

Programma

Malattie Respiratorie

Coordinatore: Pietro Roversi - Azienda Ospedaliera Policlinico

Componenti:

Maurizia Cremonini - Coordinamento distrettuale di Sassuolo,
Commissione Tecnica

Federico Tosatti - Provincia di Modena (Politiche sociali)

Daniele Bertoni - Comune di Modena

Luisa Guerra - A.R.P.A.

Claudio Dugoni - Associazione "La nostra voce"

Gianfranco De Girolamo - Azienda USL di Modena (Dip. Sanità Pubblica)

Nunzio Borelli - Rappresentante MMG (FIMMG)

Giancarlo Garuti - Rappresentante Ospedalità privata (Villa Pineta)

Gianfranco Marzocchi - Ausl Modena (Centro antifumo)

Spattini Andrea - Azienda USL Modena

Giovanni Rompianesi - Provincia di Modena (Servizio Controlli
Ambientali)

Maurizio Moretti - Rappresentante Ordine provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

PREMESSA

Il gruppo di programma “malattie respiratorie” affronta un settore di patologia multiforme caratterizzato dalla rilevanza degli interventi di tipo preventivo.

I due ambiti di patologia a maggior prevalenza e a più elevato carico di inabilità (le patologie croniche ostruttive (BPCO) ed i tumori, si caratterizzano, infatti, per le scarse possibilità di cura in senso eziologico e vedono nella prevenzione l'intervento di maggior efficacia.

Il tasso grezzo di mortalità per malattie respiratorie in Italia è di 125,5 per 100.000 abitanti, poco superiore in Emilia Romagna con 150,1 per 100.000 (fonti ISTAT) con tendenza all'incremento coerentemente con l'aumento delle fasce di popolazione anziana, maggiormente soggetta a tali patologie.

Va rimarcato un dato epidemiologico che giustifica l'interesse verso questo settore di patologia: le malattie croniche ad esito invalidante (broncopatie croniche ostruttive ed altre che comportino insufficienza respiratoria), per quanto sottostimate nella compilazione dei dati ISTAT, sono la 4°-6° causa di morte nei paesi industrializzati (tra cui l'Italia) e diventeranno nei prossimi 15 anni la 3°; l'incremento della mortalità è stato negli ultimi 10 anni del 63% contro una sostanziale tendenza alla riduzione delle malattie cardiovascolari (dati riferiti agli U.S.A. dal progetto GOLD, OMS).

Le azioni di prevenzione delle malattie respiratorie interessano l'eliminazione dei fattori di rischio: in primo luogo il fumo di tabacco che è riconosciuto con maggior evidenza come causa principale di tumori e BPCO assieme all'inquinamento ambientale (domestico, atmosferico, lavorativo) compresa la radioattività da Radon.

Gli aspetti relativi ai trattamenti si caratterizzano per gli interventi tesi ad identificare le fasi precoci di malattia, a contrastare la progressione della compromissione funzionale e della conseguente inabilità, a migliorare la qualità della vita, contrastare l'esclusione sociale, promuovere la domiciliarità, favorire l'educazione e l'informazione, i trattamenti alternativi alla degenza, facilitando gli accessi e fruibilità dei servizi.

In particolare, per quanto concerne la broncopatia cronica ostruttiva (BPCO), caratterizzata da un decorso ingravescente e dalla mancata disponibilità di interventi farmacologici efficaci nel modificare la prognosi a lungo termine, acquistano importanza gli obiettivi di riabilitazione funzionale, l'ossigenoterapia domiciliare (riconosciuta con solide evidenze capace di migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita) la prevenzione delle riacutizzazioni e razionalizzazione della

spesa dovuta ad inabilità e a consumo improprio di risorse socio-sanitarie in pazienti broncopneumopatici cronici ostruttivi.

FATTORI DI RISCHIO

Fumo di tabacco

Gli ultimi dati sul tabagismo in Italia, relativi al 1999 (ISTAT Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"), indicano una percentuale di fumatori nella popolazione italiana totale (>14 anni) pari al 24,5%; per i maschi la percentuale sale al 32,4%, mentre scende al 17,1% nelle femmine. In Emilia Romagna i dati indicano una certa congruenza con quelli nazionali, con una percentuale di fumatori nella popolazione complessiva attorno al 25%; alcune differenze si riscontrano invece analizzando il quoziente di fumatori per sesso: rispetto all'Italia, le donne della nostra regione mostrano una maggiore propensione al fumo, con un 20,4% di fumatrici contro il 17,3% a livello nazionale.

In provincia di Modena si osserva:

- una percentuale di fumatori (29,3%), nella popolazione totale con più di 14 anni, superiore al valore medio nazionale e regionale;
- una quota maggiore di "grandi fumatori" rispetto alla regione ed all'Italia nel complesso.

Inquinamento indoor

Tra gli inquinanti indoor sono stati considerati in particolare i combustibili per il riscaldamento e quelli usati per cucinare, nonché alcune caratteristiche dell'abitazione.

Un modesto ma costante eccesso di rischio è stato riscontrato in bambini la cui abitazione è riscaldata con impianto autonomo. Tale eccesso è riconducibile al tipo di combustibile utilizzato per il riscaldamento: il gasolio, la legna, il carbone e l'uso frequente del caminetto sono risultati essere costantemente associati ad una più alta frequenza di disturbi respiratori, e ciò probabilmente a causa dell'alto potenziale inquinante di questi combustibili (polveri fini, ossidi di zolfo e azoto). Infine, si è osservato che la presenza di macchie di umidità o muffa nella stanza dove dorme il bambino aumenta il rischio di sintomi asmatici.

Anche per questi fattori si sono osservate discrete differenze nella prevalenza fra i vari centri SIDRIA, particolarmente in relazione al livello di urbanizzazione dell'area (SIDRIA, Epid Prev, 1997b).

L'esposizione a fumo di sigaretta rappresenta un importante fattore di rischio per lo sviluppo dell'asma (Gr. Coll.SIDRIA, Epid Prev, 1998a; Agabiti, Epidemiology, 1999; Journal Watch – Women's Health, 1999).

Si è osservato che l'abitudine al fumo di sigaretta della madre ha un effetto più grande di quello del padre. Il rischio per i bambini delle scuole elementari risulta molto maggiore quando l'esposizione avviene in utero, ovvero se la madre ha fumato durante la gravidanza. Nei ragazzi delle scuole medie l'effetto del fumo materno in gravidanza è meno evidente, mentre assumono più importanza altre esposizioni a fumo passivo post-natali (fumo del padre, fumo di altre persone che frequentano l'ambiente domestico).

Va infine ricordato il rischio di trasmissione di malattie infettive (Legionellosi) connesso all'uso di impianti di condizionamento, aerazione e idrico-sanitari.

Caratteristiche socio-economiche

È riportata in letteratura una maggiore gravità della malattia asmatica e della BPCO nella classi sociali più svantaggiate, ma una prevalenza di manifestazioni allergiche più elevata nelle classi sociali più alte (Studio SIDRIA).

Numerosi possono essere i fattori responsabili di tali differenze: diverse condizioni di vita, qualità dell'ambiente domestico, diverso accesso all'assistenza medica e diversa capacità di gestire correttamente la malattia in famiglia.

Studi condotti negli ultimi dieci anni hanno dato risalto alla cosiddetta *hygiene hypothesis* delle allergie: la diminuita frequenza di esposizione ad infezioni nei primi mesi di vita.

Inquinamento dell'aria

Sono numerosi gli studi che dimostrano effetti avversi sulla salute da inquinanti dell'aria provenienti da emissioni (veicolari, industriali e da riscaldamento civile) sia per esposizioni a breve che a lungo termine.

La maggior parte dei dati si riferisce ad alterazioni a carico della funzione respiratoria, ma sono descritti anche effetti avversi che interessano il sistema cardiovascolare (infarto, cardiopatie ischemiche e trombosi cerebrale) e correlazioni con la mortalità complessiva.

I dati sperimentali dimostrano la possibilità che gli inquinanti producano un processo infiammatorio a carico delle vie respiratorie che ripropone gli stessi modelli dell'infiammazione presenti nelle principali patologie (asma e COPD), inoltre è documentato il potenziamento di diversi inquinanti sui sintomi da allergie respiratorie.

Non esistono evidenze sufficienti per affermare un ruolo degli inquinanti nell'indurre sensibilizzazione iniziale e quindi nell'iniziare il processo patologico (Donaldson, Rsp Res.2000), mentre esistono solide evidenze che essi possono influenzare la gravità dell'asma e di altre malattie ostruttive, indurre riacutizzazioni, aumentare il ricorso a ricoveri e visite in emergenza, con un importante effetto sulla morbilità complessiva delle malattie respiratorie.

Anche la mortalità (complessiva e per cause respiratorie) è correlabile all'inquinamento atmosferico, sia ad alti che a bassi livelli (si stima che un aumento di 10 microg/m³ di aumento nel PM-10 comporti incremento dell'1% delle morti totali, 3,4% morti per patologie respiratorie, 1,4% mortalità cardiovascolare (Dockery e Pope ,41, 54, Kunzlj).

Inquinanti ambientali occupazionali

Studi basati su comunità sono stati eseguiti in riferimento a silicio, fumi di fonderia, metalli pesanti (Cromo, Nichel, Platino, Cadmio) cemento, polveri organiche in lavorazioni agroalimentari,(cereali, enzimi animali) cotone, fibra di vetro, latticeceramica, polveri di legno, ossido di zolfo da combustioni, isocianati, formaldeide, vinile, persolfato, detergenti.

Ruolo secondario (o quantomeno non documentato da evidenze di analogo peso) è riconosciuto all'alimentazione (diete ricche di antiossidanti) e alla prevenzione dei processi fibrotici ed infettivi del polmone.

DIMENSIONE EPIDEMIOLOGICA

Tumori polmonari

In provincia di Modena ammalano ogni anno di tumore maligno del polmone circa 450 persone. E' quindi la neoplasia con insorgenza più frequente sia nei soli uomini che nell'intera popolazione di uomini e donne assieme. La tendenza dei nuovi casi (incidenza) nel periodo 1988-97 è stabile negli uomini e in leggero aumento nelle donne.

L'andamento della mortalità osservato nel periodo 1987-99 mostra un aumento del numero di decessi in entrambi i sessi: negli uomini, però, gli ultimi 3 anni sembrano mostrare un'inversione di tendenza.

Quando si riduce l'effetto dell'invecchiamento della popolazione mediante la tecnica della standardizzazione, si nota che la tendenza temporale della mortalità per questa patologia è in leggera diminuzione per gli uomini e in leggero aumento per le donne.

Confrontando i tassi standardizzati di mortalità regionali nel periodo 1995-97 si nota che in provincia di Modena il rapporto tra i tassi di mortalità per uomini e donne rapportati ai valori medi nazionali è di 96,5% nelle donne (che quindi muoiono meno della media regionale del 4,5%). Negli uomini il valore è di 106,5% (tasso standardizzato di mortalità superiore del 6,5% del valore medio regionale).

Analizzando la mortalità per aree si osserva che per gli uomini essa è più elevata complessivamente nel distretto di Carpi e nelle donne in quello di Modena.

E' pertanto la neoplasia a più elevata incidenza e mortalità e la sopravvivenza per questo tumore è ancora insoddisfacente

Malattie respiratorie croniche invalidanti

Il numero grezzo dei morti e dei ricoveri ospedalieri offre un immediato riscontro delle risorse necessarie in una specifica area territoriale per l'assistenza sanitaria alle patologie in questione.

Il 29,5% della mortalità per patologie respiratorie è costituito patologie evolventi verso l'insufficienza respiratoria.

L'ulteriore fondamentale elemento di conoscenza programmatica sarebbe la precoce registrazione su larga scala delle forme croniche in registri di patologia che assicurino da un lato la previsione dei futuri impegni assistenziali e dall'altro regolari informazioni di incidenza e prevalenza.

Il 93,1% di questi casi è rappresentato da broncopatie croniche ostruttive (BPCO) (19.901 casi, 13.463 maschi e 6.438 femmine). In Emilia-Romagna si registra il 6,37% dei decessi italiani per forme invalidanti (1.361 casi, 893 maschi e 468 femmine). Le patologie correlate alla BPCO sono rappresentate da 1.263 casi, 830 maschi e 433 femmine (65,7% vs. 34,3%).

Il tasso grezzo medio di mortalità nel periodo considerato per le patologie correlate alla BPCO è 34 per 100.000 abitanti in Italia e 32 in Emilia-Romagna. Il tasso emiliano è inferiore a quello del sud (37) e del centro (34).

Il numero grezzo dei morti e dei ricoveri ospedalieri offre un immediato riscontro delle risorse necessarie in una specifica area territoriale per l'assistenza sanitaria alle patologie in questione.

Il 29,5% della mortalità per patologie respiratorie è costituito patologie evolventi verso l'insufficienza respiratoria

L'ulteriore fondamentale elemento di conoscenza programmatica sarebbe la precoce registrazione su larga scala delle forme croniche in registri di patologia che assicurino da un lato la previsione dei futuri impegni assistenziali e dall'altro regolari informazioni di incidenza e prevalenza.

Il 93,1% di questi casi è rappresentato da forme ostruttivo-flogistiche (19.901 casi, 13.463 maschi e 6.438 femmine). In Emilia-Romagna si registra il 6,37% dei decessi italiani per forme invalidanti

(1.361 casi, 893 maschi e 468 femmine). Le patologie correlate alla BPCO sono rappresentate da 1.263 casi, 830 maschi e 433 femmine (65,7% vs. 34,3%).

Il tasso grezzo medio di mortalità nel periodo considerato per le patologie correlate alla BPCO è 34,4 per 100.000 abitanti in Italia e 32,3 in Emilia-Romagna. Il tasso emiliano è inferiore a quello del sud (37,4) e del centro (33,9).

In provincia di Modena nel periodo 1989-1994 (coincidente con il periodo considerato sopra) ci sono stati 1.133 decessi per le patologie considerate (768 maschi e 365 femmine). Il numero di morti medio per anno risulta quindi essere di 227 (154 maschi e 73 femmine). Il tasso grezzo medio di mortalità è pari a 37,5 per 100.000 residenti (52,2 per i maschi e 23,5 per le femmine).

Tubercolosi

Numerosi paesi industrializzati hanno segnalato negli ultimi 10 anni una modificazione del trend secolare della tubercolosi (TB), la cui mortalità e incidenza erano in costante diminuzione dall'inizio del XX secolo.

La morbosità per TB mostra a partire dal 1980 un rallentamento del trend decrescente; in particolare la TB polmonare è diminuita costantemente nel periodo 1955-1980, ma in seguito è rimasta stabile attorno a 6,0 casi per 100.000.

L'andamento nelle diverse classi di età evidenzia, a partire dal 1975, un aumento della TB polmonare nella fascia di età >75 anni, e un analogo aumento dal 1985 nella fascia di età 25-34.

Nella regione Emilia-Romagna la mortalità per tutte le forme di tubercolosi è in media pari a 0,8 per 100.000 abitanti negli anni 1995-1997.

L'analisi del trend storico mostra una lieve tendenza all'aumento, con un tasso regionale pari a 12,52 casi per 100.000 abitanti nel 1998. L'incidenza più elevata si registra nella fascia di età oltre i 65 anni, che dal 1995 mostra un aumento costante, passando da 19,3 a 26,1 nel 1998. Rilevante risulta anche l'incidenza della fascia di età 25-64 anni, che si mantiene però intorno a un'incidenza di 10,5.

La numerosità dei casi nei soggetti di nazionalità straniera oscilla dal 13% del 1992 al 19% del 1998, una percentuale superiore alla media nazionale di 10,7% (1995). Nel 1998 le percentuali di stranieri più elevate si registrano nelle fasce di età 20-29 (73,8%) e 30-39 (54,3%).

In provincia di Modena (Epidemiologia della Tubercolosi, Cagarelli et al. Dipartimento di Sanità Pubblica) dal 1995 al 99 sono stati notificati 377 casi di TBC, di questi 291 (77%) riferiti a persone di nazionalità italiana 86% a stranieri; i tassi su 100.000 abitanti sono compresi tra 8 e 16 per anno (nei paesi di immigrazione ad elevata endemia i tassi variano da 70 a 140 x100.000)

AREE DI INTERVENTO

- Malattie croniche invalidanti
- Tumori
- Malattie allergiche
- Tubercolosi e Malattie Infettive

Malattie croniche invalidanti e tumori sono state individuate per la rilevanza dei dati epidemiologici di morbilità, mortalità e carico socio-assistenziale ad essi connessi e per il trend in aumento: essi costituiscono pertanto il settore di gran lunga più importante nell'ambito delle malattie respiratorie, nella nostra realtà.

Le malattie allergiche respiratorie, da quanto emerge dall'indagine ISTAT Multiscopo 2000, sono uno dei principali "bisogni di salute avvertiti dalla popolazione" (percentuale di pazienti che si dichiara affetta da malattie allergiche e del 12% della popolazione generale) e come tale inserito tra gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

La Tubercolosi presenta, in provincia di Modena, prevalenza superiore rispetto la media nazionale e regionale, e per quanto i numeri assoluti siano molto contenuti, il trend è in aumento e si correla con le dinamiche demografiche che caratterizzano questi ultimi anni (immigrazione da paesi ad elevata endemia); il gruppo di programma ritiene che un interesse specifico, rivolto al miglioramento delle azioni di sorveglianza antitubercolare possa anche contribuire a ridurre i fenomeni di allarme sociale che periodicamente si verificano in caso di riscontro di casi potenzialmente infettanti.

OBIETTIVI E AZIONI INDICATORI DI RISULTATO

Le azioni indicate sono state proposte negli incontri del gruppo di programma quali indicazioni generali di possibili azioni da mettere in discussione nei vari gruppi di lavoro operativi.

Prevenzione primaria delle malattie croniche invalidanti e tumori dell'apparato respiratorio

Prevenzione dell'abitudine al fumo in adolescenti e giovani, contrasto dell'abitudine al fumo e programmi di disassuefazione:

- applicazione del progetto regionale tabagismo nelle articolazioni (sottoprogetti);

- raccordo con iniziative del volontariato sostegno alle iniziative del volontariato (Lega Italiana Tumori e al.).

Misure di contenimento dell'inquinamento atmosferico:

- accordo di programma comuni-provincia di Modena;
- circuito città sane, Agenda 21;
- azioni di comportamento individuale e collettivo (stili di vita) utili alla riduzione dell'inquinamento atmosferico.

Prevenzione dell'abitudine al fumo in adolescenti e giovani, contrasto dell'abitudine al fumo e programmi di disassuefazione

Sul fronte della lotta al tabagismo il riferimento operativo è costituito dal “Progetto regionale tabagismo” che prevede 5 sottoprogetti:

- prevenzione dell'abitudine al fumo in studenti della scuola dell'obbligo:
 - verifica del rispetto delle norme negli ambienti scolastici;
 - sensibilizzazione degli insegnanti;
 - corsi di aggiornamento e formazione sulle metodologie di prevenzione;
 - materiale didattico “adeguato”;
 - coinvolgimento della comunità;
 - programmi integrati nel curriculum formativo;
 - coinvolgimento del personale ausiliario;
 - coinvolgimento dei genitori;
 - collaborazione con associazioni di volontariato;
- prevenzione dell'abitudine al fumo nella popolazione generale con l'aiuto del medico generale (MMG):
 - studi medici senza fumo;
 - aggiornamento dei MMG;
 - formazione – informazione da parte dei MMG sugli assistiti;
 - collaborazione a progetti di rilevamento epidemiologico;
 - collaborazione con Sert e Pneumologie per la gestione integrata dei programmi disassuefazione;

- corsi per smettere di fumare:
 - attivazione centri antifumo;
 - collaborazione con Lega Italiana per la lotta contro i tumori;
 - promuovere metodologie di lavoro integrata tra gli operatori sanitari impegnati nel progetto tabagismo;
 - collaborare ad attività di aggiornamento e formazione;

- ospedali e servizi sanitari senza fumo:
 - segnaletica informativa;
 - indagini conoscitive sul fumo tra i dipendenti;
 - sensibilizzazione dei dirigenti;
 - formazione del personale infermieristico;
 - collegamento ai centri antifumo;
 - collaborazione società scientifiche;

- luoghi di lavoro liberi da fumo:
 - applicazione normative antifumo nei luoghi chiusi;
 - sensibilizzazione del personale;
 - coinvolgimento medici competenti;

Interventi rivolti alla popolazione generale:

- campagne di informazione;
- divulgazione di materiale informativo;
- promozione delle giornate senza fumo;
- iniziative pubbliche di sensibilizzazione “Città sane”.

Misure di contenimento dell'inquinamento atmosferico

- Controllo delle emissioni veicolari: provvedimenti contenuti nel documento della Provincia di Modena “Accordo di programma tra Provincia di Modena e Comuni della Provincia di Modena per l'adozione di provvedimenti per il contenimento dell'inquinamento atmosferico” che prevede:
 - controllo delle emissioni inquinanti dei veicoli circolanti;
 - provvedimenti di restrizione della circolazione veicolare sul territorio provinciale in funzione dei dati di inquinamento da polveri sospese;

- controllo particolare emissioni di veicoli Diesel;
- campagna di sensibilizzazione sulla riduzione dell'inquinamento da combustibili domestici (gasolio);
- contributi per la conversione dei veicoli a consumi inquinanti verso forme di minor impatto (metano-GPL);
- approvazione piani del traffico e riconversione parco mezzi pubblici verso forma meno inquinanti;
- individuazione di corsie preferenziali per la movimentazione merci;
- provvedimenti per rendere meno inquinante la movimentazione merci;
- potenziamento del trasporto pubblico;
- predisposizione dei piani di risanamento;

a cui si possono aggiungere:

- area ceramiche
 - in ordine al miglioramento delle rete di monitoraggio, l'impegno a riallocare le stazioni fisse in aree oggi maggiormente idonee allo scopo (impegno di Provincia e Comuni interessati);
 - prosieguo del Protocollo d'Intesa in vigore dal 1996;
 - in base al quale Provincia e Comuni interessati autorizzano ampliamenti produttivi delle ceramiche solamente se viene garantito il non aumento del carico inquinante;
 - applicazione nel corso del 2002 del suddetto Protocollo anche al settore dei terzi fuochi e corredi ceramici (Comuni e Provincia);
 - entro 2002 definizione dell'Accordo di Programma definito come EMAS di Distretto finalizzato alla logica del miglioramento continuo delle performance ambientali delle industrie, amministrazioni pubbliche e attività di servizio presenti nel distretto;
 - realizzazione Transit Point nel distretto ceramico per evitare la vendita franco fabbrica delle piastrelle e quindi concentrare i TIR degli acquirenti in aree ben definite e collocate sul confine del distretto (azione a cura di Provincia, Comuni ed imprese);
- maggiore controllo sulle fonti di emissione inquinanti fisse (industrie, servizi, agrozootecniche) da effettuarsi a cura di ARPA e Provincia
- diffusione ordinanze sindacali per obbligo copertura trasporto materiali polverulenti sfusi (proposta dalla Provincia a tutti i Sindaci) da adottarsi prima dell'autunno prossimo.

Inquinamento ambientale: azioni di pertinenza dell'Amministrazione Comunale (Modena) sulle determinanti

- Socio-economiche: sviluppare azioni rivolte alle diverse componenti sociali tese a promuovere comportamenti a basso impatto sulla qualità dell'aria.

Azioni rivolte alle associazioni del commercio e produttive finalizzate all'uso di mezzi a basso impatto (elettrici, a metano, etc.) nelle aree urbane più sensibili in quanto soggette a ridotte possibilità di diffusione degli inquinanti con incentivi ed agevolazioni da parte dell'Ente per chi adotta comportamenti virtuosi.

Promozione di interventi sui flussi delle merci che privilegino i sistemi Transit point che, attraverso operatori dotati di mezzi a basso impatto, riducano i flussi di veicoli commerciali nelle aree urbane. Agevolazioni anche per privati per comportamenti virtuosi e per incentivare l'uso di mezzi di trasporto pubblico e a basso impatto.

- Ambientali: le azioni che le amministrazioni locali possono sviluppare sono importanti ma non possono certo risolvere completamente il problema dell'inquinamento atmosferico che è legato allo stile di vita nelle società industriali ed al modello di sviluppo di tali società. Occorrono quindi interventi migliorativi sulle sorgenti, ad esempio sui mezzi di trasporto, che rappresentano nella maggior parte delle realtà la causa prevalente di inquinamento atmosferico; tali interventi possono essere decisi soltanto a livelli sovraordinati a quello degli enti locali.

Le azioni che possono essere svolte a livello locale sono di due tipi: azioni strutturali, di ottimizzazione del trasporto pubblico, di incentivazione di mezzi alternativi all'automobile e sulla movimentazione delle merci (vedi Socio Economiche) e azioni per far fronte alle situazioni di inquinamento acuto. Queste ultime consistono nelle restrizioni della circolazione autoveicolare e, ove necessario, anche nelle restrizioni delle emissioni industriali e da riscaldamento domestico.

Questi tipi di interventi sono previsti da leggi dello Stato quali compiti in carico ai sindaci.

In particolare per le città di maggiori dimensioni e per quelle a rischio di episodi acuti di inquinamento atmosferico, sono previsti provvedimenti di restrizione preventivi e programmati, da attuare dopo un'attenta analisi dei dati del monitoraggio dell'inquinamento e di superamento dei limiti di qualità dell'aria, delle sorgenti prevalenti in quel contesto territoriale e delle aree di maggiore criticità.

E' evidente che, in contesti come quello di Modena, in cui è accertato che la sorgente prevalente è il traffico veicolare, qualsiasi provvedimento di restrizione trova scarsa popolarità in quanto provoca disagi a fasce di cittadini portatori di legittimi interessi ed aspettative, che si sentono penalizzati nella loro attività o nelle abitudini di vita.

Questo atteggiamento provoca un discreto numero di violazioni alle ordinanze che sostengono amministrativamente i provvedimenti di restrizione, con conseguente riduzione della efficacia rispetto alle attese.

I provvedimenti di restrizione della circolazione sono tuttavia, per quanto sgradevoli, atto dovuto per legge e costituiscono la sola azione che l'autorità sanitaria locale, il Sindaco, può fare a fronte delle esigenze contingenti di ridurre le concentrazioni di inquinanti in condizioni di criticità.

L'esperienza insegna che sono comunque meno sgraditi i provvedimenti di tipo programmato rispetto a quelli adottati a singhiozzo in relazione ai dati del monitoraggio; di fatto questa è la direzione indicata anche dal DM 163/99 riguardante appunto tale materia.

I provvedimenti di restrizione vanno proposti sulla base della composizione del parco veicolare locale, dei fattori di emissione dei veicoli e dell'analisi delle criticità sia in senso temporale che spaziale.

E' importante l'azione di comunicazione e di sensibilizzazione della popolazione su questi temi, per favorire l'accettazione delle azioni e quindi la loro efficacia.

E' compito delle amministrazioni locali far sì che vengano effettuati sistematicamente ed efficacemente i controlli dei gas di scarico dei veicoli.

Le amministrazioni locali dovrebbero inoltre dare il buon esempio privilegiando l'acquisizione di mezzi a basso impatto per l'erogazione di servizi quali il trasporto pubblico, la raccolta dei rifiuti, scuola bus, ecc..

- Stili di vita: importanti azioni per la promozione di stili di vita, riguardanti la mobilità dei cittadini, l'uso del mezzo pubblico, della bicicletta, di mezzi a ridotto inquinamento.

E' un problema di tipo culturale: abitudini sbagliate (uso dell'auto anche per percorrere pochi metri) sono radicate nelle persone e va studiata una strategia di comunicazione per cambiarle.

L'azione va condotta anche sulle fasce di popolazione in età scolare.

Emblematica è l'iniziativa "Vado a scuola con gli amici", promossa dal Comune presso il Polo scolastico di via Valli, basata sulla chiusura (il giovedì, in corrispondenza delle restrizioni programmate della circolazione) del parcheggio antistante le scuole al quale è possibile accedere attraverso percorsi pedonali e ciclabili guidati da genitori e volontari che accompagnano i ragazzi. Sono state accertati i più bassi livelli di inquinamento nella fascia oraria di ingresso alle scuole legati all'iniziativa, che potrebbe essere estesa ad altre scuole.

- Servizi sanitari: anche se le relazioni tra inquinanti atmosferici e salute sono note, sarebbe utile avviare a livello locale iniziative tese a rilevare l'incidenza delle malattie respiratorie, ad esempio attraverso la collaborazione di un campione di medici di famiglia; tale dato potrebbe essere correlato con i dati di inquinamento che sono già disponibili in tempo reale e consentire

efficaci campagne di comunicazione a sostegno delle iniziative adottate localmente per la riduzione dell'inquinamento

Indicatori di risultato

- Prevalenza di fumatori ed ex-fumatori.
- Prevalenza di fumatori con meno di 20 anni.
- Studi di area per monitorare la prevalenza di BPCO.
- Valutazione di mortalità e morbosità per tumori polmonari.
- Studi di area e task force per valutazione inquinanti ambientali.
- Quantità di sigarette vendute (es. in un determinato periodo, alcuni distributori automatici in zone campione della città).

Prevenzione terziaria e cura delle malattie croniche ostruttive e tumori dell'apparato respiratorio

- facilitazione degli accessi, e fruibilità dei trattamenti di cura e riabilitazione (analisi della distribuzione dei presidi di riabilitazione, allocazione dei presidi idonei a fornire terapia intensiva respiratoria non invasiva (NIMV), rete di ossigenoterapia domiciliare;
- miglioramento delle diagnosi precoci, ridurre l'incidenza di casi non noti;
- misure a sostegno della qualità di vita (riabilitazione funzionale, contrasto della marginalità ed esclusione sociale, sostegno alla domiciliarità);
- razionalizzazione dei percorsi assistenziali.

L'adozione della medicina basata sull'evidenza e la necessità di rendere autosufficiente l'ambito territoriale provinciale nella gestione dei processi diagnostici ed assistenziali delle malattie cronico degenerative, suggeriscono di procedere ad una ricognizione dei percorsi diagnostici e di gestione terapeutica e della localizzazione delle sedi e modalità di accesso con riferimento specifico ai seguenti momenti:

- riabilitazione in degenza e ambulatoriale;
- assistenza in acuto mediante ventilazione meccanica non invasiva e invasiva;
- assistenza domiciliare in particolare, ossigeno e ventiloterapia.

Dati di esperienza ed osservazione diretta evidenziano una condizione di evidente disomogeneità sul territorio provinciale; nel concreto si può affermare, ad esempio, che gli accessi ai servizi di riabilitazione respiratoria sono dislocati in modo assai disomogeneo, che non esiste chiarezza di compiti e coordinamento tra le sedi erogatrici e che gli accessi per i cittadini sono alquanto problematici.

Analogo discorso vale per la disponibilità di trattamento nelle fasi di riacutizzazione in quanto non tutti i presidi che ricoverano pazienti con BPCO riacutizzata (i dati regionali ci dicono che 80% sono ricoverati in strutture non pneumologiche) hanno le competenze e risorse tecniche per fornire ventilazione non invasiva.

Abbiamo citato espressamente il dato tecnico della ventilazione invasiva e non invasiva perché essa definisce e caratterizza le potenzialità di intervento specifico nelle fasi di riacutizzazione.

Si pone pertanto il problema di un collegamento con centri di riferimento specialistici in grado di eseguire trattamenti ventilatori e le sedi che ne sono sprovviste per garantirne l'erogazione sia attraverso una presa in carico (trasferimento) sia attraverso una ridefinizione delle funzioni di base nei presidi ospedalieri provinciali, anche attraverso forme di collaborazione e tutoraggio.

I centri specialistici di riferimento assumono pertanto un ruolo complementare alle altre sedi di degenza ed al complesso dei percorsi di gestione, al fine di contribuire a garantire il controllo tempestivo delle patologie, presidiare la loro progressione biologica e fornirne un trattamento efficace nel rispetto delle linee guida concordate e del principio della best clinical practice.

Azioni:

- favorire prevenzione delle infezioni (vaccinazione antinfluenzale, antipneumococcica secondo indicazioni da linee guida);
- progetto sperimentale di ossigenoterapia in monitoraggio telematico;
- progetto di riabilitazione in DH e ambulatoriale;
- nucleo misto di valutazione (che comprende CCM, volontariato, associazioni di pazienti sindacati pensionati espressioni professionali e scientifiche sanitarie) per il controllo della qualità dei percorsi, l'omogeneità degli accessi e dei livelli di cure in ogni ambito della provincia e verificare che il trattamento dei pazienti con pneumopatie croniche invalidanti sia inserito nella logica di rete dei servizi (nuclei cure primarie) ridefinendo e monitorando percorsi e sinergie organizzative;
- educazione del paziente e team assistenziale e care givers, iniziative volte a contrastare l'esclusione sociale;
- censimento delle sedi di erogazione delle prestazioni riabilitative e delle sedi di trattamento ventilatorio non invasivo delle riacutizzazioni (reti UTIR, UTSIR);
- percorsi di assistenza domiciliare del paziente ventilato tracheostomizzato;
- riabilitazione fonetica del tracheostomizzato;
- progetto "patologie respiratorie legate al sonno";
- promuovere la costituzione di registri di pazienti in ossigeno e ventiloterapia;

- carta dei servizi dei pazienti con patologie respiratorie croniche (con indicazione della rete di ossigeno e ventiloterapia ospedaliera e Rete dei trattamenti riabilitativi);
- cure palliative oncologiche, assistenza domiciliare oncologica, continuità terapeutica.

Sportello unico del distretto sanitario

Per facilitare l'accesso ai servizi distrettuali, il Piano sanitario regionale 1999-2001 prevede la realizzazione di Sportelli unici del distretto, destinati a superare i numerosi uffici esistenti, attualmente dedicati a singole procedure amministrative. Gli Sportelli unici, collegati tra loro in rete e sviluppati in collaborazione con Enti locali, patronati e associazioni di volontariato, dovranno dunque permettere un miglioramento dell'accesso ai servizi e la semplificazione dei percorsi amministrativi attraverso una "presa in carico" del cittadino da parte dell'operatore dello sportello, il quale sarà il responsabile del procedimento amministrativo per la gestione unitaria della richiesta.

Indicatori

- Percentuale di diagnosi secondo protocollo.
- Numero di pazienti trattati in ossigeno-ventiloterapia, monitoraggio consumi.
- Pazienti in percorso riabilitativo.
- Monitoraggio ricoveri, dati di degenza e gestioni in forme alternative alla degenza (DH, ambulatori, day service, progetto affido ecc.).

Prevenzione e cura delle malattie allergiche

Azioni

- progetto educativo dei pazienti allergici per la prevenzione delle riacutizzazioni e gestione personalizzata della terapia (self-management);
- educazione dei Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di famiglia sull'applicazione delle linee guida (uniformare il trattamento a livello provinciale);
- attività educativa sulla popolazione circa i danni da fumo passivo con particolare rilievo per: ambiente scolastico (personale docente e non, ragazzi), consultori familiari (gravide);
- favorire l'associazionismo delle famiglie e momenti di incontro e sensibilizzazione collettiva (gare sportive, giornate dedicate ecc.);
- rilevazione epidemiologica permanente (archivi informatizzati in rete negli ambulatori specialistici e MMG);

- progetto gestione telematica asma e malattie allergiche: collaborazione tra MMG e centri specialistici di riferimento;
- numero verde del Centro di riferimento specialistico per MMG e pazienti con asma.

Prevenzione e cura delle malattie infettive e della TBC

Azioni:

- percorsi di appropriatezza diagnostica e gestione domiciliare per polmoniti acquisite in comunità;
- screening delle popolazioni a rischio e riduzione della trasmissione di TBC (diagnosi precoce ed il trattamento dell'infezione tubercolare latente nella popolazione a rischio:anziani, immunodepressi e recenti immigrati);
- task force interaziendale.

PROPOSTE DI COLLABORAZIONI PER PROGETTI FINALIZZATI (RUOLO DELLA RICERCA)

- Task force interdisciplinare su aria, ambiente e salute.
- Registro delle patologie croniche invalidanti: ossigeno e ventiloterapia.
- Progetto sperimentale di gestione telematica dei pazienti in ossigenoterapia domiciliare.
- Progetto polmoniti (per la gestione domiciliare integrata e disciplina degli accessi al ricovero ospedaliero).
- Progetto di ricerca e modelli applicativi nella diagnosi precoce ed il trattamento dell'infezione tubercolare latente nella popolazione a rischio (anziani, immunodepressi e recenti immigrati) come esempio di intervento preventivo, mirato ad ottenere una diminuzione dell'incidenza della malattia e dei costi sociali correlati.

RAPPORTI CON I PIANI SOCIALI DI ZONA

Il piano sociale di zona prevede, tra i temi indicati dalla regione, la valorizzazione e il sostegno delle responsabilità familiari, le azioni per l'integrazione sociale e il sostegno della domiciliarizzazione.

Questi temi trovano la loro declinazione, relativamente all'ambito PPS - malattie respiratorie e si integrano, nelle azioni volte a contrastare la dipendenza da inabilità, facilitando l'accesso ai servizi per i portatori di patologie croniche invalidanti e promuovendo azioni tese a mantenere il soggetto nell'ambito familiare con interventi mirati a fornire servizi a domicilio e sostenere il ruolo dei familiari e del personale di assistenza domiciliare.

COLLABORAZIONI CON ALTRI GRUPPI DI PROGRAMMA

Molti obiettivi ed azioni sono comuni ad uno o più gruppi di programma. Nel caso delle malattie respiratorie si identificano i seguenti argomenti:

Obiettivo-Azione-Problema	Gruppo di programma
Iniziative educazionali per la prevenzione e la gestione delle allergie respiratorie.	Salute infanzia – età evolutiva
Prevenzione e trattamento dei tumori dell'apparato respiratorio, contrasto del tabagismo	Neoplasie Malattie cardio e cerebrovascolari
Percorsi di trattamento, accesso ai servizi, domiciliarità, riabilitazione delle malattie croniche invalidanti	Anziani
Prevenzione dell'abitudine al fumo in adolescenti, inquinamento indoor, fumo passivo ambienti chiusi	Salute infanzia – età evolutiva
Apnee notturne e malattie respiratorie correlate al sonno	Incidenti stradali Infortuni sul lavoro
Ventilazione domiciliare delle malattie respiratorie (da patologia neuromuscolare)	Malattie rare