleo familiare ad insorgenza in età giovanile o con sviluppo di tumori multipli primitivi in uno stesso individuo.

Attori e portatori di interesse

Sono coinvolti nel progetto: i professionisti che operano nelle unità operative e nei servizi regionali di gastroenterologia, chirurgia, oncologia medica e radioterapia; i medici di medicina generale; la SOC di Gastroenterologia e alcuni componenti della SOC di Oncologia Sperimentale I e della SOC di Anatomia Patologica del CRO di Aviano. Altri portatori di interesse possono essere le associazioni di pazienti, la LILT, l'AIRC.

Modello logico

L'obiettivo generale del progetto è di ridurre incidenza e mortalità per tumore del colon-retto, definendo percorsi articolati per il rischio individuale.
Gli obiettivi specifici sono:

1) defininire protocolli per la diagnosi e il trattamento delle forme eredo-familiari, in collaborazione con gli altri centri della regione;
2) individuare le prestazioni correlate strettamente alla patologia da erogarsi gratuitamente;
3) identificare, anche tramite lo screening di popolazione generale, i soggetti a rischio per familiarità o per sospetta sindrome ereditaria ed i loro familiari;
4) offrire una corretta valutazione del rischio individuale e percorsi diagnostico-terapeutici appropriati in base al rischio;
5) istituire un registro regionale delle sindromi genetiche di neoplasie colo-rettali.

Metodologia generale

La prima valutazione del rischio individuale nelle classi A, B, C può essere effettuata nel corso di una colonscopia (di screening e non), in occasione di una visita specialistica o dal medico di medicina generale.
In base alla valutazione del rischio individuale, la persona può essere invitata ad aderire al programma di screening regionale oppure ad aderire ad un percorso specifico, come riportato schematicamente nella tabella seguente:

Classe di rischio	Descrizione	Percorso raccomandato
A. Individui con rischio medio di CCR	es. 1 parente di primo grado con CCR diagnosticato dopo i 55 anni	Programma di screening di popolazione
B. Individui con rischio moderatamente aumentato di CCR	es. 1 parente di primo grado con CCR diagnosticato prima dei 55 anni; 2 parenti di primo grado dello stesso ramo della famiglia con CCR diagnosticato a qualsiasi età	Invio a centro di endoscopia per monitoraggio con colonscopia ogni 5 anni dall'età di 40 anni, o da una età 10 anni precedente l'età più precoce in cui il CCR è stato diagnosticato nella famiglia
C. Individui con rischio molto alto di CCR Pazienti affetti da sindromi genetiche di neoplasie colo-rettali	Individui con: storia familiare di sindromi genetiche di neoplasie colo-rettali, CCR sincroni, CCR associato a poliposi multipla (>10), storia personale o familiare di altri tumori (endometrio, stomaco, vie biliari e vie urinarie), adenomi multipli (>10)	Segnalazione al centro di riferimento regionale (v. protocollo)

Stima carichi di lavoro e costi

In regione ogni anno vengono diagnosticati più di 1.100 nuovi casi di CCR. Di questi, si stima che circa il 20% presenti una familiarità semplice o complessa e circa il 5% una base ereditaria.

Sulla base di questi dati è possibile stimare:

- il numero di familiari da invitare a seguire percorsi personalizzati presso i centri di endoscopia regionali (colonscopia ogni 5 anni dall'età di 40 anni o da una età di 10 anni precedente l'età più precoce in cui il CCR è stato diagnosticato nella famiglia) ed il numero di prestazioni annue (220 nuovi casi/anno x n. medio familiari + dopo 5 anni follow up dei casi prevalenti);
- il numero di soggetti ad alto rischio da inviare al centro di riferimento regionale presso il CRO di Aviano (55 casi anno +55 n. medio familiari);
- il numero di soggetti da invitare a sottoporsi ai test genetici ed ai successivi eventuali controlli (30 casi/anno + 40 familiari).

PROTOCOLLO PER LA SEGNALAZIONE DI CASI SOSPETTI DI PREDISPOSIZIONE EREDITARIA AL CANCRO COLON-RETTALE ED ACCESSO AL CRO

Il medico di medicina generale/specialista invia i soggetti affetti da poliposi colo-rettale o da CCR associato a concomitante poliposi ad un colloquio con un gastroenterologo con competenza di consulenza genetica per le neoplasie coliche, presso il CRO di Aviano.

I soggetti con sospetto di suscettibilità genetica ai tumori vengono informati sulla possibile predisposizione ereditaria presente in famiglia e sulle caratteristiche cliniche della malattia presunta.

Il test genetico viene proposto dal gastroenterologo dopo una accurata informazione sul significato, vantaggi e svantaggi del test e viene effettuato previo assenso all'esecuzione del test e firma del consenso informato.

A. Se il test genetico è informativo, cioè viene identificata l'alterazione genica causativa della malattia presente in famiglia, il test può essere proposto a tutti i membri della famiglia per riconoscere i soggetti portatori della mutazione e quindi a rischio di tumore ed i soggetti non portatori e quindi non a rischio.

B. Ai portatori della mutazione verrà offerta una sorveglianza clinica e strumentale per la diagnosi precoce e/o prevenzione.

C. Nel caso in cui il test genetico non sia informativo (non viene identificata la mutazione responsabile della malattia), i soggetti a rischio seguiranno la sorveglianza clinica e strumentale dei soggetti portatori della mutazione.

L'analisi molecolare viene eseguita presso i laboratori dell'Oncologia Sperimentale I del CRO. Il risultato del test viene consegnato al soggetto dal gastroenterologo del CRO che lo ha richiesto.

I seguenti test genetici, analisi molecolari e studio di proteine vengono attualmente utilizzati a completamento diagnostico:

- studio dell'instabilità genetica dei microsatelliti, studio immunoistochimico delle proteine dei geni del mismatch repair ed analisi molecolare dei geni del mis-match repair (MSH2, MLH1, MSH6, PMS2) per la diagnosi di Hereditary Non Polyposis Colorectal Cancer (HNPCC) o syndrome di Lynch
- analisi molecolare del gene APC per la diagnosi della Poliposi Adenomatosa Familiare (FAP) o sindrome di Gardner e Poliposi Adenomatosa Familiare Attenuata (AFAP)
- analisi del gene MutYH per la diagnosi MAP (Polyposis MYH associata)
- analisi del gene LKB1 per la diagnosi di sindrome di Peutz-Jeghers
- analisi del gene BMTR1A/SMAD4 per la diagnosi della poliposi giovanile

Nella sorveglianza potranno essere effettuate le seguenti prestazioni: colonscopia, gastroscopia, enteroscopia con videocapsula e con singolo pallone, visita ginecologica, ecografia transvaginale, ecografia addome e tiroidea

Quadro logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale	Trend incidenza e mortalità specifica	Registro tumori e archivio mortalità	
Obiettivo specifico	Definire percorsi articolati per il rischio individuale per il tumore del colon retto		Banche dati SIR	
Risultati attesi	Protocolli regionali definiti entro il 2011 Iniziative per il coinvolgimento di MMG e specialisti programmate ed effettuate Avvio delle attività e valutazione del rischio genetico Alimentazione del registro malattie rare	Disponibilità del protocollo N. iniziative effettuate e n. di operatori coinvolti N di soggetti e n. di familiari con valutazione del rischio genetico Disponibilità dei dati sui casi valutati	Registro malattie rare	
Attività	Definire protocolli regionali per la diagnosi e il trattamento delle forme eredo-familiari Attuare iniziative per il coinvolgimento di MMG e specialisti Avviare le attività attività di selezione e invio dei soggetto a rischio al centro per valutazione del rischio genetico Registrazione delle diagnosi negli applicativi	MEZZI	COSTI I costi sono inclusi nel finanziamento alle aziende e nelle spese sovraziendali	

Piano di valutazione

Il piano di valutazione prevede una verifica della pertinenza, efficienza, efficacia, impatto, fattibilità del programma rispetto agli obiettivi prefissati. Verranno esaminati i risultati raggiunti rispetto ai quelli attesi mediante la verifica degli indicatori previsti nel quadro logico, e nel caso di mancato raggiungimento verranno definite modifiche al programma o azioni di miglioramento.

Si prevede una valutazione intermedia dei risultati raggiunti a fine 2011 e una valutazione conclusiva a fine 2012 da effettuare secondo il seguente schema

CRONOPROGRAMMA								
Descrizione attività	**Data inizio prevista**	**Data fine prevista**	**Indicatori dei Risultati attesi**	**Eventuali vincoli o criticità**	**Data inizio effettiva**	**Data fine effettiva**	**valore rilevato del traguardo (*)**	**Note**
Definire protocolli regionali per la diagnosi e il trattamento delle forme eredo-familiari	01/01/2011	31/12/2011	Protocolli regionali definiti					
Attuare iniziative per il coinvolgimento di MMG e specialisti	01/03/2011	31/12/2012	Iniziative effettuate					
Avviare le attività attività di selezione e invio dei soggetto a rischio al centro per valutazione del rischio genetico	01/03/2011	-	Avvio attività					
Registrazione delle diagnosi negli applicativi	01/03/2011	-	Alimentazione registro malattie rare					

(*)percentuale di avanzamento dell'attività (0%, 25%, 50%, 75%, 100%)

2.1.1 Giovani e guida sicura:progetto sicuramente.

Macroarea
2 PREVENZIONE UNIVERSALE

Linea di intervento generale
2.1 ***Prevenzione degli eventi Infortunistici in ambito stradale***

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012
Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali

Titolo del programma/progetto
2.1.1 Giovani e guida sicura: progetto Sicuramente

Obiettivo specifico di salute
Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali con particolare riferimento alle fasce d'età giovanili (14-18 anni)

Contenuti del progetto

Gli incidenti stradali rappresentano in tutto il mondo uno dei maggiori problemi di Sanità pubblica: causano il 2,2% della mortalità globale e hanno un rilevante impatto economico e sociale.
In Italia costituiscono la prima causa di morte per la popolazione di età inferiore ai 40 anni e circa un terzo dei decessi riguarda i giovani tra 15 e 29 anni.
A **livello internazionale** la Risoluzione 57/309 del 2003 delle Nazioni Unite ha richiamato l'attenzione della comunità internazionale sull'esistenza di una crisi globale della sicurezza stradale e l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2004 vi ha dedicato la Giornata della Salute. I richiami dell'ONU e dell'OSM indicano chiaramente una crescente consapevolezza della gravità del problema e delle sue conseguenze individuali e collettive, per quanto in forte ritardo rispetto alla dinamica del fenomeno.
L'**Unione Europea**, all'art. 71 del Trattato dell'Unione, ha rafforzato le basi politiche, istituzionali e di bilancio in materia di trasporti in generale e ha riconosciuto all'Unione la facoltà di perseguire obiettivi tesi a migliorare la sicurezza stradale, sia pure nei limiti della sussidiarietà. La stessa Costituzione europea, approvata nel 2004, all'art. 236 prevede che le normative europee stabiliscano misure atte a migliorare la sicurezza dei trasporti, declinate nei Programmi d'azione e nella Carta europea della sicurezza stradale.
In **Italia** la sicurezza stradale compare sulla scena politica e all'attenzione dell'opinione pubblica solo a metà del 1980 (con l'uso delle cinture e del casco per i ciclomotori e il decreto Ferri sulla velocità in autostrada). La prima relazione sullo stato della sicurezza stradale fu presentata nel 1998 dall'allora Ministro dei Lavori pubblici. Nel 1999, con la Legge 144 all'art. 32, è stato introdotto il PNSS (Piano Nazionale per la Sicurezza stradale),

di competenza del Ministero e del Comitato Nazionale per la Sicurezza Stradale (istituito nel 2001). Tale Piano, approvato nel 2002, tra le azioni strategiche per la riduzione del 40% dei morti e del 20% dei feriti sulle strade, prevede la diffusione della ***cultura della sicurezza***, la creazione di strutture a livello regionale, provinciale e comunale, che promuovano la diffusione delle buone pratiche, l'attuazione di un coordinamento sistematico delle azioni dei diversi enti pubblici, il rafforzamento e la formazione di capacità operative e professionali che possano promuovere nel cittadino, fin dall'età scolare,comportamenti responsabili a livello stradale e una corretta valutazione del rischio.
Esistono forti disuguaglianze in Europa rispetto al numero di incidenti stradali, con tassi di mortalità doppi nei paesi a medio–basso reddito, rispetto ai paesi ad alto reddito.
Il Friuli Venezia Giulia risulta fra le regioni italiane a più alto rischio di incidente stradale con conseguenze mortali, pertanto la nostra regione ha tradotto nel Piano Regionale della Prevenzione gli obiettivi previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 che, al fine di ridurre la frequenza degli incidenti stradali e soprattutto delle conseguenze sanitarie e sociali che ne derivano, ha come obiettivo principale il potenziamento delle azioni di prevenzione, privilegiando un approccio multi-disciplinare e interistituzionale.
La scelta effettuata in **Friuli Venezia Giulia**, che risponda ai criteri previsti dal PNSS e alle indicazioni del PNP, di attuazione ai temi della sicurezza e dell'educazione stradale, è stata quella di dare priorità alla popolazione scolastica giovanile, in relazione alla Legge regionale n. 25 del 25/10/2004 e al Piano Regionale della Sicurezza Stradale, con il coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale e altri portatori d'interesse in tema di sicurezza stradale.Le Istituzioni si sono impegnate a realizzare una programmazione regionale pluriennale introducendo l'educazione stradale nel percorso formativo degli studenti del FVG.

***Beneficiari e attori*:**
Il progetto è rivolto a giovani studenti in età compresa tra 4 e 18 anni, ai loro docenti e indirettamente alle famiglie.
Nella triennalità è previsto il coinvolgimento degli gli studenti delle classi II e IV di tutti gli istituti superiori della regione FVG.
Sono coinvolti nella realizzazione del progetto un'**Equipe interistituzionale di Progetto** composta da referenti della Regione FVG,DC Mobilità e Infrastrutture di Trasporto,DC Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche sociali, FVG Strade SpA,Ufficio Scolastico Regionale FVG.
Sono stati individuati diversi **Partner del Progetto**: Istituti scolastici di ogni ordine e grado del Friuli Venezia Giulia; Aziende dei Servizi Sanitari competenti territorialmente;Polizia Stradale; Polizia Municipale di comuni individuati (sede del costruendo campo scuola);Università degli Studi di Trieste (Facoltà di Scienze della Formazione, Facoltà di Psicologia);Università degli Studi di Udine (Centro Interdipartimentale per la Ricerca Didattica, Dipartimento di Fisica, Unità di Ricerca in Didattica della Fisica, Facoltà di Scienze della Formazione, Laboratorio di Bioingegneria);Università degli Studi di Udine (Dipartimento Economia, Società e territorio) Ordine degli Psicologi del Friuli Venezia Giulia e della provincia di Bolzano su iniziative connesse alla Psicologia del traffico e sicurezza stradale.
Altre possibili alleanze: in fase di evoluzione pluriennale della realizzazione progettuale, si valuterà il possibile coinvolgimento di associazioni di categoria (Autoscuole, Federazione dei motociclisti e dei ciclisti, ecc), per la realizzazione di prove pratiche**.**

Analisi di contesto

Il problema dell'incidentalità stradale nei giovani è un tema di salute che ha importanti implicazioni in diversi settori. La legislazione negli ultimi anni, ha portato importanti modifiche alle norme di tutela della sicurezza stradale, a fronte di una riduzione dell'incidentalità nella rete viaria della regione FVG, non ancora significativa in relazione alle direttive europee.

La Regione FVG ha avviato importanti ed apprezzabili interventi sulla viabilità urbana ed extraurbana, ha stanziato finanziamenti per l'avvio di progetti di mobilità sostenibile in ambito urbano e sulla definizione di criteri per una pianificazione urbanistica orientata alla tutela della salute in particolare delle categorie di cittadini più fragili.

Diverse sono le risposte che in tutte le aziende sanitarie si sono articolate attraverso interventi formativi ed educativi, per la diffusione della cultura della sicurezza stradale, in collaborazione con i diversi portatori di interesse del territorio.

L'evidenza dei dati dimostra che la maggiore incidenza del fenomeno è particolarmente legato alla fascia giovanile con la presenza di incidenti tra i giovani di età compresa tra 18-29 anni.

Il fenomeno in FVG riporta i seguenti dati (dati ISTAT 2008):

- Incidenti stradali in FVG n° 218.963 di cui n° 4731 mortali, n° 310.739 con feriti
- Nella fascia d'età compresa tra 15-24 anni i dati riportano un'incidenza di n° 360 morti e 31584 feriti nella fascia d'età 15-19 anni e n°440 morti e n° 37.582 feriti nella classe d'età 20-24 anni.

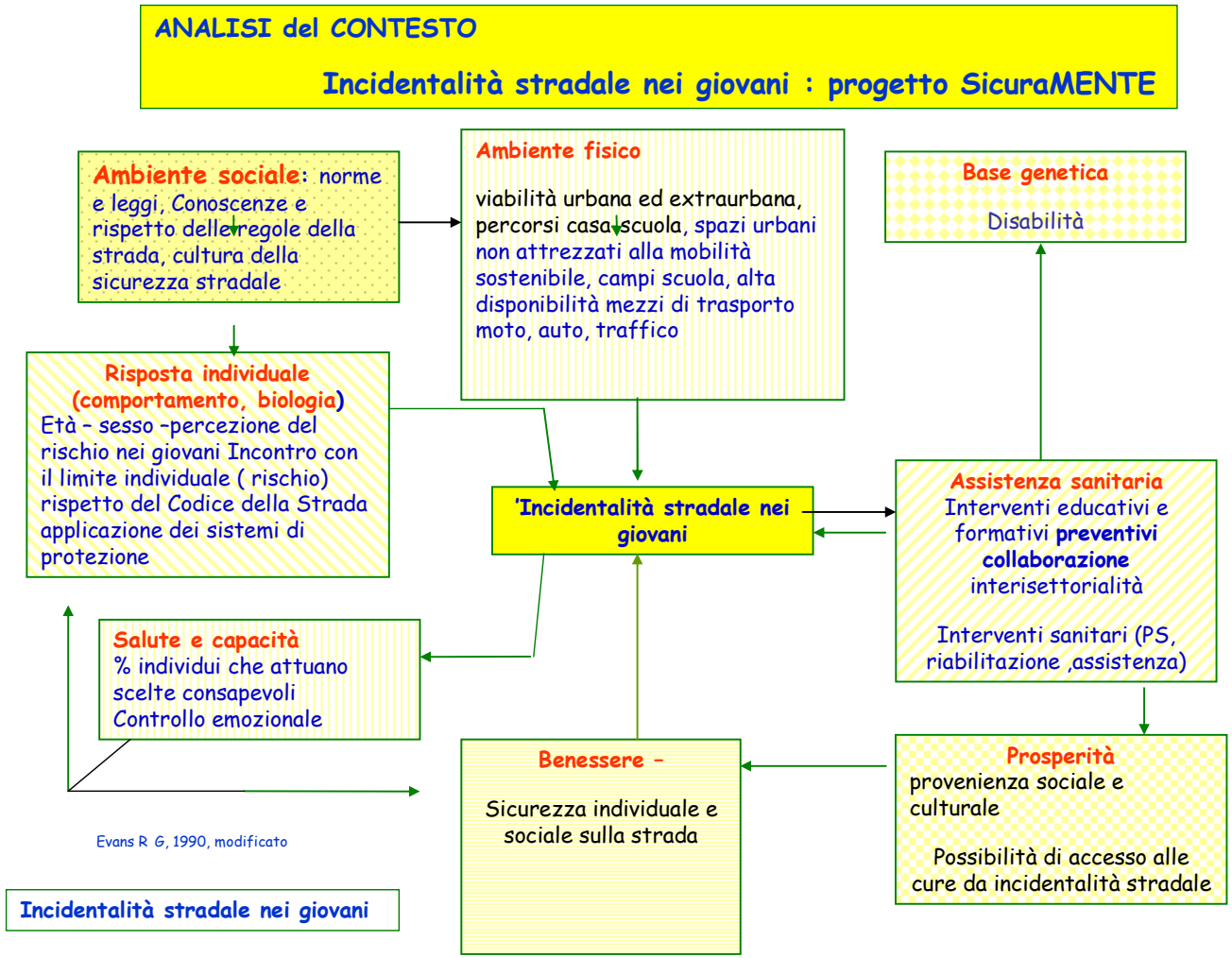
I tassi di mortalità in FVG per provincia riportano ad una maggiore incidenza di eventi in provincia di Udine, seguono le province di Trieste, Pordenone e Gorizia (Fonti ISTAT 2003)

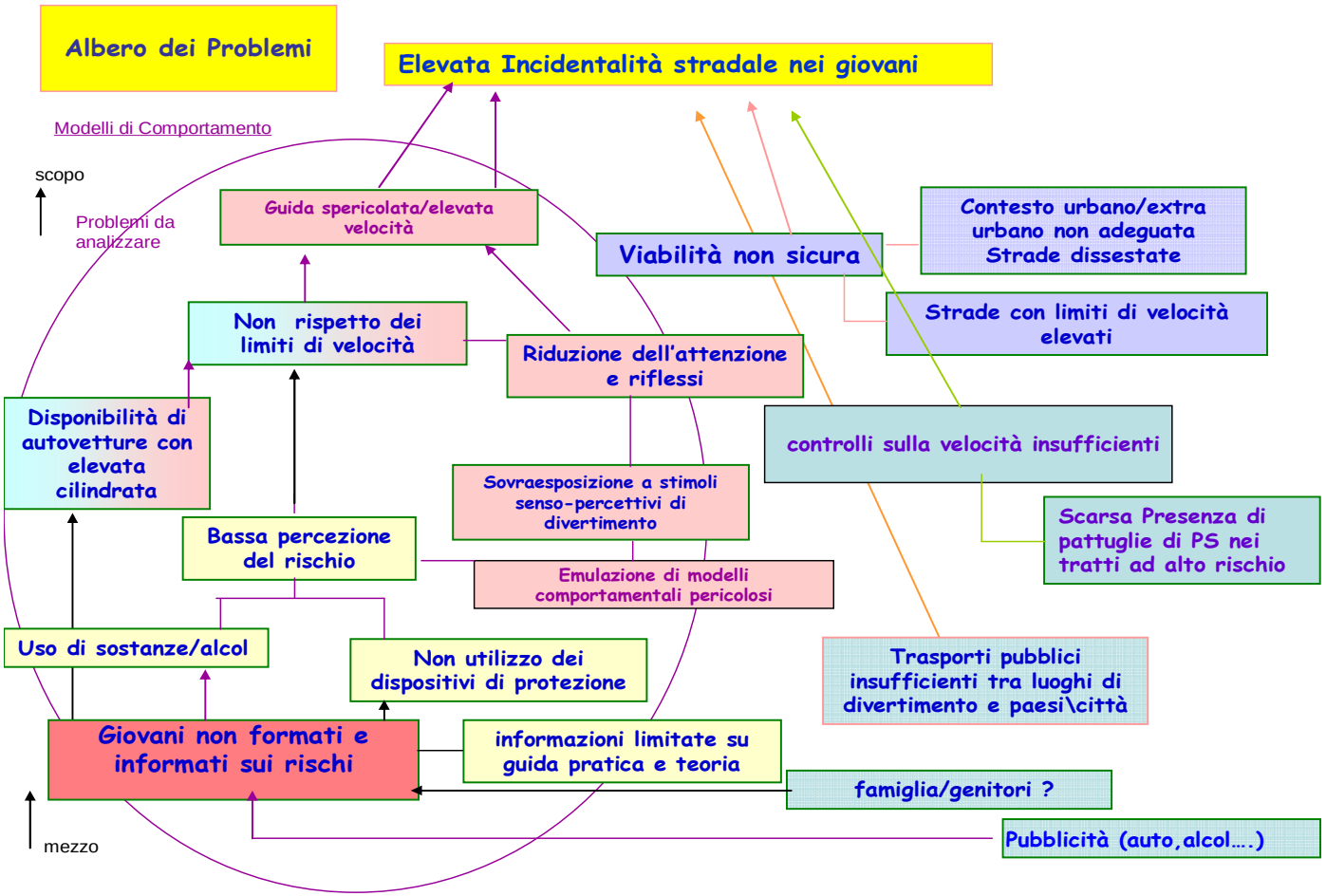
Attualmente è possibile fare solamente una *stima* grossolana del numero di incidenti stradali in FVG in relazione all'età e all'esito dell'evento (mortalità successiva al ricovero)in quanto vengono ancora a mancare dati relativi alle Forze dell'Ordine, che incrociate ai dati sanitari possano dare un quadro più preciso del fenomeno. Si osserva, invece, una diversa accuratezza (attendibilità) nei diversi database. Infatti, come è noto nel campo degli infortuni, se la frequenza degli eventi può essere rappresentata attraverso una piramide nella quale gli eventi più lievi costituiscono la base ed i più gravi l'apice, l'attendibilità della registrazione degli eventi può venire rappresentata da una piramide capovolta, in cui la base (maggior attendibilità) corrisponde agli eventi più gravi (morti) e l'apice (minore attendibilità) ai più lievi, essendo che la priorità (e con essa le risorse, la formazione, il controllo ecc.) viene, giustamente, attribuita agli eventi più severi.

Dal punto di vista della prevenzione, tuttavia, sarebbe estremamente importante avere a disposizione anche delle raccolte di dati affidabili sugli eventi minori, in quanto è anche dalla conoscenza di questi ultimi, che sono la maggior parte, che si possono comprendere i meccanismi che sottendono alla genesi degli eventi accidentali più gravi e mettere in atto le adeguate contromisure.

Le basi dati sanitarie del Friuli Venezia Giulia presentano attualmente dei limiti per un uso ottimale per la sorveglianza degli esiti sanitari degli incidenti stradali. E' tuttavia possibile ricavare comunque una certa quantità di informazioni da collegare a quelle della base dati delle forze dell'ordine sugli incidenti stradali e la rilevazione attraverso il sistema MITRIS sta dando una configurazione più attendibile e georeferenziata del fenomeno in FVG.

Per quanto attiene alla fascia giovanile di età compresa tra 15-19 anni, la variabile età, sesso, utilizzo dei dispositivi di sicurezza, l'assunzione di bevande alcoliche e la conseguente guida in stato alcolico alterato, sono direttamente collegati alla ***"percezione del rischio"***, che tra i giovani è molto variabile, in relazione alla componente tipicamente giovanile della ***"trasgressione alle regole sociali"***.
Il rispetto delle norme del Codice della Strada (utilizzo del casco, delle cinture di sicurezza, rispetto dei limiti di velocità, ecc….) diventa quindi un problema educativo e formativo a cominciare dalla più giovane età, con un approccio multidisciplinare che coinvolge Regione, Sanità, Scuola, Istituzioni e portatori di interesse di settore.
In tale ottica appare estremamente importante intervenire sulla formazione dell'individuo-cittadino, da pedone a guidatore, attraverso il potenziamento delle *life skills* correlate al tema dell'incidentalità stradale, per incrementare la conoscenza e il rispetto delle regole, per creare un cultura della sicurezza in ambito stradale nelle giovani generazioni e ridurre così il fenomeno creando i presupposti educativi e formativi di una sicurezza individuale e collettiva.


ANALISI del CONTESTO
Incidentalità stradale nei giovani : progetto SicuraMENTE
Ambiente sociale: norme e leggi, Conoscenze e rispetto delle regole della strada, cultura della sicurezza stradale
Ambiente fisico
viabilità urbana ed extraurbana, percorsi casa-scuola, spazi urbani non attrezzati alla mobilità sostenibile, campi scuola, alta disponibilità mezzi di trasporto moto, auto, traffico
Base genetica
Disabilità
Risposta individuale (comportamento, biologia)
Età – sesso –percezione del rischio nei giovani Incontro con il limite individuale (rischio) rispetto del Codice della Strada applicazione dei sistemi di protezione
'Incidentalità stradale nei giovani
Assistenza sanitaria
Interventi educativi e formativi preventivi collaborazione interisettorialità
Interventi sanitari (PS, riabilitazione ,assistenza)
Salute e capacità
% individui che attuano scelte consapevoli
Controllo emozionale
Benessere –
Sicurezza individuale e sociale sulla strada
Prosperità
provenienza sociale e culturale
Possibilità di accesso alle cure da incidentalità stradale
Evans R G, 1990, modificato
Incidentalità stradale nei giovani



Il progetto **SicuraMENTE** si pone l'obiettivo di Promuovere l'educazione alla sicurezza stradale e diffondere la cultura della sicurezza negli studenti e nei docenti delle scuole di ogni ordine e grado del Friuli Venezia Giulia, a partire dalla scuola dell'Infanzia.

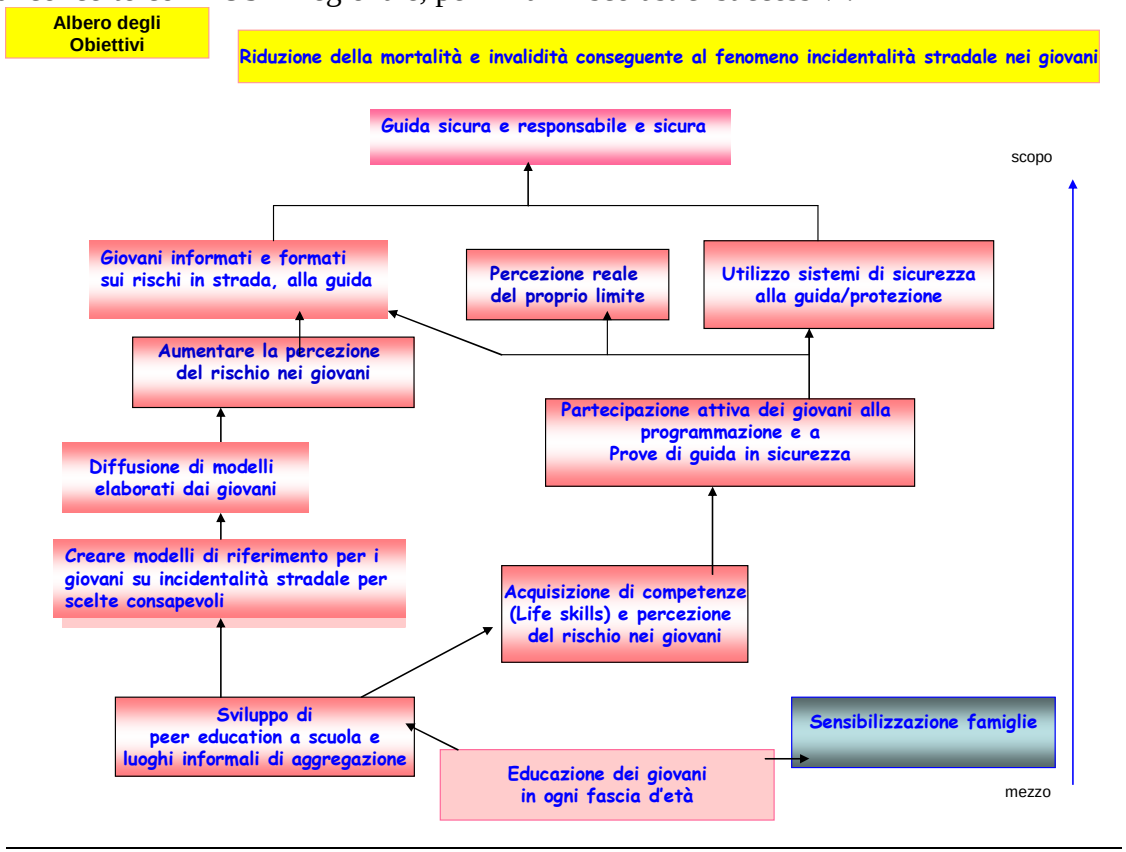
Si propone inoltre di indagare sugli atteggiamenti dei ragazzi nei confronti del significato che per loro riveste il "rischio" e il *sensation seeking* di comportamenti trasgressivi a livello stradale, negli adolescenti in particolare, con l'obiettivo di promuovere comportamenti responsabili strategie

comunicative adeguate atte a favorire la consapevolezza individuale sui fattori protettivi della salute (*life skills)*. Il progetto vuole contribuire alla riduzione del fenomeno dell'incidentalità stradale attraverso un'azione intersettoriale coordinata tra Direzioni regionali (Salute e Infrastrutture,Mobilità), FVG Strade e Scuola.

Il progetto ha una durata:triennale, con inizio previsto in settembre 2010 e termine previsto giugno 2013. Il progetto complessivo prevede un articolazione sui tre ordini di scuole, a partire dall'anno scolastico 2010-2011. In particolare:

1. Scuola dell'infanzia
2. Scuola del primo ciclo (primaria e secondaria di primo grado)
3. Scuola secondaria di secondo grado

In base ai risultati ottenuti dall'implementazioni delle azioni sotto indicate per a.s. 2010-2011, saranno valutate le modalità di estensione in altri contesti scolastici da individuare di concerto con l'USR Regionale, per i 2 anni scolastici successivi.



Modello logico

Il progetto SicuraMENTE si articola in una triennalità di interventi in ogni fascia scolastica, attraverso l'apporto multidisciplinare ed interistituzionale dei diversi portatori d'interesse.

I beneficiari sono gli studenti degli istituti scolastici della regione, dalla scuola dell'infanzia agli istituti superiori di secondo grado.

L'obiettivo è di diffondere la cultura della sicurezza stradale in ogni fascia di età attraverso la formazione e sensibilizzazione dei docenti, l'acquisizione di conoscenze ed attitudini nei giovani per la riduzione dei comportamenti a rischio, implementando il numero di scuole che trattano tali tematiche e producendo risultati documentabili ed esportabili come buone pratiche (*best practices*).

Un importante azione è caratterizzata da interventi attivi in situazione reale con simulazioni e prove pratiche di guida (conduzione di veicoli dall'uso della bicicletta, alla guida del motorino), con l'intervento dei portatori d'interesse e associazioni di categoria.

Quadro logico

Finalità progetto	**Logica dell'intervento**	**Indicatori verificabili obiettivamente**	**Fonti di verifica**	**Rischi e assunzioni**
Obiettivo generale	Riduzione della mortalità e invalidità conseguente al fenomeno incidentalità stradale nei giovani			**RISCHI** Sostenibilità nel tempo del progetto (3anni) Personale scolastico dedicato insufficiente
Obiettivo specifico	Riduzione n° incidenti stradali nei giovani (14-18 anni)	N incidenti annui che coinvolgono i giovani età 14-18 anni	Sistema di rilevazione Mitris	Formalizzazione di incarico a personale dedicato USR E Regione FVG (Atto d'intesa)
Risultati attesi	-Acquisizione conoscenza sicurezza stradale in ogni fascia di età - personale docente informato -Visibilità e diffusione dei risultati tramite sito web dedicato .	N°allievi/studenti informati e attivi nel progetto N° scuole aderenti formalmente al progetto Pubblicazione sul sito/ n° accessi al sito	USR dati/referenti scuole partecipanti Sito	**ASSUNZIONE** Coordinamento regionale di 2 docenti USR in distacco per la realizzazione progettuale nelle scuole
Attività (mezzi e costi per tutte 3 fasce di attività del progetto)				

Finalità progetto	**Logica dell'intervento**	**Indicatori verificabili obiettivamente**	**Fonti di verifica**	**Rischi e assunzioni**
Risultati attesi	**Scuole dell'infanzia:** Docenti formati Esperienza pratica di viabilità sicura Diffusione risultati raggiunti su sito web.			**RISCHI** Sostenibilità nel tempo del progetto (3anni) Personale scolastico dedicato insufficiente
Attività	**Scuole dell'infanzia:** Coinvolgimento istituti scolastici Incontri di formazione docenti in 1 comune mandamento Interventi A.S.S.e Polizia Municipale; Esercitazione pratica finale in un campo scuola del comune mandamento.Inserimento su sito web del progetto.			Formalizzazione di incarico a personale dedicato USR E Regione FVG (Atto d'intesa) **ASSUNZIONE** Coordinamento regionale di 2 docenti USR in distacco per la realizzazione progettuale nelle scuole

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Risultati attesi	**Scuola prim e second di 1° grado elementari e medie** Docenti formati Studenti formati Esperienza di viabilità sicura con i bambini Diffusione risultati su sito web dedicato			**RISCHI** Sostenibilità nel tempo del progetto (3anni) Personale scolastico dedicato insufficiente Formalizzazione di incarico a personale dedicato USR E Regione FVG (Atto d'intesa) **ASSUNZIONE** Coordinamento regionale di 2 docenti USR in distacco per la realizzazione progettuale nelle scuole
Attività	**Scuola prim e second di 1° grado elementari e medie** Docenti formati Coinvolgimento Ordine degli Psicologi FVG Consegna materiali. Ricaduta in classe (peer education), Esercitazione pratica in bicicletta Pubblicazione su sito			

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Risultati attesi	**Scuola Secondaria di 2°grado** -pacchetto formativo regionale -Incontri congiunti ASS, Polizia Urbana -Produzione degli studenti (video depliant locandine...)	-Pacchetto formativo ASS -N° scuole partecipanti al progetto -N° studenti partecipanti - presenza di elaborati	USR dati/referenti scuole partecipanti Sito Incontri a scuola	**RISCHI** Sostenibilità nel tempo del progetto (3anni) Personale scolastico dedicato insufficiente Formalizzazione di incarico a personale dedicato USR E Regione FVG (Atto d'intesa) **ASSUNZIONE** Coordinamento regionale di 2 docenti USR in distacco per la realizzazione progettuale nelle scuole
Attività	-predisposizione pacchetto formativo elaborato dalle ASS -presentazione negli istituti scolastici - realizzazione di un "Concorso d'idee" per una campagna informativa (classi II e IV) - Ricaduta in classe: (materiale comunicativo) - Valutazione materiale - /iniziativa finale, assegnazione premi; - inserimento nel sito ufficiale del progetto			

Piano di valutazione

Il piano di valutazione prevede una verifica della pertinenza, efficienza, efficacia, impatto, fattibilità del programma rispetto agli obiettivi prefissati. Verranno esaminati i risultati raggiunti rispetto ai quelli attesi mediante la verifica degli indicatori previsti nel quadro logico, e nel caso di mancato raggiungimento verranno definite modifiche al programma o azioni di miglioramento.

Si prevede una valutazione intermedia dei risultati raggiunti a fine 2011 e una valutazione conclusiva a fine 2012 da effettuare secondo il seguente schema

CRONOPROGRAMMA AL 31/12/2011- 31/12/2012								
Descrizione attività	**Data inizio prevista**	**Data fine prevista**	**Risultati attesi/indicatori**	**Eventuali vincoli o criticità**	**Data inizio effettiva**	**Data fine effettiva**	**valore rilevato del traguardo (*)**	**Note**
Predisposizione del progetto **SicuraMENTE**	01/01/2010	30/09/2010	Stesura progetto e definizione gruppo di coordinamento interistituzionale	Distacco 2 docenti USR per la realizzazione progettuale nelle scuole				
Scuole dell'infanzia: -Sensibilizzazione, degli istituti scolastici -Organizzazione di incontri con esperti dell' A.S.S.e della Polizia Municipale; -Esercitazione pratica in un campo scuola - Documentazione sito web	01/09/2010	30/06/2011	**Scuole dell'infanzia:** N° Docenti formati -Esperienza di viabilità sicura -Visibilità e diffusione dei risultati tramite sito web	Coinvolgimento dei partners				
Scuola prim e second di 1° grado elementari e medie -Momenti formativi per docenti – -Ricaduta in classe (peer education), -Esercitazione pratica -inserimento nel sito ufficiale del progetto.	01/09/2010	30.06.2011	-N°Docenti formati -N° Studenti formati -Esperienza di viabilità sicura -diffusione dei risultati (sito)	Coinvolgimento dei partners				
Scuola secondaria di secondo grado (10 istituti regionali) - elaborazione pacchetto formativo regionale - incontri A.S.S. e Polizia Stradale. - "Concorso d'idee" cl II e IV - Ricaduta in classe:. - Valutazione prodotti -assegnazione premi; -inserimento su sito	30/09/2011	-	- pacchetto formativo -N°Incontri -N° prodotti comunicativi	Coinvolgimento dei partners				

(*)percentuale di avanzamento dell'attività (0%, 25%, 50%, 75%, 100%)

Si programmano le medesime fasi del progetto SicuraMENTE, riportate nel presente cronoprogramma , anche per l'anno scolastico 2011-2012 e 2012-2013**.**
Alla data del 31.12 2012 il presente progetto sarà realizzato in almeno 2 comuni mandamento della regione con n° 4/6 Comprensivi scolastici (più scuole dell'infanzia e primarie) e in n° 20 istituti scolasti superiori**.**
Alla fine del 2013 si conta di raddoppiare il numero di scuole indicate.
La conclusione del progetto sarà caratterizzata da una iniziativa pubblica di comunicazione, con la collaborazione dei diversi partner di progetto (Regione, Ufficio Scolastico Regionale, FVG Strade).

2.1.2 Moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali.

Macroarea
2 PREVENZIONE UNIVERSALE

Linea di intervento generale
2.1 Prevenzione degli eventi Infortunistici in ambito stradale

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012
Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali

Titolo del Progetto
2.1.2 I Moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali.

Obiettivo specifico di salute
Riduzione della mortalità e disabilità conseguenti ad incidenti stradali, connessi in particolare alla guida sotto l'effetto di sostanze o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, nei giovani della fascia di età compresa tra i 15-29 anni.

Contenuti del progetto

Analisi di contesto
Gli incidenti stradali, in Italia, costituiscono la prima causa di morte per la popolazione d'età inferiore ai 40 anni e circa un terzo dei decessi riguarda i giovani di età compresa tra i 15- 29 anni. Diversi sono i **fattori che influenzano i comportamenti di guida,** esponendo i soggetti ad un rischio maggiore di incorrere in un incidente stradale; tra i fattori più importanti: la **percezione del rischio**.
Una corretta percezione dei possibili rischi, in cui si può incorrere guidando un veicolo, è una condizione essenziale alla base di comportamenti di guida prudenti.
Tuttavia alcune ricerche evidenziano come la percezione del rischio sia assente o distorta nei soggetti che hanno comportamenti di guida poco sicuri. Le ricerche prese in esame analizzano prevalentemente la fascia adolescenziale e giovanile e descrivono una condizione psicologica definita "senso di invulnerabilità" (Green e al., 2000) o "immunità personale" (Jack, 1989), condizione che induce l'adolescente a pensare/credere di essere immune da eventi negativi reali della vita. E'evidente che i soggetti che non si considerano potenzialmente a rischio non saranno motivati al cambiamento di comportamenti di guida insicuri e questo avrà forti implicazioni nella progettazione di interventi rivolti a questo target.
Un secondo fattore che influenza il comportamento di guida è l'**attitudine al rischio**.
L'attitudine al rischio è quel comportamento che spinge la persona a ricercare sensazioni forti che possono costituire una minaccia per la sua incolumità fisica e psicologica in continua sfida con i propri limiti. Il grado di attitudine al rischio è massimo nel periodo adolescenziale e tende a

ridursi con l'avanzare dell'età. Una considerazione importante riguarda la funzione svolta dal comportamento a rischio. Secondo alcune ricerche, (Bonino, "Il fascino del rischio negli adolescenti", 2005) i comportamenti a rischio non sono azioni prive di senso, espressioni di psicopatologia, cieca imitazione, o frutto di insufficiente conoscenza dei pericoli ma sono messi in atto per raggiungere scopi personalmente e socialmente significativi valutati dagli adolescenti come rilevanti, connessi al superamento dei compiti di sviluppo ed al raggiungimento degli obiettivi di crescita caratteristici dell'età all'interno di uno specifico contesto.

Il terzo fattore che influenza il comportamento di guida è **l'assunzione di alcol e/o sostanze psicoattive**.

Un nodo critico riguarda la convinzione che un'assunzione moderata di alcol non produca alcun danno (il 60% di ragazzi che frequentano gli istituti superiori - secondo l'indagine AMR 2003) e vi è anche un 5-8% che ritiene che l'assunzione di alcol (qualsiasi sia la quantità assunta) non sia affatto dannosa per la salute.

Le *evidenze scientifiche* relative ad **alcol e guida,** su cui tutti gli studi concordano, mostrano che: il rischio di incidenti aumenta, in modo esponenziale, con la concentrazione di alcol nel sangue (a partire da 50 mg di etanolo/100ml di sangue); a parità di alcol ingerito, il rischio aumenta al diminuire dell'età del conducente; il rischio aumenta tanto più rapidamente quanto minore è la frequenza di consumo abituale di sostanze alcoliche. Inoltre, è importante considerare che l'alcol può interagire con altre sostanze e quindi aumentare il rischio di chi assume contestualmente alcol e farmaci o sostanze stupefacenti. I giovani tendono ad utilizzare sempre più l'alcol per socializzare, in particolare nei luoghi di divertimento notturni e nei giorni festivi.

Vanno poi considerati i **fattori ambientali** tra cui in particolare: le politiche nazionali e regionali che si occupano di prevenire gli incidenti e di promuovere la sicurezza stradale; le leggi e normative che individuano limiti e regolano comportamenti di guida; le politiche di controllo (attuate dalle forze dell'ordine); i progetti e gli interventi, di tipo informativo ed educativo, a livello nazionale e locale.

Le **leggi e le normative**, sono da considerarsi importanti fattori, in quanto definendo un limite preciso o una regola di comportamento, inducono il conducente di veicoli ad una maggiore responsabilità nel comportamento di guida. Gran parte della letteratura sottolinea che le leggi non producono gli effetti desiderati se non sono accompagnate da una costante **politica di controlli**. Il controllo rafforza il potere della legge e "costringe" l'individuo a cambiare comportamenti scorretti. Il controllo e la punizione svolgono una funzione educativa in quanto segnalano come non accettabile socialmente un'infrazione al codice della strada. I **fattori normativi** riflettono peraltro i valori etici della persona, cioè determinano i livelli soggettivi entro cui un certo comportamento è lecito, ma riguardano anche l'influenza delle norme e delle leggi sul comportamento individuale. Le infrazioni al codice stradale, ad esempio, costituiscono una violazione di regole istituzionali e possono riflettere un atteggiamento generale di scarsa considerazione o di rifiuto della legge. D'altra parte, nella nostra società, le infrazioni al codice stradale (in particolare l'eccesso di velocità) costituiscono violazioni forse ancora "poco soggette" a controlli e sanzioni e sono in genere comportamenti abbastanza diffusi e accettati.

Infine gli interventi di vario tipo (informativo, comunicativo, educativo, ecc), che se ben progettati, possono modificare la "cultura" nel contesto in cui vengono attuati, e creare alleanze di lavoro e sinergie che facilitano la promozione di comportamenti salutari.

Sui comportamenti influiscono alcuni **fattori sociali** quali: l'influenza sociale esercitata dagli amici, dalla famiglia e dal gruppo dei pari; la cultura del contesto (ad esempio legata all'uso di alcol).

Le influenze sociali si modificano al variare dell'età del soggetto, della sua personalità e della sua capacità di autodeterminazione nonché del tipo di risposta che è in grado di elaborare verso stimoli esterni.

Lo stile di guida degli adolescenti è influenzato, oltre che dai genitori, anche dal gruppo dei pari. Gli adolescenti, soprattutto maschi, generalmente guidano in compagnia degli amici e in particolare durante le ore serali o notturne. Più nello specifico, frequentare amici che guidano in modo pericoloso, può elevare la probabilità di adottare uno stile di guida a rischio. Nell'ambito del comportamento di guida, il migliore amico può costituire un "fattore di rischio", sollecitando l'imitazione, il desiderio di mettersi in mostra e di superarsi a vicenda; d'altra parte, l'uso regolare dei dispositivi di sicurezza (casco e cinture), da parte del migliore amico, costituisce un buon predittore dello stesso comportamento messo in atto dall'adolescente

Prove di efficacia disponibili

Da un'analisi della letteratura sul tema "Prevenzione degli incidenti stradali" risulta che sono più efficaci le azioni integrate di prevenzione. Gli interventi devono prevedere azioni multilivello su più ambiti (educativo, formativo, informativo, organizzativo …), costruendo sin dalla fase di progettazione reti e alleanze tra tutti gli enti/attori attivi sul territorio (rappresentanti delle forze dell'ordine, associazioni di volontariato, di cittadini, di professionisti, operatori della sanità, della scuola, rappresentanti delle istituzione a livello centrale e locale ...). A livello preventivo sono azioni di provata efficacia il controllo della guida in stato di ebbrezza e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini). Si sono rivelati incisivi gli interventi che hanno coinvolto sia adulti sia coetanei. "Nel caso degli adulti si tratta di educatori, operatori socio-sanitari e figure professionali con diversa formazione, insegnanti, operatori di polizia municipale in veste di facilitatori e di conduttori di gruppi, formatori,gestori e operatori di locali pubblici, istruttori di scuola guida, in veste di modelli coerenti con i messaggi proposti o di facilitatori ; membri *di associazioni* attive nella comunità (sui temi trattati oppure che si rivolgono ai giovani o alle famiglie), per reclutare i partecipanti o come facilitatori. Nel caso dei coetanei, si tratta di *peer educator*, di pochi anni maggiori dei destinatari diretti, o di *peer leader* anche della stessa età, che i programmi di prevenzione coinvolgono nell'intervento quando esso si attua all'interno di un contesto educativo o di comunità. Vi sono inoltre evidenze che mostrano come l'efficacia dell'intervento sia maggiormente legata a particolari abilità e attitudini dei facilitatori/conduttori e alla loro formazione (precedente o contestuale all'intervento)".

Beneficiari

Target finale: giovani 15 – 29 anni, residenti nella provincia di Trieste

Target intermedio: i cosiddetti "*Moltiplicatori dell'azione preventiva*" (ossia quei soggetti che pur non avendo uno specifico ruolo nell'ambito della prevenzione, a vario titolo entrano in contatto con i destinatari finali assumendo un ruolo importante nel promuovere il cambiamento) che operano sia in contesti educativo-formativi (es. insegnanti, Forze dell'Ordine etc) sia in contesti del divertimento (es. gestori e personale dei locali di aggregazione giovanile, volontari del soccorso, organizzatori eventi locali, peer educator etc).

Attori e portatori di interesse

Operatori sanitari dell'Azienda per i Servizi Sanitari Triestina (Dipartimento di Prevenzione, Referenti per la Promozione della Salute, Referenti Epidemiologia, Medicina legale, Dipartimento delle Dipendenze etc); Reti Locali e agenzie del terzo settore presenti sul territorio; EE.LL. (Comuni e Province); Associazioni di categoria (gestori di locali pubblici etc); Forze dell'Ordine (Polizia Locale, Polizia Stradale, Carabinieri); Agenzie di comunicazione.

Il progetto prevede il coinvolgimento delle diverse categorie di "*Moltiplicatori dell'azione preventiva*" e l'avvio di azioni coerenti in due contesti individuati: il "contesto dei luoghi del divertimento", inizialmente coinvolgerà il territorio della provincia di Trieste come modello sperimentale per poi, valutati i risultati raggiunti e le eventuali criticità emerse, potrà essere esteso ad altre realtà regionali.

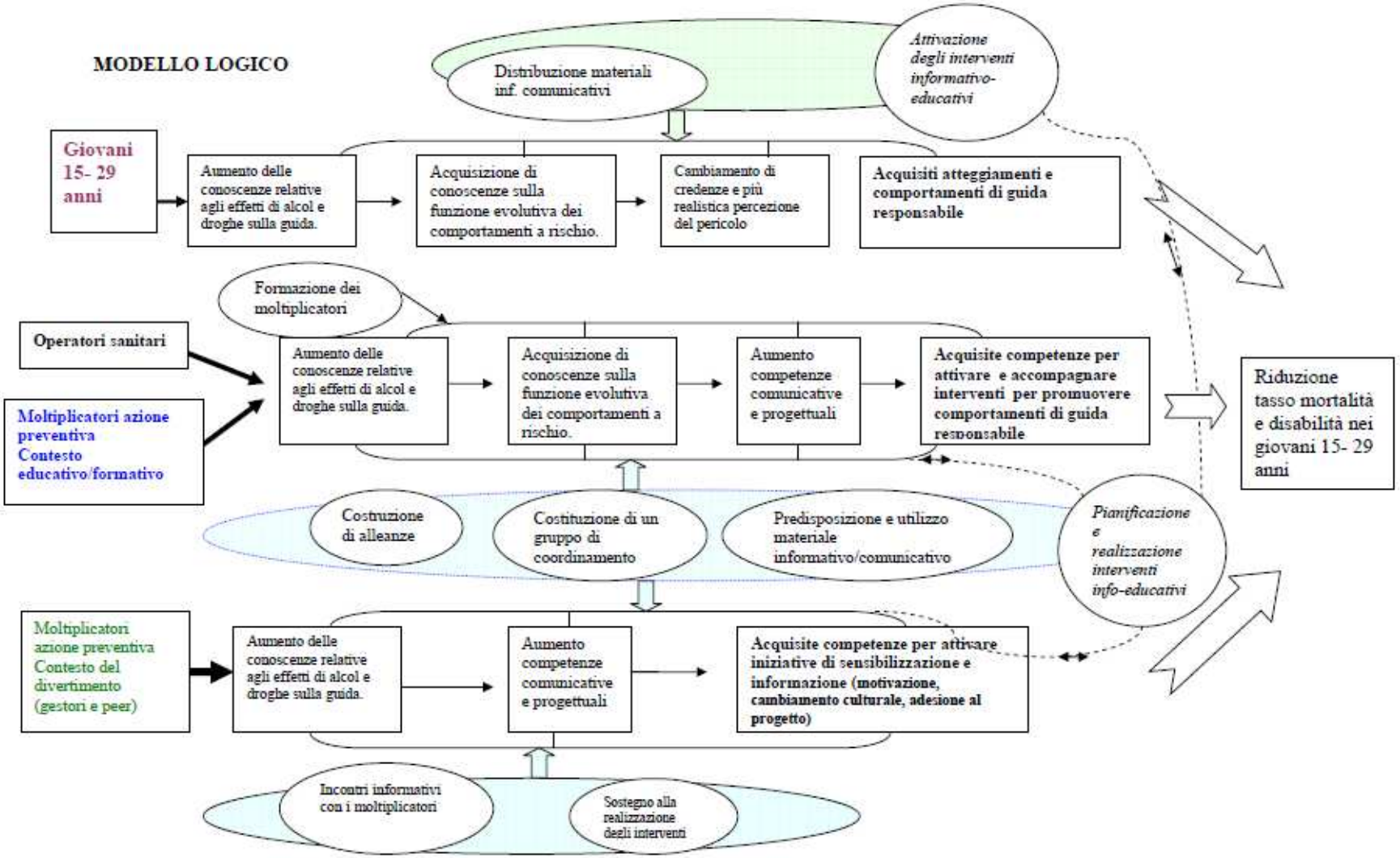
Le fasi del progetto pertanto sono le seguenti:

fase 1: Individuazione e formazione degli operatori sanitari che si costituiscono come "gruppi locali tematici".

fase 2: Creazione e mantenimento di collaborazioni con enti del territorio coinvolti e interessati al tema degli incidenti stradali.

fase 3: Individuazione e formazione dei "moltiplicatori dell'azione preventiva" a cura degli operatori sanitari (formati nella fase 1).

fase 4: Pianificazione e attivazione di interventi di prevenzione degli incidenti stradali nei “contesti del divertimento” e in “contesti educativo/formativi” a cura degli operatori sanitari e dei moltiplicatori dell’azione preventiva individuati localmente (formati nella fase 1 e 3).
fase 5: Valutazione della formazione e degli interventi.



Quadro logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione della mortalità e disabilità conseguenti ad incidenti stradali, connessi in particolare alla guida sotto l'effetto di sostanze o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, nei giovani della fascia di età compresa tra i 15-29 anni.			
Obiettivo specifico n. 1	Far acquisire/ aumentare nei "moltiplicatori" competenze utili per pianificare e realizzare interventi informativo-formativo-educativi in contesti aggregativi/del divertimento e in contesti educativi/formativi *(attraverso la formazione).*	N. e tipologia di moltiplicatori formati. N. corsi rivolti ai moltiplicatori effettuati. N. di interventi pianificati.% di risposte corrette post formazione.	Fogli di presenza dei corsi. Verbali di incontri organizzativi (per la preparazione dei corsi). Diari di bordo dei corsi (valutazione processo). Documenti progettuali relativi agli interventi. Questionari post apprendimento.	Scarsa collaborazione degli enti coinvolti, difficoltà di coinvolgimento dei "moltiplicatori".
Obiettivo specifico n. 2	Far acquisire / aumentare nei giovani 15 – 29 anni conoscenze e competenze per una guida responsabile *(attraverso la realizzazione di interventi informativo–formativo- educativi in contesti aggregativi/del divertimento e in contesti educativi/formativi).*	N. di giovani raggiunti dai moltiplicatori in entrambi i contesti (del divertimento e educativo/formativo). N. di interventi attivati dai moltiplicatori. N. di giovani che dichiarano di aver modificato i propri comportamenti o atteggiamenti o credenze comportamenti corretti / n. di giovani raggiunti dagli interventi, nei due contesti.	Schede di rilevazione o registri di presenza. Documenti relativi agli interventi. Indagini qualitative (es. focus group).	Per il contesto educativo difficoltà a reperire gruppi di adolescenti numerosi
Risultato atteso 1 per obiettivo 1	Aumento nei "moltiplicatori" di competenze utili per pianificare interventi informativo-educativi nei due contesti indicati, rivolti ai giovani 15 – 29 anni.	N. di interventi pianificati nei due contesti. N. di moltiplicatori che hanno pianificato interventi/ N. moltiplicatori formati. % di risposte corrette post formazione.	Report degli interventi. Accordi/protocolli con (associazioni gestori dei locali, etc). Questionari post apprendimento.	Mancanza di finanziamento preposto al mantenimento dell'attività progettuale e degli interventi stessi. Mancanza collaborazione degli stakeholders (associazioni gestori dei locali, etc).

Risultato atteso 1 per obiettivo 2	Aumento di conoscenze e della consapevolezza nei giovani 15 – 29 anni a seguito degli interventi informativo-formativo-educativi attuati nei contesti del divertimento e nei contesti educativo/formativi.	N. di ragazzi nei quali aumenta la consapevolezza rispetto allo stato di ebbrezza. % di risposte corrette fornite al post test (relative all'aumento di conoscenze).	Colloquio (counseling); Etilometro, etilotest, simulatore di guida, riflesso metro etc. Questionari post apprendimento.	
Risultato atteso 2 per obiettivo 2	Aumento delle competenze di "guida responsabile" nei giovani 15 – 29 anni (modifiche attitudinali e comportamentali).	N. di giovani che dichiarano di aver modificato i propri comportamenti o atteggiamenti o credenze comportamenti corretti / n. di giovani raggiunti dagli interventi, nei due contesti.	Indagini qualitative (es. focus group).	
Attività		**MEZZI**	**COSTI**	
Attività 1 per obiettivo 1	Costruzione e mantenimento di alleanze con partner locali.	Operatori sanitari materiali didattici .	I costi sono inclusi nel finanziamento alle aziende e nelle spese sovraziendali	-scarso/a interesse/adesione da parte delle persone contattate. -mancanza di fondi, -difficoltà di raccordo con i vari stakeholder.
Attività 2 per obiettivo 1	Individuazione e formazione degli operatori sanitari.			
Attività 3 per obiettivo 1	Individuazione e formazione dei moltiplicatori a livello locale.			
Attività 4 per obiettivo 1	Pianificazione interventi nei contesti del divertimento e educativo/formativi a cura dei moltiplicatori (insieme agli operatori sanitari).			
Attività 1 per obiettivo 2	Individuazione riferimenti ed enti per l'attivazione degli interventi (destinatari e partner).			
Attività 2 per obiettivo 2	Realizzazione interventi nei contesti formativo-educativo e del divertimento, a cura dei moltiplicatori.			
Attività 3 per obiettivo 2	Valutazione interventi.			

Piano di valutazione

Il piano di valutazione prevede una verifica della pertinenza, efficienza, efficacia, impatto, fattibilità del programma rispetto agli obiettivi prefissati. Verranno esaminati i risultati raggiunti rispetto ai quelli attesi mediante la verifica degli indicatori previsti nel quadro logico, e nel caso di mancato raggiungimento verranno definite modifiche al programma o azioni di miglioramento.

Si prevede una valutazione intermedia dei risultati raggiunti a fine 2011 e una valutazione conclusiva a fine 2012 da effettuare secondo il seguente schema

CRONOPROGRAMMA								
Descrizione attività	**Data inizio prevista**	**Data fine prevista**	**Indicatori dei Risultati attesi**	**Eventuali vincoli o criticità**	**Data inizio effettiva**	**Data fine effettiva**	**valore rilevato del traguardo (*)**	**Note**
Costituzione di un gruppo di regia misto(aziendale e moltiplicatori di interesse) con coinvolgimento di varie realtà e agenzie del territorio *(creazione alleanze).*	01/01/2011	31/07/2011	Atti formali: accordi istituzionali/ protocolli di adesione.					
Attivazione percorsi di formazione per operatori sanitari (raccordo con i progetti CCM "Scegliere la strada della sicurezza" e "Insieme per la sicurezza").	01/01/2011	01/01/2012	1 edizione corso di formazione per operatori sanitari.					
Individuazione e reclutamento moltiplicatori dei contesti educativi/formativi e del divertimento	01/01/2011	01/01/2012	50 moltiplicatori individuati per 1° edizione progetto					
N. dei corsi di formazione attivati per i moltiplicatori.	01/01/2011	01/01/2012	4 corsi attivati per moltiplicatori					
Incremento delle conoscenze e competenze dei nuovi moltiplicatori derivanti dai corsi di formazione (% di risposte corrette post formazione).	01/01/2011	01/01/2012	Miglioramento delle conoscenze del 20 -30 %					
Realizzazione da parte dei moltiplicatori formati di interventi nei contesti educativi/formativi e nei contesti del divertimento.	01/01/2011	01/01/2012	N. 10 interventi attivati dai moltiplicatori nei contesti educativi/ formativi e/o nei contesti del divertimento					
Incremento delle conoscenze nei giovani.	01/01/2011	01/01/2012	70% di risposte corrette al questionario post.					
Incremento delle competenze nei giovani.	01/01/2011	01/01/2012	50-60% dichiari di aver aumentato competenze psico-sociali					

(*)percentuale di avanzamento dell'attività (0%, 25%, 50%, 75%, 100%)

2.2.1 Salute e sicurezza nelle aree a maggior rischio(edilizia). 2.2.2 Salute e sicurezza nei cantieri edili

Macroarea

2 PREVENZIONE UNIVERSALE

Linea di intervento generale

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

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012

Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio Monitoraggio

Titolo del programma/progetto

2.2.1 Salute e sicurezza nelle aree a maggior rischio (edilizia).

2.2.2 Salute e sicurezza nei cantieri edili

Obiettivo specifico di salute

2.2.1 Fornire strumenti utili a ridurre gli indici di eventi infortunistici attraverso la definizione ed attuazione di programmi di informazione, assistenza, formazione e prevenzione focalizzati su aree a maggior rischio infortunistico (edilizia)

2.2.2. Garantire un'azione di prevenzione che si traduca in una riduzione dei tassi di infortunio attraverso l'attuazione di programmi di monitoraggio e vigilanza nei cantieri edili come da piano nazionale edilizia

Contenuti del progetto

***Beneficiari e attori*:**

Il target è mantenere nelle attività dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) un'attività di vigilanza in di 1237 cantieri edili. A questa attività sarà affiancata dal 2011 da azioni di monitoraggio cantieri per un numero pari al 20% dei cantieri annualmente notificati. In questa fase il criterio di distribuzione dei cantieri edili a livelli regionale tra i singoli Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPSAL) rimane immutato sino a nuova valutazione dei criteri di livello nazionale.

Nelle azioni di vigilanza continuerà il rapporto a livello provinciale per un'azione congiunta tra le Direzioni Provinciali del Lavoro (DPL), INPS, INAIL e SPSAL.

Analisi di contesto

Il contesto in cui realizzare un intervento di promozione della cultura della sicurezza atto a ridurre il trend infortunistico nel settore delle costruzioni appare di difficile analisi per diversi ordini di fattori. Questi possono essere raggruppati come proposto nello schema allegato.
Già negli anni precedenti in Regione FVG sono stati analizzati i dati del trend infortunistico in questo comparto (rif. Atlanti regionali sugli infortuni sul lavoro reperibili al sito internet seguendo il percorso "tutela della salute dei lavoratori" e poi "dati sugli infortuni sul lavoro"). Solo un dato rappresentativo il reparto costruzioni nel 2006 era dato da 15.147 posizioni assicurative territoriali (PAT) pari al 47,4% delle gestioni INAIL escluso i Servizi e comunque il comparto con più PAT. Di queste PAT ben 8765 (57,9%) erano costituite da 1 solo artigiano (lavoratore autonomo) indice questo di una diffusa parcellizzazione del lavoro e solo 260 PAT pari al 1,7% possiedono oltre 15 dipendenti.
Il comparto delle costruzioni presenta nella nostra Regione un indice di frequenza infortunistica estremamente elevato, seppure in costante calo nel periodo 2001-2006, anche grazie alle azioni svolte con il primo piano regionale della prevenzione, rimane secondo al solo comparto della metalmeccanica ma con un indice di gravità maggiore che rimane pressoché costante con l'eccezione del 2004 .
Inoltre nel comparto delle costruzioni vi è una forte presenza di lavoratori non nati in Italia interessati da un'elevata percentuale di eventi infortunistici (2002: 19,9% – 2007: 31,3%.
Infine questo è il comparto in cui i compiti di assistenza / monitoraggio / vigilanza sono affidati a diversi di Enti che trovano in a realizzare interventi congiunti e coordinati.
Albero dei problemi e albero degli obiettivi sono allegati (Tav. 2 e Tav. 3). L'Area su cui si concentrerà maggiormente l'intervento è quello evidenziata in grigio.

Modello logico
Attraverso azioni di monitoraggio e di coordinamento con gli altri enti chiamati a svolgere interventi a tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro delle azioni di vigilanza e di momenti di formazione si raggiungerà un risultato misurabile come riduzione degli eventi infortunistici nel comparto edile (tav,. 4)

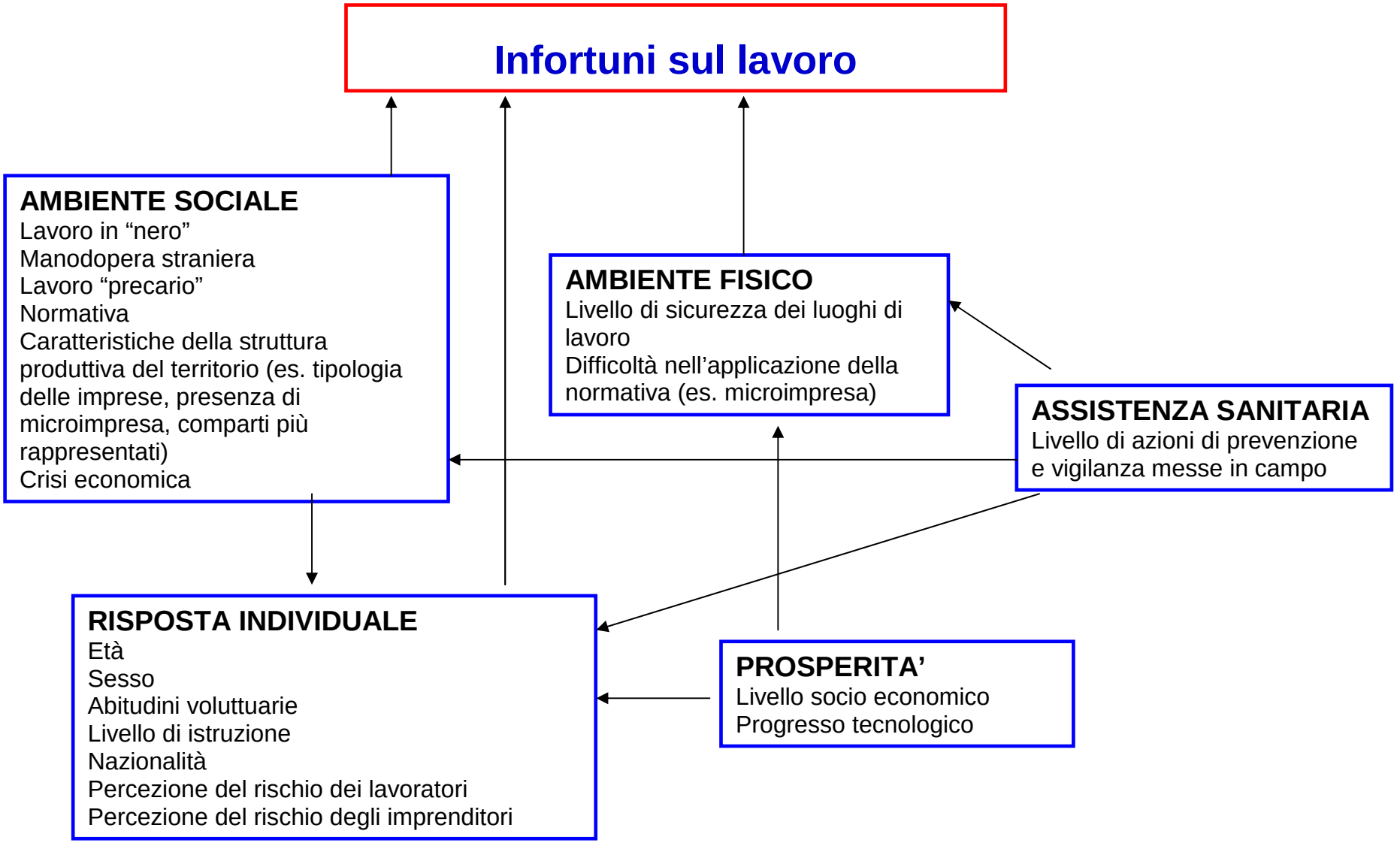
Quadro logico
Il progetto viene realizzato al fine di aumentare la cultura della prevenzione e sicurezza nei cantieri edili realizzando interventi di assistenza, formazione, monitoraggio e vigilanza allo scopo di ridurre il trend infortunistico e le situazioni che richiedano il ricorso a misure sanzionatorie.
L'attività si realizza in diverse fasi (Tav. 5):
- misura degli indici di frequenza e gravità degli infortuni occorsi nel comparto delle costruzioni e a verifica delle modalità di accadimento attraverso lo studio dei dati forniti dai flussi informativi INAIL – ISPESL – Regioni di cui all'accordo del luglio 2002. Il risultato atteso è la stesura di un atlante regionale degli eventi occorsi in questo comparto;
- analisi delle azioni messe in atto e dell'andamento del fenomeno infortunistico studiato attraverso le dinamiche di accadimento più frequenti con proposta di momenti formativi e di diffusione si corrette pratiche e procedure di lavoro condivise con le associazioni datoriali e i rappresentanti per la sicurezza dei lavoratori (RLS), Responsabile dei Servizi di prevenzione e protezione (RSPP), coordinatori. In questo caso l'efficacia dell'intervento sarà misurata con la riduzione delle sanzioni conseguenti ad azioni di vigilanza ed al riscontro di mancata adesione alle indicazioni fornite nei processi formativi.

Per le realizzazione di quanto sopra è necessario il coinvolgimento coordinato di tutti gli enti aventi ruolo nella materia (DPL, INAIL, INPS e SPSAL).
Rischi possono derivare dalla riduzione del personale operante nei singoli servizi o, per la parte formativa, nelle difficoltà ad accedere ai finanziamenti per la formazione previsti dall'art. 13 c.6 del DLgs. 81/08.

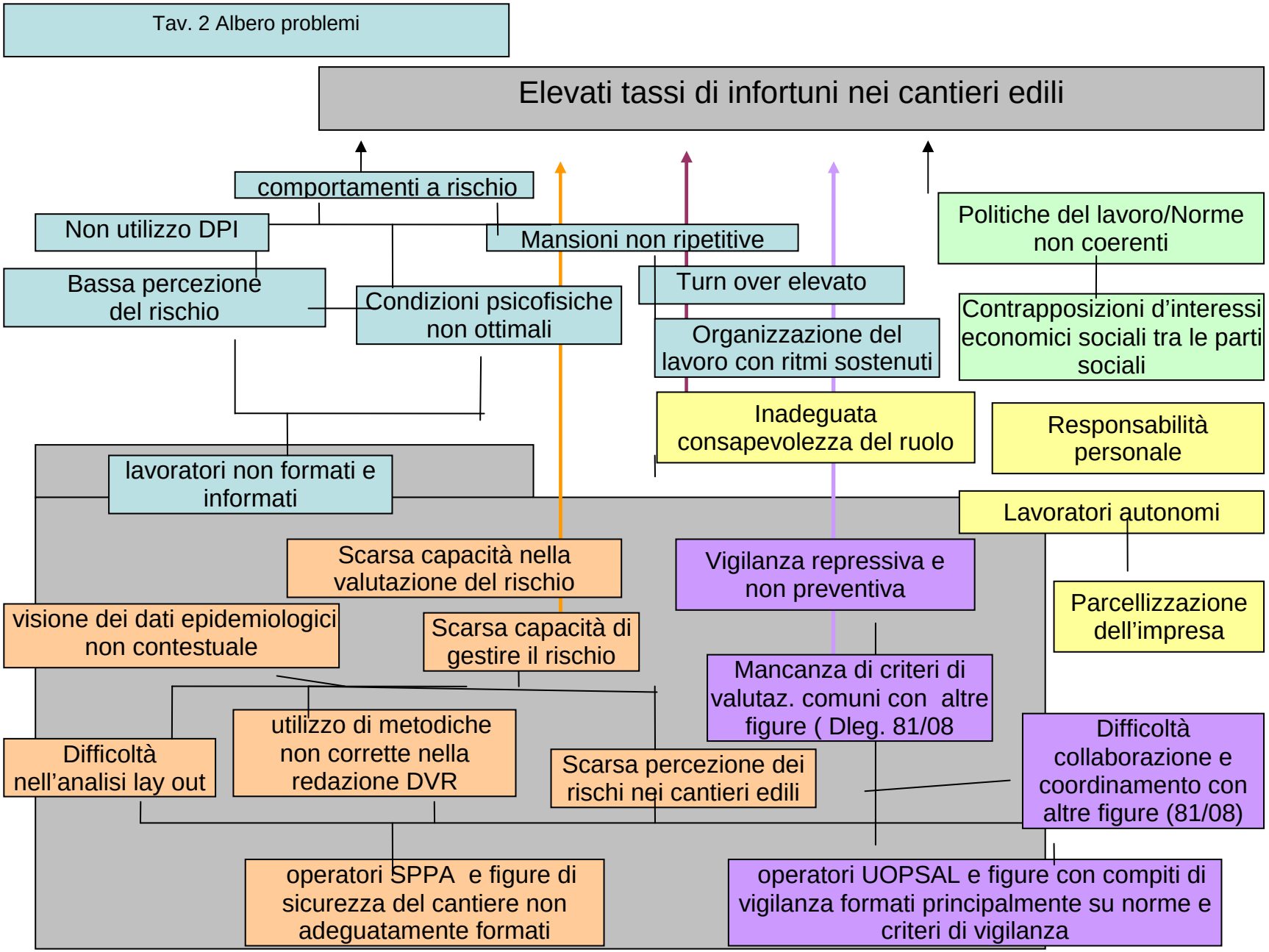
Piano di valutazione
Gli obiettivi che verranno misurati sono quelli relativi a:
- monitoraggio: percentuale di cantieri edili monitorati rispetto alle notifiche pervenute in ciascun SPSAL, dato atteso pari al 20%;
- azioni di vigilanza su un numero di cantieri di 1237 a livello regionale suddivisi tra singoli SPSAL.

Saranno misurati gli indici sanzionatori intesi come sanzioni emesse in rapporto alle ditte verificate dai SPSAL
E' prevista la realizzazione di momenti formativi.
Il percorso di valutazione prevede report semestrali per tutto il periodo in cui si realizzerà il piano regionale della prevenzione.

Tav. 1. ANALISI DI CONTESTO

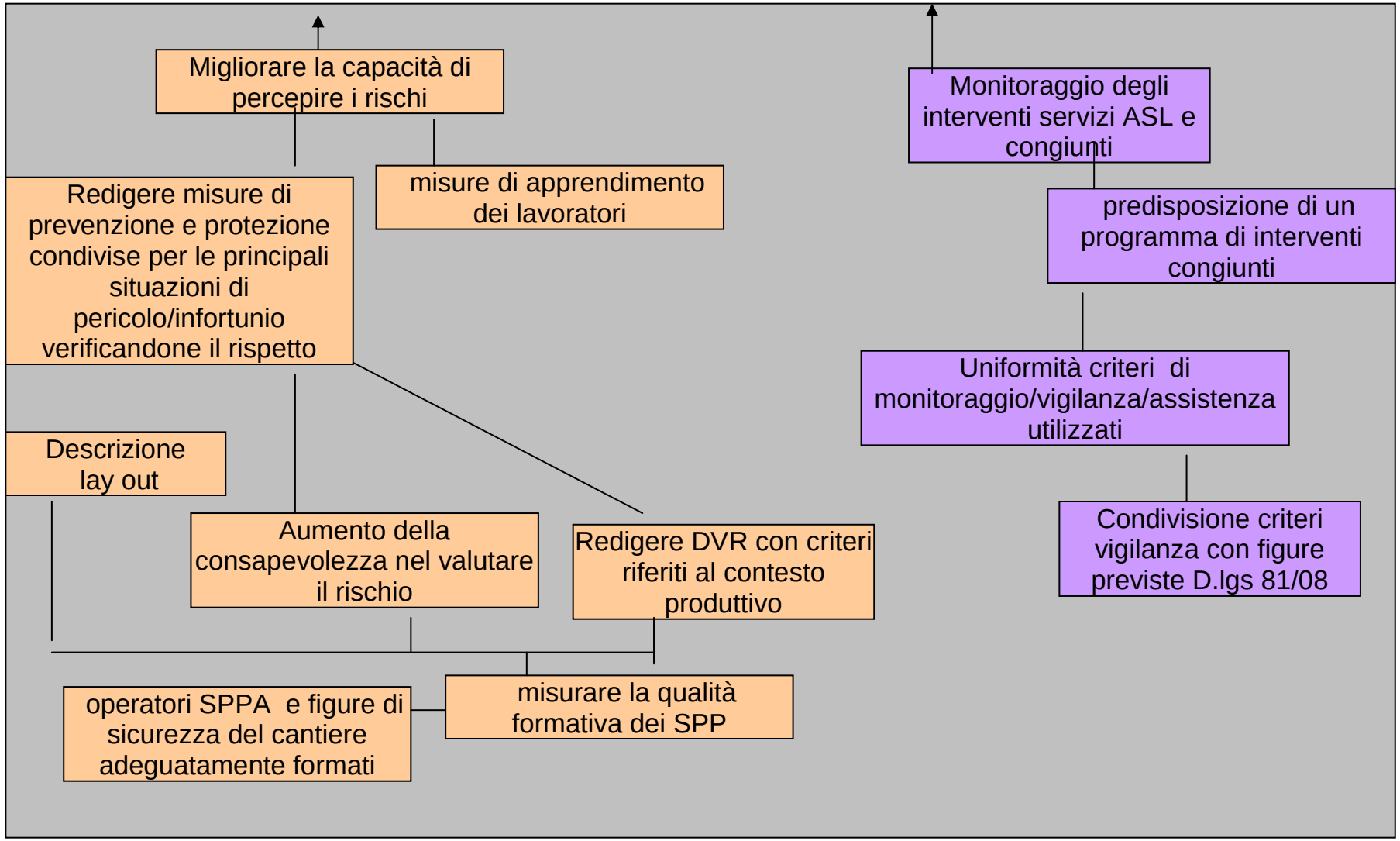


Tav. 2 Albero problemi

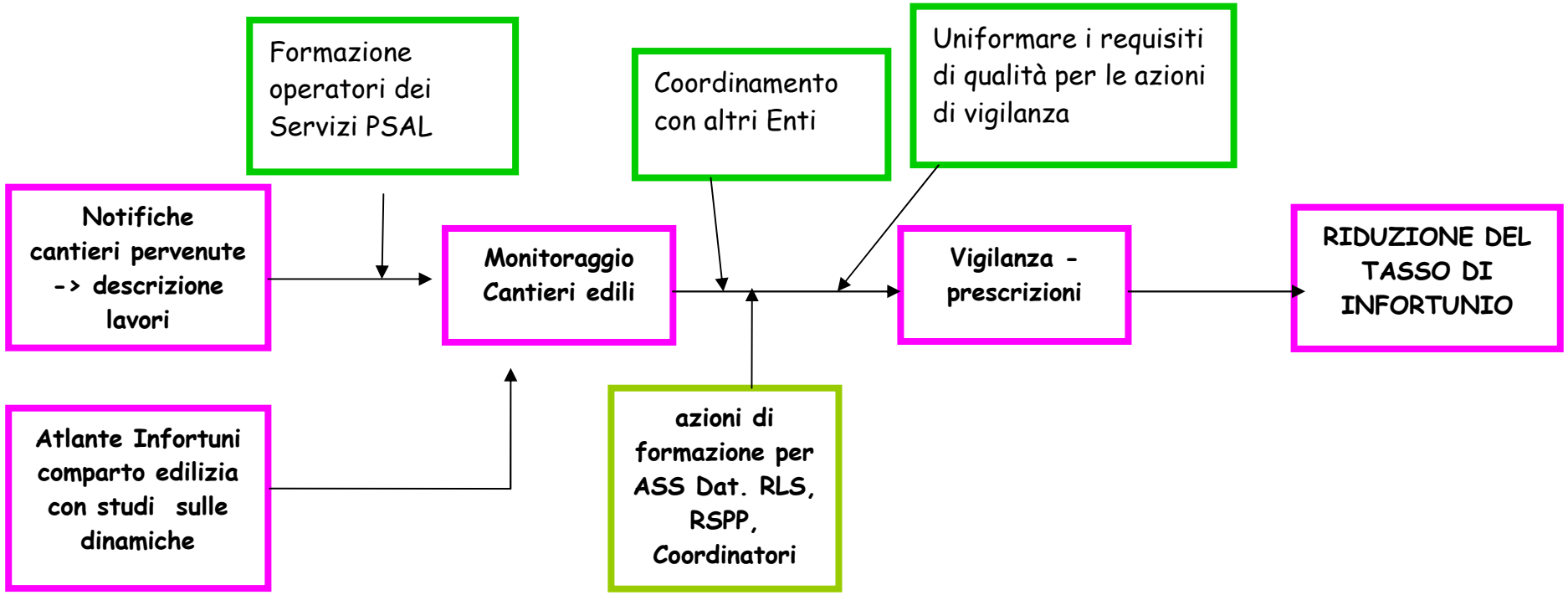


Tav. 3
Albero obiettivi

Riduzione infortunistici in ambito del comparto delle costruzioni (incidenza e gravità) sulle modalità di accadimento oggetto intervento



Tav.4. MODELLO LOGICO



Tav. 5 Quadro Logico

Finalità progetto	**Logica Intervento**	**Indicatori oggettivamente verificabili**	**Fonti di verifica**	**Condizioni**
Obiettivi generali	Riduzione tassi infortunistici nei cantieri edili	Tassi di incidenza gravità infortuni per comparti scelti	Flussi informativi INAIL – ISPESL – Regioni	Disponibilità atlante regionale degli infortuni con analisi epidemiologica del dato che tenga conto di tutti gli elementi possibili citati nell'analisi del contesto
Obiettivi specifici	Ridurre la necessità che l'intervento di vigilanza richieda l'assunzione di misure sanzionatorie	Sanzioni per mancata / incompleta / non corretta valutazione del rischio o mancata formazione	Dati attività SOCPSAL	
Risultati attesi	1 Aumento del supporto formativo messo in campo dalle SOCPSAL nei confronti degli RSPP / ASPP - coordinatori	Ore di formazione svolte Materiale didattico Verifica apprendimento mediante test pre – post corso	Registro corsi Materiale presentato negli interventi formativi da ricondurre a "linee guida" da presentare al Comitato art. 7	Gli intereventi debbono realizzarsi sulla base della carenze osservate.
Risultati attesi	2 Aumento del supporto formativo messo in campo dalle SOCPSAL nei confronti degli RLS/RLST e lavoratori	Ore di formazione svolte Materiale didattico Verifica apprendimento mediante test pre – post corso	Registro corsi Materiale presentato negli interventi formativi da ricondurre a "linee guida" da presentare al Comitato art. 7	Gli intereventi debbono realizzarsi sulla base della carenze osservate.
Risultati attesi	3 Il mantenimento nel tempo del numero di ditte o cantieri sottoposti a vigilanza	Mantenimento del numero di cantieri / aziende oggetto di vigilanza	Dati attività SOCPSAL	Collaborazione con altri Enti come da decisioni in sede di Ufficio operativo
Risultati attesi	4 Presenza di dati aggiornati relativamente agli eventi infortunistici nel comparto edile	Presenza del registro e di report periodici di tali eventi		Supporto dell'area epidemiologica regionale

Attività	1. Formazione operatori SOCPSAL e RSPP / ASPP RLS e RLST 2. Stesura “linee guide” 3. Sopralluoghi nei cantieri edili 4. Stesura del registro regionale degli eventi infortunistici nel comparto edile	N. di personale delle singole SOCPSAL pari a quanto previsto in termini massimi nei diversi budget tra 2000-2009. Dichiarazione singola ASS di capacità a gestire l’obiettivo	Spese utilizzo delle risorse introitate con le sanzioni di cui al D.Lgs. 81/08 per la realizzazione del piano (art. 13 c.6 D.Lgs. 81/08). Utilizzo e distribuzione di queste risorse su base regionale. Funzionamento programma informatico attività SPSAL	

CRONOPROGRAMMA								
Descrizione attività	**Data inizio prevista**	**Data fine prevista**	**Risultati attesi**	**Eventuali vincoli o criticità**	**Data inizio effettiva**	**Data fine effettiva**	**valore rilevato del traguardo (*)**	**Note**
Monitoraggio annuale cantieri edili	01/01/2011	31/12/2012	Monitoraggio cantieri edili annualmente pari al 20% delle notifiche pervenute per ciascuna SPSAL.					
Vigilanza cantieri edili	01/01/2011	31/12/2012	Vigilanza di 1237 cantieri edili per ciascun anno					
Riunioni almeno semstreali	01/01/2011	31/12/2012	Report (verbali riunioni) redatti dal gruppo regionale edilizia e dai responsabili SPSAL con partecipazione di almeno un operatore per SPSAL. Il report esami onera anche l’indice sanzionatorio inteso come sanzioni emesse in rapporto a cantieri sottoposti a vigilanza	Tot. Almeno 4 report (verbali)				

2.2.3 Partecipazione allo studio ISPESL – Regioni denominato MALPROF

Macroarea

2 PREVENZIONE UNIVERSALE

Linea di intervento generale

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

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012

Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali

Titolo del programma/progetto

2.2.3 Partecipazione allo studio ISPESL – Regioni denominato MALPROF

Obiettivo specifico di salute

Prevenire le patologie professionali emergenti attraverso la definizione e attuazione di programmi di informazione, assistenza, formazione e prevenzione

Contenuti del progetto

***Beneficiari e attori*:**

Il progetto MALPROF si pone come obiettivo primario l'attivazione sul territorio nazionale di un sistema di registrazione, secondo criteri e procedure omogenee, delle patologie correlate al lavoro segnalate ai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) delle ASL. Le ricadute in termini d'informazione svolge un ruolo d'indirizzo per tutti coloro che svolgono attività di prevenzione nei luoghi di lavoro sia a livello locale che a livello nazionale. L'iniziativa, già attiva in Friuli Venezia Giulia dal 2010 vede coinvolti ISPESL – INAIL e Regioni attraverso gli operatori SPSAL. Tra gli operatori degli SPSAL regionali è stato individuato un referente regionale .Con il 2010 (casi denunciati al 1.1.2010 gli operatori dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) delle Aziende per i Servizi Sanitari (ASS) della Regione Friuli Venezia Giulia (FVG) hanno implementato lo studio inserendo i soli casi di malattie indagate e refertate ai servizi in data successiva al 1.1.2010 (sono stati inseriti 300 casi).

Analisi di contesto

Lo studio è diventato operativo nel 2010 e vede la partecipazione degli operatori dei SPSAL. I dati di attività di indagine svolta nei precedenti anni in Regione Friuli Venezia Giulia sottolineano un dato numericamente importante con oltre 1000 casi indagati all'anno. Questo dato risulta vicino ad un numero di casi indagati par i al 100% dei cadi denunciati all'istituto assicuratore (INAIL). Non vi è riscontro di analogo dato a livello nazionale (vedi

figura). Per questo motivo si pensa di riportare nello studio un numero di casi pari al 50% condividendo, in un documento scritto, i criteri di inclusione degli stessi a livello regionale.
Le ricadute positive sono l'introduzione del dato regionale nella stesura di un atlante nazionale che permetta di ricostruire le attività lavorative e le modalità di esposizione nonché altri aspetti di carattere extraprofessionale che possono aver agito da momento etiopatogenetico nell'insorgenza della malattia.

Modello logico

Il progetto MALPROF si pone come obiettivo primario l'attivazione sul territorio nazionale di un sistema di registrazione, secondo criteri e procedure omogenee, delle patologie correlate al lavoro segnalate ai Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro delle ASL. Il sistema MALPROF si inserisce tra i sistemi di sorveglianza epidemiologica e di ricerca delle malattie professionali e segue pertanto la logica di favorire il più possibile l'emersione delle cosiddette malattie professionali "perdute" registrando tutte le patologie segnalate come "correlate al lavoro", senza effettuare alcun tipo di filtro a priori sulle segnalazioni pervenute o acquisite e applicando criteri di attribuzione del nesso di causa tra esposizione professionale e malattia meno restrittivi rispetto a quelli seguiti dall'INAIL o dall'Autorità Giudiziaria. Al fine di definire un quadro rappresentativo delle malattie professionali, si deve migliorare l'integrazione delle notizie disponibili provenienti dagli archivi assicurativi e dai registri di patologia.
Una corretta e tempestiva valutazione del fenomeno, supportata anche da strategie di ricerca attiva, può indirizzare interventi più appropriati per la tutela della salute nei luoghi di lavoro.
Lo studio è già in essere e verrà continuato anche nei prossimi anni di vigenza del piano regionale della prevenzione. Si riporta la sequenza logica dell'interventi non analizzata con il modello di cui al PCM.
Il gruppo degli operatori degli SPSAL e il referente regionale dovranno prioritariamente condividere i criteri di scelta dei casi di malattia professionale da inserire sul programma.
Gli operatori quindi sono chiamati a svolgere le indagini sulle malattie professionali, attraverso lo studio sulle cause etiopatogenetiche ed in rapporto all'attività professionale del lavoratore su tutte le segnalazioni pervenute. Al termine dell'indagine l'operatore implementa il dato sul programma ISPESL denominato MALPROF formulando un giudizio complessivo sulla qualità dei dati disponibili ed attribuendo il nesso di causa fra la patologia e l'esposizione al rischio lavorativo. Quest'ultimo può essere espresso secondo quattro modalità: altamente probabile, probabile, improbabile o altamente improbabile (per la definizione di queste modalità si rimanda alla pubblicazione ISPESL). Periodicamente gli operatori SPSAL incaricati si riuniranno con il Referente regionale per gli approfondimenti e la discussione sui casi più complessi. Periodici incontri tra i referenti regionali svolti presso la sede ISPESL di Roma permettono di affrontare le problematiche che devono essere portate al livello nazionale nella gestione del Progetto.
Attraverso questi passaggi si implementerà la banca dati presso l'ISPESL-INAIL dalla quale si ricaveranno le informazioni necessarie per costruire, per quanto possibile, un sistema di corrette misure di prevenzione e protezione atte a tutelare la salute e la sicurezza negli ambienti di lavoro. Tale misure di carattere generale sono trasmesse alle associazioni di categoria e dei lavoratori nei momenti di assistenza, informazione e/o formazione che ciascun SPSAL è chiamato a tenere.

Quadro logico

Il progetto MALPROF mira a costruire un sistema di sorveglianza delle malattie professionali che evidenzi tempestivamente i rischi lavorativi al fine

di attivare efficaci interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro. Anche a seguito del recente riassetto delle norme in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, il Sistema MALPROF costituisce uno degli strumenti operativi che concorrono alla costruzione del Sistema informativo nazionale integrato per la prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro (SINP), con riflessi positivi per le possibilità di studio e monitoraggio degli eventi dannosi nei luoghi di lavoro.
Il coordinamento dei responsabili degli SPSAL in accordo con le Direzioni aziendali e la Direzione centrale della salute e delle politiche sociali area della prevenzione adotteranno le scelte necessarie per meglio integrare le notizie disponibili, tanto degli archivi assicurativi che dei registri di patologia.
Una corretta e tempestiva valutazione del fenomeno, supportata anche da strategie di ricerca attiva, può indirizzare interventi più appropriati per la tutela della salute nei luoghi di lavoro.
Verranno monitorate le malattie professionali segnalate ai servizi e quelle introdotte nel sistema con cadenza quadrimestrale.
Con cadenza quadrimestrale verranno prodotti dei report per il monitoraggio delle segnalazioni pervenute e di quelle inserite nel sistema. Con periodicità almeno quadrimestrale si riunirà il gruppo di lavoro degli operatori SPSAL con il Referente regionale per discutere le problematiche presenti e i casi più significativi.
Il referente regionale parteciperà alle riunioni che verranno convocate presso la sede ISPESL di Roma.
Si deve infine perseguire l'integrazione delle stringhe che alimentano il sistema MalProf con quelle previste dal Sistema di gestione regionale dell'attività SPSAL elaborato da INSIEL al fine di ridurre i tempi di inserimento dei dati ottimizzando ed integrando per quanto possibile le procedure legate ai due sistemi informatici.
I costi saranno sopportati dal Piano regionale della Prevenzione anche ricorrendo ai fondi regionali reperiti attraverso le risorse di cui all'art. 13 c. 6 D.Lgs. 81/08,

Piano di valutazione
Le malattie da inserire, senza discontinuità temporale, sono quelle trattate e per le quali risulti possibile o probabile un nesso di causalità o di concausalità con l'attività lavorativa. Le malattie professionali al termine del 2011 dovranno essere almeno pari al 50% di quelle segnalate e trattate nell'anno. Al termine del 2012 dovranno essere almeno pari al 50% di quelle segnalate e trattate nel biennio 2011-2012 e pervenute al 31.10.2012.
Con cadenza quadrimestrale verranno prodotti dei report per il monitoraggio delle segnalazioni pervenute e di quelle inserite nel sistema.
Con periodicità almeno quadrimestrale si riunirà il gruppo di lavoro degli operatori SPSAL con il Referente regionale per discutere le problematiche presenti e i casi più significativi.
Ai Servizi PSAL saranno rese note le comunicazioni e le decisioni assunte dalla cabina di regia nazionale.

CRONOPROGRAMMA								
Descrizione attività	**Data inizio prevista**	**Data fine prevista**	**Risultati attesi**	**Eventuali vincoli o criticità**	**Data inizio effettiva**	**Data fine effettiva**	**valore rilevato del traguardo (*)**	**Note**
Inserimento nel programma Mal Prof	01/01/2011	31/12/2011	Inserimento nel programma 50% di quelle segnalate e trattate nell'anno.					
Inserimento nel programma Mal Prof	01/01/2011	31/12/2011	Inserimento nel programma 50% di quelle segnalate e trattate nel biennio 2011-2012 e pervenute al 31.10.2012					
Riunioni almeno quadrimestrali	01/01/2011	31/12/2012	Report (verbali riunioni) redatti dal referente regionale con partecipazione di almeno un operatore per SPSAL	Tot. Almeno 6 reperto (verbali)				
Partecipazione riunioni referente regionale a cabina di regia nazionale	01/01/2011	31/12/2012	Partecipazione a riunioni nazionali del referente regionale	COSTI				

2.2.4 Partecipazione allo studio ISPESL – Regioni per analisi eventi infortunistici gravi e mortali

Macroarea
2 PREVENZIONE UNIVERSALE

Linea di intervento generale
2.2 ***Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate***

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012
Contenimento degli infortuni gravi e mortali ad in agricoltura

Titolo del programma/progetto
2.2.4 Partecipazione allo studio ISPESL – Regioni per analisi eventi infortunistici gravi e mortali

Obiettivo specifico di salute
Prevenire gli infortuni attraverso lo studio delle dinamiche ed attuazione di programmi di informazione, assistenza, formazione

Contenuti del progetto

Beneficiari e attori
Proseguire nello studio ISPESL – INAIL - Regioni sulle modalità di accadimento degli eventi infortunistici gravi e mortali.
Tutti gli eventi infortunistici accaduti in occasione di lavoro con esito mortale (esclusi gli stradali) di tutti i comparti produttivi e quelli gravi (inabilità temporanea > 40 giorni o con esiti permanenti) accaduti nel comparto agricoltura interessanti macchine agricole e nei lavori di manutenzione di tutti i comparti produttivi, ritenuti significativi per le ricadute in termini prevenzionistici, sono studiati secondo il modello “sbagliando si impara” (si rimanda a quanto pubblicato su sito ISPESL) ed inseriti sull’apposito programma nazionale.
Nel corso del triennio 2008 – 2010 gli operatori dei SPSAL hanno implementato lo studio per i soli casi ad esito mortale e per pochi casi di infortunio di particolare rilevanza (sono stati inseriti 67 infortuni) per gli infortuni accaduti nel periodo 2005 - 2010.
Le ricadute positive la possibilità di studiare attentamente le modalità di accadimento valutate con un metodo di consolidata e comprovato valore scientifico, la possibilità di discutere e proporre modelli logici di prevenzione o di riduzione del rischio anche sulla base delle esperienza maturate in altri contesti regionali partecipanti allo studio, danno un sicuro risultato nella logica di promuovere misure di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro. Gli strumenti adottati per la divulgazione dei risultati sono poi inseriti nella pagina web Infor.mo e sulle altre banche dati del sito ISPESL di pubblico dominio. Sul piano generale è confermata la collaborazione dei soggetti promotori nella prospettiva di pervenire ad un Osservatorio Nazionale condiviso con le Parti Sociali e finalizzato alla definizione ed alla concretizzazione di obiettivi partecipati di prevenzione.

Target: i risultati dell'attività vengono divulgati attraverso il sito ISPESL – INAIL che quindi hanno come target tutti gli attori che operano ne settore della Prevenzione degli Infortuni - L'iniziativa è di carattere nazionale
Attori coinvolti nella realizzazione dell'azione proposta: personale selezionato dei servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) della nostra Regione - L'iniziativa è di carattere nazionale.
Le attività di governo del **Sistema di sorveglianza** saranno curate da specifici Gruppi di coordinamento, a livello regionale e nazionale e dall'ISPESL/CCM. In particolare, in ogni Regione è attivato un **Gruppo Tecnico di Coordinamento Regionale** di cui fanno parte il Referente regionale ed i referenti designati dall'INAIL e dall'ISPESL.
Tali gruppi, in linea con le indicazioni del Gruppo di Coordinamento nazionale, garantiscono, all'interno delle singole realtà regionali:
- la realizzazione dei percorsi di formazione;
- la raccolta dei dati e la completezza di raccolta delle informazioni;
- le verifiche di qualità dei casi immessi;
- i tempi di realizzazione definiti;
- il monitoraggio dell'andamento delle attività regionali con l'individuazione delle principali criticità emerse (discomportamenti, disomogeneità, ecc.);
- l'inoltro dei dati raccolti al livello nazionale alle scadenze stabilite;
- il ritorno delle principali informazioni agli operatori.

Analisi di contesto
Lo studio iniziato a livello sperimentale nel 2002 vede la partecipazione delle Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) delle Aziende per i Servizi Sanitari (ASS) della Regione Friuli Venezia Giulia a partire dal 2008.
Le ricadute positive la possibilità di studiare attentamente le modalità di accadimento valutate con un metodo di consolidata e comprovato valore scientifico, la possibilità di discutere e proporre modelli logici di prevenzione o di riduzione del rischio anche sulla base delle esperienza maturate in altri contesti regionali partecipanti allo studio danno un sicuro risultato nella logica di promuovere misure di tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro.

Modello logico
Trattandosi di uno studio già in essere che verrà continuato anche nel prossimo triennio si riporta la sequenza logica dell'interventi non analizzata con il modello di cui al PCM.
Gli operatori UPG chiamati a svolgere le indagini sugli infortuni il cui accadimento da origine agli esiti soprarichiamati svolge la propria attività di studio delle modalità di accadimento utilizzando il sistema "sbagliando si impara" e al termine dell'attività di indagine inserisce il caso sul programma ISPESL.
I casi trattati sono comunque discussi al fine di trasmettere le conoscenze sia a livello di un gruppo regionale costituito da un operatore per servizio sia all'interno dei singoli servizi.
Attraverso questi passaggi si costruiscono corrette misure di prevenzione per la tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro. Tali misure di carattere generale sono trasmesse alle associazioni di categoria e dei lavoratori nei momenti di assistenza, informazione e/o formazione che ciascun SPSAL è chiamato a tenere.

Quadro logico

Continuare nello studio di tutti gli eventi accaduti e rientranti nei casi con uno degli esiti sopraccitati inserendo nel programma ISPESL – regioni quanto previsto.

Si ricorda che sono obiettivi specifici del progetto:

1) lo sviluppo del repertorio nazionale degli infortuni mortali comprendente in particolare la ricostruzione delle cause e delle dinamiche infortunistiche;
2) il miglioramento delle capacità di analisi e di interpretazione degli eventi attraverso il metodo "Sbagliando s'impara" da parte degli operatori di prevenzione;
3) l'aggiornamento degli strumenti per la comunicazione/trasferimento delle indicazioni emerse dalla sorveglianza;
4) la realizzazione di strumenti operativi (raccomandazioni, linee guida, "profili di rischio" ecc.) di supporto alle attività di prevenzione basati sulla "lettura" della casistica relativa a particolari tipologie di infortunio, a specifici comparti produttivi, a gruppi particolari di lavoratori, ecc.;
5) l'attivazione e la promozione di iniziative mirate di prevenzione, anche nella logica di realizzazione di un osservatorio tra Istituzioni e Parti sociali.

Verranno monitorati gli infortuni mortali di tutti i comparti produttivi, quelli gravi del comparto agricoltura interessanti macchine agricole e quelli degli altri comparti produttivi accaduti durante le fasi di manutenzione di macchine, impianti ed attrezzature segnalati ai servizi e quelli introdotti nel sistema con cadenza quadrimestrale e al termine degli anni di vigenza del piano regionale della prevenzione (2011 e 2012).

L'indicatore di verifica sarà dato dal rapporto dagli eventi infortunistici rientranti nello studio indagati nel corso del 2011 che vengono registrati presso gli SPSAL e quelli inseriti sul programma. A titolo di precisazione si ricorda che sono indagati tutti gli eventi accaduti dopo il 1.1.2011.

Per il raggiungimento di ciò è essenziale una corretta gestione delle segnalazioni di infortunio da parte dei centri di pronto soccorso ovvero in alternativa delle chiamate in regime di reperibilità dei tecnici della prevenzione con qualifica di polizia giudiziaria, ed un efficace sistema di registrazione degli stessi.

Criticità sono anche individuate nella mancanza del regime di reperibilità da parte di alcune aziende sanitarie, nel marcato ricambio del personale ed ancora delle possibile lentezza nella nomina ad Ufficiale di Polizia Giudiziaria del personale con qualifica di Tecnico della Prevenzione (TdP) operante nei SPSAL.

Deve essere perseguita l'integrazione delle stringhe che alimentano il sistema ISPESL con quelle previste dal Sistema di gestione regionale dell'attività SPSAL elaborato da INSIEL al fine di ridurre i tempi di inserimento dei dati ottimizzando ed integrando per quanto possibile le procedure legate ai due sistemi informatici.

Il referente regionale parteciperà alle riunioni che verranno convocate presso la sede ISPESL di Roma.

I costi saranno sopportati dal Piano regionale della Prevenzione anche ricorrendo ai fondi regionali reperiti attraverso le risorse di cui all'art. 15 c. 6 D.Lgs. 81/08,

Piano di valutazione

2011 e 2012 : inserire eventi infortunistici accaduti in occasione di lavoro con esito mortale (esclusi gli stradali) di tutti i comparti produttivi e quelli gravi (inabilità temporanea > 40 giorni o con esiti permanenti) accaduti nel comparto agricoltura interessanti macchine agricole e nei lavori di

manutenzione di macchine, impianti ed attrezzature di tutti i comparti produttivi ritenuti significativi per le ricadute prevenzionistiche. Questi casi sono studiati secondo il modello sbagliando si impara ed inseriti sull'apposito programma nazionale.
Ogni quadrimestre verranno prodotti dei report sugli infortuni segnalati ai servizi che rientrino nella fattispecie sopra definita e il numero di infortuni inseriti nel sistema di registrazione ISPESL.
Con periodicità almeno quadrimestrale si riunirà il gruppo di lavoro degli operatori SPSAL con il Referente regionale per discutere le problematiche presenti e i casi più significativi.

CRONOPROGRAMMA								
Descrizione attività	**Data inizio prevista**	**Data fine prevista**	**Risultati attesi**	**Eventuali vincoli o criticità**	**Data inizio effettiva**	**Data fine effettiva**	**valore rilevato del traguardo (*)**	**Note**
Inserimento nel programma Infortuni gravi e mortali come definiti	01/01/2011	31/12/2011	Inserimento nel programma di tutti gli infortuni rientranti in quelli definiti e oggetto di indagine da parte del servizio al 31.12.2011	Mancata segnalazione al servizio per svolgimento indagine				
Inserimento nel programma Infortuni gravi e mortali come definiti	01/01/2012	31/12/2012	Inserimento nel programma di tutti gli infortuni rientranti in quelli definiti e oggetto di indagine da parte del servizio al 31.12.2012					
Riunioni almeno quadrimestrali	01/01/2011	31/12/2012	Report (verbali riunioni) redatti dal referente regionale con partecipazione di almeno un operatore per SPSAL	Tot. Almeno 6 reperto (verbali)				
Partecipazione riunioni referente regionale a cabina di regia nazionale	01/01/2011	31/12/2012	Partecipazione a riunioni nazionali del referente regionale	COSTI				

Programma Consolidamento attività informazione/formazione per la sicurezza domestica: 2.3.1 Anziani in sicurezza

Macroarea

2. PREVENZIONE UNIVERSALE

Linea di intervento generale

2.3 ***Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico***

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012

Riduzione della mortalità da eventi traumatici nella popolazione anziana

Titolo del Progetto

2.3.1 Anziani in sicurezza

Obiettivo specifico di salute

Prevenire la disabilità e mortalità degli eventi da incidente domestico negli anziani garantendo programmi organizzati di promozione e prevenzione anche in alleanza con altri portatori di interesse

Contenuti del progetto

Beneficiari, attori e altri portatori di interesse

L'area Incidenti domestici è spesso stata considerata marginale alle azioni della sanità e in FVG a tutt'oggi non è disponibile un sistema di sorveglianza globale per la valutazione del dato per alcuni problemi riguardanti la possibile sovrapposizione, percepita ma non valutabile, fra incidente domestico e incidente sul lavoro e la difficoltà rappresentata dai sistemi informativi e dai sistemi di rilevazione del Pronto Soccorso. Questi ultimi, chiaramente sottoposti alle pressioni derivate dalle priorità di intervento sul paziente critico e da afflussi in aumento, sono da sempre poco inclini o impossibilitati a registrare dati non considerati indispensabili alla attività di assistenza ai pazienti.

Nel corso dell'applicazione del piano 2005-2007 si è rilevata una sproporzione fra le necessità di analisi e di dimensionamento del fenomeno, molto ben strutturate peraltro, rispetto alla capacità del sistema delle aziende e degli organi regionali di programmazione di strutturare gruppi di lavoro e obiettivi di budget omogenei e stabili nelle linee individuate. La cronica complessità rappresentata dai tentativi di mettere in rete i servizi e il personale in un'ottica di multidisciplinarietà ha necessitato di un maggior tempo rispetto ai cronoprogrammi ipotizzati per mettere a fuoco le reali possibilità delle aziende e le priorità da perseguire. Di anno in anno le linee progettuali più specifiche rivolte ai target come la casalinga e l'immigrato sono state portate avanti dall'esperienza di un'azienda sanitaria (ASS 1 "Triestina") grazie al finanziamento collegato al progetto CCM dedicato alla realizzazione di

materiali per la formazione del personale che accede alle abitazioni hanno condotto sopralluoghi e indagini conoscitive che sono poi diventate patrimonio regionale.

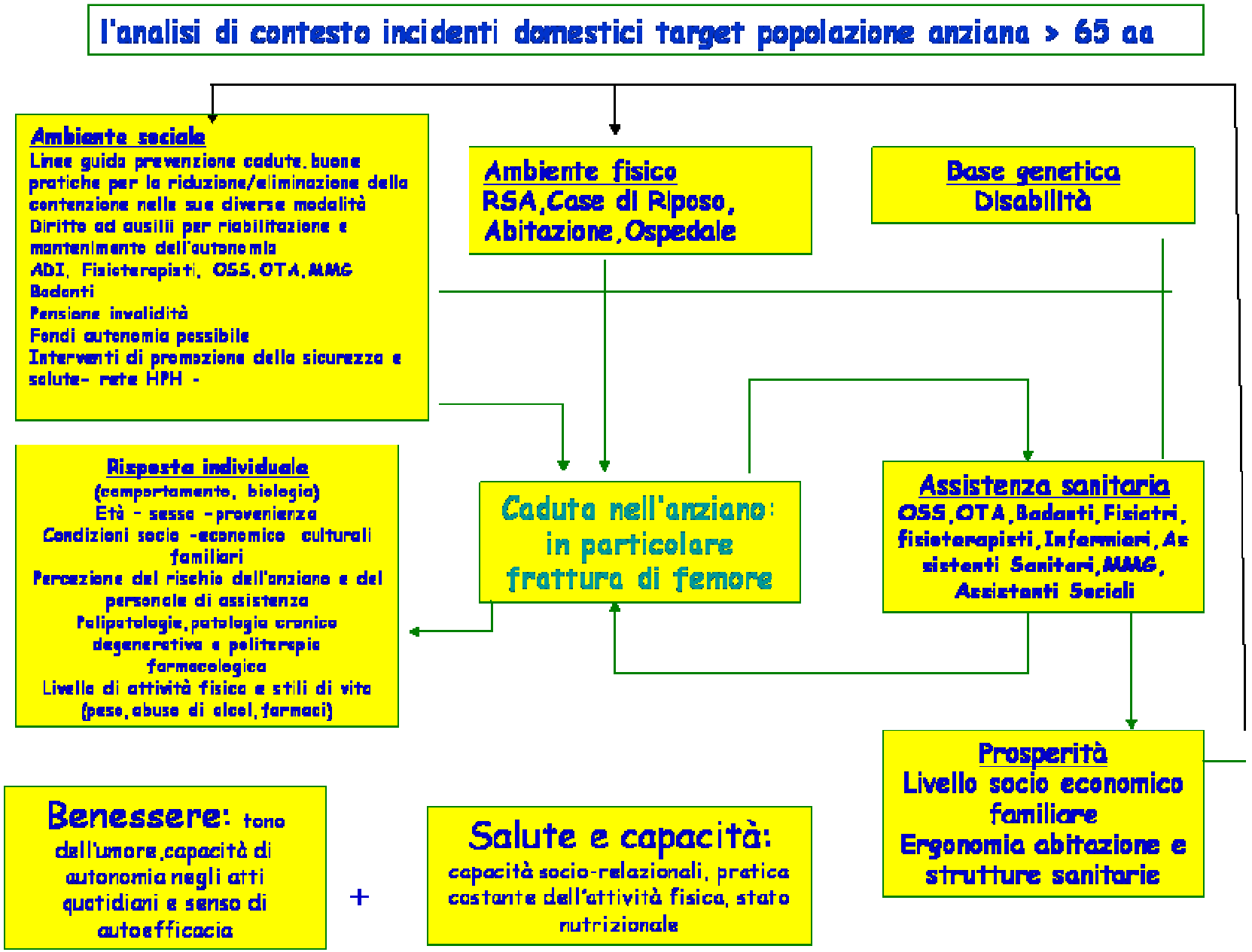
Target dell'intervento sono gli anziani ospiti di strutture o assistiti a domicilio nella regione FVG: i destinatari degli interventi di formazione saranno pertanto operatori coinvolti nel percorso assistenziale (ospedali, distretti, servizi socioassistenziali, assistenti domiciliari, servizio infermieristico e della riabilitazione, mmg). Altri portatori di interesse: Comuni, Federsanità ANCI, INAIL, Centri per la formazione di operatori dell'assistenza, Università della Terza età, associazioni di categoria.

Analisi di contesto

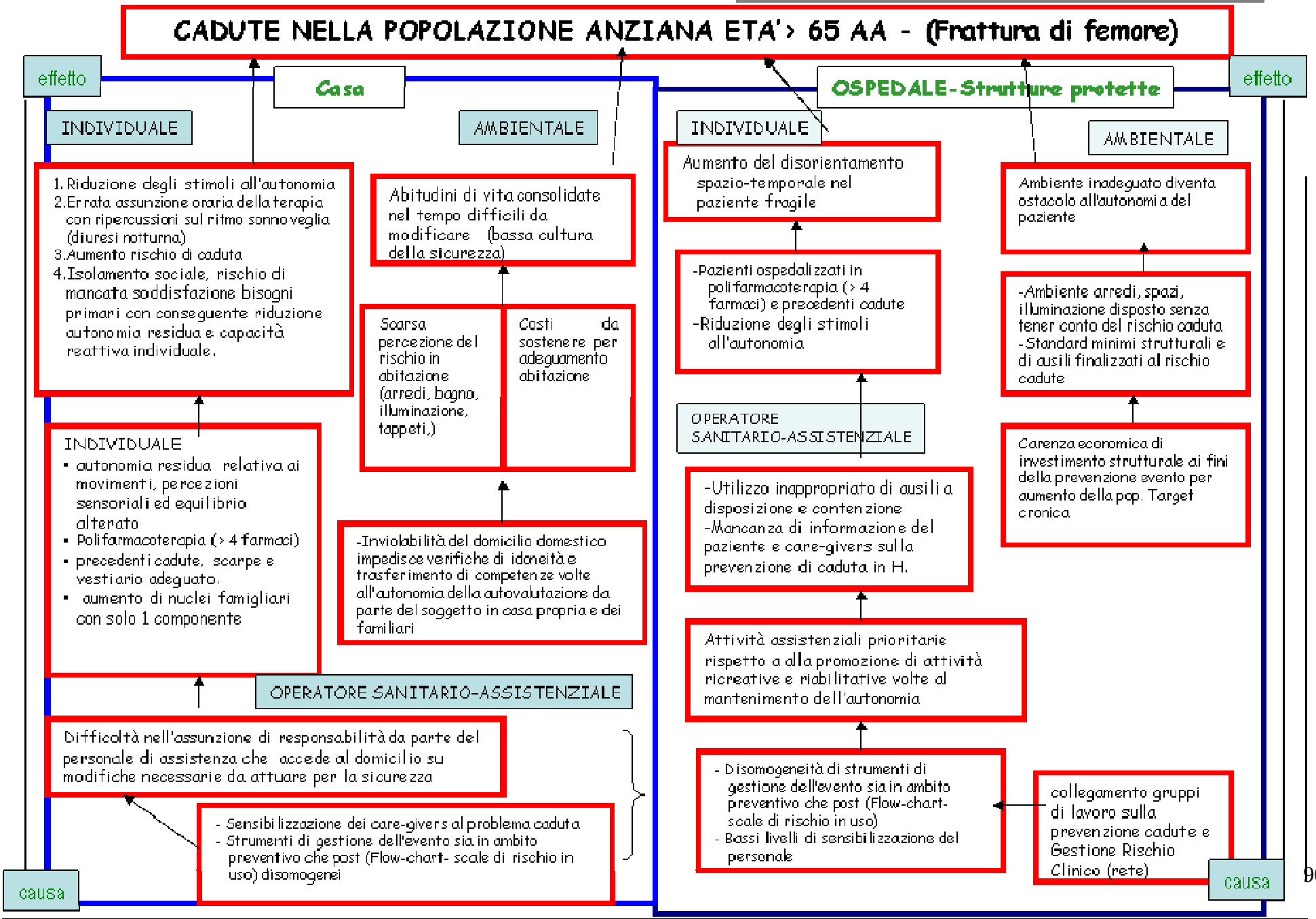
Gli incidenti domestici rappresentano un problema di Sanità Pubblica di grande rilevanza. Politiche di prevenzione e sicurezza al fine di ridurre la portata di tale fenomeno sono state avviate da alcuni anni in diversi Paesi Europei ed extra-Europei. Non devono essere, poi, sottovalutati i costi che ne derivano, sia in termini di vite umane e di invalidità permanenti che di costi socio-sanitari.

Ogni anno in Italia avvengono circa 4.500.000 incidenti domestici che, si stima, comportano 8.000 decessi (1-3). Nel 2007 si sono verificati 230.871 incidenti stradali, con 5.131 decessi (4) e 874.940 infortuni sul lavoro, con 1.120 decessi; il 17% degli infortuni sul lavoro sono rappresentati tuttavia da incidenti stradali, che causano, inclusi gli eventi in itinere, il 55% degli infortuni sul lavoro mortali (5). A fronte della dimensione del problema legato agli infortuni domestici, tuttavia,storicamente ben poco è stato fatto, sia per il principio costituzionale (art.14) dell'inviolabilità dell'abitazione, sia perché, nell'organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e nei percorsi formativi dei relativi operatori,non è stata quasi mai prevista un'attività mirata per questi importanti aspetti della salute pubblica. Oltre a precedenti sporadiche iniziative dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dell'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro (ISPESL) e delle regioni con le proprie ASL, soltanto con il Piano Sanitario Nazionale 2006-08 (6) ed il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-07 (7)è stato previsto un impegno organico in tal senso.

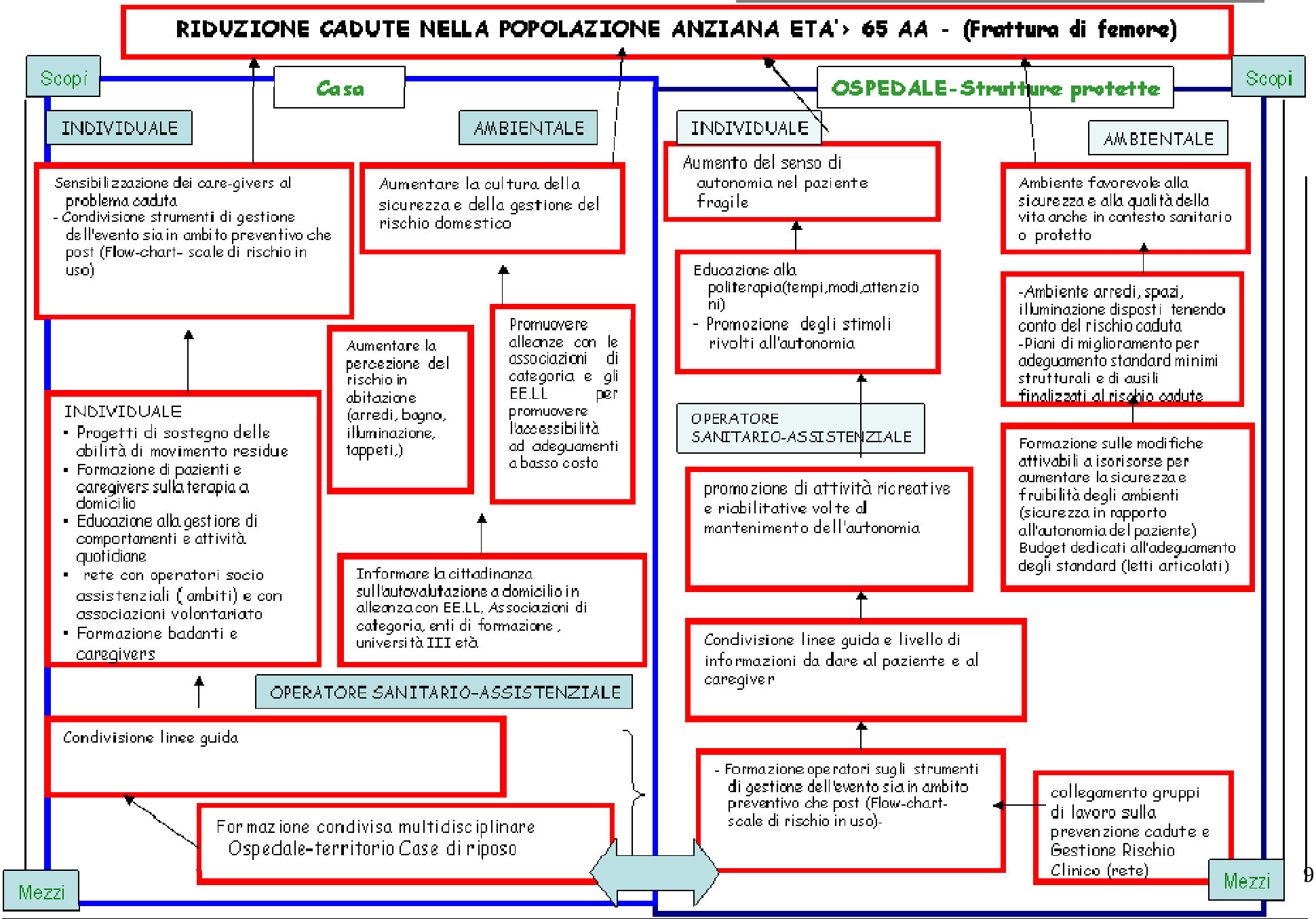
Per quanto riguarda gli incidenti domestici nel Friuli Venezia Giulia**,** le stime di incidenza non sono ancora complete soprattutto per problemi di misclassificazione; in particolare gli infortuni domestici risultano ampiamente sottostimati dalle attuali rilevazioni basate sui dati di pronto soccorso (basti pensare che solo l'8,5% delle fratture di femore degli anziani presenta come causa di ingresso l'incidente domestico). Le età maggiormente coinvolte in incidenti domestici sono quelle dell'infanzia costituendo il 22% sul totale degli infortunati (ulteriore segno della misclassificazione di questi incidenti nella popolazione anziana). Per gli infortuni domestici emerge l'importanza di analizzare in maniera approfondita il fenomeno e potenziare al massimo le capacità di registrazione, elaborazione ed analisi delle informazioni raccolte sui casi emersi al fine di individuare sempre più puntualmente i fattori di rischio e di esposizione, e porre poi in essere adeguate e specifiche misure di prevenzione che devono concretizzarsi con il contributo anche del mondo produttivo.


l'analisi di contesto incidenti domestici target popolazione anziana > 65 aa
Ambiente sociale
Linee guida prevenzione cadute, buone pratiche per la riduzione/eliminazione della contenzione nelle sue diverse modalità
Diritto ad ausilii per riabilitazione e mantenimento dell'autonomia
ADI, Fisioterapisti, OSS, OTA, MMG
Badanti
Pensione invalidità
Fondi autonomia possibile
Interventi di promozione della sicurezza e salute- rete HPH -
Ambiente fisico
RSA, Case di Riposo, Abitazione, Ospedale
Base genetica
Disabilità
Risposta individuale
(compartamento, biologia)
Età - sesso -provenienza
Condizioni socio -economico culturali familiari
Percezione del rischio dell'anziano e del personale di assistenza
Polipatologie, patologia cronica degenerativa e politerapia farmacologica
Livello di attività fisica e stili di vita (peso, abuso di alcol, farmaci)
Caduta nell'anziano: in particolare frattura di femore
Assistenza sanitaria
OSS, OTA, Badanti, Fisiatri, fisioterapisti, Infermieri, Assistenti Sanitari, MMG, Assistenti Sociali
Prosperità
Livello socio economico familiare
Ergonomia abitazione e strutture sanitarie
Benessere: tono dell'umore, capacità di autonomia negli atti quotidiani e senso di autoefficacia
+
Salute e capacità: capacità socio-relazionali, pratica costante dell'attività fisica, stato nutrizionale

2. ALBERO DEI PROBLEMI



2. ALBERO DEGLI OBIETTIVI



Modello logico popolazione over 65

Quadro logico popolazione >65

Finalità programma	**Logica dell'intervento**	**Indicatori verificabili obiettivamente**	**Fonti di verifica**	**Rischi e assunzioni**
Obiettivo generale	Ridurre le cadute nella fascia di popolazione > 65 aa con particolare riferimento alla frattura di femore			
Obiettivo specifico	Condivisione fra gli operatori sanitari di criteri omogenei per informazione di pazienti e caregivers in tutte le tappe del percorso assistenziale riferito al target > 65 aa	N° operatori che applicano la diffusione della cultura della sicurezza/N° operatori coinvolti nel percorso assistenziale	Focus group fra operatori	Motivazione del personale sanitario
Risultati attesi	1. Costituzione gruppo di lavoro 2. Condivisione linee guida 3. Diffusione dei criteri di sicurezza in ambito domestico nei servizi sanitari in base ai percorsi di continuità assistenziale di pazienti e caregivers	1. Costituzione del gruppo 2. Linee guida 3. Presenza di strumenti di comunicazione con popolazione assistita > 65 aa e caregivers che accedono ai servizi(brochure,azioni informative inserite nella prestazione di pertinenza)	1. Presenza dell'atto 2. Presenza linee guida 3. Brochure multilingue	Complessità nella gestione personalizzata nei vari servizi di assistenza e cura
Attività	1.identificazione rete interlocutori Distretti, Ospedali, Assistenza domiciliare, Servizio Socio Sanitario , Servizio Infermieristico, della Riabilitazione e MMG 2. Condivisione linee guida 3.applicazione linee guida nelle attività dei diversi servizi con realizzazione brochure informativa	**MEZZI** Attività di informazione e formazione	**COSTI** I costi sono inclusi nel finanziamento alle aziende e nelle spese sovraziendali	Complessità nella gestione personalizzata nei vari servizi di assistenza e cura

Quadro logico popolazione over 65

Finalità programma	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Ridurre le cadute nella fascia di popolazione > 65 aa con particolare riferimento alla frattura di femore	Raccolta dati centralizzata a livello regionale (area epidemiologia)	Monitoraggio annuale a cura di centro regionale	Avvio di sistema di monitoraggio sinergico con dati nazionali
Obiettivo specifico	Aumentare la cultura della sicurezza nella popolazione over 65 aa e caregivers	Monitoraggio PASSI	Studio PASSI	Continuità adesione progetto PASSI
Risultati attesi	1.Costituzione rete interlocutori (stakeholders e istituzioni INAIL, comuni, Federsanità ANCI, province, gestori case riposo, centri formazione per l'assistenza anziano-badanti e caregivers- centri aggregazione popolazione anziana, Università III età, aziende per l'edilizia residenziale) per formazione a cascata 2. Protocollo d'intesa tra stakeholders (es. ASS e commercianti arredamento, Provincia, associazioni di categoria) per diffusione della cultura della sicurezza 3. Realizzazione pacchetto formativo in power point 4. Diffusione del pacchetto formativo da parte degli operatori sanitari e stakeholders in base alle peculiarità dei terrritori	1.Convocazione e partecipazione agli incontri del gruppo identificato 2.Presenza del protocollo d'intesa 3.Presenza e diffusione del pacchetto formativo su sito web e su pc o altro mezzo audiovisivo presso luoghi commerciali , farmacie, eventi pubblici (fiere – festival e momenti di incontro con la popolazione)	1.Verbali e fogli presenza 2.Atto d'intesa 3.N. accessi al sito web 3. N. di siti commerciali e farmacie con proposta formativa	Mancata adesione al progetto dei commercianti e dei farmacisti Complessità della gestione di interlocutori con diverse mission
Attività	Identificazione rete interlocutori (stakeholders e istituzioni INAIL, comuni, Federsanità ANCI, province, gestori case riposo, centri formazione per l'assistenza anziano-badanti e caregivers- centri aggregazione popolazione anziana, Università III età, aziende per l'edilizia residenziale) per formazione a cascata 2. .Alleanza con commercianti arredamento e associazioni categoria 3. Realizzazione pacchetto formativo regionale da parte degli operatori sanitari e stakeholders 4.diffusione pacchetto in base alle peculiarità dei terrritori in Case di riposo, Centri Diurni, Comuni - Ambiti , centri di aggregazione popolazione anziana, centri commerciali di arredamento, eventi pubblici (fiere – festival e momenti di incontro con la popolazione)	**MEZZI** Attività di informazione e formazione	**COSTI** I costi sono inclusi nel finanziamento alle aziende e nelle spese sovraziendali	

Piano di valutazione

Il piano di valutazione prevede una verifica della pertinenza, efficienza, efficacia, impatto, fattibilità del programma rispetto agli obiettivi prefissati. Verranno esaminati i risultati raggiunti rispetto ai quelli attesi mediante la verifica degli indicatori previsti nel quadro logico, e nel caso di mancato raggiungimento verranno definite modifiche al programma o azioni di miglioramento.

Si prevede una valutazione intermedia dei risultati raggiunti a fine 2011 e una valutazione conclusiva a fine 2012 da effettuare secondo il seguente schema

CRONOPROGRAMMA AL 31/12/2012 popolazione > 65								
Descrizione attività	**Data inizio prevista**	**Data fine prevista**	**Risultati attesi**	**Eventuali vincoli o criticità**	**Data inizio effettiva**	**Data fine effettiva**	**valore rilevato del traguardo (*)**	**Note**
1.identificazione rete interlocutori Distretti, Ospedali, Assistenza domiciliare, Servizio Socio Sanitario , Servizio Infermieristico, della Riabilitazione e MMG	01/01/2011	31/12/2011	costituzione gruppo di lavoro	Risorse umane dedicate				
Condivisione linee guida	01/01/2011	31/12/2011	linee guida					
applicazione linee guida nelle attività dei diversi servizi con realizzazione brochure informativa	01/01/2011	31/12/2012	brochure e azioni informative inserite nei percorsi assistenziali					
Identificazione rete interlocutori (stakeholders e istituzioni INAIL, comuni, Federsanità ANCI, province, gestori case riposo, centri formazione per l'assistenza anziano-badanti e caregivers- centri aggregazione popolazione anziana, Università III età, aziende per l'edilizia residenziale) per formazione a cascata	01/01/2011	31/12/2011	convocazione e partecipazione gruppi di lavoro	disponibilità stakeholders a condividere linee di intervento				
Alleanza con commercianti arredamento e associazioni categoria	01/01/2011	31/12/2012	Gruppo di lavoro	Aspetti amministrativi				
Realizzazione pacchetto formativo regionale da parte degli operatori sanitari esperti sul tema e stakeholders per diffusione in base alle peculiarità dei territori in Case di riposo, Centri Diurni, Comuni - Ambiti , centri di aggregazione popolazione anziana, centri commerciali di arredamento, eventi pubblici (fiere – festival e momenti di incontro con la popolazione)	01/01/2011	31/12/2012	diffusione pacchetto formativo					

Programma Consolidamento attività informazione/formazione per la sicurezza domestica: 2.3.2 Sicurezza domestica nei bambini 0-4 anni

Macroarea

2. PREVENZIONE UNIVERSALE

Linea di intervento generale

2.3 ***Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico***

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012

Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta e dei ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni

Titolo del Progetto

2.3.2. Sicurezza domestica nei bambini 0-4-anni

Obiettivo specifico di salute

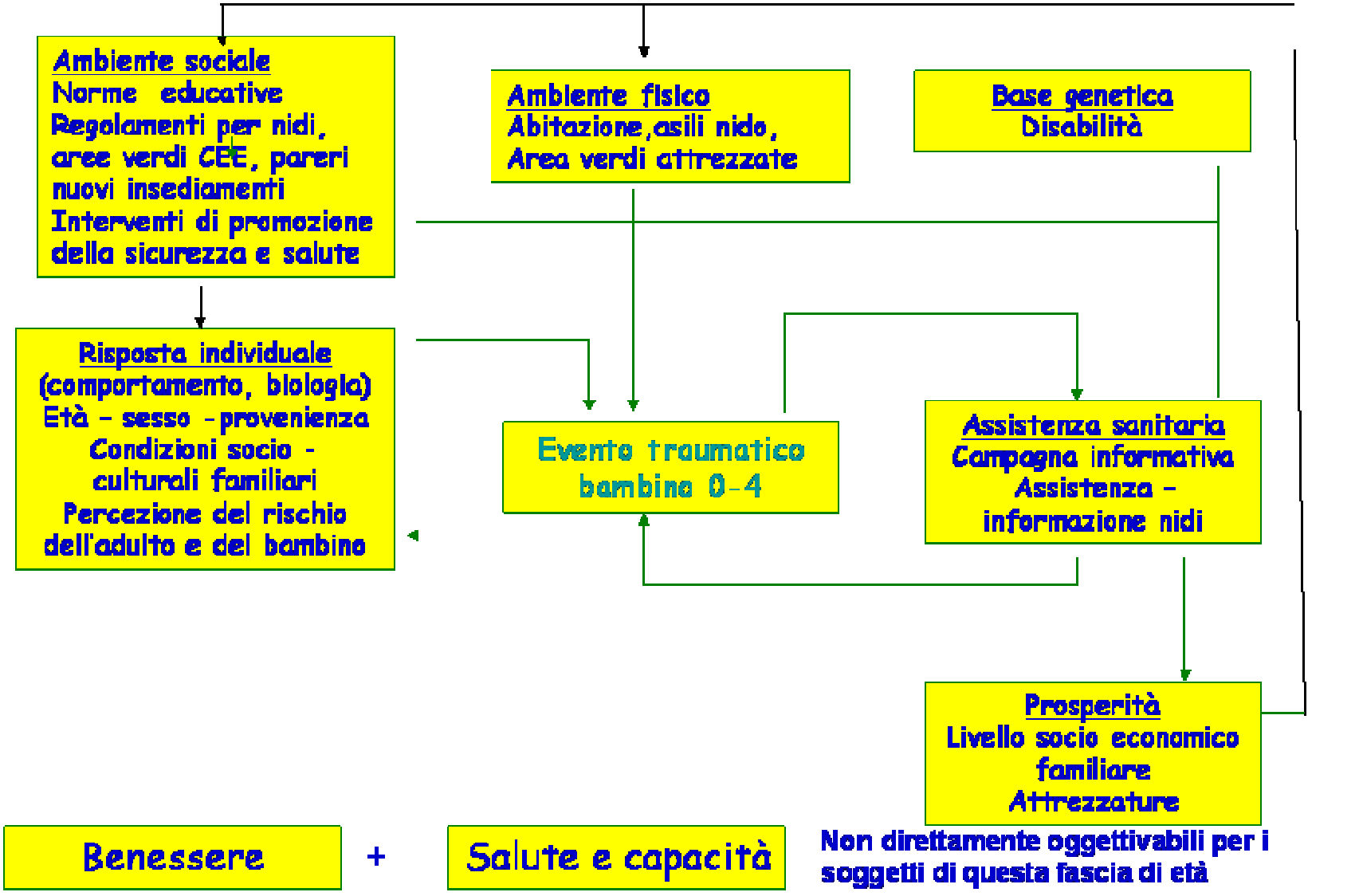
Prevenire la disabilità e mortalità degli eventi da incidente domestico nei bambini 0-4 garantendo programmi organizzati di promozione e prevenzione anche in alleanza con altri portatori di interesse

Contenuti del progetto

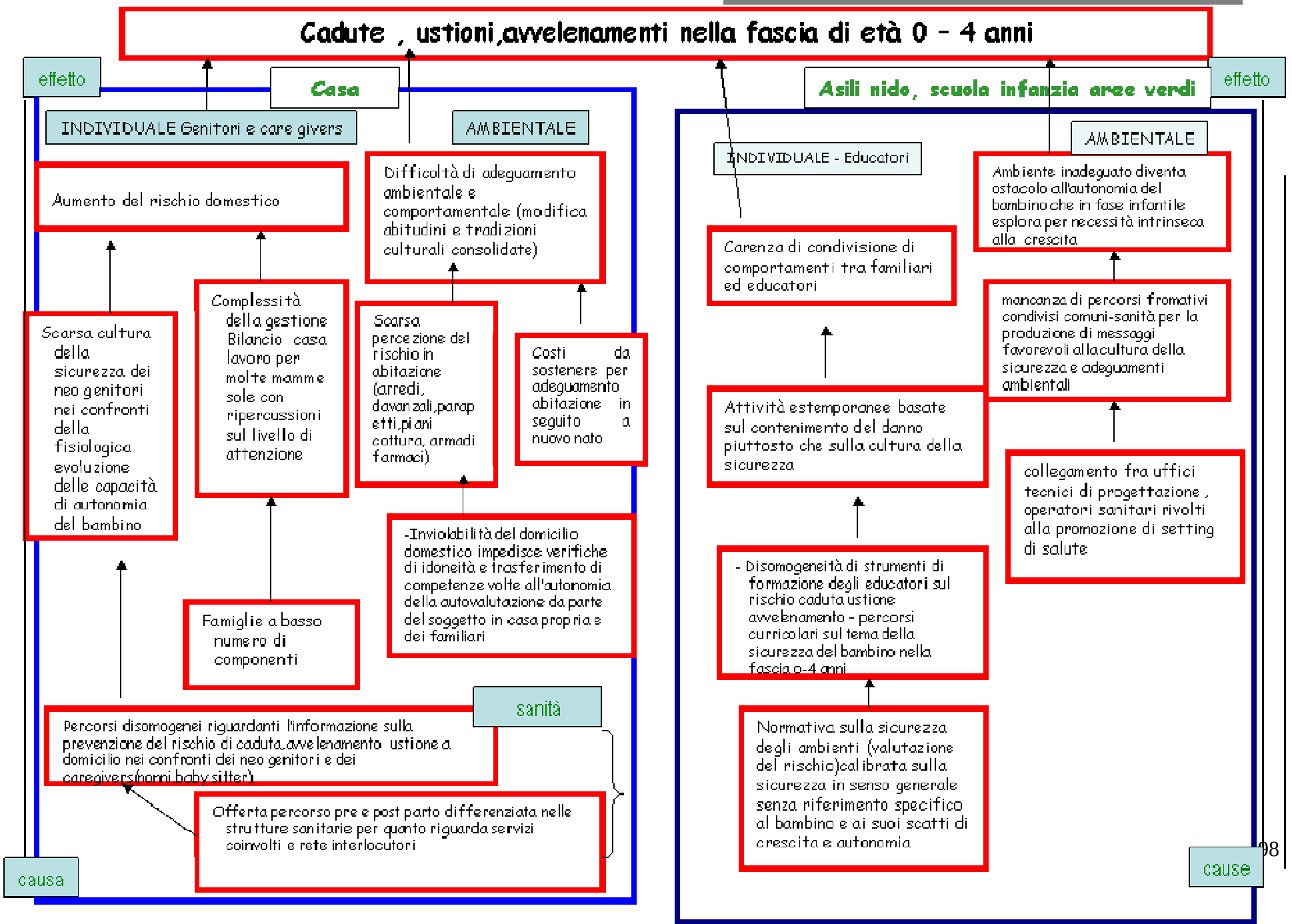
Beneficiari, attori e altri portatori di interesse

Vale anche per questo progetto quanto premesso al progetto relativo agli incidenti domestici negli anziani. Ovviamente, trattandosi in questo caso di un target diverso (bambini della fascia di età 0-4 anni) sono coinvolti gli operatori sanitari che intervengono nei corsi preparto ed altri attori e stakeholders (comuni, province, INAIL, operatori di asili nido e ludoteche, commercianti di arredamento e articoli per l'infanzia)

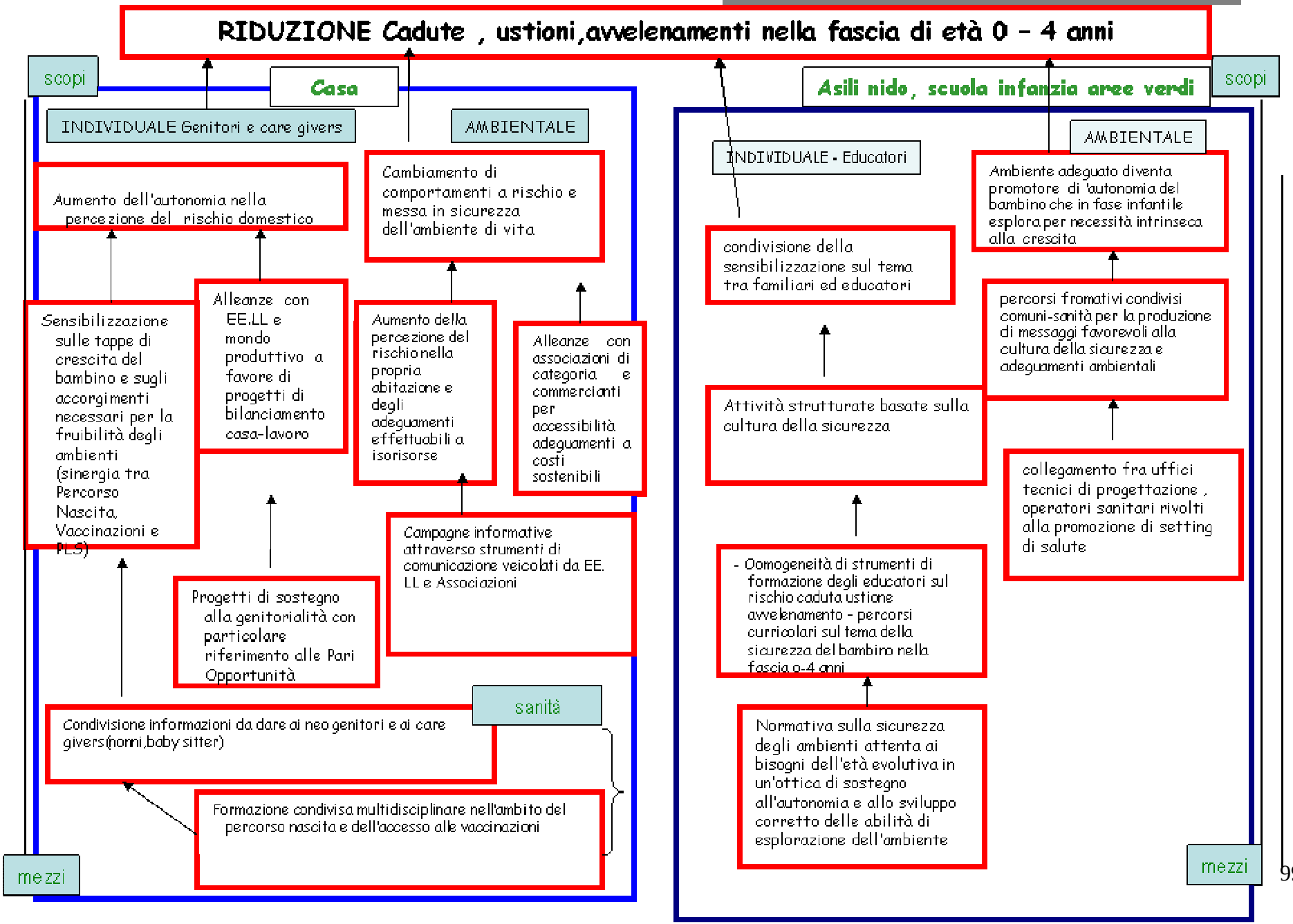
1. l'analisi di contesto incidenti domestici 0-4 anni



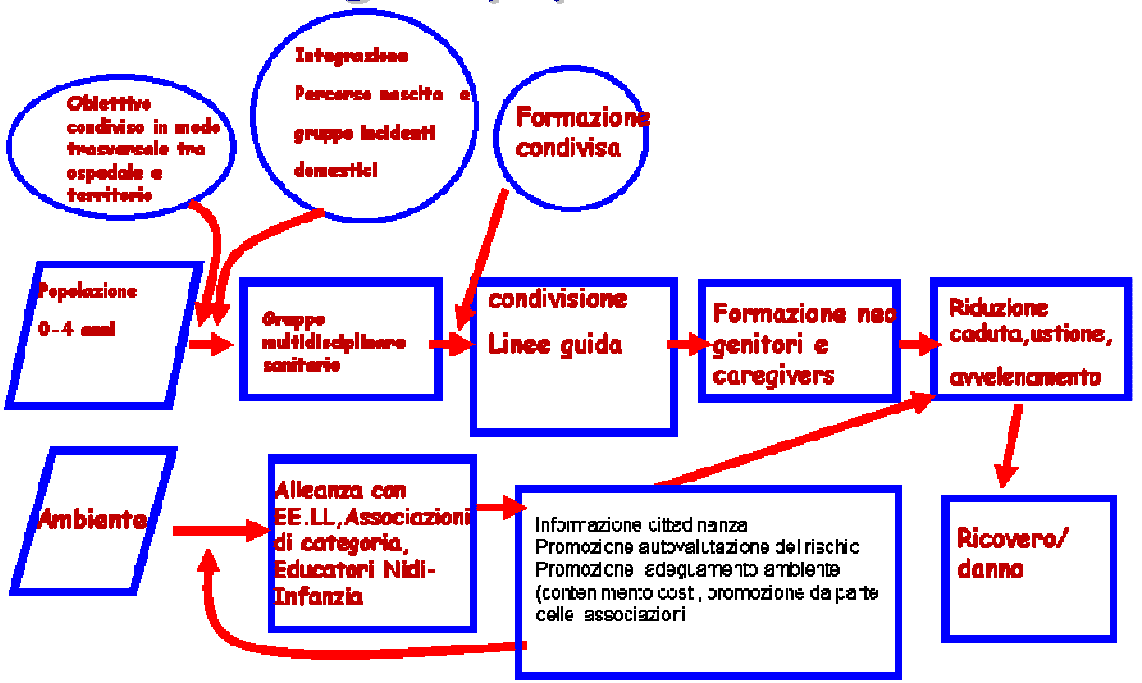
2. ALBERO DEI PROBLEMI



2. ALBERO DEGLI OBIETTIVI



Modello logico popolazione 0-4



Quadro logico 1 popolazione 0-4

Finalità programma	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Ridurre gli incidenti domestici nella fascia 0-4 anni			
Obiettivo specifico	Condivisione fra gli operatori sanitari di criteri omogenei per informazione neo genitori in tutte le tappe del percorso assistenziale(pre-post parto)	N° operatori che applicano la diffusione della cultura della sicurezza/N° operatori coinvolti nel percorso pre-post parto	Focus group fra operatori	Motivazione del personale sanitario
Risultati attesi	1- Costituzione gruppo di lavoro 2- Condivisione linee guida 3- Diffusione dei criteri di sicurezza in ambito domestico nei servizi sanitari in base ai percorsi possibili dei neo genitori	1- Atto di costituzione del gruppo 2- Linee guida 3- Presenza di strumenti di comunicazione con i neo genitori nei servizi(brochure,azioni informative inserite nella prestazione di pertinenza	1- Presenza dell'atto 2- Presenza linee guida 3- Brochure multilingue	Motivazione del personale sanitario

Quadro logico 2 popolazione 0-4

Finalità programma	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Ridurre gli incidenti domestici nella fascia 0-4 anni	Raccolta dati centralizzata a livello regionale (area epidemiologia)	Monitoraggio annuale a cura di centro regionale	Avvio di sistema di monitoraggio sinergico con dati nazionali
Obiettivo specifico	Aumentare la cultura della sicurezza nei genitori e caregivers	Risposte coerenti al monitoraggio PASSI	PASSI	Continuità adesione progetto PASSI
Risultati attesi	1.Costituzione rete interlocutori (stakeholders e istituzioni INAIL, comuni, province) per formazione a cascata 2. Stilato un protocollo d'intesa tra ASS e commercianti arredamento e prodotti prima infanzia per iniziative riguardanti la diffusione della cultura della sicurezza 3. Realizzato pacchetto formativo in power point 4. Diffusione del pacchetto formativo Asili nido, comuni , ludoteche e spazi gioco, ambienti commerciali di arredamento rivolti alla prima infanzia	1.Convocazione e partecipazione agli incontri del gruppo identificato 2.Presenza del protocollo d'intesa 3.Presenza e diffusione del pacchetto formativo su sito web e su pc o altro mezzo audiovisivo presso luoghi commerciali Asili nido, comuni , ludoteche e spazi gioco.	1.Verbali e fogli presenza 2.Atto d'intesa 3.N. accessi al sito web 3. N. di siti commerciali con proposta formativa	Mancata adesione al progetto dei commercianti Complessità della gestione di interlocutori con diverse mission
Attività	1.Identificazione rete interlocutori (stakeholders e istituzioni INAIL, comuni, province) per formazione a cascata 2. .Alleanza con commercianti arredamento e prodotti prima infanzia 3. Realizzazione pacchetto formativo regionale da parte degli operatori sanitari esperti sul tema e stakeholders per diffusione Asili nido, comuni , ludoteche e spazi gioco, ambienti commerciali di arredamento rivolti alla prima infanzia	**MEZZI** Attività di informazione e formazione	**COSTI** I costi sono inclusi nel finanziamento alle aziende e nelle spese sovraziendali	

Piano di valutazione

Il piano di valutazione prevede una verifica della pertinenza, efficienza, efficacia, impatto, fattibilità del programma rispetto agli obiettivi prefissati. Verranno esaminati i risultati raggiunti rispetto ai quelli attesi mediante la verifica degli indicatori previsti nel quadro logico, e nel caso di mancato raggiungimento verranno definite modifiche al programma o azioni di miglioramento.

Si prevede una valutazione intermedia dei risultati raggiunti a fine 2011 e una valutazione conclusiva a fine 2012 da effettuare secondo il seguente schema

CRONOPROGRAMMA AL 31/12/2012 popolazione 0-4								
Descrizione attività	**Data inizio prevista**	**Data fine prevista**	**Risultati attesi**	**Eventuali vincoli o criticità**	**Data inizio effettiva**	**Data fine effettiva**	**valore rilevato del traguardo (*)**	**Note**
Identificazione rete interlocutori Consultori Familiari, Dipartimento Materno Infantile, PLS, Centri vaccinali per condivisione linee guida sulla sicurezza nella fascia 0-4 anni	01/01/2011	31/12/2011	Gruppo costituito	Risorse umane dedicate				
Condivisione linee guida e applicazione linee guida	01/01/2011	31/12/2011	Linee guida					
Applicazione linee guida nelle attività dei diversi servizi con realizzazione di brochure informativa	01/01/2011	31/12/2012	brochure e azioni informative					
Identificazione rete interlocutori (stakeholders e istituzioni INAIL, comuni, province) per formazione cascata	01/01/2011	31/12/2011	Gruppo costituito	gestione amministrativa				
Alleanza con commercianti arredamento e prodotti prima infanzia	01/01/2011	31/12/2012	protocollo d'intesa	identificazione associazioni o centri di riferimento commerciale disponibili				
Realizzazione pacchetto formativo regionale da parte degli operatori sanitari esperti sul tema e stakeholders per diffusione Asili nido, comuni, ludoteche, e spazi gioco, ambienti commerciali di arredamento rivolti alla prima infanzia	01/01/2011	31/12/2012	diffusione pacchetto formativo	Disponibilità ausili informatici				

(*)percentuale di avanzamento dell'attività (0%, 25%, 50%, 75%, 100%)

CRONOPROGRAMMA AL 31/12/2012 (anziani e 0-4)								
Descrizione attività	**Data inizio prevista**	**Data fine prevista**	**Risultati attesi**	**Eventuali vincoli o criticità**	**Data inizio effettiva**	**Data fine effettiva**	**valore rilevato del traguardo (*)**	**Note**
Raccolta dati centralizzata a livello regionale (area epidemiologia) (valida per progetto 2.3.1. e 2.3.2.)	01/01/2011	31/12/2012	Report per il 2012 relativo alle fasce 0-4 e > 65 anni	Avvio monitoraggio annuale (2011) a cura del servizio di epidemiologia Direzione Centrale e Promozione Sociale FVG sinergia con dati a raccolta nazionale				

(*)percentuale di avanzamento dell'attività (0%, 25%, 50%, 75%, 100%)

2.4.1 Migliorare trasparenza ed equità dell'offerta vaccinale

Macroarea

2. PREVENZIONE UNIVERSALE

Linea di intervento generale

2.4 ***Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione***

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012

Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento

Titolo del Progetto

2.4.1 Migliorare trasparenza ed equità dell'offerta vaccinale

Obiettivo specifico di salute

Migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio attraverso l'analisi della mancata adesione ed azioni di promozione dell'informazione e dell'adesione consapevole

Contenuti del progetto

Beneficiari, attori e altri portatori di interesse

Questo progetto è rivolto a soggetti con patologie croniche a rischio di complicanze se ammalati.
Si stima che i soggetti tra i 6 mesi e i 65 anni affetti da patologie croniche in Friuli Venezia Giulia (FVG) siano circa 77mila (soggetti estratti sulla base degli elenchi di esenzione per patologia, presenti nel Sistema informativo regionale) .
Sono coinvolti nel progetto: la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali - Area prevenzione e promozione della salute della Regione Friuli Venezia Giulia, la Commissione regionale vaccini,i Servizi vaccinali dei Dipartimenti di prevenzione delle ASS regionali, i Medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i Medici specialisti ospedalieri/ambulatoriali dei distretti sanitari, i centri di riferimento per le patologie croniche, il Sistema informativo regionale. Altri portatori di interesse possono essere le associazioni di malati cronici.

Analisi di contesto

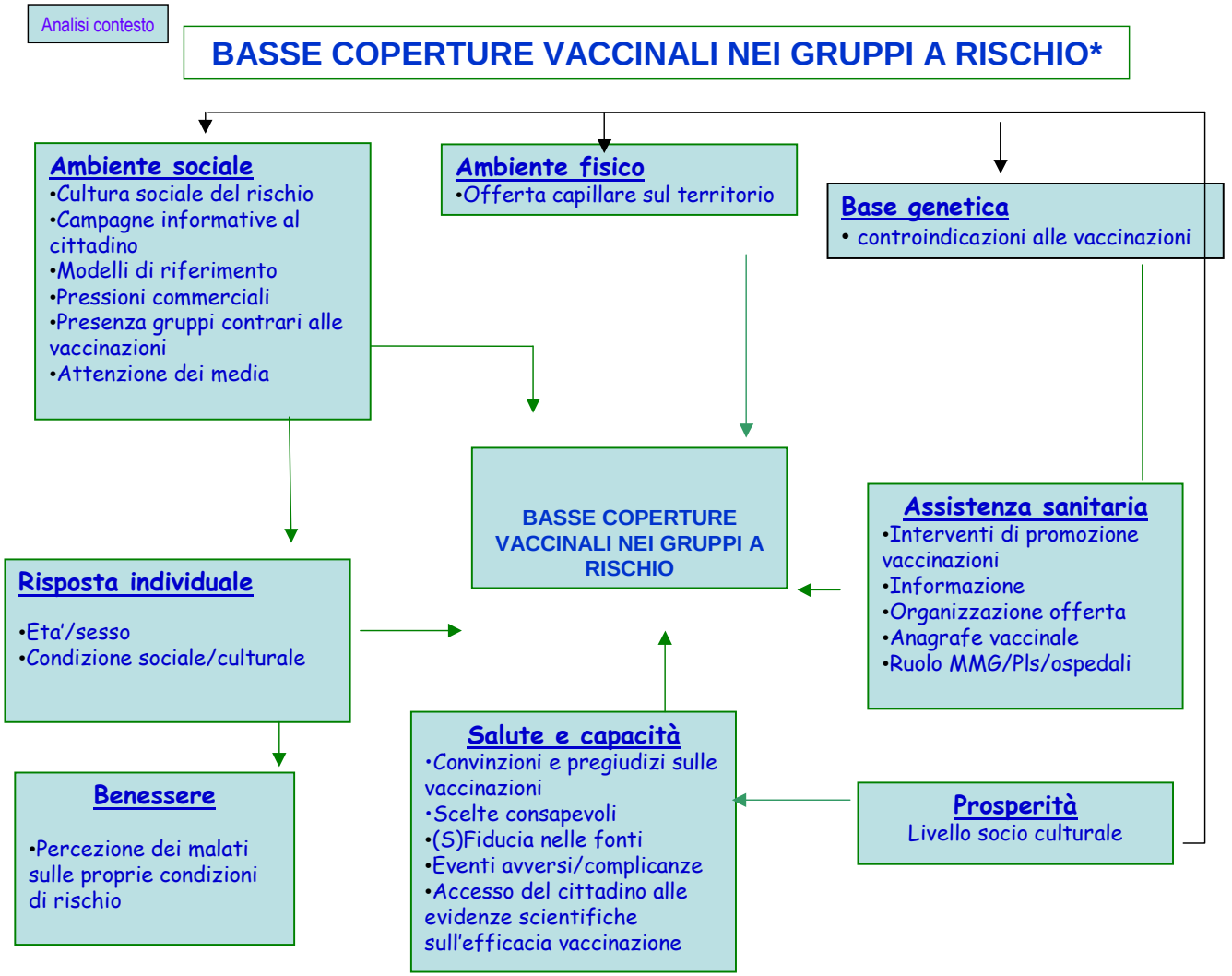
Le vaccinazioni (influenza, pneumococco meningococco e varicella) dei soggetti affetti da patologie croniche che sono a maggior rischio di complicanze in caso di malattia rappresentano un importante intervento di sanità pubblica.
In FVG già la Delibera di Giunta Regionale n. 3234 dd. 29.11.2004 che conteneva gli indirizzi di programmazione sanitaria per l'attività delle aziende regionali nel corso dell'anno 2005 aveva previsto l'avvio dell'offerta attiva e gratuita dei vaccini raccomandati ai soggetti appartenenti ai gruppi a rischio aumentato. A tale scopo era stato prevista una procedura di "record linkage" tra gli archivi sanitari regionali che consentisse di ottenere un elenco di soggetti eleggibili per le vaccinazioni raccomandate ai gruppi a rischio da rendere disponibile ai Dipartimenti di Prevenzione e ai medici di medicina generale soprattutto in occasione delle campagne antinfluenzale stagionali.
Tuttavia i dati di copertura vaccinale relativi ai soggetti con malattie croniche indicano come questi gruppi, che dovrebbero essere particolarmente tutelati, siano invece generalmente poco protetti.
Le stime di copertura ricavate dal sistema di sorveglianza PASSI ci dicono che nella campagna vaccinale stagionale 2008-2009, circa il 29% degli intervistati tra 18 e 64 anni che hanno riferito di essere affetti da una malattia cronica afferma di essersi vaccinato contro l'influenza stagionale.
I dati forniti dal Sistema informativo regionale circa la copertura vaccinale per influenza nei soggetti a rischio <65 anni sono riportati in tabella 1.

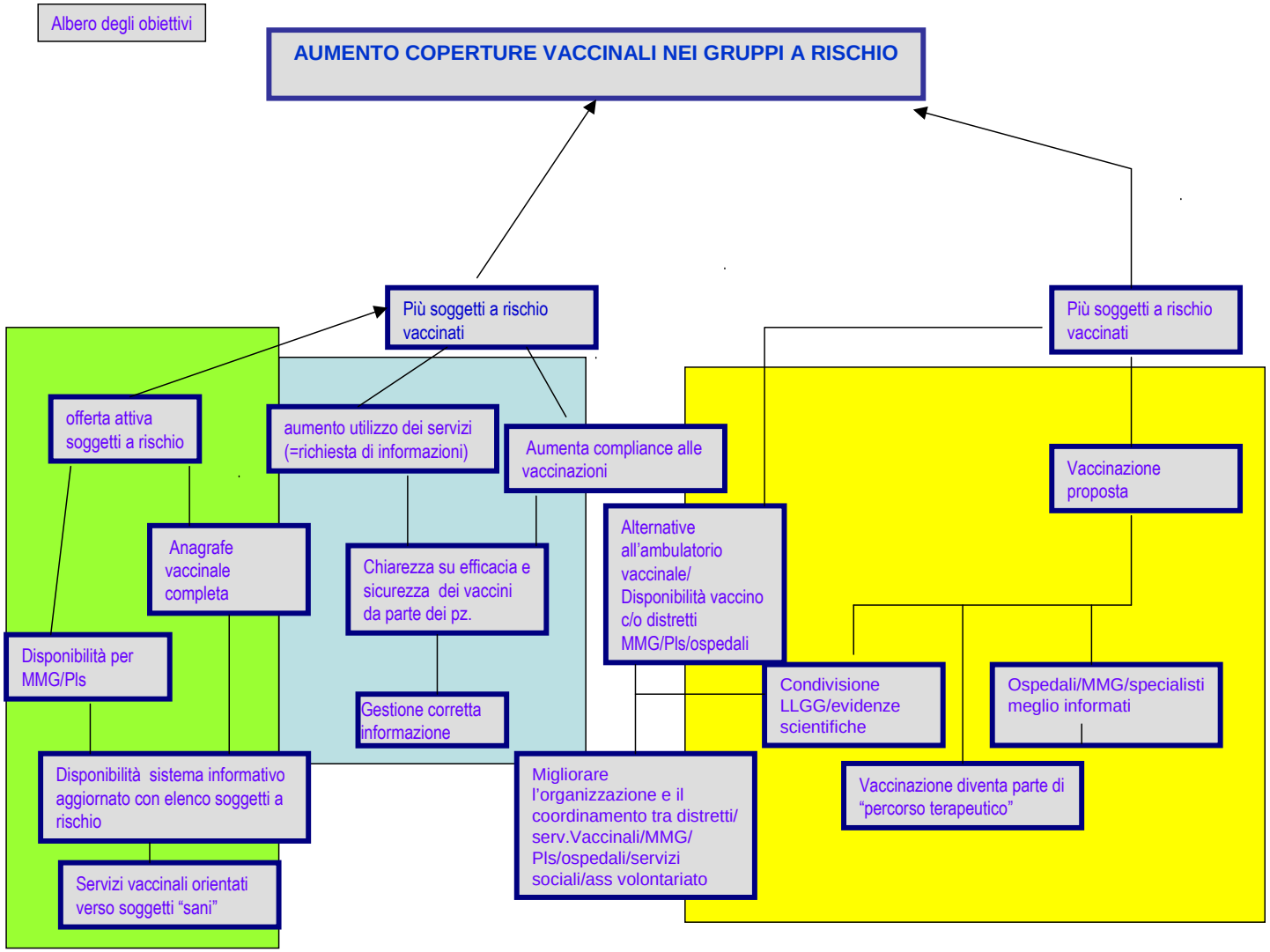
Tab. 1 -Coperture vaccinali (%) per influenza stagionale soggetti a rischio <65 anni, per classe d'età - Friuli Venezia Giulia 2007-2010

	<5anni	**5-14**	**15-24**	**25-64**
2007-2008	0,7	1,1	1	5,3
2008-2009	1,4	1,8	1,7	8,2
2009-2010	1,9	1,8	1,6	8,6

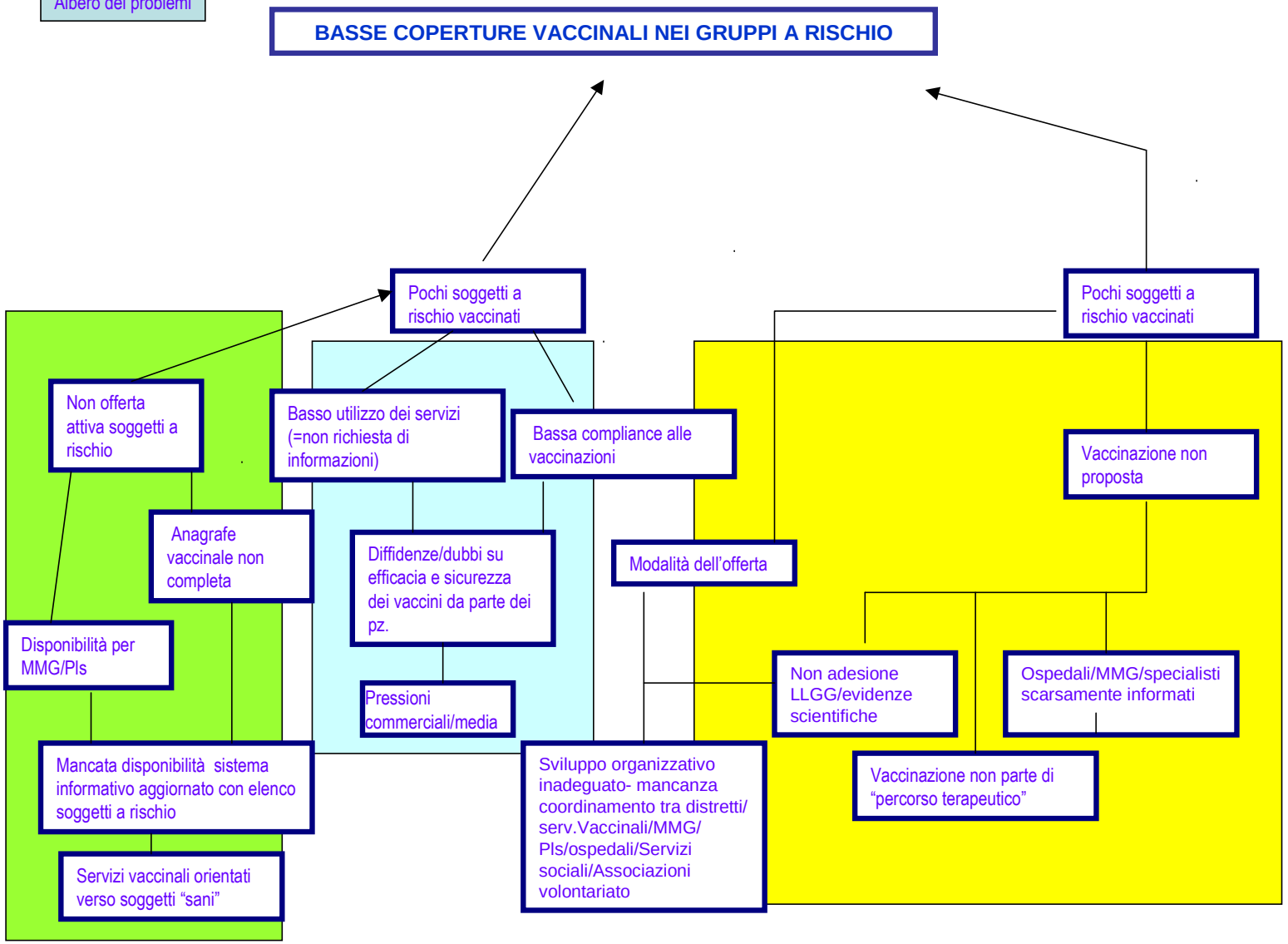
Anche per pneumococco meningococco e varicella la copertura nei soggetti a rischio stimati è veramente bassa (<1%).
È quindi necessario migliorare la copertura vaccinale dei soggetti affetti da malattie croniche in quanto si tratta di un gruppo particolarmente "debole" che non sempre o quasi mai è messo a conoscenza sull'opportunità di farsi vaccinare.
Infatti il modello organizzativo dei servizi vaccinali regionali è orientato alla vaccinazione dei soggetti sani, inoltre i dati ottenuti dagli archivi sanitari regionali rappresentano ovviamente solo uno strumento informativo di supporto alla ricerca attiva dei "soggetti a rischio" che le aziende sanitarie regionali devono pianificare in collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia. In molti casi i dati ottenuti ad esempio dall'archivio sanitario delle esenzioni ticket non sono così selettivi da consentire l'individuazione solo delle condizioni patologiche per le quali esiste la raccomandazione alla somministrazione di uno o più vaccini (esempio delle immunodeficienze congenite, delle alterazioni a carico del sistema immunitario, delle emoglobinopatie, delle anemie congenite ecc.). Rispetto ai dati così ottenuti si dovrà quindi valutare in collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia la sussistenza o meno dei criteri di eleggibilità per le vaccinazioni raccomandate ai gruppi a rischio.
Offrire una serie di servizi integrati per la gestione di questi pazienti potrebbe rappresentare una sfida, ma anche una grande opportunità per la qualità della sanità regionale e locale della nostra regione.

Questo progetto prevede:
lo sviluppo di una stretta collaborazione tra i servizi vaccinali, medici specialisti ospedalieri e ambulatoriali , MMG,PLS, centri di riferimento per le patologie croniche e la loro sensibilizzazione nell'offerta attiva della vaccinazione ai soggetti a rischio
lo sviluppo e la condivisione di LLGG anche con le associazioni dei malati
il miglioramento e l'implementazione delle procedure di ricerca dei soggetti a rischio per patologie nei sistemi sistemi informativi sanitari regionali con procedure di record-linkage
la definizione a livello centrale e locale di accordi di collaborazione con MMG e PLS per la l'avvio del progetto

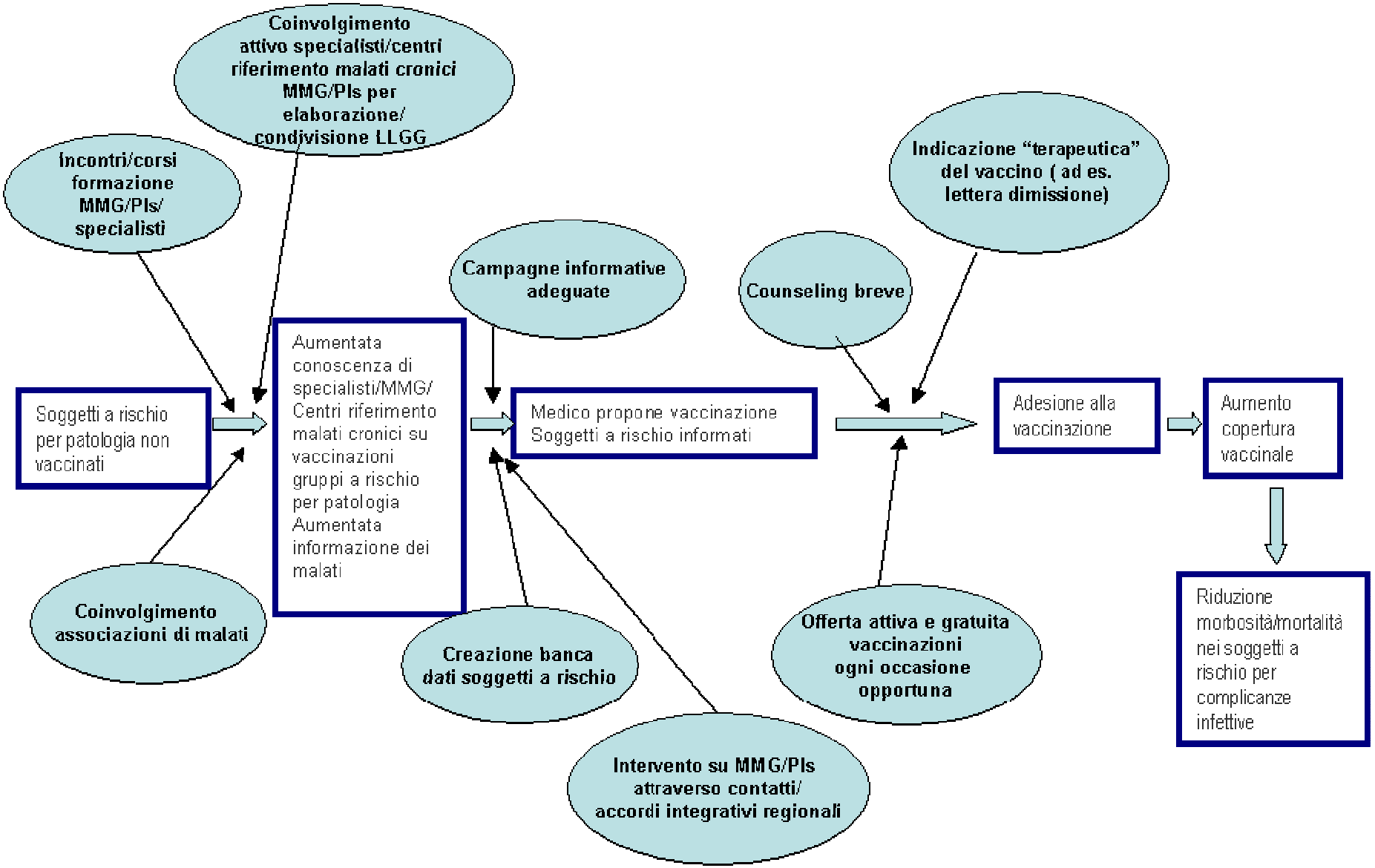

Analisi contesto
BASSE COPERTURE VACCINALI NEI GRUPPI A RISCHIO*
Ambiente sociale
•Cultura sociale del rischio
•Campagne informative al cittadino
•Modelli di riferimento
•Pressioni commerciali
•Presenza gruppi contrari alle vaccinazioni
•Attenzione dei media
Ambiente fisico
•Offerta capillare sul territorio
Base genetica
• controindicazioni alle vaccinazioni
BASSE COPERTURE VACCINALI NEI GRUPPI A RISCHIO
Assistenza sanitaria
•Interventi di promozione vaccinazioni
•Informazione
•Organizzazione offerta
•Anagrafe vaccinale
•Ruolo MMG/Pls/ospedali
Risposta individuale
•Eta'/sesso
•Condizione sociale/culturale
Benessere
•Percezione dei malati sulle proprie condizioni di rischio
Salute e capacità
•Convinzioni e pregiudizi sulle vaccinazioni
•Scelte consapevoli
•(S)Fiducia nelle fonti
•Eventi avversi/complicanze
•Accesso del cittadino alle evidenze scientifiche sull'efficacia vaccinazione
Prosperità
Livello socio culturale


Albero degli obiettivi
AUMENTO COPERTURE VACCINALI NEI GRUPPI A RISCHIO
Più soggetti a rischio vaccinati
Più soggetti a rischio vaccinati
offerta attiva soggetti a rischio
aumento utilizzo dei servizi (=richiesta di informazioni)
Aumenta compliance alle vaccinazioni
Vaccinazione proposta
Anagrafe vaccinale completa
Chiarezza su efficacia e sicurezza dei vaccini da parte dei pz.
Alternative all'ambulatorio vaccinale/ Disponibilità vaccino c/o distretti MMG/Pls/ospedali
Disponibilità per MMG/Pls
Gestione corretta informazione
Condivisione LLGG/evidenze scientifiche
Ospedali/MMG/specialisti meglio informati
Disponibilità sistema informativo aggiornato con elenco soggetti a rischio
Migliorare l'organizzazione e il coordinamento tra distretti/ serv.Vaccinali/MMG/ Pls/ospedali/servizi sociali/ass volontariato
Vaccinazione diventa parte di "percorso terapeutico"
Servizi vaccinali orientati verso soggetti "sani"

Albero dei problemi



Modello logico :migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura dei soggetti a rischio



Quadro logico

Finalità progetto	**Logica dell'intervento**	**Indicatori verificabili obiettivamente**	**Fonti di verifica**	**Rischi e assunzioni**
Obiettivo generale	Riduzione morbosità/mortalità nei soggetti a rischio per complicanze infettive prevenibili con vaccino			
Obiettivo specifico	Aumentare le coperture vaccinali nei soggetti a rischio (malati cronici)	% adesione alle vaccinazioni	Banche dati Sistema Informativo Regionale (SIR)	
Risultati attesi	Protocollo di offerta vaccinale condiviso tra i vari attori/gruppi interesse Diffusione tra MMG/Pls/Ospedali/ centri di riferimento per malati cronici Linee di collaborazione /di intesa organizzativa tra MMG/ospedali/ centri di riferimento per malati cronici/servizi vaccinali Creazione anagrafe degli individui con malattia cronica Messa a disposizione degli individui con malattie croniche di materiale informativo adeguato Messa a disposizione dei MMG elenco assistiti con malattie croniche Offerta routinaria vaccinazioni ai soggetti a rischio entro la fine del triennio da parte dei MMG e/o servizi vaccinali e vaccinazione inserita nel "piano terapeutico" dei soggetti a rischio	Protocollo presente Note formali,diffusione tramite OM,siti aziendali ecc Linee di collaborazione predisposte e diffuse Presenza su SIR anagrafe soggetti con malattia cronica Presenza materiale informativo Elenco periodico inviato ai MMG Dati SIR	Verbali incontri Documenti Banche dati SIR	

Attività	Definire e formalizzare un protocollo condiviso di offerta vaccinale (come indicazione terapeutica) tra sanità pubblica/ MMG/ specialisti/centri di riferimento per malati cronici Diffusione/condivisione protocolli/LLGG Iniziative per il coinvolgimento di MMG e specialisti per condividere azioni organizzative/individuare percorsi facilitanti Ridefinire i criteri per la creazione dell'anagrafe degli individui con malattie croniche Predisposizione materiale informativo ed iniziative di comunicazione a livello regionale/locale anche in collaborazione con le associazioni di malati cronici Invio periodico elenco assistiti affetti da malattie croniche a MMG Offerta attiva delle vaccinazioni indicate ai soggetti a rischio (anche inserita ad es. nelle indicazioni terapeutiche delle lettere di dimissione ospedaliera)	MEZZI Incontri periodici Indicazioni regionali (delibera) Materiali della campagne informative Incontri per definire i criteri per identificare i malati cronici Accordo Integrativo Regionale e accordi aziendali	COSTI I costi sono inclusi nel finanziamento alle aziende e nelle spese sovraziendali	Mancata adesione/partecipazione attiva MMG/specialisti/ altri portatori di interesse Mancato acquisto/ disponibilità vaccini Accordi con MMG Capacità di Insiel di dedicare competenze e risorse

Piano di valutazione

Il piano di valutazione prevede una verifica della pertinenza, efficienza, efficacia, impatto, fattibilità del programma rispetto agli obiettivi prefissati. Verranno esaminati i risultati raggiunti rispetto ai quelli attesi mediante la verifica degli indicatori previsti nel quadro logico, e nel caso di mancato raggiungimento verranno definite modifiche al programma o azioni di miglioramento.
Si prevede una valutazione intermedia dei risultati raggiunti a fine 2011 e una valutazione conclusiva a fine 2012 da effettuare secondo il seguente schema

CRONOPROGRAMMA AL 31/12/2012								
Descrizione attività	**Data inizio prevista**	**Data fine prevista**	**Risultati attesi**	**Eventuali vincoli o criticità**	**Data inizio effettiva**	**Data fine effettiva**	**valore rilevato del traguardo (*)**	**Note**
Definire e formalizzare un protocollo condiviso di offerta vaccinale (come indicazione terapeutica) tra sanità pubblica/ MMG/ specialisti/centri di riferimento per malati cronici	01/01/2011	31/12/2011	Protocollo di offerta vaccinale formalizzato	Mancata adesione/partecipazione attiva MMG/specialisti ecc				
Diffusione/condivisione protocolli/LLGG	01/01/2011	31/12/2011						
Iniziative per il coinvolgimento di MMG e specialisti per condividere azioni organizzative/individuare percorsi facilitanti	01/01/2011	31/12/2012						
Ridefinire i criteri per la creazione dell'anagrafe degli individui con malattie croniche	01/01/2011	31/12/2011	Sviluppo dell'anagrafe degli individui con malattie croniche	Capacità di Insiel di dedicare competenze e risorse				
Predisposizione materiale informativo ed Iniziative di comunicazione a livello regionale/locale anche in collaborazione con le associazioni di malati cronici	01/01/2011	31/12/2012	Aumento dell'adesione alle vaccinazioni raccomandate per patologia					
Invio periodico elenco assistiti affetti da malattie croniche a MMG	01/01/2012	31/12/2012						
Offerta attiva delle vaccinazioni indicate ai soggetti a rischio	01/01/2012	31/12/2012						

(*)percentuale di avanzamento dell'attività (0%, 25%, 50%, 75%, 100%)

2.6.1 AFRODITE: comportamenti a rischio nell'area dell'affettività e sessualità individuale e di gruppo negli adolescenti

Macroarea

2 PREVENZIONE UNIVERSALE

Linea di intervento generale

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

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012

Ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV

Titolo del Programma

2.6 ***AFRODITE: comportamenti a rischio nell'area dell'affettività e sessualità individuale e di gruppo negli adolescenti***

Obiettivo specifico di salute

Prevenire le malattie sessualmente trasmesse attraverso un progetto di peer education e di informazione-comunicazione

Contenuti del progetto

L'adolescenza è il periodo in cui i giovani acquisiscono la completa maturità sessuale passando dalla semplice capacità procreativa alla piena consapevolezza della propria sessualità. Questo passaggio è profondamente influenzato dal contesto culturale e sociale in cui vive il giovane. Diversi modelli culturali, sociali e religiosi causano nei giovani rilevanti differenze di comportamento a parità di sviluppo fisiologico. Il giovane adolescente passa dal controllo parentale all'adattamento sociale, deve così costruirsi i propri modelli di comportamento, anche sessuale, mediando tra i modelli trasmessi dai genitori e quelli del contesto sociale in cui vive.

E' importante in questa fase che il giovane acquisisca le giuste informazioni sull'anatomia e la funzionalità degli organi sessuali, sulla fisiologia del rapporto sessuale (la risposta sessuale), sulla contraccezione e sulla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili .Il progetto Afrodite, vuole favorire la partecipazione attiva dei giovani, verso l'ideazione di azioni di prevenzione legate ai problemi di una sessualità consapevole, sensibilizzando i pari sui rischi derivanti da comportamenti non protettivi nel campo di una sessualità agita; mira all'ascolto attivo e partecipato della voce dei ragazzi, per la realizzazione di iniziative di informazione tra pari (peer-education) attraverso forme di comunicazione efficaci e di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse.

Beneficiari, attori e altri portatori di interesse

Target

Il progetto è rivolto a giovani di età compresa tra 15 e 18 anni di scuole campione individuate in una provincia della regione FVG.

Nel progetto sono individuati gruppi di peer educator composti da almeno 15-20 ragazzi di età compresa tra i 15 e 17 anni. I gruppi di peer-educator saranno coinvolti in almeno 20 classi oppure è previsto il coinvolgimento di 400 ragazzi.

Attori coinvolti

Sono coinvolti nella realizzazione del progetto un'Equipe interistituzionale di Progetto composta da referenti di un'azienda sanitaria , in una provincia campione della regione, e referenti della LILT quali partner di progetto.

Analisi di contesto

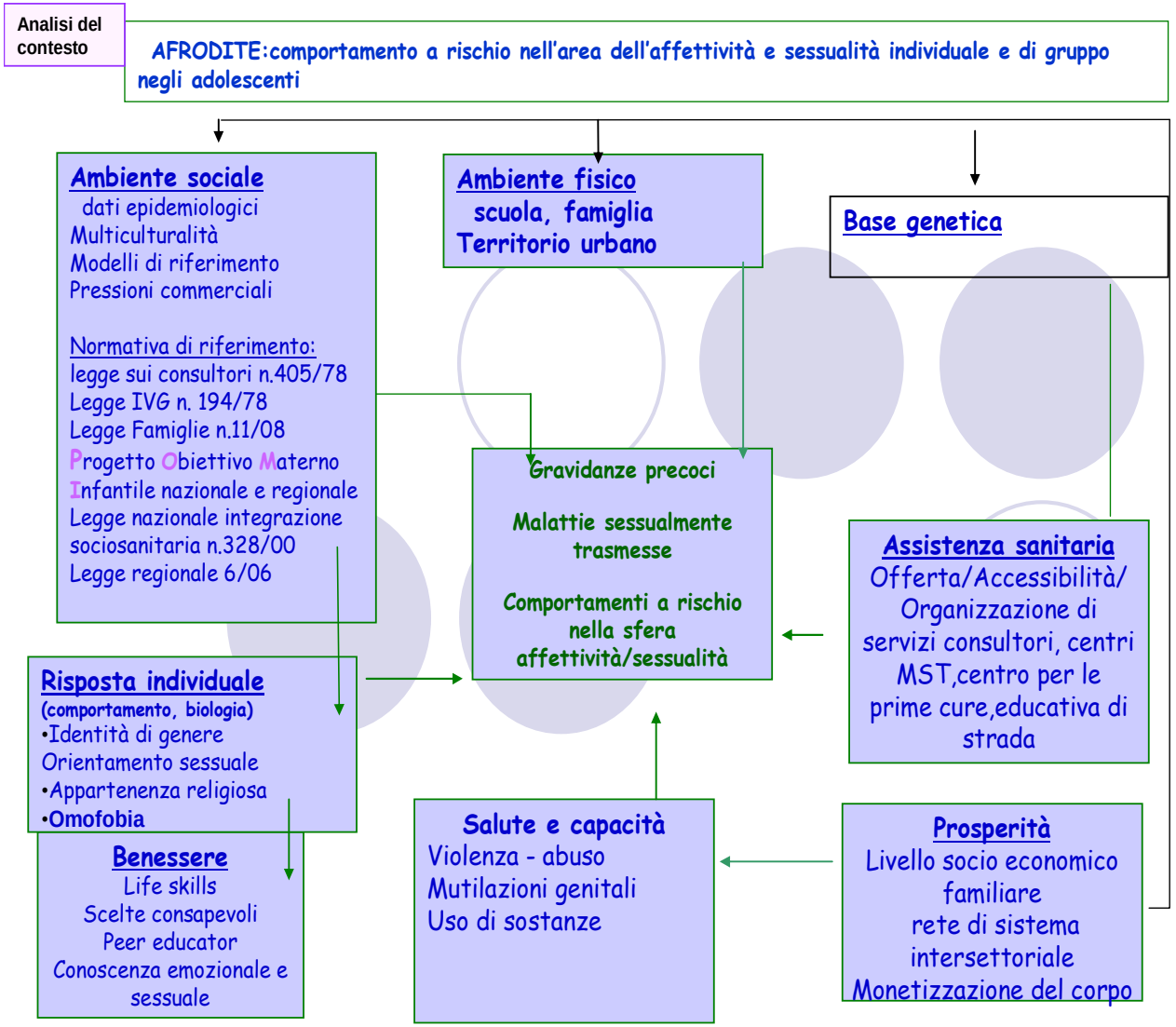
Le malattie sessualmente trasmissibili (MST) costituiscono uno dei più seri problemi di salute pubblica in tutto il mondo, sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo. Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le MST hanno una incidenza annua di 333 milioni di casi escludendo l'AIDS, di questi 111 interessano giovani sotto i 25 anni di età; l' incidenza delle MST ha un effetto sullo stato di salute e su quello socio-economico di interi paesi, soprattutto nell'area africana, ed è definita da anni ormai una reale emergenza. Nella maggior parte dei paesi industrializzati il largo uso delle terapie antibiotiche ha determinato nelle decadi passate una drastica riduzione della diffusione delle MST, ha determinato un netto incremento di MST virali quali l'herpes genitale e i condilomi acuminati, nonché la riemergenza di patologie quasi completamente scomparse, quali la sifilide e il linfogranuloma venereo. Gli unici dati nazionali disponibili sulle MST sono quelli relativi a sifilide e gonorrea (dati ISTAT), che tuttavia non sono attendibili a causa di una forte sottonotifica dei casi. Nessun dato nazionale è disponibile invece su altre MST, quali condilomi genitali, herpes genitale, infezioni da chlamydia, ecc. A rendere particolarmente urgente la prevenzione delle MST è il loro ruolo eziologico in molte patologie dell'apparato genitale, dalla sterilità, alla abortività, ai tumori, alla malattia infiammatoria pelvica ed il fatto che esse rappresentano sicuri fattori di rischio per l'acquisizione e la trasmissione dell'infezione da HIV. L'incidenza delle MST nel mondo è in continuo aumento, a causa della maggiore mobilità e della tendenza ad avere rapporti sessuali con più partners e la categoria degli adolescenti è maggiormente esposta causa la promiscuità dei rapporti e l'inizio ad un'attività sessuale in un'età precoce con scarse conoscenze sulla prevenzione delle MST.

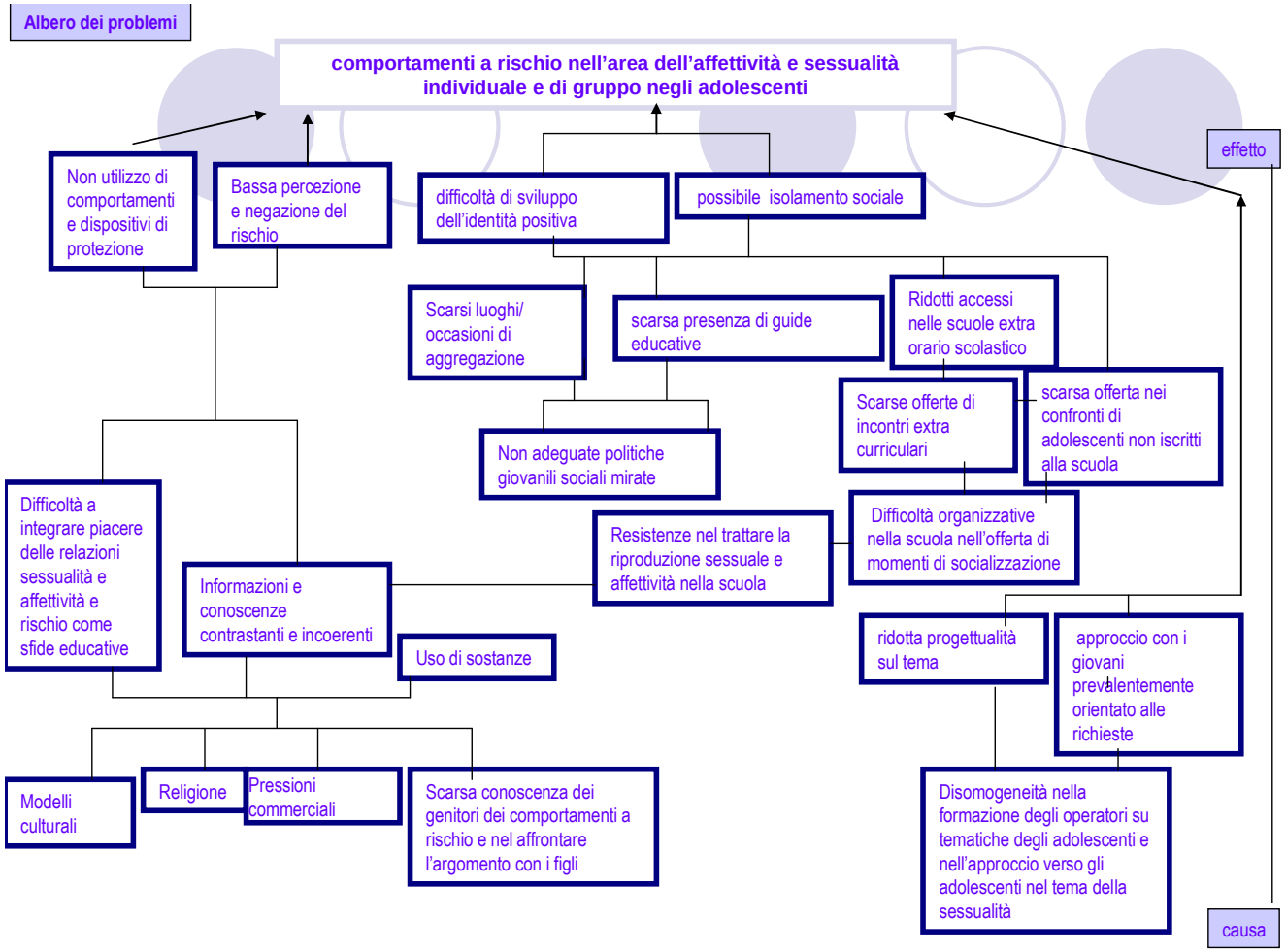
Il controllo delle MST è una delle priorità dell'OMS e di altre organizzazioni sanitarie. La strategia adottata si basa soprattutto sulla prevenzione, con la promozione di comportamenti sessuali responsabili (informazione, attenzione nelle pratiche sessuali saltuarie e con partner occasionali, accesso all'uso di preservativi).

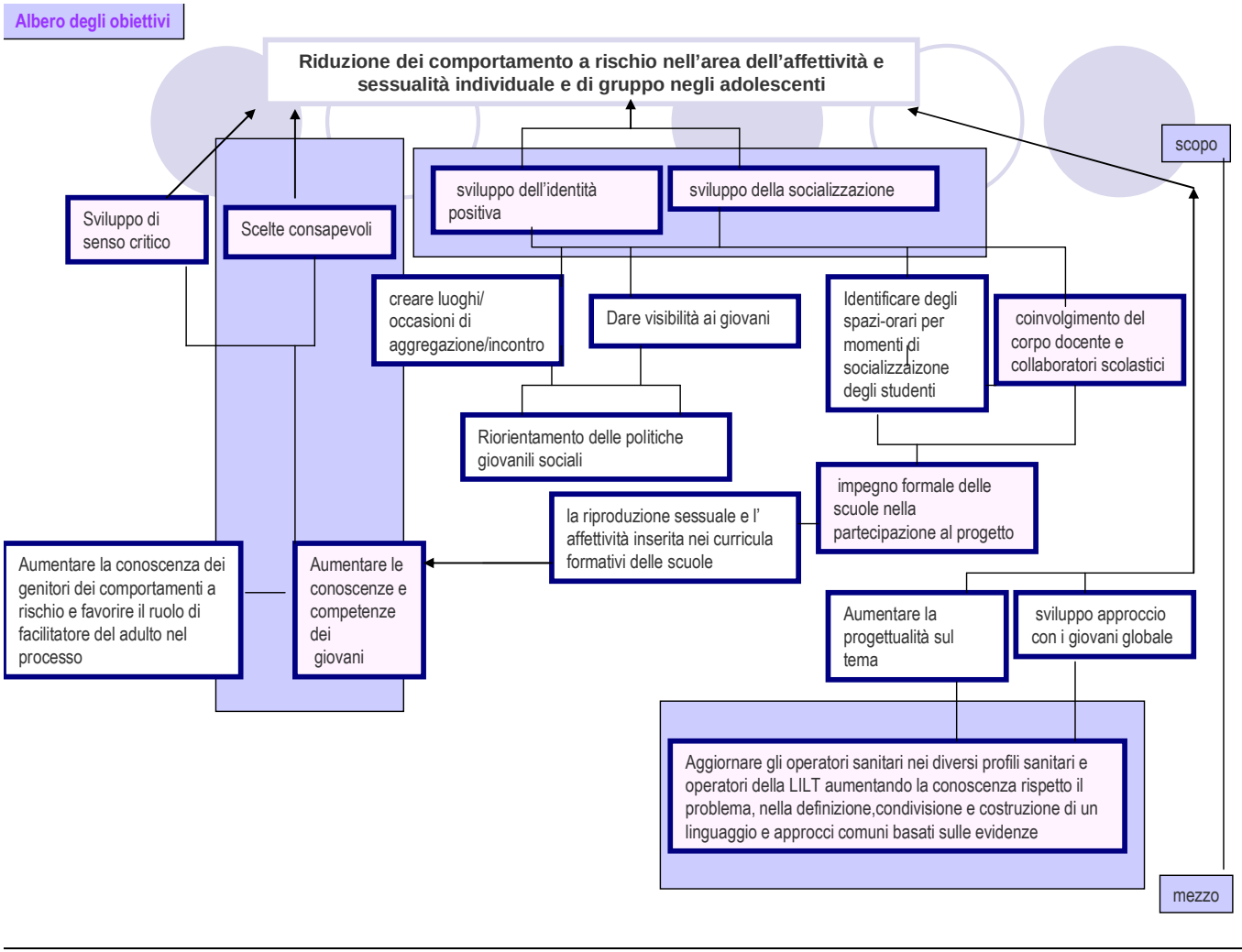
Da un'indagine svolta nell'ambito del progetto "Prevenzione Aids-Problematiche adolescenziali 2010" condotto in alcune scuole superiori a Roma, in collaborazione con l'Osservatorio nazionale alcol Cnesps, è emerso che il 50% dei ragazzi e delle ragazze, coinvolti nell'indagine, non pensa di poter contrarre una infezione da HIV durante i rapporti sessuali perché ha bevuto troppo per valutare il rischio; il 10% dichiara che non è in grado di percepire il rischio di Aids potenzialmente connesso a un rapporto sessuale non protetto perché sconvolto dall'uso di sostanze.

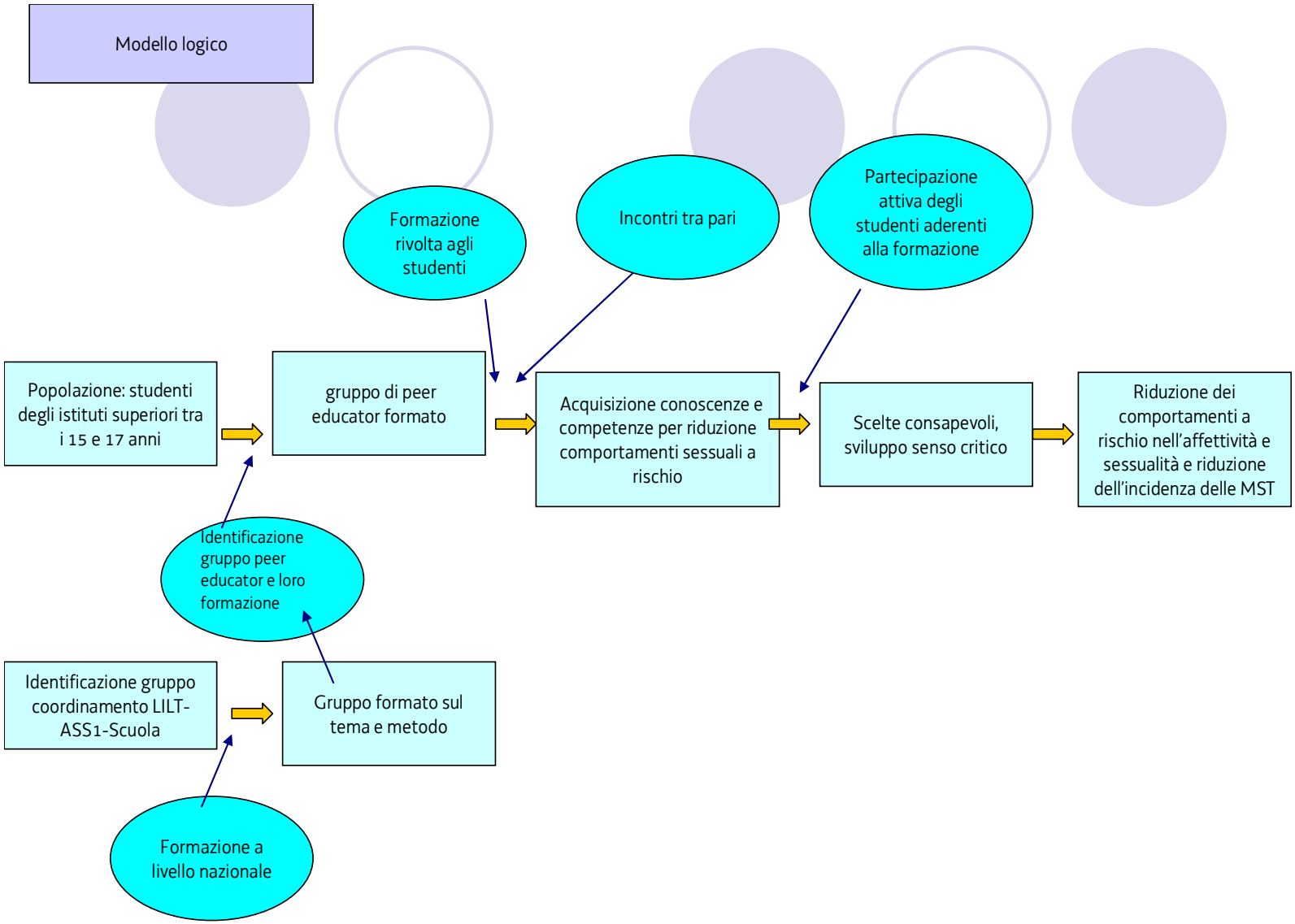
Il problema quindi della conoscenza e consapevolezza di come realizzare comportamenti "protettivi" in relazione alla sessualità, è legata alle conoscenze e all'assunzione di comportamenti e stili di vita responsabili, oltre che all'etica familiare e sociale in cui un adolescente cresce. Ogni risposta individuale non può prescindere dall'identità di genere, dalla pressione e condizionamento socio-culturale e dei mass-media, dalla pressione esercitata dai pari.

Una forte differenza di comportamenti si evidenziano nei giovani con livello culturale e socio-economico basso o ancor più nella marginalità sociale.
I comportamenti sessuali degli adolescenti devono essere oggetto di attenzione dei Servizi Sanitari, della Scuola, della famiglia quali interlocutori attendibili e competenti per una reale educazione alla salute affettiva e sessuale.


Analisi del contesto
AFRODITE:comportamento a rischio nell'area dell'affettività e sessualità individuale e di gruppo negli adolescenti
Ambiente sociale
dati epidemiologici
Multiculturalità
Modelli di riferimento
Pressioni commerciali
Normativa di riferimento:
legge sui consultori n.405/78
Legge IVG n. 194/78
Legge Famiglie n.11/08
Progetto Obiettivo Materno Infantile nazionale e regionale
Legge nazionale integrazione sociosanitaria n.328/00
Legge regionale 6/06
Ambiente fisico
scuola, famiglia
Territorio urbano
Base genetica
Gravidanze precoci
Malattie sessualmente trasmesse
Comportamenti a rischio nella sfera affettività/sessualità
Assistenza sanitaria
Offerta/Accessibilità/ Organizzazione di servizi consultori, centri MST,centro per le prime cure,educativa di strada
Risposta individuale
(comportamento, biologia)
•Identità di genere
Orientamento sessuale
•Appartenenza religiosa
•Omofobia
Benessere
Life skills
Scelte consapevoli
Peer educator
Conoscenza emozionale e sessuale
Salute e capacità
Violenza - abuso
Mutilazioni genitali
Uso di sostanze
Prosperità
Livello socio economico familiare
rete di sistema intersettoriale
Monetizzazione del corpo


Albero dei problemi
comportamenti a rischio nell'area dell'affettività e sessualità individuale e di gruppo negli adolescenti
effetto
causa
Non utilizzo di comportamenti e dispositivi di protezione
Bassa percezione e negazione del rischio
difficoltà di sviluppo dell'identità positiva
possibile isolamento sociale
Scarsi luoghi/ occasioni di aggregazione
scarsa presenza di guide educative
Ridotti accessi nelle scuole extra orario scolastico
Scarse offerte di incontri extra curriculari
scarsa offerta nei confronti di adolescenti non iscritti alla scuola
Non adeguate politiche giovanili sociali mirate
Difficoltà a integrare piacere delle relazioni sessualità e affettività e rischio come sfide educative
Informazioni e conoscenze contrastanti e incoerenti
Resistenze nel trattare la riproduzione sessuale e affettività nella scuola
Difficoltà organizzative nella scuola nell'offerta di momenti di socializzazione
ridotta progettualità sul tema
approccio con i giovani prevalentemente orientato alle richieste
Uso di sostanze
Modelli culturali
Religione
Pressioni commerciali
Scarsa conoscenza dei genitori dei comportamenti a rischio e nel affrontare l'argomento con i figli
Disomogeneità nella formazione degli operatori su tematiche degli adolescenti e nell'approccio verso gli adolescenti nel tema della sessualità


Albero degli obiettivi
Riduzione dei comportamento a rischio nell'area dell'affettività e sessualità individuale e di gruppo negli adolescenti
scopo
Sviluppo di senso critico
Scelte consapevoli
sviluppo dell'identità positiva
sviluppo della socializzazione
creare luoghi/ occasioni di aggregazione/incontro
Dare visibilità ai giovani
Identificare degli spazi-orari per momenti di socializzaizone degli studenti
coinvolgimento del corpo docente e collaboratori scolastici
Riorientamento delle politiche giovanili sociali
impegno formale delle scuole nella partecipazione al progetto
la riproduzione sessuale e l' affettività inserita nei curricula formativi delle scuole
Aumentare la conoscenza dei genitori dei comportamenti a rischio e favorire il ruolo di facilitatore del adulto nel processo
Aumentare le conoscenze e competenze dei giovani
Aumentare la progettualità sul tema
sviluppo approccio con i giovani globale
Aggiornare gli operatori sanitari nei diversi profili sanitari e operatori della LILT aumentando la conoscenza rispetto il problema, nella definizione,condivisione e costruzione di un linguaggio e approcci comuni basati sulle evidenze
mezzo


Modello logico
Formazione rivolta agli studenti
Incontri tra pari
Partecipazione attiva degli studenti aderenti alla formazione
Popolazione: studenti degli istituti superiori tra i 15 e 17 anni
gruppo di peer educator formato
Acquisizione conoscenze e competenze per riduzione comportamenti sessuali a rischio
Scelte consapevoli, sviluppo senso critico
Riduzione dei comportamenti a rischio nell'affettività e sessualità e riduzione dell'incidenza delle MST
Identificazione gruppo peer educator e loro formazione
Identificazione gruppo coordinamento LILT-ASS1-Scuola
Gruppo formato sul tema e metodo
Formazione a livello nazionale

Quadro logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione dei comportamento a rischio nell'area dell'affettività e sessualità negli adolescenti			
Obiettivo specifico	aumentare di almeno il 30-40% le conoscenze, dei ragazzi peer educator, tra i 15 e 17 anni ,sulle malattie sessualmente trasmesse e comportamenti protettivi (attitudini abilità?)	% di risposte esatte nei questionari	Questionari a tempo zero e dopo intervento	
Risultati attesi	1-Gruppo di coordinamento interistituzionale composto da almeno un referente per ogni Ente coinvolto (Scuola-LILT-ASS1) 2-3 Gruppo operativo formato a livello nazionale e locale 4- Presenza del gruppo di peer educator 5-Realizzazione di almeno 5 incontri destinato ai peer educator 6-Realizzazione di almeno un intervento tra pari	1- Note formali e nominativi referenti coinvolti 2- 3-Attestazione di presenza e partecipazione al percorso formativo 4 – Nominativi studenti individuati 5 – Programma del corso per peer educator; N°incontri 6- Documentazione degli interventi in classe e N°classi coinvolte	1 -°incontri Verbali incontri 2- Documenti/ attestati 3- Documenti/ attestati 4- Elenco studenti 5-Documentaz del corso 6 – N°ragazzi coinvolti	RISCHIO Mancata adesione/partecipazione attiva degli studenti ASSUNZIONE Formalizzazione con le scuole campione individuate
Attività	1-Forrmalizzare gruppo di lavoro(scuola-sanità-LILT) 2-Formazione nazionale del gruppo di coordinamento 3-Formazione locale degli operatori coinvolti 4- Identificare un gruppo di peer educator composto da almeno 15-20 ragazzi di età compresa tra i 15 e 17 anni 5- fare un corso di formazione destinato ai peer educator di almeno 5 incontri 6- un intervento tra pari condotto dai peer educator in almeno 20 classi oppure il coinvolgimento dei pari in attività informali (400 ragazzi)			

-

Piano di valutazione

Il piano di valutazione prevede una verifica della pertinenza, efficienza, efficacia, impatto, fattibilità del programma rispetto agli obiettivi prefissati. Verranno esaminati i risultati raggiunti rispetto ai quelli attesi mediante la verifica degli indicatori previsti nel quadro logico, e nel caso di mancato raggiungimento verranno definite modifiche al programma o azioni di miglioramento.

Si prevede una valutazione intermedia dei risultati raggiunti a fine 2011 e una valutazione conclusiva a fine 2012 da effettuare secondo il seguente schema

CRONOPROGRAMMA AL 31/12/2011- 31/12/2012								
Descrizione attività	Data inizio prevista	Data fine prevista	Risultati attesi	Eventuali vincoli o criticità	Data inizio effettiva	Data fine effettiva	valore rilevato del traguardo (*)	Note
Predisposizione del progetto AFRODITE comportamenti a rischio nell'area dell'affettività e sessualità individuale e di gruppo negli adolescenti	01/09/2010	31/12/2011	Stesura progetto e definizione gruppo di coordinamento interistituzionale					
1-Forrmalizzare gruppo di lavoro(scuola-sanità-LILT) 2-Formazione nazionale del gruppo di coordinamento 3-Formazione locale degli operatori coinvolti 4- Identificare un gruppo di peer educator composto da almeno 15-20 ragazzi di età compresa tra i 15 e 17 anni 5- fare un corso di formazione destinato ai peer educator di almeno 5 incontri	01/09/2010	31/12/2011		Coinvolgimento dei partners				
6- un intervento tra pari condotto dai peer educator in almeno 20 classi oppure il coinvolgimento dei pari in attività informali (400 ragazzi)	01/01/2011	31/12/2012		Coinvolgimento dei partners				
Valutazione dei risultati	01/01/2011	31/12/2012						

(*)percentuale di avanzamento dell'attività (0%, 25%, 50%, 75%, 100%)

2.6.2 Malattie infettive a scuola

Macroarea
2. PREVENZIONE UNIVERSALE

Linea di intervento generale
2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012
Raggiungere elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambenti di vita collettiva con particolare riguardo alle scuole

Titolo del Progetto
2.6.2 Malattie infettive a scuola

Obiettivo specifico di salute
Prevenire le malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili adeguando interventi e misure di controllo alle evidenze di efficacia

Contenuti del progetto

Beneficiari, attori e altri portatori di interesse
Questo progetto è rivolto ai soggetti che operano e frequentano le comunità infantili e scolastiche (insegnanti, educatori, genitori e alunni)
Sono coinvolti nel progetto: la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali - Area prevenzione e promozione della salute e la Direzione politiche per la famiglia della Regione Friuli Venezia Giulia, l'Ufficio Scolastico regionale, i Dipartimenti di prevenzione delle ASS regionali, i Medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, Altri portatori di interesse possono essere l'ANCI, comuni, i rappresentanti di genitori nelle scuole.

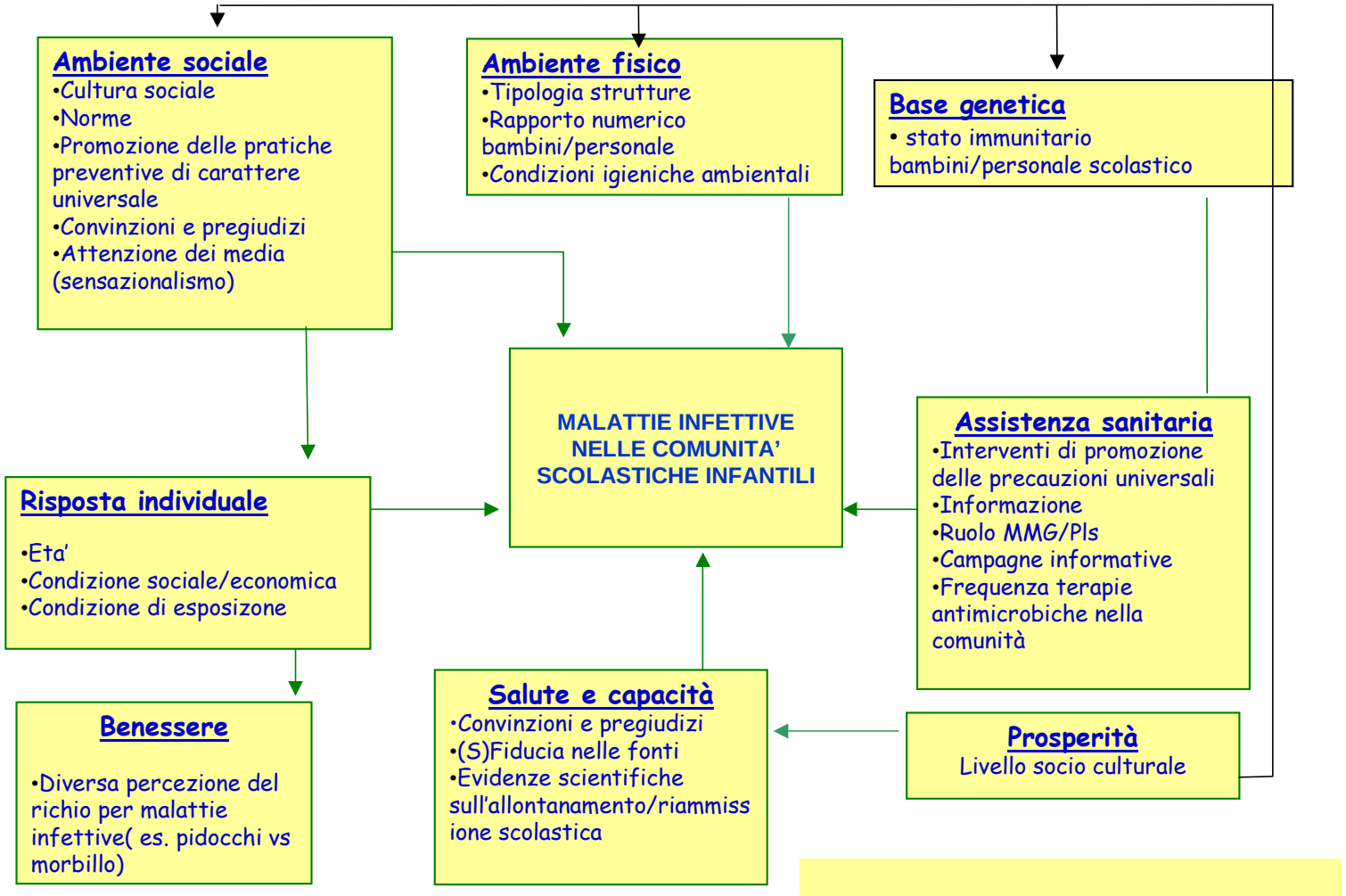
Analisi di contesto
Alcune malattie infettive sono ancora molto diffuse, soprattutto nei bambini e giovani, anche se in maniera ed aspetti molto diversi rispetto al passato. È esperienza comune che, quando casi singoli o focolai di epidemia coinvolgono la scuola o le comunità infantili in genere, subentrano paure e allarmismi. Gli interventi di prevenzione, attuati dalle Aziende sanitarie attraverso gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione sono spesso ritenuti insufficienti da genitori e operatori della scuola, perché è ancora diffusa l'erronea convinzione che mezzi quali l'isolamento dei malati, la disinfezione degli ambienti scolastici e comunitari in genere, siano sempre necessari. Inoltre è ancora molto diffusa la falsa sicurezza

data dal certificato di riammissione scolastica dopo un’assenza per malattia. Al contrario la maggior parte delle patologie si diffondono già dal periodo di incubazione , quando i sintomi della malattia non sono evidenti e in molti casi il contagio può essere evitato adottando semplici precauzioni e misure di igiene, purché applicate costantemente anche in assenza di persone malate. Inoltre molti agenti patogeni sopravvivono per pochissimo tempo nell’ambiente esterno e, pertanto, la disinfezione degli ambienti si rivela inutile se non dannosa.. E’ necessario pensare alla prevenzione delle malattie infettive, incentivando gli interventi disponibili prima che si verifichi una malattia infettiva e non solo quelli posti in atto quando la malattia si è già manifestata, finalizzati esclusivamente al controllo della sua diffusione.
Il mezzo di prevenzione sicuramente più efficace è costituito dalle vaccinazioni; altrettanto importante è l’adozione di misure igieniche di routine che devono diventare parte del comportamento abituale sia da parte degli operatori della scuola che dei bambini. Importante è l’informazione: la collaborazione tra gli operatori della prevenzione e le diverse componenti che operano nelle comunità infantili e scolastiche (insegnanti, educatori, genitori e bambini) nasce anche dalla condivisione delle conoscenze che sottendono le indicazioni operative per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive.

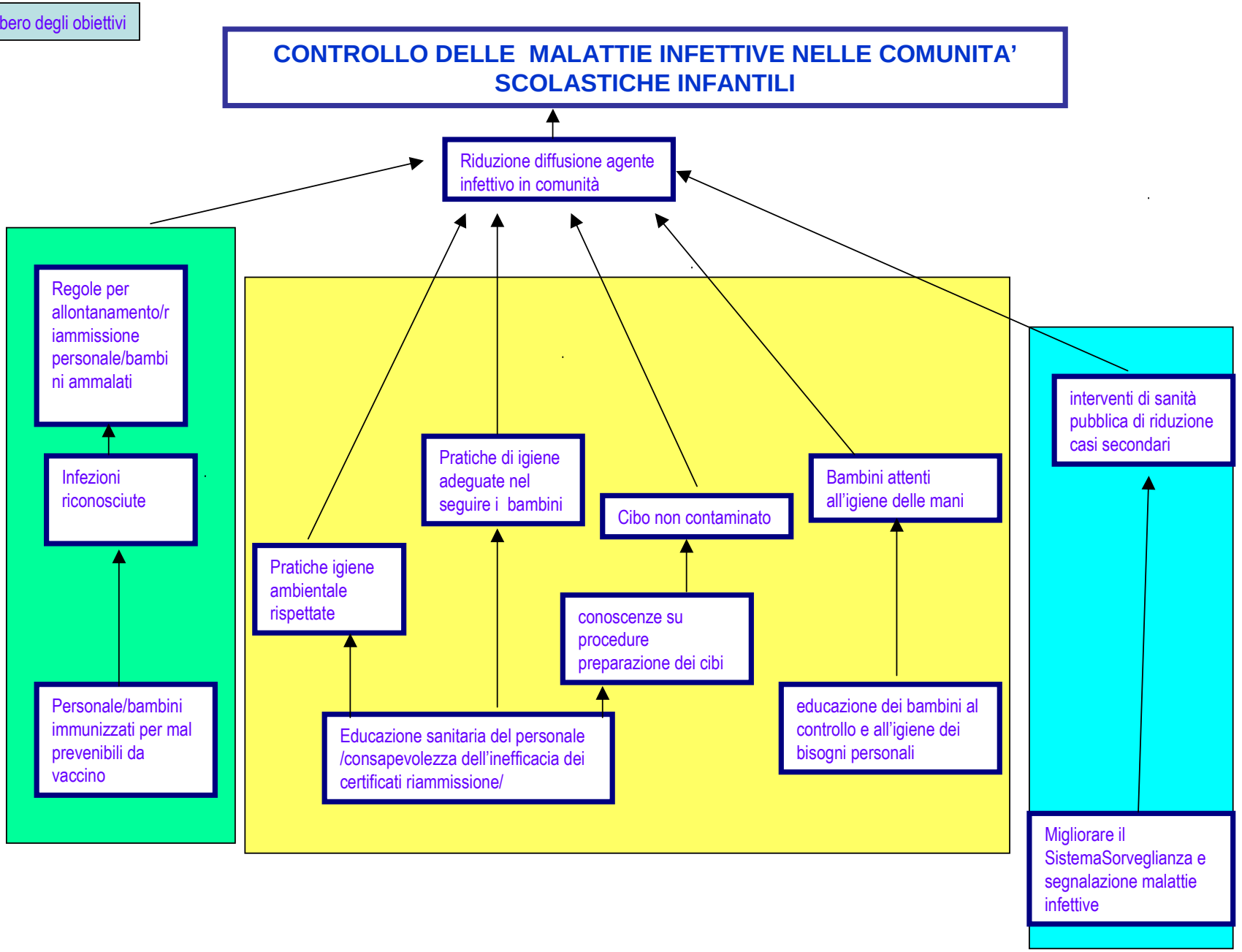
Questo progetto prevede:
lo sviluppo, attraverso la collaborazione con l’Ufficio scolastico regionale, la Direzione della famiglia, operatori dei servizi di strumenti formativi/LLGG utili a promuovere l’adozione di misure igieniche routinarie nelle comunità scolastiche infantili
Aumentare le conoscenze di insegnanti e operatori scolastici sulle modalità di diffusione malattie infettive e loro prevenzione attraverso corsi formativi
Ottenere la collaborazione dei genitori nello sviluppo del progetto formativo

Aalisi di contesto

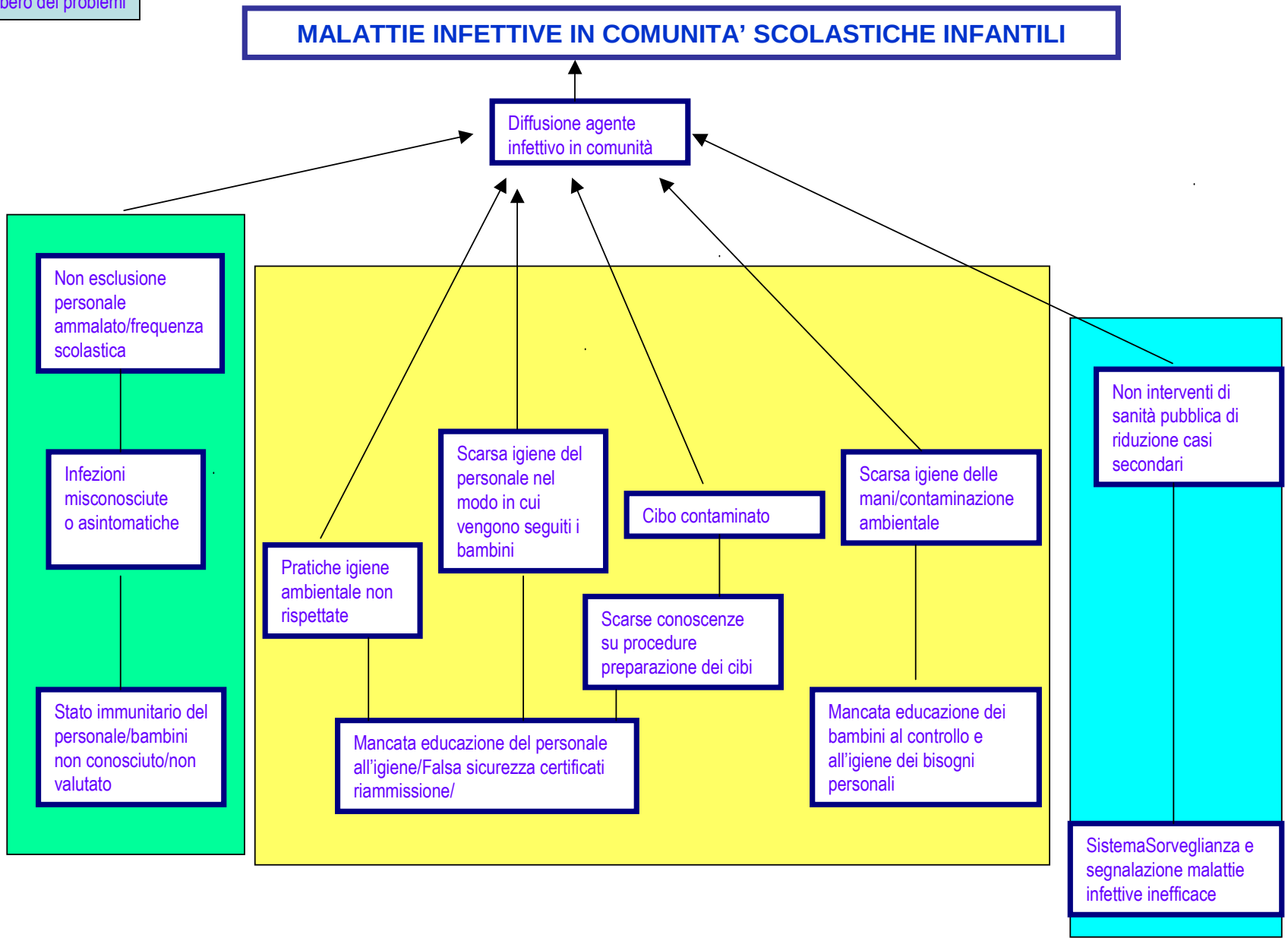
MALATTIE INFETTIVE IN COMUNITA' SCOLASTICHE INFANTILI



Albero degli obiettivi

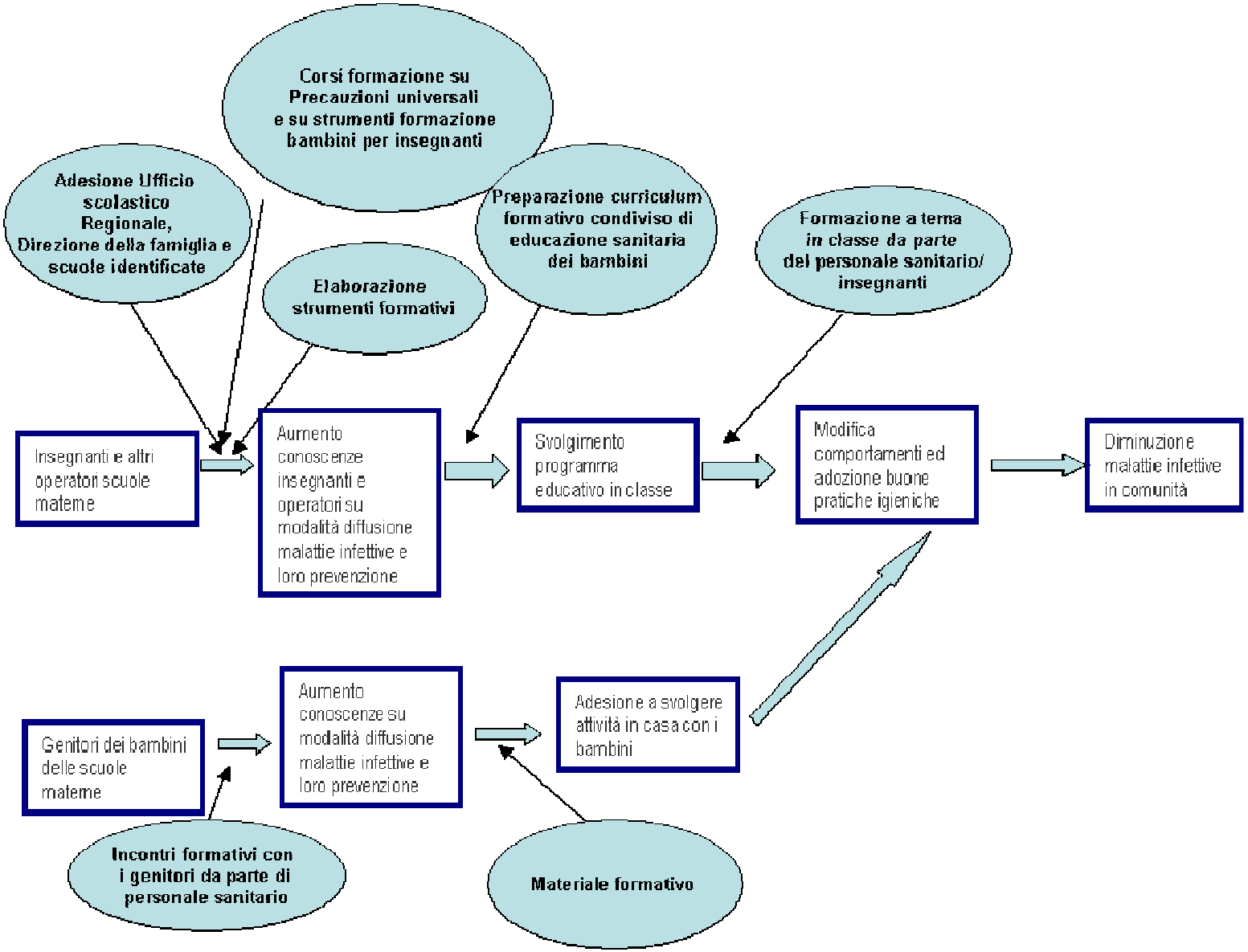


Albero dei problemi



Modello logico :controllo delle malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili

Quadro logico



Finalità progetto	**Logica dell'intervento**	**Indicatori verificabili obiettivamente**	**Fonti di verifica**	**Rischi e assunzioni**
Obiettivo generale	**Prevenire le malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili attraverso interventi di provata efficacia**			
Obiettivo specifico	Promuovere l'adozione di precauzioni universali nelle comunità scolastiche infantili	% adesione scuole	Dati Ufficio scolastico regionale	
Risultati attesi	Applicazione delle LLGG per la prevenzione delle malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili Strumenti formativi per insegnanti/operatori scolastici/bambini/genitori Insegnanti/educatori formati su prevenzione delle malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili Bambini educati all'adozione di buone pratiche igieniche Genitori informati	Esistenza delle LLGG regionali Esistenza pacchetto formativo % insegnanti formati % scuole che adottano il curriculum formativo	Verbali incontri Documenti Dati Ufficio scolastico regionale	
Attività	Realizzazione e distribuzione LLGG sulla prevenzione delle malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili Realizzazione di strumenti formativi per insegnanti /operatori scolastici/bambini/genitori Corsi formazione insegnanti/educatori Formazione a tema in classe Predisposizione materiale informativo ed iniziative di comunicazione a livello locale per i genitori	MEZZI Incontri periodici LLGG regionali Incontri per definire gli strumenti formativi Corso formazione regionale Svolgimento programma educativo in classe Materiali della campagne informative	COSTI I costi sono inclusi nel finanziamento alle aziende e nelle spese sovraziendali	Mancata adesione/partecipazione Ufficio scolastico regionale/direzione famiglia/altri portatori di interesse Difficoltà a reperire risorse per predisporre strumenti e materiale formativo Mancato inserimento progetto nei curriculum formativi (POF)

Piano di valutazione

Il piano di valutazione prevede una verifica della pertinenza, efficienza, efficacia, impatto, fattibilità del programma rispetto agli obiettivi prefissati. Verranno esaminati i risultati raggiunti rispetto ai quelli attesi mediante la verifica degli indicatori previsti nel quadro logico, e nel caso di mancato raggiungimento verranno definite modifiche al programma o azioni di miglioramento.
Si prevede una valutazione intermedia dei risultati raggiunti a fine 2011 e una valutazione conclusiva a fine 2012 da effettuare secondo il seguente schema

CRONOPROGRAMMA AL 31/12/2012								
Descrizione attività	**Data inizio prevista**	**Data fine prevista**	**Risultati attesi**	**Eventuali vincoli o criticità**	**Data inizio effettiva**	**Data fine effettiva**	**valore rilevato del traguardo (*)**	**Note**
Realizzazione e distribuzione LLGG sulla prevenzione delle malattie infettive nelle comunità scolastiche infantili	01/01/2011	31/12/2011	LLGG e pacchetto formativo regionale predisposte	Mancata adesione/partecipazione Direzione scolastica regionale/direzione famiglia Difficoltà a reperire risorse per predisporre strumenti e materiale formativo …				
Realizzazione di strumenti formativi per insegnanti /operatori scolastici/bambini/genitori	01/01/2011	31/12/2011						
Corsi formazione insegnanti/educatori	01/01/2012	30/06/2012						
Predisposizione materiale informativo ed iniziative di comunicazione a livello locale per i genitori	01/01/2012	31/12/2012						
Svolgimento programmi educativi in classe	01/09/2012	31/12/2012		Mancato inserimento progetto nei curriculum formativi (POF)				

(*)percentuale di avanzamento dell'attività (0%, 25%, 50%, 75%, 100%)

2.7.1 Ambiente e salute: attivazione di coordinamento e sinergie con arpa province e comuni.

Macroarea
2 PREVENZIONE UNIVERSALE

Linea di intervento generale
2.7 ***Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici***

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012
Contenimento entro i limiti previsti degli inquinanti da emissioni e scarichi degli insediamenti

Titolo del programma/progetto
Ambiente e salute: attivazione di coordinamento e sinergie con arpa province e comuni.

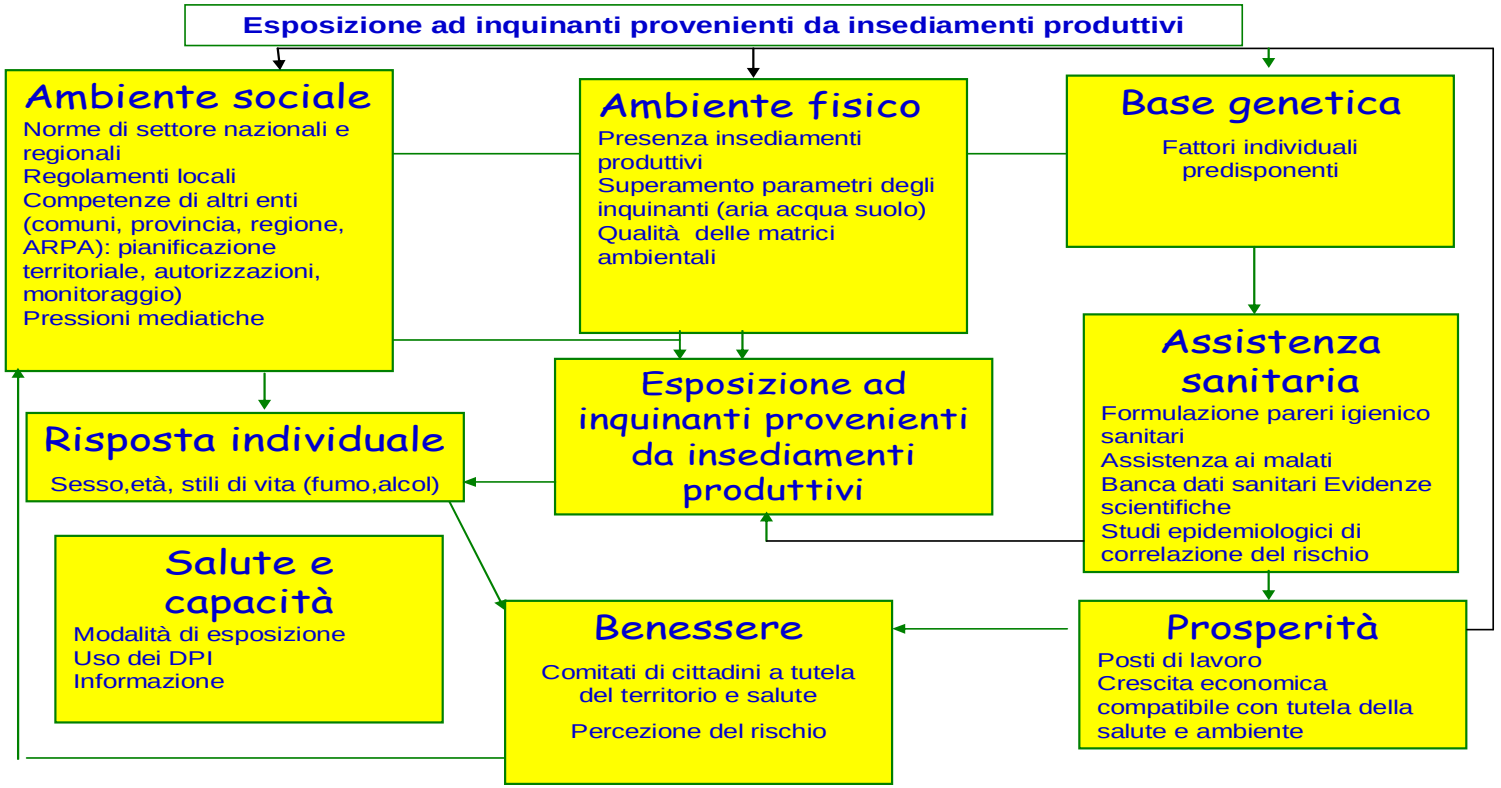
Obiettivo specifico di salute
Concorrere alla tutela della salute per esposizioni a rischi ambientali attraverso un miglioramento delle conoscenze e l'attivazione di coordinamento e sinergie su VAS, VIA, pareri preventivi.

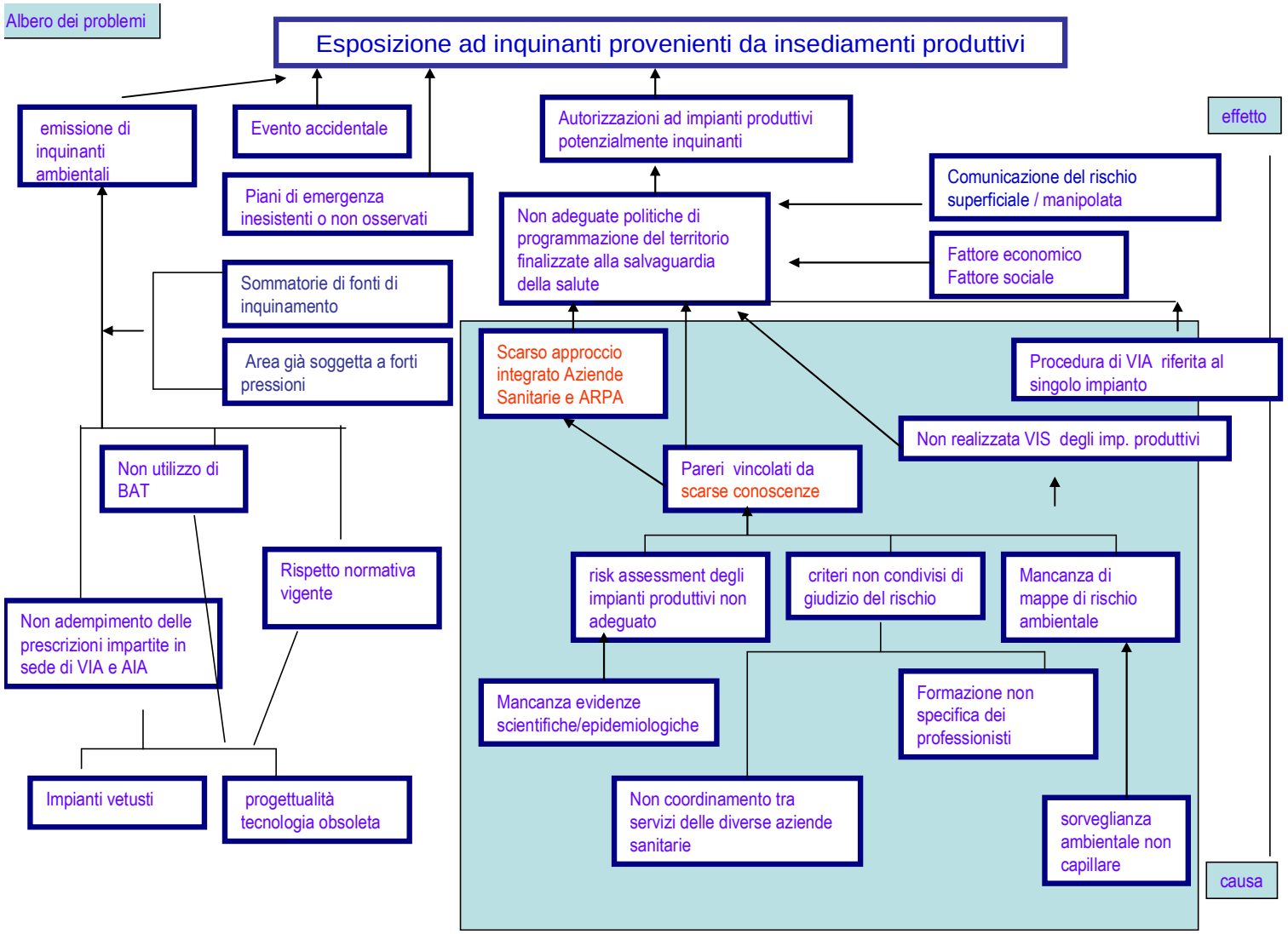
Contenuti del progetto

***Beneficiari e attori*:**
Questo progetto è rivolto all'intera popolazione della regione. Sono coinvolti nel progetto: la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali - Area prevenzione e promozione della salute della Regione Friuli Venezia Giulia, i Dipartimenti di prevenzione delle ASS regionali, l'ARPA, i comuni . Altri portatori di interesse sono i comitati cittadini

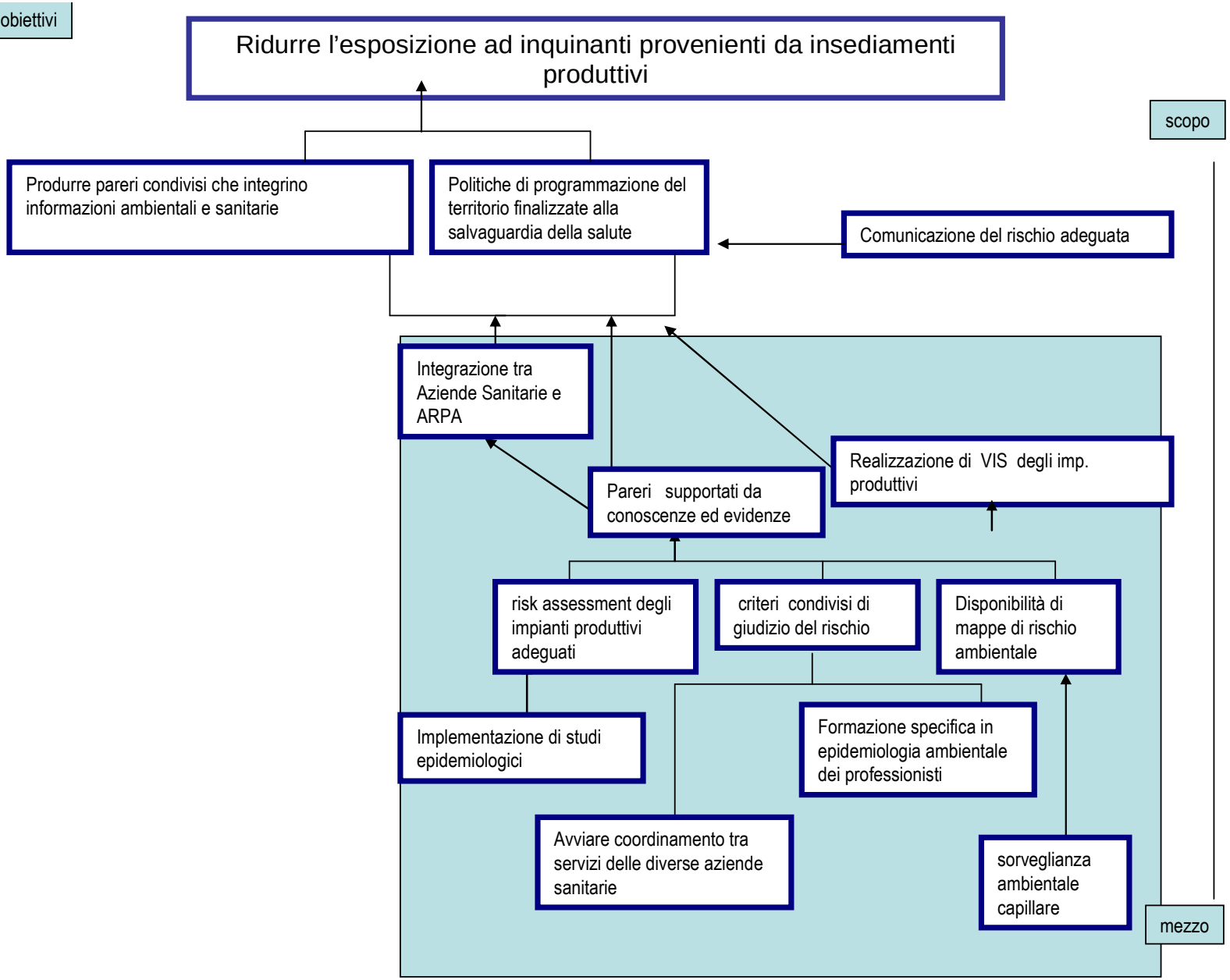
Analisi di contesto
Diversi studi hanno documentato lo stato di salute delle popolazioni esposte per ragioni di lavoro o di residenza a vati tipi di inquinamento da origine industriale. Mentre le potenzialità tecnologiche avanzano, con l'utilizzo delle BAT, aumenta anche l'incertezza degli effetti sulla salute di numerosi potenziali fattori di rischio. Sempre più spesso vengono invocate misure precauzionali per la salute, tanto che il principio cautelativo è sempre più spesso invocato quando si devono fare valutazioni preventive di effetti sulla salute conseguenti ad interventi antropici quali gli impianti produttivi.
Nell'ultimo decennio, inoltre, si è assistito ad un aumentata sensibilità delle comunità locali rispetto alle tematiche ambientali. Questa si è espressa anche attraverso movimenti e "comitati", generalmente formatisi intorno ad una specifica tematica,o ad uno specifico intervento pubblico. Tale

sensibilità non sempre si accompagna ad una chiara comprensione del rischio, né ad una strategia coerente con l'interesse collettivo; molto spesso non è sempre chiara la rappresentatività dei comitati rispetto al resto della popolazione.
Gli amministratori e le comunità locali e i decisori politici richiedono evidenze scientifiche "certe" per proteggere la salute dai rischi ambientali: la richiesta da parte della popolazione di informazioni sui rischi e di tutela della salute e la necessità da parte degli amministratori d prendere decisioni, impongono alle Aziende Sanitarie e all'ARPA di dare risposte responsabili basate su evidenze scientifiche valide, facendo ricorso a mezzi di comunicazione adeguati. Nel contesto l'epidemiologia ha il compito di produrre elementi di informazione e di supporto della presa di decisioni in materia di sanità pubblica. Per il raggiungimento di questi obiettivi occorre definire un sistema dedicato di analisi e di comunicazione con i decisori, orientato soprattutto alla corretta informazione scientifica, inclusi i limiti e le incertezze. Inoltre dovrà far parte integrante del processo la identificazione di un percorso di condivisione nella emissione dei pareri con i principali soggetti interessati.




Albero dei problemi
Esposizione ad inquinanti provenienti da insediamenti produttivi
effetto
causa
emissione di inquinanti ambientali
Evento accidentale
Piani di emergenza inesistenti o non osservati
Autorizzazioni ad impianti produttivi potenzialmente inquinanti
Comunicazione del rischio superficiale / manipolata
Non adeguate politiche di programmazione del territorio finalizzate alla salvaguardia della salute
Fattore economico
Fattore sociale
Sommatorie di fonti di inquinamento
Area già soggetta a forti pressioni
Scarso approccio integrato Aziende Sanitarie e ARPA
Procedura di VIA riferita al singolo impianto
Non realizzata VIS degli imp. produttivi
Non utilizzo di BAT
Pareri vincolati da scarse conoscenze
Rispetto normativa vigente
Non adempimento delle prescrizioni impartite in sede di VIA e AIA
risk assessment degli impianti produttivi non adeguato
criteri non condivisi di giudizio del rischio
Mancanza di mappe di rischio ambientale
Mancanza evidenze scientifiche/epidemiologiche
Formazione non specifica dei professionisti
Impianti vetusti
progettualità tecnologia obsoleta
Non coordinamento tra servizi delle diverse aziende sanitarie
sorveglianza ambientale non capillare

Albero degli obiettivi



Quadro logico 1

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Ridurre l'esposizione ad inquinanti atmosferici provenienti da insediamenti produttivi			
Obiettivo specifico	produrre pareri condivisi che integrino informazioni ambientali e sanitarie			
Risultati attesi	1. Utilizzo di criteri condivisi per la formulazione dei pareri VIA 2. Operatori formati 3. Amministratori e comunità informati coinvolti nelle scelte	1. Tutti i Dipartimenti di Prevenzione producono pareri tecnici formulati secondo i criteri 2. Almeno 1 operatore per ass e 1 per ARPA 3. Pubblicazione su periodico ANCI	1. Pareri agli atti presso la DCS e report finali 2. Partecipazione al corso 3. periodico	RISCHIO Mancata adesione/partecipazione attiva di ARPA e COMUNI
Attività	Attivare collaborazioni tra i diversi enti competenti attraverso la costituzione di un Gruppo di coordinamento interistituzionale composto da almeno un referente per ogni Ente coinvolto (ASS, ARPA; COMUNE) Realizzare un progetto formativo Realizzare un piano di comunicazione	**Mezzi** Incontri Corso di formazione Piano di comunicazione Personale	**Costi** I costi sono inclusi nel finanziamento alle aziende e nelle risorse sovraaziendali	

Quadro logico2

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Ridurre l'esposizione ad inquinanti atmosferici provenienti da insediamenti produttivi			
Obiettivo specifico	produrre analisi sul possibile impatto di salute per esposizioni ad agenti inquinanti atmosferici da sorgenti puntiformi (aree industriali definite)			
Risultati attesi	Aumento delle conoscenze relative all'impatto delle sorgenti inquinanti sulla salute dei cittadini della regione confinanti con le aree oggetto di analisi	Report di misurazione di impatto (rischio attribuibile e proporzione attribuibile per popolazioni in aree geografiche definite)	Atti della Direzione Centrale Salute	
Attività	Misurare l'impatto in termini di mortalità e morbosità per la popolazione residente in prossimità degli insediamenti industriali con attenzione non solo alle patologie neoplastiche ma anche a quelle cronico-degenerative con l'uso di metodi per le stime di impatto che tengano conto dell'incertezza campionaria e dell'incertezza sugli effetti sulle esposizioni. .	**Mezzi** Accordo di collaborazione tra Direzione Centrale della Salute Università di Udine e IRCCS CRO di Aviano	**Costi** Finanziamento individuato nella legge finanziaria regionale 2009	

Piano di valutazione

Il piano di valutazione prevede una verifica della pertinenza, efficienza, efficacia, impatto, fattibilità del programma rispetto agli obiettivi prefissati. Verranno esaminati i risultati raggiunti rispetto ai quelli attesi mediante la verifica degli indicatori previsti nel quadro logico, e nel caso di mancato raggiungimento verranno definite modifiche al programma o azioni di miglioramento.
Si prevede una valutazione intermedia dei risultati raggiunti a fine 2011 e una valutazione conclusiva a fine 2012 da effettuare secondo il seguente schema

CRONOPROGRAMMA AL 31/12/2012								
Descrizione attività	**Data inizio prevista**	**Data fine prevista**	**Indicatori /Risultati attesi**	**Eventuali vincoli o criticità**	**Data inizio effettiva**	**Data fine effettiva**	**valore rilevato del traguardo (*)**	**Note**
Istituire un Gruppo di coordinamento interistituzionale composto da almeno un referente per ogni Ente coinvolto (ASS, ARPA; COMUNE)	01/01/2011	31/12/2011	1. Tutti i Dipartimenti di Prevenzione producono pareri tecnici formulati secondo i criteri 2. Almeno 1 operatore per ass e 1 per ARPA formati 3. Pubblicazione su periodico ANCI					
Realizzare un progetto formativo	01/01/2011	31/12/2011						
Realizzare un piano di comunicazione	01/01/2011	31/12/2012						
Produrre studi di impatto ambiente/salute	01/01/2011	31/12/2012	report					

(*)percentuale di avanzamento dell'attività (0%, 25%, 50%, 75%, 100%)

2.8.1 Progetto: “Sicurezza alimentare nelle Piccole Produzioni Locali”

Macroarea
2. PREVENZIONE UNIVERSALE

Linea di intervento generale
2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l’acqua destinatala consumo umano

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012
Controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti

Titolo del Progetto
2.8.4 Progetto “Sicurezza alimentare nelle piccole produzioni locali”

Obiettivo specifico di salute
Semplificare le procedure di gestione e migliorare la sicurezza alimentare nella piccola impresa

Contenuti del progetto

Beneficiari, attori e altri portatori di interesse
L’avvio del progetto intende tracciare un percorso semplificato per la commercializzazione dei prodotti agricoli trasformati in azienda dal produttore primario, subordinata ala vendita diretta in ambito locale di piccoli quantitativi, ponendo attenzione sui requisiti igienico sanitari delle strutture di lavorazione e vendita di carni suine trasformate e stagionate e carni avicunicole fresche e trasformate. Il rispetto della sicurezza igienico sanitaria dell’alimento è un requisito fondamentale che si innesta in un contesto di tutela del territorio e di caratterizzazione geografica dei prodotti.
Il produttore che lavora le carni ha una grande responsabilità nella qualità complessiva del prodotto e, soprattutto, sulla sicurezza e salute del consumatore. I servizi veterinari delle Aziende per i Servizi Sanitari del Friuli Venezia Giulia intraprendono quindi ogni azione necessaria a prevenire, eliminare o ridurre a livelli accettabili il “rischio” in modo da assicurare la conformità del prodotto alle specifiche igienico sanitarie e alle attese del consumatore.
Al progetto collabora l’IZS delle Venezie per la formazione dei produttori e l’esecuzione degli esami di laboratorio che verificheranno l’efficacia delle procedure produttive e degli interventi di controllo.

Analisi del contesto

In un ambiente sociale in cui il consumatore si trova da un lato di fronte a un'offerta dei mercati alimentari globalizzati promossa da messaggi pubblicitari non sempre veritieri in merito all'origine e alla genuinità dei prodotti e dall'altro di fronte all'emergenza di crisi alimentari fonte di grave preoccupazione (diossina, BSE…), assumono grande importanza alcuni elementi che caratterizzano la produzione alimentare:

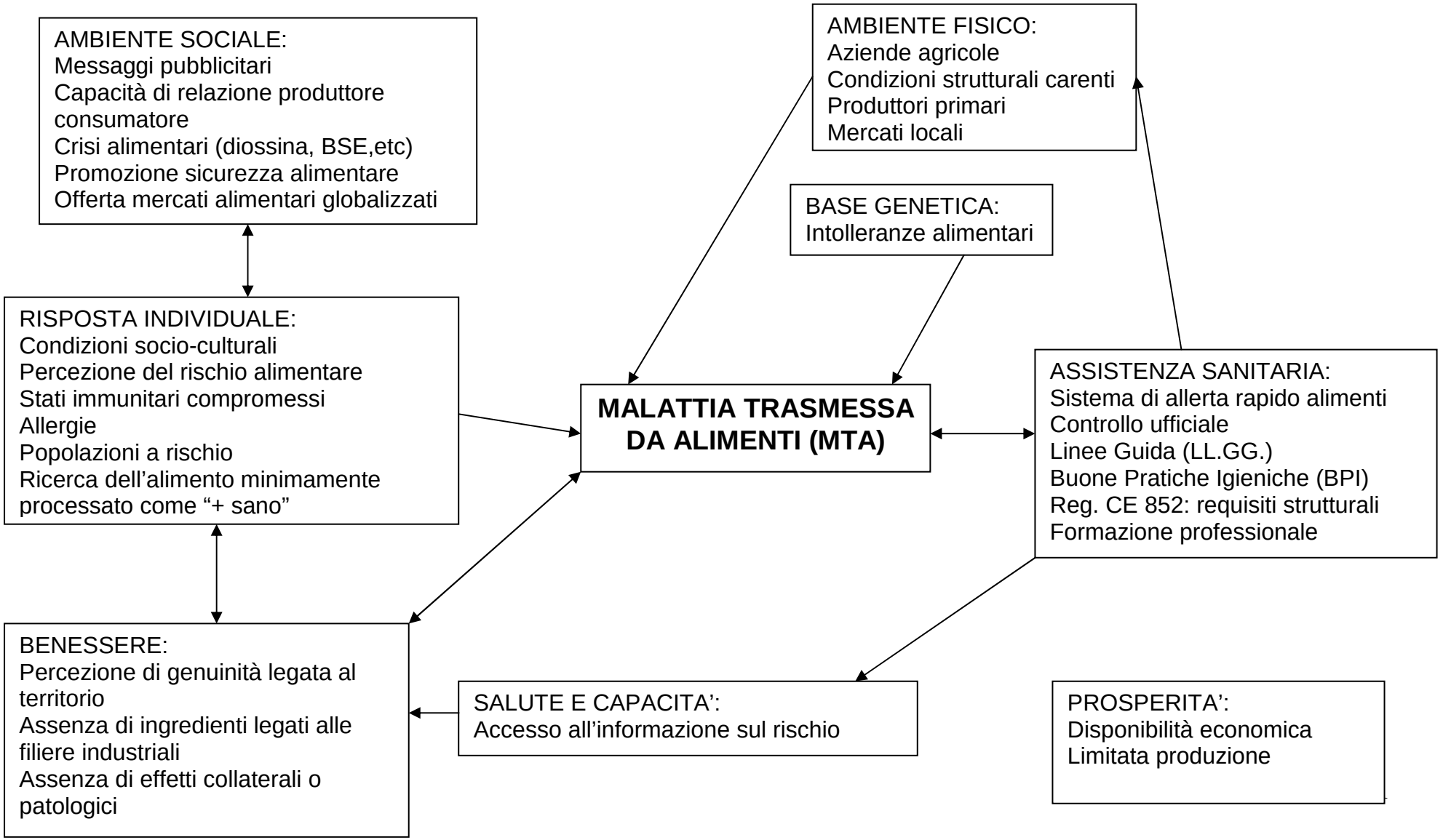
la promozione della sicurezza alimentare attraverso:
l'aumento dell'efficacia degli interventi di controllo ufficiale dei servizi veterinari pubblici
un miglioramento dell'applicazione delle procedure del sistema di allerta rapido
interventi sulla formazione igienico sanitaria dei produttori anche con l'elaborazione di linee guida per le Buone Pratiche Igieniche

Determinante è in tale contesto la partecipazione dei piccoli produttori locali a un progetto di crescita professionale, supportato dai Servizi di Sanità Pubblica Veterinaria e dai Laboratori di riferimento al fine di ottenere prodotti sicuri garantiti da buone prassi di produzione e stagionatura che possano essere monitorati con analisi microbiologiche e fisiche che comprovino il raggiungimento di determinati valori.

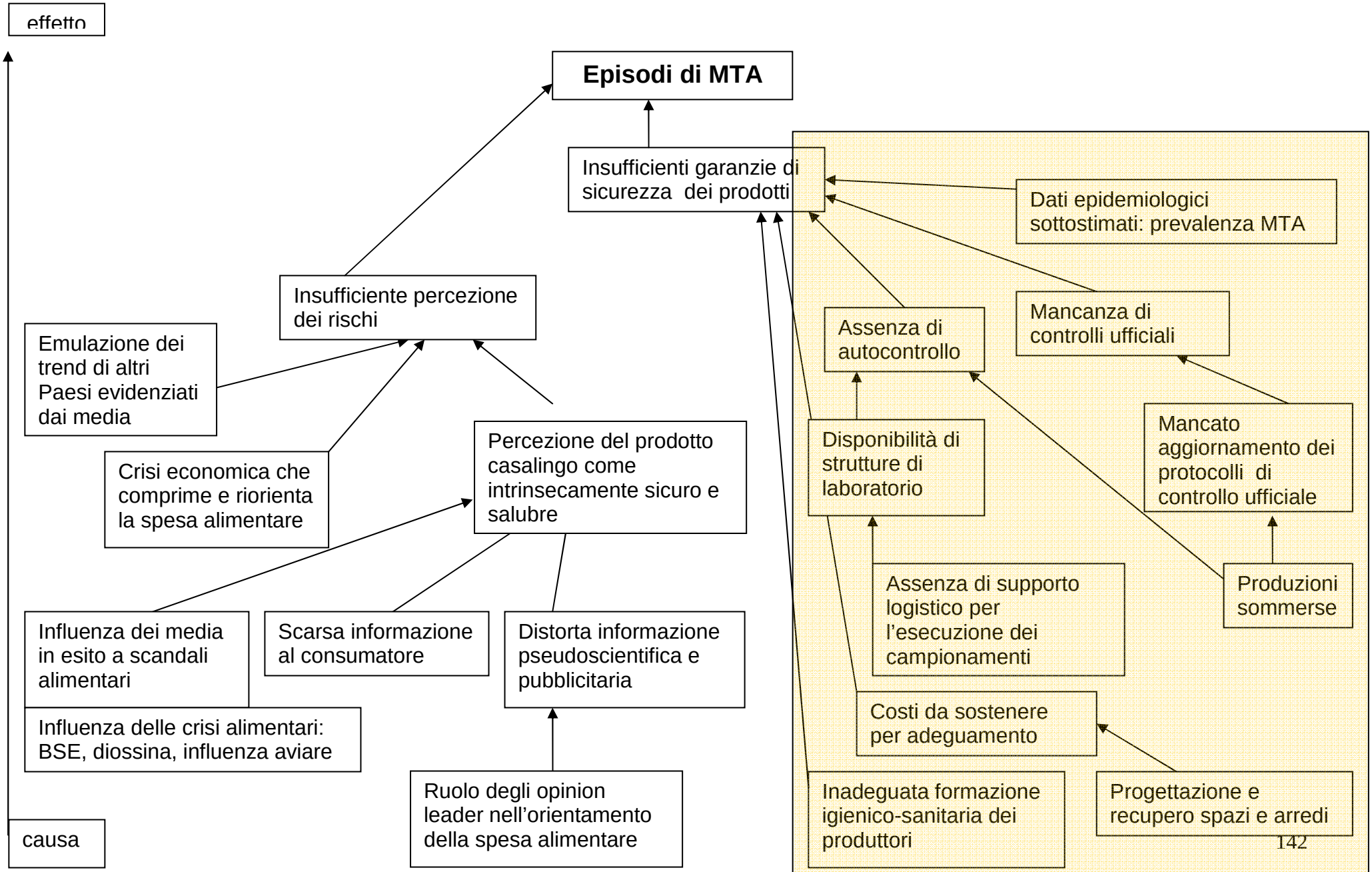
Una criticità è rappresentata da insufficienti conoscenze epidemiologiche relative a MTA derivanti da Piccole Produzioni Locali ma è fuori dubbio che tali realtà se lasciate al di fuori di ogni controllo possono esitare in, sia pur rari, gravi episodi che possono coinvolgere un gran numero di consumatori.

Il ruolo dei Servizi Veterinari del FVG si esplica anche con l'attività di informazione relativa alle caratteristiche di genuinità e tipicità dei prodotti e con la garanzia dell'accesso all'informazione sul rischio.

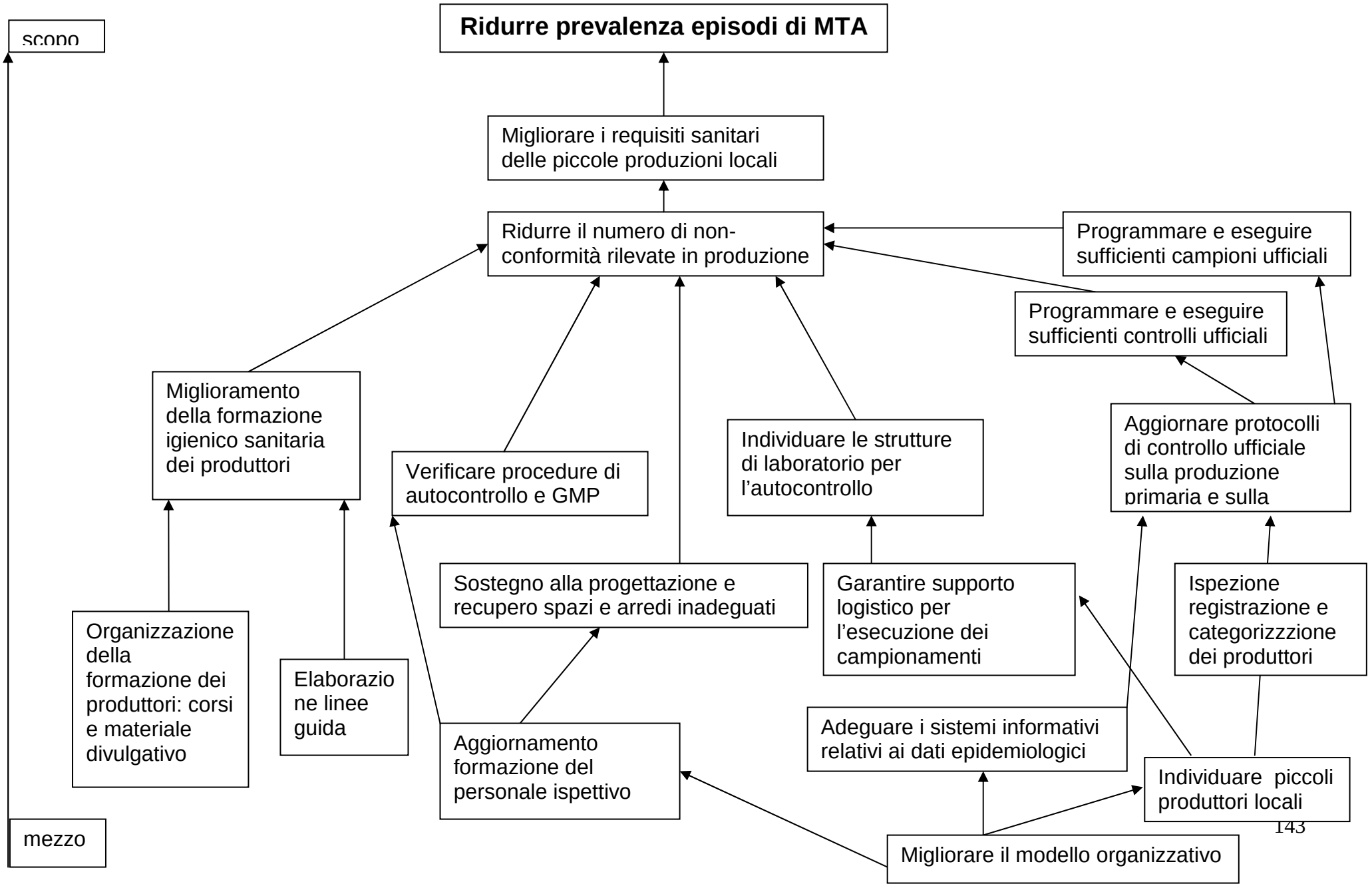
ANALISI DI CONTESTO – SICUREZZA ALIMENTARE NELLE PICCOLE PRODUZIONI LOCALI



ALBERO DEI PROBLEMI – SICUREZZA ALIMENTARE NELLE PICCOLE PRODUZIONI LOCALI



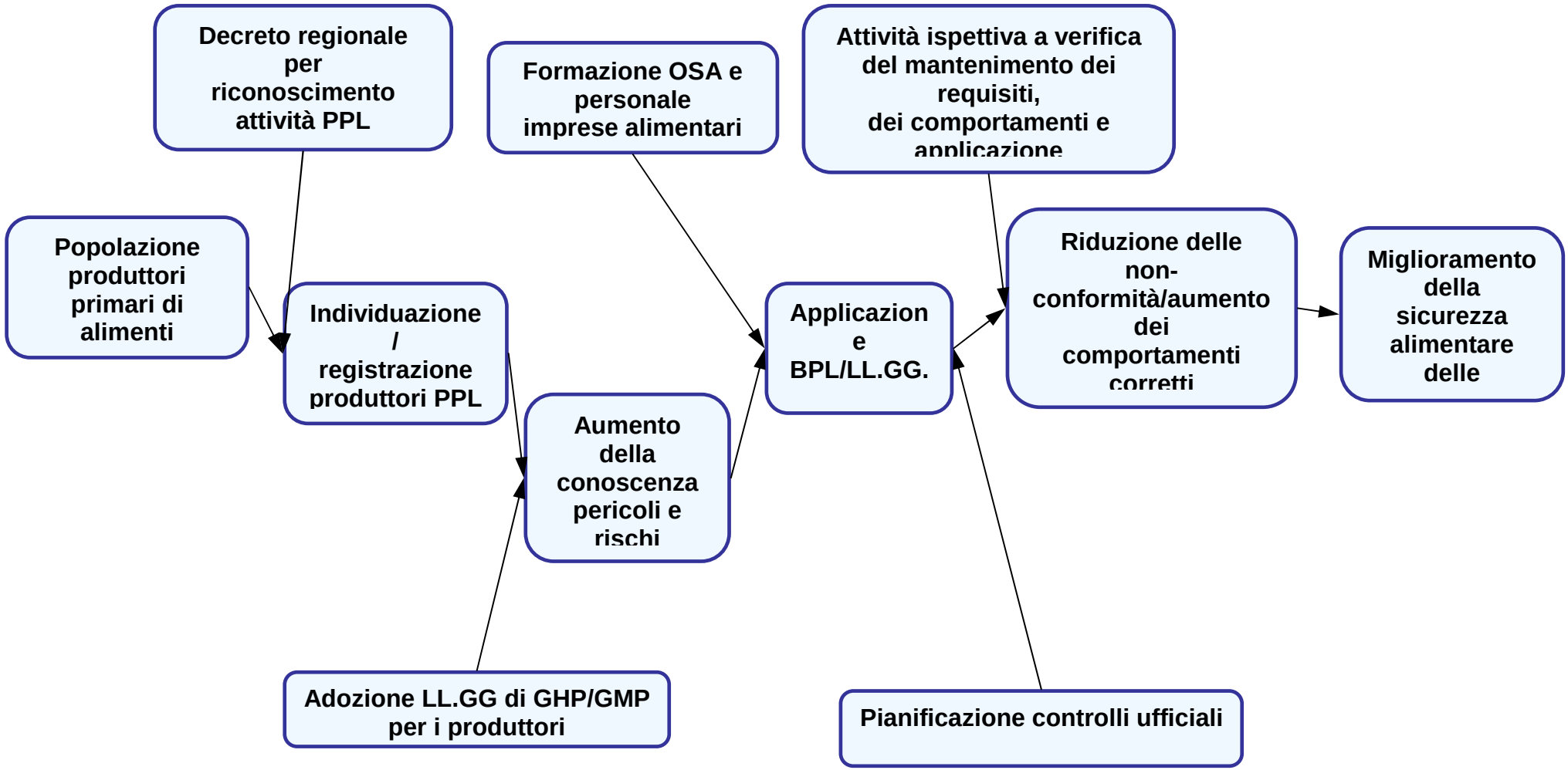
ALBERO DEGLI OBIETTIVI – SICUREZZA ALIMENTARE NELLE PICCOLE PRODUZIONI LOCALI



SICUREZZA ALIMENTARE NELLE PICCOLE PRODUZIONI LOCALI

Semplificare le procedure di gestione e migliorare la sicurezza alimentare nelle piccole produzioni locali (PPL)

MODELLO LOGICO



SICUREZZA ALIMENTARE NELLE PICCOLE PRODUZIONI LOCALI
Semplificare le procedure di gestione e migliorare la sicurezza alimentare nelle piccole produzioni locali (PPL)

QUADRO LOGICO

Finalità del progetto	**Logica dell'intervento**	**Indicatori verificabili obiettivamente**	**Mezzi di verifica**	**Rischi e assunzioni**
Obiettivo generale	Ridurre la Prevalenza delle MTA	Casi di MTA da consumo di carni fresche e trasformate derivanti da PPL	Report regionali	Sottostima dei casi storici
Obiettivo specifico	**Migliorare la sicurezza alimentare nelle Piccole Produzioni Locali**	- 100% imprese registrate che applicano le LL.GG. - 80% OSA adeguatamente formati - riduzione delle N.C.	- report regionali - report ASL - report IZS - report attività formative	
Risultato atteso 1	**Regolamento Regionale per PPL**	- Elaborazione Regolamento	Riunioni	
		- Adozione Regolamento con D/Pres. FVG	Pubblicazione in B.U.R.	
Risultato atteso 2	**Sono state elaborate le LL.GG.**	- Stesura del Documento	- disponibilità e diffusione LL.GG.	
Attività 2.1	Stesura LL. GG.	- gruppo di lavoro regionale	- riunioni gruppo (foglio presenze)	
Attività 2.2	Informazione ai portatori di interesse	- Incontri di presentazione del progetto	Locandina incontro, Comunicato stampa, Brochure	
	Informazione dei dirigenti SIAOA e SIAN	- Lettera di comunicazione	Protocollo	
Risultato atteso 3	**Sono stati individuati, ispezionati, registrati gli OSA**	- n° aziende richiedenti - n° imprese registrate in BDR - Attivazione della base dati regionale	- Report delle registrazioni - Disponibilità funzione BDR	
Attività 3.1	Controlli Ufficiali	- n° ispezioni svolte/n° aziende richiedenti	- report ASS - verbali sopralluogo	
Risultato atteso 4	**E' stata fatta la formazione agli OSA**	- N° eventi svolti/eventi programmati - N° OSA partecipanti - Materiale divulgativo - N° attestati rilasciati	- Registri delle attività - test apprendimento	- disponibilità docenti - interesse OSA
Attività 4.1	Formazione degli OSA sui corretti comportamenti, le BPLe le LL.GG			- rimborsi spesa docenti - aule - stampa materiale
Risultato atteso 5	**Gli OSA applicano le LL.GG.**	- n° controlli effettuati/aziende registrate per la verifica delle LL.GG. - n° campioni ufficiali/aziende registrate - n° di registrazioni N.C - n° di N.C/ispezioni totali - prevalenza tipologia N.C. - prevalenza di aziende che applicano le LL.GG. MEZZI: l'attività sarà svolta dal personale del SSR della DCSISPS e delle AA.SS.SS.	- Registrazione controlli - registrazioni N.C - report ASL - report BDR COSTI: saranno sostenuti dalla DCSISPS	- Ritardi e difficoltà nella gestione dei flussi informativi

Piano di valutazione

Il piano di valutazione prevede una verifica della pertinenza, efficienza, efficacia, impatto, fattibilità del programma rispetto agli obiettivi prefissati. Verranno esaminati i risultati raggiunti rispetto ai quelli attesi mediante la verifica degli indicatori previsti nel quadro logico, e nel caso di mancato raggiungimento verranno definite modifiche al programma o azioni di miglioramento.

Si prevede una valutazione intermedia dei risultati raggiunti a fine 2011 e una valutazione conclusiva a fine 2012 secondo il seguente schema

CRONOPROGRAMMA AL 31/12/2012								
Descrizione attività	**Data inizio prevista**	**Data fine prevista**	**Risultati attesi**	**Eventuali vincoli o criticità**	**Data inizio effettiva**	**Data fine effettiva**	**valore rilevato del traguardo (*)**	**Note**
Regolamento Regionale per PPL	Luglio 2010	Dicembre 2010	- Esistenza documento finale					
	Dicembre 2010	Febbraio 2011	- Adozione Regolamento con D/Pres. FVG					
Sono state elaborate le LL.GG.	Agosto 2010	Dicembre 2010	- Esistenza delle Linee Guida					
Informazione ai portatori di interesse	Novembre 2010	Dicembre 2010	- Almeno un incontro di presentazione del progetto					
Sono stati individuati, ispezionati, registrati gli OSA	Novembre 2010	Aprile 2012	- 100% delle aziende richiedenti ispezionate - 100% delle aziende con requisiti registrate in BDR - base dati regionale attivata					
Controlli Ufficiali	Dicembre 2010	Aprile 2012	- almeno 2 ispezioni svolte/ per azienda registrata					
Formazione degli OSA sui corretti comportamenti, le BPLe le LL.GG	Dicembre 2010	Dicembre 2012	- almeno un evento formativo svolto - 80% degli OSA Registrati partecipanti	- disponibilità docenti - interesse OSA - rimborsi spesa docenti - aule - stampa materiale				
Gli OSA applicano le LL.GG.	Dicembre 2010	Dicembre 2012	- almeno un ispezione annuale per azienda registrata per verificare l'applicazione delle LL.GG. - almeno un campione ufficiale per esami microbiologici per azienda/anno - NC riferite al prodotto inferiori al 20%/controlli totali - 100% di OSA che applicano le LL.GG.	- Ritardi e difficoltà nella gestione dei flussi informativi				

(*)percentuale di avanzamento dell'attività (0%, 25%, 50%, 75%, 100%)

2.9.1 Programma Alimentazione e attività fisica nelle prime fasce di età: Promuovere buone pratiche nella prima infanzia – da zero a cinque anni- e migliorare la qualità nutrizionale delle mense scolastiche

Macroarea

2. PREVENZIONE UNIVERSALE

Linea di intervento generale

2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietàe)

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012

Prevenzione dell'obesità con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 4%

Titolo del Programma

2.9.1 Alimentazione e attività fisica nelle prime fasce d'età: Promuovere nuove pratiche nella prima infanzia – da zero a cinque anni- e migliorare la qualità nutrizionale delle mense scolastiche

Obiettivo specifico di salute

Prevenire l'obesità tramite l'estensione del progetto Buone pratiche di alimentazione e attività fisica in età prescolare, compreso l'allattamento al seno, ed il miglioramento della qualità nutrizionale delle mense scolastiche, in collaborazione tra professionisti e strutture della sanità e altre istituzioni

Contenuti del progetto

Come indicato nei numerosi documenti internazionali e nazionali, i piani di intervento devono supportare azioni specifiche per prevenire, attraverso una serie di misure efficaci, l'insorgenza dell'obesità e del soprappeso infantile.
Molti sono i fattori ed i determinati di salute che influenzano negativamente la prevalenza dell'incremento ponderale in età prescolare e scolare. Tra questi vanno considerati fattori individuali, sociali, economici, sia la tessitura delle organizzazioni pubbliche e private preposte all'assistenza sanitaria, all'istruzione, alle attività sportive e ludiche, alla progettazione urbana, alla pianificazione e gestione della rete viaria, alla protezione e tutela dalla pressione mediatica, alla garanzia di equità di accesso ai beni e servizi.
Dall'osservazione delle numerose dinamiche multifattoriali gravitanti nella dimensione obesità, consegue che è particolarmente difficoltoso strutturare progetti efficaci. Come risulta dalle più recenti evidenze scientifiche, per una pianificazione che possa ottenere dei risultati positivi è necessario focalizzare l'attivazione su quelle misure mirate a definire interventi che convergano nei primissimi anni di vita.

Dai report di OKkio alla Salute 2008 e 2010, relativi alla Regione Friuli Venezia Giulia, si osserva come l'incidenza di obesità e soprappeso per la fascia di età esaminata non si è sostanzialmente modificata. Nel biennio in esame la percentuale di bambini in eccesso ponderale è passata rispettivamente dal 25% al 22%. Ma la prevalenza dell'obesità è aumentata rispettivamente dal 4% al 5%. I dati analizzati, come risulta in letteratura, possono essere estesi alla popolazione prescolare e scolare in età prepuberale. L'indicatore individuato, che prevede di mantenere i bambini di età compresa tra 0 e 5 anni di vita sotto il 4% di obesità, è in grado di misurare l'efficacia delle azioni pianificate.
I dati epidemiologici come si è detto dimostrano che la prevalenza di soprappeso in età infantile è comparabile a quella registrata nelle età successive.
Risulta quindi importante avviare degli interventi di prevenzione fin dai primissimi anni di vita, partendo dalla nascita. Tra i fattori familiari che influiscono negativamente sull'eccesso ponderale dei bambini, i più importanti sono la presenza di obesità nei genitori e lo stile di vita familiare, emerge infatti che laddove almeno uno dei due genitori è obeso la percentuale dei bambini in soprappeso o obesi è aumentata rispetto a famiglie in cui i genitori sono normo-sottopeso.
Tra i fattori individuali vanno ricordati una scorretta alimentazione nei primissimi anni (ipercalorica, eccesso di proteine, grassi e zuccheri semplici) la prevalenza di attività sedentarie associato a una riduzione dell'attività motoria.
E' riconosciuta l'importanza dell'allattamento al seno in modo esclusivo, senza nessun' altra bevanda o alimento, fino i sei mesi di vita per tutti i bambini, è inoltre raccomandato di continuare l'allattamento al seno, con appropriata e progressiva introduzione di alimenti complementari, fino ai due anni di età ed oltre.
Dalla sorveglianza, che in Friuli Venezia Giulia è stato avviata dal 1998, emerge una riduzione della percentuale delle mamme che allattano al seno in modo esclusivo al 5° mese di vita del neonato, passando dal 43% del 2008 al 41,6% del 2009 .
Per stimolare e modellare precocemente un corretto ed adeguato stile alimentare, in grado di prevenire e contrastare il soprappeso ed i rischi di una alimentazione sbilanciata in età infantile si è pensato di intervenire su diversi obiettivi specifici sia con finalità dirette sulla salute dei bambini che indirette agendo principalmente sui pediatri di libera scelta, figura ritenuta e riconosciuta di notevole importanza nel sostegno e raggiungimento dell'obiettivo generale di salute previsto nel progetto.
E' importante trasmettere informazioni e modelli educativi sull'alimentazione che permettano la riduzione del consumo di prodotti ipercalorici, riduzione dell'uso di sale e grassi nella cottura, incrementare il consumo di frutta e verdura, promuovere l'allattamento al seno.

1. Un obiettivo specifico che ci si è posti è l'informazione e formazione, dell'equipé educativa e del personale delle mense degli asili nido, sulla corretta ed equilibrata alimentazione e buone pratiche nutrizionali di produzione.
2. Verranno organizzati dei corsi di formazione specifica, tenuti da personale dei SIAN, in cui saranno diffuse le linee guida regionali sulla ristorazione rivolti a un numero ancora da definire di asili nido dei rispettivi territori. E' previsto un report sul numero di partecipanti ai corsi e dei questionari di verifica delle conoscenza, oltre a una rilevazione diretta sulla preparazione e cottura dei cibi e porzioni date ai bambini. Un secondo obiettivo specifico previsto nel progetto è aumentare al di sopra del 30 % le donne che allattano al seno in modo esclusivo al 4-5 mese di vita del neonato. Risulta importante il coinvolgimento e la sensibilizzazione del personale sanitario, (medico e ostetrico) affinché trasmetta il messaggio alle future e neo mamme, sia durante i corsi preparto che nelle diverse occasioni di incontro, sull'importanza dell'allattamento al seno in forma esclusiva e su stili di vita alimentari idonei al bambino fin dalla primissima età, informando, inoltre, sulle possibilità date dalla normativa vigente a tutela del periodo del puerperio. L'analisi dei questionari di apprendimento delle partecipanti ai corsi indicherà l'efficacia e il risultato dei corsi stessi.

La formazione rivolta agli operatori fa parte della crescita personale e professionale.

La rilevazione della percentuale di donne che allattano al seno in modo esclusivo al 4-5 mese di nascita del bambino verrà effettuata nel corso della seconda vaccinazione obbligatoria permettendo di avere dei dati statistici aggiornati grazie all'inserimento degli stessi in un software già attivo in regione a cui sono collegati tutte le sedi vaccinali.

3. Il terzo obiettivo che ci siamo posti va a influire indirettamente sullo stato di salute dei bambini, ma lo si ritiene altrettanto importante poiché permette di avere dei dati epidemiologici che potranno essere utilizzati a sostegno di certe politiche o strategie di intervento. Sono coinvolti i pediatri di libera scelta con i quali è stato già attivato in Regione un percorso che si cercherà di mantenere e consolidare; al fine di disporre di una serie di dati sullo stato di salute dei bambini fino ai 60 mesi , che verranno elaborati e restituiti a livello regionale.

Si tratta di una sorveglianza che va ad affiancare OKkio rivolto ai bambini di età compresa tra gli otto e dieci anni.

Si valuteranno inoltre le possibilità di aumentare il numero di pediatri aderenti alla sorveglianza e quindi coprire l'intero territorio regionale, avendo un quadro di riferimento dello stato di salute dei bambini entro i 60 mesi di vita più esaustivo possibile.

4. Come ultimo obiettivo è prevista la diffusione, tra i PLS, delle linee guida per una buona alimentazione e attività fisica e saranno coinvolti nell'individuazione precoce dei bambini soprappeso e quindi nel attivare programmi e interventi specifici coinvolgendo la famiglia per ridurre o superare i fattori di rischio.

Possibile rischio è rappresentato dalla non adesione e conseguente disponibilità alla partecipazione attiva dei pediatri di libera scelta.

Beneficiari, attori e altri portatori di interesse

I beneficiari del progetto sono rappresentati in particolare dagli operatori educativi e operatori delle mense degli asili nido, che saranno coinvolti in attività informative e formative sulla giusta alimentazione, stili di vita sani e sulla adeguata preparazione dei pasti e corretta gestione delle porzioni. L'attività educativa ha lo scopo di divulgare dei modelli e stili di vita corretti da adottare anche al di fuori dell'ambiente lavorativo, incrementando l'empowerment delle persone.

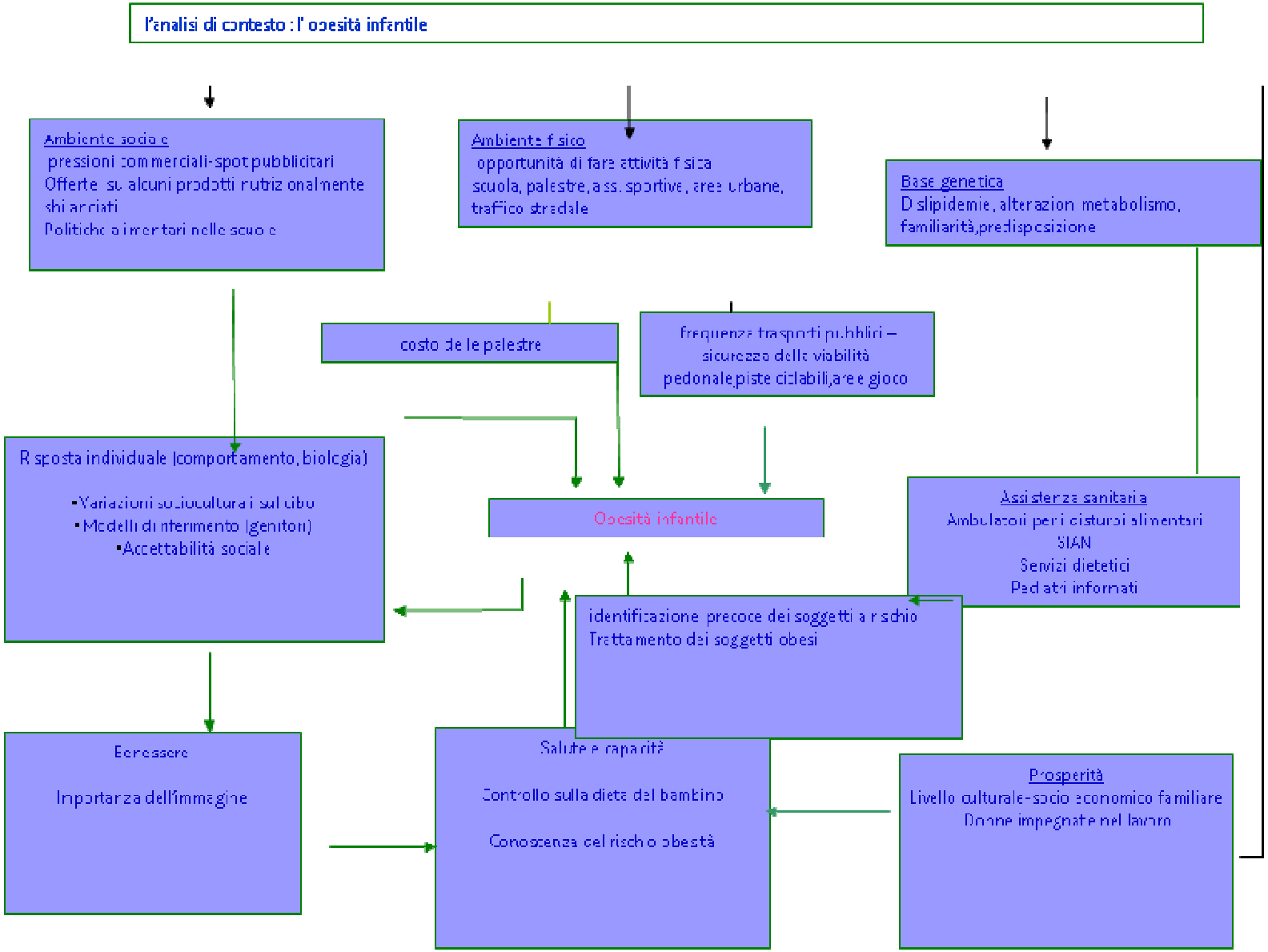
In Friuli Venezia Giulia i bambini dai 3 mesi ai 3 anni che frequentano gli asili nido e strutture integrative sono circa 6.000 a fronte di una popolazione complessiva di circa 30.000, risulta quindi fondamentale allargare gli interventi coinvolgendo altri beneficiari che vanno a influire sullo stato di salute del bambino. Il numero di bambini accudito in modo esclusivo dalle mamme che non lavorano (tasso di occupazione femminile in FVG è del 54% dati Eurostat) o dalla rete familiare risulta essere predominante, si ritiene quindi di intervenire sulle gestanti e neo mamme che verranno sensibilizzate sul tema dell'obesità pediatrica, sul ruolo dell'alimentazione, sui benefici dell'attività fisica fin dai primi anni di vita del bambino, incentivando l'allattamento al seno.

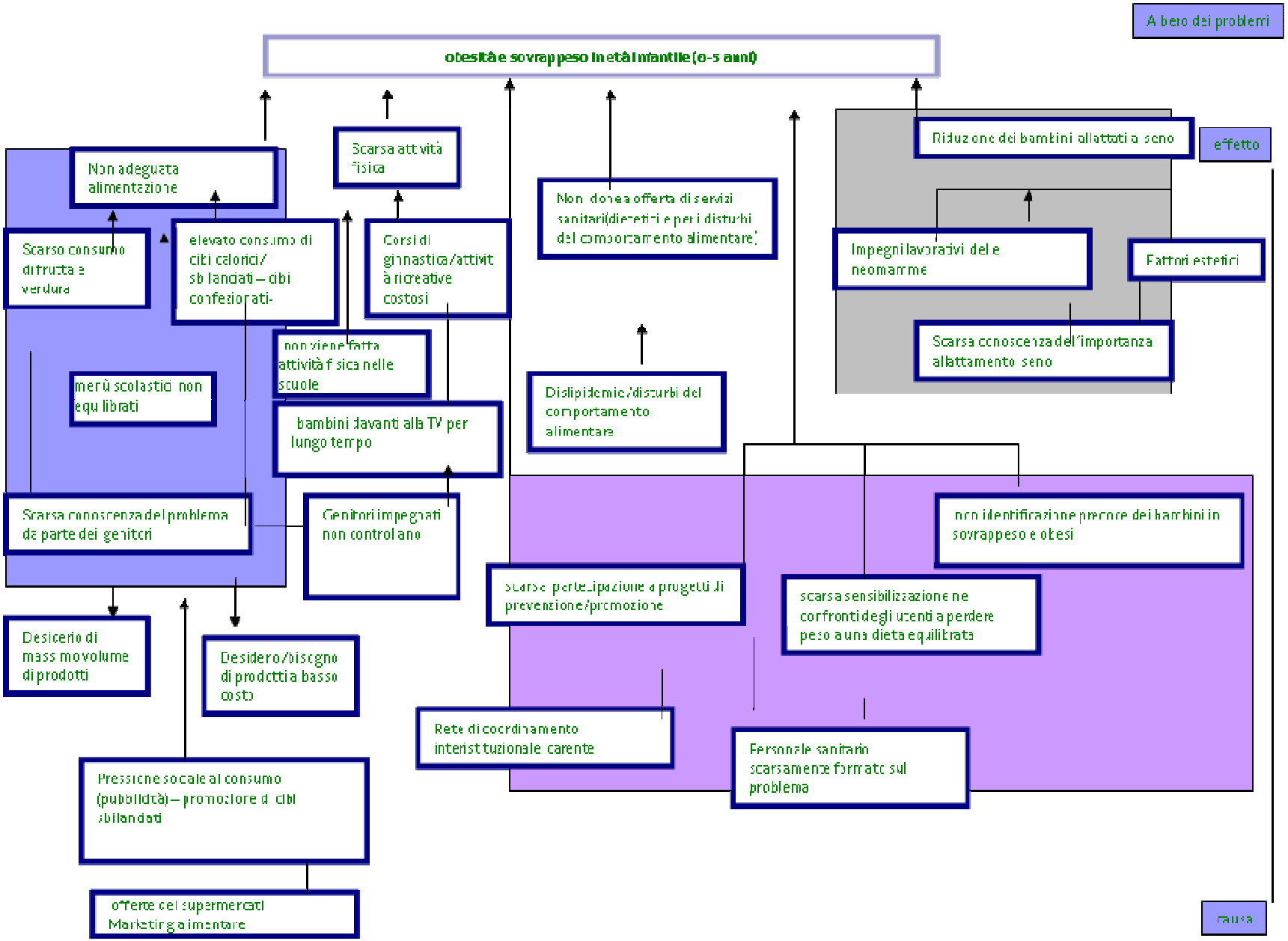
In Regione annualmente si hanno circa 10.500 nati e generalmente la partecipazione delle donne ai corsi preparto è molto diffusa, raggiungendo percentuali molto elevate anche tra le gestanti straniere.

Il personale sanitario ostetrico, medico ostetrico e pediatri di libera scelta possono essere considerati sia dei beneficiari in un'ottica di formazione continua sull'argomento che portatori d'interesse nel loro ruolo di figure di riferimento per le gestanti e neo mamme, nel sensibilizzarle e nel trasmettere informazioni sugli stili di vita da seguire e nell'identificazione dei soggetti maggiormente a rischio.

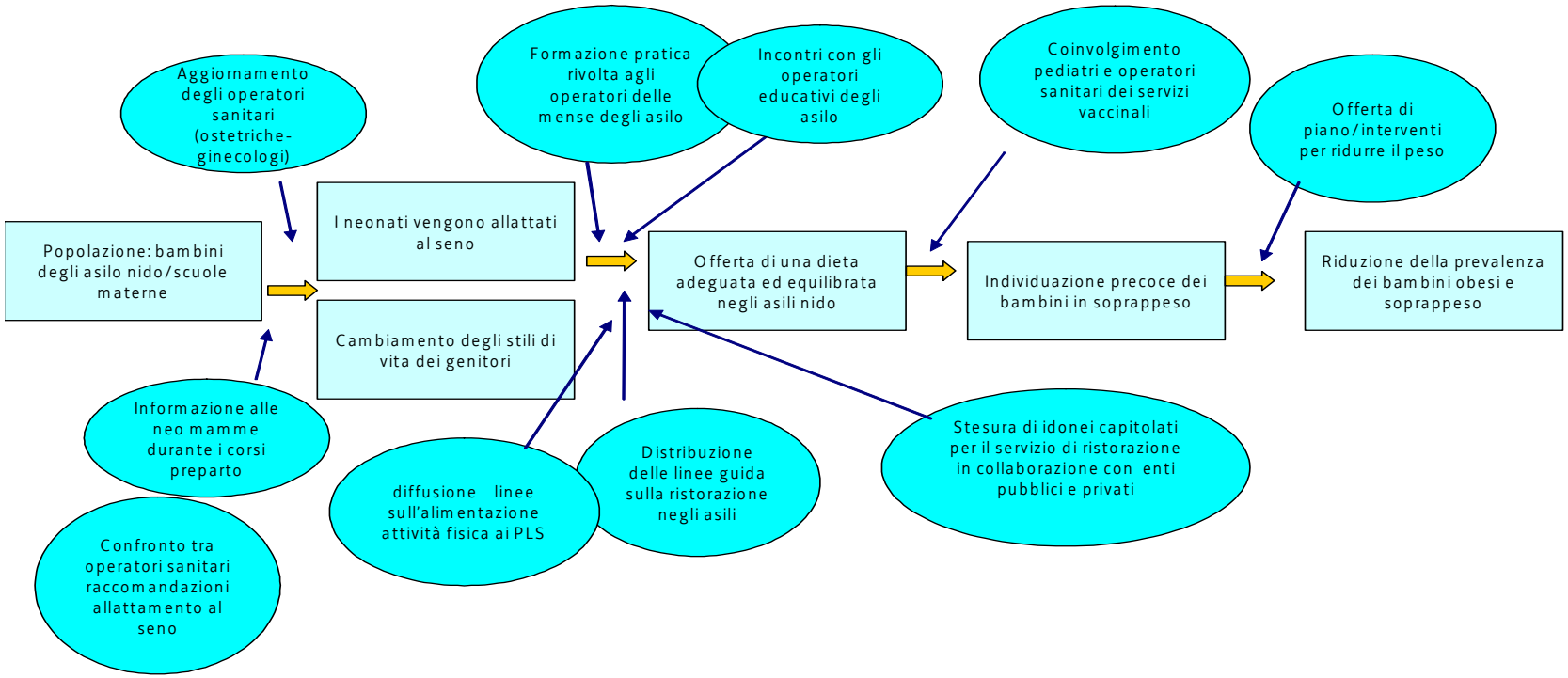
In Friuli Venezia Giulia è attiva l'indagine "OKkio alla salute" che prevede un sistema di monitoraggio dello stato ponderale, delle abitudini alimentari e attività fisica dei bambini delle scuole primarie; nell'attività di rilevazione sono coinvolti i Servizi Igiene Alimentazione e Nutrizione dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende per i Sevizi sanitari, che nel corso dell'ultimo hanno elaborato delle "Linee d'indirizzo regionali per l'alimentazione nei nidi d'infanzia 3 mesi 3 anni".

E’ stato inoltre attivato nel 2007 un progetto coordinato dall’IRCS Burlo Garofolo di Trieste con l’obiettivo di: -offrire agli operatori sanitari e sociali (pediatri di libera scelta, (PLS,) in primo luogo) un kit di buone pratiche, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili e delle esperienze già in corso in alcune regioni; - discutere, sviluppare e testare sul campo un set di indicatori utili a pianificare e valutare interventi di prevenzione del soprappeso e dell’obesità nei bambini in età prescolare nelle aziende sanitarie e nelle regioni; - proporre modelli di collaborazione e coordinamento tra i diversi settori interessati alle attività di prevenzione del soprappeso e dell’obesità in età prescolare.
Da qui è stata avviata la collaborazione con 30 pediatri di libera scelta che hanno implementato un sistema di monitoraggio del bilancio di salute sui bambini entro i 60 mesi. Nell’ambito di tale progetto sono state elaborate delle linee sulla buona alimentazione e attività fisica tra i 3 mesi e tre anni.
Altri attori coinvolti sono rappresentati dagli operatori dei servizi vaccinali dei dipartimenti di prevenzione che oltre ad effettuare il monitoraggio sull’allattamento al seno possono avvicinare le neo mamme e avviare programmi di promozione della salute.


l'analisi di contesto : l' obesità infantile
Ambiente socio c
pressioni commerciali-spot pubblicitari
Offerte su alcuni prodotti nutrizionalmente sbilanciati
Politiche alimentari nelle scuole
Ambiente fisico
opportunità di fare attività fisica
scuola, palestre, ass. sportive, aree urbane, traffico stradale
Base genetica
Dislipidemie, alterazioni metabolismo, familiarità,predisposizione
costo delle palestre
frequenza trasporti pubblici – sicurezza della viabilità pedonale,piste ciclabili,aree gioco
Risposta individuale (comportamento, biologia)
•Variazioni socioculturali sul cibo
•Modelli di riferimento (genitori)
•Accettabilità sociale
Obesità infantile
Assistenza sanitaria
Ambulatori per disturbi alimentari
SIAN
Servizi dietetici
Pediatri informati
identificazione precoce dei soggetti a rischio
Trattamento dei soggetti obesi
Benessere
Importanza dell'immagine
Salute e capacità
Controllo sulla dieta del bambino
Conoscenza del rischio obesità
Prosperità
Livello culturale-socio economico familiare
Donne impegnate nel lavoro


Albero dei problemi
obesità e sovrappeso in età infantile (0-5 anni)
effetto
causa
Non adeguata alimentazione
Scarsa attività fisica
Non adeguata offerta di servizi sanitari(dietetici e per i disturbi del comportamento alimentare)
Riduzione dei bambini allattati a seno
Scarso consumo di frutta e verdura
elevato consumo di cibi calorici/ sbilanciati – cibi confezionati-
Corsi di ginnastica/attività ricreative costosi
Impegni lavorativi delle neomamme
Fattori estetici
Scarsa conoscenza dell'importanza allattamento seno
non viene fatta attività fisica nelle scuole
menù scolastici non equilibrati
bambini davanti alla TV per lungo tempo
Dislipidemie/disturbi del comportamento alimentare
Scarsa conoscenza del problema da parte dei genitori
Genitori impegnati non controllano
non identificazione precoce dei bambini in sovrappeso e obesi
Scarsa partecipazione a progetti di prevenzione/promozione
scarsa sensibilizzazione nei confronti degli utenti a perdere peso a una dieta equilibrata
Desiderio di massimo volume di prodotti
Desidero/bisogno di prodotti a basso costo
Rete di coordinamento interistituzionale carente
Personale sanitario scarsamente formato sul problema
Pressione sociale al consumo (pubblicità) – promozione di cibi sbilanciati
offerte dei supermercati Marketing alimentare

Modello logico



Quadro logico1

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi
Obiettivo generale	mantenere la % di bambini obesi al disotto del 4% e ridurre il sovrappeso in età infantile	% di bambini in FVG obesi e sovrappeso	Sorveglianza OKkio	
Obiettivo specifico	Formazione ed informaizone degli operatori degli asili nido (da definire quanti per provincia) sulla corretta ed equilibrata alimentazione	N° di asili nido regionali coinvolti N° operatori presenti agli incontri sul totale Linee di indirizzo regionali distribuite	report	Non partecipazione del personale degli asili Mancato adeguamento delle tabelle nutrizionali dei servizi di ristorazione
Risultati attesi	1-Aumento delle conoscenze tra gli operatori degli asili nido 2- menù corretti e d equilibrati 3-corretta gestione delle porzioni	1-Test di verifica 2-Presenza di menù corretti ed equilibrati 3-porzioni idonee	1-questionari 2-3 Rilevazione diretta	
Attività	1-Diffondere le linee guida per la ristorazione negli asilo 2-formare gli operatori degli asili 3-Fornire agli operatori delle mense indicazioni per buone pratiche nutrizionali di produzione -adeguate porzioni	**Mezzi** Linee guida regionali Operatori sanitari	**Costi** I costi sono inclusi nel finanziamento alle aziende e nelle spese sovraziendali	

Quadro logico 2

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi
Obiettivo generale	mantenere la % di bambini obesi al disotto del 4% e ridurre il sovrappeso in età infantile	% di bambini in FVG obesi e sovrappeso	Sorveglianza OKkio	
Obiettivo specifico	Aumentare al di sopra del 30 % le donne che allattano al seno in modo esclusivo al 4-5 mese	% di donne che allattano al seno in modo esclusivo al 4-5 mese	Questionario somministrato alla seconda vaccinazione Report regionale	
Risultati attesi	1-Aumentare le conoscenze delle neo mamme dei benefici dell'allattamento al seno e diete equilibrate 2-Aumentare le conoscenze sui diritti delle neomamme 3- Aumentare le conoscenze del personale sanitario	1-2 focus group ai corsi preparto 3- Incontri con operatori sanitari	1-2 esiti dei focus group 3 Rilevazione diretta	
Attività	1-Inserire nei corsi preparto informazioni sulle diete nutrizionali rivolte ai bambini 2-Fornire indicazioni sulla normativa a tutela delle neomamme 3-Aggiornare il personale ostetrico e medico ostetrico sull'importanza dell'allattamento al seno e della dieta equilibrata nei bambini 0-5anni	Mezzi Operatori sanitari	Costi I costi sono inclusi nel finanziamento alle aziende e nelle spese sovraziendali	

Quadro logico 3

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi
Obiettivo generale	mantenere la % di bambini obesi al disotto del 4% e ridurre il soprappeso in età infantile	% di bambini in FVG obesi e soprappeso	Sorveglianza OKkio	
Obiettivo specifico	Aumentare la % dei bambini (fino i 60 mesi) sottoposti a monitoraggio	% dei bilanci di salute fatti rispetto al n° dei nuovi nati nel anno	software	Mancata adesione dei pediatri di libera scelta
Risultati attesi	1-Monitoraggio degli indicatori di rischio dietetico e bilancio di salute 2- sviluppare una rete di pediatri a livello regionale	1-Report sullo stato di salute dei bambini fino i 60 mesi 2- numero dei pediatri aderenti alla sorveglianza	Report N° PLS aderenti	
Attività	1-Mantenere la sorveglianza (bilancio di salute) dei bambini fino ai 60 mesi dei 30 pediatri regionali già attivi 2- incrementare il numero dei pediatri coinvolti	Mezzi Operatori sanitari	Costi I costi sono inclusi nel finanziamento alle aziende e nelle spese sovraziendali	

Piano di valutazione

Il piano di valutazione prevede una verifica della pertinenza, efficienza, efficacia, impatto, fattibilità del programma rispetto agli obiettivi prefissati.
Verranno esaminati i risultati raggiunti rispetto ai quelli attesi mediante la verifica degli indicatori previsti nel quadro logico, e nel caso di mancato raggiungimento verranno definite modifiche al programma o azioni di miglioramento.
Si prevede una valutazione intermedia dei risultati raggiunti a fine 2011 e una valutazione conclusiva a fine 2012 da effettuare secondo il seguente schema

CRONOPROGRAMMA								
Descrizione attività	**Data inizio prevista**	**Data fine prevista**	**Risultati attesi**	**Eventuali vincoli o criticità**	**Data inizio effettiva**	**Data fine effettiva**	**valore rilevato del traguardo (*)**	**Note**
Diffusione delle linee guida regionali per la ristorazione negli asili nido	01/01/2011	31/12/2012	Aumento delle conoscenze tra il personale educativo e addetti alle mense degli asili nido					
Formazione degli addetti alle mense degli asili nido sulle buone pratiche nutrizionali di produzione	01/01/2011	31/12/2012	Presenza di menù equilibrati e corretta produzione (cottura-uso dei grassi)					
Iniziative di formazione a sostegno dell'allattamento al seno nei confronti del personale ostetrico e medico ostetrico	01/01/2011	31/12/2012	Personale ostetrico e medico sensibilizzato all'importanza dell'allattamento al seno					
Iniziative nei confronti delle gestanti sull'importanza dell'allattamento esclusivo al seno	01/01/2011	31/12/2012	Aumentare le conoscenze delle gestanti sull'importanza dell'allattamento esclusivo al seno e adeguata alimentazione fin dalla primissima età					
Sorveglianza dei bambini fino ai 60 mesi da parte dei 30 pediatri di libera scelta già aderenti	01/01/2011	31/12/2012	Mantenere sistema di monitoraggio sullo stato di salute dei bambini entro i 60 mesi					
Aumentare il numero dei pediatri di libera scelta che partecipano alla sorveglianza	01/01/2012	31/12/2012	Presenza di un sistema di monitoraggio diffuso e rappresentativo del territorio regionale	Adesione dei pediatri di libera scelta				
Iniziative per diffondere le linee guida per una buona alimentazione e attività fisica tra i 3 mesi e tre anni	01/01/2012	31/12/2012	Condivisione tra i PLS del documento					
Predisposizione piani/interventi di supporto alle famiglie di bambini soprappeso/obesi	01/01/2012	31/12/2012	Riduzione dei bambini soprappeso/obesi					

3.1.1 Consolidamento dei programmi di screening.

Macroarea

3. PREVENZIONE IN POPOLAZIONI A RISCHIO

Linea di intervento generale

3.1 ***Tumori e Screening***

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012

Riduzione della mortalità per i tumori della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto

Titolo del Programma

3.1.1 Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologici

Obiettivo specifico di salute

Prevenire mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto, garantendo programmi organizzati di screening efficienti ed efficaci

Contenuti del programma

Beneficiari, attori e altri portatori di interesse

In FVG sono stati completamente attivati i tre programmi di screening oncologici previsti dai LEA. La popolazione bersaglio ammonta a 166.593 donne per lo screening della mammella, 325.180 uomini e donne per lo screening del colon-retto e 343.353 donne per lo screening della cervice uterina.
L'organizzazione regionale è centralizzata, con un coordinamento unico gestito fino al 2009 dall'Agenzia Regionale della Sanità e dal 2010 dalla Direzione Centrale Salute della Regione; le sei aziende territoriali sono responsabili dell'organizzazione a livello del territorio di loro competenza, le Aziende Ospedaliere e gli IRCSS sono i fornitori di prestazioni. In ogni azienda sono stati identificati il responsabile del programma e gli operatori impegnati nelle segreterie di screening, nel primo e nel secondo livello.
Il sistema informativo è unico e gestito da Insiel, società informatica della Regione FVG.
Altri portatori di interesse sono: la ditta che fornisce il servizio di esecuzione delle mammografie, Federfama e i farmacisti della regione che distribuiscono i kit per il FOBT, i medici di medicina generale e gli specialisti che possono influenzare l'adesione allo screening organizzato oppure indirizzare verso quello "opportunistico", in particolare ginecologi, radiologi, gastroenterologi che operano sia nel servizio pubblico che nel privato, le associazioni di volontariato.

Analisi di contesto

Gli screening oncologici sono interventi di sanità pubblica di provata efficacia per ridurre la mortalità dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto. Lo screening è stato riconosciuto come LEA (livelli essenziali di assistenza) nella finanziaria del 2001. Il quadro legislativo e l'assetto istituzionale italiano definiscono la responsabilità delle Regioni nella programmazione dei programmi di screening e delle aziende sanitarie nella loro erogazione.

In FVG nel 1998 con l'approvazione del "Piano regionale per le malattie oncologiche" (DGR 1633/1998), che prevedeva di garantire ai cittadini "una diagnosi il più precoce possibile e di qualità, attraverso interventi di prevenzione", sono state poste le premesse per l'avvio degli screening oncologici in regione. In seguito le DGR di approvazione delle "Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale" degli anni 1998-2008 hanno definito le modalità di avvio dei 3 programmi e gli obiettivi di attività e di qualità per le aziende. Solo il programma di screening mammografico è stato approvato con una specifica Delibera di Giunta Regionale (DGR 2830 dd. 28.10.2005).

Il programma di screening dei tumori della cervice uterina è attivo dal 1999, il programma di screening dei tumori della mammella dal dicembre 2005 e il programma di screening dei tumori del colon retto dal 2008. Come raccomandato dalle linee guida nazionali ed internazionali, in FVG i programmi di screening oncologici garantiscono non solo la chiamata attiva ed il test di screening ma anche tutto il percorso diagnostico successivo, il trattamento ed il follow up.

I dati di incidenza. sopravvivenza e mortalità per i tumori oggetto di screening organizzato sono disponibili grazie all'esistenza del registro tumori regionale e di un archivio regionale di mortalità. Dai dati del registro tumori regionale risulta che in FVG vengono diagnosticati annualmente circa 80 nuovi casi di carcinoma della cervice, 1.000 della mammella e 1.000 del colon-retto. Dai dati di mortalità si rilevano ogni anno circa 18 morti per carcinoma della cervice, 350 della mammella e 500 del colon-retto.

I dati relativi ai programmi di screening del FVG mostrano che i principali indicatori di processo sono buoni e in accordo con gli standard richiesti.

Tuttavia restano ancora alcune criticità che riguardano principalmente i seguenti aspetti:

1) la partecipazione della popolazione e lo screening "opportunistico"
2) il modello organizzativo
3) i sistemi informativi
4) i rapporti con la medicina generale e con gli specialisti

La partecipazione dei cittadini è determinante per la buona riuscita di uno screening organizzato: più elevata è l'adesione, maggiore è l'efficacia in termini di vite salvate e di migliore qualità della vita grazie alla possibilità di eseguire interventi conservativi.

L'adesione grezza all'invito nel 2009 è stata per lo screening della cervice uterina del 56,7%, per lo screening della mammella del 57,4% e per lo screening del colon-retto del 38,4%.

I dati di copertura mostrano che l'attivazione dei programmi organizzati ha portato ad un aumento importante della copertura sia per il pap test (dal 40% al 62,3%) sia per la mammografia (dal 35,4% all'80,2%). Questi dati considerano solo le prestazioni refertate presso strutture pubbliche o accreditate della regione.

Dai dati della sorveglianza PASSI 2009 risulta invece che l'85,5% (IC 83,3-88,6) delle donne nella fascia di età 25-64 ha fatto un pap test negli ultimi 3 anni, che l'82,5% (IC 78,3-86,6) delle donne nella fascia di età 50-69 ha fatto una mammografia negli ultimi 2 anni e che il 20,9% (IC 17,7-24,2) delle persone nella fascia di età 50-69 ha fatto un test per la ricerca del sangue occulto nelle feci negli ultimi 2 anni.
I dati di copertura estratti dalle banche dati del SSR e i dati PASSI mostrano che una parte di popolazione non effettua regolarmente la diagnosi precoce e una parte la effettua presso strutture private senza le garanzie di qualità offerte dal programma organizzato.
L'assenza di copertura in una quota di popolazione è una criticità che non può essere ignorata. Uno studio condotto in FVG sulla storia di screening dei tumori invasivi della cervice uterina dimostra che la maggior parte di queste neoplasie insorge proprio in donne non rispondenti all'invito e che questi tumori sono diagnosticati ad uno stadio più avanzato rispetto a quelli individuati dallo screening.
Lo screening "spontaneo" o "opportunistico" era già diffuso prima dell'avvio dei programmi organizzati, sia all'interno che all'esterno del servizio sanitario pubblico e questa abitudine appare difficile da cambiare. Si stima che in regione circa il 18-20% delle donne in età da screening esegua il pap test presso centri privati con periodicità e percorsi diversi da quelli raccomandati.
Eppure un buon programma di screening è in grado di assicurare un percorso di diagnosi e cura di qualità migliore rispetto a quanto accade al di fuori degli screening. Questa informazione, tuttavia, non riesce ancora a raggiungere e a convincere la popolazione.

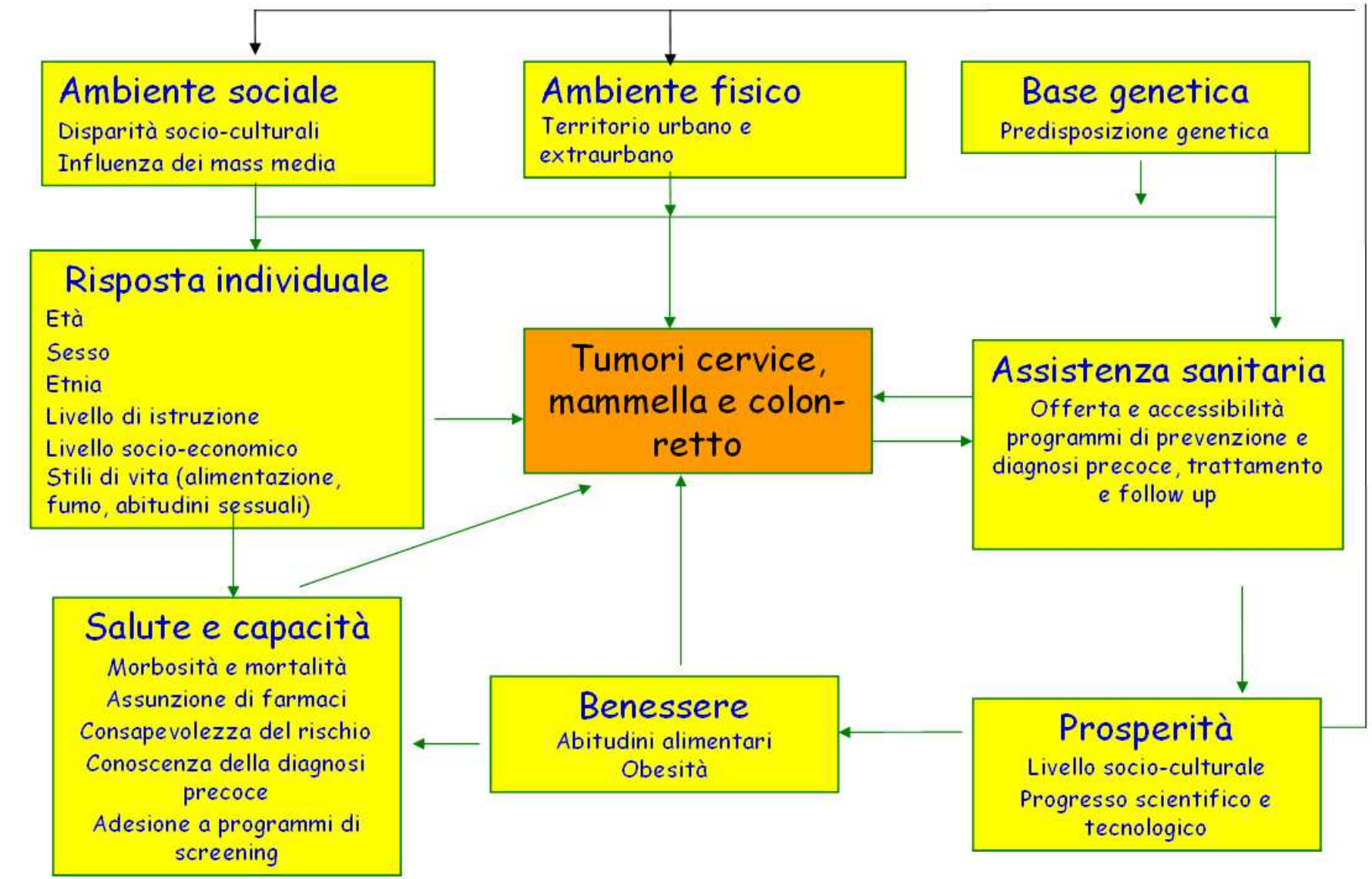
Il modello organizzativo attuale degli screening oncologici in FVG è basato su un coordinamento unico centralizzato gestito dalla regione. Le aziende territoriali sono titolari dei programmi e responsabili dell'organizzazione e della gestione sul loro territorio di competenza mentre le aziende ospedaliere e gli IRCCS sono fornitori di prestazioni.
I programmi sono stati strutturati volutamente in modo fortemente centralizzato per gli aspetti organizzativi, per il governo clinico, per lo sviluppo e la gestione dei sistemi informativi, per la formazione del personale, per i controlli di qualità e la valutazione dei risultati. La centralizzazione può assicurare maggiore efficienza e qualità, ma richiede un'adeguata organizzazione per poter essere gestita. La Direzione Centrale Salute della regione non è strutturata per garantire tutte funzioni estremamente eterogenee (statistico-epidemiologiche, informatiche, organizzative, di governo clinico dei professionisti, amministrative, tecniche e segretariali) che questa centralizzazione richiede ed è pertanto fondamentale definire un nuovo modello organizzativo che garantisca il funzionamento a regime dei programmi organizzati di screening oncologici, mantenendo elevati livelli di efficienza e qualità. E' importante che il nuovo modello organizzativo preveda un chiaro e strutturato sistema di regole e di responsabilità e che assicuri il buon funzionamento delle diverse fasi dei programmi e l'integrazione necessaria tra i diversi attori coinvolti.

I sistemi informativi sviluppati negli anni per i programmi regionali di screening sono in parte obsoleti, gestiti su ambienti differenti e non integrati (o solo parzialmente) tra loro. Alcune funzionalità non sono ancora coperte dei sistemi informativi disponibili. E' necessario sviluppare una maggiore informatizzazione delle attività dei programmi di screening garantendo adeguati flussi di comunicazione dei dati.
L'anagrafe sanitaria presenta numerose criticità dovute sia a problemi di manutenzione da parte delle aziende, sia all'incompleta integrazione con le anagrafi comunali. Nel 2009 le lettere di invito inesitate sono state 6.776 pari al 2,13% delle lettere inviate.

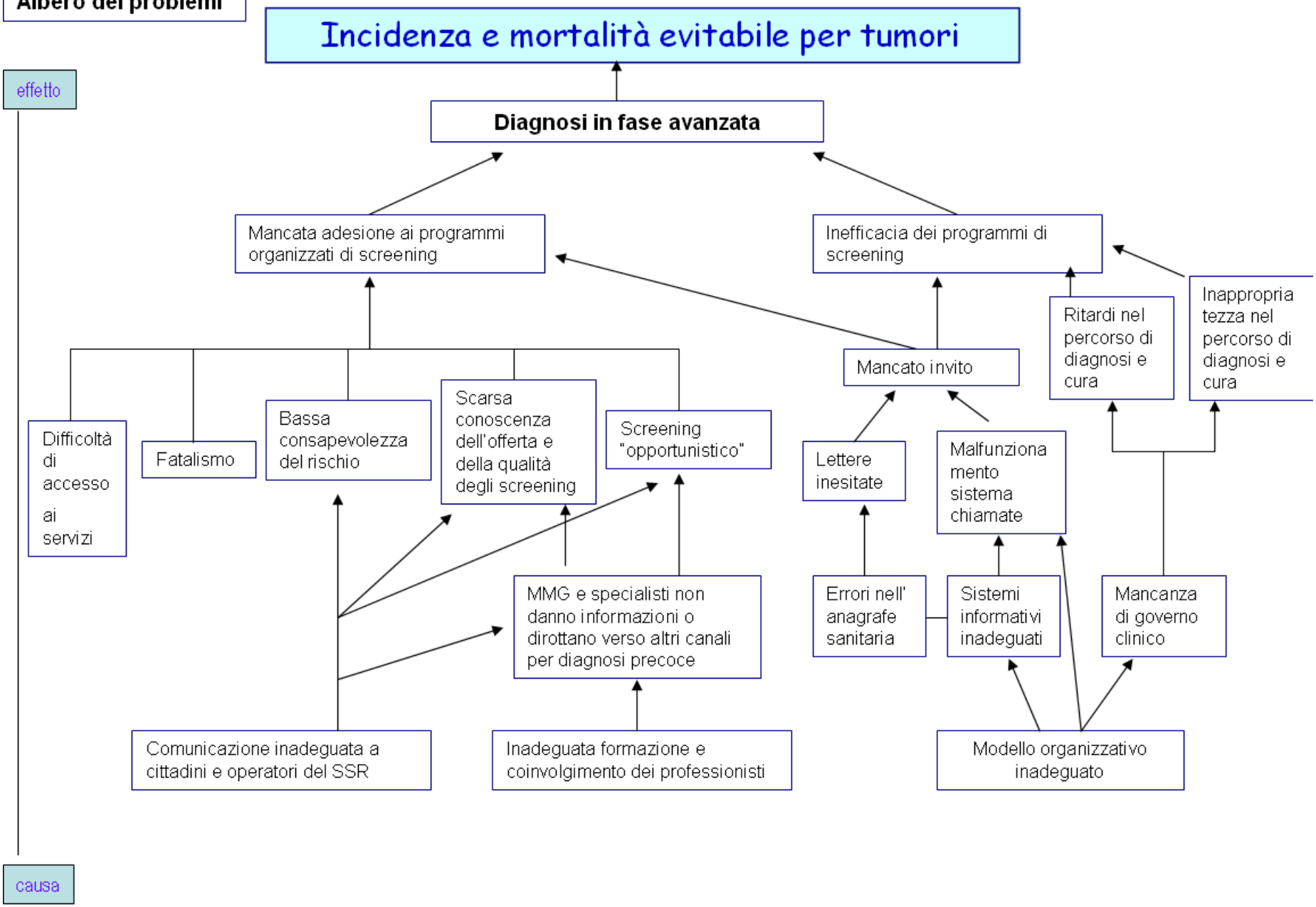
Il ruolo dei Medici di Medicina Generale negli screening può essere estremamente prezioso per informare i cittadini sui programmi di screening, sulle modalità di accesso e sull'eventuale percorso di approfondimento e per favorire l'adesione informata e consapevole.

In FVG la medicina generale è stata all'inizio coinvolta nei programmi di screening femminili sia attraverso una formazione specifica, sia sul piano contrattuale attraverso l' "Accordo integrativo regionale attuativo dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale". Ciononostante l'impegno dei MMG per favorire la partecipazione informata e consapevole ai programmi di screening è stato piuttosto disomogeneo e legato soprattutto alla motivazione personale del singolo medico. Il coinvolgimento della medicina generale deve essere rivalutato e ridefinito.

Analisi di contesto: screening oncologici

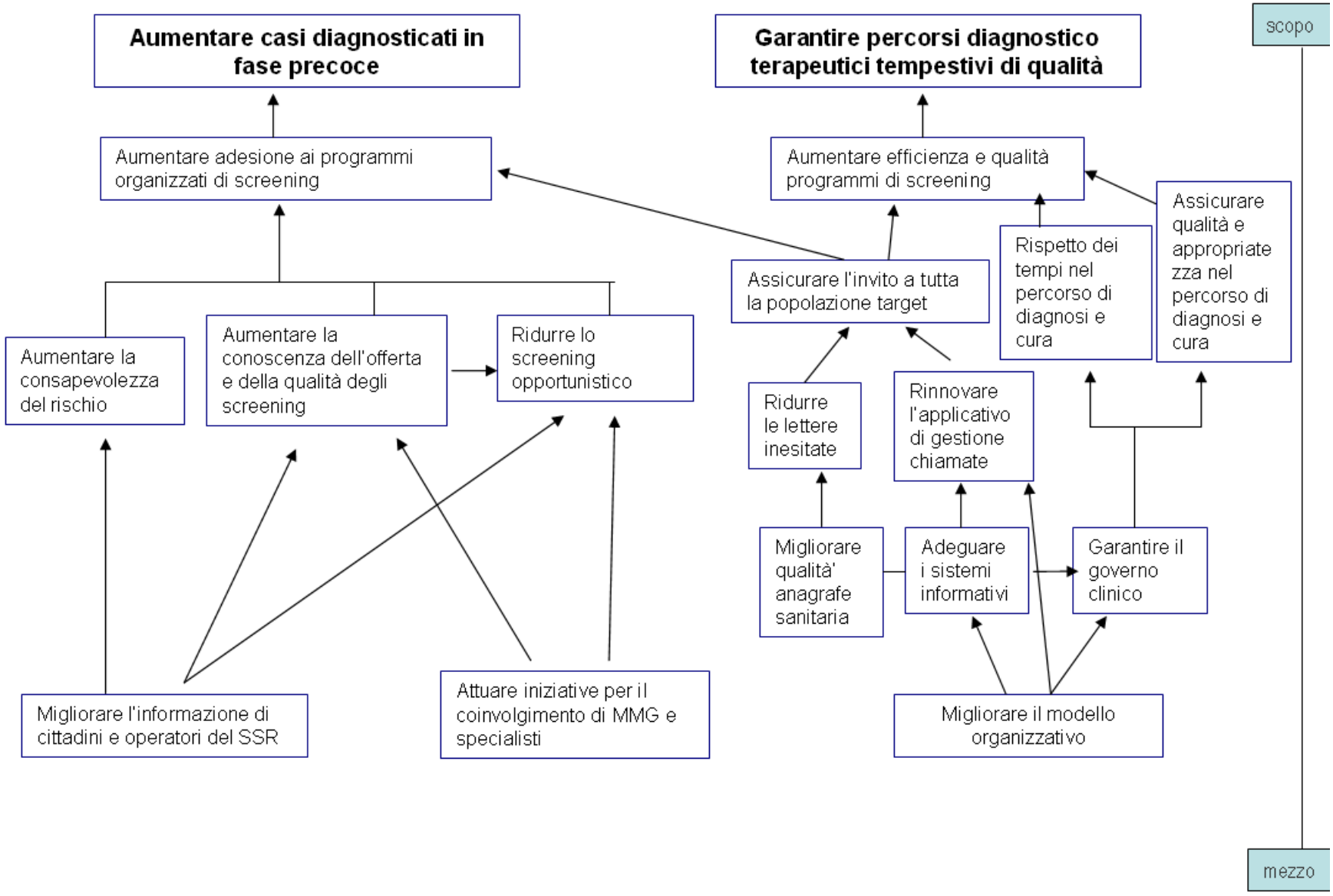


Albero dei problemi

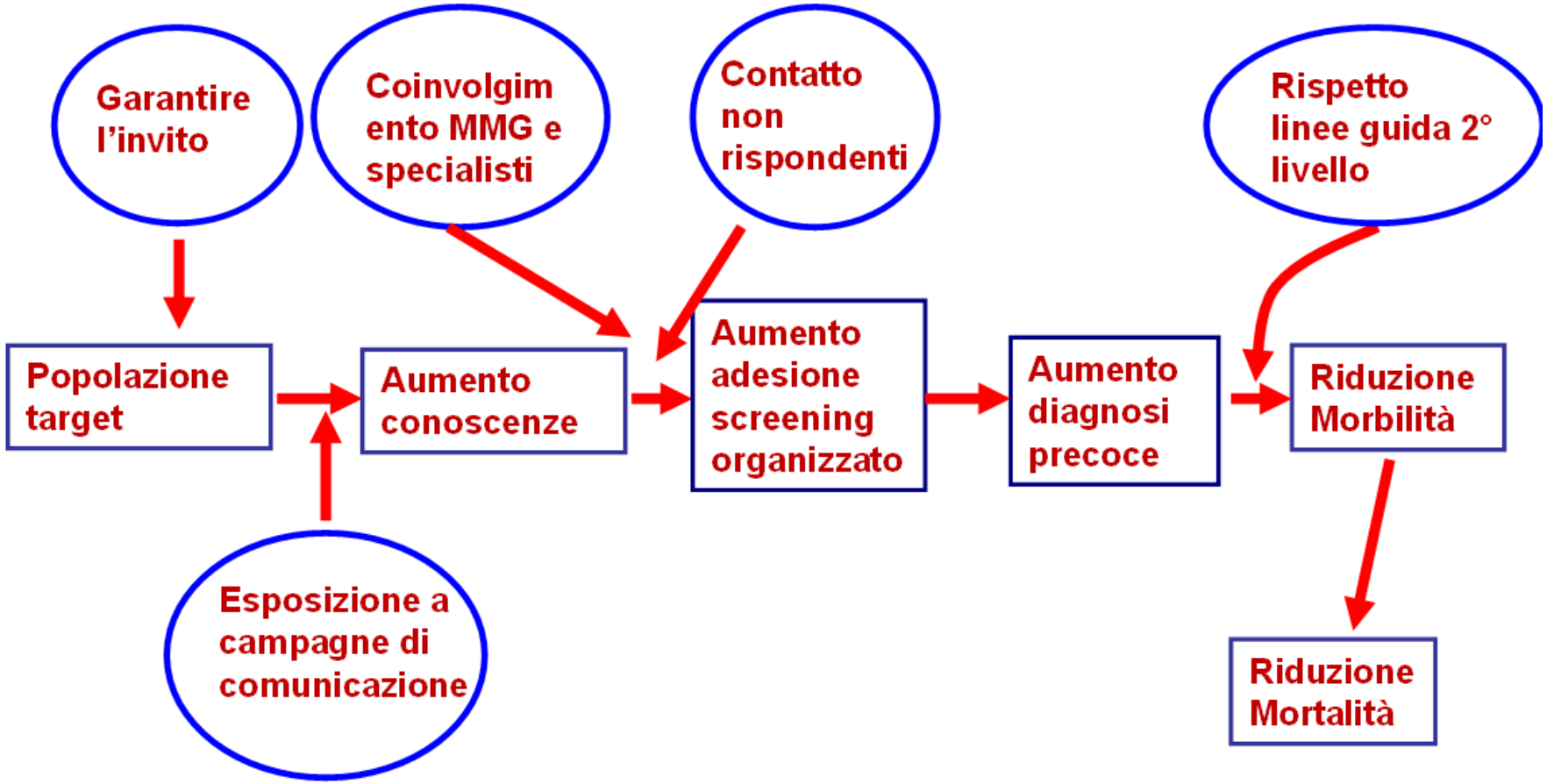


Albero degli obiettivi

Ridurre incidenza e mortalità evitabile per tumori



Modello logico: screening oncologici



Quadro logico 1

Finalità programma	**Logica dell'intervento**	**Indicatori verificabili obiettivamente**	**Fonti di verifica**	**Rischi e assunzioni**
Obiettivo generale	Prevenire mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto, garantendo programmi organizzati di screening efficienti ed efficaci	Trend incidenza e mortalità specifica	Registro tumori e archivio mortalità	
Obiettivo specifico	Aumentare adesione allo screening del colon retto	% adesione all'invito	Banche dati SIR	
Risultati attesi	Aumento dell'adesione all'invito (>=50%) Riduzione lettere inesitate (<2% delle lettere spedite)	% adesione all'invito % lettere inesitate	Indicatori screening	
Attività	Iniziative regionali di comunicazione per popolazione Iniziative di comunicazione a livello locale anche in collaborazione con le associazioni di volontariato Iniziative per il coinvolgimento di MMG e specialisti Richiamo non rispondenti Correzione posizioni errate in anagrafe sanitaria	**MEZZI** Campagne informative Accordo Integrativo Regionale e accordi aziendali	**COSTI** I costi sono inclusi nel finanziamento alle aziende e nelle spese sovraziendali	Accordi con MMG

Quadro logico 2

Finalità programma	**Logica dell'intervento**	**Indicatori verificabili obiettivamente**	**Fonti di verifica**	**Rischi e assunzioni**
Obiettivo generale	Prevenire mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto, garantendo programmi organizzati di screening efficienti ed efficaci	Trend incidenza e mortalità specifica	Registro tumori e archivio mortalità	
Obiettivo specifico	Aumentare efficienza e qualità dei programmi di screening	Indicatori GISCI, GISMA, GISCOR, ONS	Indicatori screening	
Risultati attesi	Applicazione del nuovo modello organizzativo regionale Sviluppo del nuovo applicativo informatico e utilizzo di almeno alcune componenti entro il 31/12/2012 Monitoraggio indicatori 2° livello e audit	Esistenza nuovo modello organizzativo regionale con definizione di regole e responsabilità Presenza e utilizzo del nuovo applicativo informatico Sistema di indicatori (GISCI, GISMA, GISCOR, ONS) disponibile sul portale	Indicatori screening	
Attività	Definire e formalizzare un nuovo modello organizzativo degli screening ed un chiaro e strutturato sistema di regole e di responsabilità a livello regionale Rinnovare l'applicativo informatico degli screening Valutazione performance e audit con i professionisti	MEZZI Sistema di indicatori Incontri periodici	COSTI I costi sono inclusi nel finanziamento alle aziende e nelle spese sovraziendali	Capacità di Insiel di dedicare competenze e risorse

Piano di valutazione

Il piano di valutazione prevede una verifica della pertinenza, efficienza, efficacia, impatto, fattibilità del programma rispetto agli obiettivi prefissati. Verranno esaminati i risultati raggiunti rispetto ai quelli attesi mediante la verifica degli indicatori previsti nel quadro logico, e nel caso di mancato raggiungimento verranno definite modifiche al programma o azioni di miglioramento.

Si prevede una valutazione intermedia dei risultati raggiunti a fine 2011 e una valutazione conclusiva a fine 2012 da effettuare secondo il seguente schema

CRONOPROGRAMMA AL 31/12/201x								
Descrizione attività	**Data inizio prevista**	**Data fine prevista**	**Risultati attesi**	**Eventuali vincoli o criticità**	**Data inizio effettiva**	**Data fine effettiva**	**valore rilevato del traguardo (*)**	**Note**
Iniziative regionali di comunicazione per popolazione	01/01/2011	31/12/2012	Aumento dell'adesione all'invito (>=50%)					
Iniziative di comunicazione a livello locale anche in collaborazione con le associazioni di volontariato	01/01/2011	31/12/2012						
Iniziative per il coinvolgimento di MMG e specialisti	01/01/2011	31/12/2012						
Richiamo non rispondenti	01/01/2011	31/12/2012						
Correzione posizioni errate in anagrafe sanitaria	01/01/2011	31/12/2012	Riduzione lettere inesitate (<2% delle lettere spedite)					
Definire e formalizzare un nuovo modello organizzativo degli screening ed un chiaro e strutturato sistema di regole e di responsabilità a livello regionale	01/01/2011	01/06/2011	Applicazione del nuovo modello organizzativo regionale					
Rinnovare l'applicativo informatico degli screening	01/01/2011	31/12/2012	Sviluppo del nuovo applicativo informatico e utilizzo di almeno alcune componenti	Capacità di Insiel di dedicare competenze e risorse				
Valutazione performance e audit clinico con i professionisti	01/01/2011	31/12/2012	Monitoraggio indicatori 2°livello e audit					

(*)percentuale di avanzamento dell'attività (0%, 25%, 50%, 75%, 100%)

3.2.1 Carta del rischio cardiovascolare/Software “Gente di Cuore” per prevenzione primaria e secondaria.

Macroarea

3. PREVENZIONE IN POPOLAZIONI A RISCHIO

Linea di intervento generale

3.1 ***Malattie cardiovascolarig***

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012

Ridurre incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari, perseguendo i seguenti obiettivi:
- definire strumenti per la rilevazione epidemiologica del rischio cardio-cerebrovascolare (carta del rischio)

Titolo del programma

3.2.1 Carta del rischio cardiovascolare/Software “Gente di Cuore” per prevenzione primaria e secondaria

Obiettivo specifico di salute

Definire/utilizzare strumenti per la rilevazione epidemiologica e operativa del rischio cardio-cerebrovascolare. Indagine periodica sui fattori di rischio cardiovascolare.

Contenuti del programma

per i contenuti si rimanda a quanto dettagliato al progetto 1.1.1.

4.2.1 Prevenire e contrastare la disabilità conseguente a patologie croniche

Macroarea

4 PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E RECIDIVE

Linea di intervento generale

4.2 ***Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza***

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012

Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative, attraverso:

- ***la protezione e la promozione della salute negli anziani che sono una risorsa potenziale per la collettività***
- ***la prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità***

Titolo del Programma

prevenire e contrastare la disabilità conseguente a patologie croniche

Obiettivo specifico di salute

Prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità: prosecuzione ed estensione progetto "Gente di cuore"

Contenuti del programma

per i contenuti si rimanda a quanto dettagliato al progetto 1.1.1.

6. Altri progetti e programmi di prevenzione e sorveglianza

6.1 PREVENZIONE DELLE MALATTIE SUSCETTIBILI DI VACCINAZIONE

Gli elevati livelli di copertura raggiunti nell'infanzia hanno determinato un drastico calo di tutte le malattie prevenibili con vaccinazione, come dimostra l'andamento delle malattie infettive.Particolare attenzione dovrà quindi essere posta dalle Aziende Sanitarie Regionali al mantenimento degli standard di qualità dei servizi vaccinali che hanno permesso il raggiungimento di risultati eccellenti in questo ambito della prevenzione. L'impegno finora garantito andrà ampliato anche nell'offerta dei vaccini di più recente introduzione nel calendario regionale vaccinale (HPV, pneumococco, meningococco C) per i quali le coperture mostrano ancora ampie differenze territoriali in ambito regionale.
Andrà anche migliorata l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio.
Raggiungere queste persone renderà necessaria una modificazione radicale dell'attuale sistema di relazioni organizzative e professionali, attraverso la costruzione di rapporti non solo con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale ma anche con gli specialisti delle diverse discipline (in particolare con i centri di riferimento per i malati cronici). Ciò consentirà la graduale costruzione di un flusso informativo routinario relativo alle persone affette dalle patologie che espongono a maggior rischio di infezioni prevenibili con le vaccinazioni.
All'interno dell'obiettivo generale nel triennio 2010-2012, di ampliare la protezione dei cittadini del Friuli Venezia Giulia nei confronti di ulteriori malattie prevenibili con vaccinazione, si individuano di seguito alcuni obiettivi specifici, coerentemente alle indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012

- Mantenere e consolidare i livelli di copertura raggiunti nell'infanzia per tutte le vaccinazioni attualmente previste dal calendario regionale;
- Introdurre nel calendario vaccinale dell'infanzia la vaccinazione antivaricella
- Ottimizzare l'offerta vaccinale per le persone a rischio aumentato (es. antinfluenzale, antivaricella, antipneumococco, antimeningocco, antiHib);
- Proseguire con il programma di "Miglioramento della qualità dei servizi vaccinali"
- Formazione degli operatori e informazione dei cittadini.attraverso la progettazione ed attuazione di programmi di informazione e comunicazione per il sostegno ai programmi vaccinali

6.2 PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE PATOLOGIE TRASMISSIBILI PER LE QUALI NON VI È DISPONIBILITÀ DI VACCINAZIONI

Le grandi vittorie della sanità pubblica sulle malattie infettive sono state conseguite grazie a interventi di popolazione: miglioramento delle infrastrutture, potabilità delle acque e igiene degli alimenti, vaccinazioni di massa, campagne veterinarie di eradicazione della brucellosi e tubercolosi, ecc. Di conseguenza la morbosità e la mortalità per malattie infettive sono negli ultimi decenni molto diminuite, tanto da far considerare le malattie infettive come un problema di salute minore ma la sorveglianza e il controllo non possono venir meno, pena il riemergere di patologie dimenticate o il rapido diffondersi di infezioni emergenti con il carico di patologia e/o allarme sociale che in ogni caso ne consegue.
Infatti la riemergenza di "vecchie malattie" e la comparsa di malattie nuove ha reso evidente che le malattie infettive non sono state definitivamente debellate e, in alcuni casi, continuano a rivestire un interesse rilevante. In particolare fenomeni come la movimentazione di merci e animali legata alla globalizzazione dei mercati, l'aumento degli spostamenti di persone (migranti, turisti e lavoratori), i cambiamenti climatici connessi al riscaldamento del pianeta fanno si che molte malattie non siano

solo un problema solo dei paesi economicamente poco sviluppati, ma interessa anche le aree ad elevato reddito situate delle zone temperate.
Inoltre le condizioni di emarginazione, che costituiscono fattori di rischio per molte malattie infettive, possono rendere intere fasce di popolazione "invisibili" alla sanità pubblica incrementando così la probabilità individuale di infezione ma anche quella di diffusione dell'agente infettivo alla comunità.
Fermo restando che le attività consolidate di sorveglianza e controllo nel campo della sorveglianza delle malattie infettive e quelle di sviluppo e aggiornamento di attività correnti rappresentano livelli di operatività che naturalmente devono essere mantenuti o sostenuti , ma per i quali non vengono individuati specifici obiettivi nel triennio, per la prevenzione e il controllo delle patologie trasmissibili per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni, gli obiettivi saranno

- raggiungere elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambienti di vita collettiva, con particolare riguardo alle comunità scolastiche infantili e adeguare le misure di controllo (isolamento, allontanamento scolastico, controlli per parassitosi) alle evidenze di efficacia e limitarne l'utilizzo alle patologie per cui è possibile evitare casi secondari
- ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV ; attivando iniziative di formazione e comunicazione nei confronti delle malattie sessualmente trasmesse secondo le evidenze di efficacia disponibili
- limitare il verificarsi di focolai autoctoni di patologie emergenti con particolare riguardo alle arbovirosi in considerazione del verificarsi negli ultimi anni per la prima volta in Italia di casi umani autoctoni di patologie tipicamente tropicali (Chikungunya, West Nile) interessando, in particolar modo regioni vicine al Friuli Venezia Giulia. La diffusione di queste arbovirosi emergenti/da importazione è dovuta alla presenza di vettori (*Aedes Albopictus*, zanzare comuni…..)che sono ormai stabilmente presenti nella maggior parte delle regioni. Obiettivo del triennio è pertanto elaborare un Piano Regionale di sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori in collaborazione con le regioni confinanti prevedendo protocolli operativi comuni.
- prevenire le zoonosi tramite la definizione ed applicazione di protocolli di collaborazione medico-veterinaria, con particolare riferimento alla rabbia, malattia riemergente nel Nord Est dell' Italia Inoltre prevenire la diffusione e il rischio legato alle zoonosi causate da agenti patogeni che vedono nel loro ciclo vitale vettori artropodi, nei quali può replicare e, attraverso questi, infettare l'uomo, in particolare in Friuli Venezia Giulia la malattia di Lyme e le encefaliti da zecche.
- migliorare la rete di segnalazione delle malattie determinate da alimenti, attraverso un percorso di conoscenza e sensibilizzazione Infatti sebbene il sistema di sorveglianza sia affidabile per quanto riguarda gli episodi occorsi in strutture di ristorazione collettiva, in particolare in quelle a rischio (strutture per anziani, asili nido, ospedali), sicuramente sottostima gli episodi avvenuti nelle abitazioni private, quelli che hanno comportato sintomatologia lieve e quelli per i quali non è stato possibile ricostruire una fonte comune (es. a seguito di consumo in rosticceria o gelateria).

6.3 REGISTRO DIABETE

La Regione Friuli Venezia Giulia ha sviluppato un sistema di tracciabilità informatica degli assistiti attraverso l'integrazione di differenti fonti amministrative: Schede di dimissione ospedaliera (SDO), archivio di mortalità, prescrizioni farmaceutiche territoriali (AQPF) e archivio prestazioni specialistica ambulatoriale (SIASA). Tale sistema consente di effettuare valutazioni clinico-epidemiologiche e di monitorare il consumo di risorse e gli esiti clinici dell'assistenza sanitaria.
In questo lavoro sono state utilizzate come fonti informative esclusivamente banche dati amministrative. Si tratta di informazioni di carattere sanitario che sono disponibili per tutta la popolazione residente in regione. Questo rende possibile stimare la prevalenza di patologie croniche

e permette di calcolare e valutare i relativi indicatori di processo e di esito. Pertanto il metodo utilizzato per la costruzione del registro diabete è replicabile anche per altre patologie croniche che sono diffuse all'interno di una popolazione.
I flussi amministrativi utilizzati come fonti di identificazione dei pazienti affetti da diabete sono stati: prescrizioni farmaceutiche (AQPF), ricoveri ospedalieri (SDO), esenzioni.
Per ognuna delle tre fonti sono stati selezionati dei criteri per individuare i pazienti che con molta probabilità sono affetti da diabete in quanto hanno avuto un ricovero con diagnosi di dimissione di diabete e/o hanno assunto dell'insulina o dei farmaci ipoglicemizzanti e/o risultano esenti per patologia diabetica. Il passo successivo consiste nell'interrogare altre due basi dati fondamentali, come l'anagrafica regionale e l'archivio mortalità, per verificare la residenza in regione e lo stato in vita del paziente nel periodo in esame.
La banca dati dei pazienti diabetici così ottenuta viene sottoposta ad un ulteriore trattamento per individuare con una maggiore specificità i pazienti affetti da diabete. Si applica quindi un algoritmo che permette di confermare diabetici i pazienti che, negli anni di studio, presentano per esempio il criterio dell'esenzione o del ricovero ospedaliero, e di eliminare quei pazienti individuati solamente con prescrizione di farmaci in quantità non adeguata.

Si è valutata la possibilità di definire come ulteriore criterio di identificazione dei pazienti diabetici l'esecuzione di emoglobina glicata (codice prestazione 90.28.1), informazione ricavata dall'archivio della specialistica ambulatoriale (S.I.A.S.A). In base alle linee guida (AMD, SID (2010)) si propone di selezionare tutti gli assistiti diabetici con almeno due prestazioni ambulatoriale all'anno. Nella stima della prevalenza si propone di richiede l'esecuzione di almeno una emoglobina glicata nell'anno di riferimento.
Il criterio dell'esecuzione dell'emoglobina glicata verrà utilizzato anche per rafforzare quei casi in cui il numero dei confezioni di farmaci sia inferiore a tre, in tal caso risulterà sufficiente la effettuazione di un solo esame di emoglobina glicata all'anno.
Un possibile sviluppo del progetto prevedrebbe l'utilizzo di altre basi dati, ora disponibili solo parzialmente nella realtà regionale, quali le basi dati di alcuni MMG (FVG.NET), di alcuni medici specialisti diabetologi e della base dati degli esiti degli esami di laboratorio (DN-LAB).

6.4 AMIANTO

In Friuli Venezia Giulia con la LR 22/2001 recante disposizioni in materia di sorveglianza, prevenzione e informazione delle situazioni da rischio amianto e interventi regionali ad esso correlati, è stato dato l'avvio ad un percorso complessivo si informazione, studio e ricerca sui temi legati all'esposizione all'amianto.
Con successive delibere sono stati approvati i criteri per l'iscrizione al registro regionale ex esposti all'amianto, i criteri per la concessione di contributi alle Aziende sanitarie regionali per la realizzazione di progetti di ricerca sulla prevenzione primaria, secondaria e sul trattamento delle patologie correlabili all'amianto ed infine nell'agosto 2007 le "Linee guida per l'attuazione del programma regionale di sorveglianza sanitaria negli ex esposti all'amianto".
Il programma di sorveglianza sanitaria degli ex esposti e' in corso da un triennio (sono stati convocati circa 3000 ex esposti), e nell'anno 2011 è prevista una rivalutazione da parte della Regione, in collaborazione con l'UCO Medicina del Lavoro dell'Università degli Studi di Trieste, in ordine alla fattibilità locale e generale sulla base dei risultati della sorveglianza sanitaria e delle evidenze della ricerca scientifica.

Il programma relativo alla rimozione dell'amianto nel territorio prosegue da anni. Nella tabella allegata sono riportati i dati relativi ai piani o notifiche pervenute a livello regionale.

6.5 AGRICOLTURA E LAVORO

In Friuli Venezia Giulia negli ultimi anni il comparto agricolo non è stato soggetto a specifici interventi (i dati raccolti a livello nazionale parlano di 16 aziende sottoposte a controllo nel 2008 e 13 nel 2009).
In analogia con altri interventi svolti nel corso degli ultimi anni, tutti caratterizzati da ottimi risultati, si è deciso di realizzare un piano di intervento basato su tre passaggi:

a) Definizione di una strategia condivisa a livello regionale tra la direzione centrale dell'agricoltura e della pesca e la Direzione centrale della salute e politiche sociali servizio per la prevenzione che porti alla stesura di un possibile piano di intervento congiunto che tanga anche conto del piano nazionale dell'agricoltura;

b) Presentazione del piano e condivisione degli interventi da porsi in tema di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori del comparto agricolo con le forze sociali (associazioni datoriali e organizzazioni dei lavoratori) e con le figure chiamate a realizzare in primis le azioni di tutela della salute e della sicurezza nelle aziende agricole (datori di lavoro, medici competenti, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, responsabili dei servizi di prevenzione e protezione);

c) Monitoraggio: con questo termine si intende la fase di presentazione del piano ed un intervento di assistenza, informazione e promozione della cultura della prevenzione realizzato anche con la partecipazione dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL) delle aziende per i servizi sanitari (ASS), posto in essere nei confronti delle associazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori del comparto agricolo con un interessamento a livello regionale di almeno 100 aziende del comparto;

Attraverso l'analisi dei dati raccolti dal monitoraggio e l'analisi dell'andamento infortunistico nel comparto agricolo svolta attraverso la lettura dei dati contenuti nei flussi informativi INAIL – ISPESL – regioni sarà più specificatamente realizzato un programma di intervento, da realizzarsi negli anni successivi, in linea con il piano nazionale dell'agricoltura adattato alle peculiari caratteristiche del territorio regionale.-

6.6 ALCOL

6.6.1. ALCOL E LAVORO

L'argomento alcol e lavoro è stato oggetto di recenti interventi normativi e atti di programmazione da parte di questa Regione. Con la DGR 1020/2009 sono state approvate le "Linee guida per la prevenzione dei problemi di sicurezza sul lavoro legati all'assunzione di alcolici" mentre le linee di gestione del sistema sanitario regionale per il 2011, pongono come obiettivo per le aziende sanitarie il contrasto all'abuso alcolico all'interno del programma "Guadagnare salute".
Tutte le aziende territoriali attraverso programmi di promozione della salute con il coinvolgimento della rete HPH, dei servizi di Alcologia e di Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, saranno chiamate a fornire assistenza e formazione per il contrasto all'abuso nel consumo di bevande alcoliche nella popolazione e con programmi mirati, negli ambienti di lavoro, in particolare nel comparto dei trasporti.

6.6.2. PROGETTO UNPLUGGED

L'alcol è una delle principali cause di mortalità e morbilità, ed è responsabile del 9% della spesa sanitaria nei Paesi europei. Il suo consumo, oltre a quello di sostanze psicoattive, può portare a dipendenza, produce danni non solo al bevitore ma anche alle famiglie e al contesto sociale

allargato, in quanto può indurre comportamenti violenti, abusi, abbandoni, perdite di opportunità sociali, incapacità di costruire legami affettivi e relazioni stabili, invalidità, incidenti sul lavoro e sulla strada.
In questo contesto i giovani, più vulnerabili rispetto agli effetti fisici e psichici dell'alcol, sono considerati particolarmente a rischio, negli ultimi anni si sono diffusi modelli di comportamento in cui si ha un elevato consumo di alcol fuori dal pasto in un'unica occasione (binge drinking) in particolare durante i fine settimana che li espone a probabili patologie e problemi alcolcorrelati. L'uso di sostanze può essere associato ad un'immagine di trasgressione e di libertà costituendo così qualcosa di attraente per l'adolescente.
Un giovane su quattro tra i 15 e i 29 anni, in Europa, muore a causa dell'alcol, primo fattore di rischio di invalidità, mortalità prematura e malattia cronica nei giovani.
Il Rapporto PASSI evidenzia che le classi di età maggiormente a rischio sono quelle comprese tra i 18 e 34 anni, si stima che circa il 18% dei ragazzi di età compresa tra 11 e 15 anni abbia bevuto almeno una volta negli ultimi 12 mesi, e il 49% fra i 14 e 17 anni, in particolare di sesso maschile, sono consumatori regolari.
Le più recenti ricerche e pubblicazioni hanno messo in evidenza come i comportamenti d'uso di sostanze e alcol dei ragazzi sono fortemente condizionati dalla percezione dell'uso nei propri pari e sono soggetti alla pressione sociale. Si deve quindi focalizzare degli interventi di prevenzione e promozione della salute che migliori il benessere e la salute psicosociale dei ragazzi attraverso il **riconoscimento ed il potenziamento delle abilità personali e sociali** necessarie per gestire l'emotività e le relazioni sociali, e per prevenire e/o ritardare l'uso di sostanze.
Il progetto **Unplugged**, mira proprio a costruire un programma di prevenzione scolastica dell'uso di sostanze attraverso una metodologia interattiva favorendo lo sviluppo ed il consolidamento delle competenze interpersonali; aumentando e potenziando le abilità intrapersonali; correggendo le errate convinzioni dei ragazzi sulla diffusione e l'accettazione dell'uso di sostanze psicoattive, nonché sugli interessi legati alla loro commercializzazione; migliorando le conoscenze sui rischi dell'uso di tabacco, alcol e sostanze psicoattive e sviluppare un atteggiamento non favorevole verso le sostanze.
Unplugged rientra nel programma più vasto di "Guadagnare Salute negli adolescenti", e verrà sviluppato nelle scuole secondarie di primo grado della provincia di Udine; l'Azienda Per i Servizi Sanitari n. 4 Medio Friuli è stata individuata come referente di progetto che potrà avere oltre un coinvolgimento delle Aziende competenti sul territorio provinciale una valenza regionale nell'impostare un piano sostenibile e trasferibile nelle altre province regionali.
Tra gli obiettivi è prevista la costituzione di una equipe operativa costituita da operatori provenienti dal dipartimento delle dipendenze e dipartimento di prevenzione , promozione della slaute, che verranno formati dal National team Unplugged dell'OED per poter diventare Local trainers Unplugged e formare gli insegnanti del proprio territorio e monitorare l'attività di formazione (in termini di corsi attivati, insegnanti formati e studenti raggiunti dall'intervento).

6.6.3. IMPATTO DEL CONSUMO DI ALCOL SULLA MORTALITÀ E SULLA MORBILITÀ IN FVG

Le conseguenze dell'alcol sulla salute sono molto rilevanti. Tra i principali effetti ci sono la dipendenza dall'alcol e il consumo nocivo. Quest'ultimo provoca circa trenta malattie per cui l'alcol è la principale causa e circa 200 malattie e incidenti per cui l'alcol è una componente del processo causale (alcuni tumori, diabete mellito, disturbi depressivi unipolari, incidenti, cadute, ecc).
Uno studio di Rehm, Mathers ed altri pubblicato nel 2009 su Lancet ha stimato la mortalità e la disabilità espressa in Dalys, mostrando che nel 2004 il 3,8% di tutte le morti nel mondo ed il 4,6% dei Dalys erano attribuibili all'alcol (con percentuali molto più elevate negli uomini rispetto alle donne e nei paesi europei rispetto agli altri continenti).

La maggior parte delle morti causate dall'alcol ricadono in quattro grandi gruppi: incidenti, cancro, malattie cardiovascolari e cirrosi epatica. Paragonato con gli altri principali fattori di rischio (come tabacco, colesterolo e ipertensione) il profilo di età del *burden of disease* attribuibile all'alcol è spostato verso i segmenti più giovani della popolazione.
I costi connessi all'alcol ammontano a più dell'1% del prodotto interno lordo nei paesi a medio e alto reddito e sono per la maggior parte costituiti da costi sanitari e sociali.
In FVG risulta dai dati PASSI che circa un quarto degli intervistati (27%) è un bevitore a rischio. Il consumo di alcol a rischio sembra essere più frequente tra i giovani di 18-24 anni, gli uomini, nelle persone con alta istruzione. Anche i risultati dell'indagine sugli stili di vita degli adolescenti (HBSC) evidenziano l'elevata diffusione di stili di vita pericolosi per la salute come l'assunzione di alcolici.
Nel biennio 2011-2012 sarà condotto uno studio epidemiologico per valutare l'impatto del consumo di alcol in FVG, in termini di mortalità e morbilità, che, partendo dai dati locali di prevalenza dell'esposizione, si avvarrà delle metodologie già utilizzate dall'OMS e dal CDC per la stima delle frazioni attribuibili e per il calcolo dalla proporzione di decessi, di anni di vita persi e di morbilità imputabili all'alcol.

6.7 FUMO

Il fumo è uno dei maggiori fattori di rischio per la salute in ogni fascia d'età, crea le condizioni per lo sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie.
Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte nel mondo. Il tabagismo rappresenta quindi uno dei più grandi problemi di sanità pubblica a livello mondiale. Come per molte altre patologie, il principale strumento di contrasto è la prevenzione. Ogni anno nel nostro paese muoiono circa 85.000 persone per cause attribuibili al fumo di tabacco.

I dati rilevati dall'indagine -Il fumo in Italia - ISS-DOXA 2010 riportati dall'Istituto Superiore di Sanità ISS nel Rapporto annuale sul fumo 2010, 26 maggio 2010, evidenziano che l'abitudine al fumo di sigaretta nella popolazione italiana è :

- 11,1 milioni pari al 21,7% di **fumatori**, di cui 23,9% maschi e 19,7% femmine,
- 6,5 milioni pari al 12,7% di **ex fumatori**
- 33,4 milioni pari al 65,6% di **non fumato**ri

L'età in cui si inizia a fumare è sempre più precoce e riamane costante : il 17,8 % inizia prima dei 15 anni, il 37,7 % tra 15-17 anni e il 31,1 % tra 18 -20 anni (Indagine ISS-DOXA 2010), questo pone un problema rilevante di educazione a corretti stili di vita fin dalla giovane età, con particolare attenzione ad interventi di Promozione della Salute non solamente orientati all'età adolescenziale quando il fattore "fumo" è legato alla necessità di trasgressione, senso di emancipazione e influenzamento dei pari.

I dati confermano queste condizioni dove i principali motivi per cui si inizia a fumare sono legati l'influenzamento degli amici, tra i 15-24 anni è del 73,4%. Tale dato viene a confermarsi anche in età adulta, dove tra 24-64 anni la percentuale rimane quasi costante, 59,2% tra 25-44 anni e 58,8 % tra 45-64 anni, con un lieve incremento oltre i 65 anni d'età del 58,4%.

Di contro la **Legge 3/03 Divieto di fumo nei locali pubblici, del 10 Gennaio 2005**. ha contribuito alla riduzione dei fumatori e della vendita di sigarette in Italia, con una percentuale in calo del – 0,9% del 2007/2008 ad una variazione del – 2,3% del 2008/2009 che si è attestata al 89,1 di

sigarette vendute (milioni di Kg). (Elaborazione OSSFAD-ISS su dati Amministrazione Autonoma Monopoli di Stato e Logista 2009)

I **motivi della cessazione dell'abitudine al fumo nei fumatori** sono legati a motivi di salute (39,8 %) e per un'acquisita maggiore consapevolezza dei danni provocati dal fumo (32,5 %) della popolazione . Solo il 0,5 % smette per i divieti nei luoghi di lavoro o nei locali pubblici.

In Regione FVG la percentuale di fumatori tra gli uomini si è ridotta mentre è in aumento nelle donne e nei giovani. Si rileva, l'abitudine al fumo, con l'associazione significativa per classi d'età più giovani, sesso maschile e livello d'istruzione intermedio. L'abitudine al fumo può essere contrastata attraverso i Servizi delle ASS, i medici,pediatri di famiglia e gli operatori sanitari, la cui attenzione al problema e i cui consigli sono efficaci nell'indurre un cambiamento. (Sistema PASSI 2009)

Le iniziative di lotta al tabagismo, in FVG quindi, devono tendere a convincere i giovani a non iniziare a fumare, attraverso l'Educazione alla Salute nelle scuole, rendendo più difficile l'acquisto delle sigarette ai giovani sotto i 16 anni, limitando la diffusione dei distributori automatici, creando le condizioni per una cultura della prevenzione e promozione di stili di vita salutari.

Negli adulti l'accesso gratuito ai centri di dissuefazione , l'introduzione di medicinali per smettere di fumare e l'estensione del divieto di fumare nei contesti di socialità, anche negli spazi esterni (Ospedali, Scuole, campi sportivi, ecc…), vengono indicate come necessarie misure preventive per ridurre il fenomeno del fumo ed aiutare così i fumatori a smettere di fumare.

Gli interventi di Prevenzione e di Promozione della Salute in FVG devono realizzarsi in sintonia con la normativa nazionale e regionale indicata nelle Linee di Indirizzo della Regione Friuli Venezia Giulia sul Tabagismo (2009-2011) e le relative strategie d'intervento che prevedono:

- Un **approccio globale** di tipo preventivo finalizzato al contrasto della pressione sociale, di ogni forma di divulgazione di messaggi di sostegno all'abitudine al fumo. Un approccio terapeutico di primo e secondo livello (individuale e di gruppo) e normativo-dissuasivo per il rispetto del divieto di fumo.
- Un **approccio multidisciplinare, intersettoriale e interprogettuale** che coinvolga prevenzione, cura e controllo, favorendo interventi integrati di prevenzione, promozione della salute, attraverso il coinvolgimento delle Istituzioni, del privato sociale e dei diversi portatori di interesse.

In tale ottica si configurano gli interventi già esistenti in FVG, che si declinano attraverso progetti mirati ad obiettivi di salute quali:

- diminuire il numero di persone che iniziano a fumare attraverso la promozione di Scuole Libere dal Fumo, stile di vita libero dal fumo, consolidamento di una collaborazione attiva con il sistema scolastico, l'associazionismo e il volontariato sociale, sviluppo di attività di monitoraggio delle abitudini al fumo tra i giovani
- diminuire il numero dei fumatori attuali in regione, mediante iniziative coordinate tra Regione, Enti e Istituzioni , Aziende Sanitarie e associazionismo con offerta di cure individuali e di gruppo attraverso equipe multidisciplinari , introduzione di cure di dissuefazione anche attraverso la somministrazione di farmaci, promuovere lo sviluppo di attività territoriali per la cura del tabagismo attraverso la rete dei MMG e dei servizi sanitari
- diminuire il numero delle persone esposte al fumo passivo mediante ogni forma di applicazione possibile della normativa vigente, nei contesti lavorativi pubblici e privati, con particolare riguardo alle Scuole, alle Istituzioni, ai Servizi Sanitari e agli Ospedali.

In tale prospettiva la progettualità avviata in FVG prevede l'avvio, la continuazione ed implementazione di iniziative quali, "Smoke Free Class Competition (SFC)" progetto di prevenzione del tabagismo a livello europeo," Mamme Libere dal Fumo" finanziato dal Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali sostenuto e promosso dalla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori LILT e dalla Federazione Nazionale Collegi delle Ostetriche, il programma nazionale "Guadagnare salute : rendere facili le scelte salutari" in accordo con le Regioni e le Province Autonome e "Regione Libera dal fumo"per un prima sperimentazione attiva di percorsi di dissuefazione al fumo di dipendenti delle sedi regionali attraverso la collaborazione di un'Azienda Sanitaria, con possibilità di valutazione degli esiti e relativa estensione del progetto in altre province della regione.

6.8 PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA DELLA BPCO

Nel 1990 la BPCO era la 12° causa di anni di vita persi per disabilità (DALYs) al mondo. Secondo le previsioni, nel 2020, la BPCO occuperà il 5° posto, preceduta da cardiopatia ischemica, depressione grave, incidenti stradali e vasculopatie cerebrali. Alla BPCO viene attribuito almeno il 6% dell'intera spesa sanitaria italiana.
In Italia il fumo di sigaretta negli ultimi 50 anni è calato costantemente negli uomini (dal 66% nel 1957 al 26% nel 2008); la quota di fumatori tra la popolazione generale >14 a. è pari al 22,2% .
La nostra Regione ha pubblicato,nel 2008, un *Consenus riguardo il percorso diagnostico terapeutico della BPCO* con la finalità di rendere più appropriata la risposta a questa malattia e ha predisposto un set di indicatori di performance, riportati dal sistema direzionale del SSR – Friuli Venezia Giulia, che, riferiti ai cittadini di età maggiore di 44 anni per l'anno 2009, descrivono a livello regionale una situazione caratterizzata da:

- una sottostima della prevalenza della malattia;
- uno scarso utilizzo della spirometria nell'inquadramento, nella stratificazione e nella sorveglianza della malattia;
- un limitato ricorso ai farmaci, soprattutto nei primi stadi della malattia in cui la sintomatologia è minore;
- tassi di copertura del vaccino antiinfluenzale e antipneumococcico non ottimali.

Queste osservazioni sul piano dei processi di cura determinano:

- ritardo della diagnosi precoce,
- ridotto utilizzo degli esami di funzionalità respiratoria, considerati determinanti per un corretto follow-up dei pazienti,
- debole e\o inesistente collegamento operativo dei centri deputati alla diagnosi di BPCO con i centri per la disassuefazione dal fumo,
- limitato e non sempre appropriato ricorso ai farmaci,
- tassi di copertura vaccinale antiinfluenzale e antipneumococcica da migliorare.

Sulla base delle indicazioni del sistema direzionale del SSR, appare pertanto necessario identificare, all'interno di un progetto che coinvolga e inserisca in una rete collaborativa le strutture operative interessate, le possibili aree di intervento per potenziare le azioni di prevenzione primaria e secondaria, elaborare strategie che permettano di diagnosticare la malattia agli stadi iniziali, avviare una rete collaborativa tra medici di medicina generale, strutture specialistiche, centri per la disassuefazione al fumo. In particolare si intende avviare una revisione delle prassi operative individuando obiettivi che riguardano:

- prevenzione primaria (riduzione del rischio ambientale e professionale),
- diagnosi precoce (con il coinvolgimento dei MMG),
- disassuefazione dal fumo di sigaretta (interventi informativi ed educativi e supporti farmacologici),
- utilizzo appropriato della spirometria,

- vaccinazione antiinfluenzale e antipneumococcica.

Il progetto che si intende mettere a punto nel 2011 prevedendone la realizzazione nel biennio, ha la finalità di eliminare\ridurre i maggiori fattori di rischio (con particolare riferimento al fumo di sigaretta) e di adeguare gli interventi sanitari per rafforzare i programmi di prevenzione e di controllo. La strategia del progetto è caratterizzata dalla forte integrazione che interessa diverse dimensioni, in particolare le cure primarie con le cure specialistiche, le cure farmacologiche con la educazione dei pazienti e gli interventi di promozione della salute, la prevenzione con la diagnosi precoce e la cura.
Ci si propone di:
- promuovere l'utilizzo della *Carta del rischio di BPC,* già adottata all'interno del *Consenus riguardo il percorso diagnostico terapeutico della BPCO*, sia nella pratica della medicina generale che da parte dei medici competenti;
- definire la procedura per la diagnosi precoce con coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei medici specialisti in pneumologia, medici del lavoro;
- Condividere a livello regionale il protocollo clinico per la disassuefazione dal fumo, con particolare riguardo agli aspetti motivazionali, educativi e farmacologici, e con il coinvolgimento dei professionisti delle discipline interessate (cardiologi, pneumologi, oncologi, MMG, professionisti dei SerT, farmacologi)
- potenziare l'offerta attiva dei vaccini alle categorie a rischio (quest'ultimo obiettivo è oggetto del progetto 2.4.1 "Migliorare trasparenza ed equità dell'offerta vaccinale" descritto nel Piano Operativo).

La definizione del progetto sarà condivisa tra i rappresentanti delle strutture del SSR coinvolte, in apposito tavolo, e con altri portatori di interesse (in particolare le associazioni dei malati)

6.9 PROGETTO DI ODONTOIATRIA SOCIALE

In linea con quanto definito nelle *Linee guida nazionali per la salute orale in età evolutiva* vi è la necessità di promuovere interventi preventivi in età evolutiva che necessitano dell'interazione sinergica di tutte le professionalità deputate al mantenimento ed al ripristino della salute orale (ginecologi, neonatologi, pediatri, odontoiatri, igienisti ed igienisti dentali).
Il percorso di prevenzione deve prevedere il coinvolgimento dei PLS e attivare interventi collettivi di prevenzione primaria delle carie in età scolare.
A tale proposito si prevede di sperimentare un progetto di promozione della salute orale nell' età evolutiva in Aziende Sanitarie che hanno maturato particolare esperienza sull' argomento e che si sono rese disponibili a lavorare in modo sinergico (ASS6 e ASS3).
Tale progettualità è ampliabile ad altre aree della regione.
Il primo degli indicatori da individuare è relativo alle attività di prevenzione e di cura precoce delle malattie dentarie a favore dei soggetti in età infantile ed evolutiva e delle donne in gravidanza, con le relative modalità di attuazione.
E' possibile quindi focalizzare l'attenzione, in termini di progettualità ed utilizzo delle risorse, in un'esperienza che, partendo dall'analisi epidemiologica del fenomeno, porti ad affinare strumenti e metodi di lavoro finalizzati all'attività di promozione ed educazione alla salute dentaria nelle collettività scolastiche.
E' in fase di avvio un progetto pilota presso l'ASS n. 6 Friuli Occidentale per sperimentare ed affinare strumenti e metodi relativi:
- alla rilevazione del rischio biologico e sociale (nuove povertà, immigrazione);
- all'attivazione di reti tra le varie istituzioni (famiglia, scuola e sanità);
- alla cooprogettualità con altri soggetti attivi nella promozione della salute e coinvolti sugli stessi fattori causali.

E’ inoltre stato approvato ed in via di attuazione il progetto finanziato dal CCM “Implementazione di un sistema sostenibile di incremento dell’offerta assistenziale in ambito odontoiatrico per i pazienti con disabilità o difficoltà di accesso alle cure” per garantire l’accesso alle cure odontoiatriche , per i pazienti con disabilità.
L’obiettivo è lo sviluppo di un sistema sostenibile di offerta odontoiatrica pubblica in parte o totalmente autofinanziata attraverso un sistema flessibile e differenziato di partecipazione alle spese da parte dei soggetti fragili, in relazione alla vulnerabilità sanitaria.

ALLEGATO: IL PROFILO DI SALUTE DEL FRIULI VENEZIA GIULIA

Il profilo di salute del Friuli Venezia Giulia

INDICE

Sintesi: Principali problemi per la salute della popolazione in Friuli Venezia Giulia pag 184

Capitolo1: Aspetti demografici pag 185

Capitolo 2: Mortalità generale e per principali cause pag 191

Capitolo 3: Mortalità evitabile pag 198

Capitolo 4: Incidenti stradali pag 206

Capitolo 5: Incidenti domestici pag 210

Capitolo 6: Infortuni sul lavoro pag 214

Capitolo 7: Malattie professionali pag 217

Capitolo 8: Tumori pag 222

Capitolo 9: Eventi cardiovascolari pag 226

Capitolo 10: Fattori di rischio pag 234

Capitolo 11: Gli stili di vita della popolazione pag 246

Focus 1: Effetti del fumo sulla popolazione del Friuli Venezia-Giulia pag 254

Focus 2: Priorità sanitarie: strumenti basati sull'evidenza per la determinazione delle priorità di intervento sanitario in una comunità pag 255

Capitolo 12: Coperture vaccinali pag 256

SINTESI: Principali problemi per la salute della popolazione in Friuli Venezia Giulia

Dall'analisi dei dati emerge che i principali problemi per la salute della popolazione in Friuli Venezia Giulia sono i seguenti:

- progressivo **invecchiamento della popolazione** legato al continuo aumento della speranza di vita e al **basso tasso di fecondità** della popolazione; il n. medio di figli per donna in FVG è pari a 1.37 abbondantemente al di sotto della soglia di 2, valore in grado di garantire il ricambio generazionale e sarebbe ancora più basso senza il contributo delle straniere residenti (1.20 per le italiane e 2.34 per le straniere residenti in regione);

- le principali cause di morte e di anni di vita persi in regione sono i **tumori** (4.402 decessi e 45.740 anni di vita persi nel 2007) e le **malattie** cardiovascolari (4.864 decessi e 38.688 anni di vita persi nel 2007), patologie in parte legate a fattori di rischio modificabili mediante l'adozione di stili di vita sani (in particolare riguardo l'alimentazione, l'attività fisica, l'abitudine al fumo e al consumo di alcolici), sia attraverso la diagnosi precoce e il trattamento (ipertensione, ipercolesterolemia);

- i risultati di una recenti indagine sugli **stili di vita degli adolescenti** (HBSC) evidenziano l'elevata diffusione di stili di vita pericolosi per la salute, tanto più se adottati in età precoce, come **l'assunzione di alcolici** e il **fumo di sigaretta**;

- gli **incidenti stradali** nel 2008 hanno provocato 110 morti (87 maschi e 23 femmine) e 6.459 feriti (4.111 maschi e 2.348 femmine); i neopatentati (18-24 anni) e le persone con più di 65 anni sono maggiormente a rischio di incidenti mortali; spesso gli incidenti mortali sono legati all'assunzione di alcool e al mancato uso dei dispositivi di sicurezza (dati PASSI 2009);

- per quanto riguarda gli **infortuni domestici e gli infortuni sul lavoro** le stime di incidenza non sono ancora complete soprattutto per **problemi di misclassificazione**; in particolare gli infortuni domestici risultano ampiamente sottostimati dalle attuali rilevazioni basate sui dati di pronto soccorso (basti pensare che solo l'8,5% delle fratture di femore degli anziani presenta come causa di ingresso l'incidente domestico).

CAPITOLO 1: ASPETTI DEMOGRAFICI

I principali cambiamenti demografici del Friuli Venezia Giulia

I residenti in Friuli Venezia Giulia al 31 dicembre 2008 sono 1.233.912, di cui 598.485 maschi e 635.427 femmine. Il trend di crescita demografica che ha caratterizzato l'ultimo decennio, dovuto ad una ripresa delle nascite e ai processi di regolarizzazione degli immigrati, prosegue anche negli anni presi in esame. La crescita media annua della popolazione regionale dal 2001 al 2008 si attesta allo 0,56%.
Si rilevano alcune differenziazioni di genere nelle crescite annue medie; anche se numericamente le donne sono più degli uomini sia a livello regionale (634,4 mila contro 598,4 mila) sia a livello nazionale (30,7 milioni contro 29,0 milioni), la popolazione maschile cresce più di quella femminile: in Friuli Venezia Giulia dello 0,7% rispetto allo 0,5%, mentre in Italia dello 0,8% contro lo 0,7%.

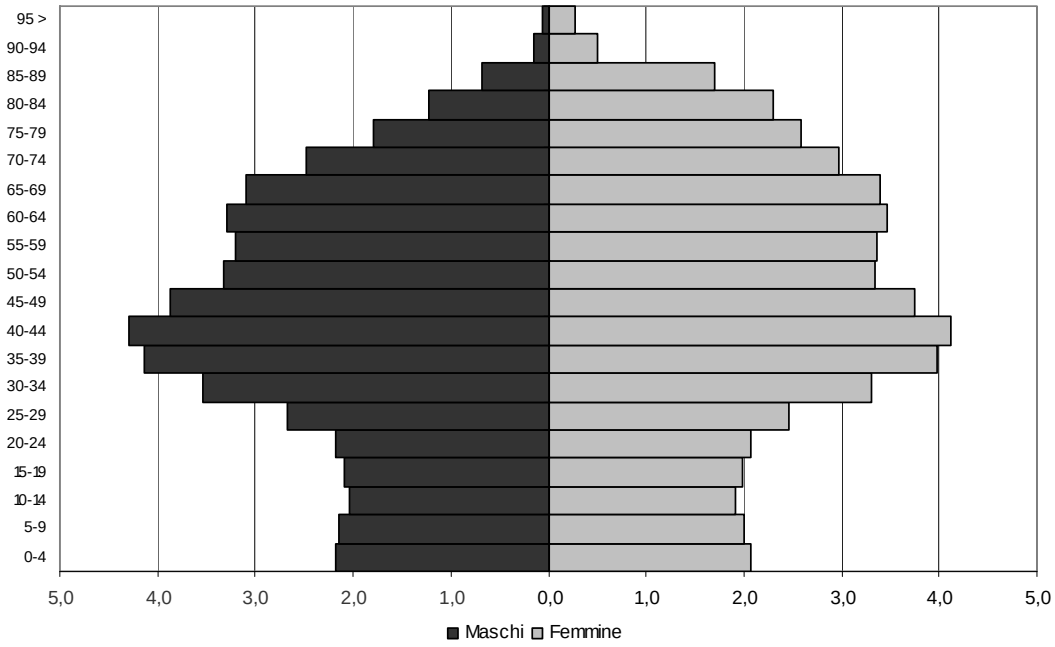
Tab. 1.1 Popolazione residente per sesso e regione - Anni 2001 e 2008 *(valori assoluti in migliaia, valori percentuali e tassi di variazione)*

	Popolazione residente al 31/12/2008			Tassi di variazione medi annui 2001-2008		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Pordenone	153,3	158,8	312,2	1,18	1,08	1,25
Udine	262,1	277,6	539,6	0,60	0,40	0,56
Gorizia	69,5	72,9	142,4	0,73	0,38	0,62
Trieste	113,6	126,1	239,7	0,03	-0,25	-0,33
Friuli Venezia Giulia	**598,5**	**635,4**	**1.233,9**	**0,67**	**0,46**	**0,56**
Nord-est	5.599,2	5.873,9	11.473,1	1,17	1,00	1,08
Italia	28.949,7	30.669,5	59.619,3	0,79	0,71	0,75

Fonte: ISTAT, Demografia in cifre

La piramide dell'età relativa ai residenti in Friuli Venezia Giulia distinti per genere al 31 dicembre 2008 presenta gradini più bassi (età inferiore ai 25 anni) oramai sempre meno numerosi non solo rispetto all'età adulta, ma anche rispetto alle età più avanzate (65 anni e oltre), confermando così il continuo processo di invecchiamento della popolazione. Questo fenomeno è particolarmente evidente nella popolazione femminile, nella quale neppure le ultra 75-enni sono bilanciate dalle prime due classi di età (bambine di età inferiore ai 10 anni).

Fig. 1.1 Piramide d'età della popolazione residente del Friuli Venezia Giulia – Anno 2008 *(dati al 31 dicembre, valori percentuali)*



Fonte: ISTAT, Demografia in cifre

La popolazione regionale è composta prevalentemente da persone anziane; nel 2008 oltre il 23% dei residenti ha più di 65 anni e il 7% più di 80 anni; in Italia, invece, la quota di persone con più di 65 anni scende a 20%. I bambini tra 0 e 14 anni in Friuli Venezia Giulia sono solo l'12,2%, contro il 14% a livello nazionale.

Tab. 1.2 Incidenza percentuale per classi d'età sul totale delle popolazione *(dati al 31 dicembre, valori percentuali)*

	Popolazione 0-14 anni (%)	Popolazione 15-64 anni (%)	Popolazione 65 anni e più (%)	Popolazione 80 anni e più (%)
Pordenone	13,4	66,4	20,1	6,0
Udine	12,2	65,4	22,4	6,5
Gorizia	11,9	63,8	24,3	7,2
Trieste	11,0	61,4	27,6	8,5
Friuli Venezia Giulia	**12,2**	**64,7**	**23,1**	**6,9**
Nord-est	13,6	65,5	21,0	6,1
Italia	14,0	65,9	20,1	5,5

Fonte: ISTAT, Demografia in cifre

Dal 2001 il numero di decessi risulta maggiore di quello delle nascite, anche se nel tempo il divario sembra ridursi, soprattutto per l'effetto positivo di una progressiva crescita della natalità: i nati nel 2008 sono infatti 10.501, in termini assoluti tra i valori più alti dell'intero periodo preso in considerazione. Un contributo significativo alla ripresa della natalità è dato dall'apporto della componente straniera della popolazione. Per quanto riguarda la mortalità, dopo una contenuta flessione tra il 2004 e il 2007, essa è tornata a crescere, superando la soglia dei 14.000 decessi all'anno a livello regionale.

Tab. 1.3 Bilancio demografico e popolazione residente al 31 Dicembre

anno	Popolazione iniziale	Popolazione finale	Nascite	Decessi	Saldo naturale	Tasso natalità	Tasso mortalità
2001	1.188.594	1.192.346	9.545	13.967	-4.422	8,0	11,7
2002	1.192.346	1.200.331	9.572	14.262	-4.690	8,0	11,9
2003	1.191.588	1.198.187	9.851	14.799	-4.948	8,2	12,3
2004	1.198.187	1.204.718	10.101	13.921	-3.820	8,4	11,4
2005	1.204.718	1.208.278	10.083	13.880	-3.797	8,4	11,5
2006	1.208.278	1.212.602	10.355	13.676	-3.321	8,6	11,3
2007	1.212.602	1.222.061	10.557	13.583	-3.026	8,7	11,2
2008	1.222.061	1.230.936	10.501	14.370	-3.869	8,6	11,7

Fonte: ISTAT, Demografia in cifre

L'andamento demografico descritto in Tab.1.3 determina saldi naturali (differenza tra nascite e decessi) inesorabilmente negativi. La popolazione del Friuli Venezia Giulia, tuttavia, continua, in termini assoluti, a crescere. Tale incremento è determinato dal saldo migratorio positivo, che risulta numericamente più elevato rispetto al saldo naturale.

Tab. 1.4 Bilanci demografici – Anni 2001 e 2008 *(per 1.000 abitanti)*

	Crescita naturale		Crescita migratoria totale		Crescita totale		Natalità		Mortalità	
	2001	2008	2001	2008	2001	2008	2001	2008	2001	2008
Pordenone	-1,1	0,1	14,7	15,0	13,6	15,1	9,1	10,0	10,1	9,9
Udine	-3,2	-2,9	9,6	9,9	6,3	6,9	8,1	8,3	11,3	11,2
Gorizia	-4,6	-4,0	19,3	7,6	14,7	3,6	8,1	8,2	12,7	12,2
Trieste	-8,6	-7,4	3,4	7,1	-5,2	-0,3	6,8	7,5	15,4	14,9
FVG	**-3,9**	**-3,2**	**10,7**	**10,4**	**6,7**	**7,2**	**8,1**	**8,6**	**12,0**	**11,7**
Nord-est	-1,1	-0,1	11,5	7,3	10,4	7,2	9,2	9,6	10,3	10,1
Italia	-0,3	-0,3	6,1	12,2	5,7	11,9	9,4	9,8	9,8	9,8

Fonte: ISTAT, Demografia in cifre

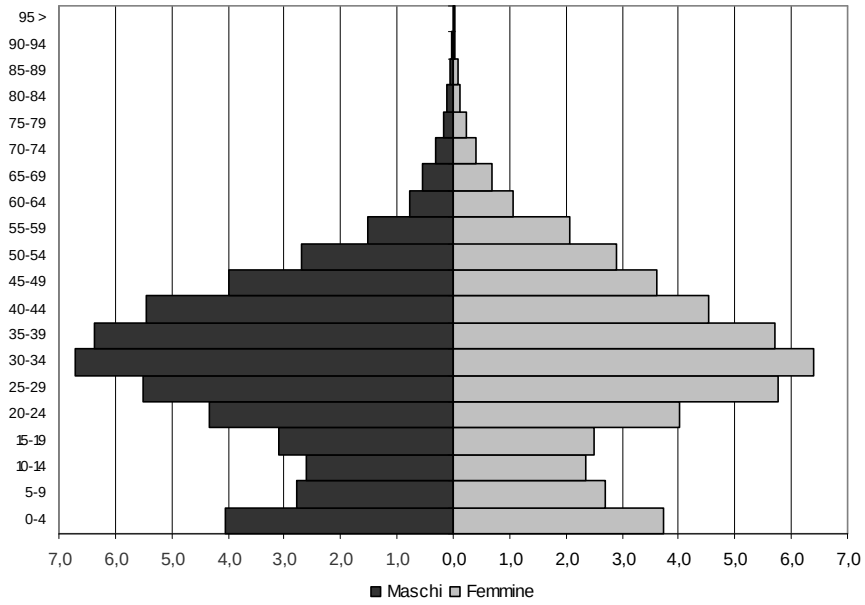
Gli stranieri residenti in Friuli Venezia Giulia alla fine del 2008 rappresentano il 7,7% della popolazione complessiva (94.999 unità), quasi il doppio di quella registrata nel 2001. Il tasso migratorio registra, inoltre, una marcata dinamica di crescita, accentuatasi nell'ultimo triennio: su base regionale l'incremento 2002-2008 è stato di 2,7 punti.

Tab. 1.5 Popolazione straniera residente per sesso e regione - Anni 2001 e 2008 *(valori assoluti in migliaia, valori percentuali e tassi di variazione)*

	Popolazione straniera residente al 31/12/2008			Tassi di variazione medi annui 2001-2008			Composizione % sul totale della popolazione residente		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Pordenone	17.056	16.126	33.182	11,7	12,9	12,3	11,1	10,2	10,6
Udine	17.647	17.954	35.601	10,4	12,1	11,2	6,7	6,5	6,6
Gorizia	5.424	4.267	9.691	8,3	12,9	10,1	7,8	5,9	6,8
Trieste	8.453	8.072	16.525	5,6	6,9	6,2	7,4	6,4	6,9
Friuli Venezia Giulia	**48.580**	**46.419**	**94.999**	**9,6**	**11,3**	**10,4**	**8,1**	**7,3**	**7,7**
Nord-est	531.009	518.763	1.049.772	16,4	20,3	18,2	9,5	8,8	9,1
Italia	1.913.602	1.977.693	3.891.295	17,8	20,0	18,9	6,6	6,4	6,5

Fonte: ISTAT, Demografia in cifre

Fig. 1.2 Piramide d'età delle popolazione straniera residente del Friuli Venezia Giulia – Anno 2008 *(dati al 31 dicembre, valori percentuali)*



Fonte: ISTAT, Demografia in cifre

Dall'esame della piramide delle età emerge che circa un residente straniero su due ha un'età compresa tra i 18 ed i 39 anni (48,5%) e oltre uno su cinque è minorenne (21,2%). Si registra una quota significativa di uomini e donne tra i 40 a 64 anni (27,8%), mentre molto esigua è quella degli ultra 65-enni (2,8%). Le migrazioni dall'estero producono l'effetto di riequilibrare leggermente la struttura per età della popolazione in favore delle classi di età giovanili e adulte. Gli stranieri residenti in Friuli Venezia Giulia hanno un'età media di soli 31,9 anni, rispetto alla media generale (calcolata tenendo conto di tutti i residenti), che è di 45,6 anni.

Tab. 1.6 Indici demografici - Anno 2008 *(valori percentuali)*

	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio	Età media
Pordenone	148,3	51,0	144,4	43,5
Udine	183,6	53,3	169,6	45,4
Gorizia	202,9	57,5	173,1	46,3
Trieste	249,8	64,2	187,6	48,4
Friuli Venezia Giulia	**187,4**	**55,2**	**166,5**	**45,6**
Nord-est	153,4	53,1	138,9	44,0
Italia	143,4	51,9	119,8	43,0

Fonte: ISTAT, Demografia in cifre

L'incremento dell'incidenza della popolazione anziana in Friuli Venezia Giulia è fenomeno ormai assodato. Il rapporto tra ultra 64enni e giovani ha assunto proporzioni notevoli e supera, al 31 dicembre 2008, quota 187 in regione. Una diretta conseguenza del forte incremento della popolazione anziana è l'affermarsi in Italia di uno squilibrio generazionale. L'indice di dipendenza in Friuli Venezia Giulia ha superato il 55,2%; ciò sta a significare che la popolazione in età attiva, oltre a dover far fronte alle proprie esigenze, ha teoricamente "a carico" una quota importante di popolazione inattiva. In regione l'indice di ricambio ha superato quota 166 per cento: in altri termini, le persone potenzialmente in uscita dal mercato del lavoro sono il 66% in più di quelle potenzialmente in entrata.

Tab. 1.7 Speranza di vita alla nascita e a 65 anni, per sesso

	maschi		femmine	
	0	65	0	65
Pordenone	79,7	18,3	85,9	22,9
Udine	79,0	17,9	84,5	21,8
Gorizia	79,4	18,3	84,7	22,9
Trieste	78,7	17,7	83,6	21,4
Friuli Venezia Giulia	**78,3**	**17,6**	**83,9**	**21,6**
Nord-est	78,9	18,1	84,4	22,0
Italia	78,7	18,0	84,0	21,6

Fonte: ISTAT, Demografia in cifre

L'innalzamento dell'età della popolazione del Friuli Venezia Giulia è legato al continuo aumento della speranza di vita; negli ultimi anni, infatti, la speranza di vita è di 83,9 anni per le donne e di 78,3 per gli uomini, in linea con i valori nazionali. Secondo le stime del 2008, infatti, la vita media degli italiani è di 84 anni per le donne e di 78,6 anni per gli uomini.

Le conseguenze dei cambiamenti demografici sulla fecondità del Friuli Venezia Giulia

Il progressivo invecchiamento è legato, oltre al continuo aumento della speranza di vita, anche ai tassi di fecondità della popolazione, abbondantemente al di sotto dei 2 figli per donna in età fertile (soglia in grado di garantire il ricambio generazionale). Il tasso di fecondità, che ha toccato i punti più bassi negli anni Ottanta e Novanta, mostra una non trascurabile ripresa: si passa da 1,1 figli medi per donna in età fertile nel 1995 a 1,4 nel 2008 a livello regionale e 1,5 a livello nazionale. Il Friuli Venezia Giulia registra un incremento del tasso di fecondità pari allo 0,34 % rispetto all'anno 1995, anno in cui la fecondità italiana ha toccato il minimo storico con un valore di 1,19 figli per donna.

Tab. 1.8 Tassi generici di fecondità - Anno 2008 *(per 1.000 abitanti)*

	Fecondità	Età media della madre al parto
Pordenone	1,4	31,1
Udine	1,4	31,5
Gorizia	1,3	31,0
Trieste	1,3	31,7
Friuli Venezia Giulia	**1,4**	**31,4**
Nord-est	1,4	31,3
Italia	1,5	31,1

Fonte: ISTAT, Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti. Anno 2008

Ad un basso livello di fecondità si associa anche una tardiva età media al parto, questo spostamento ha inevitabilmente effetti sia sul tasso di fecondità totale sia sul modo in cui sono vissute gestazione e maternità. Nel 2008, le madri residenti in Friuli Venezia Giulia hanno, alla nascita dei figli, in media 31,4 anni, dato in linea con quello del nord-est e dell'Italia.
Solo il 9,6% dei nati in Friuli Venezia Giulia nel 2008 ha una madre di età inferiore ai 25 anni, una proporzione che scende al 4,9% per le madri italiane. La percentuale di nati da madre con più di 40 anni di età è pari al 6,6% per il complesso delle residenti e al 7,7% per le madri italiane.
Gli stranieri nati in Friuli Venezia Giulia costituiscono l'11,7% del totale dei residenti e rappresentano un segmento della popolazione in costante crescita; essi costituiscono una "seconda generazione", perché non sono immigrati, ma, essendo figli di genitori stranieri, possiedono la cittadinanza straniera. I bambini nati da genitori stranieri costituiscono il 16,6% del totale dei nati in regione. Essi formano la componente più rilevante dell'aumento complessivo dei minori di cittadinanza straniera, che rappresentano il 21,3% del totale

della popolazione straniera residente al 31 dicembre 2008; la parte rimanente è costituita dai minori giunti in regione per ricongiungimento familiare.

Tab. 1.9 Popolazione straniera residente *(dati al 1°gennaio 2009, valori percentuali)*

	% sulla popolazione residente	% di nati stranieri sul totale dei nati	% di donne	% di minori	% di stranieri nati in Italia
Pordenone	10,6	22,4	48,6	22,9	12,4
Udine	6,6	14,5	50,7	21,6	12,2
Gorizia	6,8	17,0	44,0	20,9	10,1
Trieste	7,0	11,7	48,9	17,7	10,0
Friuli Venezia Giulia	**7,7**	**16,6**	**49,0**	**21,3**	**11,7**
Italia	6,5	12,6	50,8	22,2	13,3

Fonte: ISTAT, La popolazione straniera residente in Italia (al 1°gennaio 2009).

Negli ultimi dieci anni l'incidenza dei nati da genitori stranieri sul totale dei nati da residenti in Friuli Venezia Giulia è più che quadruplicata passando da 3,5% del 1999 al 16,6% del 2008. Praticamente un nato su sei per i residenti della regione è di cittadinanza straniera. L'impatto dei comportamenti procreativi dei cittadini stranieri è ancora più evidente se si considera il complesso dei nati con almeno un genitore straniero, che si ottiene sommando ai nati stranieri le nascite di bambini italiani nell'ambito di coppie miste formate da madri di cittadinanza straniera e padri italiani o viceversa. In questo caso l'incidenza sul totale dei nati aumenta di quasi 15 punti percentuali tra il 1999 e il 2008, raggiungendo il 21,7% per il complesso della regione.
Nel 2008 le donne di cittadinanza italiana hanno avuto in media 1,2 figli, mentre le straniere residenti in Friuli Venezia Giulia ne hanno avuto 2,34; per il complesso delle residenti il numero medio di figli per donna è stato di 1,37. È interessante confrontare il numero medio di figli delle donne italiane residenti osservato nel 2008 con quello riferito al complesso delle donne residenti nel 1995 che, come si è detto, è l'anno di minimo della fecondità, quando il contributo delle cittadine straniere era ancora trascurabile. Il confronto permette, quindi, di ottenere delle indicazioni circa l'evoluzione della fecondità delle sole donne italiane, che risulta passata dallo 0,95 all'1,20 figli per donna, mentre il numero medio di figli per il complesso delle donne residenti raggiunge il valore medio 1,37.

Tab. 1.10 Numero medio di figli per donna (TFT) ed età media alla nascita per cittadinanza della madre – Anni 1995 e 2008

	Numero medio di figli per donna				**Età media delle donne**			
	1995	2008			1995	2008		
	Totale residenti	Italiane	Straniere	Totale residenti	Totale residenti	Italiane	Straniere	Totale residenti
Friuli Venezia Giulia	**0,95**	**1,20**	**2,34**	**1,37**	**30,6**	**32,2**	**27,7**	**31,1**
Nord-est	1,05	1,27	2,49	1,47	30,5	32,2	28,0	31,1
Italia	1,19	1,32	2,31	1,42	29,8	31,7	27,9	31,1

Fonte: ISTAT, Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti. Anno 2008

Si può dunque affermare che la recente ripresa dei livelli di fecondità è attribuibile sia all'incremento delle nascite da madri straniere sia alla scelta, sempre più diffusa, di posticipare la maternità da parte delle generazioni di donne italiane nate tra la seconda metà degli anni '60 e i primi anni '70.

CAPITOLO 2: MORTALITÀ GENERALE E PER PRINCIPALI CAUSE

Tab. 2.1 Decessi e tassi standardizzati di mortalità per regione di decesso e sesso - Anno 2007 (a)

REGIONE	Numero Decessi	Tassi stand. per 10.000
MASCHI		
Friuli-Venezia Giulia	6.097	108,62
Italia	*281.114*	*113,91*
FEMMINE		
Friuli-Venezia Giulia	7.044	66,17
Italia	*291.879*	*70,37*
TOTALE		
Friuli-Venezia Giulia	13.141	82,94
Italia	*572.993*	*88,18*

Fonte dei dati: ISTAT
(a) Sono esclusi i morti a meno di un anno di vita. Anno 2007: i dati di mortalità per causa sono stimati; il totale dei decessi (maschi, femmine, totale) è un dato provvisorio ricavato dai modd. D7.

Nel 2007 sono decedute più femmine che maschi (947 in più) sia a livello nazionale che regionale, ma il tasso standardizzato per 10.000 abitanti rimane molto più alto per il genere maschile: questa differenza è dovuta essenzialmente al fatto che le donne vivono mediamente più degli uomini per cui vanno a costituire un denominatore più grande; infatti, come sottolineato in precedenza, la speranza di vita alla nascita per le donne è di 5,6 anni in più rispetto agli uomini (83,9 contro 78,3).

Tab. 2.2 Decessi e tassi standardizzati per sesso e grandi gruppi di cause - Anno 2007 (a)

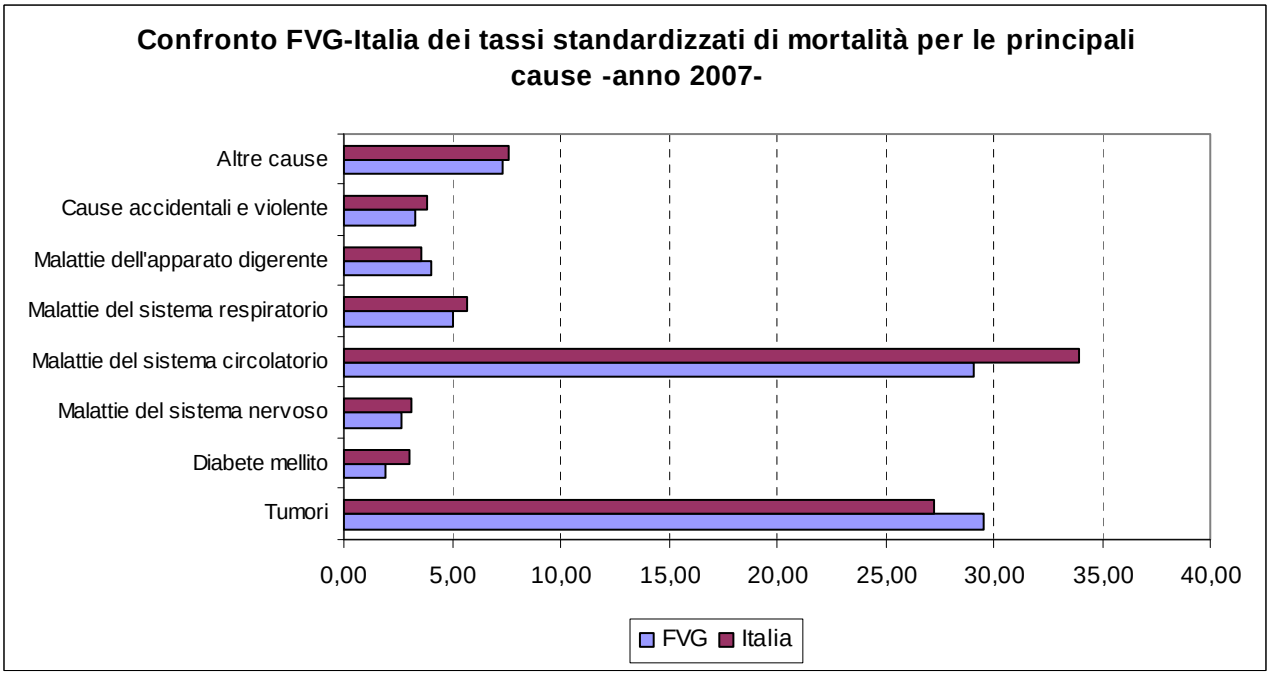
CAUSE DI MORTE	FRIULI VENEZIA GIULIA		ITALIA	
	Numero Decessi	Tassi stand. per 10.000	Numero Decessi	Tassi stand. per 10.000
		MASCHI		
Tumori	2.302	39,28	98.093	37,84
Malattie del sistema circolatorio	2.037	37,51	97.383	41,11
Malattie del sistema respiratorio	435	8,11	21.338	9,15
Altre cause	442	8,07	21.048	8,73
Cause accidentali e violente	296	5,26	14.593	5,60
Malattie dell'apparato digerente	299	5,24	11.656	4,59
Malattie del sistema nervoso	163	2,93	8.751	3,56
Diabete mellito	123	2,22	8.252	3,34
Totale	***6.097***	***108,62***	***281.114***	***113,92***
		FEMMINE		
Malattie del sistema circolatorio	2.827	23,60	127.194	28,86
Tumori	2.100	23,30	74.732	20,12
Altre cause	753	6,66	28.737	6,73
Malattie del sistema respiratorio	421	3,48	16.304	3,73
Malattie dell'apparato digerente	327	3,14	11.735	2,89
Malattie del sistema nervoso	257	2,44	11.934	2,87
Diabete mellito	182	1,74	11.529	2,76
Cause accidentali e violente	177	1,80	9.714	2,41
Totale	***7.044***	***66,16***	***291.879***	***70,37***
		TOTALE		
Malattie del sistema circolatorio	4.864	29,11	224.577	33,93
Tumori	4.402	29,54	172.825	27,29
Altre cause	1.195	7,32	49.785	7,61
Malattie del sistema respiratorio	855	5,07	37.642	5,67
Malattie dell'apparato digerente	626	4,01	23.391	3,62
Cause accidentali e violente	473	3,34	24.308	3,89
Malattie del sistema nervoso	420	2,62	20.685	3,15
Diabete mellito	306	1,92	19.780	3,03
Totale	***13.141***	***82,93***	***572.993***	***88,19***

Fonte dei dati: ISTAT
(a) Sono esclusi i morti a meno di un anno di vita. Anno 2007: i dati di mortalità per causa sono stimati; il totale dei decessi (maschi, femmine, totale) è un dato provvisorio ricavato dai modd. D7.

Le due principali cause di decesso nella regione Friuli Venezia-Giulia sono i tumori e le malattie del sistema circolatorio che insieme causano il 70,5% dei decessi (e il 69,36% a livello nazionale).
Considerando che i tassi di mortalità degli uomini sono molto più elevati di quelli delle donne per tutte le principali cause, si nota che il tasso di mortalità per malattie del sistema nervoso sono molto simili (2,44 donne, 2,93 uomini).

Le morti dovute ad eventi traumatici ed accidentali rappresentano per gli uomini la quinta causa di morte (più frequente del diabete delle malattie del sistema nervoso e dell'apparato digerente) mentre è la meno frequente per le donne.

Fig. 2.1 Confronto dei tassi standardizzati di mortalità

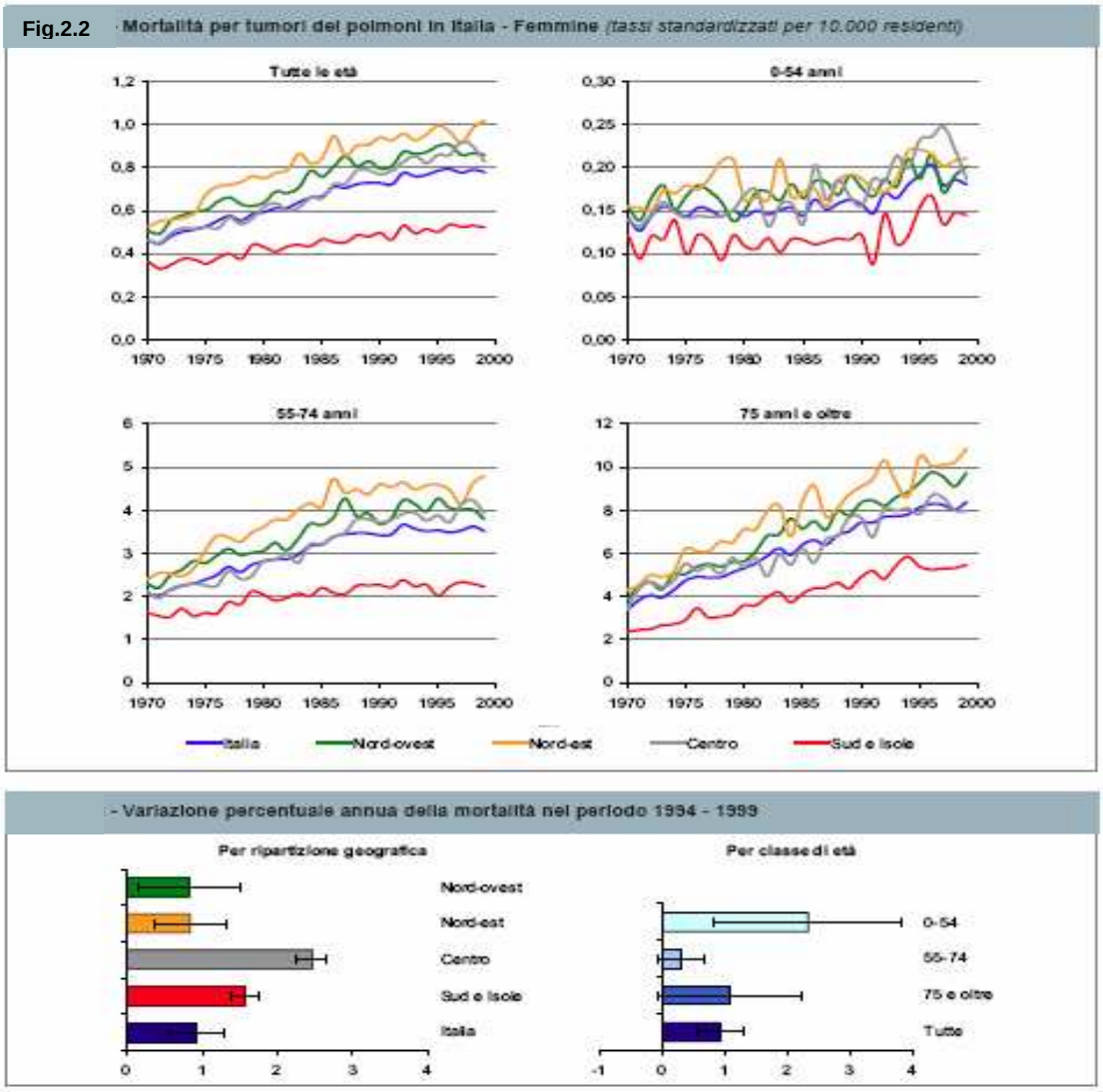


Tab. 2.3 Distribuzione dei decessi per i tumori più frequenti

CAUSE DI MORTE	FRIULI VENEZIA GIULIA		ITALIA	
	Numero Decessi	Tassi stand. per 10.000	Numero Decessi	Tassi stand. per 10.000
		MASCHI		
Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni	555	9,35	25.707	9,69
Tumori maligni del colon, retto e ano	229	3,95	9.826	3,81
Tumori maligni dello stomaco	141	2,42	6.298	2,44
		FEMMINE		
Tumori maligni della mammella della donna	371	4,35	12.052	3,38
Tumori maligni del colon, retto e ano	240	2,56	8.601	2,26
Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni	222	2,68	7.521	2,09
Tumori maligni dello stomaco	139	1,46	4.486	1,17
		TOTALE		
Tumori maligni della trachea, bronchi e polmoni	777	5,35	33.227	5,31
Tumori maligni del colon, retto e ano	469	3,09	18.428	2,89
Tumori maligni della mammella della donna	371	2,49	12.052	1,91
Tumori maligni dello stomaco	280	1,85	10.784	1,70

Per i maschi il tumore che più frequentemente porta al decesso è quello alla trachea/bronchi/polmoni, che invece coinvolge molto meno le donne che presentano però un tasso standardizzato in continua crescita (nel 2001 era pari a 1,79 in progressiva ascesa fino al 2007 in cui ha raggiunto quota 2,68).A livello nazionale già nel 2005 l'Istituto Nazionale di Statistica metteva in luce nel documento "Nuove evidenze nell'evoluzione della mortalità per tumori in Italia anni 1979-1999" che la mortalità femminile per tumore al polmone stava crescendo: *"…Per le donne la mortalità per tumori polmonari cresce sistematicamente. In particolare si nota un inquietante fenomeno di inizio di una nuova epidemia di tumore polmonare nelle giovani donne, nel corso degli anni Novanta. Negli anni recenti l'incremento sembra essere più forte nel Centro-Sud e nella classe di età più giovane…"* Anche il tumore del colon retto è molto diffuso, sia per i maschi che per le

femmine, ma con un tasso standardizzato a livello di popolazione generale pari quasi alla metà di quello del polmone.



Fonte: ISTAT

Tab. 2.4 Distribuzione dei decessi per le malattie del sistema circolatorio più frequenti

CAUSE DI MORTE	FRIULI VENEZIA GIULIA		ITALIA	
	Numero Decessi	Tassi stand. per 10.000	Numero Decessi	Tassi stand. per 10.000
		MASCHI		
Infarto del miocardio	402	7,08	17.723	7,02
Disturbi circolatori dell'encefalo	428	8,08	24.195	10,38
		FEMMINE		
Infarto del miocardio	371	3,31	14.416	3,43
Disturbi circolatori dell'encefalo	728	6,18	37.520	8,50
		TOTALE		
Infarto del miocardio	773	4,82	32.140	4,95
Disturbi circolatori dell'encefalo	1.156	6,90	61.714	9,27

Tab. 2.5 Mortalità per suicidi e morti traumatiche da causa incerta

	Valore		Tasso (x 10.000)		Limiti di Confidenza	
	Osservato	Popolazione	Grezzo	Standardizzato	Inferiore	Superiore
MASCHI						
2000	112	572.725	1,96	1,84	1,52	2,22
2001	100	575.125	1,74	1,63	1,32	1,98
2002	95	577.720	1,64	1,54	1,25	1,89
2003	90	581.484	1,55	1,4	1,12	1,72
2004	87	584.480	1,49	1,41	1,13	1,74
2005	78	586.323	1,33	1,23	0,97	1,54
2006	104	589.021	1,77	1,61	1,31	1,96
2007	69	593.749	1,16	1,07	0,83	1,36
2008	73	598.485	1,22	1,11	0,86	1,4
FEMMINE						
2000	48	617.846	0,78	0,71	0,52	0,95
2001	36	617.910	0,58	0,55	0,38	0,76
2002	39	618.762	0,63	0,59	0,42	0,81
2003	41	621.231	0,66	0,62	0,45	0,85
2004	28	623.390	0,45	0,43	0,29	0,63
2005	34	624.580	0,54	0,51	0,35	0,71
2006	32	626.995	0,51	0,49	0,33	0,69
2007	23	631.232	0,36	0,34	0,21	0,51
2008	33	635.427	0,52	0,44	0,3	0,62
TOTALE						
2000	160	1.190.571	1,34	1,26	1,07	1,47
2001	136	1.193.035	1,14	1,06	0,89	1,26
2002	134	1.196.482	1,12	1,04	0,87	1,24
2003	131	1.202.715	1,09	1	0,83	1,18
2004	115	1.207.870	0,95	0,91	0,75	1,09
2005	112	1.210.903	0,92	0,86	0,71	1,04
2006	136	1.216.016	1,12	1,03	0,86	1,22
2007	92	1.224.981	0,75	0,7	0,56	0,86
2008	106	1.233.912	0,86	0,77	0,63	0,93

Fonte: SIASI, Popolazione Standard: Censimento Nazionale 2001

Fig. 2.3

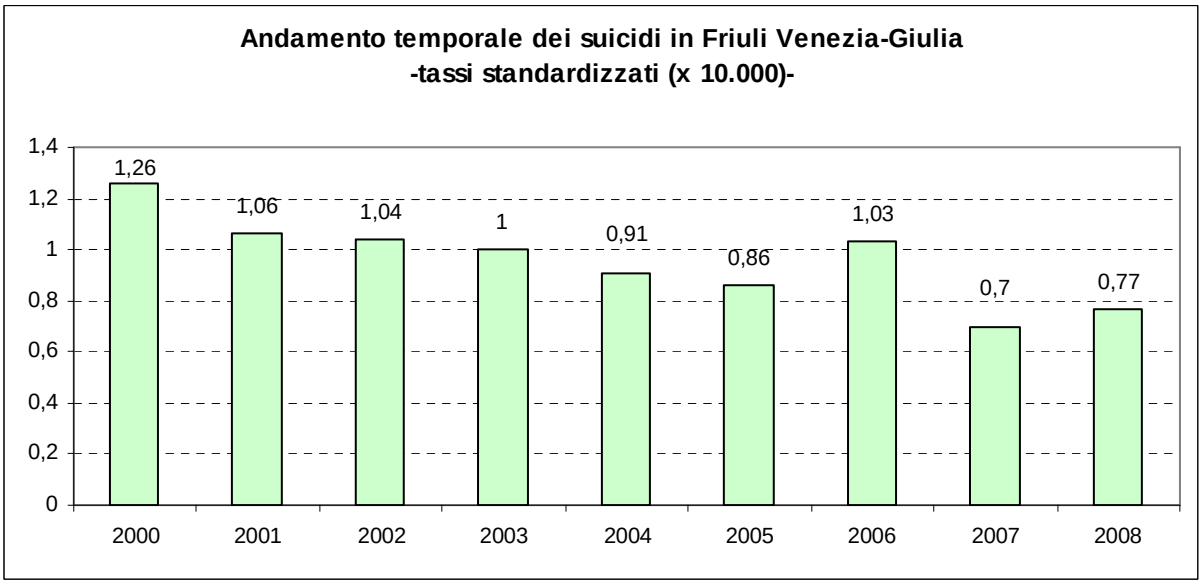
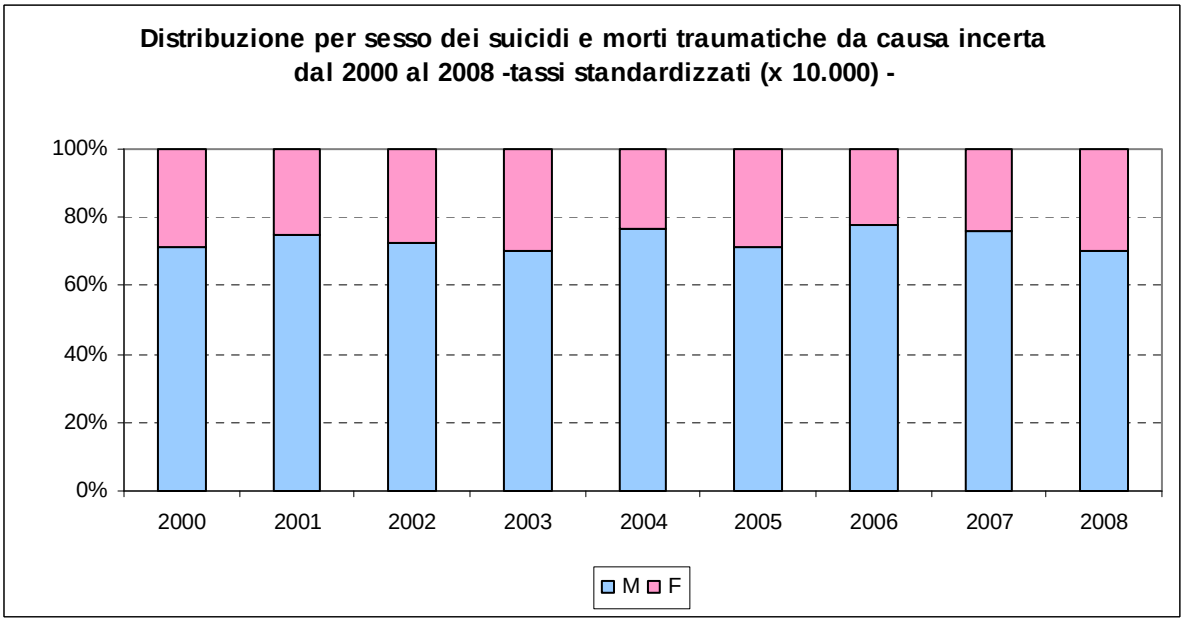


Fig. 2.4



La distribuzione dei decessi per suicidio ed evento traumatico di causa incerta interessa in modo molto marcato più gli uomini delle donne (più di due terzi in genere sono maschi). Dal 2000 al 2005 sembra che ci sia stato un calo, con un nuovo picco nel 2006 seguito da una nuova deflazione nel 2007 e 2008.

Per quanto riguarda la mortalità per incidente stradale e infortuni sul lavoro si rimanda ai rispettivi capitoli.

Tab. 2.6 Anni di vita persi -Anno 2007-

	Valore		Tasso (x 10.000)		Limiti di Confidenza	
Causa	**Osservato**	**Popolazione**	**Grezzo**	**Standardizzato**	**Inferiore**	**Superiore**
Tumori	45.740	1.224.981	373,40	316,88	313,95	319,83
Malattie del sistema circolatorio	38.688	1.224.981	315,82	242,77	240,32	245,24
Malattie apparato digerente	6.802	1.224.981	55,53	45,64	44,55	46,75
Cause accidentali e violente	6.604	1.224.981	53,91	51,69	50,42	52,98
Malattie del sistema nervoso	5.303	1.224.981	43,29	33,48	32,57	34,41
Malattie del sistema respiratorio	4.311	1.224.981	35,19	26,95	26,13	27,78
Diabete mellito	1.886	1.224.981	15,4	12,34	11,78	12,92
Tutte le cause	*124.372*	*1.224.981*	*1.015,30*	*828,30*	*823,63*	*833,00*

Fonte: SISSR-Infrastruttura Direzionale

Come per i tassi di mortalità per cause, anche gli anni di vita persi vedono tra le prime posizioni i tumori e le malattie del sistema circolatorio. Le cause accidentali e violente si posizionano più in alto delle malattie del sistema respiratorio, probabilmente perché coinvolgono in modo consistente classi di età giovani.

CAPITOLO 3: MORTALITÀ EVITABILE

Le informazioni e i dati relativi alla mortalità evitabile sono stati presi da ERA 2007, che a sua volta ha utilizzato per le analisi i dati ISTAT 2000-2002, benché si possa immaginare che per alcuni aspetti certe informazioni possano sembrare obsolete, era l'unico strumento che ci permetteva un confronto nazionale e inoltre é lo stesso strumento utilizzato dal Ministero della Salute per la stesura del piano di prevenzione triennale 2010-2012.

La mortalità evitabile è un indicatore che permette di avere informazioni su cosa il servizio sanitario può intervenire. In particolare la prevenzione la si può vedere sia dal punto di vista della tipologia di interventi, sia dal punto di vista delle patologie evitabili. Riportiamo due tabelle che tengano in considerazione le due diverse tipologie, emerge che la nostra regione ha una mortalità evitabile superiore a quella nazionale, e all'interno della stessa regione si posso evidenziare delle differenze tra alcune aziende territoriali, in particolare l'azienda Alto Friuli ha il valore più alto della regione sia per uomini sia per donne in quasi tutte le tipologie di intervento esclusa la diagnosi precoce, per le altre aziende gli andamenti non sono così ben definiti, basti vedere come l'azienda del Friuli occidentale ha valori più bassi della media regionale per tutti i tipi di intervento nelle donne, mentre per gli uomini non è esattamente uguale in tutti i tipi di intervento. Un'altra differenza che emerge è relativa al sesso: i tassi standardizzati risultano considerevolmente più bassi per le donne, e questo andamento del fenomeno lo possiamo rilevare sia dal punto di vista nazionale sia regionale.

Tab. 3.1 Mortalità evitabile 0-74 anni. Tassi standardizzati per 100.000 residenti per sesso e tipologia di intervento prevalente

	Maschi				Femmine			
	Prevenzione primaria	Diagnosi precoce e terapia	Igiene e assistenza sanitaria	Tutte le cause	Prevenzione primaria	Diagnosi precoce e terapia	Igiene e assistenza sanitaria	Tutte le cause
Triestina	163,3	25,8	60,4	249,5	45,6	46,4	30,2	122,2
Isontina	169,2	22,3	58,3	249,9	35,8	46,6	24,5	106,8
Alto Friuli	199,6	19,1	79,4	298,0	47,3	27,9	32,5	107,7
Medio Friuli	163,0	20,4	58,8	242,2	46,3	44,2	28,0	118,5
Bassa Friulana	152,0	22,0	52,3	226,2	40,4	36,8	28,4	105,6
Friuli Occidentale	155,9	18,1	64,6	238,6	35,5	35,1	25,9	96,4
Friuli Venezia Giulia	**164,4**	**21,3**	**61,4**	**247,1**	**42,4**	**41,5**	**28,1**	**112,0**
Italia	**152,6**	**17,6**	**58,9**	**229,1**	**37,0**	**34,9**	**31,9**	**103,7**

Fonte: ISTAT, ERA 2007

Fig. 3.1 Tassi standardizzati della mortalità evitabile per intervento, aziende sanitarie e maschi

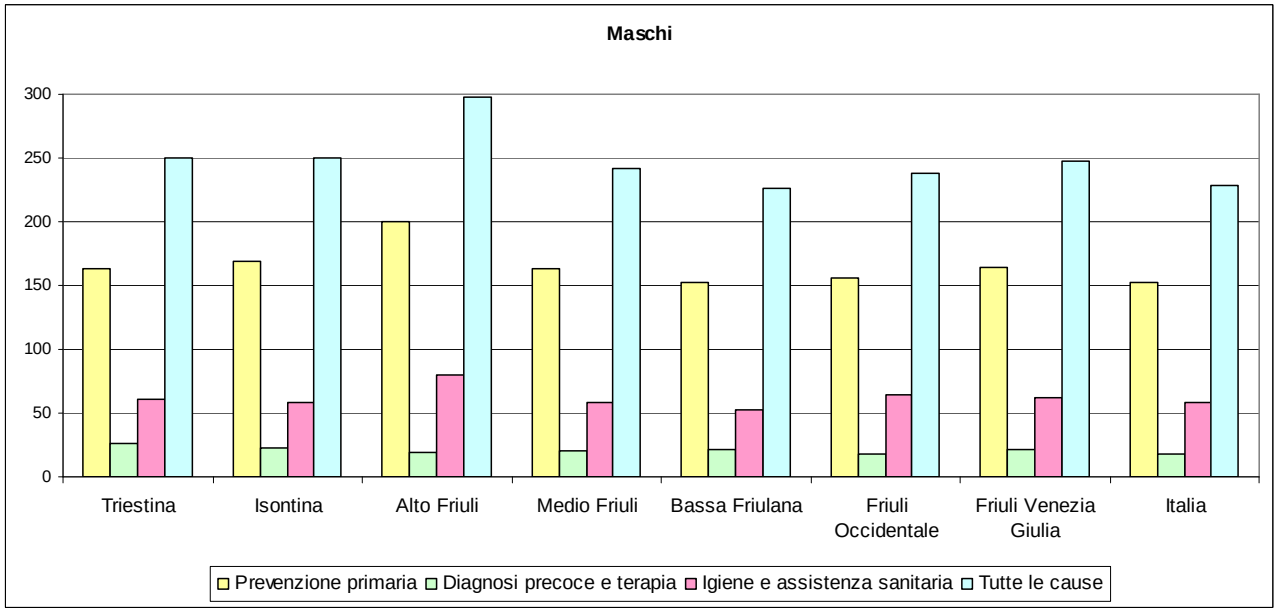
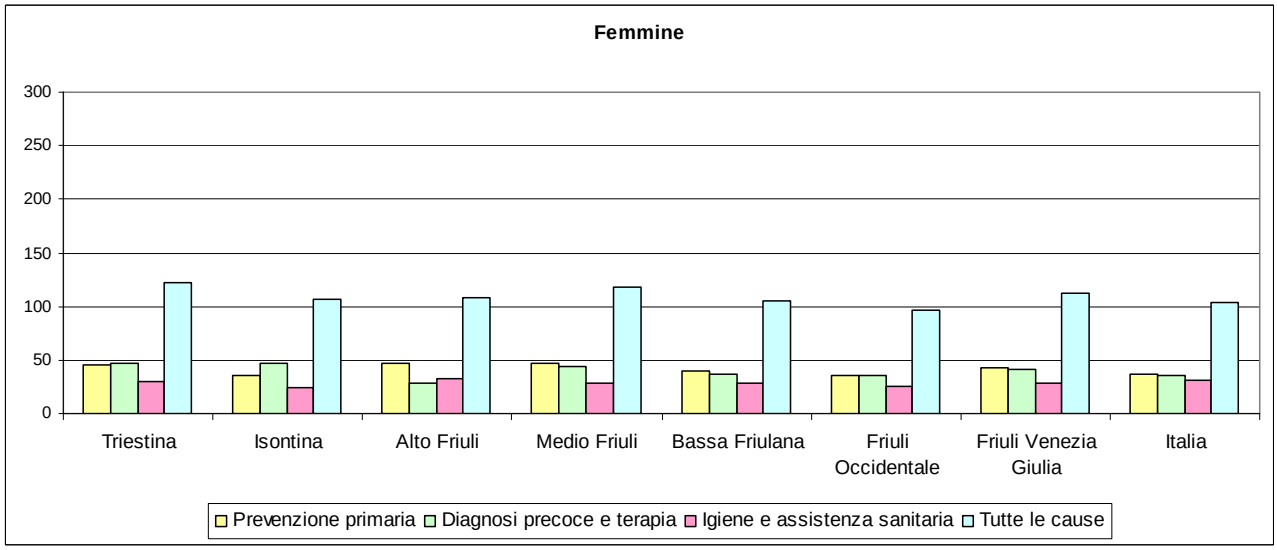


Fig. 3.2 Tassi standardizzati della mortalità evitabile per intervento, aziende sanitarie e femmine

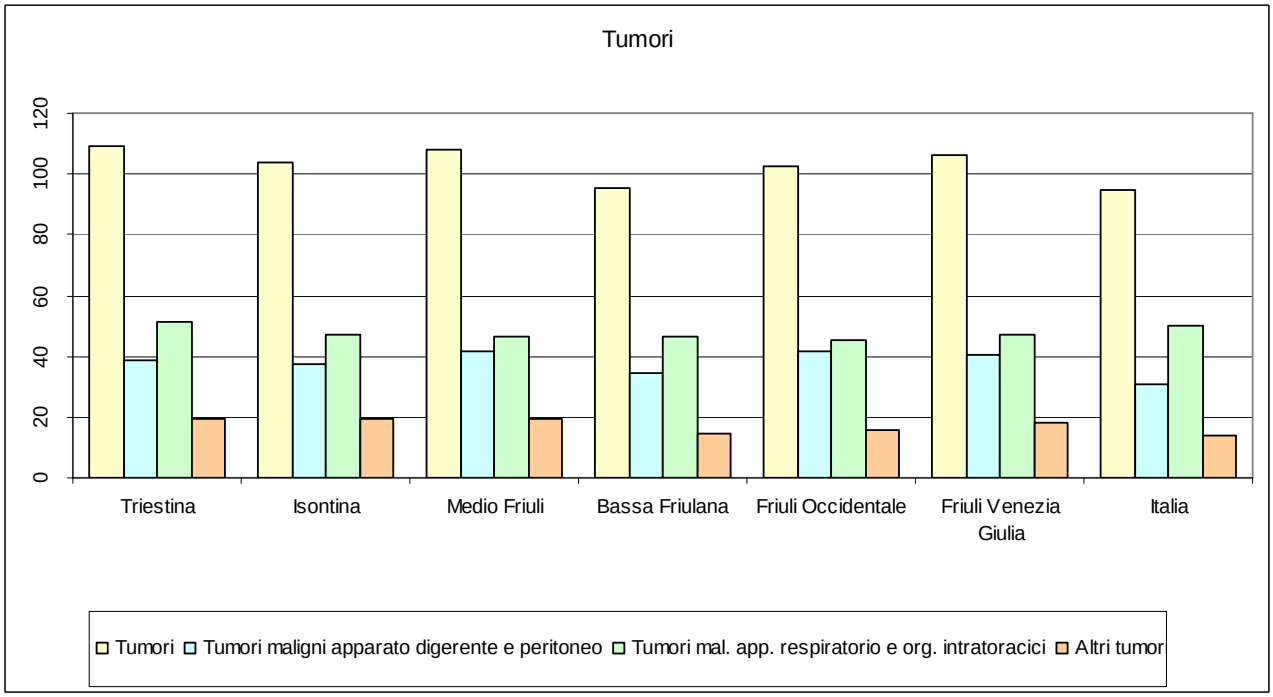


Entrando nel dettaglio delle cause di morte, emerge come prima causa di morte evitabile il tumore sia nelle donne sia negli uomini. Se si analizza nei diversi sottogruppi, la mortalità per tumori per grandi apparati risulta però minore di altre cause, come il caso delle malattie del sistema circolatorio negli uomini; nelle donne invece non è così netta la differenza anzi risultano essere più alti i tassi per la mortalità per tumori della donna. A differenza della morte evitabile per tipo intervento, l'azienda Alto Friuli risulta avere i tassi più alti della regione per causa di morte ma solo negli uomini mentre nelle donne il primato non è così esclusivo per tutte le cause dove invece l'azienda Triestina risulta avere i valori maggiori.

Tab. 3.2 Mortalità evitabile 0-74 anni. Tassi standardizzati per 100.000 residenti per sesso e gruppi di causa

		Triestina	Isontina	Alto Friuli	Medio Friuli	Bassa Friulana	Friuli Occidentale	Friuli Venezia Giulia	Italia
Maschi	Tumori	109,1	103,9	116,1	107,7	95,4	102,5	106,0	94,4
	Tumori maligni apparato digerente e peritoneo	38,4	37,1	50,2	41,9	34,2	41,6	40,4	30,5
	Tumori mal. app. respiratorio e org. intratoracici	51,3	47,3	42,3	46,4	46,6	45,2	47,3	50,1
	Altri tumori	19,4	19,5	23,6	19,4	14,6	15,7	18,3	13,8
	Sistema circolatorio	79,1	78,2	89,0	64,0	71,4	63,8	71,4	75,7
	Malattie ischemiche del cuore	51,0	48,1	52,8	40,0	43,5	38,4	44,3	48,5
	Malattie cerebrovascolari	20,7	24,9	22,8	16,2	21,9	16,2	19,2	20,7
	Altre malattie del sistema circolatorio	7,4	5,2	13,4	7,8	6,0	9,2	7,9	6,5
	Traumatismi e avvelenamenti	34,9	48,1	58,3	46,8	36,4	47,3	44,9	37,3
	Malattie dell'apparato digerente	8,0	8,2	11,3	6,7	8,9	7,5	7,8	4,2
	Malattie infettive e parassitarie	1,9	2,2	9,9	3,2	1,9	3,4	3,2	3,1
	Malattie dell'apparato respiratorio	5,8	2,0	4,9	4,4	3,9	5,5	4,6	3,3
	Malattie del sistema genito-urinario	2,8	1,7	3,5	2,1	1,6	1,4	2,1	2,5
	Totalità mortalità	249,5	249,9	298,0	242,2	226,2	238,6	247,1	229,1
Femmine	Tumori	65,7	63,2	53,5	63,1	51,3	50,2	59,5	50,8
	Tumori maligni apparato digerente e peritoneo	16,0	16,0	13,5	15,7	11,5	13,1	14,8	13,3
	Tumori mal. app. respiratorio e org. intratoracici	12,5	10,4	11,4	11,9	8,5	9,5	11,0	9,4
	Tumori della donna (mammella e organi genitali)	32,2	32,3	18,0	31,4	27,6	24,5	29,1	24,4
	Altri tumori	5,0	4,5	10,6	4,1	3,7	3,1	4,6	3,7
	Sistema circolatorio	28,5	23,6	27,6	26,8	30,2	20,5	25,9	30,3
	Malattie ischemiche del cuore	13,3	11,3	13,7	13,0	15,2	8,0	12,1	13,8
	Malattie cerebrovascolari	12,8	9,2	10,3	10,9	10,9	9,0	10,7	12,4
	Altre malattie del sistema circolatorio	2,4	3,1	3,6	2,9	4,1	3,5	3,1	4,1
	Traumatismi e avvelenamenti	12,6	11,1	12,7	16,8	14,3	14,8	14,5	10,6
	Malattie dell'apparato digerente	3,4	1,2	1,9	2,0	0,9	1,4	2	1,4
	Malattie infettive e parassitarie	1,5	1,0	1,4	1,9	2,9	1,6	1,7	1,8
	Malattie dell'apparato respiratorio	2,1	1,7	4,4	1,5	3,0	2,3	2,2	1,5
	Malattie del sistema genito-urinario	1,8	0,6	0,7	0,5	0,3	0,9	0,9	1,6
	Totalità mortalità	122,2	106,8	107,7	118,5	105,6	96,4	112	103,7

Fig. 3.3 Tassi standardizzati della mortalità evitabile per causa, aziende sanitarie per maschi.



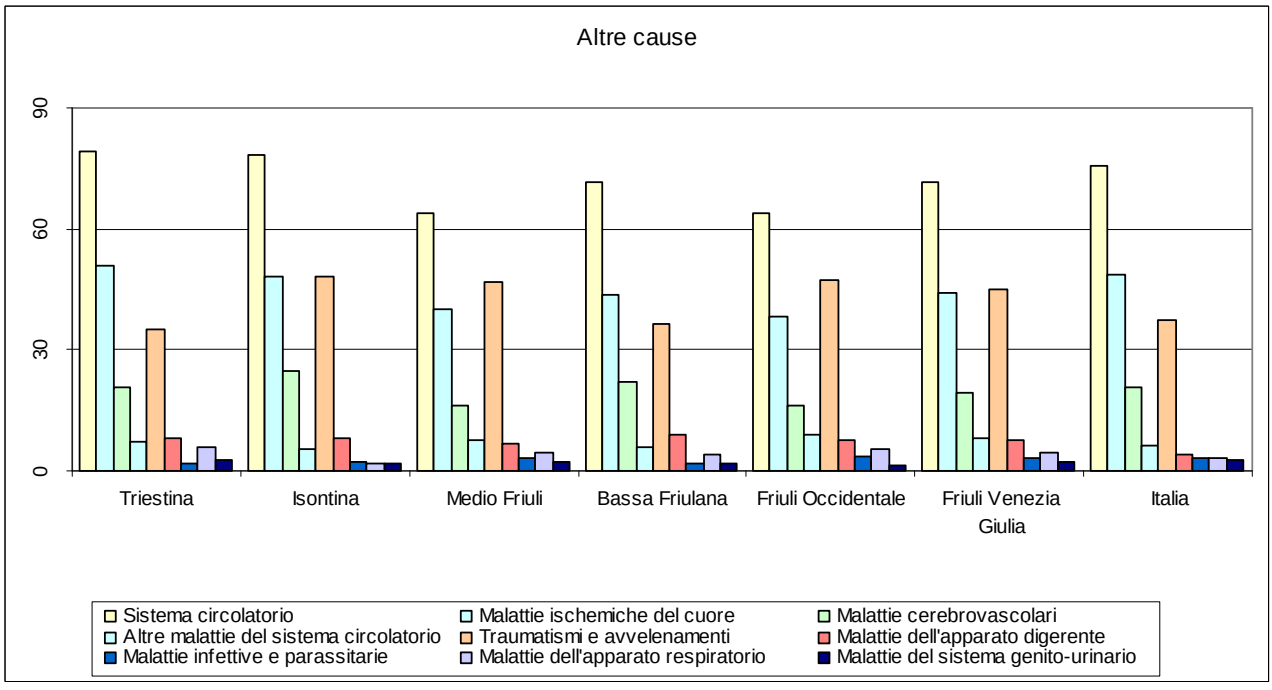
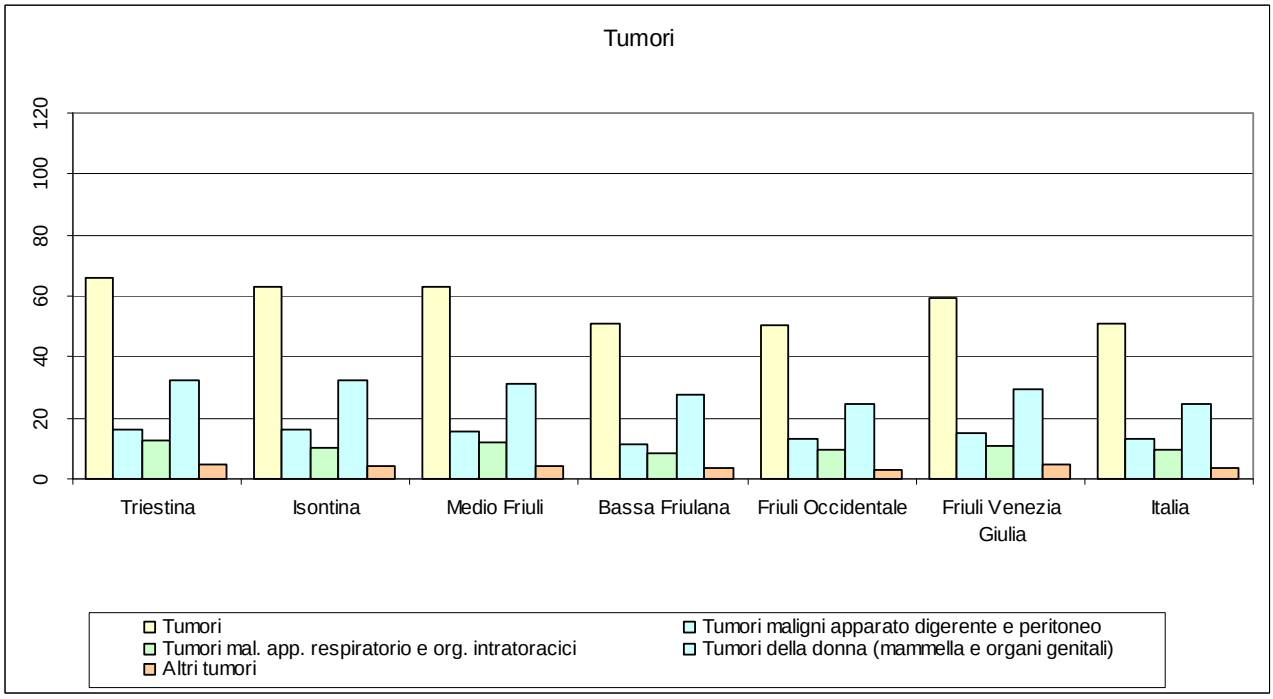
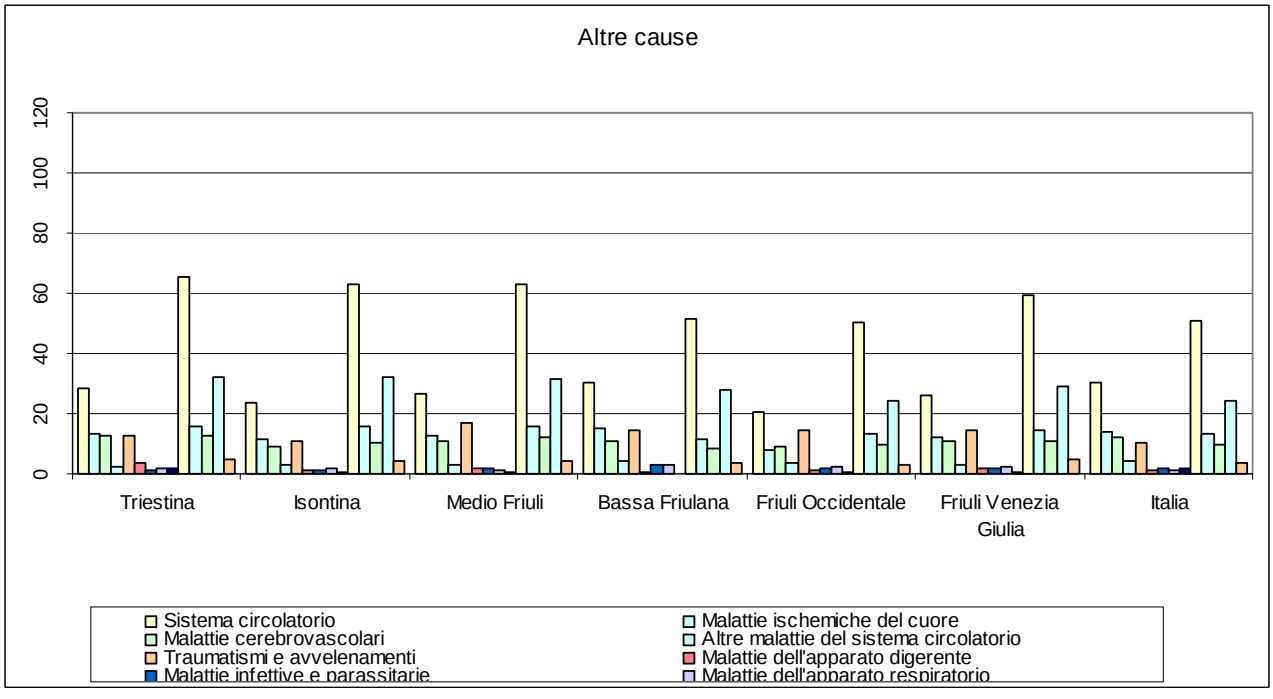


Fig. 3.4 Tassi standardizzati della mortalità evitabile per causa, aziende sanitarie per femmine.





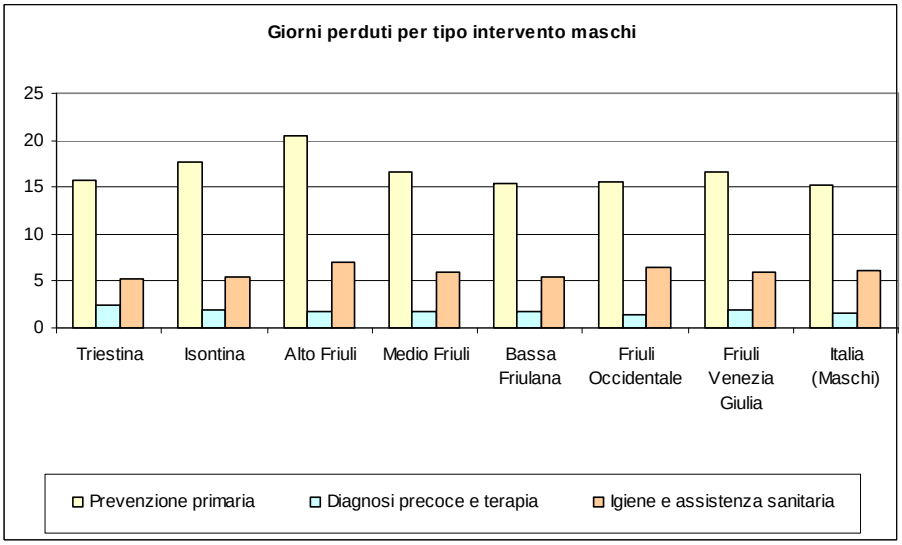
Un altro aspetto della mortalità evitabile è relativa ai giorni di vita persi, questa è la misura dell'impatto di una malattia in termini di mortalità prematura in una popolazione. Si calcolano sulla base di un'aspettativa di vita fissata a priori, generalmente un'età attesa di 65 anni, sommando le differenze tra tale età e l'età alla morte di ogni individuo della popolazione morto prematuramente, in particolare dallo studio ERA 2007 si sono calcolati i giorni di vita persi pro capite, ovvero considerate le morti evitabili nelle varie fasce d'età si calcola la differenza di giorni che quella persona deceduta non ha vissuto e poi li suddividono per la popolazione vivente, ottenendo un valore pro capite.

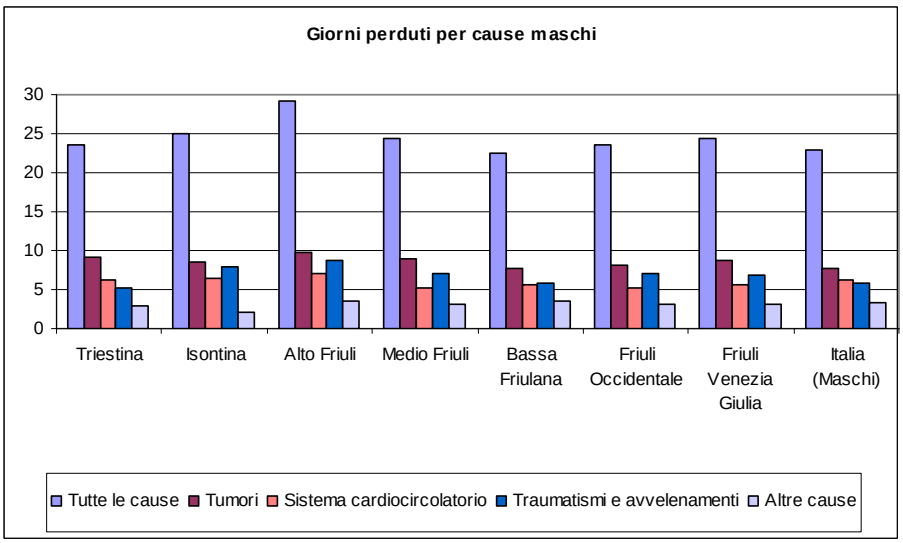
Nelle Tab. 3.3 e 3.4 è riportato anche il valore della classifica che ogni azienda ha a livello nazionale per giorni di vita persi a causa di mortalità evitabile per causa, si calcoli che le aziende sono 188.

Tab. 3.3 Giorni di vita persi pro capite per causa e per intervento, classifica e indicatori, maschi.

		Triestina	Isontina	Alto Friuli	Medio Friuli	Bassa Friulana	Friuli Occidentale	Friuli Venezia Giulia	Italia (Maschi)
	Posizione in classifica	**116**	**146**	**179**	**137**	**94**	**119**	**16**	
Per cause	Tutte le cause	23,51	24,93	29,13	24,35	22,56	23,60	24,37	22,98
	Tumori	9,20	8,52	9,70	8,93	7,62	8,19	8,71	7,76
	Sistema cardiocircolatorio	6,18	6,45	7,14	5,11	5,54	5,13	5,69	6,15
	Traumatismi e avvelenamenti	5,16	7,94	8,83	7,14	5,83	7,10	6,89	5,81
	Altre cause	2,97	2,03	3,45	3,18	3,57	3,18	3,07	3,25
	Tutte le cause (1996-1998)	28,44	29,41	38,42	28,86	27,04	26,15	28,63	25,98
Per interventi	Prevenzione primaria	15,82	17,67	20,44	16,62	15,35	15,61	16,59	15,28
	Diagnosi precoce e terapia	2,44	1,93	1,67	1,79	1,82	1,43	1,85	1,51
	Igiene e assistenza sanitaria	5,25	5,34	7,01	5,95	5,39	6,55	5,93	6,19

Fig. 3.5 Giorni pro capite di vita persi per intervento e per causa nei maschi

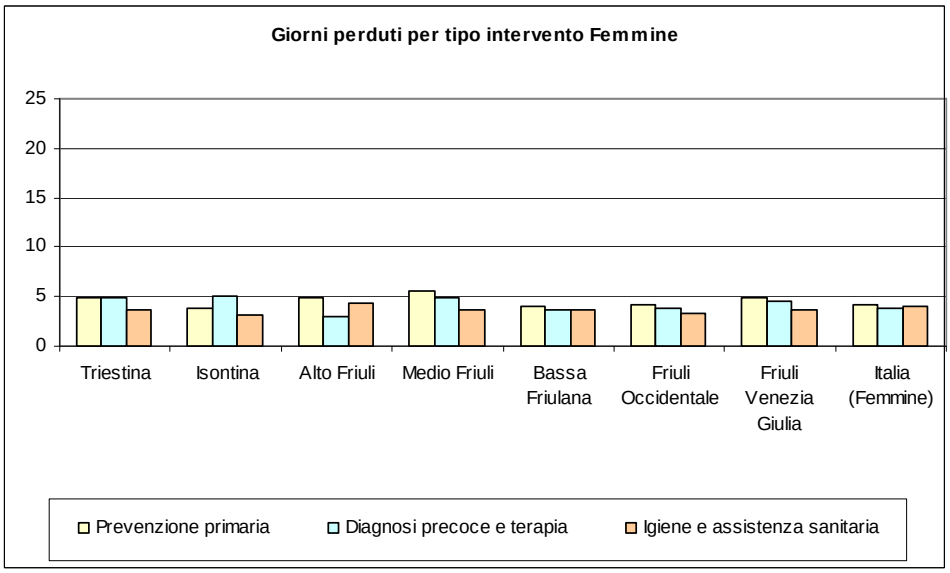


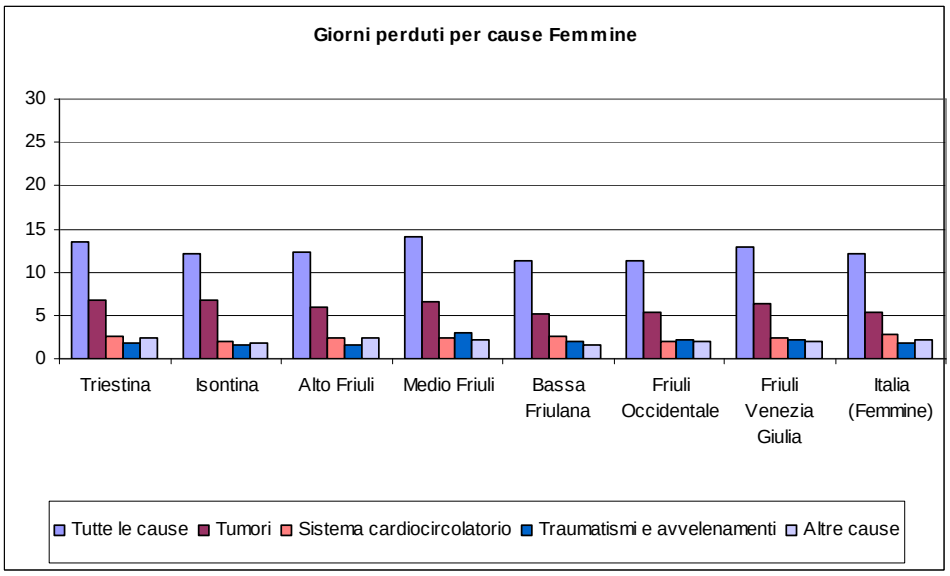


Tab. 3.4 Giorni di vita persi pro capite per causa e per intervento, classifica e indicatori, femmine.

		Triestina	Isontina	Alto Friuli	Medio Friuli	Bassa Friulana	Friuli Occidentale	Friuli Venezia Giulia	Italia (Femmine)
	Posizione in classifica	**163**	**120**	**128**	**179**	**85**	**87**	**18**	
Per cause	Tutte le cause	13,45	12,06	12,25	14,14	11,37	11,41	12,87	12,04
	Tumori	6,81	6,69	6,00	6,58	5,20	5,37	6,26	5,37
	Sistema cardiocircolatorio	2,51	1,96	2,39	2,45	2,63	1,92	2,31	2,73
	Traumatismi e avvelenamenti	1,78	1,63	1,54	3,00	1,90	2,12	2,22	1,72
	Altre cause	2,34	1,78	2,32	2,11	1,64	2,00	2,08	2,22
	Tutte le cause (1996-1998)	13,97	13,73	16,28	14,81	12,92	13,10	14,03	13,47
Per interventi	Prevenzione primaria	4,82	3,89	4,94	5,59	3,99	4,22	4,78	4,21
	Diagnosi precoce e terapia	4,93	4,99	2,96	4,85	3,73	3,81	4,47	3,78
	Igiene e assistenza sanitaria	3,70	3,18	4,36	3,70	3,65	3,38	3,62	4,05

Fig. 3.6 Giorni pro capite di vita persi per intervento e per causa nelle femmine

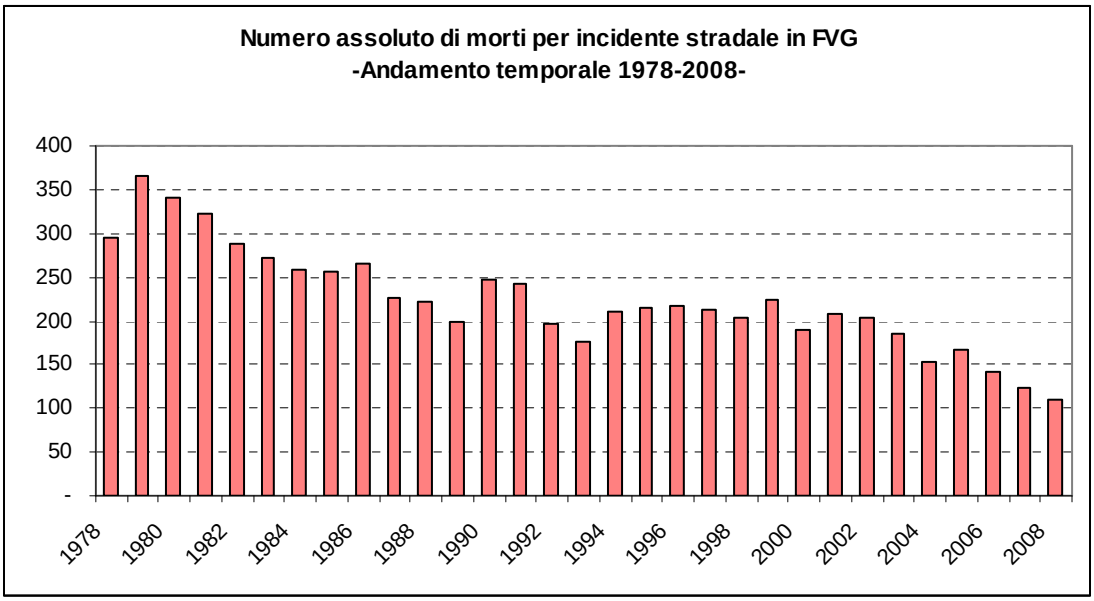




CAPITOLO 4: INCIDENTI STRADALI

Il Libro Bianco della Commissione Europea sullo sviluppo della politica comune dei trasporti, presentato il 12 settembre 2001 dal titolo "La politica europea dei trasporti fino al 2010: il momento delle scelte." prevede la riduzione del 50% dei morti per incidente stradale nel periodo 2002-2010.
In Friuli Venezia-Giulia il numero di decessi dovuto ad incidente stradale sembra avvicinarsi molto all'obiettivo proposto dall'Unione Europea, presentando un calo della mortalità iniziato, se pur con andamenti altalenanti, già negli anni ottanta.

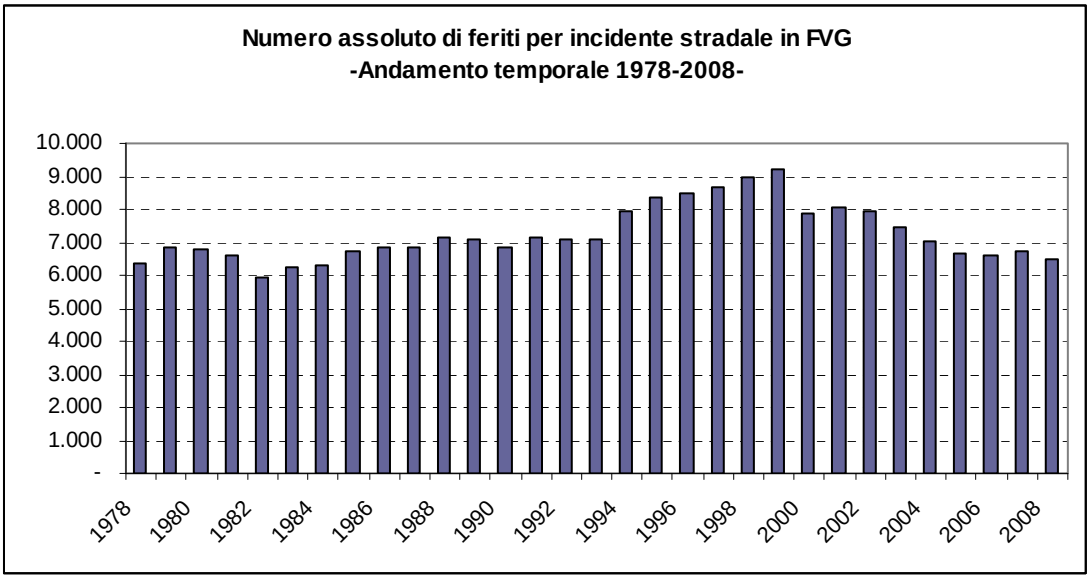
Fig. 4.1



Fonte: ISTAT

La diminuzione del numero di morti però non si è accompagnata ad una riduzione del numero di feriti bensì da un aumento di questi ultimi negli anni novanta seguito da un ritorno ai livelli dell' ultimo quinquennio degli ottanta:

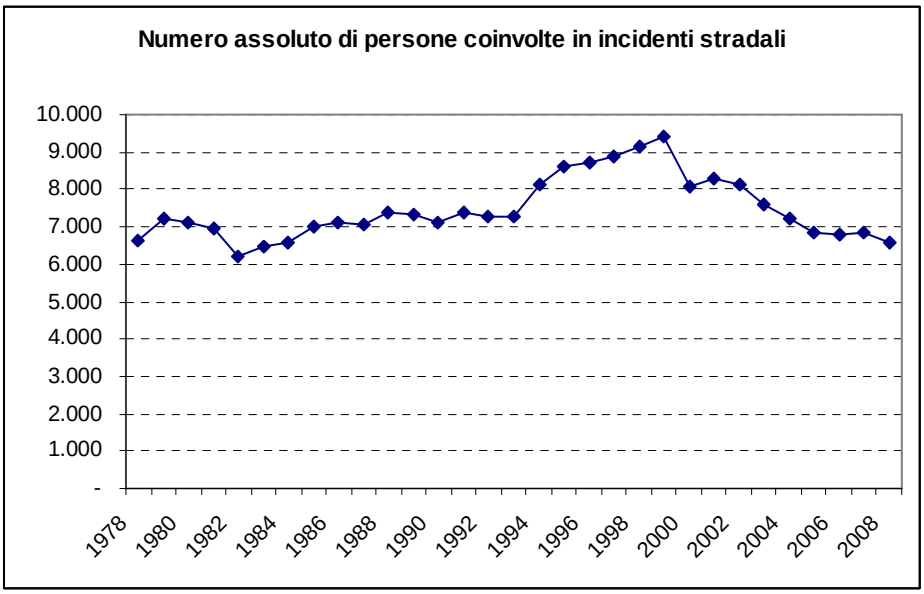
Fig. 4.2



Fonte: ISTAT

Il numero complessivo di persone coinvolte in incidenti stradali dagli anni ottanta al 2008 di fatto non ha subito grossi cambiamenti, passando per un notevole incremento e ritornando poi ai valori di inizio periodo.

Fig. 4.3



Fonte: ISTAT

Tab. 4.1 Morti e feriti in incidente stradale per classi d'età -Anno 2008-

Classe età	FRIULI VENEZIA-GIULIA		ITALIA	
	M	F	M	F
		MORTI		
0-14	1	2	52	34
15-17	1	1	123	40
18-24	10	1	524	113
25-44	26	5	1.399	223
45-54	12	4	458	105
55-64	9	2	327	86
65+	26	6	784	316
ignota	2	2	99	48
Totale	*87*	*23*	*3.766*	*965*
		FERITI		
0-14	176	114	7.062	5.361
15-17	141	74	10.777	5.113
18-24	647	345	34.354	18.922
25-44	1.647	904	79.940	45.892
45-54	560	320	23.676	14.390
55-64	338	220	13.717	9.267
65+	516	317	16.687	11.078
ignota	86	54	7.666	6.837
Totale	*4.111*	*2.348*	*193.879*	*116.860*

Fonte: ISTAT

Tab. 4.2 Tassi grezzi di mortalità per incidente stradale per classi di età

Classe età	Morti per incidente stradale	popol residente 2008	Tasso grezzo di mortalità per incidente stradale (per 10.000)
0-14	3	152.063	0,20
15-17	2	29.698	0,67
18-24	11	72.884	1,51
25-44	31	354.828	0,87
45-54	16	175.803	0,91
55-64	11	163.880	0,67
65+	32	284.756	1,12
Totale	*106*	*1.233.912*	*0,86*

Fonte: ISTAT, Popolazione residente: Anagrafe Comunale

La distribuzione per classi d'età dei morti mostra che ci sono due tipologie di individui maggiormente a rischio: quelli appartenenti alla fascia dei neopatentati e gli anziani over 65.

Partendo dalla considerazione che molto spesso gli incidenti mortali sono legati all'assunzione di alcool e al mancato uso dei dispositivi di sicurezza, il sistema di sorveglianza Passi (dati 2009) mette in luce che l'utilizzo della cintura di sicurezza posteriore non è tuttora molto diffuso e che quasi il 10% degli intervistati ha accettato di essere trasportato da un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

Box. 4.1

Sicurezza stradale- Friuli Venezia Giulia	% (*IC 95%*)
Persone che utilizzano i vari dispositivi di sicurezza[1]	
casco sempre	98,3 *(97,0-99,6)*
cintura anteriore sempre	92,6 *(91,4-93,9)*
cintura posteriore sempre	39,5 *(36,8-42,1)*
Guida sotto effetto dell'alcol [2]	14,4 *(12,3-16,5*
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol	8,3 *(87,0-9,7)*

[1] *percentuale calcolata su tutta la popolazione, escluso chi non viaggia in moto o automobile*
[2] *aver guidato – nell'ultimo mese – entro un'ora dall'aver bevuto >2 unità di bevanda alcolica; percentuale calcolata sulla popolazione che dichiara che negli ultimi 30 giorni ha bevuto almeno un'unità alcolica e ha guidato*

Box. 4.2

- Il 14% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato dopo aver bevuto almeno due unità alcoliche nell'ora precedente.
- L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol sembra essere ugualmente diffusa in tutte le classi di età, mentre è più frequente tra gli uomini rispetto alle donne .
- Analizzando tutte le variabili della tabella in un *modello logistico multivariato*, rimane statisticamente significativa la differenza di comportamento rilevata tra uomini e donne.

.

Guida sotto l'effetto dell'alcol°
Friuli Venezia Giulia PASSI 200 (n=1239)

Caratteristiche	persone che riferiscono di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol * % *IC95%*
Totale	**14,4** *12,3-16,5*
Classi di età	
18 - 24	11,9
25 - 34	15,8
35 - 49	13,4
50 - 69	14,6
Sesso	
uomini	20,1
donne	5,2
Istruzione	
nessuna/elementare	15,2
media inferiore	15,3
media superiore	15,6
laurea	8,8
Difficoltà economiche	
molte	16,6
qualche	15,3
nessuna	13,5

°tra le persone che nell'ultimo mese hanno bevuto e guidato
* coloro che dichiarano di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica

La guida sotto l'effetto di alcol è un problema che non riguarda solo le classi d'età più giovani.
I controlli delle Forze dell'ordine con l'etilotest sono uno strumento di provata efficacia nella riduzione della mortalità da incidente stradale; questi controlli sono ancora poco diffusi: rimane pertanto un ampio margine di miglioramento nella diffusione delle pratiche di prevenzione e di contrasto efficaci.

CAPITOLO 5: INCIDENTI DOMESTICI

Nell'anno 2009 sono stati registrati nei pronto soccorsi del Friuli Venezia-Giulia un totale di 7851 accessi per incidente domestico.
L'Istat ne stima circa 40.000 all'anno facendo interviste a campione alla popolazione ponendo la seguente domanda: "Le è capitato di subire un incidente domestico negli ultimi 3 mesi?". Chiaramente la differenza abissale può essere dovuta a molteplici cause, prima fra tutte quella che fortunatamente non tutti gli incidenti domestici sono così gravi da richiedere il ricorso ai servizi sanitari.
Anche l'imprecisa definizione di che cosa si intende per "incidente domestico" può essere causa di una sottostima di entità difficilmente quantificabile: infatti gli infortuni in ambito domestico costituiscono a livello regionale 1,6% degli accessi ai pronti soccorsi, contro il 17,8% delle cause "accidentali".

Tab. 5.1 Accessi al pronto soccorso per incidente domestico per struttura erogante e provincia di residenza -Anno 2009-

	provincia residenza							
PS Erogante	Udine	Gorizia	Trieste	Pordenone	Fuori regione	Totale accessi per incidente domestico	Tot. Ingressi qls causa	% inc. domest. su tot ingressi
P.S. Cattinara	1	0	125	0	6	*132*	50382	0,3%
P.S.Maggiore		2	88	1	1	*92*	29917	0,3%
P.S. Cividale	74				1	*75*	11306	0,7%
P.S. Gemona	186	1			3	*190*	15669	1,2%
P.S. Gorizia	3	110			5	*118*	23791	0,5%
P.S. Grado	2	19	1		3	*25*	4159	0,6%
P.S. Latisana	109	2		4	40	*155*	23031	0,7%
P.S. Lignano	22	1	4	3	28	*58*	4101	1,4%
P.S. Maniago	2			167	6	*175*	6946	2,5%
P.S. Monfalcone	34	421	53		11	*519*	26576	2,0%
P.S. Palmanova	1451	112	3	4	40	*1610*	24484	6,6%
P.S. Pordenone	1		1	116	7	*125*	55366	0,2%
P.S. Sacile				30	5	*35*	7242	0,5%
P.S. San Vito	38			231	9	*278*	23250	1,2%
P.S. Spilimbergo	3		1	110	3	*117*	10335	1,1%
P.S. Tolmezzo	200				8	*208*	18032	1,2%
P.S. Udine	2163	12	5	14	60	*2254*	65281	3,5%
P.S. San Daniele	262	0	1	10	5	*278*	29173	1,0%
P.S. Pediatrici								
P.S. Burlo Garofolo	10	25	1267	1	36	*1339*	21071	6,4%
P.S. Pediatrico Pol. Universitario	23					*23*	16530	0,1%
P.S. Pordenone Pediatrico				43	2	*45*	11315	0,4%
Totale	*4584*	*705*	*1549*	*734*	*279*	*7851*	*477957*	*1,6%*

A livello di singola struttura erogante si notano comportamenti molto differenti nella classificazione che spaziano dallo 0,2% di Pordenone e 0,3% delle strutture triestine al 6,6% del pronto soccorso di Palmanova. Quest'ultimo presenta circa di il 10% degli incidenti domestici ascrivibili a bambini al di sotto dei 14 anni. Anche i PS pediatrici presentano una percentuale molto bassa, ad eccezione del Burlo Garofolo.

Sicuramente più diffusa dell'incidente domestico è la causa "accidentale", nella quale probabilmente vengono inseriti anche infortuni avvenuti tra le mura di casa.

Tab. 5.2 Accessi al pronto soccorso per causa "accidentale" per struttura erogante e provincia di residenza -Anno 2009-

	provincia residenza							
PS Erogante	Udine	Gorizia	Trieste	Pordenone	Fuori regione	Totale accessi per causa accidentale	Tot. Ingressi qls causa	% accidentali su tot ingressi
P.S. Cattinara	52	52	7331	14	304	*7753*	50382	15,4%
P.S.Maggiore	50	49	4742	21	358	*5220*	29917	17,4%
P.S. Cividale	2350	50	10	8	108	*2526*	11306	22,3%
P.S. Gemona	3175	3	15	19	160	*3372*	15669	21,5%
P.S. Gorizia	97	3936	50	12	119	*4214*	23791	17,7%
P.S. Grado	190	627	70	9	169	*1065*	4159	25,6%
P.S. Latisana	3250	13	40	85	1558	*4946*	23031	21,5%
P.S. Lignano	397	21	54	140	1065	*1677*	4101	40,9%
P.S. Maniago	13	3	2	1412	122	*1552*	6946	22,3%
P.S. Monfalcone	334	4051	633	12	361	*5391*	26576	20,3%
P.S. Palmanova	3010	294	27	11	152	*3494*	24484	14,3%
P.S. Pordenone	103	18	36	9898	841	*10896*	55366	19,7%
P.S. Sacile	1	2	2	1830	240	*2075*	7242	28,7%
P.S. San Vito	702	3	12	3895	281	*4893*	23250	21,0%
P.S. Spilimbergo	81	2	7	2237	164	*2491*	10335	24,1%
P.S. Tolmezzo	3707	44	85	33	518	*4387*	18032	24,3%
P.S. Udine	6521	52	28	56	339	*6996*	65281	10,7%
P.S. San Daniele	4408	9	14	168	173	*4772*	29173	16,4%
P.S. Pediatrici								
P.S. Burlo Garofolo	32	56	2406	6	117	*2617*	21071	12,4%
P.S. Pediatrico Pol. Universitario	3330	37	11	19	77	*3474*	16530	21,0%
P.S. Pordenone Pediatrico	7	1	1	1145	117	*1271*	11315	11,2%
Totale	*31810*	*9323*	*15576*	*21030*	*7343*	*85082*	*477957*	*17,8%*

Tab. 5.3 Accessi al Pronto Soccorso 2009 per Incidente Domestico per codice di priorità ed età

Classe di età	Bianco	Verde	Giallo	Rosso	Totale	distrib. % per età	% codici gialli/rossi su totale
0-14	252	1315	149	4	1720	21,9%	8,9%
15-34	715	295	30	5	1045	13,3%	3,3%
35-49	986	400	43	5	1434	18,3%	3,3%
50-64	813	416	58	8	1295	16,5%	5,1%
65-74	419	392	62	10	883	11,2%	8,2%
75+	311	924	218	19	1472	18,8%	16,1%
Totale	*3496*	*3742*	*560*	*51*	*7849*	100,0%	7,8%

Le età maggiormente coinvolte in incidenti domestici sono quelle dell'infanzia costituendo circa il 22% sul totale degli infortunati.

Gli anziani sopra i 75 anni invece non sono tanto numerosi quanto i bambini, con una percentuale quasi alla pari di quella riscontrata per la fascia 34-49 (di cui 44% donne e 56% uomini), ma si concentrano maggiormente nei codici più seri (nota bene: la generazione del codice di triage dei pronto soccorsi pediatrici segue un sistema diverso da quello delle altre strutture per cui non sono direttamente paragonabili): tra gli infortunati over 75 il 14,9% ha un codice di priorità giallo o rosso. Sempre per quanto riguarda gli infortuni in età anziana, circa l'8,5% delle fratture di femore transitate per il pronto soccorso presentano come causa di ingresso l'incidente domestico; molto più frequente, come già evidenziato è la causa accidentale (75%).

Da questi numeri si evince la necessità di fornire una definizione più precisa di "incidente domestico" agli operatori di Pronto Soccorso in modo da evitare l'utilizzo improprio della causa "accidentale".

Nelle indagini multiscopo l'Istat considera come incidente domestico *"…un incidente che presenta determinate caratteristiche:*

- *l'evento comporta la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona, a causa di lesioni di vario tipo*
- *l'evento è accidentale, si verifica cioè indipendentemente dalla volontà umana*
- *l'evento si verifica in un'abitazione, intesa come l'insieme dell'appartamento vero e proprio e di eventuali estensioni esterne (balconi, giardino, garage, cantina, scala, ecc). Non è rilevante il fatto che l'abitazione sia di proprietà della famiglia stessa o appartenga ad altri."*

L'Organizzazione mondiale della sanità, diversamente dall'Istituto Nazionale di Statistica, definisce incidente domestico *"…ogni accadimento, non deliberatamente provocato,caratterizzato da un subitaneo agire di una forza esterna, che può manifestarsi in una lesione dell'organismo; per ambito domestico si intende quello dell'abitazione civile, cioè la casa con le sue pertinenze, escludendo RSA, case di riposo,le caserme e le navi. Sono inclusi insieme ai traumi gli avvelenamenti ed escluse le aggressioni di persone od animali e le punture di insetti."*

Per ultima riportiamo la definizione dell'ISPESL (Istituto Superiore Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro) secondo il quale l'incidente domestico è *"l'evento improvviso determinato da causa esterna involontaria, anche se alla stessa contribuiscono come concausa le condizioni psicofisiche del soggetto interessato, che causi danno per la salute dello stesso, definito a sua volta come infortunato, occorso nell'ambito della residenza abitativa o nelle relative pertinenze quali scale esterne, giardini, cantine, garage, terrazze, ecc.."* Da stime ISPESL è emerso che in Italia ogni anno si rilevano circa 4.500.000 infortuni di cui 8.000 mortali, con circa 3.800.000 persone infortunate.

Ancora, la legge del 3 dicembre 1999, n. 493 "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici", nell'articolo 6 definisce "lavoro svolto in ambito domestico" l'insieme delle attività prestate nell'ambito domestico, senza vincolo di subordinazione e a titolo gratuito, finalizzate alla cura delle persone e dell'ambiente domestico. Per "ambito domestico" si intende l'insieme degli immobili di civile abitazione e delle relative pertinenze ove dimora il nucleo familiare dell'assicurato; qualora l'immobile faccia parte di un condominio, l'ambito domestico comprende anche le parti comuni condominiali.

INDAGINI SULLA PERCEZIONE DEL RISCHIO DI INFORTUNI DOMESTICI E SUI COMPORTAMENTI ABITUALI

SISTEMA DI SORVEGLIANZA "PASSI"

Tra gli ambiti di indagine dello studio Passi c'è la percezione del rischio di subire un incidente domestico. Circa l'89% degli intervistati (dati 2009) ha dichiarato di percepire un rischio di bassa entità. Il 27% ha dichiarato di aver ricevuto negli ultimi 12 mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici (prevalentemente da opuscoli o dai media) e di questi ultimi il 33% ha detto di aver modificato in qualche modo il proprio comportamento o di aver adottato delle misure preventive.

ESPERIENZE REGIONALI SUL RISCHIO DI INFORTUNI DOMESTICI

Un'indagine mirata sugli infortuni domestici degli anziani dai 65 anni in su residenti è stata condotta nel 2003 nella provincia di Trieste (Patussi V, Moro G: Infortuni domestici: individuazione dei fattori che intervengono nella dinamica infortunistica e nelle condizioni di salute).
Questa indagine che ha coinvolto 203 anziani (142 femmine e 61 maschi) ha evidenziato che la maggior parte degli eventi sono determinati da cadute sui pavimenti (spesso con il coinvolgimento di tappeti), cadute da scale e da mobili. Dall'analisi di questo campione di infortuni domestici negli anziani emerge che l'infortunio può essere dovuto comportamenti impropri, ma spesso è secondario situazioni di salute precarie (TIA, disturbi dell'equilibrio, ipotensione, ecc.).

Nel 2009 è stato realizzata in FVG un'indagine multicentrica (Sanson S. et al: Studio multicentrico sul rischio di infortuni domestici nella regione Friuli Venezia Giulia) per verificare la percezione dei rischi domestici e trarne indicazioni utili per pianificare l'attività preventiva a livello regionale. Sono stati somministrati 1.191 questionari ad un campione di utenti che si sono rivolti ai servizi di vaccinazione e profilassi delle Aziende per i Servizi Sanitari regionali. Per la raccolta delle informazioni sono stati utilizzati due strumenti: la lista di controllo sugli incidenti domestici predisposta dall'Ufficio per la Prevenzione degli Infortuni (UPI) svizzero (somministrato a 740 utenti) e il questionario per il calcolo dell'indicatore di rischiosità domestica recentemente sviluppato dall'ISPESL (somministrato a 451 utenti).
I risultati hanno evidenziato una rilevante discrepanza tra il rischio calcolato sulla base dei questionari ed il rischio percepito dagli utenti. Il rischio percepito infatti è risultato sempre molto basso (sulla base del questionario UPI l'85,6% degli utenti ritiene sicura la propria casa, tale prevalenza sale al 94% utilizzando il questionario ISPESL) a fronte del rischio calcolato (sulla base del questionario UPI emerge una prevalenza dal 65% al 94%, di situazioni di rischio elevato nei diversi ambienti della casa, e tale prevalenza risulta essere del 78,7% sulla base del questionario ISPESL).

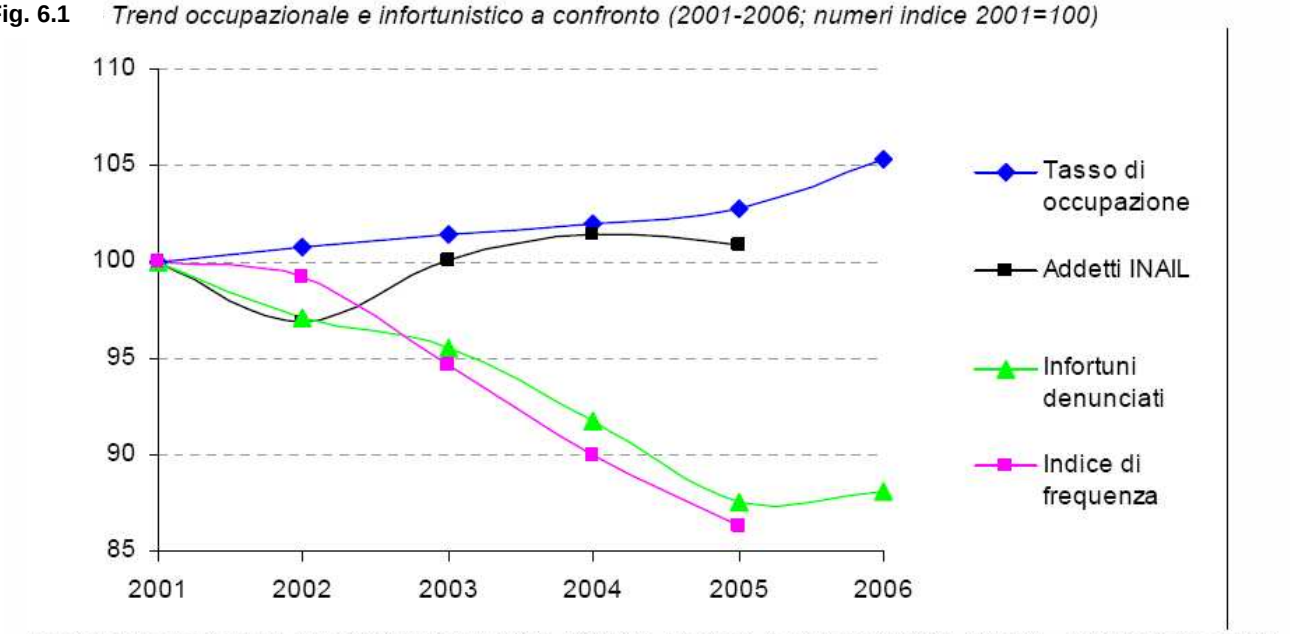
L'uso di questi strumenti di rilevazione si è dimostrato utile per identificare i diversi fattori di rischio presenti negli ambienti domestici e di conseguenza per mirare gli interventi preventivi in funzione delle diverse tipologie di rischio.

Queste indagini confermano che il rischio di incidenti domestici rappresenta un rilevante problema di sanità pubblica ancora poco conosciuto e sottostimato.

CAPITOLO 6: INFORTUNI SUL LAVORO (Fonte:Gli infortuni sul lavoro in Friuli Venezia-Giulia, Atlante e Analisi preventiva (2001-2006))

Il fenomeno infortunistico in Friuli Venezia Giulia si sta quantitativamente ridimensionando negli ultimi anni. A fronte di un'occupazione virtuosa che sta caratterizzando negli ultimi anni la nostra regione (sia dai dati ISTAT sia da quelli INAIL), il numero degli eventi denunciati all'Istituto Assicuratore è in costante diminuzione, ad eccezione di una leggera ripresa registrata nel 2006. complessivamente, dai 33.995 casi del 2001 si è scesi ai 29.964 del 2006 (-11,9%).

Fig. 6.1 *Trend occupazionale e infortunistico a confronto (2001-2006; numeri indice 2001=100)*



Fonte: elaborazioni su flussi informativi INAIL-ISPESL-Regioni (Edizione 2007); ISTAT – Rilevazione continua sulle forze lavoro, (anno 2006)

Come si può osservare nella successiva tabella, gli indicatori di frequenza degli infortuni sono in diminuzione, mentre quelli di gravità sono stabili o in peggioramento.

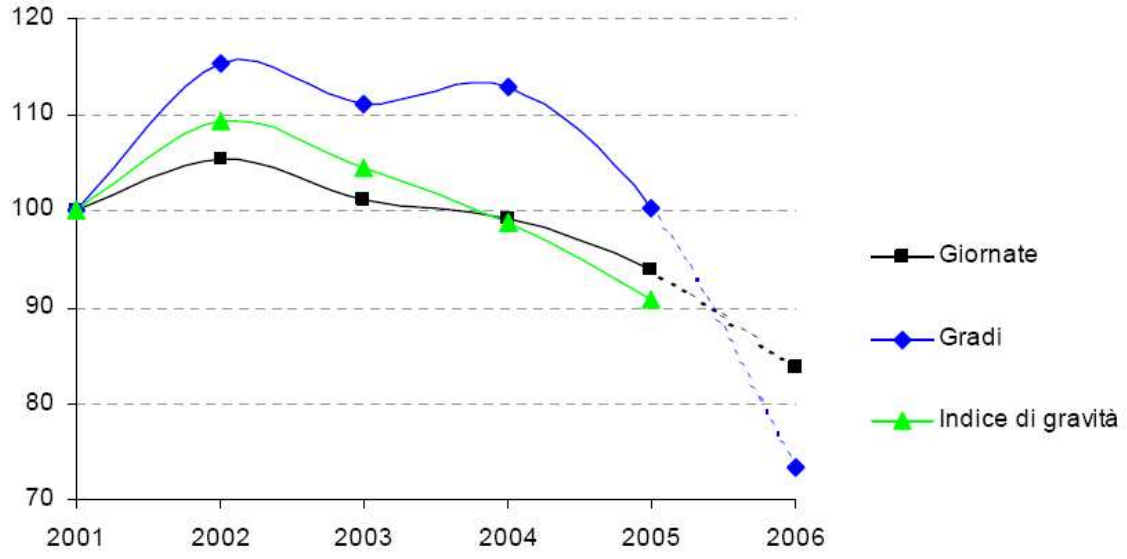
Tab. 6.1 *Infortuni denunciati, indicatori di frequenza e gravità, classi di gravità (2001-2006)*

		2001	2002	2003	2004	2005	2006
INDICATORI DI FREQUENZA							
Infortuni denunciati		33.995	32.997	32.476	31.181	29.752	29.964
Addetti INAIL		394.890	386.155	398.548	402.601	400.347	-
Indice di frequenza		86,1	85,5	81,5	77,4	74,3	-
INDICATORI DI GRAVITÁ							
Giornate		676.099	713.158	683.909	669.971	635.035	565.700
Gradi		12.241	14.116	13.593	13.812	12.278	8.981
Indice di gravità		2,8	3,1	2,9	2,8	2,5	-
CLASSI DI GRAVITÁ							
Infortuni "rilevanti"	N	4.277	4.381	4.366	4.202	4.198	3.979
	% su totale	*12,6*	*13,3*	*13,4*	*13,5*	*14,1*	*13,3*
Infortuni "indennizzabili"	N	809	913	965	923	856	629
	% su totale	*2,4*	*2,8*	*3,0*	*3,0*	*2,9*	*2,1*
Infortuni "disabilitanti"	N	60	62	59	61	38	40
	% su totale	*0,2*	*0,2*	*0,2*	*0,2*	*0,1*	*0,1*
Infortuni "mortali"	N	38	32	37	25	23	28
	% su totale	*0,1*	*0,1*	*0,1*	*0,1*	*0,1*	*0,1*

Fonte: elaborazioni su flussi informativi INAIL-ISPESL-Regioni (Edizione 2007)

Fermando l'orizzonte di confronto al 2004, rispetto al 2001 si osserva una regressione dell'indice di gravità e del numero complessivo di giornate perse per infortunio sul lavoro ai valori del 2001, mentre oscillano su valori stabilmente più alti i gradi di invalidità riconosciuti.

Fig. 6.2 *Trend di giornate lavorative e gradi di invalidità persi per infortunio, indice di gravità (2001-2006; numeri indice 2001=100)*

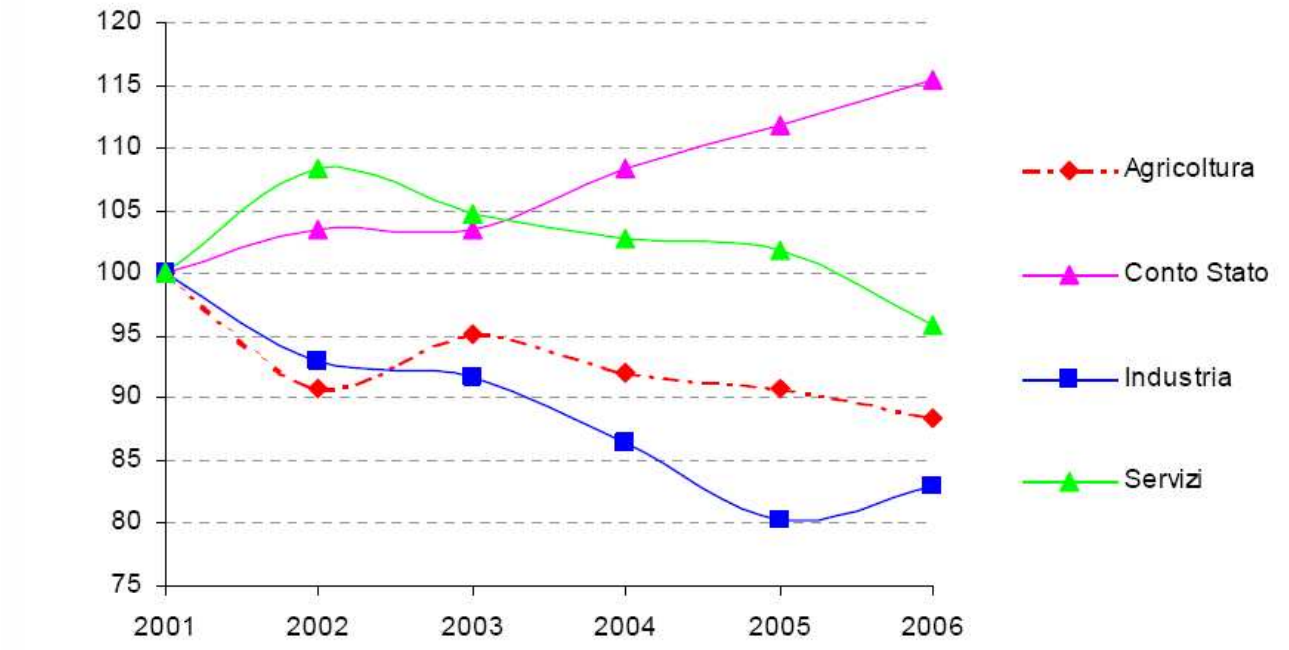


Fonte: elaborazioni su flussi informativi INAIL-ISPESL-Regioni (Edizione 2007)

Nel contesto economico-produttivo del Friuli Venezia Giulia, delineato nel precedente capitolo, gli infortuni sul lavoro si concentrano prevalentemente nella gestione dell'Industria (35,7%) piuttosto che nei Servizi (24,8%). Come mostra la figura successiva negli ultimi anni sono in diminuzione gli infortuni nelle gestioni dell'Agricoltura e dell'Industria (se si eccettua, per quest'ultima, il 2006), così come per i Servizi, seppure a valori più alti rispetto al 2001. All'interno di Industria e Servizi sono, però, in aumento gli incidenti a titolari, familiari e soci di azienda. Situazione opposta, invece, per la gestione del Conto Stato, in cui l'aumento è

imputabile più agli infortuni di dipendenti dello Stato, che agli infortuni di studenti (in ripresa solo nell'ultimo biennio 2005-2006).

Fig.6.3 *Trend degli infortuni denunciati per gestione (2001-2006; numeri indice 2001=100)*



Fonte: elaborazioni su flussi informativi INAIL-ISPESL-Regioni (Edizione 2007)

Il fenomeno infortunistico in Friuli Venezia Giulia ha subito grandi cambiamenti negli ultimi anni, in linea con l'evoluzione economica e del mercato del lavoro che ha caratterizzato la nostra regione.
Gli ultimi dati resi disponibili dall'INAIL, segnalano come il numero di infortuni sul lavoro stia progressivamente diminuendo dal 2001, a fronte di un aumento dell'occupazione e del numero di addetti. D'altra parte, proprio la spinta occupazionale proveniente dai settori più critici rispetto al fenomeno, come le costruzioni e i trasporti, comparti tipicamente caratterizzati da un'elevata gravità degli incidenti sul lavoro, ha determinato un aumento percentuale dei casi di infortunio più gravi. Non solo. L'insolita contrapposizione tra la diminuzione complessiva dei casi registrati e l'aumento di quelli più gravi introduce il problema, difficilmente indagabile, dell'esistenza di una parte sommersa del fenomeno, ovvero di una quota di infortuni che per diverse ragioni (ad esempio "impossibilità", per il lavoro nero, o "convenienza", per il lavoro autonomo) non vengono denunciati.
Tra gli aspetti critici che caratterizzano il fenomeno, si rafforza negli anni il problema degli infortuni che coinvolgono la forza lavoro di origine straniera, non solo in qualità di addetti ma anche come lavoratori autonomi.
Strettamente connesso, per le consolidate assunzioni di infermiere straniere, e alquanto negativo è anche il problema poco indagato degli infortuni in Sanità, in continuo aumento nonostante la notevole riduzione del numero di addetti impiegati nel comparto.

CAPITOLO 7: MALATTIE PROFESSIONALI (Fonte:Le malattie professionali in Friuli Venezia Giulia (2000-2007))

Per malattia professionale si intende una patologia dovuta all'azione nociva, lenta e protratta nel tempo, di un lavoro o di materiali o di fattori negativi presenti nell'ambiente in cui si svolge l'attività lavorativa.

Le malattie professionali stanno rivestendo un interesse sempre più crescente nell'ambito della salute nei luoghi di lavoro, pur rimanendo un argomento piuttosto difficile da trattare e poco conosciuto rispetto al più indagato fenomeno degli infortuni sul lavoro.
La prima difficoltà nell'analisi delle tecnopatie è legata alla definizione stessa di "caso" che richiede la dimostrazione del nesso causale tra la patologia e la tipologia di lavoro svolto o le condizioni di salute nell'ambiente lavorativo.
In altre parole, non è sempre semplice stabilire se e quanto una malattia sia determinata dall'attività lavorativa, tanto più se si considera che alcune patologie si manifestano dopo un periodo di tempo piuttosto lungo dall'esposizione al rischio (periodo di latenza).

Tab. 7.1 Malattie denunciate e malattie definite per anno di competenza (valori assoluti, 2000-2007)

	Anno di competenza								Totale
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Malattie denunciate	878	1.123	1.176	1.169	987	1.001	1.183	1.283	8.800
Malattie definite	764	1.236	1.160	1.251	1.464	1.033	1.169	1.221	9.298

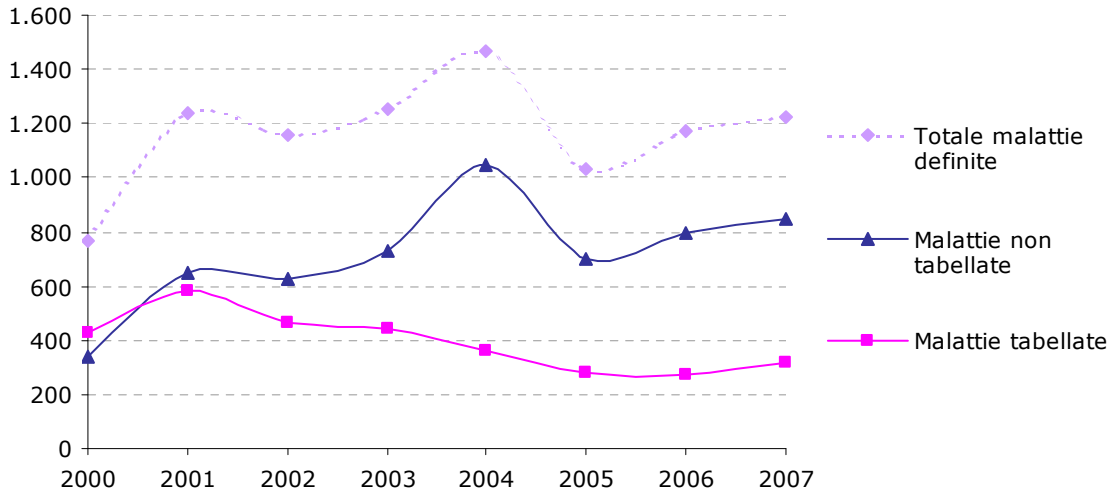
Fonte: elaborazioni su flussi informativi INAIL-ISPESL-Regioni (Edizione 2008)

Limitando l'analisi alle malattie professionali definite, l'aumento riscontrato del numero di tecnopatie totali è determinato dalla compensazione tra due differenti fenomeni, che interessano le malattie "tabellate ", ovvero riconosciute e catalogate in un dettagliato elenco, e le malattie "non tabellate", di nuova individuazione:

- da un lato si registra la crescita dei casi di malattie cosiddette "non tabellate", molto probabilmente imputabile ai cambiamenti delle patologie, in rapporto al mondo del lavoro che muta, e ai progressi in campo medico, che hanno consentito l'identificazione di nuove patologie lavoro-correlate non riconosciute in precedenza o, meglio, inserite nella tabella solo con il Decreto dell'aprile 2008 e, quindi, analizzabili solo con i dati delle patologie denunciate successivamente all'entrata in vigore di tale norma;
- dall'altro lato emerge la progressiva contrazione delle malattie "tabellate" per effetto dell'evoluzione della normativa sul tema lavoro, volta alla formazione e sensibilizzazione dei lavoratori e dei datori di lavoro sui vantaggi conseguibili dall'eliminazione o, perlomeno, riduzione dei rischi professionali "classici".

In sostanza, l'attività preventiva sulle malattie professionali sta avendo un riscontro positivo nonostante il fenomeno delle patologie lavoro-correlate stia rivelando nuovi casi finora non riconosciuti come tali.

Fig. 7.1 Malattie definite, tabellate e non tabellate (valori assoluti, 2000-2007)



Fonte: elaborazioni su flussi informativi INAIL-ISPESL-Regioni (Edizione 2008)

Tab. 7.2 Percentuali di malattie professionali tabellate e non tabellate per tempistica di definizione (2000-2007)

	Anno di Definizione							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Malattie tabellate	426	583	467	446	364	279	274	317
% anno denuncia = anno definizione	*35,9*	*37,6*	*37,0*	*31,4*	*36,8*	*39,4*	*43,4*	*47,3*
% definite a 1 anno dalla denuncia	*38,0*	*42,4*	*41,8*	*47,3*	*44,0*	*42,3*	*37,6*	*38,5*
% definite a 2 anni dalla denuncia	*13,6*	*9,8*	*11,1*	*12,3*	*8,8*	*6,8*	*8,0*	*5,7*
% definite a oltre 2 anni dalla denuncia	*12,4*	*10,3*	*10,1*	*9,0*	*10,4*	*11,5*	*10,9*	*8,5*
Malattie non tabellate	337	651	624	730	1.047	702	798	849
% anno denuncia = anno definizione	*31,2*	*38,6*	*36,1*	*36,3*	*37,2*	*50,0*	*53,3*	*45,3*
% definite a 1 anno dalla denuncia	*43,9*	*44,7*	*46,3*	*50,8*	*49,5*	*40,0*	*38,6*	*46,1*
% definite a 2 anni dalla denuncia	*16,0*	*11,7*	*12,5*	*9,9*	*10,5*	*6,8*	*5,8*	*6,2*
% definite a oltre 2 anni dalla denuncia	*8,9*	*5,1*	*5,1*	*3,0*	*2,8*	*3,1*	*2,4*	*2,4*

Limitando l'analisi ai casi definiti, la tabella e i grafici successivi mostrano come varia la numerosità delle malattie professionali riconosciute (distinte tra tabellate, non tabellate e *missing*[1]) in funzione della tipologia. I dati rivelano un aumento delle patologie osteoarticolari (artropatie, artrosi, ernie e dischi invertebrali, malattie dei tendini e dei muscoli) contrapposto a una diminuzione delle malattie dell'apparato respiratorio e delle malattie infettive. In particolare, le malattie dell'apparato respiratorio che determinano un netto calo sono codificate con il codice "altre malattie dell'apparato respiratorio", in crescita fino al 2003.

Diminuiscono anche i casi di patologia non definita, sia in generale sia tra le malattie non tabellate.

[1] Il macro gruppo indicato come "missing" rappresenta l'insieme dei casi definiti per cui non è presente né il codice specifico della patologia né il codice indicativo di malattia professionale non tabellata.

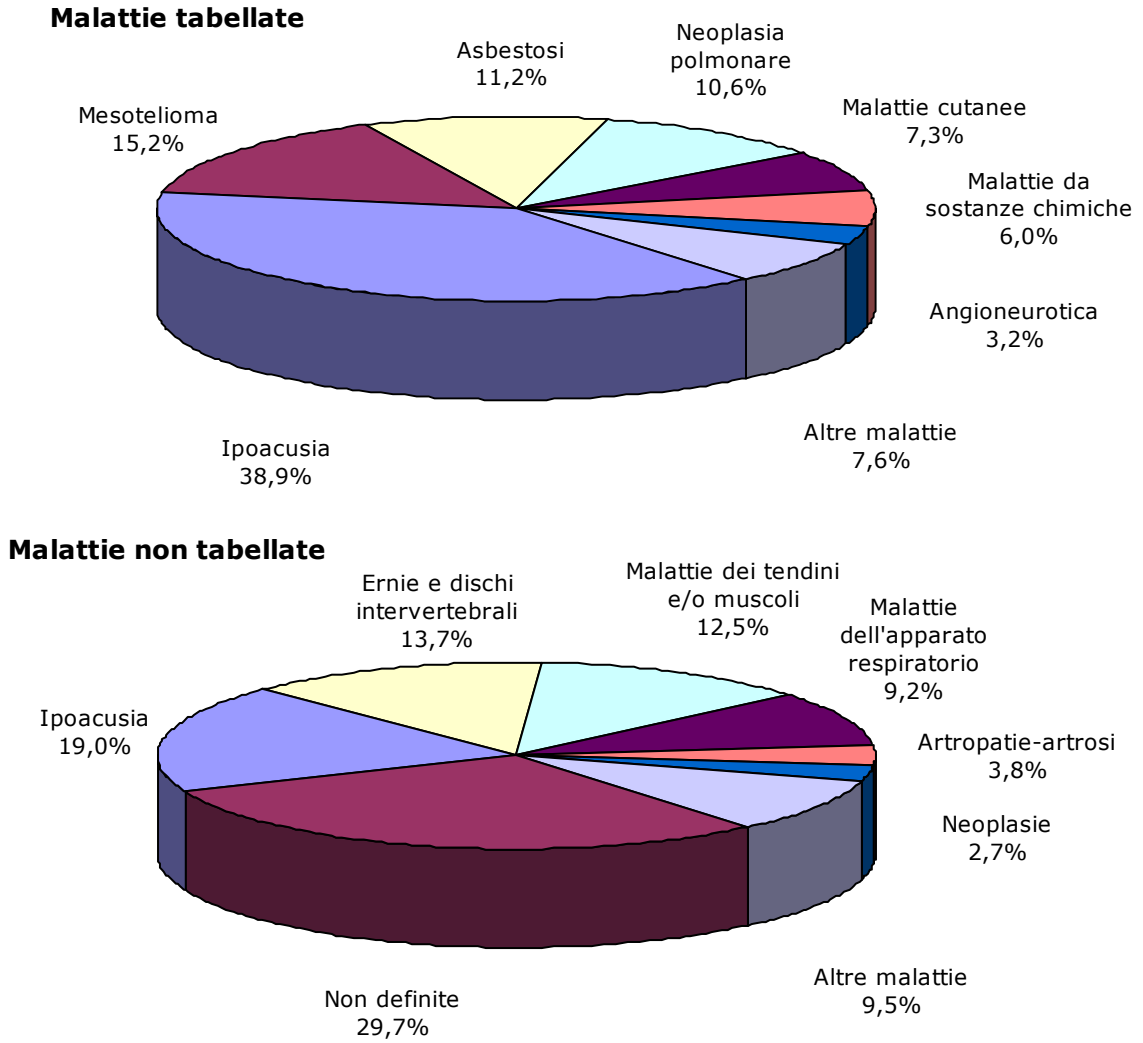
Tab. 7.3 Malattie definite, tabellate e non tabellate, suddivise per tipologia (valori assoluti, 2000-2007)

Macro gruppo	*Tipologia*	*Anno di definizione*								Totale
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Tabellata	Ipoacusia	182	274	189	183	139	97	76	89	1.229
	Mesotelioma	41	57	72	65	54	50	67	74	480
	Asbestosi	67	105	47	38	37	15	12	32	353
	N. polmonare	17	37	45	56	42	40	50	46	333
	Malattie cutanee	49	32	41	37	18	24	13	15	229
	Malattie da sost. chimiche	17	30	33	15	33	23	18	21	190
	Angioneurotica	13	10	12	17	15	8	13	13	101
	Silicosi	22	8	10	12	11	9	9	7	88
	Bpco-pneumoconiosi	4	16	8	4	3	5	7	7	54
	Asma	8	4	5	8	9	3	5	5	47
	RX	3	4	3	4	2	2	3	3	24
	Atra tabellata	1	3	2	6	-	2	-	2	16
	Neoplasie cavità nasali	-	2	-	1	1	1	1	2	8
	Alveoliti	2	1	-	-	-	-	-	1	4
	Totale Tabellata	426	583	467	446	364	279	274	317	3.156
	% Tabellata	*55,8*	*47,2*	*40,3*	*35,7*	*24,9*	*27,0*	*23,4*	*26,0*	*33,9*
Non tabellata	Missing	1	5	109	228	712	281	226	140	1.702
	Ipoacusia	159	219	164	111	82	96	105	154	1.090
	Ernie e dischi intervertebrali	31	62	37	48	71	134	200	201	784
	Malattie dei tendini e/o muscoli	26	71	59	79	54	99	154	175	717
	Malattie dell'apparato respiratorio	33	115	150	177	21	6	13	14	529
	Artropatie-artrosi	9	25	22	20	22	23	34	63	218
	Neoplasie	5	17	14	17	22	20	21	37	153
	Neuropatie	4	8	7	19	31	23	22	32	146
	Altre malattie	15	27	12	17	20	13	16	17	137
	Non tabellata	16	61	27	2	-	-	-	2	108
	Malattie cutanee	15	20	14	8	8	2	4	8	79
	Malattie infettive	23	21	9	4	4	5	3	6	75
	Totale non tabellata	337	651	624	730	1.047	702	798	849	5.738
	% Non tabellata	*44,1*	*52,7*	*53,8*	*58,4*	*71,5*	*68,0*	*68,3*	*69,5*	*61,7*
Missing	Missing	1	2	69	75	53	52	97	55	404
	% Missing	*0,1*	*0,2*	*5,9*	*6,0*	*3,6*	*5,0*	*8,3*	*4,5*	*4,3*
Totale complessivo		764	1.236	1.160	1.251	1.464	1.033	1.169	1.221	9.298

Fonte: elaborazioni su flussi informativi INAIL-ISPESL-Regioni (Edizione 2008)

Le figure successive mostrano una visione complessiva della prevalenza delle diverse tipologie di malattia professionale nel periodo 2000-2007.
Tra le patologie tabellate spiccano l'ipoacusia (38,9%, cui va sommato il 19% ricompreso nel macro gruppo delle non tabellate), le neoplasie (che complessivamente rappresentano il 25,8% dei casi definiti) e l'asbestosi (10,6%).
Tra le non tabellate, invece, prevalgono le patologie senza definizione (29,7%, in netta diminuzione nell'ultimo triennio) e le tecnopatie osteo-muscolari che nell'insieme superano il 25% del totale e risultano in netto aumento nell'ultimo triennio (sono queste le patologie entrate nella nuova tabella approvata con il già citato decreto dell'aprile 2008).

Fig. 7.2 Malattie definite, tabellate e non tabellate per tipologia (valori percentuali complessivi, 2001-2007)



Fonte: elaborazioni su flussi informativi INAIL-ISPESL-Regioni (Edizione 2008)

Come si può osservare nella tabella e nei grafici precedenti, alcune tipologie di malattia professionale sono presenti in entrambi i macrogruppi di patologia (tabellate e non tabellate), in primo luogo l'ipoacusia.
Per capire il motivo di questa presenza simultanea di patologie in entrambi i sistemi, è opportuno ricordare[2] che i caratteri propri del sistema tabellare, come delineati dalla normativa in argomento, consistono nella predeterminazione, mediante elenchi tassativi, di malattie "tipiche"[3] e nella predeterminazione del periodo di tempo massimo entro il quale la malattia deve manifestarsi per essere (eziologicamente riconducibile a causa professionale e quindi) indennizzabile.
Il non rispetto di una delle due condizioni può comportare che un tipo di patologia possa comparire sia tra le patologie tabellate sia tra quelle non tabellate. Si ricorda che anche per l'ipoacusia la nuova tabella (Decreto

[2] Per un maggior approfondimento di questi concetti si rimanda alla nota metodologica.
[3] Cioè ritenute, allo stato delle conoscenze scientifiche e dei dati di esperienza statisticamente rilevati, eziologicamente derivanti da un dato agente patogeno o di malattie causate da un dato agente patogeno, agente patogeno costituente in entrambi i casi il fulcro della tassatività, con l'indicazione, del pari tassativa, delle lavorazioni morbigene, cioè ritenute pregiudizievolmente espositive del lavoratore al detto agente patogeno, indicazione specificativa dell'eziologia professionale delle malattie.

aprile 2008) ha per la prima volta indicato un rischio connesso non solo alle lavorazioni storiche della precedente tabella ma anche ai livelli di esposizione a rumore superiore ai livelli inferiore di azione (>80db(A)), ratificando di fatto un livello di rischio per ipoacusia già indicato sin dall'ormai abrogato D.Lgs. 277/91 ma rimasto immutato, come valore limite inferiore, anche nel D.Lgs. 81/08.
Il dato più critico che riguarda le malattie professionali e le pone in primo piano al pari degli infortuni sul lavoro, nonostante la prevalenza sia notevolmente inferiore, è la gravità di questo fenomeno. Le tecnopatie con esito mortale con o senza superstiti (in breve MC, MS) triplicano annualmente i decessi per infortunio sul lavoro e costituiscono il 6,4% degli eventi definiti, mentre il 21,4% comporta postumi permanenti (in breve PE); solo il 3,2% dei casi si risolve con postumi temporanei (in breve TE) contro il 31,9% che vengono definite regolari senza indennizzo (in breve RS) da parte dell'istituto assicuratore. Se da un lato tra le malattie non tabellate emerge l'elevata prevalenza proprio dei casi definiti come regolari senza indennizzo, tra le tabellate si distinguono i casi definiti con inabilità permanente o come mortali, indipendentemente dall'assenza/presenza di superstiti.

CONCLUSIONI

Secondo i dati INAIL, ogni anno in Friuli Venezia Giulia si verificano circa 1.200 casi di patologia professionale e correlata al lavoro. I dati disponibili dimostrano che il fenomeno negli ultimi anni è pressoché stabile, frutto di una compensazione tra la diminuzione dei casi di patologie riconosciute, per le quali sembrano aver avuto un riscontro positivo le politiche di prevenzione attuate, e l'emersione di nuovi casi di malattie ancora non riconosciute come lavoro-correlate per cui spetta al lavoratore dimostrare il nesso causale con l'attività lavorativa esercitata. Si assiste, quindi, ad una progressiva diminuzione dell'incidenza delle malattie tabellate sul complesso dei casi riconosciuti, rispetto alle non tabellate che nel 2001 rappresentavano il 52,7% del totale mentre nel 2007 hanno riguardato quasi il 70% dei casi definiti.
Sia per le malattie tabellate che per quelle non tabellate, le patologie più frequenti restano ancora l'ipoacusia e sordità, anche se la loro incidenza è diminuita nel corso degli anni, e fra le non tabellate risultano in aumento patologie osteoarticolari a fronte di un calo delle malattie dell'apparato respiratorio e delle malattie infettive. In evidenza sono i quasi 500 casi di tumori professionali.
Il dato più critico che riguarda le malattie professionali rimane la gravità di questo fenomeno. Le tecnopatie con esito mortale con o senza superstiti sono di tre volte superiori ai decessi per infortunio sul lavoro, nonostante la prevalenza del fenomeno sia in rapporto di 4 tecnopatie ogni 100 infortuni. Mentre tra le patologie tabellate oltre il 50% dei casi sono definiti con inabilità permanente o sono mortali (riconducibili in larga percentuale ai tumori), tra le malattie non tabellate emerge l'elevata presenza dei casi negativi (45%) e dei regolari senza indennizzo (35%); invece, tra le tecnopatie non tabellate che comportano postumi permanenti si distinguono le patologie osteoarticolari.
A livello territoriale il fenomeno delle malattie professionali si differenzia notevolmente rispetto a quello degli infortuni sul lavoro: le aziende sanitarie Triestina e Isontina, rappresentative delle province di Trieste e Gorizia, denotano una percentuale di tecnopatie definite superiore a quella degli infortuni, a differenza delle altre realtà regionali e, in particolare, delle aziende del Friuli occidentale e del Medio Friuli. Anche la tipologia di malattie si caratterizza diversamente, coerentemente con il diverso tessuto economico che contraddistingue i territori aziendali. A tal proposito si osserva una prevalenza dei casi in cui non è indicato o non è determinabile il comparto cui attribuire la patologia, in netta diminuzione negli ultimi anni e una maggiore diffusione nei comparti della Metalmeccanica, dei Servizi e delle Costruzioni e, in minor percentuale, dei comparti della Sanità e dell'Industria del Legno.
Interessante evidenziare che proprio nell'Industria del Legno si registra una ridotta presenza di patologie riconducibili alle polveri, riscontro positivo questo dell'attività di prevenzione per la sicurezza attuata in quegli ambienti di lavoro. Si evince, perciò, come per gli infortuni sul lavoro, l'importanza di analizzare in maniera approfondita il fenomeno delle malattie professionali e potenziare al massimo le capacità di registrazione, elaborazione ed analisi delle informazioni raccolte sui casi emersi al fine di individuare sempre più puntualmente i fattori di rischio e di esposizione, e porre poi in essere adeguate e specifiche misure di prevenzione.

CAPITOLO 8: TUMORI

Il registro tumori del Friuli Venezia Giulia, raccoglie ad oggi i dati di incidenza 1995-2005, prevalenza 1995-2005 e la sopravvivenza a 1, 3 e 5 anni. Dai dati incidenza 2004-2005 emerge che nel biennio ci sono stati 16.756 nuovi casi suddivisi in 9.247 casi nella popolazione maschile e 7.509 casi in quella femminile.
Tra gli uomini il tumore più frequente e quello della prostata mentre quello nelle donne rimane il tumore alla mammella. In questo ultimo bienni analizzato ci sono differenze relative all'incidenza del tumore alla prostata rispetto ai dati degli anni 95-03, passando da 77,4 a 127,2 casi/100.000, questo aumento è dovuto allo screening spontaneo, un tumore che ha crescita negativa negli uomini negli ultimi 2 anni è quello ai polmoni, con una riduzione del 1,5% annuo come pure i tumori alle vie aereo-digestive superiori passando da 42,3 a 31,5 casi/100.000 a sostegno quindi delle campagne anti-fumo. Andamento opposto per il tumore ai polmoni nelle donne che fa registrare un'incidenza di 12,6 casi/100.000 contro i 10,5 registrati al 2003.
Incoraggianti sono i dati relativi alla sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi, passando da 37,3% al 44% negli uomini e nelle donne dal 48,4% al 51,6%, anche se nelle donne dobbiamo registrare un andamento in controtendenza rispetto alla media nazionale per quanto riguarda la sopravvivenza per tumore della mammella, con un'ulteriore diversità a seconda delle aree regionali.

Fig 8.1: Sedi (esclusa pelle, non melanoma) con i più frequenti casi incidenti negli anni 2004-2005, per sesso ed età.

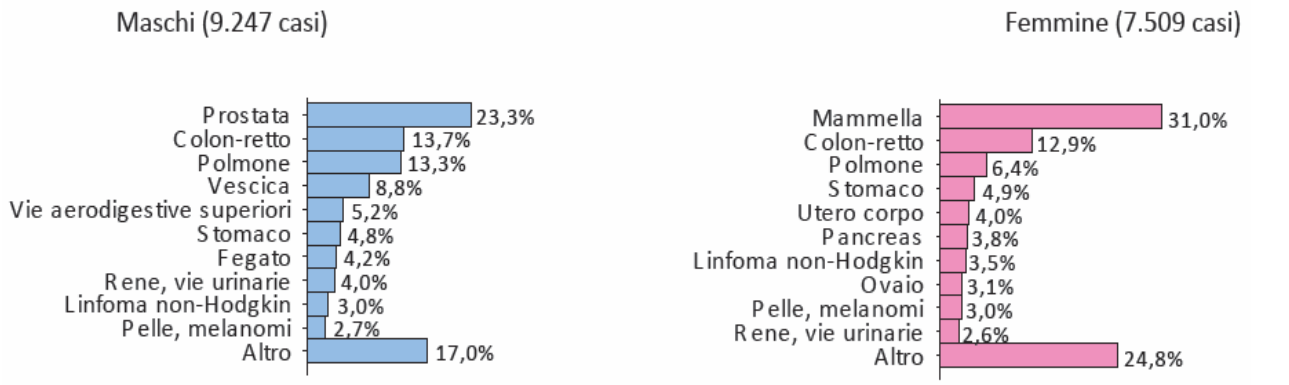


Fig 8.2: Andamenti temporali dei tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione europea (ASR EU) per alcune sedi tumorali (scala semi-log). RT-FVG, maschi.

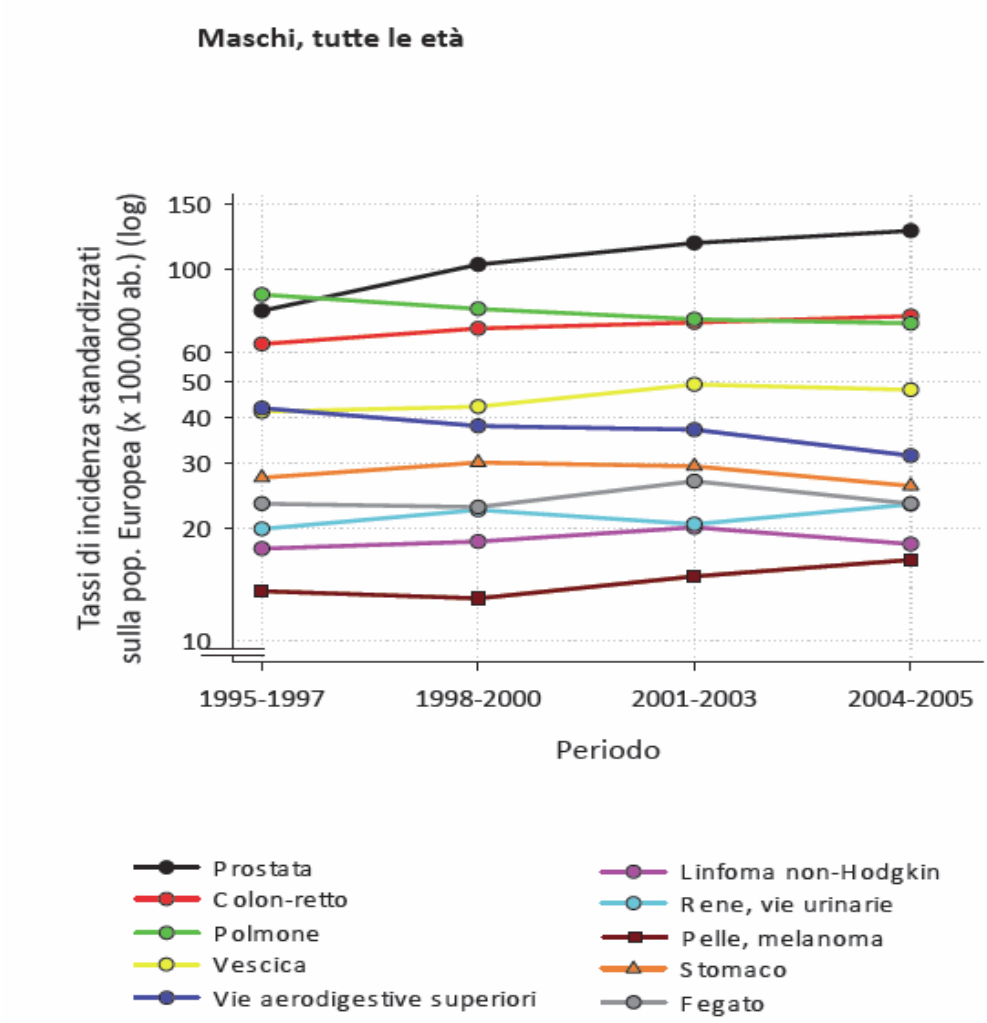


Fig 8.3: Andamenti temporali dei tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione europea (ASR EU) per alcune sedi tumorali (scala semi-log). RT-FVG, femmine.

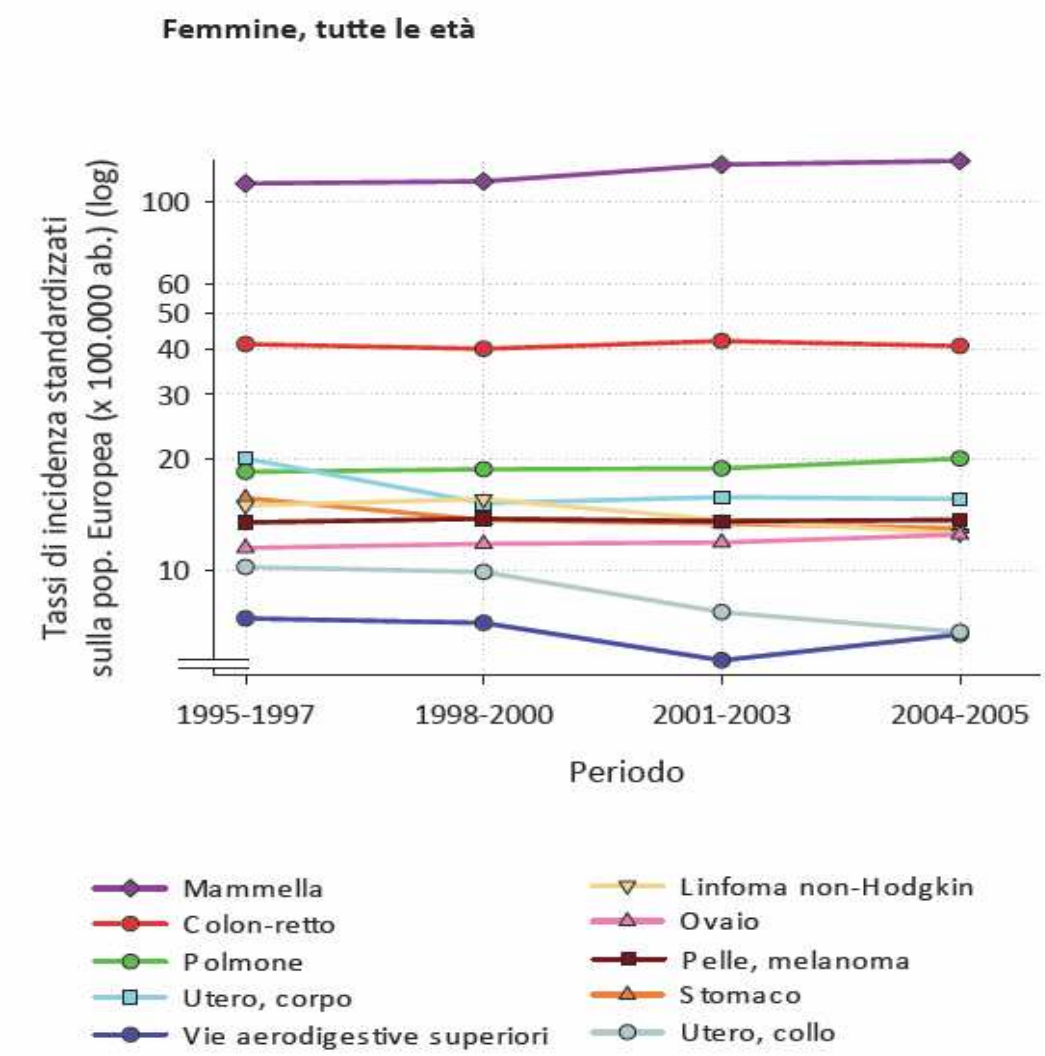
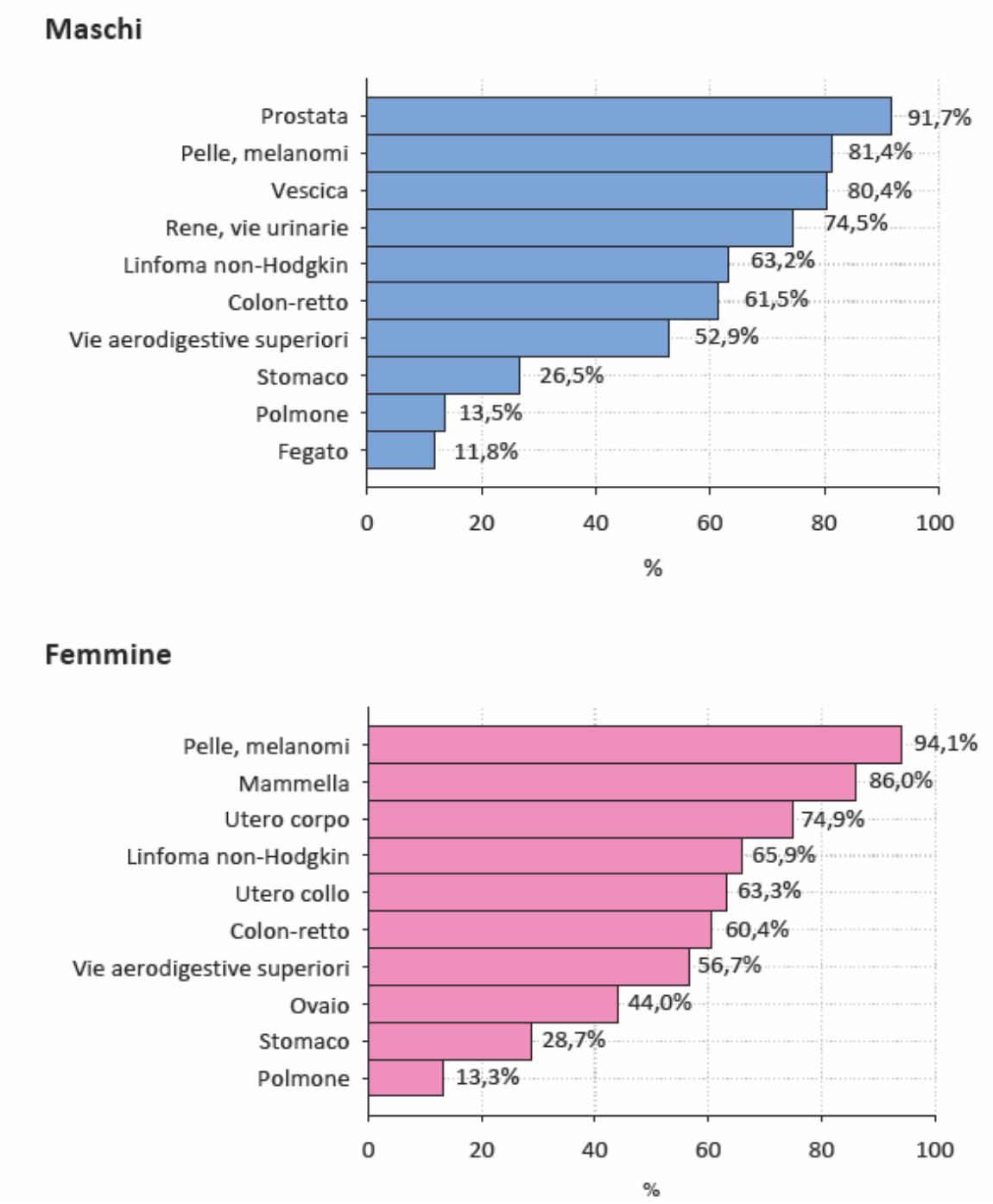


Fig. 8.4 Sopravvivenza relativa a 5 anni per le principali sedi tumorali. RT-FVG, 2000-2002



Per quanto riguarda la sopravvivenza per tumore del colon-retto è auspicabile un miglioramento, infatti se ci si confronta con dati nazionali la nostra regione ha valori più bassi. Per il tumore al colon-retto la sopravvivenza complessiva è del 57% del pool contro il 55% del FVG per gli uomini mentre per le donne è del 59% contro il 56% questo margine è tutto a carico della sopravvivenza per tumore del retto essendo del 53% del pool contro il 47% del FVG negli uomini mentre nelle donne è 56% contro il 47%. La sopravvivenza per il colon è invece la stessa sia per il pool che per il FVG per gli uomini ovvero 58%, mentre nelle donne la differenza è di un punto percentuale ovvero 60% a carico del Pool contro il 59% del FVG.

CAPITOLO 9: EVENTI CARDIOVASCOLARI

Il termine **evento coronarico acuto** identifica una malattia ischemica del cuore, ad inizio acuto e ad alta letalità, che non corrisponde esclusivamente alla definizione clinica di infarto del miocardio, ma che comprende altre sindromi coronariche acute gravi e che, per essere valutata in modo appropriato e comparabile, necessita della raccolta di una serie di informazioni e della applicazione di criteri diagnostici standardizzati per la sua validazione, sia che si tratti di un evento ricoverato in ospedale sia che si tratti di un evento fatale avvenuto al di fuori dell'ospedale. In genere per i criteri di validazione la metodologia più utilizzata è quella del Progetto MONICA dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In **Friuli Venezia Giulia**, sin dalla partecipazione al Progetto MONICA, è stato attivato il **Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari**.
In relazione ai Piani Regionali di Prevenzione Cardiovascolare è stato deciso di produrre una valutazione sistematica degli eventi coronarici e cerebrovascolari nella popolazione del Friuli Venezia Giulia di età tra i 35 e i 74 anni, per gli anni 2003, 2004 e 2005, adottando i criteri del "Registro Nazionale degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari" del 1998/99 per garantire la comparabilità e costruire dei trend.

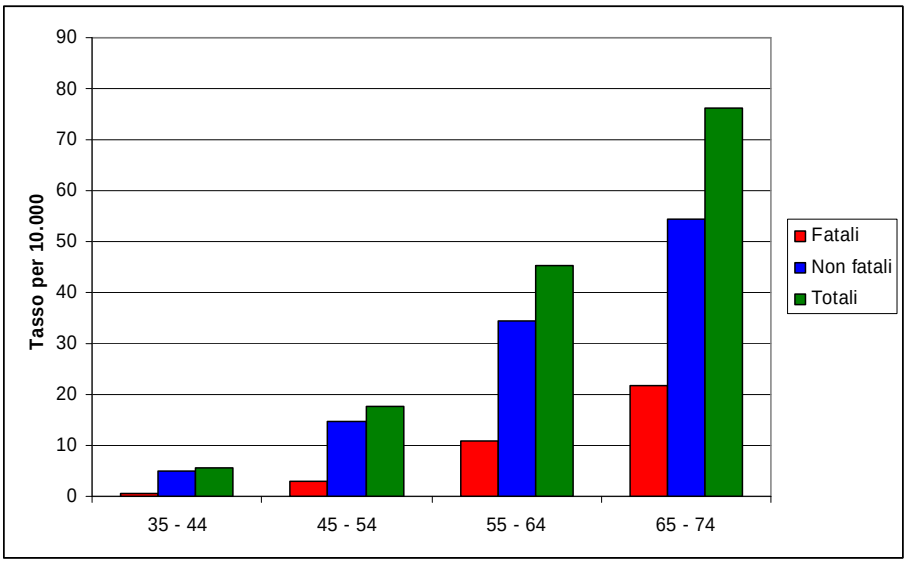
Tab. 9.1 Eventi coronarici FVG 2003-2005. Tasso di attacco per 10.000 e limiti di confidenza 95%
(standardizzato per età)

	EVENTI FATALI		EVENTI NON FATALI		EVENTI TOTALI	
UOMINI	Tasso di attacco	LC 95%	Tasso di attacco	LC 95%	Tasso di attacco	LC 95%
2003	***9,9***	*(8,8 - 11,0)*	***23,4***	*(21,7 - 25,0)*	***33,3***	*(31,3 - 35,3)*
2004	***8,0***	*(7,0 – 9,0)*	***22,9***	*(21,3 – 24,6)*	***31,0***	*(29,1 – 32,9)*
2005	***7,7***	*(6,8 – 8,7)*	***24,0***	*(22,3 – 25,7)*	***31,7***	*(29,8 – 33,6)*

	EVENTI FATALI		EVENTI NON FATALI		EVENTI TOTALI	
DONNE	Tasso di attacco	LC 95%	Tasso di attacco	LC 95%	Tasso di attacco	LC 95%
2003	***2,3***	*(1,8 -2,9)*	***6,5***	*(5,6 – 7,3)*	***8,8***	*(7,8 – 9,8)*
2004	***1,8***	*(1,4 – 2,3)*	***6,4***	*(5,6 – 7,3)*	***8,2***	*(7,3 – 9,2)*
2005	***1,8***	*(1,3 – 2,2)*	***6,0***	*(5,1 – 6,8)*	***7,8***	*(6,8 – 8,7)*

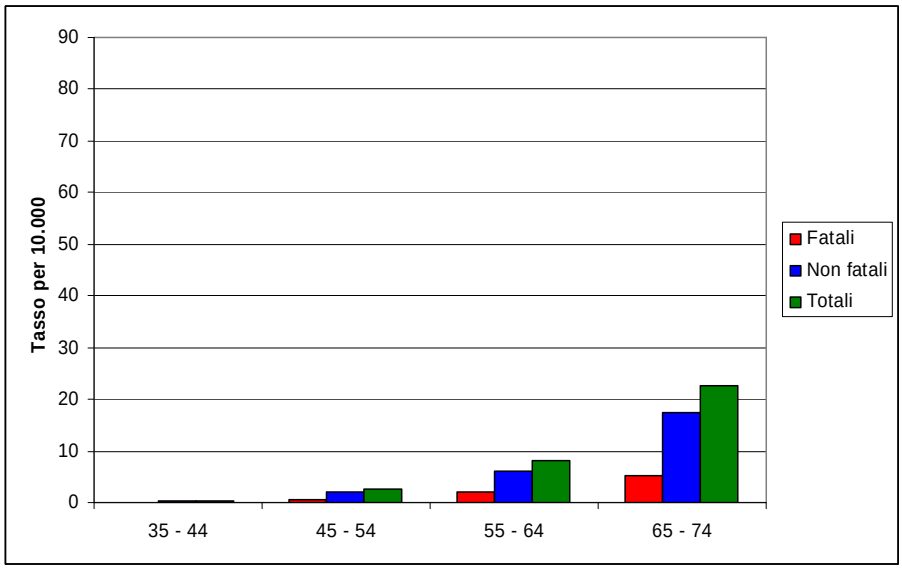
Fonte: Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari

Fig. 9.1 Tasso di attacco per 10.000 per eventi coronarici. FVG 2005, uomini 35-74 anni



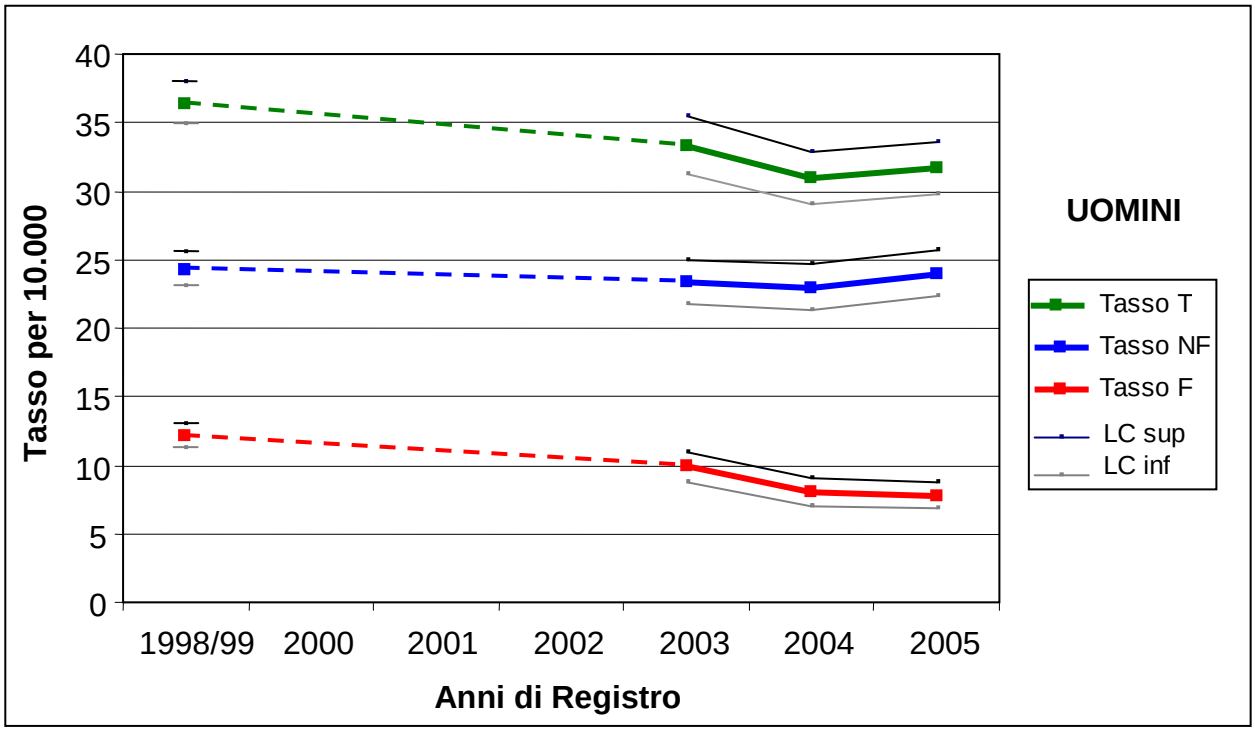
Fonte: Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari

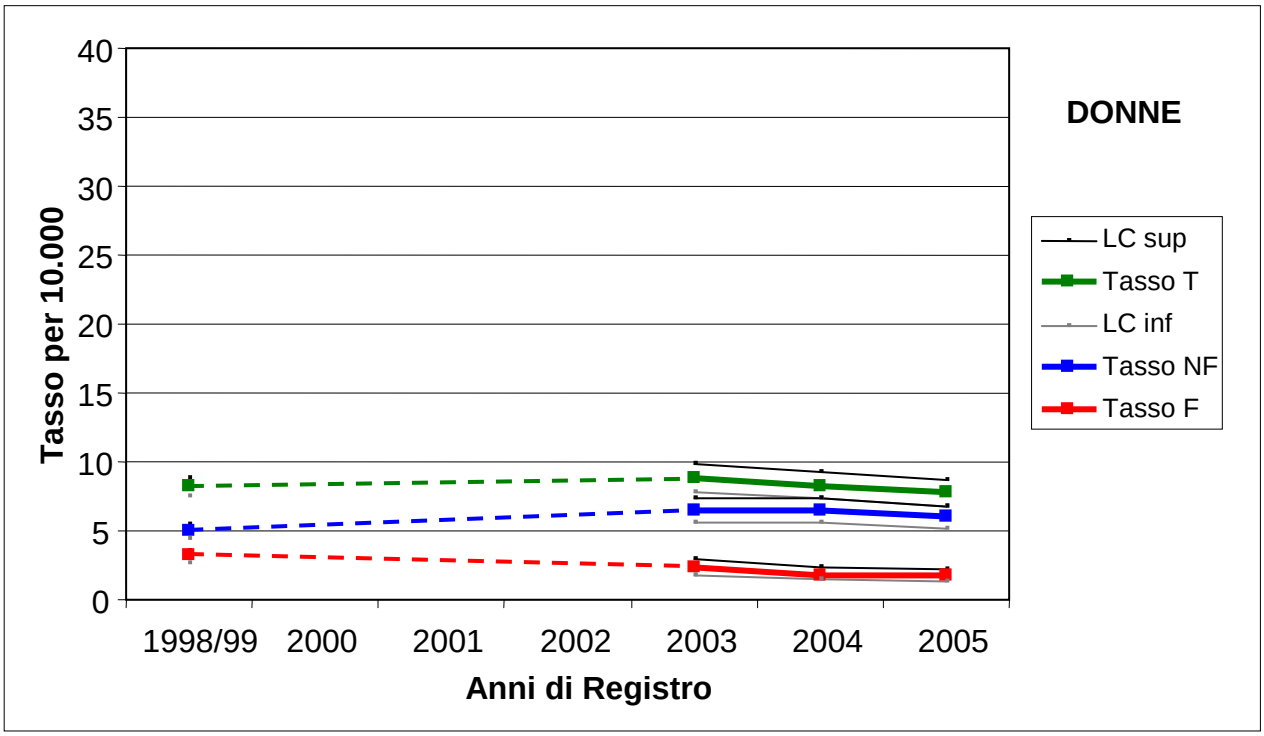
Fig. 9.2 Tasso di attacco per 10.000 per eventi coronarici. FVG 2005, donne 35-74 anni



Fonte: Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari

Fig. 9.3 Trend per eventi coronarici FVG 1998/99-2005. Tasso di attacco per 10.000 *(standardizzato per età e limiti di confidenza 95%)*





Fonte: Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari

I **trend per gli eventi coronarici**, costruiti dal confronto dei dati regionali del 1998/99 con i dati dei registri del 2003, 2004 e 2005 evidenziano:

- *eventi coronarici fatali uomini*: trend in decremento con significatività statistica tra il 1998/99 e il 2003, confermato tra il 1998/99 e il 2004 e tra il 1998/99 e il 2005 e inoltre tra il 2003 e 2005;

- *eventi coronarici fatali donne*: trend in decremento con significatività statistica tra il 1998/99 e il 2004, confermato tra il 1998/99 e il 2005;

- *eventi coronarici non fatali uomini*: trend stabile, senza variazioni statisticamente significative;

- *eventi coronarici non fatali donne*: trend stabile con un aumento significativo tra il 1998/99 e il 2003 e il 1998/99 e il 2004, non confermato successivamente (variazioni non significative tra 1998/99 e 2005);

- *eventi coronarici totali uomini*: trend in decremento con significatività statistica tra 1998/99 e 2004, confermato tra 1998/99 e 2005;

- *eventi coronarici totali donne*: trend stabile senza variazioni statisticamente significative.

Da sottolineare l'andamento sovrapponibile tra uomini e donne per gli eventi coronarici fatali in evidente decremento (da 12,1 a 7,7 per 10.000 per gli uomini e da 3,2 a 1,2 per 10.000 per le donne). Gli eventi coronarici non fatali sembrano sostanzialmente stabili nel tempo negli uomini e nelle donne. Gli eventi coronarici totali, che risentono degli eventi non fatali e fatali, evidenziano un decremento significativo negli uomini (dal 36,4 al 31,7 per 10.000) mentre per le donne vi è un trend in diminuzione (da 8,2 a 7,2 per 10.000) ma non significativo; come spesso succede le numerosità contenute di eventi hard nelle donne creano problemi nelle valutazioni.

Gli eventi cerebrovascolari acuti in Friuli Venezia Giulia

Il termine **evento cerebrovascolare acuto** identifica, sempre secondo il Progetto MONICA OMS, i casi con "rapido sviluppo di disturbo della funzione cerebrale focale o globale, che dura più di 24 ore o porta alla morte senza causa apparentemente diversa dall'origine vascolare; comprende malati che presentano segni clinici e sintomi che fanno pensare a emorragia subaracnoidea o intracerebrale o necrosi cerebrale ischemica. Non include invece i casi di ischemia cerebrale transitoria o gli ictus in caso di emopatia (es. leucemia, policitemia vera etc.), tumori cerebrali o metastasi e gli eventi cerebrovascolari secondari a traumi".

Tab. 9.2 Eventi cerebrovascolari FVG 2003-2005. Tasso di attacco per 10.000 e limiti di confidenza 95% *(standardizzato per età)*

	EVENTI FATALI		EVENTI NON FATALI		EVENTI TOTALI	
UOMINI	Tasso di attacco	LC 95%	Tasso di attacco	LC 95%	Tasso di attacco	LC 95%
2003	***2,8***	(2,2 – 3,4)	***18,3***	(16,8 – 19,8)	***21,1***	(19,5 – 22,7)
2004	***3,2***	(2,6 – 3,8)	***17,9***	(16,4 – 19,3)	***21,1***	(19,5 – 22,6)
2005	***2,0***	(1,6 – 2,5)	***17,4***	(15,9 – 18,8)	***19,4***	(17,9 – 20,9)

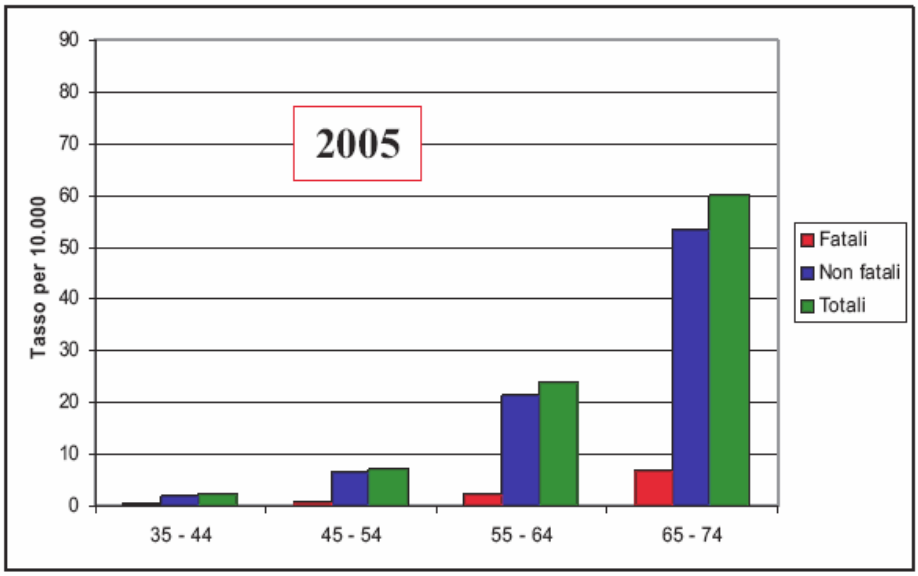
	EVENTI FATALI		EVENTI NON FATALI		EVENTI TOTALI	
DONNE	Tasso di attacco	LC 95%	Tasso di attacco	LC 95%	Tasso di attacco	LC 95%
2003	***2,2***	(1,7 – 2,7)	***11,5***	(10,4 – 12,7)	***13,8***	(12,5 -15,0)
2004	***2,0***	(1,5 – 2,5)	***11,8***	(10,6 – 12,9)	***13,8***	(12,5 – 15,0)
2005	***1,8***	(1,3 – 2,2)	***11,7***	(10,5 – 12,8)	***13,4***	(12,2 – 14,7)

Fonte: Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari

I **tassi di attacco per eventi cerebrovascolari fatali, non fatali e totali** evidenziano negli **uomini** un incremento tra le classi di età, statisticamente evidente tra la classe 55-64 e quella di 65-74 anni. Il tasso standardizzato per età degli eventi cerebrovascolari fatali mostra un trend in decremento che diventa statisticamente significativo tra il 2004 e il 2005, verosimilmente legato ad una riduzione significativa del tasso nella classe di età più avanzata (65-74 anni). Nelle **donne** i tassi di attacco mostrano per gli eventi fatali un trend in aumento con le classi di età, trend che diventa significativo tra le classi di età 55-64 e 65-74 anni, verosimilmente imputabile alla scarsa numerosità di eventi fatali nelle donne nelle fasce più giovani; gli eventi non fatali e totali evidenziano un trend in aumento con le classi di età, trend che diventa significativo già dalla classe 45-54 anni e le successive. I tassi standardizzati per età non evidenziano variazioni significative tra il 2003, 2004 e 2005 per gli eventi fatali, non fatali e totali.

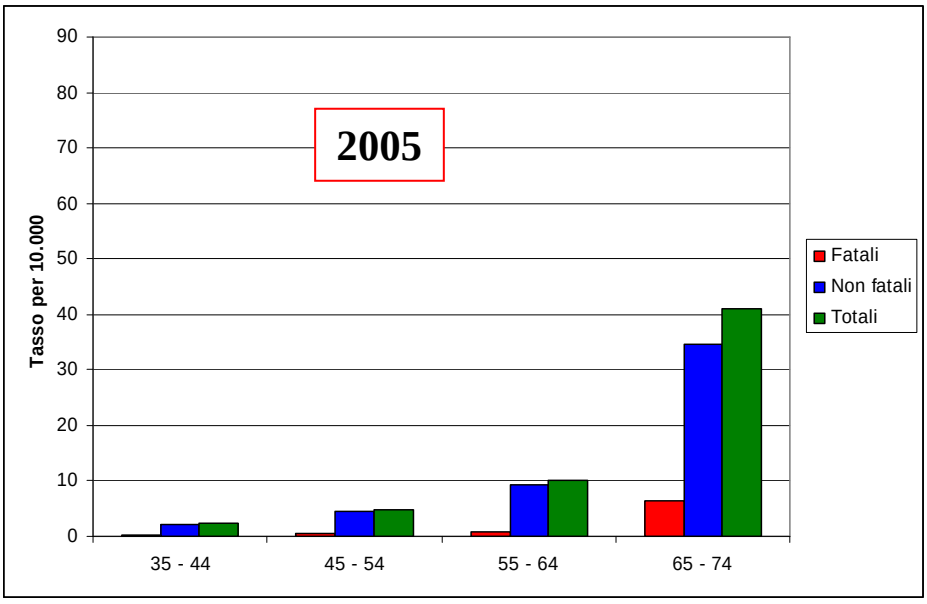
Il confronto tra i due sessi evidenzia tassi di eventi cerebrovascolari fatali lievemente inferiori nelle donne rispetto agli uomini, anche se la significatività statistica è raggiunta sono nel 2003; i tassi degli eventi non fatali e totali, verosimilmente per la maggior numerosità, sono sempre significativamente lievemente inferiori nelle donne rispetto agli uomini.

Fig. 9.4 Tasso di attacco per 10.000 per eventi cerebrovascolari. FVG 2005, uomini 35-74 anni



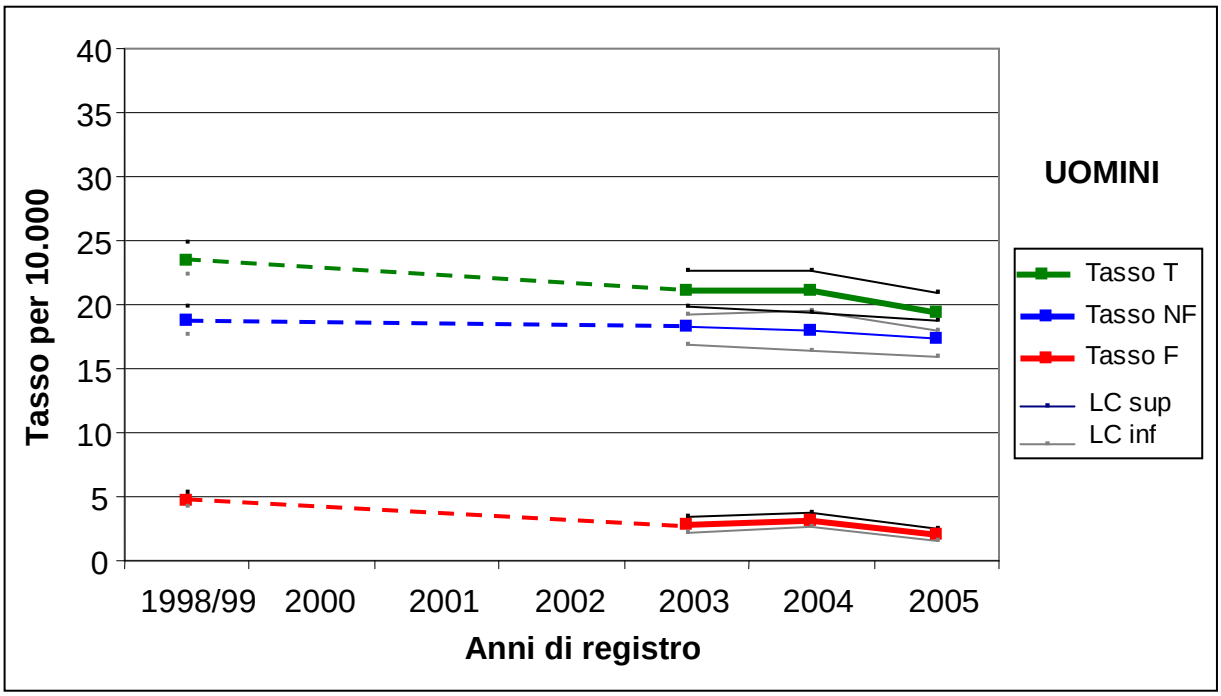
Fonte: Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari

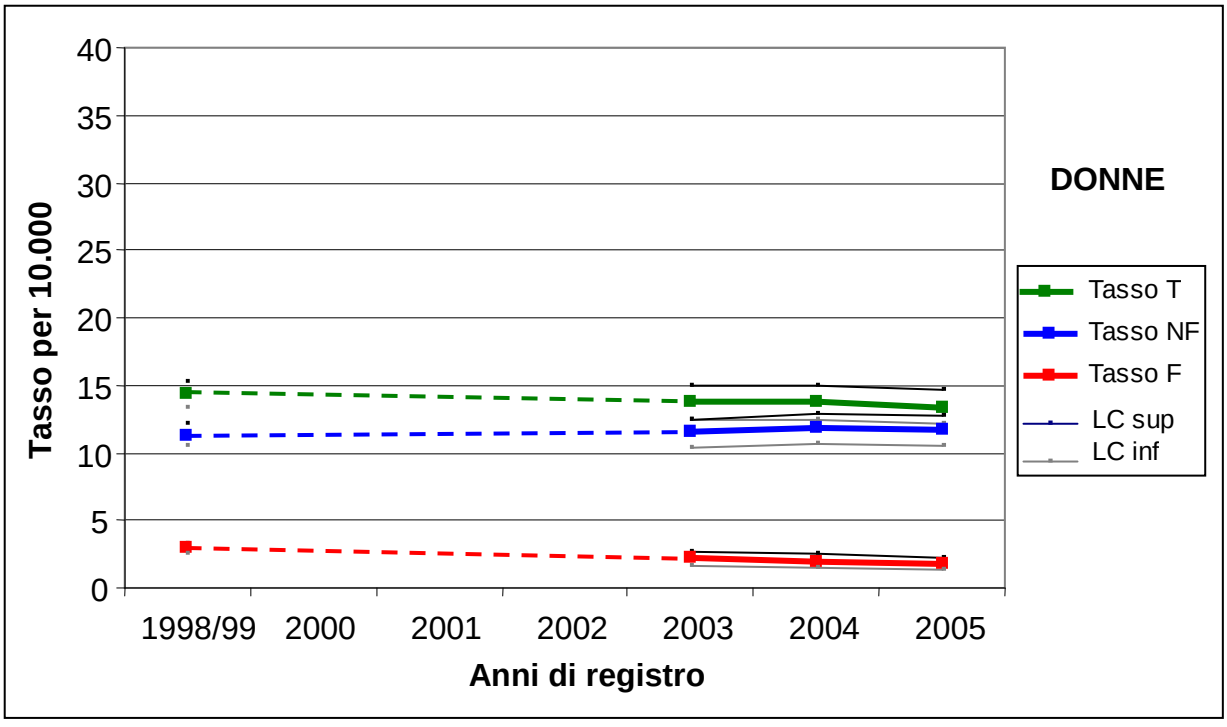
Fig. 9.5 Tasso di attacco per 10.000 per eventi cerebrovascolari. FVG 2005, donne 35-74 anni



Fonte: Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari

Fig. 9.6 Trend per eventi cerebrovascolari FVG 1998/99-2005. Tasso di attacco per 10.000
(standardizzato per età e limiti di confidenza 95%)





Fonte: Registro Regionale delle Malattie Cardiovascolari

I **trend per gli eventi cerebrovascolari**, costruiti dal confronto dei dati regionali del 1998/99 con i dati dei registri del 2003, 2004 e 2005 evidenziano:

- *eventi cerebrovascolari fatali uomini*: trend in decremento con significatività statistica tra il 1998/99 e il 2003, confermato tra il 1998/99 e il 2005 inoltre tra il 2004 e 2005;

- *eventi cerebrovascolari fatali donne*: trend in decremento ma non statisticamente significativo;

- *eventi cerebrovascolari non fatali uomini*: trend stabile, senza variazioni significative;

- *eventi cerebrovascolari non fatali donne*: lieve significativo aumento dal 1998/99 al 2003 confermato da una stabilizzazione successiva:

- *eventi cerebrovascolari totali uomini*: trend stabile, senza variazioni significative;

- *eventi cerebrovascolari totali donne*: significativo aumento dal 1998/99 al 2003, confermato da una stabilizzazione successiva.

L'analisi dei trend per gli accidenti cerebrovascolari, statisticamente meno frequenti nelle donne rispetto agli uomini (i dati non sono significativamente diversi solo per gli eventi fatali nel 2003 e nel 2005), ma con una differenza non così ampia come per gli eventi coronarici, evidenzia un diverso comportamento nel tempo nei due sessi. Negli **uomini** gli eventi fatali calano dal 1998/99 al 2003, mantenendosi poi stabili nel 2004 e presentando un ulteriore significativo decremento nel 2005; negli uomini gli eventi non fatali e totali cerebrovascolari restano invece stabili. Nelle **donne** gli eventi cerebrovascolari fatali restano stabili nel tempo, mentre gli eventi non fatali e totali evidenziano un incremento dal 1998/99 al 2003 con una stabilizzazione successiva. Più difficile spiegare perché nelle donne gli eventi non fatali e totali aumentino mentre restano stabili negli uomini (sottostima degli eventi nel 1998/99 ?)

CAPITOLO 10: FATTORI DI RISCHIO
I fattori di rischio cardiovascolare in Friuli Venezia Giulia

L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano (OEC) ha dimostrato che è possibile attuare a livello nazionale una sorveglianza dei fattori di rischio cardiovascolare utilizzando strumenti standardizzati, fornendo però, per la numerosità dei partecipanti, dati attendibili solo per grandi aree geografiche (macroarea Nordovest, Nordest, Centro, Sud e Isole).
In Friuli Venezia Giulia, le indagini sui fattori di rischio cardiovascolare, condotte nel decennio 1984-1994, con la rigorosa metodologia del Progetto MONICA, sono state considerate di buona qualità sia per l'appropriato campionamento che ha utilizzato l'Anagrafe Regionale degli Assistiti sia per l'elevata partecipazione, purtroppo indagini di questo tipo sono ad elevato costo e ora difficilmente riproponibili.
Per ottenere dati standardizzati sui fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione adulta della regione, di qualità paragonabile all'OEC ed al MONICA, ma a costi contenuti, è stata effettuata una collaborazione con i Medici di Medicina Generale. Nel 2005 è stato quindi varato il Progetto **CardioRESET**, acronimo di "rischio **Cardio**vascolare **RE**gionale: **S**orveglianza **E**pidemiologica **T**erritoriale" che ha interessato un campione randomizzato di 2701 soggetti (1336 uomini e 1365 donne), di età 35 - 74 anni, rappresentativo della popolazione regionale in questa fascia di età, nell'ambito degli assistiti dei 44 MMG ricercatori di Health Search, Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale.

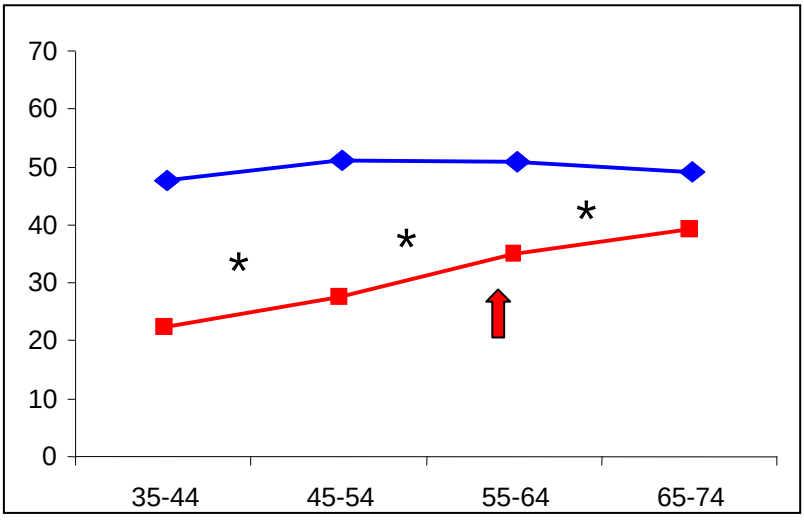
ICM (Indice di massa corporea)

Tab. 10.1 Prevalenza di sovrappeso e di obesità, standardizzate per età, limiti di confidenza al 95% in FVG

Prevalenza %	Uomini 35-74	Donne 35-74
Sovrappeso (IMC ≥ 25 <30 Kg/m^2)	**49,7** (46,3-53,1)*	**30,6** (27,6-33,5)
Obesità (IMC ≥ 30 Kg/m^2)	**20,3** (17, 7-22,8)	**18,0** (15,6-20,4)

* p < 0.05 tra uomini e donne
Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiova scolari

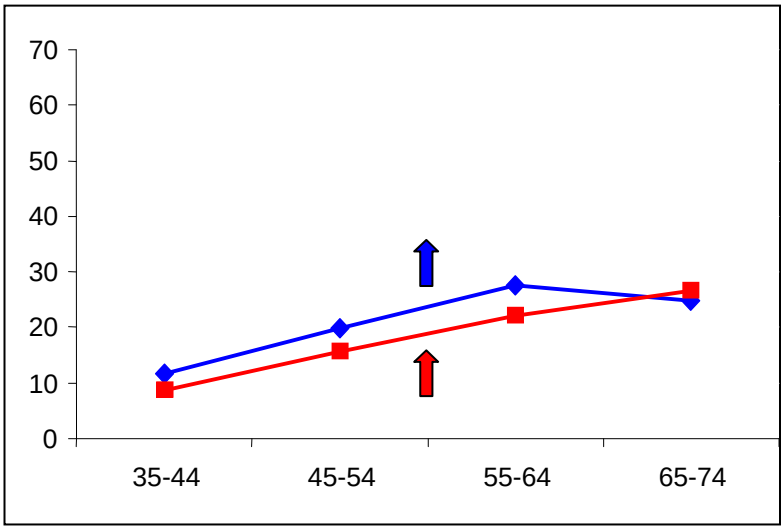
Fig. 10.1 Andamento per età del sovrappeso (IMC ≥ 25 <30 Kg/m^2), in uomini (blu) e donne (rosso) dai 35 ai 74 anni in FVG.



* p<0,05 tra uomini e donne
↑ p<0,05 tra almeno 2 classi di età

Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiova scolari

Fig. 10.2 Andamento per età dell'obesità (IMC ≥ 30 kg/m^2), in uomini (blu) e donne (rosso) dai 35 ai 74 anni in FVG.



*p = ns tra uomini e donne
↑ p<0,05 tra almeno 2 classi di età

Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiova scolari

I **valori medi di IMC** risultano statisticamente superiori negli uomini rispetto alle donne oltre che in tutta la regione; in entrambi i generi sono superiori al valore raccomandato dalle Linee Guida (25,0 Kg/m^2).
Prevalenza di sovrappeso: negli uomini non c'è un aumento significativo per classe di età, nelle donne invece l'aumento è significativo; tra uomini e donne ci sono differenze significative nelle prime decadi, ma non nell'ultima.
Prevalenza di obesità: negli uomini e nelle donne c'è un aumento significativo della prevalenza per classe di età senza differenze statisticamente significative nelle varie decadi tra i due generi.
Nella regione Friuli Venezia Giulia, senza differenze tra Aree Vaste, vi è un importante problema di eccesso ponderale (più consistente negli uomini) e che peggiora con l'aumentare dell'età in maniera molto evidente soprattutto per le donne già in eccesso ponderale e per gli uomini già obesi nelle età giovanili.

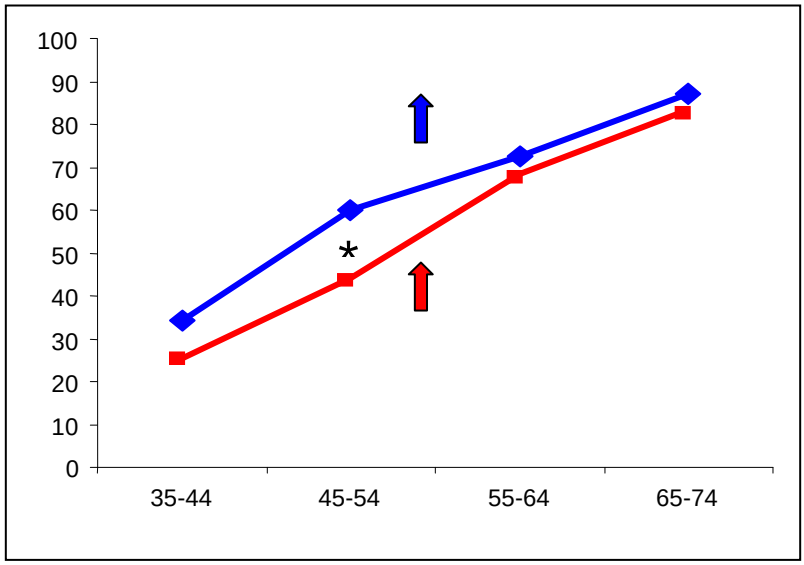
Ipertensione

Tab. 10.2 Prevalenza di ipertensione arteriosa, standardizzata per età, limiti di confidenza al 95%, uomini e donne, FVG

	Uomini 35-74	Donne 35-74
Prevalenza ipertensione % (PAS ≥140 e/o PAD ≥90 mmHg o in terapia antiipertensiva)	**60,6** (57,4-63,7)*	**53,5** (50,6-56,4)

* p<0,05 tra uomini e donne
Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiova scolari

Fig. 10.3 Andamento per età della prevalenza di ipertensione, in uomini (blu) e donne (rosso) dai 35 ai 74 anni in FVG.



* p<0,05 tra uomini e donne
↑ p<0,05 tra almeno 2 classi di età

Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiovascolari

I valori medi della PAS e PAD sono significativamente più elevati negli uomini rispetto alle donne nella regione Friuli Venezia Giulia.
La prevalenza di ipertensione, sovrapponibile nell'intera regione e nelle Aree Vaste, risulta significativamente più elevata negli uomini rispetto alle donne, nell'intera regione Udinese; la prevalenza aumenta inoltre in maniera importante con le classi di età nei due sessi, passando da una prevalenza totale di circa il 30% nella fascia più giovane a quella del 85% nella fascia più avanzata.

Lipidi ematici (colesterolo totale, colesterolo HDL, trigliceridi, colesterolo LDL) e dislipidemie

Tab. 10.3 Prevalenza di ipercolesterolemia, ipercolesterolemia importante, basso HDL, ipertrigliceridemia, elevato LDL in FVG *(dati standardizzati per età, limiti di confidenza al 95%)*

	Uomini 35-74	Donne 35-74
Ipercolesterolemia (COL > 200 mg/dl o terapia ipolipemizzante)	**67,3** (64,1-70,5)	**67,9** (64,9-70,9)
Ipercolesterolemia importante (COL ≥ 240 mg/dl o terapia ipolipemizzante)	**34,9** (31,7-38,0)	**34,5** (31,7-37,3)
Basso HDL (HDL <40 mg/dl negli uomini e < 50 mg/dl nelle donne)	**11,0** (8,6-13,4)	**14,9** (12,4-17,5)
Ipertrigliceridemia (TG ≥ 150 mg/dl)	**27,3** (23,9-30,6)*	**15,2** (12,8-17,6)
Elevato LDL (LDL ≥ 115 mg/dl)	**71,2** (67,7-74,7)	**65,7** (62,3-69,1)

* p<0,05 tra uomini e donne
Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiova scolari

I **valori medi** della **colesterolemia totale** non presentano variazioni significative tra uomini e donne e tra le Aree Vaste; negli uomini non vi sono incrementi statisticamente significativi tra le classi di età, mentre nelle donne un incremento è evidente tra la classe più giovane e quelle più anziane.
I valori medi della **colesterolemia HDL** sono significativamente inferiori nei maschi rispetto alle donne sia nella regione in toto che nelle singole Aree Vaste; l'età non sembra influenzare i valori medi nei due sessi.
I valori medi della **trigliceridemia** risultano statisticamente superiori negli uomini rispetto alle donne sia nella regione in toto che nelle singole Aree Vaste; gli uomini non evidenziano incrementi della colesterolemia con l'età mentre le donne hanno valori significativamente più bassi nella classe di età più giovane.
I valori medi del **colesterolo LDL** non evidenziano differenze statisticamente significative nei due sessi nella regione e nelle Aree Vaste. La colesterolemia LDL non mostra incrementi significativi con l'età negli uomini mentre nelle donne i valori medi della classe più giovane è significativamente inferiore rispetto alle classi più avanzate.
La **prevalenza** di ipercolesterolemia (COL ≥200 mg/dl o terapia ipolipemizzante) e di ipercolesterolemia importante (COL ≥240 mg/dl o terapia ipolipemizzante) e la prevalenza di basso HDL, non presentano variazioni statisticamente significative tra uomini e donne nella regione Friuli Venezia Giulia e per Area Vasta.
La prevalenza di ipercolesterolemia importante pur aumentando con l'età in entrambi i sessi evidenzia per le donne un allineamento con gli uomini già nella classe tra 45 e 54 anni.
La prevalenza di ipertrigliceridemia aumenta con l'età nelle donne, ma non negli uomini.
La prevalenza di elevato LDL, non diversa tra i due sessi, e di entità notevole in regione, mostra un andamento crescente per le donne nel passaggio dalla prima fascia di età 35-44 alla seconda 45-55 con un immediato allineamento con gli uomini che vengono addirittura superati nell'ultima decada di 65-74 anni. Il dato risulta coerente con l'andamento dell'ipercolesterolemia importante ed evidenzia la necessità di una forte azione preventiva nelle donne già nella fascia giovanile che abitualmente viene trascurata.

Sindrome metabolica

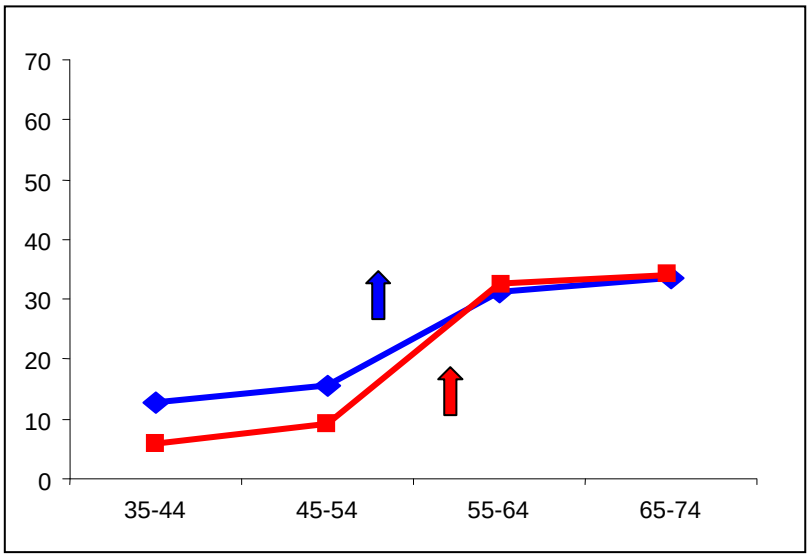
La sindrome metabolica è stata rilevata usando la definizione del National Cholesterol Education Program, Adult Tratment Panel III (NCEP): presenza di tre o più dei seguenti componenti:obesità addominale (circonferenza vita >102 negli uomini e >88 nelle donne); trigliceridi ≥150 mg/dl; HDL <40 negli uomini e <50 nelle donne; PA ≥130/85 mmHg; glicemia a digiuno ≥110 mg/dl.

Tab. 10.4 Prevalenza di sindrome metabolica ATPIII, standardizzata per età, in FVG

Prevalenza %	**Uomini 35-74**	**Donne 35-74**
Sindrome. metabolica	**21,9** (18,7-25,0)	**19,5** (16,9-22,2)

Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiova scolari

Fig. 10.4 Andamento della prevalenza di sindrome metabolica per età, uomini (blu) e donne (rosso,) dai 35 ai 74 anni in FVG



p = ns tra uomini e donne
↑ p<0,05 tra almeno 2 classi di età

Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiovascolari

La prevalenza di sindrome metabolica è notevole, quasi 1 su 4 degli uomini e delle donne nella fascia di età 35 -74 anni. Essa non risulta statisticamente diversa nei due sessi nella regione intera né per le Aree Vaste. La sindrome metabolica aumenta in entrambi i generi con l'età con una brusca impennata nell'età media e raggiungendo una prevalenza del 33% nella decade più avanzata.

Fumo di tabacco

L'abitudine al fumo di sigaretta considera il consumo regolare di sigarette (una o più sigarette al giorno) o pipa o sigari al momento dell'indagine e per gli ex fumatori il consumo di sigarette prima dell'indagine.

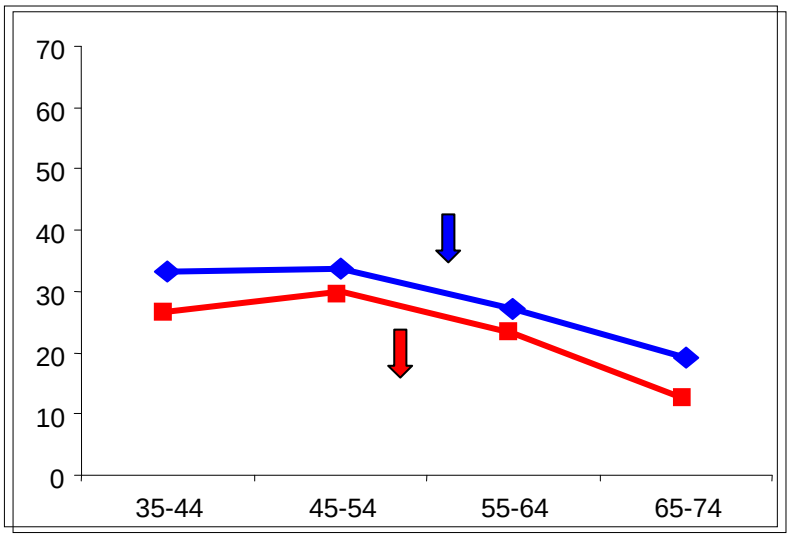
Tab. 10.5 Distribuzione di frequenza dell'abitudine al fumo di tabacco, standardizzata per età, uomini e donne in FVG

Prevalenza	Uomini 35-74	Donne 35-74
Fumo di sigaretta (%)	**29,2** (26,2-32,4)	**23,6** (20,9-26,4)
Fumo di pipa (%)	**0,7** (0,3-1,7)	**-**
Fumo di sigari (%)	**0,3** (0,1-1,1)	**-**
Ex fumatori (%)	**31,4** (28,6-34,4)*	**15,4** (13,2-17,9)
Mai fumato (%)	**38,3** (35,1-41,6)*	**61,0** (57,8-64,1)

* p<0,05

Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiova scolari

Tab. 10.5 Andamento della prevalenza di fumo di sigaretta per età, uomini (blu) e donne (rosso), dai 35 ai 74 anni in FVG



p = ns tra uomini e donne
↓ p<0,05 tra almeno 2 classi di età

Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiovascolari

Il fumo di tabacco in Friuli Venezia Giulia è quasi totalmente appannaggio delle sigarette.
A livello regionale, nonostante la tendenza ad una maggiore prevalenza di fumo di sigaretta negli uomini, non ci sono differenze significative tra i sessi. La prevalenza di fumatori si riduce con l'età in entrambi i generi dai 45-54 anni in poi.
La prevalenza di ex fumatori è statisticamente superiore negli uomini rispetto alle donne. La prevalenza di uomini ex fumatori aumenta notevolmente con l'avanzare dell'età; nelle donne invece la prevalenza di ex fumatrici si mantiene stabile evidenziando che le donne giovani che fumano non smettono come invece fanno gli uomini invecchiando.

Inattività fisica

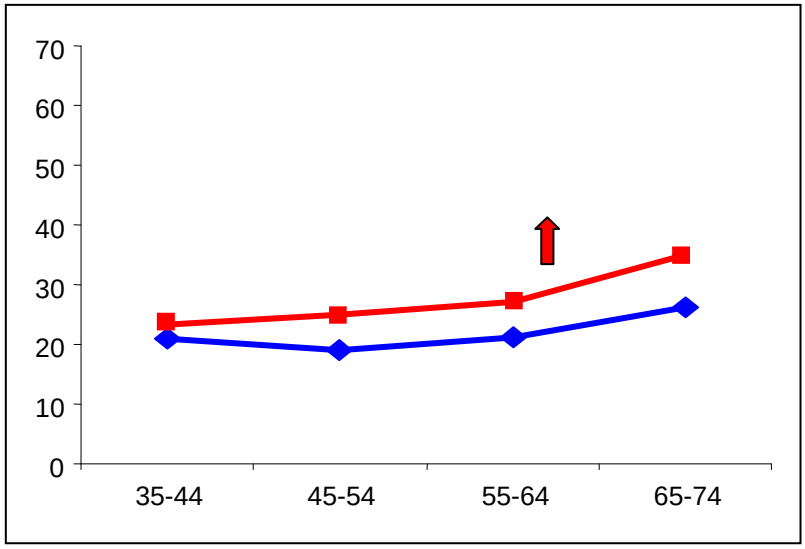
Per l'attività fisica si è somministrato lo stesso questionario standardizzato utilizzato per l'OEC. Per inattività fisica si è considerata la risposta "assente" alla domanda sull'attività fisica svolta durante la settimana e corrisponde ad un'attività lavorativa sedentaria e ad un'attività fisica sedentaria nel tempo libero.

Tab. 10.6 Prevalenza di inattività fisica, standardizzata per età in FVG

Prevalenza	Uomini 35-74	Donne 35-74
Inattività fisica	**21,4** (18,69-24,19)*	**27,3** (24,42-30,11)

Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiova scolari

Fig. 10.6 Andamento per età della prevalenza di inattività fisica in uomini (blu) e donne (rosso) dai 35 ai 74 anni in FVG.



p = ns tra uomini e donne
↑ p<0,05 tra almeno 2 classi di età

Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiova scolari

La prevalenza di inattività fisica è statisticamente inferiore negli uomini rispetto alle donne a livello regionale.
Con l'aumentare dell'età la prevalenza di inattività fisica aumenta nelle donne che diventano perciò più sedentarie invecchiando, ma non varia invece significativamente negli uomini.

Consumo di alcol

Dal questionario si è derivato il consumo medio di alcol al giorno. Consumi di oltre 30 g nell'uomo e oltre 20 g nelle donne sono considerati oltre i limiti raccomandati.

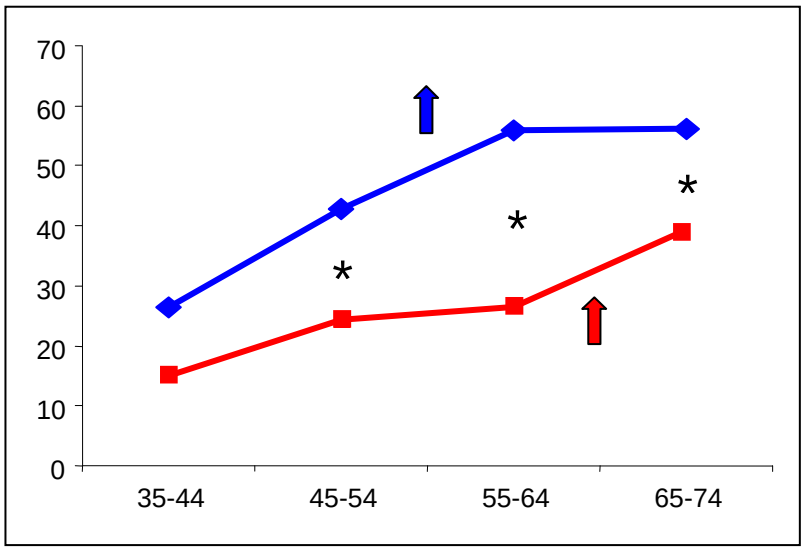
Tab. 10.7 Distribuzione di frequenza dell'abitudine all'alcol, standardizzata per età in FVG

Prevalenza	Uomini 35-74	Donne 35-74
Astemi (%)	**17,7** (15,16-20,56)*	**46,1** (42,77-49,43)
Consumo nei limiti raccomandati (%)	**38,5** (35,18-41,93)*	**28,3** (25,39-31,49)
Consumo oltre i limiti raccomandati (%)	**43,8** (40,52-47,15)*	**25,6** (22,89-28,46)

* p<0,05

Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiova scolari

Fig. 10.7 Andamento della prevalenza di consumo di alcol oltre i limiti raccomandati per età, uomini (blu) e donne (rosso), dai 35 ai 74 anni in FVG



* p<0,05 tra uomini e donne
↑ p<0,05 tra almeno 2 classi di età

Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiova scolari

Il consumo di alcol, statisticamente superiore negli uomini rispetto alle donne, evidenzia un'importante quota di donne astemie.
Differenze di consumo sono evidenti anche con l'età e il consumo oltre i limiti raccomandati, pur mantenendosi sempre più elevato negli uomini, quasi raddoppia tra le età più giovani e le più avanzate in entrambi i sessi, evidenziando un importante problema diffuso in tutta la regione.

Rischio cardiovascolare globale

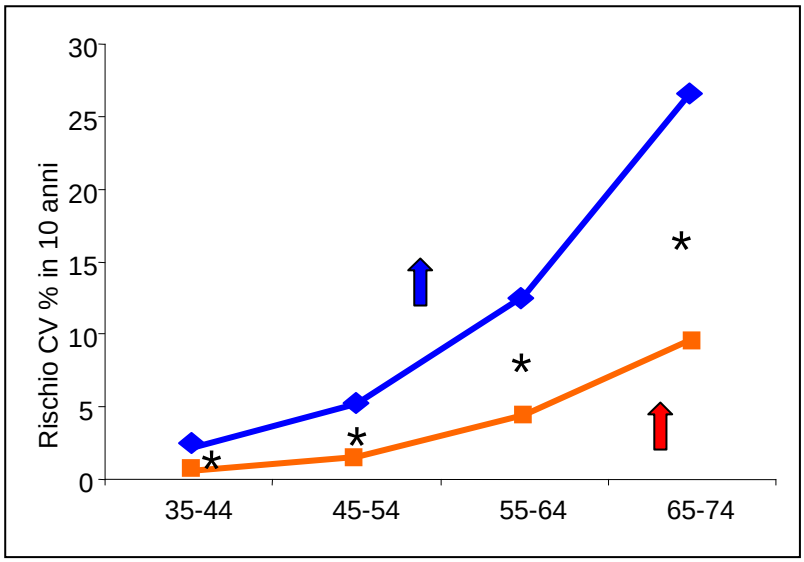
Il rischio globale assoluto viene considerato oggi la modalità più appropriata per identificare le persone a rischio elevato di ammalare o di morire di evento cardiovascolare, ed è considerato l'obiettivo principale della prevenzione primaria e secondaria individuale.
Conoscendo i principali fattori di rischio in campioni significativi e randomizzati di popolazione, è possibile costruire mappe del rischio cardiovascolare globale, da utilizzare come base per interventi preventivi adeguati. In Friuli Venezia Giulia questo è possibile con i dati standardizzati raccolti nel 2005 con il Progetto CardioRESET.

Tab. 10.8 Valori medi del rischio cardiovascolare globale, per età in FVG *(limiti di confidenza al 95%)*

CLASSE DI ETA'	**Uomini 35-74**	**Donne 35-74**
35-44	**2,1** (1,8-2,3)*	**0,6** (0,5-0,7)
45-54	**5,2** (4,6-5.7)*	**1,5** (1,3-1,6)
55-64	**12,6** (11,6-13,7)*	**4,4** (3,9-4,9)
65-74	**26,7** (24,8-28,7)*	**9,6** (8,6-10,5)

* p<0,05 tra uomini e donne
Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiova scolari

Fig. 10.8 Andamento per classe di età dei valori medi di rischio cardiovascolare globale, uomini (blu) e donne (rosso) dai 35 ai 74 anni in FVG



* p<0,05 tra uomini e donne
↑ p<0,05 tra almeno 2 classi di età

Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiovascolari

Tab. 10.9 Distribuzione, standardizzata per età, del rischio cardiovascolare globale, espresso in percento a 10 anni, in FVG

	Uomini 35-74	**Donne 35-74**
<=5 % (%)	**46,9** (44,4-49,5)	**75,5** (73,6-77,4)
≥ 5% < 10% (%)	**19,9** (17,1-22,8)	**13,3** (11,5-15,3)
≥ 10% < 15% (%)	**11,0** (9,1-13,1)	**6,1** (5,0-7,6)
≥ 15% < 20% (%)	**6,5** (5,2-8,3)	**2,3** (1,6-3,3)

	≥ 20 %	(%)	**15,7** (14,2-17,4)	**2,8** (2,0-3,9)

Fonte: 2° Atlante Regionale delle Malattie Cardiova scolari

Il rischio cardiovascolare globale medio è significativamente maggiore negli uomini rispetto alle donne.
Il rischio cardiovascolare medio aumenta significativamente sia per gli uomini che per le donne con l'età, mantenendosi sempre più elevato negli uomini.
Da rilevare che solo un'esigua minoranza (1,8%), ha un profilo di rischio favorevole, che praticamente non espone ad eventi cardiovascolari in 10 anni.
La stragrande maggioranza della popolazione presenta vari gradi di rischio intermedio (compreso tra 3,1 e 19% a 10 anni); da ricordare che il rischio intermedio, proprio per la sua elevata prevalenza nella popolazione, è responsabile della maggioranza degli eventi cardiovascolari prevenibili nella comunità; stime derivate dal Progetto CUORE hanno evidenziato infatti che il 75% degli eventi negli uomini ed il 96% degli eventi nelle donne dai 35 ai 69 anni provengono dalla fascia a rischio cardiovascolare intermedio.

CONFRONTO CardioRESET e OEC-NORDEST

I dati dello studio CardioRESET sono stati confrontati con i dati più recenti disponibili raccolti con metodologia standardizzata, rappresentati dai dati dell'OEC (Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare) relativi alla macroarea NORDEST. La numerosità dei partecipanti arruolati nella macroarea OEC-NORDEST era di 1906 persone tra i 35 e i 74 anni, 949 uomini e 957 donne, provenienti da 4 regioni: Veneto (che ha partecipato all'indagine con 4 centri), Trentino-Alto Adige (1 centro), Friuli Venezia Giulia (1 centro), Emilia-Romagna (4 centri).

Misure antropometriche
Non vi sono differenza statisticamente significative tra i due studi per i valori medi dell'indice di massa corporea nei due sessi.
Le prevalenza di soprappeso è statisticamente superiore nella popolazione OEC-NORDEST vs CardioRESET: nei maschi 52 (49-55) vs 50 (46-53) e nelle donne 35 (32-38) vs 31 (28-33).
La prevalenza di obesità non è statisticamente diversa tra OEC-NORDEST e CardioRESET: nei maschi 20 (18-23) vs 19 (16-22) e nelle donne 18 (16-20) vs 18 (15-20).

Ipertensione arteriosa
Il confronto tra i dati della regione FVG e i dati OEC-NORDEST evidenziano valori pressori medi sistolici sovrapponibili nei due sessi con valori pressori medi diastolici inferiori nelle donne del FVG rispetto all'area OEC-NORDEST.
Le donne del FVG hanno una maggiore prevalenza di ipertensione; le ipertese sono più trattate ma non in maniera più efficace.
I maschi del FVG hanno una prevalenza di ipertensione sovrapponibile all'area OEC-NORDEST, ma sono più trattati e in maniera più efficace.

Dislipidemia
Il confronto tra CardioRESET ed OEC-NORDEST, peraltro realizzato mediamente cinque anni prima (intorno al 2000), evidenzia un'importante connotazione negativa per uomini e donne del Friuli Venezia Giulia per i valori medi di colesterolo totale e colesterolo LDL per entrambi i generi e per la prevalenza di ipercolesterolemia severa ($\geq$ 240 mg/dl o in terapia). Lo stato del controllo dell'ipercolesterolemia sembra migliorato per il Friuli Venezia Giulia, anche se si mantiene a livelli molto lontani dagli auspicabili.

Diabete e sindrome metabolica
Sia in CardioRESET che in OEC-NORDEST i valori medi della glicemia sono significativamente più elevati negli uomini che nelle donne; purtroppo per i diversi metodi di dosaggio utilizzati non è possibile una comparazione statistica per quel che riguarda la prevalenza di iperglicemia e diabete; lo stato del controllo del diabete non risulta diverso nelle due aree ed evidenzia un problema importante. Anche la prevalenza di sindrome metabolica non evidenzia variazioni statisticamente significative tra le due aree.

Fumo
Il confronto di CardioRESET con l'area OEC-NORDEST evidenzia differenze statisticamente significative negli uomini: una maggior prevalenza nella nostra regione di fumatori e una minor prevalenza di ex fumatori.

Inattività fisica
Il confronto tra le due aree evidenzia che gli uomini nella regione Friuli Venezia Giulia sono meno sedentari rispetto all'area OEC-NORDEST; le donne invece non mostrano variazioni.

Inquinamento da PM_{10}

Nella tab. 10.10 sono riportati i valori di concentrazione PM_{10} delle centraline dislocate nei comuni del FVG. Osservando i valori è interessante vedere come all'interno dello stesso comune ci siano rilevazioni che variano notevolmente sia nei valori medi, in quelli massimi e nei giorni di superamento della soglia. Nello stesso comune di Udine si passa da un valore massimo pari a 75 $\mu g/m^3$ a uno di 138 $\mu g/m^3$ come pure pe ri giorni di superamento da un minimo di 13 ad un massimo di 33. Situazioni analoghe anche nel comune di Gorizia e in quello di Trieste. Per Pordenone le differenze delle due centraline sono minime ma con valori maggiori degli altri comuni. Si può inoltre sottolineare che nelle centraline in cui i valori sono più alti risultano essere maggiori anche le giornate di superamento dei livelli previsti dalla legge, in conclusione oltre ad una esposizione elevata c'è anche una esposizione prolungata all'inquinamento da PM_{10}.

Tab. 10.10 Concentrazione del PM_{10} ,valori medi massimi e giorni di superamento della soglia PM_{10}>50 µg/m^3

Stazioni/comuni	Valore medio µg/m^3					Valore massimo µg/m^3					numero giorni di superamento della soglia PM_{10}>50 µg/m^3		
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006	2004	2005	2006
Udine		24	24	23	29		138	84	90	138	7	21	33
Udine		22	19	23	29		75	68	89	91	5	13	32
Udine			17	18	22			60	64	75	2	3	13
Udine			22	24	24			99	101	80	20	23	17
Gorizia			20	21	23			73	64	81	4	10	16
Gorizia		26	26	23	30		122	108	113	112	35	10	33
Gorizia			15	13	18			67	71	59	3	2	2
Trieste	35	31				221	173						
Trieste			15	21	23			70	81	59	5	9	5
Trieste	36		23	26	30	266		143	109	113	18	24	45
Trieste		27	19	24	26		109	96	115	75	14	15	18
Trieste		30	19	21	28		103	128	104	85	14	11	25
Trieste		33	25	25	33		135	129	109	89	18	21	41
Trieste		29	27	24	29		85	110	109	78	35	17	22
Pordenone		31	27	28	31		107	240	160	104	28	29	39
Pordenone		21	22	28	31		76	93	197	123	12	29	45
Tolmezzo			14					40			0		
FVG													
mediana	35,5	28	21	23	29	244	108	94,5	104	85	13	15	25
min	35	21	14	13	18	221	75	40	64	59	0	2	2
max	36	33	27	28	33	266	173	240	197	138	35	29	45

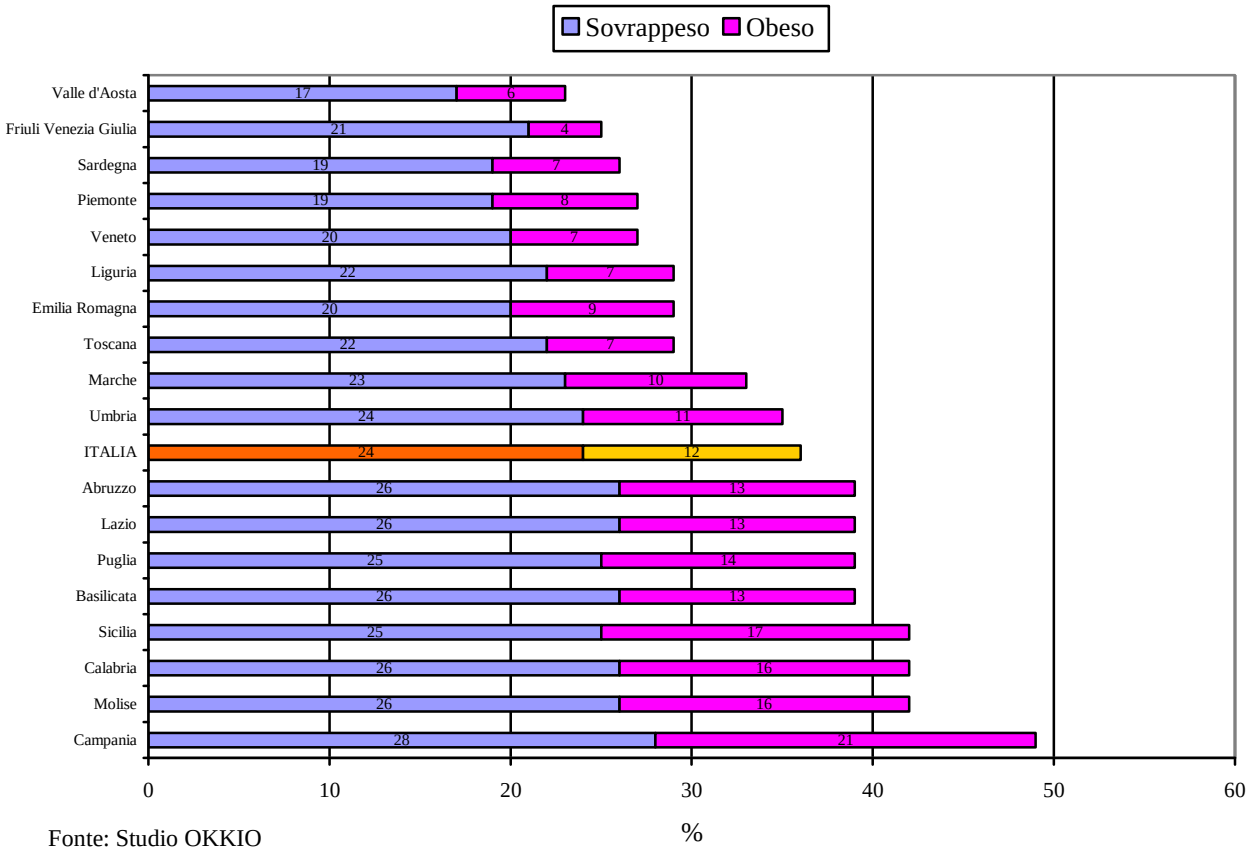
Fonte dati: rapporto osservasalute ambiente 2008

CAPITOLO 11: GLI STILI DI VITA DELLA POPOLAZIONE

Lo stato di nutrizione dei bambini in Friuli Venezia Giulia

Buone pratiche alimentari fin dalla nascita sono essenziali, anche se non sufficienti, per crescere sani. L'attuale epidemia di obesità, che colpisce anche i paesi a basso reddito e, nei paesi ricchi, soprattutto le classi sociali più povere, è in parte dovuta anche a pratiche alimentari inadeguate fin dall'infanzia, oltre che ad uno stile di vita più sedentario (abitudine, anche questa, che si acquisisce fin da piccoli). Come stanno le cose nella nostra regione? Meglio che in altre regioni italiane, ma c'è ancora spazio per migliorare. Vediamo qualche dettaglio.
Il Friuli Venezia Giulia, assieme ad altre 18 regioni italiane e a molti paesi dell'Unione Europea, ha partecipato nel 2008 ad un progetto di sorveglianza nei bambini frequentanti la terza elementare.
Il progetto ha raccolto, oltre ai dati su peso e altezza, alcune informazioni sulle abitudini alimentari e l'attività fisica su un campione di quasi 1400 bambini di 79 classi terze elementari.
Tra i bambini della nostra regione, il 20,6% è risultato in sovrappeso ed il 4,5% obeso. Complessivamente, il 25% (uno su quattro) dei bambini di 8-9 anni presenta un eccesso ponderale; se riportiamo la prevalenza di obesità e di sovrappeso riscontrata in questa indagine a tutto il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini in sovrappeso e obesi nella nostra regione sarebbe pari a 14.589, di cui 2.616 obesi. A livello nazionale la prevalenza di sovrappeso ed obesità è più elevata: il 23,6% dei bambini è in sovrappeso, il 12,3% è obeso.

Fig. 11.1 Distribuzione geografica della percentuale di bambini soprappeso/obesi

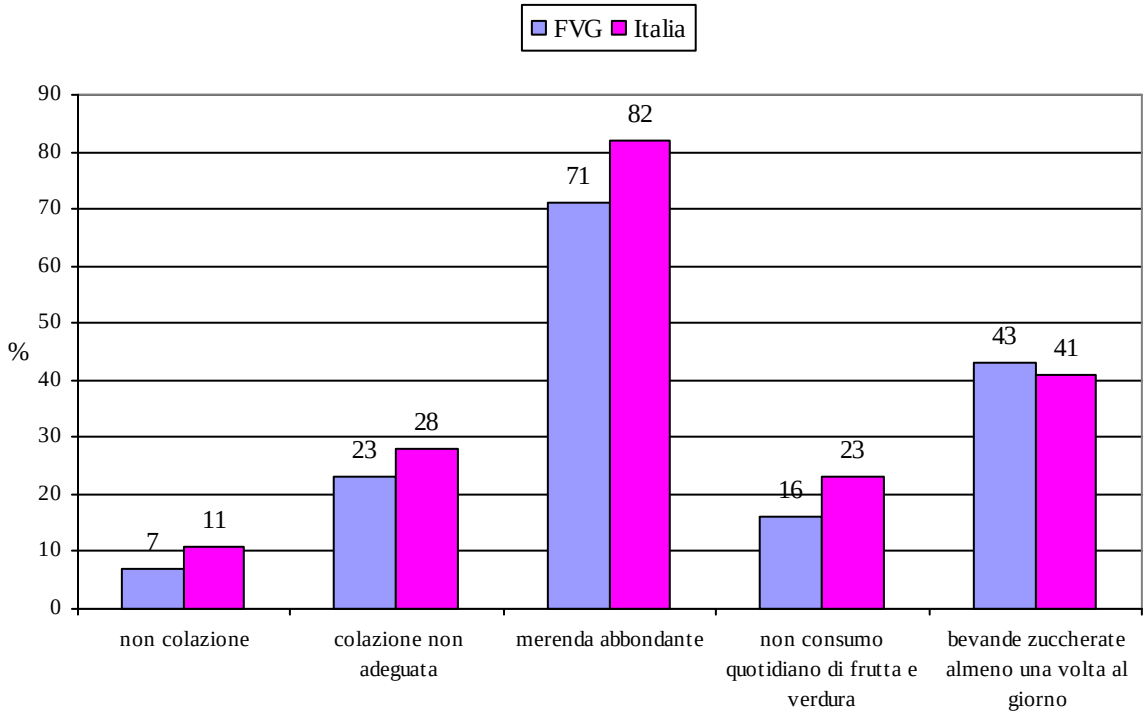


Fonte: Studio OKKIO

Nella nostra regione, il 70% dei bambini riferisce di fare una colazione qualitativamente adeguata, mentre solo una piccola parte di bambini, intorno al 26%, riferisce una merenda adeguata di metà mattina (circa 100 calorie, che corrispondono in pratica a uno yogurt, o un frutto, o un piccolo panino non imbottito.

Alcuni studi hanno osservato un'associazione tra il consumo di bevande zuccherate e l'obesità. Nella nostra regione, solo il 57% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai delle bevande zuccherate, secondo quanto hanno riferito i genitori. Anche in questo caso, come per il sovrappeso e l'obesità, la situazione del Friuli Venezia Giulia è migliore di quella media dell'Italia, e molto migliore di quella delle regioni a più alto tasso di obesità.

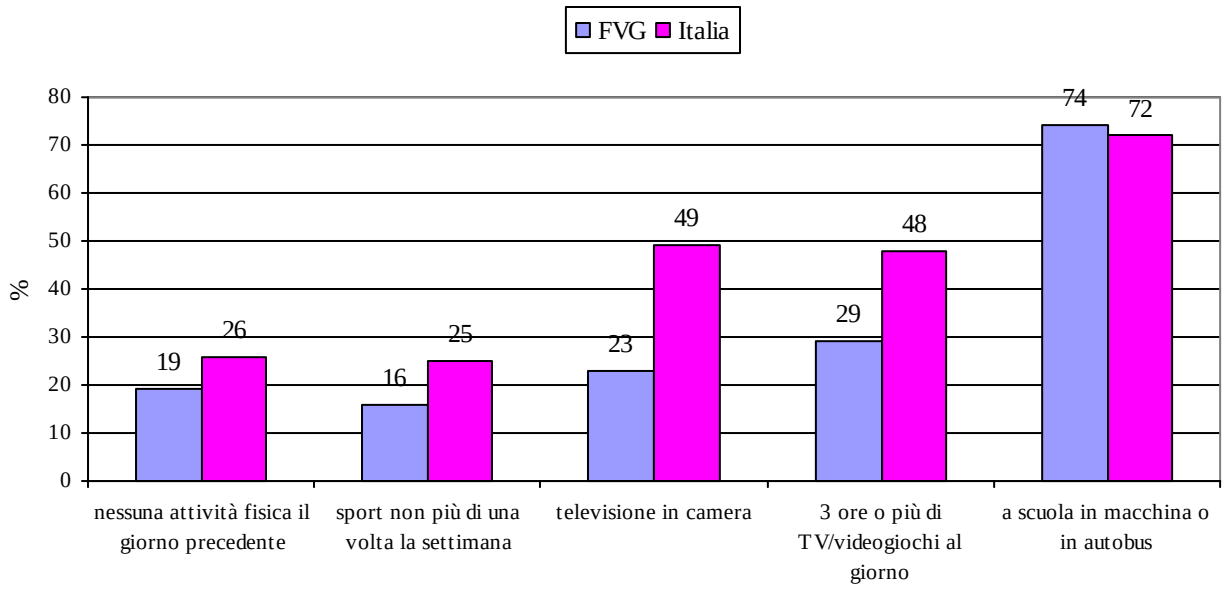
Fig. 11.2



Fonte: Studio OKKIO

L'attività fisica è un fattore determinante per mantenere o migliorare la salute dell'individuo.
In questo progetto, il bambino è considerato attivo se ha svolto attività fisica il giorno precedente l'indagine (cioè, attività motoria a scuola e/o attività sportiva strutturata e/o ha giocato all'aperto nel pomeriggio). L'attività fisica è stata studiata quindi non come abitudine, ma solo in termini di prevalenza puntuale riferita al giorno precedente all'indagine. In regione, 81% dei bambini riferisce di essere stato attivo il giorno precedente l'indagine. Inoltre, secondo i genitori, circa il 35% fa un'ora di attività fisica per due giorni la settimana, il 6% neanche un giorno, e solo il 12% da 5 a 7 giorni.
Diverse fonti autorevoli raccomandano un limite di esposizione alla televisione e ai videogiochi per i bambini oltre i 2 anni d'età di non oltre 2 ore al giorno, mentre è decisamente sconsigliata la televisione nella camera da letto dei bambini. Il 23% dei bambini del Friuli Venezia Giulia ha un televisore in camera.
Un altro modo di tenere attivi i bambini è favorirne l'andata a scuola a piedi o in bicicletta, compatibilmente con la distanza da scuola. Il 26% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bicicletta, il 74% ha usato un mezzo di trasporto pubblico o privato.

Fig. 11.3


FVG
Italia
%
80
70
60
50
40
30
20
10
0
19
26
16
25
23
49
29
48
74
72
nessuna attività fisica il giorno precedente
sport non più di una volta la settimana
televisione in camera
3 ore o più di TV/videogiochi al giorno
a scuola in macchina o in autobus

I determinanti della salute nella popolazione adulta del Friuli Venezia Giulia

La prevalenza dei principali fattori di rischio per la salute nella popolazione adulta (18-69 anni) sono ricavati dal sistema di sorveglianza PASSI. Di seguito sono presentati i principali risultati della rilevazione 2009.

Box. 11.1

- il 66% giudica la propria salute positivamente
- il 29% fuma
- il 6% ha riferito sintomi di depressione nelle ultime due settimane
- il 20% ha riferito di essere iperteso
- il 24% ha riferito di avere il colesterolo alto
- il 37% pratica l'attività fisica raccomandata
- il 27% è classificabile come bevitore a rischio
- il 21% è completamente sedentario
- il 14% ha riferito di aver guidato "sotto l'effetto dell'alcol" nell'ultimo mese
- il 42% è in eccesso ponderale (30% in soprappeso e il 12% obeso)

Fonte : PASSI 2009

Salute percepita

Il 66% degli intervistati giudica buona o molto buona la propria salute, il 31% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 3% ha risposto in modo negativo (male o molto male).
In particolare si dichiarano più soddisfatti della propria salute: i giovani nella fascia 18-34 anni, gli uomini, le persone con alta istruzione, le persone senza difficoltà economiche, le persone senza patologie croniche severe.

Sintomi di depressione

Il 6% delle persone intervistate ha riferito di aver provato, nell'arco delle ultime due settimane, sintomi che suggeriscono la presenza di uno stato depressivo. A essere più colpite dai sintomi di depressione sembrano essere le donne (quasi il doppio rispetto agli uomini), le persone con molte difficoltà economiche, quelle senza un lavoro regolare e quelle con almeno una malattia cronica.

Situazione nutrizionale

L'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) è significativamente più frequente al crescere dell'età, negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione.
Il 97% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno. Solo il 13%, però, ha aderito completamente alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura

Box. 11.2

Situazione nutrizionale – Friuli Venezia Giulia	**% (*IC 95%*)**
Popolazione in eccesso ponderale	
Sovrappeso (BMI 25,0-29,9)	30,2 (*28,0-32,3)*
Obeso (BMI ≥ 30)	12,3 *(10,7-13,8)*
Almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno	13,0 *(11,4-14,6,)*

Fonte : PASSI 2009

Attività fisica

Il 21% degli intervistati non pratica attività fisica, il 41% è parzialmente attivo ed il 37% pratica attività fisica regolarmente. Si osservano percentuali maggiori di completamente sedentari tra i 50-69enni, tra le donne e tra le persone che hanno livello di istruzione più basso. Emerge inoltre una maggior componente di sedentari tra coloro che riferiscono di avere molte difficoltà economiche.

Box. 11.3

Attività fisica – Friuli Venezia Giulia	**% (*IC 95%*)**
Livello di attività fisica	
Attivo [1]	37,3 *(34,9-39,6)*
parzialmente attivo [2]	41,3 *(38,9-43,7)*
Sedentario [3]	21,3 *(19,3-23,3)*

[1]*lavoro pesante oppure adesione alle linee guida (30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni)*
[2]*non fa lavoro pesante, ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati*
[3]*non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero*

Fonte : PASSI 2009

Consumo di alcol

La definizione delle quantità-soglia per il consumo forte di alcol è stata recentemente abbassata dall'INRAN (*Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione*) in accordo con lo stato dell'arte della ricerca scientifica sull'argomento: in base alla nuova definizione sono da considerare "forti bevitori" gli uomini che bevono più di 2 unità alcoliche al giorno e le donne che bevono più di 1 unità (in passato 3 e 2 unità rispettivamente). Il *binge drinking* è il consumo di almeno una volta al mese di 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione.
L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore.

Box. 11.4

Consumo di alcol – Friuli Venezia Giulia	**% (*IC 95%*)**
Bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	69,4 *(67,3-71,5)*
Bevitori prevalentemente fuori pasto	12,4 *(10,9-13,9)*
Bevitori binge	9,9 *(8,5-11,3)*
Forte bevitori	14,3 *(12,6-15,9)*[1]
Bevitori a rischio[2]	27,3 *(25,2-29,4)*[3]

[1]*applicando la precedente definizione di forte consumo: 5,8 (4,7-7,0)*
[2]*bevitori fuori pasto o bevitori binge o forti bevitori; siccome una persona può appartenere a più di una categoria di rischio, la percentuale dei bevitori a rischio non è la somma dei singoli comportamenti*
[3]*applicando la precedente definizione di forte consumo: 21,9(20,0-23,8)*

Fonte : PASSI 2009

Dai dati PASSI risulta che in FVG, circa un quarto degli intervistati (27%) è un bevitore a rischio. Il consumo di alcol a rischio sembra essere più frequente tra i giovani di 18-24 anni, gli uomini, nelle persone con alta istruzione.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio per numerose patologie croniche, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplasie. Rappresenta inoltre il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce.
Negli ultimi decenni la percentuale di fumatori tra gli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è in aumento nelle donne e nei giovani.

Box. 11.5

Abitudine al fumo– Friuli Venezia Giulia	**% (*IC 95%*)**
Fumatori[1]	28,9 *(26,7-31,1)*
Fumatori che hanno tentato di smettere nell'ultimo anno	38,2 *(33,7-42,7)*

[1]*chi ha fumato più di 100 sigarette nella propria vita e attualmente fuma tutti i giorni o qualche giorno o ha smesso da meno di sei mesi*
[2]*tra coloro che sono stati da un medico o un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi*

Fonte : PASSI 2009

Secondo i dati PASSI 2009 fuma il 35% dei maschi e il 23% delle femmine tra i 18 ed i 69 anni. L'abitudine al fumo è risultata più alta nelle classi d'età più giovani, nelle persone con livello di istruzione intermedio (media inferiore e media superiore) e con molte difficoltà economiche.
In base ai dati Multiscopo Istat riportati nelle tabelle seguenti nel 2005 fumava il 24% dei maschi ed il 18% delle femmine di 14 anni e più, con un calo rispetto al 2000 più spiccato nei maschi e dopo i 45 anni di età. Va considerato che le due indagini prendono in esame fasce di età diverse, anni diversi e che la modalità di intervista è diversa (individuale nel PASSI e al capofamiglia nella Multiscopo).

Tab. 11.1 Persone di 14 anni e più per abitudine al fumo in FVG *(per 100 persone con le stesse caratteristiche)*

	Uomini			Donne		
	Fumatori	Ex Fumatori	Non Fumatori	Fumatrici	Ex Fumatrici	Non Fumatrici
Multiscopo 2000	27,82	32,13	40,05	19,40	16,63	63,97
Multiscopo 2005	23,82	33,40	42,78	17,91	18,88	63,21

Fonte: ISTAT

Tab. 11.2 Abitudine al fumo per classi di età e sesso in FVG (*per 100 persone con le stesse caratteristiche)*

	Uomini			Donne		
Classi di età	Fumatori	Ex Fumatori	Non Fumatori	Fumatrici	Ex Fumatrici	Non Fumatrici
	Multiscopo 2000					
14-24	26,18	8,04	65,79	20,74	7,60	71,66
25-34	32,44	15,38	52,18	20,70	18,26	61,04
35-44	32,96	29,34	37,70	26,51	23,59	49,90
45-54	34,60	37,85	27,55	27,92	17,07	55,01
55-64	27,40	43,31	29,29	17,50	16,35	66,14
65-69	16,16	45,43	38,41	11,54	13,61	74,85
70+	12,24	55,51	32,24	9,36	15,33	75,32
	Multiscopo 2005					
14-24	24,15	7,81	68,04	15,74	8,35	75,91
25-34	32,22	15,75	52,03	20,69	18,36	60,94
35-44	34,48	21,34	44,18	26,77	18,40	54,83
45-54	22,08	42,01	35,91	25,36	23,39	51,25
55-64	20,51	46,10	33,38	17,68	26,37	55,95
65-69	14,20	48,48	37,32	8,56	16,04	75,40
70+	8,88	59,73	31,39	7,95	16,71	75,34

Fonte: ISTAT

Stili di vita nei giovani in Friuli Venezia Giulia

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare), è uno studio multicentrico internazionale (www.hbsc.org) svolto in collaborazione con l`Ufficio Regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l`Europa (www.who.int/about/regions/euro/en/index.html).
Nel 1982, è stato promosso da Inghilterra, Finlandia e Norvegia e oggi conta 41 paesi partecipanti. La ricerca vuole aumentare la comprensione sui fattori e sui processi che possono influire sulla salute degli adolescenti. L'Italia è entrata a far parte di questo studio nel 2000 partecipando all'indagine 2001/2002.
Le fasi di Data Collection si svolgono ogni quattro anni sulla base di un protocollo multidisciplinare comune sviluppato ed aggiornato dal gruppo di ricerca internazionale con la partecipazione di ricercatori da ognuno degli stati membri. L'indagine viene effettuata su un campione rappresentativo nazionale in ciascun paese partecipante, per un totale di circa 5000 ragazzi/e.
La popolazione target dello studio HBSC sono i ragazzi e ragazze in età scolare (11, 13 e 15 anni). Questa fascia di età rappresenta l'inizio dell'adolescenza, una fase di forti cambiamenti sia a livello fisico che emozionale, ma anche il periodo della vita in cui vengono prese importanti decisioni riguardanti la salute e la carriera futura (scolastica e lavorativa).

Di seguito sono riportati alcuni dati della rilevazione condotta in Friuli Venezia Giulia.

Tab. 11.3 Valutazione del peso in base all'IMC (calcolato su peso e altezza dichiarati), per età

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Sottopeso	2.80 (22)	1.14 (10)	1.77 (14)
Normopeso	80.64 (633)	82.76 (725)	85.17 (672)
Sovrappeso	14.39 (113)	14.27 (125)	11.53 (91)
Obeso	2.17 (17)	1.83 (16)	1.52 (12)
Totale	100 (785)	100 (876)	100 (789)

Tab. 11.4 Quante volte hai fumato sigarette negli ultimi 30 giorni?

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Mai	98.06 (1060)	90.46 (1015)	73.30 (637)
Meno di 1 sigaretta a settimana	1.02 (11)	5.08 (57)	8.86 (77)
Meno di 1 sigaretta al giorno	0.37 (4)	0.80 (9)	4.72 (41)
1-5 sigarette al giorno	0.37 (4)	1.96 (22)	7.02 (61)
6 o più sigarette al giorno	0.19 (2)	1.69 (19)	6.10 (53)
Totale	100 (1081)	100 (1122)	100 (869)

Tab. 11.5 Attualmente, con che frequenza bevi alcolici, tipo birra, vino, superalcolici?

	11 anni % (N)	13 anni % (N)	15 anni % (N)
Ogni giorno	1.31 (14)	2.07 (23)	3.23 (28)
Ogni settimana	2.43 (26)	8.37 (93)	28.49 (247)
Ogni mese	2.72 (29)	9.18 (102)	14.99 (130)
Raramente	25.19 (269)	36.90 (410)	32.06 (278)
Mai	68.35 (730)	43.47 (483)	21.22 (184)
Totale	100 (1068)	100 (1111)	100 (867)

FOCUS 1: EFFETTI DEL FUMO SULLA POPOLAZIONE DEL FRIULI VENEZIA-GIULIA

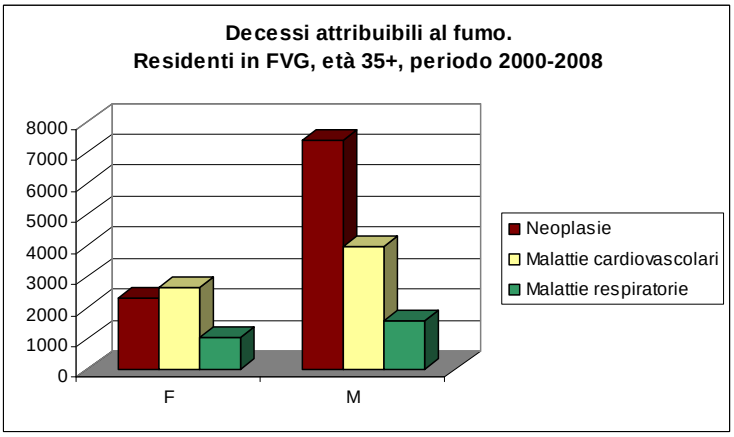
Impatto sulla mortalità

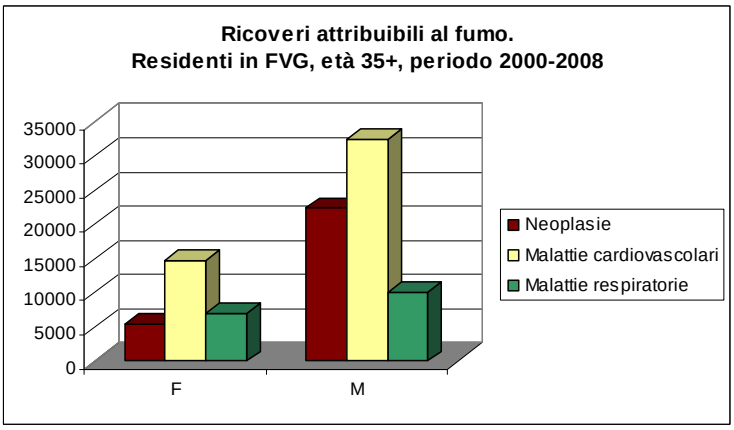
Abbiamo utilizzato il metodo SAMMEC (Smoking-Attributable Mortality, Morbidity, and Economic Costs) sviluppato dal Center for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta e comunemente utilizzato in letteratura per stimare la mortalità attribuibile al fumo di tabacco.
I decessi attribuibili al fumo in FVG nel periodo 2000-2008 sono stati quasi 19.000, in media circa 2.100 all'anno.
L'impatto del fumo sulla mortalità generale è risultato molto rilevante: il 15% dei decessi di persone dai 35 anni in su è attribuibile al fumo.
Le patologie con più elevata mortalità attribuibile al fumo sono i tumori (9.750 decessi attribuibili), seguiti dalle malattie cardiovascolari (6.616) e dalle malattie respiratorie (2.620).
Nei maschi i decessi imputabili al fumo di tabacco sono molto più elevati che nelle femmine: 12.959 vs 6.028 nel periodo 2000-2008. Nei maschi però si osserva una tendenziale riduzione dal 2000 al 2008 sia nella fascia di età 35-64, sia nella fascia 65+. Nelle femmine invece osserva un andamento stazionario.

Impatto sui ricoveri ospedalieri

Nel periodo 2000-2008 i ricoveri ospedalieri di residenti imputabili al fumo di tabacco sono stati più di 90.000, in media oltre 10.000 ricoveri all'anno, di cui quasi la metà relativi a persone di sesso maschile e di età superiore a 64 anni.
Le patologie correlate al fumo che hanno comportato il maggior numero di ricoveri ospedalieri sono state le malattie cardiovascolari (oltre 47.000 ricoveri), seguite dai tumori (quasi 28.000) e dalle malattie respiratorie (circa 17.000).

Fig. 1





FOCUS 2: PRIORITÀ SANITARIE: STRUMENTI BASATI SULL'EVIDENZA PER LA DETERMINAZIONE DELLE PRIORITÀ DI INTERVENTO SANITARIO IN UNA COMUNITÀ

L'obiettivo di questo progetto é determinare in modo scientifico e basato sulla evidenza le priorità di intervento sanitario sui fattori di rischio. Lo studio è condotto dall'ufficio epidemiologico della Direzione Centrale Salute della regione FVG, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con il CDC di Atlanta, dove è stata messa a punto questa metodologia.
Lo strumento proposto, utilizzando alcuni dati routinariamente disponibili anche a livello regionale e di azienda sanitaria (dati PASSI e dati di mortalità), permette di calcolare uno "score" o punteggio complessivo che serve per determinare una graduatoria di priorità dei fattori di rischio sui quali è possibile intervenire in modo efficace.
I criteri che contribuiscono alla scelta delle priorità sono: 1) la prevalenza dei fattori di rischio (dimensione del problema); 2) l'andamento temporale della prevalenza dei fattori di rischio (urgenza del problema); 3) la presenza di disuguaglianze sociali nella distribuzione dei fattori di rischio (disparity); 4) la mortalità attribuibile all'esposizione ai diversi fattori di rischio (severità del problema); 5) la possibilità di successo di un intervento mirato alla modificazione del fattore (amenability to change).
La caratteristica più interessante di questo strumento è la flessibilità: i decisori infatti possono scegliere quali criteri considerare e quale peso dare a ciascuno ed esaminare le graduatorie che derivano da scelte diverse. Lo strumento può essere reso accessibile via Web e i calcoli delle priorità possono essere effettuati da qualsiasi computer che abbia accesso al sito prescelto per la localizzazione degli strumenti. La prima versione di questi strumenti è stata implementata presso il Department of Health dello stato del Missouri, Stati Uniti, a partire dal 2001 ed è disponibile via Web (http://www.dhss.mo.gov/PriorityMICA/)
Nella tabella seguente sono riportati i primi risultati dello studio del FVG, che ha esaminato l'effetto dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione residente in regione. Sono stati calcolati i decessi/anno imputabili all'esposizione a ciascun fattore ed lo score complessivo che tiene conto di tutti i criteri considerati nel modello (dimensione, urgenza, disparità, severità, possibilità di successo dell'intevento). I fattori di rischio che causano il maggior numero di decessi sono il fumo (2.666), l'ipertensione (1.304), l'inattività fisica (704) e l'alcol (400). La graduatoria cambia tenendo conto anche degli altri criteri secondo la metodologia originale proposta dal CDC: il primo fattore di rischio su cui intervenire risulta l'ipertensione arteriosa, seguita dal fumo e dall'inattività fisica.

Tab 1 FVG. Mortalità attribuibile ad alcuni fattori di rischio modificabili e livello di priorità di intervento "evidence-based"

Fattore di rischio	N° di decessi anno attribuibili al fattore di rischio	Score complessivo basato su tutti i criteri del modello	Livello di priorità
Ipertensione	1.304	3.217	1
Fumo	2.666	2.604	2
Inattività fisica	704	1.936	3
Ipercolesterolemia	158	514	4
Consumo elevato di alcolici	400	463	5
Consumo inadeguato di frutta e verdura	249	247	6
Sovrappeso e obesità	92	104	7
No cinture di sicurezza	71	56	8

CAPITOLO 12: COPERTURE VACCINALI

Coperture vaccinali in Friuli Venezia Giulia nel 2009

Il Piano Nazionale Vaccini (PNV) 2005-2007 (il Piano per il triennio successivo è ancora in fase di stesura), ha definito il calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, introducendo tra i vaccini raccomandati anche l'antivaricella, l'antimeningococco tipo C e l'antipneumococco.
Il PNV ha stabilito che la copertura vaccinale per la popolazione di età inferiore a 24 mesi dovesse raggiungere almeno il 95% su tutto il territorio nazionale per tutte le vaccinazioni obbligatorie (difterite, tetano, polio, epatite B) e raccomandate (pertosse, morbillo, parotite e rosolia, Haemophilus)
Il Piano 2005-2007 ha inserito, infine, un richiamo per la pertosse al 12°-14° anno di vita unitamente a quello per difterite e tetano già esistente.
In Friuli Venezia Giulia solo nel 2009 con la DGR 1074 del 14.05.2009 "Calendario vaccinale dell'età evolutiva e indicazioni in materia di vaccinazioni" è stata introdotta l'offerta attiva del vaccino antipneumococco e meningococco C ai nuovi nati.

Vaccinazioni 0- 7 anni

Coperture vaccinali complessive

A livello nazionale i dati routinari di copertura sono disponibili solo per le vaccinazioni obbligatorie (Difterite- Tetano,Polio, Epatite B) e alcune raccomandate (pertosse, anti haemophlilus B (Hib), Morbillo-Parotite-Rosolia).
Il confronto è pertanto possibile con il dato nazionale solo per alcune delle vaccinazioni effettuate nell'anno 2009 (tab.1).

Tab. 1 - Coperture vaccinali (%) a 24 mesi di età in Italia e in Friuli Venezia Giulia.,2009

	Polio	**Difterite, Tetano**	**Pertosse**	**Epatite B**	**Hib**	**M-MPR°**
Friuli Venezia Giulia	96,2	96,3	96,0	95,9	95,2	91,4
Italia*	96,2	96,2	96,0	95,8	95,6	89,9

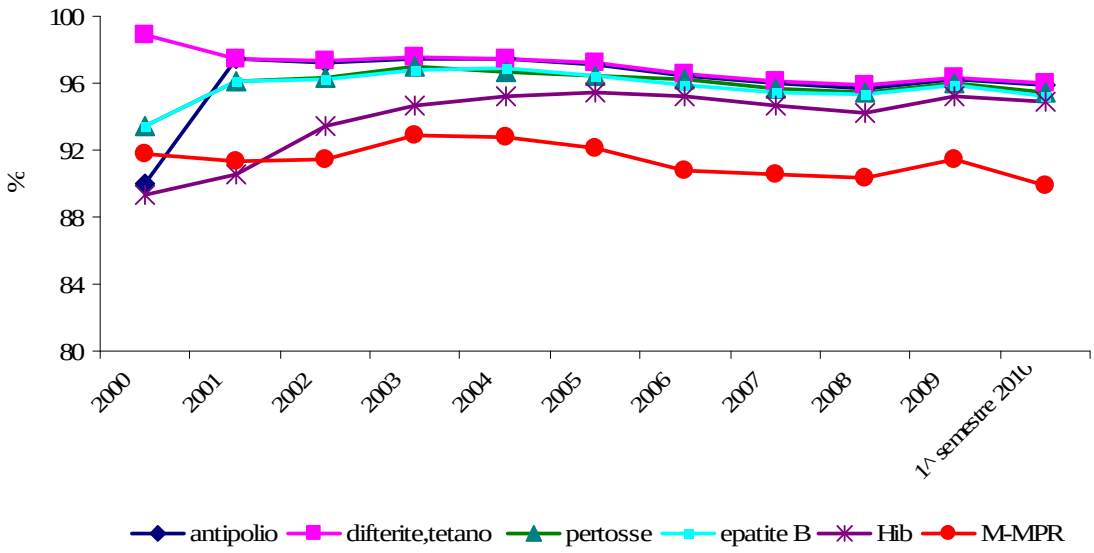
*Ministero della Salute – dati 2009 - aggiornamento al 14.07.2010
°Copertura contro il morbillo attuata con vaccino monovalente (M) o antimorbillo-parotite-rosolia (MPR)

I dati di copertura entro 24 mesi di età sono simili alla media nazionale, ad eccezione per la prima dose di morbillo dove la copertura è più elevata.
Le coperture a 24 mesi di età per cicli completi (3 dosi) di Difterite- Tetano,Polio,Pertosse, Epatite B, Hib e per una dose di Morbillo-Parotite-Rosolia in FVG sono inoltre stabili nel tempo e ormai da un decennio hanno raggiunto e talvolta superato il 95 % (tab. 2 e graf.1)
Invece i dati di copertura vaccinale con una dose di MPR entro i 24 mesi superano coperture $\geq$ 90% ma non raggiungono il 95% che era un obiettivo del Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMRC).

Tab. 2 - Coperture vaccinali (%) a 24 mesi di età per: cicli completi (3 dosi) di Difterite- Tetano,Polio,Pertosse, Epatite B, Hib e per una dose di Morbillo-Parotite-Rosolia.
Friuli Venezia Giulia , 2000-1^ semestre 2010

	antipolio	difterite,tetano	pertosse	epatite B	Hib	M-MPR
2000	90,0	98,9	93,4	93,5	89,3	91,8
2001	97,4	97,4	96,1	96,1	90,6	91,3
2002	97,2	97,3	96,3	96,2	93,4	91,4
2003	97,5	97,6	97,0	96,8	94,7	92,9
2004	97,4	97,5	96,7	96,9	95,2	92,8
2005	97,1	97,2	96,5	96,5	95,5	92,1
2006	96,5	96,6	96,2	95,9	95,2	90,8
2007	96,0	96,1	95,7	95,4	94,7	90,6
2008	95,7	95,9	95,4	95,3	94,2	90,3
2009	96,2	96,3	96,0	95,9	95,2	91,4
1^ semestre 2010	95,9	96,0	95,5	95,2	94,9	89,9

Graf. 1 – Andamento delle coperture vaccinali (%) a 24 mesi di età
Friuli Venezia Giulia , 2000-1^ semestre 2010



Le coperture vaccinali raggiunte nel corso del 2009 al compimento dei due anni dei bambini nati nel 2007, nelle Aziende sanitarie per tre dosi di Difterite- Tetano,Polio,Pertosse Epatite B e per una dose di MPR sono elevate (Tab. 3) . Infatti i dati riferiti ai bambini, residenti in Friuli Venezia Giulia, che hanno eseguito tutte e quattro le vaccinazioni che fanno capo a norme di legge (antipoliomielite, antidifterica, antitetanica, antiepatite B) 24 mesi di età, confermano i buoni livelli, storicamente consolidati, dei tassi di copertura vaccinale.

Tab. 3 - Coperture vaccinali (%) per ASS a 24 mesi di età per: cicli completi (3 dosi) di Difterite-Tetano,Polio,Pertosse Epatite B e per una dose di MPR, 2009 (nati 2007)

	ASS 1	ASS 2	ASS 3	ASS 4	ASS 5	ASS 6
antiepatite B	95,6	95,8	94,4	95,2	96,5	96,7
antipolio	96,1	96,6	95,0	95,4	96,7	96,9
difterite -tetano	96,2	96,6	95,0	95,6	96,9	97,0
Hib	94,8	94,7	94,2	94,7	95,9	96,2
anti pertosse	95,4	96,4	95,0	95,4	96,2	96,7
morbillo-rosolia-parotite	90,4	92,6	87,2	89,7	91,8	93,5

Tuttavia i dati nella nostra regione hanno messo in evidenza una criticità e cioè il ritardo con il quale i bambini eseguono le vaccinazioni (tab. 4). Sebbene entro 24 mesi la maggior parte dei bambini risulti vaccinato, una percentuale rilevante completa il ciclo vaccinale oltre la data prevista.

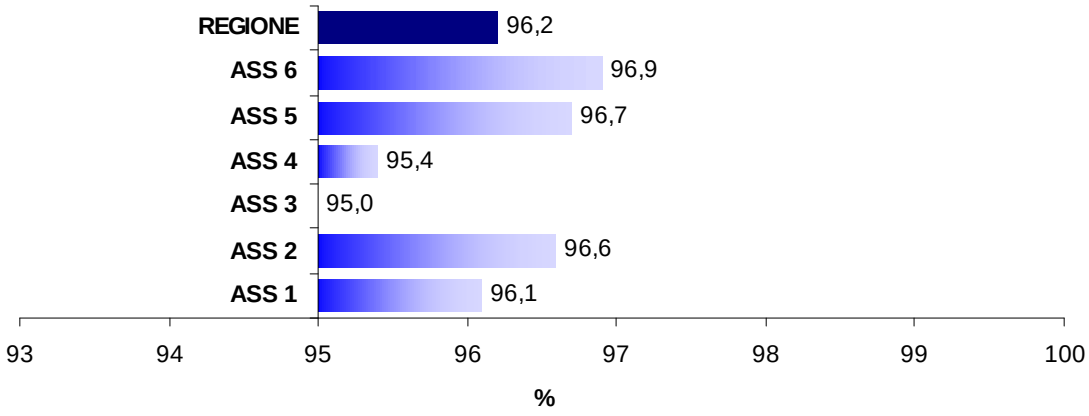
Tab. 4 - Coperture vaccinali (%) per ASS a 12 mesi di età per: cicli completi (3 dosi) di Difterite-Tetano,Pertosse,Epatite B,Polio, Hib, 2009 (nati 2008)

	ASS 1	ASS 2	ASS 3	ASS 4	ASS 5	ASS 6	Regione
antiepatite B	80,9	78,0	82,7	73,3	86,9	69,3	75,6
antipolio	81,0	78,5	82,5	73,5	86,4	69,1	75,7
difterite -tetano	81,0	78,4	82,5	73,6	86,3	69,2	75,7
Hib	80,8	77,4	82,5	73,2	86,2	68,7	75,3
anti pertosse	80,9	78,4	82,5	73,4	86,2	69,1	75,6

Antipolio

Il livello di copertura regionale per ciclo completo (3 dosi) si attesta su valori pari a 75,7% a *12 mesi* (range tra le ASS: 69,1 – 86,4%) e 96,2% a *24 mesi* (range tra le Aziende 95-96,9%),sostanzialmente sovrapponibili a quelli degli anni precedenti.
A 24 mesi di età in tutte le ASS è stato raggiunto il 95% di copertura che rappresenta l'obiettivo regionale e nazionale (graf.2).

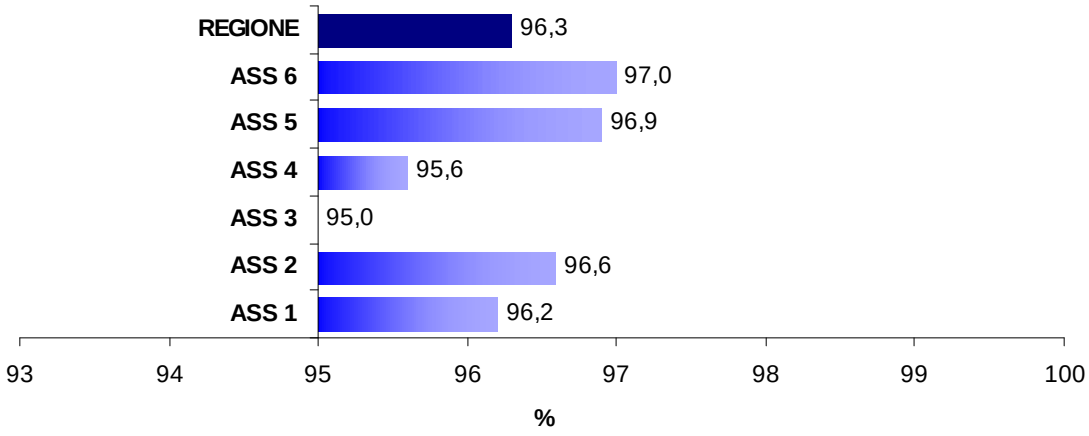
Graf.2 - Copertura antipolio a 24 mesi per ASS,2009
Obiettivo: 95%



Antidifterica, antitetanica

La copertura regionale per ciclo completo (3 dosi) è di 75,7% a *12 mesi* (range tra le ASS: 69,2 – 86,3%) e 96,6% a *24 mesi* (range tra le Aziende 95-97%) (graf.3).
La copertura per la quarta dose di difterite-tetano *a 6 anni* (nati 2003) al 31.12.2009 è pari al 91,4% (range tra le ASS: 86,5 – 95,2%) ma queste differenze tra le ASS dipende dalla diversa organizzazione per cui la chiamata non è omogenea fra le varie Aziende (alcune richiamano fra i 5 e i 6 anni, altre fra i 6 e i 7 anni di vita).

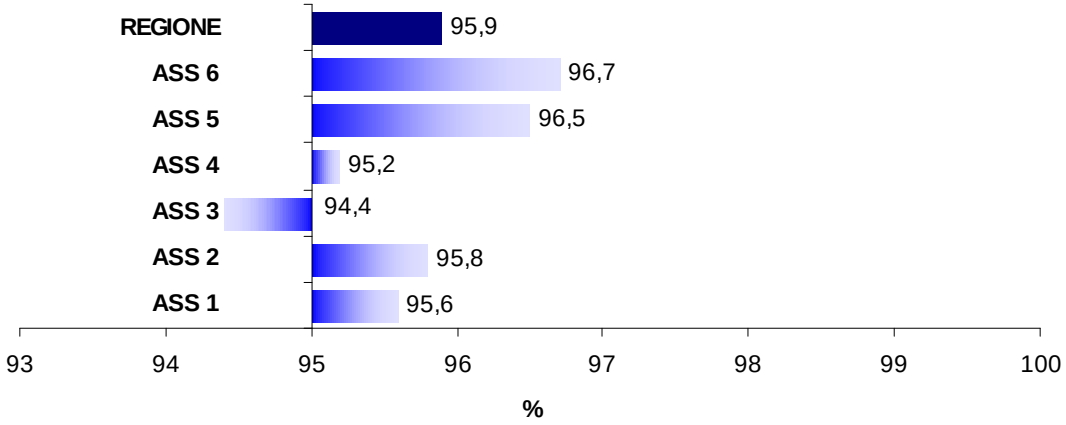
Graf. 3 - Copertura difterite - tetano a 24 mesi per ASS,2009.
Obiettivo: 95%



Antiepatite B

La copertura regionale per le tre dosi di epatite B al 31.12.2009 è di 75,6% a *12 mesi* (range tra le ASS: 69,3 – 86,9%) e 95,9% a *24 mesi* (range tra le Aziende 94,4-96,7%). Anche per l'epatite B l'obiettivo è stato raggiunto, anche se la copertura è lievemente inferiore rispetto alle altre vaccinazioni obbligatorie forse perché risente delle diatribe intorno a questa vaccinazione (graf. 4).

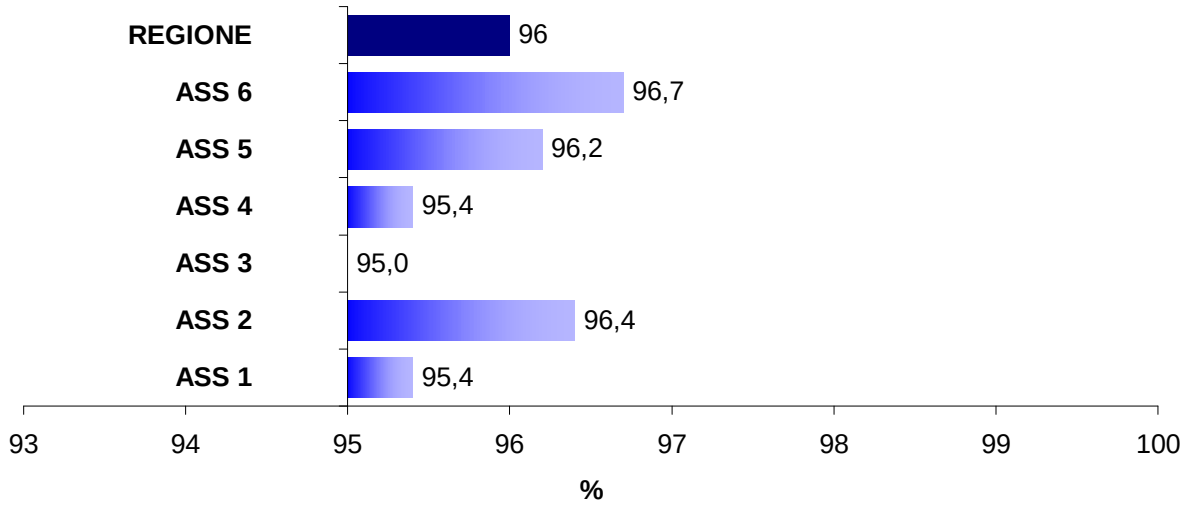
Graf. 4 - Coperture antiepatite B a 24 mesi per ASS, 2009.
Obiettivo: 95%



Antipertosse

La copertura vaccinale contro la pertosse *a 24 mesi* ha superato il 95% fin dal 2001. Nel 2009, il tasso di copertura medio regionale è pari al 96% con un range tra Aziende tra 95-96,7%.(graf. 5) A *12 mesi* la copertura è 75,6%

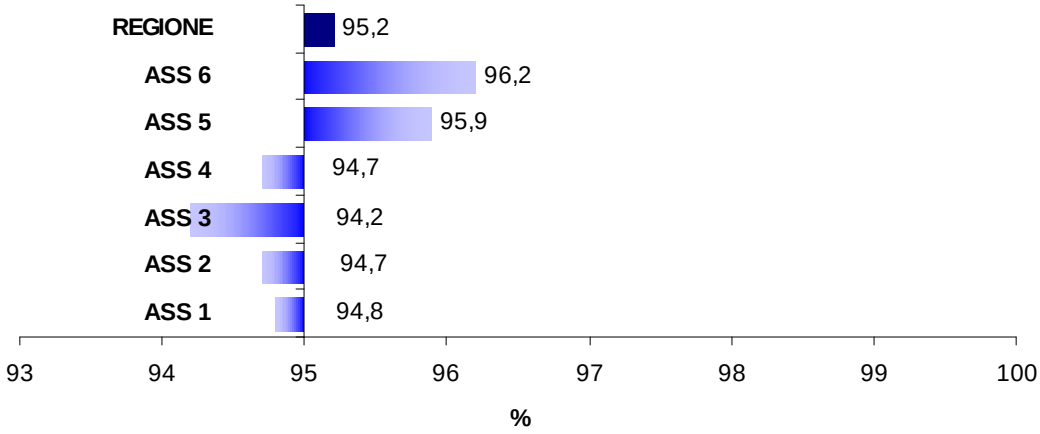
Graf. 5 - Copertura anti pertosse a 24 mesi per ASS, 2009.
Obietivo: 95%



Anti *haemophilus tipo b*

Per questa vaccinazione si è assistito ad un progressivo costante incremento delle coperture a partire dal 2000 (89%) e ha raggiunto il 95,2% *a 24 mesi di età* nel 2009 (range tra le ASS: 94,2-96,2%). Questo anche all'utilizzo del vaccino esavalente. Rispetto alle altre vaccinazioni esiste una maggiore disomogeneità tra le ASS: solo due hanno superato il 95% di copertura, mentre nelle altre quattro la copertura pur essendo elevata non raggiunge il 95% (graf. 6).

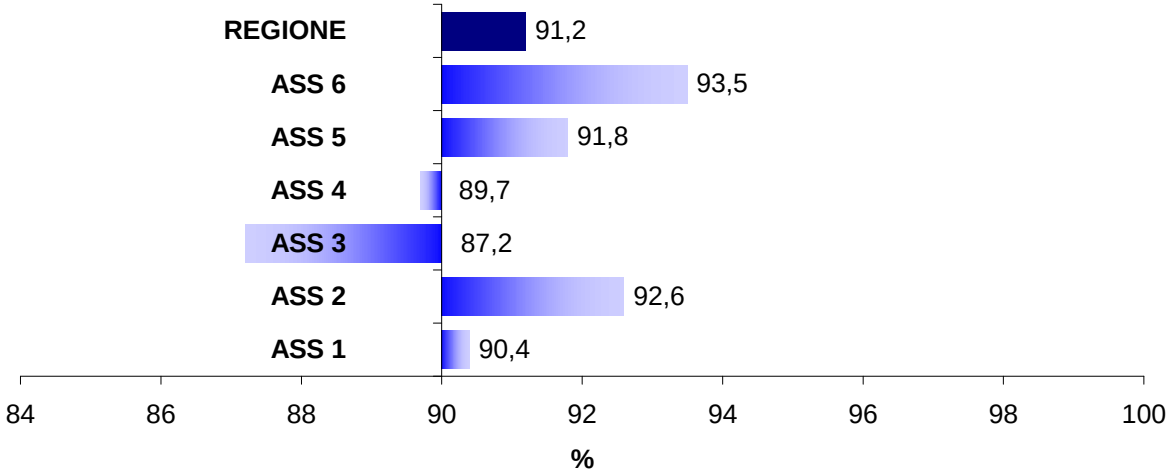
Graf. 6 - Copertura anti haemophilus B (Hib) a 24 mesi per ASS, 2009.
Obiettivo: 95%



Antimorbillo (MPR)

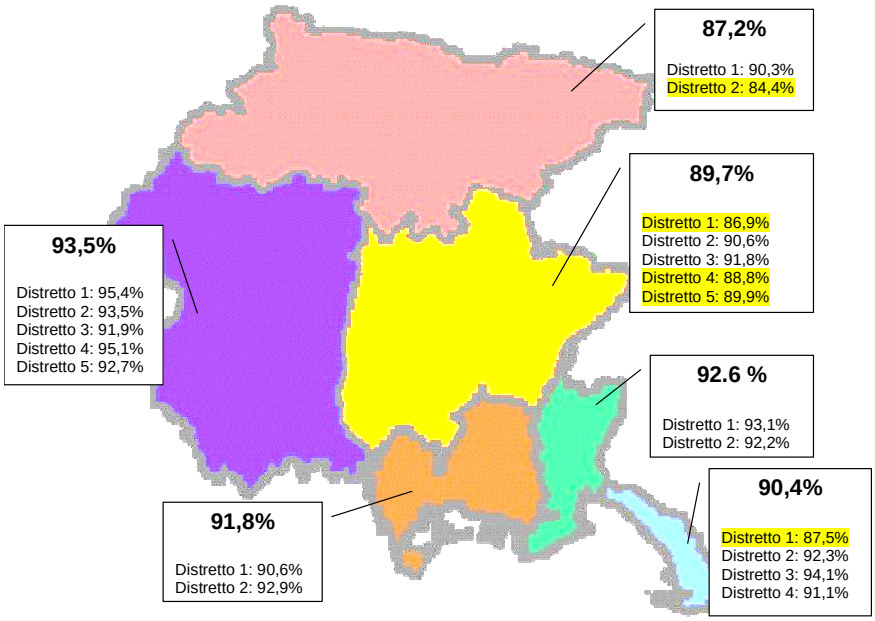
I tassi di copertura contro il morbillo, con vaccino antimorbillo-parotite-rosolia (MPR) a *24 mesi*, hanno superato in FVG il 90% fin dal 2000. Nel 2009 si registra una copertura media regionale del 91.4% . Nessuna Azienda ha raggiunto una copertura ≥95%. Due Aziende non raggiungono a 24 mesi la copertura del 90% (range 87,2-93,5%) (graf.7).

Graf.7 - Copertura morbillo (MPR) a 24 mesi per ASS, 2009.
Obiettivo 90%



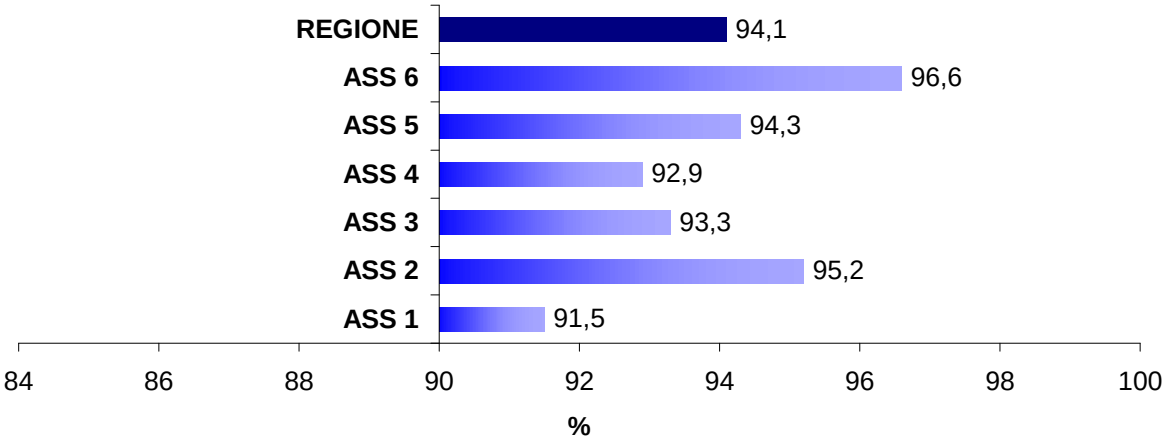
Il Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita indica la necessità di raggiungere coperture elevate ed omogenee per la prima dose di MPR in particolare raggiungere una copertura vaccinale ≥95% per la prima dose di MPR, entro i 24 mesi di vita, a livello regionale e in tutte le ASS e ≥90% in tutti i Distretti Sanitari. Al 31.12.2009 in tre Aziende sanitarie in almeno un Distretto Sanitario non viene raggiunta la copertura del 90% per la prima dose di MPR entro 24 mesi (graf.8).

Graf. 8 - Copertura morbillo (MPR) a 24 mesi per ASS e Distretti Sanitari, 2009.



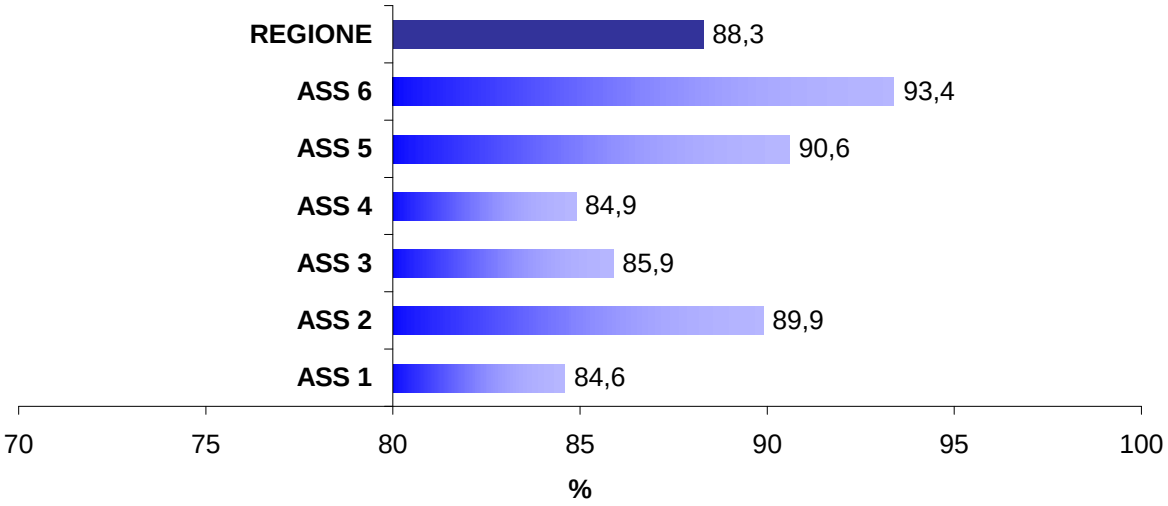
Tuttavia, come si osserva per le altre vaccinazioni, anche per MPR una percentuale rilevante effettua la prima dose di vaccino dopo i due anni di età.
Infatti la copertura del morbillo **con almeno una dose**, *a 6 anni* è 94,1% (range tra le ASS:91,5-96,6%) (graf.9).

Graf.9 -Copertura con almeno una dose di morbillo (MPR) a 6 anni per ASS, 2009.



Per le **seconde dosi** il tasso di copertura a *6 anni* è 88.3% (range tra le ASS: 84,9-93,4%) (graf.10)

Graf.10 - Copertura seconda dose morbillo (MPR) a 6 anni (coorte 2003), per ASS,2009

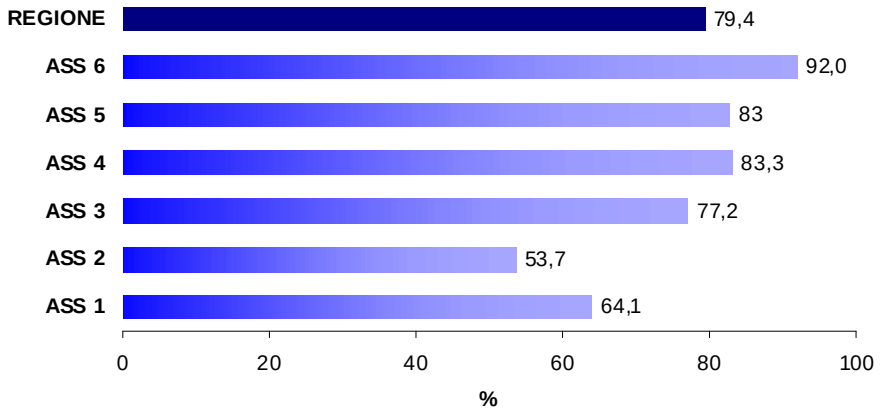


Per eliminare il morbillo, occorre raggiungere l'obiettivo del 95% con due dosi, come previsto dal Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 13 novembre 2003 e, più recentemente, dal documento :"Eliminatine measles and rubella and preventing congenital rubella infection - WHO European Region strategic plan 2005–2010" a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Regione Europea, che indica l'anno 2010 come termine per raggiungere gli obiettivi previsti.

Antipneumococco (PCV7)

Da giugno 2009 è iniziata l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro lo pneumococco a tutti i nuovi nati, come previsto dal nuovo calendario vaccinale regionale introdotto in quella data. La vaccinazione antipneumococco viene offerta nel corso del primo anno di vita utilizzando un calendario a tre dosi (3°, 5° e 11° mese) contestualmente all'esavalente.
Poiché l'avvio dell'offerta attiva è iniziata a metà anno nel gaf.10 viene riportata la percentuale di bambini nati nel 2009 che hanno affettuato almeno una dose di vaccino pneumococcico coniugato al 30.6.2010.
L'adesione alla prima dose è pari al 79,4% (range tra le ASS: 53,7-92%)(graf 11).

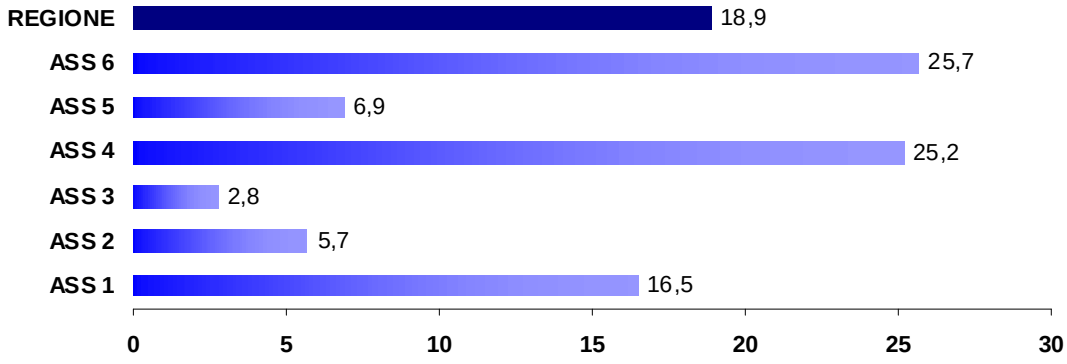
Graf.11 - Adesione prima dose vaccino pneumococcico coniugato, per ASS al 30.6.2010, nati 2009



Antimeningococco C

Il nuovo calendario vaccinale regionale introdotto il primo giugno 2009 prevedeva, a partire da quella data, l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il meningococco C a tutti i bambini di 12-15 mesi di vita in occasione della prima dose di anti morbillo-parotite-rosolia e a tutti i ragazzi di 16 anni in occasione del richiamo anti-difto-tetanico.
Al 31.12.2009 la copertura per i nati 2007, prima coorte a cui veniva offerta la vaccinazione antimeningococco C è estremamente bassa, pari al 18,9% (range tra le ASS 2,8-25,7%) (graf.12).

Graf.12 - Copertura meningococco C a 24 mesi, per ASS,2009 nati 2007



Vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV) 16 e 18

Nell' autunno 2008 è iniziata l'offerta attiva e gratuita di questa nuova vaccinazione alle adolescenti nel dodicesimo anno di vita e nel sedicesimo anno di vita così come definito dalla DGR 856 del 19.05.2008 "

Programma regionale di vaccinazione antipapilloma virus per la prevenzione dello sviluppo del tumore del collo dell'utero".

L'obiettivo di questa vaccinazione non è tanto prevenire l'infezione in sé quanto evitare le sue possibili conseguenze a lungo termine e cioè la trasformazione delle cellule epiteliali del collo dell'utero in cellule neoplastiche. Si tratta quindi di un risultato che non può essere verificato in tempi brevi, dal momento che possono passare anche 20 anni fra l'infezione e la comparsa del carcinoma.

L'adesione alla vaccinazione per le coorti per le quali è stata prevista l'offerta attiva, (dati riferiti al 30.06.2010, è riportata nella tab.5

Tab. 5 - Coperture vaccinali HPV delle coorti di nascita 1993-94-95-97-98-99 in FVG al 30.06.2010

	% vaccinate con almeno una dose	**% vaccinate con almeno due dosi**	**% vaccinate con tre dosi**
coorte di nascita 1993	70,6	69,3	66,5
coorte di nascita 1994	70,1	68,7	60,3
coorte di nascita 1995	45,4	38,6	1,5
coorte di nascita 1997	65,4	64,7	66,5
coorte di nascita 1998	62,8	59,4	44,9
coorte di nascita 1999	24,6	19,9	

L' adesione media regionale (vaccinate con 1 dose) supera il 60% per le coorti oggetto di chiamata attiva nel 2008-2009, mentre per le due coorti (1995-1999) la cui chiamata attiva è prevista nel 2010 l'adesione è inferiore. In generale l'adesione è maggiore nelle quindicenni rispetto alle dodicenni, questo è in relazione al fatto che la vaccinazione contro l' HPV presenta aspetti più complessi e articolati rispetto alle altre vaccinazioni, in quanto i genitori conoscono poco la problematica legata a questo virus e inoltre, trattandosi di un'infezione sessualmente trasmessa, considerano troppo precoce l'età prescelta per la vaccinazione (la prima coorte riguarda le ragazze che nel corso dell'anno entrano nel dodicesimo anno di vita).

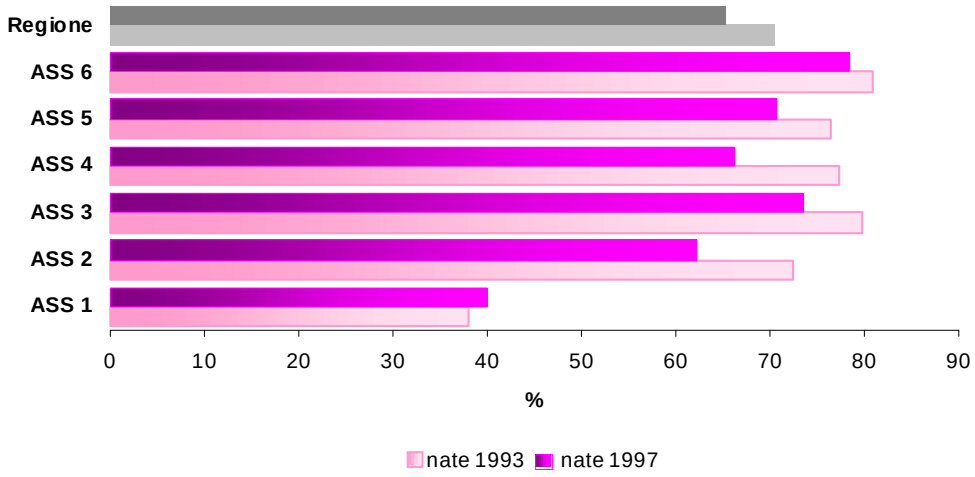
A differenza delle altre vaccinazioni ormai consolidate grande è la variabilità tra le varie ASS (tab.6), sia perché la chiamata attiva è iniziata in tempi differenti sia perché l'organizzazione intraaziendale è diversa. Tuttavia mentre con il passare del tempo in cinque Aziende questa differenza di copertura va riducendosi , in un'ASS la copertura rimane costantemente bassa.

Tab. 6 - Coperture HPV ciclo completo (3 dosi) per ASS, al 30.06.2010

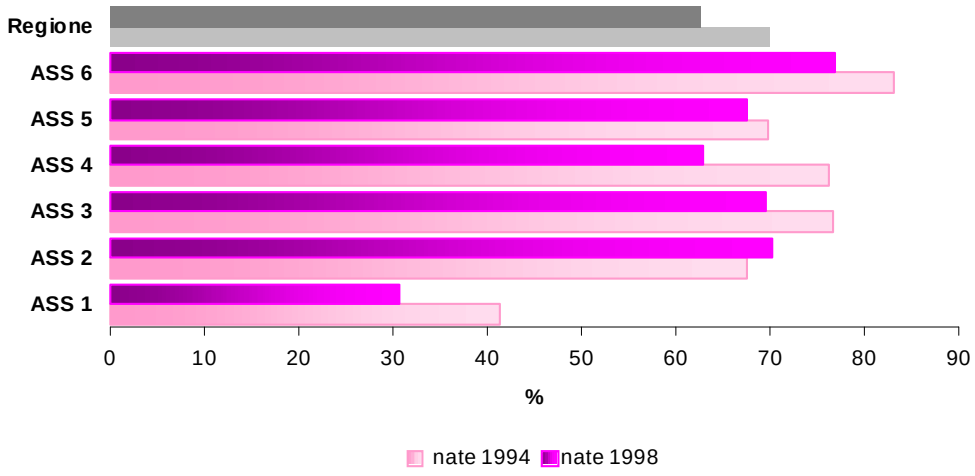
	Coorti 2008		***Coorti 2009***	
	1993	**1997**	**1994**	**1998**
ASS 1	33,6	34,7	22,2	13,6
ASS 2	67,8	57,8	55,2	32,1
ASS 3	72,2	68,8	68,5	63,3
ASS 4	72,3	60,6	71,0	56,8
ASS 5	74,2	68,6	50,7	14,8
ASS 6	78,3	76,4	79,2	62,1

Analoga variabilità si riscontra per l' adesione (vaccinate con 1 dose) in tutte le coorti oggetto dell'offerta vaccinale. (graf.13-14-15)

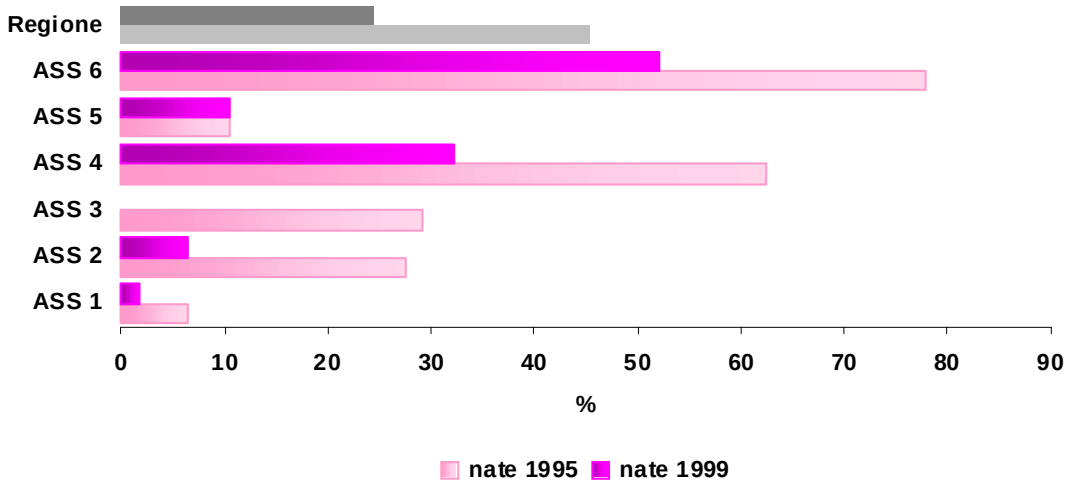
Graf.13- Adesione alla prima dose HPV coorti 1993-1997, per ASS al 30.06.2010



Graf.14 - Adesione alla prima dose HPV coorti 1994-1998, per ASS al 30.06.2010



Graf.15 - Adesione alla prima dose HPV coorti 1995-1999, per ASS al 30.06.2010



La complessità di questa vaccinazione si riflette sulle coperture vaccinali che potranno essere valutate con maggiore chiarezza a 5 anni dall'introduzione della vaccinazione così come previsto al documento nazionale dell'Intesa sull'avvio del Programma vaccinale anti-HPV.

Vaccinazioni negli adolescenti

Per quanto riguarda le coperture vaccinali negli adolescenti, in tab 7 vengono riportate le coperture vaccinali al 31.12.2009 dei ragazzi nati nel1993.
Le coperture anche in questa classe d'età sono elevate per le vaccinazioni che rispondono a norme di legge raggiungendo quasi il 95%.
Per quanto riguarda la copertura con la 5^ dose di vaccino difto-tetanico questa presenta un'ampia variabilità tra le aziende (range 50,9-90,2%) in relazione probabilmente alla non chiamata attiva degli adolescenti in tutte le Aziende.
Più basse invece le coperture per le vaccinazioni raccomandate (pertosse, MPR).
Per completezza nella tabella viene anche riportata la copertura per Hib, che come si vede non è significativa in quanto il vaccino antiemofilo è stato introdotto negli anni successivi e non ha pertanto interessato questa coorte di nascita.

Tab 7- . Coperture vaccinazioni nei 16enni (nati 1993),per ASS al 31.12.2009

	ASS 1	**ASS 2**	**ASS 3**	**ASS 4**	**ASS 5**	**ASS 6**	**REGIONE**
antiepatite B	93,9	95,2	98,1	95,5	96,4	95,9	95,5
antipolio-4 dosi	93,9	95,2	97,7	94,7	95,5	94,1	94,7
difterite -tetano -4 dosi	92,8	94,4	98,4	94,4	95,5	94,1	94,4
difterite -tetano -5 dosi	50,9	84,8	90,2	57,9	88,7	86,9	72,2
Hib	0,5	0,5	0,5	0,4	0,9	0,7	0,6
anti pertosse	76,8	77,7	94	87,4	85,6	84,8	83,9
morbillo	79,1	90,6	94,7	90,6	93	94,8	90,1
rosolia	77,7	90,1	90,9	89,1	92,4	94,3	88,9
parotite	77,8	89,7	90,5	89	85,6	94	88,8

Vaccinazioni negli adulti

Antinfluenzale

La vaccinazione contro l'influenza è raccomandata a tutte le persone di età superiore a 65 anni e a coloro che sono sofferenti di malattie croniche a carico dell'apparato cardiovascolare, broncopolmonare, renale etc., nonché agli addetti a servizi di pubblica utilità (Circolari emanate annualmente). La vaccinazione stagionale in Friuli Venezia Giulia è oggetto annualmente di una campagna vaccinale regionale che coinvolge i Medici di medicina generale nell'offerta vaccinale ai propri assistiti. Per ridurre significativamente la morbosità per influenza e le sue complicanze, nonché l'eccesso di mortalità, è necessario raggiungere coperture elevate nei gruppi di popolazione target della vaccinazione, in particolare nei soggetti ad alto rischio di tutte le età. L'obiettivo minimo perseguibile è il raggiungere la copertura del 75% per tutti i gruppi target . In Friuli Venezia Giulia le coperture per i soggetti ultra sessantacinquenni sono elevate,in diminuzione nel corso degli anni, ma ancora lontane dall'obiettivo del 75%. Sono infatti superiori al 65% con ampia variabilità tra le ASS. regionali (tab.8). Due aziende sanitarie hanno mantenuto costantemente le coperture al di sopra del 70%. Le coperture più basse osservate nella campagna 2009-2010 devono essere interpretate alla luce di quanto occorso in seguito al riscontro dell'emergenza di un nuovo tipo di virus influenzale, denominato AH1N1v, in nel 2009.

Tab.8 - Coperture antinfluenzale >=65 anni, 2002-2010, per ASS

	ASS 1	ASS 2	ASS 3	ASS 4	ASS 5	ASS 6	REGIONE
2002-2003	65,9	71,9	75,9	69,6	74,4	75,1	71,0
2003-2004	66,4	72,7	74,3	69,3	74,1	75,6	71,0
2004-2005	65,0	70,6	72,7	67,7	74,1	73,7	69,9
2005-2006	66,6	71,4	74,2	68,6	73,9	75,9	70,9
2006-2007	63,8	68,6	71,0	66,7	73,6	73,4	68,5
2007-2008	62,6	65,5	61,1	63,5	72,2	70,2	66,0
2008-2009	60,3	66,7	68,6	66,0	72,0	70,7	66,6
2009-2010	60,0	64,2	66,8	64,6	70,6	69,3	65,2

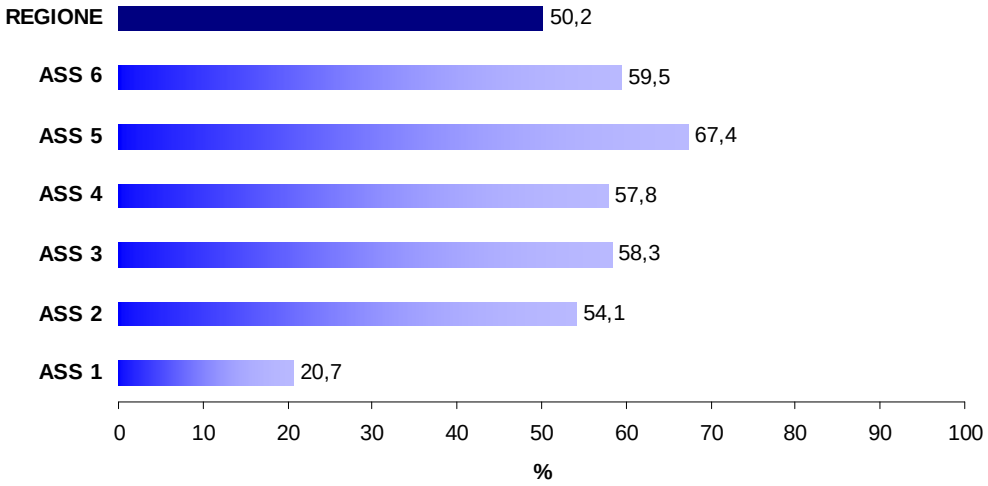
Antipneumococco (PPV23)

La vaccinazione contro le infezioni da pneumococco è consigliabile alle persone di età superiore a 65 anni o sofferenti di malattie croniche a carico dell'apparato cardiovascolare, broncopolmonare, renale, o con asplenia funzionale o a seguito di intervento chirurgico.

Il vaccino antipneumococcico polisaccaridico 23 valente, in Friuli Venezia Giulia viene offerto attivamente a soggetti di età uguale o superiore a 65 anni, nonché ai soggetti ad alto rischio, in occasione della vaccinazione annuale contro l'influenza.

Le coperture vaccinali raggiunte complessivamente nel corso degli ultimi anni nei soggetti ultrasessantacinquenni residenti in regione è del 50,2% con una grande variabilità tra le Aziende sanitarie (range tra le ASS: 20,7%-67,4%)(graf.16).

Graf. 16 - Coperture vaccinali antipneumococco >= 65 anni, per ASS al 30.06.2010



Decisamente inferiore è l'offerta ai soggetti con meno di 65 anni appartenenti a categorie a rischio, se si considera che nel corso della campagna antinfluenzale stagionale 2009-2010 sono state effettuate complessivamente in regione 9300 dosi di vaccino antipneumococco 23 valente e di queste solo il 24% (pari a 2248 dosi) sono state somministrate a soggetti con meno di 65 anni.

Vaccinazione anti TBE (meningoencefalite da zecca)

La vaccinazione contro l'encefalite da zecca merita un discorso a parte poiché è stata utilizzata in Friuli Venezia Giulia a seguito dell'epidemia di encefalite da zecca sviluppatasi in regione a partire dal 2004/2005. L'agente responsabile della Tick-Borne Encephalitis (TBE) è un virus che può essere trasmesso all'uomo dal morso di una zecca infetta e il vaccino rappresenta un efficace strumento di prevenzione delle infezioni da TBE virus che possono determinare esiti gravemente invalidanti, seppur rari.
Il vaccino pur non facendo parte di campagne vaccinali specifiche regionali è stato, attraverso delibere regionali offerto dapprima ai soggetti residenti nelle zone dove si erano verificati i casi, poi successivamente l'offerta è stata estesa a tutta la popolazione residente in regione con una partecipazione al costo del vaccino ridotta al 25% del prezzo di confezione e senza il pagamento del compenso per la prestazione come avviene per i vaccini non facenti parte di campagne specifiche regionali o nazionali.
La quantità di vaccino somministrato annualmente è rilevante(in particolare nelle ASS 3,4 e 6) se si considera che si tratta di un vaccino non offerto attivamente e gratuitamente (tab.9).

Tab.9 – Dosi di vaccino anti TBE somministrate per ASS, 2006-2009

	2006	**2007**	**2008**	**2009**
ASS1	1.132	1514	1480	1669
ASS2	863	768	763	812
ASS3	3.396	3204	4373	6010
ASS4	4.010	4064	3671	4615
ASS5	298	314	363	498
ASS6	3.449	3791	3198	5527
REGIONE	**13.148**	**13.655**	**13848**	**19131**