



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

PIANO ATTUATIVO

DEL

PIANO PROVINCIALE DI

PREVENZIONE ATTIVA

2007/2008

INDICE

1. La prevenzione delle patologie cardio-vascolari	
1.1 La diffusione della carta del rischio cardio-vascolare	3
1.2 La prevenzione dell'obesità	4
1.3 La prevenzione del diabete	22
1.4 La prevenzione delle recidive degli incidenti cardio-vascolari	27
2. La prevenzione della patologia tumorale	
2.1 Lo screening del carcinoma mammario	30
2.2 Lo screening del carcinoma del collo dell'utero	36
2.3 Lo screening del carcinoma del colon-retto	44
3. La prevenzione degli incidenti	
3.1 Sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali	48
3.2 Sorveglianza e prevenzione degli incidenti nei luoghi di lavoro	61
3.3 Sorveglianza e prevenzione degli infortuni domestici	69
4. Le vaccinazioni	71

1. LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CARDIO-VASCOLARI

1.1 LA DIFFUSIONE DELLA CARTA DEL RISCHIO CARDIO-VASCOLARE

Nella formulazione dei progetti provinciali, il CCM raccomanda di seguire le indicazioni del progetto CUORE.

1.1.1 Definizione del contesto

Non sono stati condotti studi specifici per identificare la proporzione di MMG che utilizzano la carta del rischio cardio-vascolare.

Lo studio PASSI condotto nel 2005 ha stimato che in Trentino la percentuale di persone intervistate di 40-69 anni (n=105) che riferiscono di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare è risultata del 9%, sovrapponibile a quella delle altre ASL partecipanti allo Studio.

Non emergono differenze statisticamente significative per età, sesso o livello di istruzione.

1.1.2 Obiettivo

Diffusione della Carta del rischio cardiovascolare tra i MMG.

L'attività si integra con le azioni già in essere o progettate per la riduzione del rischio collegato a scarsa attività fisica, scorretta alimentazione, sedentarietà, fumo di tabacco.

1.2 LA PREVENZIONE DELL'OBESITA'

1.2.1 Definizione del contesto

Dimensioni del problema a livello provinciale

Lo studio PASSI condotto nel 2005 ha stimato che in Trentino il 32% della popolazione sia in eccesso ponderale (sovrappeso od obeso), contro il 44% delle altre ASL partecipanti all'indagine.

Questa condizione cresce con l'età, (raggiungendo livelli del 52% negli ultracinquantenni) ed è maggiore negli uomini 41% contro 23%) e nelle persone con basso livello d'istruzione (48,9% contro 18,8%).

Tra le persone in eccesso ponderale, il 20% segue una dieta ed il 30% fa attività fisica per perdere peso.

Un monitoraggio su sovrappeso ed obesità in età infantile effettuato nel 2004-05 da parte dell'Osservatorio Epidemiologico e del Servizio di Educazione alla salute sulle classi di età 6-9-12 anni, indica che l'obesità non costituisce un problema di per sé rilevante nei soggetti in età evolutiva in provincia di Trento ed è in linea con il parametro nazionale del 2000 con l'eccezione del valore della prevalenza in IV elementare, che è il doppio rispetto al valore medio provinciale complessivo. I dati relativi al sovrappeso non possono certo essere sottovalutati anche se sono in larga parte attribuibili a lievi e/o modesti superamenti del range inferiore della banda del peso di riferimento. L'eccedenza ponderale riguarda più i maschi che le femmine ed il sovrappeso presenta un trend crescente con la classe di istruzione, fenomeno non evidente in caso di obesità.

Sempre lo studio PASSI condotto nel 2005 ha stimato che circa l'11% della popolazione del Trentino conduce uno stile di vita sedentario ed il 68% non pratica sufficiente attività fisica; pur essendo questo livello di sedentarietà minore rispetto a quello complessivo delle altre ASL partecipanti, rimane un ampio margine per migliorare il livello di attività fisica.

I consigli dati dai medici ai loro pazienti (in combinazione con altri interventi) si sono dimostrati utili nella promozione di stili di vita sani nella popolazione generale ed in gruppi particolari a rischio.

In meno della metà dei casi i medici trentini si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti e la percentuale di coloro che danno dei consigli più dettagliati rimane ancora insoddisfacente e risulta inferiore alla media delle altre ASL.

Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica ecc.).

1.2.2 Finalità generali

Occorre promuovere e sostenere interventi, anche sotto l'aspetto strutturale, che favoriscano un'attività fisica regolare e la modificazione delle abitudini alimentari non corrette, coinvolgendo operatori di sanità pubblica, esperti di attività fisica, specialisti di nutrizione, esperti di comunicazione, media, medici di medicina generale, amministratori pubblici e imprenditori privati. La programmazione di questi interventi dovrà tenere conto dei determinanti socio-demografici correlati all'eccesso ponderale, in particolare età (>34 anni) e sesso (maschi).

In provincia di Trento da tempo sono stati fatti passi in questa direzione culminati con la firma congiunta di un accordo di programma specifico da parte dell'Azienda sanitaria, dell'Assessorato alla salute e alle politiche sociali, dell'Istituto regionale di studi e ricerca sociali (IRSRS) e del Centro interuniversitario di Bioingegneria e Scienze motorie (CeBiSM) che ha permesso di definire un quadro quali-quantitativo dell'offerta di attività fisica a favore della popolazione adulta ed anziana attraverso un'indagine mirata e di realizzare un accordo per promuovere la cultura e la pratica dell'attività motoria nella popolazione adulta ed anziana con conseguente predisposizione di una guida per i medici e con l'avvio di una campagna di promozione dell'attività motoria.

1.2.3 Obiettivi specifici

- A. Realizzare interventi integrati su alimentazione e stili di vita nella scuola materna, elementare e media, proseguendo l'attività già avviata nel 2005 e 2006 (vedi progetti "La girandola" e "15.000 passi"), integrando i percorsi scolastici di educazione a sani stili di vita con la promozione dell'attività fisica.
- B. Stipulare un accordo con l'Associazione ristoratori per l'inserimento nei menù di un "Piatto della salute".
- C. Sperimentare, in collaborazione con un istituto alberghiero, un "laboratorio di cucina dietetica" aperto alla popolazione finalizzato alla realizzazione di "piatti salutar".
- D. Verificare la capillare distribuzione delle linee guida per promuovere l'allattamento materno - elaborate nel corso del 2005 - presso il Dipartimento materno-infantile, i Punti nascita, i PLS ed i Consultori familiari ed il loro corretto utilizzo e realizzare il progetto "Programma di aiuto tra pari nella promozione dell'allattamento al seno".
- E. Realizzare, coinvolgendo il mondo dello sport, un progetto sperimentale di attività fisica, in particolare riferito al "camminare", rivolto agli adulti ed agli anziani cercando di coinvolgere, in particolare, le persone ritenute sedentarie, facendo riferimento a

risorse professionali dotate di adeguata e comprovata preparazione e utilizzando, laddove è possibile, le risorse naturali disponibili.

1.2.4 Piano operativo

A. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea l'importanza di sviluppare già dalla prima infanzia nei bambini e nelle loro famiglie percorsi che favoriscano la promozione della salute.

Il progetto **“Girandola” Salute, Emozioni, Relazioni, Stili di vita** si propone di incentivare nelle scuole d'infanzia la realizzazione di interventi di promozione alla salute e di prevenzione su tematiche specifiche come gli stili di vita (abitudini alimentari, attività fisica, consumo di alcolici, fumo).

Il percorso sperimentale, attraverso l'interscambio operatori sanitari ed insegnanti, vuole proporre la ricerca di percorsi che permettano di affiancare allo sviluppo cognitivo, la crescita emozionale – affettiva dei bambini senza per altro voler dare in nessun modo risposte a problemi o a disagi specifici dei singoli.

Alimentazione, attività fisica, uso di sostanze (fumo, alcol, droghe, farmaci) rappresentano ambiti rispetto ai quali si sviluppano nelle persone e nelle famiglie stili di vita favorevoli o ostacolanti il benessere psico-fisico.

La scuola, iniziando dalla materna per continuare poi con percorsi di rinforzo negli anni successivi, può rappresentare uno spazio ideale per lo sviluppo delle Capacità di Vita che l'Organizzazione Mondiale della Sanità considera strumenti indispensabili per la crescita di nuove generazioni in grado di promuovere al meglio la propria salute e il proprio benessere.

Sappiamo che le carenze a livello di Capacità di Vita aumentano tutta una gamma di problemi che vanno da sofferenze esistenziali, solitudine, emarginazione, depressione, alla violenza, al bullismo, ai disturbi alimentari e ai disturbi collegati all'uso di sostanze.

Il termine Capacità di Vita viene generalmente riferito ad un insieme di abilità cognitive, emotive e relazionali di base che consentono alle persone di operare con competenza sia sul piano individuale che sociale; sono potenzialità che ognuno di noi ha più o meno sviluppate ma che si possono continuare ad affinare durante la propria vita.

Le Capacità di Vita, che nella maggior parte degli studi vengono individuate come centrali per la promozione della salute e del benessere dei bambini e degli adolescenti, sono: Capacità di prendere decisioni, Capacità di risolvere i problemi, Pensiero creativo, Pensiero critico, Comunicazione efficace, Capacità di relazioni interpersonali, Autoconsapevolezza, Empatia, Gestione delle emozioni, Gestione dello stress.

La tematica delle Capacità di Vita costituisce nel suo insieme un significativo tentativo di applicare fin dalla prima infanzia queste conoscenze in una linea più aperta ad un moderno concetto di salute.

Si vuole incentivare l'educazione emotiva intrapersonale, interpersonale e prosociale, come strumento fondamentali per lo sviluppo del benessere psico – fisico del bambino, per favorire la scelta consapevole dei propri stili di vita e per contrastare lo sviluppo delle dipendenze e di altre forme di disadattamento.

FINALITÀ DEL PROGETTO

- Favorire lo sviluppo nelle scuole d'infanzia provinciali e federate di un programma di promozione della salute, in particolare sugli stili di vita (alimentazione, attività motoria, igiene orale, alcol e fumo) attraverso lo sviluppo delle Capacità di Vita che abbia la caratteristica di essere omogeneo e graduale per l'età dei bambini (dai 3 ai 6 anni), continuativo nel tempo e in linea con gli approcci dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Formare gli insegnanti affinché, partendo dal proprio vissuto, siano in grado di gestire e valutare autonomamente un percorso di esplorazione ed espressione del mondo emozionale, relazionale e prosociale dei bambini nell'ottica della promozione della salute e della scelta di sani stili di vita.
- Realizzare con i bambini un percorso educativo nei 3 anni di scuola attraverso l'utilizzo delle attivazioni e degli spunti contenuti nella "Guida Didattica".

OBIETTIVI GENERALI DEL LAVORO CON I BAMBINI

1. Valorizzare lo sviluppo nei bambini di alcune Capacità di Vita utili per il proprio benessere:
 - accrescere la capacità di dare un nome alle proprie emozioni;
 - sperimentare modalità di comunicazione efficace e non violenta;
2. Favorire empatia e azioni prosociali nei confronti degli altri per stare meglio con se stessi;
3. Favorire lo sviluppo di idee e atteggiamenti incentivanti stili di vita positivi rispetto alla salute (lotta alla sedentarietà, alimentazione corretta, prevenzione della carie, prevenzione dipendenza da alcol e fumo);
4. Coinvolgere attraverso il lavoro realizzato dai bambini durante l'anno scolastico le famiglie per responsabilizzarle rispetto alla promozione della salute e alla scelta degli stili di vita.

DESTINATARI DEL PROGETTO

- Personale delle scuole d'infanzia della Provincia di Trento: insegnanti, personale ausiliare, cuochi
- Bambini delle scuole d'infanzia
- Famiglie

ATTORI DEL PROGETTO

- Servizio Educazione alla Salute – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (APSS)
- Operatori del Nucleo Operativo Igiene e Sanità Pubblica dei Distretti Sanitari
- Operatori Servizio di Alcologia dei Distretti

FASI DEL PROGETTO

Il Progetto educativo dovrebbe essere inserito nel curriculum formativo triennale organizzando le attività in base all'età dei bambini e si articola in più momenti:

1. formazione degli insegnanti, del personale ausiliare e cuochi,
2. realizzazione di un progetto educativo da attivare con i bambini nei 3 anni attraverso l'utilizzo della "Guida Didattica",
3. realizzazione di una merenda all'interno della scuola con la partecipazione delle famiglie e degli operatori sanitari,
4. valutazione finale al termine di ogni anno.

FASE 1

FORMAZIONE DEGLI INSEGNANTI, PERSONALE AUSILIARE, CUOCHI

Destinatari della formazione:

personale delle scuole d'infanzia del Distretto (insegnanti, personale ausiliare, cuochi).

L'iscrizione e la partecipazione al corso di formazione prevede l'impegno da parte delle scuole coinvolte di inserire nella programmazione annuale alcune attività proposte.

Durata del corso di formazione:

12 ore (quattro pomeriggi 16.30-19.30) preferibilmente nei mesi di settembre- novembre.

Verifica a fine anno scolastico (2 ore) tra gli operatori sanitari e gli insegnanti sulle attività svolte e compilazione delle schede di valutazione.

Docenti:

operatori sanitari dell'APSS del Servizio Alcologia e del Distretto Sanitario.

Obiettivi della formazione:

1. acquisire consapevolezza personale e di ruolo rispetto al proprio vissuto emotivo e relazionale e alla promozione della salute e agli stili di vita,
2. favorire lo sviluppo di idee e atteggiamenti incentivanti stili di vita positivi rispetto alla salute:
 - a. rinforzo di idee favorevoli stili di vita liberi da fumo e alcol;
 - b. incrementare il consumo di frutta e verdura ad almeno 5 porzioni al giorno ed aumentare l'attività fisica ad almeno 60 minuti (15.000 passi) al giorno attraverso lo sviluppo delle capacità di vita ed applicando i principi dell'intelligenza emotiva e dell'educazione al gusto,
3. acquisire metodi e strumenti per inserire il progetto: "La Girandola", Salute, Emozioni, Relazioni e Stili di vita – Promuovere salute nella scuola d'infanzia, nel curriculum scolastico al fine di garantire a tutti i bambini l'opportunità di confrontarsi, riflettere e sviluppare capacità di scelta rispetto gli stili di vita (in particolare attività motoria, alimentazione corretta, igiene orale, rinforzo di idee favorevoli stili di vita liberi da alcol e fumo).

Materiali e strumenti di lavoro con gli insegnanti:

1. fotocopie lucidi e materiali utilizzati nella formazione,
2. Guida Didattica per un lavoro con i bambini.

Gli strumenti rappresentano esclusivamente alcuni stimoli iniziali; in realtà gli insegnanti delle scuole d'infanzia potranno utilizzare la loro esperienza metodologica per adattare obiettivi e contenuti alle particolari esigenze e potenzialità dei bambini.

Costi:

a carico dell'APSS

FASE 2

REALIZZAZIONE DI UN PERCORSO EDUCATIVO CON I BAMBINI DELLA SCUOLA D'INFANZIA

Percorso educativo da realizzare nell'arco dei 3 anni di scuola d'infanzia attraverso l'utilizzo delle attivazioni e stimoli proposti nella GUIDA DIDATTICA.

FASE 3

REALIZZAZIONE DELLA "MERENDA GIRANDOLA" A FINE ANNO SCOLASTICO CON FAMIGLIE ED OPERATORI SANITARI

Attraverso un momento di animazione e socializzazione verranno presentati i lavori svolti durante l'anno dai bambini e dal personale della scuola sulle emozioni e gli stili di vita: verrà realizzato a fine anno una merenda, "La merenda girandola" dove potranno essere invitati, oltre ai bambini, al personale della scuola e alle famiglie, gli operatori dell'Azienda Sanitaria che hanno promosso il progetto.

In questo momento che avrà una valenza conviviale e formativa i bambini aiutati dall'insegnante presenteranno i concetti più importanti acquisiti.

Gli operatori parteciperanno per condividere il percorso svolto e puntualizzare alcuni concetti se necessario con le famiglie.

Le cuoche collaboreranno nella preparazione di una merenda a base di frutta da offrire alle famiglie.

FASE 4 VALUTAZIONE DEL PROGETTO

Al termine di ogni anno scolastico è previsto un incontro di valutazione, della durata di circa 2 ore, con gli operatori dell'Azienda Sanitaria ed il personale della scuola d'infanzia per raccogliere degli indicatori relativi alla valutazione di processo e risultato.

Valutazione di processo:

risultati del questionario di gradimento somministrato ai partecipanti al corso formazione

N° di corsi di formazione attivati

N° di scuole che hanno aderito al progetto

N° di personale delle scuole formato

N° di personale delle scuole che hanno realizzato l'attività con i bambini

N° di bambini che sono stati coinvolti nel progetto

N° di animazioni: "La merenda girandola" attivate con le famiglie

N° di iniziative realizzate in ambito prosociale: e s. feste dei nonni, visite ad associazioni di volontariato ecc.

N° di iniziative realizzate nella scuola per render e visibile il progetto, es. cartelloni informativi, messaggi da inviare alle famiglie, apparizioni della girandola, tavole dei 5 colori, giornate del movimento in classe e in giardino.

Valutazione delle attività:

rispetto al percorso educativo la “Girandola” Salute, Emozioni, Relazioni a conclusione dell’itinerario di lavoro previsto si accerterà se i bambini :

- riconoscono, esprimono e denominano le principali emozioni utilizzando una terminologia ed una mimica facciale adeguata in rapporto all’età,
- conoscono e rispettano le regole di vita scolastica, il proprio turno nei giochi e sanno collaborare con i coetanei ad un’attività per un fine comune,
- acquisiscono buone regole di vita scolastica e buone abitudini di lavoro (ascolto, contatto oculare, attenzione, controllo motorio, rispetto delle consegne verbali),
- vivono positivamente le relazioni con l’altro: salutare, dare, ricevere, ringraziare, chiedere, rispondere, condividere.

Strumenti:

alcune delle attivazioni previste per il percorso possono essere usate in entrata ed in uscita per valutare l’incremento di alcune delle capacità sopra descritte:

“Le parole delle emozioni”

“Volte espressivi”

“Il termometro delle emozioni”

“L’appello dell’umore”.

Indicatori di risultato:

rispetto al percorso “Stili di vita”, a conclusione dell’itinerario di lavoro, si accerterà se i bambini:

- riconoscono ed esprimono emozioni positive nella sperimentazione di stili di vita sani (alimentazione, movimento),
- sanno riconoscere stili di vita salutari e non salutari all’interno delle loro esperienze quotidiane (a scuola, in famiglia) e i vantaggi che derivano dall’assunzione di comportamenti e stili di vita liberi da alcol, fumo, dell’aumento di attività fisica e incentivanti il consumo di frutta e verdura,
- si sperimentano nella scelta di nuovi atteggiamenti e comportamenti,
- identificano almeno una modalità per portare a casa dei messaggi sugli stili di vita salutari.

CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA: i bambini saranno in grado di

- distinguere la frutta e verdura in base ai 5 colori,
- disegnare le porzioni di frutta e verdura assunte durante il giorno attraverso la compilazione del diario (almeno 1 volta alla settimana),
- identificare le caratteristiche del cibo assaggiato in base all’uso dei 5 sensi,

- esprimere attraverso il disegno o il racconto il percorso della frutta e verdura dal seme al piatto per almeno un frutto o un ortaggio,
- esporre con disegni o con il movimento il percorso del cibo attraverso l'apparato digerente.

LOTTA ALLA SEDENTARIETÀ:

- i bambini saranno in grado di praticare 60' di attività fisica al giorno per almeno 5 giorni alla settimana che equivalgono a circa 15.000 passi al giorno,
- gli insegnanti organizzano le attività curricolari delle giornate introducendo almeno 3 attività di almeno 10' che portano ad un incremento della respirazione e del battito cardiaco o un po' di sudorazione,
- la famiglia è capace di descrivere i comportamenti dei propri figli relativi all'attività fisica:
 - identifica quante volte alla settimana il bambino svolge attività fisiche di movimento non organizzate (giocare a palla, camminare, bicicletta...)
 - identifica i luoghi in cui praticarli (in casa, all'aperto...).
 - riduce le ore davanti alla TV a meno di 2 ore nei giorni di scuola.

ALCOL E FUMO: i bambini saranno in grado di

- identificare almeno 5 vantaggi legati ad uno stile di vita libero da alcol
- identificare almeno 5 vantaggi legati ad uno stile di vita libero da fumo

CONTENUTI DEL CORSO DI FORMAZIONE

SALUTE ED INTELLIGENZA EMOTIVA INTRA E INTERPERSONALE:

1° giornata (3 ore):

- Il concetto di salute e di benessere
- Gli stili di vita e la nostra salute
- Le ragioni della salute nella comunità e nella scuola
- Le idee, gli atteggiamenti e i comportamenti nella scelta degli stili di vita
- Le Capacità di Vita della OMS per lo sviluppo di sani stili di vita
- Il cerchio del Benessere (lo sviluppo dell'intelligenza emotiva)
- Le nostre emozioni e i nostri virus mentali (gestione delle emozioni)

2° giornata (3 ore)

- Salute e intelligenza interpersonale (la comunicazione efficace e la capacità di relazioni interpersonali)
- La prosocialità e la nostra salute (empatia)
- La scelta libera ma critica dei nostri stili di vita (il pensiero critico)
- Presentazione del percorso da svolgere con i bambini attraverso l'uso della Guida Didattica

ALCOL E FUMO, CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA, LOTTA ALLA SEDENTARIETA'

1° giornata (3 ore): LIBERI DA FUMO E DA ALCOL

1. Condividere i messaggi fondamentali alla luce delle evidenze scientifiche che devono guidare la formazione rivolta ai bambini rispetto a stili di vita liberi da FUMO E ALCOL per prevenire problemi fisici, relazionali e sociali e soprattutto per migliorare la qualità della vita

Contenuti:

- la scelta libera e critica degli stili di vita
- perché parlare di alcol e fumo?
- documenti OMS su alcol e fumo
- alcol e fumo: comunità e famiglia

2. Analisi e messa in discussione della norma sociale su alcol e fumo per l'assunzione di stili di vita liberi ma critici

Contenuti:

- il modello dell'azione ragionata
- l'attitudine individuale, la norma sociale e l'autoefficacia

3. Acquisire o incrementare la capacità di programmazione e animazione negli interventi finalizzati alla promozione della salute a scuola rispetto a fumo e alcol attraverso un modello educativo-esperenziale centrato sulle capacità di vita e sull'intelligenza emotiva.

Contenuti:

- Alcol e fumo: la scelta di bere alcolici e fumare tra norma sociale e capacità di vita

2° giornata (3 ore): CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA E LOTTA ALLA SEDENTARIETA'

1. Condividere i messaggi fondamentali alla luce delle evidenze scientifiche che devono

guidare la formazione rivolta ai bambini rispetto al consumo di frutta e verdura e all'attività fisica come stili di vita fondamentali per prevenire l'obesità, il sovrappeso e le patologie correlate

Contenuti:

- Base teoriche che sostengono il consumo giornaliero di frutta e verdura e la lotta alla sedentarietà
- Evidenze scientifiche sui benefici derivanti dall'attività fisica e dal consumo di frutta e verdura nei bambini
- Indicazioni sul consumo ottimale di frutta e verdura: "Dammi un cinque"
- Indicazioni per la lotta alla sedentarietà :
 - quantità ottimale di attività fisica da svolgere quotidianamente
 - Semplici ma utili consigli per raggiungere uno stile di vita meno sedentario

2. Sviluppare attraverso la percezione sensoriale (laboratori del gusto) la capacità di distinguere le qualità organolettiche dei diversi tipi di frutta e verdura.

Laboratorio Educazione al gusto:

- alfabetizzazione sensoriale: la scoperta delle funzioni sensoriali per mezzo del cibo
- la socializzazione delle sensazioni
- l'importanza della definizione di un lessico condiviso

3. Acquisire o incrementare la capacità di programmazione e animazione negli interventi finalizzati alla promozione della salute a scuola rispetto al consumo di frutta e verdura e la lotta alla sedentarietà attraverso un modello educativo-esperienziale centrato sulle capacità di vita e l'intelligenza emotiva.

Contenuti

- Tappe del percorso educativo orientato all'incremento del consumo quotidiano di frutta e verdura e alla lotta alla sedentarietà
- Presentazione della Guida Didattica

A. Il nuovo progetto di educazione alla salute: **"15.000 passi + 5 colori = la matematica dei sapori"**

FINALITÀ E STRUTTURA DEL PROGETTO

Per permettere un miglior svolgimento del progetto in modo integrato, rispetto alle materie previste dal curriculum scolastico, e per garantire una continuità della formazione del

bambino/ragazzo nel periodo scolare obbligatorio, si è pensato di proporre un percorso educativo avente la durata di otto anni, comprensivo di scuola elementare e media.

Gli obiettivi, i contenuti e le schede di lavoro proposte tracciano un percorso per raggiungere la finalità generale di salute, tendente a far diventare il proprio stile alimentare e la propria attività motoria dei fattori di protezione e promozione della propria salute, attraverso una metodologia che rende il bambino protagonista in un ambiente che stimola le esperienze personali e quotidiane che, a loro volta, agiscono sulle conoscenze, sulle percezioni sensoriali e sull' emotività.

Per fare in modo che il progetto educativo abbia efficacia è importante che gli insegnanti attuino trasversalmente il percorso all'interno delle diverse discipline scolastiche.

OBIETTIVI EDUCATIVI

Il percorso proposto promuove una finalità generale di salute e gli obiettivi educativi da raggiungere devono essere considerati globalmente al termine di tutto il percorso. Ad esempio alle elementari i bambini dovrebbero saper descrivere la propria alimentazione, capire se è corretta e individuare un menù appropriato. Alle medie i ragazzi dovrebbero avere dimestichezza con il concetto di "calorie", saper leggere le etichette, predisporre menù equilibrati anche nell'arco della giornata, ed essere consapevoli della tematica dell'alimentazione. Insomma l'adolescente che emerge dal primo ciclo di istruzione (elementari e medie) dopo le lezioni di educazione alimentare e motoria dovrebbe essere meno sensibile al martellamento della pubblicità, che lo spinge a imbottirsi di cibi grassi e calorici. Dovrebbe essere in grado di limitare il numero di merendine e di hamburger, capendo anche il perché.

Obiettivi educativi e di apprendimento specifici

- Stimolare i bambini ad una scelta alimentare varia e corretta attraverso l'esplorazione di: gusto, profumo, consistenza, aspetto fisico e appetibilità dei vari alimenti.
- Incrementare il consumo di frutta e verdura a cinque porzioni al giorno a partire dalla prima colazione e dalla merenda di metà mattina nella scuola.
- Far acquisire ai bambini/ragazzi consapevolezza riguardo al proprio vissuto emotivo nei confronti dei messaggi pubblicitari di cui sono oggetto e fornire strumenti che li rendano maggiormente competenti.
- Fornire strumenti di analisi critica nella lettura delle etichette al fine di diventare consumatori consapevoli.

- Sviluppare nei gesti quotidiani il movimento, vissuto come consapevolezza della propria corporeità nello spazio fisico e temporale di vita (a scuola, a casa, all'aperto). Creare attorno al bambino un ambiente che lo invogli all'attività motoria.

CONTENUTI

Educazione al gusto

Consumo di frutta e verdura

Pubblicità

Lettura delle etichette

Attività motoria

METODOLOGIA

La metodologia utilizzata si avvale del modello esperienziale che, considerando la salute nella sua dimensione cognitiva, corporea, emotiva e relazionale, si esplicita nell'esperienza sensoriale/corporea e nella sua rielaborazione per costruire una memoria avente come base i diversi apprendimenti a sostegno dei comportamenti futuri di ogni individuo.

L'educazione razionale emotiva risulta un "modo" attraverso cui l'alunno, all'interno di esperienze pratiche in classe, acquisisce consapevolezza dei propri stati emotivi e dei meccanismi cognitivi che li influenzano, per poi applicare tali conoscenze nella risoluzione di problemi e difficoltà che potrà incontrare nella vita quotidiana.

L'educazione alla salute mira alla realizzazione di un progetto educativo finalizzato a promuovere e potenziare la salute del soggetto in età evolutiva attraverso il potenziamento di atteggiamenti positivi e comportamenti corretti nei confronti del proprio benessere.

PIANIFICAZIONE DEL PERCORSO EDUCATIVO

Al fine di raggiungere in modo graduale la finalità del percorso educativo è importante che nella pianificazione delle attività si tenga in considerazione la sequenzialità degli obiettivi proposti partendo da un primo obiettivo per trattare successivamente gli altri in modo progressivo. Gli obiettivi, infatti non sono disgiunti fra di loro ma dovrebbero avere una sequenza cronologica.

La nostra proposta è la seguente:

OBIETTIVI	ARGOMENTO	LIVELLO
obiettivo 1	Educazione al gusto	Primo ciclo scuola elementare Prima media
Obiettivo 2	consumo di frutta e verdura	Secondo ciclo scuola elementare Prima media

Obiettivo 3	Pubblicità	Quarta elementare Seconda media
Obiettivo 4	Lettura delle etichette	Quinta elementare Terza media
Obiettivo 5 Trasversale a tutti	Attività fisica	Primo e secondo ciclo elementare Triennio medie

Tale successione, pur avendo una significativa valenza teorica, potrebbe risultare di difficile realizzazione nella realtà scolastica. Gli stessi obiettivi potrebbero essere trattati indistintamente nelle varie classi, purché adattati alle diverse età dei ragazzi.

Dovendo tuttavia articolare il percorso su più anni è consigliabile seguire una pianificazione che consenta di trattare tutti gli obiettivi in tempi prestabiliti onde evitare una concentrazione di attività in alcuni periodi e una mancanza di rinforzi in altri. Per facilitare l'attuazione del percorso potrebbe essere determinante l'inserimento dello stesso all'interno del piano dell'offerta formativa della scuola.

Ogni obiettivo comprende una parte teorica (per l'insegnante) ed una parte pratica (per gli alunni).

La parte pratica è strutturata in schede di attività da attuare sia direttamente in classe sia come compiti per casa.

In ogni scheda è indicato il livello consigliato (Elementare, Media, Elementare/Media).

VALUTAZIONE DEL PROGETTO

- Al termine di ogni anno scolastico gli operatori dei Distretti Sanitari in collaborazione con gli insegnanti, compileranno un documento finale con la raccolta delle osservazioni di tutti coloro che hanno collaborato alla realizzazione degli obiettivi di progetto.
- Attraverso strumenti appositamente predisposti, ciascuno per ogni obiettivo, l'insegnante rileverà l'acquisizione, da parte dei singoli studenti, di alcune competenze atte a definire il livello di raggiungimento dell'obiettivo/i educativo/i a cui, la classe, ha lavorato durante l'anno scolastico di riferimento.

B. Stipulare un accordo con l'associazione ristoratori per il piatto della salute

Destinatari: ristoratori del Trentino aderenti all'Associazione Ristoratori c/o Unione e Commercio per tramite della presidenza della stessa. Possibilità di implementazione su esercenti "Osteriette", ossia piccoli esercizi a peculiare vocazione di cucina regionale.

Ambito territoriale: livello provinciale

Collaborazioni: premesso che si sono già avuti diversi incontri tra operatori APSS – Servizio Educazione alla Salute ed il segretario ed il presidente dell'associazione ristoratori Trentini che hanno consentito di stipulare una sorta di accordo verbale sulla tematica dei piatti salutari; si ritiene indispensabile stipulare un accordo di collaborazione che impegni APSS e ristoratori a collaborare da un lato per garantire una formazione in ambito nutrizionale mirata agli esercenti e dall'altro all'impegno a presentare nell'ambito dell'offerta culinaria almeno un piatto salutare. C'è disponibilità, da parte dell'APSS, a "certificare" la correttezza nutrizionale dei piatti offerti, tramite il Servizio Dietologia e Nutrizione Clinica.

Metodologia di intervento:

Incontri con i referenti istituzionali dei ristoratori per presentare l'iniziativa

- Definizione degli elementi che contraddistinguono l'accordo e stipula dello stesso
- Attuazione di iniziative informative mediante incontri sulla sana alimentazione organizzati con la presenza di medici nutrizionisti e/o dietiste del Servizio di Dietologia
- Divulgazione ai partecipanti del Ricettario Salutare
- Valutazione ed eventuale certificazione dei menù proposti dai ristoratori
- Relazione finale sul tasso di adesione dell'iniziativa ed eventuale predisposizione di una guida sui ristoratori aderenti all'iniziativa

C. Sperimentare in collaborazione con un istituto alberghiero un laboratorio di cucina

Destinatari

- intermedi: gli istituti alberghieri precedentemente individuati e i rispettivi cuochi,
- finali: la popolazione generale.

Ambito territoriale: alcuni distretti pilota

Collaborazioni: prevista collaborazione tra Servizio Educazione alla Salute e gli Istituti alberghieri e il Servizio Dietologia e Nutrizione Clinica

Metodologia di intervento:

E' in sostanza quella prevista all'interno dell'obiettivo 1/2007 "Vivere meglio vivere di più" e si concretizza in:

- Ideazione dell'iniziativa e condivisione con il Servizio Dietologia e Nutrizione Clinica e i referenti dei distretti che verranno eventualmente coinvolti;
- Richiesta agli istituti alberghieri di collaborare all'iniziativa
- Individuazione di almeno 1 istituto alberghiero
- Incontro di presentazione con la dirigenza scolastica
- Valutazione del livello di interesse dell'iniziativa tramite un questionario rivolto ai cuochi potenzialmente coinvolgibili
- Definizione di un programma di formazione per i cuochi
- Attivazione di un intervento di formazione breve sulla sana alimentazione rivolta ai cuochi aderenti al progetto con la collaborazione del Servizio Dietologia e Nutrizione Clinica
- Divulgazione dell'informazione nella comunità locale in cui ha sede l'istituto alberghiero
- Attivazione dei laboratori sperimentali con la popolazione
- Valutazione del gradimento

D. Verificare la capillare distribuzione delle linee guida per promuovere l'allattamento materno - elaborate nel corso del 2005 - presso il Dipartimento materno-infantile, i Punti nascita, i PLS ed i Consulteri familiari ed il loro corretto utilizzo e realizzare il progetto "Programma di aiuto tra pari nella promozione dell'allattamento al seno.

La finalità del progetto, di durata biennale, è quella di costruire un gruppo di madri potenziali "peer counsellor" particolarmente motivate nei confronti dell'allattamento al seno. Tali donne andrebbero a supportare, con modalità specifiche, gli interventi di promozione, aiuto e sostegno dell'allattamento al seno offerti dal Consultorio Familiare.
Unità Operative/Servizi coinvolti: U.O.A.T. del Distretto di Trento, Consulteri di Trento e Mezzolombardo.

Personale sanitario coinvolto: ostetriche del Consultorio Familiare.

Programma di attività:

- analisi organizzativa di fattibilità;
- identificazione del gruppo di madri potenziali "peer counsellor"
- formazione delle donne che hanno aderito alla proposta attraverso un corso strutturato;
- formulazione di un elenco di donne nutrici le quali forniranno una consulenza telefonica su richiesta
- verifica della sperimentazione in itinere

- monitoraggio dell'attività svolta

E. Realizzare un progetto di attività fisica

Destinatari: popolazione generale per tramite di soggetti e associazioni operanti sul territorio

Ambito territoriale: provinciale

Collaborazioni: è prevista, e assicurata, la collaborazione della Provincia (assessorato alle politiche per la salute) e del CONI. In previsione in coinvolgimento, tramite la Provincia, del consorzio dei comuni.

Metodologia di intervento: E' prevista la realizzazione di una sorta di tavolo di lavoro composto da referenti APSS, del Servizio Organizzazione Attività Sanitarie, PAT, CONI, UISP con il supporto dell'Assessorato alla Salute. Il progetto si va ad integrare con una iniziativa di più ampio coinvolgimento coordinata in modo diretto dalla Presidenza della Giunta sull'attività sportiva.

Il presente progetto si inserisce con la proposta di coinvolgere il modo dello sport, tramite le proprie federazioni, per divulgare nell'ambito delle manifestazioni già organizzate messaggi di promozione del camminare e dell'attività motoria in generale tramite un ampio utilizzo delle infrastrutture territoriali esistenti, percorsi pedonali, piste ciclo-pedonali e piste ciclabili. Con la collaborazione del consorzio comuni si prevede di realizzare una guida all'utilizzo ragionato dei percorsi esistenti. Compito dell'APSS, in stretta collaborazione con PAT – Assessorato alle Politiche per la Salute è quello di elaborare una appropriata strategia di comunicazione che verrà utilmente sfruttata dai soggetti operanti nel mondo sportivo.

1.2.5 Estremi e riferimenti dei referenti aziendali

I progetti "Girandola" e "15.000 passi" (obiettivo A) sono coordinati dal Servizio Educazione alla Salute (Dott. Roberto Pancheri). Gli obiettivi B, C ed E sono parte dell'obiettivo PAT "Vivere meglio, vivere di più", coordinato dal Dott. Enrico Nava. L'obiettivo D è coordinato dalla Dott.ssa Fabrizia Tenaglia (Dipartimento Materno-infantile e dall'Ostetrica Michela Berlanda (Distretto sanitario di Trento).

Il referente provinciale presso il CCM per la sorveglianza e la prevenzione dell'obesità è il Dott. Carlo Pedrolli.

1.2.6 Tempi per la realizzazione (cronoprogramma)

A. La realizzazione dei progetti “Girandola” e “15.000 passi” è subordinata all’adesione da parte delle scuole cui sono indirizzati (materne, elementari e medie). La durata dei progetti è triennale nelle scuole materne e di otto anni negli istituti comprensivi (elementari + medie).

Il progetto “Girandola” è stato costruito nel 2004/2005 e proposto, in via sperimentale, ad un Distretto sanitario (Vallagarina) nell’anno scolastico 2005/2006.

Il progetto “15.000 passi” è stato costruito nel 2005/2006.

Per entrambi i progetti, dal 2006 in poi, è previsto il seguente iter:

- presentazione del progetto alla scuola (entro il mese di maggio dell’anno precedente la realizzazione del progetto);
- raccolta delle adesioni al progetto (entro il 30 giugno dell’anno precedente la realizzazione del progetto);
- realizzazione del progetto (ottobre/novembre).

B. Tale obiettivo, avviato nel corso del 2006 andrà avanti nel 2007.

C. Il progetto sperimentale si svolgerà nel corso del 2007.

D. Il progetto sperimentale si svolgerà nel corso del 2007.

E. Il progetto sperimentale si svolgerà nel corso del 2007.

1.3 LA PREVENZIONE DEL DIABETE

1.3.1 Definizione del contesto

Dimensioni del problema a livello provinciale

I soggetti affetti da diabete mellito in Provincia di Trento, desumibili dal codice di esenzione ticket 013, risultano essere, al 31/12/2006, N. 13.790 con una prevalenza del 2,77 per cento abitanti (497.000), inferiore alla media stimata nazionale del diabete noto che è del 3,5 per cento: ricordiamo però che l'esenzione identifica solo i soggetti "certificati".

Al 31/12/2003 i soggetti diabetici erano 11.484.

Al 31/12/2005 il numero delle esenzioni era 12.780, con prevalenza del 2,57 %: vi è stato pertanto un aumento di 1.010 unità in un anno, pari ad un incremento del 7,9 % (in precedenza 1330 in due anni), con un tasso di crescita in accelerazione.

Breve descrizione del sistema provinciale per l'assistenza dei pazienti diabetici

In Provincia di Trento l'attività diabetologica è affidata a Strutture Semplici Divisionali o ad ambulatori di tipo divisionale annessi ai reparti di Medicina o Geriatria degli Ospedali di Trento, Rovereto, Arco, Tione, Mezzolombardo, Cles (con altro ambulatorio a Malè), Cavalese (con altro ambulatorio a Vigo di Fassa), Borgo (con ambulatori a Pergine e Primiero). Si aggiunge la presenza di un Centro di Diabetologia Pediatrica a Trento, a valenza provinciale.

A seguito del recepimento a livello provinciale della legge 115/87 riguardante l'organizzazione dei servizi diabetologici, ai Centri di Trento e Rovereto sono state attribuite competenze di 2-3° livello, di riferimento provinciale (Delibera di Giunta della Provincia Autonoma di Trento n.1381, 1987). Nella realtà, queste strutture continuano ad erogare anche prestazioni riferibili al livello di base.

1.3.2 Finalità generali

Nell'ambito della prevenzione e della diagnosi precoce, si fa riferimento ai già citati interventi di promozione di una corretta alimentazione e dell'attività fisica. Altre risorse ed impegno dovranno essere impiegati nella corretta gestione e nella sorveglianza della malattia e delle sue complicanze.

1.3.3 Obiettivi specifici

A. Progetti di “gestione integrata” fra Centri di Diabetologia e Medici di Medicina Generale –Servizi territoriali

In corso: hanno l'obiettivo di coinvolgere gli infermieri del territorio, i MMG e gli operatori del Centro antidiabetico. Sono basati sulla partecipazione attiva del paziente e dei familiari nella gestione domiciliare della malattia.

Avviati nel 2006 in via sperimentale nel Distretto di Trento, sono ora attivi:

- a. nel Distretto di Rovereto – Interessa 22 Medici di Medicina Generale;
- b. nel Distretto della Valle di Sole (Centro Diabetologico di Cles) – Coinvolge 12 Medici di Medicina Generale e 12 Infermieri;
- c. nei Distretti delle Valli di Fiemme e Fassa;
- d. nel Distretto delle Giudicarie e Rendena.

B. Ambulatorio Multispecialistico per il Piede

Avviato dal 2003 presso il Centro di Diabetologia di Trento, il progetto prevede il consolidamento della rete di lavoro a livello provinciale fra i centri/attività di 1°-2°-3° livello rispetto a prevenzione, screening, diagnosi e terapia, mediante l'attuazione di un percorso diagnostico terapeutico per le complicanze del piede diabetico (così come identificato dal Centro Diabetologico di Trento).

C. “Progetto Piede” della SIMG

Iniziato nell'autunno 2006, in corso, il progetto coinvolge 30 MMG e 20 Infermieri del Servizio Cure Domiciliari.

Obiettivo: Migliorare la qualità dell'assistenza e la gestione integrata del diabete nei pazienti non ambulabili seguiti dal MMG e dall'infermiere del Servizio Cure Domiciliari attivando un efficace programma di prevenzione, diagnosi precoce e cura del piede diabetico secondo le indicazioni delle linee guida specifiche e del documento sul consenso internazionale sul piede diabetico.

D. Informatizzazione

Gli obiettivi aziendali 2007 prevedono un'attività di riorganizzazione ed omogeneizzazione del Sistema Informativo dei Centri Diabetologici della Provincia.

Il progetto consiste nel costituire un unico database centrale dei soggetti diabetici afferenti ai Centri Diabetologici, con possibilità di analisi statistiche ed epidemiologiche, accesso e interscambio fra i Centri, accesso e interscambio con i MMG.

E. Informazione e sensibilizzazione

E' stato messo a punto un opuscolo ("Obiettivi terapeutici e sorveglianza delle complicanze del diabete mellito: indicazioni per la persona diabetica") basato sulle linee guida nazionali e internazionali, che è stato distribuito dall'APSS ai Centri Diabetologici, il cui personale sanitario curerà nel corso dell'anno la diffusione ai soggetti afferenti ai centri stessi, illustrandone contenuti e finalità. Sarà anche in seguito disponibile presso le farmacie, possibilmente con la presentazione agli interessati da parte del Farmacista.

1.3.4. Piano operativo

A. Percorso per la prevenzione e la cura del piede diabetico

Obiettivo generale

Migliorare la qualità dell'assistenza e la gestione integrata del diabete nei pazienti non ambulatori seguiti dal MMG e dall'infermiere del Servizio Cure Domiciliari attivando un efficace programma di prevenzione, diagnosi precoce e cura del piede diabetico secondo le indicazioni delle linee guida specifiche e del documento sul consenso internazionale sul piede diabetico(edizione 1999).

Obiettivi specifici

- di servizio

- ✓ gestire a domicilio i pazienti diabetici in integrazione tra MMG e Servizio Cure Domiciliari in un progetto definito d'assistenza nei confronti di pazienti con diabete;
- ✓ utilizzare metodi e strumenti di valutazione multidimensionale del rischio di complicanze dovute al diabete per la gestione del follow-up;
- ✓ definire gli interventi educativi(contenuti e materiali) rivolti al paziente e/o la famiglia per un'efficace auto gestione della malattia;
- ✓ disporre di informazioni utili sulla tipologia dei pazienti diabetici presenti nella comunità per orientare la risposta assistenziale ai bisogni di salute della popolazione afferente;

- ✓ promuovere l'integrazione con il Centro Antidiabetico dell'Ospedale S. Chiara per la gestione dei pazienti che necessitano di ulteriori approfondimenti clinici definendo dei percorsi dedicati per l'accesso alle cure di secondo livello;
- per il paziente
- ✓ disporre anche a domicilio di un programma di assistenza integrata (MMG e infermiere) per la gestione del follow-up del paziente diabetico, finalizzato al controllo metabolico e alla diagnosi precoce e cura delle complicanze del piede diabetico;
 - ✓ rinforzare le conoscenze del paziente e/o familiare per migliorare l'autonomia e le capacità nella gestione quotidiana della cura e l'igiene del piede, e per identificare i segni/sintomi precoci di rischio di lesioni;
 - ✓ integrare le conoscenze del paziente e/o famiglia sull'organizzazione dei servizi sanitari presenti sul territorio del proprio domicilio che intervengono sul monitoraggio del rischio al fine di orientare ad un miglior utilizzo della rete dei servizi e favorire un percorso di sicurezza per il paziente diabetico;
 - ✓ promuovere un controllo periodico delle conoscenze e abilità acquisite del paziente e/o familiari nell'autogestione della malattia per mantenerne il più a lungo possibile l'aderenza al progetto di cura al fine di ridurre il rischio di infezioni, di ulcere e di amputazioni;
 - ✓ disporre di un percorso dedicato per l'accesso al Centro Antidiabetico qualora il Medico di Medicina Generale ritenga opportuno ulteriori approfondimenti clinici e/o terapeutici in caso di scompenso metabolico o presenza di complicanze non gestibili al domicilio.

B. Ambulatorio multispecialistico per il piede.

Nel corso del 2003, presso l'Ospedale S. Chiara di Trento, si è costituito il "Gruppo multispecialistico per il piede diabetico" costituito da Diabetologo, Angiochirurgo, Radiologo, Ortopedico, Dermatologo, Infermiere Specializzato.

Presso l'ambulatorio del Centro Antidiabetico viene effettuata una valutazione multidisciplinare con la presenza contemporanea dei vari specialisti interessati, una volta alla settimana, per casi selezionati.

Vengono programmati gli ulteriori accertamenti o gli interventi necessari. Tale attività viene svolta per i pazienti afferenti al Centro stesso, ed è stata estesa sporadicamente a casi inviati da Assistenza territoriale, MMG, Centri Antidiabetici di Mezzolombardo, Cavalese e Borgo Valsugana.

L'esame angiografico viene programmato ed effettuato presso il D.H. della Chirurgia Vascolare, in giornate concordate con il Radiologo Interventista: è opportuno che per tutti i pazienti con piede diabetico l'angiografia abbia questo percorso di programmazione, deve essere effettuata una valutazione distale, con visualizzazione del circolo plantare, specificando anche il livello intermetatarsale su indicazione dell'Ortopedico, si deve poter procedere contestualmente ad intervento di rivascolarizzazione con angioplastica (PTA), garantendo adeguate condizioni di assistenza per il paziente diabetico.

Gli specialisti dell'UO di Radiologia hanno programmato e garantiranno l'implementazione tecnico-operativa delle metodiche interventistiche, in coordinamento con la Chirurgia Vascolare.

L'Ortopedia - anche per la presenza di Gruppo di Chirurgia del Piede - è vocata alla chirurgia ortopedica correttiva/preventiva mediante sedute operatorie dedicate e mediante presenza congiunta con Dermatologo e Angiochirurgo: tale attività, al momento attuale effettuata sporadicamente, rappresenta uno dei punti critici dell'organizzazione e necessita di una più precisa programmazione.

1.3.5 Estremi e riferimenti dei referenti aziendali

Il Dott. Paolo Acler è il referente provinciale presso il CCM per la prevenzione delle complicanze del diabete.

1.4 PREVENZIONE DELLE RECIDIVE DEGLI ACCIDENTI CARDIO-VASCOLARI

1.4.1 Definizione del contesto

Dimensioni del problema a livello provinciale

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di mortalità (44% di tutte le morti). Considerando gli anni potenziali di vita persi (gli anni che ogni persona avrebbe potuto vivere in più secondo l'attuale speranza di vita media) le malattie cardiovascolari tolgono ogni anno circa 300.000 anni di vita alle persone di età inferiore a 65 anni.

Anche nella nostra provincia le malattie del sistema cardio-circolatorio occupano il primo posto della cause di mortalità, rappresentando meno della metà dei decessi complessivi (44,4%), la metà per quanto riguarda il sesso femminile (50,4%) ed il 38,1% nei maschi.

L'infarto miocardico acuto viene attualmente suddiviso in IMA ST sopra e IMA senza STsopra.

I casi stimabili di IMA ST sopra sono circa 500-600 anno in Trentino di cui solo il 70-80% giunge in ambiente ospedaliero.

I casi di IMA non ST sopra sono invece più numerosi, stimabili in circa 800-1000 ricoveri /anno.

La mortalità ospedaliera di tutti questi casi è stimabile sul 8-10%, per cui ogni anno vengono dimessi con forme croniche di cardiopatia post-infartuale circa 1300 pazienti/ anno in Trentino.

1.4.2 Finalità generali

Individuare ed attivare le procedure e gli interventi necessari o utili a migliorare nei pazienti che hanno già avuto accidenti cardio-vascolari e negli operatori la capacità di controllo dei fattori di rischio e degli eventi sospetti.

1.4.3 Obiettivi specifici

- a. Mettere a punto interventi efficaci rivolti al controllo dei fattori di rischio come il fumo, l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia, sovrappeso ed obesità, iperglicemia, inattività fisica.
- b. Dopo la dimissione tutti i pazienti con IMA, compatibilmente con l'età, il quadro clinico e la disponibilità del paziente, vengono avviati a centri di riabilitazione, prevalentemente in regime di day-hospital o in regime di ricovero.

In riabilitazione vengono particolarmente affrontati (con incontri di gruppo ed individuali) i problemi della correzione dei fattori di rischio.

Anche indipendentemente dalla riabilitazione, prima della dimissione ogni paziente ha un colloquio per discutere la correzione dei suoi fattori di rischio ed un approccio farmacologico adeguato nella lettera di dimissione inviata al medico curante.

Non viene effettuata su questi pazienti, allo stato attuale, una valutazione del rischio di recidive.

1.4.4 Piano operativo

a. Oltre alle attività già citate nel paragrafo 1.2 (Prevenzione dell'obesità), sono in essere le seguenti attività:

- I. Realizzazione del progetto di educazione alla salute "Alcol e fumo" nelle scuole elementari, medie e superiori che ne fanno richiesta.
- II. Realizzazione – nelle scuole materne che ne fanno richiesta - delle iniziative basate sull'approccio razionale-emotivo al fine di creare, per le tematiche dell'alcol e del fumo, le condizioni favorevoli per le future scelte di salute (progetto "Girandola").
- III. Iniziative di formazione al counselling anti-tabagico nei confronti di operatori sanitari non medici, con riferimento particolare a quelli impegnati nell'assistenza territoriale.
- IV. Formazione dei referenti alcolologici di reparto (RAR).
- V. Distribuzione di materiale informativo sui danni da fumo a livello di punti nascita, distretti, consultori e momenti formativi vari.

L'obiettivo 1/2007 che la provincia ha assegnato all'APSS prevede inoltre:

- VI. Per la prevenzione delle dipendenze, l'attivazione di un gruppo di lavoro che rivaluti ed eventualmente modifichi la scheda anamnesi sugli stili di vita, la testi e la diffonda ai reparti come prassi per rilevare tra i degenti degli ospedali dell'APSS situazioni problematiche per quanto riguarda il consumo di alcol o fumo.

1.4.5 Estremi e riferimenti dei referenti aziendali

Il referente provinciale presso il CCM per la prevenzione cardio-vascolare è il Dott. Marcello Disertori.

Il Servizio Educazione alla Salute ed il Servizio di Riferimento per le Attività alcolologiche (Dott. Roberto Pancheri) si occupano delle attività di cui al punto 1.4.4 paragrafo a.

L'obiettivo PAT 1/2007 "Vivere meglio, vivere di più" è coordinato dal Dott. Enrico Nava.

2. LA PREVENZIONE DELLA PATOLOGIA TUMORALE

2.1 SCREENING DEL CARCINOMA MAMMARIO

In provincia di Trento l'esecuzione di programmi di screening per la diagnosi precoce di tumori è stata prevista già con il piano sanitario provinciale 1993/95. Il Piano poneva quali obiettivi la creazione di un osservatorio oncologico provinciale e la redazione di un registro tumori, la cui gestione in via permanente è stata avviata con l'anno 2001. Il Piano promuoveva la realizzazione di un programma organico di educazione sanitaria riferita ai fattori di rischio e la organizzazione e l'avvio di programmi di prevenzione secondaria.

2.1.1 Definizione del contesto

Dimensioni del problema a livello provinciale

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente tra le donne in Italia con circa 32.000 casi e 11.000 decessi all'anno. In provincia di Trento si registrano circa 350 casi e 100 decessi all'anno.

Breve descrizione del programma provinciale per lo screening mammografico

In provincia di Trento è attivo un programma di screening a partire dal 2000 (fase pilota), passato a regime nel 2001.

Il programma di screening per la diagnosi precoce del tumore al seno è stato avviato nel 1998, curando una preliminare campagna informativa e creando un centro di riferimento specifico. Il programma è attivo in sette sedi, anche se la lettura e la refertazione sono centralizzate e soddisfa i criteri e gli standard di qualità definiti dal Gruppo italiano screening mammografico (GISMa).

Dallo studio PASSI condotto nel 2005 risulta che, nella nostra provincia, il 59% delle donne tra i 50 ed i 69 anni riferisce di aver eseguito la mammografia entro i due anni ed il 28% più di 2 anni prima. Il 14% non ha mai eseguito una mammografia a scopo preventivo. Tra le altre ASL partecipanti all'indagine, il 57% delle donne intervistate ha eseguito la mammografia entro i due anni.

L'86% delle donne intervistate di età tra i 50 e i 69 anni (n=29) riferisce di aver eseguito una mammografia in assenza di segni e sintomi. Non si apprezzano differenze statisticamente significative in base all'età e al livello d'istruzione.

L'età mediana della prima mammografia preventiva è risultata essere 44 anni, più bassa pertanto rispetto all'età alla quale viene raccomandata la mammografia periodica (50 anni).

Tra le ASL partecipanti all'indagine il 75% delle donne ha eseguito la mammografia a scopo preventivo.

Quindi, nella nostra provincia, la percentuale di donne che riferisce di aver effettuato una mammografia a scopo preventivo è alta, grazie alla presenza di un programma di screening consolidato; è meno elevata la percentuale di donne che ha effettuato almeno una mammografia nell'intervallo raccomandato (ultimi due anni).

Nell'interpretazione dei dati sulla mammografia è tuttavia da considerare la bassa numerosità del campione di donne intervistate tra 50 e 69 anni (29 donne).

2.1.2 Finalità generali

Come suggerisce il piano nazionale della prevenzione 2005-07, gli obiettivi da porsi per il futuro sono: il consolidamento dei programmi esistenti e la correzione degli squilibri territoriali.

2.1.3 Obiettivi specifici

- A. Elaborare una specifica indagine - con le metodiche ritenute più idonee ed efficaci - per individuare i profili delle donne che volontariamente o involontariamente non hanno partecipato agli screening provinciali del tumore del collo dell'utero e della mammella.
- B. Promuovere una sempre maggiore attenzione alla prevenzione del tumore al seno, organizzando una campagna informativa che inviti anche le donne in età 45-49 anni a valutare l'opportunità di sottoporsi spontaneamente all'esame mammografico di carattere preventivo in regime di gratuità.
- C. Poiché, sulla base delle più recenti evidenze, si ritiene non opportuno estendere i programmi di screening mammografico alla fascia di età 45-49 anni, verranno messe in atto:
 - a. iniziative per il consolidamento e la promozione del programma di screening tra i 50 ed i 69 anni;
 - b. iniziative per governare, monitorare e controllare attivamente la domanda spontanea delle donne di età 45-49 anni ottimizzando la comunicazione affinché ad esse arrivi un'informazione corretta e dettagliata sui rischi e benefici (partecipazione consapevole), con il coinvolgimento dei MMG;
- D. Elaborare uno specifico studio valutativo circa l'opportunità e la fattibilità di implementare una Breast Unit provinciale che integri - nel trattamento della patologia

mammaria - le competenze preventive, diagnostiche, oncologiche, chirurgiche, anatomo-patologiche, plastico-ricostruttive, psicologiche e riabilitative.

2.1.4 Piano operativo

- A. Le fasi operative saranno articolate nella raccolta di strumenti di indagine e di metodologie utilizzate in altre realtà nazionali; nella messa a punto di un questionario; nella effettuazione dei test di comprensione del questionario in piccoli gruppi.
- Se risulterà possibile, oltre all'elaborazione richiesta, si procederà all'effettuazione di una specifica indagine, attraverso le seguenti fasi operative: estrazione della casistica di interesse dai database; definizione del campione; invio postale del questionario; reinvio per le non responders; contatto telefonico per le non responders al questionario postale da parte del personale dell'Osservatorio Epidemiologico; data entry dei dati; elaborazione dei dati; stesura del documento.
- B. Le fasi operative saranno articolate nell'acquisizione di letteratura e materiale presenti a livello nazionale inerenti la sensibilizzazione delle donne di età compresa tra i 45 ed i 49 anni, rispetto all'importanza di sottoporsi all'esame mammografico; nella preparazione di una campagna di sensibilizzazione in collaborazione con il Dipartimento di Radiologia (senologia) e l'Ufficio stampa dell'APSS; nella distribuzione del materiale informativo prodotto.
- C. Gli operatori sanitari dei distretti andranno formati affinché siano in grado di sensibilizzare gli operatori sanitari operanti in altre realtà e la popolazione, sull'importanza preventiva dello screening. Verranno individuati idonei percorsi formativi cui indirizzare un referente per ciascun distretto sanitario che, a sua volta, si renderà disponibile a trasferire quanto appreso agli operatori sanitari del distretto di appartenenza e, a cascata, ad operatori sanitari operanti in altre realtà (MMG soprattutto) ed alla popolazione.
- D. L'opportunità di attivare una Unità di Breast Unit è già ampiamente documentata in letteratura internazionale. Nella nostra realtà è già in funzione da più di 10 anni un percorso diagnostico-terapeutico, che si concretizza nel consulto multi-disciplinare (radiologo, chirurgo, oncologo, radioterapista), rivolto alle persone affette da patologia mammaria. Questo modello è stato esportato anche nei casi screening-detected a partire dall'attivazione del programma di screening mammografico provinciale (2000-2001) conseguendo ottimi risultati nella fase gestionale della patologia (contenimento dell'intervallo fra momento diagnostico ed atto terapeutico).

La valutazione dell'opportunità e della fattibilità di realizzare una Breast Unit provinciale ha lo scopo di analizzare tutti gli aspetti relativi al trattamento più appropriato dei casi ed alla qualità delle prestazioni.

2.1.5 Estremi e riferimenti dei referenti aziendali

Il referente provinciale presso il CCM per la prevenzione del carcinoma mammario è il Dott. Sabino Della Sala.

Gli obiettivi A e B sono parte dell'obiettivo PAT 3/2007 "La salute della donna", coordinato dalla Direzione Igiene e Sanità Pubblica (Dott.ssa Laura Ferrari). Le strutture referenti sono: L'Osservatorio Epidemiologico, il Dipartimento di Radiologia (Senologia), il Servizio Educazione alla Salute.

L'obiettivo E è di competenza della Direzione Igiene e Sanità Pubblica e delle Direzioni di distretto.

2.1.6 Tempi per la realizzazione (cronoprogramma)

A. L'obiettivo verrà realizzato nel corso del 2007:

- revisione della letteratura (marzo 2007)
- raccolta di strumenti di indagine e di metodologie utilizzate in altre realtà nazionali (giugno 2007);
- messa a punto di un questionario (settembre 2007);
- effettuazione dei test di comprensione del questionario in piccoli gruppi (dicembre 2007).

Se risulterà possibile, oltre all'elaborazione richiesta, si procederà (2008) all'effettuazione di una specifica indagine, attraverso le seguenti fasi operative:

- estrazione della casistica di interesse dai database;
- definizione del campione;
- invio postale del questionario;
- reinvio per le non responders;
- contatto telefonico per le non responders al questionario postale da parte del personale dell'Osservatorio Epidemiologico;
- data entry dei dati;
- elaborazione dei dati;
- stesura del documento.

B. L'obiettivo verrà realizzato nel corso del 2007

- Acquisizione di letteratura e materiale presenti a livello nazionale inerenti la sensibilizzazione delle donne di età compresa tra i 45 ed i 49 anni, rispetto all'importanza di sottoporsi all'esame mammografico (marzo 2007).
- Predisposizione della campagna di sensibilizzazione in collaborazione con il Dipartimento di Radiologia (senologia) e l'Ufficio stampa dell'APSS (giugno/luglio 2007).
- Stampa del materiale predisposto (settembre 2007).
- Distribuzione del materiale informativo prodotto (ottobre/dicembre).

C. L'obiettivo, avviato nel 2007, verrà realizzato nel corso dei prossimi 3 anni.

- Individuazione di almeno un referente per ciascun distretto per quanto riguarda gli screening oncologici.
- Individuazione e selezione dei corsi/convegni dedicati agli screening oncologici (in particolare alla comunicazione in tema di screening oncologici).
- Formazione dei referenti.
- Formazione, da parte dei referenti, degli operatori sanitari operanti in altre realtà (MMG soprattutto) e sensibilizzazione e promozione degli screening oncologici presso la popolazione.

D. L'obiettivo verrà realizzato nel corso del 2007

Lo studio di fattibilità prevede le seguenti fasi (primo trimestre 2007);

- raccolta ed analisi delle esperienze più significative (primo trimestre 2007);
- analisi degli aspetti tecnici ed organizzativi che possono garantire la migliore omogeneizzazione della fase diagnostica in tutte le sedi del Dipartimento di radiodiagnostica dotate di diagnostica senologica (valutazione delle immagini da parte di un pool di medici esperti in senologia) (secondo trimestre 2007);
- valutazione dell'adeguatezza di una centralizzazione dell'iter diagnostico nelle pazienti sintomatiche (secondo trimestre 2007);
- verifica della necessità di nuove tecnologie (secondo trimestre 2007);
- verifica del carico di lavoro aggiuntivo per il radiodiagnosta e per le altre figure professionali (terzo trimestre 2007);
- verifica della disponibilità delle altre figure professionali coinvolte nella gestione della patologia mammaria, previste dalla Breast Unit (terzo trimestre 2007);

- verifica delle ricadute dei costi aggiuntivi, in termini di risorse umane e materiali, dell'opzione progettuale (quarto trimestre 2007).

2.2 SCREENING DEL CARCINOMA DEL COLLO DELL'UTERO

2.2.1 Definizione del contesto

Dimensioni del problema a livello provinciale

Nei Paesi industrializzati la neoplasia del collo dell'utero rappresenta la seconda forma tumorale più diffusa tra le donne al di sotto dei 50 anni. In Italia si contano circa 3.000 nuovi casi e 1.000 morti ogni anno.

Nella nostra provincia, i tassi di incidenza (Registro Tumori) relativi al periodo 1999-2002, si abbassano, rispetto al quadriennio precedente, per tutte tre le sedi (utero sede non spec., cervice uterina, corpo utero, rispettivamente: 1,7, 3,9 e 10,0 per 100.000). Particolarmente basso risulta il tasso per le neoplasie della cervice uterina sia rispetto alle vicine regioni, sia all'insieme dei Registri Italiani.

Nel periodo 2000-2004 i decessi in tutte le età per neoplasie del collo dell'utero sono 19, pari al 18,8% dell'intera casistica delle neoplasie uterine e corrispondono a 4 casi anno.

Il peso sul totale delle cause di morte per tumore nella donna, per tutte le sedi uterine, è contenuto (nel periodo 2000-2004 3,3%), tuttavia si osserva un incremento negli ultimi due anni.

Breve descrizione del programma provinciale per lo screening

Lo screening si è dimostrato efficace nel ridurre incidenza e mortalità di questa neoplasia e nel rendere meno invasivi gli interventi chirurgici correlati. Lo screening si basa sul pap test effettuato ogni tre anni nelle donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. In Trentino lo screening mediante pap-test è stato avviato dal 1993. Nel 2005 è stata deliberata la conduzione in via permanente dello screening, che soddisfa i criteri e gli standard di qualità definiti dal Gruppo italiano screening del cervico-carcinoma (GISCi).

Uno studio caso-controllo condotto nel 2005 in provincia di Trento ha dimostrato come l'aver effettuato almeno un pap-test nell'ultimo triennio sia associato alla riduzione del rischio di avere un carcinoma invasivo della cervice dell'80%.

Dallo studio PASSI condotto nel 2005 risulta che, nella nostra provincia, l'89% delle donne intervistate, di età compresa tra i 25 ed i 64 anni (n=83), riferisce di aver effettuato il pap-test in assenza di segni e sintomi; le percentuali sono più elevate al crescere dell'età. Non si osservano differenze significative per stato civile e livello d'istruzione. L'età media del primo pap-test a scopo preventivo è risultata essere 27 anni. Tra le altre ASL partecipanti

all'indagine il 78% delle donne intervistate tra i 25 ed i 64 anni riferisce di aver eseguito il pap-test a scopo preventivo.

2.2.2 Finalità generali

Come suggerisce il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-07, gli obiettivi da porsi per il futuro sono: il consolidamento dei programmi esistenti e la correzione degli squilibri territoriali.

2.2.3 Obiettivi specifici

- A. Elaborare una specifica indagine - con le metodiche ritenute più idonee ed efficaci - per individuare i profili delle donne che volontariamente o involontariamente non hanno partecipato agli screening provinciali del tumore del collo dell'utero e della mammella.
- B. Valutare gli aspetti organizzativi ed informatici che possono permettere ai Servizi vaccinali provinciali di garantire l'effettuazione della vaccinazione HPV a partire dall'anno 2008.
- C. Aderire allo studio multiregionale sulla prevalenza dell'infezione HPV nelle giovani (18-24 anni), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. L'arruolamento avverrà nella seconda metà del 2007.
- D. Formare gli operatori sanitari dei distretti, affinché siano in grado di sensibilizzare la popolazione, raggiungendo in particolare le fasce più critiche, sull'importanza preventiva dello screening.

2.2.4 Piano operativo

- A. Le fasi operative saranno articolate nella raccolta di strumenti di indagine e di metodologie utilizzate in altre realtà nazionali; nella messa a punto di un questionario; nella effettuazione dei test di comprensione del questionario in piccoli gruppi.
Se risulterà possibile, oltre all'elaborazione richiesta, si procederà all'effettuazione di una specifica indagine, attraverso le seguenti fasi operative: estrazione della casistica di interesse dai database; definizione del campione; invio postale del questionario; reinvio per le non responders; contatto telefonico per le non responders al questionario postale da parte del personale dell'Osservatorio Epidemiologico; data entry dei dati; elaborazione dei dati; stesura del documento.
- B. Effettuare uno studio di fattibilità/impatto della vaccinazione anti-HPV nei distretti sanitari.
- C. Protocollo studio di prevalenza in donne di 18-24 anni.

Obiettivo

Stimare la prevalenza di infezione da papillomavirus umano nelle donne di età tra 18 e 24 anni e i genotipi presenti.

Lo studio è strettamente coordinato con quello di fattibilità sulla vaccinazione che in parte coinvolge donne della stessa età e fornisce anche dati simili, da integrare. I centri sono in parte gli stessi ma alcuni centri sono coinvolti in uno solo degli studi.

Metodi

Criteri di eleggibilità:

donne in età 18-24 anni residenti in ASL urbane ed extraurbane del Nord, Centro e Sud Italia in cui siano attivi programmi di screening organizzato per il carcinoma della cervice uterina. Verranno coinvolti i centri partecipanti a NTCC, di cui si hanno o si stanno producendo gli stessi dati per le donne di età 25-60 più la Campania.

ASL partecipanti:

Piemonte: Torino

Provincia Autonoma di Trento

Emilia Romagna: Bologna e Ravenna

Toscana: Firenze

Veneto: Padova e Verona

Campania: ASL Napoli 2, Benevento, Caserta 2 (solo 1 o 2 , da concordare)

Campionamento:

E' necessario avere 2000 donne aderenti allo studio. Dalle liste anagrafiche di popolazione (possibilmente anagrafe comunale, eventualmente anagrafe sanitaria) verranno campionati con metodo casuale semplice un primo campione di 2500 donne di età compresa tra 18 e 24 anni e un secondo campione di 1500 donne con le stesse caratteristiche.

Modalità di invito:

Le donne campionate nel primo gruppo verranno invitate a partecipare allo studio.

Le donne riceveranno a domicilio una lettera di invito da parte della ASL per recarsi presso la sede territoriale dei servizi di screening per sottoporsi ad un Pap-test gratuito e per un colloquio sulla prevenzione del carcinoma della cervice uterina mediante Pap-test.

La lettera proporrà una data e un orario prestabilito per l'incontro, ma verrà indicato un numero telefonico per modificare l'appuntamento in caso di indisponibilità da parte della donna.

Si utilizzeranno gli stessi centri partecipanti allo studio pilota ma in orari diversi

La lettera conterrà l'indicazione di un referente della ASL.

I medici di famiglia riceveranno la lista nominale delle loro assistite arruolate nello studio.

Dopo l'invio della lettera, sarà effettuata una telefonata, da personale addestrato, per verificare la disponibilità delle donne invitate ad aderire all'iniziativa.

Modalità di richiamo e gestione delle non rispondenti:

Le donne che non si presenteranno ai servizi per il colloquio a seguito della lettera di invito saranno richiamate mediante 2 telefonate in giorni ed orari diversi (3 telefonate in totale)

Le telefonate saranno effettuate dal personale arruolato ad hoc per lo studio.

Le non rispondenti verranno distinte in quelle non trovate e quelle che rifiutano di aderire. Le aderenti verranno distinte per aver aderito immediatamente o dopo sollecito.

Alle donne che rifiutano di aderire allo studio verranno richieste informazioni relative alle principali caratteristiche socio-demografiche e ai motivi della mancata rispondenza.

Dopo la conclusione dell'invito delle donne campionate nel primo gruppo verrà stimato il numero di donne da ulteriormente chiamare in base all'adesione complessiva ottenuta nel primo gruppo.

Le stesse verranno invitate e, se necessario, sollecitate, con le stesse modalità del primo gruppo.

Modalità di gestione delle donne per classe di età:

Le aderenti riceveranno:

invito per Pap-test e counselling sulla prevenzione del carcinoma della cervice uterina (tutte)

Pap-test (tutte, eccetto le donne che non hanno ancora iniziato l'attività sessuale)

test HC2 (tutte, eccetto le donne che non hanno ancora iniziato l'attività sessuale)

tipizzazione per HPV 16,18 (solo le positive al test HC2)

Tutte le procedure (pap-test, HC2, tipizzazione HPV, vaccinazione) saranno offerte gratuitamente.

Counselling, pap-test e prelievo per HC2 saranno effettuati presso i Centri screening dalle ostetriche arruolate per lo studio.

Saranno fornite alle partecipanti le risposte del pap-test; in caso di risposta positiva le donne saranno avviate al percorso diagnostico-terapeutico previsto dal programma di screening organizzato.

Al contrario, il risultato del test HC2 non verrà comunicato, per evitare di inviare ad accertamenti diagnostici non necessari e potenzialmente dannosi un elevato numero di donne. Infatti, la prevalenza delle infezioni da HPV è massima nelle donne molto giovani, ma la maggioranza di tali infezioni regredisce spontaneamente.

Modalità di prelievo e test per la ricerca di HPV

Dopo consenso informato verrà effettuato un prelievo per la citologia in fase liquida, sul quale potrà essere effettuato anche l'esame molecolare per la presenza di virus dell'HPV (Hybrid Capture II, Digene; test HC2). Questa metodologia è già stata applicata a un contesto di screening organizzato, nell'ambito di un trial per confrontare diverse modalità di screening (pap-test vs test HPV, trial NTCC).

I centri che adottano il Thin-prep possono effettuare un unico prelievo e fare il test molecolare dopo aver allestito il vetrino.

I centri che non adottano Thin-prep possono effettuare due prelievi, prima lo striscio convenzionale, poi un prelievo in STM per il test molecolare.

La ricerca dell'HPV avverrà tramite il test HC2 con entrambe la sonda medio alto rischio, utilizzando il cut off di positività standard di 1 pg/ml.

I test verranno eseguiti presso i centri che eseguono HC2 nell'ambito dello studio NTCC (Torino, Trento, Padova, Bologna, Firenze).

Verrà messo in atto un sistema di controllo di qualità dei test molecolari sul modello di quello adottato per lo studio NTCC.

Test per la tipizzazione degli HPV ad alto rischio

Nelle donne positive per HC2 alla sonda ad alto rischio si procederà ad estrazione del DNA e a PCR con i consensus primers GP5+/6+ e successiva tipizzazione mediante revers line blot hybridisation.

Come controllo di idoneità di ciascun campione verrà co-amplificato il gene della beta globina e in ogni seduta verranno introdotti controlli di qualità interni ed esterni.

L'estrazione del DNA, la PCR e la successiva tipizzazione verranno eseguiti presso centri che già svolgeranno questa attività nell'ambito dello studio NTCC (Torino, Trento, Padova, Firenze).

Analisi dei dati:

I dati relativi al prelievo, al risultato del test HPV e della citologia cervico-vaginale, nonché ad eventuali approfondimenti verranno registrati da ogni centro sul proprio sistema informatico.

Verranno prodotti scarichi dei dati secondo un tracciato standard, che includerà anche i dati relativi a solleciti e mancata partecipazione sopra indicati. Il trattamento dei dati scaricati avverrà presso il CPO Piemonte, Torino in collaborazione con Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS.

Risultati attesi:

Stima di prevalenza delle infezioni da HPV ad alto rischio nelle donne di età 18-24 anni.

Servizi e operatori sanitari coinvolti nella realizzazione dello studio:

servizi degli screening (consultori familiari, ambulatori territoriali): ginecologi, ostetriche, assistenti sociali

medici di famiglia

altri operatori sanitari che possono promuovere l'adesione allo studio, secondo l'organizzazione locale

Pianificazione delle attività:

Identificazione ed arruolamento delle strutture territoriali e del personale sanitario da coinvolgere nell'implementazione delle attività per ogni singola ASL.

Messa a punto e validazione degli strumenti necessari all'implementazione dello studio:

liste anagrafiche di popolazione aggiornate, per le ASL che aderiscono allo studio

numeri telefonici e indirizzi di tutte le donne campionate

liste delle assistite per medico di famiglia sul totale delle donne campionate

lettere di invito per le donne

manuale per le procedure operative relative agli inviti e ai richiami delle non rispondenti

format per la raccolta delle informazioni socio-demografiche e motivi del rifiuto per le donne che rifiutano di aderire allo studio

modulo per richiesta di consenso informato

procedure operative per la raccolta dei campioni per HC2 e loro trasporto

software per la registrazione dei dati

Approvvigionamento e stoccaggio di:

2000 test HC2

440 test per tipizzazione HPV16,18 (stimando una prevalenza del 20% di positività al test HC2 ed il 10% di ripetizioni)

Formazione e aggiornamento degli operatori sanitari coinvolti:

presentazione e condivisione del protocollo dello studio con tutti gli operatori coinvolti.
Aggiornamento sull'epidemiologia del carcinoma della cervice uterina, infezione da HPV,

prevenzione secondaria mediante Pap-test e primaria mediante vaccini contro l'HPV.

Addestramento sulle modalità di comunicazione e counselling.

Addestramento per l'esecuzione e la gestione del prelievo per l'HPV.

Carico di lavoro nelle ASL partecipanti

In ogni ASL, lo studio sarà seguito da personale dedicato, finanziato dal progetto.

Spese a carico del budget di progetto

2000 test HC2

400 test per tipizzazione HPV ad alto e basso rischio oncogeno

personale a contratto per un valore di 48.6 euro a donna reclutata nello studio

Formazione del personale

Analisi dei dati e pubblicazione report

Spese a carico delle ASL

Disponibilità degli ambulatori territoriali per counselling e prelievi (comprensiva di materiale a perdere).

Spedizione delle lettere di invito.

Spese telefoniche

- D. Individuare idonei percorsi formativi cui indirizzare un referente per ciascun distretto sanitario che, a sua volta, si renda disponibile a trasferire quanto appreso agli operatori sanitari del distretto di appartenenza.

2.2.5 Estremi e riferimenti dei referenti aziendali

Il referente provinciale presso il CCM per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina è il Dott. Enrico Nava.

Gli obiettivi A, B e C fanno parte dell'obiettivo PAT 3/2007 "La salute della donna", coordinato dalla Direzione Igiene e Sanità Pubblica (Dott.ssa Laura Ferrari). Le strutture referenti sono: l'Osservatorio Epidemiologico, l'U.O. Igiene Pubblica, l'Anatomia patologica.

L'obiettivo D è di competenza della Direzione Igiene e Sanità Pubblica e dei Direttori di distretto.

2.2.6 Tempi per la realizzazione (cronoprogramma)

- A. L'obiettivo verrà realizzato nel corso del 2007

- B. L'obiettivo verrà realizzato nel corso del 2007
- C. L'obiettivo verrà realizzato nel corso del 2007/2008
- D. L'obiettivo, avviato nel 2007, verrà realizzato nel corso dei prossimi 3 anni.

2.3 SCREENING DEL CARCINOMA DEL COLON-RETTO

2.3.1 Definizione del contesto

Dimensioni del problema a livello provinciale

In provincia di Trento, tutte le neoplasie del tubo digerente, esofago-stomaco-tenuo-colon-retto, costituiscono cumulativamente la causa del 21,3% dei decessi per tumori nei maschi (colon 8,3%,) e del 21,8% dei decessi per tumori nelle femmine (colon 9,1%).

Breve descrizione del programma provinciale per lo screening del carcinoma del colon-retto

La Giunta provinciale ha assegnato, per l'anno 2005, uno specifico obiettivo di prevenzione secondaria oncologica chiedendo all'Azienda sanitaria di "proporre, attivamente ed in forma sistematica, a specifici gruppi a rischio, indagine diagnostica del colon-retto con l'obiettivo di identificare precocemente neoplasie maligne del colon-retto in fase asintomatica al fine di modificarne la prognosi."

Si ritiene ora che il Servizio sanitario provinciale sia in grado di realizzare un vero e proprio screening di popolazione con riferimento al cancro colon-rettale, da effettuarsi secondo le evidenze scientifiche e le metodiche operative indicate, condivise e proposte anche a livello nazionale ed internazionale.

Finalità generali

Su queste basi e con la prospettiva di realizzare l'iniziativa in argomento su tutto il territorio provinciale, l'Azienda sanitaria è tenuta, nel corso del prossimo triennio, a progettare lo screening provinciale del carcinoma del colon-retto, secondo le evidenze scientifiche e le metodiche operative indicate, condivise e proposte anche a livello nazionale ed internazionale, e ad implementarlo in un numero di Distretti che consenta di raggiungere almeno il 50% del target provinciale.

2.3.2 Descrizione del progetto

Il modello di screening che si propone di attivare è quello che prevede di offrire come test di primo livello il test del sangue occulto (SOF) e nei soggetti con test SOF positivo l'effettuazione di una pancoloscopia (test di 2° livello). Tale modello è ben accettabile da parte dei soggetti sani asintomatici ai quali è rivolto ed è quello più comunemente adottato in Italia (in 52 dei 56 programmi avviati). È inoltre il modello che dispone delle più solide evidenze scientifiche (1-6). Il progetto di screening sarà indirizzato agli assistiti di sesso maschile e femminile appartenenti alla fascia di età 50-69 anni (anche per omogeneità con i due progetti di screening già attivati in provincia di Trento). A questi soggetti verrà proposta ogni due anni l'effettuazione di un test SOF con metodo immunochimico. Tale test si è dimostrato efficace anche quando proposto in campione singolo (invece dei 3 usuali) ed a

cadenza biennale. Ai soggetti positivi al SOF (che alla prima esecuzione del test sono circa il 6%) verrà proposta l'effettuazione di una pancoloscopia con asportazione nel corso dello stesso esame degli eventuali polipi. I soggetti con polipi non asportabili endoscopicamente o con carcinoma invasivo (esclusi quelli per i quali il trattamento endoscopico è curativo) saranno avviati al percorso diagnostico terapeutico multidisciplinare secondo le modalità già operative nell'APSS.

Verrà predisposta una campagna informativa rivolta agli utenti ed un programma di formazione per il personale coinvolto nel programma includendo anche i Medici di Medicina Generale. Un loro coinvolgimento in particolare per l'attività di "counselling" appare cruciale per poter garantire una buona adesione al progetto. Verrà creato un gruppo tecnico-scientifico che avrà la funzione di garantire il coordinamento di tutte le attività dello screening, di definire in dettaglio le modalità esecutive del progetto e di garantirne il monitoraggio.

Sarà necessario acquisire un software gestionale che si dovrà interfacciare con le banche dati provinciali (in particolare Anagrafe Provinciale e Servizi Osservatorio Epidemiologico, Laboratorio, Anatomia Patologica e Gastroenterologia) e dovrà consentire la gestione complessiva del programma di screening incluso il suo monitoraggio tramite la rilevazione di una serie di indicatori che riguarderanno sia la fase organizzativa che i test di 1° e 2° livello.

Sarà necessario attivare un "centro screening" per la parte operativa (invio inviti ecc.), ed al quale affiancare un "call-center". Una soluzione da considerare con attenzione è quella di creare un centro unificato con gli altri screening.

Per quanto riguarda l'impatto del progetto sui carichi di lavoro relativi al trattamento va segnalato che in fase iniziale vi sarà un aumento di tale attività secondaria ad un anticipo diagnostico che si potrà stimare una volta a regime di circa 100/casi/anno; si tratterà di lesioni tumorali in fase precoce e nel 15% sarà curativo il trattamento endoscopico. Tale attività andrà poi lentamente riducendosi, scendendo sotto il carico attuale.

2.3.3 Piano operativo

- A. Progettazione dello screening
- B. Acquisizione e adattamento software gestionale da utilizzare per l'interfacciamento con le banche dati provinciali; il software dovrà consentire la gestione complessiva del programma di screening incluso il suo monitoraggio
- C. Predisposizione degli elenchi computerizzati e pulizia delle liste
- D. Predisposizione di un progetto di formazione del personale
- E. Predisposizione di una campagna informativa

- F. Gestione del test di primo livello(SOF): distribuzione del test, accettazione, trasporto, lettura, referto, comunicazione dei positivi
- G. Contatto dei positivi e programmazione ed effettuazione del colloquio informativo (indicazione, preparazione e consenso informato alla colonscopia)
- H. Effettuazione del test di 2° livello -colonscopia - (sedazione, effettuazione esame, refertazione) e della eventuale polipectomia (invio materiale all'Anatomia Patologica) ed osservazione post-esame.
- I. Attività di diagnostica istologica: ricevimento del materiale, fissazione, valutazione e refertazione
- J. Chiusura del percorso ed indicazioni del follow-up
- K. Monitoraggio del progetto e gestione del data base
- L. Attivazione ulteriori livelli diagnostico-terapeutici

2.3.4 Monitoraggio del progetto

- definizione degli indicatori di processo e di esito
- definizione delle modalità di acquisizione dei dati per la valutazione degli indicatori di processo e di esito

2.3.5 Estremi e riferimenti dei referenti aziendali

Il referente provinciale presso il CCM per la prevenzione del carcinoma del colon-retto è il Dott. Giovanni de Pretis, che è anche coordinatore dell'obiettivo PAT 4/2007 "Screening provinciale del carcinoma del colon-retto".

2.3.6 Tempi per la realizzazione (cronoprogramma)

Il progetto verrà attivato nell'arco di tre anni:

- A. Obiettivo realizzato nel corso del 2007.
- B. Obiettivo realizzato nel corso del 2007.
- C. Obiettivo realizzato nel corso del 2007.
- D. Obiettivo realizzato nel corso del 2007.
- E. Obiettivo realizzato nel corso del 2007.
- F. Inizio sperimentale in un distretto sanitario (Alto Garda e Ledro) alla fine del 2007.
- G. Inizio sperimentale in un distretto sanitario (Alto Garda e Ledro) alla fine del 2007.
- H. Inizio sperimentale in un distretto sanitario (Alto Garda e Ledro) alla fine del 2007.
- I. Inizio sperimentale in un distretto sanitario (Alto Garda e Ledro) alla fine del 2007.
- J. Inizio sperimentale in un distretto sanitario (Alto Garda e Ledro) alla fine del 2007.

K. Inizio sperimentale in un distretto sanitario (Alto Garda e Ledro) alla fine del 2007.

L. Inizio sperimentale in un distretto sanitario (Alto Garda e Ledro) alla fine del 2007.

Nel corso del 2008 verranno coinvolti altri distretti sanitari, fino ad avere la copertura completa entro la fine del 2009.

3. LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI

3.1 SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI

3.1.1 Introduzione

Descrivere le dimensioni del problema a livello provinciale (1)

Ogni anno in Italia gli incidenti stradali causano circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri e 600.000 prestazioni di pronto soccorso, cui seguono circa 20.000 invalidi permanenti con costi sociali ed umani elevatissimi. Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte negli uomini sotto i 40 anni ed una delle cause principali di invalidità.

La situazione trentina non differisce sostanzialmente da quella nazionale. Secondo le ultime statistiche disponibili nella nostra provincia, 2004², gli incidenti con almeno un infortunato sono stati 1.555. Sono decedute 55 persone e i feriti sono stati 2.099. In altre parole, abbiamo registrato più di un morto e circa 40 feriti ogni settimana. Per quanto riguarda i costi sociali per la regione Trentino Alto Adige, sempre nel 2004, secondo i dati ISTAT gli incidenti stradali sono costati alla collettività 280 milioni di euro, circa 300 euro all'anno per abitante.

Dall'analisi del database Mitris 2003-2005 emerge che la maggior parte degli incidenti avviene all'interno dell'abitato (il 42% su strada urbana, il 18% su statale ed il 6% su strada provinciale). Fuori dall'abitato avviene poco meno di un terzo dei sinistri (il 19% su strada statale, l'8% su strada provinciale ed il 2% su autostrada).

Le violazioni più frequenti del codice della strada sono rappresentati dall'art.141 – velocità (24%), art.145 – precedenza (20%), art.149 – distanza di sicurezza (13%) e art. 186 – ebbrezza (9%).

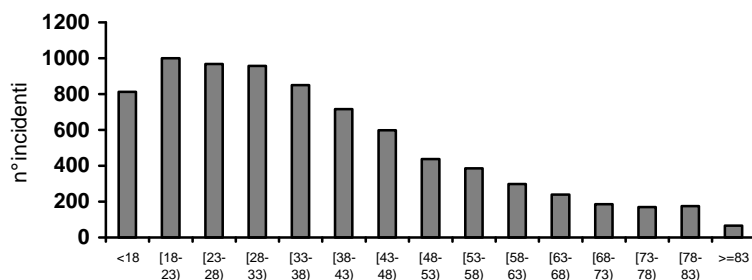
I mezzi più frequentemente coinvolti erano l'autovettura privata (64%), il motociclo (10%), l'autocarro (8%) e il ciclomotore (6%). La bicicletta è coinvolta nel 4% degli incidenti.

La distribuzione per classi di età è riassunta in figura. Le classi di età più colpite risultano quelle giovanili da 18 a 33 anni.

¹ Per approfondimenti si veda allegato 1, Rapporto incidenti stradali anno 2005

² riportiamo i dati ISTAT relativi al 2004 e non quelli aggiornati al 2005 perché il report ISTAT pubblicato il 27 novembre 2006 conteneva un sostanziale errore nel conteggio degli eventi (incidenti, morti e feriti) per la provincia di Trento

Fig. Provincia di Trento. Database MITRIS 2003-2005. Incidenti con feriti per classe di età.



Dai risultati dello studio PASSI condotto nel 2005, in Trentino si registra un buon livello dell'uso dei dispositivi di sicurezza (92% degli intervistati dichiara di usarle sempre), fatta eccezione per l'uso della cintura di sicurezza sui sedili posteriori (solo il 27% dichiara di usarle sempre). L'utilizzo dei dispositivi risulta più elevato rispetto a quello delle ASL partecipanti all'indagine.

Per contro, il problema della guida sotto l'effetto dell'alcol risulta più diffuso in Trentino rispetto all'insieme delle altre ASL partecipanti (il 17% degli intervistati dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol nel mese precedente l'indagine); appaiono a rischio in particolar modo i giovani tra 18 e 24 anni e gli uomini (la percentuale sale al 36%).

Tramite indagini ad hoc è stato dimostrato un uso non ottimale dei seggiolini per bambini, soprattutto a partire dai 3 anni di età (solo un terzo circa dei genitori trasporta correttamente i propri bambini).

Un altro problema è rappresentato dagli incidenti stradali sul lavoro. Dall'analisi della banca dati INAIL-ISPEL-Regioni nel 2005 risultano 872 infortuni stradali (11% di tutti gli infortuni). Il 65% (565) degli infortuni stradali erano infortuni stradali in itinere (esclusi dall'analisi di approfondimento). L'80% degli infortunati è di sesso maschile, l'età media è di 38 anni. Il numero maggiore di infortuni accade nel settore Servizi (110), Costruzioni (62), Trasporti (46). La proporzione maggiore di infortuni stradali rispetto agli altri infortuni si registra nel settore dei Trasporti (15%). Per approfondimenti si veda allegato 2, Infortuni per incidente stradale in provincia di Trento.

Alla luce di queste considerazioni risulta importante continuare e rafforzare gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l'attività sanzionatoria da parte delle forze dell'ordine, con particolare attenzione al controllo dell'uso della cintura posteriore e dell'alcolemia.

Descrivere la/e fonte/i informativa/e utilizzata/e:

- **ACI-ISTAT**
 - schede compilate dalle forze dell'ordine e raccolte a livello nazionale dall'ISTAT
- **SDO (Scheda di dimissione ospedaliera)**
 - è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. Le SDO sono compilate e sottoscritte dal medico che dimette il paziente. Le informazioni raccolte sono trasmesse alle Province/Regioni e da queste al Ministero della Salute
- **Archivi di mortalità**
 - Archivio elettronico provinciale di tutte le schede di morte
- **Sistema informativo del Pronto Soccorso**
 - Tutti i punti di PS della provincia di Trento sono informatizzate. Il tracciato record comprende un campo "incidente stradale".
- **Sistema MITRIS (Mitigazione del rischio incidenti stradali)**
 - Il sistema MITRIS è un'infrastruttura informatica per raccogliere in modo accurato, tempestivo e completo i dati dei rilievi di incidente provenienti dalle diverse Forze (Carabinieri, Polizie Municipali, e Polizia Stradale) e collegarli al Sistema Informativo Sanitario provinciale (SDO e PS). Il progetto fa parte del Centro Integrato di Monitoraggio del traffico della Provincia Autonoma di Trento.
- **Progetto PASSI**
 - Lo studio Passi è uno studio di popolazione effettuato nel 2005 dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento e da altre 123 aziende sanitarie in Italia condividendo un protocollo di studio promosso dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità (CNESPS) e del suo programma di formazione in epidemiologia applicata (PROFEA) ⁽³⁾ che dal mese di aprile 2007 è stato trasformato in un vero e proprio sistema di monitoraggio continuo sul tempo. Scopo dell'indagine era di effettuare una sorveglianza sullo stato di salute della popolazione trentina, grazie ad un monitoraggio delle abitudini, degli stili di vita e dei programmi di intervento che si stanno realizzando per modificare i comportamenti a rischio.
- **Progetto Ulisse**
 - Il monitoraggio dell'uso dei dispositivi di sicurezza nella popolazione generale è stato avviato dall'anno 2000, quale parte del progetto "Casco_2000" e poi "Ulisse", coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità. Il rilevamento viene effettuato da 2 operatori per punto (strada urbana-periferica) per 3 ore al mese e per 6 mesi all'anno.
- **Flussi informativi INAIL-ISPEL-Regioni**
 - Flusso di dati sugli infortuni sul lavoro avvenuti sul territorio trentino indennizzati e denunciati all'INAIL
- **Indagini ad hoc**

³ per approfondimenti (protocollo dello studio, metodologia adottata, questionario utilizzato, ecc vedasi: <http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp>)

- Studio ISS “Comportamenti a rischio e giovani”. Studio AMR
- Percezione del rischio “incidente stradale” dell’utenza dei servizi di igiene in occasione del rilascio/rinnovo della patente di guida
- Rilevazione utilizzo seggiolini presso asili nido, scuole materne ed elementari
- Interviste con camionisti

Descrivere le esperienze di prevenzione attivate, indicando il livello territoriale coinvolto.

Tabella riassuntiva:

Ambito di intervento	Target
1. Miglioramento conoscitivo del fenomeno	
➤ Studio/Sistema PASSI (2005, 2007 - 2008)	Adulti 18-69 anni
➤ Studio multicentrico ISS sui fattori di rischio negli studenti delle scuole superiori della provincia e diffusione dei risultati. (2003)	14-19 anni
➤ Rilevamento dell’uso del casco e delle cinture di sicurezza a Trento (dal 2000) e Rovereto (dal 2007)	popolazione adulta
➤ Rilevazione dell’uso dei seggiolini e delle cinture dei bambini presso asili nido, scuole materne e scuole elementari nel Comune di Trento (2004).	0-10 anni
➤ Rilevazione seggiolini presso scuole materne Trento, Mezzolombardo, Lavis e Pergine (2005-2006)	3-5 anni
➤ Collaborazione al progetto MITRIS (Metodi informatici predittivi per la mitigazione del rischio da incidenti stradali).	popolazione generale
➤ Raccolta articoli della stampa locale e costruzione di un archivio informatizzato degli incidenti mortali (2005)	popolazione generale
➤ Analisi infortuni stradali sul lavoro (2006-2007 -)	lavoratori
2. Interventi di sensibilizzazione e di educazione	
➤ Interventi con ambulanza attrezzata davanti a Pub e Discoteche (informazione ed etilotest)	circa 16-30 anni
➤ Coordinamenti alcol e guida	popolazione adulta
➤ Progetto autoscuole	circa 18-25 anni
➤ Progetto “Valorizzazione della visita medica per il rilascio/rinnovo del certificato di idoneità alla guida” con somministrazione mirata di brochure informativa	popolazione adulta
➤ Intervento di incremento dell’uso del seggiolino in collaborazione con la polizia municipale di Trento, Mezzolombardo, Lavis e Pergine (2005-2006)	0-12 anni
➤ Produzione di materiale informativo (dvd, depliant multilingue, disco-orario) sull’uso corretto dei seggiolini (2007 -)	0-12 anni
3. Prevenzione incidenti stradali sul lavoro	
➤ Incontri con i responsabili dei Nuclei di Prevenzione e Protezione di diverse aziende e contestuale proposta di inserimento del “rischio strada” nel documento di valutazione dei rischi e della predisposizione di schede di manutenzione dei mezzi.	lavoratori
➤ tentativo di coinvolgimento dei sindacati confederali CGIL, CISL, UIL e le organizzazioni degli artigiani, degli industriali, e del commercio nella prevenzione degli incidenti stradali sul lavoro (2005)	lavoratori
➤ analisi dati provinciali del nuovo flusso INAIL-ISPEL sugli infortuni per incidente stradale/in itinere dei dipendenti del comparto sanità e dell’APSS (2003 -)	lavoratori
➤ interviste per indagare sulle cause di questi infortuni e sui possibili interventi di prevenzione (2006)	lavoratori
➤ stesura di un progetto di prevenzione da realizzare entro il 2008	
4. Comunicazione	
➤ interventi su stampa, radio e TV locali	popolazione generale
➤ partecipazione e comunicazioni a convegni e congressi	comunità scientifica
➤ pubblicazione di articoli scientifici	comunità scientifica

3.1.2 Sorveglianza

I sistemi di sorveglianza creati o consolidati dovranno essere in grado di fornire informazioni di base sugli eventi in esame (incidenti e loro gravità, fattori di rischio, conoscenze e opinioni); le stesse informazioni dovranno essere utilizzate per la valutazione degli interventi di prevenzione realizzati

A tal fine si intende utilizzare anche in futuro:

- il sistema MITRIS
- il sistema PASSI
- le rilevazioni ULISSE
- le analisi dei flussi sanitari correnti (SDO e PS)

Obiettivo della sorveglianza è la raccolta sistematica, archiviazione, analisi, interpretazione e diffusione di dati con report periodici, necessario per pianificare, mettere in atto e valutare gli interventi di prevenzione” (4). Più specificatamente l’uso integrato delle diverse fonti citate dovrà permettere di avere informazione sulla numerosità, localizzazione con individuazione di zone ad alto rischio, dinamica e circostanze degli incidenti stradali in Trentino nonché della diffusione nella popolazione di comportamenti a rischio (uso di cinture e casco, guida sotto effetto dell’alcool) al fine di programmare interventi di prevenzione mirate (urbanistiche, di controllo, di promozione di stili di vita sani).

3.1.3 Prevenzione

La prevenzione degli incidenti stradali si deve basare su un approccio integrato in cui è fondamentale un’opportuna sinergia tra mondi diversi: sanità, trasporti, scuola, forze dell’ordine, enti locali, lavoratori che usano la strada, organizzazioni di volontariato.

In base a quanto risulta dalle prove di efficacia universalmente riconosciute, gli interventi di prevenzione dovrebbero seguire cinque direttrici fondamentali (vedi).

Nell’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) è attivo ormai da alcuni anni un gruppo di lavoro intersettoriale di prevenzione dei traumi da traffico. Inoltre, con provvedimento n°2562 del 5 dicembre 2005 la Giunta provinciale ha assegnato all’APSS, tra gli obiettivi per l’anno 2006, quello di assicurare una serie di nuove azioni che si aggiungono ad attività già intraprese.

⁴ CDC. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the guidelines working group. MMWR 2001,; 50 (no. RR-13).

A) Miglioramento conoscitivo del fenomeno

- vedi punto 3.1.2 Sorveglianza

B) Interventi di sensibilizzazione ed educazione

- Progetto seggiolini: l'APSS, insieme alla Polizia municipale del comune di Trento, ha intrapreso una campagna di sensibilizzazione ed educazione rivolta ai genitori dei bambini delle scuole materne sull'importanza e le corrette modalità di trasportare i bambini in auto che prevede

- la messa a disposizione di un dvd informativo alle scuole materne che desiderano di realizzare una serata informativa sull'argomento
- la distribuzione in ambito sanitario ed extrasanitario di una brochure multilingua sull'uso dei seggiolini
- la distribuzione, prevalentemente in occasioni di controlli da parte della Polizia di un disco orario che veicola informazioni sul corretto uso del seggiolino

- Progetto "Alcol e guida sicura", "Progetto autoscuole" e Progetto "Pub & Disco" coordinati dal Servizio di riferimento per le attività alcoliche.

- Progetto "Valorizzazione della visita medica per il rilascio/rinnovo del certificato di idoneità alla guida": distribuzione di una brochure informativa nel contesto della visita per il rilascio/rinnovo della patente;

C) Prevenzione incidenti stradali sul lavoro

- Implementazione del sistema di sorveglianza degli infortuni sul lavoro per incidente stradale. Questo permetterà di pianificare, mettere in atto e valutare gli interventi di prevenzione e promozione della salute (MITRIS e archivio INAIL-ISPEL).

- stesura di schede sintetiche sul fenomeno destinate ai diversi portatori di interesse

- proposta di inserimento del "rischio strada" nel documento di valutazione dei rischi e predisposizione di schede di manutenzione dei mezzi.

- indagine conoscitiva sugli interventi di prevenzione attualmente in essere presso le maggiori aziende di trasporto del Trentino al fine di individuare le best practices

- presa di contatto con le aziende di trasporto al fine di stendere delle linee guida condivise sulla gestione del rischio "incidente stradale"

- stesura delle linee guida

- diffusione delle linee - guida

D) Comunicazione e rapporti con enti extra-aziendali

- Interventi sui media locali.
- Convenzione con il “Consorzio Autoscuole riunite del Trentino per l’introduzione di un modulo informativo sugli effetti dell’alcol.

3.1.4 Tempi e fasi per la realizzazione

Obiettivo generale	Ridurre morbosità e mortalità dovuta ad incidenti stradali		
Obiettivo specifico 1	miglioramento conoscitivo del fenomeno attraverso analisi flussi correnti		
Indicatore di risultato	stesura di un report sugli incidenti stradali nel territorio di propria competenza		
Standard di risultato	un report all’anno		
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo	Cronogramma (mese)
ricognizione dei flussi informativi disponibili	documento di descrizione dei flussi	OK	1-4
Elaborazione dei dati e stesura di un report	disponibilità del report	OK	5-11
Diffusione del report			12

Obiettivo generale	Ridurre morbosità e mortalità dovuta ad incidenti stradali		
Obiettivo specifico 2	Realizzare campagna informativa sull'uso dei seggiolini		
Indicatore di risultato	Disponibilità: <ul style="list-style-type: none"> • filmato in formato dvd • brochure multilingua • disco orario Diffusione del materiale (autoscuole, asili nido, scuole materne, rivenditori macchina, vigili urbani, servizi vaccinali, reparti di neonatologia, corsi pre-parto, pediatri, consultori). Gradimento degli portatori di interesse		
Standard di risultato	OK		
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo	Cronogramma (mese)
Accordi con ufficio stampa	Accordo raggiunto	OK	1 (anno 1)
Accordi con Polizia Municipale	Accordo raggiunto	OK	1 (anno 1)
Realizzazione dvd	disponibilità	OK	2-7 (anno 1)
Realizzazione brochure	disponibilità	OK	2-7 (anno 1)
Realizzazione disco orario	disponibilità	OK	2-7 (anno 1)
Conferenza stampa	eseguita	OK	9 (anno 1)
Distribuzione	Spedizione del materiale a lista di distribuzione	100%	9-12 (anno 1)
Realizzazione di questionario di gradimento rivolto ai portatori di interesse	Disponibilità questionario	OK	1 (anno 2)
Costruzione di maschere di data entry in epi-info	disponibilità delle maschere di data entry	OK	1 (anno 2)
Somministrazione del questionario agli operatori	numero di questionari compilati/numero di operatori coinvolti nell'intervento	Almeno l'85%	2-5 (anno 2)

data-entry questionario operatori	numero di questionari inseriti nel database/numero di questionari compilati	100%	4-5 (anno 2)
Analisi dei dati e stesura e diffusione di un report	disponibilità report	OK	6-9 (anno 2)

Obiettivo generale	Ridurre morbosità e mortalità dovuta ad incidenti stradali		
Obiettivo specifico 3	<ul style="list-style-type: none"> • sensibilizzare sui rischi associati agli incidenti stradali • valorizzare la visita per rilascio/rinnovo della patente 		
Indicatore di risultato	percentuale di afferenti ai servizi di igiene pubblica che hanno ricevuto l'intervento di sensibilizzazione sui rischi del traffico gradimento degli operatori sanitari coinvolti		
Standard di risultato	almeno 75% dell'utenza giudizio buono di almeno 85% degli operatori		
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo	Cronogramma (mese)
Elaborazione brochure informativa sulla sicurezza stradale	disponibilità della brochure	OK	1-3
Elaborazione del questionario da somministrare agli utenti	disponibilità del questionario	OK	1-2
Elaborazione del questionario da somministrare agli operatori	disponibilità del questionario	OK	1-2
Costruzione di maschere di data entry in epi-info	disponibilità delle maschere di data entry	OK	3
Distribuzione del questionario in sala attesa	numero di questionari consegnati/numero di utenti	100%	5-12
Lettura e correzione del questionario da parte del medico in ambulatorio	numero di questionari consegnati/numero di utenti	75%	5-12

Consegna della brochure informativa	numero brochure consegnati/numero di utenti	90%	5-12
Somministrazione del questionario agli operatori	numero di questionari compilati/numero di operatori coinvolti nell'intervento	Almeno l'85%	8
data-entry questionario operatori	numero di questionari inseriti nel database/numero di questionari compilati	100%	9
Analisi dei dati e stesura di un report	disponibilità report	OK	10
Diffusione dei risultati			11

Obiettivo generale	Migliorare la salute dei camionisti e della popolazione generale attraverso la riduzione degli incidenti con coinvolgimento di mezzi pesanti		
Obiettivo specifico 1	Monitorare il fenomeno degli incidenti con coinvolgimento di mezzi pesanti		
Indicatore di risultato	Produzione di un report a scadenza biennale		
Standard di risultato	Il 100% dei portatori di interesse ha ricevuto il report		
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo	Cronogramma (mese)
Accordi con ufficio gestione strade sul coinvolgimento di Mpasol e l'utilizzo dei dati MITRIS	Accordo ottenuto per iscritto	OK	1
Accordi con l'osservatorio infortuni sul lavoro sull'uso dei dati INAIL	Accordo ottenuto per iscritto	OK	1
Individuazione dei portatori di interesse	Stesura di un elenco	OK	2

Ricevere input sul piano di analisi da parte dei portatori di interesse	Riunione con i portatori di interesse	Almeno 1 riunione con presenza di almeno il 50% dei portatori d'interesse individuati	3
Stesura di un piano di analisi	Riunione con tecnici e disponibilità del piano	Almeno 1 riunione con tecnici Mpsol e Osservatorio infortuni	4
Analisi dei dati		OK	5-8
Stesura del report	Disponibilità del report	OK	9-10
Diffusione del report	Spedizione ai portatori di interesse	100% portatori d'interesse	11
Feed back da parte dei portatori di interesse	Riunione con i portatori di interesse	Almeno 1 riunione con presenza di almeno il 50% dei portatori d'interesse individuati	12

Anno2:

Obiettivo generale	Migliorare la salute dei camionisti e della popolazione generale attraverso la riduzione degli incidenti con coinvolgimento di mezzi pesanti		
Obiettivo specifico 2	Stesura e diffusione di linee guida sulla corretta gestione del rischio incidenti stradale rivolte ad aziende e camionisti		
Indicatori di risultato	Percentuale di aziende di trasporto del trentino che inseriscono il rischio incidente nella scheda di valutazione del rischio Percentuale di aziende che utilizzano una scheda di manutenzione dei mezzi		
Standard di risultato	Incremento (in assenza di dati di partenza sulla diffusione di tale pratiche è difficile quantificare l'aumento atteso)		
Azione	Indicatore/i di processo	Standard di processo	Cronogramma (mese)

Individuare le aziende target	Disponibilità di un elenco esaustivo di aziende di autotrasporto con sede legale in Trentino	OK	1
Preparazione di un questionario finalizzato al censimento delle attività di prevenzione degli incidenti stradali già in essere nelle aziende	Disponibilità del questionario	OK	1
Predisposizione di una maschera di data-entry per l'archiviazione dei dati	Disponibilità della maschera	OK	2
Invio di una lettera di presentazione del progetto alle aziende	Invio lettere	1 lettera a tutte le aziende	2
Presenza di contatto diretta	Telefonate e somministrazione del questionario	3 tentativi di telefonata ogni azienda interviste con almeno il 85% delle aziende	3-5
Analisi dei dati e stesura di un report sintetico con individuazione delle aziende con le <i>best practices</i>	Disponibilità report	OK	6
Incontri di approfondimento con le aziende <i>best practices</i>	Numero di incontri	100% delle aziende individuate	7-8
Stesure delle linee guida	Disponibilità delle linee guida	OK	9-11
Diffusione delle linee guida ai portatori di interesse	Invio linee guida	100% delle aziende target	12

3.1.5 Estremi e riferimenti dei referenti aziendali

Il referente provinciale presso il CCM per la prevenzione degli incidenti stradali è l'A.S. Valeria Gorga.

L'obiettivo PAT 3/2006 "Vivere meglio, vivere di più" è stato coordinato dal Dott. Pirous Fateh Moghadam.

I progetti "Alcol e guida sicura", "Progetto autoscuole" e Progetto "Pub & Disco" sono coordinati dal Servizio di riferimento per le attività alcoliche (Dott. Roberto Pancheri).

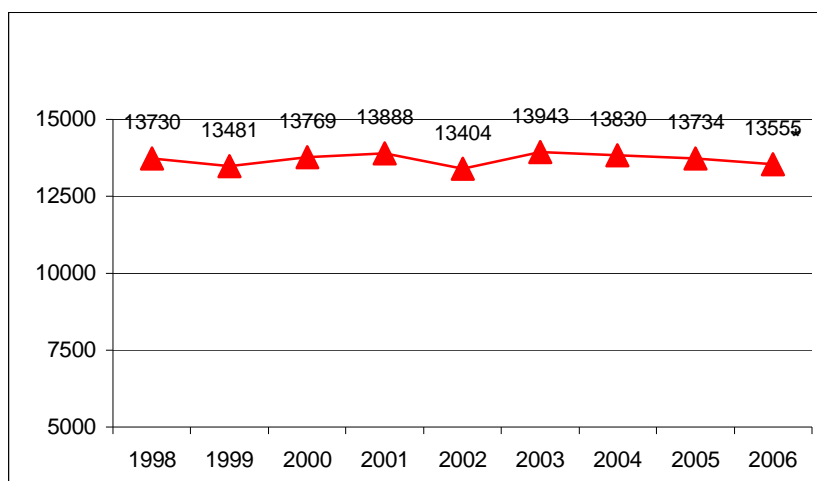
3.2 SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI NEI LUOGHI DI LAVORO

3.2.1 Introduzione

Il quadro epidemiologico relativo agli infortuni sul lavoro

In Provincia di Trento sono denunciati ogni anno circa 13.600 infortuni sul lavoro e questo dato è rimasto sostanzialmente stabile a partire dalla fine degli anni '90 e fino agli ultimi dati disponibili. Solo a partire dal 2003 si osserva una lieve riduzione di circa 1% annuale, peraltro non raggiungendo il valore minimo osservato nel 2002.

Andamento degli infortuni denunciati in provincia di Trento dal 1998 al 2006



Il numero degli infortuni denunciati è diminuito con regolarità nel settore agricolo, è aumentato nella quota assicurativa “stato” mentre è rimasto sostanzialmente invariato nel settore “industria, commercio e servizi”. All’interno di questo, a fronte di variazioni non significative per altri comparti si segnala l’incremento del numero di infortuni nei “servizi”.

Il dato va letto necessariamente alla luce dell’andamento dell’occupazione, aumentata nello stesso periodo di circa il 17% (da 185.200 a 216.600 unità), più di quanto sia venuto a carico della popolazione residente (+8.3%).

Pur tenendo conto della modificazione avvenuta nel tempo nei criteri di calcolo degli indici (in particolare l’esclusione degli infortuni in itinere dal calcolo), risulta comunque una sensibile riduzione sia della frequenza relativa di infortunio che dell’indice di gravità.

Nell’ultimo decennio sono accaduti sul territorio provinciale in media 12 infortuni mortali all’anno

(min. 7, max 16): dopo un triennio nel quale si erano registrati 7-8 casi all'anno, nel 2006 il fenomeno ha fatto registrare un ulteriore picco (14).

Gli ultimi dati INAIL disponibili collocano la provincia di Trento al nono posto tra le 21 regioni e province nella graduatoria decrescente per frequenza di infortunio e al quart'ultimo per indice di gravità.

Pur a fronte di segnali positivi, nell'andamento generale del fenomeno infortunistico permangono però elementi di preoccupazione soprattutto se si tiene conto che l'andamento nazionale e quello di altre regioni vicine hanno fatto registrare talvolta riduzioni più consistenti, specie negli anni più recenti. E questo tanto più se si tiene conto di un contesto produttivo vivace, nel quale anche gli investimenti in sicurezza da parte delle imprese e delle amministrazioni pubbliche non sono mancati.

Il sistema delle imprese è caratterizzato da una grande diffusione di piccole e piccolissime imprese, non dissimilmente dal quello che si registra nel panorama nazionale ma accentuato da una minor presenza di grandi imprese. Il tessuto produttivo è analogo a quello dell'intero Nord-Est, pur con alcune peculiarità legate ad alcune condizioni territoriali e storiche.

Per il resto le dinamiche del mondo produttivo trentino seguono sempre più da vicino quelle nazionali, quanto a fenomeni rilevanti per la sicurezza quali la crescita della manodopera straniera, la diffusione di lavoro flessibile e precario, la riduzione delle dimensioni delle aziende, la tendenza al lavoro autonomo, la diffusione degli appalti, la terziarizzazione ecc.

L'attenzione verso i temi della sicurezza e della dimensione dei danni da lavoro è cresciuta notevolmente anche in Trentino e questo già da anni ha portato alla attivazione di iniziative di varia natura volte al contrasto del fenomeno infortunistico e alla promozione di interventi di prevenzione efficace.

3.2.2 Breve descrizione della/e fonte/i informativa/e utilizzata/e:

- Sistemi informativi provinciali (Osservatorio Provinciale Infortuni sul lavoro e malattie professionali, Osservatorio Epidemiologico, rilevazioni del Servizio Statistica della Provincia Autonoma di Trento ecc.)
- Risultati di indagini ad hoc e derivanti dall'attività dei servizi pubblici di prevenzione.
- Analisi provinciali derivanti dal progetto di Monitoraggio e controllo sulla applicazione della 626
- Banca dati prevenzionale INAIL
- Banca dati Nuovi Flussi Informativi per la Prevenzione, INAIL-ISPEL-REGIONI

3.2.3 Il quadro organizzativo

Le strutture pubbliche di prevenzione competenti afferiscono da una parte all'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) e dall'altra alla Provincia Autonoma di Trento ed hanno tutte competenza sull'intero ambito provinciale. L'organo di vigilanza e prevenzione dell'ASL è l'Unità di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, mentre le competenze del settore minerario fanno capo al Servizio Minerario della Provincia e quelle di prevenzione e sicurezza antincendio al Servizio Anticendio della Provincia.

In Trentino le competenze delle Direzioni provinciale del lavoro del Ministero del Lavoro sono attribuite alla Provincia che le esercita attraverso il proprio Servizio Lavoro (ispezione del lavoro in materia amministrativa) e l'U.O. Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro dell'APSS (competenze relative alla sicurezza).

Dal 1999 è istituito presso la Provincia il Comitato Provinciale di coordinamento in materia di Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro con i compiti di cui all'art. 27 del D.Lgs 626/94, che in Provincia di Trento comprende anche i rappresentanti degli imprenditori e dei lavoratori.

L'INAIL ha una sede provinciale ed una sede a Rovereto. L'ISPESL competente per territorio ha sede invece a Bolzano.

Importante strumento per la formazione sul lavoro in Trentino, anche ai fini della sicurezza, è l'Agenzia del Lavoro, struttura della Provincia Autonoma di Trento che realizza gli interventi di politica attiva del lavoro.

3.2.4 Breve descrizione delle esperienze di prevenzione svolte e concluse, attivate, già programmate

Facendo seguito agli impegni previsti negli anni precedentemente all'interno della pianificazione sanitaria e alla programmazione della prevenzione nei luoghi di lavoro dell'Azienda Sanitaria e degli altri enti preposti, nel 2001 la Provincia autonoma di Trento ha adottato un "Piano operativo per la prevenzione e la sicurezza sui luoghi di lavoro" per la realizzazione del quale è stato sottoscritto un protocollo d'intesa con Azienda provinciale per i servizi sanitari, Consorzio dei Comuni trentini, INAIL, ISPESL, ANMIL, le associazioni dei datori di lavoro, le organizzazioni sindacali confederali e le organizzazioni sindacali di categoria agricola

Il Piano Operativo comprendeva 8 obiettivi:

1. Istituire un "Osservatorio provinciale degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali" presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari con la collaborazione dell'INAIL.
2. Rafforzare l'attività ispettiva
3. Diffondere la cultura della sicurezza attraverso la scuola

4. Potenziare la formazione dei lavoratori per la sicurezza
5. Sensibilizzare e promuovere la sicurezza attraverso la comunicazione e l'informazione
6. Creare un sistema premiante per le imprese che operano in sicurezza
7. Diffondere la conoscenza di soluzioni innovative attraverso un eventi fieristico
8. Migliorare la tutela dei minori e delle lavoratrici madri

Sulla scorta della valutazione delle attività messe in atto per l'attuazione del Piano e delle linee guida programmatiche di legislatura in materia di politiche per la salute approvate dalla Giunta provinciale nel novembre dell'anno 2004 che hanno posto la tematica della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro come obiettivo prioritario, nel novembre 2005 è stato rinnovato il protocollo quadro di intesa tra tutti i soggetti pubblici e privati coinvolti nella realizzazione di interventi per la prevenzione e la sicurezza sui luoghi di lavoro. Il protocollo di intesa e il nuovo piano operativo per la prevenzione e la sicurezza sui luoghi di lavoro è stato approvato con il provvedimento 22 dicembre 2005 n. 2800 dalla Giunta provinciale.

Facendo seguito al primo "Piano operativo per la prevenzione e la sicurezza sui luoghi di lavoro" adottato nel 2001, la Provincia Autonoma di Trento ha affidato gli indirizzi per la prevenzione in questo campo ad un nuovo Piano operativo che è stato adottato il 7/11/2005 a seguito di un protocollo d'intesa con le parti sociali e gli enti di tutela.

3.2.5 Obiettivi del Piano

Gli obiettivi generali del piano sono:

- riduzione dei danni alla salute da lavoro, in particolare attraverso la prevenzione degli infortuni
- implementazione di un sistema di sorveglianza degli eventi di interesse che fornisca indicazioni di intervento e permetta un monitoraggio dell'efficacia delle azioni intraprese;
- potenziamento, maggiore efficacia e coordinamento dell'attività di vigilanza;
- ulteriore miglioramento della formazione dei lavoratori e di tutti i soggetti della prevenzione aziendale;
- comunicazione sui temi della sicurezza a supporto della prevenzione;
- proseguimento del progetto "cultura della sicurezza" nella formazione scolastica
- mantenimento delle iniziative premianti verso le imprese che investono e fanno prevenzione.

Il Piano si richiama ad alcune scelte strategiche generali, quali:

- associare alla lotta agli infortuni gravi e nei settori a maggior rischio, un approccio "di popolazione" mirata ad elevare ovunque i livelli di prevenzione e protezione dei lavoratori:

- adottare una metodologia di rete e di sistema, attraverso il coinvolgimento di tutte le parti in causa e la ricerca di linee di intervento, forti e condivise;
- accompagnare la lotta all'insicurezza con una politica di promozione della cultura della sicurezza in tutti i soggetti e in tutti gli ambiti, per assicurare il miglioramento dell'impatto sulla salute delle condizioni di lavoro in generale;
- affiancare infine alla prevenzione dei rischi lavorativi, interventi di promozione della salute che permettano un collegamento unitario tra luogo di lavoro, comportamenti e ambiente di vita centrato su una concezione complessiva della salute del lavoratore.

3.2.6 Interventi di prevenzione

Progetto n°1 "Osservatorio provinciale degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali": miglioramento dell'evoluzione, della qualificazione e dell'accuratezza del sistema informativo di riferimento, al fine di giungere ad una conoscenza univoca, completa e coerente del fenomeno degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, per permettere:

la lettura, in termini epidemiologici e sociali del fenomeno e della sua contestualizzazione nell'ambito del sistema produttivo provinciale;

la definizione delle priorità per la programmazione degli interventi di prevenzione e di vigilanza in una logica intersettoriale;

la verifica dell'efficacia delle azioni di prevenzione, con le conseguenti valutazioni in termini di nuovi indirizzi dell'azione.

Progetto n°2 "Rafforzamento e riqualificazione delle attività di controllo": massimizzare l'efficacia, in termini di prevenzione del verificarsi dell'infortunio e della malattia professionale, dell'attività di controllo e di vigilanza sui luoghi di lavoro, di competenza dei vari soggetti presenti sul territorio (APSS, Servizio lavoro, servizio minerario, INAIL, INPS, Forze dell'Ordine, Enti bilaterali ecc.)

Progetto n°3 "Scuola e cultura della sicurezza": sviluppo, nel momento più importante per l'apprendimento formativo quale quello relativo all'età evolutiva, di una "cultura della sicurezza", intesa come acquisizione permanente di atteggiamenti e comportamenti generali orientati a prevenire il verificarsi di eventi lesivi in ogni ambito di interazione con l'ambiente, compreso quello lavorativo futuro.

Progetto n°4 “Formazione dei lavoratori”: orientare maggiormente l’attenzione dei lavoratori verso una “cultura della sicurezza”, per l’assunzione di un ruolo attivo e responsabile nella prevenzione degli infortuni e delle malattie da lavoro.

Progetto n°5 “La comunicazione e l’informazione”: mettere in condizione tutti i soggetti coinvolti nel processo lavorativo di recepire e di acquisire in modo diretto e corretto le informazioni utili e necessarie per la promozione di atteggiamenti e di comportamenti consapevoli nei confronti dei rischi lavorativi e per poter quindi sostenere, programmare e realizzare in modo mirato iniziative di prevenzione.

Progetto n°6 “Incentivi alla sicurezza”: favorire l’impegno ed il coinvolgimento attivo delle imprese per la promozione della salute e la sicurezza dei propri lavoratori.

3.2.7 Progetti che prevedono un ruolo centrale o la responsabilità primaria dell’Azienda Sanitaria

Per la sua stessa natura e per opportuna scelta strategica il Piano Operativo per la Sicurezza coinvolge in maniera diretta diversi soggetti sia pubblici che privati e affida la conduzione degli stessi progetti a parti diverse del sistema.

All’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari sono affidati responsabilità dirette nella conduzione del Progetto 1 “Osservatorio Infortuni e Malattie Professionali” e nella realizzazione della parte di competenza del Progetto 2 “Rafforzamento e riqualificazione delle attività di controllo”. Partecipa inoltre per la propria parte ai progetti 3, 4, 5 e 6 che sono affidati alle strutture della Provincia competenti nelle rispettive materie.

Osservatorio Infortuni sul lavoro e malattie professionali

Obiettivi 2007

- Portare a regime il funzionamento dell’Osservatorio, attraverso l’utilizzo dei Flussi per la prevenzione INAIL-ISPEL-Regioni.
- Sistematizzare il rapporto con la sede INAIL locale, attraverso la partecipazione diretta di un rappresentante.
- Migliorare la comunicazione dei dati, anche attraverso l’impostazione grafica e l’individuazione di un indirizzario di destinatari.
- Realizzare le elaborazioni via via richieste dal Comitato Provinciale di Coordinamento ex art. 27 del D.lgs 626/94.

- Realizzare almeno 6 report, di cui 3 generali (aggiornamento annuale infortuni, aggiornamento annuale malattie professionali, e infortuni mortali) e 3 speciali (quadro statistico nel settore dei servizi ed altro).
- Partecipare al progetto nazionale sugli infortuni mortali e uniformare l'archivio esistente a quello proposto a livello nazionale.
- Partecipare al progetto nazionale malattie professionali.

Obiettivi 2008

- Realizzare almeno 6 report, di cui 3 generali (aggiornamento annuale infortuni, aggiornamento annuale malattie professionali, e infortuni mortali) e 3 speciali
- Realizzare le elaborazioni via via richieste dal Comitato Provinciale di Coordinamento ex art. 27 del D.lgs 626/94.
- Costruire un rapporto sugli infortuni che evidenzi ed aggiorni le priorità di intervento
Progettare azioni di verifica dell'efficacia di azioni di prevenzione mediante l'impiego dei dati dei Flussi Informativi per la prevenzione.
- Costruire un quadro degli infortuni in categorie speciali di lavoratori (stranieri, "atipici", minori ecc.).
- Elaborare il quadro di indicatori di incidenza e gravità del periodo 2000-2006.

Risorse

Nel progetto sono coinvolti: 2 dirigenti medici, 1 assistente sanitaria, 1 tecnico della prevenzione, 1 collaboratore amministrativo.

Il coordinamento è affidato all'assistente sanitaria.

Ulteriori necessità operative:

- contributo di personale esperto in statistica;
- formazione all'uso del software EpiWork e EpiInfo;
- miglioramento delle conoscenze epidemiologiche.

Rafforzamento e riqualificazione delle attività di controllo

Obiettivi 2007

- Revisione di almeno 3 procedure di intervento di vigilanza applicate dalla struttura dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari con le definizioni di correttivi volti alla maggiore efficienza ed efficacia.
- Valutazione delle prestazioni di vigilanza della UOPSAL con il confronto di strutture analoghe di altre Regioni (benchmarking).
- Definizione di protocolli di azione sinergici con altre forze di vigilanza (forze dell'ordine, servizio minerario, servizio lavoro, in particolare).
- Adeguamento della formazione del personale ispettivo di recente acquisizione rafforzamento delle misure organizzative.

Obiettivi 2008

- Rafforzamento delle misure organizzative.
- Adeguamento della formazione specifica, in particolare relativa alla sicurezza nei cantieri e sui sistemi aziendali di gestione della sicurezza.
- Adeguamento della dotazione organica e potenziamento di ulteriori 2-4 tecnici della prevenzione.
- Avvio di un progetto di prevenzione in un comparto da definire su indicazione del Comitato Provinciale di Coordinamento ex art. 27 del D.lgs 626/94.

Risorse

Sono necessarie risorse aggiuntive per:

- formazione del personale
- acquisizione di 4 unità di personale

3.2.8 Estremi e riferimenti dei referenti aziendali

Il referente provinciale presso il CCM per la prevenzione degli infortuni sul luogo di lavoro è il Dott. Graziano Maranelli.

3.3 SORVEGLIANZA E PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI

3.3.1 Introduzione

Dimensione del problema a livello provinciale

Gli incidenti domestici rappresentano in Trentino un rilevante problema di sanità pubblica (3° posto per frequenza nelle regioni italiane), tale da meritare un monitoraggio continuo anche nell'ottica di pianificare e valutare specifiche iniziative di prevenzione e promozione della salute. Queste dovrebbero prioritariamente essere indirizzate ai soggetti anziani ai sensi anche di quanto raccomandato dal Ministero della salute e dall'Istituto Superiore di Sanità. Purtroppo, senza un deciso intervento finalizzato al miglioramento della codifica delle schede di dimissione ospedaliera e della gestione dell'archivio del Pronto Soccorso non è possibile utilizzare, ai fini di sorveglianza e di pianificazione/valutazione degli interventi di prevenzione, tali flussi informativi.

I dati correnti indicano un forte incremento degli accessi ai PS (+74%), con forti variazioni da un presidio ospedaliero all'altro indicando ancora una volta i forti ostacoli all'uso di questo flusso nel monitoraggio del fenomeno. Di fronte al forte aumento degli accessi al PS si accompagna un aumento molto più modesto dei ricoveri ospedalieri (+13%). Emerge inoltre una notevole sottonotifica nelle schede di morte ISTAT dei decessi per incidente domestico, questo spiega in parte la riduzione dei decessi accertati nel 2005 (16) rispetto a quelli relativi al 2004 (39).

Breve descrizione della/e fonte/i informativa/e utilizzata/e:

- Indagine Multiscopo ISTAT del 2003
- Flussi informativi sanitari correnti:
 - dati di PS
 - dati di ospedalizzazione (SDO)
 - dati di mortalità

Breve descrizione delle esperienze di prevenzione attivate

La Giunta provinciale rilevata l'opportunità di intervenire in questo specifico settore, ha assegnato all'Azienda provinciale per i servizi sanitari:

- tra gli altri obiettivi specifici per l'anno 2004, la realizzazione di un intervento di informazione e sensibilizzazione a beneficio dei genitori al fine di prevenire gli incidenti domestici che coinvolgono i bambini in fascia di età 0-5 anni;
- tra gli altri obiettivi specifici per gli anni 2005, 2006 e 2007 la promozione dell'attività fisica nell'adulto e nell'anziano;

- tra gli obiettivi specifici per l'anno 2007 una campagna di sensibilizzazione rivolta alle donne sugli incidenti legati al lavoro domestico ed il miglioramento, a livello locale, del sistema di sorveglianza sugli incidenti domestici.

3.3.2 Obiettivi specifici

- A. Favorire, con riferimento ai soggetti in età pediatrica, il counselling rivolto ai genitori al fine di prevenire gli incidenti domestici che coinvolgono i bambini in fascia di età 0-5 anni attraverso la distribuzione della "Guida alla sicurezza del bambino" all'uopo predisposta. La guida viene distribuita attraverso: PLS, asili nido e scuole materne.
- B. Realizzare, attraverso il coinvolgimento del mondo dello sport, un progetto sperimentale di attività fisica, in particolare riferito al "camminare", rivolto agli adulti ed agli anziani cercando di coinvolgere, in particolare, le persone ritenute sedentarie, facendo riferimento a risorse professionali dotate di adeguata e comprovata preparazione e utilizzando, laddove è possibile, le risorse naturali disponibili.
- C. Promuovere una specifica campagna d'informazione rivolta alle donne e centrata sulla percezione del luogo di lavoro domestico come potenziale luogo di infortunio. La campagna verrà realizzata attraverso la produzione e la distribuzione di pieghevoli, locandine, DVD e spot radiofonici e/o televisivi.
- D. Migliorare, a livello locale, la conoscenza del fenomeno degli incidenti domestici attraverso l'utilizzo integrato delle fonti di dati disponibili ed, in particolare, i flussi informativi sanitari correnti – dati di PS, dati di ospedalizzazione (SDO) e dati di mortalità – garantendo l'applicazione del minimum data set che consiste di tre variabili fondamentali: dinamica dell'incidente domestico, attività svolta al momento dell'incidente, ambiente in cui è avvenuto l'incidente.

3.3.3 Tempi e fasi per la realizzazione

- A. L'obiettivo verrà portato avanti nei prossimi tre anni
- B. L'obiettivo verrà realizzato nel corso del 2007
- C. L'obiettivo verrà realizzato nel corso del 2007 e portato avanti nei prossimi tre anni.
- D. L'obiettivo verrà realizzato nel corso del 2007

4. LE VACCINAZIONI

4.1 Definizione del contesto

Nella provincia di Trento, grazie all'esistenza di un'anagrafe vaccinale informatizzata, viene eseguito il monitoraggio continuo dei dati di copertura vaccinale e quindi è possibile stimare la proporzione di bambini vaccinati nelle età appropriate e individuare le aree d'intervento per migliorare le modalità d'offerta delle vaccinazioni.

Nella tabella seguente viene riportato l'andamento delle coperture vaccinali a 24 mesi di vita delle vaccinazioni raccomandate dell'infanzia.

Andamento delle coperture vaccinali, calcolate a 24 mesi, delle vaccinazioni raccomandate dell'infanzia

Vaccino	Coorte di nascita					
	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Polio	97,8%	97,4%	96,9%	96,5%	96,7%	96,7%
Difterite	97,8%	97,4%	97,1%	96,4%	96,8%	96,5%
Tetano	97,8%	97,4%	97,1%	96,4%	96,8%	96,9%
Epatite B	96,8%	95,9%	96,2%	95,3%	96,0%	96,1%
Pertosse	95,2%	94,3%	95,4%	95,3%	95,6%	96,0%
Emofilo b	76,6%	86,1%	92,8%	93,3%	94,1%	94,7%
Morbillo	70,0%	79,1%	81,5%	77,8%	84,7%	85,9%
Parotite	68,8%	77,7%	80,4%	77,0%	84,7%	85,6%
Rosolia	68,8%	78,3%	80,4%	77,0%	84,7%	85,7%

Le percentuali di bambini vaccinati per le vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia (poliomielite, difterite, tetano ed epatite B) sono sostanzialmente stabili e superiori al 95%. E' importante notare come negli ultimi tre anni si è arrestata la tendenza alla lieve ma costante erosione delle coperture registrata in precedenza; è probabile che le iniziative di informazione e promozione delle vaccinazioni assunte in questi ultimi anni abbiano contribuito a contrastare questo trend, in massima parte dovuto ad una diminuita percezione del rischio derivato dalle malattie ed alla disinformazione su presunti pericoli derivati dai vaccini. L'attenzione e l'impegno nella diffusione della cultura delle vaccinazioni nella popolazione deve rimanere prioritario per consentire un'alta adesione alle vaccinazioni.

Per quanto riguarda le altre vaccinazioni raccomandate del primo anno di vita sono da valutare molto positivamente i dati di copertura relativi alle vaccinazioni antipertosse (96,0%) ed antiemofilo b (94,7%).

La copertura vaccinale per il morbillo ha raggiunto l'85,9% (coorte di nascita: anno 2004), con un balzo in avanti di più di sedici punti rispetto alla coorte del 1999; tale risultato costituisce un passo importante verso l'eliminazione del morbillo.

Esaminando l'andamento storico delle coperture vaccinali, è confermata la tendenza registrata negli ultimi anni ad un'alta adesione dei genitori a tutte le vaccinazioni raccomandate del primo anno di vita (pertosse ed emofilo b), con valori di copertura ormai prossimi a quelli delle vaccinazioni obbligatorie (polio, difterite, tetano, epatite B). Tale tendenza, favorita dall'impiego di vaccini combinati, è anche espressione che l'adesione alle vaccinazioni universalmente raccomandate è sempre più una scelta informata e consapevole dei genitori e meno condizionata, rispetto al passato, dall'esistenza per alcune di esse dell'obbligo vaccinale.

Il raffronto con i dati nazionali, evidenzia che la provincia di Trento presenta tassi di copertura vaccinale tra i più alti per quanto riguarda polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse ed emofilo b, mentre la copertura per il morbillo è sovrapponibile alla media nazionale.

Da osservare inoltre che i dati, derivanti da uno studio campionario condotto dall'Istituto Superiore della Sanità (studio Icona 2003), confermano sostanzialmente i dati di copertura vaccinale forniti dall'Azienda sanitaria, dimostrando quindi l'affidabilità e l'efficienza della anagrafe vaccinale provinciale.

4.2 Obiettivi specifici

1. Anagrafe vaccinale: mantenimento in funzione dell'anagrafe vaccinale provinciale;
2. Offerta vaccinale: assicurare elevate coperture vaccinali per morbillo e rosolia nei gruppi di età individuati dal piano nazionale per l'eliminazione; assicurare elevate coperture vaccinali per la vaccinazione antinfluenzale nei soggetti a rischio perché appartenenti a gruppi vulnerabili, di qualsiasi età, compresi i bambini, anche con la collaborazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.
3. Migliorare la qualità dell'offerta vaccinale: programmare ed effettuare un'iniziativa di straordinaria verifica generale in ordine ai requisiti strutturali ed organizzativi dei centri vaccinali di distretto; al rispetto delle procedure per la sorveglianza attiva delle reazioni avverse al vaccino. Realizzare iniziative d'informazione e di educazione in materia di prevenzione vaccinale da attuare avvalendosi della collaborazione dei medici pediatri di libera scelta e con il supporto di specifico materiale informativo.

4.2.1 Anagrafe vaccinale

- A. Descrivere la situazione dell'Azienda Sanitaria in merito alla gestione informatizzata delle vaccinazioni;
- B. definire le caratteristiche del tipo dei software di gestione.

4.2.2 Offerta vaccinale

Valutazione delle coperture vaccinali raggiunte per MPR nei bambini nel secondo anno di vita per la prima dose, e nei bambini e ragazzi più grandi sia per la prima che per la seconda dose.

La Giunta provinciale ha approvato con deliberazione 23 luglio 2004, n. 1670, il piano provinciale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita in sintonia con le indicazioni a livello nazionale.

L'APSS ha eseguito nei primi mesi degli anni 2005 e 2006 una campagna per la vaccinazione anti-morbillo-parotite-rosolia in età pediatrica.

Risultati della campagna straordinaria di eliminazione del morbillo condotta nel 2005 e nel 2006: nei ragazzi nati dal 1992 al 1998 la percentuale di vaccinati prima della campagna era del 78,7%. Al termine della campagna vaccinale è stata raggiunta una copertura vaccinale pari all'84,8% con differenze significative tra i vari Distretti (min 80,57%; max 93,88%). Rassicurante risulta la percentuale di ragazzi vaccinati (>90%) nei distretti dell'Alto Garda, della Val di Sole, della Val di Fiemme e della Val di Fassa.

È necessario mantenere un impegno costante di offerta alla vaccinazione per raggiungere valori sufficienti ad interrompere la circolazione dell'infezione.

Valutazione dello stato di suscettibilità alla rosolia delle donne in età fertile e della copertura vaccinale in questo gruppo di popolazione.

Lo studio PASSI condotto nel 2005 ha stimato che nella nostra provincia, il 45,2% delle donne intervistate di 18-45 anni riferisce di essere stata vaccinata per la rosolia. La percentuale di donne vaccinate è più elevata nella fascia di età da 25 a 34 anni. Le ragazze più giovani risultano vaccinate meno frequentemente. Tra le altre ASL partecipanti all'indagine la percentuale di donne vaccinate è risultata del 31%. Tra le donne non vaccinate il 41% riferisce di aver eseguito il rubeo-test. E' possibile stimare come immuni alla rosolia circa il 68% delle donne di 18-45 anni in quanto vaccinate (45%) o con un rubeotest positivo (23%). Nel rimanente 32% le donne risultano non vaccinate o con rubeotest non effettuato e pertanto potenzialmente suscettibili.

In conclusione, in Trentino, circa 2 donne su 3 sono stimate immuni alla rosolia, con valori percentuali più alti rispetto all'insieme delle altre ASL partecipanti allo studio; per un terzo delle donne in età fertile non si conosce lo stato immunitario nei confronti della rosolia.

Per raggiungere i livelli di copertura vaccinale raccomandati appare opportuno programmare interventi per recuperare le donne in età fertile suscettibili all'infezione con il coinvolgimento di varie figure professionali (medici di famiglia, ginecologi ed ostetriche).

Questi interventi sono previsti dall'obiettivo 3/2007 "Salute della donna" assegnato dalla provincia all'Azienda sanitaria, che prevede (Attività 2) di mettere in atto le seguenti strategie - previste dal Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita - per l'eliminazione della rosolia congenita:

- a) vaccinare tutte le donne in età fertile che non hanno un'evidenza sierologica di immunità o una documentata vaccinazione;
- b) vaccinare le donne immigrate da paesi ad "alto rischio" per bassa copertura vaccinale;
- c) vaccinare, in fase di dimissione ospedaliera, le puerpere e le donne che effettuano una interruzione di gravidanza che non hanno un'evidenza sierologica di immunità verso la rosolia o una documentata vaccinazione;
- d) vaccinare tutti gli operatori sanitari suscettibili;
- e) vaccinare tutte le donne suscettibili esposte ad elevato rischio professionale (educatrici, insegnanti);
- f) monitorare la percentuale di donne gravide suscettibili alla rosolia, mediante lo strumento delle schede informatizzate di assistenza al parto, presso i Reparti di Ostetricia.

Responsabile di questa attività è l'U.O. Igiene Pubblica che si avvarrà della collaborazione delle UU.OO. Ostetricia e Ginecologia, dei Consultori familiari, dei Servizi Igiene, degli Ambulatori territoriali di Ostetricia e Ginecologia e del N.O. Medico competente.

Individuazione dei gruppi vulnerabili la cui copertura vaccinale è insufficiente.

Nella campagna antinfluenzale 2007-2008 verrà valutata l'adeguatezza della copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale dei soggetti affetti da diabete e nefropatie;

verrà studiata la fattibilità di azioni di miglioramento della copertura vaccinale in collaborazione con i medici di MG (rapporto entro il 30 marzo 2008).

4.2.3 Miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale.

Qualità strutturale e qualità professionale

Per il miglioramento della qualità della pratica vaccinale è stato predisposto, nel corso dell'anno 2006, dal Dipartimento Igiene pubblica un documento di "Linee guida per le vaccinazioni", in cui vengono definiti i requisiti strutturali, organizzativi dei Servizi vaccinali e le procedure di corretta prassi vaccinale. Il documento fornisce anche indicazioni relative alla gestione e alla sorveglianza delle reazioni avverse e informa sugli eventuali rischi dovuti alle vaccinazioni.

4.3 Estremi e riferimenti dei referenti aziendali

Il referente provinciale presso il CCM per le vaccinazioni è il Dott. Valter Carraro.

4.4 Tempi e fasi per la realizzazione.

Obiettivo 4.2.1

Poiché l'anagrafe vaccinale provinciale informatizzata è già stata implementata l'unica attività prevista è la manutenzione e la verifica della possibilità di gestire correttamente sul piano informativo le convocazioni per la vaccinazione HPV nella coorte dei soggetti dodicenni di sesso femminile (relazione entro 30 novembre 2007).

Obiettivo 4.2.2

Nell'ambito dell'obiettivo "Salute della donna" e in attuazione di quanto previsto nel Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e Rosolia congenita verranno condotte le seguenti attività per promuovere l'offerta attiva delle vaccinazione MPR (o antirosolia) alle donne suscettibili in età fertile (incluse le donne immigrate da Paesi a bassa copertura vaccinale) e a tutti gli operatori sanitari suscettibili:

Attività 1

Coinvolgimento delle strutture aziendali e degli operatori professionali coinvolti:

Reparti di ostetricia, ginecologi e ostetriche (riunione del Dipartimento materno-infantile entro aprile 2007).

Servizio del Medico Competente dell'Azienda Provinciale dei Servizi Sanitari (Incontro con il Responsabile del progetto entro marzo 2007).

Servizi vaccinali di distretto (Riunione del dipartimento igiene pubblica, entro aprile 2007)

Servizi Consultoriali (riunione presso ogni distretto sanitario degli operatori del consultorio, organizzati dall'igiene pubblica distrettuale, entro giugno 2007)

Medici di MG (informazione tramite lettera sugli obiettivi e le azioni previste dal Piano, ruolo del Medico di MG).

Attività 2

Offerta attiva della vaccinazione alle donne suscettibili nel periodo post-partum (e post IG).

Entro il 15 maggio ogni reparto di ostetricia provvede al rifornimento di vaccino MPR (o antirosolia) ed entro il 1 giugno 2007 inizia l'offerta attiva alle donne suscettibili nel periodo post-partum.

Indicatori: N. di reparti di ostetricia forniti di vaccino al 15 maggio 2007

N. di donne vaccinate nel periodo postpartum (o post IG) alla data 30 novembre 2007

Attività 3

(Servizio del Medico competente)

Offerta attiva della vaccinazione MPR agli operatori sanitari.

In occasione delle visite pre-assuntive e periodiche del personale sanitario addetto a reparti "a rischio" (Ostetricia e Ginecologia e Pediatria) già si procede all'identificazione delle lavoratrici non immuni alla rosolia tramite il rubeo-test. In aggiunta, si procederà alla ricerca di IgG anti-rosolia ed anti-morbillo di tutto il personale di questi reparti. Ai soggetti non immuni verrà raccomandata la vaccinazione con MPR. Si valuterà, con la Direzione sanitaria, a chi indirizzare i soggetti da vaccinare.

In occasione delle visite preventive in fase di assunzione del personale sanitario in generale (non addetto a reparti "a rischio") si procederà all'identificazione dei soggetti non immuni verso la rosolia ed il morbillo tramite ricerca di anticorpi specifici. A questi verrà raccomandata la vaccinazione. Si valuterà, con la Direzione sanitaria, a chi indirizzare i soggetti da vaccinare.

In occasione delle visite pre-assuntive e periodiche del personale sanitario in generale verrà eseguito lo screening anamnestico per le seguenti malattie: morbillo, parotite, rosolia, varicella.

Ai soggetti suscettibili verrà proposta la vaccinazione. Si valuterà, con la Direzione sanitaria, a chi indirizzare i soggetti da vaccinare.

Verrà effettuato, in collaborazione con l'U.O. Igiene Pubblica, un intervento di informazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari per diffondere la cultura della vaccinazione tramite strumento da predisporre (lettera o pieghevole).

Indicatori:

- Nr. totale di soggetti sottoposti a test IgG anti-morbillo e rosolia (al 30 novembre 2007, al 30 maggio 2008 e al 30 novembre 2008).
- Nr. soggetti risultati negativi al test
- Lettera o pieghevole di informazione sulle vaccinazioni

Attività 4

Offerta attiva del vaccino MPR alle donne suscettibili ad elevato rischio professionale (educatrici, insegnanti)

Screening anamnestico del personale femminile in età fertile degli asili nido suscettibile alla rosolia, counseling vaccinale e offerta attiva della vaccinazione ai suscettibili (entro novembre 2007).

Screening anamnestico del personale femminile in età fertile delle scuole materne suscettibile alla rosolia, counseling vaccinale e offerta attiva della vaccinazione ai suscettibili (entro novembre 2008).

Screening anamnestico del personale scolastico femminile in età fertile in occasione di caso segnalato di rosolia in comunità; counselling vaccinale e offerta attiva della vaccinazione ai suscettibili.

C. Individuazione dei gruppi vulnerabili la cui copertura vaccinale è insufficiente.

Nella campagna 2007-2008 verrà valutata l'adeguatezza della copertura vaccinale per la vaccinazione antinfluenzale dei soggetti affetti da diabete e nefropatie; verrà studiata la fattibilità di azioni di miglioramento della copertura vaccinale in collaborazione con i medici di MG (rapporto entro il 30 marzo 2008).

4.2.3 Miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale.

Nel biennio 2007-2008 verranno realizzate iniziative di informazione e di educazione in materia di prevenzione vaccinale da attuare avvalendosi della collaborazione dei pediatri di libera scelta e con il supporto di specifico materiale informativo.