



REGIONE CAMPANIA

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

2010-2012

INDICE

IL QUADRO STRATEGICO DEL P.R.P.	5
1. Il contesto epidemiologico regionale	7
2. Le azioni strategiche	66
IL PIANO OPERATIVO	69
1. La medicina predittiva	70
1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia (utilizzo “Carta del rischio Cardiovascolare”)	70
Progetto 1: Utilizzo delle carte del rischio cardiovascolare (Quadro d’Insieme n° 1.1.1)	70
2. La prevenzione universale.....	74
2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale.....	74
Progetto 1: Moltiplicatori dell’azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali (riportato nel Quadro d’Insieme con n° 2.1.1).....	74
2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	79
Progetto 2: Prevenzione delle patologie lavoro correlate (Quadro d’Insieme n° 2.2.1).....	79
Progetto 3: Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo (Quadro d’Insieme n° 2.2.2).....	81
2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico.....	84
Progetto 4: Prevenzione degli incidenti domestici negli anziani attraverso la promozione dell’attività fisica mediante i gruppi di cammino e la ginnastica dolce (Quadro d’Insieme n° 2.3.1).....	84
Progetto 5: Prevenzione degli incidenti domestici in età infantile 0-4 anni (Quadro d’Insieme n° 2.3.2).....	87
Progetto 6: La prevenzione degli incidenti domestici nella scuola primaria e secondaria di I grado (Quadro d’Insieme n° 2.3.3)	93
2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione.....	96
Progetto 7: Aumentare la copertura vaccinale attraverso il miglioramento dell’anagrafe vaccinale, la maggiore accessibilità per i gruppi a rischio e la realizzazione di programmi informativi per la popolazione (Quadro d’Insieme n° 2.4.1).....	96
2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	100
Progetto 8: Riduzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria (Quadro d’Insieme n° 2.5.1).....	100
2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni	112
Progetto 9: Se...sso non sarà mai per caso: un programma di promozione alla sessualità responsabile nella scuola superiore (Quadro d’Insieme n° 2.6.1).....	112
Progetto 10: Controllo e riduzione della echinococcosi/idatidosi nelle popolazioni animali e prevenzione della patologia umana correlata (Quadro d’Insieme n° 2.6.2)	120

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Progetto 11: Malattie infettive trasmissibili sessualmente con particolare riferimento all'infezione da HIV (Quadro d'Insieme n° 2.6.3)	132
Progetto 12: Miglioramento e razionalizzazione nella gestione della malattia tubercolare, attraverso una più efficace gestione dei flussi informativi, della gestione dei malati e dei contatti. (Quadro d'Insieme n° 2.6.4)	137
2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	143
Progetto 13: Implementazione del sistema REACH-CLP per la tutela della salute umana Quadro d'Insieme n° 2.7.1)	143
Progetto 14: Implementazione e messa a regime delle azioni per il monitoraggio epidemiologico e per la valorizzazione delle fonti informative ambiente-salute relativamente ai processi di raccolta, trasformazione e smaltimento dei rifiuti nella Regione Campania (Quadro d'Insieme n° 2.7.2)	153
2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano	157
Progetto 15: La comunicazione del rischio in sicurezza alimentare: un passo importante verso la prevenzione (Quadro d'Insieme n° 2.8.1)	157
2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	167
Progetto 16: Comunicazione integrata dei dati delle sorveglianze di popolazione a sostegno degli interventi di promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini (Quadro d'Insieme n° 2.9.1)	167
Progetto 17: Progetto sperimentale relativo alla messa a punto di un sistema di sorveglianza su alcuni indicatori di salute nei primi due anni di vita del bambino, attraverso l'utilizzo del sistema informativo dei centri vaccinali di distretto (Quadro d'Insieme n° 2.9.2)	172
Progetto 18: Promozione dell'Attività Fisica, della Corretta Alimentazione e di altri stili di vita salutari: Guadagnare Salute nel bambino nell'età della scuola primaria (Quadro d'Insieme n° 2.9.3)	176
Progetto 19: Promozione dell'Attività Fisica, della Corretta Alimentazione e di altri stili di vita salutari: Guadagnare Salute nel bambino nell'età della scuola secondaria di I grado (Quadro d'Insieme n° 2.9.4)	184
Progetto 20: Promozione del Benessere Psicologico attraverso la peer-education (Quadro d'Insieme n° 2.9.5)	191
Progetto 21: Prevenzione dei danni epatici (intossicazione alcolica, epatite alcolica, steatosi epatica, cirrosi) derivanti dall'eccessivo consumo di bevande alcoliche fra i giovani della Regione Campania (Quadro d'Insieme n° 2.9.6)	195
Progetto 22: Promozione di stili di vita salutari nella popolazione giovane-adulta: guadagnare salute nutrendosi meglio, muovendosi di più, non fumando e consumando alcol con moderazione (Quadro d'Insieme n° 2.9.7)	198
Progetto 23: Prevenzione dell'obesità e delle comorbidità associate in Campania mediante la gestione integrata del paziente a rischi (Quadro d'Insieme n° 2.9.8)	206
Progetto 24: Piedibus: muoversi in sicurezza (Quadro d'Insieme n° 2.9.9)	213
Progetto 25: Prevenzione delle patologie da carenza alimentare di iodio (Quadro d'Insieme n° 2.9.10)	216
Progetto 26: Monitoraggio ed intervento sulla popolazione a rischio ai fini della prevenzione e riduzione della carenza iodica in Campania (Quadro d'Insieme n° 2.9.11)	219
Progetto 27: Prevenzione della dipendenza da gioco d'azzardo (Quadro d'Insieme n° 2.9.12)	226
3. La prevenzione della popolazione a rischio	229
3.1 Tumori e screening	229
Progetto 1: Organizzazione e implementazione dello Screening del cancro del colon-retto in Campania (Quadro d'Insieme n° 3.1.1)	229

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Progetto 2: Macroarea 3. Prevenzione della Popolazione a Rischio. Riorganizzazione e implementazione del Programma di Screening per la diagnosi precoce del cancro della mammella mediante mammografia offerta con cadenza biennale alle donne di età compresa tra 50-69 anni. (Quadro d'Insieme n° 3.1.2)	233
Progetto 3: Macroarea 3. Prevenzione della Popolazione a Rischio. Riorganizzazione e implementazione del Programma di Screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del cancro della cervice uterina mediante esecuzione di esame colpo citologico (Pap-Test) offerto con cadenza triennale alla popolazione femminile di età compresa tra 25 e 65 anni (Quadro d'Insieme n° 3.1.3)	236
Progetto 4: Piano di fattibilità per la realizzazione della rete regionale di registrazione oncologica (Quadro d'Insieme n° 3.1.4)	240
3.2 Le malattie cardiovascolari.....	247
Progetto 5: Prevenzione delle recidive nei soggetti con precedenti accidenti cardiovascolari acuti (Quadro d'Insieme n° 3.2.1.)	247
3.3 Il diabete.....	252
Progetto 6: Prevenzione delle complicanze del diabete attraverso l'attuazione del disease management (Quadro d'Insieme n° 3.3.1)	252
Progetto 7: Prevenzione complicanze del diabete: percorso educativo assistenziale per la prevenzione del Piede Diabetico (Quadro d'Insieme n° 3.3.1.1).....	263
3.4 Le malattie respiratorie croniche	265
Progetto 8: Prevenzione della diffusione dei fattori di rischio per patologia respiratoria cronica: un progetto sperimentale caratterizzato dalla misurazione mediante metodi analitici dell'esposizione al fumo di sigaretta (Quadro d'Insieme n° 3.4.1)	265
3.5 Le patologie orali.....	268
Progetto 9: Progetto di prevenzione delle patologie odontoiatriche nelle donne in gravidanza: "un regalo per la vita tua e del tuo bambino" (Quadro d'Insieme 3.5.1	268
Progetto 10: Progetto di prevenzione delle patologie odontoiatriche in età evolutiva (Quadro d'Insieme n° 3.5.2)	276
Progetto 11: Progetto di prevenzione delle patologie odontoiatriche in età adulta ed anziana (Quadro d'Insieme 3.5.3).....	284
3.6 I disturbi psichiatrici.....	290
Progetto 12: Contrasto ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in età evolutiva: interventi di prevenzione finalizzati ad una tempestiva e adeguata identificazione e presa in carico dei casi a rischio (Quadro d'Insieme n° 3.6.1)	290
Progetto 13: Prevenzione delle depressioni e del suicidio (Quadro d'Insieme n° 3.6.2)	294
4. La prevenzione delle complicanze e recidive di malattia.....	297
4.1 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	297
Progetto 1: Sorveglianza e prevenzione della fragilità nell'anziano (Quadro d'Insieme n° 4.1.1)	297

IL QUADRO STRATEGICO DEL P.R.P.

Il quadro strategico in cui si colloca il Piano Regionale della Prevenzione della Campania tiene conto dell'evidenza che le diverse condizioni di salute e cause di morte sono correlate a condizioni di vita corrispondenti a livelli di benessere e condizioni di salute differenti.

In particolare esiste un nesso scientificamente dimostrato tra le condizioni di salute e le condizioni socioeconomiche, nella loro espressione concreta di livelli di istruzione, reddito e professione.

Le condizioni di salute della popolazione e degli individui sono il risultato, quindi dell'azione dell'intera società e quindi dell'influenza di altri soggetti, al di fuori della Sanità, da cui nasce la necessità di una efficace collaborazione fra tutte le componenti della società la cui azione, direttamente o indirettamente, incida sulla salute.

Da queste considerazioni nascono i valori e i principi ispiratori delle strategie regionali nel campo della programmazione sanitaria e, quindi, anche della prevenzione: l'equità, l'integrazione e la partecipazione.

I problemi di salute oggi prevalenti nella popolazione, tenuto anche conto del peso rilevante assunto dal problema delle disuguaglianze in ambito inter- e intra-regionale, richiedono spesso interventi di prevenzione radicalmente diversi e più estesi rispetto al tradizionale ambito di attività dei servizi di prevenzione.

I principali problemi di salute richiedono lo sviluppo di vere e proprie politiche di prevenzione nel cui impianto i servizi di prevenzione devono certamente avere un ruolo fondamentale (di promozione, di sostegno, di valutazione), ma che richiedono l'azione integrata di molti soggetti (istituzionali e non) nella collaborazione con i quali gli attuali servizi hanno sporadica consuetudine e non sempre adeguata preparazione.

Tuttavia, allo stato attuale, le attività di prevenzione presentano numerose criticità che possono prospettare preoccupanti segnali di crisi.

Primo problema da considerare tra tali criticità è sicuramente quello delle scarse risorse destinate alla prevenzione.

Negli ultimi decenni il rilevante incremento dei costi generati dall'evoluzione tecnologica e dallo sviluppo di farmaci innovativi ha indotto sempre più a considerare la prevenzione come strumento efficace per cercare di garantire la sostenibilità futura del sistema sanitario.

Tuttavia la prevenzione e la promozione della salute restano ambiti di attività particolarmente limitati, cui sono indirizzate quote minime di risorse e in cui spesso non sono stati realizzati investimenti adeguati in termini di personale, tecnologia e formazione.

La prevenzione richiede l'organizzazione di attività per la riduzione dei rischi sanitari e di interventi di popolazione finalizzati a tutelare gruppi sociali svantaggiati; richiede di investire risorse in vista di vantaggi futuri non immediatamente percepibili, di modificare comportamenti e stili di vita.

Un altro punto di criticità è legato alla attuale frammentazione che contraddistingue l'organizzazione delle attività di prevenzione; tutto ciò, nonostante l'esistenza del Dipartimento di Prevenzione, che in teoria dovrebbe funzionare come una sorta di "cabina di regia" per l'attuazione e la valutazione di tali azioni in ambito aziendale.

Solo una parte viene esercitata direttamente (o almeno coordinata) dai servizi di prevenzione, mentre interi segmenti (come ad esempio gli interventi di prevenzione secondaria) sono in genere aggregati a servizi clinici di diagnosi e cura che agiscono per lo più separatamente senza rapportarsi con i servizi di prevenzione.

Infine, altre rilevanti criticità sono da riferire alla attuale organizzazione del Dipartimento di Prevenzione (DP): infatti il DP, nella sua attuale configurazione, agisce come una sorta di confederazione di servizi autonomi e non come una unità organizzativa integrata.

Permane, nell'organizzazione e nella gestione, la logica dell'adempimento agli obblighi di legge che ha prodotto rigidità strutturali e procedurali, impedendo spesso una corretta valutazione ordinale dei rischi, essenziale ai fini della definizione delle priorità operative.

L'organizzazione del lavoro "per obiettivi" non costituisce ancora la pratica prevalente e viene spesso utilizzata solo per progetti "speciali" e "aggiuntivi" che, pur essendo importanti, non influenzano il funzionamento ordinario della macchina organizzativa e non producono integrazione reale e permanente.

È quindi auspicabile che il DP assuma sempre più un ruolo legato al contributo di analisi, lettura e prioritizzazione degli interventi non solo sanitari, ma dell'ambiente socio-economico generale che hanno rilevanza per lo stato di salute, a fianco di quello più tradizionale di erogatore di servizi specifici per il mantenimento della salute nel campo delle malattie infettive e dell'ambiente di vita e di lavoro.

1. IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE

Le fonti informative e i dati disponibili utilizzati

Per la definizione del contesto epidemiologico regionale sono state utilizzate le fonti di dati di seguito elencate:

Sistemi di Sorveglianza sugli stili di vita

- PASSI d'Argento
- PASSI
- OKkio alla Salute
- Health Behaviour School-aged Children (HBSC)

Altre fonti

- Istat, "Annuario statistico italiano 2007"
- Istat, Statistiche sulla popolazione "demo" (<http://demo.istat.it/>)
- Ministero della Salute, "Relazione sullo stato sanitario del Paese 2005-2006"
- Istat, "14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni (2001)"
- *Health for All* – Italia, sistema informativo territoriale su sanità e salute
- Sistema di Gestione Informatizzata del Settore Alimentare (GISA)
- Osservatorio Regionale Sicurezza Alimentare (ORSA)
- Banca Dati Nazionale dell'Anagrafe Zootechnica Nazionale (BDN)
- Osservatorio Epidemiologico Veterinario della Regione Campania (OEV)

La salute della popolazione campana

La percezione della salute

Numerosi studi hanno mostrato che lo stato di salute percepito dalle persone è strettamente correlato alla mortalità e la morbosità. Lo stato di salute percepito è anche associato alla presenza delle più frequenti malattie croniche ed ai loro fattori di rischio (per esempio sovrappeso, fumo, inattività fisica).

Ci sono diversi metodi per misurare la percezione della salute. Il metodo usato da *PASSI* è quello dei "giorni in salute" che misura la percezione del benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici e il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni per motivi fisici e/o mentali. Seguono i principali risultati relativi ai cittadini campani.

Sensazione di come si sta in salute

il 65% degli intervistati ha risposto di sentirsi bene o molto bene, mentre il 29% ha risposto di essere in condizioni di salute discrete. Solo il 6% di stare male/molto male.

In particolare si dichiarano meno soddisfatti della loro salute e dichiarano una condizione discreta o cattiva:

- Persone sopra i 50 anni (56%)
- Donne (40%)
- Persone con istruzione elementare (61%)
- Persone con molte difficoltà economiche (56%) e, soprattutto,
- Persone con patologie severe (63%)

Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo a livello aziendale, la percentuale di intervistati che riferisce una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale; solo i valori delle ASL AV 1 e NA5 si mostrano, rispettivamente, inferiore e superiore in modo statisticamente significativo (range dal 55% di AV 1 all'89% della NA 5).

Giorni di cattiva salute e limitazioni alle normali attività

La maggior parte delle persone intervistate riferiscono di essere state bene negli ultimi 30 giorni:

- 60% in buona salute fisica
- 69% in buona salute psicologica
- 79% senza alcuna limitazione delle attività abituali.

Il 7% ha avuto cattiva salute per motivi fisici, l'8% per motivi psicologici e solo il 4% non è stato in grado di svolgere le attività abituali a causa del cattivo stato di salute fisica o psicologica per più di 14 giorni in un mese.

Le donne lamentano più giorni in cattiva salute per motivi psicologici, e sono più limitate nelle loro abituali attività.

Persone con sintomi di depressione

In Campania il 9% delle persone intervistate riferisce di aver avuto, nell'arco delle ultime 2 settimane, i sintomi che definiscono lo stato di depressione. Una percentuale identica a quella media delle ASL partecipanti al PASSI.

I sintomi di depressione non si distribuiscono in modo uniforme nella popolazione. Più colpiti sono:

- le donne (11%) riportano questi sintomi con una frequenza quasi doppia rispetto agli uomini
- le persone con livello di istruzione elementare (17%)
- le persone con molte difficoltà economiche 23%)
- le persone senza un lavoro regolare (12%) e
- le persone con almeno una malattia cronica (22%).

La percezione dello stato di salute delle persone che riferiscono sintomi di depressione è, come era da aspettarsi, peggiore: il 70% riferisce che il proprio stato di salute non è buono.

In media le persone con sintomi di depressione, nell'ultimo mese, riferiscono di aver avuto

- ben 10 giorni in cattiva salute per motivi fisici, contro i 2 degli altri
- ben 15 giorni in cattiva salute per motivi psicologici, contro i 2 degli altri
- ben 7 giorni con limitazioni delle attività quotidiane contro l'unico giorno degli altri senza sintomi di depressione.

I sintomi di depressione sono frequenti in Campania perché riguardano quasi una persona su dieci, con valori più alti tra le donne, le persone con malattie croniche, chi ha difficoltà economiche e chi non lavora. Questi sintomi influenzano negativamente la sensazione di benessere psicofisico, con limitazioni significative delle normali attività.

Si crea un circolo vizioso in cui: scarsa istruzione e situazione socio economica abbassano il senso di benessere psico-fisico, inducono sintomi di depressione che riducono lo svolgimento delle normali attività, con conseguenze sulle capacità di migliorare la situazione economica. Questo circolo vizioso illumina la relazione reciproca tra prosperità economica della comunità e salute.

D'altra parte, anche se il dolore mentale è preferibilmente nascosto e si ha difficoltà a richiedere aiuto, un significativo 32% ha fiducia nel medico di famiglia e negli operatori sanitari e si rivolge loro per aiuto, mentre gli ammalati cronici dichiarano più facilmente sintomi depressivi.

Queste associazioni gettano luce sul ruolo essenziale che il servizio sanitario, assieme alla famiglia, svolge per sostenere le persone sul piano emotivo e favorire il loro ruolo attivo nella comunità, una delle sfide attuali e future del servizio sanitario della Campania.

Percezione della salute in età evolutiva

Il Sistema di Sorveglianza HBSC, basato su dati riferiti dagli adolescenti di 11,13 e 15 anni, ci fornisce un quadro interessante su come i ragazzi e le ragazze percepiscono la propria salute: in entrambi i sessi e ugualmente in Campania come in Italia, più di 9 adolescenti su 10 giudicano la propria salute come buona-eccellente; solo tra le ragazze quindicenni si osserva, rispettivamente tra le campane e le italiane, una lieve riduzione di tale percezione rispettivamente nell'87% e 85% dei casi.

Gli stili di vita

Attività fisica e sedentarietà - Adulti

La scarsa attività fisica è un fattore di rischio indipendente per diabete, malattie cardiovascolari, obesità, osteoporosi e sintomi di depressione. Nelle persone che soffrono di artrosi e nella terza età, l'inattività fisica aumenta fortemente il rischio di disabilità. Sebbene gli esperti abbiano stimato che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità, per tutte le cause, di circa il 10%, lo stile di vita sedentario è in aumento nei paesi sviluppati.

Esistono prove scientifiche del fatto che alcuni interventi sono in grado di aumentare la pratica dell'attività fisica e migliorare la forma fisica: le campagne di informazione rivolte alla comunità, i suggerimenti ad incoraggiare l'uso delle scale, l'attivazione di programmi individuali per il cambiamento dei comportamenti correlati alla salute, gli interventi organizzativi e di pianificazione urbana (aree verdi attrezzate, piste ciclabili, percorsi pedonali). Tra questi interventi, PASSI rileva i suggerimenti degli operatori sanitari.

- Il 28% degli adulti svolge attività fisica in misura adeguata a mantenersi in salute, o perché fa un lavoro pesante o perché pratica esercizio fisico
- Il 28% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in misura insufficiente
- Il 44% è completamente sedentario
- La sedentarietà aumenta con l'età ed è più frequente tra le persone meno istruite e tra quelle con molte difficoltà economiche, che risultano essere i più sedentari
- Gli assistiti delle ASL della Campania hanno, assieme a quelli della Sicilia, riportato i valori più elevati di sedentarietà (44% contro una media nazionale pari al 28%)
- Il problema è particolarmente accentuato nelle ASL di Afragola, Acerra, Castellammare di Stabia ed in quella di Sarno – Nocera, mentre è meno importante nelle ASL di Avellino, Benevento, Salerno e nell'ASL di Vallo della Lucania.

E' importante notare che sia le persone parzialmente attive, che -anche se in misura inferiore- i sedentari, spesso non sono consapevoli del fatto che si muovono troppo poco. In questo, possono giocare un ruolo efficace gli operatori sanitari che possono aumentare il grado di consapevolezza, se essi stessi riconoscono il valore dell'attività fisica nel mantenere lo stato di salute. Purtroppo, però, solo il 25% delle persone intervistate riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha chiesto loro se svolgono attività fisica e ha consigliato di farla regolarmente nel 22% dei casi.

Concludendo, il fatto che nelle ASL della nostra regione il 72% degli assistiti adulti svolga attività fisica in misura insufficiente e che vantiamo i livelli di sedentarietà più elevati d'Italia è un problema per lo stato di salute, più grave tra le persone anziane, poco istruite e più povere. Le persone fisicamente poco attive o inattive spesso non sono consapevoli della loro situazione e l'attenzione dei medici è ancora

scarsa. Molti miglioramenti sono possibili. L'attenzione e il consiglio del medico, che sono efficaci nel modificare lo stile di vita sedentario, dovrebbero essere esercitati con maggiore frequenza e fiducia.

Attività fisica e sedentarietà – Età evolutiva

I bambini campani, al pari dei loro genitori adulti, si caratterizzano per una vita sedentaria: sono meno spesso (69%) "fisicamente attivi" rispetto ai loro coetanei italiani (74%), giocano meno spesso all'aperto rispetto a questi ultimi (rispettivamente nel 48% e 55% dei casi).

D'altra parte, avendo 3 bambini su 4 la televisione nella propria stanza, contro un dato nazionale pari a 2 su 4, con tutte le conseguenze associate ad una tale "comodità", non ci si poteva attendere di meglio.

Relativamente alla percezione da parte della madri dell'attività fisica svolta dai bambini, poi, si apprezza come all'interno dei bambini classificati come "non attivi", il 40% delle loro madri ritiene essi svolgano una sufficiente attività fisica, e, addirittura, il 5% ritiene che il figlio svolga molta attività.

Il Sistema di Sorveglianza HBSC (anno 2010), inoltre, relativamente alla sedentarietà, ci restituisce alcune importanti informazioni: i quindicenni campani, rispetto ai loro coetanei italiani, spendono ≥ 2 ore/giorno al computer o playstation rispettivamente nel 51% e nel 39% dei casi; lo stesso accade per le ragazze della stessa età che spendono al PC/playstation ≥ 2 ore/giorno nel 34% dei casi rispetto al 26% delle coetanee italiane.

Fumo

E' il principale fattore di rischio di malattie croniche non trasmissibili, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie, cancro. Si tratta del maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità.

La sospensione del fumo dimezza il rischio di infarto al miocardio già dopo un anno di astensione; dopo 15 anni il rischio diventa pari a quello di un non fumatore. L'attenzione e il consiglio di smettere di fumare, da parte del medico, aumenta la probabilità che il fumatore smetta.

In Campania tra i 18 e i 69 anni:

- I fumatori sono il 33%
- I fumatori in astensione lo 0,8%.
- Gli ex fumatori il 13%,
- I non fumatori sono il 54%
- Ci sono più fumatori tra i soggetti di sesso maschile, tra gli adulti tra 25 e 49 anni, tra persone con basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche.

Tra le ASL di tutta Italia partecipanti al PASSI, i fumatori rappresentano il 31%, gli ex fumatori il 19%. La Campania si conferma una delle regioni con elevata percentuale di fumatori: il problema è maggiore nell'ASL di Napoli e in quelle a ridosso, come Afragola.

Fra i fumatori che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno, il 65% ha ricevuto domande sul proprio comportamento in relazione all'abitudine al fumo; nella maggior parte dei casi, il medico consiglia di mettere nel momento in cui c'è un problema di salute. Più di un fumatore su 3 (il 36%) ha tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno: tra questi ultimi, il 94% ha provato a smettere senza alcun ausilio. Fra gli ex fumatori il 98% ha smesso di fumare da solo. Appena lo 0.3% riferisce di aver fruito di servizi di disassuefazione dell'ASL e solo l'1% ha fatto uso di farmaci per smettere di fumare.

In Campania fuma un adulto su 3. Le ASL possono fare molto di più: i medici sono tolleranti con il fumo e consigliano di smettere prevalentemente in presenza di un problema di salute, mentre esiste una chiara

evidenza che il fumo in se è un serio problema di salute, oltre ad essere classificato come dipendenza patologica. I fumatori campani cercano di smettere ma non ci riescono anche perché l'utilizzo di ausili che sono efficaci è molto basso e la rete di servizi di disassuefazione non è utilizzata. Le AASSLL, inoltre, collaborando con le agenzie educative, dovrebbero avviare o potenziare programmi di contrasto all'iniziazione al fumo, al fumo in gravidanza e quelli per la disassuefazione.

Fumo - Età evolutiva

HBSC ci restituisce dati interessanti anche sull'abitudine al fumo degli adolescenti: tra i ragazzi quindicenni campani si fuma ≥ 1 volta a settimana nel 15% dei casi (Italia 19%), mentre tra le ragazze della stessa età ciò si verifica nel 14% dei casi (Italia 20%). Anche tra i tredicenni campani si apprezza un'incipiente abitudine al fumo: ragazzi e ragazze fumano, rispettivamente, nel 4% e nel 2% dei casi.

Fumo passivo

Rappresenta la principale fonte di inquinamento dell'aria negli ambienti confinati. L'esposizione in gravidanza, inoltre, si associa ad un maggior rischio di basso peso alla nascita e di morte improvvisa del lattante. L'esposizione al fumo passivo nell'infanzia si associa a otite media, asma, bronchite e polmonite, mentre in età adulta aumenta il rischio di malattie ischemiche cardiache, ictus, cancro del polmone.

Lo studio PASSI ci fornisce informazioni preziose: gli intervistati campani riferiscono, nel 71% dei casi, che il divieto di fumare nei luoghi pubblici è rispettato sempre o quasi sempre (il dato nazionale è 84%); il 29% di essi, inoltre, dichiara che il divieto non è mai rispettato o lo è raramente (il dato nazionale è 16%). Sul luogo di lavoro, inoltre, il divieto di fumare è rispettato nell'80% dei casi (dato nazionale: 85%). Soltanto il 66% degli intervistati, infine, dichiara che non si fuma nelle proprie abitazioni.

La regione Campania ha il primato in Italia per indicatori di mancata osservanza del divieto di fumo nei luoghi pubblici. E' necessario dare un forte impulso alle azioni per il rispetto della legge, in tal senso possono operare le Aziende Sanitarie, con i loro Dipartimenti di Prevenzione, per piani di vigilanza e di promozione del rispetto formale e sostanziale dei divieti. Il fatto che nel 34% delle case si fumi è un evento non modificabile con interventi repressivi e dovrebbe indurre a mettere in essere attività di comunicazione, rivolte in particolare ai genitori.

Stato nutrizionale - Adulti

In accordo a dati riferiti dai cittadini campani (PASSI), il 47% di essi è affetto da un eccesso ponderale, ovvero il 35% da sovrappeso ed il 12% da obesità. L'eccesso ponderale aumenta con l'aumentare dell'età; è maggiore negli uomini rispetto alle donne (rispettivamente 54% e 39%) e nelle persone con basso livello di istruzione. Rispetto al dato nazionale di sovrappeso ed obesità rispettivamente pari al 31% e 11%, la Campania mostra uno dei più alti livelli nazionali.

La percezione del proprio stato ponderale, in Campania così come anche in Italia, è modesta: tra i sovrappeso, più della metà giudica il proprio peso come adeguato. Inoltre, sia gli obesi che i sovrappeso, nella maggioranza dei casi, giudicano la propria alimentazione abbastanza o completamente sana.

Gli operatori sanitari campani, rispetto a quelli di altre regioni, non sembrano essere particolarmente attenti al problema nutrizionale dei cittadini: in Campania solo il 50% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o da un altro operatore sanitario; in particolare, hanno ricevuto questo consiglio il 42% (Italia 79%) delle persone in sovrappeso e il 73% (Italia 95%) delle persone obese. Solo il 26% delle persone campane in eccesso ponderale ha riferito di aver ricevuto il consiglio di fare attività fisica da parte di un operatore sanitario, mentre in Italia ciò avviene nel 57% dei casi.

L'eccesso ponderale rappresenta il secondo principale rischio modificabile per la salute in Campania ed è un problema prioritario di salute pubblica. Le persone sovrappeso frequentemente sottovalutano la loro condizione e gli operatori sanitari non attribuiscono ancora ad un alterato stato nutrizionale l'attenzione necessaria.

Stato nutrizionale – Età evolutiva

Il Sistema di Sorveglianza OKkio alla Salute (2008) riconosce alla Campania la maglia nera in quanto a sovrappeso ed obesità infantile, rispettivamente pari al 28% e 21% (Italia: 24% e 12%).

Com'è ovvio che sia, tali livelli di eccesso ponderale si associano a stili di vita fortemente favorevoli tale stato: i bambini campani, rispetto ai valori medi nazionali, fanno meno spesso una colazione mattutina adeguata, fanno spuntini assolutamente inadeguati ed ipercalorici.

Considerando, poi, l'alta prevalenza tra i bambini campani di obesità grave (> 99° centile, standard who) e, ancora, che in Campania è presente la proporzione di popolazione < 14 anni più alta del Paese, emerge come -in termini assoluti- tra tutti i bambini italiani affetti da obesità grave 1 su 3 risiede nella nostra regione. Alla luce dell'alto rischio di mantenere un tale livello di eccesso ponderale nelle età successive e considerando il rischio delle ben note comorbidità associate a tali livelli di sovrappeso, è legittimo ipotizzare che, nei prossimi anni, la fascia di popolazione giovane-adulta campana dovrà sopportare un carico di patologie metaboliche e cardio-vascolari senza precedenti.

Relativamente alla corretta percezione dello stato nutrizionale del proprio figlio quando è in sovrappeso, solo il 42% delle madri riesce ad apprezzarne l'entità contro un dato nazionale pari al 51%.

Un altro aspetto, altrettanto importante, riguarda l'impegno della scuola nel proporre attività salutari ai propri alunni: rispetto al resto del Paese, le scuole primarie campane hanno una mensa nel 48% dei casi (Italia 64%), distribuiscono alimenti salutari nel 3% dei casi (Italia 12%), svolgono le 2 ore di attività motoria curricolare nel 61% dei casi (Italia 71%).

Consumi di frutta e verdura - Adulti

Un cittadino campano su 2 assume frutta o verdura almeno una volta al giorno, mentre 1 su 3 ne assume 3-4 porzioni al giorno: solo il 7% (Italia 10%) degli intervistati aderisce alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta o verdura.

Consumi di frutta e verdura - Età evolutiva

Come avviene nel resto del Paese, OKkio alla Salute ci informa sul fatto che solo 2 bambini campani su 100 assumono quotidianamente almeno 5 porzioni di frutta o verdura; non ci si poteva attendere una situazione migliore considerato lo stile alimentare degli adulti.

HBSC, invece, che ci fornisce informazioni sugli adolescenti, ci mostra come il consumo di frutta diminuisca con l'aumentare dell'età: tra i ragazzi di 11 e 15 anni si consuma quotidianamente frutta, rispettivamente, nel 44% e 30% dei casi. Lo stesso si verifica tra le ragazze, rispettivamente nel 49% e 38% dei casi. Un simile trend lo si osserva anche tra gli altri ragazzi italiani. Relativamente al consumo quotidiano di verdura, invece, tale abitudine è stabile tra gli 11 ed i 15 anni, attestandosi tra il 12% e 16%, ma è quasi la metà di quanto avviene tra gli adolescenti italiani.

Consumo di alcol - Adulti

L'alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore per le conseguenze che il suo uso eccessivo può avere soprattutto per i giovani: è una sostanza potenzialmente cancerogena e di provata tossicità. L'OMS stima

che ogni anno siano, direttamente o indirettamente, attribuibili al consumo di alcol: il 10% di tutte le malattie, il 10% di tutti i tumori ed il 63% delle cirrosi epatiche.

L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per sé stessi e per gli altri (quali guida pericolosa di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, violenza).

A tale proposito, secondo l'OMS, il 41% degli omicidi, il 45% di tutti gli incidenti ed il 9% delle invalidità sarebbero attribuibili all'abuso di alcol. L'alcol è inoltre capace di indurre dipendenza ed è considerato, assieme al fumo, una "porta d'ingresso" verso il consumo di sostanze d'abuso.

L'abuso di alcol in Campania, pur mostrando valori meno preoccupanti rispetto alla media nazionale, è un problema che non va sottovalutato: la percentuale di assistiti campani che riferisce di aver bevuto, nell'ultimo mese, almeno una unità di bevanda alcolica (pari ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore) è il 47% (Italia 61%). Gli uomini bevono più spesso delle donne, rispettivamente nel 60% e 40% dei casi, e quasi un bevitore su 2 beve prevalentemente nei fine settimana.

Il 6% degli adulti assistiti dalle ASL Campane (Italia 16%) sono bevitori a rischio per uno o più dei seguenti comportamenti:

- aver bevuto nell'ultimo mese prevalentemente o solo fuori pasto (3%).
- aver bevuto, nell'ultimo mese, almeno una volta 6 o più unità di bevande alcoliche in una sola occasione (3%).
- Bere più di 3 unità/giorno per gli uomini e più di 2 unità/giorno per le donne (1%).

L'attenzione degli operatori sanitari verso il problema "alcol" è certamente migliorabile: tra coloro che negli ultimi 12 mesi sono stati dal medico, il 2% ha ricevuto il consiglio di bere meno, ed in particolare:

- il 12% tra i bevitori "a rischio"
- il 18% tra i bevitori binge
- il 6% tra quelli che bevono fuori pasto
- il 31% tra i forti bevitori.

In Campania circa metà della popolazione tra 18 e 69 anni consuma bevande alcoliche ed il 6% ha abitudini di consumo considerate a rischio. Gli operatori sanitari raramente si informano sulle abitudini dei loro assistiti e consigliano di moderare l'uso solo ai forti bevitori, quando forse è già tardi. E' verosimile che i rischi associati all'alcol siano sottovalutati, in parte perché i consumi sono inferiori rispetto ad altre aree dell'Italia, come il nord Italia, in parte perché l'alcol è una componente della nostra tradizione alimentare. Inoltre la Campania è un produttore di vino e le ragioni dell'economia, con l'esigenza di promuovere i prodotti campani, porta gli amministratori e i pianificatori a sottostimare l'effetto dell'alcol sulla salute.

Consumo di alcol – Età evolutiva

Dati da HBSC ci restituiscono informazioni da non sottovalutare: all'età di 13 anni si è ubriacato ≥ 2 volte il 4% dei ragazzi (Italia 4%) ed il 2% delle ragazze (Italia 4%); a 15 anni, ciò si è già verificato nel 14% dei ragazzi (Italia 20%) e nel 7% delle ragazze (Italia 12%).

Controllo dell'Ipertensione arteriosa

L'ipertensione arteriosa è un fattore di rischio cardiovascolare di malattie frequenti, gravi e invalidanti o mortali quali ictus, infarto miocardico, scompenso cardiaco, insufficienza renale. Si stima che trattare le complicanze dell'ipertensione costa circa il triplo di quanto costerebbe il trattamento adeguato di tutti gli ipertesi. D'altra parte, l'ipertensione è associata a fattori modificabili come il contenuto di sale della dieta,

l'obesità e l'attività fisica, per cui la frequenza di ipertensione è riducibile sia con interventi su questi fattori che con il controllo medico e farmacologico.

In Campania il 21% degli adulti tra 18 e 69 anni assistiti dalle ASL riferiscono di non aver misurato la pressione arteriosa, o di non ricordarlo, o che la misurazione era avvenuta più di due anni prima. La percentuale di non controllati si riduce all'8% tra gli assistiti sopra i 50 anni.

E' importante notare che non ci sono importanti diseguaglianze a danno dei meno istruiti e dei più indigenti.

Tra le ex-13 ASL della Campania ci sono invece notevoli variazioni dal 58% di adulti sotto controllo della ASL di Caserta all'86% della ASL di Napoli.

Nelle ASL partecipanti allo studio PASSI a livello nazionale, invece la percentuale di persone controllate negli ultimi due anni è pari al 93%.

In Campania il 20% (Italia 22%) degli intervistati di età 18-69 anni (Studio PASSI) che hanno avuta misurata la PA riferisce di aver avuto diagnosi di ipertensione arteriosa. Pur non mostrando sensibili differenze tra le AASSLL della regione, la percentuale di persone che riferiscono di essere ipertese aumenta progressivamente con:

- l'aumentare dell'età (fino al 41% sopra i 50 anni)
- l'eccesso di peso corporeo
- la diminuzione del livello di istruzione
- la diminuzione del reddito.

Il 74% degli ipertesi in Campania riferisce di essere in trattamento farmacologico. Indipendentemente dall'assunzione di farmaci, gli ipertesi hanno ricevuto consigli dal medico sull'opportunità di modificare alcuni comportamenti in una percentuale dei casi certamente migliorabile: ridurre il consumo di sale (87%), ridurre o mantenere il peso corporeo (76%) e svolgere regolare attività fisica (70%).

Controllo del Colesterolo

L'ipercolesterolemia, come l'ipertensione, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per cardiopatia ischemica e malattie cerebrovascolari, sui quali è possibile intervenire efficacemente. L'eccesso di rischio dovuto all'ipercolesterolemia aumenta in presenza di altri fattori di rischio, quali fumo e ipertensione.

In Campania, il 21% degli assistiti adulti delle ASL, non ha mai controllato il colesterolo (il 9% sopra i 50 anni) Il controllo del colesterolo è più frequente al crescere dell'età, ma non varia molto tra i sessi, e non ci sono forti diseguaglianze per istruzione e reddito Tra le ex-13 ASL della Regione la percentuale di persone che hanno effettuato la misurazione del colesterolo varia dal 58% al 93%, ed è particolarmente bassa nelle ASL di Caserta e Nocera-Sarno; il dato medio nazionale del controllo è pari al 77%, molto simile al dato della nostra regione.

Tra coloro che hanno misurato il colesterolo, il 18% ha avuto diagnosi di un eccesso di colesterolemia. L'ipercolesterolemia riferita appare una condizione più frequente nelle classi d'età più alte, negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione, in quelli con molte difficoltà economiche e in quelli con più alto Indice di Massa Corporea. Non si rilevano importanti differenze tra le ASL della Campania (range 15% - 26%).

Tra gli ipercolesterolemici il 33% riferisce di essere in trattamento farmacologico (Italia 25%), mentre il 91% ha ricevuto il consiglio da parte di un operatore sanitario di ridurre il consumo di carne e formaggi, l'83% di aumentare il consumo di frutta e verdura, il 79% di ridurre o controllare il proprio peso corporeo e il 76% di svolgere regolare attività fisica.

Coinvolgimento della popolazione in interventi di prevenzione secondaria: gli screening

Per quanto riguarda l'adesione ad alcune ben note strategie di prevenzione secondaria, ancora una volta i cittadini campani sembrano essere i meno coinvolti dell'intero Paese, anche tra gli strati sociali più evoluti. Nel 2005, in Campania la percentuale di residenti con più di 40 anni che si è sottoposta a una mammografia in assenza di sintomi è stata pari al 36%: la più bassa d'Italia (media nazionale 56%). Questo valore raggiunge il 48% nelle donne campane con diploma superiore, ma rimane ancora in assoluto il valore nazionale più basso (Italia: 65%).

Il 29% delle donne intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL (Italia 62%), mentre il 58% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa (Italia 74%). Il 52% ha riferito, infine, di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il mammografia (Italia 59%).

Analogamente per il **Pap-test**: in assenza di sintomi, il 45% delle donne con più di 25 anni si sottopone all'esame, contro la media nazionale del 65%. Anche nelle donne con diploma superiore la percentuale del 50% è sensibilmente inferiore rispetto al dato italiano, che è del 71%.

Il 27% delle donne intervistate con 25 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL (Italia 54%). Il 67% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa, valore quasi identico a quello nazionale, mentre il 52% ha riferito di essere stata consigliata da un operatore sanitario di effettuare con periodicità il Pap test, valore poco al di sotto di quello nazionale (58%).

In Campania l'11% delle persone tra 50 e 69 anni praticano la prevenzione del cancro del colon retto, secondo uno dei due modi raccomandati: il 6% riferisce di aver fatto la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni come raccomandato (Italia 19%); il 5%, invece, riferisce di aver effettuato la colonscopia a scopo preventivo negli ultimi 5 anni come raccomandato (Italia 6%).

Relativamente, poi, al coinvolgimento della popolazione da parte delle AASSLL per la prevenzione secondaria del cancro del colon, il 24% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa, il 15% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening del colon retto mentre soltanto il 3% delle persone intervistate con 50 anni o più ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dall'ASL.

Le patologie croniche

Rischio Cardio-Cerebro-Vascolare

Le malattie cardiovascolari rappresentano nel mondo occidentale la prima causa di morte: in particolare in Italia sono responsabili del 44% di tutti i decessi. I fattori correlati al rischio di malattia cardiovascolare sono numerosi: fumo, diabete, obesità, sedentarietà, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa. Seguono i tassi di attacco per eventi coronarici e cerebro-vascolari. I dati sono stati raccolti nell'ambito del Registro nazionale degli eventi coronarici e cerebrovascolari.

Il carico delle malattie cardiovascolari in Italia è da anni uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Gli indicatori disponibili (mortalità, dimissioni ospedaliere, pensioni di invalidità, spesa farmaceutica) evidenziano la gravità dei danni umani, sociali ed economici di quella che resta tra le principali cause di morbidità e mortalità nel nostro Paese. Il dato più rilevante per la salute degli italiani è che negli ultimi 15 anni si sono ridotte le differenze di mortalità tra Nord e Centro-Sud, e che nelle categorie sociali con scolarizzazione e reddito più basso i tassi di mortalità si sono ulteriormente (e negativamente) distanziati da quelli della restante parte della popolazione. In Campania le malattie del

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

sistema circolatorio costituiscono la prima causa di morte ed i tassi standardizzati di mortalità superano in modo rilevante quelli medi italiani (i dati sono riferiti al 2003):

Causa	Campania	Italia
Malattie sistema circolatorio	507,5	438,5
Tumori	257,1	275,6
Malattie apparato respiratorio	71,5	64,6
Traumatismi ed avvelenamenti	33,8	48,2
Malattie apparato digerente	61,2	46,0
Diabete mellito	50,4	30,9
Malattie apparato genito-urinario	18,9	14,2
Cause mal definite	12,2	12,1
Malattie infettive	5,6	6,0
Malformazioni congenite	2,8	2,7
Alcune cause di mortalità perinatale	3,1	2,7
Totale	1.023,9	941,4

tassi di mortalità per causa, standardizzati per età, per 100.000 ab.

Calcolando gli anni di vita potenziale persi (PYLLs) le malattie cardiovascolari compaiono al terzo rango della mortalità ma, nell'insieme, costituiscono il 18% dei PYLLs rispetto ad un valore medio nazionale del 15% circa (dati 2003):

%	% cum	CAMPANIA	Rang	ITALIA	%	% cum
30%	30%	CANCRO	1	CANCRO	30%	30%
7%	37%	INCIDENTE VEICOLO M.	2	INCIDENTE VEICOLO M.	12%	41%
7%	44%	CARDIOPATIE ISCHEMICHE	3	CARDIOPATIE ISCHEMICHE	6%	48%
7%	50%	ALTRE CARDIACHE	4	ALTRE CARDIACHE	6%	53%
6%	56%	ANOMALIE CONGENITE	5	ALTRI INCIDENTI	5%	58%
4%	61%	M. CEREBROVASCOLARI	6	SUICIDIO	5%	63%
4%	64%	ALTRI INCIDENTI	7	ANOMALIE CONGENITE	5%	68%
4%	68%	MAL. CRONICHE FEGATO	8	INFEZIONI HIV	4%	72%
4%	71%	M. NEUROLOGICHE	9	M. CEREBROVASCOLARI	3%	75%
3%	74%	S. DA DISTRESS RESP.	10	MAL. CRONICHE FEGATO	3%	79%

Tra le cause di morte per malattia circolatoria, le malattie cerebrovascolari sono al sesto rango in Campania ed al nono posto in Italia (dati 2003).

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Tassi st. di morte per 100.000 ab.	IMA	M. Cerebro Vasc.	Totale CV
Italia	130,4	132,9	263,3
Campania	144,3	188,1	332,4
Napoli	167,9	194,2	362,1
Caserta	150,7	210,1	360,8
Salerno	117,6	172,9	290,5
Avellino	115,8	174,4	290,2
Benevento	109,5	176,1	285,6

Ospedalizzazioni

Anche dal punto di vista assistenziale, per l'assistenza ospedaliera, le malattie circolatorie risultano avere un elevato impatto in Campania costituendo nell'anno 2003 il 12% del totale dei ricoveri ed il 17% degli importi, ma, considerando i soli Ricoveri Ordinari per Acuti, esse raggiungono il 19% dell'intero fatturato DRG della Campania con 363 milioni di Euro. A queste cifre vanno aggiunti altri 9550 ricoveri e 41,4 milioni di euro per la compensazione della mobilità ospedaliera campana in altre Regioni.

Regione Campania - anno 2003 - Totale dei Ricoveri					
Tipo di degenza	dimessi	giorni	DM	importo	IM
Lungodegenza Ordinaria	3.287	180.612	54,9	€ 21.564.681,96	€ 6.560,60
Neuropsichiatria Day Hospital	737	6.174	8,4	€ 928.031,41	€ 1.259,20
Neuropsichiatria Ordinaria	7.020	280.059	39,9	€ 37.338.297,19	€ 5.318,85
Riabilitazione Day Hospital	2.527	31.326	12,4	€ 6.366.049,17	€ 2.519,21
Riabilitazione Ordinaria	12.639	405.115	32,1	€ 80.678.698,26	€ 6.383,31
Ricoveri Acuti Day Hospital	339.451	832.401	2,5	€ 275.166.713,90	€ 810,62
Ricoveri Acuti Ordinari	875.169	4.709.486	5,4	€ 1.910.657.163,00	€ 2.183,19
Totale complessivo	1.240.830	6.445.173	5,2	€ 2.332.699.635,00	€ 1.879,95

Regione Campania - anno 2003 - Ricoveri in MDC 5: malattie apparato circolatorio					
Tipo di degenza	dimessi	giorni	DM	importo	IM
Lungodegenza Ordinaria	905	38.744	42,8	€ 4.661.815,77	€ 5.151,18
Neuropsichiatria Ordinaria	14	321	22,9	€ 48.420,32	€ 3.458,59
Riabilitazione Day Hospital	781	5.885	7,5	€ 1.311.500,10	€ 1.679,26
Riabilitazione Ordinaria	2.356	43.724	18,6	€ 9.489.582,65	€ 4.027,84
Ricoveri Acuti Day Hospital	33.272	75.700	2,3	€ 20.953.609,13	€ 629,77
Ricoveri Acuti Ordinari	115.626	670.775	5,8	€ 363.411.079,81	€ 3.142,99
Totale complessivo	152.954	835.149	5,5	€ 399.876.007,78	€ 2.614,35

Il registro delle malattie cardiovascolari, sistema di sorveglianza degli eventi coronarici e cerebrovascolari, fatali e non fatali, realizzato nella popolazione generale di 35-74 anni d'età residente nell'area della città di Napoli già alla fine degli anni 90, fornisce dati rilevanti per la definizione dei priorità di salute.

In particolare ha già prodotto dati sui tassi di attacco e sulla sopravvivenza di pazienti che hanno subito un evento cardio (ECV) o cerebrovascolare (ACV).

Sopravvivenza nel registro napoletano 1998-99

ECV	totale	% T	% cum
n. eventi	2703		
ricoverati	2180	81%	81%
deceduti fuori ospedale	523	19%	19%
0-28 gg	194	7%	27%
>1 e <12 mesi	96	4%	30%
>11 e <24 mesi	50	2%	32%
>23 e <36 mesi	37	1%	33%
ACV	totale	% T	% cum
n. eventi	2112		
ricoverati	1797	85%	85%
deceduti fuori ospedale	315	15%	15%
0-28 gg	191	9%	24%
>1 e <12 mesi	125	6%	30%
>11 e <24 mesi	56	3%	33%
>23 e <36 mesi	43	2%	35%

La tabella dimostra che il 19% degli Infarti ed il 15% circa degli Ictus decedono senza assistenza ospedaliera. Tale Registro ha inoltre consentito, sempre nell'ambito delle attività del Progetto Nazionale CUORE, di confrontare gli esiti degli eventi con altre realtà nazionali.

Letalità degli eventi coronarici (EC) a 28 giorni, dati relativi al biennio di sorveglianza, nel confronto con altri registri cardiovascolari italiani.

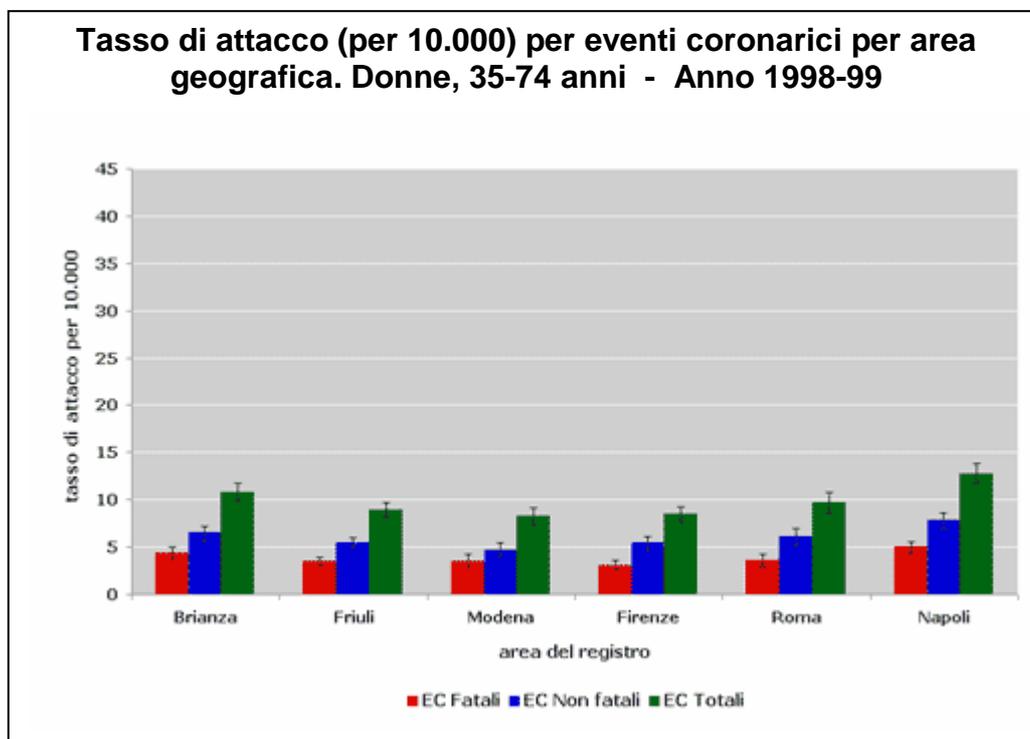
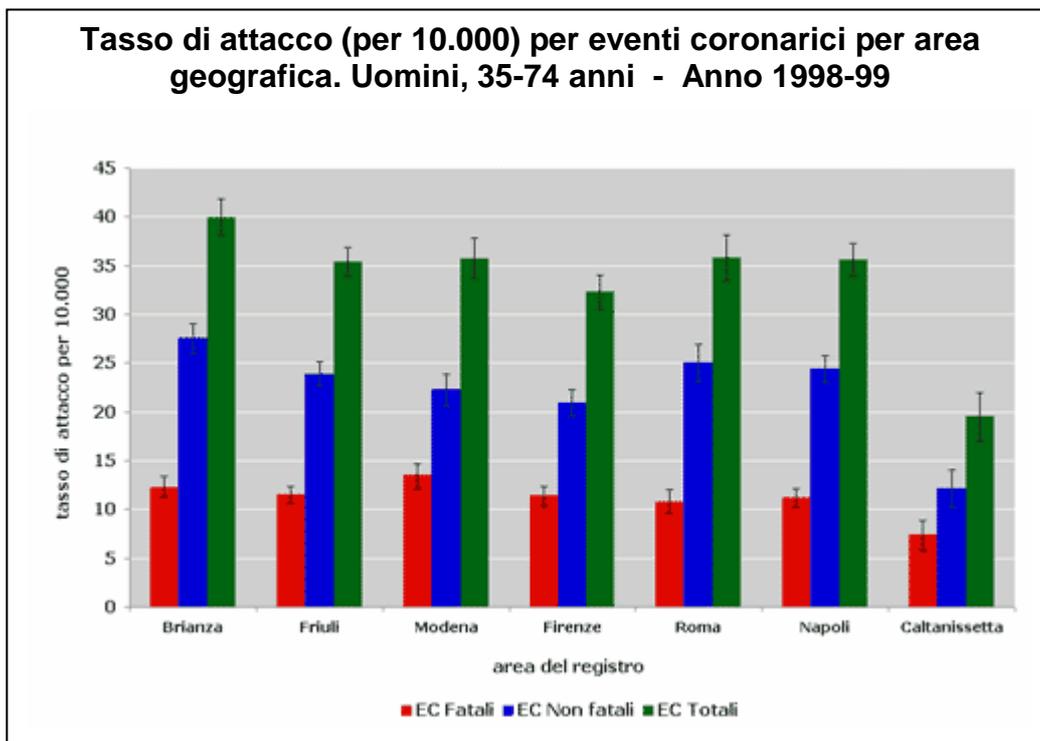
REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

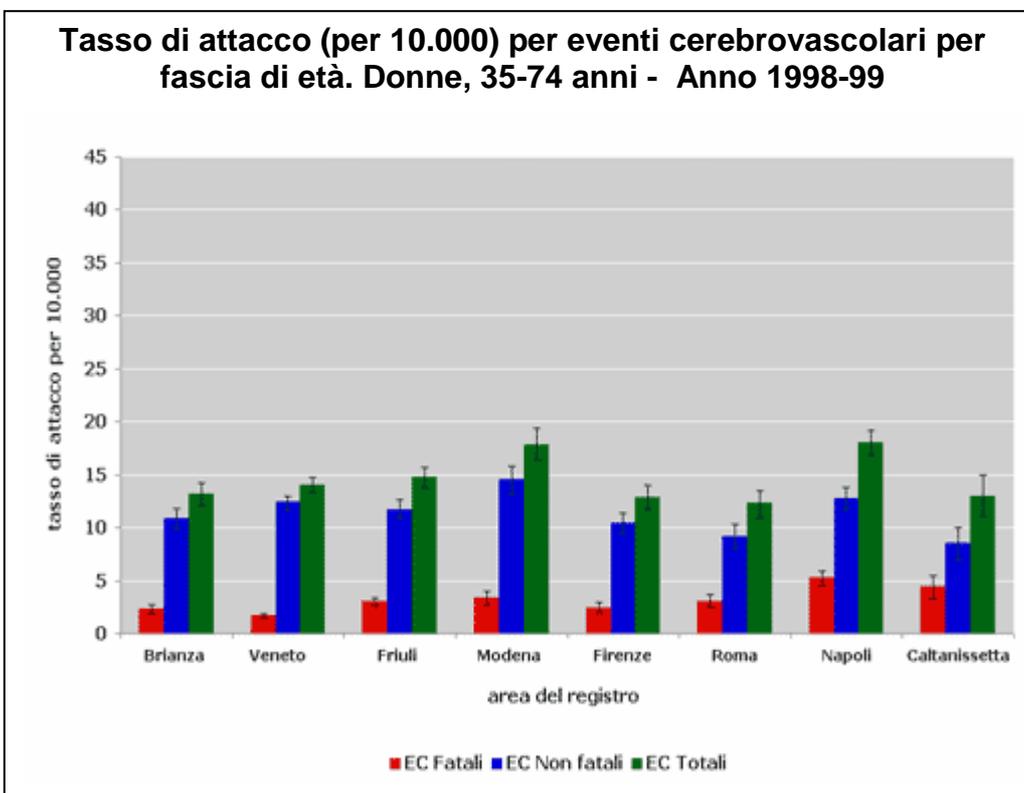
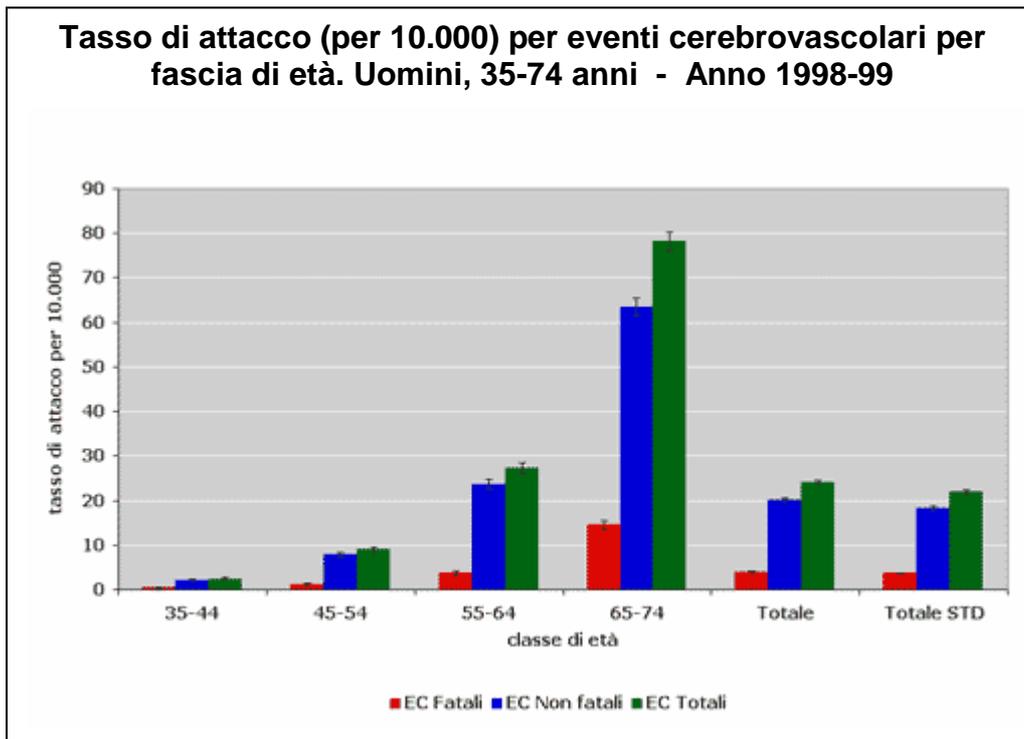
U.C.	LETALITA', %	
	Uomini	Donne
Brianza	30,6 (28,4 – 32,7)	40,5 (36,2 – 44,7)
Friuli	32,5 (30,5 – 34,4)	39,2 (35,2 – 43,2)
Modena	35,7 (32,8 – 38,7)	42,1 (36,2 – 47,9)
Firenze	35,1 (32,5 – 37,7)	36,0 (31,1 – 40,8)
Roma	34,0 (30,7 – 37,4)	N.D.
Napoli	30,0 (27,8 – 32,2)	37,1 (33,3 – 40,9)
Caltanissetta	36,8 (30,6 – 42,9)	N.D.
<i>Totale</i>	32,7 (31,7 – 33,6)	38,7 (36,8 – 40,7)

Letalità degli eventi cerebrovascolari (ACV) a 28 giorni, biennio di sorveglianza, nel confronto con altri registri cardiovascolari italiani.

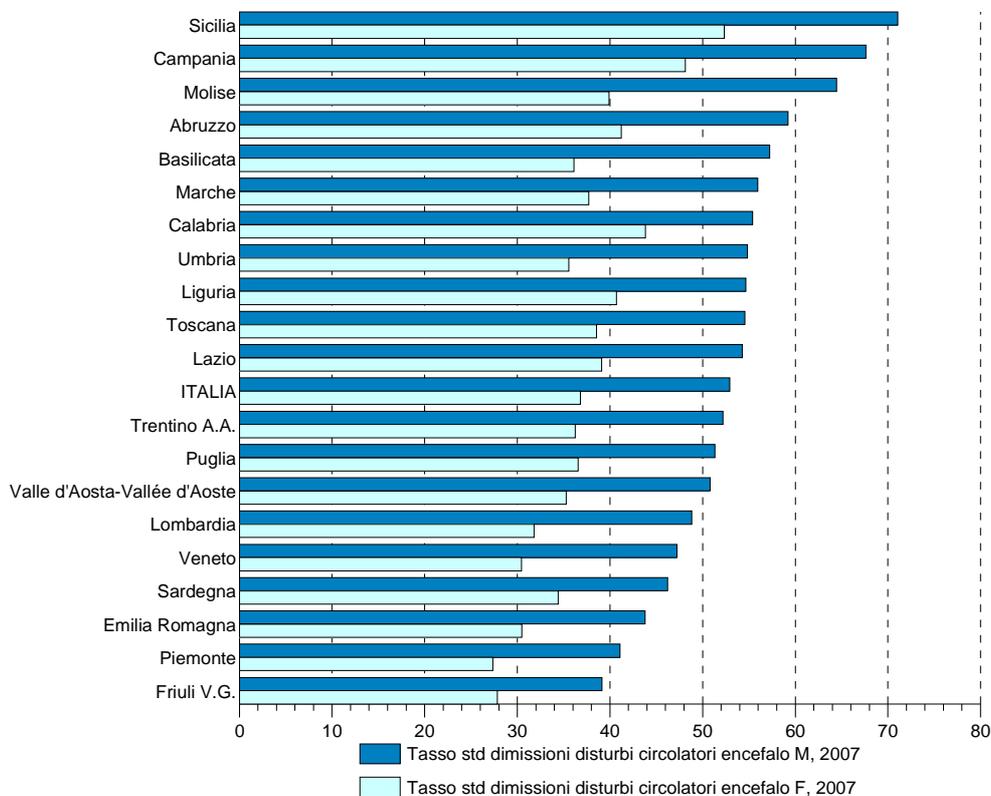
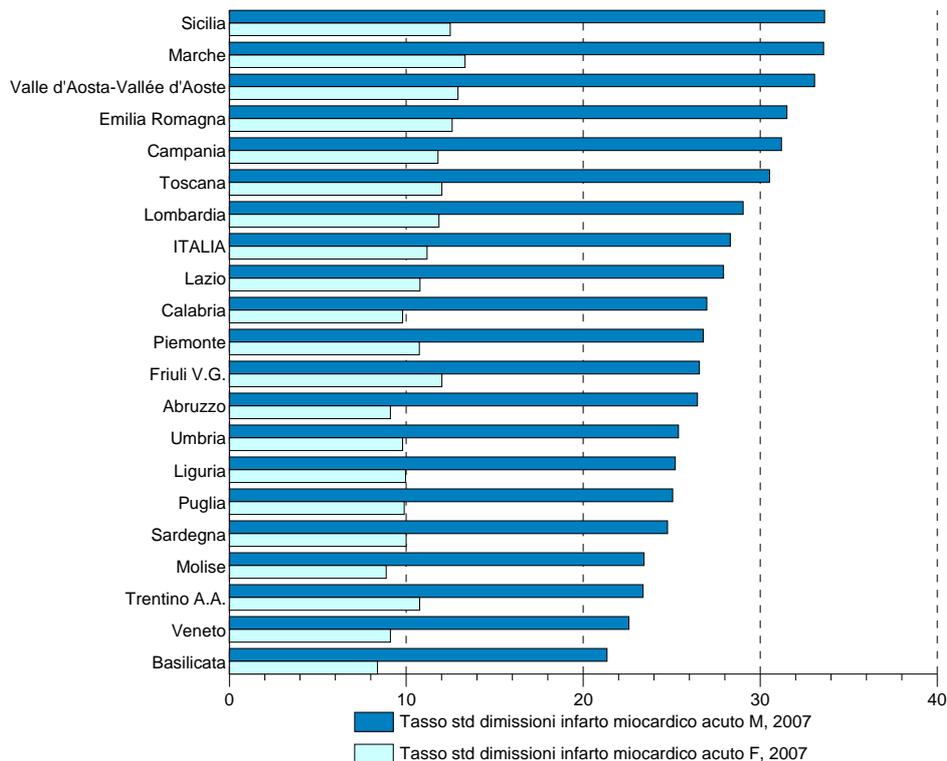
U.C.	LETALITA', %	
	Uomini	Donne
Brianza	23,3 (20,5 – 26,1)	26,8 (23,2 – 30,4)
Veneto	15,4 (14,0 – 16,8)	19,8 (17,9 – 21,6)
Friuli	27,6 (25,2 – 30,0)	30,2 (27,2 – 33,2)
Modena	21,0 (18,3 – 23,8)	25,1 (21,6 – 28,7)
Firenze	17,0 (14,8 – 19,2)	25,7 (22,2 – 29,1)
Roma	26,3 (22,4 – 30,2)	27,2 (22,6 – 31,9)
Napoli	25,0 (22,5 – 27,5)	28,8 (25,8 – 31,8)
Caltanissetta	34,3 (27,8 – 40,8)	37,0 (30,0 – 44,1)
<i>Totale</i>	21,3 (20,4 – 22,1)	25,6 (24,5 – 26,7)

I dati del registro degli ultimi anni 2000 non sono ancora disponibili.

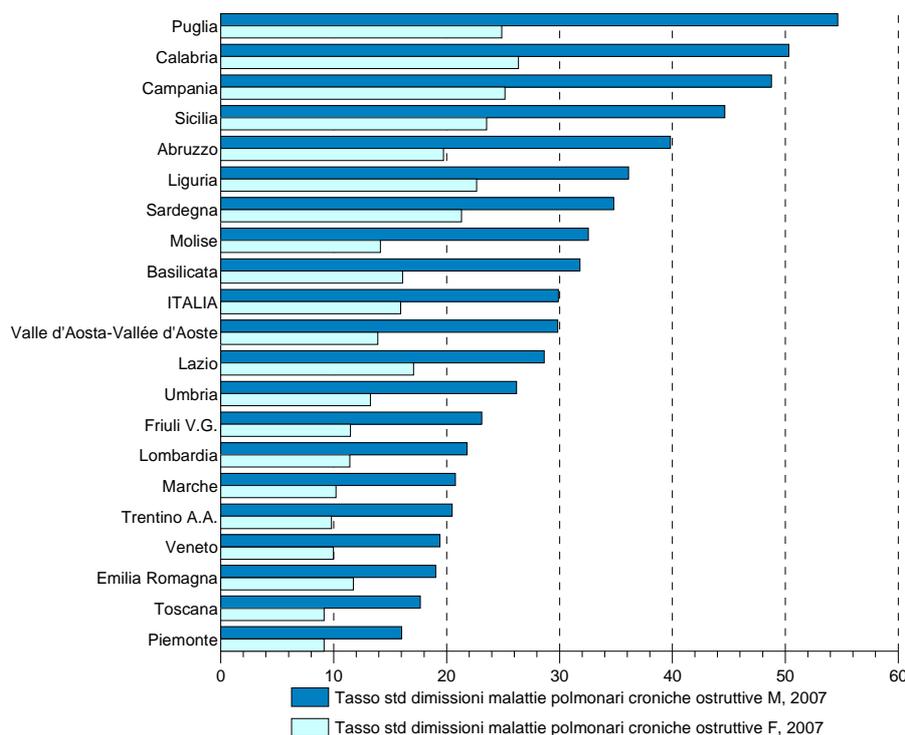




REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012



REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012



Diabete

Il diabete mellito è una patologia cronica ampiamente diffusa in tutto il mondo; rappresenta la quarta causa di morte e la sua frequenza sta aumentando sistematicamente assieme all'aumento dell'obesità e della sedentarietà, oltre che in rapporto al progressivo invecchiamento della popolazione. In Italia si stima una prevalenza di diabete diagnosticato di circa il 4% (90% di diabete tipo 2 e 10% di diabete tipo 1). Il diabete è una patologia cronica che, se non ben controllata, provoca complicanze, come la retinopatia diabetica (maggior causa di cecità fra gli adulti) e la nefropatia diabetica (principale causa di insufficienza renale cronica e dialisi), malattie cardiovascolari (la mortalità da cardiopatia ischemica nei diabetici è tre volte superiore a quella della popolazione generale).

Il costo sociale del diabete è molto elevato: il 7% dell'intera spesa sanitaria nazionale è assorbito dalla popolazione diabetica. Inoltre, la qualità della vita del diabetico non ben controllato è scadente, verificandosi una perdita media di 5-10 di anni di vita rispetto ai non diabetici.

Nonostante che il riconoscimento precoce sia molto importante, si stima che circa il 50% dei diabetici non sia a conoscenza del proprio stato.

Il diabete mellito è una malattia cronica invalidante ad elevato impatto sociale (legge 115/87). Il diabete mellito è in costante ascesa e stime attendibili dell'OMS prevedono il raddoppio del numero dei pazienti nei prossimi dieci anni. Tale esplosione epidemiologica, che solo in parte correla con fattori genetici e pertanto ereditari, è in larga misura dovuta alla occidentalizzazione delle abitudini alimentari ed in generale a fattori comportamentali.

Una ragionevole stima, basata anche su studi di popolazione condotti in Italia (Brunico, Verona studies ecc.), indica che circa il 5% della popolazione generale italiana è affetta da alterazioni del metabolismo glucidico e/o da diabete mellito clinicamente manifesto. In Italia si stima che la prevalenza del diabete noto sia circa il 3,5% con valori più alti all'aumentare dell'età; nelle persone con più di 65 anni la

prevalenza del diabete di tipo 2 è circa il 12%. La mortalità per Diabete Mellito in Campania è quella che percentualmente si discosta di più dalle medie nazionali, raggiungendo +58% per gli uomini e + 89% per le donne; I dati desunti dall'indagine ISTAT multiscopo (2001) indicano una presenza di 85.000 diabetici in Campania fra i 18 ed i 64 anni, ma è stimabile che nella regione Campania risiedano attualmente oltre 300.000 diabetici, di cui circa un terzo (oltre 80.000) non ancora diagnosticati e/o trattati.

In Campania il 6,7% degli assistiti adulti delle ASL (Italia 5%) ha riferito di aver avuto diagnosi di diabete da parte di un medico. In particolare il diabete è più diffuso tra i cittadini con:

- più di 50 anni (19%)
- basso livello di istruzione (22%)
- molte difficoltà economiche (14%)
- eccesso ponderale, soprattutto negli obesi (17%).

E' noto che molti ipertesi, ipercolesterolemici e diabetici non sanno di esserlo e che queste percentuali riferite dai cittadini intervistati nell'ambito dello studio PASSI sottovalutano la realtà.

Se si somma il mancato controllo alla percentuale di persone che, pur sapendo di essere ipertese, ipercolesterolemiche o diabetiche, non cercano di tenere entro limiti adeguati i livelli di pressione, colesterolo e glicemia, emerge un'area in cui le ASL possono porsi obiettivi di salute ambiziosi per migliorare la consapevolezza e l'autogestione degli assistiti, migliorare l'attenzione, il controllo e il trattamento da parte dei professionisti e dei team delle cure primarie.

I dati forniti dal rapporto regionale dello studio Quadri (Qualità dell'assistenza alle persone con diabete delle regioni italiane – anno 2004) , mostrano uno spaccato molto significativo della realtà regionale, da cui emerge una chiara indicazione ad una assistenza integrata, che consenta una piena attuazione delle linee guida sul trattamento, garantendo l'efficacia degli interventi, l'aderenza ai protocolli diagnostico-terapeutici e quindi il miglioramento delle condizioni di salute, attraverso la prevenzione delle complicanze.

Il diabete ancora oggi è tra le prime cause di:

- - dialisi,
- - amputazioni non traumatiche degli arti inferiori,
- - eventi cardiovascolari (infarto miocardico, ictus, vasculopatia periferica, ecc.),
- - cecità.

Oltre il 70% dei diabetici è affetto da ipertensione arteriosa e oltre l'80% da obesità. Parimenti elevata è la frequenza di associazione tra diabete mellito e dislipidemie. Queste co-patologie contribuiscono ad incrementare in modo esponenziale la percentuale di morbilità, inabilità e di mortalità.

Tutti i dati riportati nella letteratura mondiale concordano nel definire il diabete mellito una patologia ad alto costo, suscettibile, tuttavia, di notevole riduzione attraverso una programmazione attenta ed efficace del percorso clinico-assistenziale, il trattamento precoce delle complicanze e, soprattutto, un maggiore impegno verso l'educazione sanitaria e la prevenzione.

Il dato campano sulla mortalità è tra i più elevati in Italia (figg. 1.a e 1. b e tab. 2).

Fig.1a.

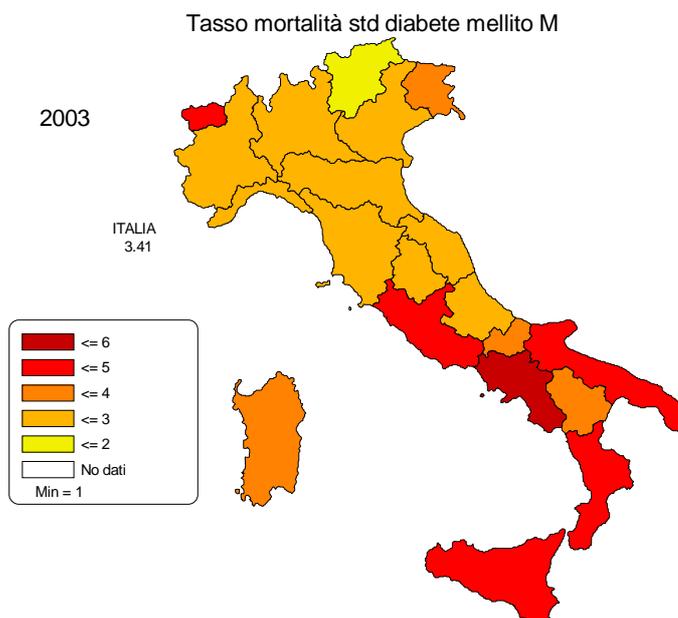
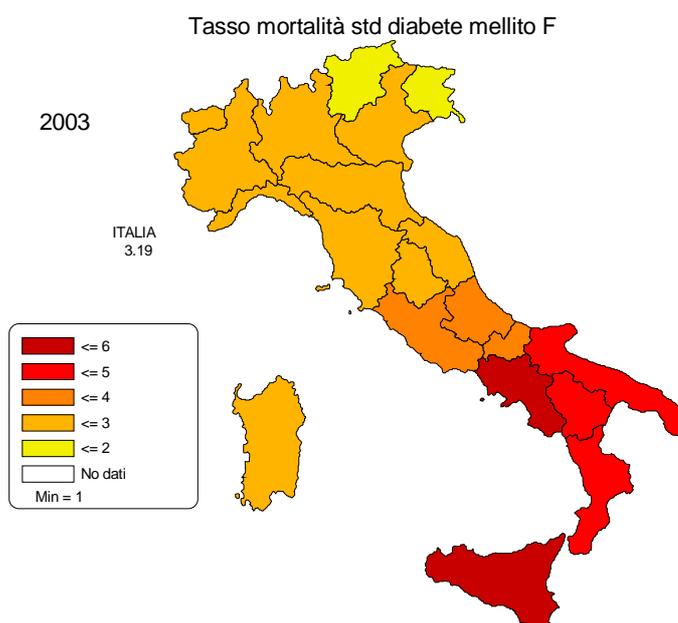


Fig. 1.b.



Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute

Tabella 2. Tassi std di mortalità per diabete mellito per 10.000 abitanti, per sesso, anno 2003

	Maschi	Femmine
Campania	5,2	5,9
Mezzogiorno	4,4	4,9
ITALIA	3,4	3,2

Fonte: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute

Si sottolinea che il Diabete è una malattia che, quando determina la morte in soggetti al di sotto dei 75 anni, viene annoverata dall'OMS fra le morti sentinella, indicatore di una assistenza inefficace

L'analisi sui ricoveri per diabete (DRG 294) negli anni 2006-2007-2008 nella regione Campania, indica un ricorso all'ospedalizzazione ancora molto orientato verso il ricovero ordinario; i dati sui tassi di ospedalizzazione ancor lontani dagli standard prefissati, suggeriscono che è necessario costruire percorsi alternativi, che contrastino l'uso improprio dell'ospedalizzazione (tabella 2).

Tabella 2. Tassi (std. per 100.000 abitanti) di dimissioni ospedaliere per ricoveri con diagnosi principale diabete mellito

2006	2007	2008
98.53	94.68	93.26

Fonte: ARSan, S.O. Analisi e Monitoraggio, Archivio SDO Regione Campania

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come riferimento la popolazione regionale residente al Censimento 2001

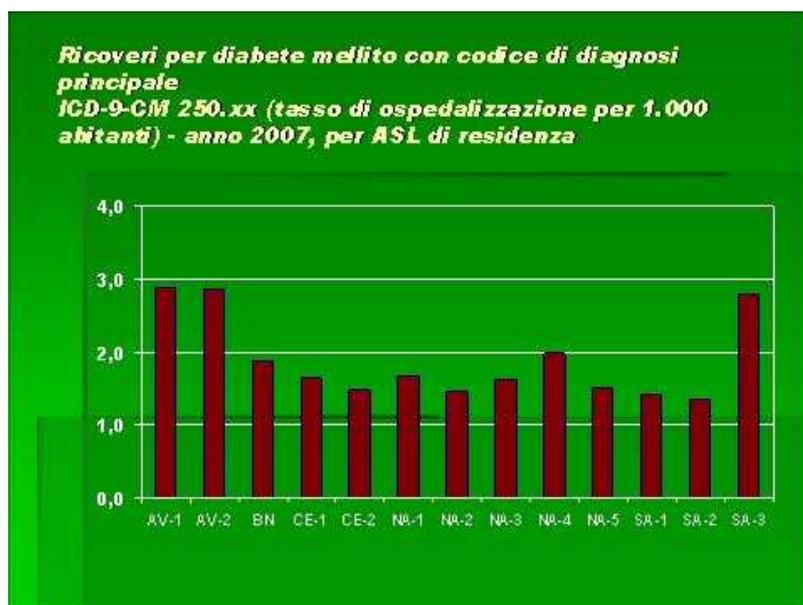
Del resto l'indicatore (tasso di ospedalizzazione) misura la domanda di ospedalizzazione "soddisfatta" dai servizi sanitari, senza distinguere le prestazioni appropriate da quelle inappropriate in ambito ospedaliero, e comprende, quindi, anche una quota di ospedalizzazione determinata da inefficienze dell'assistenza ospedaliera e da carenze dell'assistenza territoriale. D'altra parte, l'indicatore non consente di analizzare la domanda "insoddisfatta", dovuta, in taluni contesti, alla scarsa accessibilità alle prestazioni sanitarie e rappresentativa di un bisogno di salute percepito ed espresso dalla popolazione.



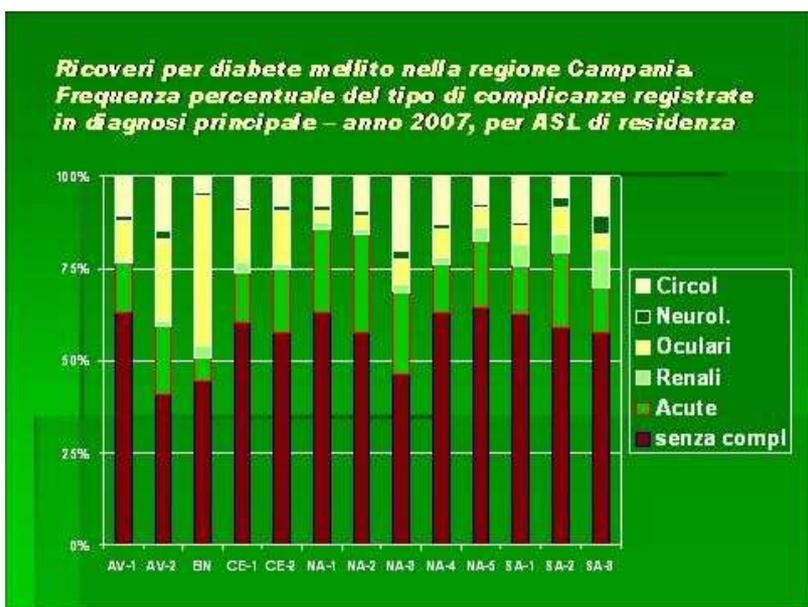
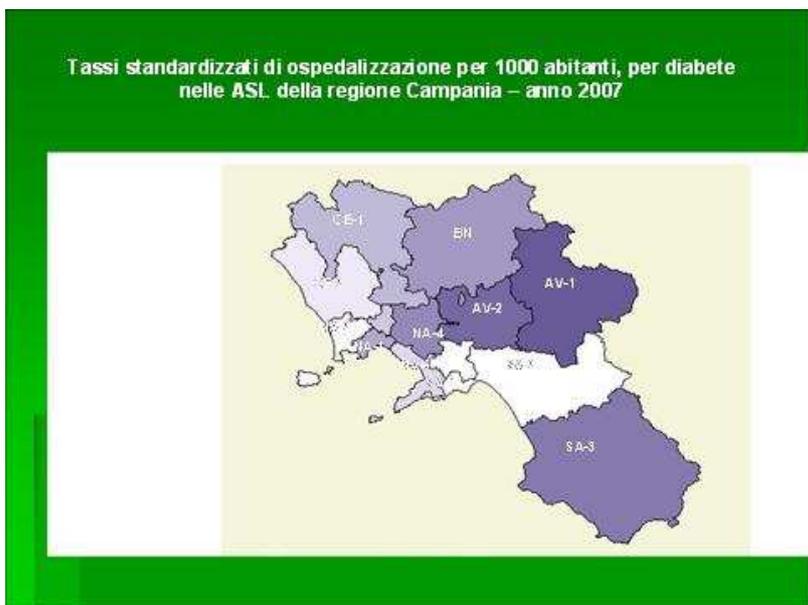
L'andamento dei ricoveri per Diabete in Campania evidenzia una riduzione del ricorso al ricovero ordinario, ma un aumento dei ricoveri in DH, che in moltissimi casi sopperisce agli accessi ambulatoriali.

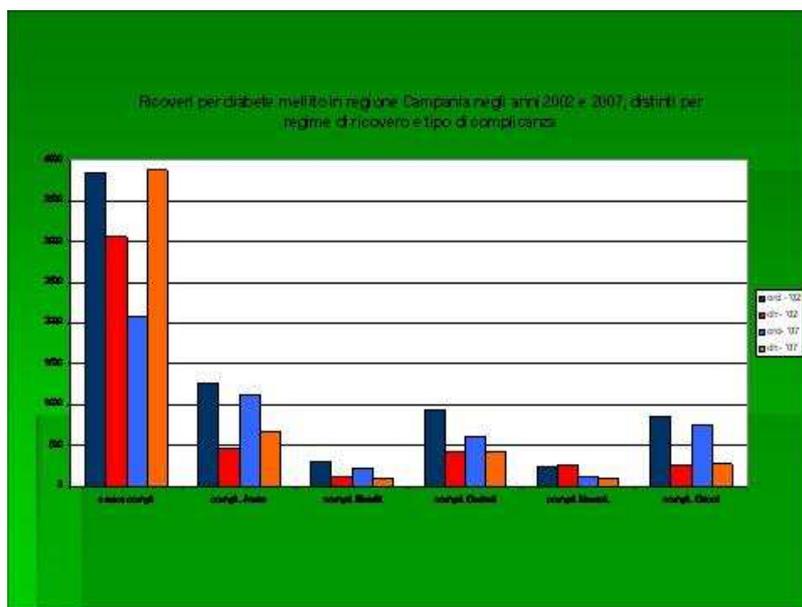


Tra i sessi negli anni si registra una riduzione dell'uso dell'ospedale tra le donne.

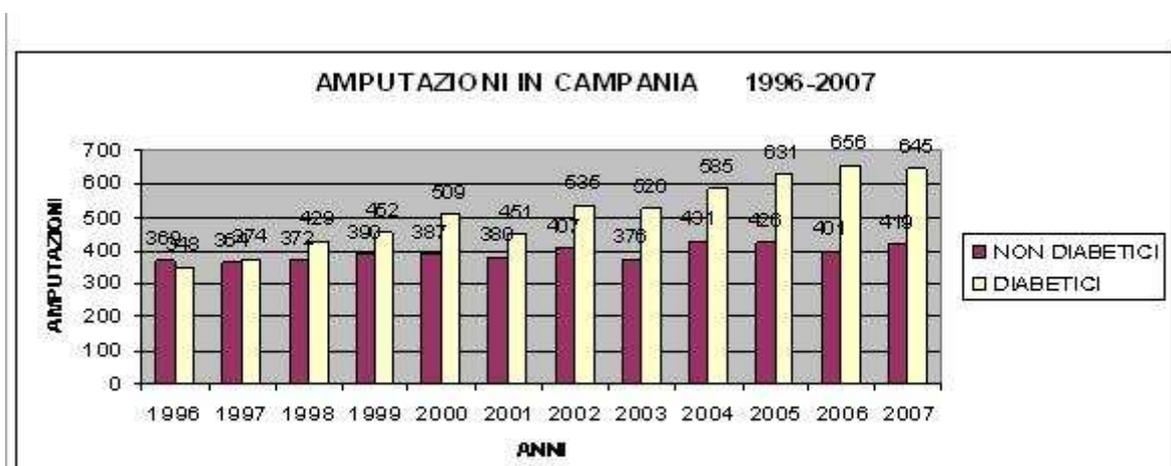


Inoltre i tassi di ricovero sono più alti dove la realtà ospedaliera è più sviluppata anche rispetto all'offerta ambulatoriale.



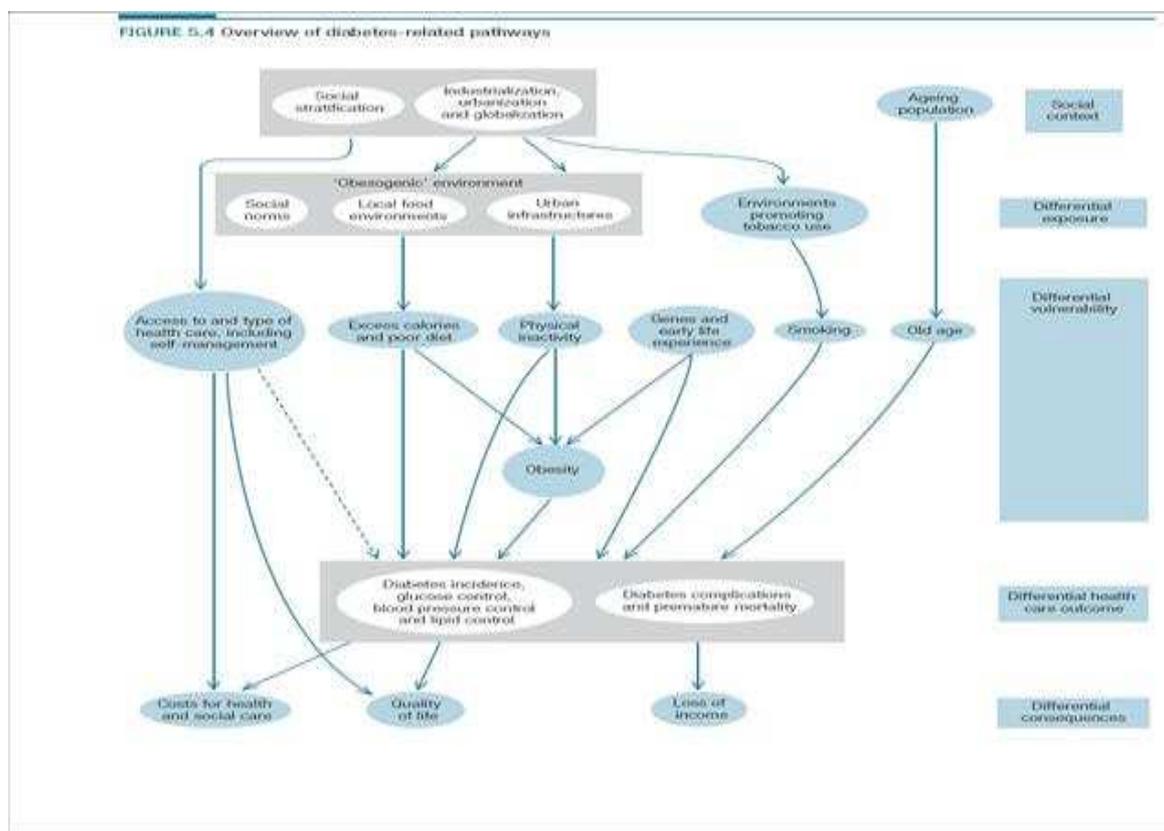


L'inappropriatezza dei ricoveri per diabete appare evidente nelle tabelle soprastanti, dove la netta prevalenza nella codifica delle schede di dimissione ospedaliera di codici privi di complicanze, determina la sottostima dei casi complicati e della prevalenza ed incidenza delle complicanze stesse.



D'altra parte l'incremento dei ricoveri per amputazioni nei soggetti diabetici può essere considerato un indicatore di non buona assistenza, in quanto il manifestarsi di una tale complicanza evidenzia uno scarso controllo della patologia, con aggravio oltre che dei costi assistenziali, anche dei costi sociali più in generale (inabilità al lavoro, ausili protesici, etc.)

Il diabete è un esempio paradigmatico di malattia cronica più diffusa tra i soggetti socialmente sfavoriti



Infatti l'evoluzione delle complicanze viene drasticamente arrestata da stili di vita adeguati (attività fisica, alimentazione corretta) e da programmi di educazione terapeutica volti all'empowerment del paziente

La non autosufficienza

Invecchiamento della popolazione e fragilità

L'analisi demografica è di fondamentale importanza in quanto vi è una stretta correlazione tra età anagrafica e domanda di prestazioni sanitarie e socio assistenziali.¹

La Campania è la regione più giovane d'Italia, paese più vecchio del mondo².

In tabella i dati campani raffrontati con quelli nazionali³.

	Popolazione residente per fasce di età			indice di vecchiaia
	0-14	15-64	65 e oltre	
Campania	16,7	67,4	15,9	95,2
ITALIA	14,0	65,8	20,1	143,6

1 Lo documentano più ricerche condotte, ad esempio, dal Prof. Cislighi per conto dell'AGENAS. (Ministero del Lavoro e delle politiche sociali – Rapporto sulla non autosufficienza in Italia– 2010)

2 Come sancito dalla Seconda Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento - Madrid 2002

3 Fonte: Rapporto Nazionale sulle Condizioni ed il Pensiero degli Anziani - una società diversa - promosso da IRCCS INRCA per l'Agenzia Nazionale dell'Invecchiamento - Ageing Society - Osservatorio Terza Età, Federsanità Anci. Tabella 1.12 pag. 96

L'indice di vecchiaia della Regione Campania è il più basso d'Italia.

Tra le 5 province Napoli è la più giovane della Regione con un indice di circa 80, nelle zone montane (Avellino 115, Benevento 130) della Regione l'indice di vecchiaia è più elevato.

L'invecchiamento della popolazione rappresenta un problema sociosanitario di rilevante complessità, per la necessità di offrire risposte sempre più mirate a questa fascia di cittadini, sia per quanto riguarda la rete dei servizi sia per rispondere a bisogni espressi.

Aspettativa di vita alla nascita⁴

Per i nati campani 2007 l'aspettativa di vita è rispettivamente di anni 77,4 e 82,9 per i maschi e per le femmine. In Italia i valori sono rispettivamente di 78,6 e 84,1.

L'aspettativa di vita, in Campania per entrambi i sessi si posiziona all'ultimo posto rispetto alle altre Regioni italiane, i cui valori massimi sono rispettivamente di 79,6 e 85,2.

Aspettativa di vita a 65 anni

La Campania presenta aspettative di vita a 65 anni fra le più basse d'Italia. Nella tabella, estratta da dati ISTAT, sono mostrati i valori campani rapportati a quelli nazionali.

Speranza di vita a 65 anni, per sesso. Anni 2006-2009*								
	2006		2007		2008*		2009*	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Campania	16,9	20,4	16,9	20,3	17,0	20,4	17,2	20,5
ITALIA	17,8	21,6	17,9	21,6	18,0	21,6	18,1	21,7
* stime								

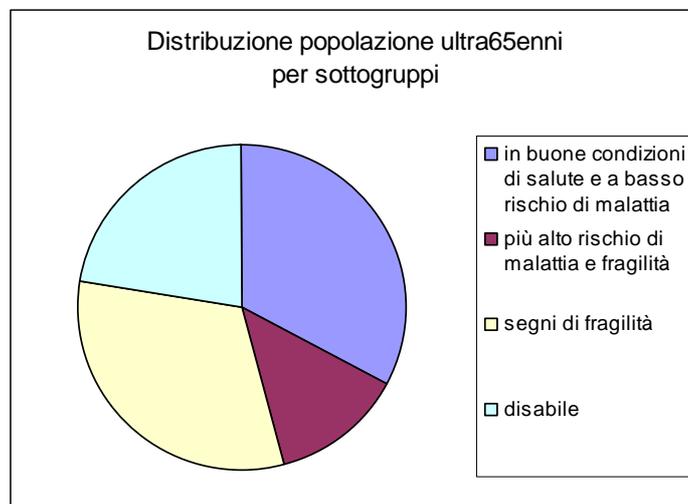
L'aspettativa di vita a 65 anni in Italia ha evidenziato la tendenza ad un progressivo aumento a partire dal 1970 per entrambi i sessi: nel corso degli anni fra il 1983 e il 1993, l'aspettativa di vita a 65 anni è aumentata di 2,3 anni per le femmine (+13,5%) e di 2 anni per i maschi (+14,5%). Tuttavia, l'aumento della longevità è un risultato valido se accompagnato da buona salute e da piena autonomia. A tale scopo è stato sviluppato il concetto di "aspettativa di vita sana (o esente da disabilità)".

Secondo gli obiettivi adottati nel 1999 dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) per gli Stati europei, ivi inclusa l'Italia, entro l'anno 2020 vi dovrebbe essere un aumento, almeno del 20%, dell'aspettativa di vita e di una vita esente da disabilità all'età di 65 anni e un aumento, di almeno il 50%, nella percentuale di persone di 80 anni che godono di un livello di salute che permetta loro di mantenere la propria autonomia e la stima di sé.

Una stima della popolazione anziana a rischio di fragilità e con disabilità è fornita dai dati preliminari (non ancora pubblicati) dell'indagine PASSI d'Argento del 2010 effettuata nella Regione Campania: la popolazione anziana è suddivisa in sottogruppi in base al grado di autosufficienza e fragilità. Circa un terzo (32%) delle persone di ≥65anni è in buone condizioni di salute e a basso rischio di malattia; il 13% è in buone condizioni, ma a più alto rischio di malattia e fragilità. Il 31% delle persone anziane mostra

4 Stima – Fonte: ISTAT – Indicatori demografici □ febbraio 2008

segni di fragilità e il 22% risulta essere disabile, cioè non autosufficiente in almeno un'attività della vita quotidiana o Activities of Daily Living o ADL5.



Gli infortuni sul lavoro

Nell'anno 2008 è stato dato avvio ad un programma di ammodernamento delle attrezzature e di riqualificazione del personale che interviene su quattro assi che sono: Sistema Informativo Regionale, Riqualificazione del Personale, Definizione di Procedure attraverso Gruppi di Lavoro Specifici e Acquisizione delle Apparecchiature/Attrezzature necessarie allo svolgimento dell'Attività di Vigilanza.

Tali obiettivi portanti si sono concretizzati nelle seguenti attività:

- Realizzazione di un' infrastruttura informatica tra Regione e Dipartimenti di Prevenzione con dotazione di nuove postazioni di lavoro ed attrezzatura informatica: portatili, macchine fotografiche, etc.;
- Definizione della strumentazione necessaria per le indagini di igiene ambientale e per la medicina del lavoro e preparazione degli atti preliminari alla gara;
- Individuazione e progettazione di un percorso formativo del personale SPSAL con pianificazione di tutte le attività per consentire l'espletamento del corso nell'anno 2009;
- Avvio di gruppi di lavoro su tematiche specifiche in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro;
- Avvio di un gruppo di lavoro atto a garantire un' omogeneizzazione delle procedure e delle attività dei Servizi SPSAL ed analisi dei bisogni per la realizzazione di uno sportello per la sicurezza;
- Confronto aperto con le altre Istituzioni che svolgono attività in materia di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.
- Inoltre, sono in corso le attività dei progetti nazionali relativi agli Infortuni Mortali e Gravi ed alle Malattie Professionali.

A tutt'oggi, permane il vincolo, previsto dal piano di rientro, relativo all'impossibilità di assunzioni di nuovi operatori nei Servizi SPSAL. Pertanto, si è riproposto per l'anno in corso un piano straordinario di vigilanza che, partendo da un approfondimento dei dati riguardanti i flussi, ha garantito il raggiungimento delle quote di attività previste nel Patto della Salute e dai successivi accordi.

5 ADL (attività della vita quotidiana): muoversi da una stanza all'altra, mangiare, vestirsi e spogliarsi, fare il bagno o la doccia, andare in bagno per fare i propri bisogni, essere continenti.

Per tutto quanto esposto, la linea progettuale “infortuni sul lavoro” del PRP ha dato inizio ad un percorso innovativo per gli operatori che effettuano vigilanza negli ambienti di lavoro, tenuto conto della pluralità degli attori che, in misura diversa, sono coinvolti nelle singole linee di attività.

A tutt’oggi, le attività del PRP per la linea specifica non sono ancora terminate e deve essere previsto un ulteriore impegno, anche per l’anno 2011, al fine di concludere le attività pianificate e raggiungere gli obiettivi previsti.

I tempi aggiuntivi richiesti sono conseguenza di limitazioni e di vincoli, imposti dalle procedure amministrative da seguire, dalla normativa da applicare per la fornitura di beni e servizi in caso di acquisti e forniture e da quelli dettati dal contesto, primi tra tutti quelli introdotti dal piano di rientro presente nella nostra Regione e dal fatto che dal 2009 è in corso un processo di unificazione delle AASSLL e, pertanto, si è dato avvio ad una rivisitazione dell’assetto e dell’organizzazione ed al conseguente riallineamento delle attività..

In conclusione tutte le attività della linea progettuale “infortuni sul lavoro” del PRP hanno consentito l’avvio e l’attuazione di attività strategiche con conseguente inizio di un’ innovazione nell’organizzazione delle strutture deputate alla vigilanza negli ambienti di lavoro sia in Regione che nelle AASSLL; pertanto, le attività avviate, continueranno nell’anno 2011 fino a completamento delle stesse.

Nel periodo 2005/2009, in Campania, si è avuta una riduzione delle denunce di infortuni sul lavoro ricalcando l’andamento nazionale delle stesse.

Si è verificata, inoltre, una riduzione delle inabilità temporanee e permanenti derivanti dagli infortuni ed una notevole riduzione degli infortuni mortali.

Il fenomeno degli infortuni sul lavoro resta comunque un’emergenza e, per questo motivo, è stato elaborato, dal CCM, un sistema di sorveglianza sugli infortuni mortali e gravi curato da INAIL, ISPESL e Coordinamento delle Regioni. Attraverso questo sistema vengono analizzati i determinanti degli infortuni mortali e gravi verificatisi in ambito lavorativo.

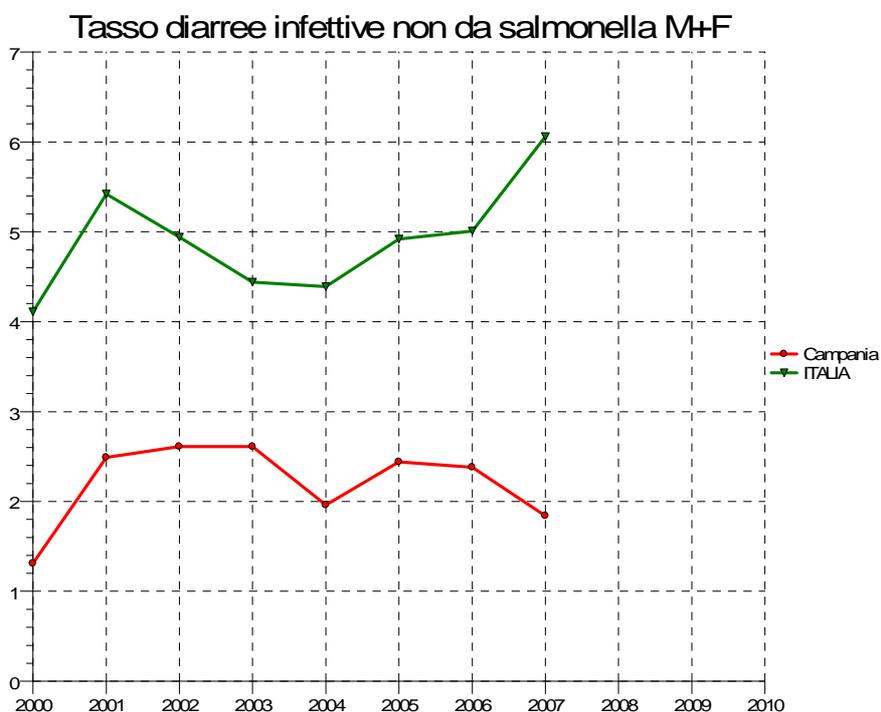
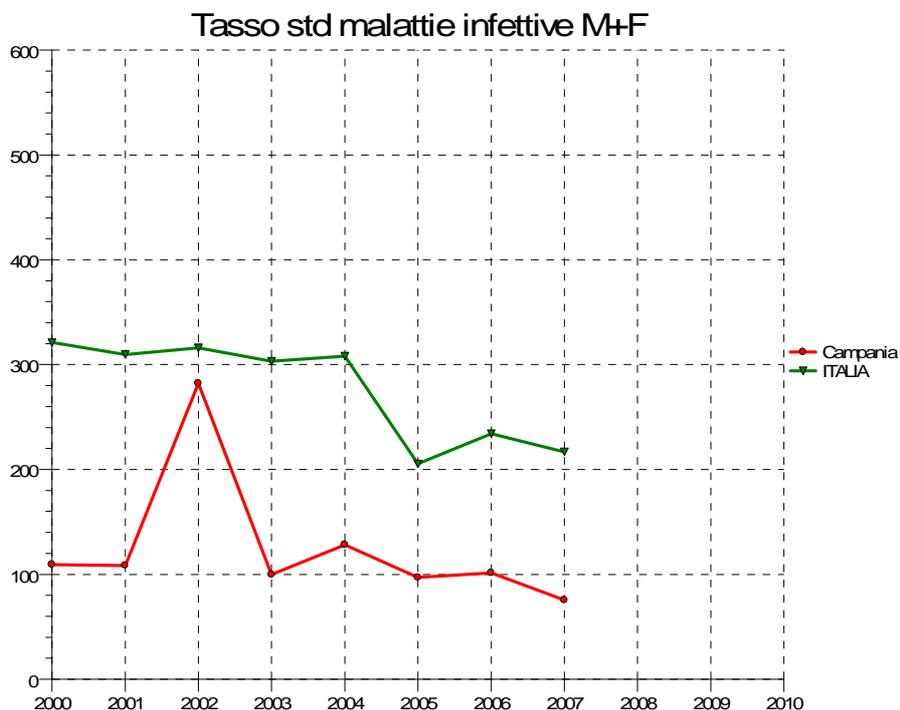
Regione Campania					
Infortuni sul lavoro denunciati dalle aziende, e indennizzati per tipologia					
Tutte le gestioni					
	2005	2006	2007	2008	2009
Inabilità temporanea	21.331	20.271	19.030	18.175	16.426
Inabilità permanente	2.003	2.021	1.958	1.875	1.665
Casi mortali	80	76	74	72	51
Totale Indennizzati	23.414	22.368	21.062	20.122	18.142
Totale denunciati	33.240	32.074	30.099	28.756	26.280
% indennizzati/denunciati	70,44%	69,74%	69,98%	69,97%	69,03%

Dall’analisi dei dati si desume una riduzione costante delle inabilità e dei casi mortali.

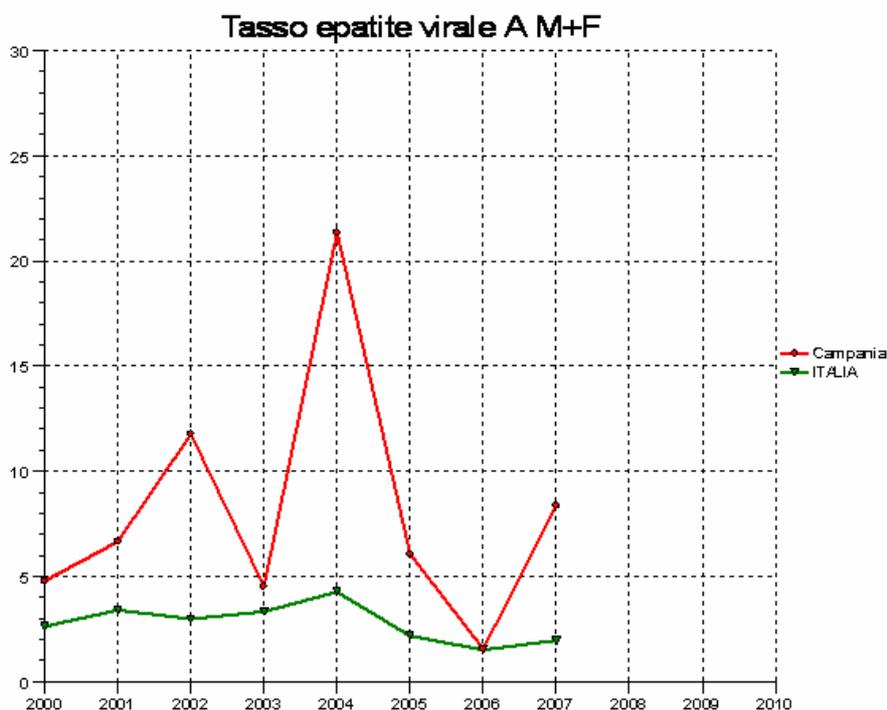
Esaminando gli accadimenti per singole gestioni, si registrano percentuali di infortuni indennizzati più alte (81% ca) in ambito agricolo rispetto alle altre gestioni (circa 70% in ambito industria, commercio e servizi); la percentuale più bassa si registra nella gestione conto stato (circa il 50%).

Le malattie infettive

Le malattie infettive, nella loro totalità, non sembrano rappresentare un problema rilevante per la popolazione campana.



La Campania ha sempre registrato un'incidenza di epatite virale A superiore rispetto al resto dell'Italia. La stragrande maggioranza dei casi notificati è dovuta a frutti di mare allevati o mantenuti in condizioni non idonee e consumati non adeguatamente cotti. In regione si osservano periodiche epidemie, con centinaia di casi notificati: l'ultima si è registrata nel 2007, con il maggior numero di casi concentrati in primavera nella Provincia di Napoli.



Infezioni associate all'assistenza

Lo stato di attuazione dei Programmi per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA) nelle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere campane è stato oggetto, negli ultimi anni, di alcune indagini conoscitive condotte dal Settore Assistenza Ospedaliera dell'Assessorato alla Sanità, che hanno ottenuto un elevato livello di rispondenza, il che ha consentito di valutare l'evoluzione del contesto organizzativo campano tra il 2000 ed il 2007, dando modo anche di collocare il livello organizzativo generale delle Strutture ospedaliere regionali nell'ambito del contesto nazionale, e quindi di adottare provvedimenti mirati, evidenziandone alcune criticità.

In particolare, l'ultima indagine nazionale (2007) ha registrato in Campania la sussistenza di teorici presupposti organizzativi per la realizzazione dei Programmi di Prevenzione (approvazione di Piani aziendali, istituzione di CIO e Gruppo operativo), in linea con il livello organizzativo generale registrato in altre Regioni (Tab A-II - da INF-OSS 2008)

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Tabella A-II – Diffusione dei programmi di controllo per regione e tipo di azienda (questionario 1)

Regione	Tipo di Azienda	Infezioni nell'atto aziendale		Programma aziendale per il controllo delle infezioni		Comitato di controllo o altra articolazione		Gruppo operativo o altra articolazione	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Abruzzo	Aziende sanitarie	2	67%	1	33%	3	100%	3	100%
Prov. Autonoma BZ	Aziende sanitarie	3	75%	3	75%	3	75%	2	50%
Basilicata	Aziende sanitarie	4	57%	6	86%	7	100%	7	100%
Calabria	Aziende sanitarie	7	54%	8	62%	9	69%	9	69%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	9	75%	9	75%	5	42%	10	83%
Campania	Aziende sanitarie	10	59%	16	94%	17	100%	14	82%
Emilia-Romagna	Aziende sanitarie	11	65%	17	100%	17	100%	17	100%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	19	61%	23	74%	17	55%	19	61%
Friuli-Venezia Giulia	Aziende sanitarie	5	56%	8	89%	9	100%	9	100%
Lazio	Aziende sanitarie	20	87%	21	91%	23	100%	21	91%
Liguria	Aziende sanitarie	8	80%	10	100%	10	100%	10	100%
Lombardia	Aziende sanitarie	42	84%	47	94%	48	96%	49	98%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	45	85%	45	85%	43	81%	37	70%
Marche	Aziende sanitarie	11	79%	12	86%	14	100%	12	86%
Piemonte	Aziende sanitarie	27	93%	27	93%	29	100%	29	100%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	16	94%	17	100%	17	100%	12	71%
Puglia	Aziende sanitarie	3	43%	5	71%	5	71%	5	71%
Sardegna	Aziende sanitarie	2	40%	1	20%	4	80%	2	40%
Sicilia	Aziende sanitarie	17	59%	23	79%	28	97%	27	93%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	29	85%	28	82%	14	41%	33	97%
Toscana	Aziende sanitarie	8	67%	10	83%	11	92%	11	92%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	9	90%	9	90%	7	70%	7	70%
Prov. Autonoma TN	Aziende sanitarie	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%
Umbria	Aziende sanitarie	4	80%	5	100%	5	100%	5	100%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	4	80%	4	80%	3	60%	3	60%
Valle d'Aosta	Aziende sanitarie	0	0%	1	100%	1	100%	1	100%
Veneto	Aziende sanitarie	10	45%	20	91%	22	100%	20	91%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	7	88%	8	100%	7	88%	7	88%

Tuttavia, dalle stesse indagini è emerso anche che in Campania la diffusa tendenza ad istituire gli Organi preposti alla realizzazione dei Programmi (CIO), e la conseguente individuazione delle figure professionali previste, non necessariamente hanno prodotto un adeguato impulso all'operatività, in grado di sostenere attività di prevenzione e controllo sufficientemente diffuse ed appropriate. (Tab. A-VI e A-VII, da INF-OSS 2008)

Rispetto al quadro generale delle principali criticità emerse, è indicativo il dato da cui risulta che nel 2007 solo il 41% delle Strutture ospedaliere campane ha dichiarato di svolgere regolarmente attività di sorveglianza attiva. (Tab. VI-A, da INF-OSS 2008).

Anche l'adozione di Procedure standard risultava, dalla stessa indagine, ancora non sufficientemente diffusa nelle Strutture ospedaliere della Campania, in particolare modo per le pratiche maggiormente invasive e/o nelle Aree assistenziali a maggior rischio (Tab. VII-A, da INF-OSS 2008).

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Tabella A-VI – Sorveglianza delle infezioni per regione e tipo di azienda (questionario 2)

Regione	Tipo di Azienda	Laboratorio (1)		Studio di prevalenza negli ultimi tre anni (2)		Sistema di sorveglianza per obiettivi (3)		Sorveglianza continuativa (4)		(2), (3) o (4)	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Abruzzo	Aziende sanitarie	5	42%	6	50%	4	33%	3	25%	8	67%
Prov. Autonoma BZ	Aziende sanitarie	5	71%	1	14%	3	43%	2	29%	3	43%
Basilicata	Aziende sanitarie	2	14%	5	36%	1	7%	4	29%	8	57%
Calabria	Aziende sanitarie	6	21%	5	18%	7	25%	8	29%	11	39%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	3	25%	1	8%	5	42%	3	25%	6	50%
Campania	Aziende sanitarie	29	59%	19	39%	15	31%	20	41%	29	59%
Emilia-Romagna	Aziende sanitarie	35	95%	6	16%	10	27%	31	84%	33	89%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	10	33%	3	10%	8	27%	20	67%	21	70%
Friuli-Venezia Giulia	Aziende sanitarie	13	93%	2	14%	9	64%	13	93%	13	93%
Lazio	Aziende sanitarie	24	45%	25	47%	21	40%	17	32%	35	66%
Liguria	Aziende sanitarie	17	89%	11	58%	7	37%	7	37%	12	63%
Lombardia	Aziende sanitarie	101	93%	61	56%	62	57%	52	48%	95	87%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	37	65%	15	26%	30	53%	39	68%	49	86%
Marche	Aziende sanitarie	18	82%	8	36%	11	50%	6	27%	13	59%
Piemonte	Aziende sanitarie	58	97%	32	53%	34	57%	38	63%	56	93%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	13	76%	3	18%	7	41%	11	65%	14	82%
Puglia	Aziende sanitarie	6	33%	10	56%	9	50%	2	11%	17	94%
Sardegna	Aziende sanitarie	8	62%	1	8%	2	15%	2	15%	4	31%
Sicilia	Aziende sanitarie	37	54%	33	48%	41	59%	22	32%	49	71%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	15	38%	13	33%	18	46%	29	74%	34	87%
Toscana	Aziende sanitarie	30	94%	23	72%	27	84%	28	88%	32	100%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	4	44%	4	44%	4	44%	7	78%	8	89%
Prov. Autonoma TN	Aziende sanitarie	7	100%			7	100%			7	100%
Umbria	Aziende sanitarie	4	57%	6	86%	4	57%	4	57%	6	86%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	2	67%			1	33%	2	67%	3	100%
Valle d'Aosta	Aziende sanitarie			1	100%	1	100%			1	100%
Veneto	Aziende sanitarie	30	68%	25	57%	21	48%	15	34%	35	80%
	<i>Case di cura / Osp. Classificati</i>	4	50%	5	63%	3	38%	5	63%	8	100%

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Tabella A-VII – Protocolli assistenziali per regione e tipo di azienda (2) (questionario 2)

Regione	Tipo di Azienda	prevenzione infezioni vie urinarie associate a catetere vescicale		prevenzione infezioni associate a catetere vascolare		prevenzione infezioni delle basse vie respiratorie		prevenzione infezioni della ferita chirurgica		profilassi antibiotica in chirurgia		prevenzione trasmissione microrganismi multiresistenti		modalità di segnalazione/notifica delle infezioni		altro	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Abruzzo	Aziende sanitarie	5	42%	3	25%	2	17%	3	25%	8	67%	0	0%	4	33%	4	33%
Prov. Autonoma BZ	Aziende sanitarie	7	100%	6	86%	2	29%	2	29%	0	0%	4	57%	0	0%	2	29%
Basilicata	Aziende sanitarie	12	86%	6	43%	2	14%	2	14%	12	86%	0	0%	2	14%	2	14%
Calabria	Aziende sanitarie	11	39%	3	11%	2	7%	8	29%	8	29%	1	4%	3	11%	1	4%
	Case di cura / Osp. Class.	7	58%	4	33%	3	25%	5	42%	5	42%	2	17%	0	0%	2	17%
Campania	Aziende sanitarie	17	35%	21	43%	11	22%	23	47%	11	22%	2	4%	2	4%	18	37%
Emilia-Romagna	Aziende sanitarie	27	73%	28	76%	20	54%	26	70%	28	76%	21	57%	19	51%	33	89%
	Case di cura / Osp. Class.	24	80%	16	53%	12	40%	16	53%	17	57%	5	17%	3	10%	14	47%
Friuli-Venezia Giulia	Aziende sanitarie	8	57%	6	43%	2	14%	6	43%	11	79%	2	14%	1	7%	7	50%
Lazio	Aziende sanitarie	28	53%	20	38%	15	28%	24	45%	20	38%	12	23%	10	19%	12	23%
Liguria	Aziende sanitarie	15	79%	12	63%	5	26%	14	74%	8	42%	4	21%	3	16%	9	47%
Lombardia	Aziende sanitarie	73	67%	77	71%	23	21%	48	44%	88	81%	36	33%	29	27%	82	75%
	Case di cura / Osp. Class.	36	63%	24	42%	3	5%	24	42%	23	40%	3	5%	3	5%	33	58%
Marche	Aziende sanitarie	21	95%	16	73%	11	50%	10	45%	13	59%	6	27%	2	9%	10	45%
Piemonte	Aziende sanitarie	56	93%	60	100%	45	75%	53	88%	59	98%	49	82%	30	50%	45	75%
	Case di cura / Osp. Class.	17	100%	11	65%	7	41%	12	71%	12	71%	0	0%	1	6%	9	53%
Puglia	Aziende sanitarie	4	22%	3	17%	0	0%	5	28%	7	39%	0	0%	1	6%	2	11%
Sardegna	Aziende sanitarie	3	23%	1	8%	0	0%	5	38%	2	15%	0	0%	0	0%	2	15%
Sicilia	Aziende sanitarie	46	67%	16	23%	9	13%	37	54%	39	57%	2	3%	5	7%	35	51%
	Case di cura / Osp. Class.	28	72%	18	46%	16	41%	22	56%	26	67%	6	15%	2	5%	18	46%
Toscana	Aziende sanitarie	24	75%	30	94%	8	25%	23	72%	24	75%	13	41%	1	3%	21	66%
	Case di cura / Osp. Class.	8	89%	6	67%	5	56%	7	78%	5	56%	1	11%	0	0%	5	56%
Prov. Autonoma TN	Aziende sanitarie	7	100%	7	100%	0	0%	7	100%	7	100%	0	0%	7	100%	7	100%
Umbria	Aziende sanitarie	4	57%	4	57%	3	43%	4	57%	6	86%	2	29%	2	29%	3	43%
	Case di cura / Osp. Class.	2	67%	0	0%	0	0%	2	67%	3	100%	0	0%	0	0%	1	33%
Valle d'Aosta	Aziende sanitarie	1	100%	1	100%	0	0%	1	100%	1	100%	1	100%	0	0%	0	0%
Veneto	Aziende sanitarie	40	91%	33	75%	13	30%	19	43%	41	93%	21	48%	16	36%	20	45%
	Case di cura / Osp. Class.	6	75%	4	50%	3	38%	5	63%	4	50%	0	0%	0	0%	5	63%

Il Gruppo di Lavoro nazionale autore dell'analisi dei risultati dell'indagine conoscitiva del 2007, ha utilizzato, tra l'altro, anche lo *score* ICALIN (*Indice composite d'évaluation des activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales*), già adottato in Francia dal 2005, il cui calcolo si basa su 31 variabili, tra cui: *Numero riunioni annuali del Comitato di controllo delle infezioni e del Gruppo Operativo, Personale assegnato al programma, Eventuale Programma di comunicazione del rischio infettivo, Controllo dei microrganismi multi resistenti, Protocolli operativi presenti, Sorveglianza attiva, Formazione del personale, Definizione di indicatori di performance per valutare l'impatto del programma di controllo delle ICA.*

Rispetto a tali variabili è stato possibile costruire un dato generale, utile al confronto tra lo stato di attuazione dei Programmi ottenuto in diverse Regioni italiane.

Lo *score* valutativo ICALIN (Tab. A-IX, da INF-OSS 2008), applicato ai dati dell'indagine nazionale 2007 in Campania, si colloca in una posizione intermedia dell'intervallo riferito al contesto nazionale (ICALIN Campania = 47; min=23 max=84)

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Tabella A-IX – Indicatori sintetici dei programmi di controllo per regione e tipo di azienda (questionario 2)

Regione	tipo2	CIO attivo + medico addetto + ICI		punteggio ICALIN adattato	rispetto dei requisiti della normativa italiana*	
		N	%		requisiti	pct
Abruzzo	Aziende sanitarie	3	25%	27	3	25%
Prov Autonoma BZ	Aziende sanitarie	1	14%	54	0	0%
Basilicata	Aziende sanitarie	4	29%	44	4	29%
Calabria	Aziende sanitarie	7	25%	29	3	11%
	Case di cura / Osp. Classificati	2	17%	36	2	17%
Campania	Aziende sanitarie	22	45%	47	18	37%
Emilia-Romagna	Aziende sanitarie	21	57%	73	21	57%
	Case di cura / Osp. Classificati	7	23%	45	5	17%
Friuli-Venezia Giulia	Aziende sanitarie	5	36%	59	5	36%
Lazio	Aziende sanitarie	18	34%	49	16	30%
Liguria	Aziende sanitarie	11	58%	64	11	58%
Lombardia	Aziende sanitarie	83	76%	70	78	72%
	Case di cura / Osp. Classificati	31	54%	61	28	49%
Marche	Aziende sanitarie	14	64%	55	13	59%
Piemonte	Aziende sanitarie	52	87%	84	46	77%
	Case di cura / Osp. Classificati	14	82%	67	11	65%
Puglia	Aziende sanitarie	7	39%	44	6	33%
Sardegna	Aziende sanitarie	1	8%	23	1	8%
Sicilia	Aziende sanitarie	41	59%	49	37	54%
	Case di cura / Osp. Classificati	10	26%	58	9	23%
Toscana	Aziende sanitarie	26	81%	69	20	63%
	Case di cura / Osp. Classificati	5	56%	59	3	33%
Prov Autonoma TN	Aziende sanitarie	7	100%	83	7	100%
Umbria	Aziende sanitarie	4	57%	58	1	14%
	Case di cura / Osp. Classificati	1	33%	61	1	33%
Valle d'Aosta	Aziende sanitarie			82		
Veneto	Aziende sanitarie	25	57%	53	15	34%
	Case di cura / Osp. Classificati	3	38%	57	2	25%

* CIO attivo + CO/altra articolazione + ICI + medico addetto è sorveglianza

Sulla scorta delle predette valutazioni la Regione Campania, tra la fine del 2007 e l'inizio del 2010, ha emanato alcuni Atti di indirizzo, in ampia parte condivisi con le stesse Aziende destinatarie dei provvedimenti, che intendono fornire alle stesse Aziende Sanitarie ed Ospedaliere campane ulteriori strumenti per colmare le difficoltà operative sinora incontrate, avvalendosi di un più ampio ed esaustivo quadro normativo di riferimento regionale, in quanto gli stessi provvedimenti definiscono, tra l'altro, i *requisiti dei Programmi di prevenzione e controllo* delle ICA (D.G.R.C. n.1715 del 28/09/2007), i *requisiti delle Attività formative* per la Prevenzione ed il controllo delle ICA (D.G.R.C. n.2311 del 29/12/2007), nonché *l'aggiornamento delle Linee di indirizzo sulla Antibiotico Profilassi perioperatoria* (D.G.R.C. 123 del 15/02/2010).

Alcune delle attività di sorveglianza intraprese dagli Ospedali della Campania in seguito ai predetti Atti di indirizzo, sono state realizzate nell'ambito della partecipazione ai Sistemi di sorveglianza nazionali, avvalendosi delle metodologie (Protocolli standard) e del ritorno informativo forniti dal Gruppo di coordinamento nazionale, da cui derivano le tabelle sottostanti (da ISC-INF-OSS 2009).

Nel periodo gennaio – giugno 2008 in Campania sono stati raccolti dati su 2.583 interventi, arruolati alla sperimentazione del "Sistema Nazionale di sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico" (ISC-INF-OSS), relativi ai 29 Ospedali ed alle 31 categorie chirurgiche sotto elencate.

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

SORVEGLIANZA DEL SITO CHIRURGICO IN ITALIA PROGETTO INF-OSS
N° Interventi sorvegliati per categoria NHSN
N° di Interventi sorvegliati per Ospedale (mediana, minimo e massimo)
Periodo di sorveglianza: anno 2007-2008
Regione: CAMPANIA

<i>Categoria NHSN</i>	<i>Ospedali</i>	<i>Interventi</i>	<i>mediana</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
APPY	3	17	7	1	9
BILI	2	4	2	1	3
CARD	1	23	23	23	23
CBGB	5	214	48	1	78
CBGC	1	19	19	19	19
CHOL	18	419	19	2	59
COLO	18	261	11	2	77
CRAN	1	5	5	5	5
CSEC	11	1026	69	41	314
FUSN	1	11	11	11	11
GAST	2	9	5	3	6
HER	4	29	4	1	21
HPRO	3	38	8	1	29
HYST	1	14	14	14	14
KPRO	1	5	5	5	5
LAM	4	100	21	3	55
MAST	9	319	15	2	191
NEPH	1	1	1	1	1
OBL	3	6	2	1	3
OCVS	2	2	1	1	1
OES	1	4	4	4	4
OGIT	3	13	1	1	11
OGU	2	2	1	1	1
ONS	1	2	2	2	2
OSKN	4	6	2	1	2
SB	8	20	2	1	6
SPLE	1	1	1	1	1
THOR	1	2	2	2	2
VHYS	1	1	1	1	1
VS	1	1	1	1	1
XLAP	4	9	3	1	3
Totale	29	2583	63	7	314

Il contributo della Campania al dato nazionale nel *primo periodo di partecipazione (01/07/2007-30/06/2008)* è stato pari al 7,8% dei dati totali, nonostante le Aziende campane abbiano avviato la sorveglianza con un semestre di ritardo rispetto ad altre Regioni (Tab 1, da ISC-INF-OSS 2008).

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Tabella 1. Partecipazione alla sorveglianza. Interventi sorvegliati, numero di Ospedali e periodo di sorveglianza per regione.

Regione	N ° interventi	%	N ° Ospedali	%	Periodo di sorveglianza	
					dal	al
EMILIA ROMAGNA	7939	37	23	17	01/07/2007	30/06/2008
FRIULI VENEZIA GIULIA	4953	23.1	20	14.8	01/07/2007	30/06/2008
LAZIO	3034	14.1	25	18.5	01/04/2008	30/06/2008
MARCHE	1902	8.9	10	7.4	02/07/2007	27/06/2008
CAMPANIA	1674	7.8	25	18.5	02/01/2008	30/06/2008
SICILIA	751	3.5	13	9.6	01/10/2007	18/03/2008
VENETO	654	3	10	7.4	01/10/2007	30/06/2008
PROV. AUTON. BOLZANO	195	0.9	2	1.5	02/07/2007	30/09/2007
TOSCANA	155	0.7	5	3.7	10/01/2008	26/05/2008
CALABRIA	122	0.6	1	0.7	10/07/2007	13/04/2008
LOMBARDIA	66	0.3	1	0.7	02/04/2008	30/06/2008
Totale	21445		135		01/07/2007	30/06/2008

Il 54% delle infezioni è stato diagnosticato durante la sorveglianza post dimissione. In alcune categorie di intervento tale percentuale è superiore al 70%. Di seguito, i dati maggiormente significativi:

- Nella popolazione sorvegliata in Campania nel 2008, l'incidenza di infezione, calcolata come *ISC Ratio o incidenza cumulativa* (numero di ISC su 100 interventi appartenenti ad una determinata categoria), è risultata pari al 3,6 per 100 interventi, contro un dato nazionale di 2,6 per 100 interventi; l'incidenza più elevata è stata osservata negli interventi sul colon (8,8% vs 9,5%).
- Il 17% delle infezioni osservate in Campania (15% dato nazionale) coinvolge i tessuti profondi interessati dall'intervento.

SORVEGLIANZA DEL SITO CHIRURGICO IN ITALIA PROGETTO INF-OSS
Distribuzione delle infezioni per SEDE. Analisi per Categoria NHSN di Intervento
Periodo di sorveglianza: anno 2007-2008
Regione: CAMPANIA

Categoria NHSN	Sede dell'infezione			Totale				
	superficiale	profonda	d'organo					
CBGB	8	61 %	2	15 %	3	23 %	13	100 %
CHOL	10	62 %	4	25 %	2	12 %	16	100 %
COLO	16	69 %	6	26 %	1	4 %	23	100 %
CSEC	4	80 %	1	20 %	-	-	5	100 %
LAM	10	83 %	2	16 %	-	-	12	100 %
MAST	15	100 %	-	-	-	-	15	100 %
Totale	63	75 %	15	17 %	6	7 %	84	100 %

Nella tabella successiva, le procedure sono stratificate, oltre che per categoria di intervento, anche in base al rischio individuale di infezione, denominato Infection Risk Index (IRI). Inoltre l'incidenza è espressa anche come *ISC Rate o densità di incidenza* (numero di ISC per 1000 giorni di sorveglianza post-operatoria).

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

SORVEGLIANZA DEL SITO CHIRURGICO IN ITALIA PROGETTO INF-OSS
Incidenza infezioni del sito chirurgico per Categoria NHSN di Intervento e per IRI
Interventi previsti dal protocollo
Periodo di sorveglianza: anno 2007-2008
Regione: CAMPANIA

<i>Categoria NHSN e Infection Risk Index</i>	<i>N° Infezioni</i>	<i>N° procedure</i>	<i>Ratio</i>	<i>Giorni di Sorveglianza</i>	<i>Rate</i>	
CBGB	n.c.	5	104	4.81	2866	1.74
	0	2	8	25.0	129	15.5
	1	5	67	7.46	1554	3.22
	2	1	35	2.86	825	1.21
	tot.	13	214	6.07	5374	2.42
CBGC	n.c.	0	8	0.00	240	0.00
	1	0	3	0.00	90	0.00
	2	0	8	0.00	240	0.00
	tot.	0	19	0.00	570	0.00
CHOL	n.c.	4	26	15.4	643	6.22
	-1	5	228	2.19	5621	0.89
	0	5	103	4.85	2430	2.06
	1	0	43	0.00	1032	0.00
	2	2	18	11.1	407	4.91
	3	0	1	0.00	17	0.00
	tot.	16	419	3.82	10150	1.58
COLO	n.c.	4	57	7.02	1630	2.45
	-1	2	7	28.6	148	13.5
	0	3	43	6.98	994	3.02
	1	4	87	4.60	2120	1.89
	2	10	58	17.2	1174	8.52
	3	0	9	0.00	216	0.00
	tot.	23	261	8.81	6282	3.66
CSEC	n.c.	0	260	0.00	6930	0.00
	0	5	592	0.84	14340	0.35
	1	0	157	0.00	3723	0.00
	2	0	17	0.00	30	0.00
	tot.	5	1026	0.49	25023	0.20
HER	n.c.	0	1	0.00	-	-
	0	0	23	0.00	26	0.00
	1	0	4	0.00	18	0.00
	2	0	1	0.00	20	0.00
	tot.	0	29	0.00	64	0.00
HPRO	n.c.	0	1	0.00	30	0.00
	0	0	27	0.00	104	0.00
	1	0	10	0.00	-	-
	tot.	0	38	0.00	134	0.00
KPRO	0	0	3	0.00	-	-
	1	0	2	0.00	-	-
	tot.	0	5	0.00	-	-
LAM	n.c.	0	1	0.00	24	0.00
	0	9	47	19.1	622	14.5
	1	3	42	7.14	681	4.41
	2	0	10	0.00	188	0.00
	tot.	12	100	12.0	1515	7.92
MAST	n.c.	9	142	6.34	3760	2.39
	0	6	133	4.51	3022	1.99
	1	0	42	0.00	1057	0.00
	2	0	2	0.00	30	0.00
	tot.	15	319	4.70	7869	1.91

La tubercolosi

La tubercolosi, nonostante i progressi dell'ultimo secolo in campo terapeutico-preventivo, continua ad essere una delle principali cause di morte da agente infettivo, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo ed a forte pressione migratoria.

Il progressivo aumento dei casi verificatosi, a partire dalla metà degli anni novanta, nel territorio nazionale è legato principalmente all'incremento del numero di immigrati provenienti dalle aree di endemia e della mobilità della popolazione generale (vacanze, viaggi di lavoro, globalizzazione). Inoltre, all'ulteriore aumento di incidenza segnalato nell'ultimo decennio, non poco hanno contribuito altri importanti fattori quali il prolungamento della vita media, l'aumento delle forme da riattivazione endogena in conseguenza del miglioramento della prognosi di patologie che si accompagnano a depressione immunitaria (AIDS, neoplasie, trapianti, diabete, insufficienza renale....), l'utilizzo sempre più diffuso di terapie immunosoppressive (trapianti) ed, inoltre, la diminuita conoscenza e la diagnosi tardiva della malattia tubercolare.

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Anche in Campania, le principali criticità sono rappresentate dalla difficoltà di rendere più omogenee le modalità di monitoraggio degli esiti dei trattamenti, soprattutto per i casi relativi alla popolazione straniera, ed il progressivo incremento della diffusione delle resistenze ai farmaci antitubercolari, che rende necessario tendere al miglioramento della sorveglianza su MDR ed XDR, anche attraverso il ricorso a fonti informative integrative alla notifica.

Periodo	PROV	Totale casi	INCIDENZA
2006	AV	7	1,6
	BN	4	1,4
	CE	20	2,3
	NA	181	5,9
	SA	21	1,9
2006 Totale		233	4,0
2007	AV	19	4,3
	BN	5	1,7
	CE	5	0,6
	NA	183	5,9
	SA	27	2,5
2007 Totale		239	4,1
2008	AV	22	5,0
	BN	1	0,3
	CE	13	1,4
	NA	197	6,4
	SA	19	1,7
2008 Totale		252	4,3
2009	AV	18	4,1
	BN	6	2,1
	CE	12	1,3
	NA	152	4,9
	SA	27	2,4
2009 Totale		215	3,7

PERIODO	PROVINCIA	Maschi	Femmine	non specificato	Totale complessivo	INCIDENZA
2006	AV	3	4		7	1,6
	BN	1	3		4	1,4
	CE	10	9	1	20	2,3
	NA	118	61	2	181	5,9
	SA	15	6		21	1,9
2006 Totale		147	83	3	233	4,0
2007	AV	18	1		19	4,3
	BN	4	1		5	1,7
	CE	2	3		5	0,6
	NA	124	59		183	5,9
	SA	17	10		27	2,5
2007 Totale		165	74		239	4,1
2008	AV	10	12		22	5,0
	BN		1		1	0,3
	CE	8	5		13	1,4
	NA	132	65		197	6,4
	SA	14	5		19	1,7
2008 Totale		164	88		252	4,3
2009	AV	16	2		18	4,1
	BN	2	4		6	2,1
	CE	8	4		12	1,3
	NA	107	45		152	4,9
	SA	16	11		27	2,4
2009 Totale		149	66		215	3,7

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

		Casi italiani per classi di età				Totale casi	INCIDENZA ITALIANI				
ANNO	PROVINCIA	0-14	15-24	25-64	65 e oltre		0-14	15-24	26-64	65 e oltre	tot
2006	AV			2	2	4	0,0	0,0	0,9	2,3	0,9
	BN	1		2	0	3	2,3	0,0	1,3	0,0	1,0
	CE	11		0	2	13	6,9	0,0	0,0	1,6	1,5
	NA	14	9	63	29	115	2,4	2,1	3,8	6,9	3,7
	SA	2	1	3	5	11	1,2	0,7	0,5	2,6	1,0
2006 Totale		28	10	70	38	146	2,8	1,3	2,3	4,3	2,5
2007	AV			6	5	11	0,0	0,0	2,6	5,8	2,5
	BN			3	1	4	0,0	0,0	2,0	1,7	1,4
	CE			3	0	3	0,0	0,0	0,6	0,0	0,3
	NA	8	9	49	27	93	1,4	2,1	2,9	6,3	3,0
	SA	2	1	4	4	11	1,2	0,7	0,7	2,1	1,0
2007 Totale		10	10	65	37	122	1,0	1,3	2,1	4,1	2,1
2008	AV	2		6	5	13	3,2	0,0	2,5	5,8	3,0
	BN			1	0	1	0,0	0,0	0,7	0,0	0,3
	CE	3	1	1	1	6	1,9	0,8	0,2	0,8	0,7
	NA	18	8	69	27	122	3,2	1,9	4,1	6,2	4,0
	SA	4	1	3	2	10	2,4	0,7	0,5	1,0	0,9
2008 Totale		27	10	80	35	152	2,7	1,3	2,5	3,8	2,6
2009	AV			6	3	9	0,0	0,0	2,5	3,5	2,0
	BN			1	3	4	0,0	0,0	0,7	5,0	1,4
	CE	1		1	1	3	0,6	0,0	0,2	0,7	0,3
	NA	12	7	47	21	87	2,2	1,7	2,8	4,7	2,8
	SA	2	1	8	7	18	1,2	0,7	1,3	3,5	1,6
2009 Totale		15	8	63	35	121	1,5	1,0	2,0	3,8	2,1

		Casi stranieri per class di età				Totale casi	INCIDENZA STRANIERI				
ANNO	PROVINCIA	0-14	15-24	25-64	65 e oltre		0-14	15-24	26-64	65 e oltre	tot
2006	AV	1	1	1		3	1,5	1,8	0,4	0,0	0,7
	BN			1		1	0,0	0,0	0,7	0,0	0,3
	CE	3	2	2		7	1,9	1,6	0,4	0,0	0,8
	NA	5	12	49		66	0,9	2,8	2,9	0,0	2,1
	SA	1	2	7		10	0,6	1,4	1,2	0,0	0,9
2006 Totale		10	17	60		87	1,0	2,2	1,9	0,0	1,5
2007	AV		2	6		8	0,0	3,7	2,6	0,0	1,8
	BN			1		1	0,0	0,0	0,7	0,0	0,3
	CE		1	1		2	0,0	0,8	0,2	0,0	0,2
	NA	6	15	68	1	90	1,1	3,6	4,1	0,2	2,9
	SA		2	14		16	0,0	1,4	2,4	0,0	1,5
2007 Totale		6	20	90	1	117	0,6	2,6	2,9	0,1	2,0
2008	AV		4	5		9	0,0	7,3	2,1	0,0	2,0
	BN					0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	CE	5		2		7	3,2	0,0	0,4	0,0	0,8
	NA	3	12	60		75	0,5	2,9	3,6	0,0	2,4
	SA		2	7		9	0,0	1,4	1,2	0,0	0,8
2008 Totale		8	18	74		100	0,8	2,3	2,4	0,0	1,7
2009	AV	1	1	7		9	1,6	1,9	3,0	0,0	2,0
	BN		1	1		2	0,0	2,9	0,7	0,0	0,7
	CE	6	1	2		9	3,8	0,8	0,4	0,0	1,0
	NA	3	13	49		65	0,5	3,1	2,9	0,0	2,1
	SA	1	2	6		9	0,6	1,4	1,0	0,0	0,8
2009 Totale		11	18	65		94	1,1	2,4	2,1	0,0	1,6

In questo contesto l'Assessorato alla Sanità della Regione Campania, Osservatorio Epidemiologico Regionale, ha ritenuto necessario aggiornare le raccomandazioni regionali, emanando le "Linee di indirizzo per le attività di cura, prevenzione e controllo della tubercolosi" approvate dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 1577 del 15/10/2009.

Il documento descrive gli obiettivi al cui raggiungimento deve tendere il Sistema sanitario regionale attraverso le Strutture che operano nel campo della prevenzione, diagnosi e cura della tubercolosi.

Esso, inoltre, si propone di fornire linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania in merito agli ambiti territoriali, i livelli funzionali, le capacità operative ed i requisiti, a cui esse dovranno far riferimento ai fini della realizzazione o dell'adeguamento delle Unità funzionali individuate per la costituzione del predetto sistema assistenziale.

Gli interventi previsti sono basati principalmente sul migliore utilizzo di risorse già esistenti e sulla integrazione funzionale dei diversi livelli operativi in un ottica organizzativa basata sul modello di rete, proponendosi la realizzazione dei seguenti obiettivi:

1. Assicurare, sull'intero territorio regionale, la presenza di strutture idonee a garantire adeguati percorsi di prevenzione, diagnosi e trattamento.
2. Migliorare la sorveglianza epidemiologica potenziando e razionalizzando il flusso informativo.
3. Creare una rete integrata di strutture tra loro coordinate che, a livelli differenti, provvedano alla diagnosi ed al trattamento.
4. Aumentare la compliance ed il numero di soggetti che completano il trattamento garantendo la facile reperibilità e la consegna diretta (distribuzione) dei farmaci ed il follow-up dei casi e dei contatti.

Le malattie trasmesse dagli animali

Sicurezza alimentare: il livello economico-sociale purtroppo influisce in maniera negativa anche su un importantissimo aspetto della Medicina di Prevenzione quale il controllo delle malattie trasmesse dagli alimenti (MTA). L'importanza della sicurezza alimentare giustifica il suo inserimento nell'elenco dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui la sanità pubblica deve garantire l'erogazione, nonché negli obiettivi del presente Piano Regionale di Prevenzione.

La legislazione comunitaria, nazionale e regionale stabilisce che la sicurezza alimentare deve essere garantita in primis dagli stessi operatori del settore alimentare (OSA). Parallelamente è attivo un sistema integrato dei controlli ufficiali che in Campania si fonda sui Servizi "Igiene degli alimenti" e "Veterinari" dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. nonché sul Nucleo Regionale dei Controlli Ufficiali (NU.RE.C.U.); tali organismi rappresentano rispettivamente il livello territoriale e regionale dell'Autorità Competente di cui al D.l.vo 193/07. Essi, spesso in collaborazione con altre Autorità, espletano i controlli su tutte le filiere alimentari "dal campo alla tavola". I principi cardine del sistema dei controlli regionale sono esplicitati nel Piano Regionale Integrato dei controlli ufficiali (P.R.I.), tra i quali quello fondamentale è la proporzionalità tra il rischio accertato in una impresa ed il numero e l'intensità dei controlli ufficiali da svolgere in essa. In concreto il sistema prevede la categorizzazione degli OSA in cinque categorie di rischio, sulla base di una serie di indicatori legati, tra l'altro, alla tipologia dell'attività, alle condizioni strutturali ed igienico-sanitarie degli impianti, al target cui è rivolto, all'entità della capacità produttiva. Ad ogni categoria di rischio, che periodicamente può essere confermata o modificata, corrisponde una determinata intensità dei controlli ufficiali (frequenza, prelievo e analisi campioni)

In regione Campania il controllo ufficiale in materia di sicurezza alimentare e di Sanità Pubblica Veterinaria, si avvale, inoltre, di un sistema informatico on line denominato "GISA" che consente la gestione delle attività a cura delle AA.SS.LL. e la disponibilità in tempo reale dei relativi dati ai fini del monitoraggio e della programmazione. Tali dati sui controlli ufficiali convergono nell'Osservatorio Regionale Sicurezza Alimentare (ORSA) dove vengono analizzati unitamente a tutti gli altri dati relativi a qualsiasi accadimento che possa influire sulla sicurezza alimentare. Le criticità e le priorità emerse dall'analisi effettuata dall'ORSA vengono comunicate all'AC. L'importanza di un sistema informatico unico regionale dei controlli, funzionale e rapido, consente di ottimizzare le risorse e mirare gli interventi sulle problematiche reali emerse dall'analisi del rischio effettuata dall'Osservatorio. In tal modo si è

inteso ovviare alle difficoltà ed alle problematiche appalesatesi in passato dovute ad una frammentarietà dei dati e dei flussi informativi. Dal sistema informatico GISA nel 2009 risultano effettuati circa: n. 8.000 controlli ufficiali, n. 3.000 campioni relativi alla sicurezza alimentare.

Ad eccezione della Provincia di Napoli dove la densità di popolazione non lo permette, il territorio campano è dedicato in larga parte alle attività agro-zootecniche; è presente inoltre una notevole presenza di aziende di produzione primaria che si occupano di pesca e di acquacoltura (soprattutto itticoltura marina e molluschicoltura). Nel settore zootecnico si registra una progressiva e sensibile riduzione del numero di aziende dedite all'allevamento di animali, tranne nel comparto dell'allevamento bufalino in considerazione della produzione tipica della mozzarella di bufala campana che è apprezzata a livello mondiale.

Nel sistema informatico GISA, attualmente in progress, risultano inseriti i dati di:

- n. 1.200 stabilimenti riconosciuti CE
- n. 59.200 allevamenti
- n. 40.000 imprese che a vario titolo si occupano di alimenti per uso umano

L'attività di ristorazione è molto diffusa in Campania, ovviamente soprattutto nelle province e nei comuni a vocazione turistica ed a elevata capacità recettiva alberghiera. Si assiste inoltre, soprattutto nelle città, ad un incremento dell'abitudine al consumo di pasti "fuori casa" connesso ad esigenze lavorative e scolastiche. Nel sistema informatico GISA risultano attualmente inseriti i dati di n. 5000 ristoranti, n. 4500 bar e n. 1000 mense per la ristorazione collettiva.

Malattie trasmesse dagli Animali: sono numerose ancora le problematiche afferenti a tale area di intervento del Servizio Veterinario pubblico che, abbondantemente già superate in altre Regioni d'Italia, affliggono invece alcune parti del territorio campano. Per affrontarle vengono quindi concentrate su tali attività energie lavorative che, diversamente, potrebbero essere indirizzate ad affrontare patologie più nuove (importante il capitolo delle malattie esotiche che progressivamente stanno interessando il Paese) o alzare il livello delle prestazioni del Servizio pubblico improntandole ad una più efficace azione di prevenzione.

La legislazione comunitaria, nazionale e regionale stabilisce che la sanità degli animali di allevamento, almeno nei confronti delle malattie soggette ad obbligo di eradicazione (Brucellosi, Tubercolosi e Leucosi di bovini e ovicaprini, nonché la Malattia Vescicolare dei Suini) debba essere garantita mediante effettuazione di controlli a tappeto periodici, prevalentemente di tipo sierologico, atti ad evidenziare la eventuale presenza di animali infetti nell'ambito delle aziende.

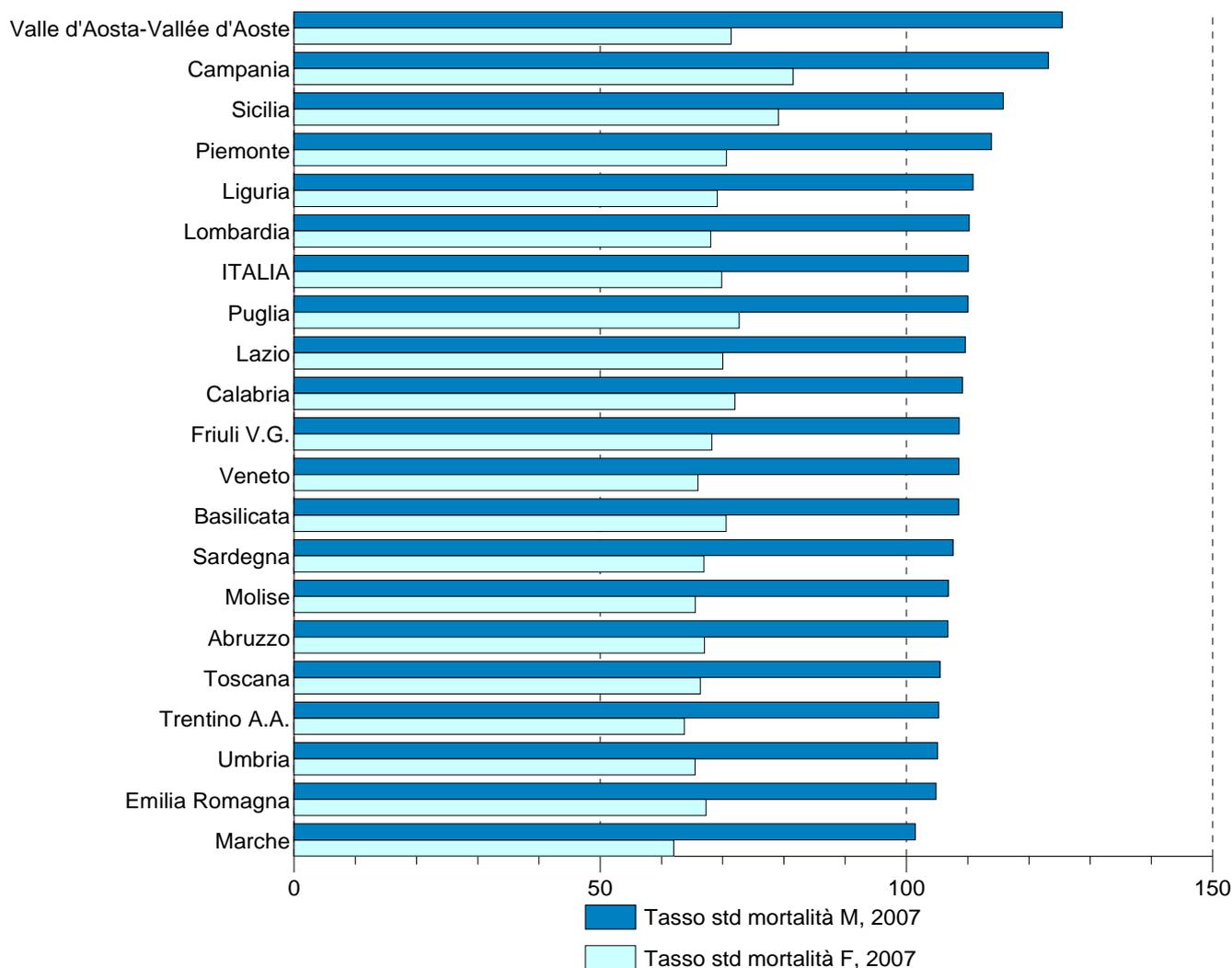
Anche per altre patologie sono attivi piani di controllo che però prevedono una attività non sistematica, a campione; è il caso per esempio dei controlli che vengono effettuati per Blue-tongue e West-Nile Disease (malattie un tempo esotiche, di recente rilevate anche nel nostro Paese)

Per quanto riguarda il capitolo delle zoonosi (malattie trasmissibili dagli animali all'uomo e viceversa), oltre a quelle già citate riguardanti gli animali da reddito (TBC e Brucellosi e West-Nile Disease) particolare attenzione è posta dalla norma nazionale e regionale su quelle trasmesse dai carnivori domestici, in particolare la leishmaniosi, oggetto di apposita norma di controllo sistematico regionale, e la echinococcosi-iatidiosi per la quale la raccolta dei dati epidemiologici è garantita dall'obbligo di segnalazione delle lesioni rilevate al macello negli animali da reddito che, come l'Uomo, sono ospiti intermedi della malattia.

La mortalità

Un eccesso di mortalità, sia tra gli uomini che tra le donne

Durante il 2007, l'anno più recente per cui l'Istat ha reso disponibili i dati sulla mortalità, in Campania sono decedute 48.403 persone, 24.141 uomini e 24.262 donne: la popolazione regionale mostra la mortalità più elevata, sia tra gli uomini (quasi a pari merito con la Valle d'Aosta) che tra le donne, confermando un differenziale che rimane inalterato da oltre 30 anni. Questo differenziale, per entrambi i sessi, è pari a circa 11 decessi in più ogni 10.000 abitanti, rispetto al valore medio nazionale.



Tassi di Mortalità, per 10.000 abitanti, standardizzati per età (Italia 2007)

Quali sono le cause di morte che spiegano queste differenze?

Come si evince dalla tabella seguente, oltre la metà dell'eccesso di mortalità registrato in Campania, tra gli uomini nel 2007, è dovuto soprattutto a cause cardiovascolari. In parte, anche, a diabete, malattie respiratorie e tumori, specie quelli del polmone e del fegato

Tra le donne, gli 11 decessi in più, ogni 10.000 abitanti, rispetto all'Italia, sono dovuti soprattutto alle malattie cardiocircolatorie, e in misura minore al diabete, a malattie del digerente, come la cirrosi epatica, ed alle malattie respiratorie.

Tassi di mortalità, standardizzati per età (per 10.000 abitanti)				
Campania – Italia - Anno 2007				
Cause di morte	Uomini		Donne	
	Campania	Italia	Campania	Italia
Tumori	38,9	37,8	19,5	20,1
Diabete mellito	5,0	3,3	5,2	2,8
Malattie del sistema nervoso	3,3	3,6	2,7	2,9
Malattie del sistema circolatorio	48,1	41,1	38,1	28,9
Malattie del sistema respiratorio	10,2	9,2	3,9	3,7
Malattie dell'apparato digerente	5,0	4,6	3,8	2,9
Cause accidentali e violente	4,1	5,6	2,4	2,4
Altre cause	10,2	8,7	6,3	6,7
Totale	124,8	113,9	81,8	70,4

Esistono differenze rilevanti all'interno della regione

Ciò che fa riflettere maggiormente è che la differenza è imputabile soprattutto all'area costituita dalle province di Napoli e Caserta, in cui è pari rispettivamente a 15 e 10 morti in più per 10.000 abitanti e le malattie cardiovascolari spiegano gran parte dell'eccesso di mortalità mentre le restanti province hanno tassi di mortalità, standardizzati per età, più vicini al dato medio nazionale.

Nel napoletano, inoltre, in aggiunta alle malattie cardiovascolari, assumono importanza i tumori, le malattie respiratorie, quelle dell'apparato digerente e le cause endocrine e metaboliche, soprattutto il diabete. L'anno più recente per cui l'Istat ha rilasciato il numero di decessi per causa a livello di provincia è il 2006 (v. tabella che segue).

Mortalità infantile

E' un indicatore che esprime in modo generico e sintetico il grado di sviluppo sociale, ambientale e sanitario di una popolazione. L'indicatore esprime il numero di morti nel primo anno di vita, in rapporto al numero di nati. La mortalità infantile della Regione, pur rimanendo tradizionalmente ancora una delle più elevate d'Italia (4,7‰ nel 2002, Italia 4,4‰), negli ultimi anni ha mostrato una delle più alte percentuali di riduzione rispetto alle altre Regioni italiane: 57% dal 1991 al 2002, a fronte di una riduzione media nazionale del 44%. Ai tre quarti di questa mortalità contribuisce la cosiddetta "incomprimibile" mortalità neonatale, in particolare quella precoce.

Tumori

Nella Regione Campania sono attivi due Registri Tumori: il Registro Tumori della Regione Campania - allocato presso la ex ASL NA4, operativo dal 1996, e riferito al solo territorio della ex ASL Napoli 4 - ed il Registro Tumori della Provincia di Salerno - attivo dal 1997, tutt'oggi gestito dall'ente provinciale e riferito al territorio dell'intera provincia di Salerno.

Le pagine seguenti riportano dati e valutazioni epidemiologiche del Registro Tumori Regionale c/o la ex ASL Napoli 4.

I 35 Comuni che costituiscono l'area coperta dal Registro sono tutti dislocati nell'area a nord della provincia di Napoli e coprono una popolazione di circa 570.000 abitanti; una parte consistente di tale popolazione vive nei Comuni immediatamente a ridosso della città di Napoli, la cosiddetta area metropolitana, per cui risente, anche nell'andamento della patologia oncologica, dei fattori caratterizzanti le grandi aree urbane. Attualmente il Registro ha completato la raccolta ed elaborazione dei dati relativi ai casi di incidenza dell'anno 2007; i dati prodotti vengono validati ed inseriti nella Banca Dati dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum); sono stati inoltre validati dalla Agenzia Internazionale Ricerca sul Cancro (IARC) - Lione e inseriti nel rapporto quinquennale del *Cancer Incidence in Five Continents* – vol. IX.

Dati di Incidenza

Per tutti i tumori considerati nel loro insieme, nel periodo 1997/2007, nella popolazione sorvegliata dal Registro è stata rilevato un tasso di incidenza (standardizzato per età- pop. europea) pari a 494 casi per 100.000 abitanti per i maschi e di 332 per 100.000 per le donne.

In Italia, gli ultimi dati disponibili, riferiti al periodo 2003/2005, riportano tassi più elevati, rispettivamente: 580 per 100.000 per i maschi e 409 per 100.000 per le donne. (www.registri-tumori.it)

Entrando nel dettaglio di singoli tumori, nell'area di riferimento del Registro Campano è possibile evidenziare che:

- mostrano tassi di incidenza più alti rispetto al dato medio nazionale dei Registri:
 - il tumore del polmone nei maschi (96 contro 80 per 100.000 abitanti);
 - il tumore del fegato sia nei maschi che nelle femmine; (rispettivamente tassi di 49 e 18 per 100.000 contro tassi rispettivamente di 20 e 6 per 100.000 del Pool dei Registri italiani);
- hanno tassi di incidenza simili al dato medio nazionale:
 - le leucemie, sia nei maschi che nelle donne, ed i linfomi nelle donne, tumori che presentano gli stessi tassi di incidenza al Nord, al Centro ed al Sud;
- tutti gli altri tumori presentano tassi di incidenza più bassi e, alcuni, marcatamente più bassi rispetto al valore medio del pool dei Registri Tumori Italiani:
 - il tumore della mammella nella donna (94 contro 119 per 100.000);
 - il tumore del colon sia nei maschi che nelle femmine (rispettivamente 31 e 22 x 100.000 contro 45 e 30 per 100.000 del Pool);
 - il tumore della prostata (44 contro 88 per 100.000).

Il dato più preoccupante è il tasso di tumori epatici più che doppio rispetto ai tassi del Pool dei Registri. Il tumore epatico è associato principalmente alle infezioni da virus per l'Epatite C e B, che in Campania hanno una circolazione elevata, come mostrato anche recentemente da uno studio sulla diffusione dell'infezione da Virus dell'epatite C e B nel territorio della ASL NA4. Tale studio ha evidenziato una prevalenza del 7,8% di infezione di epatite C (circa sette volte superiore al tasso di prevalenza medio italiano) nell'intera area della ex ASL Napoli 4 e tassi di prevalenza più alti nei Comuni in cui sono più alti i tassi di incidenza per cancro al fegato. Questi dati supportano l'ipotesi che la più alta incidenza, e mortalità, per tumori epatici sia da ascrivere essenzialmente all'endemia di Virus dell'epatite C e B presente sul territorio. (Fusco M. et All - Eur J Cancer. 2008 Apr;44(6):847-53).

Relativamente alla incidenza marcatamente più bassa del cancro della prostata, è possibile che ciò sia dovuto alla minore diffusione che il test diagnostico del PSA ha avuto alla fine degli anni '90, nell'area del Registro ed in generale in Italia meridionale rispetto all'Italia centro settentrionale.

Andamento nel tempo della patologia neoplastica

L'analisi dei trend temporali della patologia oncologica evidenzia che:

- il tumore polmonare nei maschi ha avuto un trend in progressivo aumento fino all'anno 2000, mentre nel periodo 2001/2007 non sono stati rilevati ulteriori incrementi statisticamente significativi, ma si è assistito ad una sostanziale stabilizzazione; attualmente in tasso di incidenza nell'area del Registro ha raggiunto e superato l'incidenza media nazionale;
- in tre tumori, - mammella della donna, prostata e colon - sia nei maschi che nelle donne, è stato rilevato un trend in progressivo e significativo aumento dei tassi di incidenza; tali tassi, tuttavia, si mantengono attualmente più bassi rispetto al Pool. E' possibile ricondurre questi andamenti a cause tra loro diverse:
 - il progressivo aumento dei tumori della mammella della donna è in parte da attribuire ad un maggiore ricorso alla pratica della mammografia ed altri esami diagnostici mirati alla identificazione della neoplasia in fase preclinica;
 - il marcato aumento del tumore della prostata può essere attribuito alla aumentata diffusione del test del PSA;
 - il significativo aumento del tumore del colon, invece, non sembra dovuto in modo determinante ad un aumento diagnostico in fase pre clinica, bensì ad un reale aumento dei casi; è possibile ipotizzare che tale aumento sia in parte da associare alla progressiva perdita, nelle popolazioni dell'Italia meridionale, del fattore protettivo rappresentato dalla dieta mediterranea soppiantata da una globalizzazione delle abitudini alimentari.

(Fusco M. et All - Eur J Cancer. (2009), doi:10.1016/j)

Sopravvivenza oncologica

La sopravvivenza oncologica fornisce indicazioni che consentono di valutare, non soltanto la qualità delle cure messe in atto, ma l'intero sistema preventivo, diagnostico e terapeutico attivato in campo oncologico a livello regionale.

Inoltre, poiché i cittadini residenti nella ASL Napoli 4, in realtà, usufruiscono per questo tipo di patologia della rete dei servizi assistenziali su base regionale, le indicazioni che ricaviamo, non sono limitate ai servizi sanitari della ASL, ma riguardano l'intero sistema sanitario della Regione Campania.

Rispetto alla media italiana, nella ASL Napoli 4, nel periodo 1996 - 2005, c'è stato un minor numero annuo di nuovi casi di cancro ma una maggiore mortalità per gli stessi tumori; questa apparente contraddizione è dovuta alla minore sopravvivenza dei casi di cancro diagnosticati nell'area del Registro.

Infatti la percentuale di casi totali di cancro che sopravvive a cinque anni dalla diagnosi è, nell'area di riferimento del Registro, per gli uomini del 42% (contro il 47% del dato nazionale) e per le donne del 56%, contro il 60% nazionale.

Scendendo nel dettaglio dei singoli tumori, i dati evidenziano che mentre non c'è differenza sostanziale nella sopravvivenza dei casi affetti da tumori a cattiva prognosi (polmone, vie biliari), la differenza c'è in due gruppi:

- tumori la cui sopravvivenza è fortemente modificabile dalla diagnosi precoce, principalmente dalla attivazione e corretta pratica degli screening di popolazione; è il caso dei tumori della cervice uterina, mammella, colon-retto che presentano il maggior differenziale di sopravvivenza rispetto all'Italia centro settentrionale; la sopravvivenza a cinque anni è, infatti di 7 – 10 punti percentuali più bassa;
- tumori la cui sopravvivenza risente della qualità complessiva dei percorsi diagnostico-terapeutici: stomaco, tiroide, testicoli.; anche questi casi presentano una sopravvivenza più bassa seppure con percentuali più contenute;

- i tumori ematologici, invece, come le leucemie e i linfomi, in cui la sopravvivenza è in linea con quella nazionale. Va detto che per i tumori ematologici, in Campania, c'è una minore dispersione dei percorsi diagnostico-terapeutici con una maggiore attrazione dei casi verso pochi centri regionali di eccellenza.

Sul deficit di sopravvivenza pesano notevolmente:

- Il ritardato avvio e la attuale bassa compliance degli screening della cervice uterina e della mammella e il solo recente avvio, a macchia di leopardo, di quello del colon retto;
- le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie di diagnosi e cura da parte delle fasce di popolazioni più deboli e a rischio;
- l'enorme frazionamento dei percorsi sanitari (migrazione, notevole presenza di strutture sanitarie private convenzionate) in assenza di uno standard di qualità di riferimento sia di tipo diagnostico che terapeutico; ciò impedisce, tra l'altro, la realizzazione di una analisi oltre che dei costi anche della qualità delle prestazioni rese.

Conclusioni

Una visione d'insieme dell'andamento della patologia oncologica a livello regionale evidenzia il persistere di una minore incidenza complessiva di cancro che si accompagna, però ad una maggiore mortalità e ad una progressiva modifica della patologia oncologica sul territorio; tale modifica è presumibilmente legata a cambiamenti delle esposizioni a fattori cancerogeni: condizioni individuali predisponenti, abitudini e stili di vita, esposizioni professionali, fattori cancerogeni da inquinamento ambientale. La molteplicità di questi fattori e le interazioni tra di essi sconsigliano le facili semplificazioni; ciò nonostante, però, è possibile affermare con sufficiente livello di sicurezza che siamo di fronte a :

- un eccesso di casi di cancro del polmone tra gli uomini legato prevalentemente all'esposizione al fumo di sigaretta;
- un eccesso di cancro del fegato dovuto prevalentemente alla endemia da virus B e C;
- un insufficiente livello di diagnosi precoce per il cancro della cervice uterina, della mammella e del colo retto,
- una frantumazione e mancato controllo dei flussi diagnostico ed assistenziali in campo oncologico, condizione che impedisce il raggiungimento di buoni standards qualitativi.

Gli elementi suaccennati dovrebbero entrare a far parte delle valutazioni che sottendono e determinano un piano di prevenzione oncologico a livello regionale.

Cure odontoiatriche

In Regione Campania, nonostante che la salute del cavo orale venga considerata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come parte integrante non solo dello stato di salute generale ma anche della qualità della vita degli individui, è stata posta poca attenzione riguardo alla prevenzione delle patologie orali, constatando che persistono dei segmenti della popolazione che hanno difficoltà ad accedere ai servizi sanitari del settore.

La rimozione di tali disuguaglianze è quindi obiettivo primario nelle strategie volte a promuovere una prevenzione odontostomatologica.

La normativa che regola l'accesso alle cure odontoiatriche nel nostro Paese è stata sviluppata essenzialmente a partire dal 1992: in particolare nel 2001 sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM del 29 novembre 2001) con i quali è stato stabilito che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire a tutta la popolazione e a titolo gratuito i servizi per il trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche e per la diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale.

Allo scopo di ridurre la disparità nell'accesso alle cure odontoiatriche tra i cittadini, la stessa normativa prevede che alla popolazione in età evolutiva (0-14 anni) ed ai segmenti svantaggiati della popolazione (ossia coloro che presentano situazioni di particolare vulnerabilità sanitaria o sociale) sia garantito, sempre a titolo non oneroso, l'accesso ad ulteriori trattamenti.

Le Regioni e le Province Autonome sono state chiamate ad attuare tali norme statali e a definire sia le condizioni che determinano lo status di vulnerabilità sociale e sanitaria che le prestazioni erogabili gratuitamente ai segmenti della popolazione così individuati.

Il Ministero della Salute nel 2006 ha avviato per la prima volta una iniziativa dedicata all'odontoiatria e ha promosso un progetto di prevenzione e promozione della salute orale, iniziato nel 2007 e ultimato a marzo del 2009. Tale progetto ha prodotto le Linee Guida nazionali contro le patologie orali in età evolutiva.

Il Ministero della Salute da due anni ha recepito la necessità di affrontare il problema odontoiatrico pubblico; ha commissionato infatti un censimento delle strutture odontoiatriche, al fine di quantificare le prestazioni erogate per poter valutare la loro entità e tipologia e probabilmente avviare una formazione pertinente dei propri operatori.

A conferma dell'interesse del Ministero, nel documento sulla situazione sanitaria del Paese dell'anno 2009, accanto ad altri indicatori di salute, compare anche l'analisi sulle malattie dei denti e della bocca.

L'importanza di promuovere la salute orale è quindi ampiamente riconosciuta dagli organismi nazionali ed internazionali.

Tuttavia il monitoraggio della salute orale della popolazione e la valutazione dell'efficacia delle politiche attuate in questo campo risultano essere particolarmente complessi.

La difficoltà nell'avere dati epidemiologici è legata al fatto che l'odontoiatria pubblica non assolve questo compito.

Del resto ciò presupporrebbe un'adeguata formazione ed organizzazione per la raccolta di dati di patologia nelle sedi adeguate o quantomeno all'interno della fetta di popolazione che riesce ad accedere al Servizio Sanitario Nazionale.

Il mancato ricorso alle cure odontoiatriche può difatti essere imputabile ad una molteplicità di cause: tra queste troviamo l'assenza di patologie che richiedono il ricorso a trattamenti sanitari specifici, la mancata percezione di tale necessità ed, infine, la difficoltà ad accedere ai servizi sanitari stessi.

Questa, a sua volta, può essere dovuta non solo a motivi logistici (servizi sanitari non distribuiti capillarmente sul territorio), ma anche alla mancanza di risorse economiche adeguate che di fatto ne impedisce l'accesso.

La maggior utenza presso i dentisti privati è determinata da motivi correlati alle lunghe liste di attesa che il pubblico presenta e probabilmente anche al desiderio che le terapie necessarie vengano erogate sempre dallo stesso professionista, cosa che il pubblico difficilmente è in grado di offrire.

Si pone quindi il problema della disponibilità di informazioni statistiche adeguate ed aggiornate che misurino non solo il ricorso a servizi sanitari (sia pubblici che privati) per patologie connesse alla salute orale da parte della popolazione a livello regionale o sub-regionale, per le principali caratteristiche socio-demografiche, economiche e per lo stato di salute generale della popolazione residente, ma che rendano anche possibile la stima della domanda non espressa di servizi sanitari connessi alla salute del cavo orale.

Il ricorso alle cure odontoiatriche è, un importante indicatore delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, in quanto varia significativamente per età e status socio-economico.

Nel grafico allegato si evidenzia un forte svantaggio per la popolazione residente nelle regioni del Mezzogiorno dove la quota di quanti ricorrono al dentista, è inferiore al valore medio nazionale. In particolare è in Campania (26,0%) che si osserva la situazione peggiore.

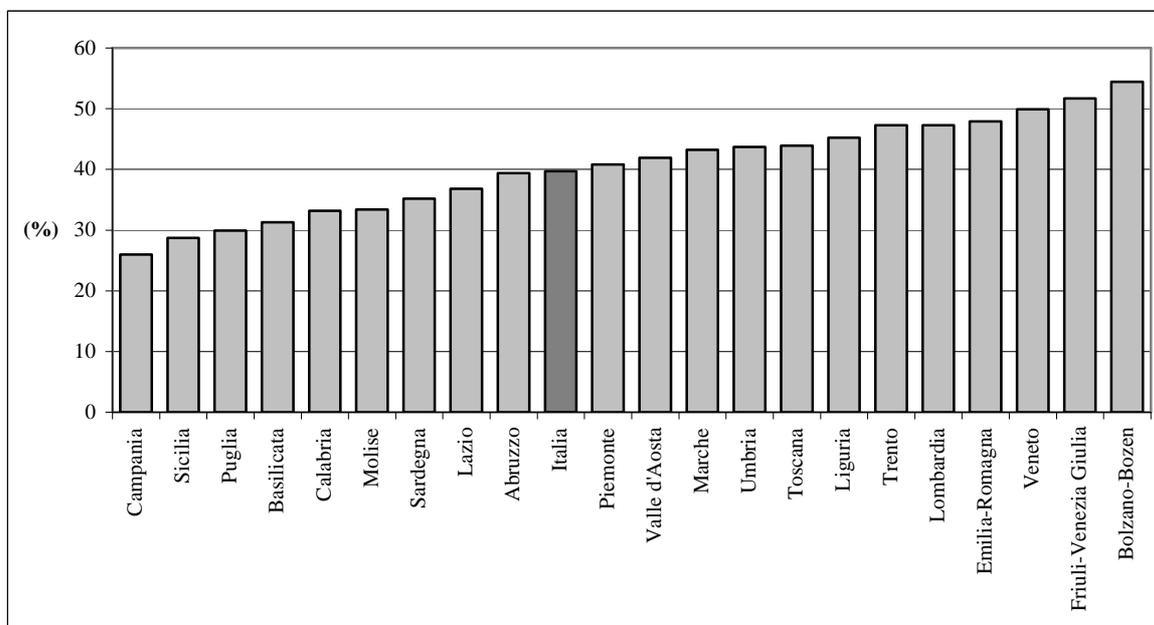


Grafico 1 - Percentuale di persone di 3 anni ed oltre che ha fatto ricorso negli ultimi dodici mesi ad un dentista o ortodontista per regione - Anno 2005 - Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2005.

Un Piano di Prevenzione alla luce della cultura della salute di genere

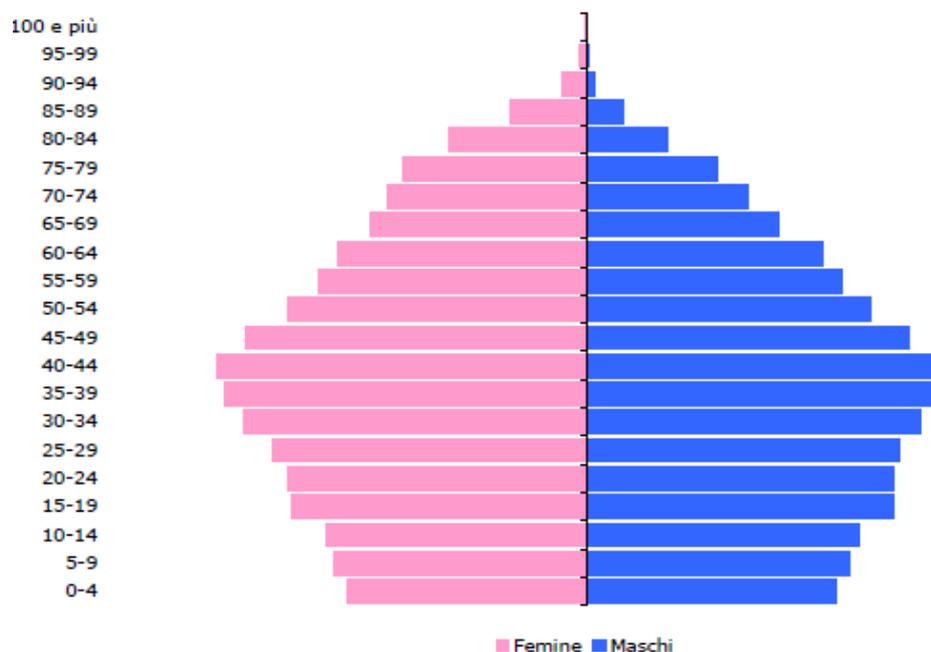
Il *Gender Mainstreaming*, cioè la visione di genere nella politica, è principio affermato in molte risoluzioni dell'Unione Europea e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), ma la strada da percorrere è ancora molto lunga. Investire prioritariamente sulla salute delle donne e sulla loro istruzione (WHO 2007), non rappresenta più un'azzardata o fantasiosa scelta politica, ma una pratica per il miglioramento delle condizioni di vita dell'intera comunità e per un'egualitaria affermazione dei diritti di cittadinanza che sono alla base dello sviluppo.

Le differenze tra i generi in ambito sanitario stanno muovendo i primi passi ed è importante che entrino a pieno titolo anche negli interventi di prevenzione. In base ai dati disponibili sulle condizioni di salute delle donne, si delinea in Italia, e soprattutto nel Meridione, una seria questione di sanità pubblica. Le donne del Sud, più povere, meno acculturate e, se anziane, anche più sole, pagano il prezzo di una programmazione sanitaria scarsamente orientata a realizzare interventi di offerta attiva di salute finalizzati al miglioramento concreto della loro condizione. E' pertanto necessario porre dei correttivi efficaci perché questa penalizzazione delle donne del Sud, e in particolare delle donne campane, venga superata al più presto.

La povertà' al femminile

Dalla osservazione della piramide per classi d'età della popolazione residente al 1 Gennaio 2009 in Regione Campania si osservano particolari differenze di genere nelle fasce di età più alte.

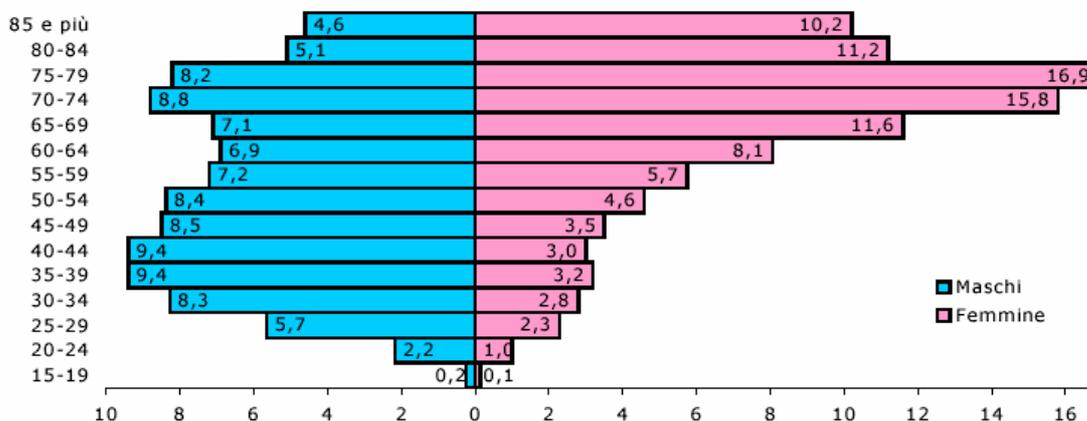
Residenti in Campania per classe di età e sesso al 1° gennaio 2009



I due eventi che hanno maggiore probabilità di causare una caduta di reddito in un nucleo familiare, sono la perdita del lavoro del capofamiglia e la perdita del principale percettore di reddito a causa di un divorzio, di una separazione o di un lutto» Granovetter e Tilly (1988).

In Campania le donne di 65aa e più, rappresentano il 58% del dato regionale: di queste il 9.4 sono nubili, l'1% divorziate, il 43.8 coniugate e 45.8 vedove⁶.

Grafico 8 - Persone sole per età e sesso. Napoli 2001 (% sul sesso)



⁶ Fonte: elaborazione Censis su dati Istat, "Popolazione residente per età, sesso e stato civile" **Popolazione Italiana di 65 anni ed oltre per sesso e regione, 01/01/2009** (v.a. e val. %)

Dall'osservazione delle piramidi appare del tutto evidente che le donne in tutta la Campania e nella città di Napoli rappresentano la schiacciante maggioranza degli anziani soli. Alla solitudine, elemento che di per se configura un forte rischio di esclusione sociale e di fragilità, bisogna aggiungere la grave crisi economica che negli ultimi anni ha coinvolto l'intero Paese con esiti più devastanti al Sud (ISTAT 2009). L'instabilità economica incide in maniera significativa trasversalmente sull'intera popolazione; peggiora marcatamente la qualità di vita degli anziani, compromette, per la comparsa di criticità sempre più emergenziali quella della popolazione altrimenti attiva ed impedisce ai giovani di soddisfare le proprie esigenze, pregiudicando in tal modo lo sviluppo sociale ed economico di una intera generazione.

Il PRP campano non può prescindere dal considerare la peculiarità del contesto socio-economico attuale e soprattutto futuro in quanto molti degli ammortizzatori che sono intervenuti in questi ultimi tempi sono in via di esaurimento anch'essi, inoltre le risorse familiari che hanno consentito di garantire la dipendenza dei giovani non occupati, se non interverranno elementi di sviluppo economico per il Sud si svuoteranno e ciò aggiungerà alla attuale crisi sociale anche una importante emergenza sanitaria.

Ma la povertà non riguarda solo le donne anziane, il differenziale di povertà tra donne e uomini (*gender poverty.gap* Casper, McLanahan, Garfinkel 1994), cioè il rapporto tra gli indici di diffusione per i due generi riguarda anche le donne giovani maggiormente penalizzate sotto l'aspetto occupazionale. (il tasso di disoccupazione al femminile in Campania si attesta attorno al 20,09 per cento rispetto ad una media nazionale pari al 9,5). Inoltre la precarietà economica contribuisce al fenomeno della bassa fecondità e amplifica la dicotomia già esistente tra maturità biologica e maturità sociale, che sposta avanti nel tempo l'età del primo figlio per le donne. (28.5 anni per le Campane contro 31 anni per il centro Nord)¹³. Ciò comporta la riduzione del numero di figli per donna, e della durata dell'allattamento. L'età al primo parto e la durata dell'allattamento, inoltre, sono entrambi fattori predittivi per il cancro come vedremo più avanti.

La definizione di "fasce deboli" che solitamente e inadeguatamente sta a indicare i bambini, le donne e gli anziani, meglio sarebbe modificarla in "fasce penalizzate". Di *debole* le donne hanno solo il reddito e il mancato riconoscimento sociale. Le donne, come i bambini e gli anziani, sono rese più vulnerabili nel proprio e dal proprio contesto di riferimento, lì dove per vulnerabilità sociale si intende "l'insieme di caratteristiche di una persona o di un gruppo e della situazione in cui si trovano a vivere, che influenza la loro capacità di anticipare, adattarsi, resistere all'impatto di eventi negativi" (Wisneretal, 2004).

Uno sguardo di genere sul P.R.P. campano

Analizzando le aree di intervento del P.N.P. è possibile prevedere una concreta offerta attiva di interventi di prevenzione dedicati alle donne. Per ciascuno dei punti che seguono, il genere femminile rappresenta uno dei determinati di malattia inteso non solo come *predisponente* cioè legato ad esempio a fattori endocrini, ma anche fortemente dipendente dal contesto antropologico e sociale in cui è codificato l'impianto organizzativo dell'assistenza sanitaria, che vede l'ammalato come neutro, quando non esclusivamente maschile.

Alcune aree d'intervento che richiederanno maggiore attenzione sono le seguenti:

- l'inappropriato ricorso al TC per le donne campane dove più della metà partoriscono mediante TC, senza che questo si traduca in un miglioramento della mortalità e morbilità neonatale. L'aver partorito mediante TC incide sulla percezione della qualità di vita;
- la violenza sessuale, che da sola comporterebbe -per le implicazioni in termini di danno acuto e cronico- una trattazione dedicata;
- la prevenzione oncologica;
- l'influenza degli inquinanti ambientali a carico delle donne in stato di gravidanza o durante l'allattamento.

Il rischio cardiovascolare e le recidive degli accidenti cardiovascolari

La principale causa di morte, per le donne di età compresa tra i 44-59 anni, è la patologia cardiovascolare. La diagnosi di questa patologia è sottostimata ed avviene in uno stadio più avanzato rispetto agli uomini; la prognosi è più severa per pari età, ed è maggiore il tasso di esiti fatali alla prima manifestazione di malattia.

Tabella 1 – Progetto CUORE-Studi Longitudinali: Tassi di incidenza e letalità; uomini e donne 35-74 anni

Età	Eventi Coronarici				Eventi Cerebrovascolari			
	Uomini		Donne		Uomini		Donne	
	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %	Tassi di incidenza per anno per 1.000	Letalità, %
35-44	3,0	8,8	0,3	7,7	0,5	16,7	0,3	23,1
45-54	4,2	18,6	1,0	11,5	1,6	33,3	0,6	31,0
55-64	10,9	35,3	2,5	27,5	4,8	31,8	2,2	34,2
65-74	10,6	56,4	4,6	63,6	7,7	47,5	5,3	55,3
35-74	6,3	30,4	1,4	28,0	2,7	34,3	1,2	37,7

Se osserviamo i tassi di incidenza sia degli eventi coronarici che di quelli cerebrovascolari e li rapportiamo alla letalità, risulta del tutto evidente che le donne hanno esiti più letali. Anche negli Stati Uniti esiste una sconcertante differenza di genere nei tempi di risposta dell'assistenza medica in caso di crisi cardiaca: le donne infatti, in media, vengono sottoposte alle cure appropriate nei reparti di Emergenza più in ritardo del 52 per cento rispetto agli uomini.

Trend tasso standardizzato di ricoveri per infarto miocardio acuto, donne

Aree	1999	2000	2001	2002
Campania	6,8	6,6	7,4	8,2
<i>Mezzogiorno</i>	<i>6,4</i>	<i>6,2</i>	<i>7,1</i>	<i>8,0</i>
ITALIA	7,0	7,3	8,0	8,7

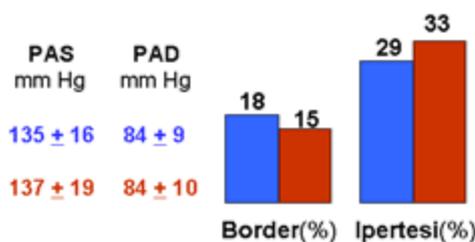
Fonte: Istat-HFA

Il Rapporto sulla Mortalità in Campania –anni 1982-2001- conferma che le donne della Campania sono più a rischio di eventi cardio-vascolari rispetto, non solo alle donne italiane, ma anche alle stesse donne meridionali.

Fattori di rischio nelle donne campane:

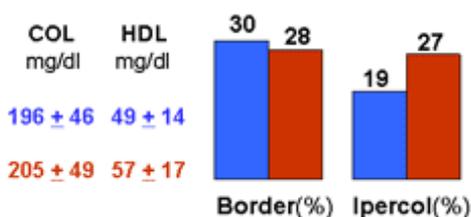


Pressione arteriosa



Negli uomini il valore medio della pressione arteriosa sistolica (massima) è pari a 135 mmHg, nelle donne a 137 mmHg. Negli uomini e nelle donne il valore medio della pressione arteriosa diastolica (minima) è pari a 84 mm Hg. Il 29% degli uomini e il 33% delle donne è iperteso (pressione arteriosa uguale o superiore a 160/95 mmHg oppure sotto trattamento specifico); il 18% degli uomini e il 15% delle donne è in una condizione a rischio, in cui il valore della pressione sistolica è compreso fra 140 e 159 mmHg o quello della diastolica è compreso fra 90 e 95 mmHg.

Colesterolemia



Negli uomini il valore medio della colesterolemia è 196 mg/dl, nelle donne è 205 mg/dl. Negli uomini il valore medio della HDL-colesterolemia è di 49 mg/dl, nelle donne di 57 mg/dl. Il 19% degli uomini e il 27% delle donne ha una ipercolesterolemia (valore uguale o superiore a 240 mg/dl), mentre il 30% degli uomini e il 28% delle donne è in una condizione di rischio, presentando il valore della colesterolemia compreso fra 200 e 239 mg/dl.

Sedentarietà

Il 35% degli uomini e il 52% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero.

Fumo

Il 41% degli uomini fuma in media 19 sigarette al giorno, contro il 25% delle donne che ne fuma 14 in media al giorno.

Obesità

Il 18% degli uomini e il 33% delle donne è obeso e ha in media un indice di massa corporea di 27 per gli uomini e 28 per le donne. Anche per quanto riguarda il sovrappeso la percentuale più alta si trova in Campania (35,1%) seguita dalla Puglia (33,4%).

Glicemia

Negli uomini il valore medio della glicemia è 93 mg/dl, nelle donne è di 88 mg/dl. L'11% degli uomini e il 8% delle donne è diabetico (glicemia superiore a 126 mg/dl), mentre il 10% degli uomini e il 6% delle donne è in una condizione di rischio, in cui il valore della glicemia è compreso fra 110 e 125 mg/dl.

Complicanze del diabete

In Campania e Sicilia si registra il tasso di mortalità più elevato per donne diabetiche (rispettivamente 5,8 e 5,52 per 10mila). La Campania è la regione dove le donne consumano più antidiabetici: Insuline + 64%; Ipoglicemizzanti orali + 15%.

Incidenti domestici

Secondo i dati dell'ultima rilevazione Istat disponibile - Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" (2006) - gli incidenti in ambiente domestico (la collettività di riferimento è quella dell'intera popolazione italiana di 59 milioni di residenti) hanno coinvolto circa 3,2 milioni di persone, per un complesso di 3,7 milioni di casi. Oltre il 60% di questi hanno riguardato donne. Le fasce di popolazione più a rischio dopo le donne sono i bambini al di sotto dei 6 anni e gli anziani.

Da una precedente indagine Istat risultava che le attività più a rischio sono rappresentate dai lavori domestici ed il luogo dove si verifica l'incidente è nel 58% dei casi la cucina, mentre le lesioni sono così rappresentate per il 40% ferite, 30.1% ustioni, 23.5% altra lesione e per il 18.8% frattura.

Patologie d'organo e apparato

Tra le malattie che potremmo definire di genere in quanto colpiscono in maniera significativa il sesso femminile figurano:

- Le patologie psichiche sono prevalenti ed in crescita nel sesso femminile; la depressione è la principale causa di disabilità delle donne di 15-44 anni; la schizofrenia è sottostimata; le donne sono al primo posto nel consumo di farmaci, ma sono poco rappresentate nei trials clinici o farmacologici.
- Sindrome di Alzheimer La prevalenza di questa patologia aumenta con l'età e risulta maggiore nelle donne, che presentano valori che vanno dallo 0,7% per la classe d'età 65-69 anni al 23,6% per le ultranovantenni, rispetto agli uomini i cui valori variano rispettivamente dallo 0,6% al 17,6%. In Campania si contano circa 60mila casi, solo a Napoli sono 6mila le persone colpite dalla malattia cronico-degenerativa
- Le Malattie Tiroidee, sia nel senso di iper sia di ipofunzione, colpiscono in modo prevalente le donne in un rapporto di oltre 15 a 1.
- La cefalea può essere considerata una malattia di genere, in quanto il rapporto uomo: donna è di 1:3, soprattutto se si considera specificatamente l'emigrania. La prevalenza varia nel corso della vita in relazione soprattutto a fattori ormonali, con un aumento della prevalenza nel sesso femminile rispetto al sesso maschile nel periodo che va dalla pubertà alla menopausa. La percentuale della popolazione adulta, che presenta una qualsiasi forma di cefalea, è del 46%, dell'11% per l'emigrania, del 42% per

la cefalea di tipo tensivo e del 3% per la cefalea cronica quotidiana. Questi dati porterebbero le “cefalee” tra le 10 forme di condizioni più disabilitanti per entrambi i sessi e tra le 5 forme più disabilitanti se si considera il solo sesso femminile.

- Tra le malattie più diffuse negli ultra sessantacinquenni si collocano l’artrosi e l’artrite (56,4%), maggiormente rappresentate nel sesso femminile

Tabella 1 – Popolazione residente per malattia cronica dichiarata, classe di età, sesso (per 100 persone della stessa classe di età e sesso) – Anno 2008

	Artrosi, artrite			Osteoporosi		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-14	0,2	0,1	0,2	-	-	-
15-17	0,4	-	0,2	-	-	-
18-19	0,8	0,4	0,6	0,6	-	0,3
20-24	0,5	0,7	0,6	-	-	-
25-34	1,3	2,3	1,8	0,1	0,4	0,3
35-44	4,9	8,3	6,6	0,1	1,0	0,6
45-54	11,9	21,3	16,8	0,7	5,8	3,3
55-59	21,5	33,7	27,7	1,4	16,5	9,1
60-64	25,7	40,5	33,1	3,4	26,6	15,0
65-74	35,9	55,0	46,2	5,5	34,3	21,1
75 e oltre	51,5	67,6	61,5	11,4	45,9	32,8
Totale	13,0	22,7	17,9	1,8	12,5	7,3

FONTE: Istat.

Tabella 2 – Popolazione residente per malattia cronica dichiarata e Regione (per 100 persone della stessa zona) – Anno 2008

- L’osteoporosi. Un recente studio condotto da un gruppo di ricercatori italiani ha analizzato l’incidenza ed i costi delle fratture di femore nelle persone di età superiore ai 65 anni nel periodo compreso fra il 2000 e il 2005. Dai risultati è emerso che nei sei anni presi in considerazione si è verificato un netto aumento dei ricoveri per frattura del femore: nel 2000 sono stati circa 73.500, mentre nel 2005 sono stati 94.471. In totale, fra il 2000 e il 2005, 507.671 persone sopra i 65 anni hanno subito una frattura del femore. La maggior parte delle fratture del femore ha riguardato pazienti con più di 75 anni, specialmente di sesso femminile (Osteoporos Int. 2010; 21: 1323-1330). Il rapporto donna-uomo è, al di sopra dei 65 anni, di circa 6 a 1. In Campania abbiamo 113.000 maschi contro 359.000 donne con diagnosi di osteoporosi pari a 4% della popolazione maschile e l’11% della femminile totale. Dalla osservazione della distribuzione per sesso e per età degli interventi di protesi d’anca si evidenzia che il 68,8% degli interventi è eseguito nelle donne e che nella popolazione con 65 anni e più, la percentuale del sesso femminile raggiunge il 72,8%.
- Le malattie croniche. L’aumento delle malattie croniche è stato definito una “epidemia” nei Paesi a basso e medio reddito. La situazione all’interno dei singoli Paesi è speculare rispetto a quella internazionale: la prevalenza delle malattie croniche sarà assai più elevata nelle classi più svantaggiate. I principali determinanti di molte patologie croniche (fumo, consumo di alcol, soprappeso, limitata attività fisica) si concentrano nelle classi sociali basse. Vivere più a lungo non si traduce in un vantaggio bensì in un progressivo aumento della fragilità sociale per le donne campane: a partire dai 45 anni, le donne presentano condizioni di salute peggiori di quelle degli uomini, ma lo svantaggio di genere diventa più marcato al crescere dell’età. Le donne presentano un tasso di disabilità del 6,1%, significativamente più alto di quello degli uomini (3,3%), e tale svantaggio di genere si presenta per tutte le classi di età.

Screening Oncologici

A causa dell'invecchiamento della popolazione, i casi di tumore sono in aumento, ma la mortalità si riduce, per quelle forme per le quali è possibile una diagnosi precoce. Il tumore più frequente per le donne è quello della mammella. Dai dati relativi al cambiamento percentuale dell'incidenza nel periodo 2003-2005 rispetto al 1993-1995, per sesso e principali sedi, risulta che tra le donne è in crescita il tumore della mammella (+14,9%) mentre è rilevante la riduzione del tasso di incidenza per il tumore della cervice uterina (-26,5%).

Sempre il Rapporto AIRTum 2009 rimarca che, relativamente all'incidenza del complesso dei tumori, il gradiente decrescente registrato dalle Aree del Nord a quelle del Sud nel periodo 1993-1995, è risultato essere di ben 10-20 punti percentuali più elevato di quanto non lo sia nel periodo 2003-2005. In altre parole il Sud sta via via perdendo quel vantaggio in termini di nuovi casi/anno di tumori. Studi di epidemiologia analitica ipotizzano che quegli stessi fattori protettivi per le popolazioni del meridione rappresentati, ad esempio, dalle abitudini alimentari, vengano progressivamente scalzati da fattori quali l'inquinamento, il fumo, la sedentarietà, ecc.

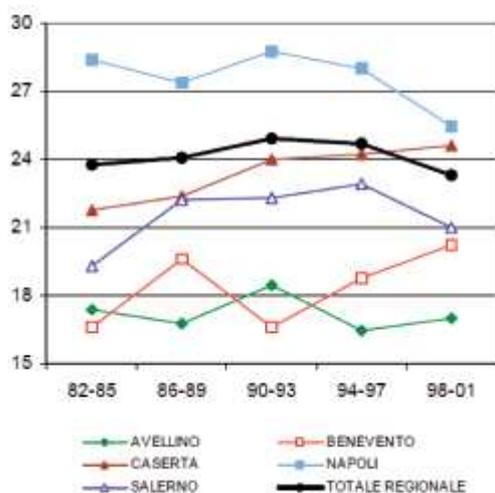
Il modello di rischio si sta quindi uniformando tra Nord e Sud. Grazie al calcolo del rischio cumulativo, è stato calcolato che in media, in Italia, nel corso della vita (0-84 aa) 1 uomo su 2 e 1 donna su 2 si ammaleranno di tumore, mentre ne moriranno 1 uomo su 3 e 1 donna su 6. 1

La Mortalità

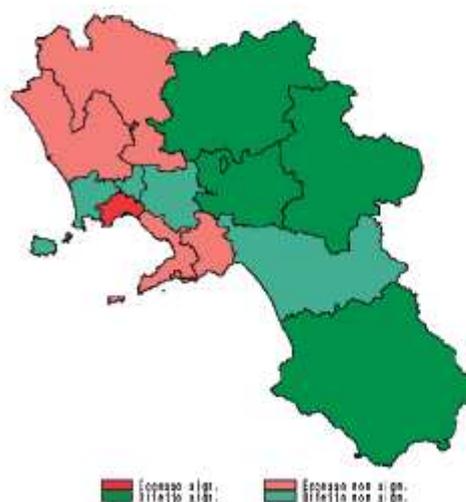
In Italia, la mortalità per neoplasia rappresenta circa il 30% del totale dei decessi. I tumori rappresentano la prima causa di morte in età adulta e la seconda nella popolazione anziana. Il sostanziale assestamento del tasso di mortalità registrato negli ultimi decenni in numerose società occidentali con economia avanzata si accompagna ad una tendenza alla riduzione dell'incidenza fra i più giovani

Tumore della mammella - Mortalità per provincia nel periodo 1982-2001 - Tassi standardizzati quadriennali x100.000

Mortalità per Provincia nel periodo 1982-2001.
Tassi standardizzati quadriennali x 100.000

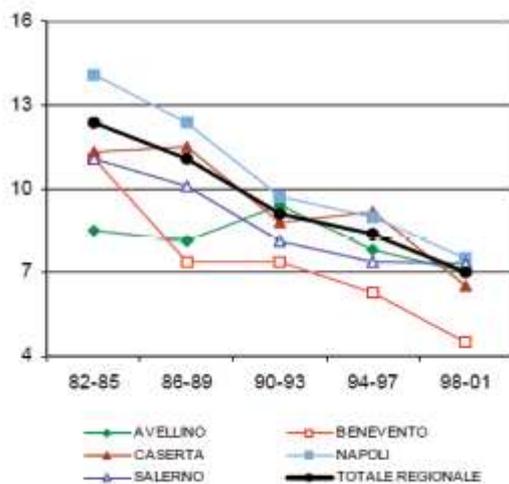


SMR anni 1998-2002

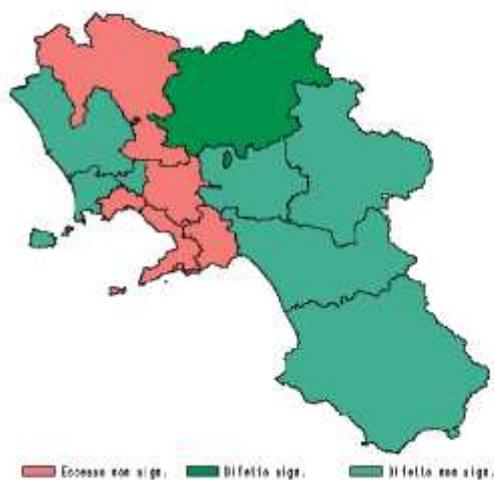


Tumore dell'utero - Mortalità per provincia nel periodo 1982-2001 - Tassi standardizzati quadriennali x100.000

Mortalità per Provincia nel periodo 1982-2001.
Tassi standardizzati quadriennali x 100.000



SMR anni 1998-2002

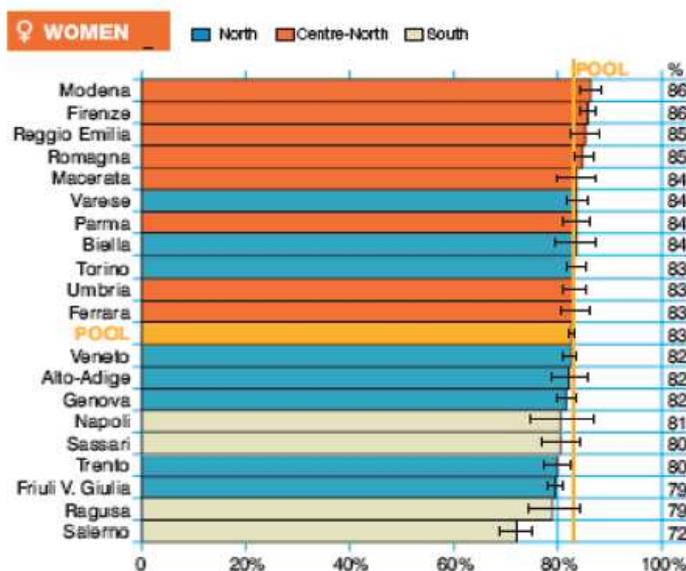


La Sopravvivenza

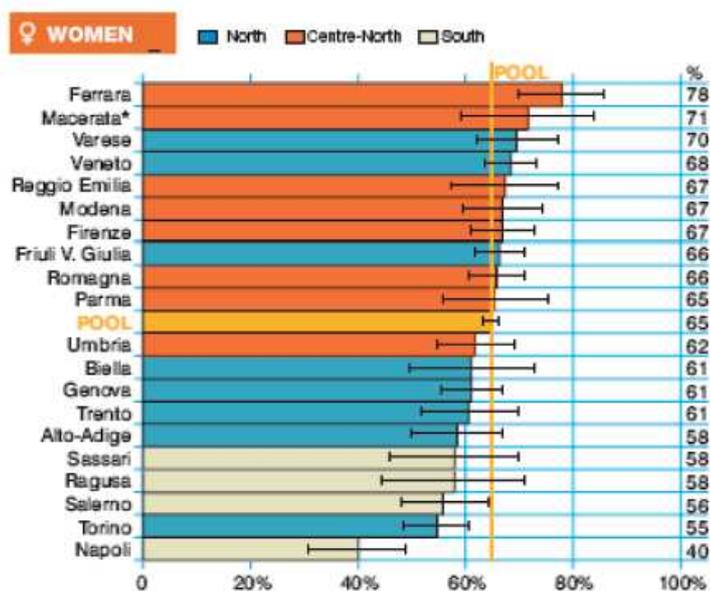
Esprime la percentuale di individui sopravvissuti alla malattia oncologica e rappresenta un importante indicatore di esito delle pratiche diagnostiche, cliniche e, in generale, di efficacia dei sistemi sanitari. In

Italia, la percentuale di sopravvissuti per tumore, a 5 anni dalla diagnosi, è progressivamente aumentata nel tempo: questo suggerisce un costante miglioramento delle prognosi. Viene quindi confermato lo svantaggio in termini di sopravvivenza delle donne campane, come già evidenziato nel Rapporto “I tumori in Provincia di Napoli 1997-2002”³, in cui i dati del Registro della Provincia di Napoli vengono messi a confronto con i dati del Pool dei Registri Tumori Italiani.

Tumore della mammella femminile - Five year age standardised relative survival



Cervix uteri cancer - Five year age standardised relative survival



Mentre l’incidenza non mostra grosse variazioni, la sopravvivenza a 5 anni per il cancro della cervice è pari al 66% nel Pool contro solo il 43% nell’Area del Registro. Anche la sopravvivenza a 5 anni per il tumore della mammella è più bassa di 5,4 punti percentuali nell’area del Registro rispetto al Pool. Le

donne napoletane, poi, non solo hanno uno svantaggio marcato rispetto alle donne del Centro- Nord, ma anche nell'ambito della stessa Campania risultano a maggior rischio di morte per tumori della sfera genitale.

Lo Screening può essere definito come l'applicazione sistematica di un test al fine di identificare soggetti che sono sufficientemente a rischio per una specifica malattia da meritare ulteriori indagini di approfondimento. Le assunzioni che stanno alla base dell'offerta di un test di screening oncologico a una popolazione sono che:

5. sia possibile identificare la neoplasia, se presente, quando ancora asintomatica;
6. 2) che questa anticipazione della diagnosi si traduca in un concreto beneficio, prima di tutto in termini di prolungamento della sopravvivenza.

La mammografia è la tecnica di screening per la identificazione del cancro della mammella. Essa permette di identificare tumori invasivi allo stadio iniziale senza coinvolgimento linfonodale, che possono essere eliminati con la chirurgia con una prognosi molto buona. Il test diagnostico consiste in una radiografia, è semplice e poco invasivo, e quindi è proponibile a livello di popolazione.

La frequenza dell'esame è biennale. Diversi trial clinici controllati confermano la sua efficacia nel diminuire il numero di decessi per questo tumore. L'obiettivo principale dei programmi di screening mammografico è ridurre la mortalità specifica per cancro della mammella nella popolazione invitata a effettuare controlli periodici.

Il Test di Papanicolau o Pap-Test consiste nell'esame colpo citologico che permette di identificare anche lesioni pre-cancerose. E' poco invasivo ed è quindi semplice da estendere a livello di popolazione. La frequenza dell'esame è triennale. Diversi trial clinici controllati confermano la sua efficacia nel diminuire il numero di decessi. Lo screening cervicale può contribuire a ridurre non solo la mortalità per carcinoma, ma anche l'incidenza della neoplasia invasiva.

Quindi il razionale degli screening oncologici è basato sulle seguenti considerazioni:

- la malattia che si vuole identificare è un problema di salute pubblica che coinvolge un grande numero di persone;
- esistono lesioni precancerose o stadi precoci della malattia che è possibile diagnosticare;
- esiste un test diagnostico sicuro e di facile effettuazione;
- il trattamento terapeutico effettuato durante lo stadio precoce della malattia comporta una riduzione della mortalità e/o dell'incidenza rispetto ad un trattamento in uno stadio più tardivo;
- esistono strutture qualificate in grado di effettuare diagnosi e terapie adeguate.

Le donne: da "gruppo di interesse" a leva per il cambiamento

Se osserviamo i dati relativi ai contatti tra SSN e utenti e se verifichiamo l'appartenenza di genere constatiamo che le donne rappresentano le maggiori sinapsi tra la struttura della sanità e la società.

- Nel 2005 si conferma la tendenza delle donne a consumare più farmaci rispetto agli uomini (50,7% contro 39,5%), già osservata nel 1999-2000.
- In generale le donne fanno più visite degli uomini (rispettivamente 31,0% contro 24,7%); questa differenza è sensibile dai 15 ai 54 mentre tende a scomparire tra i bambini e gli ultra settantacinquenni.
- Le donne, inoltre, fanno più visite sia generiche (13,8% contro 18,2%) che specialistiche (16,1% contro 12,4%).
- Il ricorso agli accertamenti diagnostici è più diffuso tra le donne (12,8%) che tra gli uomini (10,0%).
- Complessivamente sono più le donne (59%) che gli uomini (54,9%) a ricorrere a visite a pagamento, ma le differenze si riducono se si escludono le visite ginecologiche (la quota di donne che hanno fatto visite scende al 57,1%).

- Le differenze di genere sono molto nette per gli accertamenti diagnostici, soprattutto tra i 15 e i 44 anni, per effetto dei controlli cui le donne si sottopongono in età fertile.

E' evidente che questa relazione diretta e indiretta tanto significativa tra le donne e la Sanità deve essere sfruttata per informare e formare le donne campane che possono essere la leva del cambiamento e per modificare almeno uno dei fattori di rischio e cioè quello legato al sesso, lasciando alla programmazione politica quello della povertà.

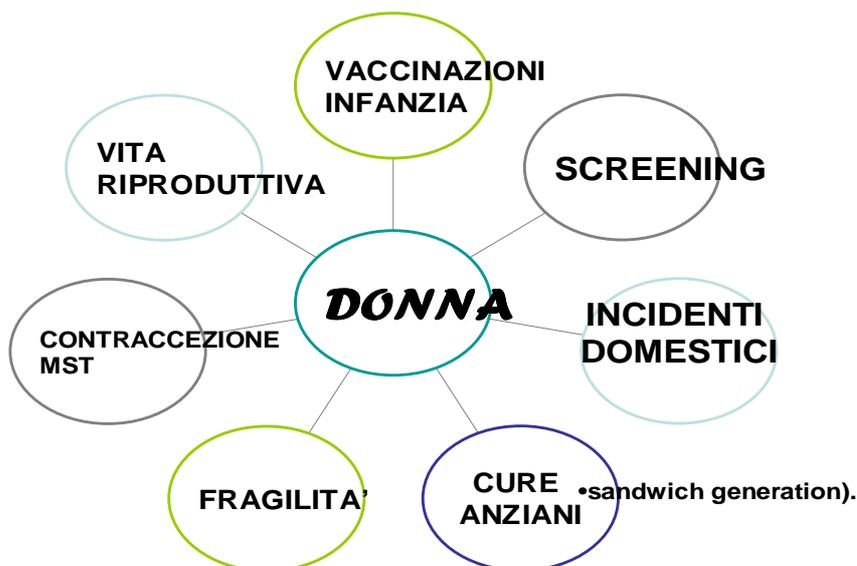


Figura 1 Il ruolo socio-sanitario della donna nell'ambito familiare

Pertanto, una donna in buona salute e con un'istruzione media avrà figli vaccinati che andranno a scuola e lei stessa adopererà un metodo contraccettivo e si sottoporrà ai test di Screening, **quindi una donna in buona salute produrrà a sua volta salute.** La donna rappresenta un capitale sociale ancora troppo taciuto nella scala gerarchica di una comunità; eppure le donne *manager* delle micro-comunità rappresentate dalla famiglia, sono coloro che incidono sui mercati essendo le protagoniste dell'economia quotidiana, gestiscono l'allevamento e la formazione dei figli, scelgono l'alimentazione della famiglia, accompagnano i figli nella realtà sanitaria cominciando dalle vaccinazioni, ed infine si sostituiscono al welfare, almeno quelle della così detta "generazione sandwich", nell'accudimento degli anziani.

La strategia da promuovere, dunque, è quella di investire sulle donne al fine di renderle:

- "empowered" cioè metterle in condizioni di comprendere e quindi scegliere, di interagire con il contesto di riferimento;
- self care giver, ovvero manager dei propri stili di vita, un protagonista attivo della propria vita e del proprio benessere.

2. LE AZIONI STRATEGICHE

La scelta delle priorità

La strategia per la promozione della salute, la riduzione o rimozione dei fattori di rischio, la prevenzione delle malattie e delle disabilità, è classificabile ed articolabile in tre principali settori, vale a dire i programmi di promozione e prevenzione di problemi di salute collettiva; la promozione individuale di comportamenti e stili di vita sani (soprattutto attraverso i luoghi di vita e di lavoro); le attività di informazione e comunicazione del rischio.

Un tale complesso di interventi non può dedicare simultaneamente la medesima attenzione a tutti i problemi di salute attualmente presenti nella popolazione campana ma va orientato secondo azioni prioritarie, identificate e organizzate in programmi regionali di promozione e prevenzione, modulabili in base a documentate esigenze specifiche locali, e costruiti nel rispetto di principi metodologici generali che hanno tenuto conto del quadro epidemiologico della Regione, della continuità con i programmi affrontati nel PRP 2005-09 e della coerenza con le indicazioni del PNP 2010-12.

In tale ottica va considerata l'importanza che assume la Evidence Based Public Health (EBPH) e le azioni di efficacia dimostrata. Infatti, aldilà dell'ovvia e sempre più abusata affermazione del primato della prevenzione sulle cure, lo stato delle conoscenze scientifiche non ha molto aiutato lo sviluppo e l'affermarsi della prevenzione.

Analogamente a quanto accade nella pratica clinica, anche gli operatori di Sanità Pubblica, nello svolgimento delle attività quotidiane, dovrebbero sempre fare riferimento alle evidenze scientifiche esistenti nel momento in cui prendono decisioni o sviluppano programmi, se non altro per orientare su basi scientifiche l'assegnazione di risorse.

Anche in Sanità Pubblica, come nella pratica clinica, ci si deve servire dell'applicazione del ragionamento scientifico, incluso l'uso sistematico di dati, dei sistemi di informazione e l'uso appropriato di modelli di pianificazione.

La EBPH è quel processo finalizzato al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, basato sull'integrazione tra l'adozione di interventi basati su prove di efficacia e le preferenze espresse dalla comunità.

L'informazione e la comunicazione HBSC

Oltre alle funzioni strategiche già richiamate, è opportuno indicare l'esigenza di disporre di un sistema informativo affidabile e completo a sostegno delle attività di prevenzione.

Si tratta di ricondurre ad unitarietà l'insieme dei sistemi informativi esistenti, articolando e distinguendo tra le informazioni necessarie al governo della prevenzione (la mappatura dei rischi e dei problemi di salute, la scelta delle priorità, le valutazioni di impatto) e quelle necessarie all'esercizio della prevenzione (la documentazione di attività).

A questo proposito la Regione Campania ha promosso a livello nazionale e partecipa dal 2005 al sistema PASSI, che ha l'obiettivo di stimare la frequenza e l'evoluzione dei principali fattori di rischio per la salute, legati agli stili di vita, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione nella popolazione adulta. Personale delle ASL, specificamente formato, effettua interviste telefoniche con un questionario validato a un campione di residenti 18-69enni estratti con un campionamento casuale stratificato dalle anagrafi sanitarie (circa 25 al mese per ogni ASL).

I dati vengono successivamente trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Questo sistema è operativo dal 2007 e ha dimostrato ampiamente la sua sostenibilità e validità, pertanto verrà decisamente sostenuto e confermato anche per il presente Piano regionale della prevenzione.

Inoltre la Regione Campania ha aderito dal 2008 al sistema di sorveglianza OKkio alla salute che ha l'obiettivo di descrivere nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini (target: età 8 anni) delle scuole primarie e del loro ambiente scolastico (focus sulle caratteristiche favorevoli a una corretta nutrizione e l'attività fisica); l'approccio metodologico proposto dal protocollo è quello della sorveglianza di popolazione, da effettuarsi su campioni rappresentativi della popolazione scolastica. Infine dal 2010 la Regione ha aderito al sistema di sorveglianza PASSI d'Argento che è un sistema di monitoraggio nazionale sullo stato di salute della popolazione ultra 64enne, in particolare di quella con disabilità o a rischio di disabilità.

Oltre ai fattori individuali, il sistema consente il monitoraggio della qualità degli interventi assistenziali e socio-sanitari.

La Regione è inoltre dotata di Registri regionali di mortalità, malformazioni congenite e CEDAP, indispensabili anche per molte analisi sullo stato di salute della popolazione, oggetto di continui interventi per aumentare la qualità della compilazione e la tempestività della trasmissione delle informazioni al fine di rendere fruibili in tempi brevi e certi i dati regionali.

Per le malattie infettive, è in corso l'adesione della Regione al sistema web based proposto dal Ministero della Salute, in collaborazione con le Regioni, che potrà garantire tempestività, flessibilità, adeguamento alle nuove classificazioni europee delle malattie, possibilità di integrazione con altri flussi e che comprenda moduli specifici per le sorveglianze speciali, in integrazione con i laboratori analisi per alcune patologie.

Per quanto attiene alle vaccinazioni, nel periodo di vigenza del PRP si intende realizzare l'anagrafe vaccinale regionale informatizzata, che permetterà di calcolare le coperture vaccinali a partire dalle informazioni raccolte su ciascun cittadino e la possibilità di incrociare i dati con quelli di altre banche dati, in particolare quelle delle malattie infettive e delle reazioni avverse a vaccino; inoltre si intende realizzare il Registro regionale di popolazione dei tumori e registro tumori pediatrici:

Una delle finalità principali del sistema regionale delle sorveglianze sarà quella di sostenere la funzione di comunicazione rivolta sia alla promozione di comportamenti preventivi e stili di vita sani sia alla ricerca di adesione consapevole agli obiettivi di prevenzione, in modo da potenziare una domanda di prevenzione senza la quale tutto il processo di riorientamento e rafforzamento indicato risulterebbe privo di significato.

La formazione

Il potenziamento delle attività di prevenzione richiede anche iniziative volte a modificare e innovare il clima organizzativo e lo stile di lavoro nei servizi di prevenzione.

Sono infatti ancora presenti, sia nell'organizzazione sia nella gestione, logiche burocratiche dell'adempimento agli obblighi di legge che hanno prodotto rigidità strutturali e procedurali che resistono, nonostante i processi di accorpamento tra aziende sanitarie e nonostante la riorganizzazione dipartimentale.

Bisogna favorire l'organizzazione del lavoro "per obiettivi" in modo che essa diventi pratica corrente e si realizzino condizioni di integrazione reale e permanente.

In particolare va promossa, ai diversi livelli, la responsabilizzazione degli operatori nel perseguimento di obiettivi di salute e nella ricerca di adesioni consapevoli a tali obiettivi da parte dei soggetti destinatari degli interventi.

Le attività di formazione e le azioni di riordino organizzativo vanno orientate, in particolare, allo sviluppo delle funzioni strategiche già richiamate quali la sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto degli interventi, la qualità dei servizi, la comunicazione del rischio.

Nei capitoli dedicati ai singoli programmi verranno previsti specifici interventi di formazione a supporto dei diversi obiettivi; la fase regionale di tali interventi avverrà a cura dell'Assessorato alla Sanità con il supporto tecnico dell'ARSAN.

IL PIANO OPERATIVO

1. LA MEDICINA PREDITTIVA

1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia (utilizzo “Carta del rischio Cardiovascolare”)

Progetto 1: Utilizzo delle carte del rischio cardiovascolare (Quadro d’Insieme n° 1.1.1)

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

1. Medicina predittiva

Breve descrizione del progetto

Razionale dell’intervento

Nell’ambito della prevenzione primaria del rischio cardiovascolare, è stato identificato fin dall’intesa Stato-Regioni del 2003 come prioritario l’obiettivo di diffondere la carta del rischio cardiovascolare, indicato come strumento per avviare programmi mirati di prevenzione attiva cardiovascolare.

Uno strumento valido per la predizione del rischio cardiovascolare, in quanto consente di offrire alle persone la conoscenza delle probabilità di andare incontro, nei successivi dieci anni, a un accidente cardiovascolare in base alla presenza di alcuni misurabili fattori di rischio.

La consapevolezza acquisita del possibile aumentato rischio fornisce al medico occasioni favorevoli per consigliare modifiche dei comportamenti. Inoltre è possibile porre maggiore attenzione anche su quei cittadini che, pur non essendo ad alto rischio, possono certamente giovare di una strategia di promozione di stili di vita salutari (impennata su quantità e qualità delle abitudini alimentari, sull’abbattimento delle abitudini sedentarie e dell’abitudine a fumare sigarette).

Le linee guida internazionali concordano nel sostenere la rilevanza del calcolo del rischio globale assoluto di sviluppare un evento cardiovascolare, attraverso strumenti di predizione del rischio, come momento decisionale nell’iniziare una terapia farmacologica o un intervento non farmacologico e nel guidarne le modalità.

E’ l’affermazione della medicina predittiva, attraverso l’uso di algoritmi diagnostici, che valorizza la professionalità dei medici e l’equità delle decisioni per i pazienti.

L’uso del rischio globale assoluto rispetta l’eziologia multifattoriale della malattia cardiovascolare, offre opzioni multiple al trattamento degli individui a rischio aumentato. Inoltre costituisce un criterio oggettivo e accurato per la valutazione dell’assistito da parte del medico, confrontabile anche con le valutazioni eseguite in tempi successivi.

Questo criterio oggettivo rende più affidabili le valutazioni del rapporto costo/beneficio. Infine, la diffusione di una pratica di screening di questo tipo consente anche di identificare altre categorie di rischio cardiovascolare, migliorando la consapevolezza di cittadini ed operatori sulle azioni di prevenzione primaria.

In Italia sono disponibili le carte del rischio cardiovascolare ed il punteggio individuale, costruite con le funzioni di rischio identificate con i dati del PROGETTO CUORE, che consentono di valutare, in persone

di età compresa fra 35 e 69 anni esenti da un precedente evento cardiovascolare, la probabilità di sviluppare un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei successivi 10 anni.

Quando si usa la carta del rischio si fa riferimento ad un sistema grafico, fornito peraltro a tutti i medici italiani dal bollettino di informazione sui farmaci dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

L'identificazione delle persone a rischio avviene attraverso l'uso di questi sistemi grafici oppure usando il punteggio di rischio sviluppato con un algoritmo informatizzato, gratuitamente scaricabile dal sito del PROGETTO CUORE (www.cuore.iss.it), che differisce dalla carta del rischio perché introduce la misurazione di due ulteriori fattori di rischio.

In entrambi i casi (carte punteggio), è possibile identificare le persone ad alto rischio con poche essenziali informazioni: età, pressione arteriosa, colesterolemia totale, abitudine al fumo, presenza/assenza di diabete, per la carta del rischio; i predetti fattori più HDL colesterolemia ed informazione sull'esistenza di una terapia anti-ipertensiva per il punteggio di rischio. Inoltre il crescente livello di informatizzazione dei Medici di Medicina Generale ed il frequente ricorso all'associazionismo in forme cooperative di assistenza consente di sperimentare nuove forme di prevenzione primaria *ad personam* qualificando ulteriormente la professionalità e la centralità del MMG concentrando l'attenzione e gli interventi sui soggetti ad alto rischio di sviluppare, entro i prossimi 10 anni, un evento cardiovascolare maggiore.

A queste ragioni va ascritto anche l'avvio di un precedente progetto di prevenzione primaria cardiovascolare, operato anche in Regione Campania.

Un fondamentale rationale della assoluta priorità di questa linea progettuale per la Regione Campania è dato dalla conoscenza del carico sociale legato alla malattia cardiovascolare, che ne è la prima causa di morte, morbosità, ospedalizzazione ed invalidità.

Obiettivi generali

1. Implementazione appropriata delle carte e del punteggio di rischio cardiovascolare nella popolazione campana
2. Supporto a tutte le attività integrate a vari livelli del SSN, che favoriscano le azioni di prevenzione attiva al fine di contrastare i fattori di rischio e promuovere i fattori di protezione, utilizzando strumenti efficaci e competenti per la promozione della salute cardiovascolare.

I due obiettivi principali delineano una strategia che a partire dall'impegno sugli individui ad alto rischio, rende visibile ed accessibile nella popolazione generale l'informazione sulla prevenzione cardiovascolare, particolarmente associata allo stile di vita.

Risultati attesi

Il risultato più rilevante che ci si attende da questo progetto è l'inversione del trend di morbosità e mortalità che fanno della Campania ed in particolare di alcune sue aree geografiche come le province di Napoli e Caserta) una parte del Paese dove la malattia cardiovascolare ha tassi di frequenza superiori alla media nazionale e dove è elevata l'ospedalizzazione causa-specifica in entrambi i sessi.

Azioni principali

Prevenzione Individuale. Le azioni di prevenzione individuale riguardano: a) MMG di varie aree, così da coinvolgere operatori e popolazioni sia delle zone a forte urbanizzazione sia delle zone meno urbanizzate o addirittura rurali e/o montane; b) strutture ed operatori del SSR, facenti capo sul piano organizzativo ai Distretti Sanitari, che siano capaci di decisive integrazioni operative che vedano i cittadini, tagliati con la

carta o il punteggio di rischio cardiovascolare, ottenere il supporto giusto per la promozione di stili di vita salutari. Azione di prevenzione individuale operate dunque da strutture e personale specificamente competente che integrino e supportino il lavoro dei MMG.

Prevenzione di Comunità. Questa parte del progetto mira a diffondere la conoscenza e l'importanza dei fattori di rischio legati principalmente agli stili di vita, rinforzando così le azioni di prevenzione individuale e riguardano: a) sorveglianza dei fattori di rischio e della frequenza di malattia; b) programmazione campagne di prevenzione e sensibilizzazione *Strategia di comunicazione del progetto nei confronti di cittadini ed operatori.*

Una campagna informativa è fortemente raccomandata in aree di prima attivazione e successivamente sull'intero territorio regionale. E' altrettanto raccomandato l'allestimento di punti informativi per la popolazione generale e per quella oggetto dell'intervento, così come la produzione di materiale informativo (depliant per gli ambulatori medici, locandine etc), in particolare se validati mediante strumenti in grado di misurare la qualità percepita dagli utenti.

Fondamento indispensabile per la riuscita del progetto è l'adesione dei Medici di Medicina Generale. Essa passa anche attraverso la sensibilizzazione dei Direttori Generali e Sanitari ed ai responsabili distrettuali delle Aziende Sanitarie e al pubblico target, oltre che naturalmente con il coinvolgimento dei MMG.

Va previsto anche una pagina web regionale che contenga materiale educativo-informativo, includente indicazioni per la prevenzione cardiovascolare.

Attori:

Operatori del SSR, in particolare quelli dei servizi territoriali distrettuali; MMG; associazioni di cittadini, operatori dei mass media.

Portatori di interesse:

Cittadini, operatori del SSR, industrie del farmaco, industrie agroalimentari, istituzione regionale.

Possibili criticità:

Scarsa adesione dei MMG alle attività di formazione e d'utilizzo delle carte del rischio per problemi legati alla contrattazione regionale di categoria; scarsa attenzione delle strutture e degli operatori del SSR ai fondamenti razionali del progetto; inadeguata scelta della tipologia di campagne di promozione in comunità delle misure di prevenzione cardiovascolare legate allo stile di vita; difficoltà della popolazione ad aderire alle misure preventive per inadeguatezza del marketing sociale governato dalle istituzioni regionali e periferiche del SSR.

Sistema di valutazione:

La valutazione del progetto sarà effettuata attraverso due principali livelli di controllo: 1. Direttamente con gli operatori interessati (territoriali del SSR e MMG); 2. Attraverso il sistema PASSI.

Cronoprogramma:

Cronogramma del progetto per 24 mesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Costituzione del Progetto e del Coordinamento Centrale	x	x																						
Promozione strategica dell'utilizzo		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x													

2. LA PREVENZIONE UNIVERSALE

2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale

Progetto 1: Moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali (riportato nel Quadro d'Insieme con n° 2.1.1)

Identificativo della linea di intervento generale

2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale.

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale

Diversi sono i fattori che influenzano i comportamenti di guida, esponendo i soggetti ad un rischio maggiore di incorrere in un incidente stradale; tra i fattori più importanti: la percezione del rischio, l'attitudine al rischio, l'assunzione di alcol e/o sostanze psicoattive.

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

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

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

Alcune delle politiche nazionali e regionali, come ad esempio il Piano di Prevenzione Attiva Incidenti Stradali 2006-09, hanno negli ultimi anni promosso un approccio integrato al problema incidenti stradali, creando tavoli di lavoro cui partecipano professionisti diversi afferenti a enti, differenti tra loro (es. sanità, trasporti, istruzione etc). Il risultato, nella maggior parte dei casi, oltre ad una maggiore integrazione e coordinamento, è la realizzazione di interventi o progetti che tengono in considerazione la multifattorialità e la multidimensionalità del problema considerato.

I fattori normativi riflettono peraltro i valori etici della persona, cioè determinano i livelli soggettivi entro cui un certo comportamento è lecito, ma riguardano anche l'influenza delle norme e delle leggi sul comportamento individuale. Sui comportamenti influiscono inoltre alcuni fattori sociali quali: l'influenza

sociale esercitata dagli amici, dalla famiglia e dal gruppo dei pari; la cultura del contesto (ad esempio legata all'uso di alcol).

La Regione Campania nell'ambito del PNP 2005-2007 ha aderito al il progetto nazionale *Scegliere la strada della sicurezza: interventi di prevenzione degli incidenti stradali*, coordinato dalla Regione Piemonte, su mandato del CCM, dal 2007 realizzato per supportare ed offrire assistenza tecnico-scientifica alle Regioni nell'avvio dei Piani locali di Prevenzione Incidenti stradali. In tale contesto sono stati formati referenti regionali e altri operatori per costituire un primo nucleo di esperti ed avviare a livello locale intervento di prevenzione incidenti stradali dovuti al consumo di alcol e/o sostanze psicoattive con il coinvolgimento di “*moltiplicatori dell'azione preventiva*” (ossia insegnanti ed istruttori di autoscuole, FF.OO., volontari, gestori di locali, etc).

La Regione Campania ha inoltre aderito al progetto “Insieme per la sicurezza” nell'ambito del Progetto CCM “Guadagnare salute in adolescenza” individuando quale ambito territoriali di attuazione l'ASL Salerno e l'ASL Napoli 3 Sud.

Prove di efficacia disponibili

Da un'analisi della letteratura sul tema “Prevenzione degli incidenti stradali” risulta che sono più efficaci le azioni integrate di prevenzione. Gli interventi devono prevedere azioni multilivello su più ambiti (educativo, formativo, informativo, organizzativo), costruendo sin dalla fase di progettazione reti e alleanze tra tutti gli enti/attori attivi sul territorio (rappresentanti delle forze dell'ordine, associazioni di volontariato, di cittadini, di professionisti, operatori della sanità, della scuola, rappresentanti delle istituzioni a livello centrale e locale). A livello preventivo sono azioni di provata efficacia il controllo della guida in stato di ebbrezza e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini). Si sono rivelati incisivi gli interventi che hanno coinvolto sia adulti sia coetanei. “Nel caso degli adulti si tratta di educatori, operatori socio-sanitari e figure professionali con diversa formazione, insegnanti, operatori di polizia municipale in veste di facilitatori e di conduttori di gruppi, formatori, ecc. (D'Angelo et al. 2008; Sommers et al. 2008; Shults 2009; Mayhew et al. 2002; Christie 2001); genitori (Simons Morton et al. 2006; Simons Morton et al. 2008; Ginsburg 2009; Hartos 2001; Hartos 2002; MacCart 2003); gestori e operatori di locali pubblici, istruttori di scuola guida, in veste di modelli coerenti con i messaggi proposti o di facilitatori (Shults 2009; Foxcroft 2002); membri di associazioni attive nella comunità (sui temi trattati oppure che si rivolgono ai giovani o alle famiglie), per reclutare i partecipanti o come facilitatori. Nel caso dei coetanei, si tratta di *peer educator*, di pochi anni maggiori dei destinatari diretti, o di *peer leader* anche della stessa età, che i programmi di prevenzione coinvolgono nell'intervento quando esso si attua all'interno di un contesto educativo o di comunità. Vi sono inoltre evidenze che mostrano come l'efficacia dell'intervento sia maggiormente legata a particolari abilità e attitudini dei facilitatori/conduttori e alla loro formazione (precedente o contestuale all'intervento)”.

Fasi del progetto e azioni delle persone coinvolte

Il progetto prevede il coinvolgimento delle diverse categorie di “*Moltiplicatori dell'azione preventiva*” e l'avvio di azioni coerenti in due contesti individuati: il “contesto dei luoghi del divertimento” e il “contesto educativo/formativo”.

Avvio del progetto

Livello Regionale

- Formalizzazione di un Comitato Regionale Interistituzionale per la Prevenzione degli Incidenti Stradali con il coinvolgimento attivo degli altri enti o istituzioni (es. enti locali, FFOO, Prefettura, Ufficio Scolastico Regionale, Assessorato ai trasporti, Associazioni di categoria, ecc.) con il compito di direzione strategica, nonché di monitoraggio delle attività delle diverse Aziende.

Livello Aziendale

- Identificazione di un Referente Aziendale di Progetto e Costituzione del Coordinamento Aziendale per “Prevenzione incidenti stradali” con coinvolgimento di vari enti, amministrazioni, agenzie del territorio (es. Associazioni di categoria delle autoscuole, Ass. categoria disco, pub, bar, ecc.)
- Il Referente rappresenterà l’Azienda Sanitaria Locale al tavolo di lavoro del Comitato Regionale per la Sicurezza Stradale Interistituzionale. Tale figura dovrà essere individuata preferibilmente nell’ambito dei Dirigenti dei Dipartimenti di Prevenzione in modo da assicurare il coinvolgimento delle discipline essenziali alla riuscita degli interventi previsti (Epidemiologia, Educazione sanitaria, Igiene Pubblica, Sert, Medicina Legale, Direzioni Sanitarie Ospedaliere, Sistema informativo Aziendale).

Le fasi del progetto sono le seguenti:

- fase 1: Individuazione e formazione degli operatori sanitari che si costituiscono come “gruppi locali tematici” (in stretto raccordo con il progetto CCM “Scegliere la Strada della Sicurezza” e con il progetto CCM Guadagnare salute in adolescenza - “Insieme per la sicurezza”).
- fase 2: Creazione e mantenimento di collaborazioni con enti del territorio coinvolti e interessati al tema degli incidenti stradali, anche attraverso accordi di collaborazione.
- fase 3: Individuazione e formazione dei “moltiplicatori dell’azione preventiva” a cura degli operatori sanitari (formati nella fase 1).
- fase 4: Pianificazione e attivazione di interventi di prevenzione degli incidenti stradali nei “contesti del divertimento” e in “contesti educativo/formativi” a cura degli operatori sanitari e dei moltiplicatori dell’azione preventiva individuati localmente (formati nella fase 1 e 3).
- fase 5: Valutazione della formazione e degli interventi.

Il progetto prevede azioni “a cascata” tali che ad una formazione con gli operatori sanitari, segue una formazione con i “*moltiplicatori dell’azione preventiva*” (ad opera degli stessi operatori sanitari formati), che a loro volta dovranno attivare interventi info-educativi nei due contesti individuati (aggregativi e formativo-educativo): questi interventi quindi sono sia obiettivo (della formazione con i moltiplicatori) sia strumento (per conseguire l’obiettivo relativo ai destinatari finali).

Attori coinvolti nella realizzazione dell’azione proposta

Operatori sanitari AASSLL (Dipartimento di Prevenzione, Referenti per la Promozione della Salute, Referenti Epidemiologia, Medicina legale, Dipartimento delle Dipendenze – Servizio di Alcolologia,, Servizio di Psicologia, Servizio Sociale aziendale, PS/DEA, Servizio di Emergenza 118 etc); Reti Locali e agenzie del terzo settore presenti sul territorio; EE.LL. (Comuni e Province); Ufficio Scolastico Territoriale; scuole; Associazioni di categoria (autoscuole, gestori di locali pubblici etc); Forze dell’Ordine (Polizia Locale, Polizia Stradale, Carabinieri); Agenzie di comunicazione.

Criticità

Difficoltà di coinvolgimento ed integrazione con altre istituzioni e agenzie territoriali portatori di interesse quali Comuni, Prefetti, FF.OO., Assessorato ai Trasporti, Agenzia Regionale Sicurezza Stradale, con le quali si prevede la stipula di accordi di collaborazione.

Beneficiari

Target finale

giovani 15 – 29 anni, residenti in Regione Campania

Target intermedio

i cosiddetti “*Moltiplicatori dell’azione preventiva*” (ossia quei soggetti che pur non avendo uno specifico ruolo nell’ambito della prevenzione, a vario titolo entrano in contatto con i destinatari finali assumendo un ruolo importante nel promuovere il cambiamento) che operano sia in contesti educativo-formativi (es. insegnanti e istruttori di autoscuole, insegnanti impegnati nei corsi per il conseguimento del patentino nelle scuole secondarie di I e II grado, Forze dell’Ordine etc) sia in contesti del divertimento (es. gestori e personale dei locali di aggregazione giovanile, volontari del soccorso, organizzatori eventi locali, peer educator etc).

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

Obiettivo generale

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

Obiettivo specifico 1

Far acquisire/aumentare nei “moltiplicatori” competenze utili per pianificare e realizzare interventi informativo -educativi in contesti aggregativi/del divertimento e in contesti educativi/formativi (attraverso la formazione).

Obiettivo specifico 2

Far acquisire/aumentare nei giovani 15 – 29 anni conoscenze e competenze per una “guida responsabile” (attraverso la realizzazione di interventi informativo- formativo- educativi in contesti aggregativi/del divertimento e in contesti educativi/formativi).

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	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Costituzione del Coordinamento Aziendale per “Prevenzione incidenti stradali” con coinvolgimento di vari enti, amministrazioni, agenzie del territorio (creazione alleanze).	Atti formali: accordi istituzionali/protocolli di adesione.	N. 1 Gruppo coordinamento aziendale per “Prevenzione incidenti stradali” per territorio.	Mantenimento collaborazione Gruppo coordinamento aziendale per “Prevenzione incidenti stradali” per territorio.		Mantenimento collaborazione Gruppo coordinamento aziendale per “Prevenzione incidenti stradali” per territorio.	
Attivazione percorsi di formazione per operatori sanitari (raccordo con i progetti CCM “Scegliere la strada della sicurezza” e “Insieme per la sicurezza”).	Sistema accreditamento Formazione ECM Nazionale/ Regionale.	1 edizione corso regionale di formazione per referenti aziendali. 4 corsi aziendali per operatori sanitari	1 edizione corso regionale di formazione per referenti aziendali. 4 corsi aziendali per operatori sanitari			
Individuazione e reclutamento	Registri o fogli iscrizione ai corsi.	694 moltiplicatori	100 moltiplicatori			

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

moltiplicatori dei contesti educativi/formativi e del divertimento.		individuati per 1° edizione progetto Scegliere la Strada della Sicurezza 2007-09.	dei contesti educativi/formativi e del divertimento.			
N. dei corsi di formazione attivati per i moltiplicatori.	Piani locali di formazione, reportistica.	127 corsi realizzati per moltiplicatori 1° edizione progetto Scegliere la Strada della Sicurezza 2007-09.	10 corsi di formazione attivati per moltiplicatori.			
Incremento delle conoscenze e competenze dei nuovi moltiplicatori derivanti dai corsi di formazione (% di risposte corrette post formazione).	Questionari post apprendimento.	Dato non disponibile	Miglioramento delle conoscenze del 20-30%			
Realizzazione da parte dei moltiplicatori formati di interventi nei contesti educativi/formativi e nei contesti del divertimento.	Schede di monitoraggio.	Dato non disponibile	N. 10 interventi attivati dai moltiplicatori nei contesti educativi/formativi e/o nei contesti del divertimento.		N. 10 interventi attivati dai moltiplicatori nei contesti educativi/formativi e/o nei contesti del divertimento.	
Incremento delle conoscenze nei giovani.	Questionari di apprendimento pre-post.	Dato non disponibile	70 % di risposte corrette al questionario post.		70% di risposte corrette al questionario post.	
Incremento delle competenze nei giovani.	Indagini qualitative (focus group, questionari self report, griglie osservative).	Dato non disponibile	50-60% dichiarati di aver aumentato competenze psico-sociali.		50-60% dichiarati di aver aumentato competenze psico-sociali.	

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

Progetto 2: Prevenzione delle patologie lavoro correlate (Quadro d'Insieme n° 2.2.1)

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

Campagna di sensibilizzazione sulle malattie professionali e coinvolgimento delle diverse istituzioni e parti sociali, operanti sul territorio

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento:

Le malattie professionali denunciate in Campania sono aumentate progressivamente negli ultimi anni passando da 895 nel 2005 a 1.004 nel 2009; mostrando, così, un incremento pari a circa il 10%, in linea con le percentuali nazionali.

Obiettivi generali:

L'obiettivo generale del progetto è la realizzazione di una campagna di sensibilizzazione ed azioni di coinvolgimento delle diverse istituzioni e parti sociali della Regione Campania.

Risultati attesi

Monitoraggio e contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori ed a patologie professionali

Azioni principali

Le azioni progettuali del nuovo PRP 2010 -2012 tendono a garantire continuità con quanto già realizzato. Di seguito si definisce il programma che prevede le seguenti azioni principali:

- promuovere l'attività dei comitati regionali di coordinamento (ex art. 7 D.Lgs 81/08) per lo sviluppo di programmi specifici, condivisi con parti sociali ed istituzioni preposte alla prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro;
- realizzare un' idonea infrastruttura hardware e la relativa piattaforma software per la gestione dei dati e dei processi delle attività di vigilanza;
- implementare un sistema informativo regionale, progetto Ges.DA.Sic. "Gestione Dati relativi alla Sicurezza e Salute negli Ambienti di Lavoro" per la gestione dei dati attinenti la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, che, interfacciandosi con le AA.SS.LL., gestisca in modo razionale ed efficace le informazioni di interesse;
- sviluppare il sito web della sicurezza della Campania;
- organizzare sportelli informativi a favore di Committenti, Coordinatori per la Sicurezza e Imprese e servizi on line per l'utenza;
- effettuare una campagna di comunicazione in sintonia con la campagna nazionale;
- garantire al personale delle AA.SS.LL. una pertinente e corretta formazione attraverso una stabile collaborazione con la Procura Generale della Repubblica;
- assicurare un'uniformità di orientamenti dell'attività ispettiva, su tutto il territorio regionale, anche attraverso l'omogeneizzazione delle procedure e la standardizzazione della modulistica;
- realizzare una rete regionale di referenti malprof;

- costituire gruppi di lavoro regionali dedicati a comparti particolari o a tematiche/ rischi specifici;
- potenziare l'azione dei singoli attori attraverso coordinamenti interistituzionali.

Attori

Gli attori si individuano per i due livelli: regionale e locale.

Sanità: Assessorato e Servizi di Vigilanza in materia di Sicurezza sul lavoro delle AA.SS.LL.; DR e DP Inail; Procura Generale della Repubblica e A.G., etc

Portatori di interesse

Datori di lavoro; organizzazioni sindacali (RR.LL.S.);

Possibili criticità

Unificazione delle AA.SS.LL. ancora in corso, Fase di avvio del Comitato Regionale di Coordinamento art. 7 D.Lgs.81/2008 e s.m.i., procedure amministrative relative a gare, etc.

Sistema di valutazione:

Definizione di un piano di valutazione entro giugno 2011

Cronoprogramma:

Le azioni progettuali del nuovo PRP 2010 -2012 tendono a garantire continuità con quanto già realizzato nel precedente piano.

Pertanto, nei primi sei mesi del 2011, si concluderanno le attività in itinere e, contemporaneamente, verrà definito il programma operativo dei prossimi tre anni con il relativo cronoprogramma.

Gennaio 2011: Riorganizzare il Comitato di Coordinamento ex art.7 D.Lgs.81/2008 e s.m.i. e l'Ufficio Operativo Regionale;

Gennaio 2011: Riprendere i lavori del tavolo interistituzionale istituito presso la Procura Generale della Repubblica di Napoli;

Gennaio 2011: Completamento raccolta dati 2010;

Febbraio 2011: Individuare un piano di attività di vigilanza mirato, attribuendo ad ogni ASL un obiettivo specifico per l'anno 2011;

Febbraio 2011: Costituire un gruppo di monitoraggio e di valutazione con tutti i responsabili del piano di attività di vigilanza 2011 delle n. 7 AA.SS.LL. regionali;

Febbraio 2011: Riorganizzare il gruppo di lavoro regionale MALPROF;

Aprile 2011: Programmare e Progettare un nuovo percorso formativo per personale dei Servizi PSAL e IML;

Maggio 2011: sviluppare il sito web della sicurezza della Campania;

Giugno 2011: Mettere a punto l'elenco di attrezzature/apparecchiature di igiene industriale, sicurezza sul lavoro, medicina del lavoro;

Dicembre 2011: Elaborazione del report regionale

Beneficiari

Lavoratori, datori di lavoro, Lavoratori autonomi e Addetti alla Prevenzione

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

Riduzione delle malattie professionali; miglioramento dell'omogeneità di intervento da parte degli operatori delle pubbliche amministrazioni; valorizzare le relazioni e le sinergie tra gli ambiti della prevenzione e della repressione, acquisizione di specifiche conoscenze e capacità da parte degli operatori addetti del comparto nella conoscenza di buone prassi di lavoro, standardizzazione di procedure ed attività.

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	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Incremento raccolta dati delle malattie professionali	Banca Dati INAIL	I dati del 2010 sono in corso di acquisizione e, quindi, il valore dell'indicatore è in corso di verifica	Incremento raccolta dati del 15%		Incremento raccolta dati del 15%	

Progetto 3: Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo (Quadro d'Insieme n° 2.2.2)

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo.

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento:

Nel periodo 2005/2009, in Campania, in analogia all'andamento nazionale, si è avuta una riduzione delle denunce di infortuni sul lavoro. I dati epidemiologici nazionali derivanti dai flussi informativi, elaborati da INAIL, ex ISPESL e Coordinamento delle Regioni forniscono le seguenti informazioni:

REGIONE CAMPANIA					
INFORTUNI SUL LAVORO DENUNCIATI DALLE AZIENDE, E INDENNIZZATI PER TIPOLOGIA					
Tutte le gestioni					
	2005	2006	2007	2008	2009
Inabilità temporanea	21.331	20.271	19.030	18.175	16.426
Inabilità permanente	2.003	2.021	1.958	1.875	1.665
Casi mortali	80	76	74	72	51
Totale Indennizzati	23.414	22.368	21.062	20.122	18.142
Totale denunciati	33.240	32.074	30.099	28.756	26.280
% indennizzati/denunciati	70,44%	69,74%	69,98%	69,97%	69,03%

Dalla lettura della tabella si evidenzia una diminuzione delle inabilità temporanee e permanenti, derivanti da infortuni, e degli infortuni mortali.

Il fenomeno degli infortuni sul lavoro resta comunque un'emergenza.

A partire dal 2008, la Regione Campania, ha pianificato un'azione di prevenzione sul territorio, recependo quanto previsto nel Patto della Salute, d'intesa con il Coordinamento delle Regioni.

Per il comparto dell'edilizia, gravato da indici infortunistici particolarmente elevati, è stata programmata, negli stessi anni, un'azione di prevenzione specifica.

Obiettivi generali:

L'obiettivo generale del progetto è la diminuzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio .

Risultati attesi

Monitoraggio e contenimento degli infortuni mortali e gravi con particolare riguardo ai comparti di edilizia ed agricoltura.

Azioni principali

Le azioni progettuali del nuovo PRP 2010 -2012 tendono a garantire continuità con quanto già realizzato. Di seguito si definisce il programma che prevede le seguenti azioni principali:

- focalizzare gli interventi di vigilanza sulle aree di attività lavorativa a maggior rischio, con particolare riferimento ai seguenti comparti: edilizia ed agricoltura;
- promuovere l'attività dei comitati regionali di coordinamento (ex art. 7 D.Lgs 81/08) per lo sviluppo di programmi specifici, condivisi con parti sociali ed istituzioni preposte alla prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro;
- realizzare un' idonea infrastruttura hardware e la relativa piattaforma software per la gestione dei dati e dei processi delle attività di vigilanza;
- implementare un sistema informativo regionale, progetto Ges.DA.Sic. "Gestione Dati relativi alla Sicurezza e Salute negli Ambienti di Lavoro" per la gestione dei dati attinenti la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, che, interfacciandosi con le AA.SS.LL., gestisca in modo razionale ed efficace le informazioni di interesse;
- sviluppare il sito web della sicurezza della Campania;
- organizzare sportelli informativi a favore di Committenti, Coordinatori per la Sicurezza e Imprese e servizi on line per l'utenza;
- effettuare una campagna di comunicazione in sintonia con la campagna nazionale;
- garantire al personale delle AA.SS.LL. una pertinente e corretta formazione attraverso una stabile collaborazione con la Procura Generale della Repubblica;
- assicurare un'uniformità di orientamenti dell'attività ispettiva, su tutto il territorio regionale, anche attraverso l'omogeneizzazione delle procedure e la standardizzazione della modulistica;
- realizzare una rete regionale di referenti per gli infortuni mortali e gravi;
- costituire gruppi di lavoro regionali dedicati a comparti particolari o a tematiche/ rischi specifici;
- potenziare l'azione dei singoli attori attraverso coordinamenti interistituzionali.

Attori

Gli attori si individuano per i due livelli: regionale e locale.

Sanità: Assessorato e Servizi di Vigilanza in materia di Sicurezza sul lavoro delle AA.SS.LL.; DRL e DPL; DR e DP Inail; Comando Regionale e provinciale VV.F; Procura Generale della Repubblica e A.G., etc

Portatori di interesse

Datori di lavoro; organizzazioni sindacali (RR.LL.S);

Possibili criticità

Unificazione delle AA.SS.LL. ancora in corso, Fase di avvio del Comitato Regionale di Coordinamento art.7 D.Lgs.81/2008 e s.m.i., procedure amministrative relative a gare, etc.

Sistema di valutazione:

Definizione di un piano di valutazione entro giugno 2011

Cronoprogramma

Le azioni progettuali del nuovo PRP 2010 -2012 tendono a garantire continuità con quanto già realizzato nel precedente piano.

Pertanto, nei primi sei mesi del 2011, si concluderanno le attività in itinere e, contemporaneamente, verrà definito il programma operativo dei prossimi tre anni con il relativo cronoprogramma.

Gennaio 2011: Completamento raccolta dati 2010;

Gennaio 2011: Riorganizzare il Comitato di Coordinamento ex art.7 D.Lgs.81/2008 e s.m.i. e l'Ufficio Operativo Regionale;

Gennaio 2011: Riprendere i lavori del tavolo interistituzionale istituito presso la Procura Generale della Repubblica di Napoli

Febbraio 2011: Individuare un piano di attività di vigilanza mirato, attribuendo ad ogni ASL un obiettivo specifico per l'anno 2011;

Febbraio 2011: Costituire un gruppo di monitoraggio e di valutazione con tutti i responsabili del piano di attività di vigilanza 2011 delle n. 7 AA.SS.LL. regionali;

Marzo 2011: Standardizzare la modulistica dell'attività di vigilanza;

Marzo 2011: Configurare l' infrastruttura hardware regionale ed ASL;

Marzo 2011: installare la relativa piattaforma software per la gestione dei dati e dei processi delle attività di vigilanza;

Aprile 2011: Programmare e Progettare un nuovo percorso formativo per personale dei Servizi PSAL e IML;

Maggio 2011: sviluppare il sito web della sicurezza della Campania;

Giugno 2011: riesaminare la nomina dei referenti ASL per infortuni mortali e flussi informativi;

Giugno 2011: Mettere a punto l'elenco di attrezzature/apparecchiature di igiene industriale, sicurezza sul lavoro, medicina del lavoro;

Dicembre 2011: Integrazione delle Attività e dei dati dei Servizi PSAL e IMDL;

Dicembre 2011: Elaborazione di un primo report regionale;

Beneficiari

Lavoratori, datori di lavoro, Lavoratori autonomi e Addetti alla Prevenzione

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

Riduzione degli infortuni mortali e gravi; miglioramento dell'omogeneità di intervento da parte degli operatori delle pubbliche amministrazioni; valorizzare le relazioni e le sinergie tra gli ambiti della prevenzione e della repressione, acquisizione di specifiche conoscenze e capacità da parte degli operatori addetti del comparto nella conoscenza di buone prassi di lavoro, standardizzazione di procedure ed attività.

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	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
numero aziende ispezionate sul totale previsto dal PNP	Dati flussi informativi	I dati del 2010 sono in corso di acquisizione e, quindi, il valore dell'indicatore è in corso di verifica.	>85%		>90%	
Di cui % numero cantieri ispezionati sul totale previsto dal PNP	Notifiche preliminari Anno precedente	I dati del 2010 sono in corso di acquisizione e, quindi, il valore dell'indicatore è in corso di verifica.	>85%		>90%	
Di cui % Controlli in aziende agricole	Dati flussi informativi	I dati del 2010 sono in corso di acquisizione e, quindi, il valore dell'indicatore è in corso di verifica.	>85%		>90%	

2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico

Progetto 4: Prevenzione degli incidenti domestici negli anziani attraverso la promozione dell'attività fisica mediante i gruppi di cammino e la ginnastica dolce (Quadro d'Insieme n° 2.3.1)

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella 1

2.3 – Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico

Obiettivi generali di salute del PNP 2010-2012:

Riduzione della mortalità da eventi traumatici nella popolazione anziana, attraverso l'incremento dell'attività motoria.

Descrizione del progetto

Razionale

Gli stili di vita rappresentano un fattore determinante della salute che può essere modificato intervenendo adeguatamente sulle conoscenze, sulle abilità e sull'atteggiamento delle persone. La sedentarietà è causa o con-causa di molte gravi malattie, mentre un'attività fisica moderata, quotidiana, può essere di sicuro beneficio alle singole persone ed alla comunità (OMS 2000).

La pratica regolare di attività fisica moderata è un fattore protettivo nei confronti di molte malattie croniche, come risulta dalla letteratura e dalle evidenze scientifiche (*Clinical evidence, Min. della Salute*), è un fattore protettivo verso le patologie cardiovascolari, le dislipidemie e l'obesità, l'ipertensione, la comparsa del diabete e, nei diabetici, verso le complicanze, il decadimento mentale e la depressione, alcuni tumori (carcinoma del colon, mammella), la disabilità.

Inoltre si correla con altri importanti problemi che possono coinvolgere l'anziano, quali l'osteoporosi, le cadute che spesso comportano complicanze gravi, sia sul piano fisico che della qualità di vita.

Infatti le cadute dell'anziano rappresentano una priorità per la sanità pubblica, per la loro incidenza sulla morbosità, mortalità e disabilità dell'anziano, per le conseguenze sociali e i costi economici.

I dati della letteratura scientifica internazionale evidenziano che nella prevenzione delle cadute degli anziani si sono dimostrati particolarmente efficaci gli interventi basati sull'attività fisica volta ad incrementare la forza muscolare ed il senso di equilibrio, correlati ad attività di educazione sanitaria e di informazione mirate a modificare l'ambiente domestico (rimozione degli ostacoli, tappetini di sicurezza, miglioramento dell'illuminazione, ecc.).

Nel precedente PRP (2005-2007, prorogato al 2008 e al 2009) la Regione Campania aveva già individuato la promozione dell'attività fisica negli anziani con la realizzazione di Gruppi di cammino e di ginnastica dolce tra le priorità nel campo della prevenzione degli incidenti domestici e della promozione di sani stili di vita.

Si è pertanto costituito un gruppo regionale di coordinamento tra le ASL ed è stato dato avvio ad un corso di formazione per gli operatori.

Alcune ASL inoltre hanno stipulato convenzione con l'Università "Parthenope" (Corso di Laurea in Scienze Motorie), al fine di rendere disponibili degli "insegnanti di educazione fisica" per la supervisione dei primi mesi di attività dei Gruppi di cammino e di ginnastica dolce e hanno coinvolto i medici di medicina generale e le Unità Operative Anziani per consigliare un'adeguata attività motoria ai loro assistiti.

Risultati attesi

Attivazione di gruppi di cammino e ginnastica dolce

Attività

- Individuazione di un gruppo di lavoro regionale con il compito di coordinamento e di monitoraggio delle attività delle Aziende Sanitarie partecipanti al progetto.
- Coinvolgimento dei portatori di interesse del settore sanitario e di altri settori a livello regionale e a livello locale (operatori dei distretti, medicina dello sport, UUOO assistenza anziani, servizi geriatrici, epidemiologia, educazione alla salute, servizio comunicazione, rappresentanti dei MMG, ecc.).
- Coinvolgimento dei portatori di interesse: MMG, UISP e altre Associazioni, enti specializzati in Scienze Motorie,
- Formazione regionale operatori ASL e MMG
- Produzione materiale educativo - informativo
- Organizzazione campagna comunicativa e informativa alla popolazione
- Costituzione di Gruppi di cammino e di ginnastica dolce (anziani)
- Monitoraggio del processo e Valutazione

Portatori di interesse

I gruppi di interesse sono la popolazione target e le loro famiglie. Inoltre:

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

- Decisori regionali, comunali e locali delle politiche e dei servizi sociali
- Specialisti in Geriatria e Medicina dello Sport,
- Università della Terza Età
- Ordini Professionali, Società scientifiche e sindacali dei Medici di Medicina Generale
- Operatori sanitari (MMG, operatori dei distretti, servizi geriatrici, dipartimenti di prevenzione, servizio comunicazione) e socio-sanitari
- UISP (Unione Italiana Sport Per tutti) e altre Associazioni sportive, CAI, Associazioni ambientaliste ed escursioniste
- il mondo del volontariato sociale
- Associazioni per la Cittadinanza Attiva
- Centri di aggregazione per gli anziani sul territorio (centri sociali, parrocchie)
- Mass media

Cronoprogramma delle attività:

Attività	2011												2012											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Riunioni con portatori di interesse	x	x	x	x	x	x																		
Stipula di accordi con università, UISP, esperti	x	x	x	x	x	x																		
Formazione regionale	x	x	x	x	x	x																		
Formazione locale MMG					x	x	x		x	x	x	x	x	x	x									
Consegna ai MMG e UOAA di materiale comunicativo per gli assistiti					x	x	x		x	x	x	x	x	x	x									
Assemblee pubbliche con associazioni locali					x	x	x		x	x	x	x	x	x										
Attività gruppi con insegnante								x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Attività gruppi con walking leader												x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Valutazione condivisa	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				

Beneficiari e attori

Target primario

Gli anziani

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva

Medici di medicina generale, operatori ASL, associazioni di volontariato sociale

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Obiettivo generale

Favorire stili di vita attivi e salutari nelle persone anziane in Campania

Obiettivo specifico

1. incrementare l'attività fisica negli anziani attraverso una campagna di comunicazione di massa con il coinvolgimento dei MMG e delle Unità Operative Assistenza Anziani affinché consiglino, con modalità comunicative efficaci, ai loro assistiti un'adeguata attività motoria e corretti stili di vita.
2. Attuazione di Gruppi di cammino e di ginnastica dolce

Obiettivo intermedio 1

Coinvolgere i portatori di interesse del settore sanitario e di altri settori a livello regionale.

Organizzazione campagna comunicativa regionale

Obiettivo intermedio 2

Coinvolgere i portatori di interesse del settore sanitario e di altri settori a livello locale.

Organizzazione campagna comunicativa di ASL

Obiettivo intermedio 3

Attivazione dei MMG, delle UOAA e del contesto locale

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	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Livello di attività fisica nella popolazione e stili di vita	Passi e Passi d'Argento					
N° MMG partecipanti corsi di formazione	Relazioni di servizio	440	Ulteriori 300		Ulteriori 1000	
N° di operatori UOAA partecipanti ai Corsi di formazione	Relazioni di servizio	30	100		130	
% di MMG e UOAA che hanno ricevuto il materiale comunicativo da consegnare agli assistiti	Relazioni di servizio	15%	50%		80%	
N° di ASL che attivano il progetto	Relazioni di servizio	4	7			
N° gruppi di cammino attivati	Relazioni di servizio	2	10		60	
N° gruppi ginnastica dolce attivati	Relazioni di servizio	8	15		60	
Gradimento da parte del target e modifica comportamenti	Questionari					

Progetto 5: Prevenzione degli incidenti domestici in età infantile 0-4 anni (Quadro d'Insieme n° 2.3.2)

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

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

Descrizione del progetto

Razionale dell'intervento:

Si stima che gli incidenti domestici determinano in Italia ogni anno circa 4.500 decessi, 130.000 ricoveri, 1.300.000 accessi al Pronto Soccorso (SINIACA). Il rapporto EUROSAFE 2009 sostiene che, sebbene in Italia, rispetto alla fine degli anni '80, si siano fatti enormi progressi, gli incidenti rimangono la prima causa di morte nella fascia 0-19 anni e sono responsabili del 24% di tutti i decessi giovanili. Gli incidenti non lievi (con ricorso al pronto soccorso) si registrano con maggiore frequenza nei primi anni di vita (in particolare nella fascia d'età 1-7 anni) e nell'età avanzata (sopra i 70 anni). I bambini da 0 a 5 anni hanno un rischio 5 volte maggiore di un adulto di avere un incidente domestico cui consegue ricovero ospedaliero (SINIACA)..

I traumi dentari in oltre il 70% dei casi è imputabile ad un incidente domestico. Essi sono particolarmente frequenti (il 20% dei bambini in dentizione decidua e il 15% dei bambini in dentizione permanente) e di particolare interesse in ambito preventivo, perché con un tempestivo e corretto intervento di semplice attuazione (raccolta dei frammenti del dente fratturato o raccolta del dente avulso; conservazione in saliva, soluzione fisiologica o latte; ricorso all'odontoiatra entro 4 ore dal trauma) è possibile ottenere un'ottima prevenzione degli esiti.

La Regione Campania nell'ambito del PNP 2005-2007 ha aderito al progetto nazionale, coordinato dalla Regione Piemonte, su mandato del CCM, realizzato per supportare ed offrire assistenza tecnico-scientifica alle Regioni nell'avvio dei Piani Locali di Prevenzione Incidenti Domestici. In tale contesto sono stati formati referenti regionali e altri operatori per costituire un primo nucleo di esperti ed avviare a livello locale interventi di prevenzione incidenti domestici nei bambini di 0-4 anni. Il progetto che si propone ricalca quello attuato nell'ASL Napoli 1 Centro con buoni risultati.

Dalla letteratura scientifica emerge che gli interventi che sembrano essere efficaci sono:

- gli interventi normativi (salvavita, rilevatori di fumo, ringhiere, termostati per acqua calda, tappi di sicurezza ecc.)
- interventi educativi di comunità (interventi in ambito scolastico + consigli del medico + campagne educative di massa)

Interventi la cui efficacia è dubbia sono:

- il consiglio del medico (non associato ad altri interventi)
- il sopralluogo nell'abitazione con consigli sugli interventi da intraprendere

Non sembrano essere efficaci

- gli interventi educativi nelle scuole, non associati ad altri interventi
- le campagne informative di massa, non associate ad altri interventi
- la distribuzione di materiali informativi, non associati ad altri interventi

Sulla base dei dati prima esposti e degli studi di efficacia è stato formulato il seguente piano di interventi.

Obiettivi generali:

Riduzione dell'incidentalità domestica in età infantile; prevenzione degli esiti dei traumi dentali.

Risultati attesi

Aumentare nei genitori la consapevolezza dei rischi presenti in casa e la conoscenza delle misure per ridurre i rischi di incidentalità.

Favorire l'adozione da parte dei genitori di misure che rendano l'ambiente domestico più sicuro per i bambini.

Promuovere nei genitori atteggiamenti e comportamenti più responsabili nei confronti della sicurezza dei propri figli.

Fare in modo che in caso di frattura o avulsione dentale i frammenti o il dente avulso sia conservato in un liquido idoneo e che si ricorra all'odontoiatra entro le prime 4 ore.

Azioni principali:

1. Intervento rivolto alle gestanti che frequentano Corsi pre-parto e/o il consultorio familiare e ai genitori utenti dei Consultori e/o dei Centri Vaccinali.

Formazione degli operatori delle UU.OO Materno-Infantili impegnati nei corsi pre-parto, nei consultori e centri vaccinali sulla prevenzione degli infortuni domestici e sulla comunicazione efficace e convincente.

Consegna agli operatori dei corsi pre-parto di un cd con slide e lucidi da utilizzare nei Corsi alle gestanti. Consegna alle strutture che organizzano corsi pre-parto, ai consultori e centri vaccinali di 3 brochure informative (per i genitori dei bambini di 0-6 mesi, 6 mesi 2-anni, 2-6 anni).

Gli operatori che svolgono i corsi pre-parto dedicheranno un incontro del corso al tema della casa sicura e della prevenzione degli incidenti nei primi 6 mesi di vita del bambino, con l'ausilio della presentazione in power-point.

Gli operatori del Consultorio daranno alle donne che sono nel terzo trimestre di gestazione consigli sulla sicurezza domestica e sulla prevenzione degli incidenti nei primi 6 mesi, consegnando loro la brochure 0-6 mesi

Gli operatori dei Centri Vaccinali daranno consigli sulla prevenzione degli infortuni consegnando le relative brochure ai genitori dei bambini che si vaccinano.

In tutte le strutture sanitarie prima indicare sarà affissa una locandina sul tema in questione e una sulla corretta gestione dei traumi dentali in integrazione con gli altri progetti di prevenzione con lo stesso target di popolazione;

2. Intervento rivolto ai genitori dei bambini tramite i Pediatri di libera scelta.

Coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, tramite le UU.OO. Assistenza Sanitaria e le associazioni professionali.

Formazione dei pediatri sulla prevenzione degli infortuni domestici e su come migliorare lo scambio comunicativo per dare maggiore efficacia al loro intervento educativo.

Consegna delle tre brochure (0-6 mesi, 6 mesi-2 anni, 2-6 anni) e della locandina sulla prevenzione degli incidenti domestici e di quella sui traumi dentali.

I PLS daranno consigli sulla prevenzione degli infortuni consegnando le relative brochure ai genitori dei bambini.

3. Affissione di un manifesto sulla prevenzione degli esiti dei traumi dentali nelle scuole e centri sportivi.

Coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale e delle sue articolazioni provinciali, degli enti locali, delle federazioni e associazioni sportive.

Attori:

Operatori delle ASL (Dipartimento di Prevenzione, Servizio Comunicazione, Dipartimento Materno-Infantile e UOMI, Settori Educazione alla Salute, UOAS), Pediatri di libera scelta, associazioni professionali dei PLS, dirigenti scolastici, federazioni e associazioni sportive

Portatori di interesse:

Bambini e loro genitori, PLS, Enti Locali, Associazioni professionali dei PLS, federazioni e associazioni sportive e loro associati

Possibili criticità:

Collaborazione dei PLS.

Difficoltà nella consegna del materiale ai PLS.

Difficoltà a far acquisire nuove modalità comunicative agli operatori dei Centri Vaccinali e consultori e ai PLS.

Difficoltà nella valutazione dell'intervento comunicativo

Sistema di valutazione:

- realizzazione dei materiali comunicativi.
- realizzazione dei corsi di formazione per gli operatori delle UOMI e i PLS
- % di operatori UOMI che hanno partecipato alla formazione
- % dei pediatri di libera scelta che hanno partecipato alla formazione
- miglioramento delle conoscenze sugli incidenti domestici e delle competenze comunicative da parte del personale delle UOMI e dei PLS partecipanti ai corsi di formazione. Sistema di rilevamento: somministrazione di questionari prima e dopo la formazione
- % di PLS e UOMI che hanno ricevuto il materiale comunicativo per i genitori (brochure, locandine). Sistema di rilevamento: firma per accettazione da parte dei PLS e responsabili UOMI
- n° di Corsi pre-parto nel quale è stato svolto l'incontro sulla prevenzione degli incidenti domestici. Sistema di rilevamento: relazione da parte dei responsabili delle UOMI
- % di volantini distribuiti su quelli ricevuti. Sistema di rilevamento: relazione da parte dei responsabili delle UOMI e intervista ad un campione di PLS
- % di genitori che dichiara di avere ricevuto materiale comunicativo sugli incidenti domestici. Sistema di rilevamento: questionario somministrato ad un campione di genitori.
- aumento della consapevolezza e acquisizione di conoscenze e comportamenti. Sistema di rilevamento: somministrazione di un questionario ad un campione di genitori.
- % di scuole e di centri sportivi nei quali è stato affisso il manifesto sulla corretta gestione dei traumi dentali

Cronoprogramma:

entro luglio 2011:

- formazione operatori dei Corsi pre-parto, Consultori e Centri vaccinali
- consegna cd e lucidi agli operatori dei Corsi pre-parto
- coinvolgimento PLS
- coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale e delle sue articolazioni provinciali, degli enti locali, delle federazioni e associazioni sportive.
- stampa materiale comunicativo

entro ottobre 2011

- consegna materiale comunicativo alle UOMI
- inizio attività di educazione sanitaria degli operatori dei consultori e Centri vaccinali secondo le modalità previste nel progetto
- inizio affissione manifesti sui traumi dentari in scuole e centri sportivi

entro dicembre 2011

- formazione PLS
- consegna materiale comunicativo ai PLS
- inizio attività di educazione sanitaria da parte dei PLS secondo le modalità previste nel progetto
- valutazione delle attività del primo anno

entro marzo 2012

- completare la formazione dei PLS
- completare la consegna materiale comunicativo ai PLS
- completare affissione manifesti sui traumi dentari in scuole e centri sportivi

dicembre 2012

- valutazione delle attività

Beneficiari:

Target primario

Bambini

Target intermedio

Genitori, insegnanti, personale dei centri sportivi

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

Obiettivo Generale:

Diminuzione degli incidenti domestici con ricorso al PS in età infantile.

Obiettivi di processo:

Fare in modo che le gestanti che frequentano i corsi pre-parto e i consultori e che i genitori utenti dei consultori e dei centri vaccinali ricevino consigli e materiale informativo sulla prevenzione degli incidenti domestici secondo modalità comunicative efficaci

Fare in modo che i genitori dei bambini assistiti dai PLS ricevino consigli e materiale informativo sulla prevenzione degli incidenti domestici secondo modalità comunicative efficaci

Fare in modo che nelle scuole e centri sportivi, negli studi dei PLS e nelle strutture dell'ASL sia presente una locandina o un manifesto che indichi cosa fare in caso di trauma dentale.

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	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Realizzazione dei materiali comunicativi	Presenza dei materiali	Presenza dei prototipi	Presenza del materiale stampato		Presenza del materiale stampato	

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

n° corsi di formazione per gli operatori dei Corsi pre-parto, consultori, centri vaccinali e i PLS	Dati di servizio	10	Almeno 2 Corsi per gli operatori UOMI e 1 per i PLS in ogni ASL	Almeno 2 Corsi per gli operatori UOMI e 1 per i PLS in ogni ASL	
% di operatori dei Corsi pre-parto, consultori e centri vaccinali formati	Dati di servizio	15%	50%	90%	
% di PLS che hanno partecipato alla formazione	Dati di servizio	10%	30%	80%	
miglioramento delle conoscenze sugli incidenti domestici e delle competenze comunicative da parte del personale delle UOMI e dei PLS partecipanti ai corsi di formazione	Questionari somministrati prima e dopo la formazione		Miglioramento del 40%	Miglioramento del 40%	
% degli operatori UOMI che hanno ricevuto il materiale comunicativo per i genitori (brochure, locandine).	Firma per accettazione da parte dei responsabili UOMI		60%	90%	
% di PLS che hanno ricevuto il materiale comunicativo per i genitori (brochure, locandine).	Firma per accettazione da parte dei PLS		20%	90%	
n° di Corsi pre-parto nel quale è stato svolto l'incontro sulla prevenzione degli incidenti domestici.	Relazione da parte dei responsabili delle UOMI	6	140	350	
% di volantini distribuiti da consultori e centri vaccinali su quelli ricevuti.	Relazione da parte dei responsabili delle UOMI		50%	90%	
% di volantini distribuiti dai PLS su quelli ricevuti.	Intervista ad un campione di PLS		20%	80%	
% di genitori che dichiara di avere ricevuto materiale comunicativo sugli incidenti domestici	questionario somministrato ad un campione di genitori.			60%	
Aumento della consapevolezza e acquisizione di conoscenze e comportamenti.	questionario somministrato ad un campione di genitori.			40%	
% di scuole e di centri sportivi nei quali è stato affisso il	Rilevamento su un campione di scuole e centri		20%	60%	

manifesto sulla corretta gestione dei traumi dentali	sportivi					
--	----------	--	--	--	--	--

Progetto 6: La prevenzione degli incidenti domestici nella scuola primaria e secondaria di I grado (Quadro d'Insieme n° 2.3.3)

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella 1

2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico

Descrizione del progetto

Razionale

Gli incidenti domestici nella prima infanzia sono una causa importante di morte e, molto alto è il tasso di ricorso al Pronto Soccorso (PS).

Il rapporto EUROSAFE 2009 sostiene che, sebbene in Italia, rispetto alla fine degli anni '80, si siano fatti enormi progressi, gli incidenti rimangono la prima causa di morte nella fascia 0-19 anni e sono responsabili del 24% di tutti i decessi giovanili.

Nel 2003, 1027 bambini e adolescenti in questo gruppo di età è morto per infortunio.

Se il tasso di infortuni in Italia fosse ridotto al livello registrato in Olanda, considerato nelle stime EUROSAFE il paese più sicuro, circa 270 (28%) di queste vite si sarebbero salvate.

L'Italia ha svolto un buon lavoro in materia di sicurezza di ciclomotori e motorini, tuttavia altri settori, come la sicurezza in ambito domestico (annegamento, avvelenamento e cadute) non hanno ricevuto la stessa attenzione.

I dati rilevati relativi ai pazienti ricoverati per ustioni e avvelenamenti, sottolineano la necessità di porre attenzione alla prevenzione di questi tipi di infortuni nella prima infanzia.

La Regione Campania nell'ambito del PNP 2005-2007 ha aderito al progetto nazionale, coordinato dalla Regione Piemonte su mandato del CCM, realizzato per supportare ed offrire assistenza tecnico-scientifica alle Regioni nell'avvio dei Piani locali di Prevenzione Incidenti domestici.

In tale contesto sono stati formati referenti regionali e altri operatori per costituire un primo nucleo di esperti ed avviare a livello locale interventi di prevenzione incidenti domestici nei bambini di 0-4 anni e nella scuola primaria e secondaria di primo grado.

Dopo l'impegno per rendere stabile il progetto nelle strutture sanitarie dedicate alla prima infanzia (Consultori e Centri Vaccinali), il passo successivo è il coinvolgimento della scuola per l'infanzia con metodi e materiali didattici specifici per l'età, affinché all'informazione offerta ai genitori si aggiunga l'inizio di un percorso formativo dei bambini.

Tale percorso prosegue nella scuola primaria e secondaria di primo grado, nell'ottica di voler accompagnare i bambini verso la consapevolezza che farà di loro dei "cittadini competenti", capaci di proteggersi da scelte pericolose. Il tema della sicurezza domestica presenta il vantaggio di affrontare situazioni che fanno parte del loro quotidiano in spazi che sono alla loro portata. In particolare le scuole per l'infanzia hanno programmi di psicomotricità che prevedono una consapevole presenza nello spazio e

la capacità di spostarsi tenendo conto anche degli ostacoli presenti; queste attività si prestano ottimamente per affrontare con i bambini il tema della sicurezza e della prevenzione degli incidenti.

Giochi e fiabe studiati ad hoc, potranno focalizzare l'attenzione dei bambini sulle situazioni potenzialmente rischiose e sulle modalità per evitare i danni.

Non è mai presto per cominciare a sviluppare un atteggiamento preventivo, la difficoltà sta nel trovare i messaggi giusti e la modalità di trasmissione più adeguata alla fascia di popolazione che parteciperà all'intervento.

Risultati Attesi

- Realizzazione di un pacchetto didattico sulla prevenzione degli incidenti domestici, orientato ai bambini della scuola dell'infanzia
- Formazione degli insegnanti sulla prevenzione della sicurezza in casa e presentazione dei materiali didattici
- Realizzazione da parte delle maestre di attività educative utilizzando il pacchetto didattico

Attività

Avvio del progetto

Livello Regionale

- Formalizzazione di un gruppo di lavoro regionale scuola-sanità con il compito di coordinamento e di monitoraggio delle attività delle Aziende Sanitarie partecipanti al progetto.

Livello Aziendale

- Identificazione di un Referente di Progetto e Costituzione del Coordinamento Aziendale con coinvolgimento delle UU.OO. essenziali alla realizzazione degli interventi (Unità Operative Materno-Infantili, Servizi Epidemiologia, Educazione alla Salute, Servizi Comunicazione, rappresentante dei PLS, ecc.) e rappresentanti della Scuola. Il Referente rappresenterà l'Azienda Sanitaria Locale nel gruppo di lavoro regionale.

Per i risultati attesi al punto 1 :

1. Costituzione di un tavolo di lavoro congiunto scuola/sanità
2. Produzione del pacchetto didattico
3. Riproduzione dei materiali

Per i risultati attesi punto 2:

1. Preparazione del materiale didattico per gli incontri di formazione per insegnanti
2. Realizzazione delle giornate di formazione per insegnanti
3. Valutazione del percorso

Per i risultati attesi punto 3:

1. Coinvolgimento delle scuole che avranno dato l'adesione a partecipare al progetto
2. Distribuzione dei materiali didattici
3. Monitoraggio e valutazione delle attività

Portatori di interesse

I gruppi di interesse sono i bambini, le loro famiglie, gli insegnanti, gli operatori sanitari (Unità Operative Materno Infantili, Dipartimenti di Prevenzione, PLS, Strutture di Educazione alla salute, Servizi Comunicazione), gli Enti locali.

Beneficiari

Target primario

Bambini che frequentano la scuola dell'infanzia (3 -6 anni), la scuola primaria e secondaria di I° grado

Target intermedio

Genitori, insegnanti.

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti:

Obiettivo Generale:

Diminuzione degli incidenti domestici con ricorso al PS nella fascia di età 3-13 anni

Obiettivi Specifici:

- Aumentare nei bambini in età prescolare e scolare la consapevolezza dei rischi presenti in casa
- Favorire la cultura della prevenzione in ambito scolastico, affinché anche gli insegnanti diventino moltiplicatori di informazioni alle famiglie

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	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Realizzazione dei materiali didattici	Presenza dei materiali	Presente scuola primaria e secondaria I° grado Predisposizione materiale specifico scuola materna	Presente nel 30% delle scuole partecipanti al progetto		Presente nel 75% delle scuole partecipanti al progetto	
N° corsi formazione per gli insegnanti che aderiscono al progetto	Dati di servizio	31	Incremento del 10%		Incremento del 30 %	
N. scuole materne e n° di classi che partecipano all'intervento	Dati di servizio	27 scuole	Almeno 50 scuole e 200 classi		Almeno 150 scuole e 600 classi	
N. scuole primarie e n° di classi che partecipano all'intervento	Dati di servizio	49 scuole	Almeno 100 scuole e 400 classi		Almeno 300 scuole e 1200 classi	
N. scuole secondarie I° grado e n° di classi che partecipano all'intervento	Dati di servizio	0	Almeno 30 scuole e 120 classi		Almeno 100 scuole e 400 classi	

2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione

Progetto 7: Aumentare la copertura vaccinale attraverso il miglioramento dell'anagrafe vaccinale, la maggiore accessibilità per i gruppi a rischio e la realizzazione di programmi informativi per la popolazione (Quadro d'Insieme n° 2.4.1)

Linea di intervento generale:

2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazioni

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale

In Regione Campania, a fronte dei buoni risultati raggiunti per tutte le vaccinazioni obbligatorie e per alcune raccomandate (difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse e malattie invasive da Hib - tab. 1), rimangono ancora da migliorare i livelli di copertura contro il morbillo, anche se, pure MPR, si è registrato negli anni un notevole miglioramento (ICONA 2008).

Tabella 1. CAMPANIA : coperture vaccinali % a 24 mesi; anno 2009	
Vaccinazione	copertura vaccinale*
Polio	94,6
DT	94,6
Pertosse	94,6
HBV	94,6
Hib	94,4
MPR/Morbillo	86,9
*3 dosi di polio, DT, pertosse, HBV, Hib; 1 dose di MPR/morbillo per i bambini di età > 15 mesi	

Un'ulteriore criticità è costituita dai ritardi vaccinali. Sebbene, infatti, la maggioranza dei bambini campani sia vaccinato con le tre dosi dei vaccini previsti dal calendario entro il primo anno di vita, circa il 20% conclude in ritardo il ciclo primario. Dall'indagine campionaria ICONA condotta nel 2008, il motivo principale di tale ritardo è risultato la presenza di una malattia intercorrente del bambino, seguito da problemi logistici e familiari.

Questo dato risulta particolarmente preoccupante, soprattutto per quelle vaccinazioni che possono esporre il bambino a malattie la cui gravità è massima nel primo anno di vita.

Anche per la vaccinazione anti-HPV, introdotta nel giugno 2008, si registrano al 2009 livelli di copertura insoddisfacenti, pari al 27,4% per la terza dose nella coorte del 1997 (tab. 2).

Tabella 2. CAMPANIA : coorte '97, copertura vaccinale per HPV per dose (dati aggiornati al 31/12/2009)	
HPV	copertura vaccinale
% vaccinate con almeno una dose	54,2%
% vaccinate con almeno due dosi	44,5%
% vaccinate con tre dosi	27,4%

Per quanto riguarda la vaccinazione antinfluenzale la situazione è riportata in tabella 3; per quanto in crescita, non risultano ancora raggiunti i livelli del 75% negli ultra 64-enni come previsto nel PSN. Manca inoltre la possibilità di valutare la copertura per categorie di rischio.

classe di età	copertura vaccinale
< 5 anni	9,9
5-14 anni	8,0
15-24 anni	9,7
25-64 anni	12,4
>=65 anni	63,4
Totale	19,5
dati aggiornati al luglio 2010	

Per le altre vaccinazioni (pneumococco, meningococco C, varicella, MPRV), il Piano Regionale delle Vaccinazioni fornisce chiare indicazioni sugli obiettivi da perseguire, individuando le categorie a rischio cui limitare l'offerta attiva e gratuita di questi vaccini.

Tuttavia, lo stesso Piano indica la possibilità di rendere disponibili tutte le vaccinazioni di comprovata efficacia e che non contrastano con le strategie di sanità pubblica, con la compartecipazione della spesa da parte dell'utente, una volta assicurati e resi operativi i programmi di vaccinazione dello stesso piano. In virtù di ciò, si è determinata, a livello regionale, una notevole disomogeneità nell'offerta di tali vaccinazioni: alcune AASSLL, infatti, offrono queste vaccinazioni gratuitamente solo a gruppi a rischio, altre anche in compartecipazione della spesa per i soggetti non rientranti in tali categorie, altre ancora garantiscono l'offerta universale.

Una tale situazione, oltre a determinare una diseguità nell'accesso alla prevenzione vaccinale, può essere causa di effetti epidemiologici negativi laddove non vengono raggiunti in breve tempo elevati livelli di copertura vaccinale. Pertanto non è più procrastinabile un'accurata valutazione, in termini di risorse sia economiche che di personale, dell'opportunità di introdurre nuove vaccinazioni nel calendario routinario dell'infanzia.

Nel merito, occorre evidenziare che in Regione Campania, il documento vigente di programmazione in ambito vaccinale, il "Piano delle Vaccinazioni in Regione Campania" è stato approvato nell'agosto del 2004 con D.G.R. 1572.

Obiettivi generali:

Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione (poliomielite, difterite, epatite B, morbillo, rosolia congenita) o del significativo contenimento (tetano, pertosse, m.i. da *haemophilus* di tipoB)

Verificare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali aziendali e implementare l'anagrafe regionale;

Monitorare le coperture vaccinali nei confronti delle vaccinazioni incluse nei LEA e, per le vaccinazioni MPR e HPV, definire strategie e soluzioni per il raggiungimento degli obiettivi;

Implementare la sorveglianza laboratoristica per la tipizzazione degli agenti causali delle malattie prevenibili con le vaccinazioni (es.: meningococco, pneumococco);

Migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio;

Progettare e attuare programmi di informazione e comunicazione per il sostegno ai programmi vaccinali.

Risultati attesi

Raggiungimento/mantenimento delle coperture vaccinali previste dal Piano delle Vaccinazioni della Regione Campania, dal Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita e per i soggetti appartenenti a gruppi vulnerabili;

Miglioramento del sistema di sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazione tale da garantire la raccolta delle informazioni necessarie a monitorare e valutare i risultati dei programmi di vaccinazione ed il loro impatto sulla salute, incluso l'accertamento eziologico (es. malattie batteriche invasive);

Azioni principali:

Definizione di protocolli condivisi con i MMG e PLS per il recupero dei soggetti inadempienti e lavaccinazione dei soggetti a rischio, anche attraverso la realizzazione a livello di ogni AASSLL di un database dei soggetti a rischio per patologie, a partire da elenchi forniti dai MMG e PLS aggiornati periodicamente;

Potenziamento della sorveglianza delle malattie prevenibili con vaccinazioni con particolare riguardo alla sorveglianza laboratoristica per la tipizzazione degli agenti causali delle malattie batteriche invasive;

Elaborazione di un documento regionale sui requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi dei centri vaccinali, compreso lo standard minimo di personale in rapporto all'utenza;

Potenziamento del sistema informativo regionale delle vaccinazioni;

Attuazione delle strategie previste dal PNEMoRC e miglioramento strategie di offerta attiva della vaccinazione anti HPV;

Formazione degli operatori;

Progettazione ed attuazione di programmi di informazione e comunicazione per il sostegno ai programmi vaccinali.

Attori:

- Osservatorio Epidemiologico Regionale, con il supporto degli operatori ASL coinvolti nella programmazione regionale.
- Servizi Epidemiologia delle AASSLL
- Operatori dei centri vaccinali
- Laboratori di microbiologia per la sorveglianza delle malattie infettive
- Pediatri di Libera Scelta
- Medici di Medicina Generale

Portatori di interesse:

Società scientifiche

Associazioni dei genitori

Possibili criticità:

Mancata realizzazione a livello delle AASSLL del database dei soggetti a rischio;

Carenza di risorse;

Difficile raggiungimento degli adolescenti/adulti, anche per scarsa consapevolezza dei rischi delle malattie prevenibili con vaccinazioni;

Cronoprogramma:

Nel corso del progetto si procederà con l'aggiornamento del PRV, negli anni successivi al mantenimento/raggiungimento dei valori di copertura vaccinale previsti dal PRV e al miglioramento degli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi dei centri vaccinali.

Beneficiari

Popolazione regionale appartenente alle fasce di età target delle diverse vaccinazioni previste dal PRV

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

Riduzione/eliminazione delle malattie prevenibili con vaccinazione;

Miglioramento del sistema di sorveglianza delle malattie infettive, compreso l'accertamento eziologico delle malattie batteriche invasive.

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	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Valutazione annuale delle notifiche delle malattie infettive	Sistema informativo delle malattie infettive					
Proporzione di soggetti vaccinati a 12 e 24 mesi per la terza dose dei vaccini previsti dal calendario vaccinale (Polio, DT, Pertosse, Hib, HBV)	Anagrafe vaccinale informatizzata	(Al 31/12/2009) 94,6%	95%		Almeno il 95%	
Proporzione di bambini vaccinati con MPR nel secondo anno di vita per la prima dose, e nei bambini e ragazzi più grandi sia per la prima che per la seconda dose	Anagrafe vaccinale informatizzata	Al 31/12/2009 86,9% per la prima dose	95% per la prima e 90% per la seconda dose		Almeno il 95% per la prima e 90% per la seconda dose	
Proporzione di dodicenni vaccinate con tre dosi di HPV entro il quattordicesimo anno di età	Anagrafe vaccinale informatizzata	Al 31/12/2009 27,4%	60%		80%	

2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria

Progetto 8: Riduzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (Quadro d'Insieme n° 2.5.1)

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

2.5 Prevenzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria

Breve descrizione dell'intervento programmato

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012:

Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con particolare riguardo a quelle determinate da pratiche assistenziali condotte in modo scorretto.

Razionale

L'iniziativa Regionale di prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (ICA) si è proposta, negli ultimi anni, di fornire alle diverse componenti interessate del SSR le indicazioni ed il supporto operativo per intraprendere una politica di miglioramento, basata sull'introduzione di strumenti omogenei di prevenzione e controllo e sulla sistematica autovalutazione dei processi.

Attraverso l'emanazione di Linee di indirizzo regionali per le Aziende sanitarie ed Ospedaliere della Campania, tra il 2007 ed il 2010 è stato definito il Programma regionale di prevenzione e controllo delle ICA, nel quale sono indicati gli obiettivi e le modalità di attuazione degli interventi ritenuti prioritari, e specificate le azioni che possano rendere omogeneamente operative le attività coordinate di prevenzione e controllo.

In questa fase, l'obiettivo regionale è in primo luogo quello di consentire alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere di pianificare le proprie attività in maniera coerente con il Programma Regionale, al fine di realizzare gli obiettivi minimi vincolanti per tutte le Strutture operanti sul territorio Regionale, a garanzia di livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Nel merito delle priorità operative, individuate sulla base delle principali criticità emerse dall'analisi di contesto, il Programma per la prevenzione ed il controllo delle ICA deve proporsi il *consolidamento e l'ampliamento* dell'utilizzo, da parte delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania, di alcuni strumenti fondamentali:

- l'adozione di un set standard di "Procedure e Protocolli", che dovranno essere applicati secondo criteri di evidenza dell'efficacia e, pertanto, affiancati da un sistema di monitoraggio basato sugli indicatori ottenuti dalla sorveglianza attiva;
- l'implementazione di alcuni Protocolli di sorveglianza standardizzati che, nell'ambito di un sistema di monitoraggio regionale, diventino sistematicamente oggetto di flussi informativi verso le strutture Regionali competenti. Tale sistema di monitoraggio assume particolare rilevanza in quelle attività sanitarie per le quali, a causa di fattori di rischio intrinseci, le attività di prevenzione richiedono maggior supporto attraverso interventi Regionali mirati: questi daranno sostegno alla partecipazione delle Strutture ospedaliere ad alcuni Programmi Nazionali di sorveglianza con i quali sia possibile introdurre nel nostro SSR utili elementi di confronto e si realizzi in maniera standardizzata il monitoraggio del rischio infettivo in tali Aree assistenziali:

- la sorveglianza delle Infezioni in Terapia Intensiva
- la sorveglianza delle Infezioni del sito chirurgico
- la sorveglianza delle antibioticoresistenze

Linee di intervento specifiche

2.5.1 Adozione di Procedure e Protocolli standard di prevenzione delle ICA, in relazione al rischio valutato nelle singole Aree assistenziali

Razionale e scopi generali dell'intervento

L'analisi del contesto, rivolta ad accertare la presenza di politiche attive di contenimento del rischio di infezioni correlate all'assistenza nelle organizzazioni sanitarie campane, ha evidenziato che l'adozione di Procedure assistenziali finalizzate alla prevenzione ed al controllo di ICA risulta ancora non omogeneamente diffusa nelle Strutture Ospedaliere della Campania.

Pertanto, l'intervento si propone di conseguire un progressivo miglioramento dei risultati ottenuti sino ad ora nel contenimento di tali complicanze infettive, in particolar modo per le pratiche assistenziali invasive e/o nelle Aree a maggior rischio, promuovendo la diffusione di Procedure standard di prevenzione delle ICA, e la loro applicazione secondo criteri di evidenza dell'efficacia.

L'intervento si avvale anche del quadro normativo introdotto dai recenti Atti di indirizzo regionali, i quali definiscono, tra l'altro, i requisiti dei Programmi di prevenzione e controllo delle ICA (D.G.R.C. n.1715 del 28/09/2007), i requisiti delle Attività formative per la Prevenzione ed il controllo delle ICA (D.G.R.C. n.2311 del 29/12/2007), nonché l'aggiornamento delle Linee di indirizzo sulla Antibiotico Profilassi per operatoria (D.G.R.C. 123 del 15/02/2010).

Risultati attesi:

- Promuovere l'adozione di "Procedure di prevenzione e controllo delle ICA" nei campi di applicazione ritenuti prioritari (D.G.R.C. n.1715/07), la cui implementazione sarà attuata in base a valutazioni di appropriatezza rispetto al rischio misurato; esse dovranno, inoltre, essere applicate in relazione agli elementi di contesto presenti nelle singole Strutture Sanitarie, quali "case mix", "service mix", struttura organizzativa;
- programmare la loro più ampia diffusione tra gli addetti alle attività assistenziali;
- promuovere l'utilizzo di metodologie basate su criteri di evidenza dell'efficacia, attraverso l'implementazione di "Sistemi di sorveglianza" che siano anche funzionali al monitoraggio dell'efficacia dei protocolli adottati.

Fasi:

- Fase 1: misurazione ed analisi del rischio di ICA nelle singole Aree assistenziali.
- Fase 2: pianificazione e/o revisione, nelle singole Aree di intervento, di specifiche misure di prevenzione e controllo, da effettuarsi sulla base delle priorità individuate attraverso l'analisi del rischio.
- Fase 3: formazione del Personale ed implementazione delle Procedure adottate.
- Fase 4: monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione.

Attività generali:

- Attivazione, per ciascuna Area assistenziale, di sistemi di sorveglianza idonei alla valutazione del rischio di ICA.

- Adozione, da parte delle Direzioni Presidiali ed Aziendali, di un set standard di Procedure (D.G.R.C. 1715/07) riferite a specifiche Aree tematiche, rispondenti ai requisiti previsti dalle Raccomandazioni nazionali e dagli Atti di indirizzo regionali.
- Individuazione dei ruoli e dei livelli di responsabilità coinvolti in ciascuna Struttura Ospedaliera nella corretta applicazione delle Raccomandazioni.
- Attivazione di percorsi formativi interni necessari a raggiungere tutto il Personale coinvolto nel processo di prevenzione (D.G.R.C. 1715/07 e D.G.R.C. 2311/07).
- Misurazione del grado di adesione e dell'efficacia delle Procedure adottate.

Attori ed azioni specifiche nel percorso di implementazione dell'intervento:

- Direzione Sanitaria Aziendale e Presidiale - Comitati per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CIO):
 - adozione delle Procedure ed emanazione dei relativi provvedimenti;
 - definizione dei ruoli e delle responsabilità nel processo di implementazione delle norme di prevenzione;
 - verifica periodica degli indicatori di processo;
 - monitoraggio degli esiti attraverso la periodica valutazione dei tassi di infezione ottenuti dalle sorveglianze.
- Unità operative:
 - partecipazione alla redazione ed alla revisione delle Procedure;
 - indicazione degli elementi di contesto utili ad individuare le possibili criticità;
 - diffusione interna delle Procedure;
 - partecipazione alle attività formative del Personale interno;
 - implementazione delle sorveglianze attive per le valutazioni di esito.
- Servizi laboratoristici di microbiologia: sorveglianza di Laboratorio e segnalazione di eventi sentinella.
- Servizi Aziendali di formazione ed aggiornamento professionale: pianificazione delle attività formative in conformità con la D.G.R.C. 2311/07.

Portatori di interesse:

Gestione del contenzioso (Uffici Aziendali Affari generali - Affari Legali): verifica dell'impatto sull'andamento delle denunce specifiche e sull'esito del contenzioso, ottenuto dalle misure di prevenzione adottate a livello locale.

2.5.2 Attivazione di un Sistema Regionale di sorveglianza delle I.C.A. nelle Unità Operative di Terapia Intensiva

Razionale e scopi generali dell'intervento:

Le Unità di terapia intensiva (UTI) rappresentano l'area assistenziale ospedaliera nella quale si sta manifestando con maggiore evidenza l'incremento della diffusione e della gravità delle complicanze legate ad infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA). Tutte le esperienze di valutazione del rischio condotte in UTI dimostrano che i pazienti ricoverati nelle Unità di terapia intensiva, sia per la maggiore esposizione a procedure invasive, che per fattori di rischio intrinseci legati alle condizioni cliniche, hanno un rischio di contrarre ICA fino a 10 volte superiore rispetto ai pazienti ricoverati in altri reparti. D'altro canto, numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato che l'attivazione di adeguati sistemi di sorveglianza, unitamente a interventi mirati a migliorare le misure di controllo adottate, possono determinare la riduzione della frequenza di infezioni nelle Unità di terapia intensiva.

Pertanto, un intervento di prevenzione che si proponga di ottenere ricadute significative sul controllo e la prevenzione delle infezioni acquisite nel corso dell'assistenza sanitaria, non può prescindere dall'attivazione di efficaci sistemi di sorveglianza nelle UTI. Negli ultimi anni sono stati avviati in Italia diversi sistemi multicentrici di sorveglianza in Unità di terapia intensiva, tra i quali il Progetto Margherita - petalo infezioni - del GiViTI (Gruppo italiano per la Valutazione degli interventi in Terapia Intensiva - coordinato dall'Istituto Mario Negri), al quale hanno già aderito in via sperimentale alcune Unità di terapia intensiva della Campania.

Nello stesso tempo, la Campania ha aderito a diverse iniziative collegate al Progetto INF-OSS "Prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria", finanziato dal CCM (Centro per la Prevenzione e Controllo delle Malattie del Ministero della Salute italiano).

In considerazione dell'alto livello di attenzione riservato al problema ICU dai Programmi sviluppati, in ambito europeo, dal sistema di sorveglianza HELICS-ECDC (European Centre for Diseases Prevention and Control), anche all'interno del Progetto INF-OSS viene dato particolare rilievo alla sorveglianza delle ICA in Terapia intensiva, che viene realizzata attraverso le diverse esperienze già sviluppate in ambito nazionale.

Tra queste, il network realizzato dal Progetto Margherita è stato valutato come particolarmente adatto alla realizzazione degli obiettivi del Sistema di Sorveglianza Nazionale.

Risultati attesi:

- L'intervento si propone di consolidare ed ampliare la partecipazione delle Unità di terapia intensiva della Campania ad attività coordinate di sorveglianza delle infezioni acquisite nel corso dell'assistenza, strutturando un "Sistema regionale di sorveglianza delle infezioni acquisite nel corso di assistenza in Terapia Intensiva".
- L'intervento, inoltre, al fine di standardizzarne le metodologie di rilevazione e di analisi, intende promuovere la partecipazione delle ICU campane ai network previsti dal Sistema Nazionale di Sorveglianza delle Infezioni in Terapia Intensiva (SITIN) realizzato nell'ambito del Progetto INF-OSS, avvalendosi prioritariamente dalle metodologie sviluppate dal Progetto Margherita, e dalle sue future evoluzioni.

Fasi ed attività:

- Fase 1: strutturazione della rete

Sono candidate a partecipare al "Sistema regionale di sorveglianza delle infezioni acquisite nel corso di assistenza in Terapia Intensiva" tutte le Unità di terapia intensiva della Campania che rispondano alle caratteristiche operative e funzionali definite dai criteri proposti dalla Società Europea di Terapia Intensiva, e che corrispondono, secondo la codifica ISTAT, al codice di specialità 49.

Per partecipare all'archivio regionale sono possibili 3 opzioni:

1. Afferire al petalo infezioni del Progetto Margherita ed alle sue future evoluzioni. Tale opzione è da ritenersi preferenziale, in quanto ciascun partecipante può avvalersi di un bagaglio di esperienze pluriennali già consolidate dal network in Campania, attraverso alcune Strutture pilota.
2. Afferire ad un altro dei possibili network previsti dal Sistema Nazionale di Sorveglianza delle Infezioni in Terapia Intensiva (SITIN). Le modalità di adesione e di trasmissione dei dati saranno quelle proprie del singolo network.
3. Partecipare alla sorveglianza regionale con dati rilevati mediante un proprio software, che in fase di esportazione dovrà soddisfare i requisiti del tracciato record previsto dal Sistema regionale.

Le UTI partecipanti, al momento dell'adesione, forniranno il proprio consenso scritto alla pubblicazione dei dati. Nei periodi di sorveglianza, i pazienti potranno essere informati del coinvolgimento nella sorveglianza, mentre non è necessario il loro consenso scritto, né altra autorizzazione da parte di Comitato etico e/o del Garante della privacy, trattandosi di un sistema mirato alla sorveglianza delle malattie nella popolazione ed al miglioramento della qualità dell'assistenza prestata, coordinato da Enti Pubblici autorizzati al trattamento di dati sensibili a fini istituzionali.

- Fase 2: formazione del Personale ed implementazione del protocollo di sorveglianza

La fase di implementazione del processo di sorveglianza presso ciascuna Unità di Terapia Intensiva partecipante al sistema prevede le seguenti attività, che si articolano a loro volta in diverse fasi:

- Prima dell'inizio della sorveglianza
 - Formazione del Personale sulle misure di prevenzione e sulle metodologie adottate nel Protocollo di sorveglianza.
 - Revisione della documentazione clinica per la selezione e l'identificazione dei pazienti da sorvegliare. Dovranno essere arruolati tutti i pazienti ricoverati in terapia intensiva per almeno due giorni consecutivi durante il periodo di sorveglianza, senza alcuna altra selezione. Dal momento che la sorveglianza riguarda gli episodi di ricovero e non i pazienti, un singolo paziente, se sottoposto a ricoveri ripetuti durante il periodo di sorveglianza, può essere presente in più schede di sorveglianza.
- Durante la sorveglianza
 - Monitoraggio dei pazienti per segni/sintomi di infezione e documentazione su supporto predisposto. Le infezioni da includere nella sorveglianza sono almeno quelle più frequenti: polmoniti, batteriemie ed infezioni catetere-correlate, infezioni delle vie urinarie. E' raccomandata una sorveglianza continuativa. Tuttavia è previsto un periodo minimo di sorveglianza per anno solare, pari a 3 mesi consecutivi.
 -
- Fase 3: controllo di qualità ed esportazione dei dati

Entro il termine del periodo di sorveglianza, le Unità operative partecipanti dovranno curare, in collaborazione con i network di adesione, le seguenti attività:

- Controllo di qualità dei dati (completezza dei pazienti inclusi nella sorveglianza, completezza e congruità dei dati registrati, rilevazione di eventuali dati inconsistenti o non plausibili).
- Input dei dati su supporto predisposto (nel caso del Progetto Margherita e delle sue evoluzioni, il Programma per la rilevazione dei dati è un software sviluppato e distribuito gratuitamente alle ICU aderenti al gruppo GiViTI).
- Invio dei dati relativi ai singoli pazienti che hanno concluso il periodo di sorveglianza. L'esportazione dei dati avverrà con modalità e tempi conformi alle specifiche fornite da ciascun network di adesione.

- Fase 4: analisi dei dati

L'analisi dei dati sarà dedicata alla costruzione dei seguenti indicatori:

- tassi di infezione stratificati per i principali fattori di rischio e di utilizzo di devices;
- trend temporale e distribuzione dei tassi infezione;
- prevalenza dei microrganismi responsabili di infezione e prevalenza di antibiotico resistenza.

Fase 5: ritorno informativo e pubblicazione dei dati epidemiologici

Verrà diffuso in campo nazionale ed europeo - sia edito a stampa che on-line - un rapporto annuale sulle infezioni correlate all'assistenza in UTI per le Unità operative partecipanti a network afferenti al Sistema Nazionale di sorveglianza (SITIN), nel quale saranno menzionate le Strutture partecipanti. A livello regionale il rapporto riceverà ampia diffusione tra le categorie professionali e le Strutture interessate.

Attori ed azioni nel percorso di implementazione dell'intervento:

- Unità di terapia intensiva - Network di sorveglianza:
 - alimentazione del database;
 - controllo di qualità dei dati;
 - esportazione dei dati;
 - diffusione e valutazione interna del feedback formativo;
 - partecipazione alle attività formative del Personale interno.
- Settore Assistenza Ospedaliera:
 - coordinamento regionale e collegamento con le attività del "Coordinamento nazionale Sistema Nazionale di Sorveglianza delle Infezioni in Terapia Intensiva" SITIN - (CCM);
 - pubblicazione e diffusione periodica dei dati sulle Infezioni in UTI.
- Direzioni Sanitarie - Comitati per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CIO):
 - definizione dei ruoli e delle responsabilità nel processo di implementazione;
 - adozione ed emanazione dei relativi provvedimenti;
 - verifica periodica degli indicatori di processo;
 - collegamento con il Settore Assistenza Ospedaliera.
- Servizi Aziendali di formazione ed aggiornamento professionale: pianificazione delle attività formative in conformità con la D.G.R.C. 2311/07.
- Laboratori di Microbiologia ospedalieri: sorveglianza di Laboratorio delle infezioni in UTI

Portatori di interesse:

- Gestione del contenzioso (Uffici Aziendali Affari generali - Affari Legali): verifica dell'impatto ottenuto sull'andamento delle denunce specifiche e sull'esito del contenzioso, dalle misure di prevenzione adottate a livello locale.

2.5.3 Consolidamento ed ampliamento del Sistema di sorveglianza regionale delle infezioni del sito chirurgico (ISC)

Razionale e scopi generali dell'intervento:

Le infezioni del sito chirurgico (ISC) costituiscono una delle più frequenti complicanze infettive correlate alle pratiche assistenziali; ad esse si associano sia un significativo incremento dei costi - dovuto al prolungamento delle degenze ed alle cure aggiuntive - che un incremento della mortalità. Molte evidenze scientifiche hanno dimostrato che, al pari di quanto accade per altre complicanze infettive associate a pratiche assistenziali invasive, anche nel caso delle ISC la sorveglianza continuativa ed un costante ritorno informativo agli operatori interessati contribuiscono a ridurne i tassi di incidenza.

Nella fase di implementazione del Programma regionale di prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza, emanato con le D.G.R.C. n.1715/07, n.2311/07 e n.123/10, i percorsi di autovalutazione avviati in tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania hanno dimostrato che esiste, nella maggior parte dei casi, un diffuso interesse ad implementare attività di prevenzione e controllo delle ISC, caratterizzato dalla tendenza ad applicare in maniera relativamente omogenea metodologie standard di sorveglianza.

Infatti, come più volte richiamato precedentemente, la Campania ha aderito a diverse iniziative del Progetto INF-OSS (finanziato dal CCM), le quali a loro volta rientrano nei Programmi di sorveglianza avviati a livello europeo nell'ambito del sistema di sorveglianza HELICS-ECDC (European Centre for Diseases Prevention and Control). Come evidenziato nell'analisi di contesto, già nel corso del 2008 e del 2009 la maggior parte delle Aziende Sanitarie campane ha sperimentato in diversi Presidi, con un più che soddisfacente livello di partecipazione rispetto al contesto nazionale, il Protocollo Nazionale di Sorveglianza delle infezioni del Sito Chirurgico, strutturato nell'ambito del Progetto Nazionale INFOSS e confluito nel Programma Europeo HELICS, valutandone la praticabilità e la sostenibilità in maniera prevalentemente favorevole.

Pertanto, il consolidamento e l'ampliamento della partecipazione ad efficaci Sistemi di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico rappresenta in Campania uno degli interventi prioritari nel campo della prevenzione delle ICA, che può anche avvalersi dell'opportunità rappresentata dal positivo andamento di molteplici esperienze pluriennali da parte di Strutture Ospedaliere campane.

Risultati attesi:

- L'intervento intende realizzare il consolidamento e l'ampliamento della partecipazione delle Strutture Ospedaliere della Campania ad attività regionali coordinate di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico, promuovendo l'implementazione di un Sistema regionale di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico;
- Al fine di standardizzarne le metodologie di rilevazione e di analisi, l'intervento intende promuovere la partecipazione delle Unità operative chirurgiche campane al "Sistema Nazionale di Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico", realizzato nell'ambito del Progetto INF-OSS, che può consentire a ciascuna Struttura ospedaliera di condividere un strumento omogeneo di monitoraggio dei tassi di ISC e disporre di un'opportunità di confronto con tutti gli Ospedali del SSR;

Fasi ed attività:

- Fase 1: reclutamento delle Strutture Ospedaliere partecipanti

Sono candidate a partecipare al *Sistema regionale di sorveglianza delle infezioni del Sito Chirurgico* tutte le Unità operative chirurgiche della Campania nelle quali venga praticata almeno una delle procedure chirurgiche incluse tra le categorie di intervento previste dal Protocollo adottato dal Sistema Nazionale di Sorveglianza Infezioni Sito Chirurgico, già trasmesso nel corso del biennio 2008-09 ai Referenti per le ICA di tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania.

Per partecipare all'archivio regionale, le Aziende formalizzeranno la richiesta di adesione dei propri Ospedali all'Assessorato alla Sanità – Settore Assistenza Ospedaliera, che ne curerà l'inserimento nell'archivio nazionale, e forniranno contestualmente il proprio consenso alla pubblicazione dei dati. I partecipanti riceveranno gli strumenti informatici (software aggiornato) e l'assistenza per avviare l'alimentazione del database nazionale con i propri dati della sorveglianza ISC.

Nei periodi di sorveglianza, i pazienti potranno essere informati del coinvolgimento nella sorveglianza, ma non è necessario che forniscano il proprio consenso scritto, né è richiesta altra autorizzazione da parte di Comitato etico e/o del Garante della privacy, trattandosi di un sistema mirato alla sorveglianza delle malattie nella popolazione ed al miglioramento della qualità dell'assistenza prestata, coordinato da Enti Pubblici autorizzati al trattamento di dati sensibili a fini istituzionali.

Le Aziende partecipanti al sistema dovranno garantire che:

- vengano inclusi nella sorveglianza tutti gli interventi ed i pazienti eleggibili nel periodo scelto per la sorveglianza;

- la sorveglianza sia assicurata in corso di ricovero e prosegua nel periodo post-dimissione, con una delle diverse modalità indicate dal Protocollo (controlli ambulatoriali post dimissione, telefonata a casa, ecc.).
- Fase 2: formazione del Personale ed implementazione del protocollo di sorveglianza

Il processo di implementazione della sorveglianza presso ciascuna Unità operativa partecipante prevede le seguenti attività, da svolgere in conformità con le indicazioni fornite dal Protocollo nazionale:

- Formazione del Personale sulle misure di prevenzione e sulle metodologie adottate nel Protocollo di sorveglianza.
- Reclutamento della Popolazione in studio, scelta degli interventi sorvegliati e dei periodi di sorveglianza: possono essere inclusi sia interventi effettuati in regime di ricovero ordinario che in regime di day surgery. Nel Protocollo nazionale, gli interventi che rientrano nella sorveglianza vengono raggruppati in categorie di procedure chirurgiche clinicamente simili (categorie NNIS), che consentono il confronto in gruppi di pazienti sottoposti a procedure chirurgiche assimilabili. La rilevazione dei dati in ciascun reparto deve durare almeno tre mesi in un anno: è preferibile (ma non necessario) che la rilevazione trimestrale coincida con i trimestri di calendario.
- Durata sorveglianza per ciascuna procedura: deve essere considerata correlata all'intervento qualsiasi infezione che insorga entro 30 giorni dall'intervento, o entro 1 anno se viene utilizzato materiale protesico. Se insorge una infezione del sito chirurgico la sorveglianza della procedura termina, anche se tale evento è precedente ai 30 giorni (o all'anno) di follow-up.
- Sorveglianza post dimissione. Il follow-up post-dimissione può avvenire con più modalità:
 - visite ambulatoriali di controllo post-intervento;
 - scheda con busta pre-affrancata consegnata al paziente dimesso, da inviare auto compilata al termine del follow-up;
 - intervista telefonica dopo 30 giorni dall'intervento chirurgico;

Fase 3: rilevazione, registrazione, controllo di qualità ed esportazione dei dati

- Le Unità operative partecipanti dovranno assicurare la registrazione delle informazioni di interesse per la sorveglianza avvalendosi del software ad esse fornito dal Coordinamento regionale, con il quale valorizzare le variabili ed i codici previsti dal Protocollo nazionale, tra cui i seguenti campi, relativi ai fattori di rischio per infezione:
 - Classe di intervento: Classe I/pulito Classe II/pulito-contaminato Classe III/ contaminato ClasseIV/ sporco-infetto
 - Tipo di intervento: Elettivo (pianificato con anticipo di almeno 24 ore), Urgente (pianificato nelle ultime 24 ore);
 - Durata dell'intervento: dal momento dell'incisione al momento della sutura;
 - Punteggio ASA (American Society of Anesthesiology), che classifica i pazienti in 5 gradi: da ASA 1 ad ASA 5 ;
 - L'Indice di Rischio (Infection Risk Index – IRI) calcolato in base a: durata, classe di contaminazione, punteggio ASA e tecnica dell'intervento.
- Il controllo di qualità dei dati prevede che ciascuna Unità operativa partecipante collabori nella verifica della completezza dei pazienti inclusi nella sorveglianza e dei dati rilevati, nel controllo della congruità dei dati registrati ed nella rilevazione di eventuali dati inconsistenti o non plausibili.
- L'esportazione dei dati avverrà con modalità e tempi conformi alle specifiche fornite dal Protocollo nazionale.

Fase 4: analisi dei dati

L'analisi dei dati sarà dedicata alla costruzione dei seguenti indicatori:

- tassi di ISC stratificati per categoria di intervento ed Infection Risk Index (IRI);
- ISC Ratio (numero di ISC in ogni categoria di intervento per 100 interventi);
- ISC Rate (numero di ISC in ogni categoria di intervento chirurgico per 1000 giorni-paziente di osservazione post-intervento);
- Indicatori di esito e di processo relativi alla profilassi antibiotica peri-operatoria.

Fase 5: ritorno informativo e pubblicazione dei dati epidemiologici

Le Unità operative e le Direzioni sanitarie delle Aziende partecipanti al Sistema Nazionale di sorveglianza riceveranno come ritorno informativo un rapporto annuale sulle infezioni del sito chirurgico, sia edito a stampa che consultabile on-line, che riceverà anche ampia diffusione regionale.

Attori ed azioni nel percorso di implementazione dell'intervento:

- Unità operative chirurgiche:
 - alimentazione del database;
 - controllo di qualità dei dati; esportazione dei dati;
 - diffusione interna e valutazione del feedback formativo;
 - partecipazione alle attività formative del Personale interno;
- Settore Assistenza Ospedaliera:
 - coordinamento regionale e collegamento con le attività del “Coordinamento nazionale Sistema Nazionale di Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico” SNICCh - (CCM);
 - pubblicazione e diffusione periodica dei dati sulle ISC
- Direzioni Sanitarie - Comitati per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CIO):
 - definizione dei ruoli e delle responsabilità nel processo di implementazione;
 - adozione ed emanazione dei relativi provvedimenti;
 - verifica periodica degli indicatori di processo;
 - collegamento con il Settore Assistenza Ospedaliera.
- Servizi Aziendali di formazione ed aggiornamento professionale: pianificazione delle attività formative in conformità con la D.G.R.C. 2311/07.
- Servizi Farmaceutici Ospedalieri ed aziendali: elaborazione degli indicatori di esito e di processo della profilassi antibiotica
- Laboratori di Microbiologia ospedalieri: sorveglianza di Laboratorio sulle ISC.

Portatori di interesse:

- Gestione del contenzioso (Uffici Aziendali Affari generali - Affari Legali): verifica dell'impatto ottenuto dalle misure di prevenzione adottate a livello locale sull'andamento delle denunce specifiche e sull'esito del contenzioso.

2.5.4 Attivazione di un Sistema Regionale di Sorveglianza sulle Antibiotico resistenze

Razionale e scopi generali dell'intervento:

La crescente capacità, manifestata da parte di diverse specie microbiche, di selezionare profili di resistenza sempre più complessi richiede un approccio particolarmente concreto e mirato da parte del SSR in quanto, in assenza di efficaci misure di prevenzione e di adeguate politiche antibiotiche, tale tendenza rischia rendere inefficaci diverse delle categorie dei principali antimicrobici disponibili, riducendo sensibilmente le possibilità terapeutiche in alcune aree assistenziali. Inoltre, mentre in passato il problema dell'antibiotico resistenza era ristretto a selezionati ambiti terapeutici, attualmente è diventato una criticità che coinvolge ampiamente sia la medicina di comunità sia quella ospedaliera.

Esiste un rapporto causale tra uso improprio degli antibiotici e comparsa delle resistenze, in quanto il largo impiego degli antibiotici, non solo in terapia umana, ma anche in campo veterinario e in agricoltura, ha generato una imponente pressione selettiva che ha fortemente favorito la rapida propagazione di popolazioni batteriche antibiotico-resistenti, sia in ambito ospedaliero che nella medicina di comunità, con andamenti spesso legati anche ai contesti epidemiologici locali. Pertanto, è ormai una stringente necessità quella di creare gli strumenti regionali che costituiscano il presupposto conoscitivo per l'attuazione di significative modifiche delle abitudini prescrittive, favorendo lo sviluppo di protocolli prescrittivi mirati, nonché fondati sulla semplicità e sul risparmio delle risorse.

L'intervento si propone di costruire una rete sentinella di laboratori ospedalieri, rappresentativi dell'intera sanità regionale, attraverso la quale alimentare una piattaforma informatica in grado di trasferire automaticamente, dal singolo laboratorio alla banca dati regionale, le informazioni sugli isolamenti batterici, gli antibiogrammi, i materiali biologici e la disciplina di provenienza; da tale piattaforma informativa deve scaturire la possibilità di attivare una sorveglianza dell'ecologia microbica a supporto del governo delle politiche antibiotiche, sia all'interno che all'esterno delle strutture ospedaliere.

Il costante aggiornamento dei *trend* sull'antibiotico resistenza dovrà consentire ai clinici, attraverso adeguati percorsi di comunicazione, di avvalersi di conoscenze costantemente aggiornate sul contesto epidemiologico in cui operano, al fine di migliorarne l'appropriatezza prescrittiva nel campo dell'antibiotico terapia e dell'antibiotico profilassi.

Risultati attesi:

Strutturare una sistema regionale di sorveglianza delle antibiotico resistenze, attraverso il quale monitorare le principali caratteristiche epidemiologiche del fenomeno dell'antibiotico resistenza in ambito regionale:

- quantificazione dei livelli di antibiotico resistenza per i principali microrganismi patogeni;
- analisi dei loro trend temporali;
- individuazione dei principali serbatoi delle antibiotico resistenze.

Rendere disponibile tale fonte informativa per i principali attori del SSR coinvolti a diverso titolo nel percorso diagnostico-prescrittivo.

Attività e cronoprogramma:

Fase 1: strutturazione della rete

Entro il 31 marzo 2011 sarà svolta una indagine conoscitiva regionale basata su alcune caratteristiche organizzative dei laboratori di microbiologia (ad es.: capacità operative, requisiti strutturali e di sicurezza, dotazione strumentale, requisiti di qualità, ecc.); l'indagine sarà conclusa entro ulteriori 60 giorni. Ad essa

sarà associata la valutazione del loro possibile ruolo strategico nel contribuire a definire in maniera appropriata il contesto epidemiologico regionale.

Sulla scorta del quadro d'insieme ottenuto attraverso l'indagine conoscitiva, entro il 30 aprile 2011 sarà effettuata una prima selezione, con la quale saranno inclusi inizialmente nella rete almeno 15 Laboratori regionali, preferibilmente rappresentativi dei 5 ambiti provinciali, prevalentemente ospedalieri, il cui carico di lavoro complessivo sia corrispondente almeno al 30% delle indagini microbiologiche effettuate annualmente nelle Strutture ospedaliere della Campania. Entro il 31 dicembre 2012 la rete dei Laboratori sarà estesa fino all'inclusione di un numero di Laboratori il cui carico di lavoro complessivo sia corrispondente almeno al 50% delle indagini microbiologiche effettuate annualmente in ambito ospedaliero in Campania.

Entro il 31 maggio 2011, sarà definito e reso operativo presso le Strutture selezionate il protocollo per il trasferimento e l'analisi di qualità dei dati: tracciato record, codifiche standard (microrganismi, antibiotici, materiali e discipline di ricovero), possibili filtri di esclusione e di selezione, criteri di "espertizzazione" e di analisi di qualità dei dati (esclusione dei duplicati, completezza dei risultati, concordanza dei dati, verifica delle resistenze naturali, ecc).

Fase 2: esportazione ed analisi dei dati

L'esportazione dei dati avverrà con modalità e tempi compatibili con l'evoluzione dei sistemi regionali di acquisizione: inizialmente è previsto l'invio dei dati validati via mail, con cadenza mensile, nel formato definito nella fase di selezione.

Il controllo di qualità dei dati sarà eseguito *work in progress*, sulla base dei criteri stabiliti nella Fase 1, da un Gruppo di Lavoro regionale istituito presso il Settore Assistenza Ospedaliera.

La costruzione del database regionale sarà annuale e le possibili aggregazioni dovranno consentire un livello minimo di analisi che preveda almeno la costruzione dei seguenti indicatori:

- prevalenza di antibiotico resistenza (proporzione di pazienti con isolamento di microrganismo resistente o con sensibilità intermedia, sul totale dei soggetti da cui è stato isolato quel microrganismo) per tutti i microrganismi codificati in Fase 1, stratificati per:
 - Molecola;
 - materiale biologico;
 - disciplina di ricovero.

L'analisi sarà completata entro sei mesi dalla conclusione di ciascuna annualità.

Fase 3: comunicazione e pubblicazione dei dati epidemiologici

Annualmente, entro sei mesi dalla conclusione delle analisi effettuate nella Fase 2, sarà redatto il "Registro Regionale delle antibiotico resistenze", relativo alle rilevazioni dell'anno precedente. Il rapporto sarà articolato nelle seguenti sezioni:

- descrizione delle caratteristiche operative dei centri partecipanti;
- prevalenza delle antibiotico resistenze per i microrganismi più significativi;
- stratificazione delle resistenze per microrganismo e per sede di isolamento;
- startificazione delle resistenze per microrganismo e per disciplina di ricovero.

I Laboratori partecipanti, al momento dell'adesione, forniranno il proprio consenso scritto alla pubblicazione dei dati. Non è necessario il consenso scritto dei pazienti coinvolti nella sorveglianza, né altra autorizzazione da parte di Comitato etico e/o del Garante della privacy, trattandosi di un sistema mirato alla sorveglianza delle malattie nella popolazione ed al miglioramento della qualità dell'assistenza prestata, coordinato da Enti Pubblici autorizzati al trattamento di dati sensibili a fini istituzionali.

Ciascuna Struttura partecipante riceverà un rapporto trimestrale relativo al proprio flusso.

Il “*Registro Regionale delle antibiotico resistenze*” sarà diffuso, attraverso canali istituzionali e scientifici, tra le categorie professionali interessate e sarà inviato alle Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Campania.

Fase 4: monitoraggio dei trend

A partire dal termine del secondo anno di rilevazione, l’analisi dei dati sarà basata anche sul confronto dei dati tra le diverse annualità, sviluppando in tal modo strumenti di monitoraggio del fenomeno dell’antibioticoresistenza basati su:

- analisi dell’andamento dei livelli di resistenza alle principali classi di antibiotici per microrganismo;
- analisi della diffusione di particolari profili di resistenza;
- analisi dell’evoluzione dei profili di resistenza per microrganismo;
- analisi comparata dei trend delle resistenze e delle caratteristiche prescrittive;

Attori ed azioni nel percorso di implementazione dell’intervento:

Settore Assistenza Ospedaliera:

- istituzione e coordinamento della rete dei Laboratori;
- comunicazione e diffusione dei dati del “Registro Regionale delle antibiotico resistenze”.

Osservatorio Epidemiologico Regionale:

- acquisizione ed analisi dei dati;
- sviluppo dei report periodici.

Laboratori di Microbiologia Ospedalieri : alimentazione del database regionale.

Servizi Farmaceutici Ospedalieri ed Aziendali: elaborazione ed analisi dei dati sulle prescrizioni, analisi economico-gestionale.

Portatori di interesse:

Prescrittori Ospedalieri, MMG e Pediatri di libera scelta: valutazione e revisione dei protocolli prescrittivi di terapia e profilassi antibiotica in base ai trend delle resistenze

Possibili criticità:

- Limitata disponibilità, o scarso coinvolgimento, nelle Unità operative partecipanti, delle figure professionali individuate quali attori del processo: di conseguenza, progressiva perdita di adesione al Programma.
- Inappropriatezza dei sistemi locali di sorveglianza attiva individuati per la valutazione del rischio associato a ciascuna pratica assistenziale.
- Residue barriere culturali: tendenza (cautelativa) alla sottostima degli eventi infettivi correlati alle pratiche assistenziali.
- Difficoltà nell’alimentare regolarmente i database con i dati di sorveglianza regionali, in assenza di un sistema di accesso WEB da parte delle Strutture partecipanti.

Beneficiari:

100 % popolazione ospedalizzata in Campania

Obiettivo di processo perseguito:

Riduzione delle ICA dovute a pratiche assistenziali condotte in modo scorretto attraverso la adozione di Procedure standard nei campi di applicazione ritenuti prioritari (D.R.G.C. 1715/07)

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	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Adozione e revisione Procedure (ex D.G.R.C 1715/07)	Verifica annuale CIO Comunicazione all'Assessorato alla Sanità – Settore Assistenza Ospedaliera	OK	OK		OK	

Obiettivo di processo perseguito:

Controllo della diffusione delle ICA; coinvolgimento/sensibilizzazione degli operatori sanitari attraverso l'implementazione di metodi standard di sorveglianza (D.R.G.C. 1715/07 e 123/10)

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	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Regolarità del flusso dati dei sistemi di sorveglianza Standardizzati: infezioni sito chirurgico Infezioni in terapia intensiva Sorveglianza antibiotico resistenze	Centri di Coordinamento nazionali delle sorveglianze ISC (SNICH) ed ICU (SITIN) ----- Coordinamento regionale: Settore Assistenza Ospedaliera Regione Campania	Sistema di sorveglianza ISC: OK ----- Sorveglianza in ICU e Sorveglianza antibiotico resistenze: In fase di implementazione	OK		OK	

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

Progetto 9: Se...sso non sarà mai per caso: un programma di promozione alla sessualità responsabile nella scuola superiore (Quadro d'Insieme n° 2.6.1)

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

2.6

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale

La rilevazione HBSC 2010 ci fornisce informazioni in merito ad alcuni aspetti delle abitudini sessuali dei nostri quindicenni, punto di riferimento per conoscere l'andamento di comportamenti potenzialmente a rischio al fine di pianificare efficaci interventi. In particolare l'alta percentuale di rapporti sessuali già nei quindicenni e la diffusa tendenza di rapporti non protetti a questa età nonostante la serrata opera di informazione.

Fenomeni di sessualità molto precoce, scarse conoscenze dei più basilari presidi di contraccezione per una procreazione consapevole e per la prevenzione delle ITS oltre a problematiche prodotte dall'incapacità di stabilire una sana vita di relazione e affettiva, vengono registrati quando, troppo tardi, giungono ai servizi sociali e sanitari perché hanno preso forma di patologia o disagio sociale. L'adolescente in particolare, di fronte ad uno stato di bisogno, spesso non conosce o ha difficoltà ad esprimere in modo proprio una domanda di sostegno o di prestazioni sanitarie.

E' pertanto un ambito in cui si avverte fortemente l'esigenza di moltiplicare gli interventi di promozione della salute che favoriscano l'acquisizione di una maggiore consapevolezza della propria vita sessuale ed affettiva e di una maggiore capacità di gestire le proprie relazioni interpersonali, quale che sia la propria fascia sociale di appartenenza. I bisogni informativo-educativi sono quelli legati alla costruzione di individualità solide nell'autostima e serene nei rapporti con i pari e con le figure di riferimento, consapevoli del proprio corpo e delle sue funzioni, informate sui Servizi che il territorio mette a disposizione.

La scuola secondaria di secondo grado rappresenta un luogo privilegiato ove poter diffondere tra gli studenti le conoscenze relative alle IST, agli stili di vita salutari per promuovere lo sviluppo di abilità personali necessarie ad operare scelte consapevoli e responsabili nell'ambito della sfera sentimentale e sessuale che scoraggino l'adozione di comportamenti a rischio per le IST.

E' indispensabile che si realizzino in regione interventi di dimostrata efficacia basati su strategie e processi che riescano a garantire esiti favorevoli: un diretto riferimento ad altre esperienze (*Evidence Based Prevention*), un adeguato coinvolgimento dei Gruppi di Interesse, una reale e concreta integrazione tra i diversi attori, adeguati sistemi di monitoraggio e valutazione, un'attenta ed efficace strategia di comunicazione.

La ricognizione effettuata nell'ambito del programma ministeriale Guadagnare Salute, dopo una rigorosa valutazione di specifici indicatori di efficacia e di riproducibilità, ha individuato delle metodologie di intervento di comprovata efficacia nell'ambito delle malattie sessualmente trasmesse. Le "buone pratiche" selezionate, pur nella molteplicità di esperienze locali, adottano come metodologia privilegiata d'azione il processo di "peer education" che si è dimostrato particolarmente efficace nella prevenzione delle ITS.

La Peer education, è un approccio innovativo che aiuta i ragazzi ad investire le loro risorse in un processo di crescita e si basa sull'attivazione di processi formativi nel piccolo gruppo e sul coinvolgimento diretto di elementi del gruppo target nell'attivazione di interventi educativi coadiuvati e sostenuti da un docente tutor. La peculiarità della peer education è di essere "un'esperienza di giovani tra i giovani": il fatto importante è che non c'è una relazione di potere come quella che c'è tra docente e studente, tra animatore e giovane. (Harvey,1996eKranzer,1999). "La P.E. significa che persone con un interesse comune vengono formate a sviluppare conoscenze e specializzazioni appropriate e a condividere queste conoscenze, in modo da informare e preparare altri e diffondere competenze e abilità simili all'interno dello stesso gruppo di interesse" (Svenson,1998).

Pertanto salvo individuare ulteriori metodologie d'intervento di provata efficacia, considerati i riconoscimenti ricevuti da autorevoli agenzie nazionali e vista la concomitante opportunità sia formativa che di verifica fornita dal progetto pilota, si individua come miglior modello attuale degli interventi da realizzare in Campania, l'esperienza del progetto "Peer education" Guadagnare Salute in Adolescenza.

È auspicabile che il progetto regionale GSA possa integrare, nel corso della prevista attività formativa, i contributi contenutistici e strategici di analoghe attività già in essere in regione in modo tale da presentare a tutte le scuole dell'intera regione un'unica esperienza di lavoro.

La Regione Campania con Delibera di Giunta n. 754 del 12/11/2010 ha preso atto che per effetto dell'Accordo di collaborazione, sottoscritto in data 11 dicembre 2006, tra il Ministero della Salute – Dipartimento di Prevenzione e Comunicazione – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, e la Regione Piemonte – Direzione Sanità, per la realizzazione del Progetto "Guadagnare Salute in Adolescenza" (GSA), partecipa per l'area tematica "Sessualità" al progetto "Peer Education". Tale accordo consente di accedere ad un finanziamento finalizzato alla costituzione, a titolo di esperienza pilota, di un gruppo di peer educator sul territorio di due DSB di una sola ASL della Regione. È tuttavia intendimento del competente Settore dell'Assessorato Sanità della Regione Campania, di estendere la prevista formazione agli operatori di tutte le AASSLL interessate ad adottare tale metodologia di lavoro al fine di estendere le conoscenze necessarie all'attivazione di gruppi di Peer education.

La proposta di un progetto unitario in tutte le asl ed in tutte le scuole secondarie di secondo grado della regione avrà certamente i vantaggi di: - ridurre la confusione causata dalla presenza di diverse proposte, - migliorare la sincronia delle azioni, - migliorare sensibilmente la *compliance* sia degli operatori della salute che della scuola, - favorire un ubiquitario progetto di monitoraggio e di valutazione, - giovare di un unico ampio auspicabile progetto di comunicazione su base regionale, - permettere un più efficiente investimento delle risorse

Obiettivi generali

Prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST).

Prevenzione dei comportamenti sessuali a rischio per le IST.

Risultati attesi (in 2 anni)

- Il 15% di tutte le classi di secondo anno di tutta la scuola secondaria di secondo grado della Campania ha ricevuto una formazione specifica sul progetto (con almeno uno dei docenti della classe)
- Il 70% delle classi di seconda della scuola secondaria di secondo grado della Campania coinvolte nella formazione ha partecipato al progetto in modo soddisfacente
- Il 75% delle scuole che ha partecipato al reclutamento ha formato un gruppo di peer educator.
- Il 70% delle famiglie degli alunni delle classi raggiunte da un intervento di peer education è stato coinvolto dal progetto
- È stata realizzata, in ciascuna Asl campana, almeno una iniziativa pubblica/anno di comunicazione, con la partecipazione delle scuole e degli operatori sanitari e con il coinvolgimento dei media locali e regionali, sulla realizzazione del progetto e sui suoi obiettivi utilizzando le "produzioni" della peer education (slogan, opuscoli, video, ecc.).
- È stata costituita in ciascuna ASL una rete interistituzionale formalizzata (protocolli d'intesa, lettere d'intenti, ecc.) e rappresentata all'interno del Gruppo di coordinamento del progetto di peer education.

Azioni principali:

Azioni a livello regionale

- Individuazione puntuale delle responsabilità del progetto

- Coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale (USR) e stesura di un protocollo di intesa con il quale si condividano obiettivi e strategie, avvalendosi del "Coordinamento Scuola e Salute" istituito in ciascuna regione italiana.
- Elaborazione di un pacchetto formativo finalizzato a diffondere l'ottica della Promozione della salute, i principi ed il linguaggio, destinato all'aggiornamento degli insegnanti di tutte le scuole della regione.
- Invito all'USR per favorire l'inclusione del presente progetto nei POF dei singoli istituti scolastici.
- Messa a punto di un adeguato sito web attraverso il quale:
 - effettuare attività di educazione sessuale interattiva on line (es: www.stradanove.net)
 - consentire ai diversi gruppi di peer educator costituiti in regione di condividere esperienze e materiali (blog).
- Pubblicazione da parte del "Centro Regionale di documentazione per l'educazione alla salute" di una newsletter mensile da inviare via mail ai singoli operatori Asl, ai Dirigenti ed ai docenti, al fine di: informare gli operatori circa lo stato di avanzamento delle operazioni nelle varie province regionali; condividere idee, iniziative, proposte; comunicare con continuità "pillole" di evidenza scientifica relativamente a pratiche efficaci e/o inutili.
- Messa a punto di un Registro Regionale delle attività, alimentato da ciascuno di quelli aziendali, in cui riportare gli indicatori di monitoraggio e valutazione del progetto regionale.
- Formazione del personale delle ASL che sarà impegnato nell'attività di aggiornamento degli insegnanti e nella formazione a cascata dei docenti delle scuole coinvolte nell'attuazione del progetto
- Definizione: a) dei requisiti dei referenti; b) dei criteri di individuazione da parte delle direzioni aziendali delle AASSLL

Azioni a livello delle Asl

- Recepimento del progetto ed individuazione dei referenti da parte delle direzioni aziendali.
- Offerta attiva a tutte le scuole secondario di secondo grado, previo accordo con l'USR e Provinciale (USP), mediante adeguato coinvolgimento dei Dirigenti scolastici.
- Coinvolgimento e formazione dei docenti che realizzeranno la comunicazione con gli alunni.
- Realizzazione del progetto educativo ad opera dei peer educators con la collaborazione dei docenti tutor, affiancati dagli operatori sanitari per il coordinamento delle attività di formazione, la metodologia, il coinvolgimento dei mass-media, l'organizzazione di eventi pubblici, il monitoraggio e la valutazione.
- Eventuale coinvolgimento delle famiglie degli alunni.
- Registrazione delle singole fasi ed azioni, così come degli indicatori utili al monitoraggio ed alla valutazione del progetto, in un Registro Aziendale delle Attività comune a tutte le asl.

Attori:

- Assessorato alla Sanità, OER
- USR e UUSSPP
- Istituti scolastici con relativi Dirigenti e docenti
- Alunni e famiglie
- Esperti sessuologi, infettivologi e dermatologi
- Dipartimenti di Prevenzione e operatori della salute delle Asl
- Operatori della comunicazione

Possibili criticità:

- Adesione delle scuole: ciascun istituto scolastico, in accordo a criteri condivisi con l'USR, organizza in modo autonomo il proprio Piano dell'Offerta Formativa (POF). Il mancato inserimento delle attività del presente progetto nei singoli POF potrebbe rappresentare un ostacolo alla sua piena realizzazione.

E', dunque, necessario coinvolgere in maniera adeguata e con largo anticipo i dirigenti scolastici ed i docenti, per permettere una piena condivisione del progetto ed un adeguato inserimento delle sue attività tra le attività curricolari

- Inadeguata ed insufficiente condivisione, da parte degli operatori della salute aziendali, del Progetto Guadagnare Salute in Adolescenza. Per favorire una piena attuazione del progetto, dunque, è necessario che ciascun operatore coinvolto sia adeguatamente formato affinché possa conoscere e condividere pienamente lo spirito, i contenuti e le metodologie del progetto.

Cronoprogramma regionale di implementazione del progetto (36 mesi)

Mese di attiv. →	1	2	3	4	5	6	8	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36		
Costituzione gruppo di coordinamento regionale																						
Formazione Operatori ASL																						
Recepimento dei progetti delle singole ASL																						
Valutazione ex ante e approvazione progetti ASL																						
Realizzazione progetti ASL (vedi cronoprogramma B)																						
Valutazioni in itinere																						
Valutazione finale																						

Cronoprogramma delle attività progettuali in ogni scuola (24 mesi)

Mese di attiv. →	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	16	18	20	21	22	24		
Costituzione gruppo di coordinamento o équipe di lavoro interistituzionale																						
Contatto con le scuole, presentazione del progetto																						
Individuazione dei peer (fase di "reclutamento")																						
Formazione insegnanti																						
Formazione dei peer																						
Intervento tra pari (ricaduta)																						
Valutazione ex ante																						
Valutazione in itinere																						
Valutazione finale																						

Beneficiari

- Docenti delle scuole secondarie di secondo grado
- Studenti delle scuole secondarie di secondo grado e le rispettive famiglie
- Popolazione generale

Obiettivi di salute:

- contribuire a diminuire le IST

- contribuire a diminuire la frequenza dei comportamenti a rischio per le IST
- contribuire a sviluppare abilità personali ad operare scelte consapevoli e responsabili nella sfera sentimentale e sessuale

Obiettivi educativi

Sono volti a potenziare e stimolare le capacità/competenze dei giovani ad effettuare scelte consapevoli di atteggiamenti e comportamenti pre-positivi per la salute attraverso idonei interventi educativo-informativi:

- sulla conoscenze relative alle IST sulla loro natura e diffusione;
- sui presidi e le precauzioni per prevenire le IST e i protocolli terapeutici in caso di infezione;
- sui comportamenti da tenere per prevenire le IST relativamente all'igiene e alle precauzioni durante i rapporti sessuali;
- sui servizi sanitari e informativi a cui rivolgersi per consulenza/orientamento in tema di IST e sulle relative modalità di accesso;

Obiettivi di servizio

- adottare il modello operativo basato sul gruppo di lavoro multi-professionale e trasversale alle unità operative, nonché sull'interazione inter-istituzionale (cabine di regia);
- migliorare la formazione degli operatori deputati all'attuazione del presente progetto;
- adottare percorsi formativi dei peer educator (e fornire loro adeguato supporto professionale da parte di psicologi, sessuologi, infettivologi) capaci di garantire idonei interventi sia in termini di efficacia/sicurezza/utilità, che di attenzione agli aspetti psico-emotivi della sfera sessuale oltre che ai bisogni di natura informativa/educativa, socio-culturale ed affettivo/relazionale degli studenti coinvolti nell'azione dei peer.

Criteri ed indicatori di valutazione

La rassegna sulle esperienze italiane consente di individuare gli oggetti della valutazione della peer education che possono essere classificati in quattro diverse tipologie:

•*la valutazione dei processi formativi*

- il processo formativo che ha come destinatari gli adolescenti
- il percorso formativo proposto agli insegnanti
- il ruolo di tutorship dei docenti

•*la valutazione dei cambiamenti nel gruppo dei pari*

- lo sviluppo del gruppo dei peer
- il livello di coinvolgimento e di acquisizione di identità di ruolo come peer educator da parte degli adolescenti
- il cambiamento di atteggiamenti e di comportamenti degli adolescenti

•*la valutazione dei cambiamenti intra-istituzionali*

- il grado di coinvolgimento dell'istituzione scolastica
- il grado di integrazione tra i servizi socio-sanitari e scuola

•*la valutazione dei prodotti*

- La conduzione di gruppi di pari
- L'organizzazione di eventi e di attività informative
- Le produzioni mass-mediali (video, depliant, manifesti etc.)

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

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	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Scuole in cui si è creato almeno un gruppo di peer educators formati sul totale delle scuole partecipanti	Registro Regionale delle attività		50%		75%	
Classi di secondo anno delle scuole secondarie di II grado raggiunte da un intervento di peer education sul totale delle classi coinvolte	Registro Regionale delle attività		50%		75%	
Docenti partecipanti soddisfatti del progetto	Studio qualitativo		50%		75%	
Operatori Asl partecipanti soddisfatti del progetto	Studio qualitativo		50%		75%	
Alunni che hanno migliorato i loro atteggiamenti rispetto agli stili di vita associati alle ITS	Questionario		25%		40%	
Alunni che hanno migliorato i loro comportamenti rispetto agli stili di vita associati alle ITS	Questionario		15%		25%	

Sistema di Monitoraggio e di Valutazione: schema sintetico				
Oggetto del monitoraggio e della valutazione	Indicatori	Fonte dati	Strumento di raccolta	Tempistica (in un arco temporale di 24 mesi dall'inizio reale delle attività)
AZIONI REGIONALI				
Individuazione di precise responsabilità del progetto:	Individuazione di singoli responsabili Chiara definizione delle azioni da realizzare	Assessorato sanità		1 mese
Coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale (USR) e stesura di un protocollo di intesa con l'Assessorato Regionale alla Sanità	Realizzazione di un Protocollo di Intesa	Assessorato Sanità e USR		Già realizzato
Invito rivolto all'USR per favorire l'inclusione del presente progetto nei POF dei singoli istituti scolastici	Comunicazioni Assessorato Sanità - USR	Assessorato Sanità e USR		1 mese
Erogazione tempestiva delle necessarie risorse per la realizzazione del progetto	Determine di pagamento alle Asl Assessorato Sanità	Assessorato Sanità e Direzioni Amministrative Asl		
Elaborazione di un percorso formativo di promozione della salute e produzione di sussidi didattici (cd, giochi didattici, materiale comunicativo) da consegnare alle ASL	Materiale prodotto			3 mesi
Produzione di prototipi di	Materiale prodotto			3 mesi

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

materiale comunicativo per i genitori degli studenti				
Gestione di un adeguato sito web attraverso il quale poter "amministrare" e seguire le attività	Aggiornamento messa a regime del sito web	Assessorato Sanità e leadership del progetto		2 mesi
Pubblicazione ed invio da parte del Centro di Coordinamento del Sistema di Documentazione Regionale sull'Educazione alla Salute di una newsletter agli operatori della salute e della scuola	Pubblicazione ed invio della newsletter	Assessorato sanità (Centro di Coordinamento del Sistema di Documentazione Regionale sull'Educazione alla Salute)		Dal 1° al 36° mese (9 news /anno)
Messa a punto di un Registro Regionale Centralizzato delle attività, alimentato da ciascuno di quelli aziendali, in cui riportare gli indicatori di monitoraggio e valutazione del progetto regionale	Presenza di un Registro presso l'Assessorato Sanità	Registri aziendali delle attività		
AZIONI AASSLL				
Recepimento del progetto ed individuazione dei referenti da parte delle direzioni aziendali	Delibera aziendale	Direzione Aziendale		1 mese
Offerta attiva e adeguata del progetto a tutte le scuole secondarie di secondo grado	% di scuole che sono state invitate a partecipare al progetto	Registro aziendale delle attività curato dai singoli referenti del progetto in ciascuna Asl	Registro aziendale delle attività e Registro centralizzato regionale	4-20 mesi
Adeguato coinvolgimento delle scuole	% scuole secondarie di II grado e % classi che hanno chiesto di partecipare al progetto	Registro aziendale delle attività(e studio qualitativo)	Registro aziendale delle attività e R. regionale	5-22 mesi
Coinvolgimento e formazione dei docenti	% di insegnanti che hanno partecipato al corso	Registro aziendale delle attività (e studio qualitativo)	Registro aziendale delle attività e R. regionale	3 mesi
Coinvolgimento e formazione di almeno un gruppo di peer educators per ciascuna scuola	% di scuole in cui è stato formato almeno un gruppo di P-E	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	5 mesi
Supporto alle scuole con l'offerta di materiali d'uso, servizi e attrezzature impiegati per la realizzazione di prodotti (opuscoli, giochi didattici, video, ecc.)	% scuole che hanno ricevuto materiali	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	10 mesi
Realizzazione del progetto educativo nelle classi ad opera dei peer educators	% classi, su quelle che hanno aderito al progetto, in cui c'è stato l'intervento tra pari	Registro aziendale delle attività (e studio qualitativo)	Registro aziendale delle attività e R. regionale	12-24 mesi
Coinvolgimento delle famiglie degli alunni	% delle famiglie, su tutte quelle degli alunni	Registro aziendale delle attività	Questionario prima e dopo	12-24 mesi

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

	appartenenti alle classi aderenti al progetto, che hanno risposto al coinvolgimento da parte dei docenti.			
Organizzazione di almeno un evento pubblico nell'ambito dell'asl	N° di eventi pubblici di comunicazione realizzati nel territorio dell'asl	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	12°-24° mese
Miglioramento delle conoscenze dei docenti, relativamente agli stili di vita proposti	% docenti, su tutti quelli delle classi partecipanti al progetto, che hanno mostrato un miglioramento di conoscenze	Intervista (e studio qualitativo)	Questionario prima e dopo	11-24 mesi
Miglioramento delle conoscenze, degli atteggiamenti e dei comportamenti degli alunni relativamente agli stili di vita proposti	% alunni, su tutti quelli delle classi partecipanti al progetto, che hanno mostrato un miglioramento di conoscenze, atteggiamenti e comportamenti	Intervista (e studio qualitativo)	Questionario prima e dopo	12°-24° mese

Progetto 10: Controllo e riduzione della echinococcosi/iatridosi nelle popolazioni animali e prevenzione della patologia umana correlata (Quadro d'Insieme n° 2.6.2)

Linea di intervento generale

2.6 “prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione”

Obiettivo generale di salute

ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali

Obiettivo strategico del progetto.

Obiettivo generale: aumento dello stato di salute del cittadino campano

Obiettivo specifico: diminuzione delle patologie legate alla presenza della tenia echinococcus granulosus nel cane.

L'obiettivo specifico viene raggiunto mettendo in atto una serie di azioni (progetti) nelle quali i diversi beneficiari concorrono alla realizzazione dello stesso.

Obiettivo di salute

L'echinococcosi cistica (EC), è una delle principali parassitosi degli animali da reddito; per perdite produttive comporta riduzioni nella produzione di latte, lana e carne nelle pecore e una sensibile riduzione del tasso di natalità; oltre a queste conseguenze di ordine strettamente zootecnico, l'echinococcosi è una delle zoonosi più importanti per numero di casi e gravità e costi economici in Italia.

L'agente eziologico è una tenia che ha come ospite definitivo i cani e le specie di canidi selvatici presenti sul nostro territorio, il lupo e la volpe. Il parassita adulto infesta l'animale localizzandosi nell'intestino

tenue. L'ospite elimina le proglottidi contenenti uova che rimangono vitali anche per un anno a una temperatura di 7°C. Le proglottidi sono l'agente infettante per l'uomo e gli altri animali (ruminanti domestici e selvatici; suini).

Essendo probabilmente incomplete le notifiche delle patologie da Echinococco derivanti da parte dei medici di base, i dati disponibili risultano essere sottostimati. Anche in campo veterinario nonostante una base informativa più vasta non si dispone di una base dati sufficientemente ampia e articolata. È comunque previsto un sistema di segnalazione obbligatorio dei riscontri di echinococcosi alla macellazione.

L'ultima indagine, del 1998, svolta nell'ambito delle attività del Centro di Monitoraggio delle Parassitosi degli Animali da Reddito (CReMoPAR) in collaborazione con le AA.SS.LL. ((Dipartimento Prevenzione - Servizio Veterinario area A e B) e con il Settore Veterinario Regionale hanno monitorato la macellazione di bovini, ovini, caprini, suini ed equini, presso 26 macelli delle province di Salerno ed Avellino, al fine di individuare animali con cisti idatidee. In totale sono stati esaminati 11.641 animali adulti, presenti sul territorio regionale da almeno due anni. Dopo 6 mesi di attività, sono stati riscontrati valori di prevalenza media inferiori al 5%.

Recentemente nell'ambito del progetto "Idatidosi in Campania – fase II" svolto in collaborazione con le AA.SS.LL. (Dipartimento Prevenzione - Servizio Veterinario area A e B) e con il Servizio Veterinario Regionale e nell'ambito delle attività sul territorio del Centro di Monitoraggio delle Parassitosi degli Animali da Reddito (CReMoPAR) sono state effettuate tre *abattoire surveys*; la prima da cui sono scaturiti i valori di prevalenza di EC in bovini, bufali ed ovini riferiti agli animali; la seconda, da cui sono scaturiti i valori di prevalenza di EC in bovini e bufali riferiti alle aziende dell'intero territorio regionale.

La prima *abattoire survey* ha fatto rilevare nei bovini e nei bufali, valori di prevalenza di animali positivi pari rispettivamente al 10,4% e 10,5% (dati pubblicati).

La seconda *abattoire survey* ha interessato 5.762 aziende bovine, di cui 1296 (22,5%) sono risultate con animali positivi ad EC e 1245 aziende bufaline, di cui 314 (25,2%) sono risultate con animali positivi ad EC.

La terza *abattoire survey* ha riguardato i soli ovini macellati presso un mattatoio in provincia di Caserta e successivamente altri due macelli, uno in provincia di Benevento e uno in provincia di Napoli. La prevalenza di ovini positivi è risultata del 31,2%.

Dal punto di vista genotipico in ambito regionale sono stati riscontrati solo il ceppo ovino e bufalino mentre risulta assente quello bovino. In questa specie non sono presenti cisti fertili. Si tratta quindi di una infezione che non ha conseguenze per l'essere il cane. Le cisti in ovini (17%) e bufalini (13%) sono invece risultate fertili.

Date le caratteristiche dell'allevamento ovino è quindi ragionevole pensare che il maggior serbatoio di infezione siano in Campania essenzialmente gli ovini.

Una delle fonti primarie di infezione per i cani che vivono in zone rurali sono visceri degli ovini che vengono a essi riservati da parte degli allevatori provocando una eventuale infestazione. E', inoltre, illecita ma frequente consuetudine l'abbandono delle carcasse degli ovini; tali carcasse non vengono distrutte ma abbandonate divenendo preda di cani sia domestici sia randagi oppure di canidi selvatici. Per i bufalini tali problematiche non emergono a causa del maggior valore della carcassa e della identificazione di ogni soggetto caricato in anagrafe (BDN) e dalla quale l'animale morto o destinato alla macellazione deve essere scaricato; è quindi improbabile che i cani possano alimentarsi di carcasse bufaline potenzialmente infestate.

Nell'uomo sono stati eseguite tre indagini ancora dal CReMoPAR, in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, sull'echinococcosi cistica nell'uomo in Campania, delle quali la prima è stata effettuata nel 1998. La fonte informativa utilizzata è stata l'archivio composto da 729.000 schede di dimissione ospedaliera in regime ordinario. I pazienti ospedalizzati nel 1995 sono risultati 122.

Le altre due indagini sono state effettuate mediante *questionnaire surveys*, di queste la prima è stata svolta in collaborazione con la una primaria casa farmaceutica presso un significativo numero di medici di famiglia, variamente distribuiti sul territorio della regione Campania. Durante questa prima *questionnaire survey* sono stati intervistati 233 medici, dei quali circa il 30% hanno dichiarato che avevano pazienti con EC e di questi 12 nella città di Napoli.

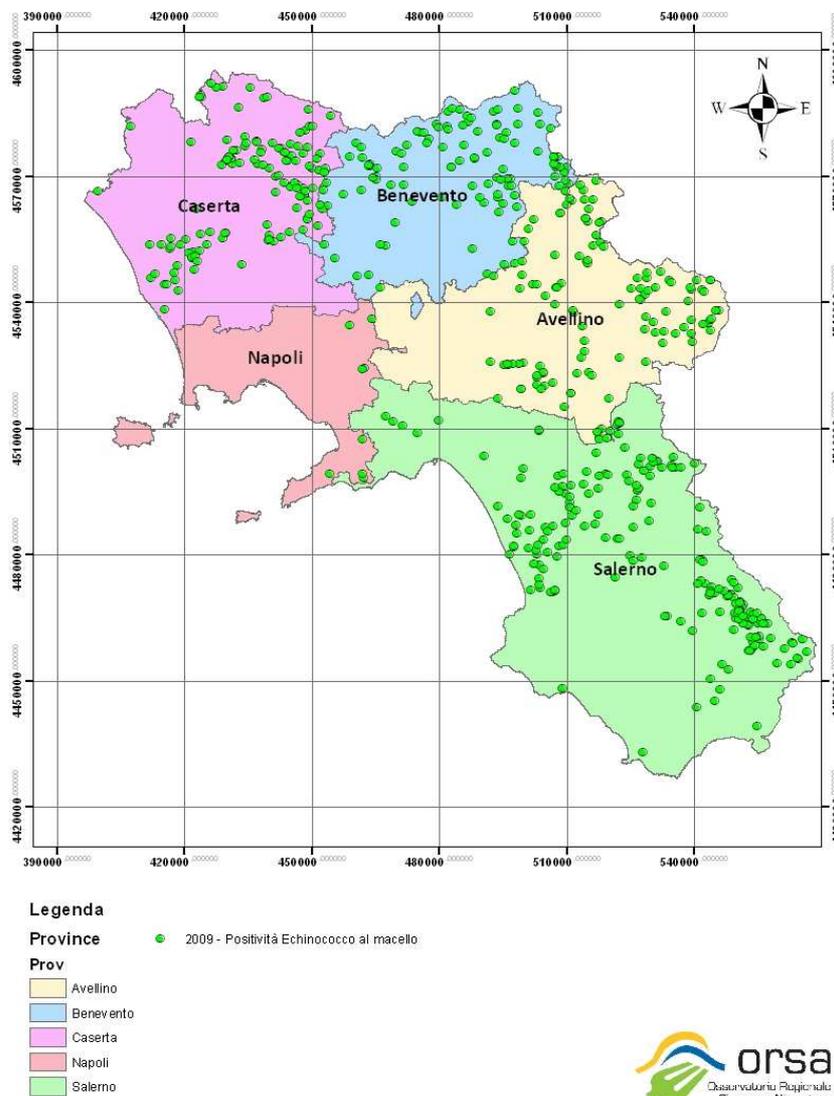
In una fase successiva è stata condotta una seconda *questionnaire survey* coordinata dal Dipartimento Prevenzione dell'ASL di Benevento che ha coinvolto i medici di famiglia dell'intera provincia di Benevento. Dai risultati sono emersi 63 casi di EC (tasso = 21,9/ 100.000 abitanti). I valori più elevati sono stati riscontrati nell'ex distretto sanitario di Morcone (tasso = 62,9/100.000 abitanti).

I risultati delle *questionnaire surveys* hanno evidenziato una presenza tutt'altro che trascurabile della EC nell'uomo in Campania e soprattutto che la EC non è relegata esclusivamente alle zone rurali, ma è diffusa anche nei grandi centri urbani (in particolare Napoli e Benevento).

I fattori determinanti nella messa a punto del progetto quindi hanno come fondamento le criticità di seguito riportate:

- un modello epidemiologico di sorveglianza della EC incompleto e informazioni per gran parte delle regioni italiane non aggiornate, contraddittorie e spesso limitate agli ospiti intermedi. Poche informazioni sono disponibili circa la presenza di *E. granulosus* nei cani (Abruzzo 4%, Sardegna 6-10% e Sicilia 19%);
- scarsa conoscenze e consapevolezza della pericolosità della malattia nell'uomo soprattutto tra la popolazione a rischio (allevatori, addetti alla cura e custodia degli animali, anche stranieri, e bambini);
- la già citata pratica della macellazione familiare per autoconsumo, che spesso, purtroppo, avviene senza la prescritta ispezione post mortem da parte del servizio veterinario e con la cattiva consuetudine di distribuire organi crudi (fegato e polmoni) infestati, ai cani presenti in azienda sostenendo così il ciclo del parassita;
- costi di distruzione delle carcasse degli animali morti;

2009 - Positività Echinococco al macello



Per il raggiungimento degli obiettivi il progetto individua e sviluppa le sue azioni sia sulla popolazione animale sensibile che su quella umana. Gli interventi proposti sono finalizzati:

- a migliorare ed adeguare, attraverso una ri-programmazione ed informatizzazione, il sistema di sorveglianza (SS) in essere, alla luce delle nuove disposizioni comunitarie e nazionali sul controllo delle zoonosi;
- all'educazione sanitaria ed informazione rivolta ai proprietari dei capi sulla gravità della zoonosi, delle modalità di trasmissione e delle azioni preventive di contrasto;
- all'informazione e sensibilizzazione, da parte dei veterinari liberi professionisti, al controllo della parassitosi attraverso interventi costanti di profilassi dei cani da parte dei loro proprietari;
- informazione e sensibilizzazione dei medici di base in materia di echinococcosi soprattutto nelle zone dove sono presenti focolai;
- alla possibilità di intervenire rapidamente sui focolai umani con indagini di screening per una diagnosi precoce ed una adeguata e pronta terapia.

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

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	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° notifiche registrate	Report		100%		100%	
N° allevamenti infestati/n° allevamenti registrati	Report		-----		-----	
N° capi per specie notificati/n° capi per specie registrati	Report					
N° schede epidemiologiche/n° focolai notificati	Dipartimento Prevenzione		100%		100%	
N° indagini eseguite su familiari/n° familiari presenti nel focolaio	Report strutture ospedaliere		50%		80%	

Progetto – “Informazione sui rischi conseguenti dall’errata profilassi delle zoonosi nei cani e realizzazione di interventi atti a ridurre le possibilità di infezione”

Quadro logico

Per la realizzazione del progetto si è deciso di porre in essere tre sottoprogetti che individuano le principali linee di azione che possono portare a una reale diminuzione del rischio e a una importante implementazione delle informazioni relative alla presenza di idatidosi in Campania.

I tre sottoprogetti fanno riferimento quindi a linee di azione che hanno ognuna degli obiettivi specifici:

1. Realizzazione di un opuscolo divulgativo che tratti in maniera comprensibile per i proprietari di cani in ambito urbano delle problematiche connesse alla mancata profilassi delle malattie parassitarie e diffusione dello stesso presso i proprietari di cani iscritti all’anagrafe canina; un programma di informazione per gli allievi delle scuole primarie (IV e V elementare) con le istituzioni scolastiche supportato da un opuscolo divulgativo appositamente redatto.
2. Creazione di una banca dati sull’idatidosi in Campania e formazione dei medici di base in materia di parassitosi.
3. Attività di controllo dell’infezione da echinococcus granulosum in zone rurali mediante interventi di tipo profilattico presso le aziende zootecniche.

Beneficiari e attori

La riduzione del rischio da idatidosi cistica nelle aree urbane e rurali della Campania prevede deve prevedere la partecipazione dei diversi attori istituzionali che possono influenzare positivamente la diffusione delle informazioni relative a questa zoonosi.

La popolazione bersaglio di tale zoonosi è costituita da tutti coloro i quali possiedono cani o che per qualche motivo vengono con essi a contatto. Si tratta di un rischio molto vasto ma sottovalutato a causa della carente informazione dei proprietari di cani e della scarsità di feedback proveniente dalla medicina di base sui pazienti affetti da questa patologia. È necessario quindi investire l’intero territorio regionale con particolare riferimento alle aree rurali in cui il contatto tra i cani (ospite finale) e gli ovini (ospite intermedio) è più frequente.

Si identifica quindi una popolazione a rischio e una famiglia a rischio. Alla prima categoria appartiene tutta la popolazione che per qualche motivo ha un contatto frequente o continuo con i cani; alla seconda categoria tutti coloro vivono in un ambiente in cui le possibilità di contrarre il parassita sono molto alte (allevatori di aziende identificate come focolaio e i loro familiari).

Attori del progetto sono:

- Assessorato alla sanità della Regione Campania
- I Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali e le strutture ospedaliere
- L' Aziende Ospedaliere regionali
- Istituto Zooprofilattico Sperimentale per il mezzogiorno
- Il CReMoPAR
- I servizi veterinari e i medici di igiene pubblica del sistema sanitario nazionale
- I veterinari libero professionisti e gli ordini veterinari provinciali
- L' Associazione Allevatori
- Le istituzioni scolastiche

Progetto zoonosi – quadro logico

Finalità progetto	Logica dell'intevento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione dell'incidenza di idatidosi cistica nelle popolazioni umane e canine	Incremento delle profilassi praticate da parte dei proprietari di cani		Carenza di risposta nelle zone rurali Carenza di personale
Obiettivo specifico 1	Realizzazione di un opuscolo divulgativo sulle malattie parassitarie	Stampa e diffusione dell'opuscolo	Raggiungimento di tutte le fasce di popolazione a rischio con informazioni dettagliate	Scarso coinvolgimento degli attori passivi (ambulatori veterinari medici di base farmacie veterinarie)
Obiettivo specifico 2	Creazione di una banca dati sull'incidenza dell'idatidosi in Campania e formazione dei medici di base	Numero di medici di base partecipanti all'attività di formazione Numero di questionari inviati al servizio sanitario Realizzazione di un software per l'implementazione dei dati	Valutazione dell'attività di formazione da parte dei medici di base Realizzazione della banca dati sull'incidenza dell'idatidosi cistica nella popolazione campana	Difficoltà nel coinvolgimento dei medici di base
Obiettivo specifico 3	Riduzione delle fonti di inoculo in ambiente rurale	Incremento delle carcasse ovine smaltite secondo la normativa vigente	Valutazione delle richieste di contributo da parte delle AASSLL Numero di profilassi effettuate	Scarsa adesione degli allevatori
Risultati attesi	Incremento delle analisi relative alla presenza di idatidosi nelle popolazioni a rischio urbana e rurale Monitoraggio della presenza del parassita nel territorio regionale in ospiti umani	Valutazione della copertura degli interventi. Verifica dell'adesione degli allevatori	Monitoraggio trimestrale dei risultati a banca dati attiva	Scarsa risposta degli attori passivi e dei beneficiari

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Attività	Progettazione degli strumenti divulgativi Organizzazione della campagna di comunicazione Aggiornamento dei dati disponibili presso l'osservatorio epidemiologico Interventi nelle aziende zootecniche	Mezzi Risorse umane e strumentali Servizi di consulenza e programmazione software	Costi Da coprire con appositi finanziamenti	
----------	--	---	--	--

Progetto- Obiettivo specifico 1- educazione sanitaria ed informazione sulla gravità della zoonosi, delle modalità di trasmissione e delle azioni preventive di contrasto

1. Realizzazione di un opuscolo divulgativo che tratti in maniera comprensibile per i proprietari di cani in ambito urbano delle problematiche connesse alla mancata profilassi delle malattie parassitarie e diffusione dello stesso presso i proprietari di cani iscritti all'anagrafe canina; azioni di educazione sanitaria presso le scuole elementari che aderiranno al progetto

Descrizione dell'intervento

L'intervento è di tipo strettamente divulgativo. L'insorgenza di parassitosi negli esseri umani possono essere determinate da alimenti sui quali siano presenti delle uova ma anche dal contatto diretto con l'ospite primario, il cane; in questo caso le possibilità di contrarre il parassita diminuiscono se praticata una adeguata profilassi e con un adeguamento degli stili di vita dei proprietari. Per questo motivo la divulgazione dei rischi derivanti da dette patologie e una adeguata informazione sulle azioni da intraprenderle per prevenirle non può prescindere dalla diffusione capillare da parte dell'autorità sanitaria di un idoneo documento informativo. Per realizzare questo obiettivo sono necessarie azioni che soprattutto diffondano informazioni su quanto già realizzato dall'Amministrazione Regionale mediante il Settore Veterinario dell'Assessorato alla Sanità, CReMoPAR che realizzerà il materiale informativo, i Servizi di Prevenzione delle AA.SS.LL.

È fondamentale inoltre il coinvolgimento e la partecipazione al progetto dei veterinari libero professionisti, che si occupano di animali da compagnia o di animali da reddito, e dell'Associazione Allevatori, consente di raggiungere, informare e sensibilizzare i proprietari di animali sensibili alle misure di prevenzione così da finalizzare queste competenze e professionalità all'obiettivo del progetto.

La partecipazione al progetto della scuola primaria è da ritenersi sostanziale in quanto i bambini sono per loro natura più esposti ai rischi di infezione.

Le fasi di realizzazione dell'intervento, essendo questo di tipo divulgativo, sono facilmente monitorabili: in una prima fase si terrà conto dell'insediamento di un comitato di redazione nominato dal Settore Veterinario: successivamente si predisporranno gli elenchi dei proprietari di cani inseriti nell'anagrafe canina e si provvederà inviare in materiale informativo. Di seguito si riporta un quadro sintetico delle azioni da realizzare. (quadro logico).

Quadro logico	
OBIETTIVOSPECIFICO	Realizzazione di un opuscolo divulgativo che tratti in maniera comprensibile per i proprietari di cani in ambito urbano e rurale delle problematiche connesse alla mancata profilassi delle malattie parassitarie;

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Azioni	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente
AZIONE 1	si individuano le figure partecipanti alla realizzazione dell'opuscolo	nomina dei partecipanti il comitato di redazione insediamento del comitato di stesso
AZIONE 2	realizzazione degli opuscoli	stesura e stampa dell'opuscolo
AZIONE 3	Invio a mezzo posta dell'opuscolo realizzato a tutti i proprietari di cani inseriti nell'anagrafe canina della Regione Campania; diffusione dell'opuscolo divulgativo in tutte le realtà che possono essere interessate all'idatidosi: ambulatori veterinari, farmacie, rivendite di mangimi e commercianti di animali, medici di famiglia (indicatore quantitativo (100% degli ambulatori veterinari e dei medici di famiglia	100% dei proprietari di cani inseriti in anagrafe; 100% degli ambulatori veterinari; 100% dei medici di famiglia; 100% delle sedi di organizzazioni professionali agricole
AZIONE 4	Protocollo di intesa con le istituzioni scolastiche per porre in atto l'azione di informazione dei bambini delle scuole elementari sul corretto comportamento da tenere con gli animali da compagnia	Scuole aderenti al progetto/scuole totali
AZIONE 5	predisposizione degli elenchi di invio per proprietari di cani inseriti in anagrafe, medici di famiglia, ambulatori veterinari, organizzazioni professionali agricole esercizi commerciali di vendita di animali d'affezione, farmacie, esercizi commerciali di vendita di mangimi per animali d'affezione.	realizzazione degli elenchi
AZIONE 6	Realizzazione del programma di incontri nelle scuole elementari	100% delle scuole aderenti al progetto
AZIONE 7	invio mediante posta dell'opuscolo realizzato a tutti i proprietari presenti in elenco	ricevuta postale dell'invio
AZIONE 8	invio dell'opuscolo a tutti i medici di famiglia raccomandando la diffusione dello stesso ai loro pazienti con particolare riferimento a quelli più esposti al rischio	ricevuta postale dell'invio
AZIONE 9	invio dell'opuscolo a tutti gli ambulatori veterinari della regione raccomandando la diffusione dello stesso ai loro clienti con particolare riferimento a quelli più esposti al rischio	ricevuta postale dell'invio
AZIONE 10	invio dell'opuscolo alle associazioni zootecniche e professionali agricole regionali e provinciali raccomandando la diffusione dello stesso ai loro associati con particolare riferimento a quelli più esposti al rischio	ricevuta postale dell'invio
AZIONE 11	invio dell'opuscolo a tutti i negozi di vendita di animali e mangimi per animali di affezione	ricevuta postale dell'invio
AZIONE 12	invio dell'opuscolo a tutti i dipartimenti di prevenzione delle AA.SS.LL con il fine di raggiungere anche quelle fasce di popolazione che dovessero per qualche motivo risultare escluse dalle azioni precedenti ma che potenzialmente possono essere esposte al rischio	ricevuta postale dell'invio

Beneficiari

Popolazione campana proprietaria di cani inseriti in anagrafe; bambini potenzialmente esposti al rischio; allevatori e pastori.

Obiettivi di salute/processo perseguiti

Riduzione del rischio da zoonosi veicolate da cani padronali.

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	
			atteso	osservato	atteso	osservato
insediamento del comitato di redazione	decreto di nomina dei componenti	0%	100		100	
Protocollo di intesa con le istituzioni scolastiche	Protocollo di intesa		100			
Realizzazione degli opuscoli divulgativi	gara di appalto per la stampa degli opuscoli	0%	100			
Realizzazione degli opuscoli	Stampa degli opuscoli		100			
Invio dell'opuscolo	ricevute postali	0%	70		30	
Realizzazione degli incontri nelle scuole	Incontri realizzati		50		50	

Progetto - Obiettivo specifico 2

1. Creazione di una banca dati sull'Idatidosi in Campania e formazione dei medici di base in materia di parassitosi.

Descrizione dell'intervento

Come anticipato in premessa l'incidenza dell'Idatidosi potrebbe essere in Campania ampiamente sottostimata.

È quindi indispensabile sensibilizzare la medicina di base sui rischi derivanti da comportamenti scorretti da parte dei loro assistiti e sollecitare una maggiore attenzione da parte loro verso quelle fasce di popolazione più esposte al rischio. Per realizzare tale obiettivo è indispensabile da una parte una apposita attività di formazione alla quale potranno partecipare i medici di base realizzata dai dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. e alla realizzazione di una banca dati attendibile che permetta uno studio epidemiologico accurato. La banca dati sarà realizzata mettendo a punto un questionario di tipo quantitativo da sottoporre ai medici di base. In tal modo sarà possibile determinare quali fasce di popolazione sono più interessate alla patologia e se questa ha una maggior incidenza in determinati territori.

Gli indicatori di realizzazione sono di tipo qualitativo e quantitativo:

qualitativo: realizzazione della banca dati

quantitativo: n° di medici di base partecipanti al progetto/n° di medici di base (20%).

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Si riporta di seguito una tabella sintetica delle azioni da intraprendere.

Quadro logico		
Obiettivo specifico	Formazione dei medici di base in materia di echinococcus granulo sum, diagnosi e prevenzione	
Azioni	Intervento	Indicatori verificabili obiettivamente
AZIONE 1	individuazione del personale che dovrà realizzare la formazione dei medici di base aderenti al progetto	
AZIONE 2	realizzazione del materiale per la formazione da parte di detto personale	realizzazione del materiale
AZIONE 3	realizzazione di incontri territoriali con i medici di base	realizzazione degli incontri territoriali
AZIONE 4	somministrazione del questionario ai medici di base	100% dei medici di base
AZIONE 5	realizzazione di una banca dati regionale sulla presenza di echinococco nella popolazione	predisposizione di una banca dati regionale organizzata per territori sulla presenza di echinococco nella popolazione
AZIONE 6	implementazione dei dati raccolti	realizzazione della banca dati
AZIONE 7	studio epidemiologico sull'echinococosi nella popolazione campana	studio epidemiologico

Beneficiari:

Medici di base. Si prevede una ampia partecipazione nelle zone rurali probabilmente più esposte al rischio di idatidiosi.

Obiettivi di salute/processo perseguiti

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	
			atteso	osservato	atteso	osservato
Individuazione dei soggetti partecipanti al progetto	decreto di nomina dei componenti		100		100	
Realizzazione degli incontri di formazione con i medici di base	Stampa del materiale informativo	0	100			
Realizzazione del questionario	questionario	0%	sì		sì	
Realizzazione della banca dati	Realizzazione software		sì		sì	
Compilazione del	Ricezione dei		Il 100% dei medici			

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

questionario da parte dei medici di base	questionari da parte del servizio sanitario regionale		di base hanno ricevuto e compilato il questionario			
Implementazione della banca dati	I dati ricevuti sono caricati		no		sì	
Studio epidemiologico	Pubblicazione dei dati		no		sì	

Progetto - Obiettivo specifico 3

1. Attività di controllo dell'infezione da *echinococcus granulosum* in zone rurali e urbane mediante interventi di tipo profilattico presso le aziende zootecniche e i canili.

L'intervento è volto a diminuire le fonti di infestione presenti negli ambiti rurali dovute alla presenza di cani aziendali che vivono in presenza di animali serbatoio (ovini, caprini, bufalina e bovini). Tale intervento consta di una parte relativa all'adesione del mondo allevatorio al programma e di una parte relativa alla profilassi. A tal fine si porranno in essere in primo luogo delle convenzioni con veterinari liberi professionisti che praticheranno le opportune profilassi.

Inoltre al fine di ridurre le fonti di infestione si prevede di effettuare un trattamento antielmintico a tutti i cani dati in adozione da parte dei canili pubblici e convenzionati. Tale intervento a spese dell'amministrazione regionale sarà effettuato da parte dei veterinari delle AASSLL.

L'ambito regionale di intervento deve fare comunque particolare riferimento alle zone dove è più presente il potenziale serbatoio di infezione rappresentato dalle zone con prevalente presenza di ovini e bufalini. L'individuazione delle aree di intervento è quindi delegata al comitato scientifico che presiede la realizzazione del progetto. Successivamente si metterà a punto un calendario di incontri con gli allevatori in collaborazione con l'assessorato all'agricoltura e le organizzazioni professionali. Tali incontri daranno gestiti dal servizio di prevenzione delle AASSLL competenti per territorio in collaborazione con il CREMOPAR.

Durante tali incontri si daranno informazioni sulle problematiche relative all'echinococcosi e si proporrà la partecipazione al progetto. La mancata partecipazione agli incontri non preclude la possibilità di partecipare al progetto stesso; sarà possibile per gli allevatori partecipare anche presentando domanda ai dipartimenti di prevenzione delle AASSLL.

Una volta che gli allevatori avranno aderito al progetto i veterinari convenzionati praticheranno a spese dell'amministrazione regionale tutti gli interventi del caso ai cani di proprietà degli allevatori regolarmente iscritti all'anagrafe canina. Alle aziende in cui siano presenti animali con cisti (rilevate alla macellazione e georeferenziate dal sistema regionale), per le aziende in cui gli animali sono presenti sugli stessi pascoli per tutto l'anno o solo in parte di esso e per quelle confinanti con sarà cura della servizio sanitario offrire il trattamento e mettere in pratica gli interventi di profilassi necessaria senza che queste debbano aver aderito al progetto; resta inteso che anche in questi casi la partecipazione non è obbligatoria. Le famiglie degli allevatori di animali risultati positivi saranno considerate a rischio e potranno sottoporsi allo screening per la presenza di idatidosi.

Qualora gli allevatori partecipino al progetto riceveranno una integrazione pari a un ulteriore 40% del rimborso delle spese di distruzione presso le strutture deputate dei capi venuti a morte già previsto dalla legge 15/2004 art 34.8. Questo intervento potrà ridurre fortemente le fonti di inoculo evitando l'abbandono di carcasse infette che come già messo in evidenza in premessa sono una potenziale fonte di inoculo.

Alle famiglie a rischio si effettuerà una analisi a spese del servizio sanitario regionale per la diagnosi precoce per l'idatidosi.

Per l'espletamento della profilassi prevista è necessario procedere a una gara di appalto con le case farmaceutiche per l'acquisto dei farmaci da utilizzare.

Si riporta di seguito una tabella sintetica delle azioni da intraprendere.

Quadro logico		
Obiettivo specifico	Attività di controllo dell'infezione da echinococcus granulosum in zone rurali mediante interventi di tipo profilattico da parte di veterinari convenzionati con il servizio sanitario;	
Azioni	Intervento	Indicatori verificabili obiettivamente
AZIONE 1	individuazione delle aree di intervento da parte del comitato scientifico del progetto	
AZIONE 2	messa a punto di un calendario di incontri con gli allevatori dei territori individuati con la collaborazione dell'assessorato all'agricoltura gli incontri saranno gestiti dalle AASSLL competenti per territorio dal settore veterinario e dal CReMOPAR	Crono programma degli incontri
AZIONE 3	incontri divulgativi; durante tali incontri si daranno informazioni sulle problematiche relative all'echinococcosi e si proporrà la partecipazione al progetto. La mancata partecipazione agli incontri non preclude la possibilità di partecipare al progetto spesso. sarà possibile per gli allevatori partecipare anche presentando domanda ai dipartimenti di prevenzione delle ASL	realizzazione degli incontri territoriali
AZIONE 4	realizzazione degli interventi di profilassi presso le aziende zootecniche che ne faranno richiesta. L'adesione al programma sarà vincolata all'iscrizione dei cani di proprietà dell'allevatore all'anagrafe canina.	Percentuale delle aziende presenti sul territorio/n° aziende totali
AZIONE 5	Interventi di screening sierologico per le famiglie e i dipendenti degli allevatori proprietari delle aziende ovine e bufaline in cui alla macellazione sono state rilevate cisti. Screeningo per tutti gli allevatori i dipendenti e i familiari che condividono risorse pascolive (fide pascolo) con gli allevatori indicati in precedenza	N° di screening
AZIONE 6	messa a punto di un sistema di rimborso delle spese di distruzione delle carcasse per gli allevatori di ovini e caprini che dimostreranno una buona prassi nella distruzione dei capi venuti a morte.	Determina del dirigente del settore veterinario
AZIONE78	intervento di rimborso delle spese di distruzione dei capi venuti a morte nelle aziende	Determine di rimborso da parte del settore veterinario

Beneficiari:

Aziende zootecniche

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Obiettivi di salute/processo perseguiti						
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	
			atteso	osservato	atteso	osservato
Individuazione dei soggetti partecipanti al progetto	decreto di nomina dei componenti	100%	100%		100%	
Definizione delle aree di intervento	Documento regionale che individua il numero e le aree dove si dovranno tenere gli incontri	100%	100%		100%	
Realizzazione incontri divulgativi	Calendario incontri	0%	sì	100%	100%	
Diagnosi precoci per gli allevatori, familiari e dipendenti	Analisi effettuate				sì	
Incarico ai veterinari liberi professionisti che dovranno mettere in atto le profilassi	Nomina veterinari	0	sì		sì	
Esecuzione delle profilassi nelle aziende zootecniche	Richieste di rimborso da parte dei veterinari liberi professionisti		N° aziende zootecniche partecipanti / n° totale		N° aziende zootecniche partecipanti / n° totale	

Progetto 11: Malattie infettive trasmissibili sessualmente con particolare riferimento all'infezione da HIV (Quadro d'Insieme n° 2.6.3)

Identificativo della Linea di Intervento Generale

2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione⁴

Descrizione dell'intervento

Razionale

La diffusione delle MTS

Le malattie trasmissibili sessualmente, di seguito MTS, costituiscono uno dei più seri problemi di salute pubblica in tutto il mondo, sia nei Paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo.

Secondo le stime dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) le MTS hanno una incidenza annua di 340 milioni di casi nei soggetti appartenenti alla fascia di età 15-49 anni.

Nel mondo, quasi un milione di persone contrae ogni giorno una di queste infezioni.

Dal calcolo va escluso l'AIDS, la cui incidenza e gli effetti sullo stato di salute e su quello socio-economico di interi Paesi, soprattutto nell'area africana, sono considerati ormai da anni una vera e propria emergenza (l'incidenza annuale di nuovi casi ammonterebbe a 69 milioni nell'Africa sub-sahariana secondo il rapporto dell'OMS del 2009).

Oggi si conoscono circa trenta MTS diverse, provocate da oltre venti diversi microrganismi. Purtroppo molte di queste infezioni tendono a ricomparire nello stesso soggetto (recidive) oppure, specialmente quelle che si manifestano con sintomi non ben definiti, tendono frequentemente a passare inosservate, o ad essere scambiate per altre malattie. Ciò rende molto facile la loro diffusione, nonché l'instaurarsi di complicanze.

Nei paesi occidentali, alla fine degli anni settanta si è assistito un progressivo aumento dell'incidenza delle MTS provocate da virus (HIV, HSV, HPV) ed una diminuzione dell'incidenza delle MTS a prevalente causa batterica (sifilide, gonorrea).

Tuttavia, negli ultimi anni, l'incidenza delle MTS, nel mondo, sia di origine batterica che virale, è in continuo aumento grazie alla maggiore mobilità delle popolazioni del globo, che ha largamente contribuito ad una più rapida diffusione a livello mondiale di agenti infettivi. Il rischio di contagio è maggiore nelle grandi aree urbane, nei gruppi con comportamenti sessuali a rischio e nei giovani. Spesso si associa all'uso di sostanze stupefacenti e alla prostituzione.

Un'altra caratteristica è la maggiore diffusione di queste malattie tra alcune sottopopolazioni caratterizzate da una maggiore suscettibilità biologica come le donne per la struttura anatomica dell'apparato genitale più complessa e più favorevole all'insediamento dei patogeni e gli adolescenti con tessuti genitali ancora immaturi e più recettivi.

In Italia la diffusione delle MTS è valutata da un Sistema di Sorveglianza, attivo presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Un dato allarmante, inoltre, è la recente segnalazione che l'incidenza dell'infezione da HIV è maggiore nei soggetti che sono stati, o sono, affetti da un'altra malattia sessualmente trasmessa.

L'epidemia AIDS

L'epidemia globale di Aids continua a crescere ed è sempre più evidente come diversi Paesi stiano assistendo a un nuovo aumento dei picchi di incidenza delle infezioni da HIV, che prima erano stabili o in diminuzione. In alcuni Paesi, comunque, si sono registrate diminuzioni dei tassi di incidenza, così come trend positivi nei comportamenti sessuali dei giovani.

Si stima che siano 39,5 milioni le persone che convivono con l'HIV. Nel 2006 ci sono state 4,3 milioni di nuovi casi, di cui 2,8 milioni (il 65%) nell'Africa sub-sahariana. Inoltre, si è registrata un'impennata dell'incidenza nell'Europa dell'Est e nell'Asia Centrale, dove i tassi sono cresciuti di più del 50% dal 2004. Nel 2006 i decessi per cause legate all'Aids sono stati 2,9 milioni.

I nuovi dati sembrano indicare che i tassi di incidenza siano stabili o nuovamente in crescita in quei Paesi dove i programmi di prevenzione dell'Aids non sono portati avanti o adattati ai cambiamenti dell'andamento dell'epidemia.

Nell'America settentrionale e nell'Europa occidentale, i programmi di prevenzione dell'Aids spesso non sono stati portati avanti e il numero di nuovi casi è rimasto invariato. Analogamente, nei Paesi a reddito basso e medio-basso, sono pochi quelli che sono riusciti a ridurre l'incidenza. E anche nei Paesi che in passato avevano avuto un successo immediato nella riduzione dei nuovi casi, come l'Uganda, il fenomeno

ha rallentato o addirittura ha ricominciato a crescere. In altre parole, l'epidemia sta andando più velocemente degli interventi di prevenzione e contenimento.

La situazione in Italia

L'Italia conosce l'AIDS nei primi anni '80; nel 1989 sono 3.500 i casi diagnosticati (160.000 nel mondo); 13.668 nel 1992 (fase del picco di incidenza). Tra il 1982 e il 2005 vengono diagnosticati in totale 56.161 casi (dato corretto per ritardo di segnalazione) e 34757 sono i morti totali, con un tasso di letalità globale del 62% (ridotto fortemente, secondo i dati COA - Centro Operativo AIDS COA dell'Istituto Superiore di Sanità- dal 100% del 1984 al 9% del 2005)

La distribuzione dei casi, per anno di diagnosi, ha permesso di documentare un trend in decremento dal 1994 (5506 casi diagnosticati) al 2005 (1141).

Considerando la distribuzione per fasce di età e sesso, l'età media di diagnosi è salita, nell'ultimo decennio per entrambi i sessi (nel 1985 la mediana era di 29 anni per i maschi e di 24 per le femmine, nel 2005 le mediane sono salite rispettivamente a 41 e 38 anni); il 68,9% del totale dei casi si concentra, comunque, nella fascia d'età 25-39 anni mentre fra i bambini l'AIDS è fortunatamente raro: solo 3 casi nel 2005. La proporzione di donne è aumentata progressivamente negli anni: il rapporto maschi/femmine che era di 3,4 nel 1985 è di 2,2 nel 2004.

I casi di AIDS registrati in Italia nel 2008 sono stati circa 1.400, complessivamente nel nostro Paese i casi totali sono stati circa 60.500.

Le regioni più colpite nel 2008 sono state nell'ordine: la Lombardia, la Liguria, l'Emilia-Romagna e la Toscana, con un gradiente Nord-Sud nella diffusione della malattia essendo meno colpite le regioni meridionali ed insulari.

Nel 2008 si stimano circa 3.500-4.000 nuove sieropositività; il numero totale di persone sieropositive o con AIDS conclamato viventi è stimato in un numero compreso tra 110-130.000, di cui poco più del 30% donne. A fronte della diminuzione dell'incidenza della malattia conclamata, si osserva una stabilità dell'incidenza delle nuove infezioni. Pertanto l'allungamento della sopravvivenza delle persone con sieropositività, cioè la riduzione della loro mortalità, determina un progressivo leggero aumento del numero totale di persone affette da HIV.

Nel 2008 in Italia i decessi per AIDS sono stati poco più di 200, complessivamente i decessi sono stati oltre 39.000, l'andamento temporale è simile a quello dei nuovi casi, ma il decremento dalla seconda metà degli anni novanta è stato molto più marcato per merito dell'introduzione della terapia antiretrovirale. Si è così passati dai primi 7 decessi del 1983 ai 4.580 del 1995 con una crescita costante, dopo di che si è avuta una forte diminuzione fino ai valori attuali di poco superiori alle 200 unità.

Quali sono i gruppi a maggior rischio di contrarre una MTS

Le caratteristiche di coloro che oggi si infettano con l'HIV sono completamente diverse da quelle di coloro che si infettavano dieci o venti anni fa: non si tratta più di tossicodipendenti o persone con comportamenti tradizionalmente definibili a rischio, ma piuttosto di adulti maturi – tendenzialmente donne - che acquisiscono l'infezione attraverso i rapporti sessuali. Questi risultati pongono l'accento sulla necessità di implementare interventi informativi e preventivi anche nei confronti di popolazioni non appartenenti ai classici sottogruppi a rischio per HIV. Inoltre, il serbatoio di infezione è ancora ampio e si stima che i sieropositivi attualmente viventi nel nostro paese siano tra 110.000 e 130.000.

Infatti, gli adolescenti e i giovani adulti, i maschi omosessuali, i tossicodipendenti e chi ha rapporti sessuali numerosi, rappresentano solo alcune delle popolazioni a rischio più elevato di contrarre una

MTS. Queste infezioni, inoltre, colpiscono più facilmente individui che mostrano una maggiore suscettibilità biologica ad esse: soggetti che con malattie croniche e deabilitanti o portatori di lieve o gravi deficienze immunitarie.

Il sistema di sorveglianza

Il calo dei nuovi casi e dei decessi non è l'unico fenomeno che si è registrato nell'ultimo decennio. Vi sono stati numerosi altri cambiamenti che si sono potuti osservare grazie all'esistenza di sistemi di sorveglianza nazionali, regionali e provinciali dell'infezione da HIV (cioè dello stato di sieropositività) che si affiancano a quelli della malattia conclamata (AIDS). Tramite questi sistemi di monitoraggio epidemiologico, che operano con procedure rispettose della privacy, è stato possibile riconoscere con tempestività i cambiamenti che si sono verificati negli ultimi anni nelle caratteristiche di diffusione dell'HIV e la maggior durata dello stato di infezione pre-AIDS in seguito all'introduzione di nuove terapie farmacologiche. A questo proposito il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, con Decreto in data 31 marzo 2008, ha promosso l'attivazione del Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, provvedendo ad aggiungere l'infezione da HIV all'elenco della Classe III delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria. Sulla scorta di tale Decreto varie Regioni stanno organizzando l'attivazione del Sistema regionale di sorveglianza.

La situazione in Campania

Zoomando sulla Campania, la distribuzione annuale dei casi di AIDS prevalenti nel 2005 ha fatto contare 1042 casi. Considerando la distribuzione per anno di diagnosi, si è registrata una riduzione di incidenza dal 1994 (199 casi) al 2005 (31 casi). La Campania inoltre è la regione del Meridione dove maggiormente si concentra il fenomeno della presenza straniera, con circa 130.000 individui, 24.000 nella sola città di Napoli, di cui 3.300 censiti nella Città di Giugliano (dati ISTAT 2009).

Le Organizzazioni non governative presenti sul territorio stimano una presenza 10 volte maggiore sul territorio. In Campania è stimata la presenza di circa il 5% della popolazione straniera in Italia ed il 46% di quella del Sud. In particolare il 68% degli stranieri si concentra nella provincia di Napoli, confermando la tendenza nazionale

all'attrazione da parte delle realtà urbane. (dati Regione Campania Piano Sanitario Regionale 2002-2004).

Il fenomeno prostituzione

La Campania è tra le sette regioni italiane dove è maggiormente rappresentata la prostituzione. Prevalgono le prostitute straniere, albanesi, bielorusse, polacche e soprattutto nigeriane, ovvero provenienti da Paesi ad alta incidenza di sieropositività. (dati Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri).

Obiettivi generali:

- Ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV.
- Raggiungere elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambienti di vita collettiva.
- Attivare iniziative di formazione e comunicazione nei confronti delle malattie sessualmente trasmesse, con preventiva valutazione delle evidenze di efficacia disponibili.
- Individuare, sulla base dei dati epidemiologici disponibili e della frequenza e gravità delle patologie, l'ordine di priorità, anche mettendo a punto modelli di lettura sintetici.
- Applicazione della sorveglianza della sieropositività per l'HIV.
- Sensibilizzare i giovani-adulti al fine di prevenire comportamenti non corretti e dannosi per il loro stato di salute e promuovere invece abitudini ed azioni a salvaguardia di se stessi e di altri.

- Raggiungere elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambienti di vita collettiva
- Ridurre le disuguaglianze sanitarie di una popolazione di immigrati rispetto alla popolazione ospitante per quanto riguarda le malattie trasmesse sessualmente, con particolare attenzione verso l'AIDS, attraverso un progetto di integrazione culturale (mediazione linguistica, etc.) che faciliti la conoscenza dell'offerta sanitaria e l'accesso alla stessa.
- Promuovere una conoscenza dello stato di salute attraverso visite e esami diagnostici realizzati con l'ausilio di unità di strada e mediatori culturali.
- Promuovere programmi di screening e vaccinali nonché trattamenti terapeutici di somministrazione sorvegliata.

Risultati attesi:

- Aumento del grado di conoscenza, e di consapevolezza sul tema delle malattie infettive sessualmente trasmesse e dell'AIDS e sulle tematiche correlate.
- Aumento del grado di conoscenza di strutture sul territorio in grado di informare su temi specifici.
- Riduzione dell'incidenza delle malattie infettive sessualmente trasmesse e dell'AIDS nella popolazione immigrata sul territorio.

Azioni principali:

- Presenza periodica di gazebo sul territorio.
- Camper itinerante con postazioni in punti strategici del territorio.
- Info-point nelle ASL.
- Laboratorio per analisi e strutture sanitarie del territorio in grado di accogliere il target a rischio, e di attivare protocolli.

Attori:

- Giovani, popolazione immigrata presente sul territorio e soggetti sessualmente attivi.
- Coinvolgimento di: sociologi, psicologi, medici specialisti: igienisti, infettivologi e dermatologi, laboratoristi, psicoterapeuti ed esperti di tecnologia.

Portatori di interesse:

Istituzioni (ASL, Comuni, Province, Regione)

Industria sanitaria- biotecnologico- farmaceutica.

Possibili criticità:

- Difficoltà ad ottenere il consenso e ad eseguire il test di positività per HIV per difficoltà psicologiche, linguistiche e/o culturali.
- Difficoltà a seguire nel tempo i pazienti sieropositivi appartenenti agli Human Mobile Population.
- Difficoltà ad ottenere il consenso e ad eseguire il test di positività per HIV ai partner e ai familiari dei pazienti sieropositivi.

Sistema di valutazione:

- Verifica della diminuzione delle malattie mediante controlli di follow-up sulla popolazione osservata.
- Maggiore grado di conoscenza delle malattie valutata mediante questionari prima e dopo l'intervento formativo.
- Indagine epidemiologica per valutare le variazioni dell'incidenza.
- Miglioramento dello stato di salute: numero di guarigioni-miglioramento stato salute rispetto al numero pazienti in cura; verifica semestrale del numero dei soggetti fruitori degli interventi posti in essere rispetto al totale soggetti del target individuato.

Cronoprogramma:

- Primo anno: focus sulla popolazione sessualmente attiva, in particolare giovani nelle scuole.
- Secondo anno: screening, formazione e informazione degli immigrati e della popolazione a rischio.
- Terzo anno: Avvio della sorveglianza sanitaria.

Beneficiari:

Collettività, in particolare giovani, immigrati, e popolazione sessualmente attiva.

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo perseguiti):

- Diminuzione dell'incidenza e della prevalenza delle MTS e dell'HIV.
- Miglioramento della precocità dell'intervento.
- Miglioramento dell'efficacia degli interventi terapeutici.

Progetto 12: Miglioramento e razionalizzazione nella gestione della malattia tubercolare, attraverso una più efficace gestione dei flussi informativi, della gestione dei malati e dei contatti. (Quadro d'Insieme n° 2.6.4)

Linea di intervento generale:

2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione⁴

Breve descrizione dell'intervento programmato

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012:

Favorire l'adesione al trattamento e migliorare il follow-up degli esiti dei trattamenti e dei contatti, particolarmente nella popolazione immigrata; migliorare la sorveglianza sulle farmacoresistenze

Razionale e scopi generali dell'intervento:

L'organizzazione della rete assistenziale della Campania per la prevenzione della Tuberculosis risente tuttora della necessità di instaurare un rapporto funzionale più stretto e costante tra i diversi livelli operativi: in particolare, è necessario promuovere l'adozione di misure che favoriscano l'adesione al trattamento e garantiscano l'efficacia del flusso di informazioni, al fine creare le condizioni per gestire adeguatamente le differenti problematiche della malattia tubercolare ed attuare il controllo della sua diffusione.

Inoltre, nella nostra Regione occorre adeguare le misure di prevenzione ad alcune esigenze particolari legate alla condizione della popolazione immigrata, in cui i fattori specifici legati allo stato di immigrazione si sommano a quelli d'ordine sanitario, sociale ed individuale, per cui essa costituisce un gruppo a rischio più elevato per la progressione dell'infezione latente e lo sviluppo della malattia attiva.

Con la Deliberazione n. 1577 del 15 ottobre 2009, la Giunta della Regione Campania ha approvato le "Linee di indirizzo per le attività di cura, prevenzione e controllo della tubercolosi" con le quali sono stati indicati gli obiettivi per le Strutture che operano nel campo della prevenzione, diagnosi e cura della tubercolosi nel Sistema Sanitario Regionale campano, gli interventi di prevenzione ritenuti prioritari, e sono state specificate le azioni che possano rendere più omogenee le modalità di attuazione delle stesse misure di prevenzione e controllo.

Pertanto, sulla scorta delle criticità emerse, si è ritenuto di dare priorità ad interventi finalizzati al miglioramento di tre aspetti operativi che risultano tuttora non omogeneamente sviluppati in ambito regionale:

- Aumentare l'adesione al trattamento attraverso la definizione locale di percorsi diagnostico – terapeutici orientati in tal senso
- Rendere più omogeneamente diffuse le modalità di monitoraggio degli esiti del trattamento dei casi e della gestione dei contatti, soprattutto per i casi relativi alla popolazione straniera
- Migliorare la sorveglianza su MDR ed XDR, anche attraverso l'integrazione delle diverse fonti di segnalazione e/o notifica.

Obiettivi specifici:

1. Migliorare l'adesione al trattamento.

Per la realizzazione dell'obiettivo occorre che a livello locale vengano garantiti percorsi diagnostici e terapeutici agevolati, che prevedano anche, nei limiti di legge, la gratuità delle prestazioni cliniche, strumentali, di laboratorio e farmaceutiche per tutti i soggetti che abbiano malattia tubercolare conclamata o latente.

2. Migliorare il follow-up dei trattamenti farmacologici.

Per il raggiungimento di tale obiettivo, occorre migliorare la diffusione di strumenti omogenei di collegamento tra le Strutture impegnate nella presa in carico, nel trattamento e nella gestione follow-up: lo strumento idoneo al collegamento tra le eventuali strutture coinvolte nella cura del caso, ma anche necessario al controllo dell'adesione alla somministrazione del farmaco e dell'esito del trattamento, è costituito dalla Scheda sugli esiti del trattamento, adottata dalle Linee di indirizzo regionali con D.G.R.C. 1577/09.

3. Migliorare la gestione dei contatti.

Per tale obiettivo, occorre sviluppare a livello locale modelli operativi, applicabili al contesto specifico, per condurre la ricerca dei contatti dei casi contagiosi di TB ed il loro eventuale trattamento farmacologico, definendone i processi, gli indicatori (di processo e di esito) ed i flussi informativi. I programmi devono prevedere le modalità di ricerca attiva dell'infezione tubercolare latente (ITBL) nella popolazione immigrata.

4. Migliorare la sorveglianza epidemiologica.

L'obiettivo deve essere raggiunto innanzitutto attraverso un rigoroso controllo del flusso delle notifiche a tutti i livelli.

I dati raccolti dai SEP e dai Laboratori devono essere periodicamente monitorati e valutati al fine di:

- Formulare report regionali sulla diffusione della Tuberculosis
- Valutare l'andamento degli esiti terapeutici e del controllo dei contatti
- Monitorare e tipizzare i casi sostenuti da ceppi MDR ed, eventualmente, XDR
- Coordinare l'integrazione delle attività ospedaliere e territoriali
- Coordinare azioni per il controllo della Tuberculosis nella popolazione immigrata

Azioni specifiche ed attori nel percorso di implementazione dell'intervento:

1) Implementazione del Flusso informativo

La Sorveglianza sugli Esiti del Trattamento per TB è una misura efficace solo se è garantita la piena efficienza del flusso di notifica della Malattie Infettive – Classe III- previsto dalla normativa nazionale (Decreto Ministeriale del 15/12/90 e successiva modifica relativa alla tubercolosi e alla micobatteriosi stabilita con il Decreto del 29/7/98) e regionale (del. N.3486 del 13 maggio 1997 pubblicata sul B.U.R.C. n.27 del 9 giugno 1997). La segnalazione di caso sospetto e/o accertato, con le eventuali e relative informazioni necessarie alla sorveglianza dei contatti, da parte del SEP di diagnosi al SEP di residenza e/o domicilio abituale deve pervenire entro 7 giorni dalla formulazione del sospetto per consentire la ricerca dei contatti e l'eventuale profilassi.

La Sorveglianza sulla presa in carico dei casi e sui loro esiti prevede l'utilizzo della Scheda sugli esiti del trattamento (le cui modalità di utilizzo e di inserimento nel flusso sono descritte dalle Linee di indirizzo regionale emanate con D.G.R.C. 1577/09)

L'intervento deve consentire la definitiva implementazione del flusso entro il periodo di riferimento (2010-2012).

2) Analisi dei dati

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale predispone un rapporto semestrale dell'attività di sorveglianza. L'analisi dei dati verrà effettuata per coorti trimestrali di trattamento (pazienti che hanno iniziato il trattamento nel 1°, 2°, 3°, 4° trimestre per ciascun anno solare) e sarà finalizzata a:

- valutare la numerosità della popolazione arruolata in base al confronto con i casi notificati attraverso il SIMI;
- valutare l'uniformità degli schemi terapeutici prescritti rispetto agli standards OMS;
- valutare l'esito del trattamento;
- effettuare un audit con gli operatori.

La prima analisi sarà effettuata a distanza di un anno dalla conclusione della prima coorte arruolata (occorre infatti tener conto dei 6 mesi di terapia + 3 mesi della coorte + eventuali 2 mesi di interruzione). La valutazione del trattamento sarà effettuata sia rispetto agli arruolati nella coorte (esclusi i casi di tubercolosi polmonare diagnosticati post-mortem o i casi mai arruolati, in quanto non si hanno informazioni sul trattamento) sia rispetto ai casi notificati di tubercolosi, inclusi i nuovi casi, le recidive e le diagnosi post-mortem.

Informazioni dei reports annuali

- n. dei centri partecipanti;
- n. dei casi di cui si è iniziato il follow up;
- n. dei casi TB polmonari notificati;
- % dei casi in follow up/ casi notificati;
- n. dei casi con trattamento standard secondo OMS;
- % dei casi in trattamento standard/ casi in follow up;
- n. dei casi con follow up terminato;
- n. e % dei casi con terapia modificata;
- n. e % dei casi con follow up terminato con esito del trattamento.

I dati relativi ai trattamenti ed al loro esito saranno distinti per i nuovi casi e per quelli già trattati (recidive, fallimenti e cronici).

3) Sistema integrativo di segnalazione dalla rete regionale dei laboratori

Per migliorare il controllo della circolazione dei ceppi di Micobatteri resistenti multiresistenti, a livello europeo è ampiamente diffusa la tendenza ad integrare i sistemi tradizionali di sorveglianza epidemiologica con i dati su MDR ed XDR provenienti dai Servizi diagnostici. Tale tendenza è da ritenersi motivata e sostenibile anche nel Sistema Sanitario Regionale della Campania, in considerazione dei consistenti fenomeni demografici che interessano alcuni territori della regione, i quali rendono necessario l'ampliamento delle rilevazioni, anche ricorrendo a flussi informativi paralleli provenienti dai Laboratori.

Il "Sistema integrativo di segnalazione dalla rete Regionale dei Laboratori per la diagnosi di infezione da Micobatteri", introdotto dalla D.G.R.C. 1577/09, prevede che ciascun Laboratorio della Regione Campania che ponga diagnosi di TB, oltre a segnalare attraverso i canali convenzionali ciascuna caso, sia tenuto anche ad inviare all'OER un report trimestrale sui nuovi casi di tubercolosi (polmonare ed extra-polmonare) riscontrati e sugli esiti dei saggi di sensibilità eseguiti. I dati provenienti dalla Rete regionale dei Laboratori per la diagnosi dei Micobatteri saranno oggetto, presso l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, del controllo di qualità di dati e della gestione integrata con le altre fonti informative.

4) Prevenzione e controllo della tubercolosi nei soggetti immigrati

La diagnosi ed il trattamento dell'infezione tubercolare assume alcune peculiarità nel caso della popolazione immigrata, regolare ed irregolare, per elementi di carattere linguistico e culturale. In questo senso va tenuto presente il ruolo che le organizzazioni del volontariato (privato) sociale o di rappresentanza delle popolazioni immigrate possono avere nell'affrontare il problema. A tale scopo, con esse occorre concordare una collaborazione finalizzata al controllo della TB nella popolazione immigrata, soprattutto per superare le barriere linguistiche, culturali ed agevolare l'accesso dei pazienti immigrati alle strutture territoriali ed ospedaliere competenti.

I programmi di ricerca attiva dell'infezione tubercolare latente (ITBL) sugli immigrati sono suggeriti solo in caso di offerta di percorso certo, compreso il trattamento preventivo.

I gruppi a rischio verso cui è possibile orientare gli interventi di ricerca attiva sono i:

- frequentatori abituali di mense e dormitori;
- minori in centri di prima accoglienza, presso scuole o identificati tramite anagrafe sanitaria;
- soggetti dei centri di prima accoglienza provenienti da aree endemiche;
- soggetti afferenti ai centri volontari per immigrati;
- immigrati, al momento del rilascio del permesso di soggiorno;
- detenuti (previa verifica delle competenze di ministero e regione);
- immigrati residenti in tipiche comunità semichiusate ed affollate.

Anche in tale ambito è prioritario che vengano messe in atto idonee strategie per migliorare l'adesione al trattamento.

- offrire un percorso certo e facilmente comprensibile;
- consentire l'accesso diretto, in esenzione ticket;
- fornire gratuitamente farmaci e prestazioni;
- sollecitare i soggetti mediante richiami telefonici;
- somministrare la terapia preventiva nei luoghi di aggregazione degli immigrati;
- individuare un'ASV (Assistente Sanitaria Visitatrice) referente per struttura TB provinciale;
- prendere in carico i gruppi familiari ed i gruppi sociali;
- verificare sistematicamente la DOT presso la struttura in presenza di ASV;
- effettuare i controlli periodici.

Infine, è opportuno valorizzare tutte le occasioni di approccio alle strutture per offrire l'intervento preventivo:

- Il rilascio della tessera sanitaria al momento della richiesta. Modalità: lettera all'interessato e/o al Medico di Medicina Generale scelto, con l'invito a recarsi presso la struttura codificata per l'esecuzione del test.
- L'accesso agli ambulatori per STP o in quelli ad alta frequenza d'immigrati come i consultori familiari. Modalità: proposta ed esecuzione immediata del test od invio alla struttura codificata.
- Ricovero ospedaliero per qualsiasi patologia. Modalità: effettuazione in reparto.
- Accesso al Pronto Soccorso. Modalità: lettera all'interessato e/o al MMG scelto, con l'invito a recarsi presso struttura codificata per l'esecuzione del test.

5) Gestione dei contatti

La ricerca attiva e il controllo dei contatti di un caso di tubercolosi polmonare è tra le più importanti misure preventive della tubercolosi. A tale scopo, i tempi della segnalazione di un caso sospetto di tubercolosi devono essere ridotti il più possibile, dovendo comunque avvenire entro tre giorni dall'accertamento del caso, mentre la conseguente ricerca attiva dei contatti dovrebbe essere avviata entro i successivi tre giorni.

Le Aziende Sanitarie, devono sviluppare e implementare modelli di protocollo per condurre la ricerca dei contatti dei casi contagiosi di TB applicabili nel contesto locale, identificando ogni fase della attività di ricerca e definendone i processi, i flussi informativi con i relativi responsabili.

I programmi dovranno prevedere indicatori di processo e di esito quali:

- proporzione di casi indice per i quali sia stato rintracciato almeno un contatto
- proporzione di contatti che sono valutati per infezione/malattia tubercolare
- proporzione di contatti con infezione che iniziano il trattamento
- proporzione di contatti trattati che completano il trattamento.

Nell'adozione di tali Protocolli, inoltre, dovranno essere considerate anche le raccomandazioni che riguardano l'indagine sui contatti in contesti particolari, come nel caso di TB nelle scuole, negli Ospedali nelle Istituzioni residenziali, nei luoghi di lavoro, nei viaggi aerei.

Dovranno, inoltre, essere adottati protocolli per il trattamento terapeutico dei contatti, tenendo presente che, in alternativa alle denominazioni classiche di "terapia preventiva" o "chemioprolifassi", recentemente è stata introdotta la definizione complessiva di "trattamento dell'infezione tubercolare latente" per indicare la somministrazione di uno schema terapeutico valido sia per i contatti di pazienti con TB contagiosa che per pazienti trattati perché ad aumentato rischio di sviluppare una TB attiva.

Cronoprogramma:

Attività	2011												2012											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definizione Protocolli: gestione contatti, immigrati	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Formazione			X	X	X	X																		
Percorsi con le associazioni di volontariato						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Incontri								X	X	X	X													

2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici

Progetto 13: Implementazione del sistema REACH-CLP per la tutela della salute umana Quadro d'Insieme n° 2.7.1)

Macroarea:

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

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012

Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici

Titolo del programma:

Implementazione del sistema REACH-CLP per la tutela della salute umana

Analisi di contesto del programma

La produzione complessiva di sostanze chimiche è passata da 1 milione di tonnellate nel 1930 a 400 milioni di tonnellate nel 2001.

Le sostanze registrate nel mercato comunitario sono circa 100.000; per 10.000 la commercializzazione in termini di volume supera le 10 tonnellate, mentre circa 20.000 raggiungono quantitativi compresi tra 1 e 10 tonnellate.

In base alle stime, nel 1998 il valore della produzione mondiale di sostanze chimiche ha raggiunto 1.244 miliardi di euro.

Con una quota del 31% del fatturato mondiale, l'industria chimica dell'UE ha generato un saldo positivo dell'interscambio pari a 41 miliardi di euro, collocandosi al primo posto e dunque precedendo gli Stati Uniti (28% del valore della produzione), che in quell'anno presentavano un saldo attivo di 12 miliardi di euro nel settore.

In Europa l'industria chimica è al terzo posto nella classifica delle industrie maggiori; essa impiega direttamente 1,7 milioni di addetti e altri 3 milioni circa con l'indotto.

Oltre a svariate multinazionali di spicco, in questo settore operano circa 36.000 piccole e medie imprese che corrispondono al 96% del numero complessivo di PMI in Europa e contribuiscono al 28% della produzione chimica⁷.

Il "vecchio" sistema di gestione dei chemicals⁸, nonostante avesse introdotto una maggiore regolamentazione del flusso di "nuove" sostanze chimiche⁹ nel mercato europeo, risultava insufficiente ai fini della gestione delle sostanze già presenti sul mercato prima del settembre 1981¹⁰.

⁷ Fonte: Commissione delle Comunità Europee, "Libro Bianco: Strategia per una politica futura in materia di sostanze chimiche", COM(2001) 88 definitivo, Bruxelles, 27.02.2001, p. 4.

⁸ Per "vecchio" sistema di gestione dei chemicals si intende il sistema di gestione introdotto con l'entrata in vigore della Direttiva 67/548/CE e s.m.i..

Si è evidenziato, infatti, che soprattutto la carenza di informazioni sulle proprietà e sugli usi delle 100.000 sostanze esistenti rappresentasse una seria minaccia per tutela della salute umana e dell'ambiente¹¹.

Mentre le “nuove” sostanze, infatti, erano soggette ad obblighi informativi, compreso all'interno del procedimento di notifica, per le sostanze esistenti l'unico obbligo previsto per essere immesse sul mercato era quello di iscrizione nel database EINECS, che non prevedeva al suo interno alcun obbligo informativo.

Al fine di raggiungere un maggiore grado di tutela della salute umana e dell'ambiente, la Comunità Europea ha emanato il Regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH: Registration, Evaluation, Authorisation and restriction of CHemicals), che prevede l'affermazione del principio “no data, no market”¹², secondo cui l'immissione sul mercato delle sostanze chimiche è subordinata alla raccolta di dati sulle stesse.

Si evince facilmente che la disponibilità dei dati sulle sostanze chimiche, in quanto tali o in quanto componenti di preparati o articoli, risulta fondamentale rispetto alle politiche di prevenzione delle malattie legate all'esposizione, professionale e non, ad agenti chimici.

Il Regolamento REACH prevede quattro diverse procedure:

1. Registrazione;
2. Valutazione;
3. Autorizzazione;
4. Restrizione.

La registrazione prevede la trasmissione di dati sulle proprietà e sugli usi delle sostanze chimiche all'ECHA (European CHemicals Agency) al fine di consentire la sostituzione di prodotti più pericolosi con altri meno pericolosi, nonché l'adozione delle opportune misure di gestione del rischio da esposizione ad agenti chimici. La registrazione rappresenta lo strumento più importante per il risanamento delle lacune informative evidenziate dalla Commissione in sede di analisi delle criticità.

La valutazione consente di verificare che le imprese abbiano effettuato la registrazione sia avvenuta correttamente (valutazione dei fascicoli), ma favorisce anche l'analisi dei dati ottenuti mediante la registrazione ai fini della valutazione del reale grado di pericolosità di una data sostanza (valutazione delle sostanze).

L'autorizzazione favorisce il controllo dei rischi legati alle sostanze estremamente preoccupanti (SVHC: Substances of Very High Concern), in quanto, sulla scorta delle informazioni fornite con la registrazione, consente di limitare l'utilizzo di SVHC soltanto a condizioni “limite” (adeguato controllo del rischio, nonché beneficio socio-economico ed assenza di sostanze o tecnologie alternative).

La restrizione prevede la limitazione dei livelli di una data sostanza e, in taluni casi, la proibizione dell'uso per specifiche sostanze ritenute in grado di determinare un rischio inaccettabile per la salute umana o per l'ambiente.

⁹ Sono considerate “nuove” sostanze chimiche tutte quelle sostanze presenti nel database ELINCS (European LIst of Notified Chemical Substances). Tale database è stato attivo dal settembre 1981 al maggio 2008, periodo nel quale sono state inviate quasi 8.500 notifiche per circa 5.300 sostanze.

¹⁰ Per sostanze già esistenti sul mercato si intendono le sostanze circolanti all'interno della Comunità Europea tra il 01.01.1971 e il 18.09.1981, come tali riportate nel database EINECS (European INventory of Existing Commercial chimica Substances). Il numero totale di sostanze comprese nel database EINECS è fisso ed assomma a poco più di 100.000 sostanze.

¹¹ Fonte: Commissione delle Comunità Europee, “Libro Bianco: Strategia per una politica futura in materia di sostanze chimiche”, COM(2001) 88 definitivo, Bruxelles, 27.02.2001, pp. 6-7.

¹² Art. 5 del Regolamento (CE) n. 1907/2006

Fondamentale, nonché compreso nel Regolamento REACH, risulta la trasmissione delle informazioni lungo la catena di approvvigionamento, che trova nelle schede di sicurezza un importante vettore sulla linea di unione tra produttore/importatore ed utilizzatore professionale/cittadino.

Il Regolamento (CE) n. 1272/2008 (CLP: Classification, Labelling and Packaging) innova la disciplina comunitaria in materia di classificazione, etichettatura ed imballaggio delle sostanze e delle miscele, perseguendo gli stessi fini del Regolamento REACH.

In particolare, si evidenzia che le etichette costituiscono un'importante interfaccia tra produttore/importatore ed utilizzatore professionale/cittadino e che le informazioni in esse contenute, oltre a favorire la reale percezione del rischio chimico, devono consentire anche l'adozione di adeguate misure di gestione, nonché di opportuni provvedimenti in caso d'emergenza.

Di conseguenza, data la reale sovrapposizione tra le finalità del Regolamento REACH con quelle del Regolamento CLP, trova giustificazione riferirsi, nell'ambito del presente programma, ad un sistema REACH-CLP, in quanto l'implementazione della succitata normativa comunitaria non può che avvenire, qualora ne ricorrano le condizioni, in modo congiunto.

Si comprende facilmente, pertanto, che l'implementazione del sistema REACH-CLP, oltre che rappresentare un'indubbia priorità a livello comunitario, costituisce a regime una modalità concreta di riduzione delle esposizioni, professionali e non, ad agenti chimici.

Tale giudizio trova conforto anche nella valutazione sintetica sul periodo 2005-2009 del Piano Regionale di Prevenzione dell'Assessorato della Sanità della Regione Campania, che include il sostegno all'implementazione del sistema REACH-CLP tra le attività da consolidare nel triennio 2010-2012.

Le criticità rilevate attengono a diversi ordini di fattori. Il mondo delle imprese registra, infatti, una sostanziale difficoltà nell'attuazione del sistema REACH-CLP, dovuta principalmente ad assenza di programmazione partecipata con le istituzioni, scarsa informazione e difficoltà nel reperire figure professionali di supporto nel territorio regionale.

Prova ne sia il basso numero di preregistrazioni effettuate sul territorio campano¹³, che solleva preoccupazioni non soltanto attinenti la sfera economica, in termini di ripercussioni sulla produttività dell'immediato futuro del sostrato imprenditoriale campano, ma altresì sul grado di tutela della salute umana e dell'ambiente, per quanto consentito dall'attuazione del sistema REACH-CLP.

Si ritiene utile adottare una strategia principalmente mirata alla condivisione ed all'informazione rispetto alla necessità di implementare il sistema REACH-CLP, assegnando alle funzioni di vigilanza un valore di monitoraggio del fenomeno sul territorio.

Tale strategia non può e non deve essere esclusivamente mirata al mondo delle imprese, dei lavoratori esposti ma deve essere estesa ai cittadini-consumatori, affinché si sviluppi una maggiore percezione dei rischi legati all'uso di sostanze chimiche, in quanto tali o in quanto componenti di preparati o articoli.

Dal 1 dicembre 2010, si passa alla fase delle registrazioni, dopo il biennio di rodaggio delle preregistrazioni, con un articolato scadenziario, si arriverà alla completa attuazione del Regolamento nel 2018.

Il REACH è una grande riforma europea che tutela ambiente e salute, protegge consumatori e lavoratori dell'industria chimica e manifatturiera.

¹³ Per la Regione CAMPANIA il numero di pre-registrazioni effettuate è stato pari a 125 (Per provincia: 65 Napoli, 17 Salerno, 16 Caserta, 16 Avellino e 10 Benevento) (Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, nota n. 0007661-P-18/02/2009), effettivamente sottodimensionato rispetto non soltanto rispetto alle previsioni determinate dalla specifica realtà produttiva, ma altresì rispetto al volume di importazioni.

Realizza una drastica semplificazione normativa e obbliga i produttori (e gli importatori) di circa 30000 sostanze chimiche a valutare la loro pericolosità sulla salute e sull'ambiente. Concorrere alla piena attuazione di tale Regolamento, come supporto terminale dell'Agenzia Europea delle Sostanze Chimiche (ECHA) e dell'autorità competente nazionale, tramite il Coordinamento Regionale e i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL (autorità competente territoriale) realizza un cruciale momento di passaggio delle attività dei servizi verso una funzione interdisciplinare, secondo i criteri dell'EBP, riaffermati dal PNP per il triennio 2010/2012 ed in piena realizzazione dei LEA.

Il presente programma consta di due linee progettuali, di seguito riportate:

1. Attivazione di una programmazione partecipata per l'implementazione del sistema REACH-CLP;
2. Realizzazione di una campagna informativa in favore di imprese e cittadini.

Titolo

Implementazione del sistema REACH-CLP per la tutela della salute umana

Identificativo della Linea di Intervento generale

2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici

Identificativo della Linea di Intervento generale

2.7

Numero identificativo del Programma all'interno del Piano Operativo Regionale

2.7.1

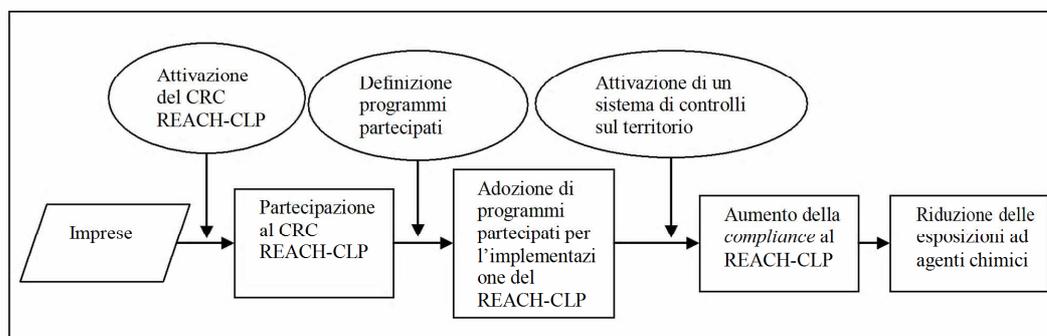
Attivazione di una programmazione partecipata per l'implementazione del sistema REACH-CLP

Razionale dell'intervento

Definizione di 3 programmi partecipati tra istituzioni ed associazioni di categoria per l'implementazione su scala regionale del sistema REACH/CLP

Scopi generali

Riduzione delle patologie, professionali e non , da agenti chimici



Fasi

1. Fase 1 attivazione del CRC REACH/CLP con la partecipazione delle associazioni di categoria

2. Fase 2 istituzione ed attivazione del gruppo tecnico di supporto del CRC REACH/CLP
3. Fase 3 attivazione di un sistema di controlli sul territorio regionale
4. Fase 4 realizzazione di piani annuali di campionamento e potenziamento della rete laboratoristica di riferimento

Attività

1. Adozione del Regolamento di funzionamento del CRC REACH / CLP
2. Redazione di documenti di supporto e di indirizzo alle attività del CRC e delle autorità competenti territoriali
3. Redazione delle linee guida sulla vigilanza REACH/CLP e n. di controlli annui sul sistema REACH/CLP

Campionamento e vigilanza

Struttura ed attore dell'intervento

- Assessorato regionale alla Sanità
- Coordinamento regionale REACH
- Assessorato regionale all'Ambiente
- Assessorato regionale allo Sviluppo Economico
- Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali
- ARPAC
- Gruppo tecnico di esperti di supporto al CRC REACH-CLP

Portatori di interessi

- Associazioni di categoria (imprenditori) maggiormente rappresentative
- Ordine dei chimici

Possibili criticità

- Disponibilità e risorse tecniche ed economiche da parte delle imprese per raggiungere la conformità
- Presenza di laboratori di riferimento per esami analitici

Beneficiari

- Imprenditori del territorio campano
- Chimici professionisti

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguibili

- Riduzione di esposizione ad agenti chimici
- Riduzione di esposizione ad agenti chimici non valutati

Indicatori	Fonti di Verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011
Programmi partecipati	BURC	0	3
Riunioni CRC con imprese	Verbali	0	2
Riunioni gruppo tecnico	Verbali	0	3
Linee guida	Documento	0	1
Controlli	Reports	0	8
Campionamento	Referti	0	4

Titolo

Implementazione del sistema REACH-CLP per la tutela della salute umana

Identificativo della Linea di Intervento generale

2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici

Breve descrizione dell'intervento

Razionale dell'intervento

Favorire l'adozione di corrette misure di gestione del rischio da esposizione, professionale e non, al rischio chimico

Scopi generali

Riduzione delle patologie, professionali e non, da agenti chimici

Fasi

- Fase 1 realizzazione di una campagna informativa rivolta in particolare alle piccole e medie imprese (PMI)
- Fase 2 realizzazione di una campagna informativa rivolta alle scuole
- Fase 3 realizzazione di una campagna informativa per i consumatori di alfabetizzazione chimica
- Fase 4 realizzazione di stand informativi per la popolazione generale

Attività

- Incontri formativi con piccole e medie imprese
- Partecipare a momenti formativi nell'ambito scolastico (scuole superiori)
- Produzione di locandine e depliant e brochure sul rischio chimico
- Produzione di poster e materiali illustrati

Struttura ed attore dell'intervento

- Assessorato regionale alla Sanità
- Coordinamento regionale REACH
- Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali
- Gruppo tecnico di esperti di supporto al CRC REACH-CLP

Portatori di interessi

- Associazioni di categoria (imprenditori) maggiormente rappresentative
- Associazioni di consumatori

Possibili criticità

Protocolli d'intesa con piccole e medie imprese e con associazioni di consumatori

Presenza di laboratori di riferimento per esami analitici

Beneficiari

- Piccole e medie imprese
- Consumatori
- Studenti
- Chimici professionisti

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguibili

- Riduzione di esposizione ad agenti chimici

- Riduzione di esposizione ad agenti chimici non valutati

Indicatori	Fonti di Verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Valore dell'indicatore al 31.12.2011
Incontri PMI	Registro presenze	0	6
Incontri scuole	Registro	0	8
Brochure distribuite	Registri	0	100
Stand realizzati	verifiche	0	3

PROGETTO 1 DEL PROGRAMMA

Implementazione del sistema reach-clp

Titolo del progetto:

Attivazione di una programmazione partecipata per l'implementazione del sistema REACH-CLP.

Contenuti del progetto

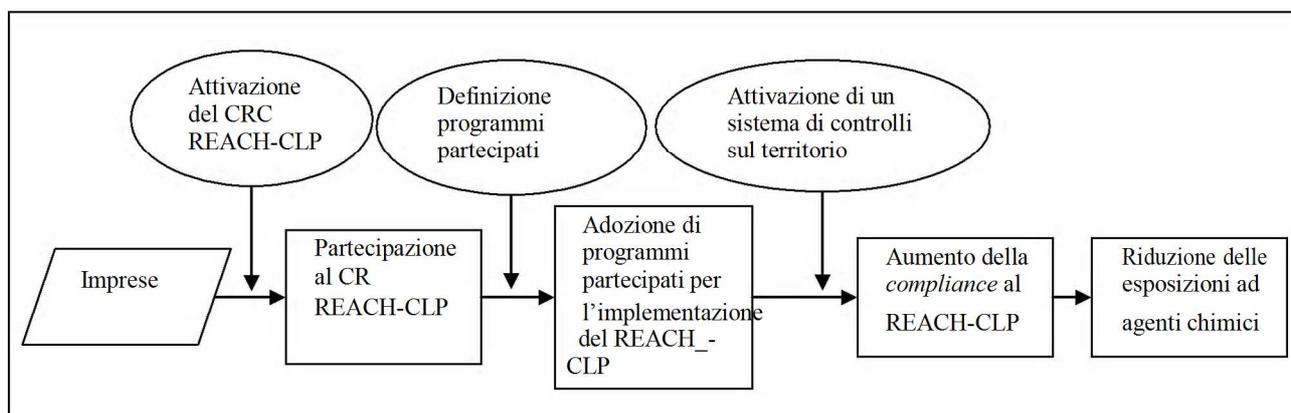
Beneficiari

- Imprenditori del territorio campano
- Chimici professionisti

Attori

- Assessorato regionale alla Sanità
- Coordinamento regionale REACH
- Assessorato regionale all'Ambiente
- Assessorato regionale allo Sviluppo Economico
- Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali
- ARPAC
- Gruppo tecnico di esperti di supporto al CR REACH-CLP

Modello logico



Quadro logico

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	IOV	Mezzi di verifica	Rischi ed assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici			
Obiettivo specifico	Definizione di n. 3 programmi partecipati tra istituzioni ed associazioni di categoria per l'implementazione su scala regionale del sistema REACH-CLP	- Almeno n. 1 programma partecipato all'anno	Fonti ufficiali (es. BURC)	- Disponibilità di mezzi tecnici e risorse economiche da parte delle imprese per raggiungere conformità al REACH e CLP
Risultato atteso 1	Attivazione del CRC REACH-CLP, con la partecipazione delle associazioni di categoria	Almeno n. 2 riunioni/anno del CRC REACH-CLP, con la partecipazione delle associazioni di categoria	Verbalistica annuale prodotta dal CRC REACH-CLP	
Attività	Organizzazione delle riunioni del	Risorse strutturali (sala riunioni)		Intesa da parte degli attori istituzionali

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

	CRC REACH-CLP			
	Adozione del Regolamento di funzionamento del CRC REACH-CLP	Gruppo di lavoro		
Risultato atteso 2	Istituzione ed attivazione del gruppo tecnico di esperti a supporto del CRC REACH-CLP	Almeno n. 3 sedute/anno del gruppo tecnico di esperti a supporto del CRC REACH-CLP Almeno n. 1 documento elaborato dal gruppo tecnico a supporto delle attività del CRC REACH-CLP	Verbalistica annuale prodotta dal gruppo tecnico di esperti a supporto del CRC REACH-CLP Documenti prodotti dal gruppo tecnico di esperti a supporto del CRC REACH-CLP	
Attività	Redazione di documenti di indirizzo di supporto alle attività del CRC REACH-CLP			
	Organizzazione delle riunioni del gruppo tecnico di esperti			
Risultato atteso 3	Attivazione di un sistema di controlli sul territorio regionale	Redazione delle linee guida per la vigilanza sul REACH e CLP N. 8 controlli annui sul sistema REACH-CLP, distinti per oggetto (a seconda dei programmi)	Report annuale sulle attività di vigilanza in materia di REACH e CLP	Disponibilità di un laboratorio di riferimento per l'effettuazione dei controlli analitici
Attività	Realizzazione di piani annuali di campionamento	Risorse umane (personale addetto alla vigilanza specifica sul territorio)		
	Potenziamento della rete laboratoristica di riferimento	Accreditamento per specifiche prove del laboratorio di riferimento		
	Redazione di procedure per la vigilanza in materia di REACH e CLP	Gruppo di lavoro		

Piano di valutazione

Breve pianificazione di tutte le fasi valutative (valutazione propedeutica, di processo, di outcome, di impatto)¹⁴ relative alle attività e/o ai risultati programmati al 31 dicembre 2011 e 31 dicembre 2012.

PROGETTO 2 DEL PROGRAMMA

Titolo 2 del progetto:

Realizzazione di una campagna informativa in favore di imprese e cittadini.

Contenuti del progetto

Beneficiari

- Piccole e medie imprese (PMI)
- Consumatori
- Studenti

Attori

- Assessorato regionale alla Sanità
- Coordinamento Regionale REACH-CLP
- Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali
- Gruppo tecnico di esperti
- Associazioni di categoria (imprenditori) maggiormente rappresentative
- Associazioni dei consumatori
- Associazioni ambientaliste

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	IOV	Mezzi di verifica	Rischi ed assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici			
Obiettivo specifico	Favorire l'adozione delle corrette misure di gestione del rischio da esposizione chimica	Percentuale di partecipanti con esito positivo al test finale superiore all'80%	Test di verifica (iniziale; finale)	
Risultato atteso 1	Realizzazione di una campagna informativa mirata per le imprese	N. 100 partecipanti all'anno sul territorio regionale N. 120 ore di informazione erogate all'anno sul territorio regionale	Registri degli eventi di informazione	Protocollo di Intesa con associazioni di categoria
Attività	Realizzazione di eventi di informazione mirati ai piccoli gruppi di imprenditori	Risorse strutturali Risorse umane		
	Realizzazione di materiale informativo	Risorse umane Materiale		

¹⁴ La valutazione è una componente cruciale del progetto e trasversale a tutte le sue fasi. Come tale necessita di una vera e propria pianificazione, che deve anch'essa rispondere al percorso suggerito all'interno del PCM: coinvolgere i Gruppi di interesse, chiarire il progetto, elaborare il "disegno" della valutazione, determinare metodi di misura e procedure adeguate, sviluppare un piano di lavoro per la valutazione (con relativo eventuale budget e cronoprogramma), raccogliere, elaborare e analizzare i dati (secondo i metodi e le procedure identificate), interpretare e diffondere i risultati, intraprendere le azioni necessarie.

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Risultato atteso 2	Realizzazione di una campagna informativa per i cittadini, principalmente indirizzata all'alfabetizzazione chimica	N. 8 eventi all'anno sul territorio regionale	Registri degli eventi di informazione	Protocollo di Intesa con associazioni dei consumatori
Attività	Realizzazione di eventi di informazione aperti al pubblico	Risorse strutturali Risorse umane		
	Realizzazione di materiale informativo	Risorse umane Materiale		
Risultato atteso 3	Diffusione del materiale informativo all'esterno degli eventi di informazione	N. brochure diffuse all'anno 100	Registri di distribuzione delle brochure informative	
Attività	Realizzazione di stand informativi, principalmente rivolti alla popolazione generale			

Piano di valutazione

Breve pianificazione di tutte le fasi valutative (valutazione propedeutica, di processo, di outcome, di impatto)¹⁵ relative alle attività e/o ai risultati programmati al 31 dicembre 2011 e 31 dicembre 2012.

Progetto 14: Implementazione e messa a regime delle azioni per il monitoraggio epidemiologico e per la valorizzazione delle fonti informative ambiente-salute relativamente ai processi di raccolta, trasformazione e smaltimento dei rifiuti nella Regione Campania (Quadro d'Insieme n° 2.7.2)

Identificativo della Linea di Intervento Generale

2.7

Breve Descrizione dell'Intervento

Razionale dell'intervento

L'attuale situazione relativa alla gestione dei rifiuti in Campania, con la realizzazione e la messa in funzione del primo termovalorizzatore di Acerra, ha posto l'esigenza di valutare lo stato di salute dei cittadini che vivono nelle immediate vicinanze degli impianti di incenerimento di RSU. La necessità di attuare un monitoraggio dello stato di salute delle popolazioni residenti in prossimità di impianti di incenerimento rifiuti è, del resto, un'esigenza comune all'intero Paese.

Nonostante il moltiplicarsi di studi tendenti a descrivere la relazione tra lo stato di salute delle popolazioni interessate e i possibili determinanti, sia ambientali che di altra natura, non sempre questi sforzi di approfondimento delle conoscenze hanno prodotto una chiara informazione circa le problematiche di volta in volta emerse.

¹⁵ La valutazione è una componente cruciale del progetto e trasversale a tutte le sue fasi. Come tale necessita di una vera e propria pianificazione, che deve anch'essa rispondere al percorso suggerito all'interno del PCM: coinvolgere i Gruppi di interesse, chiarire il progetto, elaborare il "disegno" della valutazione, determinare metodi di misura e procedure adeguate, sviluppare un piano di lavoro per la valutazione (con relativo eventuale budget e cronoprogramma), raccogliere, elaborare e analizzare i dati (secondo i metodi e le procedure identificate), interpretare e diffondere i risultati, intraprendere le azioni necessarie

Ciò è avvenuto per la obiettiva difficoltà di dimostrare, su base scientifica, la reale correlazione tra le varie esposizioni ambientali e lo stato di salute delle popolazioni, consentendo così la frequente strumentalizzazione delle informazioni disponibili.

L'Assessorato alla Sanità della Regione Campania – Osservatorio Epidemiologico Regionale ha, negli ultimi anni, partecipato e coordinato diverse iniziative di comunicazione e studi orientati a valutare lo stato di salute della popolazione residente nelle aree interessate da fenomeni di rilascio incontrollato di rifiuti, cercando di valutare anche il grado di correlabilità tra questi due fenomeni. A tali attività hanno partecipato le strutture istituzionali aziendali afferenti allo stesso OER, come i Servizi Epidemiologia e Prevenzione delle AASSLL, i registri difetti congeniti, i registri tumori di popolazione.

Gli studi sui residenti in vicinanza di discariche e di impianti di incenerimento di RSU, prevalentemente di tipo geografico, hanno riguardato effetti a breve e lungo termine relativi a salute riproduttiva (rapporto tra sessi, gemellarità, peso alla nascita, malformazioni congenite), salute infantile (sviluppo, alterazioni ormonali, allergie, tumori) e adulta (mortalità e morbosità per tumori, patologie cardiocircolatorie e respiratorie).

I risultati sono a volte contrastanti e non conclusivi. In particolare, per quanto riguarda gli inceneritori, studi italiani su aree con più sorgenti di esposizione sono stati condotti in Friuli e nel Lazio, mentre recentemente è stata analizzata la mortalità per neoplasie linfatiche in Toscana e in 25 comuni italiani.

La maggior parte degli studi, prevalentemente di tipo geografico, i cui risultati sono spesso contrastanti e non conclusivi, risente della ridotta numerosità delle popolazioni studiate, di una inadeguata attribuzione dell'esposizione, di una finestra temporale spesso insufficiente, dell'impossibilità di controllare i fattori di confondimento. Risulta quindi difficile stabilire un rapporto di causalità tra esposizione ed effetti misurati.

La programmazione regionale ha manifestato una elevata sensibilità al problema, infatti la Giunta Regionale della Campania ha approvato in data 17 luglio 2007 la Delibera n. 1293, "Misure per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione in relazione a fattori di rischio ambientale: potenziamento OER e registri tumori", con la quale, tra l'altro, si intende sperimentare un sistema di sorveglianza salute ambiente in collaborazione con ARPA Campania.

Infine la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha istituito un Osservatorio Ambientale (O.P.C.M. 3730 del 07/01/2009, art. 3), al fine di garantire la più ampia informazione nei confronti della popolazione relativamente alle attività e modalità di funzionamento dell'impianto di termovalorizzazione nel comune di Acerra.

Obiettivi generali:

Il presente progetto, inserito in un più ampio programma di sviluppo delle competenze relative al monitoraggio salute-ambiente della Regione Campania, ha l'obiettivo di mettere a regime ed integrare gli strumenti già attivati con i progetti CCM ("*Valutazione epidemiologica dello stato di salute della popolazione esposta a processi di raccolta, trasformazione e smaltimento dei rifiuti nella Regione Campania*" – "*Costituzione di un Centro di riferimento per la valorizzazione delle fonti informative su salute e inquinamento ambientale da rifiuti a supporto della funzione di governo istituzionale*") per realizzare una valutazione degli effetti sulla salute degli inquinanti prodotti da siti o impianti di smaltimento dei rifiuti presenti in Campania e verificare la fattibilità di realizzare un sistema di sorveglianza epidemiologica. Si vuole così fornire agli esperti, amministratori e al pubblico informazioni valide e aggiornate sugli aspetti tecnici relativi agli impianti di trasformazione e smaltimento di rifiuti in Campania, sulle loro emissioni, sullo stato di salute della popolazione residente in prossimità degli impianti e dei lavoratori addetti, e sui possibili effetti nocivi della contaminazione ambientale. A tale

scopo si è avviata una collaborazione con il Progetto MONITER, condotto su analoghe problematiche dall'ARPA Emilia Romagna, che costituisce quindi partner essenziale del progetto.

Risultati attesi

Attraverso le attività del progetto si intende mettere a regime l'effettuazione della valutazione degli effetti sulla salute degli inquinanti prodotti da siti o impianti di smaltimento dei rifiuti presenti in Campania e verificare la fattibilità di rendere routinaria e tempestiva questo tipo di valutazione, trasformandola così in attività di sorveglianza. A tal fine è necessario disporre della migliore e più aggiornata informazione scientifica disponibile sui rapporti tra modalità di gestione dei rifiuti e salute delle popolazioni.

Nello studio sarà posta particolare attenzione alla valutazione dei livelli di esposizione delle popolazioni residenti, utilizzando sia modelli di ricaduta o di dispersione che misure in atmosfera o al suolo, al fine di caratterizzare livelli diversi di esposizione in relazione alla localizzazione rispetto alla fonte inquinante.

In particolare saranno verificati gli effetti a breve e a lungo termine degli impianti di incenerimento di rifiuti solidi urbani esistenti e programmati sul territorio regionale attraverso una metodologia che garantisca la buona caratterizzazione dell'esposizione ambientale. Inoltre si approfondiranno gli studi geografici di mortalità e di incidenza oncologica e di malformazioni congenite già effettuati nei comuni delle province di Napoli e Caserta attraverso studi analitici, estendendoli alle altre province, per verificare l'eventuale associazione causale tra gli incrementi osservati e la presenza di siti di smaltimento di rifiuti anche non legali. Il confronto tra i risultati ottenuti, corretti per i possibili confondenti anagrafici e socio-economici, consentirà inoltre una valutazione degli effetti di modalità diverse di smaltimento dei rifiuti.

Particolare attenzione, infine, sarà posta nella programmazione e attuazione della diffusione dei risultati delle attività.

Azioni principali:

Le attività che il progetto si propone di effettuare sono di seguito esposte:

Sintesi delle conoscenze sul tema;

Aggiornamento delle precedenti rilevazioni dei siti di smaltimento dei rifiuti presenti nella Regione Campania;

Per gli inceneritori, stima delle emissioni in aria, acque e suolo relative a ciascun impianto;

Caratterizzazione della popolazione potenzialmente esposta;

Valutazione degli effetti sulla salute dell'esposizione ambientale;

Valutazione epidemiologica dello stato di salute dei lavoratori esposti;

Valutazione dello stato di salute ex-ante delle popolazioni interessate dai nuovi insediamenti;

Diffusione di reportistica regionale standard sullo stato di salute della popolazione e sui suoi determinanti e aggiornamento, in collaborazione con l'ARPA, sulla situazione ambientale correlata alla gestione dei rifiuti.

Diffusione dei risultati dei lavori realizzati, con particolare attenzione alla pianificazione della comunicazione e dell'informazione per i decisori, i cittadini e la comunità scientifica.

Formazione operatori sanitari sui temi specifici.

Attori:

Regione Campania – Osservatorio Epidemiologico Regionale, ARPA Campania, Registri Tumori, Registro malformazioni, AASSLL, Centro di riferimento per la valorizzazione delle fonti informative su salute e inquinamento ambientale da rifiuti.

Portatori di interesse:

Popolazione, Associazioni cittadini, Associazioni ambientaliste, Province, Comuni.

Possibili criticità:

L'approccio proposto appare nel complesso fattibile, a condizione che vi sia una integrazione tra le informazioni dei sistemi informativi sanitari (anagrafi di popolazione, mortalità, ricoveri ospedalieri, difetti congeniti, registro tumori) e ambientali (caratterizzazione ambientale dei siti contaminati, censimento emissioni) che, sebbene non in maniera omogenea, possono essere considerati di qualità sufficiente per gli scopi del progetto.

La principale criticità è comune a tutti i lavori che intendono correlare lo stato di salute con misure di esposizione ambientale, ed è fondamentalmente di tipo metodologico, riguarda le procedure di valutazione e di attribuzione dell'esposizione.

Sistema di valutazione:

costruzione di una metodologia per l'interpretazione dei dati prodotti mediante definizione di un sistema di indicatori per valutare lo stato di salute della popolazione esposta;

gestione e aggiornamento censimento delle fonti inquinanti (impianti e discariche);

sintesi e utilizzazione delle evidenze scientifiche disponibili nella letteratura relative agli aspetti ambientali e sanitari connessi con la presenza di impianti per il trattamento e smaltimento dei rifiuti;

pianificazione di iniziative di comunicazione e di formazione sul tema.

Cronoprogramma:

Le attività si svolgeranno nel corso del triennio di vigenza del PRP.

Beneficiari:

Popolazione

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti

Valutazione degli effetti sulla salute degli inquinanti prodotti da siti o impianti di smaltimento dei rifiuti presenti in Campania e verificare la fattibilità di realizzare un sistema di sorveglianza epidemiologica.

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	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Produzione di rapporti tecnici su: analisi a livello subcomunale, analisi della					Stesura rapporti	

struttura spaziale dei dati, stima di indicatori di patologie con brevi tempi di latenza.						
Mappa e censimento sulla localizzazione geografica di impianti autorizzati alla gestione rifiuti	% territorio mappato				Realizzazione censimento	
Produzione di report di sintesi sulla letteratura scintigrafica esistente	n.ro di report		Stesura report			
n.ro corsi d'aggiornamento e formazione	n.ro soggetti formati		1		3	
Promozione campagna di comunicazione/informazione	n.ro di interventi				Realizzazione campagna	

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

Progetto 15: La comunicazione del rischio in sicurezza alimentare: un passo importante verso la prevenzione (Quadro d'Insieme n° 2.8.1)

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012:

Fornire ai consumatori un'informazione preventiva, in materia di sicurezza alimentare, mirata alla promozione di comportamenti protettivi da adottare nella vita quotidiana ed in caso di emergenza anche attraverso l'individuazione di una fonte ufficiale e accessibile di notizie: l'Osservatorio Regionale per la Sicurezza alimentare.

Formare il personale sanitario coinvolto nei controlli sugli alimenti, al fine di trasformare l'enorme quantità di dati e di informazioni in una risorsa per il cittadino e un vantaggio per la comunità.

Contenuti del progetto

Beneficiari

L'attività di comunicazione sarà rivolta alle seguenti categorie: personale sanitario, associazioni di categoria, stakeholders, scuole, opinione pubblica

Analisi del contesto/Descrizione dell'intervento

La Giunta regionale della Campania, con delibera n. 2492 del Luglio 2007 istituisce l'Osservatorio Regionale per la Sicurezza Alimentare. L'Autorità regionale, attraverso ORSA, predispone un sistema di comunicazione del rischio costante ed efficace.

In un sistema complesso come quello della filiera alimentare, costituito da vari passaggi nei quali operano diversi soggetti, il ruolo svolto dalla comunicazione diviene fondamentale. Una comunicazione efficiente, interna al sistema, permette un funzionamento corretto della filiera, veicolando così un'immagine positiva e rassicurante anche all'esterno ovvero proprio verso la comunità costituita dai cittadini-consumatori, sempre più esigenti in termini di domanda di informazioni.

Un consumatore bene informato è anche un cittadino consapevole, non soltanto del proprio diritto alla salute ma anche del proprio ruolo come soggetto attivo nel perseguire e mantenere il proprio benessere fisico e psicologico, adottando abitudini salubri e ponendo costante attenzione alla prevenzione .

La tematica della *comunicazione del rischio* ha trovato e sta trovando interesse sempre maggiore anche da parte dei decisori politici, che si trovano a dover affrontare un contesto assai complesso e articolato dove non si tratta più soltanto di tenere presente i rischi naturali, quali incidenti di diverso tipo, ma diventa necessario valutare anche nuovi rischi, quali quelli dovuti all'attività dell'uomo, in particolare legati alle innovazioni tecnologiche.

L'aspetto legato alla comunicazione del rischio ha rappresentato l'elemento innovativo più importante apportato negli ultimi anni dalla nuova legislazione in materia di sicurezza alimentare.

I disciplinari prevedono un continuo aggiornamento delle procedure e la comunicazione puntuale alle autorità competenti sui risultati scaturiti dalle analisi effettuate.

Le informazioni raccolte vengono messe a disposizione dei consumatori, che sono parte attiva della filiera alimentare, con un'opera di informazione ed educazione continua, senza la quale non si potrebbe chiudere correttamente il cerchio.

Ma l'impegno dei canali di comunicazione istituzionale a volte risulta ancora insufficiente: l'esperienza degli ultimi anni in materia di sicurezza alimentare ha portato gli studiosi ad interrogarsi sul modo in cui la sicurezza alimentare viene sentita dalla comunità dei cittadini e quindi comunicata; vi è infatti grande discordanza tra quello che viene definito il "rischio reale", frutto dei statistiche elaborate da esperti, e il "rischio percepito" dai consumatori, spesso influenzato dalle modalità con cui gli organi di informazione trattano determinati argomenti.

I cittadini reagiscono agli allarmi alimentari con scelte irrazionali e con manifesta sfiducia nei confronti di istituzioni, scienziati, produttori e commercianti. Un ruolo importante è svolto in questo senso dai media che nel portare i rischi all'attenzione dell'opinione pubblica, creano spesso, un senso di urgenza attorno ad essi.

É ormai noto che la copertura mediatica può amplificare l'interesse su un problema: una buona storia giornalistica è, infatti, quella in cui l'interesse del pubblico e dei media si rinforza a vicenda; si parla di effetto slavina (snow ball) per descrivere un evento che vede via via un maggior interesse e copertura da parte dei media che competono per conquistare il primato dell'informazione.

Alcune caratteristiche che attraggono i media, quali la rarità, la novità, la commerciabilità e l'interesse collettivo, fanno emergere con chiarezza le dinamiche per cui spesso vengono focalizzati i dubbi anziché chiarirli, esacerbando i conflitti e non legittimando le fonti che vengono spesso messe tutte sullo stesso piano. Avviene così facilmente che molte informazioni siano fornite con poche o nessuna analisi rispetto alla corrispondenza a reali conoscenze tecnico-scientifiche, tanto che la copertura dei media è talvolta difficile da prevedere e spiegare.

L'attuale stile di comunicazione raramente è utile alla comunicazione del rischio, al contrario spesso risulta dannoso.

Gli eventi di contorno alle recenti crisi del cibo associate alla BSE, alla influenza aviaria alla diossina hanno fornito grande evidenza di insuccesso e di fallimento dei tradizionali modelli di comunicazione del rischio.

L'attività dell'informazione pubblica dovrebbe essere orientata alla ricerca di maggiore chiarezza ed accessibilità, utilizzando ogni risorsa disponibile perché possa circolare meglio individuando con chiarezza i bisogni informativi dei cittadini e i linguaggi di riferimento, così da rendere la comunicazione efficace. In questo senso, è importante che il servizio pubblico sappia ricorrere allo "specifico" di ogni mezzo, sapendo valorizzare, anche nel campo della comunicazione per la salute, il linguaggio della ricerca scientifica, ma anche e soprattutto modalità divulgative che tengano conto del livello medio di istruzione degli utenti.

Descrivere la probabilità che l'assunzione di qualche tipo di alimento può essere dannosa non è affatto facile. Non sempre è possibile convertire i risultati scientifici in semplici consigli e raccomandazioni che i non addetti ai lavori possano comprendere o seguire facilmente.

Per comunicare in modo adeguato è necessario mettere in campo una vera e propria strategia di comunicazione modellata il più possibile alla situazione contingente in cui il rischio si manifesta.

Per Orsa tale comunicazione assume forme diverse in ragione del periodo di attività: comunicazione in "tempo di pace" e "fase di emergenza".

La comunicazione del rischio "in tempo di pace" viene effettuata attraverso un'informazione preventiva, mirata alla promozione di comportamenti protettivi da adottare nella vita quotidiana ed in caso di emergenza.

La comunicazione in "fase di emergenza" ha l'obiettivo di fornire un resoconto dettagliato su ciò che si sta facendo per affrontare l'emergenza, raccomandando le azioni che possono essere adottate al fine di ridurre i rischi.

Per il raggiungimento degli obiettivi il progetto prevede che la comunicazione, debba essere organizzata lungo due direttrici principali: verso l'interno e verso l'esterno.

La comunicazione interna (Servizio Sanitario), ha lo scopo di diffondere informazioni utili sulle attività che vengono svolte dai gruppi di lavoro e di informare il personale circa eventuali aggiornamenti di carattere scientifico/normativo.

La comunicazione esterna ha invece l'obiettivo di rendere noti alla popolazione ed alle altre categorie coinvolte i rischi sanitari, i comportamenti atti a ridurli e l'attività che l'Istituzione svolge per tutelare la salute pubblica, con la finalità di consolidare il rapporto di fiducia con il pubblico e, nel contempo, di promuovere la propria immagine sul territorio.

Le azioni di comunicazione da sviluppare a tutti i livelli sono:

1. Possibile individuazione dell'Orsa come ente preposto alla Comunicazione del rischio e pubblicizzazione del suo sito web
2. Verifica della conoscenza in materia di sicurezza alimentare di un gruppo rappresentativo di consumatori
3. Progettazione e realizzazione di materiale informativo (brochure, poster, audiovisivi, slide, etc.);
4. Progettazione e realizzazione di campagne di informazione ideate da Orsa e destinate all'utenza;
5. Progettazione e realizzazione di materiale informativo elaborato da Orsa e destinate alla scuola (edutainment);
6. Verifica dell'apprendimento di argomenti inerente la sicurezza alimentare mediante questionari online

7. Formazione ed informazione del personale medico e medico veterinario in materia di sicurezza alimentare

Gli strumenti per l'attuazione del Piano sono:

Punti 1 :

- Sul versante della comunicazione istituzionale qualificare l'ORSA quale fonte ufficiale sui temi della sicurezza alimentare attraverso la diffusione e la promozione dell'Osservatorio e delle sue attività sul circuito regionale e nazionale. Si propone a tal fine la realizzazione di 1 spot video di presentazione dell'Osservatorio e di 1 spot radiofonico da distribuire attraverso il circuito Videometrò News Network®, il canale televisivo della Metropolitana Regionale della Campania ed il circuito di Grandi Stazioni – Napoli Centrale. L'utilizzo del canale comunicativo dell'infomobilità permette il passaggio del messaggio in più punti della città, anche extra-urbani, nella stessa giornata unitamente alla possibilità di essere notato da un gran numero di cittadini grazie ai loro quotidiani spostamenti. La distribuzione dello spot radiofonico avverrà invece sul circuito RADIO della GDO.
- campagna di banner advertising sui principali quotidiani online regionali per la durata di diversi giorni. Il ricorso a banner in posizione di rilievo favoriscono un interessante click-through rate e aumentano la visibilità del portale istituzionale dell'Osservatorio sostenendo la sua conoscenza per una futura e più approfondita consultazione da parte degli utenti.

Punti 2 e 6 :

- Al fine di verificare il grado di conoscenza di tematiche relative alla sicurezza alimentare e l'apprendimento dopo adeguata formazione sarà progettata e realizzata un'indagine statistica.

L'indagine avrà due obiettivi principali:

- valutare il grado di conoscenza che il "consumatore" ha nei confronti di temi di sicurezza alimentare;
- valutare il grado di competenza che gli "esperti" hanno in tema di sicurezza alimentare.

Per conseguire gli obiettivi prefissati saranno individuati, pertanto, due gruppi di individui:

- il primo rappresentato da consumatori opportunamente scelti tra le principali associazioni di categoria;
- il secondo rappresentato da medici veterinari appartenenti alle AA.SS.LL. della regione Campania.

La numerosità del campione sarà individuata in modo tale da essere rappresentativa della popolazione di riferimento.

Nella progettazione di un'indagine statistica, dopo aver definito gli obiettivi sorge il problema di realizzare lo strumento che permetta di raccogliere e memorizzare i dati relativi alle singole unità statistiche. Lo strumento che sarà utilizzato in questa indagine statistica è il questionario.

In collaborazione con esperti in materia di sicurezza alimentare saranno ideati due diversi questionari in relazione al target di riferimento.

Le domande, comprensibili e chiare, saranno poste in sequenza logica.

La numerosità totale delle domande sarà valutata con attenzione, trovando la giusta misura tra il bisogno di informazioni e la disponibilità dell'intervistato in modo da non perdere l'attenzione, e quindi l'affidabilità dell'intervistato.

Saranno previste domande:

- dirette o personali (domande che coinvolgono direttamente l'intervistato);
- indirette o impersonali (domande che si riferiscono ad un'intera categoria di soggetti);
- semplici (domande che richiedono soltanto una risposta);
- multiple (domande che richiedono più risposte);

- primarie o domande “filtro” (che permettono, partendo da una domanda ed acquisendo una risposta, di passare ad altre domande, dette secondarie).

I dati rilevati saranno analizzati con le più appropriate metodologie statistiche, ed i risultati saranno presentati in un report su supporto informatico e saranno utilizzati come linea guida per la preparazione del materiale informativo da divulgare.

Punto 3 e 4 :

- Progettazione e realizzazione di materiale informativo su diversi argomenti inerenti la sicurezza alimentare e distribuzione materiale informativo su GDO. Si prevede sia l’allestimento di corner informativi sia un’azione di volantinaggio da svolgere in punti strategici di grande affluenza della Campania. Per quanto riguarda l’allestimento di corner informativi, le postazioni saranno ubicate in prossimità dell’ingresso al supermercato in una posizione “importante” per un periodo di diversi week end (da venerdì a domenica). I corner, coerenti con l’identità visiva dell’Osservatorio, saranno deputati alla distribuzione di materiale informativo prodotto dall’ORSA e presidiati da un servizio di hostess e/o da personale indicato dall’Osservatorio. Le postazioni permetteranno di intercettare sia il consumatore/cliente del supermercato sia tutte le persone in transito all’interno della galleria.

Per quanto riguarda l’azione di volantinaggio si prevede di distribuire, a sostegno dell’intera campagna di comunicazione, il materiale informativo (depliant, brochure, etc.) prodotto dall’ORSA in punti strategici di grande affluenza della Campania quali, ad esempio, ingresso grandi centri commerciali, mercatini rionali, etc.

Punto 5 :

- Realizzazione di materiale educativo interattivo (edutainment) Tale attività prevede la progettazione e la realizzazione di n°1 edutainment rivolto al pubblico più giovane finalizzato all’educazione in materia di “sicurezza alimentare”. Il prodotto avrà il fine di sensibilizzare il target di riferimento coinvolgendolo in un processo di apprendimento attivo e ludico. Tale obiettivo sarà perseguito dotando il prodotto di un alto grado di interattività e facendo ampio ricorso alla multimedialità.;

Punto 5 :

- Accanto ad un sistema di formazione tradizionale si colloca l’aggiornamento proposto da Orsa.
- Nel mercato dell’informazione e della comunicazione la capacità di innovare è legata alla capacità di produrre: l’incertezza e la rapidità del cambiamento dettano le regole del gioco e sostengono la spinta competitiva. Il problema è trasformare l’enorme quantità di dati e di informazioni in una risorsa per il cittadino e un vantaggio per la comunità.
- Il Consiglio di Lisbona nel 2000 definiva knowledge age l’attuale fase storica in cui l’istruzione e la formazione sono riconosciute come gli strumenti indispensabili per promuovere lo sviluppo sociale, la cittadinanza attiva, la realizzazione professionale e personale, l’adattabilità e l’occupabilità.
- Il sistema formativo proposto, vuole da una parte trasmettere conoscenze e sviluppare abilità, dall’altra fornire un sistema di competenze che consentano all’individuo un orientamento corretto sul territorio; ciò significa fornire capacità di correlazione tra i diversi contenuti concettuali, capacità di controllo del proprio lavoro nonché di progettazione del proprio percorso lavorativo in relazione a collocazioni non rigidamente predefinite.
- L’offerta formativa si basa su un’articolazione che coniuga sistematicamente teoria e pratica, in una logica per cui il saper fare è costantemente integrato a un quadro avanzato di sapere disciplinare e interdisciplinare.

- Il percorso contenutistico, quindi, non si esaurisce in schemi, modelli, casi, norme, fruibili solo sull'immediato, ma fornisce argomentazioni, approfondimenti e contestualizzazioni di ricerca che assicurano il livello qualitativo di reference alle pubblicazioni.

La strategia generale del progetto, pianificato secondo la metodologia del Project Cycle Management mira, attraverso una migliore conoscenza dei rischi connessi al cibo, a promuovere e favorire un mutamento dei comportamenti e atteggiamenti nella popolazione, e a fornire al personale del servizio sanitario, coinvolto nelle attività di controlli sugli alimenti, una formazione integrata e gli strumenti per migliorare le capacità di comunicazione del rischio.

In modo schematico e sintetico la logica del progetto è riassunta con un modello logico dove, le attività e i servizi agiscono sulla popolazione oggetto producendo dei risultati attesi tra loro concatenati da un rapporto di causa- effetto che permettono di raggiungere l'obiettivo specifico di salute nella popolazione target (fig. 1). I risultati attesi concorrono alla realizzazione dell'obiettivo di salute del progetto e sono rappresentati nell'albero degli obiettivi (fig. 2).

Per collocare in un contesto reale ed operativo gli obiettivi e le attività individuate con adeguati indicatori di verifica dell'attuazione e considerare eventuali fattori di rischio che possono influire sulla realizzazione del progetto, è stato costruito un quadro logico che ci consente di verificare e confermare la logica d'insieme del progetto (fig. 3).

Perché il progetto possa raggiungere l'obiettivo prefissato è necessaria e fondamentale la partecipazione ed il contributo delle istituzioni sanitarie coinvolte nella problematica della sicurezza alimentare.

Le risorse utilizzate per il progetto sono interne all'Orsa per quanto riguarda i contenuti mentre per quanto attiene la realizzazione di materiale tecnico di comunicazione si farà riferimento ad una società esterna.

Concorrono alla realizzazione del progetto diversi enti pubblici:

- Assessorato alla Salute della Regione Campania
- I Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali e le strutture ospedaliere
- Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Mezzogiorno
- I servizi veterinari e i medici di igiene pubblica del sistema sanitario nazionale
- Le istituzioni scolastiche

Obiettivo di salute

Il progetto ha come obiettivo

- qualificare l'Osservatorio regionale per la Sicurezza alimentare quale fonte ufficiale sui temi della sicurezza alimentare;
- avviare un processo di informazione preventiva, mirata alla promozione di comportamenti protettivi inerenti la sicurezza alimentare da adottare nella vita quotidiana
- fornire al personale delle AASSLL una formazione specialistica ed integrata che coniugando sistematicamente teoria e pratica fornisca all'individuo un orientamento corretto sul territorio.

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

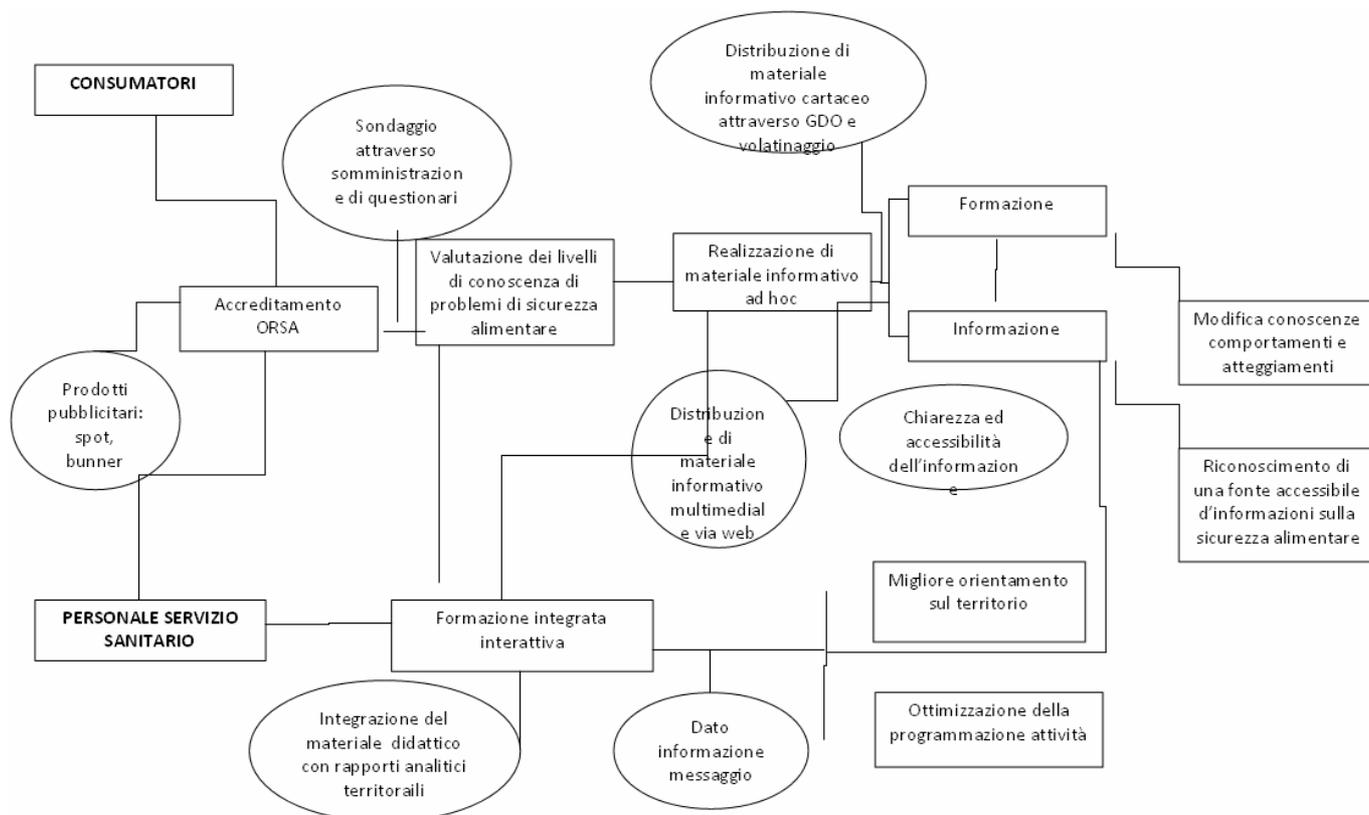
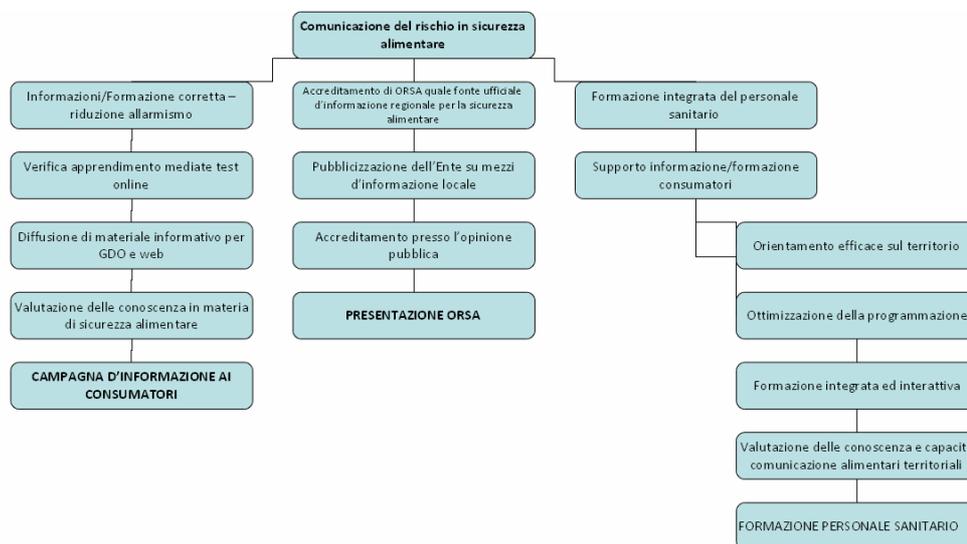


Fig.1. Modello logico (La comunicazione del rischio in sicurezza alimentare: un passo importante verso la prevenzione)



Albero degli obiettivi (La comunicazione del rischio in sicurezza alimentare: un passo importante verso la prevenzione)

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo	Fornire al personale del Servizio Sanitario			

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

generale	informazioni utili sulle attività che vengono svolte dall'Orsa nonché rendere noti eventuali aggiornamenti di carattere scientifico/normativo. Rendere noti alla popolazione ed alle altre categorie coinvolte i rischi sanitari, i comportamenti atti a ridurli e l'attività che l'Istituzione svolge per tutelare la salute pubblica, con la finalità di consolidare il rapporto di fiducia con il pubblico e, nel contempo, di promuovere la propria immagine sul territorio.			
Obiettivo specifico	Identificare una fonte attendibile e accessibile di notizie inerenti la sicurezza alimentare; attivare campagne di formazione ed informazione mirata destinate a tutti i consumatori, grandi e piccoli; integrare la formazione del personale sanitario .	Conoscenze e capacità di comprensione Capacità di applicare conoscenza e comprensione Conoscenze e capacità di comprensione Abilità comunicative Autonomia di giudizio Capacità di apprendimento	Test on-line Test scritti Report Orsa N. di accessi al sito web Volume di materiale distribuito	Disponibilità risorse finanziarie Partecipazione dei servizi pubblici
Risultati attesi 1	Accreditamento dell'ORSA come fonte ufficiale sui temi della sicurezza alimentare	N. di accessi al sito web N. di commenti agli articoli N.di contatti telefonici N.di contatti via mail N.di registrati al sito	Volume di materiale distribuito Rapporti sull'attività del sito Rapporti sulle attività di Orsa in relazione alla comunicazione	Ritardi della società gestore Ritardi costituzione gruppo di lavoro Tempi di chiusura contatti ed isponibilità delle società. Temi di diffusione
		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Produzione di materiale pubblicitario	Supporto didattico e strumentale Supporti tecnici e strumenti didattici	Produzione di spot audio/video € 10.000 Produzione di banner € 5.000	
Attività 1.2	Diffusione del materiale prodotto	Divulgazione materiale	Contratto con circuito Grandi stazioni e Videometro News Network € 25.000 Contratto con mezzi	

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

			d'informazione regionali on-line € 25.000	
			Costo totale attività € 65.000	
Risultati attesi 2	Progettazione e realizzazione di campagne di informazione destinate all'utenza	Registrazione delle attività di formazione Quantità materiali divulgativo prodotto e distribuito	Registrazione degli eventi Elenco partecipanti Elenco scuole che aderiscono Adesione delle associazioni Materiale stampato e distribuito	Scarsa adesione delle scuole Scarsa adesione dei delle associazioni Risorse econom.
		Mezzi	Costi	
Attività 2.1	Sondaggio sulle conoscenze in materia di sicurezza alimentare in diversi gruppi di consumatori	Supporto didattico (ppt) e strum. materiale divulgativo	Organizzazione dell'evento € 10.000	
Attività 2.2	Elaborazione di materiale informativo specifico	Supporto didattico (ppt) e strumentale Materiale divulgativo	Stampa materiale € 30.000	
Attività 2.3	Distribuzione del materiale informativo attraverso la GDO o il sito web orsa	Supporto didattico (ppt) e strumentale Materiale divulgativo	Contratto con GDO Allestimento corner in GDO € 25.000	
Attività 2.4	Verifica dell'apprendimento mediante test on-line	Supporto didattico (ppt) e strumentale	Gestione web € 10.000	
			Costo totale attività € 75.000	
Risultati attesi 3	Integrare ed implementare la formazione del personale del servizio sanitario mediante realizzazione di 3 corsi di formazione	Supporto didattico (ppt) e strumentale Materiale divulgativo	Registrazione degli eventi Elenco partecipanti Iscrizione ministero corso ECM Materiale stampato e distribuito	Scarsa adesione dei veterinari
		Mezzi	Costi	
Attività 3.1	Corsi di formazione	Supporto didattico (ppt) e strumentale	Organizzazione dell'evento € 8000	

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

			Stampa materiale € 10000	
			Costo totale attività € 18.000	
			COSTO TOTALE PROGETTO € 158.000	

Fig.3. Quadro logico (La comunicazione del rischio in sicurezza alimentare: un passo importante verso la prevenzione)

Cronogramma delle attività

Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti	2010			2011			2012				
1.1	Produzione di materiale pubblicitario	Referente attività			x	x	x							
1.2	Diffusione del materiale prodotto	Referente attività						x	x					
2.1	Sondaggio sulle conoscenze in materia di sicurezza alimentare in diversi gruppi di consumatori	Orsa						x	x	x				
2.2	Elaborazione di materiale informativo specifico	Orsa							x	x	x			
2.3	Distribuzione del materiale informativo attraverso la GDO o il sito web orsa	Referente attività										x	x	
2.4	Verifica dell'apprendimento	Orsa web											x	x
3.1	Corsi di formazione	Orsa							x	x	x	x	x	x

Referenze

1. The EFSA Journal www.efsa.europa.eu
2. European Commission. Project Cycle Management, guidelines. Disponibile all'indirizzo <http://ec.europa.eu/>
3. Formazione professionale continua ed e-learning: l'esperienza italiana ,Parma, 26 marzo 2004
4. M. Di Martino Biblioteca Universitaria di Napoli
5. Peter Bennet e Kenneth Calman, Risk communication and public health, Oxford University Press, 2001.
6. Amelia Cocomazzi, "La comunicazione del rischio per la sicurezza" ,Il Diritto Alimentare, Anno III numero 4 novembre-dicembre 2009.
7. [Regolamento \(ce\) n. 178/2002 del parlamento europeo e del consiglio del 28 gennaio 2002](#)