

REGIONE ABRUZZO

TITOLO DEL PROGETTO

RIDURRE IL RISCHIO DI MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI MEDIANTE IL POTENZIAMENTO DEI CONTROLLI RISPONDENTI AI CRITERI DI GRADUAZIONE DEL RISCHIO.

LINEA DI INTERVENTO GENERALE

2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano

NUMERO IDENTIFICATIVO NEL PIANO OPERATIVO REGIONALE

2.8.1

CONTESTO

(Vedere anche Analisi di contesto)

Nell'ambito della sempre più ampia discussione sulla sicurezza degli alimenti un settore forse un po' trascurato riguarda le malattie trasmesse da alimenti (MTA).

Esse, pur essendo malattie in genere poco gravi, rappresentano tuttora un problema anche per i paesi sviluppati che pure hanno standard igienico- sanitari sicuramente elevati.

Una efficace conoscenza e sorveglianza su tali malattie può orientare la programmazione degli interventi di vigilanza territoriale sui prodotti alimentari e sulle imprese alimentari.

In Italia, le MTA rientrano nel sistema di notifica obbligatoria delle malattie infettive, D.M. 15 Dicembre 1990, il quale prevede che le malattie notificabili siano suddivise in 5 classi.

Purtroppo i fenomeni che vengono segnalati e registrati, sono da tutti ritenuti sottostimati sia per la mancanza di notifica che per la non correlazione dello stato di malattia con l'origine alimentare della stessa.

I dati del sistema di notifica delle malattie infettive riguardanti le MTA in Italia, tratti dal Bollettino epidemiologico nazionale, negli anni che vanno dal 2004 al 2008 sono riportati nell'Allegato 1.

Quello che salta subito agli occhi è il dato apparentemente paradossale che le regioni che hanno impiantato un sistema di sorveglianza sugli alimenti notoriamente più avanzato hanno un numero di segnalazioni molto superiore a quello di aree dove i sistemi di controllo non sono stati implementati a dovere.

Questo a dimostrazione di quanto sopra riportato circa la scarsa attenzione alle notifiche dei casi di MTA che si ha in diverse regioni italiane ed in particolare in quelle meridionali che si collocano sempre agli ultimi posti della classifica delle notifiche ufficiali, pur essendo notoriamente aree dove tali fenomeni sono diffusi anche in maniera superiore alle regioni del nord.

Per ovviare in parte al problema della poca accuratezza con cui tale sistema è gestito, sono state affiancate nel tempo da sistemi di sorveglianza speciali quale la rete Enter-net che sorveglia le infezioni da *Salmonella*, da *Escherichia coli* O157 e altri *E. coli* (VTEC) e le infezioni sostenute da altri batteri enteropatogeni.

Nel periodo di riferimento sopra riportato, considerando solo le salmonellosi, sono stati segnalati ad Enter-net una media di circa 4.500 casi all'anno di *Salmonella* isolati dall'uomo.

Emerge inoltre che per alcune regioni, il numero di casi segnalati al sistema Enter-net, che non è un sistema esaustivo, è superiore a quello riportato al sistema di notifica obbligatorio.

Questi dati depongono ancor di più per una forte sottostima della dimensione del fenomeno, soprattutto nelle regioni del sud Italia.

Pertanto i dati sopra esposti vanno letti nel senso che dove esiste una efficace sistema di controllo del settore alimentare si riesce a mettere in luce un numero più vicino alla realtà di casi di MTA e pertanto è da ritenere che un affidabile sistema di controllo sia la migliore garanzia contro il manifestarsi di tali malattie.

CONTESTO REGIONALE

(Vedere anche Modello logico)

L'Abruzzo si colloca tra le regioni con un basso numero di segnalazioni di TA, nello stesso periodo la situazione è la seguente:

Anno	Episodi di TA	Numero casi
2004	3	19
2005	3	7
2006	4	35
2007	1	2
2008		

*in tale anno la Regione Abruzzo non ha trasmesso i dati al Ministero.

I microrganismi che hanno causato questi focolai sono stati soprattutto *Salmonelle* spp.

(52%), seguite dal virus dell'Epatite A (10%). Purtroppo il 26% delle segnalazioni dei focolai epidemici non presenta indicazione sulla eziologia degli episodi.

Oltre ai casi associati ai focolai epidemici, esistono numerosi casi, detti sporadici, determinate da una serie di agenti patogeni, anche in questi casi le infezioni da *Salmonella* rappresentano la principale causa di MTA segnalata sia in Italia che nella nostra regione.

I dati regionali in rapporto a quelli nazionali sono riportati nell'Allegato 2.

Tali dati sembrano indicare che la nostra regione non ha una incidenza molto elevata di MTA, sia in forma di TA che di casi sporadici.

In realtà, si sospetta che l'Abruzzo invece rientri nel gruppo di regioni che si

distinguono per la scarsa attenzione al problema della mancata notifica delle MTA, per cui i dati sono da ritenere assolutamente sottostimati.

Dalle conoscenze e da quanto riportato dagli operatori di settore, è purtroppo da ritenere che la nostra regione sia più vicina a questa seconda ipotesi che alla prima.

Sistema regionale di controllo

Nella nostra regione l'attività di controllo messa in atto risente ancora di una difficoltà legata alla non ancora ottimale conoscenza di tutte le realtà produttive presenti sul territorio in quanto il sistema di censimento delle imprese alimentari è ancora incompleto.

Questo è particolarmente evidente nel settore degli alimenti non di origine vegetale e minerale, che si trovano ad applicare tali disposizioni da circa due anni, mentre nel settore veterinario, dove la normativa era in parte già introdotta prima, la situazione è migliore.

Il numero delle aziende censite sulla base del mod A del ministero per il 2009 per la regione Abruzzo riporta un dato veterinario di 7204 aziende presenti, mentre per il SIAN il dato non è assolutamente attendibile per cui non viene preso in considerazione.

Le attività di vigilanza portate avanti nel 2009 hanno permesso di controllare n. 6496 imprese con emissione di 852 provvedimenti amministrativi, ovvero il 13,1% di strutture controllate ha evidenziato almeno una problematicità, dato che è superiore a quello nazionale(10%).

PROGETTO

Il progetto che si vuole portare avanti parte dal concetto che organizzando meglio e soprattutto integrando le attività di controllo si riuscirà a garantire un livello più elevato di controllo delle MTA.

Infatti attraverso una più adeguata rete di controllo è possibile intervenire sui vari attori del sistema partendo fin dal prodotto primario.

Naturalmente si tratta di un'attività di controllo intesa non come una semplice repressione dei fenomeni, ma fatta secondo quelle che sono le attuali linee di indirizzo, attività quindi che mira in primo luogo a controllare per responsabilizzare l'operatore del settore alimentare, per aumentare il suo livello di formazione, per collaborare con lui nella risoluzione delle problematiche che le attività di controllo mettono in evidenza.

L'emanazione del "Pacchetto Igiene" ha infatti mutato considerevolmente il modo di operare dei Servizi che si occupano di controllo ufficiale.

Nei regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004, specifici per il controllo ufficiale, viene sancita la necessità che l'attività di controllo ufficiale sia basata sull'analisi del rischio. In particolare l'articolo 3 del regolamento (CE) 882/2004 "obblighi generali in relazione all'organizzazione di controlli ufficiali" stabilisce che tali controlli siano eseguiti periodicamente in base ad una valutazione del rischio e con frequenza appropriata.

Lo stesso regolamento (CE) n. 854/2004 precisa che, la natura e l'intensità dei controlli

ufficiali dipendono dal rischio valutato ed è quindi indispensabile armonizzare ed omogeneizzare il controllo ufficiale degli alimenti all'interno del territorio regionale.

Nella regione Abruzzo nel corso del corrente anno è stato modificato l'assetto organizzativo delle attività di vigilanza che sono state affidate al Servizio di Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione delle Politiche della Salute, che ha riunito in un unico Servizio tutte le attività di vigilanza sugli alimenti, prima assegnate a

due diverse strutture regionali.

Si ritiene pertanto opportuno nel progetto in questione prevedere una parte dedicata alla riorganizzazione delle attività di vigilanza che consenta il raggiungimento di tali obiettivi al fine di ottemperare alle innovative richieste dei regolamenti comunitari e favorire un'ottimizzazione delle limitate risorse all'interno del territorio regionale.

Applicando questa nuova visione del controllo, il presente progetto avrà lo scopo di raggiungere l'obiettivo di una maggiore sicurezza degli alimenti e quindi del consumatore.

Sulla base dei risultati della graduazione in classi di rischio, sarà infatti pianificata l'attività di controllo ufficiale e le frequenze saranno stabilite in base al tipo di alimento e della categoria di rischio dello stabilimento,

La valutazione terrà conto principalmente del rischio biologico perché è quello maggiormente implicato in episodi di malattia alimentare come evidenziato dai dati degli esami sugli alimenti sopra riportati.

Si costruirà una modulistica regionale di riferimento in modo da permettere una migliore gestione dei dati, a tal proposito essa sarà necessariamente di tipo elettronico in modo da permettere il loro inserimento nel sistema SIVRA regionale e quindi avere una gestione del dato migliore.

Nel contempo si porteranno avanti una serie di iniziative formative rivolte agli operatori del settore alimentare (OSA) con particolare riferimento ai produttori primari le cui strutture sono ormai incluse a pieno titolo tra quelle soggette a vigilanza.

(Vedere anche albero dei problemi)

BENEFICIARI

Le ricadute di progetto si prevedono a beneficio di tutta la popolazione in quanto andrà a migliorare il livello di controllo sulla qualità igienico-sanitaria degli alimenti e quindi si ridurranno le patologie trasmesse da alimenti.

Saranno beneficiari dell'intervento anche gli operatori del settore alimentare (OSA) che hanno messo in atto adeguati sistemi di autocontrollo, nei confronti di chi non si è adeguato alle nuove disposizioni CE.

La modulazione dei controlli in base al profilo di rischio, potrà infatti essere presa quale riferimento per la quantificazione dei diritti previsti all'articolo 27 del regolamento (CE) 882/2004, così come applicato in Italia con il D.L.vo 194/2008, che prevede tra l'altro un pagamento aggiuntivo per i controlli supplementari in modo che l'OSA sarà stimolato a migliorare il proprio sistema di autocontrollo per passare a categorie con rischio inferiore

OBIETTIVI DI SALUTE

Il progetto che si vuole portare avanti parte dal concetto che organizzando meglio e soprattutto integrando le attività di controllo si riuscirà a garantire un livello più elevato di controllo delle MTA.

Naturalmente si tratta di un'attività di controllo intesa non come una semplice repressione dei fenomeni, ma fatta secondo quelle che sono le attuali linee di indirizzo, attività quindi che mira in primo luogo a controllare per responsabilizzare l'operatore del settore alimentare, per aumentare il suo livello di formazione, per collaborare con lui nella risoluzione delle problematiche che le attività di controllo mettono in evidenza.

TABELLA GRUPPI DI INTERESSE contattati

Tipologia	Modalità di coinvolgimento	Tempi
Servizi di Igiene degli alimenti e della nutrizione	Invio materiale progettuale	Agosto-ottobre 2010
	Riunione regionale	24.9.2010
Servizi veterinari ASL	Invio materiale progettuale	Agosto-ottobre 2010
	Riunione regionale	24.9.2010
Agenzia regionale per la tutela dell'ambiente	Riunione regionale	07.09.2010

SI ALLEGANO:

1. Analisi di contesto
2. Albero dei problemi
3. Modello logico
4. Albero degli obiettivi
5. Quadro logico
6. Tabella evidence
7. Modello di valutazione.

Allegato n. 1

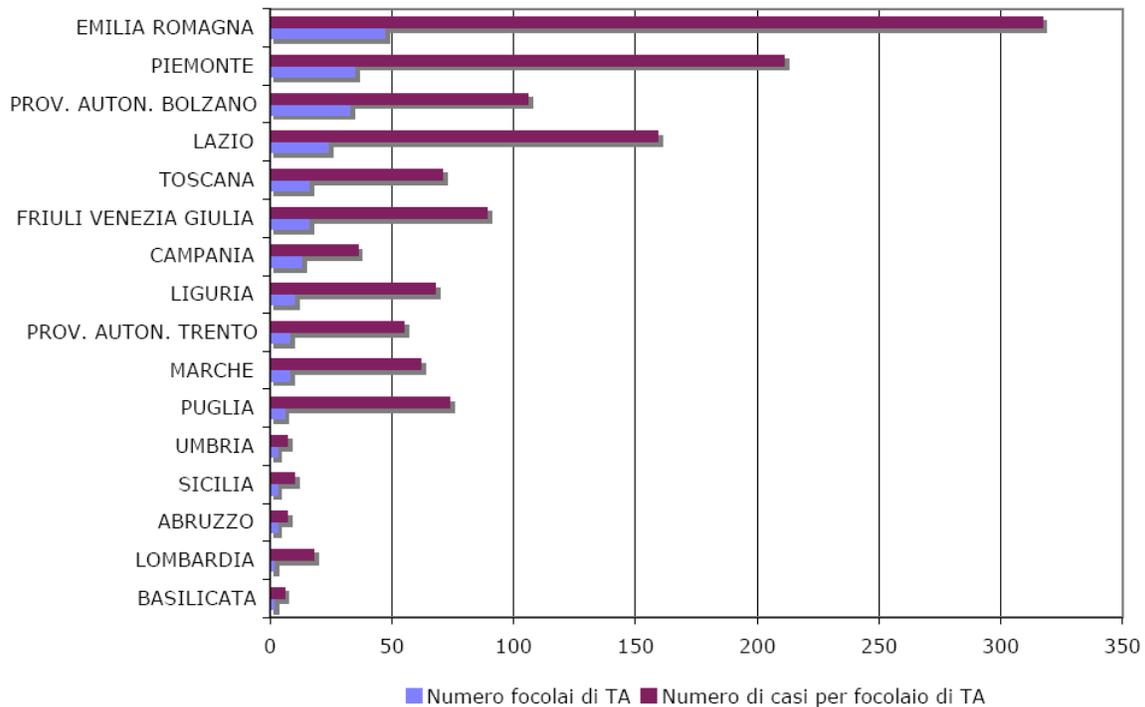
Sistema di notifica delle malattie infettive.

Casi di TA segnalati negli anni che vanno dal 2004 al 2008 in Italia:

Anno	Episodi di TA	Numero casi
2004	392	3182
2005	292	1854
2006	325	2016
2007	301	2161
2008	364	2411

Dividendo i casi per regione si evidenzia che la regione che effettua più segnalazioni è l'Emilia-Romagna (20% del totale nazionale), seguita da Piemonte(15%), Provincia Autonoma di Bolzano (14%), Lazio (10%), e da tutte le altre regioni.

Figura 1. Numero assoluto di episodi epidemici in relazione al numero di casi per regione, 2005.



Allegato n. 2

Casi di TA notificate in Abruzzo anni 2004-2008:

Anno	Episodi di TA	Numero casi
2004	3	19
2005	3	7
2006	4	35
2007	1	2
2008	*	

*in tale anno la Regione Abruzzo non ha trasmesso i dati al Ministero.

I microrganismi che hanno causato questi focolai sono stati soprattutto *Salmonelle* spp. (52%), seguite dal virus dell'Epatite A (10%). il 26% delle segnalazioni dei focolai epidemici non presenta indicazione sulla eziologia degli episodi.

Casi di Malattia Alimentare notificate in Abruzzo anni 2004-2009:

SALMONELLOSI

Anno	ITALIA	ABRUZZO
2004	9180	107
2005	8030	115
2006	6506	73
2007	6731	30
2008	6728	*
2009	5368 [^]	25 [^]
TOTALE	42543	350

BRUCELLOSI

Anno	ITALIA	ABRUZZO
2004	463	2
2005	681	4
2006	456	2
2007	179	2
2008	163	*
2009	163 [^]	-
TOTALE	2105	10

DIARREA INFETTIVA

anno	ITALIA	ABRUZZO
2004	2572	19
2005	2887	21
2006	2955	5
2007	3589	2
2008	4770	*
2009	5282 [^]	-
TOTALE	22055	47

EPATITE A

anno	ITALIA	ABRUZZO
2004	2477	20
2005	1275	17
2006	890	5
2007	1159	2
2008	1350	*
2009	1496 [^]	14 [^]
TOTALE	8647	58

LISTERIOSI

anno	ITALIA	ABRUZZO
2004	32	1
2005	59	1
2006	59	-
2007	89	-
2008	118	*
2009	104 [^]	-
TOTALE	461	2

BOTULISMO

anno	ITALIA	ABRUZZO
2004	27	5
2005	22	1
2006	12	3
2007	14	-
2008	23	*
2009		
TOTALE	98	9

* in tale anno la Regione Abruzzo non ha trasmesso i dati al Ministero

[^]dati provvisori

Prevenzione delle Malattie trasmesse da Alimenti

ANALISI DI CONTESTO

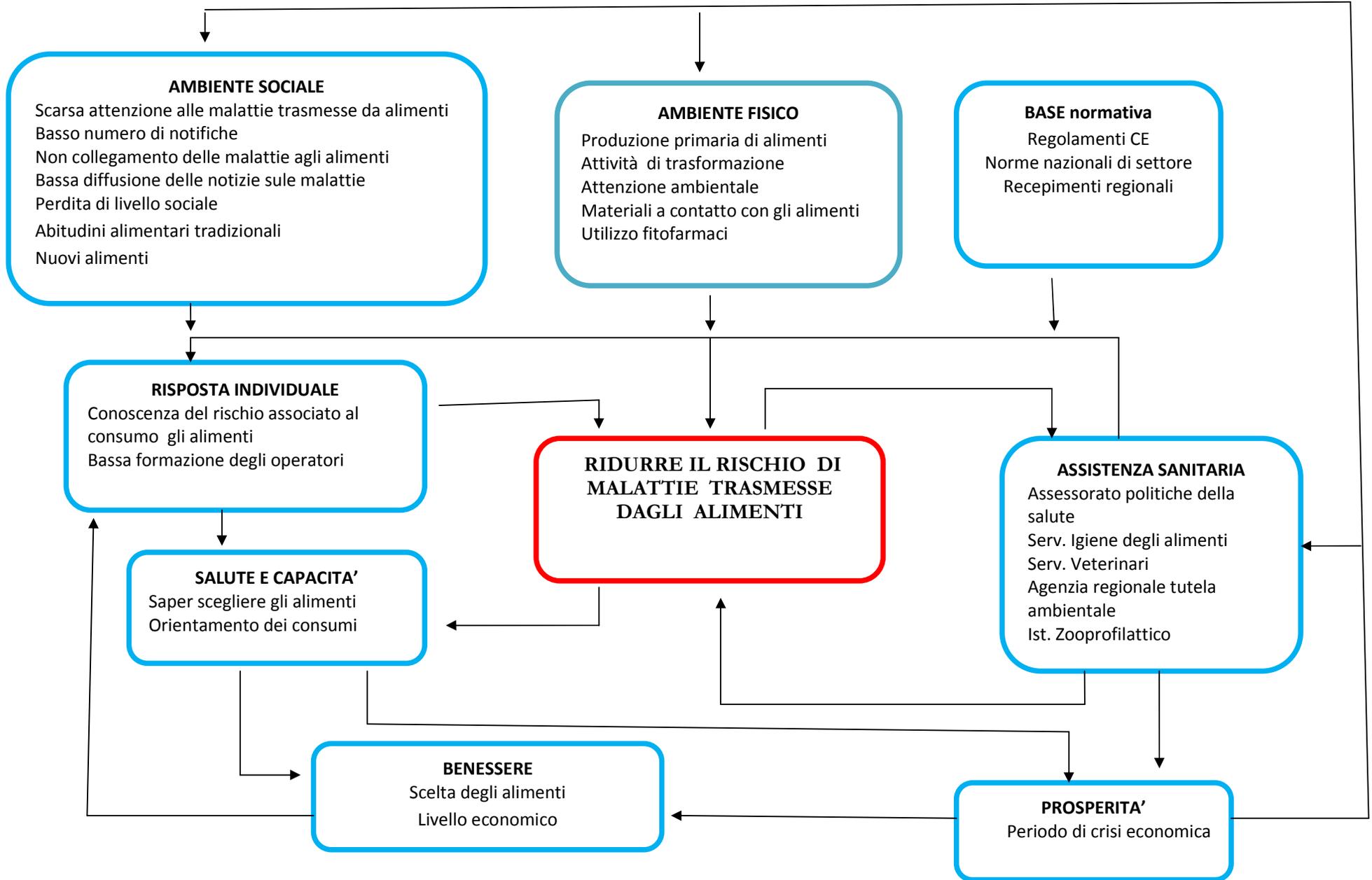


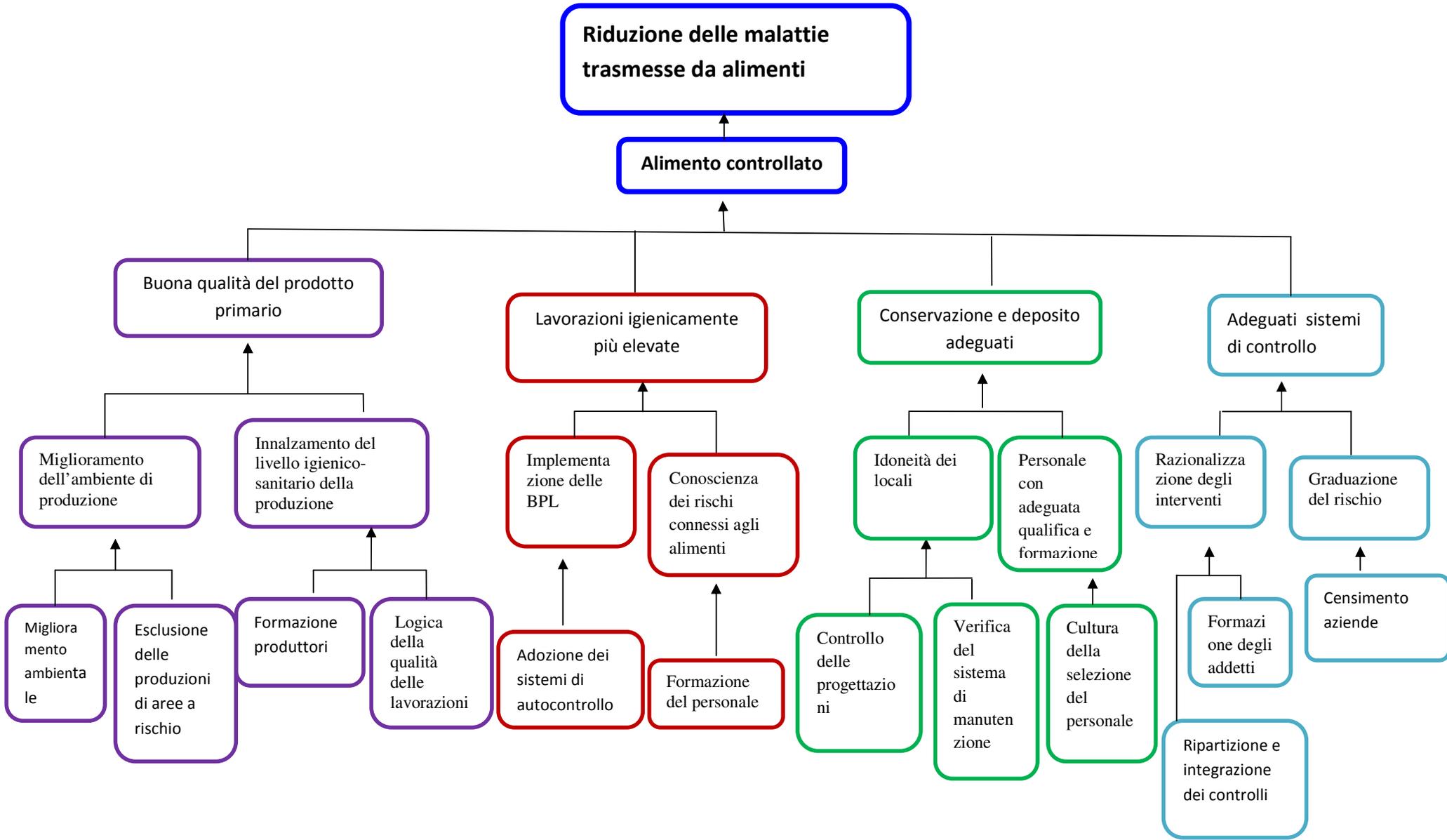
Tabella di bordo per il riassunto della evidence a favore del progetto : *Prevenzione delle Malattie trasmesse da Alimenti*

Componente (o gruppo di componenti) di intervento o cambiamento previsto dal vostro modello logico	Riassumete in poche frasi i contenuti utili, la evidence a favore della/e componente/i del vostro intervento	Indicate se vi sembra che vi siano forti, sufficienti o insufficienti raccomandazioni a favore della componente di intervento o del cambiamento atteso nel vostro modello logico	Sito, titolo e riferimento bibliografico articolo/rapporto/documento da cui avete ricavato questa evidence	Con quale motore di ricerca e, nel caso, con quali parole chiave è stato trovato
Razionalizzazione degli interventi di vigilanza	L'esame sistematico dei dati evidenzia che la presenza di un sistema organizzato di vigilanza è più efficace nel controllo degli alimenti. Dove le attività di controllo sono state adeguatamente portate avanti si sono evidenziate meglio le carenze della filiera alimentare.	SUFFICIENTI	<i>Vigilanza e controllo degli alimenti e delle bevande in Italia - Anno 2009"</i> MINISTERO DELLA SALUTE	GOOGLE
Riconoscimento del problema da parte degli operatori e degli OSA	La diffusione delle MTA è ancora un problema presente nelle nostre regioni ed è costantemente sottovalutato dagli operatori sanitari, dagli OSA e anche dalla popolazione generale.	SUFFICIENTI	Bollettino epidemiologico nazionale anni 2004-2009	GOOGLE
Formazione del personale che esegue i controlli	Le nuove disposizioni del pacchetto igiene richiedono nuove modalità di esecuzione degli interventi ed una formazione certificata degli operatori. Tale carenza è possibile fonte di invalidamento delle operazioni di controllo.	FORTI	Decisione della Commissione n. 2006/677/CE del 29 settembre 2006	GOOGLE
	La maggior parte dei casi di MTA è dovuta ad	FORTI	LE CAUSE DELLE TOSSINFEZIONI	

Adeguatezza formazione degli OSA	errori lungo la filiera produttiva dovuti agli operatori che eseguono scorrettamente una o più fasi del loro lavoro.		ALIMENTARI. 2008 REGIONE EMILIA ROMAGNA	GOOGLE
ANALISI DEL RISCHIO DELLE INDUSTRIE ALIMENTARI	Nei regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004, specifici per il controllo ufficiale, viene più volte sancita la necessità che l'attività di controllo ufficiale sia basata sull'analisi del rischio. In particolare l'articolo 3 del regolamento (CE)882/2004 "obblighi generali in relazione all'organizzazione di controlli ufficiali" stabilisce che tali controlli siano eseguiti periodicamente in base ad una valutazione del rischio e con frequenza appropriata.	FORTI	REGOLAMENTO CE 882,854.	GOOGLE

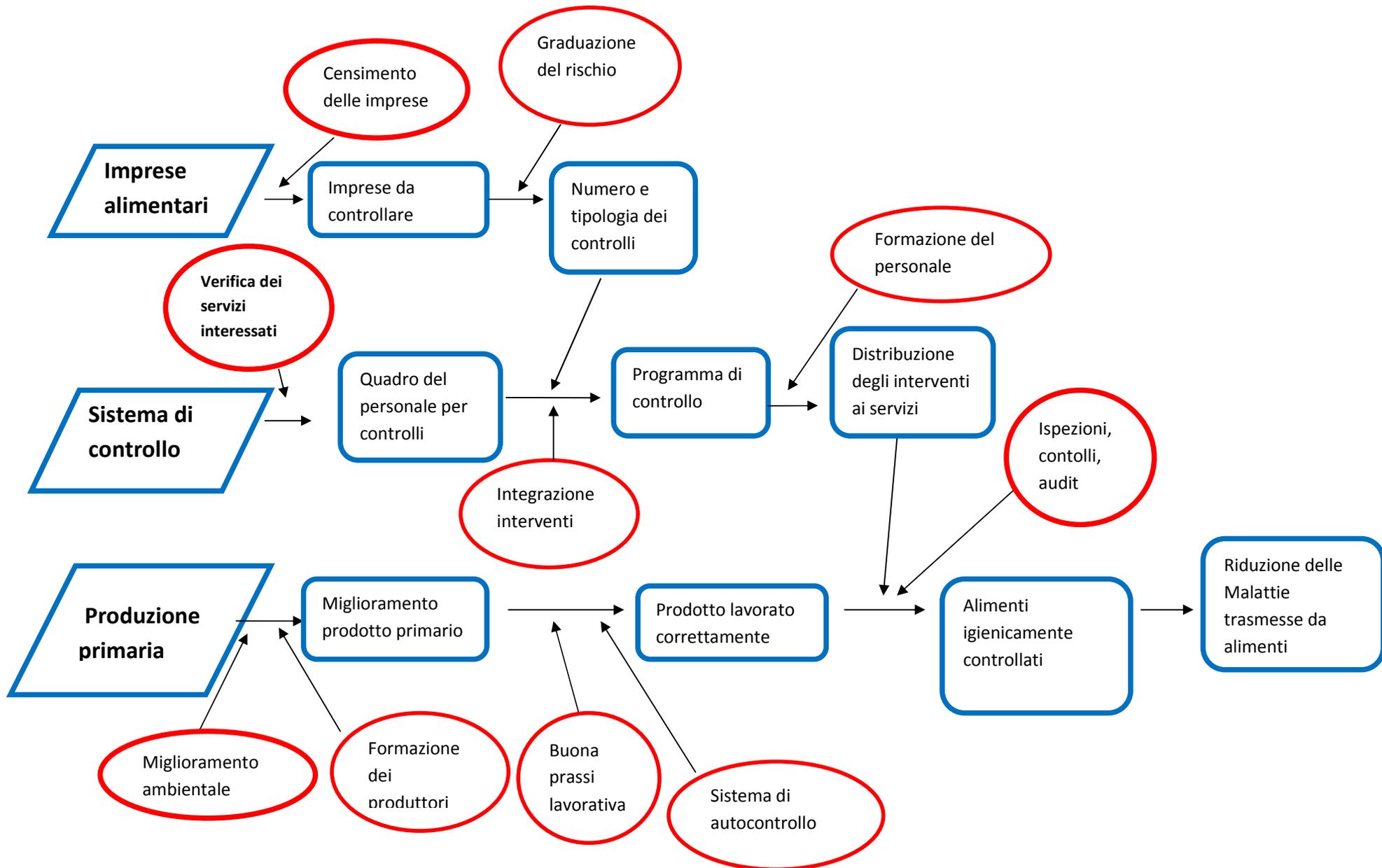
ALBERO DEGLI OBIETTIVI

PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI



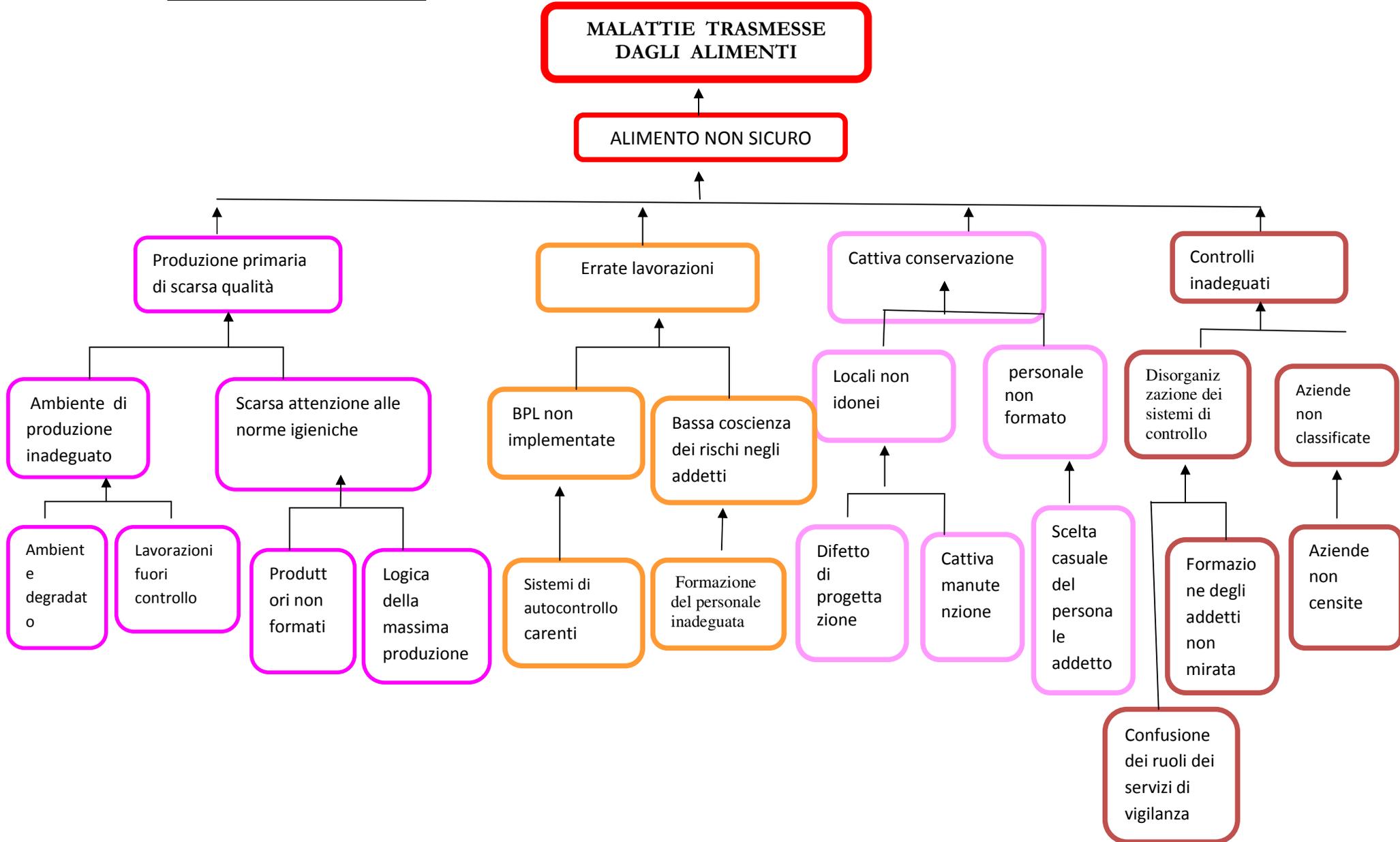
Prevenzione delle Malattie trasmesse da Alimenti

MODELLO LOGICO



ALBERO DEI PROBLEMI

PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI



RIDURRE IL RISCHIO DI MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI

QUADRO LOGICO

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale				
Obiettivo specifico	Prevenzione delle malattie trasmesse da alimenti	Riduzione delle MTA del 10% al 31.12.2011 del 20% al 31.12.2012	SISTEMA DI NOTIFICA	Sistema regionale di trasmissione dati
Risultato atteso 1	Buona qualità del prodotto primario	Riduzione delle non conformità riscontrate	Report ministero della salute mod A	
Attività	Formazione dei produttori	Mezzi Corso di formazione		Mancata adesione degli addetti
Risultato atteso 2	Lavorazioni igienicamente più elevate	Riduzione delle non conformità riscontrate 12% al 31.12.2011 dal 13,1 al 10% al 31.12.2012	Report ministero della salute mod A	
Attività	Implementazione delle BPL Conoscenza dei rischi connessi agli alimenti	Mezzi Sistema di controllo		Mancata adesione degli addetti
Risultato atteso 3	Adeguamento dei sistemi di controllo	Completare attività a al 31.12.2011 Completare attività b al 31.12.2012		Personale di adeguata qualifica
Attività a	Censimento aziende Graduazione del rischio Razionalizzazione degli interventi	Mezzi Inserimento nel Sivra		Sistema informatico regionale completato
Attività b	Formazione degli addetti al controllo Ripartizione e integrazione dei controlli	Mezzi Corso audit Direttiva regionale 852		

REGIONE ABRUZZO
<p style="text-align: center;">TITOLO DEL PROGETTO:</p> <p>Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare (3 -11 anni) di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso ed obesità.</p>
<p style="text-align: center;">IDENTIFICATIVO DELLE LINEE DI INTERVENTO GENERALI:</p> <p>2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate.</p>
<p style="text-align: center;">NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO ALL'INTERNO DEL PIANO OPERATIVO REGIONALE:</p> <p style="text-align: center;">2.9.2</p>
<p style="text-align: center;">DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO</p> <p style="text-align: center;">Razionale (vedere anche analisi di contesto)</p> <p>L'obesità è un fenomeno particolarmente evidente negli Stati Uniti, anche se ormai interessa la maggior parte dei paesi del mondo.</p> <p>In Italia, come in altri Paesi europei, la necessità di seguire con attenzione la situazione nutrizionale della popolazione generale e, in particolare, dei bambini è un'acquisizione molto recente e fortemente motivata dalla percezione, anch'essa piuttosto recente, dell'obesità come problema prioritario di salute pubblica. Infatti dati recenti del WHO sottolineano l'aumento dell'obesità, in particolare in età evolutiva: attualmente la prevalenza di obesità giovanile in Europa è 10 volte maggiore rispetto agli anni settanta. Il 20% dei bambini europei è in sovrappeso o obeso, con un picco del 34% nei bambini da 6 a 9 anni (1 su 3 è sovrappeso o obeso). Il problema dell'obesità e del sovrappeso nei bambini ha acquisito negli ultimi anni un'importanza crescente, sia per le implicazioni dirette sulla salute del bambino sia perché tali stati rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie in età adulta. Inoltre l'obesità infantile rappresenta un fattore predittivo di obesità nell'età adulta.</p> <p>Fino ad oggi , in Italia sono stati condotti vari studi regionali o di ASL basati su misurazioni dirette dei bambini tra 6 e 9 anni , ma tali studi differiscono per tempi, modalità, età campionate e diversi altri aspetti che ne rendono difficile il confronto. Le uniche fonti informative nazionali sono rappresentate dalle indagini multiscopo dell'ISTAT (in cui però peso e altezza dei minori sono stati comunicati dai genitori e non misurati direttamente), che evidenziano come nel nostro paese il 24% dei ragazzi tra i 6 e i 17 anni presenti un eccesso ponderale, fenomeno che sembra interessare le fasce di età più basse.</p> <p>Al fine di definire e mettere a regime un sistema di raccolta dati nazionale sullo stato nutrizionale dei bambini di età compresa tra i 6 e i 10 anni, con acquisizioni di informazioni dirette su alcuni parametri antropometrici, abitudini alimentari ed attività fisica, il Ministero della Salute/CCM e le Regioni hanno affidato al CNESP-ISS il coordinamento dell'iniziativa "Okkio alla salute"- Promozione della salute e crescita sana dei bambini della scuola primaria, collegato al programma europeo " Guadagnare salute " e al "Piano nazionale della Prevenzione ".</p> <p>L'indagine Okkio alla salute, condotta nel corso degli anni 2008 e 2010 in ambito nazionale ha evidenziato il preoccupante problema dell'eccesso di peso nella popolazione infantile .</p> <p>In particolare , in Abruzzo, i dati Okkio 2010 riportano che il 28,3% (il 25,8% nel 2008) dei bambini esaminati è risultato in sovrappeso, mentre il 12,5% (il 12,8% nel 2008) francamente obeso.</p> <p>L'indagine ha permesso altresì, di raccogliere informazioni sulle abitudini alimentari dei bambini. In particolare , per quanto riguarda l'abitudine alla prima colazione, il consumo di frutta e verdura , il consumo di bevande zuccherate . Le risultanze di tali informazioni hanno evidenziato la diffusione tra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e che predispongono all'aumento ponderale, specie se concomitanti.</p>

Quella che segue rappresenta la **realtà regionale abruzzese fotografata da Okkio. (risultati dall'indagine 2010)**

CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura. Il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre e sali minerali e consente di limitare la quantità di calorie introdotte.

- Per quanto riguarda il **consumo di frutta** nell'arco della settimana, i genitori riferiscono che il 2% dei bambini consuma 4 o più porzioni di frutta al dì, il 36% dei bambini consuma frutta 2-3 volte al giorno; il 37% una sola porzione al giorno. Il 25% dei bambini mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.
- Per quanto riguarda il **consumo di verdura** nell'arco della settimana, i genitori riferiscono che l'1% dei bambini consuma 4 o più porzioni di verdura al dì, l'11% dei bambini consuma verdura 2-3 volte al giorno; il 29% una sola porzione al giorno; il 58% dei bambini consuma verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana

CONSUETUDINE AL CONSUMO DI UNA ADEGUATA PRIMA COLAZIONE

Esistono diversi studi scientifici che dimostrano l'associazione tra l'abitudine a non consumare la prima colazione e l'insorgenza del sovrappeso. Per semplicità, in accordo a quanto indicato dall'INRAN, è stata considerata adeguata la prima colazione che fornisce un apporto di calorie e proteine, per esempio: latte (proteine) e cereali (carboidrati), o succo di frutta (carboidrati) e yogurt (proteine).

- Nella nostra Regione solo il 63% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- Il 9% non fa per niente colazione e il 28,% non la fa qualitativamente adeguata.

ADEGUATEZZA DELLA MERENDA DI METÀ MATTINA

Oggigiorno viene raccomandato che, se è stata assunta una prima colazione adeguata, venga consumata a metà mattina una merenda contenente circa 100 calorie, che corrispondono in pratica a uno yogurt, o un frutto, o un succo di frutta senza zuccheri aggiunti. Alcune scuole prevedono la distribuzione della merenda agli alunni; in tal caso, nell'analisi dei dati, la merenda è stata classificata adeguata.

- Nella nostra Regione solo una piccola parte di bambini, il 18%, consuma una merenda adeguata di metà mattina
- La maggior parte dei bambini, l'80%, la fa inadeguata e il 2% non la fa per niente

CONSUMO GIORNALIERO DI BEVANDE ZUCCHERATE

Mediamente in una lattina di bevanda zuccherata (33cc) è contenuta una quantità di zuccheri aggiunti pari a 40-50 grammi, fra 5 e 8 cucchiaini, con l'apporto calorico che ne consegue. Esiste una forte associazione tra il consumo di bevande zuccherate e l'obesità.

- Nella nostra Regione solo il 56% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai delle bevande zuccherate
- Il 26% dei bambini assume bevande zuccherate una volta al dì e il 17% più volte al giorno.

Alla luce di tali risultanze e in considerazione che la dieta non equilibrata e abitudini alimentari scorrette, rappresentano insieme a sedentarietà e scarsa attività fisica, i fattori principali di rischio per **sovrappeso ed obesità**, fattori peraltro modificabili, **si intende condurre il presente progetto di educazione alimentare e al gusto** i cui beneficiari saranno i bambini dai 3 agli 11 anni. Si è pensato di coinvolgere anche i bambini in età prescolare, sia perché è evidenza che il problema del sovrappeso e dell'obesità interessa fasce di età sempre più basse sia perché in età prescolare i potenziali di apprendimento sono ancora molto alti e le abitudini alimentari relativamente poco strutturate e consolidate, quindi più facilmente modificabili.

INTERVENTI

Gli interventi di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità sono classificati in letteratura rispetto all'obiettivo di salute che si prefiggono:

- riduzione del peso corporeo sulla base della valutazione del valore di BMI dei destinatari
- modifica/influenza dei comportamenti scorretti: errate abitudini alimentari.

Gli interventi che si prefiggono di ridurre il numero dei soggetti in sovrappeso e obesi, valutando il valore del BMI dei destinatari a inizio e fine intervento, dimostrano attualmente un livello di efficacia contrastante o limitato.

Gli interventi che invece mirano alla modifica/influenza dei comportamenti scorretti (nel nostro caso scelte alimentari non sane) risultano essere quelli che al momento , sulla base delle evidenze scientifiche, hanno una maggiore efficacia.

Ci si orienterà pertanto verso quest'ultimi.

PROVE DI EFFICACIA NELLE SCUOLE

Vedere la tabella di bordo per il riassunto delle evidenze a favore del progetto.

Scopi, fasi ed attività

Vista la complessità dei determinanti il fenomeno sovrappeso/obesità, (**vedere anche albero dei problemi**) gli interventi rivolti , in particolare ai bambini , devono essere effettuati in sinergia con tutte le agenzie (le figure) che si occupano di infanzia ed adolescenza, prime tra tutte **la famiglia**, essendo il primo luogo in cui il bambino apprende le abilità di base su cui si forma una personalità autonoma e ricca di potenzialità e che ricopre un ruolo chiave nell'educazione alimentare, e **la scuola**, considerata uno dei contesti più favorevoli per prevenire il sovrappeso e l'obesità nell'età evolutiva in quanto le sue finalità educative, le regole organizzative e la scansione della vita scolastica si prestano alla realizzazione di interventi di promozione della salute.

La scuola rappresenta infatti il luogo ideale per l'attuazione di programmi di educazione alimentare e al gusto per diverse ragioni:

- la scuola consente di raggiungere la quasi totalità di bambini e adolescenti
- la scuola consente di raggiungere e coinvolgere la quasi totalità dei genitori e della famiglie al fine di supportare e condividere i programmi scolastici
- la scuola fornisce l'opportunità di alimentarsi in maniera sana dal momento che , spesso, i bambini vi consumano la merenda e il pranzo
- la scuola può insegnare agli alunni a resistere alle pressioni sociali. I programmi scolastici di educazione alimentare possono utilizzare la metodologia tra "pari" per rinforzare abitudini alimentari sane o scoraggiare comportamenti alimentari non corretti (coinvolgimento del gruppo dei pari a sostegno e rinforzo delle modifiche dei comportamenti.)
- nella scuola esiste personale qualificato per l'attuazione di programmi di educazione alimentare: dopo un'adeguata formazione, gli insegnanti possono apportare un significativo contributo all'attuazione dei suddetti programmi
- le evidenze scientifiche disponibili suggeriscono che i programmi di educazione alimentare, in ambito scolastico, possono migliorare i comportamenti alimentari .

Nell'ottica di promuovere nei bambini una "cultura alimentare" orientata al consumo di frutta e verdura e di una adeguata prima colazione rispetto al consumo di bevande zuccherate e spuntini ipercalorici , e quindi di promuovere l'assunzione di comportamenti alimentari più salutari al fine del miglioramento delle condizioni nutrizionali (**Vedere anche il modello logico el'albero degli obiettivi**)

il progetto multi-componente di educazione alimentare e al gusto, attraverso la promozione a scuola di un'alimentazione come modello di riferimento, la realizzazione a scuola di programmi efficaci di educazione alimentare e al gusto, il coinvolgimento dei genitori e delle famiglie a supporto e condivisione dei programmi scolastici, si prefigge di:

- favorire ed incrementare il consumo di frutta e verdura
- promuove ed incentivare l'abitudine ad una adeguata prima colazione

- limitare il consumo di merende ipercaloriche ed indirizzare le scelte verso spuntini più salutari
- modificare/migliorare la gestione dei pasti/spuntini consumati a scuola
- promuovere il consumo di acqua e limitare il consumo di bevande industriali al alto contenuto di zuccheri semplici ed edulcoranti .

GRUPPI DI INTERESSE:

1. Famiglie
2. Uffici scolastici regionale e provinciali
3. Scuole dell'Infanzia e Primaria (Dirigenti scolastici, insegnanti)
4. Amministrazioni comunali
5. Gestori del servizio di ristorazione scolastica
6. Personale del servizio di mensa scolastica
7. Società di distribuzione automatica di alimenti e bevande
8. Servizi ASL
9. Pediatri
10. Medici di medicina generale

MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEI G.I.

- Gruppi 1,3, per il tramite dei Consigli di istituto delle scuole.
- Gruppo 2 riunione con Assessorato alle politiche della salute.
- Gruppi 4,5,6,7 attraverso riunioni in ambito comunale.
- Gruppo 8 riunione regionale.
- Gruppo 9, 10 mediante comunicazione diretta del progetto.

FASI

Il progetto verte su diversi temi con itinerari specificamente individuati per le scuole dell'infanzia e primarie di primo grado e si realizza attraverso varie fasi:

Fase preparatoria:

Costituzione dei gruppi di lavoro e stesura dei progetti educativi e dei materiali didattici

Stesura del materiale didattico da utilizzare per gli incontri nelle classi

Stampa di un testo guida per gli insegnanti contenente i progetti educativi e i materiali didattici

Stampa di materiale informativo destinato ai genitori

Elaborazione dei menu scolastici e delle tabelle merceologiche degli alimenti da inserire nei capitolati d'appalto per la ristorazione scolastica

Fase operativa :

formazione degli insegnanti da parte di operatori sanitari dei SIAN, ai quali viene fornita tutta una serie di supporti quali:

corso di formazione che affronta non solo gli aspetti disciplinari dei temi trattati ma anche quelli metodologici e didattici

materiale informativo/formativo e didattico. Realizzazione da parte degli insegnanti dei percorsi educativi proposti, necessari per lo svolgimento del progetto educativo

Interventi degli operatori sanitari dei Sian nelle classi, con l'ausilio di specifici materiali didattici

Coinvolgimento dei genitori nell'itinerario didattico per dividerne gli obiettivi

Distribuzione di materiale informativo specificamente destinato ai genitori

Sorveglianza nutrizionale sul buon andamento della ristorazione scolastica

RISULTATI ATTESI (Vedere anche il quadro logico)

1. incrementare del 10% il dato okkio 2010 relativo al consumo di due o più porzioni di frutta al giorno
2. Incrementare del 10% il dato okkio relativo al consumo di 2 o più porzioni di verdura al giorno
3. promuovere la consuetudine al consumo di una adeguata colazione in modo che la percentuale di bambini che fanno una colazione adeguata aumenti del 10% rispetto al dato okkio 2010
4. limitare il consumo di merende ipercaloriche ed indirizzare le scelte verso spuntini più salutari in modo che la percentuale di bambini che consuma una merenda adeguata registri un incremento del 10% rispetto al dato okkio 2010
5. modificare/migliorare la gestione dei pasti consumati a scuola in modo che almeno il 90% dei menu scolastici sia redatto o comunque approvato dal SIAN
6. promuovere il consumo di acqua piuttosto che di bevande industriali zuccherate ed edulcorate in modo che la percentuale di bambini che consuma due porzioni standard (330cc) di bevande zuccherate subisca un decremento del 10% rispetto al dato okkio 2010.

MONITORAGGIO

Punto 1: dati okkio alla salute, rilevazione 2012.

Punto 2: dati okkio alla salute, rilevazione 2012.

Punto 3: dati okkio alla salute, rilevazione 2012.

Punto 4: dati okkio alla salute, rilevazione 2012

Punto 5: PRIC (Piano regionale integrato dei controlli) annuale settore mense scolastiche

Punto 6: dati okkio alla salute, rilevazione 2012

Criticità

Disponibilità delle scuole a partecipare al progetto

Collaborazione attiva degli insegnanti

Collaborazione degli operatori delle mense scolastiche

Adesione delle famiglie

Risorse economiche

Contrazione dei tempi di programmazione ed esecuzione degli interventi

BENEFICIARI DELL'INTERVENTO

Bambini di età tra i 3-11 anni

OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Assunzione di comportamenti alimentari salutari e miglioramento delle condizioni nutrizionali nella popolazione target. Promuovere nei bambini una "cultura alimentare" orientata al consumo di frutta e verdura e di una adeguata prima colazione rispetto a bevande zuccherate e spuntini ipercalorici.

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE al 31/12/2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31/12/2011	VALORE DELL'INDICATORE AL 31/12/2012
% di scuole raggiunte dell'intervento	Dati ufficio scolastico regionale	-----	50%	80%
% di incremento del consumo di frutta	Dati okkio alla salute: rilevazione 2012	-----	-----	5%
% di incremento del consumo di verdura	Dati okkio alla salute: rilevazione 2012	-----	-----	5%

ALLEGATI:

ANALISI DI CONTESTO

ALBERO DEI PROBLEMI

ALBERO DEGLI OBIETTIVI

MODELLO LOGICO

QUADRO LOGICO

TABELLA DI BORDO PER IL RIASSUNTO DELLE EVIDENCE A FAVORE DEL PROGETTO

TABELLA DI VALUTAZIONE.

ANALISI DI CONTESTO

Progetto : Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso ed obesità

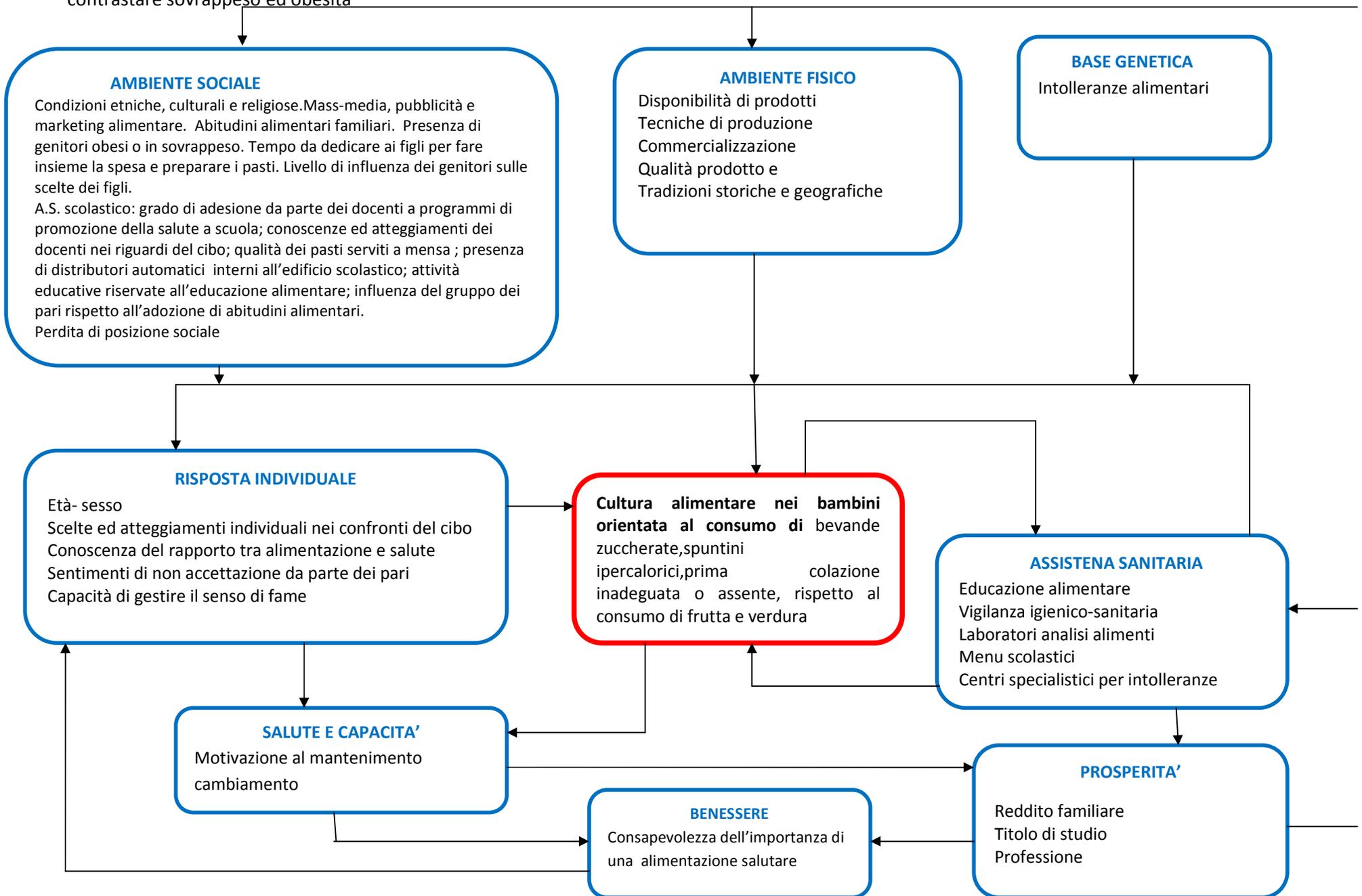


Tabella di bordo per il riassunto della evidence a favore del progetto : Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso ed obesità

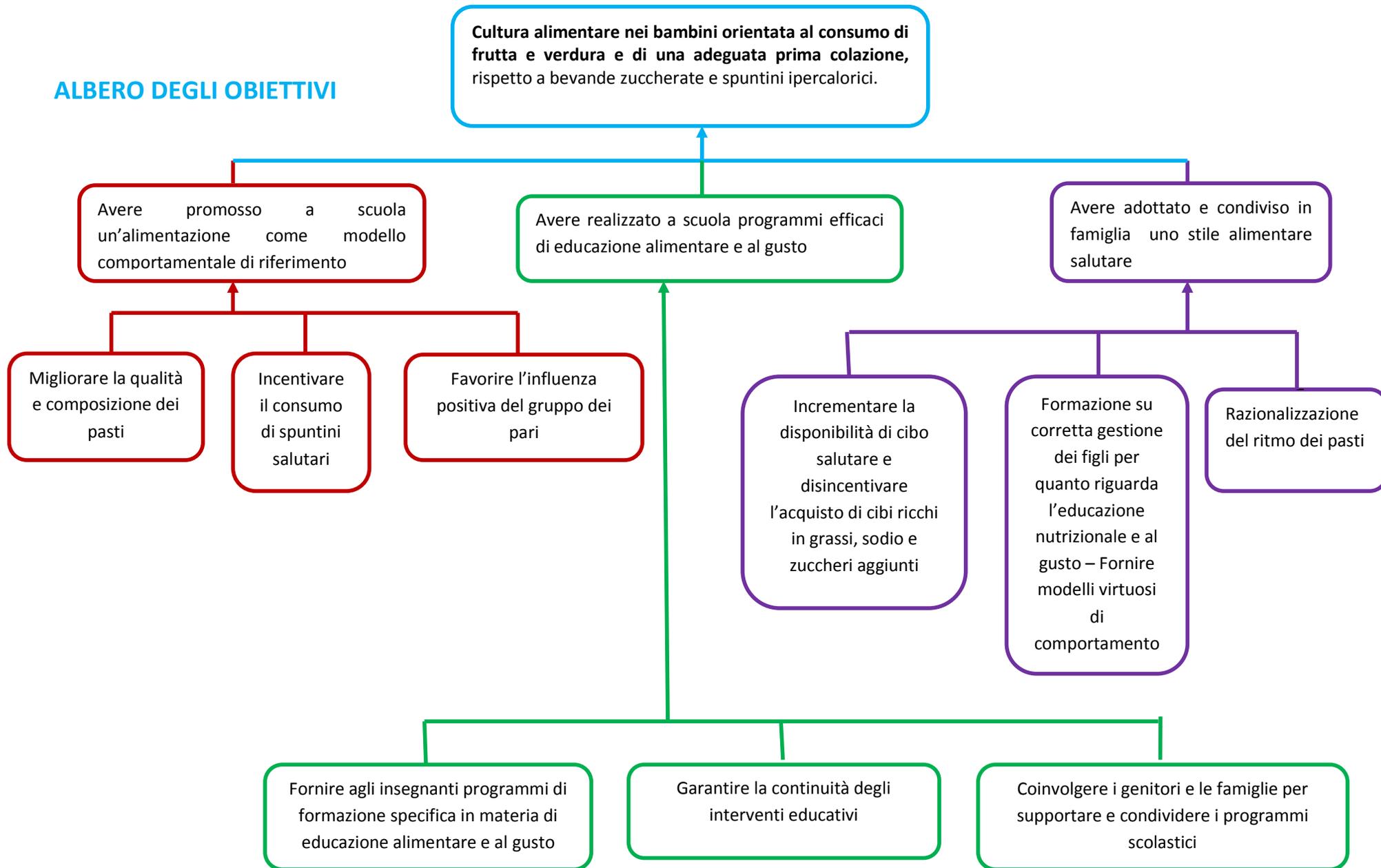
Componente (o gruppo di componenti) di intervento o cambiamento previsto dal vostro modello logico	Riassumete in poche frasi i contenuti utili, la evidence a favore della/e componente/i del vostro intervento	Indicate se vi sembra che vi siano forti, sufficienti o insufficienti raccomandazioni a favore della componente di intervento o del cambiamento atteso nel vostro modello logico	Sito, titolo e riferimento bibliografico articolo/rapporto/documento da cui avete ricavato questa evidence	Con quale motore di ricerca e, nel caso, con quali parole chiave è stato trovato
<p>Educazione alimentare a scuola (attività curricolari)</p>	<p>Migliore risultato di interventi combinati di educazione alimentare e distribuzione di materiale audiovisivo ed informativo</p> <p>Il documento riporta le evidenze di 'efficacia di interventi realizzati in ambito scolastico articolati su più componenti, tra cui nello specifico l'educazione alimentare e l'uso di materiale curricolare (insieme a formazione degli insegnanti, modifiche dei pasti serviti a scuola)</p> <p>Il bollettino presenta una rassegna di interventi miranti alla prevenzione e cura dell'obesità infantile e rileva l'evidenza di efficacia dei seguenti tipi di iniziative: iniziative attuate in ambito scolastico con programmi che promuovono cambiamenti nel comportamento alimentare (insieme a programmi basati sull'approccio familiare)</p>	<p>sufficiente</p>	<p>Educazione alimentare D'Arca 1986</p> <p>Mulvihill C.,Quigley R., The management of obesity and overweight. Analysis of reviews of diet, physical activity and behavioural approaches. Evidence briefing, 1st Edition, October 2003,H.D.A.</p> <p>University of York "The prevention and treatment of childhood obesity" in Effective Health Care, volume 7, numero 6 2002</p>	<p>Google</p>

<p>Formazione degli insegnanti</p>	<p>Rassegna sistematica in cui si evidenzia l'efficacia di interventi svolti in ambito scolastico (bambini tra i 4 e i 10 anni), con l'obiettivo di modificare i comportamenti alimentari scorretti, soprattutto indurre un aumento del consumo di frutta e verdura . Nello specifico si registra un significativo effetto con gli interventi educativi e la formazione che integri momenti di conoscenza ed apprendimento dei benefici che il consumo di alimenti "protettivi" producono a livello di salute con percorsi di educazione al gusto</p> <p>Il documento riporta le evidenze di 'efficacia di interventi realizzati in ambito scolastico articolati su più componenti, tra cui nello specifico la formazione degli insegnanti (insieme a educazione alimentare a scuola e modifica dei menu scolastici)</p>		<p>Eppi-Centre, Children and healthy eating: a systematic review of barriers and facilitatore, October 2003</p> <p>Mulvihill C., Quigley R., The management of obesity and overweight. Analysis of reviews of diet, physical activity and behavioural approaches. Evidence briefing, 1st Edition, October 2003, H.D.A.</p>	
<p>Coinvolgimento dei genitori</p>	<p>Rassegna sistematica in cui si evidenzia l'efficacia di interventi svolti in ambito scolastico (bambini tra i 4 e i 10 anni), con l'obiettivo di modificare i comportamenti alimentari scorretti, soprattutto indurre un aumento del consumo di frutta e verdura sottolineando come gli interventi educativi. Nello specifico si registra un significativo effetto qualora vengono coinvolti i genitori. (insieme a formazione insegnanti e modifica menù scolastici)</p> <p>Il bollettino presenta una rassegna di interventi miranti alla prevenzione e cura dell'obesità infantile e rileva l'evidenza di efficacia dei seguenti tipi di iniziative: programmi basati</p>		<p>Eppi-Centre, Children and healthy eating: a systematic review of barriers and facilitators, ottobre 2003</p> <p>University of York "The prevention and treatment of childhood obesity" in Effective Health Care, volume 7, numero 6</p>	

	sull'approccio familiare. (insieme ad iniziative attuate in ambito scolastico con programmi che promuovono cambiamenti nel comportamento alimentare)		2002	
Modifica dei menù scolastici (attraverso una maggiore attenzione ai capitolati di appalto dei servizi di ristorazione scolastica, alla composizione dei menù delle mense scolastiche e alle caratteristiche delle merende)	<p>Rassegna sistematica in cui si descrive e si evidenzia l'efficacia di interventi svolti in ambito scolastico (bambini tra i 4 e i 10 anni), con l'obiettivo di modificare i comportamenti alimentari scorretti. Nello specifico si registra un significativo effetto con gli interventi educativi che prevedono cambiamenti a livello di cibo fornito a scuola</p> <p>Il documento riporta le evidenze di efficacia di interventi realizzati in ambito scolastico articolati su più componenti, tra cui nello specifico : modifiche dei pasti serviti a scuola.</p>		<p>Eppi-Centre, Children and healthy eating: a systematic review of barriers and facilitatore, ottobre 2003</p> <p>Mulvihill C., Quigley R., The management of obesity and overweight. Analysis of reviews of diet, physical activity and behavioural approaches. Evidence briefing, 1st Edition, October 2003, H.D.A. 003</p>	

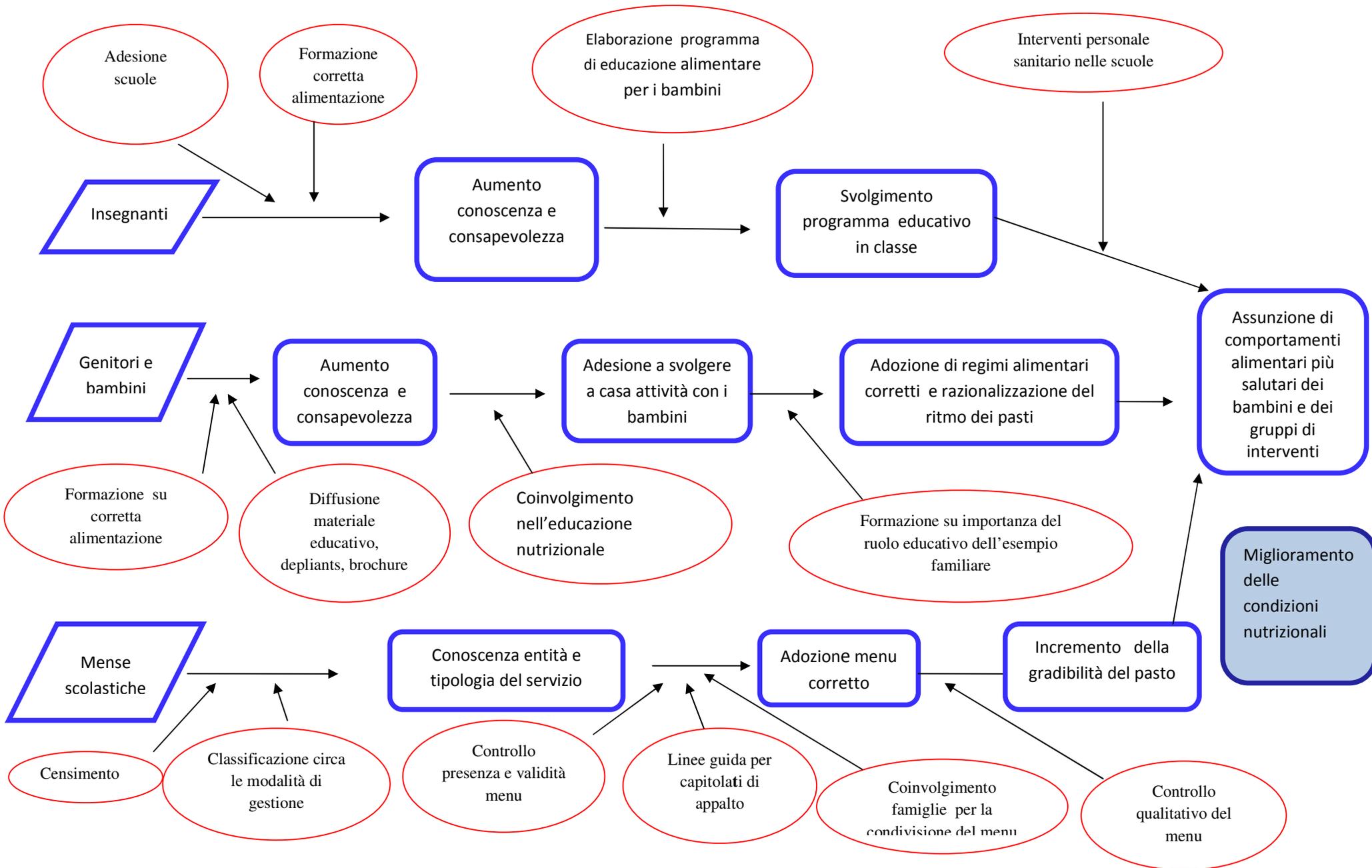
Progetto: Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso ed obesità.

ALBERO DEGLI OBIETTIVI



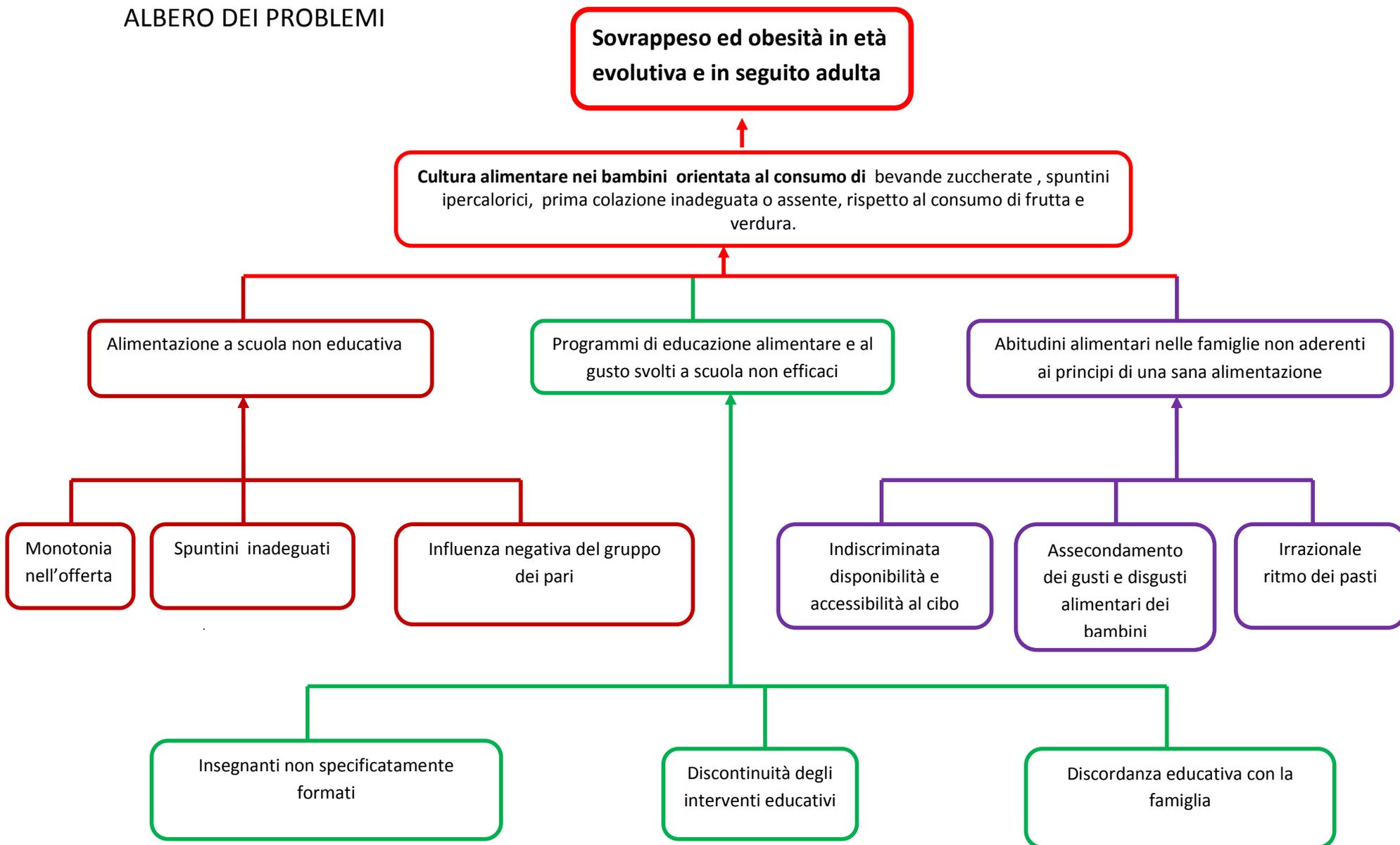
Progetto: Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso ed obesità.

Modello logico



Progetto: Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare il sovrappeso e l'obesità.

ALBERO DEI PROBLEMI



QUADRO LOGICO - Progetto: Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare il sovrappeso e l'obesità.

FINALITA' PROGETTO	LOGICA DELL'INTERVENTO	INDICATORI VERIFICABILI OBIETTIVAMENTE	MEZZI DI VERIFICA	RISCHI E ASSUNZIONI
OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione dell'obesità			
OBIETTIVO SPECIFICO	Promuovere nei bambini la cultura alimentare orientata al consumo di frutta e verdura e di una adeguata prima colazione rispetto a bevande zuccherate e spuntini ipercalorici.			Disponibilità delle scuole a partecipare all'iniziativa. Collaborazione insegnanti e operatori mense scolastiche Adesione delle famiglie
RISULTATI ATTESI	Alimentazione a scuola come modello di riferimento. Programmi efficaci di educazione alimentare e al gusto svolti nelle scuole. Adozione e condivisione in famiglia di un regime alimentare salutare.	Al 31.12.2011 aver effettuato gli interventi nel 50% delle scuole interessate e al 31.12.2012 nell'80% Al 31/12/2012 aver incrementato del 10% i dati okkio2010 relativi al consumo di due o più porzioni di frutta e di due o più porzioni di verdura	n. Scuole raggiunte/n. scuole totale dati ufficio scolastico regionale al 31.12.2011 e al 31.12.2012 Dati okkio alla salute: rilevazione 2012	Contrazione dei tempi di programmazione ed esecuzione degli interventi
		MEZZI	COSTI	
ATTIVITA'	Migliorare la qualità e composizione dei menu scolastici	Linee guida per capitolati d'appalto e per menu elaborate dal settore nutrizione dei SIAN (Medici e dietisti)		Disponibilità di personale con adeguata qualifica. Risorse economiche adeguate

QUADRO LOGICO - Progetto: Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare il sovrappeso e l'obesità.

ATTIVITA'	Continuità degli interventi educativi	Accordo di programma Scuola- Sanita		
ATTIVITA'	Favorire l'influenza positiva del gruppo dei pari	Pacchetto didattico		Risorse economiche adeguate
ATTIVITA'	Formazione specifica per gli insegnanti sul tema dell'educazione alimentare e al gusto	Pacchetto didattico		
ATTIVITA'	Incentivare il consumo di spuntini salutari	Opuscoli informativi ed educativi per bambini e genitori		Risorse economiche adeguate
ATTIVITA'	Coinvolgimento delle famiglie per condivisione programmi scolastici	Opuscoli informativi ed educativi per bambini e genitori		
ATTIVITA'	Selezionare gli acquisti di alimenti e regolarne il consumo a casa	Opuscoli informativi ed educativi per bambini e genitori		
ATTIVITA'	Fornire modelli virtuosi di comportamento alimentare in famiglia	Opuscoli informativi ed educativi per bambini e genitori		
ATTIVITA'	Razionalizzazione del ritmo dei pasti consumati a casa	Opuscoli informativi ed educativi per bambini e genitori		

Piano Regionale della Prevenzione - UNPLUGGED

1) REGIONE : **ABRUZZO**

2) Titolo del Progetto: **Non mandare in fumo la tua gioventù: UNPLUGGED un programma scolastico mirato alla prevenzione dell'uso di tabacco**

3) Identificativo della Linea di intervento generale : **2.9**

4) Numero identificativo del progetto all'interno del Piano Operativo Regionale: **2.9.5**

5) Breve descrizione dell'intervento programmato:

Il progetto UNPLUGGED persegue l'obiettivo di salute di aumentare l'empowerment della popolazione scolastica attraverso il sostegno di interventi educativi finalizzati a rendere consapevoli dei rischi alla salute dovuti al fumo .

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le patologie correlate al fumo di tabacco costituiscono la seconda causa di morte nel mondo, ma, nello stesso tempo, certamente la prima causa di morte che è possibile evitare.

Il fumo attualmente rappresenta uno dei più grossi problemi di salute pubblica globale considerato che è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di molti tumori e di numerose patologie cronico-degenerative che riguardano soprattutto l'apparato respiratorio e cardiovascolare.

Si stima che al giorno d'oggi, in tutto il mondo, i fumatori siano più di un miliardo e che il tabacco provochi ogni anno 5,4 milioni di morti che sono destinati ad aumentare drasticamente (più di 8 milioni entro il 2030) se non si adotteranno misure efficaci.

Le morti e le malattie fumo-correlate, tuttavia, sono interamente prevedibili e prevenibili, si conosce, infatti, esattamente cosa provoca l'uso di tabacco, come e quanto uccide, cosa danneggia e come fare per evitare tutto questo.

In Italia nel 2009, secondo i dati ISTAT (che fanno riferimento a oltre 60 mila interviste faccia a faccia a persone con età superiore ai 14 anni), la percentuale dei fumatori è salita al 23% (era 22,2% nel 2008) dopo 5 anni di valori stabili intorno al 22%.

L'incremento ha riguardato allo stesso modo sia i maschi che le femmine (nel 2009: maschi 29,5% femmine 17%; nel 2008: maschi 28,6%, femmine 16,3%).

Se andiamo a vedere la prevalenza nelle varie classi di età, si nota come l'aumento maggiore ci sia stato tra i giovani adulti di età compresa tra i 25 e i 34 anni, dove si è raggiunta la percentuale del 31,4% (40,2% i maschi e 22,2% le femmine).

In leggero aumento è, invece, la prevalenza tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni che raggiunge il 21,7%.

La più alta percentuale di fumatori si osserva nell'Italia centrale (24,3%), seguono in ordine decrescente il nord (23%) e il sud e le isole (22,3%).

Secondo l'indagine Doxa effettuata tra Marzo e Maggio 2010 per conto dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e la Sezione di Milano della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, in Italia fumano poco più di 11 milioni di persone.

La fascia d'età 25-44 rappresenta la percentuale più alta di fumatori pari al 26,6%. Al secondo posto, con una percentuale di 25,7%, troviamo la fascia d'età compresa tra i 45 e i 64 anni.

I giovani fumatori invece, tra i 15 e i 24 anni d'età, rappresentano il 21,9%.

Proprio in quest'ultima fascia d'età l'indagine ha rilevato che il 34,5% dei baby-fumatori inizia a fumare prima dei 15 anni e il 50,8% tra i 15 e i 17 anni: quindi ben l'85,3% dei ragazzi inizia a fumare prima del 18° anno d'età, quando frequentano ancora la scuola.

Secondo i dati il 73,4% dei giovani fumatori prende il vizio sotto l'influenza dei modelli offerti soprattutto dagli amici o anche dai compagni di scuola: si fuma perché "lo fanno tutti".

Nel nostro paese il consumo medio per fumatore è di 13 sigarette al giorno.

Secondo il rapporto del 2009 del Ministero della Salute sulle “Attività per la prevenzione del tabagismo” si stima che in Italia siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l’anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età.

Il tabacco è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie, tra le quali broncopneumopatie croniche ostruttive ed altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre forme di cancro, cardiopatie, vasculopatie.

Anche se negli ultimi 50 anni si è assistito in Italia, come in tutto il mondo occidentale, ad una graduale diminuzione dei fumatori, nel nostro Paese il fumo attivo rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile.

La situazione in Abruzzo, rilevata con il sistema di sorveglianza PASSI, ci dice che nel 2009 nella popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni i fumatori sono il 31%.

Tale dato non è certo da sottovalutare tenuto conto che nel confronto tra le varie regioni italiane è risultato il più elevato.

L’abitudine al fumo è significativamente più diffusa negli uomini (41%) rispetto alle donne (21%), nei giovani sotto i 25 anni, nelle persone con livello di istruzione medio-basso e in quelle con difficoltà economiche.

Il numero di sigarette fumate in media al giorno è 15, in linea quindi con il dato nazionale.

La maggior parte degli intervistati riferisce che il divieto di fumare viene rispettato nei locali pubblici (86%) e nei posti di lavoro (88%) ma d’altro canto si rileva come almeno nel 20% delle abitazioni abruzzesi in cui vive un minore di 14 anni si fuma, per cui l’esposizione al fumo passivo nonché il modello comportamentale offerto in ambiente domestico, dove vivono bambini, riguarda almeno una abitazione su cinque.

Dal rilevamento PASSI risulta inoltre che solo il 36% di coloro che sono stati dal medico nell’ultimo anno dichiara che un operatore sanitario gli ha chiesto se fuma e poco più della metà dei fumatori (6 su 10) ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario, tuttavia chi ha smesso lo ha fatto da solo, considerato che meno dell’1% riferisce di essere ricorso al sostegno dei servizi sanitari.

Da quanto sopra esposto si evidenzia come sussista ancora un insufficiente livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari del nostro territorio regionale per cui è opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per disincentivare l’abitudine al fumo.

Si rende pertanto necessario rinnovare e rinforzare le azioni tese al contrasto del tabagismo utilizzando un approccio globale e multisettoriale che preveda in primis la promozione della salute nella popolazione e di ridurre i danni provocati dal fumo soprattutto attraverso la prevenzione della iniziazione dei giovani al fumo.

Nell’ambito della prevenzione efficace al tabagismo l’attuale evidenza scientifica propone almeno quattro tipi di interventi possibili:

- 1) Interventi “ambientali” e di “popolazione”;
- 2) interventi scolastici
- 3) interventi familiari;
- 4) interventi comunitari.

Ognuno di tali interventi presenta delle peculiarità capaci di incidere più specificatamente sui vari aspetti connessi alla dipendenza tabagica ma certamente la scuola è riconosciuta come il setting ideale per gli interventi di prevenzione dell’uso di sostanze sia perchè coinvolge virtualmente tutta la popolazione bersaglio nell’età in cui è maggiore il rischio di iniziazione sia per la funzione della sua missione educativa.

Nell’ambito scolastico i programmi di educazione alla salute che trattano di argomenti di prevenzione e che offrono una maggior evidenza scientifica sono i Programmi di Influenza Sociale che si basano sul principio che è necessario integrare l’acquisizione delle “conoscenze” con la formazione di “*life skills*” (*abilità di vita*) e con la cosiddetta “educazione normativa” ovvero gli strumenti volti a correggere le convinzioni (le “norme”) sull’accettazione e la diffusione dell’uso di sostanze.

La Regione Abruzzo, in considerazione dei dati statistici non confortanti sull'abitudine al fumo dei giovani e credendo fortemente che una riduzione del numero dei fumatori debba passare necessariamente attraverso un'azione decisa di contrasto all'iniziazione, ha deciso di attuare su tutto il territorio regionale il programma UNPLUGGED.



Il programma “Unplugged” è un programma scolastico standardizzato, attuato in diversi paesi europei, basato su un approccio di influenza sociale comprensivo (comprehensive social influence approach), mirato alla prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e sostanze stupefacenti. Questo programma è composto di tre parti, è somministrato dall'insegnante, dopo una formazione di 3 giorni ed è costituito da 12 unità di un'ora. La qualità e l'efficacia del programma sono garantite dall' European Drug Addiction Prevention (EuDAP).

DESTINATARI

- Studenti del secondo anno delle Scuole Secondarie di primo grado.

DESTINATARI INTERMEDI: insegnanti curricolari dei medesimi anni di corso.

OBIETTIVI

- Applicare i criteri di evidenza di efficacia scientifica nel campo della prevenzione;
- Prevenire l'inizio dell'uso di sostanze e/o ritardare il passaggio dall'uso sperimentale a quello regolare;
- Formare gli insegnanti all'uso di metodologie che promuovono l'interattività dell'approccio e favoriscono la creazione di un clima relazionale favorevole all'interno del gruppo classe

Obiettivi specifici sono:

- Modifica degli atteggiamenti nei confronti dell'uso di sostanze;
- Rafforzamento delle abilità necessarie per affrontare la vita quotidiana;
- Sviluppo negli adolescenti di competenze e risorse di cui hanno bisogno per resistere alla pressione dei pari ed alle influenze sociali;
- Fornire informazioni e conoscenze corrette sulle sostanze e sui loro effetti sulla salute.

METODO E STRUMENTI

Modello dell'influenza sociale: è basato sui criteri della promozione delle *life skills*, ovvero delle abilità di una persona a fronteggiare gli eventi della vita e di prendere decisioni, integrate con l'*educazione normativa*.

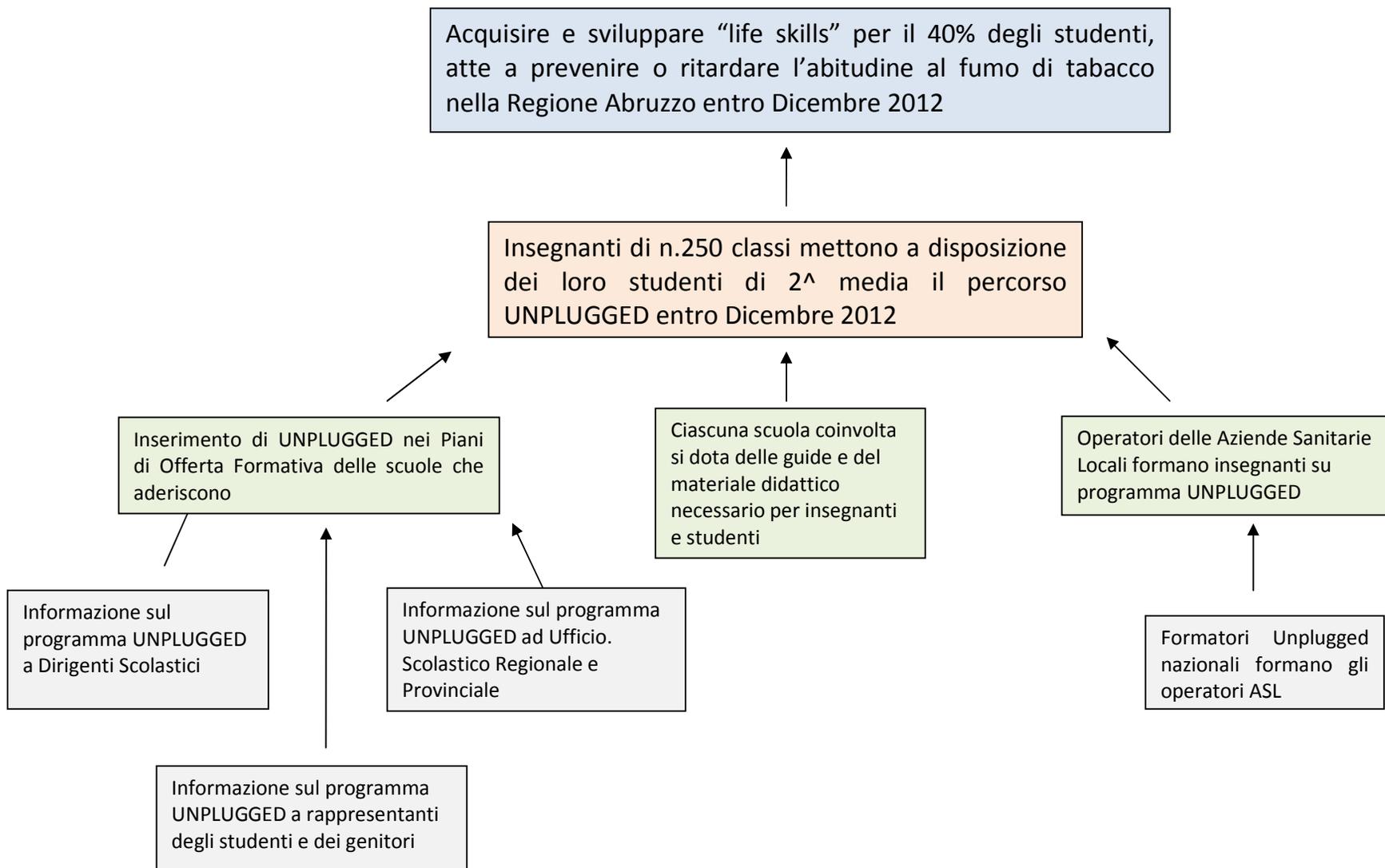
Gli insegnanti, opportunamente formati da operatori sanitari, effettueranno 12 sessioni di attività standardizzate della durata di 1 ora ciascuna all'interno del gruppo classe, con la supervisione ed il tutoraggio degli operatori sanitari della propria ASL.

Il progetto UNPLUGGED è stato predisposto seguendo i dettami del Project Cycle Management (PCM) pertanto il rationale dell'intervento, gli scopi generali che esso si propone, le fasi in cui si articola, le attività di cui si compone, gli attori e gli altri eventuali portatori di interesse coinvolti nonché le eventuali criticità che potrebbero influire sulla sua realizzazione e sui suoi esiti vengono descritti facendo uso degli strumenti previsti dal PCM:

- Albero degli obiettivi,
- Modello Logico,
- Quadro Logico,
- Analisi dei Rischi con Algoritmo

(di seguito riportati):

“UNPLUGGED” – ALBERO DEGLI OBIETTIVI



ALBERO DEGLI OBIETTIVI

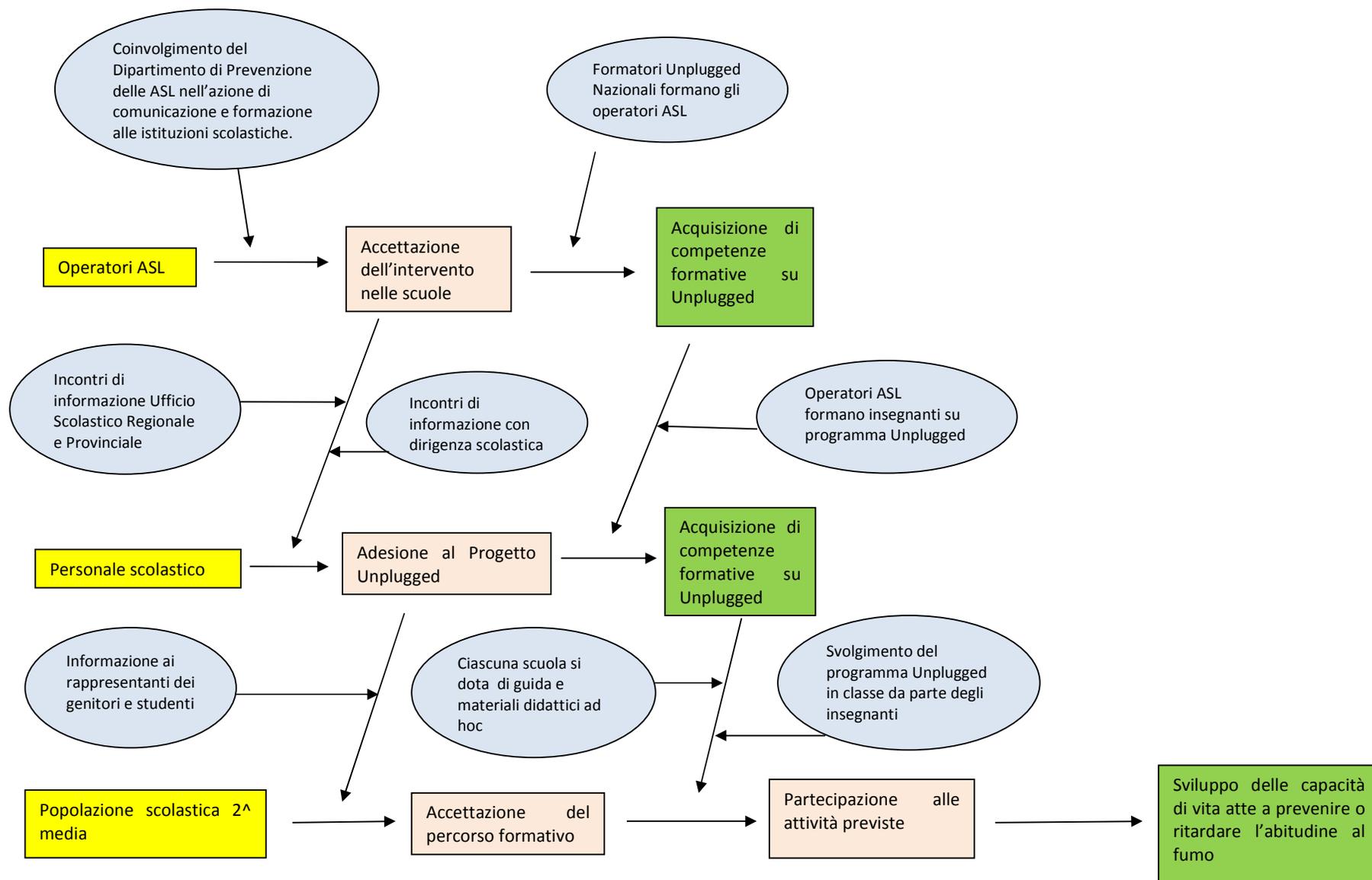
Serve a costruire LA LOGICA DELL'INTERVENTO che ci proponiamo di attuare definendo chiaramente "l'obiettivo specifico", che è in cima all'albero, e che costituisce il beneficio atteso da realizzare.

Per arrivare all'obiettivo specifico vi sono dei livelli intermedi che sono rappresentati dai "risultati attesi" i quali una volta realizzati permettono il raggiungimento dell'obiettivo specifico stesso.

Infine alla base dell'albero sono presenti le caselle che rappresentano le "attività" che è necessario svolgere per poter giungere ai risultati attesi.

La logica dell'intervento stabilita con l'albero degli obiettivi sarà disposta e utilizzata nella compilazione del QUADRO LOGICO.

“UNPLUGGED” - MODELLO LOGICO



MODELLO LOGICO

E' uno schema, un'immagine che mostra sinteticamente ed efficacemente tutti i passaggi che porteranno i beneficiari del progetto ad avere il beneficio di salute atteso ovvero un "modello" che prevede tutte le tappe che portano ad un beneficio per la popolazione scelta.

Ci da la possibilità di "centrare" i beneficiari e di ricercare le prove di efficienza.

In esso la casella iniziale si identifica con la popolazione beneficiaria mentre quella finale con il beneficio che vogliamo raggiungere.

Le caselle intermedie rappresentano le tappe fondamentali ovvero i cambiamenti che si realizzano nel cammino progettuale e che sono propedeutici all'ottenimento del beneficio finale.

Nei cerchi sono indicate le azioni da mettere in atto per la realizzazione dei cambiamenti.

Tale modello serve per verificare la logica dell'intervento, per poterlo valutare e per poter comunicare con un linguaggio semplice e comprensibile con i gruppi d'interesse partecipi del progetto.

“UNPLUGGED” - QUADRO LOGICO

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Aumentare la consapevolezza del rischio per la salute derivante dall'abitudine al fumo di tabacco			
Obiettivo specifico	Acquisire e sviluppare "life skills" per il 40% degli studenti, atte a prevenire o ritardare l'abitudine al fumo di tabacco nella Regione Abruzzo entro il 2012	N° di studenti 2 ^a media che hanno svolto il programma	Registro attività	
Risultati attesi 1	Insegnanti di n.250 classi mettono a disposizione dei loro studenti di 2 ^a media il percorso UNPLUGGED entro il 2012	N° insegnanti che portano a termine il programma/ N° tot insegnanti formati	Registro attività	-Collaborazione insegnanti - mancato inserimento nel Piano di Offerta Formativa - Mancata formazione operatori ASL (CONDIZIONE KILLER)
		MEZZI	COSTI	
Attività complessa 1.1	Inserimento di UNPLUGGED nei Piani di Offerta Formativa delle scuole che aderiscono	Delibera su approvazione da parte del collegio dei docenti		
Attività semplice 1.1.1	Informazione sul programma UNPLUGGED ad Uff. Scolastico Regionale e Provinciale	-Depliant -Guida docenti -Diario alunni		
Attività semplice 1.1.2	Informazione sul programma UNPLUGGED a Dirigenti Scolastici	-Depliant -Guida docenti -Diario alunni		
Attività semplice 1.1.3	Informazione sul programma UNPLUGGED a rappresentanti degli studenti e dei genitori	-Depliant -Guida docenti -Diario alunni		
Attività 1.2	Ciascuna scuola coinvolta si dota delle guide e del materiale didattico necessario per insegnanti e studenti	-Guida docenti -Diario alunni		
Attività complessa 1.3	Formazione insegnanti su programma UNPLUGGED da personale ASL	- aule - docenti - ausili didattici		

Attività semplice 1.3.1	Formatori Unplugged nazionali formano gli operatori ASL	- aule - docenti - ausili didattici		
--------------------------------	---	---	--	--

QUADRO LOGICO (QL)

È la base per un controllo della fattibilità del progetto. Strumento utile per gestire e supervisionare i progetti, il QL definisce le funzioni del progetto, le risorse necessarie e le responsabilità di gestione. Questi elementi sono ordinati nella prima colonna della matrice. Nella seconda e nella terza colonna, il QL fornisce il quadro rispetto al quale saranno monitorati e valutati i progressi in corso (indicatori oggettivamente verificabili e fonti di verifica).

IL QL ci fornisce una sorta di piccola linea guida su come strutturare il progetto.

Deriva sostanzialmente dall'albero degli obiettivi e illustra :

- Perché si realizza il progetto (quale beneficio e per chi)
- Che cosa si deve raggiungere con il progetto (quale utilizzazione dei servizi)
- Come il progetto raggiungerà i suoi risultati (misure realizzate)
- Quali fattori sono esterni o interni al progetto (assunzioni e rischi)
- Come valutare i progressi (indicatori)
- Dove trovare le informazioni per gli indicatori (mezzi di verifica)

Le voci riportate riguardano quindi:

L'Obiettivo Generale (OG)

- descrive l'importanza per la società in generale dei benefici di lunga durata per i gruppi beneficiari e benefici
- connette il programma alle politiche regionali/settoriali
- non sarà raggiunto dal solo e singolo progetto in questione ma richiederà l'impatto di altri programmi e progetti

L'Obiettivo Specifico (OS)

- riguarda il problema focale del progetto
- si definisce in termini di benefici che il gruppo destinatario riceve dal progetto come risultato dell'uso dei servizi forniti. E' l'obiettivo riportato in cima all'albero degli obiettivi.

I Risultati Attesi (RA)

- rappresentano i servizi che il progetto deve offrire al gruppo destinatario. Sono in pratica i livelli intermedi (risultati attesi) dell'albero degli obiettivi che permettono il raggiungimento dell'obiettivo specifico.

Le Attività

- sono le azioni che permettono il raggiungimento del risultato atteso che sottintendono ovvero i modi in cui i beni e i servizi saranno distribuiti nell'ambito del progetto. Sono in genere costituite dalla base dell'albero degli obiettivi. A fianco delle attività sono riportati i **mezzi** con cui le stesse saranno realizzate e i **costi** relativi.
- Le attività più complesse possono suddividersi in attività semplici.

Le Assunzioni (rischi)

eventi, condizioni o decisioni al di fuori del controllo del management del progetto che possono condizionarne la realizzazione.

ANALISI DEI RISCHI

L'analisi di ogni rischio considerato nella colonna "Rischi ed assunzioni" del QL di progetto viene effettuata con l'ausilio di un algoritmo che ponendo delle semplici domande mette in condizione di adattare il progetto nel caso si verificasse un evento considerato negativo esterno al management progettuale.

Per ogni rischio viene elaborato, oltre all'algoritmo, anche un Quadro Logico "ad hoc" che permette di esaminare compiutamente i vari aspetti connessi al rischio stesso e che riporta le modifiche da apportare nel principale QL di progetto.

ANALISI DEI RISCHI PROGRAMMA “UNPLUGGED”

RISCHIO	CONSEGUENZE DEL RISCHIO	MANAGEMENT DEL RISCHIO	RESPONSABILE DEL MANAGEMENT	INDICATORI	VALORE ATTESO	FONTE DI VERIFICA
<p>MANCATO INSERIMENTO DEL PROGRAMMA UNPLUGGED NEL PIANO DI OFFERTA FORMATIVA DA PARTE DI ALCUNE SCUOLE</p>	<p>modifica del quadro logico nei risultati attesi per ridurre la percentuale di scuole che eseguono il programma dal 100% delle scuole che aderiscono al 70%.</p>	<p>Ufficio Scolastico Provinciale</p>	<p>Referente salute Uff. Scol. Prov.</p>	<p>N° scuole che portano a termine il programma/ N° tot scuole che aderiscono</p>	<p>70% di scuole che aderiscono</p>	<p>Registri di attività</p>
<p>RIDOTTA COLLABORAZIONE DA PARTE DI INSEGNANTI</p>	<p>modifica del quadro logico nei risultati attesi per ridurre la percentuale di classi che svolgono integralmente il programma dal 100% delle scuole che aderiscono al 50%</p>	<p>Collegio docenti</p>	<p>Dirigente Scolastico</p>	<p>N° insegnanti che portano a termine il programma/ N° tot insegnanti formati</p>	<p>50% insegnanti portano a termine il programma</p>	<p>Registro attività</p>

ANALISI DEI RISCHI

Fattore esterno al progetto

Formazione di operatori ASL da parte di formatori UNPLUGGED nazionali

Il Fattore esterno è importante

SI

La formazione sarà realizzata da "esterni" al progetto?

SI

Sarà possibile adattare il progetto?

NO

Condizione Killer

6) Beneficiari: Popolazione scolastica delle 2^ classi della scuola secondaria di primo livello della Regione Abruzzo

7) Obiettivi di Processo:

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Percentuale di studenti che hanno terminato il Progetto UNPLUGGED	Registro delle attività	0				
			20%		40%	
n. degli insegnanti formati ad UNPLUGGED	Registro delle attività	0	130		250	

Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012

REGIONE : ABRUZZO

Macroarea: 2. Prevenzione universale

Linea di intervento generale: 2.9 prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcool, tabagismo, abuso di sostanze)

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012: incremento dell'attività motoria, con particolare riguardo alla popolazione giovane adulta

Titolo del progetto: 2.9.3 Incremento dell'attività fisica nella popolazione giovanile
Progetto "MOVIMENTIAMOCI"

Popolazione target: Popolazione residente fascia di età 6-10aa nella Regione Abruzzo
57.835 (al 01/01/2010)

100% delle scuole che aderiscono

Attori: Insegnanti scuola primaria
Dirigenti scolastici
Personale dei servizi di Igiene degli alimenti e della nutrizione e della Tutela della salute nelle attività sportive del Dipartimento di prevenzione delle ASL della Regione Abruzzo (medico psicologo dietista infermiere tecnico della Prevenzione Edp)
Laureati in Scienze Motorie Università degli Studi dell'Aquila e Chieti
Genitori

Gruppi di interesse coinvolti nella realizzazione: Enti locali
Pediatri di base
Associazioni Sportive
Associazioni ambientaliste

Il Progetto "MOVIMENTIAMOCI" è stato elaborato seguendo i principi fondamentali e la metodologia del Project Cycle Management (PCM) L'approccio ha previsto due fasi

- 1) Analisi (identificazione) della situazione esistente per sviluppare una immagine della "situazione desiderata futura" e selezionare le strategie che saranno applicate per conseguirla con l'obiettivo di evidenziare la rilevanza delle idee progettuali
- 2) Pianificazione (formulazione) in dettagli operativi del progetto con l'obiettivo di assicurare la fattibilità e la sostenibilità del progetto.

Analisi di contesto

L'obesità infantile è in continuo aumento e in molti Paesi Europei un bambino su cinque risulta obeso o in sovrappeso . L'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) parla di " Nuova Epidemia Mondiale" e di "uno dei maggiori problemi di salute pubblica dei nostri tempi".Per la prevenzione dell'obesità sono indicati interventi multicomponenti come svolgere attività fisica, seguire un'alimentazione corretta, sensibilizzare e coinvolgere le famiglie e fornire ambienti fisici e sociali che incoraggino e favoriscano stili di vita salutari. L'educazione motoria ha un ruolo fondamentale nel processo di crescita del bambino e l'attività motoria nella scuola primaria deve favorire il completo sviluppo della personalità e la prevenzione dei principali effetti della sedentarietà, cioè il sovrappeso e i deficit posturali acquisiti. E' importante che le attività motorie includano interventi interdisciplinari allacciati all'educazione alimentare. È universalmente accettato in ambito medico che un'adeguata attività fisica associata ad una corretta alimentazione possa prevenire il rischio di sovrappeso nei bambini e possa mantenere o migliorare la salute dell'individuo, essendo in grado di ridurre il rischio di molte malattie cronico-degenerative.

La linea di intervento attività motoria è integrata al programma Alimentazione e Scuola per la prevenzione dell'obesità con particolare riguardo a quella infantile.



Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
6	5940	5622	11562
7	5805	5413	11218
8	5964	5716	11680
9	6213	5564	11777
10	5951	5647	11598
TOTALE	29873	27962	57835

Popolazione infantile (fascia di età 6-10aa) residente nella regione Abruzzo , dati ISTAT

Popolazione residente al 1 Gennaio 2010 per età, sesso e stato civile

Teramo

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
6	1427	1337	2764
7	1420	1335	2755
8	1460	1323	2783
9	1436	1362	2798
10	1417	1291	2708
TOTALE	7160	6648	13808

Pescara

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
6	1465	1429	2894
7	1464	1361	2825
8	1497	1465	2962
9	1571	1378	2949
10	1476	1372	2848
TOTALE	7473	7005	14478

Popolazione residente al 1 Gennaio 2010 per età, sesso e stato civile

Chieti

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
6	1762	1637	3399
7	1716	1568	3284
8	1717	1659	3376
9	1859	1609	3468
10	1749	1713	3462
TOTALE	8803	8186	16989

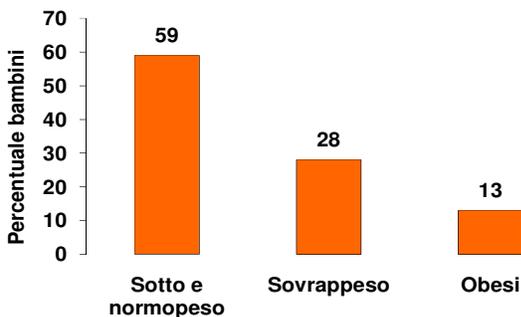
L'Aquila

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
6	1286	1219	2505
7	1205	1149	2354
8	1290	1269	2559
9	1347	1215	2562
10	1309	1271	2580
TOTALE	6437	6123	12560

DATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE OKKIO ALLA SALUTE RIFERITI ALLA ATTIVITÀ MOTORIA DELLA POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO:

Prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini di 8 e 9 anni %

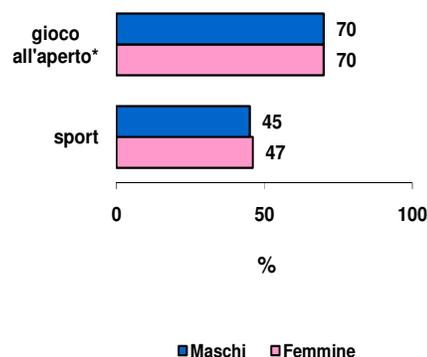
- Tra i bambini della nostra Regione il 12,5% risulta obeso (10,9%-14,2%), il 28,3% sovrappeso (26,3%-30,4%) il 58,4% normopeso (55,8%-60,9%) e lo 0,8% sottopeso (0,5%-1,5%)
- Complessivamente il 40,8% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.
- Se riportiamo la prevalenza di obesità e di sovrappeso riscontrata in questa indagine a tutti il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella nostra regione sarebbe pari a circa 26.000, di cui circa 8.000 obesi.



Attività fisica, con il gioco all'aperto o con lo sport strutturato.

- il 70% dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine (rilevazioni effettuate a maggio).
- il 46% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- Non si notano differenze sostanziali tra maschi e femmine

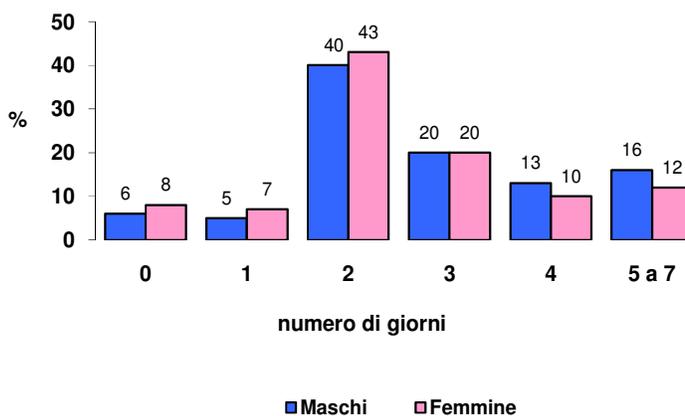
Bambini che hanno giocato all'aperto o hanno fatto sport il giorno precedente (%)



Quanti giorni i bambini fanno attività fisica per almeno un'ora al giorno durante l'intera settimana, secondo i genitori

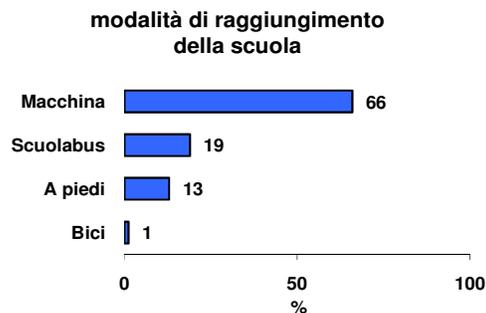
- Secondo i loro genitori, nella nostra regione, circa 4 bambini su 10 (42%) fa un'ora di attività fisica per 2 giorni la settimana, il 7% neanche un giorno e solo il 14% da 5 a 7 giorni.
- I maschi fanno attività fisica più giorni delle femmine.
- La zona di abitazione non è associata a una diversa frequenza di attività fisica da parte dei bambini.

giorni di attività fisica per almeno un'ora durante la settimana (%)



Modalità di percorrenza del tragitto casa scuola

- Il 14 dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bici; invece, l'85 ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non appaiono differenze interessanti per sesso e fra le diverse tipologie di luogo d'abitazione.



Attività fisica rispetto ai valori desiderati

	Valore desiderato per i bambini	Valore regionale 2010	Valore nazionale 2010
Bambini definiti fisicamente attivi	100%	84	82
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	100%	70%	65%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	100%	46%	46%
Bambini che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana	100%	14%	16%

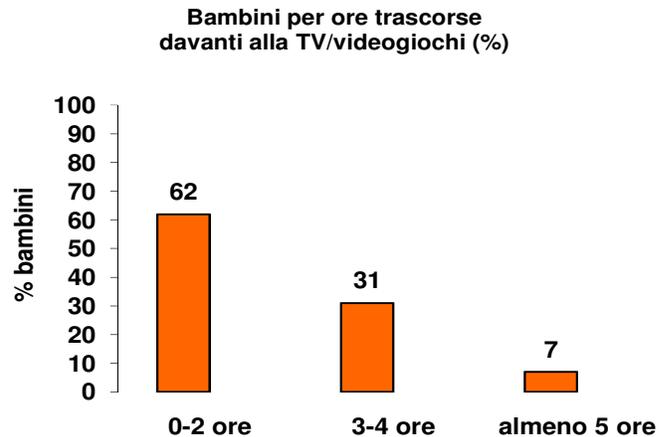
Le attività sedentarie

Numero dei bambini che guardano la televisione o usano i videogiochi

- Nella nostra regione, i genitori riferiscono che il 62% dei bambini guarda la Tv o usa videogiochi da 0 a due ore al giorno, mentre il 31% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi per 3 a 4 ore e il 7% per almeno 5 ore.

L'esposizione ad almeno 2 ore di TV o videogiochi è più frequente tra i maschi (46% versus 32%)* e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre*.

- Complessivamente il 46% dei bambini ha un televisore nella propria camera.
- L'esposizione ad almeno 2 ore di TV o videogiochi è più alta tra i bambini che hanno un Tv in camera (18% versus 12%).
- Considerando separatamente il tempo eccedente le due ore trascorso guardando la Tv e quello superiore alle due ore giocando ai videogiochi sono: > 2 h Tv (15%); >2 h videogiochi (3%)

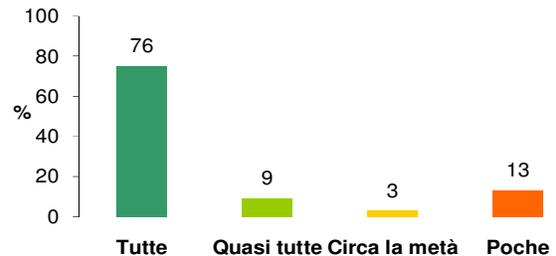


Rilevazione Anno 2010	Valore desiderabile per i bambini	Valore regionale	Valore nazionale
Bambini che passano al televisore o ai videogiochi più di 2 ore al giorno	0%	38%	62%
Bambini con televisore in camera	0%	46%	46%

Scuole che riescono a far fare le 2 ore di attività motoria curricolari raccomandate ai propri alunni ed ostacoli osservati

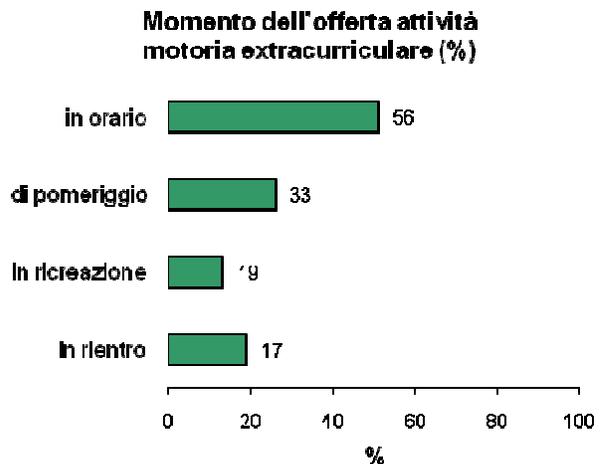
- La maggioranza (75%) delle scuole dichiara che tutte le classi svolgono normalmente le 2 ore raccomandate dal curriculum, sebbene il 16% riferisce che circa la metà (3%) o poche (13%) classi fanno le 2 ore previste.
- Le ragioni principalmente addotte a spiegazione del mancato svolgimento dell'attività motoria curriculare includono struttura dell'orario scolastico (42%), mancanza di una palestra (37%), mancanza di un insegnante (11%), insufficienza della palestra (11%), mancanza o inagibilità di spazi esterni (16%) e scelta del docente (5%).

Scuole in rapporto alla quantità di classi che fanno le 2 ore di attività motoria curricolare (%)



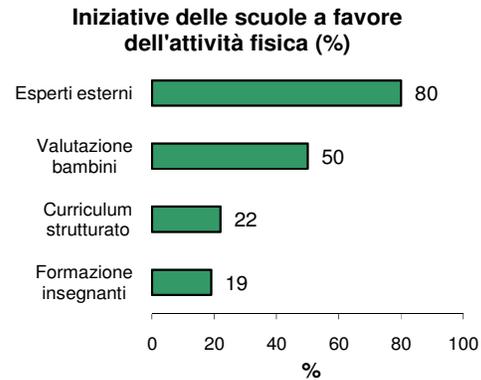
Attività motoria praticata oltre quella curricolare all'interno della struttura scolastica

- Le scuole che offrono agli alunni la possibilità di effettuare all'interno della scuola occasioni di attività motoria oltre le 2 ore curricolari sono il 54%.
- Laddove offerta, l'attività motoria viene svolta più frequentemente durante l'orario scolastico, nel pomeriggio, e in ricreazione.
- Queste attività si svolgono più frequentemente in palestra (69%), nel giardino (42%), in piscina (14%), in altra struttura sportiva (14%).



Scuole che prevedono il rafforzamento del curriculum formativo sull'attività motoria

- Nel nostro campione, il 91% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività di rafforzamento dell'attività motoria.
- In tali attività è stato frequentemente coinvolto un esperto esterno. Meno comuni sono la valutazione delle abilità motorie dei bambini, lo sviluppo di un curriculum strutturato e la formazione degli insegnanti.



Dai dati di OKKIO alla salute si evince che nella Regione Abruzzo il sovrappeso e l'obesità infantile rappresentano un problema rilevante di salute pubblica con valori superiori alla media nazionale e con un trend negativo che determinano un'accresciuta preoccupazione per il futuro.

La presenza di una così elevata prevalenza di sovrappeso ed obesità impone la realizzazione di interventi integrati e multicomponenti di prevenzione che rendano facili le scelte salutari.

Secondo l'OMS praticare una regolare attività, insieme ad una corretta alimentazione, contribuisce al mantenimento dello stato di salute di ogni individuo e favorisce il controllo del peso corporeo.

Si consiglia che i bambini svolgano ogni giorno almeno un'ora di attività fisica, includendo l'attività motoria svolta a scuola, quella strutturata con personale specializzato e il gioco all'aperto (Rapporti ISTISAN 09/24).

Tabella 1 - Analisi di contesto schematizzata

	Indicatori	standard	Dati locali	Dati letteratura scientifica	Dati letteratura grigia e qualitativi
Scarsa attività fisica	N. di ore giornaliere dedicate all'attività fisica	% di bambini che praticano da 5 a 7 gg / sett. 1 ora di attività fisica al giorno	14%	<p>Steffen LM. Et al. Overweight in children and adolescents associated with TV...: Project HeartBeat! Am J Prev Med 2009;S50-5</p> <p>Dobbins M.et al. School-based physical activity programs.....(Review), The Cochrane Library 2009</p> <p>Beets MW. Et al.After-school program impact...Am J Prev Med 2009; 36:527-37</p> <p>Thomas J. et al., (2003) Children and Healthy eating : A systematic review of barriers and facilitators. London : EPPI – centre, social science research unit Institute of education, University of London</p>	<p>Okkio alla salute 2010</p> <p>National Institute for Health and Clinical Excellence (Gennaio 2009)</p> <p>Todesco L. et al, " Muoversi senza motore". Ostacoli e pericoli per bambini e ragazzi" in Quaderni ACP 2003, X (6) : 18 - 20</p>
Fattori sociali	Titolo di studio della madre/n. di ore trascorse davanti a Tv e Pc	n.p.	Riduzione delle ore trascorse davanti a Tv e Pc con l'aumento del titolo di studio della madre		Okkio alla salute 2010
Fattori ambientali	% di scuole fornite di palestre	100%	77%	n.r.	Okkio alla salute 2010 DM 18.12.1975 Norme relative all'edilizia scolastica
Fattori individuali	Prevalenza di obesità e sovrappeso	0%	40,8% sovrappeso e obesità	n.r.	Okkio alla salute 2010

ALBERO DEI PROBLEMI

Nell'albero dei problemi è stata raffigurata sinteticamente la realtà attuale dell'attività motoria nei bambini della scuola primaria con tutti i suoi aspetti negativi .

ALBERO DEGLI OBIETTIVI

Consiste nel trasformare in positivo l'immagine della realtà attuale (negativa) ottenuta con l'albero dei problemi. La condizione attuale negativa (problema) viene trasformata in una condizione futura (obiettivo).La trasposizione dei problemi in obiettivi non costituisce l'individuazione degli obiettivi del progetto . Essa descrive una raffigurazione positiva della realtà(della situazione) qualora tutti i problemi fossero risolti. Il progetto sceglierà di raggiungere solamente alcuni degli obiettivi raffigurati nell'albero.

MODELLO LOGICO

Nel modello Logico sono indicati in modo schematico le tappe che portano al raggiungimento dell'obiettivo specifico di incremento dell'attività motoria nella fascia di età 6-10anni. La popolazione beneficiaria attraverso la formazione degli insegnanti, le campagne di informazione dei genitori e la sensibilizzazione dei pediatri e tramite il coinvolgimento degli stakeholder e delle comunità locali condurrà un miglioramento della percezione dei rischi connessi alla scarsa attività motoria e conseguenziale adozione da parte delle scuole di programmi di attività motoria e aumento degli spazi e miglioramento dell'accessibilità e disponibilità di occasioni per attività motorie.

QUADRO LOGICO

E' la matrice di progettazione ed è molto utile per definire in maniera chiara i diversi elementi di un intervento progettuale e per visualizzarli in modo efficace.

Il quadro logico è articolato in quattro livelli, legati tra loro da un rapporto causa effetto in senso verticale dal basso verso l'alto, secondo il quale le attività portano ai risultati, i risultati conducono al raggiungimento dello scopo del progetto (obiettivo specifico) e lo scopo (obiettivo specifico) contribuisce al raggiungimento dell'obiettivo generale .

Tabella 2 – Quadro logico del progetto

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Prevenzione dell'obesità nella fascia di età 6-10aa		Indagine Okkio 2012	Fattori economici familiari e risorse pubbliche Scarso coinvolgimento dei pediatri e delle associazioni Realizzazione del progetto Alimentazione e scuola
Obiettivo specifico	Aumento dell'attività motoria nella popolazione scolastica	n. classi che realizzano il progetto sul totale delle classi aderenti	Registro attività	Disponibilità delle istituzioni scolastiche Mancata predisposizione di percorsi,spazi ed attrezzature da parte di enti pubblici
Risultati attesi 1	Formazione degli insegnanti	n. insegnanti formati	Registro attività	Disponibilità delle istituzioni scolastiche e degli insegnanti
Risultati attesi 2	Coinvolgimento dei genitori nell'attività motoria dei figli attraverso l'invio di materiale informativo	n. opuscoli informativi inviati alle famiglie / totale famiglie dei bambini coinvolti	Registro attività	Disponibilità e fattori sociali
Attività 1.1	Stipulare Protocollo con Università	Protocollo		Firma Protocollo tra Regione ed Università
Attività 1.2	Programmare e realizzare la formazione del personale coinvolto nel progetto per: formazione insegnanti	Mezzi: n. 4 incontri(uno per asl) di 12 ore cadauno finalizzati, con specialisti del settore		Gestione del personale

Attività 1.3	Raccolta adesioni insegnanti da parte dell'ufficio scolastico regionale	Mezzi : Uffici e personale dell'USR dell'Abruzzo Elenco nominativi		Disponibilità
Attività 1.4	Formazione degli insegnanti	Formazione di 6 ore: I) incontro-motivazionale (psicologo) II) incontro-stili di vita non salutari (medico igienista) III) incontro-attività motoria (specialisti in medicina dello sport o laureati in scienze motorie) IV) incontri a richiesta presso le scuole con personale del progetto Materiale didattico		Disponibilità insegnanti Vincoli per l'acquisizione di personale ad hoc
Attività 1.5	Promozione attività motoria quotidiana a scuola da parte degli insegnanti di almeno 30 minuti	Ore di attività motoria giornaliera	Scheda di classe	Disponibilità insegnanti
Attività 1.6	Supporto e monitoraggio	Incontri periodici di supporto alla didattica e alla pratica motoria nella scuola		Disponibilità insegnanti Vincoli per l'acquisizione di personale ad hoc
Attività 2.1	Realizzare materiale informativo per le famiglie	Mezzi: personale coinvolto nel progetto, gruppi di interesse, enti pubblici e privati		Vincoli per l'acquisto Partecipazione di soggetti terzi
Attività 2.2	Trasmissione del materiale informativo alle famiglie	Mezzi: scuola, Enti locali, Associazioni, luoghi pubblici Materiali : opuscoli, questionari, gadget		Rispondenza della scuola e di Enti terzi Rispondenza delle famiglie

Beneficiari : Popolazione della scuola primaria della Regione Abruzzo

Obiettivi di processo :

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore al 31 dicembre 2010	Valore indicatore al 31 dicembre 2011		Valore indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	atteso	osservato
Percentuale di classi che hanno attuato il progetto	Registro attività	0				
			10%		50%	
n. insegnanti formati	Registro attività	0	520		1000	
n. opuscoli inviati alle famiglie	Registro attività	0	520		1000	

Tabella 3 – Cronoprogramma azioni previste

Risultati attesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
R.A. 1 – Azione 1	■	■	■	■																				
R.A. 1 – Azione 2	■	■	■	■	■	■																		
R.A. 1 – Azione 3			■	■	■																			
R.A. 1 – Azione 4									■	■														
R.A. 1 – Azione 5											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
R.A. 1 – Azione 6												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
R.A. 2 – Azione 1							■	■	■															
R.A. 2 – Azione 2										■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Report intermedi (I) e finale (F)												R.I												R.F.

Attività 1.1 Stipulare Protocollo con Università

Attività 1.2 Programmare e realizzare la formazione del personale coinvolto nel progetto per: formazione insegnanti

Attività 1.3 Raccolta adesioni insegnanti da parte dell'ufficio scolastico regionale

Attività 1.4 Formazione degli insegnanti

Attività 1.5 Promozione attività motoria quotidiana a scuola da parte degli insegnanti di almeno 30 minuti

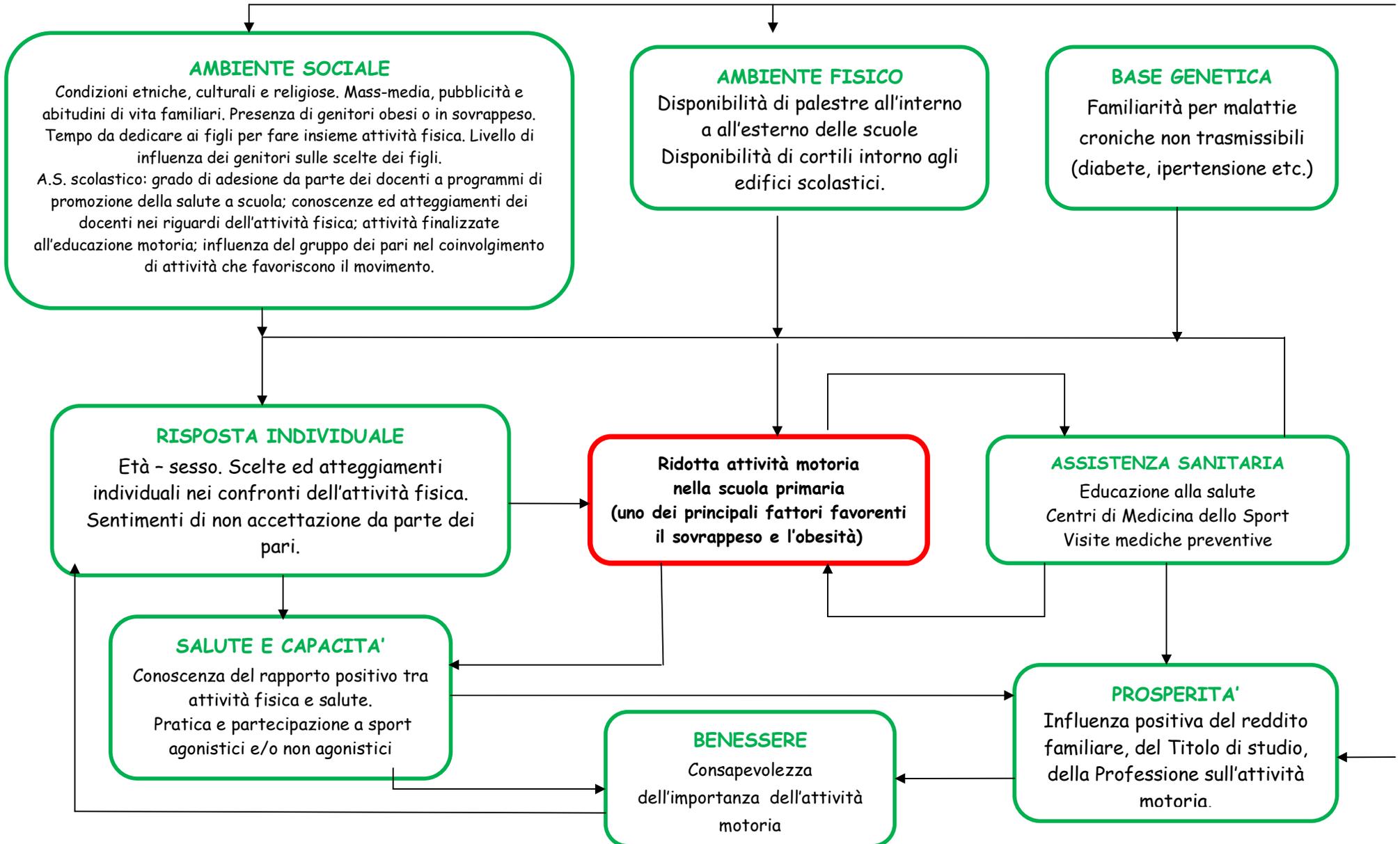
Attività 1.6 Incontri periodici di supporto alla didattica e alla pratica motoria nelle scuole

Attività 2.1 Realizzare materiale informativo per le famiglie

Attività 2.2 Trasmissione del materiale informativo alle famiglie

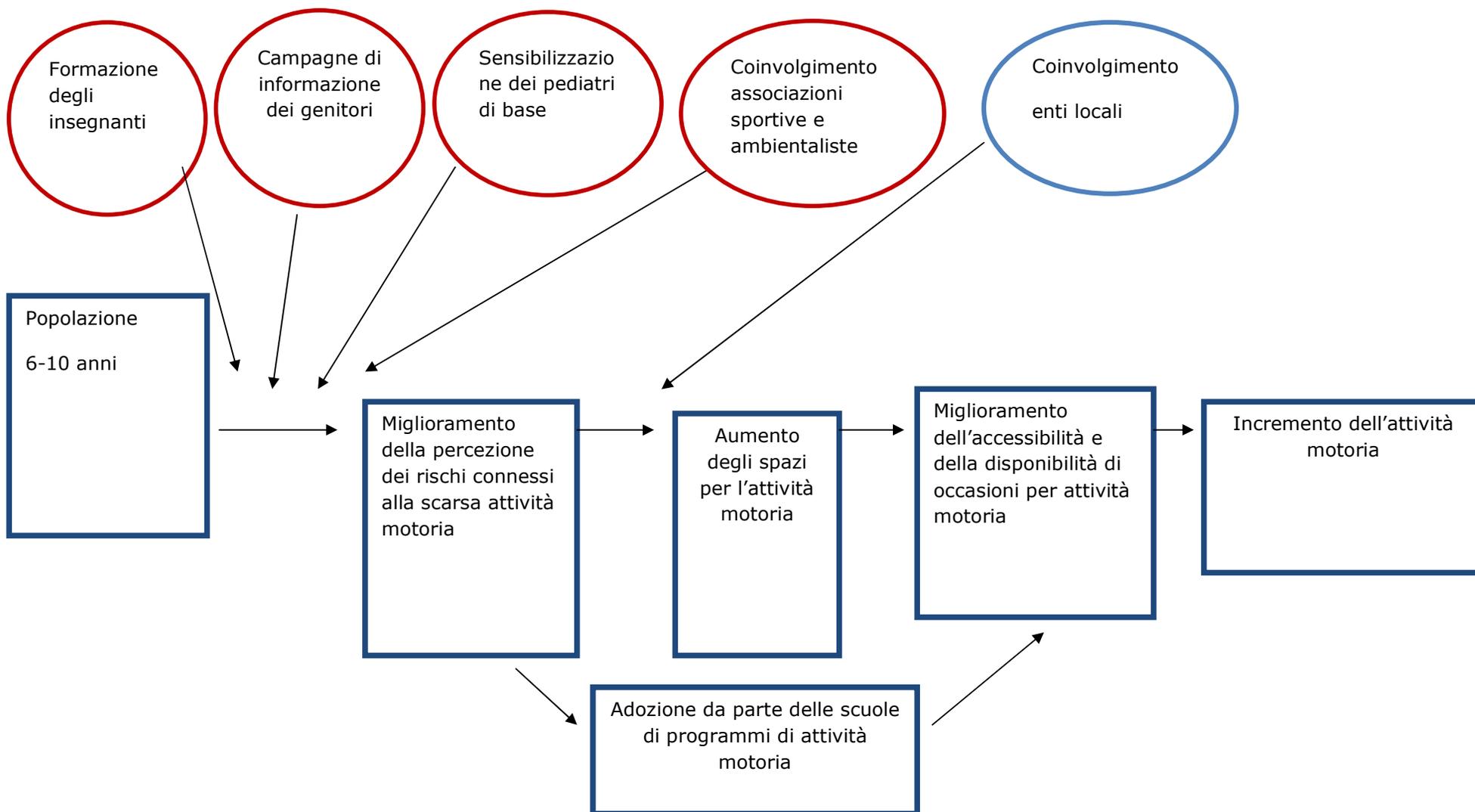
**LINEA GENERALE: PREVENZIONE DEGLI STILI DI VITA NON SALUTARI E PATOLOGIE CORRELATE (LOTTA ALLA SEDENTARIETÀ)
PROGETTO: INCREMENTO DELL'ATTIVITÀ MOTORIA NELLA SCUOLA PRIMARIA**

ANALISI DI CONTESTO



MODELLO LOGICO

Incremento dell'attività motoria
Nei bambini compresi nella fascia di età 6-10 anni



LINEA GENERALE: PREVENZIONE DEGLI STILI DI VITA NON SALUTARI E PATOLOGIE CORRELATE (LOTTA ALLA SEDENTARIETÀ)

PROGETTO: INCREMENTO DELL'ATTIVITÀ MOTORIA NELLA SCUOLA PRIMARIA

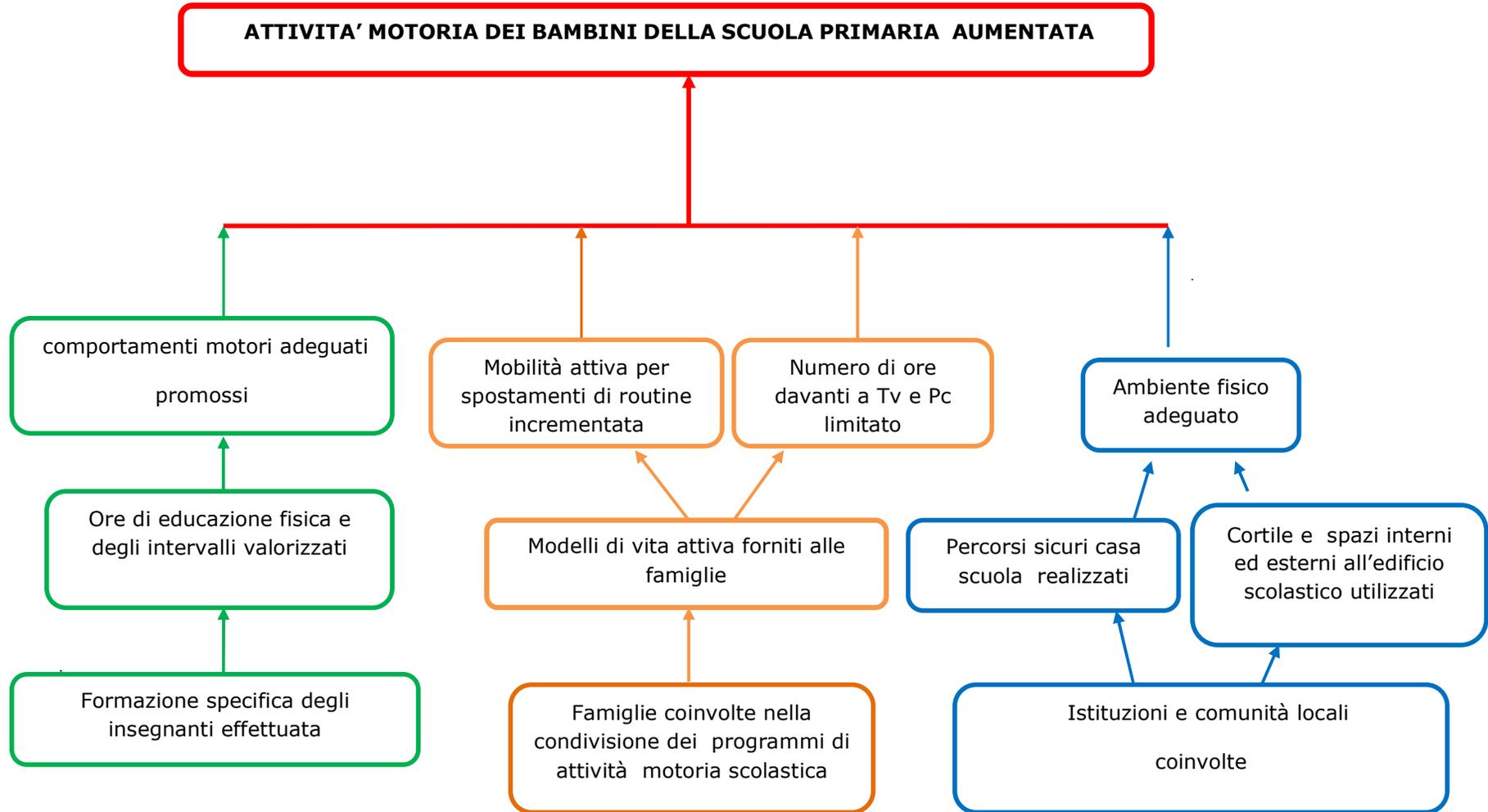
ALBERO DEI PROBLEMI



Linea generale: Prevenzione degli stili di vita non salutari e patologie correlate (lotta alla sedentarietà)

Progetto: Incremento dell'attività motoria nella scuola primaria

ALBERO DEGLI OBIETTIVI



Macroarea: 3

Linea di intervento generale: Tumori e Screening

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012:

Riduzione della mortalità per carcinoma della cervice uterina.

Titolo del Progetto:

Aumentare l'estensione del programma di screening del cancro della cervice uterina e contrastare lo screening opportunistico, proponendo alternative (self sampling a domicilio).

Contenuti del progetto.

Beneficiari e attori

Il Programma di screening è unico per l'intera regione, la sua attivazione è completa (vedi rapporto 2009 ONS) ed interessa una popolazione bersaglio di 373.696 donne in età da screening 25-64 anni (dato ISTAT riferito al 2009). In realtà dal dato di popolazione residente corretto nel nostro software, risulta una popolazione obiettivo di 348.309 unità, depurata di 13.129 unità (donne isterectomizzate per patologia benigna): inoltre nell'anagrafica regionale sono presenti oltre 12.000 nominativi di donne senza il comune di residenza ed un numero elevato di donne la cui data di nascita non è corretta. Infine, particolarmente nei piccoli comuni montani, risultano residenti donne emigrate da anni e non più effettivamente domiciliate.

L'organizzazione regionale è centralizzata, diretta dal Coordinatore Regionale e dal Comitato Regionale di Screening, articolato operativamente nelle 4 ASL regionali; in ogni ASL sono stati identificati operatori impegnati nel progetto: nel 2009 nella ASL di Teramo, Azienda delegata alla gestione regionale del progetto, sono presenti 3 unità in ruolo sanitario e 6 in ruolo amministrativo (come personale dedicato interamente alle attività connesse al programma di screening), mentre nelle 4 ASL regionali collaborano parzialmente al progetto 123 unità in ruolo sanitario, 21 in ruolo amministrativo, 28 in ruolo tecnico e 2 unità esterne alle ASL.

Sono stati coinvolti nelle attività del programma tutti i medici di medicina generale.

Analisi di contesto.

Si stima che ogni anno in Italia siano diagnosticati circa 3.500 nuovi casi di carcinoma della cervice e che si registrino circa 1.100 morti per questo tipo di tumore.

Lo screening è stato riconosciuto come LEA (livello essenziale di assistenza) nella finanziaria del 2001. Lo screening prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età di 25-64 anni. Nel 2006 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di screening sono state oltre 11 milioni (69% della popolazione target); l'estensione dei programmi sta gradualmente aumentando anche nelle regioni meridionali. La larga diffusione del Pap-test ha permesso di osservare una diminuzione sia della mortalità sia dell'incidenza delle forme invasive di carcinomi della cervice uterina. La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening.

L'evidenza scientifica che l'infezione da Papilloma Virus Umano (HPV) è la causa principale del carcinoma cervicale ha aperto nuovi scenari in termini di prevenzione primaria (vaccinazione) e di prevenzione secondaria con implementazione di nuove metodologie di screening che prevedono l'utilizzo del test DNA-HPV come I livello. (note bibliografiche disponibili)

In Abruzzo si registrano 78 nuovi casi di carcinoma cervicale all'anno e muoiono 38 donne per ogni anno (dato ISTAT 2003). Il programma regionale di screening è attivo da un decennio: in conseguenza delle precedenti carenze di offerta preventiva, abbiamo riscontrato un elevato numero di neoplasie (al 31.12.2009, su 601.189 PAPtest, 27.093 lesioni di cui ben 271 carcinomi e 1.479 HSIL), dato che ci spinge ulteriormente ad intensificare l'estensione ed a migliorare il programma.

Il programma di screening è unico per l'intera regione, a gestione organizzativa centrale ed articolato operativamente nelle 4 Aziende ASL: prevede per il primo livello l'invito scritto alla popolazione femminile in età da screening, ma l'adesione si attesta su percentuali basse, pari a circa il 25% e per raggiungere più elevati livelli di partecipazione, è particolarmente organizzato per favorire l'adesione spontanea.

Secondo i dati dello studio PASSI 2009, in Abruzzo risulta una copertura di popolazione del 69% (dato nazionale 2008 75%) comprendendo la quota di adesione spontanea che risulta pari al 46%, ma il dato è sottostimato, considerato che, su una popolazione residente di circa 1.233.000 unità su 305 comuni, la popolazione obiettivo corretta è di 348.309 e il nostro programma di screening documenta al 31.12.2009 una copertura del 67,5%, comunque superiore al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) dalle indicazioni nazionali, mentre il livello desiderabile è pari all'80%. In Abruzzo il 12% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 28% la licenza media inferiore, il 43% la licenza media superiore e il 17% è laureato. Il 52% delle donne lavora regolarmente, il 18% dichiara molte difficoltà economiche (21% nella classe di età 50-69 anni; le donne che effettuano con regolarità il Pap test preventivo sembrerebbero soprattutto quelle della fascia di età 35-49 anni, con un livello di istruzione elevato e senza molte difficoltà economiche e la probabilità di aver effettuato un Paptest negli ultimi 3 anni rimane significativamente più elevata per la classe di età 35-49 anni e nelle donne che non hanno alcuna difficoltà economica. Analizzando con tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore, si mantiene la significatività per la classe 35-49 anni, la convivenza e il livello d'istruzione medio-alto.

Il 57% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dalla ASL, il 59% ha riferito di essere stata consigliata ad effettuare con periodicità il Pap test da un operatore sanitario, il 76% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa.

Solo il 46% delle donne di 25-64 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 59% nelle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 79% con due interventi e all'80% con tutti e tre gli interventi, mentre a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 43%, 65%, 81% e 88%. Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo non si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che hanno riferito di aver pagato il costo completo per il Paptest, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 43% della ASL di Chieti al 73% della ASL Avezzano-Sulmona). Il 43% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 29% ha pagato solamente il ticket e il 28% ha pagato l'intero costo dell'esame; queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Paptest all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Rispetto all'ultimo Paptest preventivo effettuato il 37% delle donne di 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 30% da uno a tre anni, l'11% da più di tre anni.

Le motivazioni principali della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono: "penso di non averne bisogno" (40%), "nessuno me lo ha consigliato" (10%), "mi sento imbarazzata" (13%) e "ho paura dei risultati dell'esame" (6%), mentre il 18% delle donne che non ha effettuato il Paptest secondo le linee guida risponde a questa domanda "non so/ non ricordo".

In conclusione quattro donne su dieci fra i 25 e i 64 anni hanno eseguito il Paptest nell'ultimo anno, mentre l'11% ha effettuato l'ultimo Paptest da più di 3 anni e il 22% non l'ha mai fatto. Quest'ultimo dato è importantissimo, visto che il Paptest è in grado di consentire, oltre che una diagnosi precoce del tumore, anche una riduzione della sua incidenza, permettendo di evidenziare e trattare lesioni precancerose.

La lettera di invito della ASL è pervenuta a più di 1 donna su 2. L'aver visto o sentito campagne informative risulta l'intervento di promozione riferito più importante (76%) per l'esecuzione di un Paptest per diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero per le donne fra i 25 ed i 64 anni, solo il

7% non ha riferito alcun intervento di promozione: di queste solo il 25% ha effettuato un Paptest negli ultimi 3 anni, con andamento analogo a quello nazionale, il che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati all'interno dei programmi organizzati.

Dalle motivazioni riferite essere alla base della mancata esecuzione del Pap test o della sua effettuazione con un intervallo superiore a quello raccomandato, sembra dunque emergere come determinante la non corretta percezione del rischio e il mancato consiglio.

Nonostante i risultati ottenuti dal programma regionale di screening, l'adesione potrebbe ulteriormente migliorare con interventi mirati rivolti alle non aderenti (da PASSI 2007).

Dal 1° gennaio 2010 la Regione ha approvato un Progetto di fattibilità, deliberando l'uso del test HPV DNA come test di primo livello, adottando protocolli simili a quelli dei progetti pilota. Infatti:

- a) l'evidenza esistente indica che l'HPV DNA test come test di screening primario è più sensibile rispetto al Paptest (livello di evidenza A1);
- b) dati recenti e la considerazione dell'elevato valore predittivo negativo dell'HPV DNA test fanno considerare l'opportunità di utilizzarlo come test primario di screening, riservando al Paptest il triage di II livello dei casi positivi all'HPV DNA test ad alto rischio;
- c) non vi è una sovradiagnosi significativa dovuta al test per l'HPV;
- d) è appropriato realizzare progetti di screening utilizzando l'HPV DNA test come unico test di screening primario;
- e) il test HPV fornisce un risultato obiettivo ed è facilmente automatizzabile.

Infine il Ministero della Salute ha finanziato un progetto di ricerca della Regione Abruzzo ex legge 138/04, per la valutazione ed il confronto dei costi dello screening tradizionale (decennio precedente) e con HPV DNA primo test nell'anno 2010.

Il necessario superamento del criterio ormai obsoleto della spesa storica rende attuali l'analisi e l'applicazione di sistemi alternativi. In questa direzione si è mosso il recente DDL Calderoli (noto come decreto sul "Federalismo" recentemente convertito in legge), prevedendo che le spese riconducibili ai LEA, compresi quindi gli screening, "siano determinate nel rispetto dei *costi standard* associati ai livelli essenziali delle prestazioni fissati dalla legge statale, da erogarsi in condizioni di efficienza e di appropriatezza su tutto il territorio nazionale" (art. 6, comma 1, b).

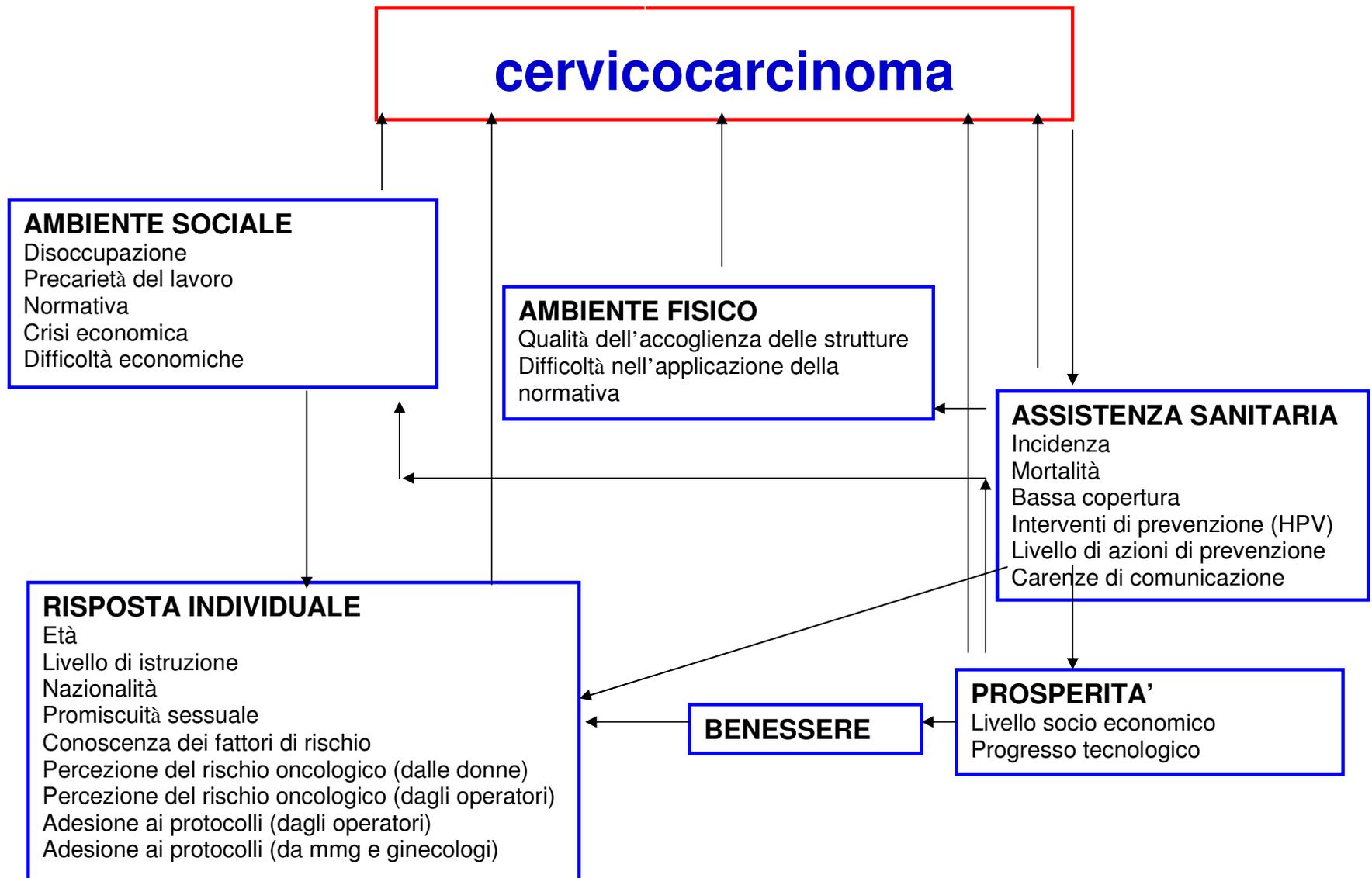
Pertanto, in aderenza a quanto recentemente disposto ci siamo proposti di effettuare anche l'innovativa valutazione del costo standard del nostro Progetto regionale di Screening.

Modello logico

La realizzazione del Progetto passa per

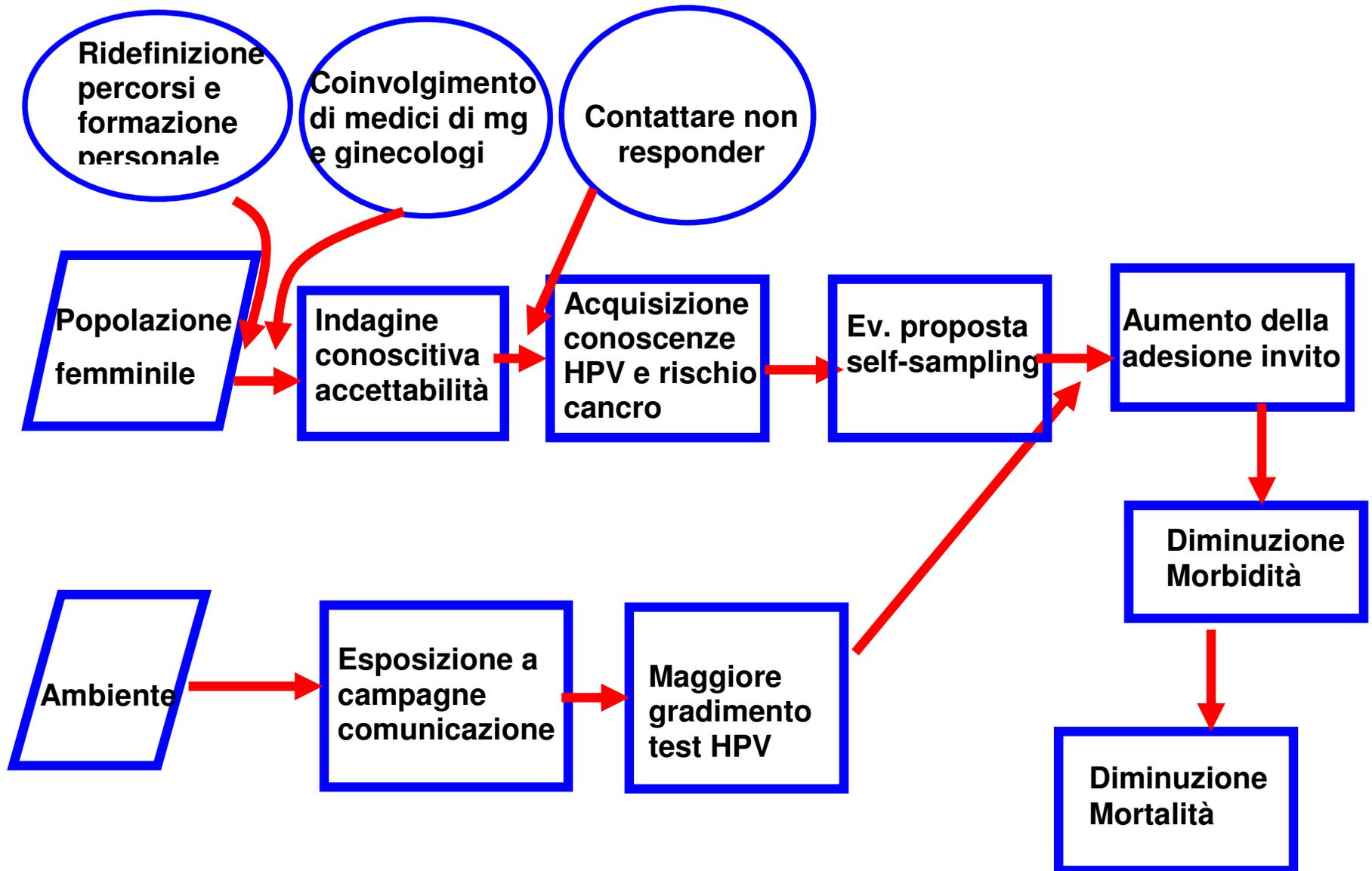
- 1) una ridefinizione del protocollo di screening che prevedendo l'*uso dell'HPV DNA test come I livello* richiede una rimodulazione dei percorsi, una accurata informazione/formazione del personale necessaria per la condivisione del nuovo modello,
- 2) uno studio propedeutico al progetto complessivo che permetta la messa a punto di una serie di processi e metodologie che riguardano l'organizzazione delle attività, la strumentazione ed i materiali da utilizzare, il controllo della qualità e la formazione del personale, gli aspetti comunicativi, la modifica del software gestionale e l'analisi di una serie di parametri legati alla adesione ad uno screening basato sul test HPV, al numero di donne invitate in colposcopia con la flow-chart adottata per i test positivi,
- 3) la presentazione e la condivisione del progetto con i medici di medicina generale e con i ginecologi (anche tramite coinvolgimento delle associazioni professionali di categoria),
- 4) la programmazione di una efficace ed innovativa campagna di comunicazione, inclusa la trasmissione di concetti innovativi sull'infezione HPV e sul rischio oncogeno conseguente,
- 5) l'adozione di nuovi metodi di contatto e di *recupero delle non-responder* allo screening organizzato (in particolare utilizzando l'apporto dei mmg),
- 6) la *proposta di prelievo a domicilio mediante self-sampling*, che sembrerebbe essere valutata con favore dalle utenti (dispositivi distribuiti direttamente ed ovviando così anche a carenze di personale prelevatore o, previa verifica di disponibilità e fattibilità, tramite le farmacie).

1. ANALISI DI CONTESTO



Screening cervicocarcinoma

2. MODELLO LOGICO



Quadro logico

Obiettivi generali e specifici, risultati attesi, attività.

Riteniamo sia fondamentale per il Programma evitare perdite di responder negli inviti, già resi particolarmente problematici per l'evento sismico a l'Aquila, con l'obiettivo di migliorare ulteriormente la copertura e la conseguente riduzione della mortalità per carcinoma della cervice uterina. Nel 2009 abbiamo raggiunto una copertura media del 67,5% e ci proponiamo di aumentarla del 10% circa nel 2012, riferita alle province di Chieti, Pescara e Teramo, mentre per la provincia di L'Aquila colpita dal terremoto cercheremo di mantenere l'attuale copertura.

Per realizzare il progetto, distinguiamo le attività in 2 sottoprogetti, con i relativi obiettivi specifici:

- 1) *Innovazione nello screening, mediante l'utilizzo del test HPV DNA come screening primario*: il test HPV permette una diagnosi di avvenuta infezione che, in un numero limitato di casi, può determinare alterazioni cellulari a livello del collo dell'utero e la possibilità di progressione a tumore; permette quindi di identificare le donne a rischio prima che si sia verificato il danno cellulare, mentre la negatività del test HPV dà una sicurezza di assenza del tumore ad oltre 5 anni. Questa caratteristica permetterà di allungare il richiamo a controllo di screening (secondo round) a 5 anni e di conseguenza sarà possibile dedicare maggiore attenzione al recupero delle donne non rispondenti all'invito che pur rappresentano la popolazione a maggior rischio per l'insorgenza del tumore.

L'utilizzo del test HPV facilita la centralizzazione e la correttezza del risultato del test, dal momento che si tratta di un test laboratoristico, la cui refertazione è più obiettiva e praticamente non soggetta ad errore. Inoltre l'adozione della citologia in fase liquida facilita l'esecuzione del test HPV come I livello, evitando anche di dover richiamare la donna per la citologia di triage, nei casi risultati positivi all'HPV alto rischio.

In aderenza a quanto proposto dal GISCI, abbiamo adottato protocolli simili a quelli dei progetti pilota, per garantire uniformità e possibilità di confronto dei risultati.

Il passaggio ad una nuova metodologia di screening che prevede l'adozione di un test di I livello diverso dal tradizionale e che mette in evidenza un'infezione virale sessualmente trasmessa, richiede certamente la riconsiderazione delle strategie comunicative adottate, tenendo in evidenza la necessità assoluta (anche per evitare inutili e dannosi over-treatment) di una informazione corretta, semplice, accessibile e che eviti inutili ansie nella donna, tenendo presente che va verificata l'effettiva comprensione delle informazioni fornite.

La migliore strategia comunicativa deve coinvolgere gli operatori direttamente coinvolti nello screening (ginecologi, ostetriche, personale di front-office, citopatologi) e i medici di medicina generale, ricordando come spesso, anche perché stiamo vivendo momenti di grandi cambiamenti delle conoscenze, le stesse figure professionali coinvolte facciano fatica a mantenersi aggiornate e questo implica la diffusione di messaggi informativi talvolta imprecisi e spesso incoerenti.

Va ricordato come la comunicazione di un test medico positivo (nel nostro caso test virale positivo "per alto rischio", citologia anormale, o diagnosi istologica di displasia) rappresenti certamente un evento ansiogeno e come il livello di attenzione al messaggio informativo e la recettività stessa al counseling possano essere compromessi dall'ansia; spesso, la donna si presenta al colloquio con una serie di informazioni già acquisite, magari scorrette e quasi sempre contrastanti, ed è già orientata a valutazioni negative e pessimistiche: occorre cioè riqualificare il messaggio.

Per questi motivi il progetto prevede, per il nuovo modello di screening adottato, la predisposizione di idoneo materiale informativo che sia scientificamente corretto, conciso e comprensibile per la popolazione, per gli stessi operatori e per i medici di medicina generale. L'obiettivo è quello di ottimizzare l'informazione eliminando i possibili punti di confusione e rendendo chiari i concetti espressi. Ad ogni lettera di invito per l'esecuzione del test sarà allegato un depliant informativo, redatto con termini semplici e facilmente comprensibili.

La refertazione deve essere chiara e concisa. Devono essere indicate le metodiche d'esame utilizzate, l'esito del test ed una chiara indicazione sui tempi e sulle procedure da adottare come conseguenza del risultato dell'esame.

Lo screening ha il compito di garantire la migliore prestazione possibile alla donna invitata. Per fare questo è necessario che l'attività degli operatori che intervengono nelle varie fasi sia di qualità certificata. L'aggiornamento costante degli operatori è un punto rilevante sempre presente nella programmazione del Programma Regionale di Prevenzione. Corsi specifici condotti da Operatori di livello nazionale vengono regolarmente organizzati dal Comitato Regionale di Screening, aperti agli operatori regionali ed extraregionali.

Oltre all'aggiornamento la Verifica di Qualità (VdQ) rappresenta la metodica di controllo, aggiornamento e confronto di ogni fase. Periodicamente il personale addetto alla lettura dei preparati citologici si sottopone a VdQ con l'utilizzo di set standard (una quantità di test con diagnosi nota al verificatore) che permette di controllare la capacità di lettura degli operatori. Unico esempio in Italia è stata anche la VdQ per gli anatomopatologi realizzata nella Regione Abruzzo, facendo rileggere a 3 patologi esterni di livello nazionale una grande quantità di esami (ben 300 casi) refertati dai nostri patologi. I risultati, che saranno pubblicati, hanno dato una concordanza nei referti superiore all'80% dimostrando, una volta di più che la qualità del personale del nostro programma è di alto livello.

Obiettivo specifico: aumento copertura del 5% al 31.12.2011 e ulteriore 5% al 31.12.2012.

- 2) *Coinvolgimento delle non aderenti allo screening organizzato (self sampling a domicilio):* Per valutare le possibilità di recupero delle non responder allo screening, abbiamo recentemente partecipato ad un innovativo Progetto multicentrico di ricerca (ARS Lazio, ISPO Firenze e ASL Teramo) finanziato dal CCM sul recupero delle non responder mediante invio di un dispositivo di prelievo a domicilio mediante self sampling; il dispositivo proposto è stato valutato molto positivamente dalle utilizzatrici, mentre non abbiamo ottenuto un significativo coinvolgimento nella percentuale di adesione: riteniamo però che l'uso di una diversa modalità di contatto con le donne (tramite medico di famiglia e, se possibile tramite distribuzione nelle farmacie) possa produrre migliori risultati. Intendiamo anche valutarne l'uso in particolari zone dove è carente la disponibilità di personale addetto al prelievo.

Obiettivo specifico: raggiungere 3.000 non responder al 31.12.2011 e 5.000 al 31.12.2012.

Indicatori e mezzi di verifica.

Ci proponiamo di aumentare la copertura del 5% circa annuale e cioè 5% al 31.12.2011 e un ulteriore 5% al 31.12.2012.

Per il self sampling utilizzeremo un nuovo modello di dispositivo più semplice e molto meno costoso, in corso di commercializzazione; saranno estratti dai nostri archivi gli elenchi delle non responder, distinti per singolo medico e per singola provincia; al 31.12.2011 vorremmo aver raggiunto 3.000 non responder e 5.000 al 31.12.2012.

Analisi dei rischi e conseguenti assunzioni.

1- La mancanza di personale stabile rende precaria la gestione operativa sul territorio delle 4 ASL, tanto da rendere notevolmente problematico il mantenimento dell'attuale livello di lavoro ed il consolidamento dei principali indicatori di attività (numero degli inviti inviati, caricamento dati sul nuovo software Web, capacità di lettura dei singoli centri, tempi di refertazione e di risposta, etc.). L'Accordo Stato-Regione per il rientro economico impedisce di fatto perfino la gestione del *turnover del personale* (assenze per gravidanza, pensionamento, trasferimento, malattia), spesso operante in settori vitali per il progetto.

2- Ad aprile 2009, un devastante terremoto ha colpito la città dell'Aquila, la provincia e in parte le ASL confinanti: per l'intera provincia registriamo la perdita di ogni riferimento di indirizzo abitativo e/o recapito telefonico, con la popolazione distribuita in nuovi moduli abitativi (MAP) e in abitazioni provvisorie anche sul litorale abruzzese, con conseguente impossibilità di gestire lo screening mediante lettera di invito.

3- E' in corso, in regione, un Progetto randomizzato triennale che confronta la lettura citologica computer assistita in fase liquida con la lettura computer assistita convenzionale: dalla valutazione preliminare dei risultati del 1° anno si evidenzia un eccesso di diagnosi anormali (+3,9%) con evidente squilibrio delle diagnosi di ASC-US ed LSIL ed una maggiore incidenza di lesioni gravi nelle zone dove non era stata attiva una campagna di screening.

Soluzioni proposte

1- La situazione economica impone una forte riconsiderazione delle spese e, soprattutto, dell'organizzazione regionale dello screening: come esposto nel cronoprogramma del PNP 2009, stiamo modificando l'attuale organizzazione, riducendo e accorpando le strutture operative aziendali da 6 a 4 su base provinciale ed accentreremo ulteriormente l'attuale organizzazione di allestimento, tipizzazione e lettura. Cercheremo così di ridurre i costi, stabilizzando la attuale capacità di lavoro (lettura con tempi di refertazione e di invio al II livello dei singoli centri), anche mediante accorpamenti. Il Comitato Regionale pianificherà le nuove modalità organizzative, identificando i Centri di I e II livello e di diagnostica molecolare complementare.

2- Organizzeremo per le zone terremotate una unità mobile (per prelievi e colposcopia), che operi presso le nuove unità abitative dei Progetti Casa e nei piccoli borghi circostanti il capoluogo. Una seconda unità sarà utilizzata con modalità itinerante in zone carenti di personale addetto al prelievo. Le unità mobili saranno utilizzate, in collaborazione con lo screening del colon-retto, per distribuire e successivamente ritirare campioni per il prelievo del sangue occulto.

3- L'utilizzo di nuove tecnologie permetterà un costante controllo e miglioramento di qualità, con un Progetto di formazione e VrQ in teleconferenza con telepatologia che permetta trasmissione audio e video in tempo reale su reti LAN WAN ed Internet (utilizzando microscopi digitali, strumenti di visione e fotografia per preparati istologici e citologici con visione diretta su monitor ad alta risoluzione, collegabili punto per punto), integrando e completando la rete regionale già esistente (fra i centri regionali, ma possibilmente anche con centri di altre regioni). Intendiamo stabilire cadenze fisse di collegamento fra 6 (massimo 12) unità realizzate per visionare e discutere insieme i vetrini proposti dai singoli centri, realizzando così un modello di verifica qualità e di confronto interregionale stabile.

Screening cervicocarcinoma

3. QUADRO LOGICO

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione della mortalità per carcinoma della cervice uterina	Aumento della copertura di popolazione	Aumento copertura 5% al 31.12.2011 5% al 31.12.2012	Piano di rientro Carenze personale Conoscenza screening Prevenzione individuale Educazione sessuale
Obiettivo specifico 1	Innovazione screening cancro cervicale - Utilizzo del test HPV DNA come test di screening primario	Aumento della adesione all'invito	Valutazione copertura di popolazione Valutazione adesione percentuale all'invito	Coinvolgimento di medici mg e ginecologi Adesioni giovani donne Rispetto indicazioni LG Comunicazione adeguata
Obiettivo specifico 2	Coinvolgimento delle donne non aderenti allo screening organizzato (self sampling)	Numero mmg coinvolti Gradimento dei mmg coinvolti sup. al 60% Valutazione % di gradimento donne	Valutazione non responder raggiunte: 3.000 al 31.12.2011 5.000 al 31.12.2012	Coinvolgimento mmg Carenze personale ASL e supporto amministrativo Lentezza procedure ASL Scarso interesse DG ASL Reperimento dei dati
Risultati attesi	Aumento della copertura (non inferiore al 70%)	Valutazione della percentuale di copertura	Questionario di gradimento alle donne e agli operatori	Coinvolgimento dei ginecologici
Attività	Aggiornamento anagrafe Riorganizzazione percorsi Formazione del personale Campagna comunicazione Rendicontazione risultati	Mezzi Risorse umane e strumentali Test, Servizi e consulenze Finanziamento annuale del progetto di screening	Costi Coperti con le attuali risorse assegnate allo screening	

Piano di valutazione

Coinvolgere i gruppi di interesse: Popolazione femminile (analisi e demografia della popolazione, elaborazione di strumenti di comunicazione), associazioni femminili, personale impiegato nello screening, associazioni professionali di ginecologi e medici di medicina generale, politici e vertici delle ASL (rappresentarsi con le autorità istituzionali), media.

Chiarire il progetto: informazione e comunicazione individuale (depliant allegato all'invito, front-office) e a piccoli gruppi (incontri con la popolazione in collaborazione con assessorati alle politiche sociali e commissioni pari opportunità); comunicazione e condivisione con il personale dello screening (discussione, esplicitare motivazioni e condivisione di procedure standard).

Disegnare la valutazione: a) descrivere l'intervento e il suo ambiente in modo che utenti, politici e portatori di interesse in genere possano farsi un giudizio più informato del programma, delle motivazioni che hanno condotto alle modifiche di percorsi e protocolli, dei relativi costi previsti e, non ultimo, del valore intrinseco delle scelte effettuate; b) relazionare sui risultati ottenuti, rendendo conto dei costi effettivamente sostenuti e delle modalità operative, realizzare la rendicontazione sociale; c) valutare se l'intervento ha seguito le procedure e/o soddisfatto le aspettative e gli obiettivi interni ed esterni (monitoraggio gestionale, *peer review*, controlli di qualità, audit clinici); d) valutare se sono rilevabili dei cambiamenti prodotti e/o se sono opportune modifiche dei percorsi (anche in itinere); e) verificare l'impatto delle nuove procedure sull'organizzazione e sul personale (inclusa la verifica di un eventuale aumento di adesione da parte degli operatori e degli stakeholder coinvolti; f) verificare, ove possibile, i cambiamenti indotti sui beneficiari (adesione, copertura, livello di malattia diagnosticato).

Determinare i metodi di misura adeguati e le procedure: qualitativi (focus group, interviste in "profondità", costruzione di consenso, forum/gruppi di discussione) e quantitativi (interviste telefoniche e questionari, utilizzazione dei servizi, analisi dei dati statistici estraibili dal software, valutazione delle variazioni di adesione in diverse fasce di età, misure di malattia o mortalità).

Sviluppare un piano di lavoro, budget e cronoprogramma: la responsabilità della gestione e concreta realizzazione del programma è affidata all'epidemiologo del programma di screening che si avvarrà dell'apporto di uno statistico, di una impiegata amministrativa e delle ostetriche prelevatici; la predisposizione dei questionari e la calendarizzazione delle attività saranno programmate in accordo con il coordinatore regionale, prevedendo verifiche ed adeguamenti in corso d'opera. Dal finanziamento del progetto regionale di screening (quota ministeriale e quota di competenza regionale) sarà destinato un apposito budget per la realizzazione ed il monitoraggio della valutazione.

Raccogliere i dati secondo metodi e procedure identificate: il progetto regionale di screening della Regione Abruzzo dispone di una completa informatizzazione (software Winsap di gestione delle unità operative di Anatomia Patologica e Software Screening centralizzato su Web e funzionalmente collegato al Winsap) nel quale vengono inseriti i dati di screening in tempo reale e da cui possono essere estratte statistiche e dati di analisi dei risultati e delle attività.

Interpretare e diffondere i risultati: interpretare i risultati in rapporto agli obiettivi del progetto, adattare la comunicazione ai vari target, valutare le motivazioni dei possibili scostamenti dagli obiettivi intermedi e finali, validità la correttezza e la qualità dei risultati, diffondere adeguatamente i risultati.

Intraprendere le azioni necessarie: coinvolgere i gruppi di interesse; rivalutare periodicamente gli obiettivi e i risultati attesi iniziali, attuare effettivamente i cambiamenti programmati.

Regione	Abruzzo					
Titolo del Progetto	<i>Aumentare l'estensione del programma di screening del cancro della cervice uterina e contrastare lo screening opportunistico, proponendo alternative (self sampling a domicilio).</i>					
Linea di intervento generale	<i>Tumori e Screening</i>					
Numero identificativo del Progetto						
Breve descrizione dell'intervento programmato	<p>Distinguiamo le attività in 2 sottoprogetti, con i relativi obiettivi specifici:</p> <p>1- <i>Innovazione nello screening, mediante l'utilizzo del test HPV DNA come screening primario:</i> ridefinizione protocollo di screening che prevedendo l'uso dell'HPV DNA test come I livello richiede rimodulazione dei percorsi ed accurata informazione/formazione del personale; messa a punto di una serie di processi e metodologie che riguardano organizzazione delle attività, strumentazione e materiali, controllo della qualità e formazione del personale, aspetti comunicativi, modifica software gestionale e analisi dell'adesione; presentazione e condivisione del progetto con medici di medicina generale e ginecologi; programmazione di una efficace ed innovativa campagna di comunicazione, inclusa la trasmissione di concetti innovativi sull'infezione HPV e sul rischio oncogeno conseguente,</p> <p>2- <i>Coinvolgimento delle non aderenti allo screening organizzato (self sampling a domicilio):</i> adozione di nuovi metodi di contatto e di recupero delle non-responder allo screening organizzato; <i>proposta di prelievo a domicilio mediante self-sampling</i>, valutata con favore dalle utenti (dispositivi distribuiti direttamente ed ovviando così anche a carenze di personale prelevatore o, previa verifica di disponibilità e fattibilità, tramite alcune farmacie.</p>					
Beneficiari	<i>348.309 donne residenti in età da screening</i>					
Obiettivo di salute perseguito	<i>Riduzione della mortalità per carcinoma della cervice uterina</i>					
INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE INDICATORE al 31.12.2010	VALORE INDICATORE al 31.12.2011		VALORE INDICATORE al 31.12.2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Variazione annuale % di copertura (1)	Dati LEA	/	aumento copertura del 5%		aumento copertura del 5%	
Numero non responder raggiunte	Registro attività	/	raggiungere 3.000 non responder		raggiungere 5.000 non responder	

(1) al 31.12.2009 abbiamo raggiunto una copertura media del 67,5% e ci proponiamo un aumento del 5% annuale, riferito alle province di Chieti, Pescara e Teramo, mentre per la provincia dell'Aquila colpita dal terremoto cercheremo di mantenere l'attuale copertura.

Macroarea: 3

Linea di intervento generale: Tumori e Screening

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012:

Riduzione della mortalità per carcinoma del colon-retto.

Titolo del Progetto:

Aumentare l'estensione del programma e contrastare lo screening opportunistico del cancro del colon-retto, proponendo alternative.

Contenuti del progetto.

Beneficiari e attori

Il Programma di screening del colon-retto, unico regionale, al 31.12.2009 vede coinvolta l'intera regione con una popolazione bersaglio di 343.513 persone residenti in età da screening 50-69 anni. L'anagrafe regionale della popolazione target, non ancora standardizzata, necessita di essere analizzata e controllata: gli inviti inesitati sono circa il 3% e sono presenti circa 10.000-15.000 nominativi duplicati.

L'organizzazione regionale è centralizzata, diretta dal Coordinatore Regionale e dal Comitato Regionale di Screening, articolata operativamente nelle 4 ASL regionali; in ogni ASL sono stati identificati operatori impegnati nel progetto: nel 2009 nella regione sono stati parzialmente impiegati, con impegno procapite di circa un'ora settimanale, 75 medici specialisti, 5 biologi, 35 infermieri professionali, 41 tecnici di laboratorio e 5 amministrativi; a tempo pieno 7 operatori EDP; a tempo parziale 12 autisti; 619 Medici di Medicina Generale aderenti operativi o in corso di attivazione.

Analisi di contesto.

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini che nelle donne (rispettivamente 10% e 12% dei decessi per cause oncologiche) e sono a livello europeo in costante aumento. In Italia ogni anno si stimano circa 38.000 nuovi casi di carcinoma coloretale e oltre 16.000 morti (*dati 2008 da Passi*).

In Italia, nella popolazione di 0-84 anni, si stima che nel 2010 vi saranno 29.283 nuovi casi di tumore del colon-retto tra gli uomini e 19.560 tra le donne. La prevalenza stimata è di 175.449 casi tra gli uomini e 138.314 tra le donne (*dati ISS*). Nel 2006 il cancro del colon-retto ha causato 9.752 decessi tra gli uomini e 8.315 tra le donne (*dati Istat*).

Nel 2006 in Italia le persone di 50-69 anni inserite nel programma di screening coloretale sono state circa 6 milioni (44% della popolazione target); l'estensione dei programmi mostra un evidente gradiente Nord-Sud.

Lo screening è stato riconosciuto come LEA (livello essenziale di assistenza) nella finanziaria del 2001.

In Abruzzo l'incidenza stimata nel 2005 per 100.000 abitanti è di 96 casi per gli uomini e 44 per le donne, mentre la mortalità è di 42 per gli uomini e 21 per le donne (*dati ISS*).

Il programma di screening del colon-retto della Regione Abruzzo è attivo dal 2006 e prevede per il primo livello l'invito scritto alla popolazione in età da screening. Al 31.12.2009 sono state invitate 80.316 persone pari a un'estensione dell'offerta del 23,4% della popolazione target regionale. Dalla rilevazione di rischio individuale o dall'esistenza di un precedente test sono state escluse 6.027 persone. Sono stati eseguiti 27.351 test di 1° livello (adesione grezza 34,1% - adesione corretta 41,6%) pari ad una copertura della popolazione bersaglio del 9,7%.

Dei 27.351 Fobt eseguiti sono risultati positivi 1.789 (6,5%) casi dei quali 1.149 (64,2%) hanno effettuato una colonscopia con risultato positivo in 529 casi (46,0%). In questi soggetti sono stati eseguiti i seguenti 665 trattamenti endoscopici e chirurgici (i dati pervenuti sono però ancora

incompleti) e sono state diagnosticate le seguenti 602 lesioni (non sono noti 63 referti istologici): adenomi a basso rischio 224 (37,2%); adenomi avanzati 318 (58,8%); adenomi cancerizzati 14 (2,3%) e cancri 71 (11,8%). Questi dati ci spingono ulteriormente ad intensificare l'estensione ed il miglioramento del programma.

Secondo Passi, nel 2008, in Abruzzo circa il 21% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni). La copertura stimata è inferiore al livello di copertura "accettabile" (45%) e a quello "desiderabile" (65%). Il 7,5% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nelle persone con poche difficoltà economiche. Il 19% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nella classe 60-69 anni, ma il dato regionale (7,5%), invece, è significativamente più basso.

Nelle ASL della Regione, la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni non ha mostrato differenze statisticamente significative (range dal 6% di Teramo al 19% di Pescara), ma presso la ASL di Pescara si è registrata una percentuale significativamente più alta di quella del pool nazionale (8%).

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto: il 5% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 3% da uno a due anni, il 2% da due a cinque anni, l'1% da cinque a dieci anni e l'1% da più di dieci anni. L'88% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

Rispetto all'ultima colonscopia: il 5% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 4% da uno a due anni, il 5% da due a cinque anni, l'1% da cinque a dieci anni, lo 0,5% da più di dieci anni. L'85% non ha riferito di non aver mai eseguito il test.

Il 6% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL, il 37% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa, il 24% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening coloretale (tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, le percentuali sono rispettivamente del 22%, 42% e 23%).

Il 3% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening coloretale considerati (lettera, consiglio o campagna), il 12% da due interventi di promozione ed il 34% da un solo intervento; il 52% non ha riferito alcun intervento di promozione. (tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 6%, 18%, 32% e 44%).

Il 68% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 2 anni; il 32% ha pagato solamente il ticket. Il 65% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 32% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 3% l'intero costo dell'esame.

Il 73% delle persone di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del colon-retto, non avendo mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 47% ritiene infatti di non averne bisogno.

In Abruzzo nei primi tre anni di attivazione dello screening coloretale non si è raggiunto il livello di copertura "accettabile" (45%) nella popolazione target; tuttavia esiste un ampio margine di miglioramento: infatti circa la metà delle persone nella fascia 50-69 anni non si è sottoposta alla ricerca del sangue occulto o ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

I programmi di screening organizzati prevedono a livello locale campagne informative/educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di Medici di Medicina Generale e degli operatori di Sanità Pubblica per incrementare l'adesione della popolazione invitata.

Modello logico

Il Piano Nazionale di Prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie del colon-retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone nella fascia 50-69 anni, con frequenza biennale. L'evidenza scientifica, derivante da studi caso-controllo condotti nell'ambito di programmi che utilizzano i più recenti test immunologici per la ricerca del sangue occulto fecale e da studi che hanno confrontato direttamente la performance di questi test con quella del test al guaiaco, è suggestiva per una maggiore accuratezza dei test immunologici. Questi ultimi risulterebbero più sensibili (cut-off 100 ng/ml) e più specifici rispetto al test al guaiaco e garantirebbero un effetto protettivo più prolungato. Si tratta di test che non richiedono inoltre alcuna restrizione dietetica, sono automatizzabili e quindi forniscono un risultato più obiettivo e meno soggetto ad errore. Un test positivo per sangue occulto non conferma la presenza di lesione, ma ne suggerisce la presenza: una colonscopia è indispensabile per individuare la fonte del sangue occulto. Un test negativo non esclude invece la presenza di tumore.

Nell'uso diagnostico per selezionare i pazienti da inviare ad ulteriori indagini è necessario raggiungere uno standard qualitativo da parte degli operatori del centro che esegue il test di screening.

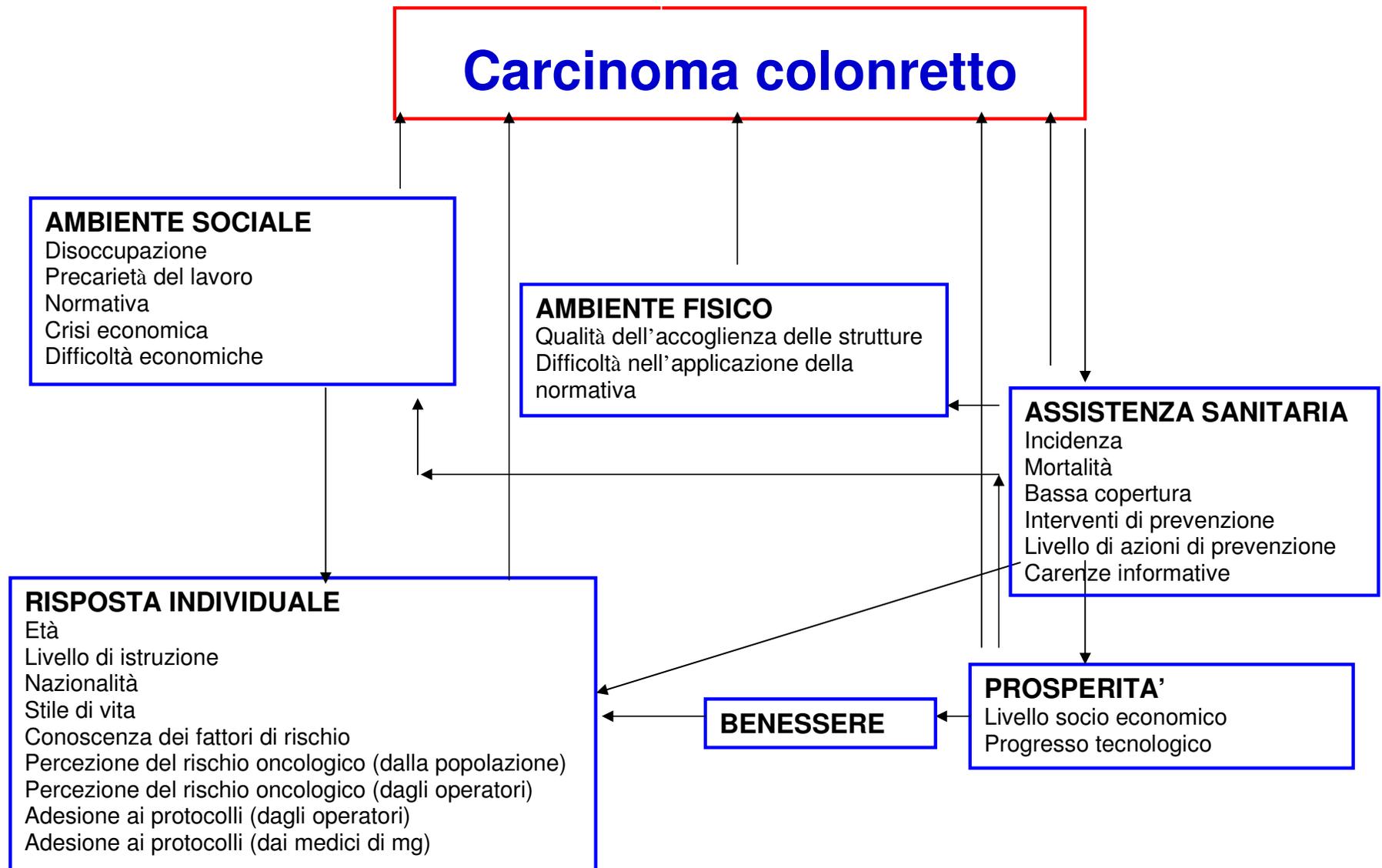
Il test di primo livello di ricerca del sangue occulto fecale si basa sull'evidenza che la maggior parte degli adenomi e dei cancri sanguinano: il sanguinamento è intermittente e il sangue è distribuito nelle feci in maniera non omogenea; inoltre l'entità del sanguinamento dipende dalle dimensioni dell'adenoma o del cancro. E' stata dimostrata, in tutti gli studi, una significativa riduzione della mortalità per carcinoma coloretale, variabile dal 15 al 33%.

Una riduzione dello stadio di invasività dei tumori rinvenuti e la rimozione degli adenomi conseguente alla colonscopia totale con polipectomia, impiegata come esame di secondo livello, è stata la ragione della diminuzione di mortalità. L'entità della riduzione della mortalità per carcinoma del colon-retto, in una determinata area geografica, è in funzione della percentuale di popolazione interessata dallo screening, della fascia d'età inserita nel programma, della partecipazione da parte della popolazione invitata, dell'adeguatezza della terapia, dei controlli e del follow-up.

La realizzazione del Progetto passa per

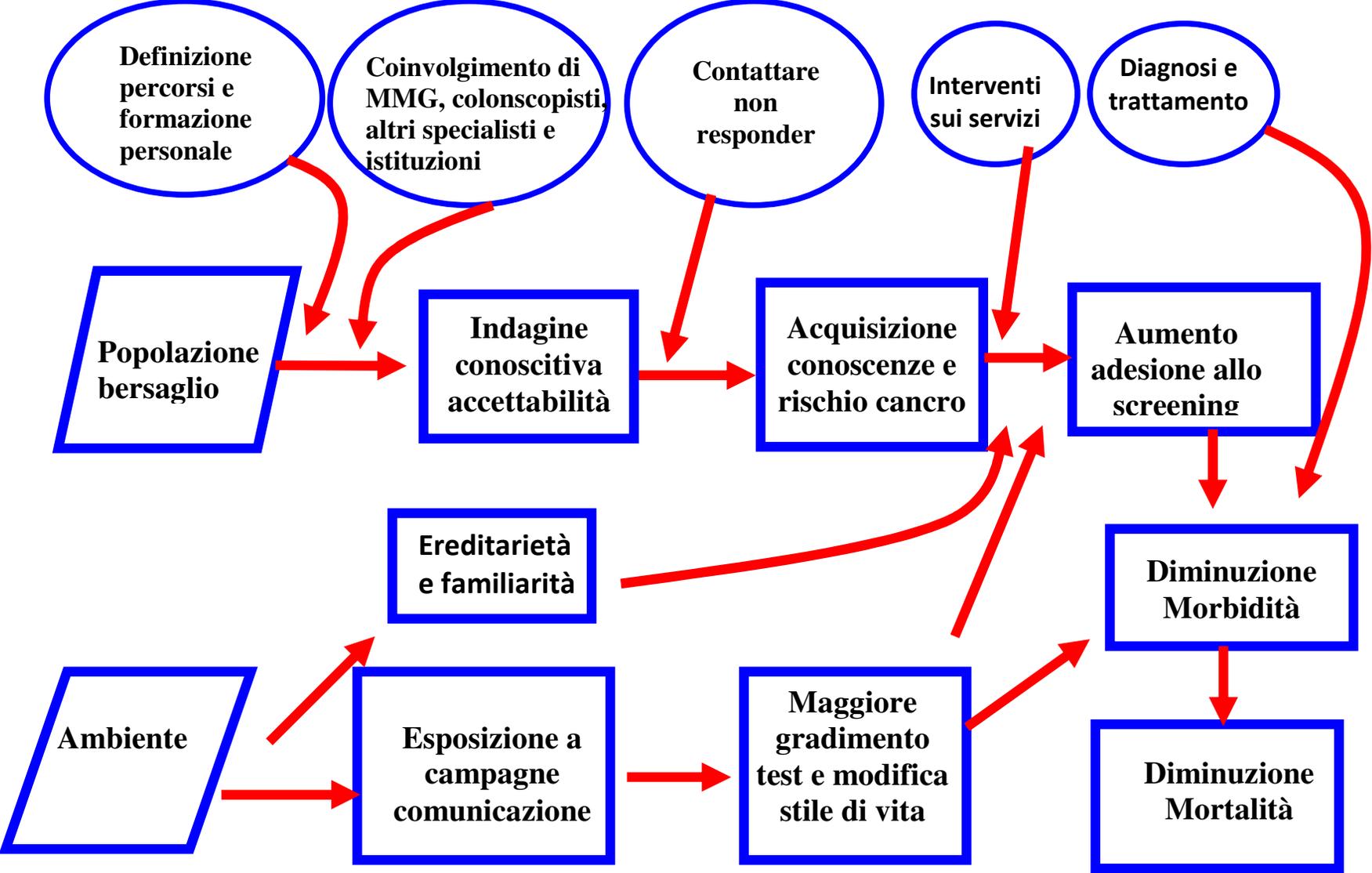
- 1) una ridefinizione del protocollo di screening che richiede una rimodulazione dei percorsi e la centralizzazione del test di I livello, con una accurata informazione/formazione del personale necessaria per la condivisione del modello organizzativo,
- 2) uno studio propedeutico al progetto complessivo che permetta la messa a punto di una serie di processi e metodologie che riguardano l'organizzazione delle attività, della strumentazione e dei materiali da utilizzare, il controllo della qualità, gli aspetti comunicativi, la modifica del software gestionale e l'analisi di una serie di parametri legati alla adesione della popolazione e al numero di persone invitate in colonscopia,
- 3) la presentazione e la condivisione del progetto con i medici di medicina generale, con gli endoscopisti e gli altri specialisti interessati (anche tramite coinvolgimento delle associazioni professionali di categoria),
- 4) la programmazione di una efficace ed innovativa campagna di comunicazione rivolta alla popolazione sul significato del rischio oncogeno,
- 5) l'informazione sui percorsi e sulle motivazioni che hanno indotto alla loro adozione particolarmente rivolta alle istituzioni regionali, nonché la presentazione dei risultati diretta ad un loro coinvolgimento sempre maggiore,
- 6) l'adozione di nuovi metodi di contatto e di recupero dei non-responder allo screening organizzato.

1. ANALISI DI CONTESTO



carcinoma colonretto

2. MODELLO LOGICO



Quadro logico

Obiettivi generali e specifici, risultati attesi, attività.

Riteniamo sia fondamentale per il Programma implementare l'offerta di screening e favorire l'adesione della popolazione con l'obiettivo di ottimizzare la copertura e la conseguente riduzione della mortalità per carcinoma del colonretto. Nel 2009 abbiamo raggiunto una copertura del 9,7% e ci proponiamo di portarla al 35% circa entro il 2012, tenendo conto delle difficoltà per la provincia di L'Aquila dovute al terremoto. Per realizzare il progetto, abbiamo distinto in 2 sottoprogetti, con i relativi obiettivi specifici:

- 1) *Innovazione nello screening mediante centralizzazione ed uso di metodi di reclutamento alternativi all'attuale percorso con il medico di medicina generale (mmg).*

L'attuale organizzazione che prevede l'esecuzione del test di 1° livello in 14 laboratori sarà ridotta a 4 laboratori, uno per provincia, con conseguenti vantaggi in termini di risorse umane e qualità. Parimenti, le attività di 2° livello endoscopico saranno coordinate in ogni provincia da un centro di riferimento che dovrà supportare la richiesta di prestazioni di screening, individuando anche servizi decentrati per favorire l'accesso dell'utenza, il più vicino possibile al proprio domicilio.

Saranno adottate strategie comunicative adeguate, tenendo in evidenza la necessità di una informazione corretta, semplice, accessibile, che eviti inutili ansie e osservi con attenzione l'effettiva comprensione delle informazioni fornite. La migliore strategia comunicativa deve coinvolgere gli operatori direttamente coinvolti nello screening (personale di front-office, patologi clinici, endoscopisti, istopatologi, ecc.) ed i medici di medicina generale, ricordando come spesso le stesse figure professionali coinvolte faticano a mantenersi aggiornate, anche perché stiamo vivendo momenti di grandi cambiamenti delle conoscenze e questo implica la diffusione di messaggi informativi talvolta imprecisi e spesso incoerenti.

Va ricordato come la comunicazione di un test medico positivo (FOBT, colonscopia o diagnosi istologica) rappresenti certamente un evento ansiogeno e come il livello di attenzione al messaggio informativo e la recettività stessa al counseling possano essere compromessi dall'ansia; spesso, al colloquio si giunge con una serie di informazioni già acquisite, magari scorrette e quasi sempre contrastanti e si è già orientati a valutazioni negative e pessimistiche: occorre cioè riqualificare il messaggio. Per questi motivi il progetto prevede la predisposizione di idoneo materiale informativo che sia scientificamente corretto, conciso e comprensibile per la popolazione, per gli stessi operatori e per i medici di medicina generale. L'obiettivo è quello di ottimizzare l'informazione eliminando i possibili punti di confusione e rendendo chiari i concetti espressi. Ad ogni lettera di invito per l'esecuzione del test sarà allegato un depliant informativo, redatto con termini semplici e facilmente comprensibili. La refertazione deve essere chiara e concisa. Devono essere indicate le metodiche d'esame utilizzate, l'esito del test ed una chiara indicazione sui tempi e sulle procedure da adottare come conseguenza del risultato dell'esame.

Lo screening ha il compito di garantire la migliore prestazione possibile alla persona invitata. Per fare questo è necessario che l'attività degli operatori che intervengono nelle varie fasi sia di qualità certificata. L'aggiornamento costante degli operatori è un punto rilevante sempre presente nella programmazione del Programma Regionale di Prevenzione. Corsi specifici condotti da Operatori di livello nazionale vanno regolarmente organizzati dal Comitato Regionale di Screening, aperti agli operatori regionali ed extraregionali. Oltre all'aggiornamento professionale la Verifica di Qualità (VdQ) rappresenta la metodica di controllo, aggiornamento e confronto di ogni fase di screening da adottarsi obbligatoriamente in tutti i centri regionali.

Obiettivo generale: aumento copertura del 10% al 31.12.2011 e ulteriore 15% al 31.12.2012, calcolato secondo metodo di calcolo ai fini LEA.

- 2) *Coinvolgimento della popolazione non aderente allo screening organizzato.* Attualmente una quota non conosciuta di soggetti provvede a sottoporsi spontaneamente al test di screening sia con il sangue occulto fecale che con la colonscopia.

L'azione specifica consiste nel contrastare questo fenomeno opportunistico, talvolta anche non istituzionale, sia mediante l'invio a domicilio del test per la ricerca del sangue occulto fecale con la lettera d'invito sia mediante l'adozione dei protocolli di inserimento nei percorsi di screening dei soggetti che si sottopongono spontaneamente.

Per valutare le possibilità di recupero dei non responder, abbiamo recentemente partecipato ad un innovativo Progetto multicentrico di ricerca (ASP Lazio, ISPO Firenze e ex-ASL Avezzano-Sulmona) finanziato dal CCM sul recupero dei non responder mediante invio del dispositivo di prelievo per FOBT a domicilio. Gli obiettivi per l'invio postale del FOBT sono minimizzare i costi e il carico di lavoro per i servizi evitando sprechi di provette per coloro che sappiamo avere alta probabilità di aderire; massimizzare l'adesione inviando il test a chi ha già rifiutato di aderire. L'invio postale del FOBT ha avuto un effetto significativo in Abruzzo sull'adesione come sollecito per i non rispondenti: in ogni realtà l'invio postale ha portato ad un moderato aumento dell'adesione, statisticamente significativo. Questo metodo può essere utilizzato per minimizzare i costi e il carico di lavoro dei servizi.

Obiettivo specifico 1: raggiungere 3.000 non responder al 31.12.2011 e 5.000 al 31.12.2012.

Indicatori e mezzi di verifica.

Ci proponiamo di aumentare la copertura del 25% circa biennale e cioè 10% al 31.12.2011 e un ulteriore 15% al 31.12.2012. Per il reclutamento sia tramite mmg che via postale utilizzeremo lo stesso dispositivo in uso. Saranno estratti dai nostri archivi gli elenchi dei non responder, distinti per singolo medico e per singola provincia; al 31.12.2011 vorremmo aver raggiunto 3.000 non responder e 5.000 al 31.12.2012. Il dato di partenza è desumibile dai registri attività

Analisi dei rischi e conseguenti assunzioni.

1- La mancanza di personale stabile rende precaria la gestione operativa sul territorio delle 4 ASL, tanto da rendere notevolmente problematico il mantenimento dell'attuale livello di lavoro ed il consolidamento dei principali indicatori di attività (numero degli inviti inviati, caricamento dati sul software Web, capacità di analisi dei singoli centri, tempi di refertazione e di risposta, etc.). L'Accordo Stato-Regione per il rientro economico impedisce di fatto perfino la gestione del *turnover del personale* (assenze per gravidanza, pensionamento, trasferimento, malattia), spesso operante in settori vitali per il progetto.

2- Ad aprile 2009, un devastante terremoto ha colpito la città dell'Aquila, la provincia e in parte le ASL confinanti: per l'intera provincia registriamo la perdita di ogni riferimento di indirizzo abitativo e/o recapito telefonico, con la popolazione distribuita nelle tendopoli e in abitazioni provvisorie, con conseguente impossibilità di gestire lo screening mediante lettera di invito.

Soluzioni proposte

1- La situazione economica impone una forte riconsiderazione delle spese e, soprattutto, dell'organizzazione regionale dello screening: come esposto nel cronoprogramma del PNP 2009, stiamo modificato l'attuale organizzazione, riducendo e accorpando le strutture operative aziendali da 6 a 4 su base provinciale, accentrando ulteriormente l'attuale organizzazione di laboratorio e colonscopia. Cercheremo così di ridurre i costi, stabilizzando la attuale capacità di lavoro (tempi di refertazione e di invio al 2° livello). Il Comitato Regionale pianificherà le nuove modalità organizzative, identificando i Centri di 1° e 2° livello e di diagnostica molecolare complementare.

2- Organizzeremo per le zone terremotate una unità mobile (per consegna e raccolta campioni), che operi presso le tendopoli e nei piccoli borghi circostanti il capoluogo. Tale unità sarà utilizzata, in collaborazione con lo screening del cervicocarcinoma, per prelievi di I livello e colposcopia.

3- L'utilizzo di nuove tecnologie permetterà un costante controllo e miglioramento di qualità, con un Progetto di formazione e VrQ in teleconferenza con telepatologia che permetta trasmissione audio e video in tempo reale su reti LAN WAN ed Internet (utilizzando microscopi digitali, strumenti di visione e fotografia per preparati istologici con visione diretta su monitor ad alta risoluzione, collegabili punto per punto), integrando e completando la rete regionale già esistente (fra i centri regionali, ma possibilmente anche con centri di altre regioni). Intendiamo stabilire cadenze fisse di collegamento per visionare e discutere insieme i vetrini proposti dai singoli centri, realizzando così un modello di verifica qualità e di confronto interregionale stabile.

carcinoma coloretta

3. QUADRO LOGICO

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione della mortalità per carcinoma del colon-retto	Aumento della copertura di popolazione	Copertura: +10% al 31.12.2011 +25% al 31.12.2012 calcolato come sistema di calcolo ai fini LEA	Piano di rientro Carenze personale Conoscenza screening Prevenzione individuale Stili di vita
Obiettivo specifico 1	Coinvolgimento della popolazione non aderente allo screening organizzato	Aumento dell'adesione all'invito	Copertura di popolazione Adesione percentuale all'invito differenziata per metodi di reclutamento (mmg e postale). Raggiungere nonresponder Dato partenza 0 3000 persone al 31.12.2011 5000 persone al 31.12.2012 come da registro attività	Coinvolgimento di mmg, endoscopisti e specialisti Rispetto indicazioni LG Comunicazione adeguata Carenze personale Coinvolgimento istituzioni Supporto amministrativo ASL Lentezza procedure ASL Scarso interesse vertici ASL
Risultati attesi	Aumento della copertura (non inferiore al 35%)	Valutazione della percentuale di copertura	Questionario di gradimento alla popolazione e agli operatori Gruppi focus	Coinvolgimento di endoscopisti e specialisti Unità di personale adeguato
Attività	Aggiornamento anagrafe residenti Formazione del personale Campagna comunicazione Rendicontazione risultati	Mezzi Risorse umane e strumentali Test di screening Servizi e consulenze Finanziamento annuale del progetto di screening	Costi Coperti con le attuali risorse assegnate allo screening	

Piano di valutazione

Coinvolgere i gruppi di interesse: Popolazione (analisi e demografia della popolazione, elaborazione di strumenti di comunicazione), associazioni, personale impiegato nello screening, associazioni o società scientifiche professionali e medici di medicina generale, politici e vertici delle ASL (rappresentarsi con le autorità istituzionali), media.

Chiarire il progetto: informazione e comunicazione individuale (depliant allegato all'invito, front-office) e a piccoli gruppi (incontri con la popolazione in collaborazione con assessorati alle politiche sociali e commissioni pari opportunità); comunicazione e condivisione con il personale dello screening (discussione, esplicitare motivazioni e condivisione di procedure standard).

Disegnare la valutazione: a) descrivere l'intervento e il suo ambiente in modo che utenti, politici e portatori di interesse in genere possano farsi un giudizio più informato del programma, delle motivazioni che hanno condotto ai percorsi e protocolli, dei relativi costi previsti e, non ultimo, del valore intrinseco delle scelte effettuate; b) relazionare sui risultati ottenuti, rendendo conto dei costi effettivamente sostenuti e delle modalità operative, realizzare la rendicontazione sociale; c) valutare se l'intervento ha seguito le procedure e/o soddisfatto le aspettative e gli obiettivi interni ed esterni (monitoraggio gestionale, controlli di qualità, audit clinici); d) valutare se sono rilevabili dei cambiamenti prodotti e/o se sono opportune modifiche dei percorsi (anche in itinere); e) verificare l'impatto delle procedure sull'organizzazione e sul personale (inclusa la verifica di un eventuale aumento di adesione da parte degli operatori e degli stakeholder coinvolti); f) verificare, ove possibile, i cambiamenti indotti sui beneficiari (adesione, copertura, livello di malattia diagnosticato).

Determinare i metodi di misura adeguati e le procedure: qualitativi (focus group, interviste in "profondità", costruzione di consenso, forum/gruppi di discussione) e quantitativi (interviste telefoniche e questionari, utilizzazione dei servizi, analisi dei dati statistici estraibili dal software, valutazione delle variazioni di adesione in diverse fasce di età, misure di malattia o mortalità).

Sviluppare un piano di lavoro, budget e cronoprogramma: la responsabilità della gestione e concreta realizzazione del programma è affidata al coordinamento aziendale ed al personale di supporto regionale; la predisposizione dei questionari e la calendarizzazione delle attività saranno programmate in accordo con il coordinatore regionale, prevedendo verifiche ed adeguamenti in corso d'opera. Dal finanziamento del progetto regionale di screening (quota ministeriale e quota di competenza regionale) sarà destinato un apposito budget per la realizzazione ed il monitoraggio della valutazione.

Raccogliere i dati secondo metodi e procedure identificate: il progetto regionale di screening della Regione Abruzzo dispone di una completa informatizzazione (software Winsap di gestione delle unità operative di Anatomia Patologica e Software Screening centralizzato su Web e funzionalmente collegato al Winsap) nel quale vengono inseriti i dati di screening in tempo reale e da cui possono essere estratte statistiche e dati di analisi dei risultati e delle attività.

Interpretare e diffondere i risultati: interpretare i risultati in rapporto agli obiettivi del progetto, adattare la comunicazione ai vari target, valutare le motivazioni dei possibili scostamenti dagli obiettivi intermedi e finali, validare la correttezza e la qualità dei risultati, diffondere adeguatamente i risultati.

Intraprendere le azioni necessarie: coinvolgere i gruppi di interesse; rivalutare periodicamente gli obiettivi e i risultati attesi iniziali, attuare effettivamente i cambiamenti programmati.

Macroarea: 3

Linea di intervento generale: *Tumori e Screening*

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012:

Copertura di tutto il territorio regionale.

Titolo del Progetto:

Aumentare l'estensione del programma di screening del cancro della mammella, contrastare lo screening opportunistico, proponendo alternative

Contenuti del progetto.

Beneficiari e attori

Il Programma di screening è unico per l'intera regione, con una estensione corretta del 43,2% (vedi rapporto 2009 ONS) ed interessa una popolazione bersaglio di 170.574 donne in età da screening 50-70 anni (dato ISTAT riferito al 2009). L'organizzazione regionale è centralizzata, diretta dal Coordinatore Regionale e dal Comitato Regionale di Screening. In ogni ASL sono stati istituiti quattro Comitati Provinciali, per la gestione decentrata. Il programma è articolato in Unità Operative che attualmente coincidono con le U.O. di Radiologia delle ASL dotate di attrezzature idonee per lo screening. La ex Asl di Chieti, capofila del progetto, è stata delegata alla gestione. Oltre al personale della Segreteria Centrale e al personale per i Controlli di Qualità sulle attrezzature, non esiste personale interamente dedicato allo Screening, in particolare il personale delle Unità Operative aderenti al programma è costituito dal personale dipendente delle ASL, parametrato per l'espletamento delle altre attività istituzionali.

Analisi di contesto

Si stima che ogni anno in Italia siano diagnosticati circa 38.000 nuovi casi di carcinoma della mammella con incidenza in crescita, mentre è dimostrata una riduzione della mortalità fino al 50% nelle donne che partecipano a programmi di prevenzione basati sulla sola mammografia di screening eseguita ogni due anni.

Lo screening è stato riconosciuto come LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) nella Legge finanziaria del 2001.

In Abruzzo si registrano più di 100 decessi all'anno (dati ISTAT 2007) per tumore della mammella.

Il programma regionale di screening è attivo dal novembre 1998. In conseguenza delle precedenti carenze di offerta preventiva, abbiamo riscontrato al 31 dicembre 2009 un numero di neoplasie pari a 566 carcinomi su 177.850 mammografie (4/1000).

Fermo restando la priorità di assicurare la qualità e la continuità dello screening biennale nella fascia di età 50-70 anni (storicamente il programma di Screening Mammografico della Regione Abruzzo supera di un anno la fascia di età prevista dalle linee guida), è necessario prendere in considerazione sia l'accesso spontaneo delle donne tra 45 e i 49 anni, sia l'estensione dello screening alla fascia di età 71-74 anni.

Il programma di screening è unico per l'intera regione, a gestione organizzativa centrale ed articolato in 19 Unità Operative di cui 18 localizzate in gli ospedali pubblici e di 1 distretto sanitario di base. Tali Unità Operative sono nella quasi totalità dotate di mammografi digitali o mammografi analogici digitalizzati con sistemi CR. Tutte le attrezzature vengono sottoposte a periodicamente al Programma di Garanzia della Qualità, al fine di uniformare gli standard e ottimizzare la dose erogata alla popolazione. Per gli esami di 1° livello la Segreteria Centrale invia un invito scritto alla popolazione femminile in età di screening, mentre gli esami di 2° livello sono gestiti direttamente dalle U.O.. L'adesione grezza nel 2009 pari al 51,52%, raggiunge lo standard accettabile di riferimento del GISMa. Su una popolazione residente di circa 1.233.000 unità su 305 comuni, la

popolazione obiettivo è di 170.574 unità su cui è stata ottenuta, al 31.12.2009, una estensione teorica del 67,4% con il coinvolgimento di 202 comuni.

A partire da luglio 2010 l'attività delle Unità Operative è in graduale ripresa dopo un periodo di circa sei mesi di blocco dell'attività. Tale ripresa attualmente è caratterizzata dall'effettuazione in orario istituzionale da parte degli operatori di diverse Unità Operative di un numero limitato di esami (circa il 30%) rispetto a quanto necessario per consentire alle donne tra i 50 e i 70 anni di eseguire l'esame.

La mancanza di un Registro Tumori Regionale limita fortemente le conoscenze epidemiologiche della malattia sul territorio regionale e non consente una adeguata valutazione dell'impatto e delle ricadute sulla popolazione del programma di Screening.

Modello logico

Nuovo obiettivo è l'innovazione dello screening della mammella mediante:

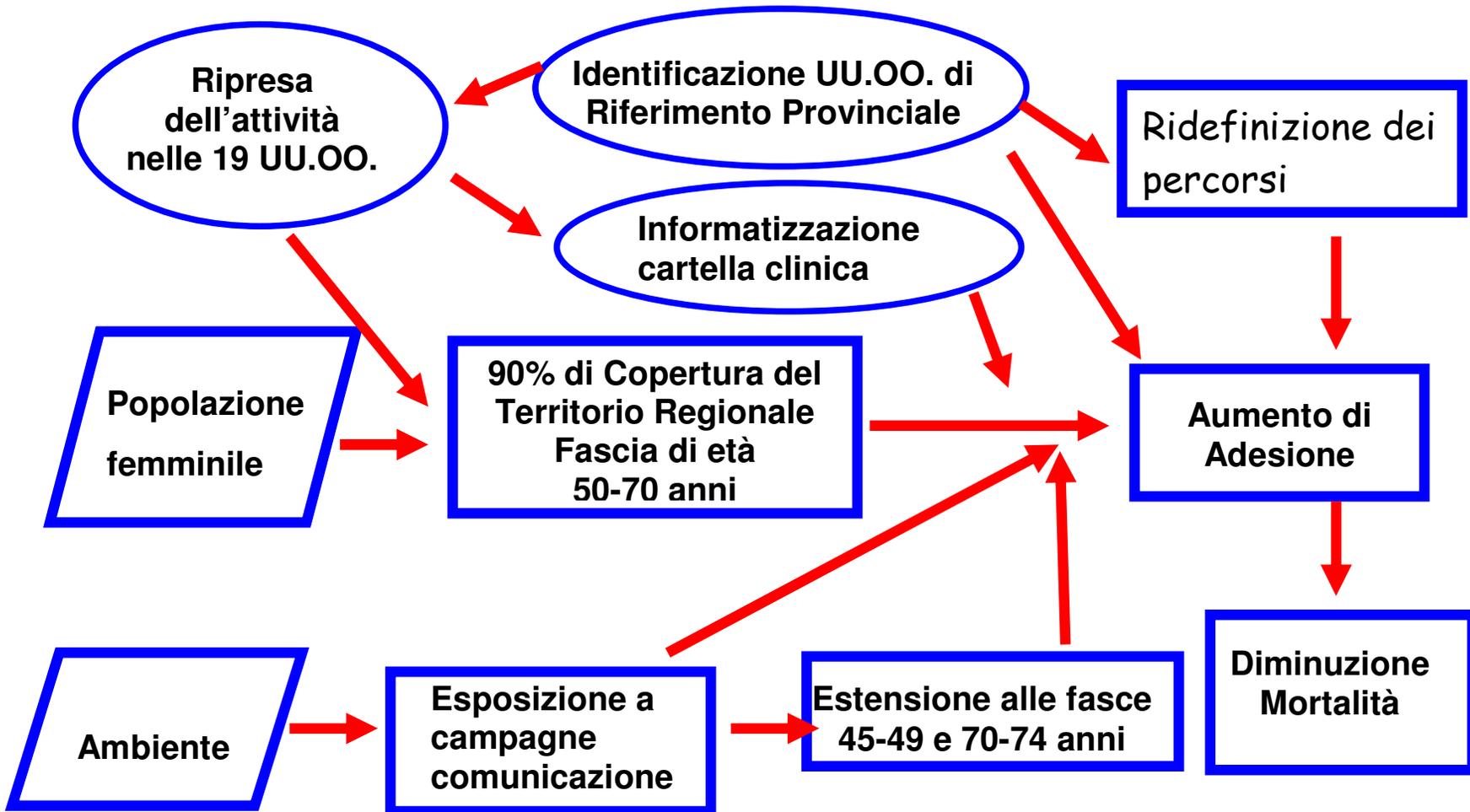
- monitoraggio e valutazione in continuo delle evidenze scientifiche emergenti per l'utilizzo di innovazioni tecnologiche quali RM (Risonanza Magnetica), CAD (Computer-Aided Detection) e Sonoelastografia;
- definizione di percorsi articolati per rischio individuale (familiarità ed ereditarietà, terapia ormonale sostitutiva).

La realizzazione del Progetto passa per

- 1) Ripresa dell'attività nelle Unità Operative con il raggiungimento di una copertura del territorio regionale pari ad almeno il 90%;
- 2) incremento del tasso di adesione;
- 3) identificazione delle Unità Operative di riferimento provinciale;
- 4) informatizzazione della cartella clinica;
- 5) elaborazione e adozione di percorsi e protocolli di screening per le fasce di età 45-49 e 71-74.
- 6) estensione del programma alle fasce di età 71-74 anni;
- 7) *l'istituzione del Registro Regionale di Patologia* per disporre di una corretta valutazione epidemiologica dell'incidenza della patologia.

Screening mammografico

2. MODELLO LOGICO



Quadro logico

Obiettivi generali e specifici, risultati attesi, attività.

1. Obiettivo prioritario del programma è la ripresa e l'implementazione dell'attività, partendo dai dati del 2009, ove si è registrata una estensione teorica del 67,4%, per arrivare nel 2012 ad una estensione pari ad almeno il 90% sul territorio regionale. L'adesione nel 2009 è stata pari al 51,52%. La percentuale di reinviati entro il periodo previsto (24 mesi) è riconosciuta nelle Linee Guida un indice di efficienza e di efficacia del programma.
Per poter incrementare l'attività saranno avviate procedure per l'esecuzione degli esami mammografici con ricorso a meccanismi incentivanti per il personale ed esternalizzazione dell'attività mediante l'impiego di unità mobile per alcune aree del territorio regionale non aggregate a nessuna Unità Operativa.
2. Finora lo screening mammografico è stato realizzato mediante un programma organizzato che consisteva in un percorso pianificato per le donne dai 50 ai 70 anni (popolazione target). Tale percorso ha sempre sinora sempre avuto inizio con un invito scritto inviato a mezzo posta.
Il secondo obiettivo è l'estensione del programma di screening alle donne nella fascia di età 45-49 come già sperimentato in altre realtà, dando garanzie sulle modalità di accesso, sull'integrazione e ottimizzazione dei percorsi e sul costante monitoraggio degli interventi diagnostico-terapeutici. Sarà necessario redigere delle linee guida per definire le modalità di accesso (inclusa la presentazione spontanea), i tempi dei richiami all'esame di screening (12 mesi?) e l'integrazione con l'esame ecografico e sonoelastografia per i "seni densi".
3. Il programma di screening mammografico della Regione Abruzzo storicamente si rivolge alle donne dai 50 ai 70 anni, superando già di fatto il limite dei 69 anni raccomandato nelle Linee Guida nazionali ed europee. Terzo obiettivo è l'estensione del programma alle donne dai 71 ai 74 anni, che abbiano già aderito ai precedenti passaggi di screening garantendo un prolungamento della copertura del rischio fino ai 74 anni.
4. *Istituzione del Registro Regionale di Patologia:* Non esistono, al momento, dati regionali attendibili sulla mortalità per tumore della mammella, che sia possibile desumere da registri tumori, assenti nella regione. Con il supporto dell' AIRTUM, cercheremo di realizzare in circa 3 anni un registro di patologia, nella convinzione che in un secondo tempo possa essere completato a vero e proprio registro regionale tumori. L'informatizzazione degli archivi di tutte le U.O. di Anatomia Patologica e la possibilità di connessione con le Unità Operative di screening e con la Segreteria Centrale, ci permetterà di poter elaborare i dati degli archivi e valutare con maggiore precisione l'incidenza del carcinoma della mammella e la mortalità conseguente in Abruzzo.

Indicatori e mezzi di verifica.

Ci proponiamo di mantenere il livello di aumento della copertura di circa il 10% nel 2011 e di ulteriore 10% al 31.12.2012 (Fonti:LEA). Alla stessa data ci proponiamo di raggiungere un aumento di inviti almeno del 60%.(Fonti:registro attività)

Dal gennaio 2011 sarà costituito un gruppo di studio per redigere le linee guida con la definizione delle modalità di accesso, ottimizzazione dei percorsi e monitoraggio degli interventi diagnostico-terapeutici nella fascia di età 45-49 anni, prevedendo, come raccomandato nel Documento di Consenso del GISMa (2006), un esame mammografico annuale ed un tasso di approfondimento molto più elevato. Occorre tener conto infatti che in questa fascia di età la mammografia ha una minore efficacia, dovuta alla minore incidenza della malattia, ai limiti intrinseci del test determinati dalla maggiore densità radiologica del seno e da un più elevato tasso di carcinomi di intervallo.

Parimenti, lo stesso gruppo di lavoro si occuperà delle linee guida per l'estensione del programma alle donne dai 71 ai 74 anni, che abbiano già aderito ai precedenti passaggi di screening garantendo un prolungamento della copertura del rischio fino ai 74 anni.

Analisi dei rischi e conseguenti assunzioni.

1- Occorre tener presente che lo Screening Mammografico, non avendo personale tecnico e medico dedicato, viene effettuato dal personale delle Radiologie delle ASL, e che il suddetto personale è parametrato in ragione delle altre necessità assistenziali, tenuto conto che sino al 2009 lo Screening veniva effettuato su base volontaria e con incentivi.

La carenza di personale tecnico e medico nelle Radiologie ha reso precaria la gestione operativa sul territorio, tanto da aver causato la sospensione del programma dal 01 gennaio 2010 e soltanto da luglio 2010 è stato possibile riavviare parzialmente l'attività presso alcune Unità Operative. Peraltro l'Accordo Stato-Regione per il rientro economico impedisce di fatto perfino la gestione del *turnover del personale* (assenze per gravidanza, pensionamento, trasferimento, malattia).

2- Ad aprile 2009, un devastante terremoto ha colpito la città di L'Aquila, la provincia e in parte le ASL confinanti. Da tale data per l'intera provincia registriamo una serie problemi per la gestione degli inviti ed il riavvio delle attività.

3- Per il programma di screening della mammella, fondamentale è la costante innovazione tecnologica mediante il monitoraggio e la valutazione in continuo delle evidenze scientifiche emergenti per l'utilizzo di innovazioni tecnologiche quali RM (Risonanza Magnetica), CAD (Computer-Aided Detection) e Sonoelastografia. E' necessario pertanto il completamento del progetto di digitalizzazione delle immagini mammografiche e l'acquisizione di ecografi in sostituzione degli attuali per lo più obsoleti o insufficienti per la gestione delle attività di 2° livello.

Soluzioni proposte

1- La situazione economica impone una forte riconsiderazione delle spese e, soprattutto, dell'organizzazione regionale dello screening: come esposto nel cronoprogramma del PNP 2009. Il Comitato Regionale identificherà le Unità Operative di riferimento provinciale per l'effettuazione delle procedure interventistiche di 2° livello più complesse (biopsie stereotassiche e mammotome). Occorre inoltre *procedere ad un accorpamento delle letture dei test di 1° livello* al fine di superare le carenze del personale medico e a garanzia di una migliore affidabilità diagnostica. Ciò sarà possibile allorché saranno disponibili i RIS-PACS aziendali, che le ASL regionali hanno pianificato e che già la ASL di Teramo ha in corso di acquisizione, essendo già stata avviata la relativa gara.

2- Per alcuni comuni del territorio regionale, non ricompresi tra quelli aggregati alle 19 UU.OO. di screening, è stata prevista già per la fine del 2010 la *esternalizzazione dell'attività di screening*, mediante l'utilizzo di unità mobile per l'esecuzione degli esami di 1° livello.

3- E' in previsione il *completamento della digitalizzazione dei mammografi analogici*, ancora in dotazione presso molte UU.OO., con l'acquisizione di Workstation per la visualizzazione e refertazione delle immagini prodotte, come previsto nel progetto per le criticità di cui attualmente è disponibile la prima trince di finanziamento ed è in fase di avvio la relativa procedura di gara. Parimenti sono disponibili fondi per l'acquisto di ecografi dotati di sonoelastografia per il miglioramento degli esami di 2° livello.

Screening mammografico

3. QUADRO LOGICO

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella	Aumento della copertura di popolazione	Aum.estensione 10% al 31.12.2011 10% al 31.12.2012 Calc. secondo LEA dato part. LEA 2012	Piano di rientro Carenze personale Prevenzione individuale Innovazione tecnologica
Obiettivo specifico 1	Riattivazione dell'attività nelle Unità Operative e esternalizzazione del servizio con mezzi mobili	Aumento degli inviti	Perc. di inv. non inf. al 60% Fonte:reg. attività Dato part. Registro al 31.12.2010	Adesione donne Coinvolgimento mmg Lentezza procedure ASL
Obiettivo specifico 2	Linee guida per l'estensione del programma alle fasce di età 45-49 e 71-74 anni.	Produzione dei documenti	Approvazione formale del Comitato Tecnico	Supporto amministrativo carente
Obiettivo specifico 3	Istituzione del Registro di Patologia Regionale	Incidenza regionale tumori	Certificazione AIRTUM in 3 anni	Reperimento dei dati Carenze personale Privacy Scarsa collaborazione dei patologi
Risultati attesi	Aumento dell'estensione (non inferiore al 90%)	Valutazione della percentuale di copertura Verifica % adesione	Questionario di gradimento alle donne, agli operatori ed a mmg	Carenza di personale Carenze economiche Innovazione tecnologica
Attività	Riorganizzazione percorsi Formazione del personale Campagna di comunicazione Aggiornamento anagrafe Rendicontazione risultati	Mezzi Risorse umane e strumentali Test, Servizi e consulenze Finanziamento annuale del progetto di screening	Costi Coperti con le attuali risorse assegnate allo screening	

1) REGIONE : **ABRUZZO**

2) Titolo del Progetto: **Ridurre il rischio cardiovascolare attraverso la definizione e standardizzazione di percorsi integrati per l'ipertensione arteriosa**

3) Identificativo della Linea di intervento generale : **3.2.1**

4) Numero identificativo del progetto all'interno del Piano Operativo Regionale: **3.2.1.1**

5) Breve descrizione dell'intervento programmato:

L'ipertensione arteriosa è una patologia che colpisce nel mondo circa 1,5 miliardi di individui, di cui il 47% esposta a cardiopatia ischemica e il 54% a ictus cerebrale con un costo di vite umane annuale del 13%. Sono questi i dati allarmanti resi noti dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms).

È una condizione quasi completamente asintomatica, che nel mondo anglosassone ha portato alla definizione di "silent killer".

Il suo riconoscimento è legato, infatti, non tanto ad una richiesta di intervento medico da parte del paziente per la presenza di disturbi, ma di solito ad un controllo occasionale che viene effettuato dal medico, dal paziente stesso, o da altro personale sanitario o parasanitario. È quindi importante che vi sia una cultura medica ed un'educazione sanitaria orientate verso un controllo periodico della pressione arteriosa in tutta la popolazione.

Una raccomandazione di questo tipo è ancora più necessaria alla luce dei dati epidemiologici a disposizione che evidenziano una realtà assai sconcertante: anche nei paesi più sviluppati per le condizioni socio-sanitarie si stima che solo poco più di un terzo del totale dei soggetti ipertesi viene correttamente diagnosticato come tale e trattato in maniera idonea. Tutto questo avviene nonostante la diagnosi di ipertensione arteriosa sia obiettivamente fra le più semplici da effettuare in medicina; perciò è soltanto la mancanza di un piano di controlli regolari che determina questa mancata diagnosi nella maggior parte della popolazione.

Nella rivista *Annals of Internal Medicine* del 2007 è pubblicata un'interessante dichiarazione di una *Task Force* dei servizi di prevenzione degli Stati Uniti, le cui argomentazioni a prima vista possono risultare scontate, ma la necessità di una riconferma ed un richiamo ad un corretto riconoscimento ed inquadramento dei pazienti con ipertensione arteriosa è oggi quanto mai necessaria ed opportuna. La dichiarazione riafferma la raccomandazione per uno screening regolare dell'ipertensione arteriosa nella popolazione giovane, adulta e anziana, sottolineandone gli enormi vantaggi nella prevenzione di eventi patologici gravi, come ictus, sindromi coronariche acute, insufficienza renale e morte prematura; ne delinea, inoltre, le corrette modalità e tempi di attuazione. La diagnosi certa di ipertensione arteriosa va fatta solo dopo il riscontro di almeno due o più rilievi di pressione arteriosa sistolica uguale o superiore a 140 mmHg e/o di diastolica uguale o superiore a 90 mmHg in almeno due differenti visite in uno o più settimane. Si raccomanda un controllo almeno ogni due anni in soggetti con pressione di 120/80 mmHg o inferiore ed ogni anno in quelli con pressione compresa tra 120 e 139 mmHg di sistolica e 80-90 mmHg di diastolica. La raccomandazione di uno screening dell'elevata pressione arteriosa in tutti i soggetti di età superiore a 18 anni viene definita dalla *Task Force* una raccomandazione di grado A (poiché esiste la certezza di un suo certo e significativo beneficio in assenza di rischi o danno potenziale), con un elevato livello di evidenza (molti studi ben disegnati e ben condotti riportano infatti l'alto grado di beneficio nella prevenzione primaria di malattia vascolare nella popolazione generale). Viene riaffermato che il trattamento, sia farmacologico che non farmacologico (restrizione di sodio nella dieta, supplementazione di potassio, incremento dell'attività fisica, perdita di peso, riduzione dello stress, diminuzione dell'assunzione di alcolici, se in eccesso) è efficace non soltanto nel ridurre i valori di pressione arteriosa ma anche nel ridurre sensibilmente il profilo di rischio cardiovascolare e cerebrovascolare. Inoltre, quando indicata, deve essere presa in considerazione la prescrizione di aspirina nei soggetti ipertesi con rischio cardiovascolare elevato.

L'attuazione del progetto mirerà a migliorare l'intervento di ogni operatore sanitario nel rapporto con la persona che assiste teso a ridurre il rischio cardiovascolare. La prevenzione individuale si baserà soprattutto nella diffusione più ampia possibile della misurazione della P.A. volta a recuperare segmenti

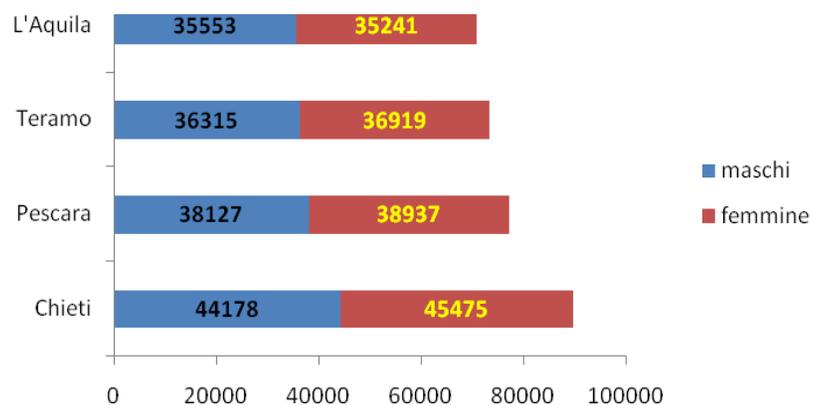
di popolazione che ancora sfuggono ad una diagnosi precoce di ipertensione arteriosa e al loro trattamento efficace attraverso percorsi integrati realizzabili sul territorio.

Il target al quale sarà indirizzata l'azione progettuale è costituito dalla popolazione abruzzese di età compresa fra 35 e 49 anni di entrambi i sessi (al 1° Gennaio 2010: **310.745**)

Considerata l'esistenza di un'ampia letteratura riportata nella tabella dell'evidence, che considera fortemente raccomandata la collaborazione delle farmacie del territorio con il Medico di Medicina Generale per implementare il management dell'ipertensione arteriosa, il progetto si baserà soprattutto sulla collaborazione dei farmacisti per promuovere una diagnosi precoce di ipertensione arteriosa e del trattamento adeguato attraverso l'inserimento de paziente in un percorso integrato e per collaborare nell'attuazione di pratiche di counselling che possano orientare e promuovere nell'assistito la scelta dei comportamenti più adatti per favorire un adeguato controllo dei parametri pressori.

Inoltre saranno attivate procedure simili di collaborazione con i Medici Competenti, considerato che la popolazione target rientra pienamente nella fascia produttiva e quindi facilmente reperibile nei posti di lavoro.

Popolazione abruzzese compresa fra 35 e 49 anni al 1° Gennaio 2010 (ISTAT)



Dai dati Istat dell'anno 2007 relativi alla mortalità per malattie del sistema circolatorio si evince chiaramente che nel nostro paese le malattie del sistema circolatorio rappresentano ancora la principale causa di morte, essendo responsabili del 39,1% di tutti i decessi. In particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 33,4% di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 27,4%, dopo i tumori.

Gli stessi dati dell'anno 2007 mostrano come in Abruzzo la mortalità per le malattie del sistema circolatorio sia superiore al dato nazionale rappresentando il 41,4% di tutti i decessi pari ad un numero di morti di 5654 persone. (tabella 2)

Tab. 2 - Mortalità per MCV (Istat Anno 2007)

Malattia	n. decessi /anno M + F		n.decessi/anno Maschi		n.decessi/anno Femmine		% sul totale dei decessi		totale dei decessi	
	ABRUZZO	ITALIA	ABRUZZO	ITALIA	ABRUZZO	ITALIA	ABRUZZO	ITALIA	ABRUZZO	ITALIA
Malattie del sist.circolatorio	5.654	224.311	2.527	97.366	3.127	126.945	41,4	39,1	13.655	572.881
Malattie ischemiche del cuore	1.856	75.119	968	37.712	888	37.407	32,8	33,4		
Malattie cerebrovascolari	1.562	61.577	650	24.135	912	37.442	27,6	27,4		

I principali fattori di rischio che agiscono nella genesi delle malattie cardiovascolari, ben noti ormai secondo l'evidenza scientifica, vengono riportati nella tabella che segue del WHO.

Sette principali fattori di rischio sono responsabili di circa il 70% dei decessi



Come si evince dalla tabella, l'ipertensione arteriosa occupa il primo posto tra i fattori di rischio coinvolti nella genesi delle malattie cardiovascolari e a tal proposito i dati forniti dal sistema PASSI (2008) per l'Abruzzo e inerenti la popolazione ci indicano che:

IPERTENSIONE

In Abruzzo l'81% degli intervistati di età compresa tra 35 e 49 anni (PASSI 2008) riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa (PA) negli ultimi 2 anni e tra questi il 13,9 % riferisce di aver avuto la diagnosi di ipertensione arteriosa.

Considerando invece la popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni la prevalenza dei soggetti con diagnosi di ipertensione arteriosa cresce al 21% ,e di questi:

- il 76% è in trattamento farmacologico;
- il 90% ha ricevuto dal proprio medico il consiglio di ridurre il sale nella dieta;
- l'80% ha ricevuto dal proprio medico il consiglio di tenere il peso sotto controllo;
- l'81% ha ricevuto dal proprio medico il consiglio di svolgere un'attività fisica regolare

L'ipertensione arteriosa, inoltre, risulta essere maggiormente diffusa al crescere dell'età (40% nella fascia 50-69aa), ed è analogamente più estesa sia nelle persone di livello d'istruzione molto basso, sia nelle persone con difficoltà economiche e sia nelle persone in eccesso ponderale.

Nella sottostante tabella sono riportati i dati relativi alla prevalenza di ipertesi in Abruzzo secondo L'ISTAT (2005), il PSR Abruzzo 2008-2010 e lo studio PASSI (2008). Le cifre riportate mostrano per l'ipertensione arteriosa un trend sicuramente in aumento.

Quanti sono gli **ipertesi** in Abruzzo – PA sistolica \geq 160 mmHg o PA diastolica \geq 95 mmHg o in terapia

Fonte	Popolazione di riferimento	% stima	n. stimato
ISTAT (2005)	Popolazione generale	12,8%	166.000
PSR Abruzzo 2008-2010	Popolazione generale	oltre 16%	oltre 200.000
PASSI 2008	Campione su popolazione 18-69 aa	21%	--
PASSI 2008	Campione su popolazione 35-49 aa	13,9%	--

DESTINATARI

- Popolazione di età compresa tra 35 e 49 anni di entrambi i sessi.

DESTINATARI INTERMEDI: Medici di Medicina Generale, Medici Competenti del territorio e Farmacisti.

OBIETTIVI

- Diagnosticare precocemente casi di ipertensione arteriosa e fornire un trattamento efficace attraverso percorsi integrati realizzabili sul territorio, nella popolazione di età compresa tra 35 e 49 anni di entrambi i sessi.
- Stima, per i pazienti a rischio individuati, del valore della P.A. e successivo trattamento farmacologico e/o non farmacologico dei fattori di rischio attraverso pratiche di counselling.
- Prevenire l'adozione di comportamenti a rischio per quanto concerne la patologia ipertensiva arteriosa.
- Incrementare pratiche di management dell'ipertensione.

Obiettivi Specifici

- Fornire informazioni e conoscenze corrette sugli stili di vita a rischio per la patologia ipertensiva e per il rischio cardiovascolare .
- Rafforzamento delle abilità e delle competenze necessarie, in relazione alla patologia ipertensiva, per favorire l'adozione di stili di vita non a rischio per lo sviluppo di patologie cardiovascolari

METODO E STRUMENTI

Il progetto, unitamente ad un'adeguata opera di formazione/informazione svolta nei confronti dei portatori d'interesse (farmacisti, medici competenti, MMG) si propone di effettuare una comunicazione, tramite lettera "ad personam", a tutta la popolazione di età compresa tra 35 e 49 anni con l'obiettivo di incentivare il controllo dei parametri pressori.

Congiuntamente alla lettera esplicativa il soggetto destinatario riceverà un "voucher" che gli darà diritto ad una valutazione gratuita della P.A. presso una delle farmacie del territorio comunale di residenza.

Qualora il farmacista dovesse rilevare dei valori a rischio (P.A. sistolica ≥ 140 mmHg o P.A. diastolica ≥ 90 mmHg) provvederà a compilare un semplice modulo con il quale inviare il paziente al proprio medico di famiglia per gli eventuali accertamenti e le eventuali cure del caso.

Sul modulo che verrà consegnato al paziente il farmacista annoterà:

- i valori di P.A. rilevati
- l'indice di massa corporea (BMI) del soggetto
- breve anamnesi sull'abitudine al fumo
- breve anamnesi sulla familiarità della patologia ipertensiva.
- breve anamnesi sulla patologia diabetica

Contestualmente il farmacista consegnerà al paziente anche un depliant informativo contenente i principali suggerimenti riguardanti i corretti stili di vita connessi ad un miglior controllo dei valori di P.A. e contenente una sezione riservata ad un piccolo diario su cui annotare la data dei successivi controlli da effettuare nel tempo.

Parimenti anche i medici competenti del territorio, nel corso dei loro controlli ai lavoratori, qualora dovessero riscontrare parametri pressori ritenuti a rischio, provvederanno alla compilazione di un analogo modulo con cui inviare il soggetto al proprio medico di famiglia per i provvedimenti più opportuni.

Il medico di medicina generale, nel ricevere il paziente e nell'apprendere quanto riportato sul modulo, provvederà ad effettuare gli accertamenti necessari e a prescrivere le eventuali terapie considerate più idonee, unitamente a pratiche di counselling che possano orientare e promuovere nell'assistito la scelta dei comportamenti più adatti per favorire un adeguato controllo dei parametri pressori.

Il voucher che arriverà al paziente è concepito in maniera tale che una parte di esso sarà trattenuta dal farmacista a riprova dell'avvenuto controllo della P.A. in farmacia e un'altra parte invece rimarrà al paziente in modo che egli, una volta recatosi dal proprio medico e dopo avervi fatto apporre il timbro e la firma dal medico stesso, lo riconsegnerà alla farmacia.

Il MMG avrà inoltre la possibilità di inviare ad apposite unità operative situate all'interno dei reparti di Cardiologia dei P.O. del territorio regionale tutti quei pazienti che, giudicati non responder alle terapie e individuati attraverso linee guida che verranno ampiamente definite durante i corsi di formazione, siano ritenuti bisognosi di un'ulteriore integrazione del percorso diagnostico-terapeutico.

Il coordinamento regionale del progetto sarà espletato da un comitato tecnico-organizzativo che prevede la partecipazione a titolo gratuito delle seguenti figure istituzionali e professionali:

1. Dirigente del Servizio di Prevenzione Collettiva della Regione Abruzzo
2. Gli estensori del progetto
3. I Direttori dei Servizi IESP delle 4 ASL Abruzzesi
4. I responsabili regionali dei Sindacati rappresentativi dei MMG
5. Un rappresentante di Federfarma
6. Un rappresentante delle unità operative di Cardiologia per ogni ASL

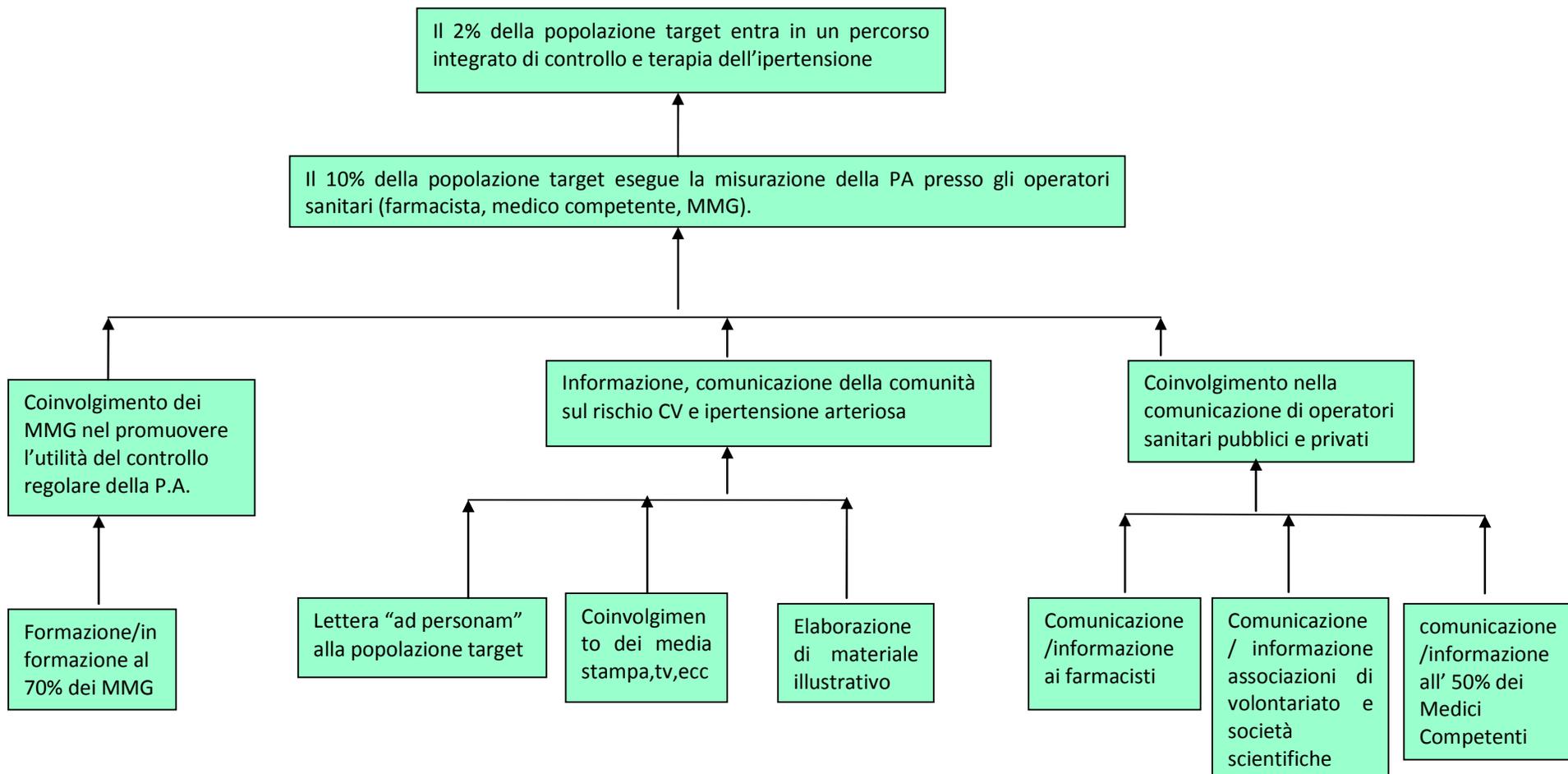
La gestione del progetto a livello di ogni singola ASL è affidata ad un comitato aziendale che prevede nella sua costituzione la partecipazione a titolo gratuito dei componenti dell'Azienda stessa presenti nel comitato tecnico-organizzativo regionale e aperto alla partecipazione (sempre a titolo gratuito) di altre figure istituzionali e professionali eventualmente nominate dal direttore generale dell'Azienda.

Il progetto è stato predisposto seguendo i dettami del Project Cycle Management (PCM) pertanto il rationale dell'intervento, gli scopi generali che esso si propone, le fasi in cui si articola, le attività di cui si compone, gli attori e gli altri eventuali portatori di interesse coinvolti nonché le eventuali criticità che potrebbero influire sulla sua realizzazione e sui suoi esiti vengono descritti facendo uso degli strumenti previsti dal PCM:

- Albero degli obiettivi,
- Modello Logico,
- Quadro Logico,
- Analisi dei Rischi con Algoritmo

di seguito riportati :

ALBERO DEGLI OBIETTIVI – RISCHIO CV e Ipertensione



ALBERO DEGLI OBIETTIVI

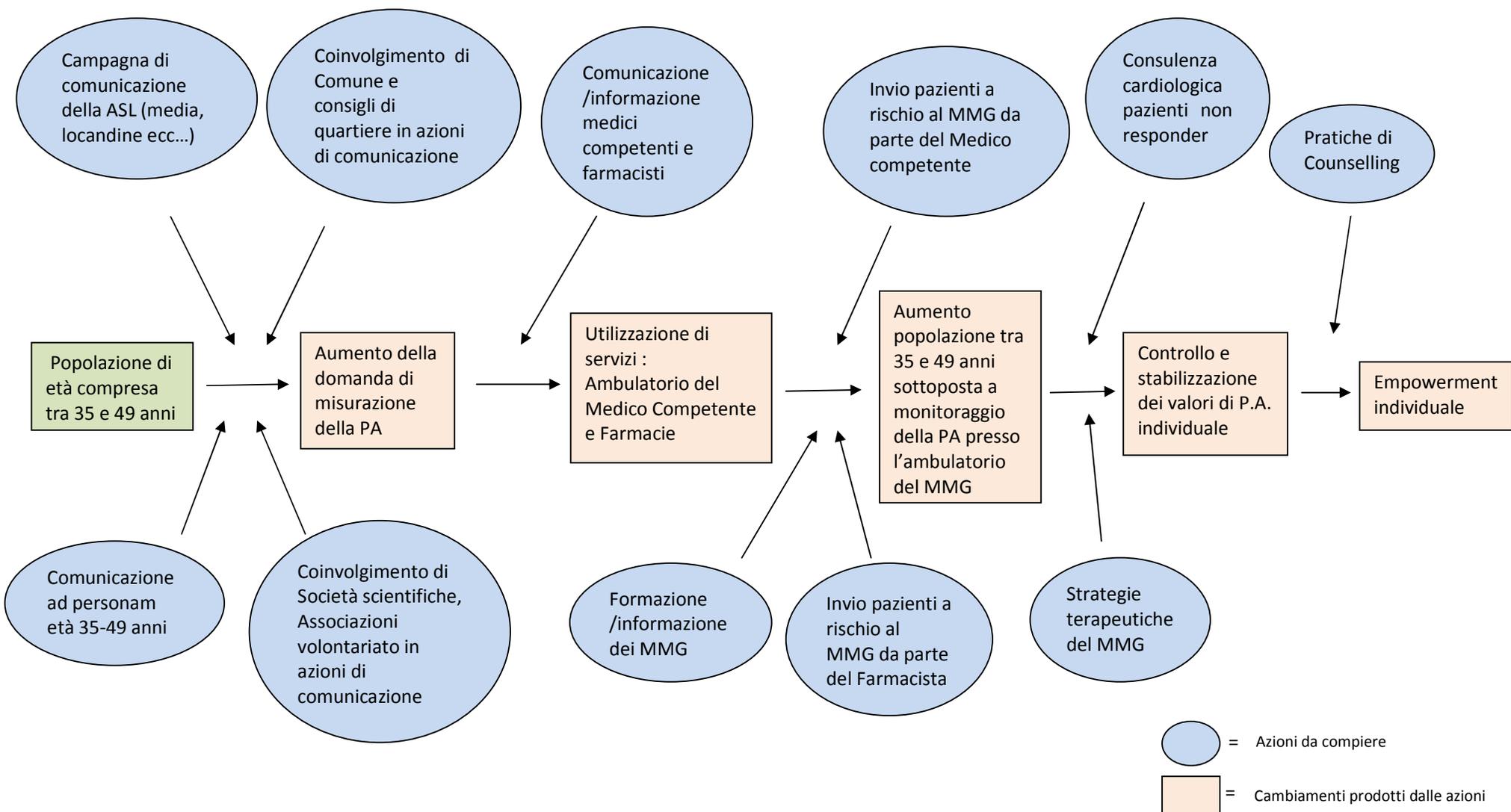
Serve a costruire LA LOGICA DELL'INTERVENTO che ci proponiamo di attuare definendo chiaramente "l'obiettivo specifico", che è in cima all'albero, e che costituisce il beneficio atteso da realizzare.

Per arrivare all'obiettivo specifico vi sono dei livelli intermedi che sono rappresentati dai "risultati attesi" i quali una volta realizzati permettono il raggiungimento dell'obiettivo specifico stesso.

Infine alla base dell'albero sono presenti le caselle che rappresentano le "attività" che è necessario svolgere per poter giungere ai risultati attesi.

La logica dell'intervento stabilita con l'albero degli obiettivi sarà disposta e utilizzata nella compilazione del QUADRO LOGICO.

Modello logico - Rischio cardiovascolare e Ipertensione



MODELLO LOGICO

E' uno schema, un'immagine che mostra sinteticamente ed efficacemente tutti i passaggi che porteranno i beneficiari del progetto ad avere il beneficio di salute atteso ovvero un "modello" che prevede tutte le tappe che portano ad un beneficio per la popolazione scelta.

Ci da la possibilità di "centrare" i beneficiari e di ricercare le prove di efficienza.

In esso la casella iniziale si identifica con la popolazione beneficiaria mentre quella finale con il beneficio che vogliamo raggiungere.

Le caselle intermedie rappresentano le tappe fondamentali ovvero i cambiamenti che si realizzano nel cammino progettuale e che sono propedeutici all'ottenimento del beneficio finale.

Nei cerchi sono indicate le azioni da mettere in atto per la realizzazione dei cambiamenti.

Tale modello serve per verificare la logica dell'intervento, per poterlo valutare e per poter comunicare con un linguaggio semplice e comprensibile con i gruppi d'interesse partecipi del progetto.

QUADRO LOGICO - RISCHIO CV e Ipertensione

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Fornire strumenti di conoscenza e di controllo della patologia ipertensiva atti ad aumentare l'empowerment individuale			
Obiettivo specifico	Il 2% della popolazione target entra in un percorso integrato di controllo e terapia dell'ipertensione entro Dicembre 2012	Popolazione sottoposta alla misurazione della P.A. e individuata come ipertesa/ popolazione generale tra 35 e 49 aa	-Report dei farmacisti e dei Medici Competenti (quadrimestrale) Passi	Collaborazione dei Farmacisti e dei Medici Competenti
Risultati attesi 1	Il 10% della popolazione target richiede agli operatori sanitari (farmacista, medico competente) la misurazione della PA.	Popolazione sottoposta alla misurazione della P.A. / popolazione generale tra 35 e 49 aa -N° Farmacie che aderiscono/ N° tot Farmacie -N° Medici Competenti che aderiscono/ N° tot. Medici Competenti	-Report dei farmacisti e dei Medici Competenti (quadrimestrale)	- Ottenimento adesioni farmacie al progetto - Ottenimento adesioni medici competenti al progetto
		MEZZI	COSTI	
Attività complessa 1.1	Ottenere il coinvolgimento dei MMG nel promuovere l'utilità del controllo regolare della P.A.	Aule, docenti, ausili didattici		
Attività semplice 1.1.1	Effettuare incontri di formazione/informazione relativa alla patologia ipertensiva e al counselling al 70% dei MMG	- aule - docenti - ausili didattici		
Attività complessa	Predisporre una campagna di comunicazione collettiva	Lettere alla popolazione target, comunicati ai mass media, depliant, locandine		

1.2				
Attività semplice 1.2.1	Spedizione di lettera "ad personam"	Servizio postale		
Attività semplice 1.2.2	Ottenere il coinvolgimento dei media, stampa, ecc.	-Comunicati stampa - Servizi televisivi		
Attività semplice 1.2.3	Elaborare materiale illustrativo/campagna di comunicazione alla popolazione	- depliant - locandine		
<u>Attività complessa</u> 1.3	Predisporre una campagna di formazione / informazione ai portatori d'interesse	Aule,docenti,ausili didattici,depliant,locandine		
Attività semplice 1.3.1	Predisporre una campagna di comunicazione /informazione ai farmacisti che aderiscono al progetto	- aule - docenti - ausili didattici - depliant - locandine		
Attività semplice 1.3.2	Predisporre una campagna di comunicazione / informazione ad associazioni di volontariato e società scientifiche	- aule - docenti - ausili didattici - depliant - locandine		
Attività semplice 1.3.3	Predisporre una campagna di comunicazione/informazione ai Medici Competenti del territorio	- aule - docenti - ausili didattici - depliant - locandine		

QUADRO LOGICO (QL)

È la base per un controllo della fattibilità del progetto. Strumento utile per gestire e supervisionare i progetti, il QL definisce le funzioni del progetto, le risorse necessarie e le responsabilità di gestione. Questi elementi sono ordinati nella prima colonna della matrice. Nella seconda e nella terza colonna, il QL fornisce il quadro rispetto al quale saranno monitorati e valutati i progressi in corso (indicatori oggettivamente verificabili e fonti di verifica).

IL QL ci fornisce una sorta di piccola linea guida su come strutturare il progetto.

Deriva sostanzialmente dall'albero degli obiettivi e illustra :

- Perché si realizza il progetto (quale beneficio e per chi)
- Che cosa si deve raggiungere con il progetto (quale utilizzazione dei servizi)
- Come il progetto raggiungerà i suoi risultati (misure realizzate)
- Quali fattori sono esterni o interni al progetto (assunzioni e rischi)
- Come valutare i progressi (indicatori)
- Dove trovare le informazioni per gli indicatori (mezzi di verifica)

Le voci riportate riguardano quindi:

L'Obiettivo Generale (OG)

- descrive l'importanza per la società in generale dei benefici di lunga durata per i gruppi beneficiari e benefici
- connette il programma alle politiche regionali/settoriali
- non sarà raggiunto dal solo e singolo progetto in questione ma richiederà l'impatto di altri programmi e progetti

L'Obiettivo Specifico (OS)

- riguarda il problema focale del progetto
- si definisce in termini di benefici che il gruppo destinatario riceve dal progetto come risultato dell'uso dei servizi forniti. E' l'obiettivo riportato in cima all'albero degli obiettivi.

I Risultati Attesi (RA)

- rappresentano i servizi che il progetto deve offrire al gruppo destinatario. Sono in pratica i livelli intermedi (risultati attesi) dell'albero degli obiettivi che permettono il raggiungimento dell'obiettivo specifico.

Le Attività

- sono le azioni che permettono il raggiungimento del risultato atteso che sottintendono ovvero i modi in cui i beni e i servizi saranno distribuiti nell'ambito del progetto. Sono in genere costituite dalla base dell'albero degli obiettivi. A fianco delle attività sono riportati i **mezzi** con cui le stesse saranno realizzate e i **costi** relativi.
- Le attività più complesse possono suddividersi in attività semplici.

Le Assunzioni (rischi)

eventi, condizioni o decisioni al di fuori del controllo del management del progetto che possono condizionarne la realizzazione.

ANALISI DEI RISCHI

Di seguito l'analisi di ogni rischio considerato nella colonna "Rischi ed assunzioni" del QL di progetto viene effettuata con l'ausilio di un algoritmo che ponendo delle semplici domande mette in condizione di adattare il progetto nel caso si verificasse un evento considerato negativo esterno al management progettuale.

Per ogni rischio viene elaborato, oltre all'algoritmo, anche un Quadro Logico "ad hoc" che permette di esaminare compiutamente i vari aspetti connessi al rischio stesso e che riporta le modifiche da apportare nel principale QL di progetto.

Analisi dei rischi o fattori esterni

**Fattore
esterno**

Collaborazione
delle farmacie

Fattore esterno: è
importante?

Si

Sarà realizzata da
"esterni" al progetto?

No

Sarà possibile
adattare il progetto?

Si

**Riduzione al 30% dei farmacisti coinvolti
Rimodellamento campagna di comunicazione
Riduzione al 4% della popolazione sottoposta alla misurazione della P.A.**

ANALISI DEI RISCHI – rischio cv e ipertensione

RISCHIO	CONSEGUENZE DEL RISCHIO	MANAGEMENT DEL RISCHIO	RESPONSABILE DEL MANAGEMENT	INDICATORI	VALORE ATTESO	FONTE DI VERIFICA
MANCATA O RIDOTTA COLLABORAZIONE DA PARTE DEI FARMACISTI	MODIFICA DEL QUADRO LOGICO NEI RISULTATI ATTESI PER RIDURRE LA PERCENTUALE DAL 10% al 4% DELLA POPOLAZIONE SOTTOPOSTA ALLA MISURAZIONE DELLA P.A.	OTTENIMENTO ADESIONI VOLONTARIE DEI FARMACISTI AL PROGETTO	DIRIGENTI ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA	N° FARMACISTI DISPONIBILI AL PROGETTO /TOTALE FARMACISTI	30% DEI FARMACISTI ADERISCONO AL PROGETTO	ADESIONI PERVENUTE AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Analisi dei rischi

**Fattore
esterno**

Collaborazione dei medici
competenti

Fattore esterno: è
importante?

Si

Sarà realizzata da
"esterni" al progetto?

No

Sarà possibile adattare il
progetto?

Si

**Riduzione numerica dei medici competenti coinvolti
Rimodellamento campagna di comunicazione
Riduzione all'8% della popolazione sottoposta alla misurazione
della P.A.**

ANALISI DEI RISCHI – rischio cv e ipertensione

RISCHIO	CONSEGUENZE DEL RISCHIO	MANAGEMENT DEL RISCHIO	RESPONSABILE DEL MANAGEMENT	INDICATORI	VALORE ATTESO	FONTE DI VERIFICA
MANCANZA O RIDUZIONE DELLA COLLABORAZIONE DEI MEDICI COMPETENTI	MODIFICA DEL QUADRO LOGICO NEI RISULTATI ATTESI PER RIDURRE LA PERCENTUALE DAL 10% ALL'8 % DELLA POPOLAZIONE SOTTOPOSTA ALLA MISURAZIONE DELLA P.A	OTTENIMENTO ADESIONI VOLONTARIE DEI MEDICI COMPETENTI	DIRIGENTI ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA	N° MEDICI COMPETENTI DISPONIBILI AL PROGETTO/TOTALE MEDICI COMPETENTI	20% DEI MEDICI COMPETENTI ADERISCONO AL PROGETTO	ADESIONI PERVENUTE AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

6) Beneficiari: Popolazione di età compresa tra 35 e 49 anni di entrambi i sessi per diagnosticare precocemente i casi di ipertensione arteriosa e fornire un trattamento efficace attraverso percorsi integrati realizzabili sul territorio.

7) Obiettivi di Processo:

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
N° farmacie che aderiscono/ N° tot farmacie	Registro delle attività	0				
			50%		60%	
N° Medici Competenti che aderiscono /N° tot Medici Competenti	-Registro delle attività	0	30%		50%	
Popolazione 35/49 anni sottoposta alla misurazione della P.A./ popolazione generale tra 35 e 49 aa	Report farmacie e medici competenti	0	3%		10%	

Evidence sul progetto "Ipertensione "

Componente di intervento o cambiamento	evidence a favore della/e componente/i del vostro intervento	raccomandazioni a favore della componente di intervento	Sito, titolo e riferimento bibliografico	motore di ricerca e parole chiave
Comunicazione e marketing sociale	L'articolo tratta della possibilità di uso del marketing sociale, oltre che nella promozione di stili di vita salutari, anche nella promozione dell'uso di servizi o di modifiche delle politiche per la salute.	Raccomandazione sufficiente	Titolo articolo: Marketing social marketing: getting inside those "big dogs'heads" and other challenges Autori: Marshall R J et Al. Health Promot Pract. 2006 Apr; 7(2):206-12	Motore: PubMed Parole: social marketing public health
Coinvolgimento delle farmacie	L'articolo illustra uno studio pilota australiano in fase di attuazione che, prevede il coinvolgimento dei farmacisti nella implementazione di strategie di prevenzione primaria del Rischio CV	Lo studio si fonda su presupposti credibili e affidabili. Raccomandazione sufficiente	Titolo articolo: Engaging community pharmacists in the primary prevention of cardiovascular disease..... Autori: Mc Namara K P et Al. BMC Health Serv Res 2010 Sep 7; 10(1):264 (in corso di stampa)	Motore: PubMed Parole: Community programs for preventions of cardiovascular disease
Coinvolgimento delle farmacie	Il trial randomizzato-controllato pesa l'utilità della cooperazione farmacista-medico nel management del paziente iperteso	Robuste prove di evidenza. Raccomandazione forte.	Titolo articolo: Physician-pharmacist cooperation program for blood pressure control in patients with hypertension: a randomized-controlled trial. Autori: <u>Tobari H, Arimoto T, Shimojo N, Yuhara K, Noda H, Yamagishi K, Iso H.</u> <u>Am J Hypertens.</u> 2010Oct;23(10):1144-52. Epub 2010 Jul 8.	Motore: PubMed Parole: Hypertension and pharmacist
Coinvolgimento delle farmacie	L'articolo mette in evidenza l'utilità della cooperazione farmacista-medico nel management del paziente iperteso	Raccomandazione sufficiente	Titolo articolo: <u>Pharmacist-Physician Comanagement of Hypertension and Reduction in 24-Hour Ambulatory Blood Pressures</u> Autori: Weber CA, Ernst ME, Sezate GS, Zheng S, Carter BL. Arch Intern Med. 2010 Oct 11;170(18):1634-9	Motore: PubMed Parole: Hypertension and pharmacist
Coinvolgimento di organizzazioni sociali di rappresentanza e scientifiche	La guida contiene indicazioni e raccomandazioni per un efficace coinvolgimento della comunità e delle sue componenti nella organizzazione e gestione di programmi di miglioramento della salute pubblica .	Robuste prove di evidenza. Raccomandazione forte.	Sito: www.nhs.uk Titolo della Linea Guida: "Community engagement to improve health"	-Google -Community engagement

Piano Regionale della Prevenzione - DIABETE

- 1) REGIONE : **ABRUZZO**
- 2) Titolo del Progetto: **"IGEA" Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete.**
- 3) Identificativo della Linea di intervento generale : **3.3 - Diabete**
- 4) Numero identificativo del progetto : **3.3.1**
- 5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Il Diabete Mellito è una malattia di grande rilievo sociale ed esercita un notevole impatto sulla salute pubblica per l'entità della sua diffusione e la gravità delle sue complicanze; la frequenza aumenta con l'età e le classi più disagiate, con basso livello d'istruzione, sono le più colpite. Ha una chiara tendenza in tutti i paesi industrializzati ad un aumento sia dell'incidenza sia della prevalenza.

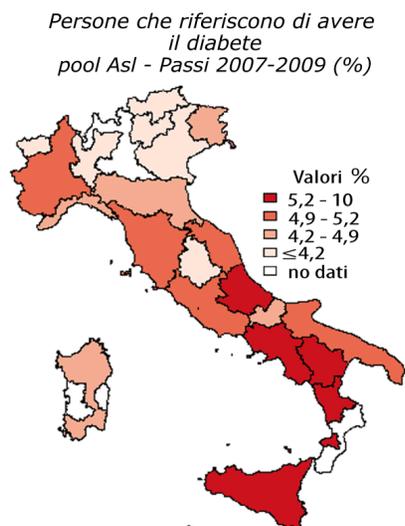
Sulla popolazione mondiale adulta 20-79 anni (stimata intorno ai 3,4 miliardi) la prevalenza del Diabete è stimata intorno al 5,2%: le persone con diabete si aggirerebbero intorno ai 177 milioni, e si prevede che aumenteranno fino a 333 milioni nel 2025 (6,3% della popolazione mondiale), con un incremento del 24%. L'accresciuta prevalenza nel mondo del diabete tipo 2, soprattutto legata all'aumento del benessere ed allo stile di vita, ha portato l'OMS a parlare di vera e propria "epidemia".

Le complicanze micro e macrovascolari a carico di numerosi organi ed apparati fanno del diabete la causa principale di amputazioni non traumatiche, infarto, ictus, cecità, disturbi della vista e dialisi.

Gli studi DCCT e UKPDS hanno dimostrato che le complicanze del diabete sono prevenibili, o quantomeno è possibile ridurne l'incidenza e soprattutto la gravità, attraverso un programma d'interventi che comprende la diagnosi precoce (la malattia ha un periodo di evoluzione alla fase clinica di circa 7 anni), il trattamento tempestivo, lo stretto controllo del compenso metabolico e dei parametri di rischio cardiovascolare associati. Per ottenere tutto questo è necessaria una forte integrazione tra i diversi punti di assistenza (MMG, Centri di diabetologia, ambulatori specialistici, ospedale) raggiungibile soltanto attraverso una definizione organizzativa istituzionalizzata delle attività e dei ruoli dei Servizi di Diabetologia e della Medicina Generale.

La Regione Abruzzo presenta caratteristiche geografiche, demografiche, sociali, economiche che impattano negativamente sulla malattia diabetica. In particolare, si caratterizza per una percentuale relativamente alta di anziani (le persone di età > 64 anni sono circa il 21.2% della popolazione generale), con valori particolarmente alti nel territorio interno, e un percentuale elevata, rispetto alla media nazionale, di famiglie formate da un solo componente di età > 60 anni (prevalentemente donne). Inoltre, le zone collinari e montane si caratterizzano per la presenza di nuclei abitativi isolati e/o a bassa densità abitativa, con spopolamento della popolazione giovane.

Il principale fattore di rischio del diabete è rappresentato dall'obesità. Dallo studio PASSI 2007 si ricava che complessivamente il 48% della popolazione abruzzese presenta un eccesso ponderale (43% in Italia) e di questi almeno



il 35% è sedentario. In Abruzzo pertanto l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante, tanto più che fra le persone in "sovrappeso" emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al peso. I diabetici assistiti nella regione sono attualmente circa 55.600 (esenti ticket), pari al 4,5% circa della popolazione residente al 2009. Questi dati concordano con quanto rilevato dall'ISTAT in indagini eseguite nel 2004, nel 2005 e nel 2008 nelle quali rispettivamente il 4,8%, il 4,7% e il 5% delle persone intervistate in Abruzzo ha dichiarato di essere malato di diabete (vs. il 4,5%, il 4,6% e il 4,8% nazionale).

Nel pool di AUSL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI nella regione, in riferimento al periodo 2007 – 2009, circa 5,6 persone ogni 100 di età compresa tra 18 e 69 anni hanno dichiarato di avere il diabete.

I tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per diabete mellito (diagnosi principale e secondaria) nel 2005 e nel 2006 erano costantemente al di sopra della media nazionale, sia per i ricoveri in regime ordinario (94,26 dimissioni per 10.000 nel 2005 vs. 72,18; 91,08 dimissioni per 10.000 nel 2006 vs. 71,02) sia per quelli in regime di day hospital (26,62 dimissioni per 10.000 vs. 20,03 nel 2005; 24,55 dimissioni per 10.000 vs. 19,61 nel 2006), con valori costantemente superiori per gli uomini rispetto alle donne.

Nel rapporto SDO 2008 del Ministero della Salute, l'indicatore proxy espresso come tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze è pari, per la regione, a 26,53 su 100.000 (ricoveri per diabete con complicanze - ICD 9 CM 250.4 e 250.9 - vs. 41,55 nazionale, che risente però del contributo di Regioni che raggiungono valori fino al 78 x 100.000); il tasso di ospedalizzazione per amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici è pari a 15,48 su 100.000 ab (vs. 13,08x 100.000 nazionale).

I dati si presentano migliori di molte Regioni del Sud ma peggiori nel complesso rispetto alle Regioni del Nord, fatte alcune eccezioni, e confermano la necessità d'intervenire migliorando l'assistenza territoriale del diabete anche nella nostra Regione, attraverso la promozione di azioni che coinvolgano Medici di Medicina Generale, CD (Centri di Diabetologia) e pazienti.

Nel corso del 2004, l'Istituto Superiore di Sanità ha coordinato lo studio epidemiologico QUADRI (Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane), con l'obiettivo di fornire un'immagine della qualità e delle modalità dell'assistenza usando il punto di vista delle persone con diabete. .

Il campione è stato estratto dalla popolazione italiana di età compresa fra i 18 e i 64 anni con esenzione dal ticket per diabete: è proprio in questa età, infatti, che una prevenzione precoce e il trattamento delle complicanze appare particolarmente importante. I risultati dello studio hanno mostrato che soltanto poco più della metà dei malati era inserita in un percorso assistenziale, e, in più della metà, non vi era alcun contenimento dei fattori di rischio: in altri termini, il sistema sanitario non era in grado di offrire una qualificata assistenza.

Il Rapporto ISTISAN 09/35 riporta uno studio sulla gestione integrata del diabete¹ che riconferma quanto già emerso dallo Studio Quadri in merito alla necessità di importanti modifiche nell'assistenza alle persone con diabete nel nostro Paese. I risultati dell'indagine qualitativa con *focus group* delineano le caratteristiche di un modello di assistenza "ideale", che risponda alle aspettative delle persone. Fra gli aspetti più citati ci sono l'efficienza del sistema, la tempestività della diagnosi e delle prestazioni, l'accessibilità economica e geografica, la competenza dei professionisti, la presa in carico della persona in una visione sistemica e con modalità comunicative e relazionali adeguate. I bisogni informativi riguardano sia i diversi aspetti della malattia sia i vantaggi e gli svantaggi attesi dal nuovo modello, consentendo così alle persone di fare una scelta informata.

In Abruzzo operano 15 Centri di diabetologia che, a vario livello, hanno avviato il cambiamento organizzativo dell'assistenza; in alcune realtà si stanno portando avanti con successo iniziative per la gestione integrata del diabete, con rapporti di collaborazione con i MMG, protocolli di cura concordati, registro di patologia, cartella informatica. L'alto numero di visite mediche erogate dai CD (oltre 90.000, come emerge dai report), se da una parte mostra l'impegno e le grandi energie devolute all'assistenza da parte degli operatori, dall'altra motiva la necessità di continuare il percorso già iniziato col precedente piano della prevenzione, regolamentando a pieno i rapporti con i MMG, standardizzando i piani di assistenza e migliorando il sistema informativo, al fine di poter

scindere - integrandole - le attività di primo livello (affidate ai MMG) da quelle di secondo livello (affidate ai CD). Ne deriverebbero una riduzione del carico di lavoro improprio dei CD, una migliore sorveglianza sulle complicanze e una maggiore possibilità di diagnosi precoce di malattia.

Dati italiani dimostrano che la sinergia tra l'assistenza specialistica dei Servizi di Diabetologia e la Medicina Generale riduce del 65% i ricoveri ospedalieri del paziente diabetico², triplica la probabilità che il paziente sia seguito secondo linee guida³ e riduce significativamente la mortalità cardiovascolare⁴.

Nella riorganizzazione dell'assistenza non possono essere perse di vista le caratteristiche socio-demografiche delle aree collinari e montane interne (peraltro pesantemente colpite dal sisma del 6 aprile 2009), di cui è necessario tenere conto nell'elaborazione dei piani diagnostico – terapeutico - assistenziali (PDTA) previsti da linee guida nazionali condivise fra MMG e Centri di Diabetologia, in grado di produrre miglioramento nella qualità dell'assistenza in termini di efficacia ed efficienza. Da questo punto di vista, è indispensabile il ruolo svolto dal care manager nell'assicurare il monitoraggio delle attività erogate al singolo paziente, delle attività volte a favorire una comunicazione efficace ed un coordinamento fra i diversi attori (medici ed altri professionisti). Il care manager, in considerazione dell'attuale organizzazione del Servizio Sanitario Regionale, trova collocazione ideale all'interno del Centro Diabetologico territoriale, pur operando in stretto rapporto con i distretti, al fine di garantire la necessaria continuità assistenziale.

BENEFICIARI

- Popolazione affetta da diabete tipo 2 .

DESTINATARI INTERMEDI: Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti Diabetologi ed altri Specialisti, Dietiste, infermieri, Operatori Sociali (care manager).

OBIETTIVI

- Popolazione generale più informata sulla malattia diabetica e sui suoi principali fattori di rischio, che si tradurrà in un aumento di richiesta dei servizi, favorendo la diagnosi precoce della malattia e la prevenzione delle complicanze, causate dal perdurare dei fattori di rischio e da una diagnosi tardiva
- Incremento dell'adesione dei pazienti a percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali codificati da linee guida nazionali (attraverso un intervento attivo dei MMG, Diabetologi, Medici Specialisti, Care Manager, operatori dei Distretti e del Dipartimento di Prevenzione), resi più consapevoli, perché formati, della necessità di un approccio integrato alla gestione del diabete tipo 2 che migliora la qualità dell'assistenza, migliora i tempi della prima diagnosi (diagnosi precoce), rende i pazienti più informati e consapevoli.
- Rafforzamento nel paziente diabetico delle abilità e delle competenze necessarie per l'adozione di stili di vita salutari, unitamente all'acquisizione di conoscenze che favoriscono l'autogestione del gruppo dei beneficiari (pazienti diabetici) (empowerment ed educazione terapeutica)
- Contenimento delle complicanze diabetiche

2 Giorda, Diabetic Medicine, 2006

3 Gnani, Diabetes Care, 2009

4 Zoppini G, Verlato G, Bonora E, Muggeo M. Attending the diabetes center is associated with reduced cardiovascular mortality in type 2 diabetic patients : the Verona Diabetes Study. Diabetes Metb Res Rev, 1999; May-Jun 15(3):170-4

METODI E STRUMENTI

Con il precedente Piano Regionale della Prevenzione 2007-2009 era stato già avviato un percorso in direzione dell'assistenza integrata dei pazienti diabetici, che ha visto realizzati:

- la formazione di circa 300 operatori sanitari sulle linee guida del progetto IGEA (MMG, Diabetologi, Specialisti e altri Operatori coinvolti nel percorso assistenziale, con il supporto dell'ISS, e il coinvolgimento delle Società Scientifiche e dei Sindacati medici),
- l'informatizzazione, a diverso livello, dei 15 Centri di Diabetologia,
- l'implementazione dell'informatizzazione dei MMG,
- l'introduzione di metodi valutativi dell'attività assistenziale,
- alcune esperienze, in aree territoriali limitate, prestazioni per la cura del paziente diabetico rese in forma integrata.

Tuttavia, nonostante la numerosità delle azioni, l'assistenza integrata per il malato diabetico non è decollata in tutta la Regione in modo omogeneo.

Il progetto ha come obiettivo specifico quello di contenere le complicanze dovute al Diabete di tipo 2 nell'ambito dell'obiettivo generale di miglioramento della qualità dell'assistenza diabetica .

Il Progetto attiverà le seguenti fasi:

Costituzione di un gruppo regionale di coordinamento costituito dai vari rappresentanti degli attori coinvolti (Direzione Regionale Politiche della Salute – Servizio Prevenzione Collettiva, diabetologi, MMG, Medici del territorio, figure sanitarie non mediche coinvolte, rappresentanti delle società scientifiche, delle associazioni dei parenti e dei pazienti), col fine di elaborare un documento sui percorsi diagnostico, terapeutici, assistenziali (PDTA) di recepimento delle Linee Guida Igea e del documento AMD, SID e FIMG (che rappresentano un metodo di lavoro sistemico ed integrato, finalizzato al miglioramento della qualità dell'assistenza) e proporre l'adozione.

Proposta d' inserimento di una norma contrattuale con il supporto dei sindacati medici, al fine di facilitare l' adesione dei MMG;

Diffusione d' informazioni sui fattori di rischio della malattia diabetica con ampia partecipazione anche dei gruppi d' interesse (Società scientifiche, Associazioni di volontariato) che comporta aumentata richiesta dei servizi, che favorisce la diagnosi precoce della malattia diabetica e la prevenzione o la minore gravità delle complicanze diabetiche;

Formazione interattiva fra MMG, Diabetologi ed altri operatori non medici sui PDTA diabetici. La formazione dovrebbe essere svolta in ogni realtà locale, i diabetologi del Centro diabetologico di riferimento dovranno coordinare e sostenere l'azione formativa dei MMG. L'obiettivo principale è l'appropriatezza, considerato che essa è in grado d' incidere anche sull'economicità, cioè sull'uso adeguato di risorse. L'applicazione del PDTA è rappresentata da profili di cura diversificati a seconda delle caratteristiche e delle esigenze assistenziali dei pazienti, da tradurre in piani di cura personalizzati. La diversificazione delle funzioni implica profili di cura condivisi tra i diversi attori coinvolti;

Realizzazione in ogni realtà locale di un PDTA in diabetologia con il coinvolgimento delle direzioni Sanitarie ospedaliere e dei distretti.

Educazione Terapeutica , Empowerment del paziente diabetico al fine di acquistare abilità per l' autogestione della malattia.

Implementazione della comunicazione interna tra gli operatori coinvolti, inclusi contatti telefonici, mail e riunioni periodiche.

Formazione di Care manager (operatore sanitario non medico) che si colloca nel Centro Diabetologico, assumendo funzioni sia di coordinamento e monitoraggio delle prestazioni erogate al singolo paziente, sia di facilitazione di una comunicazione efficace e del coordinamento fra gli attori coinvolti.

La presa in carico della persona : l'accettazione e la capacità del MMG e/o del team specialistico dell'assistenza alla persona con diabete.

Si concretizza attraverso:

- il coinvolgimento attivo della persona
- la definizione del programma terapeutico
- la programmazione del monitoraggio della malattia (appuntamento per gli esami e visite).

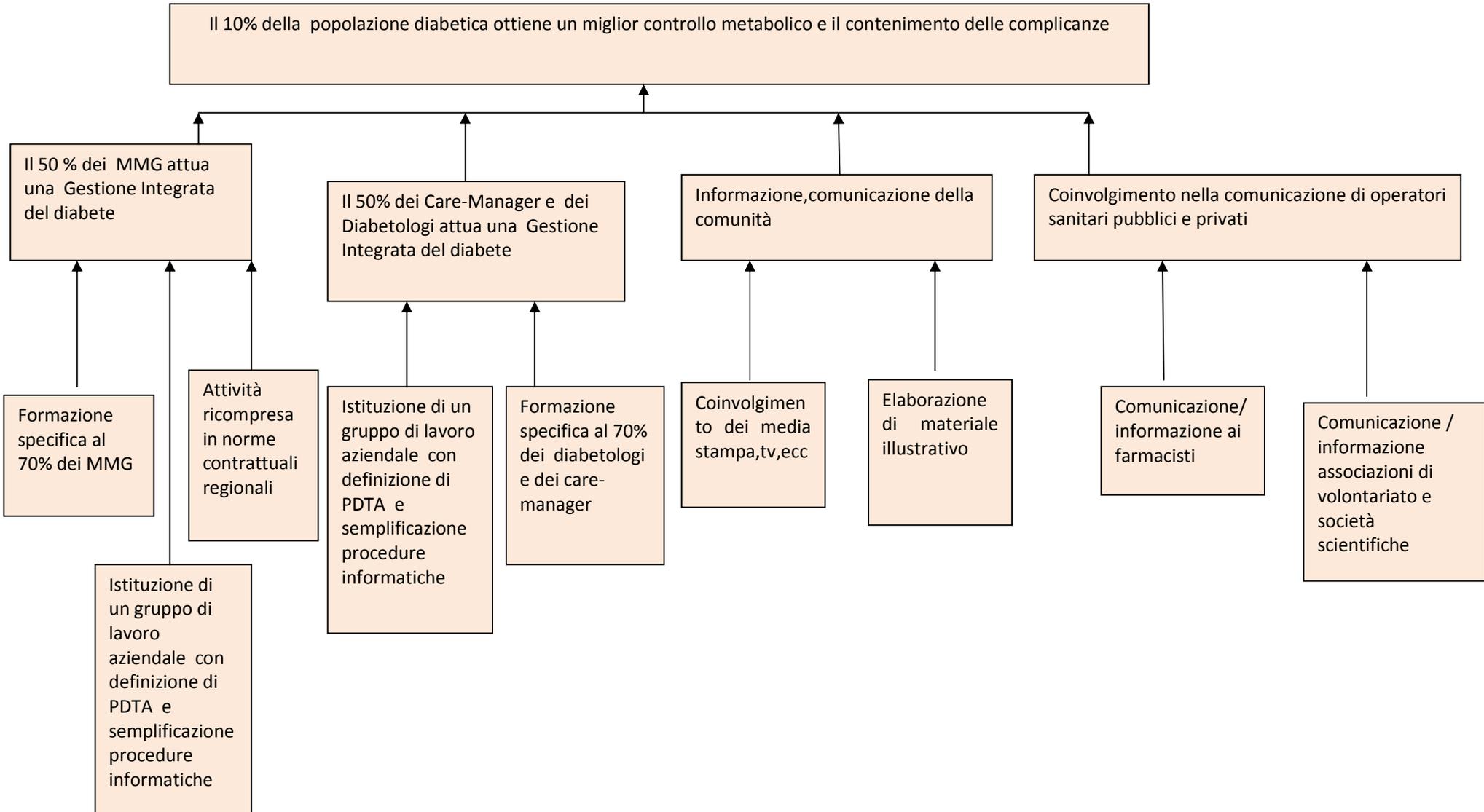
Miglioramento del sistema informativo

Il progetto "IGEA che si pone l'obiettivo di contenere le complicanze diabetiche con un modello di assistenza al malato diabetico caratterizzato da una forte integrazione tra i diversi punti di assistenza (MMG, Centri di diabetologia, ambulatori specialistici, ospedale) è stato predisposto seguendo i dettami del Project Cycle Management (PCM) pertanto il rationale dell'intervento , gli scopi generali che esso si propone, le fasi in cui si articola, le attività di cui si compone, gli attori e gli altri eventuali portatori di interesse coinvolti nonché le eventuali criticità che potrebbero influire sulla sua realizzazione e sui suoi esiti vengono descritti facendo uso degli strumenti previsti dal PCM:

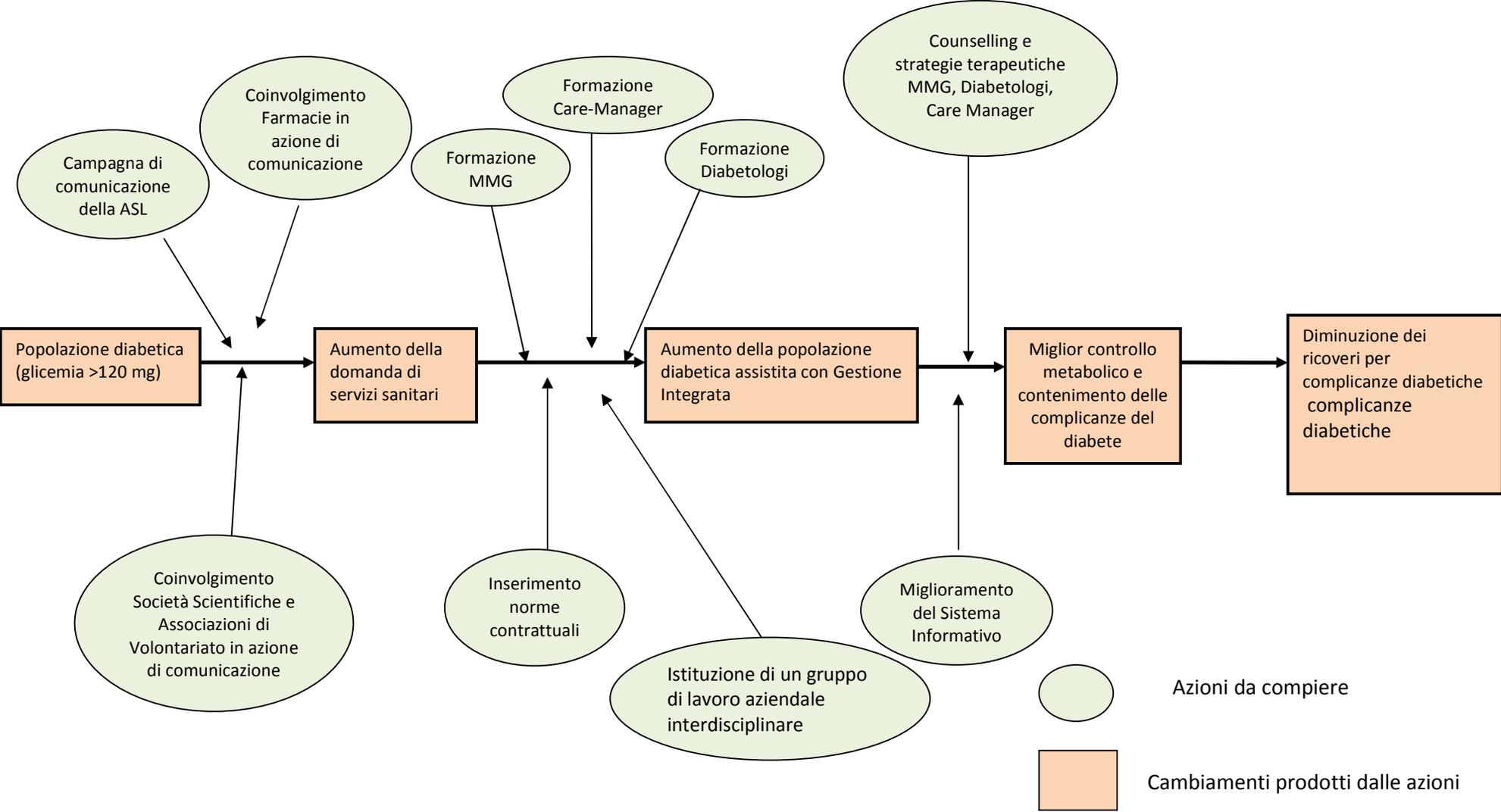
- Albero degli obiettivi,
- Modello Logico,
- Quadro Logico,
- Analisi dei Rischi con Algoritmo

(di seguito riportati):

ALBERO DEGLI OBIETTIVI



MODELLO LOGICO DELLA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE DIABETICO



QUADRO LOGICO

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Contenere le complicanze dovute al diabete attraverso la predisposizione di protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete			
Obiettivo specifico	Il 10 % della popolazione diabetica ottiene un miglior controllo metabolico e il contenimento delle complicanze entro Dicembre 2012	Popolazione diabetica che ottiene miglior controllo metabolico/tot. popolazione diabetica	-Report dei centri diabetologici	
Risultati attesi 1	Il 50 % dei MMG attua una Gestione Integrata del diabete	- N° tot MMG che aderiscono/N° tot. MMG -N° tot MMG attivati/N° MMG formati	-Registro delle attività	
Risultati attesi 2	Il 50% dei Care-Manager e dei Diabetologi attua una Gestione Integrata del diabete	N° tot diabetologi che aderiscono/N° tot. diabetologi -N° tot diabetologi attivati/N° diabetologi formati N° tot care-manager che aderiscono/N° tot. care-manager -N° tot care-manager attivati/N° care-manager formati	-Registro delle attività	
Risultati attesi 3	Informazione, comunicazione della comunità	N° persone che conoscono l'emoglobina glicosilata/ N° totale intervistati	Passi	
Risultati attesi 4	Coinvolgimento nella comunicazione di operatori sanitari pubblici e privati	N° portatori d'interesse coinvolti/N° di portatori d'interesse contattati	Registro delle attività	

		MEZZI	COSTI	
Attività 1.1	Formazione specifica al 70% dei MMG	- aule - docenti - ausili didattici		
Attività 1.2	Istituzione di un gruppo di lavoro aziendale con definizione di PDTA e semplificazione procedure informatiche	Software		
Attività 1.3	Varare una norma contrattuale regionale ad hoc	Delibera regionale		
Attività 2.1	Istituzione di un gruppo di lavoro aziendale con definizione di PDTA e semplificazione procedure informatiche	Software		
Attività 2.2	Formazione specifica al 70% dei diabetologi e dei care-manager	- aule - docenti - ausili didattici		
Attività 3.1	Coinvolgimento dei media stampa,tv,ecc	-Comunicati stampa - Servizi televisivi		
Attività 3.2	Elaborazione di materiale illustrativo	- depliant - locandine		
Attività 4.1	Comunicazione/ informazione ai farmacisti	- aule - docenti - ausili didattici - depliant - locandine		
Attività 4.2	Comunicazione / informazione associazioni di volontariato e società scientifiche	- aule - docenti - ausili didattici - depliant - locandine		

6) Beneficiari: Popolazione affetta da diabete tipo 2 .

7) Obiettivi di Processo:

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
N° tot MMG attivati/ N° MMG formati	Registro delle attività	0				
			20%		50%	
N° tot diabetologi attivati/ N° diabetologi formati	Registro delle attività	0	20%		50%	

8) Budget

Il costo del progetto, come si evince dal quadro logico, prevede queste voci :

Per l'anno 2011

1. Formazione specifica al 70% dei MMG
2. Istituzione di un gruppo di lavoro aziendale con definizione di PDTA e semplificazione procedure informatiche
3. Varare una norma contrattuale regionale ad hoc
4. Formazione specifica al 70% dei diabetologi e dei care- manager
5. Coinvolgimento dei media stampa,tv,ecc
6. Elaborazione di materiale illustrativo
7. Comunicazione/ informazione ai farmacisti
8. Comunicazione / informazione associazioni di volontariato e società scientifiche

Macroarea: 3. *Prevenzione della popolazione a rischio*

Linea di intervento generale: 3.6 **Patologie orali**

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012: **Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva**

Titolo del progetto: 3.6.1 **PREVENZIONE DELLA CARIE IN ETÀ EVOLUTIVA CON PARTICOLARE RIGUARDO AI BAMBINI FREQUENTANTI LA III CLASSE DELLA SCUOLA ELEMENTARE**

Popolazione target principale: bambini che frequentano le 3[^] classi delle scuole elementari della Regione Abruzzo (n. totale 10693-fonte dati Ufficio Regionale Scolastico)

Il numero complessivo delle scuole elementari della Regione Abruzzo è 245, mentre il numero delle terze classi elementari della Regione è complessivamente 542.

Popolazione target secondaria: Genitori e insegnanti dei bambini aderenti al progetto

Attori:

- › Insegnanti scuola primaria
- › Dirigenti scolastici
- › Personale dei Servizi di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione delle ASL della Regione Abruzzo
- › Genitori
- › Docenti per corso di formazione

Regione: Abruzzo

Titolo del progetto: PREVENZIONE DELLA CARIE IN ETÀ EVOLUTIVA CON PARTICOLARE RIGUARDO AI BAMBINI FREQUENTANTI LA III CLASSE DELLA SCUOLA ELEMENTARE

Identificativo della linea di intervento: 3.6 Patologie orali

Numero identificativo del progetto all'interno del piano operativo regionale: 3.6.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Per salute orale si intende l'assenza di carie e di malattie parodontali, di patologie delle mucose, di traumi o malformazioni muscolo-scheletriche.

Autorevoli organismi sanitari quali l'OMS e il CDC riconoscono la necessità di inserire la salute orale nell'assistenza primaria in quanto priorità di salute pubblica. Identificare i bisogni, i fattori socioeconomici e culturali che determinano le disparità nella salute orale e definire gli interventi più appropriati in ambito preventivo è un obiettivo di cruciale importanza per la salute pubblica, perché consente di migliorare l'accesso alla salute orale da parte della popolazione più vulnerabile.

Conservare denti sani in età adulta richiede davvero poco impegno se si adottano comportamenti corretti sin da bambini: bastano una buona igiene orale, l'utilizzo di prodotti a base di fluoro ed un'adeguata educazione alimentare.

Secondo l'OMS per promozione della salute si intende "una combinazione di attività educative, organizzative, economiche e ambientali che promuovono comportamenti atti a migliorare la salute. Essa produce cambiamenti nell'ambiente in modo tale da migliorare la salute anche in assenza di specifiche azioni individuali, oppure mette in grado gli individui di avvantaggiarsi delle misure preventive o dei servizi". Nel nostro caso fornire ai bambini l'opportunità di lavarsi i denti a scuola significa mettere a disposizione degli individui dei benefici di salute con minimo sforzo da parte dei singoli.

Nella nostra Regione in materia di salute orale sono stati condotti 2 diversi studi negli anni 1998 e 2001. Nel primo studio condotto dall'Università degli Studi dell'Aquila nell'ambito della stessa provincia su un campione di 862 bambini di III, IV e V elementare è emerso che il 67.3% di questi presentava almeno un dente cariato e che la prevalenza di questo fenomeno era direttamente correlata ad una scarsa igiene orale, all'uso saltuario o nullo di fluoro, al mancato consumo abituale di acqua minerale e alle condizioni lavorative e al titolo di studio dei genitori. Nel secondo studio, condotto dall'Università degli Studi di Chieti in collaborazione con l'Università degli Studi dell'Aquila nell'ambito dell'intera Regione Abruzzo, invece, sono stati presi in considerazione 8191 bambini frequentanti la I e la II classe elementare: di questi il 51% presentava carie sulla dentizione permanente, il 18% non era mai stato sottoposto a visita odontoiatrica, il 79.8% non aveva mai fatto uso di filo interdentale, il 60% non aveva fatto uso di fluoro e solo il 13.8% effettuava spuntini a base di frutta.

Questo progetto di educazione alla salute orale intende coinvolgere i bambini della III classe elementare in un percorso che rientra nella finalità di educare a corretti stili di vita. Infatti, poiché diversi fattori di rischio per malattie del cavo orale (batteri-biofilm, dieta non adeguata, fumo, abitudini di vita scorrette) sono comuni ad altre malattie cronico-degenerative, molte delle misure di prevenzione nel campo della "oral health", possono considerarsi potenzialmente utili anche in termini di promozione della salute globale dell'individuo. Intervenendo nella fascia di età presa in considerazione, si può ragionevolmente pensare di raggiungere un buon livello di salute orale in età adulta; dati scientifici evidenziano, infatti, come nei primi anni di vita le azioni di promozione alla salute orale consentono l'instaurarsi di abitudini personali durature nel tempo.

La scuola assume un ruolo preponderante nel percorso di apprendimento e coinvolgimento continuo e multidisciplinare del bambino: è stato dimostrato da numerosi studi che i programmi di promozione della salute risultano più incisivi se condotti dagli stessi insegnanti. Nell'ambito di questo percorso indispensabile è il coinvolgimento dei genitori che, guidando i figli nelle scelte quotidiane, diventano inconsapevolmente dei veri e propri educatori sanitari. Con loro, perciò, verrà stipulato il "patto educativo", documento con cui viene formalizzato il loro impegno nel seguire il bambino durante le varie attività e abitudini domestiche nell'ambito della salute orale.

Il progetto educativo prevede una serie di **azioni** che possono essere così schematizzate:

- Identificazione e successiva formalizzazione del gruppo di lavoro dell'ASL
- Attribuzione ruoli e compiti ai singoli componenti
- Pianificazione delle attività del progetto
- Accordo tra Regione Abruzzo e Ufficio Scolastico Regionale e Provinciale
- Informazione ai Dirigenti Scolastici per l'inserimento del progetto per la salute orale nei P.O.F.

- Formazione regionale operatori ASL e referenti scolastici alla salute da parte di formatori specializzati
- Elaborazione e realizzazione materiale informativo e didattico
- Formazione insegnanti sul progetto per la salute orale da parte degli operatori ASL formati
- Informazione ai genitori da parte degli operatori ASL e distribuzione di materiale informativo
- Dotazione alle scuole aderenti di materiale didattico e informativo necessario per insegnanti e bambini
- Informazione ai genitori da parte degli operatori ASL e distribuzione di materiale informativo
- Svolgimento del programma di educazione per la salute orale.

Si prevede che il progetto educativo coinvolga il 20% delle scuole elementari abruzzesi il primo anno con un successivo incremento annuale del 20%.

Sulla base delle "Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva" redatte dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali nel 2008 si possono riconoscere come punti fondamentali da sviluppare:

1. l'assunzione di fluoro,
2. la scelta e il consumo di cibi non cariogeni,
3. l'educazione all'igiene orale,
4. i controlli dal dentista.

Dopo aver concordato il programma operativo con i Dirigenti scolastici e gli insegnanti, verrà somministrato agli alunni delle 3 classi partecipanti e ai rispettivi genitori un questionario autocompilativo con domande inerenti i suddetti 4 temi principali. Il programma didattico degli insegnanti sarà incentrato sui medesimi argomenti e prevederà l'applicazione pratica delle nozioni apprese.

Al termine dell'anno scolastico verrà nuovamente somministrato il questionario autocompilativo dato all'inizio, al fine di verificare il reale raggiungimento dell'obiettivo educativo preposto.

Risorse

Umane

- formatori specializzati
- Operatori sanitari dei Servizi coinvolti nella realizzazione del progetto
- Personale scolastico
- Genitori

Tecnico-strumentali

- Strumenti necessari alla realizzazione del programma (materiale didattico, poster, materiale informativo per genitori e bambini, mezzi informatici e relativi software per l'elaborazione dei dati raccolti, ecc.)
- Fondi finanziari destinati al progetto

Criticità

- Carenza di personale
- Scarsa disponibilità di tempo da parte del personale
- Scarsa collaborazione da parte di insegnanti e genitori
- Disponibilità dei fondi finanziari destinati al progetto

Beneficiari: l'intervento educativo di promozione della salute orale nella scuola elementare ha come beneficiari i bambini che frequentano le 3^e classi (n. totale 10693 - fonte dati Ufficio Regionale Scolastico) grazie alle azioni svolte dal personale scolastico e dalle loro famiglie di appartenenza.

Il numero complessivo delle scuole elementari della Regione Abruzzo è 245, mentre il numero delle terze classi elementari della Regione è complessivamente 542.

Obiettivi di salute perseguiti

Obiettivo generale: Prevenzione della carie in età evolutiva

Obiettivo specifico: Acquisizione di abilità di vita inerenti la salute del cavo orale da parte di almeno il 20% dei bambini della 3^e elementare ogni anno nella Regione Abruzzo entro la fine del PRP.

Al termine del percorso i bambini dovranno raggiungere i seguenti obiettivi educativo-cognitivi:

- Conoscere la funzione dei denti
- Conoscere che cos'è la carie
- Conoscere come mantenere i denti sani:
 - conoscere l'utilità del fluoro e dove si trova questo elemento
 - conoscere gli alimenti cariogeni

- conoscere la funzione e l'uso appropriato dello spazzolino, del filo interdentale e della pasticca rilevatrice di placca (questo obiettivo sarà rafforzato dal fatto che il bambino verrà educato a lavarsi i denti a scuola)
- Comprendere il ruolo del dentista nella prevenzione e nella cura della carie.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.10	Valore dell'indicatore al 31.12.11		Valore dell'indicatore al 31.12.12	
			atteso	osservato	atteso	osservato
N° scuole primarie aderenti/ N° tot. scuole primarie	Inserimento del progetto sulla salute orale nei P.O.F.	0	20%		40%	
N° genitori che si impegnano/ N° totale dei genitori delle scuole aderenti	"Patti educativi" stipulati con i genitori e questionari compilati	0	20%		40%	

ANALISI DI CONTESTO

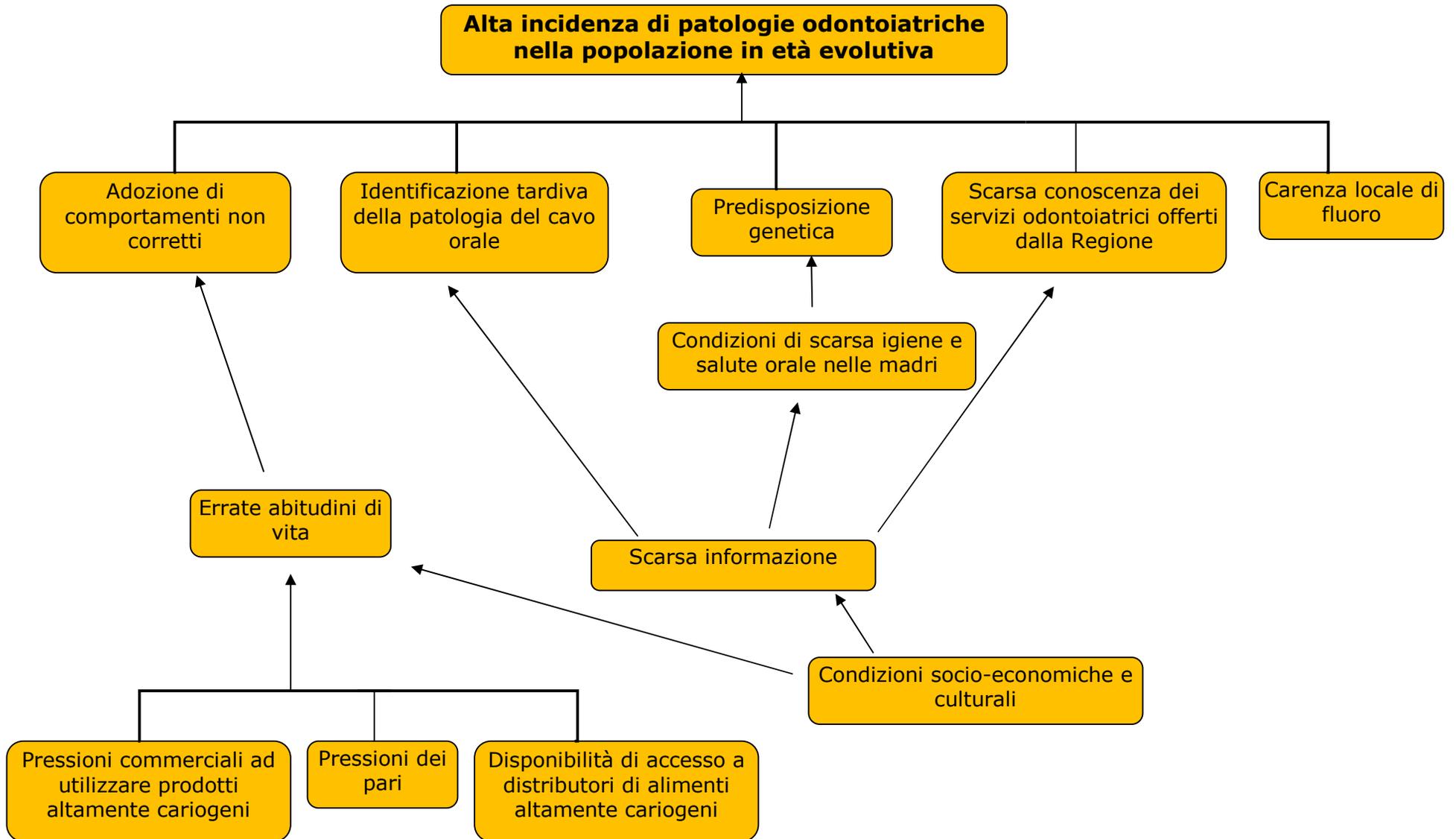
Tab 1

Tabella per riassumere i dati dell'analisi di contesto

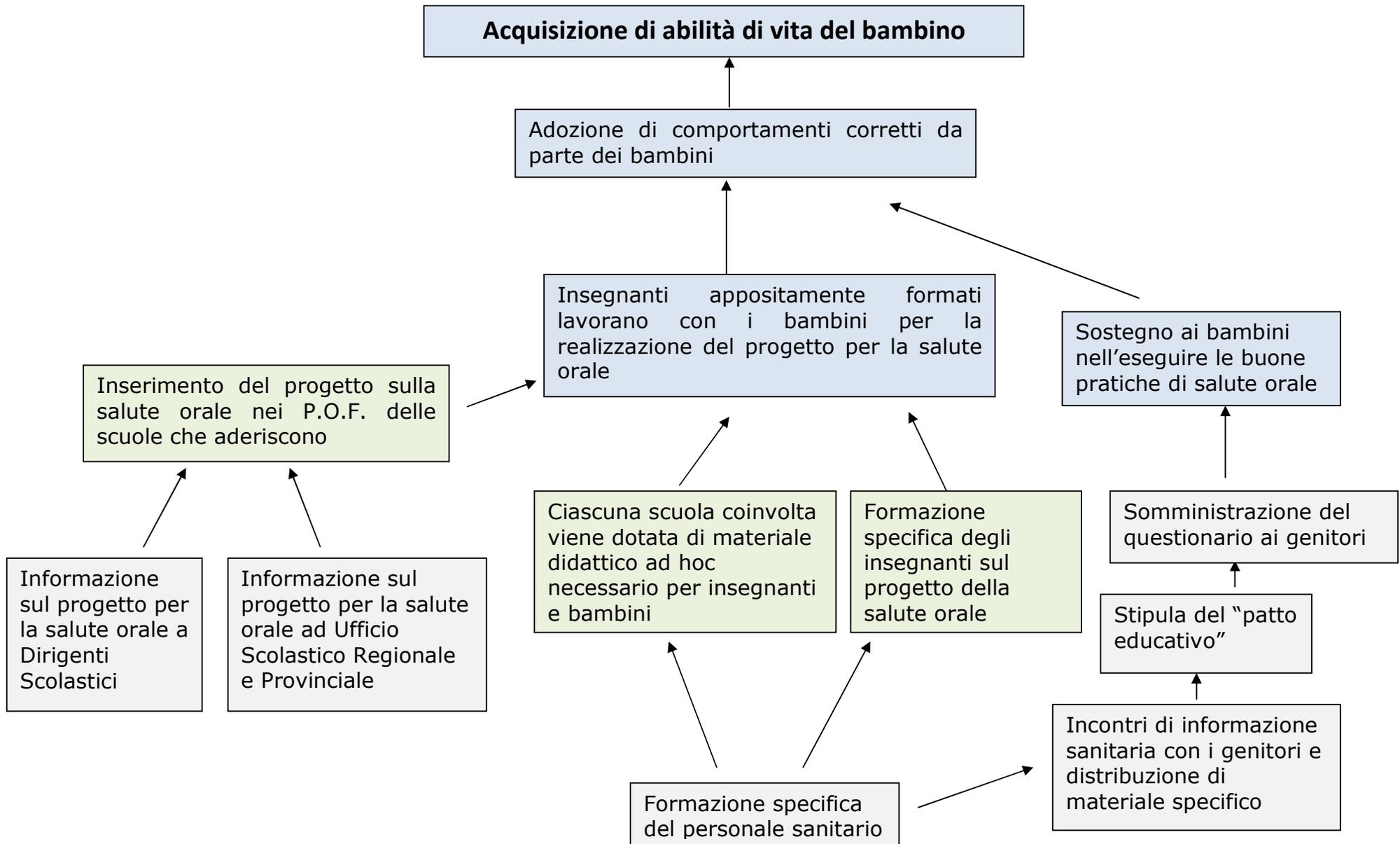
	Indicatori	Standard	Dati locali	Dati di Letteratura scientifica	Dati di letteratura 'grigia'	Dati qualitativi
Patologia del cavo orale	Incidenza Prevalenza Percezione della malattia Peso relativo della malattia rispetto alle altre patologie	Prevalenza patologia cariosa: 22% a 4 anni e 44% a 12 anni	Prevalenza patologia cariosa nella regione Abruzzo: denti decidui 72%; denti permanenti 51% Prevalenza patologia cariosa nel comune dell'Aquila: 67.3%	Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva 2008	Studio Università degli Studi di Chieti "Progetto obiettivo per la prevenzione delle malattie del cavo orale", 2000 Studio Università degli Studi dell'Aquila "Programmazione di un servizio di prevenzione delle malattie odontostomatologiche. Prevalenza di carie e malocclusioni nei bambini aquilani", 1998	
Fattori sociali	Messaggi dei media Conoscenza e percezione dei fattori di rischio Sistema educativo Minoranze etniche Status socio-economico e culturale			Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva 2008 Odontoiatria di comunità autori : Laura Strohmenger Roberto Ferro editore: masson , 2003		
Fattori ambientali	Fluorazione delle acque		Relazione sul servizio di medicina scolastica (anni 76-77 e 77-78) autore : comune di Pescasseroli (AQ) editore: grafiche Grillo -	Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva 2008		

			Piedimonte Matese (ce)			
Fattori individuali	Composizione della saliva Familiarità Malformazioni anatomiche Patologie associate (neoplasie, ridotte difese immunitarie)			Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva 2008 Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali negli individui in età evolutiva che devono essere sottoposti a terapia che mio e/o radio 2010		
Fattori attinenti al sistema sanitario	Norme sanitarie Servizi offerti dal SSN Campagne di prevenzione Materiale informativo Mediatore culturale				www.consumatori.regione.abruzzo.it www.salute.gov.it D.P.C.M. 23.04.2008 integrante il D.P.C.M. del 29.11.2001	
Fattori di Rischio comportamentali correlati	Abitudini alimentari Abitudini viziate Scarsa igiene orale			Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva 2008 Prevenzione e promozione della salute orale in età pediatrica autori: Miriam Madau - Laura Strohmenger editore: quintessenza ed. 2003		

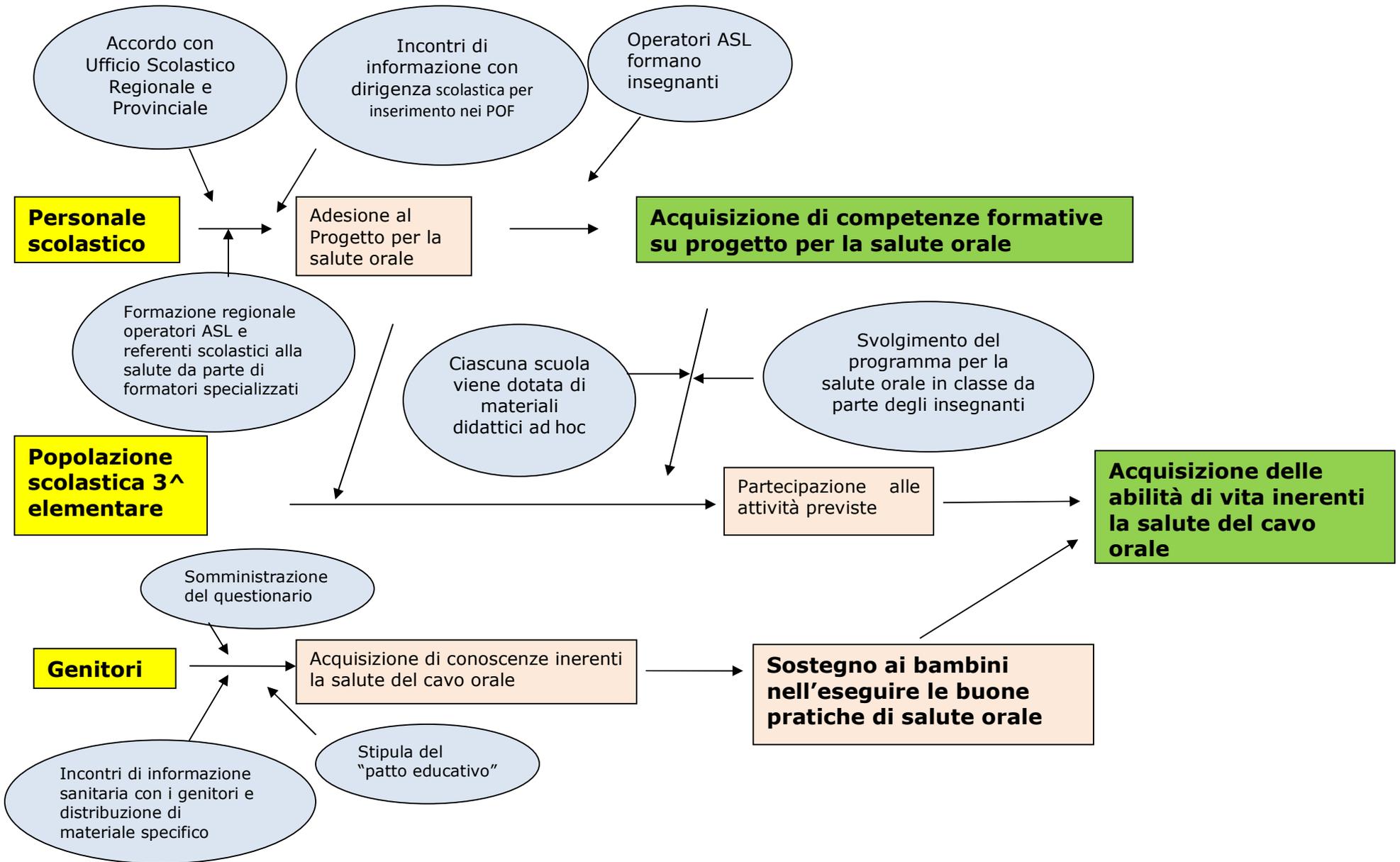
ALBERO DEI PROBLEMI PATOLOGIA DEL CAVO ORALE



"PROGETTO SALUTE ORALE" – ALBERO DEGLI OBIETTIVI



PROGETTO SALUTE ORALE - MODELLO LOGICO



"PROGETTO SALUTE ORALE" - QUADRO LOGICO

Tab. 2

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Prevenzione della carie in età evolutiva			
Obiettivo specifico	Acquisizione di abilità di vita inerenti la salute del cavo orale nei bambini della 3 ^a elementare nella Regione Abruzzo entro il 2012	Far acquisire ogni anno, entro la fine del PRP, ad almeno il 20% dei bambini che hanno partecipato al progetto abilità di vita inerenti la salute del cavo orale	Questionario pre e post intervento	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilità di Personale dedicato - Disponibilità di un Software dedicato
Risultati attesi 1	Scuole primarie che aderiscono al progetto	<p>N° scuole primarie aderenti/ N° tot. scuole primarie</p> <p>Scuole primarie aderenti da 0 al 40%</p>	Registro dati attività di coinvolgimento	<ul style="list-style-type: none"> - Accordo tra Direzione Sanità e Ufficio Scolastico Regionale - Inserimento nei POF - Collaborazione degli insegnanti - Partecipazione/coinvolgimento operatori ASL
Risultati attesi 2	Genitori che si impegnano a sostenere il proprio figlio nel percorso formativo e nelle attività quotidiane	<p>N° genitori che si impegnano/N° totale dei genitori</p> <p>Genitori che si impegnano da 0 al 40%</p>	"Patti educativi" stipulati e questionari compilati	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione dei genitori
		MEZZI	COSTI	
Attività 1.1	Accordo tra Regione Abruzzo e Ufficio Scolastico Regionale e Provinciale	Tavolo di lavoro scuola e salute Regione Abruzzo		
Attività 1.2	Informazione ai Dirigenti Scolastici per l'inserimento del progetto per la salute orale nei P.O.F.	Incontri di lavoro tra personale ASL e Dirigenti scolastici scuole interessate e approvazione da parte del collegio dei docenti		
Attività 1.3	Formazione regionale operatori ASL e referenti scolastici alla salute da parte di formatori specializzati	<ul style="list-style-type: none"> - docenti - ausili didattici 		

Attività 1.4	Elaborazione e realizzazione materiale informativo e didattico	- Personale coinvolto nel progetto - Studio grafico e tipografico		
Attività 1.5	Formazione insegnanti sul progetto per la salute orale da parte degli operatori formati e somministrazione del questionario di gradimento	- docenti - ausili didattici - Software dedicato		
Attività 1.6	Dotazione alle scuole aderenti di materiale didattico e informativo necessario per insegnanti e bambini	personale dedicato		
Attività 1.6.1	Trasmissione del materiale didattico e informativo alle scuole	- personale dedicato		
Attività 1.7	Somministrazione ai bambini del questionario ad inizio progetto	- Software dedicato - personale dedicato		
Attività 1.8	Insegnanti di 3 [^] elementare iniziano a svolgere il programma di educazione per la salute orale.	- Scuola		
Attività 1.9	Somministrazione ai bambini del questionario a fine progetto	- Software dedicato - personale dedicato		
Attività 2.1	Informazione ai genitori con diffusione del materiale informativo	- Scuola - Associazioni - Pediatri di libera scelta - Medico di base		
Attività 2.2	Stipula del "patto educativo" e somministrazione del questionario	- Materiale specifico - Personale scolastico - Personale sanitario - Software dedicato		

* Locandine, opuscoli, questionario, itinerari didattici, schede didattiche, etc.

** Locandine, opuscoli e questionario

tab. 3 Cronogramma

Attività	Mese																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Accordo tra Regione Abruzzo e Ufficio Scolastico Regionale e Provinciale		■																						
Informazione ai Dirigenti Scolastici per l'inserimento del progetto per la salute orale nei P.O.F. *		■	■	■	■																			
Formazione regionale operatori ASL e referenti scolastici alla salute da parte di formatori specializzati			■	■																				
Elaborazione e realizzazione materiale informativo e didattico		■	■	■	■																			
Formazione insegnanti sul progetto per la salute orale da parte degli operatori ASL formati *						■			■	■														
Informazione ai genitori da parte degli operatori ASL e distribuzione di materiale informativo *									■	■	■													
Stipula del "patto educativo" e somministrazione del questionario *									■	■	■													
Dotazione alle scuole aderenti di materiale didattico e informativo necessario per insegnanti e bambini *									■	■	■													
Somministrazione ai bambini del questionario ad inizio progetto *									■	■	■	■												
Insegnanti di 3^ elementare iniziano a svolgere il programma di educazione per la salute orale *										■	■	■	■	■	■	■	■	■	■					
Somministrazione ai bambini del questionario a fine progetto *																	■	■						
Report intermedio (I) e finale (F)																								■

* attività da effettuarsi negli anni scolastici 2011-2012 e 2012-2013

Piano Regionale della Prevenzione

REGIONE ABRUZZO

Macroarea: 4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

Linea di intervento generale: 4.2 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012: Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico – degenerative attraverso la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità

Titolo del progetto: 4.2.3 Prevenzione delle disabilità da stili di vita non salutari (alimentazione inadeguata e scarsa attività motoria) negli anziani. Progetto “ Colori in movimento”.

Popolazione target: Popolazione ultrasessantaquattrenne compresi gli ospiti delle strutture per anziani (Case di riposo)

Attori:

Personale degli ambiti sociali

Comuni

Personale Dipartimento di Prevenzione delle ASL della Regione Abruzzo dei servizi di Igiene degli alimenti e della nutrizione e della Tutela della salute nelle attività sportive (medico psicologo dietista infermiere tecnico della Prevenzione Edp)

Personale del D.S.B.

Medici di Medicina Generale

Familiari

Gruppi di interesse coinvolti nella realizzazione: Ambiti sociali
Enti locali
Associazioni non profit
Circoli anziani
Sindacati

Il Progetto "Colori in movimento" è stato elaborato seguendo i principi fondamentali e la metodologia del Project Cycle Management (PCM) L'approccio ha previsto due fasi

- 1) Analisi (identificazione) della situazione esistente per sviluppare una immagine della "situazione desiderata futura" e selezionare le strategie che saranno applicate per conseguirla con l'obiettivo di evidenziare la rilevanza delle idee progettuali
- 2) Pianificazione (formulazione) in dettagli operativi del progetto con l'obiettivo di assicurare la fattibilità e la sostenibilità del progetto.

Analisi di contesto

L'invecchiamento della popolazione è in Italia un fenomeno rilevante rispetto anche agli altri Paesi industrializzati.

Risulta prioritario nelle scelte di politica socio- sanitaria individuare strategie che tengano conto non solo dei bisogni di questa particolare popolazione ma anche interventi di medicina preventiva e sociali ad essa rivolti.

L'invecchiamento è fisiologicamente legato ad alterazione dell'appetito e a riduzione dell'attività motoria.

Anche disturbi della motilità e della masticazione riducono l'assunzione variata di alimenti nell'anziano.

Un altro importante fattore eziologico è rappresentato dal disagio sociale e psicologico in cui si ritrovano spesso gli anziani .

Per interazione dei fattori suddetti i disturbi nutrizionali rappresentano una condizione di frequente riscontro in questa popolazione aggravati dallo scarso movimento .

Molti studi epidemiologici dimostrano che il rischio di malnutrizione è basso negli anziani autosufficienti (0- 6%), diviene elevato (10- 30%) nei pazienti istituzionalizzati e tra i pazienti che ricevono assistenza pubblica domiciliare (fino al 50 %)(Finch ed al. 1998 ; Giugoz ed al. 2002; Ruiz – Lopez ed al, 2003 ; Saletti ed al.2005).

La prevenzione della malnutrizione e della sedentarietà nei soggetti anziani assistiti sono obiettivi primari di sanità pubblica , dato che queste condizioni determinano uno scadimento della qualità di vita ed elevati costi sociali ed economici .

Indagini epidemiologiche hanno fatto rilevare un aumento della morbilità e della mortalità associate a non corretti stili alimentari(Kagansasky et al., 2005 Van Ne set al. , 2001) .Si è visto anche che la malnutrizione rappresenta un fattore predittivo rilevante per la sindrome dell'anziano fragile (Morley ed al. , 1999).

Lo studio Passi D'Argento studio nazionale 2010 riferisce:

Gli ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia o fragilità :

- sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL (attività di base della vita quotidiana come ad esempio mangiare, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, vestirsi, nutrirsi)
- non sono autonomi al massimo in 1 IADL (attività strumentali della vita quotidiana come ad esempio, usare il telefono, prendere le medicine, cucinarsi il pranzo, farsi la spesa)
- in più presentano almeno 2 delle seguenti caratteristiche o condizioni:
 - problemi di masticazione o vista o udito;
 - insufficiente attività fisica o abitudine al fumo o consumo di alcol o scarso consumo di frutta o verdura;
 - sintomi di depressione o di isolamento, mancanza di supporto sociale.

Lo studio Passi D'Argento definisce "l'attività fisica con un indice complesso (PASE) in cui si fa una stima su diversi momenti della vita: di divertimento, di attività casalinghe, di attività fisica strutturata e di attività sociali nella collettività, a ciascuno dei quali viene dato un punteggio. Nella distribuzione del punteggio PASE consideriamo **meno attivi** coloro il cui punteggio è pari o al disotto del 25° percentile o **più attivi** se al di sopra".

Dai dati del quadro demografico del Piano Sanitario 2008 - 2010 si rileva che la Regione Abruzzo ha l'indice di invecchiamento pari a 21,1% superiore al valore di riferimento nazionale (19,5%) .L'indice di vecchiaia è 155,9 (Italia 137,8).La L.R. n. 328 del 8.11.2000 (Piano Sociale) ha istituito n. 35 ambiti sociali tra le cui finalità si contempla anche un riferimento specifico alle problematiche dell'anziano.



**Popolazione residente al 1 Gennaio 2010 per età, sesso e stato civile
Regione: Abruzzo**

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
64	5971	6446	12417
65	6574	6813	13387
66	6316	6802	13118
67	6110	6620	12730
68	6233	6665	12898
69	7074	7775	14849
70	7015	7912	14927
71	6525	7321	13846
72	6500	7372	13872
73	5980	7025	13005
74	6006	7293	13299
75	5686	7034	12720
76	5631	7290	12921
77	5058	6562	11620
78	5018	6783	11801
79	5079	7114	12193
80	4252	6245	10497
81	4030	5985	10015
82	3715	5866	9581
83	3298	5444	8742
84	2991	5120	8111
85	2546	4660	7206
86	2181	4212	6393
87	1920	3934	5854
88	1719	3477	5196
89	1431	3105	4536
90	771	1740	2511
91	442	1079	1521
92	387	964	1351
93	433	1008	1441
94	385	1009	1394
95	238	715	953
96	189	555	744
97	135	431	566
98	89	260	349
99	51	197	248
100 e più	79	290	369
TOTALE	128058	169123	297181

**Popolazione residente al 1 Gennaio 2010 per età, sesso e stato civile
Provincia: Teramo**

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
64	1404	1582	2986
65	1486	1520	3006
66	1534	1605	3139
67	1451	1554	3005
68	1523	1574	3097
69	1610	1784	3394
70	1641	1751	3392
71	1565	1772	3337
72	1511	1695	3206
73	1415	1580	2995
74	1423	1722	3145
75	1312	1592	2904
76	1314	1602	2916
77	1133	1458	2591
78	1199	1464	2663
79	1138	1522	2660
80	1006	1341	2347
81	920	1257	2177
82	816	1275	2091
83	662	1177	1839
84	623	1098	1721
85	561	977	1538
86	448	914	1362
87	417	842	1259
88	364	737	1101
89	307	612	919
90	158	412	570
91	100	230	330
92	77	202	279
93	85	222	307
94	91	218	309
95	44	142	186
96	50	122	172
97	23	89	112
98	14	51	65
99	11	44	55
100 e più	17	55	72
TOTALE	29453	37794	67247

Popolazione residente al 1 Gennaio 2010 per età, sesso e stato civile
Provincia: L'Aquila

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
64	1301	1364	2665
65	1454	1492	2946
66	1479	1518	2997
67	1330	1464	2794
68	1362	1493	2855
69	1646	1821	3467
70	1499	1719	3218
71	1392	1683	3075
72	1439	1691	3130
73	1290	1563	2853
74	1269	1610	2879
75	1253	1639	2892
76	1232	1725	2957
77	1129	1598	2727
78	1127	1635	2762
79	1161	1694	2855
80	1010	1532	2542
81	917	1548	2465
82	939	1468	2407
83	836	1401	2237
84	724	1340	2064
85	643	1303	1946
86	572	1072	1644
87	502	1013	1515
88	393	890	1283
89	352	804	1156
90	198	409	607
91	112	264	376
92	85	231	316
93	117	252	369
94	88	240	328
95	53	172	225
96	55	154	209
97	37	108	145
98	28	58	86
99	11	48	59
100 e più	27	85	112
TOTALE	29062	40101	69163

Popolazione residente al 1 Gennaio 2010 per età, sesso e stato civile
Provincia: Pescara

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
64	1474	1553	3027
65	1596	1740	3336
66	1496	1705	3201
67	1464	1693	3157
68	1432	1670	3102
69	1670	1927	3597
70	1692	2032	3724
71	1559	1756	3315
72	1561	1740	3301
73	1491	1725	3216
74	1449	1731	3180
75	1358	1653	3011
76	1337	1700	3037
77	1162	1577	2739
78	1144	1598	2742
79	1128	1688	2816
80	936	1464	2400
81	933	1393	2326
82	820	1315	2135
83	760	1214	1974
84	707	1212	1919
85	586	1043	1629
86	483	940	1423
87	407	885	1292
88	387	708	1095
89	295	742	1037
90	174	422	596
91	98	246	344
92	95	232	327
93	86	225	311
94	76	242	318
95	51	182	233
96	30	119	149
97	34	101	135
98	19	70	89
99	12	42	54
100 e più	17	75	92
TOTALE	30019	40360	70379

Popolazione residente al 1 Gennaio 2010 per età, sesso e stato civile
Provincia: Chieti

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
64	1792	1947	3739
65	2038	2061	4099
66	1807	1974	3781
67	1865	1909	3774
68	1916	1928	3844
69	2148	2243	4391
70	2183	2410	4593
71	2009	2110	4119
72	1989	2246	4235
73	1784	2157	3941
74	1865	2230	4095
75	1763	2150	3913
76	1748	2263	4011
77	1634	1929	3563
78	1548	2086	3634
79	1652	2210	3862
80	1300	1908	3208
81	1260	1787	3047
82	1140	1808	2948
83	1040	1652	2692
84	937	1470	2407
85	756	1337	2093
86	678	1286	1964
87	594	1194	1788
88	575	1142	1717
89	477	947	1424
90	241	497	738
91	132	339	471
92	130	299	429
93	145	309	454
94	130	309	439
95	90	219	309
96	54	160	214
97	41	133	174
98	28	81	109
99	17	63	80
100 e più	18	75	93
TOTALE	39524	50868	90392

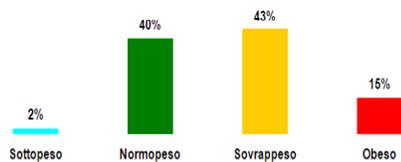
L'anziano-risorsa

per sottogruppo di popolazione



Con una certa frequenza gli ultra64enni costituiscono una risorsa anche quando fragili o disabili

Stato nutrizionale

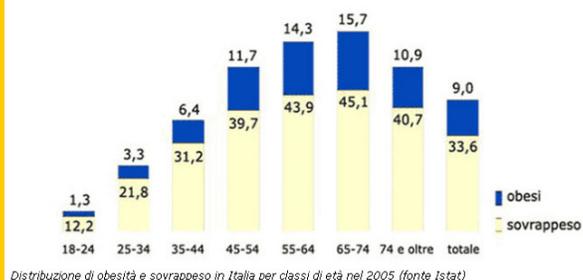


**Più della metà degli anziani è in eccesso ponderale
Gli obesi sono il 15%**

Stato nutrizionale

	% Eccesso
Totale	58%
IC 95%	56,7% - 59,6%
Classi di età	
65-74	63,8
75 e oltre	52,5
Genere	
uomini	63,7
donne	53,8
Istruzione	
bassa	59,2
alta	56,1
Difficoltà	
Molte difficoltà	60,3
Qualche difficoltà	60,3
Nessuna	55,7

Situazione sulla popolazione generale in Italia



Sovrappeso più frequente fra i 65-74enni, gli uomini, con basso livello scolarità, con difficoltà economiche, coincidenza dati nazionali

Stili di vita: attività fisica

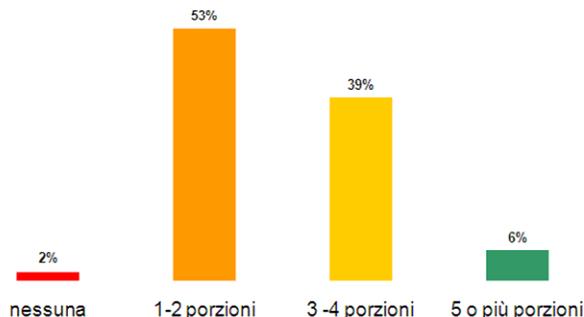
Gli anziani **“più attivi”** sono significativamente più frequenti fra:

- i **65-74enni**
- le **persone senza difficoltà economiche**
- le **persone con istruzione più alta**
- le **donne**



Stili di vita: consumo di frutta e verdura

Consumo di frutta e verdura nella popolazione anziana - n. 4670



Solo il 6% degli anziani consuma almeno le 5 porzioni al giorno di frutta e verdura raccomandate

Stili di vita: consumo di frutta e verdura

Consumo di frutta e verdura - n. 4670

	porzioni giornaliere di frutta e verdura			
	nessuna	1-2	3-4	5+
Classi di età				
65-74	1,5	48,5	42,1	7,7
75 e oltre	2,0	57,3	35,2	4,9
Genere				
uomini	1,8	52,4	38,7	6,7
donne	1,8	53,4	38,6	5,9
Istruzione				
bassa	1,9	56,1	36,7	4,9
alta	1,5	45,9	42,9	9,3
Difficoltà economiche				
Molte difficoltà	4,3	59,7	30,9	4,8
Qualche difficoltà	1,6	56,4	36,9	4,9
Nessuna	1,0	46,4	43,8	8,5

Il consumo è più frequente in persone con livello di istruzione più alto, senza difficoltà economiche, con 65-74 anni

Dai dati di Passi D'Argento Nazionali e dai dati ISTAT si evince che la popolazione ultra 64enne, in particolare con basso livello di istruzione e con basso reddito non consuma le 5 porzioni raccomandate al giorno di frutta e verdura.

L'attività motoria è poco praticata tra le classi con difficoltà economica e con basso livello di scolarità. In considerazione che gli anziani in buona salute costituiscono una risorsa è consigliata la realizzazione di interventi che aiutino la popolazione ultra 64enne a migliorare lo stile di vita in particolare corretta alimentazione e attività fisica

Tabella 1 - Analisi di contesto schematizzata

	Indicatori	standard	Dati locali	Dati letteratura scientifica	Dati letteratura grigia e qualitativi
Scarso consumo di frutta e verdura	N. di persone che consumano almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura	% di persone che consumano almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura	6% (Dati nazionali)		Passi D'Argento 2010
Scarsa attività fisica	n. di persone in buona salute ma a rischio che fanno attività fisica	% di persone " più attivi " /sulla popolazione di riferimento	76% (Dati Nazionali)	Gregg EW Pereira MA, Caspersen CJ. Physical activity, fall, and fractures among older adults : a review of the epidemiologic evidence. J Am Geriatr. Soc 2000; 438: 883 - 93	Passi D'Argento 2010
Fattori sociali (istruzione e reddito)	Bassa scolarità Difficoltà economiche	n.p. n.p	59 % (Dati ISTAT 2005) 60,3 % (Dati ISTAT 2005)		Passi D'Argento 2010
Fattori ambientali (accessibilità a centri anziani)	n. di anziani che hanno usufruito di centri per anziani	Percentuale di anziani che hanno usufruito dei centri per anziani / popolazione di riferimento	20 % (Dati Nazionali)	n.r.	Passi D'Argento 2010
Fattori individuali (età)	Prevalenza di obesità sovrappeso nella fascia di età 65-74enni	0%di sovrappeso e obesità nella fascia di età 65-74enni / popolazione di riferimento	58,7 % sovrappeso e obesità	n.r.	Passi D'Argento 2010 Dati ISTAT 2005

ALBERO DEI PROBLEMI

Nell'albero dei problemi è stata raffigurata sinteticamente la realtà attuale della nutrizione non corretta e della insufficiente attività motoria negli ultra 64enni con tutti i suoi aspetti negativi .

ALBERO DEGLI OBIETTIVI

Consiste nel trasformare in positivo l'immagine della realtà attuale (negativa) ottenuta con l'albero dei problemi. La condizione attuale negativa (problema) viene trasformata in una condizione futura (obiettivo).La trasposizione dei problemi in obiettivi non costituisce l'individuazione degli obiettivi del progetto . Essa descrive una raffigurazione positiva della realtà(della situazione) qualora tutti i problemi fossero risolti. Il progetto sceglierà di raggiungere solamente alcuni degli obiettivi raffigurati nell'albero.

MODELLO LOGICO

Nel modello Logico sono indicati in modo schematico le tappe che portano al raggiungimento dell'obiettivo specifico di riduzione della disabilità dovuta ai stili di vita non salutari e in particolare a inadeguato consumo di frutta e verdura e scarsa attività motoria. Attraverso gli operatori sociali dei comuni, degli ambiti sociali delle case di riposo , le campagne di informazione della popolazione e dei MMG e tramite il coinvolgimento degli stakeholder e delle comunità locali si otterrà un miglioramento della percezione dei rischi connessi alla inadeguata assunzione di frutta e verdura e alla scarsa attività motoria e conseguenziale adozione da parte della popolazione ultra 64enne di corretti stili di vita.

QUADRO LOGICO

E' la matrice di progettazione ed è molto utile per definire in maniera chiara i diversi elementi di un intervento progettuale e per visualizzarli in modo efficace.

Il quadro logico è articolato in quattro livelli, legati tra loro da un rapporto causa effetto in senso verticale dal basso verso l'alto, secondo il quale le attività portano ai risultati, i risultati conducono al raggiungimento dello scopo del progetto (obiettivo specifico) e lo scopo (obiettivo specifico) contribuisce al raggiungimento dell'obiettivo generale .

Tabella 2 – Quadro logico del progetto

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico – degenerative attraverso la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità		Indagine Passi D'argento	<p>Mancata estensione all'intera Regione di Passi D'argento</p> <p>Rispondenza fra dati nazionali e regionali.</p> <p>Fattori economici familiari e risorse pubbliche</p> <p>Scarso coinvolgimento Ambiti Sociali e Comuni</p> <p>Scarso coinvolgimento dei medici di base e delle associazioni</p>
Obiettivo specifico	Miglioramento alimentazione e aumento dell'attività motoria negli ultra sessantaquattrenni	N. ultra 64enni coinvolti / popolazione ultra 64enne interessata	Registro attività	<p>Reddito</p> <p>Fattori Familiari</p> <p>Isolamento Disponibilità Comuni</p> <p>Disponibilità Ambiti Sociali Predisposizione di percorsi,spazi ed attrezzature da parte di enti pubblici</p> <p>Disponibilità Associazioni</p>
Risultati attesi 1.1	Formazione del personale degli ambiti sociali , dei comuni e delle Case di Riposo	n. partecipanti / totale personale interessato	<p>Dati Regionali Ambiti Sociali</p> <p>Comuni</p> <p>Dati ASL (registro attività)</p>	Disponibilità delle istituzioni interessate e del personale coinvolto

Risultati attesi 1.2	Realizzazione materiale divulgativo ed informativo	N. opuscoli realizzati / n. opuscoli necessari per la popolazione interessata	Dati interni allo studio (registro attività)	Disponibilità economica Personale
Risultati attesi 1.3	Coinvolgimento della popolazione target (popolazione generale) sull'adozione di corretti stili di vita	N. persone raggiunte con materiale informativo / totale popolazione interessata	Dati comunali Dati interni allo studio (registro attività)	Distribuzione del materiale
Risultati attesi 1.4	Coinvolgimento della case di riposo sull'adozione di corretti stili di vita	N. case di riposo raggiunte / totale case di riposo della Regione	Dati ASL Dati interni allo studio (registro attività)	Adesione Case di Riposo Personale
Attività 1.1	Acquisizione adesioni da parte degli Enti interessati	Mezzi: Inviti formali		Personale ASL
Attività 1.2	Programmare e realizzare la formazione del personale degli ambiti sociali , dei comuni e delle Case di Riposo	Mezzi: n. 2 incontro di ore 2 per ambito sociale		Gestione del personale
Attività 1.3	Realizzazione materiale divulgativo ed informativo	Mezzi: personale coinvolto nel progetto, gruppi di interesse , enti pubblici e privati		Disponibilità economica
Attività 1.4	Raggiungimento della popolazione target sull'adozione di corretti stili di vita	Mezzi : opuscoli Con servizi sociali, luoghi pubblici, DSB, ambulatori MMG, Centri anziani, Associazioni		Disponibilità dei portatori di interesse e degli Enti

Attività 1.5	Realizzazione di incontri in case di riposo sull'adozione di corretti stili di vita	N. 1 incontro programmato di 2 ore e n. 1 incontro di rinforzo a metà progetto		Disponibilità Personale Disponibilità Case di Riposo
--------------	---	--	--	---

Beneficiari : Popolazione ultra 64enne della Regione Abruzzo

Obiettivi di processo :

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore al 31 dicembre 2010	Valore indicatore al 31 dicembre 2011		Valore indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	atteso	osservato
Percentuale di comuni in cui è stato attuato il progetto	Registro attività	0				
			10%		50%	
n. operatori dei comuni, degli ambiti sociali e delle case di riposo formati	Registro attività	0	20%		40%	
n. opuscoli inviati agli ultra 64enni	Registro attività	0	10%		60%	

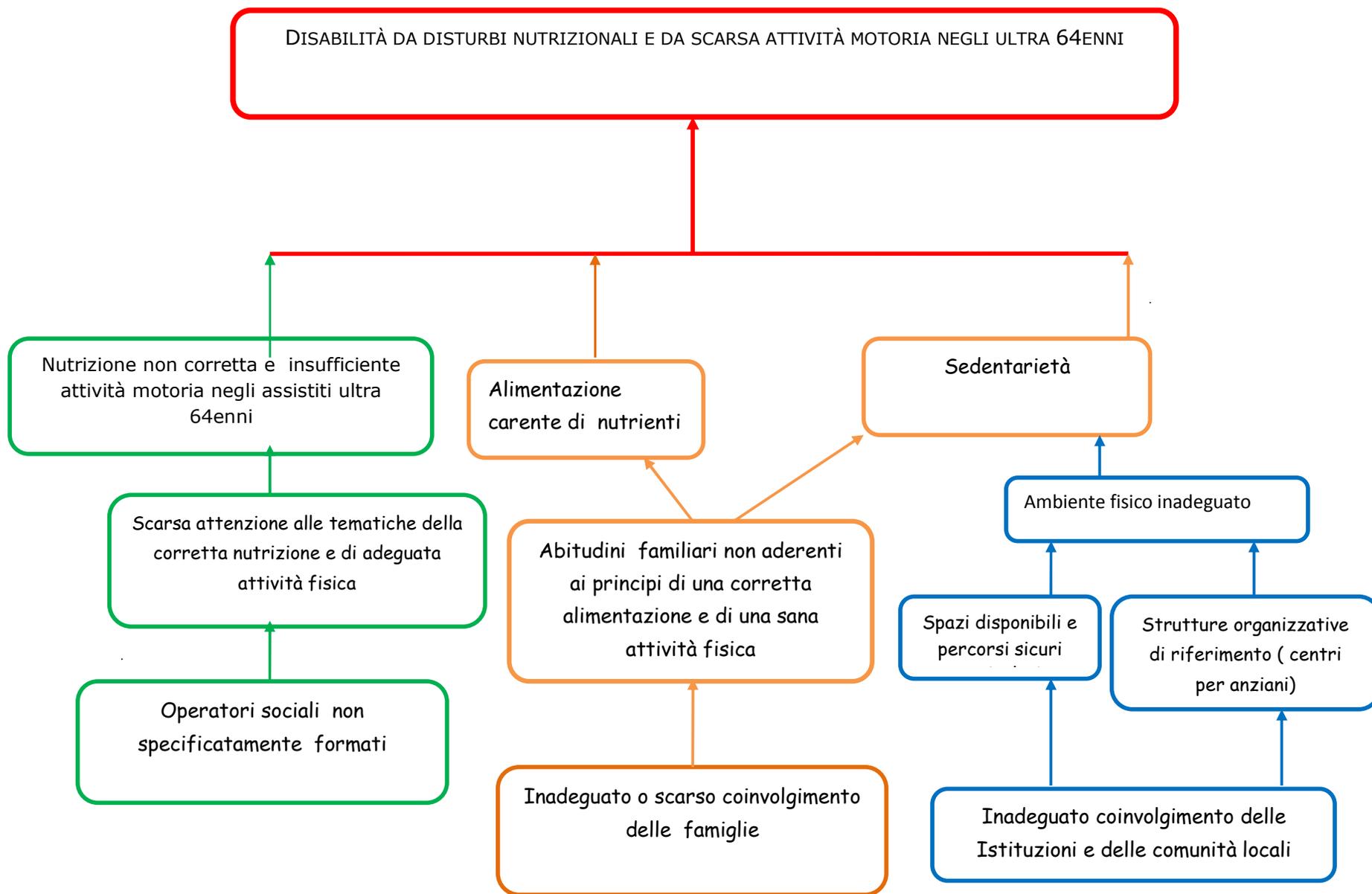
Tabella 3 – Cronoprogramma azioni previste

Risultati attesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
R.A. 1 – Azione 1																									
R.A. 1 – Azione 2																									
R.A. 1 – Azione 3																									
R.A. 1 – Azione 4																									
R.A. 1 – Azione 5																									
Report intermedi (I) e finale (F)												R.I.													R.F.

- Attività 1.1 Invio inviti formali agli Enti interessati per adesione
- Attività 1.2 Formazione personale degli Enti interessati
- Attività 1.3 Realizzazione materiale divulgativo ed informativo
- Attività 1.4 Coinvolgimento della popolazione sui corretti stili di vita
- Attività 1.5 Incontri dedicati Case di Riposo

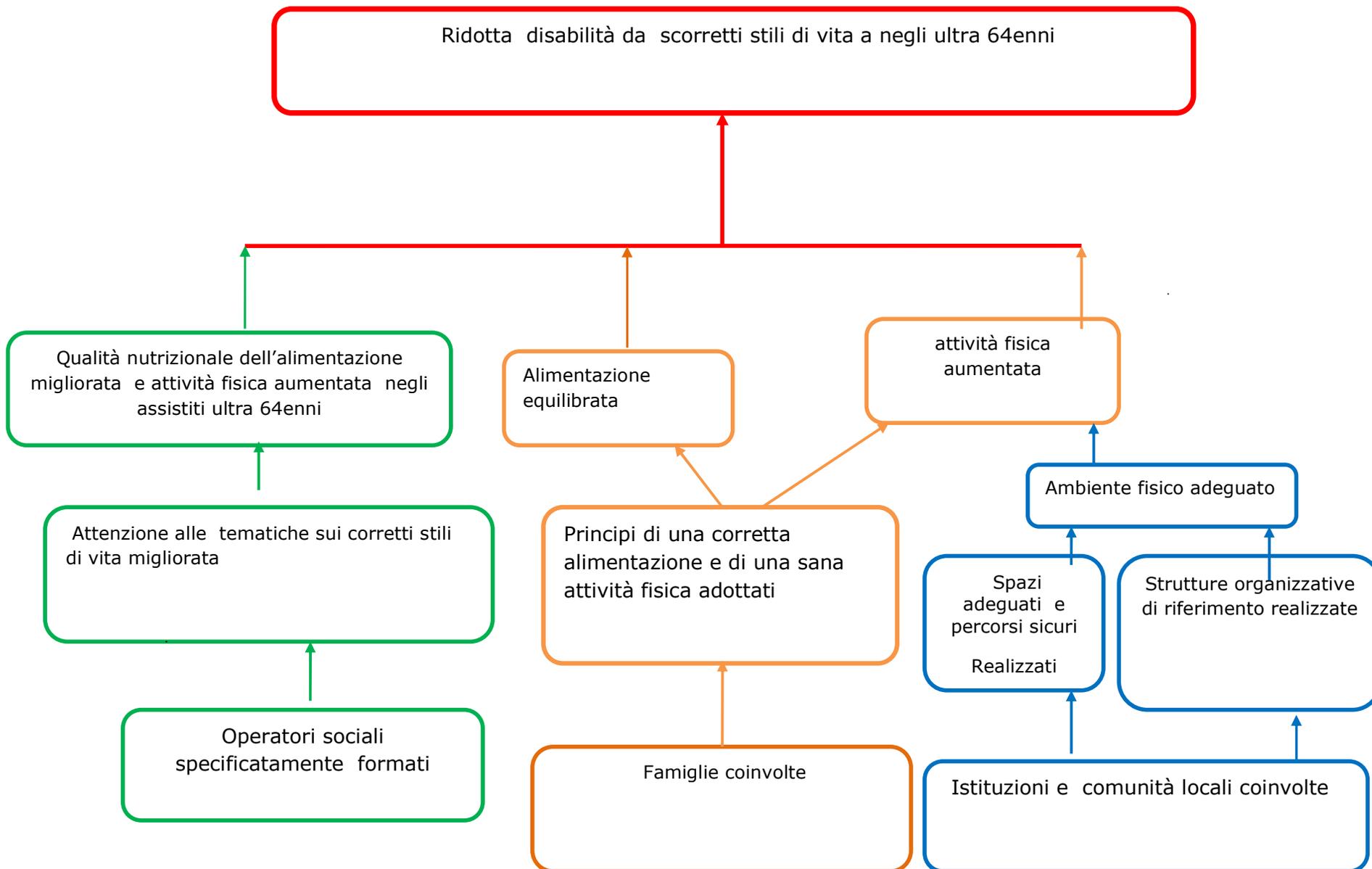
LINEA GENERALE: PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLA DISABILITÀ E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA
PROGETTO : PREVENZIONE DELLA DISABILITÀ DA DISTURBI NUTRIZIONALI E DA SCARSA ATTIVITÀ MOTORIA NEGLI ANZIANI

ALBERO DEI PROBLEMI



LINEA GENERALE: PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLA DISABILITÀ E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA
PROGETTO : PREVENZIONE DELLA DISABILITÀ DA DISTURBI NUTRIZIONALI E DA SCARSA ATTIVITÀ MOTORIA NEGLI ANZIANI

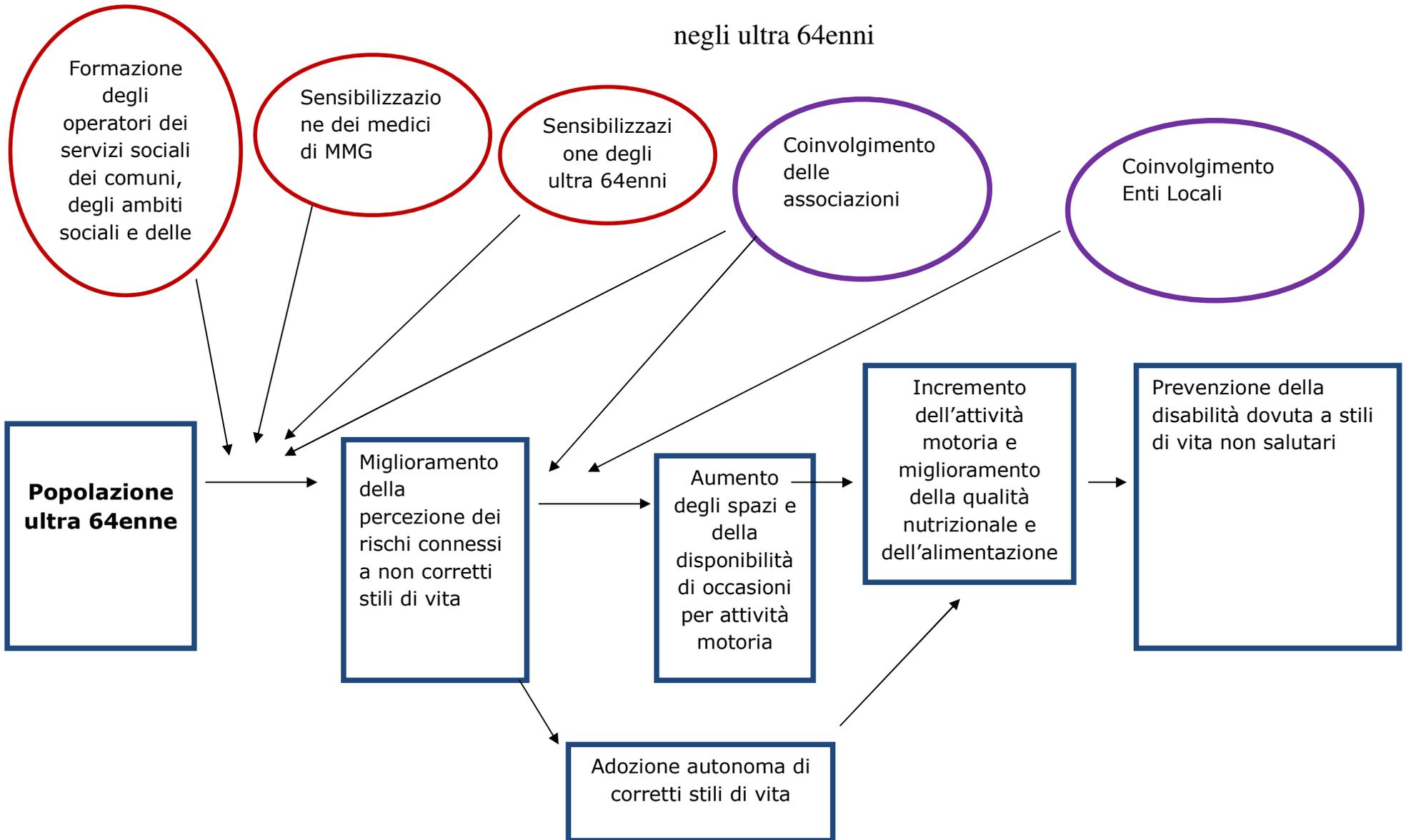
ALBERO DEGLI OBIETTIVI



MODELLO LOGICO

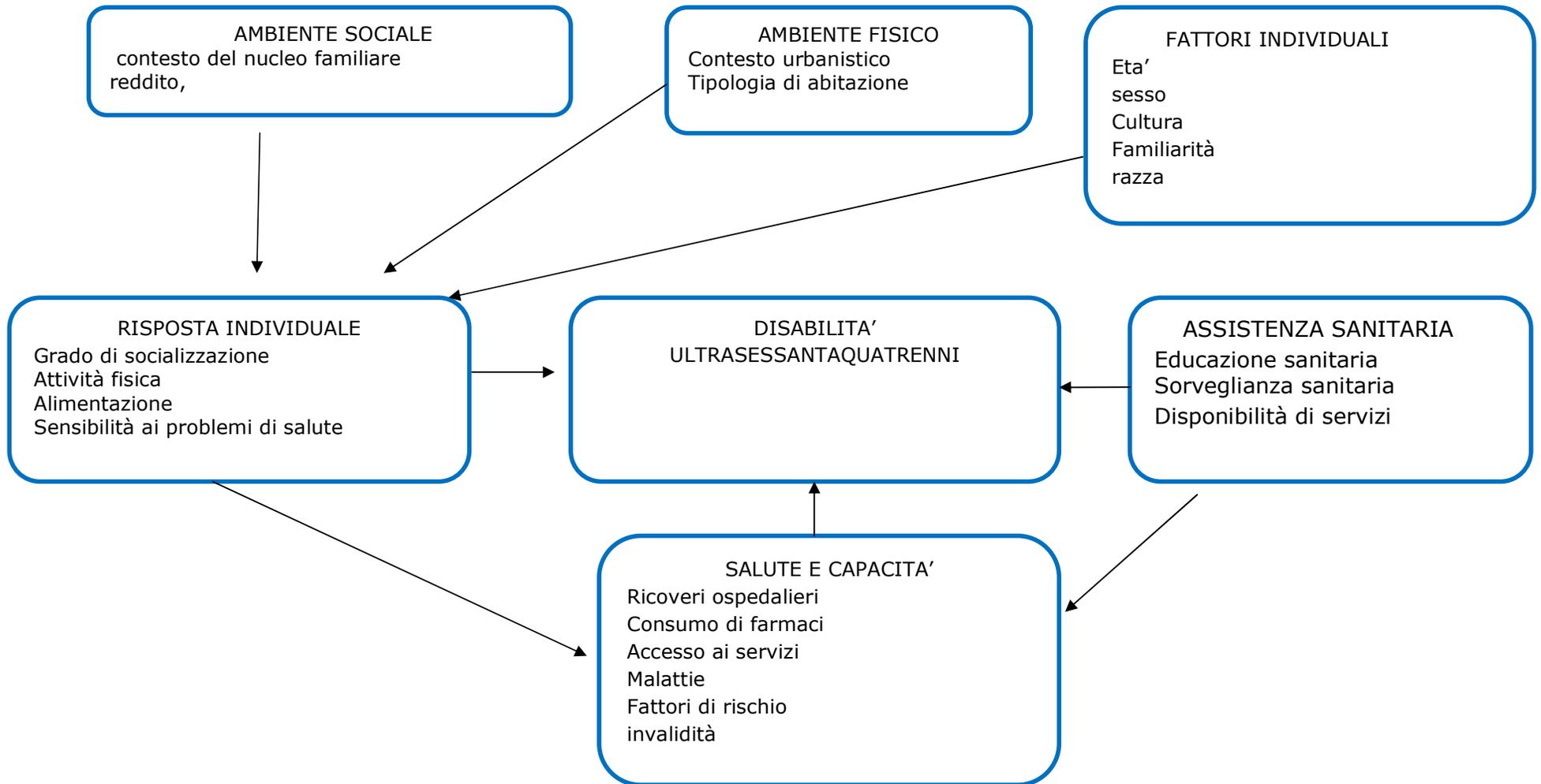
Prevenzione della disabilità da stili di vita non salutari (alimentazione inadeguata e scarsa attività fisica)

negli ultra 64enni



LINEA DI INTERVENTO GENERALE :PPREVENZIONE DELLA DISABILITA' E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO: PREVENZIONE DELLE DISABILITA' DA DISTURBI NUTRIZIONALI E DA SCARSA ATTIVITA' MOTORIA
NEGLI ANZIANI

ANALISI DI CONTESTO



Macroarea: 4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

Linea di intervento generale: 4.2 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012: Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico - degenerative attraverso l'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento, dall'incremento delle disabilità esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte

Titolo del progetto: 4.2.1 Attivazione del sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra 64enne "PASSI d'Argento"

Popolazione target: Campione rappresentativo della popolazione ultra 64enne residente nella Regione Abruzzo ovvero 1.338.898 persone che al 1/01/2010 costituivano il 21,26% della popolazione residente in Abruzzo.

Attori:

Comuni

Operatori dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali

Personale Dipartimento di Prevenzione delle ASL della Regione Abruzzo

Personale del D.S.B.

Anziani e loro famiglie

Gruppi di interesse coinvolti nella realizzazione: Gruppi di interesse coinvolti nella realizzazione :

- Medici di Medicina Generale
- Organizzazioni del Terzo settore coinvolte nelle attività di promozione e tutela della Salute e del benessere dei cittadini anziani ovvero associazioni di anziani, associazioni di volontariato e di promozione sociale, cooperative sociali, fondazioni e in generale organizzazioni di natura privata volte alla produzione di beni e servizi a destinazione pubblica o collettiva
- Organizzazioni sindacali
- Organizzazioni imprenditoriali (ambiti di impegno e investimento condiviso con enti pubblici e Terzo settore)

Il Progetto "Passi D'Argento" è stato elaborato seguendo i principi fondamentali e la metodologia del Project Cycle Management (PCM) L'approccio ha previsto due fasi

- 1) Analisi (identificazione) della situazione esistente per sviluppare una immagine della "situazione desiderata futura" e selezionare le strategie che saranno applicate per conseguirla con l'obiettivo di evidenziare la rilevanza delle idee progettuali
- 2) Pianificazione (formulazione) in dettagli operativi del progetto con l'obiettivo di assicurare la fattibilità e la sostenibilità del progetto.

Analisi di contesto

In Abruzzo il quadro demografico della popolazione (1.338.898 abitanti, dati ISTAT 1/1/2010) è caratterizzato da una tendenza all'invecchiamento con un incremento degli ultra 64enni che, nel 1/1/2010, costituivano il 21,26% della popolazione residente (il 20,1% in Italia); gli ultra 74enni erano l' 11,11% (9,8% in Italia nel 2009). Nello stesso anno, l'indice di vecchiaia (1), tradizionalmente usato per valutare la presenza degli anziani in una data popolazione, ha raggiunto quota 158,8 (139,9 in Italia) nel 2006. In altre parole nel 2006 gli anziani erano circa il 58,8 per cento in più dei giovani.

Gli scenari evolutivi ipotizzati per i prossimi decenni indicano, inoltre, un accentuarsi del fenomeno. In particolare, si prevede che nel 2050 gli ultra 64enni costituiranno circa il 33% della popolazione (una persona su tre avrà più di 64 anni) mentre l'indice di vecchiaia dovrebbe aumentare in progressione aritmetica, fino a pervenire, nel 2050 a circa 267 anziani ogni 100 giovani. Questa evoluzione demografica sarà associata ad un ulteriore accrescimento dei bisogni di salute legati all'invecchiamento, cui corrispondono un ventaglio di interventi socio-assistenziali e socio-sanitari notevolmente diversificati. In particolare, saranno sempre più richiesti interventi di prevenzione miranti a ridurre la disabilità e il rischio di disabilità ma anche azioni coordinate di protezione sociale e di promozione della Salute e del benessere della persona anziana. A supporto di queste strategie, si raccomanda la messa in attività di monitoraggio degli interventi.

A livello mondiale l'OMS ha stabilito un quadro strategico " active ageing" finalizzato a sviluppare e mantenere le condizioni per "un invecchiamento attivo" con linee di intervento ad iniziare prima dell'invecchiamento stesso.

I tre cardini dell' "active ageing" sono la salute, la partecipazione e la sicurezza. Questo si può realizzare attraverso il passaggio da politiche basate sui bisogni delle persone in età avanzata, considerate come soggetti passivi, a quelle che riconoscono ad ogni persona il diritto e il dovere di avere un ruolo attivo nella vita della comunità, indipendentemente dall'età.

In questo ambito Passi D'Argento rappresenta un'importante attività di sorveglianza della popolazione ultra 64enne e di monitoraggio degli interventi attuati dalla rete dei servizi sociali e sanitari e dall'intera società civile, in linea con le indicazioni dell'OMS.

Passi D'Argento è un progetto promosso dal CCM del Ministero della Salute e dalle Regioni, ed è collegato al programma europeo Guadagnare salute e al Piano Nazionale della Prevenzione. Questo progetto, sulla base di indagini periodiche a cadenza biennale, consentirà la raccolta di dati precisi e tempestivi. Tali dati saranno confrontabili nel tempo e tra diversi territori, sullo stato di salute e sulla qualità della vita delle persone ultra 64enni e sugli interventi effettuati dai servizi socio sanitari e dalla collettività (Passi D'Argento 2009 report Regione Emilia Romagna).

La messa a regime di tale sistema di sorveglianza sulla popolazione anziana, così come previsto anche dal Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, si rivelerà essenziale per fornire un quadro completo dello stato di salute e dei bisogni assistenziali della popolazione anziana e in particolare con disabilità. Ciò permetterà di indirizzare in maniera più razionale ed efficace politiche e strategie di intervento a livello nazionale e delle singole Regioni. Inoltre, la creazione e il consolidamento di un network interregionale, che ruota attorno al sistema di sorveglianza PASSI d'Argento, favorirà il confronto delle esperienze compiute a livello regionale e locale e potrà certamente favorire la diffusione di buone prassi all'interno del nostro Paese.

Nella nostra Regione, si registra una generale mancanza di informazioni dettagliate sui bisogni di Salute della popolazione anziana che permetta di razionalizzare le risorse disponibili, anche al fine di

¹ Vecchiaia (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

contrastare l'ampliarsi delle disuguaglianze sanitarie e sociali all'interno di questa fascia di popolazione.

Passi D'Argento studio nazionale 2010 classifica:

Gli ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia o fragilità :

- sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL (attività di base della vita quotidiana come ad esempio mangiare, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, vestirsi, nutrirsi)
- non sono autonomi al massimo in 1 IADL (attività strumentali della vita quotidiana come ad esempio, usare il telefono, prendere le medicine, cucinarsi il pranzo, farsi la spesa)
- in più presentano almeno 2 delle seguenti caratteristiche o condizioni:
 - problemi di masticazione o vista o udito;
 - insufficiente attività fisica o abitudine al fumo o consumo di alcol o scarso consumo di frutta o verdura;
 - sintomi di depressione o di isolamento, mancanza di supporto sociale.



Popolazione residente al 1 Gennaio 2010 per età, sesso e stato civile
Regione: Abruzzo

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
65	6574	6813	13387
66	6316	6802	13118
67	6110	6620	12730
68	6233	6665	12898
69	7074	7775	14849
70	7015	7912	14927
71	6525	7321	13846
72	6500	7372	13872
73	5980	7025	13005
74	6006	7293	13299
75	5686	7034	12720
76	5631	7290	12921
77	5058	6562	11620
78	5018	6783	11801
79	5079	7114	12193
80	4252	6245	10497
81	4030	5985	10015
82	3715	5866	9581
83	3298	5444	8742
84	2991	5120	8111
85	2546	4660	7206
86	2181	4212	6393
87	1920	3934	5854
88	1719	3477	5196
89	1431	3105	4536
90	771	1740	2511
91	442	1079	1521
92	387	964	1351
93	433	1008	1441
94	385	1009	1394
95	238	715	953
96	189	555	744
97	135	431	566
98	89	260	349
99	51	197	248
100 e più	79	290	369
TOTALE	122087	162677	284764

Tabella 1 - Analisi di contesto schematizzata

	Indicatori	standard	Dati locali	Dati letteratura scientifica	Dati letteratura grigia e qualitativi
Invecchiamento progressivo popolazione	N. di persone ultra 64enni	% di ultra 64enni / popolazione generale	21,26 %		Dati ISTAT
Fattori sociali (aumento bisogni assistenziali delle persone ultra 64enni)	N persone assistite dalle strutture socio-sanitarie	n.p. n.p		n.d	Piano sociale regionale Framework Active ageing OMS
Fattori individuali Lavoro	N . di persone attive dopo i 64 anni di età	% di persone attive dopo i 64 anni / popolazione ultra 64enne		n.r.	Passi D'Argento 2010 Framework Active ageing OMS
Fattori ambientali (dislocazione geografica)	n. di anziani che vivono in comuni montani	% di anziani che vivono in comuni montani / popolazione residente	20 % (Dati Nazionali)	n.r.	Passi D'Argento 2010
Mancanza dati epidemiologici regionali sulla qualità della vita negli ultra 64enni	N. di persone che partecipano allo studio	% di persone intervistate /totale persone eleggibili (intervistati e non)	85% (Dati regione Emilia Romagna)		Passi D'Argento 2010

ALBERO DEI PROBLEMI

Nell'albero dei problemi è stata raffigurata sinteticamente la realtà attuale sulla condizione attuale della popolazione ultra 64enni. nei suoi vari aspetti socio –sanitari.

ALBERO DEGLI OBIETTIVI

Consiste nel trasformare in positivo l'immagine della realtà attuale (negativa) ottenuta con l'albero dei problemi. La condizione attuale negativa (problema) viene trasformata in una condizione futura (obiettivo).La trasposizione dei problemi in obiettivi non costituisce l'individuazione degli obiettivi del progetto . Essa descrive una raffigurazione positiva della realtà(della situazione) qualora tutti i problemi fossero risolti. Il progetto sceglierà di raggiungere solamente alcuni degli obiettivi raffigurati nell'albero.

MODELLO LOGICO

Nel modello Logico sono indicati in modo schematico le tappe che portano al raggiungimento dell'obiettivo specifico di attivazione di un sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra 64enne. Attraverso gli operatori sociali dei comuni, degli ambiti sociali e delle case di riposo , le campagne di informazione della popolazione e dei MMG e tramite il coinvolgimento degli stakeholder si otterrà una adesione alla raccolta dati da parte della popolazione interessata.

QUADRO LOGICO

E' la matrice di progettazione ed è molto utile per definire in maniera chiara i diversi elementi di un intervento progettuale e per visualizzarli in modo efficace.

Il quadro logico è articolato in quattro livelli, legati tra loro da un rapporto causa effetto in senso verticale dal basso verso l'alto, secondo il quale le attività portano ai risultati, i risultati conducono al raggiungimento dello scopo del progetto (obiettivo specifico) e lo scopo (obiettivo specifico) contribuisce al raggiungimento dell'obiettivo generale .

Quadro logico del progetto

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Portare a regime in Abruzzo il sistema di sorveglianza nazionale sulla popolazione anziana "PASSI d'Argento" al fine di fornire, anche nella nostra Regione, informazioni valide e tempestive, confrontabili nel tempo e fra diverse aree locali, capaci di orientare e migliorare le azioni da programmare.			Atti Regionali
Obiettivo specifico	Mettere a regime, entro il 2012, il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento estendendo la rilevazione dei dati al 100 % delle ASL della Regione Abruzzo	n. di ASL che mettono a regime il Sistema di sorveglianza alla fine del 2012/ n. di ASL x 100	Rapporto tecnico conclusivo del progetto	Si assume che nel periodo indicato (2010-2012) la divisione territoriale in ASL o altre unità territoriali rimanga invariata e non si verifichino accorpamenti o divisioni amministrative-gestionali
Risultati attesi 1	Disponibilità di un profilo della popolazione anziana basato sulle IADL (<i>Instrumental Activities of Daily Living</i>) e ADL (<i>Activities of Daily Living</i>), dinamico e utile alla programmazione e al monitoraggio degli interventi, che fornisca stime attendibili sulla distribuzione della popolazione anziana in sottogruppi corrispondenti a diversi target di intervento da parte dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.	Esistenza del profilo entro dodici mesi dalla fine della raccolta dati	Rapporto tecnico conclusivo del progetto	Si assume che la numerosità del campione permetta di effettuare stime (con intervalli di confidenza adeguati) sui fenomeni oggetti di indagine.

Attività 1.1	Identificare tutti i gruppi di interesse rilevanti per il progetto e definirne le modalità di coinvolgimento	Mezzi: Procedure definite nel protocollo del progetto nazionale	Protocollo del progetto nazionale	Si assume la presenza di un forte mandato istituzionale da parte della Regione e dei rappresentanti dei servizi dell'area sociale e sanitaria
Attività 1.2	Definire i sottogruppi di popolazione anziana	Mezzi: Definizioni disponibili nel protocollo del progetto	Procedure del progetto	
Attività 1.3	Pianificare e realizzare le attività di raccolta dati su un campione rappresentativo della popolazione ultra 64enne entro i tempi stabiliti.	Mezzi: Procedure definite nel protocollo del progetto		Il prolungarsi delle attività di raccolta dei dati rischia di non rendere confrontabili gli stessi dati raccolti in periodo diversi dell'anno (es. informazioni sulla vaccinazione antinfluenzale raccolte in inverno e primavera); Disponibilità di personale
Risultati attesi 2	Disponibilità di un sistema di indicatori sulla qualità di vita, sulle condizioni di salute, sulla copertura delle attività di prevenzione e assistenziali, sulla qualità dell'assistenza della popolazione anziana capace di integrare le informazioni esistenti a livello regionale e locale	sistema di indicatori congrui con il progetto nazionale	Rapporto tecnico del progetto	
Attività 2.1	Analisi delle fonti di dati già esistenti a livello regionale e locale	Mezzi: individuazione da parte del Gruppo di Progetto di tutti gli archivi disponibili e delle fonti dei dati utilizzabili a livello locale		Fonti non completamente disponibili
Attività 2.2	Definizione del sistema di indicatori	Mezzi: Definizioni disponibili nel protocollo del progetto nazionale		

Risultati attesi 3	Formazione adeguata del personale dei servizi sociali e sanitari coinvolti	N. di operatori coinvolti nelle attività che hanno partecipato a formazione specifica / n. totale di operatori coinvolti nelle attività di formazione	Atti formazione, sistema di monitoraggio sorveglianza	
Attività 3.1	Formazione degli operatori coinvolti e attivazione di una comunità di pratica	Mezzi: Piano di formazione del progetto nazionale e piattaforma nazionale		
Risultati attesi 4	Messa a punto di una strategia comunicativa mirata che, a partire dai risultati della sorveglianza, permetta di indirizzare in maniera più razionale ed efficace azioni e strategie di intervento settoriali e intersettoriali	Esistenza di un piano di comunicazione per ogni azienda sanitaria partecipante entro la fine del 2011 Esistenza di un rapporto di comunicazione per ogni azienda sanitaria entro la fine del 2012	Piano di comunicazione Rapporto di comunicazione	
Attività 4.1	Definizione della strategia di comunicazione	Mezzi: Indicazioni contenute nel protocollo del progetto		
Attività 4.2	Messa in atto della strategia di comunicazione	Mezzi: risorse messe a disposizione dai servizi		Disponibilità risorse

Beneficiari : Popolazione ultra 64enne della Regione Abruzzo

Obiettivi di processo :

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore al 31 dicembre 2010	Valore indicatore al 31 dicembre 2011		Valore indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	atteso	osservato
Percentuale di comuni che hanno aderito al progetto	Registro attività	0	80%*		80%*	
% di persone ultra 64enni che hanno risposto al questionario	Registro attività	0	70%*		70%*	

*Valori attesi dipendenti dalle date di inizio

Tabella 3 – Cronoprogramma azioni previste

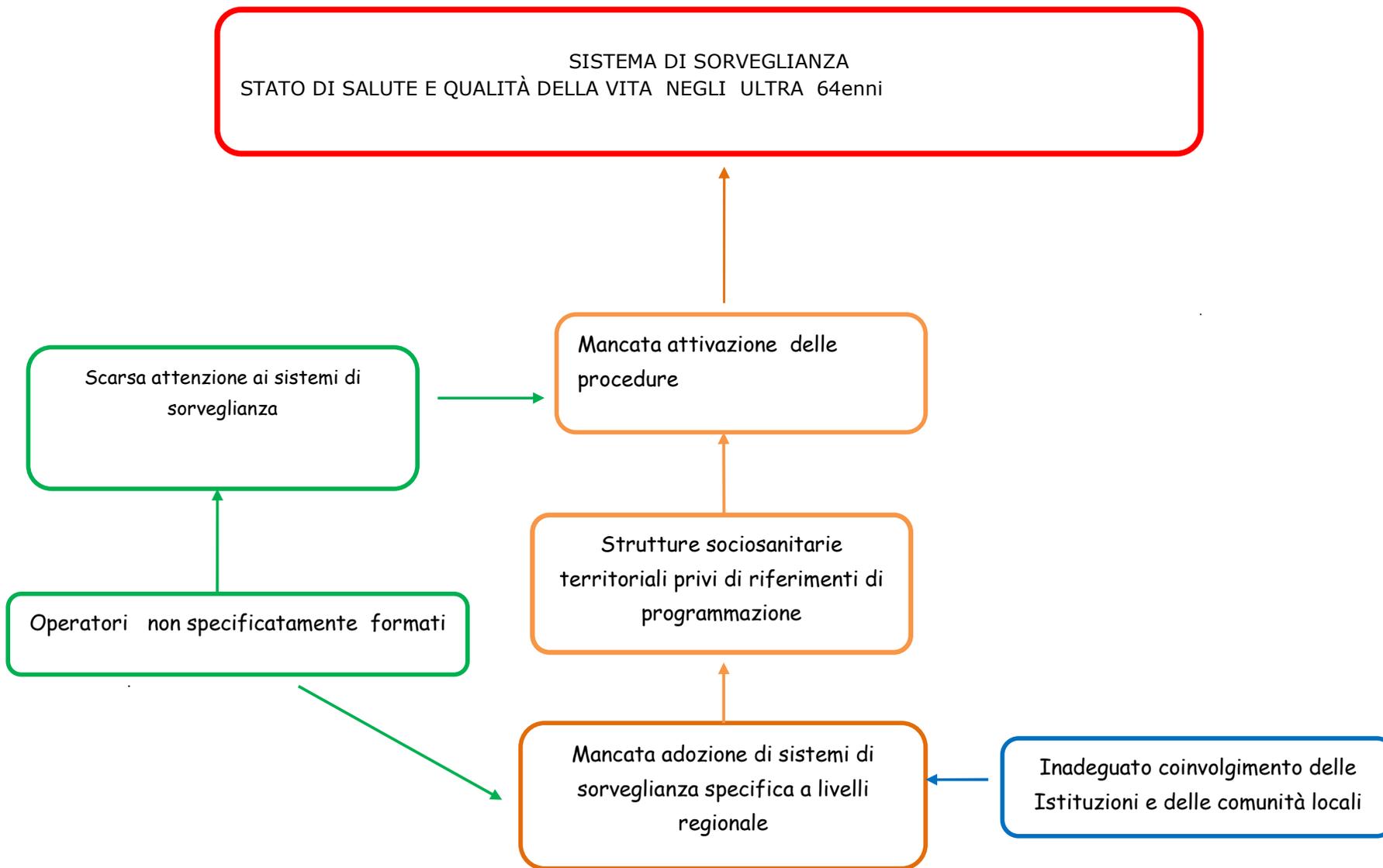
Risultati attesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
R.A. 1 – Azione 1	■	■																						
R.A. 1 – Azione 2		■	■																					
R.A. 1 – Azione 3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
R.A. 2 – Azione 1	■	■	■																					
R.A. 2 – Azione 2	■	■	■																					
R.A. 3 – Azione 1	■	■	■	■																				
R.A. 4 – Azione 1	■	■	■	■	■	■																		
R.A. 4 – Azione 2			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Report intermedi (I) e finale (F)												R.I												R.F.

- Attività 1.1 Identificare tutti i gruppi di interesse
- Attività 1.2 Definire i sottogruppi di popolazione anziana
- Attività 1.3 Pianificare e realizzare le attività di raccolta dati
- Attività 2.1 Analisi fonte dati
- Attività 2.2 Definizione sistema indicatori
- Attività 3.1 Formazione operatori coinvolti
- Attività 4.1 Definizione strategia di comunicazione
- Attività 4.2 Messa in atto strategia di comunicazione

LINEA GENERALE: PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLA DISABILITÀ E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

PROGETTO : Sorveglianza della qualità della vita percepita dagli ultra 64enni - Passi D'Argento

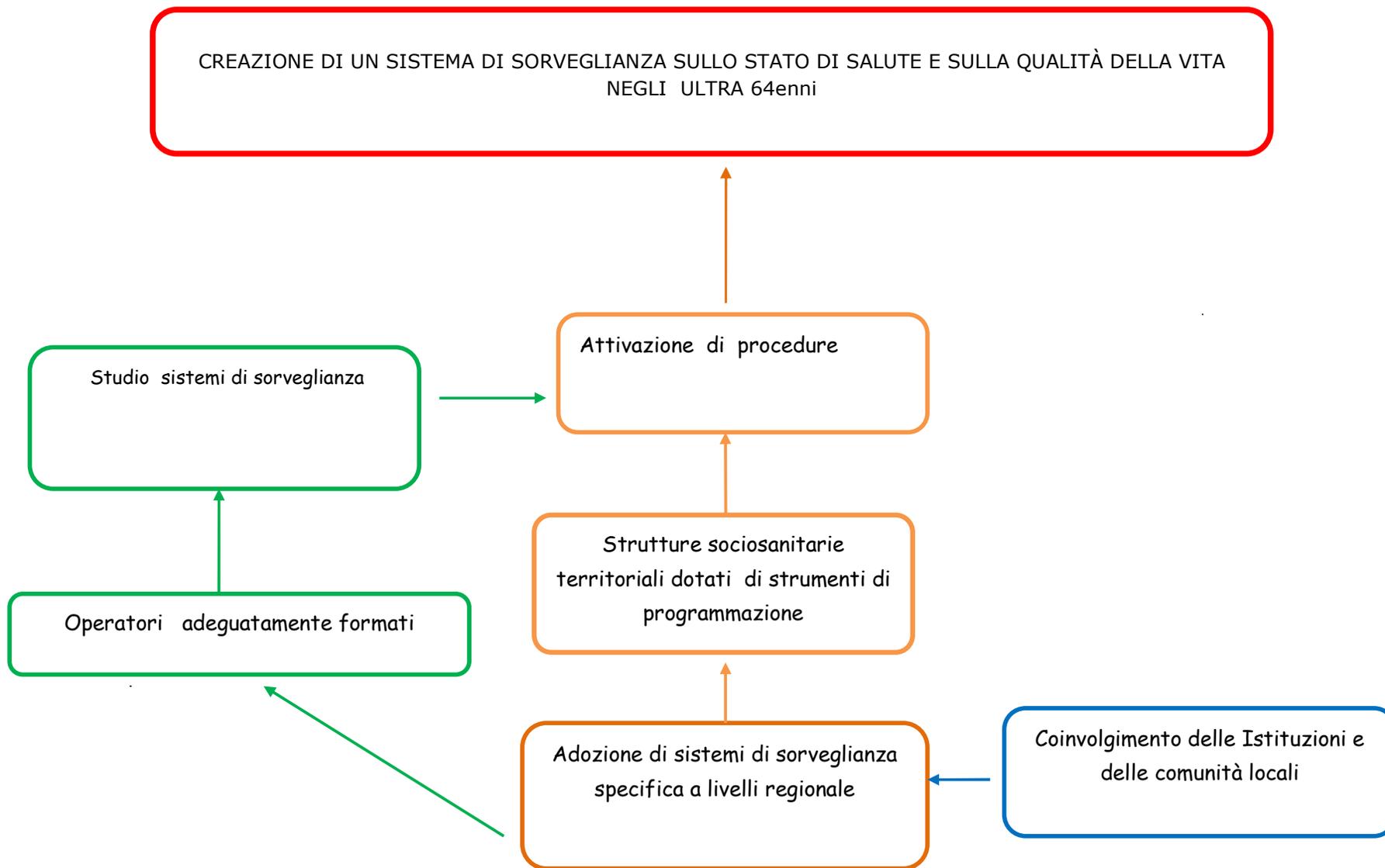
ALBERO DEI PROBLEMI



LINEA GENERALE: PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLA DISABILITÀ E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

PROGETTO : Sorveglianza della qualità della vita percepita dagli ultra 64enni - Passi D'Argento

ALBERO DEGLI OBIETTIVI



Modello logico "Passi D'Argento"

