

1.1 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)

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)

Numero identificativo della linea di intervento

2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione, sedentarietà, fumo di tabacco, alcol e altre dipendenze)

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento

In Campania, come in Italia e nel resto dei Paesi a reddito medio-alto, le malattie cronico-degenerative rappresentano le prime cause di morbosità e mortalità della popolazione.

Per monitorare entità ed andamento del fenomeno (incidenza, prevalenza e fattori di rischio) oltre le tradizionali banche dati già attive da anni a livello regionale, recentemente si sono sviluppati i “nuovi” sistemi di sorveglianza (SiS), particolarmente centrati sulla descrizione dei determinanti di salute. Nello specifico, negli ultimi 4 anni si è assistito ad un rafforzamento del sistema di sorveglianza PASSI mentre si sono rapidamente ed efficacemente sviluppati i “nuovi” sistemi di indagine: OKkio alla Salute, HBSC e Passi d'Argento.

Il sistema che si va strutturando è caratterizzato da una notevole complessità: se da un lato si hanno a disposizione numerose fonti informative di ottima qualità, dall'altra emerge la necessità di sviluppare al meglio le potenzialità di tali risorse.

Per poter pienamente sfruttare il possibile utilizzo di una così ampia mole di dati e per fare in modo che essa diventi risorsa immediatamente fruibile da parte di decisori e operatori, è indispensabile perfezionare un governo unitario che promuova un'efficace integrazione tra tali sistemi, sia a livello regionale sia a livello aziendale, e che sviluppi un piano di comunicazione attiva dei risultati in favore dei principali utilizzatori e i principali gruppi di interesse.

La produzione periodica del “profilo di salute”, sia a livello regionale sia a livello aziendale, inoltre, è un prezioso strumento di programmazione, la cui realizzazione va certamente promossa e sostenuta: partendo dai dati delle sorveglianze e di altri sistemi informativi costituisce uno strumento di lettura immediata dello stato di salute della popolazione e, contestualmente, di definizione delle priorità di “interventi per la salute”, consentendo ai decisori un ponderato investimento delle risorse.

Obiettivi generali

Favorire l'adozione di comportamenti salutari dei cittadini attraverso la conoscenza dei dati locali relativi ad abitudine al fumo, consumo d'alcol, stato nutrizionale e attività fisica nell'ambito degli interventi di promozione della salute.

Risultati attesi (in 2 anni)

- Creazione (riconoscimento istituzionale) di un unico gruppo tecnico regionale, presso l'OER dell'Assessorato alla Sanità, relativo ai SiS
- Creazione (riconoscimento istituzionale) di un unico gruppo tecnico aziendale, presso le singole Asl, relativo ai SiS
- Produzione dei report regionali ed aziendali, ove previsto
- Produzione dei Profili di Salute regionale ed aziendali
- Istituzione del "Tavolo Regionale sugli Stili di Vita"
- Realizzazione di un progetto di formazione alla comunicazione in favore del gruppo tecnico regionale e dei gruppi tecnici aziendali
- Messa a punto di un programma triennale da parte dei gruppi tecnici regionale ed aziendali
- Prevedere un incontro a cadenza trimestrale tra il gruppo tecnico regionale e quelli aziendali
- Favorire la piena realizzazione di tutto il progetto "Sostegno alle funzioni di interfaccia tra la regione Campania ed il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie – 2008", con particolare riferimento alle aree prioritarie relative ai SiS.

Azioni principali

Azioni a livello regionale

- Costituire di un unico gruppo tecnico presso l'OER su tutti i SiS per produrre, gestire e coordinare in maniera integrata e rendere fruibili le informazioni prodotte dai principali SiS (OKkio alla Salute, HBSC, PASSI, Passi d'Argento ed eventuali altri sistemi informativi). Favorire e sostenere la formazione in favore dei componenti del gruppo tecnico e le loro attività.
- Favorire e sollecitare comunicazione e collaborazione tra gruppo tecnico regionale sui SiS ed i gruppi tecnici nazionali, responsabili del coordinamento centrale dei singoli SiS.
- Invitare i Direttori Generali delle Asl a costituire un gruppo tecnico aziendale per la realizzazione e per la gestione integrata dei SiS e delle informazioni da essi prodotte.
- Produrre Report regionali sui risultati dei singoli SiS
- Produrre Report regionali monotematici sui fattori di rischio, riportando contemporaneamente informazioni dai diversi SiS
- Formare i referenti aziendali relativamente alla raccolta dei dati e alla realizzazione dei report aziendali
- Organizzare un corso di formazione intensivo su contenuti, metodo e strategie di comunicazione in salute pubblica, da offrire ai gruppi tecnici regionale ed aziendali in collaborazione con Agenzie specializzate di provata esperienza nel campo. Il corso prevedrà 5 incontri residenziali, non consecutivi, di 2 giornate e un corso distanza attraverso la piattaforma Goal, rinforzati dai percorsi "Fad" erogati dal progetto Pinc
- Produrre e diffondere il Profilo di Salute della popolazione regionale con cadenza triennale
- Formare i referenti aziendali per la produzione dei Profili di Salute aziendali.
- Rendere disponibili, con opportuna regolamentazione, in maniera integrata le basi dati prodotte dai SiS
- Istituire un "Tavolo Regionale sugli Stili di Vita" con la partecipazione di enti ed istituzioni interessati alla promozione di stili di vita salutari, capace di supportare l'organizzazione di interventi multisettoriali integrati
- Promuovere azioni di marketing sociale, in collaborazione con il "Tavolo Regionale sugli Stili di Vita", attraverso i mezzi di comunicazione regionali ricorrendo, ove necessario, ad agenzie di comunicazione specializzate.
- Contribuire al coordinamento dei gruppi tecnici aziendali favorendo l'unitarietà di programmi ed azioni tra le diverse asl.
- Contribuire all'ideazione del piano di comunicazione delle Asl relativamente ai risultati dei SiS.

Azioni a livello delle Asl

- Costituire un coordinamento dei SiS ovvero un gruppo tecnico aziendale unico relativo a tutti i SiS per la loro concreta realizzazione ed integrazione. Tale gruppo di coordinamento è individuato all'interno delle strutture di Epidemiologia e Prevenzione dei Dipartimenti di Prevenzione o, laddove esistenti, nelle unità organizzative degli stessi, dedicate alla sorveglianza delle malattie croniche.
- Garantire al gruppo tecnico aziendale ed agli operatori sanitari coinvolti nell'espletamento delle indagini le risorse umane e strumentali necessarie per le attività connesse alla sorveglianza ed alle operazioni di comunicazione dei risultati.
- Individuare personale da formare per la rilevazione dei dati di sorveglianza (afferente alla unità organizzativa del coordinatore e/o appartenente alle specifiche aree di interesse dei rispettivi sistemi, opportunamente individuato dai Direttori di Struttura Complessa di riferimento)
- Formare gli operatori sanitari per permettere la raccolta dei dati nel corso delle indagini
- Garantire l'interfaccia con il gruppo tecnico regionale per la migliore realizzazione dei SiS e per la comunicazione dei dati raccolti nelle indagini.
- Scrittura dei report aziendali ove prodotti.
- Produrre un Profilo di Salute aziendale con cadenza triennale
- Ideare, organizzare e realizzare un piano di comunicazione in favore dei principali gruppi di interesse locali circa le informazioni prodotte dai SiS.

Attori

- Assessorato alla Sanità, OER
- Gruppo Tecnico Regionale dei SiS
- AASSLL, Direzioni Generali, Dipartimenti di Prevenzione
- Gruppi Tecnici Aziendali dei SiS

Portatori di interesse

- Pediatri e Medici di famiglia
- Piani Sociali di Zona
- Servizi Sociali dell'Asl e dei Comuni
- Comuni (Urbanistica, Trasporti e Mobilità, Ambiente, Politiche Sociali ed Educative)
- Ufficio Scolastico Regionale
- Assessorato ai trasporti
- Associazioni del Commercio e dei Consumatori
- Altri principali Gruppi di Interesse degli ambiti dei diversi SiS

Possibili criticità

- Individuazione di membri dei gruppi tecnici aziendali non dotati della necessaria esperienza
- Insufficienti risorse messe a disposizione dei gruppi tecnici per la realizzazione delle operazioni di svolgimento delle azioni dei SiS
- Cambio delle direzioni strategiche delle asl

Sistema di valutazione

Vedi tabella sottostante

Cronoprogramma

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Mese di attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	16	18	20	21	22	24
Attività Regionali																				
Costituire gruppo tecnico presso l'OER su tutti i SiS																				
Produrre Report regionali dei SiS																				
Produrre Report regionali monotematici sui fattori di rischio																				
Organizzare e realizzare un corso di formazione intensivo su contenuti, metodo e strategie di comunicazione in salute pubblica																				
Produrre Profilo di Salute regionale con cadenza triennale																				
Rendere disponibili le basi di dati prodotte dai SiS																				
Istituire un "Tavolo Regionale sugli Stili di Vita"																				
Promuovere azioni di marketing sociale																				
Attività aziendali																				
Costituire un gruppo tecnico aziendale unico relativo a tutti i SiS																				
Formare gli operatori sanitari per permettere la raccolta dei dati nel corso delle indagini																				
Scrittura dei report aziendali ove prodotti																				
Produrre un Profilo di Salute aziendale con cadenza triennale																				
Garantire l'interfaccia con il gruppo tecnico regionale																				
Ideare, organizzare e realizzare un piano di comunicazione in favore dei principali gruppi di interesse locali circa le informazioni prodotte dai SiS																				

Beneficiari

- Popolazione generale
- Politici e decisori degli ambiti sanitario e sociale, sia a livello regionale che aziendale
- Principali gruppi di interesse coinvolti

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo)

Favorire l'adozione di comportamenti salutari dei cittadini attraverso la conoscenza dei dati locali relativi ad abitudine al fumo, consumo d'alcol, stato nutrizionale e attività fisica nell'ambito degli interventi di promozione della salute.

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.2010	Verifica			
			Valore dell'indicatore al 31.12.2011		Valore dell'indicatore al 31.12.2012	
			atteso	osservato	atteso	osservato
Costituzione Gruppo Tecnico Regionale "SiS" c/o OER - Assessorato Sanità	Delibera G.R.C.	Non presente	presente		presente	
Costituzione Gruppi Tecnici Aziendali "SiS" c/o AASSLL	Delibere Aziendali	Non presente	presente		presente	
Produzione dei report regionali ed aziendali, ove previsto	Sito WEB di Epicentro o siti dedicati	Report regionali - anni di rilevazione fino al 2008	Report regionale ed almeno il 25% dei report aziendali previsti		Report regionale ed almeno il 66% dei report aziendali previsti	
Produzione dei Profili di Salute regionale ed aziendali	Sito WEB regionale ed aziendali		Report regionale ed almeno il 25% dei report aziendali previsti		Report regionale ed almeno il 66% dei report aziendali previsti	
Istituzione del "Tavolo Regionale sugli Stili di Vita"	Delibera G.R.C.	Non presente	presente		presente	
Realizzazione di un progetto di formazione per gli operatori della rete dei SiS regionale	Delibera G.R.C.	Non presente	presente		presente	
Incontri a cadenza trimestrali "GT regionale" e "GT aziendali"	Verbali di riunione	Non applicabile	Realizzazione di 4 incontri		Realizzazione di 8 incontri	
Ideare, organizzare e realizzare un piano di comunicazione in favore dei principali gruppi di interesse locali circa le informazioni prodotte dai SiS	Sito WEB di Epicentro o siti dedicati	Non applicabile	Completamento dell'intero piano di comunicazione per almeno 1 degli argomenti trattati da ogni SiS		Completamento dell'intero piano di comunicazione per almeno 4 degli argomenti trattati da ogni SiS	

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).

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento

I sistemi di sorveglianza (SiS) attualmente in essere considerano tutte le età della vita a partire dalla scuola primaria; manca, al momento, un SiS che descriva i principali indicatori di salute relativi ai primi anni di vita del bambino.

Gli interventi precoci di prevenzione nelle prime epoche della vita sono stati dimostrati essere efficaci nel migliorare sensibilmente la salute attuale e futura del bambino. Per valutare l'efficacia di tali interventi preventivi è necessaria una fonte informativa affidabile e rappresentativa. Una possibile fonte informativa relativa a questo gruppo di età, in effetti, esiste: si tratta del libretto regionale di salute del bambino. Tale strumento, introdotto da più di un decennio, al momento non riesce a fornire informazioni rappresentative della popolazione pediatrica per vari possibili motivi, tra cui i principali sono i seguenti: non tutti i bambini si recano dal pediatra di famiglia; le informazioni riportate sul libretto di salute non sono riportate su supporto informatizzato.

Le coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie, in Campania, sono > 90%: un sistema informativo che utilizzi l'ufficio vaccinale come sorgente delle informazioni, dunque, avrebbe un'alta probabilità di essere caratterizzato da una più che soddisfacente rappresentatività.

Potrebbe permettere, inoltre, un'analisi delle disuguaglianze in salute ed una successiva concreta sensibilizzazione dei Pediatri di Famiglia sulla necessità di migliorare l'informazione offerta alle famiglie appartenenti a classi sociali meno abbienti.

Più del 70% degli uffici vaccinali campani utilizza un sistema informatico per la registrazione delle avvenute vaccinazioni ed è attivo e ben funzionante il flusso di dati centralizzato presso l'OER.

Inoltre, un gruppo regionale che si occupa della sorveglianza e della promozione dell'allattamento al seno in alcuni uffici vaccinali della regione, ha sperimentato la copertura della raccolta periodica su materiale cartaceo di informazioni relative alla pratica dell'allattamento al seno, riportando risultati interessanti.

Tanto premesso, si ritiene opportuno valutare, in via sperimentale ed in un contenuto numero di uffici vaccinali, la fattibilità e l'efficacia dell'utilizzo dei sistemi informativi degli uffici vaccinali per la registrazione di informazioni che descrivano l'effetto di interventi di prevenzione realizzati in gravidanza e nei primi 2 anni di vita del bambino.

Ecco di seguito gli indicatori di salute che si intende validare:

- Allattamento al seno (AS). Presenta enormi vantaggi sulla salute sia del bambino che della madre. Nella nostra regione la percentuale di allattati al seno a 6 mesi sembra essere una delle più basse dell'intero Paese..
- Fumo passivo. In Italia ogni anno è possibile attribuire al fumo passivo il 17% dei casi di SIDS, il 21% delle infezioni respiratorie nei primi due anni di vita e il 9% dei casi d'asma. E' dimostrata, inoltre, l'associazione fra fumo passivo in età pediatrica e aumento del rischio di tumori.
- Posizione durante il sonno. E' noto che la posizione "a pancia sotto" durante il sonno è associata ad un maggiore rischio di morte improvvisa nel primo anno di vita. La promozione della posizione supina durante il sonno nei primi 6 mesi di vita riduce la mortalità post-neonatale .

- Frequenza di un corso di accompagnamento alla nascita. Soltanto una donna su 10, in Campania, frequenta un corso di accompagnamento alla nascita. Una tale pratica è associata ad un miglior esito della gravidanza, del parto e della salute del bambino nel primo anno di vita.
- Lettura ad alta voce nel primo anno di vita. Numerose ricerche descrivono gli effetti positivi della lettura ad alta voce da parte dei genitori nel primo anno di vita del bambino⁽¹⁶⁾.
- Utilizzo del seggiolino di sicurezza in auto. La possibilità di ridurre -con interventi di prevenzione efficaci ed efficienti- morbosità e mortalità da incidenti stradali è ben nota.

Obiettivi generali

Valutare la possibilità di utilizzare il Centro Vaccinale di distretto come nodo di un sistema di sorveglianza sulla salute dell'infanzia, a sostegno degli interventi di promozione della salute in gravidanza ed nelle prime epoche di vita del bambino.

Risultati attesi (in 2 anni)

- Raccolta e centralizzazione di informazioni relative alla salute del bambino nei primi 2 anni di vita. In particolare le informazioni riguarderanno: frequenza del corso di accompagnamento al parto, allattamento al seno, fumo passivo, posizione durante il sonno del bambino, lettura ad alta voce nel primo anno di vita, utilizzo del seggiolino di sicurezza in auto.
- Valutazione di efficacia ed efficienza del sistema informativo dei Centri Vaccinali nel rappresentare un nodo del SiS di alcuni determinanti di salute nel primo anno di vita.

Azioni principali

Azioni a livello regionale

- Messa a punto del progetto nei dettagli
- Coinvolgimento di 3 uffici vaccinali in 3 delle 7 asl della regione, in cui sia attivo il sistema informativo vaccinale tele-informatico
- Definire un accordo con la/le società che gestisce il software informatico presso gli uffici vaccinali individuati per la partecipazione al progetto sperimentale
- Formazione degli operatori degli uffici vaccinali per la raccolta delle informazioni
- Monitoraggio e controllo delle procedure
- Centralizzazione del sistema informativo
- Produzione di reports periodici da restituire agli uffici vaccinali
- Verifiche interne ed audit tra gli operatori coinvolti

Azioni a livello delle Asl

- Coinvolgimento di 9 distretti sanitari in 3 asl della regione
- Recepimento del progetto ed individuazione dei referenti da parte delle direzioni aziendali
- Formazione degli operatori
- Raccolta informazioni al momento della vaccinazione al 3°, 5°, 12°, 15°, 24° mese di vita del bambino

Attori

- OER
- Asl
- Distretti sanitari
- Operatori degli uffici vaccinali coinvolti
- Famiglie

Portatori di interesse

- Pediatri di famiglia
- Assessorato regionale alla sanità

Possibili criticità

- Scarsa partecipazione da parte delle direzioni delle asl o da parte dei distretti sanitari
- Mancanza di tempo da parte degli operatori dell'ufficio vaccinale
- Mancata collaborazione società informatiche

Sistema di valutazione

Indicatori di salute	Definizione di caso
donne che hanno partorito e che hanno frequentato un corso di accompagnamento alla nascita;	Donna che ha partecipato al corso, pubblico o privato, durante la gravidanza del bambino portato al Centro OR che ha partecipato al corso in occasione delle gravidanze precedenti.
lattanti che ricevono latte materno in modo esclusivo, predominante o parziale in occasione delle prime 2 somministrazioni dei vaccini del ciclo primario al 3°, 6° mese circa di vita;	Lattante che, nelle 24 ore precedenti la somministrazione della 1a e 2a dose delle vaccinazioni del ciclo primario è stato alimentato con allattamento esclusivo-predominante, parziale, artificiale (WHO).
lattanti che mantengono una predominante posizione supina durante il sonno al 3° e 6° mese di vita.	Lattante che durante il sonno mantiene una posizione predominante supina in occasione delle prime 2 vaccinazioni del ciclo primario.
lattanti/bambini esposti al fumo passivo di uno/entrambi i genitori o conviventi;	Lattante che vive in una abitazione in cui fuma o il padre o la madre o un altro dei conviventi.
lattanti ≥ 6 mesi esposti alla lettura ad alta voce da parte dei genitori	Lattante ≥ 6 mesi che riceve una lettura "ad alta voce" da parte di un genitore ≥ 5 volte/settimana, indipendentemente dalla durata.
lattanti/bambini che vengono adeguatamente tenuti nel seggiolino per il trasporto in automobile;	Lattante che viene messo usualmente nell'apposito seggiolino e adeguatamente ad esso assicurato quando viaggia in automobile.

Cronoprogramma

Mese di attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	16	18	20	21	22	24
Attività regionali																				
Messa a punto del progetto nei dettagli																				
Coinvolgimento degli uffici vaccinali																				
Definire un accordo con la/le società che gestisce il software informatico presso gli uffici vaccinali individuati per la partecipazione al progetto sperimentale																				
Formazione degli operatori degli uffici vaccinali per la raccolta delle informazioni																				
Monitoraggio e controllo delle procedure																				
Centralizzazione del																				

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)

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)

Introduzione

L'alta prevalenza di comportamenti e stili di vita dannosi (sedentarietà, errata alimentazione) e la più alta prevalenza di obesità tra gli alunni della scuola primaria che caratterizzano la Campania rispetto a tutte le altre regioni italiane (fonte: OKkio alla Salute 2008 e 2010) richiedono interventi tempestivi caratterizzati dalla migliore efficacia possibile.

In Campania, negli ultimi anni, sono stati realizzati numerosi interventi finalizzati alla promozione di stili di vita salutari nella scuola primaria. Tali interventi non hanno probabilmente raggiunto l'effetto desiderato per diversi motivi: carenza di un'adeguata progettazione, assenza/carenza di adeguati sistemi di monitoraggio e valutazione, non individuazione di chiare e precise responsabilità, insufficiente partecipazione dei diversi gruppi di interesse, episodicità.

Tra i numerosi interventi realizzati nelle scuole primarie campane negli ultimi anni, due sono ancora in itinere e meritano menzione: Crescere Felix ed il Progetto Quadrifoglio.

Crescere Felix (CF) rappresenta il progetto regionale del PRP 2005-2007. Esso, oltre a prevedere linee progettuali riguardanti l'allattamento al seno, lo svezzamento, la refezione scolastica e la gestione dell'obesità e dei relativi percorsi assistenziali, ha incluso la promozione delle azioni di contrasto all'epidemia di sovrappeso-obesità tra gli alunni delle scuole primarie della Campania; relativamente a quest'ultima linea progettuale, il progetto CF al momento sta concludendo la formazione degli operatori sanitari e dall'inizio del prossimo anno solare sono programmati gli interventi di formazione dei docenti della scuola primaria.

Il Progetto Quadrifoglio (PQ), oltre a trattare anche i temi del fumo (per la scuola secondaria) e dell'alcol, è un progetto dai contenuti simili alla linea progettuale di CF relativamente alla promozione degli stili di vita salutari e riguarda la sola Asl Napoli 1 Centro. Il PQ ha, quindi, una struttura certamente solida: una ricognizione effettuata dal Formez per conto del Ministero della Salute lo individua tra i 6 migliori progetti -su 339 censiti- di educazione alimentare e promozione dell'attività fisica sull'intero territorio nazionale. Per tali motivi il Progetto Guadagnare Salute in Adolescenza del Ministero della Salute-CCM, coordinato dalla Regione Piemonte, l'ha indicato, insieme al progetto Ragazzi in Gamba dell'AUSL Verona e a Paesaggi di Prevenzione della Regione Emilia-Romagna, come buona pratica da proporre a tutte le Regioni (con la denominazione "Progetto Promozione dell'Attività Fisica e della Corretta Alimentazione - GSA). Quindici regioni hanno deliberato di adottare una sintesi dei suddetti 3 progetti sul proprio territorio: a partire dal febbraio 2011 un'equipe costituita da operatori del PQ, dell'AUSL di Verona e della Regione E-R, avranno il compito di formare i referenti delle 15 regioni italiane e di accompagnarli nell'applicazione del progetto nella loro realtà territoriale.

E' auspicabile, inoltre, fare in modo che le azioni che si realizzano nella scuola possano avere -in maniera continuativa e non episodica- la massima eco possibile sui media locali e regionali: in particolare, si valuterà la possibilità di promuovere con continuità, a livello regionale e locale, alcuni momenti forti nel corso dell'anno scolastico (preferibilmente 3/anno) in cui, nel corso della stessa settimana e contestualmente in tutte le scuole coinvolte dal progetto, si promuova in modo più approfondito uno stile di vita salutare. Tale iniziativa, in quanto contemporanea in ciascuna asl, potrà certamente avere un'eco

significativa sui media regionali e local. Si ritiene opportuno, comunque, per la messa a punto di campagne di comunicazione di questo tipo, il possibile ricorso ad un'agenzia di comunicazione esperta in *social marketing* per la salute.

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento

La Scuola rappresenta un luogo privilegiato ove poter diffondere tra gli alunni, con l'insostituibile collaborazione dei docenti, le conoscenze relative agli stili di vita salutari e promuovere atteggiamenti e comportamenti che contrastino lo sviluppo dei disturbi dello stato nutrizionale, primi tra tutti il sovrappeso e l'obesità. E' indispensabile che nella regione si realizzino interventi che abbiano già dimostrato una certa efficacia nel contesto locale e che prevedano strategie e procedure che possano 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. Alla luce dei fatti e dei riconoscimenti ricevuti da autorevoli agenzie nazionali, un ottimo modello degli interventi da realizzare e valutare in Campania, in quanto già operativo, nella scuola primaria e nella secondaria di primo grado, è costituito dall'esperienza del Progetto Promozione dell'Attività Fisica e della Corretta Alimentazione - Guadagnare Salute in Adolescenza (GSA). È opportuno quindi che le attività del progetto CF in corso di implementazione in Campania e riguardanti la linea progettuale relativa alla promozione degli stili di vita salutari in ambito scolastico, vengano vagliate alla luce dei principi ispiratori del nuovo PNP 2010-2012 e si integrino con le attività (formazione, contenuti, metodologie e strategie) del progetto GSA: sarà possibile, pertanto, offrire a tutte le scuole dell'intera regione un'unica esperienza di lavoro. La proposta di un progetto unitario in tutte le asl ed in tutte le scuole primarie della regione avrà certamente notevoli vantaggi: ridurrà la confusione causata dalla presenza di diverse proposte, migliorerà la sincronia delle azioni, migliorerà sensibilmente la *compliance* sia degli operatori della salute che della scuola, favorirà un ubiquitario progetto di monitoraggio e di valutazione, si gioverà di un unico ampio auspicabile progetto di comunicazione su base regionale, permetterà un più efficiente investimento delle risorse.

Si preferirà un approccio globale e non per singoli determinanti: il progetto, dunque, prevederà la contestuale promozione dei più importanti stili di vita salutari relativi a questa fascia di età, ossia la riduzione della sedentarietà, la promozione dell'attività motoria, il miglioramento dell'alimentazione e la prevenzione dell'abuso di alcol.

Le azioni proposte si concentreranno, oltre che sulla trasmissione delle conoscenze, sulla promozione dello sviluppo delle competenze sia da parte dei docenti che degli alunni stessi.

Verrà promossa un'integrazione, anzi, una vera e propria "alleanza" tra gli operatori della scuola e quelli della salute, finalizzata ad impiantare un percorso non episodico di promozione della salute realizzata concretamente dai docenti ma sostenuta, adeguatamente preparata, monitorata e valutata dagli operatori della salute. Una tale "alleanza" dovrà poi favorire il necessario passaggio "da progetto a sistema", mettendo le basi per un'attività continuativa di promozione della salute che, nel tempo, potrà diventare parte integrante di una routine educativa della popolazione attraverso la scuola.

Si promuoverà l'intersectorialità tra i diversi attori istituzionali e socio-economici, al fine di promuovere una continuativa produzione di azioni e messaggi coerenti tra loro e con la migliore evidenza scientifica disponibile: a tale scopo si ricorda la necessità e le potenzialità "Tavolo regionale sugli Stili di Vita" di cui si è trattato nel contesto della Sorveglianza.

Un'attenzione particolare alle disuguaglianze: è noto che nei gruppi di popolazione caratterizzati da un basso livello socio-economico si concentrano comportamenti non salutari e un'alta prevalenza di obesità. Questa fascia della popolazione è anche quella meno raggiunta dagli interventi di promozione della salute: va fatto ogni sforzo, dunque, per evitare di escludere tali famiglie dal presente progetto di promozione della salute.

C'è la chiara consapevolezza che ci troviamo in un contesto di intervento-ricerca: è noto che il successo degli interventi di Salute Pubblica, ancor più nel peculiare contesto campano gravato dalla straordinaria diffusione di stili di vita dannosi per la salute, è determinato da numerosi fattori, molti dei quali poco controllabili: si sottolinea, dunque, che monitoraggio e valutazione sono considerati come una "*conditio sine qua non*" per permettere l'individuazione delle possibili criticità, al fine di assicurare, nel tempo, l'individuazione e la messa a punto delle migliori pratiche che possano favorire il complesso passaggio da un episodico progetto di Salute Pubblica a "sistema educante".

Obiettivi generali

Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile.

Promozione di abitudini, comportamenti e stili di vita salutari riguardanti: la riduzione della sedentarietà ed un'adeguata attività fisica, una corretta alimentazione, la prevenzione dell'abuso di alcol.

Risultati attesi (in 2 anni)

- Il 15% di tutte le classi della scuola primaria della Campania ha ricevuto una formazione specifica sul progetto (con almeno uno dei docenti della classe)
- Il 70% delle classi della scuola primaria della Campania coinvolte nella formazione ha partecipato al progetto in modo soddisfacente
- L'80% delle famiglie degli alunni delle classi partecipanti è stato coinvolto dal progetto
- E' stata realizzato un unico ampio progetto di comunicazione regionale sulla promozione degli stili di vita in età evolutiva
- E' stata realizzata, in ciascuna Asl campana, almeno una iniziativa pubblica/anno di comunicazione alla popolazione, 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

Azioni principali

Azioni a livello regionale

- Individuazione di precise responsabilità del progetto ed in particolare dei coordinatori delle seguenti aree/azioni: coordinamento generale, formazione, "Tavolo Scuola-Salute", partecipazione al "Tavolo regionale Stili di Vita" e rapporto con i Gruppi di Interesse e con i mezzi di comunicazione, monitoraggio e valutazione.
- Coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale (USR) e stesura di un protocollo di intesa con il quale si condividano obiettivi e metodologie, grazie anche al "Tavolo Scuola e Salute" che dovrà essere istituito in ciascuna regione italiana.
- Individuazione di un "Tavolo regionale sugli Stili di Vita" che favorisca e garantisca il coordinamento e l'intersectorialità degli interventi. Tale gruppo di lavoro vedrà la partecipazione dei principali gruppi di interesse coinvolti nella promozione degli stili di vita salutari alla popolazione: rappresentanti dell'Assessorato alla Sanità e delle Asl, Medici e Pediatri di Famiglia, USR, Piani Sociali di Zona, organi rappresentativi delle Associazioni del Volontariato sociale e del clero, Assessorato all'Agricoltura, esponenti della Comunicazione e dei Mass Media, rappresentanti delle aziende dei

- trasporti, rappresentanti dei comuni (urbanistica), associazioni del commercio, rappresentanti della formazione (docenti universitari).
- Coinvolgimento istituzionale dei mass-media regionali per la pubblicizzazione continuativa, contestuali agli interventi nella scuola, di programmi di promozione degli stili di vita salutari.
 - Invito all'USR per favorire l'inclusione del presente progetto nei POF dei singoli istituti scolastici.
 - Erogazione tempestiva delle necessarie risorse per la realizzazione del progetto e per garantire il suo svolgimento senza interruzioni.
 - Gestione di un adeguato sito web attraverso il quale poter "amministrare" e seguire le attività e comunicare rapidamente con operatori della salute, della scuola e con i cittadini.
 - Pubblicazione da parte del "Centro di Coordinamento del Sistema di Documentazione Regionale sull'Educazione alla Salute" di una newsletter mensile da inviare via mail ai singoli operatori Asl, ai Dirigenti scolastici ed ai docenti, al fine di: informare gli operatori circa lo stato di avanzamento delle operazioni nelle varie Asl della regione; 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 ciascun Registro aziendale delle Attività, in cui riportare gli indicatori di monitoraggio e valutazione del progetto regionale.

Azioni a livello delle Asl

- Recepimento del progetto ed individuazione dei referenti da parte delle direzioni aziendali.
- Offerta attiva a tutte le scuole primarie, previo accordo con l'USR e Provinciale (USP), mediante adeguato coinvolgimento dei Dirigenti scolastici.
- Coinvolgimento e formazione dei docenti per condividere obiettivi, metodologie, strategie e strumenti e fare in modo che possano svolgere in maniera appropriata ed efficace gli itinerari didattici.
- Offerta di piccole attrezzature alle scuole in cui vi siano evidenti problemi relativi alla mancanza/inagibilità della palestra e/o di materiali utili alla promozione dell'attività motoria nelle scuole primarie.
- Sostegno, alle scuole relativamente alle attività che in esse si realizzano, incluse le attività di formazione dei docenti, produzione e diffusione dei materiali, monitoraggio e valutazione dell'intervento educativo, collegamento a eventi di comunicazione.
- Realizzazione del progetto educativo ad opera dei docenti, affiancati dagli operatori sanitari, per quanto riguarda la definizione dei contenuti, la metodologia, il coinvolgimento dei mass-media, l'organizzazione di eventi pubblici, il monitoraggio e la valutazione.
- Coinvolgimento delle famiglie degli alunni.
- Azioni di comunicazione alla popolazione ed organizzazione di eventi pubblici con coinvolgimento dei mass-media locali.
- Registrazione delle singole fasi ed azioni, nonché degli indicatori utili al monitoraggio ed alla valutazione del progetto, in un Registro Aziendale delle Attività.

Attori

- Assessorato alla Sanità, OER
- USR e USP
- Istituti scolastici con relativi Dirigenti e docenti
- Alunni e famiglie
- Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimento Materno-Infantile e UOMI, Strutture di Educazione alla Salute, Servizi Comunicazione e operatori della salute delle Asl
- Operatori della comunicazione

Portatori di interesse

- Pediatri e Medici di famiglia
- Assessorato Agricoltura
- Assessorato Fasce Deboli
- Piani Sociali di Zona
- Comuni (Urbanistica, Trasporti e Mobilita, Ambiente, Politiche Sociali ed Educative)
- Assessorato ai trasporti
- Associazioni del Commercio e dei Consumatori
- Rappresentanti della formazione (docenti universitari)

Possibili criticità

- Scarso peso dato, nella valutazione Regionale dei Direttori Generali, alla realizzazione degli obiettivi di salute rispetto al raggiungimento di obiettivi normativi o economici: i principali obiettivi del PRP dovrebbero entrare a far parte del Piano annuale degli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie e dovrebbero contribuire a determinare la parte variabile dello stipendio dei DG.
- Scarsa attitudine nei management aziendali a fare scelte strategiche e di priorità fra i vari possibili interventi di tutela della salute , a fronte di una scarsità di risorse. La promozione di sani stili di vita deve diventare parte integrante dei piani di lavoro ordinari delle Aziende Sanitarie ed in primis dei Dipartimenti di Prevenzione orientando in tal senso lo sviluppo organizzativo e le risorse umane.
- 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' necessario, dunque, 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, proposto come unico progetto regionale. 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.
- Scarsa partecipazione degli operatori della comunicazione: una poco convinta e/o episodica partecipazione dei mezzi di comunicazione rischierebbe di ridurre l'efficacia del progetto. E' necessario che, al "Tavolo regionale sugli Stili di Vita" si crei una duratura alleanza con i responsabili dei mezzi di comunicazione per la promozione del bene comune.

Sistema di valutazione

Vedi tabella sottostante

Cronoprogramma

Vedi tabella sottostante

Beneficiari

- Docenti delle scuole primarie
- Alunni delle scuole primarie e le rispettive famiglie
- Popolazione generale

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti in 2 anni

Rispetto alla situazione pre-intervento, migliorare le conoscenze (del 75%), gli atteggiamenti (del 40%) ed i comportamenti (del 20%) dei bambini campani della scuola primaria partecipanti al progetto riguardo agli stili di vita salutari, in particolare ai comportamenti associati allo sviluppo del sovrappeso e dell'obesità.

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 primarie regionali, pubbliche e paritarie, che sono state invitate a partecipare al progetto	Registro Regionale delle attività	~ 10%	40%		90%	
Classi delle scuole primarie regionali aderenti al progetto	Registro Regionale delle attività	2-3%	7%		15%	
Classi delle scuole primarie, sul totale delle aderenti al progetto, che hanno completato il percorso proposto dal progetto in modo soddisfacente	Registro Regionale delle attività	~ 40%	60%		70%	
Docenti partecipanti soddisfatti del progetto	Studio qualitativo		50%		75%	
Operatori Asl partecipanti soddisfatti del progetto	Studio qualitativo		60%		80%	
Alunni che hanno migliorato i loro atteggiamenti rispetto agli stili di vita associati allo sviluppo del sovrappeso e dell'obesità	Questionario		25%		40%	
Alunni che hanno migliorato i loro comportamenti rispetto agli stili di vita associati allo sviluppo del sovrappeso e dell'obesità	Questionario		15%		25%	

Sistema di Monitoraggio e di Valutazione con Cronoprogramma: 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: coordinamento generale, formazione, Tavolo Scuola-Salute, partecipazione al Tavolo Stili di Vita e rapporto con i Gruppi di Interesse e con i mezzi di comunicazione, monitoraggio e valutazione	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	Realizzazione di un Protocollo di Intesa	Assessorato Sanità e USR		Già realizzato

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

con l'Assessorato Regionale alla Sanità				
Individuazione di un "Tavolo regionale sugli Stili di Vita" che favorisca e garantisca il coordinamento e l'inter-settorialità degli interventi	Esistenza di un gruppo di lavoro con un'agenda di incontri bimestrali	Assessorato Sanità		2 mesi
Coinvolgimento istituzionale dei mass-media regionali	Incontro con rappresentanti mass-media	Assessorato Sanità		2 mesi
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		
Produzione di un prototipo di Guida per gli insegnanti e di kit didattico (cd, giochi didattici, materiale comunicativo) da consegnare alle ASL	Materiale prodotto	Assessorato Sanità		Già realizzato
Produzione di prototipi di materiale comunicativo per i genitori degli studenti (opuscolo, locandina da affiggere a casa, calendario tascabile della maturazione delle verdure) da consegnare alle Asl	Materiale prodotto	Assessorato Sanità		Già realizzato
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		1 mese
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 24° 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 primarie dell'ASL	% 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 primarie e	Registro aziendale	Registro	5-22 mesi

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

scuole	% classi che hanno chiesto di partecipare al progetto	delle attività (e studio qualitativo)	aziendale delle attività e R. regionale	
Coinvolgimento e formazione dei docenti delle classi delle scuole primarie	% di insegnanti che hanno partecipato al corso	Registro aziendale delle attività (e studio qualitativo)	Registro aziendale delle attività e R. regionale	3 mesi
Offerta di piccole attrezzature alle scuole in cui vi siano evidenti problemi relativi alla mancanza/inagibilità della palestra	% scuole che hanno ricevuto materiali	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	10 mesi
Consegna a ciascun docente formato della Guida per gli insegnanti e del kit didattico per la realizzazione dell'intervento	% di docenti che hanno ricevuto la Guida e il kit didattico	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	10 mesi
Realizzazione del progetto educativo nelle classi ad opera dei docenti	% classi, su quelle che hanno aderito al progetto, in cui i docenti hanno completato le attività formative annuali in favore degli alunni	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 appartenenti alle classi aderenti al progetto, che hanno risposto al coinvolgimento da parte dei docenti. N° di opuscoli per le famiglie, calendari di maturazione delle verdure e locandine consegnate/ n° di studenti delle classi partecipanti	Registro aziendale delle attività	Questionario prima e dopo	12-24 mesi
Azioni di comunicazione alla popolazione ed organizzazione di eventi pubblici	N° di eventi pubblici di comunicazione realizzati nel territorio dell'asl	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	12-24 mesi
Miglioramento delle conoscenze dei docenti, relativamente agli stili di vita proposti	% docenti, su tutti quelli delle classi partecipanti alla formazione, che hanno mostrato un miglioramento delle 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 mesi

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)

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento

La Scuola rappresenta un luogo privilegiato ove poter diffondere tra gli alunni, con l'insostituibile collaborazione dei docenti, le conoscenze relative agli stili di vita salutari e promuovere atteggiamenti e comportamenti che contrastino lo sviluppo dei disturbi dello stato nutrizionale, primi tra tutti il sovrappeso e l'obesità.

E' indispensabile che nella regione si realizzino interventi che abbiano già dimostrato una certa efficacia nel contesto locale e che prevedano strategie e procedure che possano 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.

A meno che non siano sostituiti da altre eccellenti alternative di provata efficacia, alla luce dei fatti e dei riconoscimenti ricevuti da autorevoli agenzie nazionali, si individua come miglior modello attuale degli interventi da realizzare e valutare in Campania, nella scuola primaria e nella secondaria di primo grado, l'esperienza del Progetto Promozione dell'Attività Fisica e della Corretta Alimentazione - Guadagnare Salute in Adolescenza (GSA).

Si rileva la necessità, dunque, che le attività del progetto CF già realizzate in Campania e riguardanti la linea progettuale relativa alla promozione degli stili di vita salutari in ambito scolastico, vengano vagliate alla luce dei principi ispiratori del nuovo PNP 2010-2012 e vadano a fondersi con le attività (formazione, contenuti, metodologie e strategie) del progetto GSA: sarà possibile, pertanto, offrire a tutte le scuole dell'intera regione un'unica esperienza di lavoro.

La proposta di un progetto unitario in tutte le asl ed in tutte le scuole primarie della regione avrà certamente notevoli vantaggi: ridurrà la confusione causata dalla presenza di diverse proposte, migliorerà la sincronia delle azioni, migliorerà sensibilmente la *compliance* sia degli operatori della salute che della scuola, favorirà un ubiquitario progetto di monitoraggio e di valutazione, si gioverà di un unico ampio auspicabile progetto di comunicazione su base regionale, permetterà un più efficiente investimento delle risorse.

Si preferirà un approccio globale e non per singoli determinanti: il progetto, dunque, prevederà la contestuale promozione dei più importanti stili di vita salutari relativi a questa fascia di età, ossia la riduzione della sedentarietà, la promozione dell'attività motoria, il miglioramento dell'alimentazione e la prevenzione dell'abitudine al fumo e dell'abuso di alcol.

Le azioni proposte si concentreranno, oltre che sulla trasmissione delle conoscenze, sulla promozione dello sviluppo delle competenze sia da parte dei docenti che degli alunni stessi.

Verrà promossa un'integrazione, anzi, una vera e propria "alleanza" tra gli operatori della scuola e quelli della salute, finalizzata ad impiantare un percorso non episodico di promozione della salute realizzata

concretamente dai docenti ma sostenuta, adeguatamente preparata, monitorata e valutata dagli operatori della salute. Una tale “alleanza” dovrà poi favorire il necessario passaggio “da progetto a sistema”, mettendo le basi per un’attività continuativa di promozione della salute che, nel tempo, potrà diventare parte integrante di una routine educativa della popolazione attraverso la scuola.

Si promuoverà l’intersectorialità tra i diversi attori istituzionali e socio-economici, al fine di promuovere una continuativa produzione di azioni e messaggi coerenti tra loro e con la migliore evidenza scientifica disponibile: a tale scopo si ricorda la necessità e le potenzialità “Tavolo regionale sugli Stili di Vita” di cui si è trattato nel contesto della Sorveglianza.

Un’attenzione particolare alle disuguaglianze: è noto che nei gruppi di popolazione caratterizzati da un basso livello socio-economico si concentrano comportamenti non salutari e un’alta prevalenza di obesità. Questa fascia della popolazione è anche quella meno raggiunta dagli interventi di promozione della salute: va fatto ogni sforzo, dunque, per evitare di escludere tali famiglie dal presente progetto di promozione della salute.

C’è la chiara consapevolezza che ci troviamo in un contesto di intervento-ricerca: è noto che il successo degli interventi di Salute Pubblica, ancor più nel peculiare contesto campano gravato dalla straordinaria diffusione di stili di vita dannosi per la salute, è determinato da numerosi fattori, molti dei quali poco controllabili: si sottolinea, dunque, che monitoraggio e valutazione sono considerati come una “*conditio sine qua non*” per permettere l’individuazione delle possibili criticità, al fine di assicurare, nel tempo, l’individuazione e la messa a punto delle migliori pratiche che possano favorire il complesso passaggio da un episodico progetto di Salute Pubblica a “sistema educante”.

Obiettivi generali

Prevenzione dell’obesità, con particolare riguardo a quella infantile.

Promozione di abitudini, comportamenti e stili di vita salutari riguardanti: la riduzione della sedentarietà ed un’adeguata attività fisica, una corretta alimentazione, la prevenzione dell’abuso di alcol e la prevenzione dell’abitudine al fumo.

Risultati attesi (in 2 anni)

- Il 15% di tutte le classi della scuola secondaria di I grado della Campania ha ricevuto una formazione specifica sul progetto (con almeno uno dei docenti della classe)
- Il 70% delle classi della scuola secondaria di I grado della Campania coinvolte nella formazione ha partecipato al progetto in modo soddisfacente
- L’80% delle famiglie degli alunni delle classi partecipanti è stato coinvolto dal progetto
- E’ stata realizzato un unico ampio progetto di comunicazione regionale sulla promozione degli stili di vita in età evolutiva
- E’ stata realizzata, in ciascuna Asl campana, almeno una iniziativa pubblica/anno di comunicazione alla popolazione, 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

Azioni principali

Azioni a livello regionale

- Individuazione di precise responsabilità del progetto ed in particolare dei coordinatori delle seguenti aree/azioni: coordinamento generale, formazione, “Tavolo Scuola-Salute”, partecipazione al “Tavolo regionale Stili di Vita” e rapporto con i Gruppi di Interesse e con i mezzi di comunicazione, monitoraggio e valutazione.

- Coinvolgimento dell'Ufficio Scolastico Regionale (USR) e stesura di un protocollo di intesa con il quale si condividano obiettivi e metodologie, grazie anche al "Tavolo Scuola e Salute" che dovrà essere istituito in ciascuna regione italiana.
- Individuazione di un "Tavolo regionale sugli Stili di Vita" che favorisca e garantisca il coordinamento e l'intersectorialità degli interventi. Tale gruppo di lavoro vedrà la partecipazione dei principali gruppi di interesse coinvolti nella promozione degli stili di vita salutari alla popolazione: rappresentanti dell'Assessorato alla Sanità e delle Asl, Medici e Pediatri di Famiglia, USR, Piani Sociali di Zona, organi rappresentativi delle Associazioni del Volontariato sociale e del clero, Assessorato all'Agricoltura, esponenti della Comunicazione e dei Mass Media, rappresentanti delle aziende dei trasporti, rappresentanti dei comuni (urbanistica), associazioni del commercio, rappresentanti della formazione (docenti universitari).
- Coinvolgimento istituzionale dei mass-media regionali per la pubblicizzazione continuativa, contestuali agli interventi nella scuola, di programmi di promozione degli stili di vita salutari.
- Invito all'USR per favorire l'inclusione del presente progetto nei POF dei singoli istituti scolastici.
- Erogazione tempestiva delle necessarie risorse per la realizzazione del progetto e per garantire il suo svolgimento senza interruzioni.
- Gestione di un adeguato sito web attraverso il quale poter "amministrare" e seguire le attività e comunicare rapidamente con operatori della salute, della scuola e con i cittadini.
- Pubblicazione da parte del "Centro di Coordinamento del Sistema di Documentazione Regionale sull'Educazione alla Salute" di una newsletter mensile da inviare via mail ai singoli operatori Asl, ai Dirigenti scolastici ed ai docenti, al fine di: informare gli operatori circa lo stato di avanzamento delle operazioni nelle varie Asl della regione; 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 ciascun Registro aziendale delle Attività, in cui riportare gli indicatori di monitoraggio e valutazione del progetto regionale.

Azioni a livello delle Asl

- Recepimento del progetto ed individuazione dei referenti da parte delle direzioni aziendali.
- Offerta attiva a tutte le scuole secondarie di I grado, previo accordo con l'USR e Provinciale (USP), mediante adeguato coinvolgimento dei Dirigenti scolastici.
- Coinvolgimento e formazione dei docenti per condividere obiettivi, metodologie, strategie e strumenti e fare in modo che possano svolgere in maniera appropriata ed efficace gli itinerari didattici.
- Offerta di piccole attrezzature alle scuole in cui vi siano evidenti problemi relativi alla mancanza/inagibilità della palestra e/o di materiali utili alla promozione dell'attività motoria nelle scuole primarie.
- Eventuale sostegno, alle scuole relativamente alle attività che in esse si realizzano, incluse le attività di formazione dei docenti, produzione e diffusione dei materiali, monitoraggio e valutazione dell'intervento educativo, collegamento a eventi di comunicazione.
- Realizzazione del progetto educativo ad opera dei docenti, affiancati dagli operatori sanitari, per quanto riguarda la definizione dei contenuti, la metodologia, il coinvolgimento dei mass-media, l'organizzazione di eventi pubblici, il monitoraggio e la valutazione.
- Coinvolgimento delle famiglie degli alunni.
- Azioni di comunicazione alla popolazione ed organizzazione di eventi pubblici con coinvolgimento dei mass-media locali.
- Registrazione delle singole fasi ed azioni, nonché degli indicatori utili al monitoraggio ed alla valutazione del progetto, in un Registro Aziendale delle Attività.

Attori

- Assessorato alla Sanità, OER
- USR e USP
- Istituti scolastici con relativi Dirigenti e docenti
- Alunni e famiglie
- Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimento Materno-Infantile e UOMI, Strutture di Educazione alla Salute, Servizi Comunicazione e operatori della salute delle Asl
- Operatori della comunicazione

Portatori di interesse

- Pediatri e Medici di famiglia
- Assessorato Agricoltura
- Assessorato Fasce Deboli
- Piani Sociali di Zona
- Comuni (Urbanistica, Trasporti e Mobilita, Ambiente, Politiche Sociali ed Educative)
- Assessorato ai trasporti
- Associazioni del Commercio e dei Consumatori
- Rappresentanti della formazione (docenti universitari)

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' necessario, dunque, 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. 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.
- Scarsa partecipazione degli operatori della comunicazione: una poco convinta e/o episodica partecipazione dei mezzi di comunicazione rischierebbe di ridurre l'efficacia del progetto. E' necessario che, al "Tavolo regionale sugli Stili di Vita" si crei una duratura alleanza con i responsabili dei mezzi di comunicazione per la promozione del bene comune.

Sistema di valutazione

Vedi tabella sottostante

Cronoprogramma

Vedi tabella sottostante

Beneficiari

- Docenti delle scuole secondarie di I grado
- Alunni delle scuole secondarie di I grado e le rispettive famiglie
- Popolazione generale

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti in 2 anni

Rispetto alla situazione pre-intervento, migliorare le conoscenze (del 75%), gli atteggiamenti (del 40%) ed i comportamenti (del 20%) dei ragazzi campani della scuola secondaria di I grado partecipanti al progetto riguardo agli stili di vita salutari.

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 secondarie di I grado regionali, pubbliche e paritarie, che sono state invitate a partecipare al progetto	Registro Regionale delle attività	~ 10%	40%		90%	
Classi delle scuole secondarie di I grado regionali aderenti al progetto	Registro Regionale delle attività	2-3%	7%		15%	
Classi delle scuole secondarie di I grado, sul totale delle aderenti al progetto, che hanno completato il percorso proposto dal progetto in modo soddisfacente	Registro Regionale delle attività	~ 40%	60%		70%	
Docenti partecipanti soddisfatti del progetto	Studio qualitativo		50%		75%	
Operatori Asl partecipanti soddisfatti del progetto	Studio qualitativo		60%		80%	
Alunni che hanno migliorato i loro atteggiamenti rispetto agli stili di vita associati allo sviluppo del sovrappeso e dell'obesità e all'uso/abuso di alcol e fumo	Questionario		25%		40%	
Alunni che hanno migliorato i loro comportamenti rispetto agli stili di vita associati allo sviluppo del sovrappeso e dell'obesità e all'uso/abuso di alcol e fumo	Questionario		15%		25%	

Sistema di Monitoraggio e di Valutazione con Cronoprogramma: 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: coordinamento generale, formazione, Tavolo Scuola-Salute, partecipazione al Tavolo Stili di Vita e rapporto con i Gruppi di Interesse e con i mezzi di comunicazione, monitoraggio e valutazione	Individuazione di singoli responsabili Chiara definizione delle azioni da realizzare	Assessorato sanità		1 mese
Coinvolgimento dell'Ufficio	Realizzazione di un	Assessorato Sanità e		Già realizzato

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Scolastico Regionale (USR) e stesura di un protocollo di intesa con l'Assessorato Regionale alla Sanità	Protocollo di Intesa	USR		
Individuazione di un "Tavolo regionale sugli Stili di Vita" che favorisca e garantisca il coordinamento e l'inter-settorialità degli interventi	Esistenza di un gruppo di lavoro con un'agenda di incontri bimestrali	Assessorato Sanità		2 mesi
Coinvolgimento istituzionale dei mass-media regionali	Incontro con rappresentanti mass-media	Assessorato Sanità		2 mesi
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		
Produzione di un prototipo di Guida per gli insegnanti e di kit didattico (cd, giochi didattici, materiale comunicativo) da consegnare alle ASL	Materiale prodotto	Assessorato Sanità		Già realizzato
Produzione di prototipi di materiale comunicativo per i genitori degli studenti (opuscolo, locandina da affiggere a casa, calendario tascabile della maturazione delle verdure) da consegnare alle Asl	Materiale prodotto	Assessorato Sanità		Già realizzato
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		1 mese
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 24° 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 I grado dell'ASL	% 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 I grado e	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle	5-22 mesi

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

	% classi che hanno chiesto di partecipare al progetto	(e studio qualitativo)	attività e R. regionale	
Coinvolgimento e formazione dei docenti delle classi delle scuole secondarie di I grado	% di insegnanti che hanno partecipato al corso	Registro aziendale delle attività (e studio qualitativo)	Registro aziendale delle attività e R. regionale	3 mesi
Offerta di piccole attrezzature alle scuole in cui vi siano evidenti problemi relativi alla mancanza/inagibilità della palestra	% scuole che hanno ricevuto materiali	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	10 mesi
Consegna a ciascun docente formato della Guida per gli insegnanti e del kit didattico per la realizzazione dell'intervento	% di docenti che hanno ricevuto la Guida e il kit didattico	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	10 mesi
Realizzazione del progetto educativo nelle classi ad opera dei docenti	% classi, su quelle che hanno aderito al progetto, in cui i docenti hanno completato le attività formative annuali in favore degli alunni	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 appartenenti alle classi aderenti al progetto, che hanno risposto al coinvolgimento da parte dei docenti. N° di opuscoli per le famiglie, calendari di maturazione delle verdure e locandine consegnate/ n° di studenti delle classi partecipanti	Registro aziendale delle attività	Questionario prima e dopo	12-24 mesi
Azioni di comunicazione alla popolazione ed organizzazione di eventi pubblici	N° di eventi pubblici di comunicazione realizzati nel territorio dell'asl	Registro aziendale delle attività	Registro aziendale delle attività e R. regionale	12-24 mesi
Miglioramento delle conoscenze dei docenti, relativamente agli stili di vita proposti	% docenti, su tutti quelli delle classi partecipanti alla formazione, che hanno mostrato un miglioramento delle 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 mesi

Progetto 20: Promozione del Benessere Psicologico attraverso la peer-education (Quadro d'Insieme n° 2.9.5)

Identificativo della Linea di Intervento Generale

2.9

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento

Il presente progetto prevede un intervento di promozione della salute utilizzando come modello l'educazione tra pari, una strategia che si inserisce all'interno delle dinamiche di gruppo del mondo giovanile, sollecitando la partecipazione e il protagonismo dei ragazzi. Tra i vari modelli che rientrano nel panorama dell'educazione tra pari", questo progetto si ispira al modello elaborato e sperimentato nel territorio di Varese e definito da A. Pellai empowered peer education (Erikson 2002). Questa metodologia assume concretamente un'ottica di lavoro fondata sulla valorizzazione delle risorse, ed è sembrata essere la più idonea a favorire lo sviluppo delle potenzialità e delle competenze personali e sociali dei ragazzi, e si differenzia dalla maggior parte degli interventi di peer education in particolare per le modalità e i criteri di scelta dei ragazzi peer e dei temi su cui lavorare che vedono i ragazzi effettivamente protagonisti fin dal momento della ideazione dell'intervento. Attraverso l'esperienza della costituzione di un gruppo di lavoro, i ragazzi analizzano i propri bisogni/desideri all'interno del contesto nel quale sono inseriti e definiscono autonomamente l'oggetto di promozione e di prevenzione che vogliono sviluppare per sé e per i coetanei nel contesto di riferimento. Gli adulti collaborano con i ragazzi, assumendo principalmente la funzione di facilitatori di processi, quali ad esempio le competenze sociali, le dinamiche di gruppo, le metodologie di ricerca. In questo senso il progetto non è nato con l'obiettivo di incidere su specifici comportamenti a rischio sotto l'aspetto sanitario o sociale, ma vuole promuovere il protagonismo dei ragazzi per sviluppare la loro consapevolezza e competenza. Inoltre, per quanto riguarda la metodologia di costruzione progettuale, è stato utilizzato il modello "Preceed – Procede" di L. Green".

La Regione Campania, allo scopo di implementare su tutto il territorio la metodologia del presente progetto, ha già aderito al progetto "Peer to Peer" – inserito nell'area tematica "Salute mentale e benessere" nell'ambito del Progetto CCM "Guadagnare salute in adolescenza" che vede quale Regione Capofila la Regione Piemonte.

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 un DSB di una 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.

Attività

In una prima fase il progetto verrà presentato ai docenti per ottenere sia un loro coinvolgimento attivo che un'apertura che consenta a tutta la scuola di muoversi in modo uniforme verso un dibattito culturale che nuovi modelli educativi, quali la peer-education, possono stimolare per facilitare sia l'apprendimento che la creazione di un clima di benessere all'interno dell'istituto.

In questa fase si provvederà alla scelta dei docenti referenti del progetto, scelta che sarà fatta in piena autonomia e secondo criteri stabiliti dalla stessa scuola, attraverso il consiglio d'istituto, o l'intero corpo insegnanti, in modo che tutti si sentano coinvolti e partecipi, per prevenire e limitare anche fenomeni d'esclusione e delusione che potrebbero ingenerare movimenti ostili al progetto.

Scelti i docenti referenti, si provvederà a presentare il progetto agli studenti, e per reclutare nel contesto gli educatori tra pari. Anche in questo caso, la scelta dovrà avvenire in totale autonomia, attraverso i rappresentanti di classe o attraverso meccanismi elettivi di rappresentanza, gli unici vincoli da noi posti e che la scelta venga fatta tra gli studenti delle classi di primo liceo (terzo anno superiore) e che il numero di rappresentati scelto per ogni classe sia proporzionale al numero degli studenti.

Scelti gli educatori tra pari si passerà alla vera fase operativa che è spalmata su due anni d'attività:

Nel primo si provvederà sostanzialmente a preparare gli educatori tra pari in modo che alla fine dell'anno siano in grado di portare all'interno dell'intera scolaresca la loro progettualità. Il progetto deve essere costruito in totale autonomia e senza l'interferenza degli adulti. Il ruolo degli insegnanti referenti e degli operatori dell'ASL deve limitarsi a quello organizzativo, di ricerca delle risorse necessarie, e di consulenza e di facilitatori della comunicazione. Questa scelta è giustificata dalla convinzione che, rispetto alle problematiche inerenti al proprio benessere, i giovani siano maggiormente in grado di individuare i propri bisogni, i propri desideri e di implementare quindi percorsi di discussione e risoluzione dei problemi. A tale scopo saranno individuati ex ante sia i luoghi che i tempi operativi, con l'assicurazione che l'attività venga svolta, quale compito d'istituto, durante l'orario scolastico e con l'incentivo dell'assunzione di crediti formativi.

Nel secondo anno, il gruppo di educatori tra pari si apre all'intera scolaresca portando la propria elaborazione, quale momento d'individuazione di un bisogno collettivo e di una proposta d'implementazione di modalità risolutive volte a migliorare la percezione del benessere all'interno della scuola. A tale scopo essi potranno decidere autonomamente, come intervenire, se operando nelle classi oppure attraverso altre aggregazioni, assembleari o di gruppi di studio, senza mai trascurare di coinvolgere all'interno del progetto l'intera scolaresca. Essi, forti della propria esperienza dell'anno precedente assumeranno all'interno della scolaresca un ruolo di docenza, di educatori, che a differenza dei professori, si pongono in una posizione orizzontale che, se da un lato può causare una perdita d'autorità e di autorevolezza, dall'altro ha il grosso vantaggio di una maggiore credibilità che facilita l'apprendimento. Tale apprendimento infine deve essere utile a che l'intera scolaresca individui modalità ed iniziative volte a migliorare il benessere psicologico all'interno della scuola.

Obiettivi generali

promuovere il benessere psicologico all'interno della scuola attraverso il protagonismo degli adolescenti e nella costruzione di un percorso realizzato con una metodologia di educazione tra pari.

1. favorire le conoscenze emotive e comunicative.
2. aumentare nei ragazzi il livello di consapevolezza sulle strategie relative al proprio benessere psicologico.

Risultati attesi:

sviluppo e rafforzamento nei giovani delle capacità di gestione delle qualità emotive, sentimentali e sociali.

3. aumento della partecipazione alla vita scolastica sia da parte sia degli alunni che degli insegnanti.
4. realizzazione all'interno della scuola di un "clima" di benessere sia come qualità percepita che oggettiva.

Azioni principali:

presentazione del progetto ai docenti. Definizione insegnanti referenti.

5. presentazione del progetto all'interno delle singole classi del I anno della Scuola Secondaria di II grado. Definizione degli educatori tra pari.

6. percorso formativo con i peer: dinamica di gruppo, brainstorming... Incontri con insegnanti referenti
7. progettazione degli interventi da svolgere all'interno dell'istituto sulle tematiche di promozione scelte. Condivisione con i gruppi classe. Incontri con insegnanti referenti
8. realizzazione di una ricerca-intervento gestita dal gruppo dei peer nel contesto scolastico allargato
9. realizzazione degli interventi di cambiamento ideate e progettate dai ragazzi all'interno dell'Istituto

Attori

Operatori AA.SS.LL., insegnanti - psicologi- educatori

Portatori di interesse

Alunni, Scuola, famiglie, quartiere, altre agenzie sociali.

Possibili criticità

Resistenze istituzionali: orari- compiti-lezioni.

Resistenze culturali: pregiudizi da parte degli insegnanti e/o dei genitori.

Sistema di valutazione

Questa metodologia prevede una valutazione continua e condivisa dagli stessi destinatari del progetto, e prevede l'integrazione di aspetti qualitativi e quantitativi; i dati acquisiti nel processo valutativo rappresentano una risorsa da diffondere per produrre consapevolezza e competenza. La tabella seguente si riferisce al progetto generale; alcuni indicatori e standard saranno misurati nella specificità del contesto formale.

Fase	Indicatori di processo	Standard attesi	Strumenti di valutazione
1	Adeguatezza formulazione progetto; comprensibilità attività	Adesione della Scuola Individuazione insegnanti (minimo n°8)	Relazione e osservazione delle modalità di scelta
2	Comprensione della proposta offerta; interesse generale (rispetto al tema e alla metodologia); rappresentatività degli educatori tra pari	Numero ragazzi auto ed etero selezionati sul totale dei contatti	Bersaglio di autovalutazione Questionario di autovalutazione Scheda osservativa dell'equipe operativa
3	Affiatamento nel gruppo Condivisione progetto da parte degli insegnanti (gruppo formale)	Stabilità numerica del gruppo dei ragazzi peer Stabilità numerica del gruppo parallelo degli insegnanti	Scheda osservativa dell'equipe operativa Momenti di rielaborazione del lavoro in gruppo/ sottogruppi Strumenti di valutazione di tipo creativo e rappresentativo
4	Raggiungimento obiettivo di aumentare consapevolezza sulle tematiche adolescenziali	Stabilità numerica del gruppo dei ragazzi peer Rientro minimo del 70% dei questionari consegnati	Scheda osservativa dell'equipe operativa Questionario anonimo sul tema dei comportamenti di salute somministrato dai peer ai coetanei del gruppo. Cartelle di sintesi dei dati
5/6	Raggiungimento obiettivo specifico di aumentare capacità di lavoro in sottogruppi	Stabilità numerica del gruppo dei peer educator	Scheda osservativa dell'equipe operativa Momenti di rielaborazione del lavoro in gruppo/ sottogruppi; elaborato conclusivo dei singoli peer, questionario di gradimento

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Cronoprogramma

MESE 1	FASE 1	Azioni: Presentazione del progetto ai docenti Definizione insegnanti referenti. Resp.: Cabina regia + Coordinatore Report: relazione
MESI 2 – 3	FASE 2	Azioni: Presentazione del progetto all'interno delle singole classi prime liceo. Definizione degli educatori tra pari. Resp.: equipe operativa+coord. Report:scheda osservativa+materiale prodotto
MESI 4 – 5	FASE 3	Azioni: Percorso formativo con i peer: dinamica di gruppo, brainstorming... Incontri con insegnanti referenti Resp.: : equipe operativa+coord. Rep.:scheda oss.+materiale prodotto
MESI 6 – 7	FASE 4	Azioni: Progettazione degli interventi da svolgere all'interno dell'istituto sulle tematiche di promozione scelte. Condivisione con i gruppi classe Incontri con insegnanti referenti Resp.: : equipe operativa+coord. Rep.:scheda oss.+materiale prodotto
MESI 8 – 9	FASE5	Azioni: Realizzazione di una ricerca-intervento gestita dal gruppo dei peer nel contesto scolastico allargato Resp.: : equipe operativa+coord. Rep.:scheda oss.+materiale prodotto
MESI 13-21	FASE 6	Azioni Realizzazione degli interventi di cambiamento ideate e progettate dai ragazzi all'interno dell'Istituto Incontri con insegnanti referenti Resp.: : eq. operativa+coord+regia Report: materiale prodotto, scheda valutazione

Beneficiari

Adolescenti fascia di età 14-20 anni

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

l'obiettivo principale di salute è "la promozione del benessere psico-fisico" degli studenti, per perseguire il quale è necessario un processo che consente di realizzare numerosi obiettivi intermedi quali: apprendimento di tecniche relazionali e di conduzione di gruppo, sviluppo e capacità di leadership, capacità di sviluppare e gestire in autonomia un progetto, ecc...

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		30%		50%	
Classi di terzo anno delle scuole secondarie di II grado raggiunte da un intervento di peer education sul totale	Registro Regionale delle attività		30%		50%	

delle classi coinvolte						
Docenti partecipanti soddisfatti del progetto	Studio qualitativo		50%		75%	
Alunni che hanno migliorato i loro atteggiamenti rispetto agli argomenti trattati	Questionario (test-retest)		25%		40%	
Alunni che hanno migliorato i loro comportamenti rispetto agli argomenti trattati	Questionario (test-retest)		15%		25%	

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)

Numero identificativo della linea di intervento

2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione, sedentarietà, fumo di tabacco, alcol e altre dipendenze)

Breve descrizione dell'intervento programmato

Descrizione e analisi del problema

La prevalenza della steatosi epatica in Italia è oltre il 40% e, di questa, metà circa è legata all'alcol e metà a disordini metabolici quali obesità e diabete, condizioni fortemente crescenti in tutti i Paesi industrializzati, compresa l'Italia.

55 milioni di persone sono consumatori di alcol a rischio in Europa, 23 milioni gli alcol dipendenti;

La mortalità alcol-attribuibile in Europa è circa il 6.3% di tutti i decessi registrati nel 2002* e doppia rispetto alla media Mondiale; il 25% dei decessi tra i maschi di età 15-29 e il 10% dei decessi registrati tra le giovani donne è causato dal consumo rischioso di alcol.

Nel periodo intercorso tra il 1998 e il 2008, la quota di consumatori di bevande alcoliche è rimasta sostanzialmente stabile (intorno al 70%) mentre, soprattutto nei giovani e nei giovani adulti, si sono andati consolidando comportamenti più vicini al modello di consumo nord-europeo, che predilige il consumo al di fuori dei pasti, e questo risulta più evidente nella fascia compresa tra 18 e 24 anni.

Per quanto concerne la tipologia delle bevande consumate sia per gli uomini che per le donne della suddetta fascia d'età 18-24 si riduce la quota di quanti bevono solo birra, o solo vino e birra, mentre aumentano quelli che consumano solo aperitivi, amari e superalcolici.

Dal report emerge con chiarezza che la soglia di età di approccio al consumo etilico si è notevolmente abbassata : i giovanissimi di età tra gli 11 ed i 15 anni che consumano alcol almeno una volta all'anno sono, per quanto riguarda i maschi il 20% ca. e per quanto riguarda le femmine, poco più del 15%. Critico risulta essere anche il quadro della diffusione dei comportamenti di consumo a rischio tra i ragazzi di 16-17 anni; infatti di questi il 15% dei maschi e il 7% delle femmine dichiara di far uso di alcol, almeno una volta all'anno con modalità che rasentano il binge drinking.

Il "binge drinking"(abbuffata di alcol) è una modalità di bere completamente diversa dallo stile tradizionale mediterraneo del bere ed è finalizzata alla ricerca dello sballo alcolico; con tale termine si intende un consumo di almeno 5 bicchieri di alcolici fuori dai pasti e nell'arco di tempo di circa 2 ore. Dai

dati ISTAT 2005, su un campione di età compresa fra 13 e 24 anni, emerge che il consumo si concentra al sabato (50% dei maschi e 41% delle femmine), la fascia di età più rappresentata è fra 16 e i 19 anni e che le ragazze fanno binge drinking meno rispetto ai maschi (6,1% contro 14,6%). L'assunzione di bevande alcoliche, non è più concentrata nel solo week-end, ma si va estendendo anche agli altri giorni della settimana coinvolgendo ogni anno circa 800.000 giovani al di sotto dei 16 anni.

Molte delle patologie alcol-correlate iniziano precocemente già nella fascia di età 15-29 anni (33,6%), seguita dalla fascia 30-44 (31%) e 45-59 (22%), a differenza di quanto avviene per altri fattori di rischio noti (ad. es. il fumo di tabacco).

Le patologie d'organo alcol-correlate sono condizioni estremamente più diffuse nella popolazione rispetto alla punta dell'iceberg rappresentato dall'alcoldipendenza ed il loro esordio è in funzione non solo della quantità di etanolo, ma anche ed in primo luogo dalla tipologia del bere (essendo considerato un fattore di rischio anche il bere eccessivo occasionale). L'esordio di tali patologie, strettamente legato alla quantità del consumo e al tempo di inizio, è spesso favorito da condizioni sociali meno abbienti;

Nel 2002 si è registrato un incremento del 2,8 nei tassi di ospedalizzazione totalmente alcol-attribuibili (177,1/100.000 abitanti rispetto al 172,2/100.000 del 2001) con riscontro di dimissioni ospedaliere per patologie totalmente alcol correlabili anche per la classe di età 0-14 anni: 3,9 dimissioni per 100.000 abitanti per i giovanissimi al di sotto dei 14 anni di età e 1,8 per 100.000 abitanti per le giovanissime.

In Campania nel 2004 vi sono stati 2780 dimissioni per diagnosi principale alcol-correlata e 1391 per diagnosi concomitante alcol-correlata, con picchi massimi fra 30 e 50 anni in entrambi i sessi. La motivazione principale è stata la cirrosi, seguita da steatosi e intossicazione acuta.

Il Ministero della salute nel 2004 ha riferito che, sulla base dei 108.000 ricoveri del 2004 I dati disponibili indicano che la CIRROSI permane la condizione per la quale si registra il maggior ricorso al ricovero affiancata dai circa 33.000 ricoveri richiesti da Alcolodipendenti.

Rilevanti i ricoveri da Abuso di Alcol e per Steatosi Epatica, Danno da Alcol e Epatite Acuta.

Dalle informazioni relative alla Rilevazione 2002 dei dati di attività dei Servizi per la cura delle alcoldipendenze (Ministero della Salute) si rileva nel periodo 1996-2002 un incremento del 109 % nel numero degli alcolodipendenti di sesso maschile (dai 16.361 del 1996 ai 34.191 del 2002) e del 100 % per le alcolodipendenti (dai 5.148 ai 10.299) con un abbassamento dell'età media, registrabile in particolare per gli utenti più giovani.

In Italia, il 46% degli incidenti stradali è connesso all'uso di alcol. Circa il 3-8% delle morti, inoltre, (6,3% per gli uomini e 1,1% per le donne) e il 4-6% delle disabilità nel mondo sono attribuibili all'alcol, con un incremento sensibile a partire dal 2000 e ciò principalmente per il verificarsi di un aumento dei consumi fra i giovani ed i soggetti di sesso femminile.

Molteplici fattori, genetici ed acquisiti, possono influenzare l'inizio della steatosi epatica e la sua progressione fino alla cirrosi e all'epatocarcinoma (quantità e tipo di glucidi e lipidi introdotti con la dieta, diete drastiche e non bilanciate, dieta ricca in acidi grassi saturi e povera in polinsaturi, fibre, vitamina C ed E, "fast foods", ecc.,). L'Alcol, insieme ad obesità ed utilizzo di diete non equilibrate aumenta, in modo sinergico, il rischio di danno epatico cronico.

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze scientifiche di provata efficacia

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha emanato nel gennaio 2010 un documento atto a ridurre i rischi legati al consumo alcolico essendo l'alcol fattore di rischio "evitabile".

Sulla base delle seguenti considerazioni il progetto prevede il diretto coinvolgimento di un gruppo di giovani (studenti del IV anno di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli) che, attraverso il loro linguaggio e le loro metodologie, possano essere cassa di risonanza per l'informazione e la formazione di altri giovani sul corretto stile di vita e sul cattivo uso di bevande alcoliche: le metodologie di formazione saranno incentrate sull'autodeterminazione e sulle scelte consapevoli

I giovani, opportunamente formati, saranno sottoposti a follow up periodico da parte di unità operative coinvolte per valutare la loro capacità di diffondere messaggi sulle corrette abitudini riguardo il consumo di alcol.

La selezione della popolazione target avverrà, inizialmente, tra gli studenti del quarto anno della Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università Federico II e Seconda Università di Napoli.

Tra gli strumenti di monitoraggio è prevista, tra l'altro, la creazione di una scheda rilevazione dati ed app che, tramite i social network, permetta di diffondere messaggi, conoscenze ed esperienze sulle corrette abitudini in merito al consumo di alcol. Numerosi sono i dati più recenti della letteratura che indicano tali metodologie sensibili ed efficaci nella rilevazione dell'uso di alcol fra i giovani.

Obiettivi e responsabilità del progetto

L'obiettivo generale è la prevenzione dei danni epatici alcol correlati attraverso la modifica dello stile di vita dei giovani (dieta e uso di alcol).

Obiettivi specifici.

Attraverso i giovani il progetto si propone di:

- ridurre l'uso smodato delle bevande alcoliche,
- limitare l'uso dell'alcol lontano dai pasti,
- ridurre il fenomeno del binge drinking
- ridurre il numero dei ragazzi che si mette alla guida dopo aver bevuto.

Il Piano di valutazione dell'obiettivo generale e degli obiettivi specifici prevede:

- La verifica, attraverso gli stessi strumenti, della sensibilizzazione ottenuta circa la pericolosità delle bevande alcoliche ed utilizzo di un etilometro "virtuale" per valutare, di persona, quanto ogni singolo soggetto beve;
- La verifica "self" del tipo di modifiche alimentari suggerite e attuate;
- La creazione di alcuni spots pubblicitari e/o video, utilizzando anche persone dello spettacolo/calcio quali testimonials, da parte dei ragazzi.
- La creazione di un sito Internet della regione Campania a disposizione dei giovani per il corretto stile di vita e le problematiche alcol-correlate

CRONOGRAMMA IPOTIZZATO SU 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	
Incontro e coinvolgimento degli studenti delle Università	x	x	x	x	X																				
Creazione del materiale virtuale e della app				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X										
Realizzazione degli spot pubblicitari											x	x	x	x	x	x	x	x	x						
Verifica self																x	x	x	x	x	x	x			
Analisi dei dati e stesura della relazione finale																						x	x	x	x

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)

Numero identificativo della linea di intervento

2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione, sedentarietà, fumo di tabacco, alcol e altre dipendenze)

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento

“Per stile di vita si intende un modo di vivere fondato su modelli comportamentali riconoscibili, determinati a loro volta dall’interazione fra caratteristiche personali del singolo, relazioni sociali e socio-economiche, nonché condizioni di vita ambientali” (OMS, 1998).

Esiste, ormai, evidenza scientifica che gli stili di vita incidono in modo determinante sulla salute: secondo l’OMS, in Europa l’86% dei decessi ed il 77% degli anni di vita in buona salute persi sono provocati da patologie croniche, che hanno in comune fattori di rischio modificabili¹; inoltre il 50-60% del carico di malattia (espresso in DALY) è causato, in particolare, da sette fattori di rischio modificabili: tabagismo, ipertensione arteriosa, alcol, eccesso di colesterolo, sovrappeso, scarso consumo di frutta e verdura, inattività fisica.

¹ WHO, Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2006

I principali rischi si vengono a creare al di fuori del sistema sanitario: ad esempio l'abitudine al fumo si acquisisce generalmente in età giovanile, tra pari o in famiglia (apprendendo questi comportamenti dai genitori); l'organizzazione sociale induce comportamenti sedentari (riduzione delle possibilità di muoversi e giocare liberamente per i bambini in favore di attività "statiche"- tv e videogiochi, che veicolano, tra l'altro, messaggi pubblicitari favorevoli al consumo di alimenti altamente calorici; riduzione degli spazi verdi dei centri urbani); etc.

Di conseguenza i comportamenti, che influiscono sullo stato di salute, ricadono sotto la sfera della responsabilità individuale ma sono anche fortemente influenzati dall'ambiente e dall'organizzazione sociale.

In linea con tali assunti il DPCM 4 Maggio 2007 "Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari" ha fornito un orizzonte strategico e un quadro di riferimento per l'azione, basati sull'idea che per ridurre il carico di malattie croniche che grava sulla popolazione è necessario ridurre i principali rischi e i loro determinanti attraverso la promozione di una sana alimentazione e di un'adeguata attività fisica, attraverso la lotta al fumo e all'abuso d'alcol.

Il motto della strategia è particolarmente efficace in quanto il termine *scelta* sottolinea la responsabilità dell'individuo, mentre il termine *rendere facili* sottolinea la responsabilità dei governi e dei diversi settori della società: la salute e il benessere dovrebbero diventare un valore presente in tutte le politiche dei governi.

Per contrastare i comportamenti dannosi (fumo e abuso d'alcol) e promuovere gli stili di vita "virtuosi" (sana alimentazione e attività fisica) sono disponibili interventi di provata efficacia, attuabili a vari livelli (individuali e di comunità) tenendo in debito conto, in regione Campania, dell'entità e delle caratteristiche di ogni fenomeno.

Fumo

Il fumo di tabacco è stato definito dall'OMS come prima causa evitabile di malattia e morte nell'attuale società. La nicotina viene oggi riconosciuta, al pari dell'alcol, cocaina, allucinogeni e oppiacei, tra le sostanze psicoattive capaci di indurre dipendenza fisica e psichica. Ogni anno il fumo è causa di morte, in Italia, di circa 84.000 persone mentre il costo delle patologie legate al consumo di sigarette è stimabile intorno all'8% della spesa sanitaria totale (0,47% sul PIL). Al fumo sono attribuibili un terzo di tutte le morti per cancro ed il 15% di tutte le cause di morte.

In Italia², secondo i dati del Sistema di Sorveglianza "PASSI", la prevalenza di fumatori nella fascia d'età 18-69 anni è del 29%. In Campania tale valore sale al 30% e l'abitudine risulta essere maggiormente diffusa tra i maschi, nelle classi d'età più giovani, nelle persone con basso livello d'istruzione e con maggiori difficoltà economiche; il 66% dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere da un operatore sanitario, il 34% ci ha tentato ma soltanto il 2% ci è riuscito.

Riguardo al fumo passivo, infine, le stime Passi 2009 indicano che, in Campania, sia nei locali pubblici sia sui luoghi di lavoro il rispetto del divieto è minore del valore nazionale, in linea, purtroppo con le altre regioni del sud Italia

² Dato riferito al Pool di ASL italiane partecipanti, nel 2009, alla rilevazione del sistema di Sorveglianza (126/148; 85%)

Alcol

Il consumo di alcol, invece, ha assunto, in sanità pubblica, un'importanza sempre maggiore legata alla diretta correlazione con la genesi di numerose malattie: cirrosi epatica, diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, malattie cardiovascolari e tumori. Inoltre, il consumo di alcol facilita incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza e il fenomeno della dipendenza.

Il danno causato dall'alcol, oltre che al bevitore, può estendersi, altresì, alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società, anche in termini economici: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del Prodotto interno lordo.

Le persone a particolare rischio di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i forti consumatori, le persone che bevono abitualmente fuori pasto e quelle che indulgono in grandi bevute (binge drinking³).

In base alle stime prodotte dal Sistema di Sorveglianza PASSI nel 2009, l'8% della popolazione tra i 18 ed i 69 anni, in regione Campania, è da considerarsi consumatore a rischio: tra questi il 6% è forte bevitore, il 3% beve prevalentemente fuori pasto ed il 2% è un bevitore "binge". La prevalenza dei bevitori binge è doppia nella fascia d'età 18-24 anni, raggiungendo il 4%.

La letteratura e l'esperienza insegnano che è opportuno evitare azioni semplicemente informative sulle sostanze e messaggi di tipo allarmistico e proibitivo, in favore di azioni che tendano a rinforzare i fattori protettivi contestuali ed individuali. La prevenzione del consumo di alcol e di sostanze stupefacenti va affrontata con progetti trasversali, non episodici e che hanno spesso come esito il verificarsi di circuiti virtuosi che attivano le risorse di un territorio.

Alimentazione

L'apporto dei vari nutrienti nelle giuste quantità e proporzioni consente di ridurre i problemi di sovrappeso, dislipidemia ed ipertensione arteriosa. È ben noto, inoltre, il ruolo positivo del consumo di vegetali sulla salute, quali fattori di protezione contro diverse neoplasie (polmone, stomaco, orofaringe, esofago).

Secondo i dati 2008 del sistema di sorveglianza PASSI in Italia solo il 10% del campione intervistato, di età tra i 18 ed i 69 anni, riferisce un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, secondo quanto prescritto dalle raccomandazioni internazionali.

In Campania, il dato si fa ancora più preoccupante, riducendosi al 6%, specchio di un progressivo allontanamento dalle abitudini alimentari della dieta mediterranea laddove, paradossalmente, la disponibilità degli alimenti base è maggiore.

Attività fisica

Analogamente preoccupanti risultano essere i dati inerenti la sedentarietà: 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.

I dati nazionali di PASSI 2009 hanno evidenziato che ben quasi 1/3 degli intervistati, di età compresa tra i 18 ed i 69 anni, risultava completamente sedentario e questo dato raggiunge proporzioni eclatanti in Campania dove addirittura il 44% della popolazione non svolge alcuna attività fisica.

³ Definizione di *binge drinking*: consumo di sei o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione, almeno una volta al mese.

Sovrappeso ed obesità, problemi ovunque in aumento, sono causati essenzialmente dalla combinazione di sedentarietà e cattiva alimentazione .

Le caratteristiche sociali influenzano in maniera rilevante l'obesità: sono le persone con bassa scolarità e con basso reddito a presentare più frequentemente eccessi ponderali.

Numerosi indicatori socio-economici situano la Campania lontana dalla media delle altre Regioni italiane, quasi sempre nelle posizioni più estreme e sfavorevoli, con ovvie conseguenze avverse sulla salute dei cittadini. E' necessario, dunque, monitorare le caratteristiche maggiormente correlate a determinati comportamenti o abitudini, per sviluppare interventi mirati e favorire la diffusione di comportamenti "virtuosi".

Tali interventi non possono prescindere dall'interazione di diversi attori (medici di famiglia, pediatri, servizi territoriali e ospedalieri, servizi socio-assistenziali, etc.) e dall'adozione di politiche sociali che permettano di attuare piani di miglioramento degli stili di vita della popolazione⁴.

Obiettivi Generali

Riduzione (o contenimento) della prevalenza di soggetti con stili di vita non sani, riguardo l'alimentazione e l'attività fisica, l'abitudine al fumo e all'abuso di alcol, attraverso la promozione di attività favorevoli il contrasto alla sedentarietà, la disassuefazione dal tabagismo, l'uso moderato di alcol e la diffusione di abitudini alimentari "sane".

Risultati Attesi

- Riduzione della prevalenza di alcuni fattori di rischio modificabili, correlati all'insorgenza di malattie cronico-degenerative (sovrappeso, scarso consumo di frutta e verdura, ipertensione arteriosa, eccesso di colesterolo, abitudine al fumo, abuso di alcol)
- Incremento della prevalenza di popolazione adulta fisicamente "attiva"
- Aumento del consumo di frutta e verdura e di alimenti "sani";

Azioni Principali

- Costituzione gruppi di lavoro nell'ambito sanitario, con compiti di "supporto, programmazione, coordinamento, valutazione" (livello regionale) e " di intervento organizzativo e gestionale" (livello aziendale)
- Individuazione dei portatori di interesse
- Predisposizione di un piano di comunicazione sugli stili di vita in base ai dati derivanti dai sistemi di sorveglianza e le banche dati attualmente disponibili
- Individuazione degli interventi di provata efficacia adattabili al contesto locale
- Preparazione dei materiali e dei documenti
- Attuazione degli interventi
- Verifica dei risultati attesi attraverso l'analisi dei dati derivanti dai sistemi di sorveglianza e delle banche dati attualmente disponibili
- Stesura di un report sintetico delle attività condotte e dei risultati raggiunti

⁴ WHO 2008-2013, Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Azioni Tematiche

Azioni	Attività regionali (Linee di supporto, programmazione, coordinamento, valutazione)	Attività ASL (Linee di intervento organizzativo e gestionale)
ALIMENTAZIONE	<p>Accordi quadro interistituzionali (sanità, agricoltura, commercio, ambiente, scuola) e indirizzi normativi/ sistemi incentivanti: per l'applicazione delle linee di indirizzo regionali per il miglioramento dell'offerta alimentare nella ristorazione collettiva (scolastica assistenziale, ospedaliera), nella ristorazione pubblica e nella distribuzione per il miglioramento della disponibilità e accessibilità a cibi sani tra i gruppi sociali più poveri distribuzione nelle aree e nei gruppi più deprivati</p>	<p>Attuazione degli obiettivi della programmazione specifica in relazione a: attuazione delle azioni previste dai sistemi di sorveglianza <input type="checkbox"/> consolidamento delle azioni relative alla valutazione dei menu, alla vigilanza nutrizionale e ai controlli di sicurezza alimentare nella ristorazione collettiva <input type="checkbox"/> miglioramento delle modalità di porzionatura e monitoraggio degli avanzi nella ristorazione scolastica <input type="checkbox"/> attivazione in tutte le ASL di sportelli nutrizionali/ambulatori per interventi individuali e di gruppo <input type="checkbox"/> informazioni alla popolazione generale per l'incremento dei consumi di frutta e verdura nella popolazione generale Programmi di informazione e sensibilizzazione per i titolari pubblici e privati degli esercizi di ristorazione e mense aziendali all'offerta di alimenti compatibili con una alimentazione sana</p>
ATTIVITÀ FISICA	<p>Accordi quadro interistituzionali (sanità, agricoltura, commercio, ambiente, scuola) e indirizzi normativi/sistemi incentivanti: - per stimolare tutti gli ambienti di lavoro a investire nell'attività motoria durante l'orario scolastico - per stimolare le amministrazioni a migliorare l'ambiente urbano, in particolare nelle aree maggiormente deprivate, in modo da incentivare l'attività fisica</p>	<p>Programmi di promozione e facilitazione dell'attività motoria con interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili su target specifici di popolazione (lavoratori, donne, grandi adulti - 50 /69 anni -, ecc.)</p>
FUMO	<p><input type="checkbox"/> Definizione di un Piano Regionale Antitabacco "Campania libera dal fumo" attraverso programmi specifici di: - assistenza e supporto alla disassuefazione della popolazione adulta (18-69 aa) - promozione della salute e prevenzione dell'abitudine al fumo tra le donne in gravidanza - controllo del fumo passivo – Luoghi di lavoro liberi dal fumo - controllo del fumo passivo – Locali pubblici liberi dal fumo</p>	<p><input type="checkbox"/> Condivisione del Piano Regionale Antifumo "Campania libera dal fumo" costituendo un'interfaccia strategico-operativa tra il livello regionale e il livello periferico <input type="checkbox"/> sperimentazione di percorsi innovativi <input type="checkbox"/> favorire processi integrativi con altre strategie locali di prevenzione <input type="checkbox"/> contribuire ai livelli di pianificazione locale della prevenzione e della promozione della salute fondati sulla corresponsabilità e la partecipazione</p>

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

	<p>· controllo del fumo passivo - Ospedali e Servizi sanitari senza Fumo</p>	<p><input type="checkbox"/> contribuire alle fasi di valutazione e monitoraggio del programma regionale</p> <p>Programmi di informazione e sensibilizzazione al divieto di fumo per i datori di lavoro e per i titolari di locali pubblici</p>
ALCOL	<p>Stesura di un progetto regionale di prevenzione e contrasto all'uso e abuso di alcol e delle patologie alcol-correlate che preveda:</p> <p><input type="checkbox"/> elaborazione di proposte e di raccomandazioni per la pratica e l'organizzazione dei servizi,</p> <p><input type="checkbox"/> elaborazione di proposte di linee di indirizzo per l'attività clinica</p> <p><input type="checkbox"/> mappatura dei molteplici servizi sanitari che trattano le problematiche relative alle patologie alcol-correlate</p> <p><input type="checkbox"/> individuazione delle azioni programmatiche necessarie</p>	<p><input type="checkbox"/> Collaborare alle attività del gruppo regionale nella fase di analisi e mappatura</p> <p><input type="checkbox"/> Applicazione delle proposte e raccomandazioni individuate nel Piano regionale di prevenzione e contrasto all'uso e abuso di alcol e delle patologie alcol-correlate</p>

Attori

- Regione (Assessorati Sanità, Agricoltura, Commercio, Urbanistica, Trasporti e Viabilità)
- Aziende Sanitarie ed ospedaliere
- Scuola
- Comuni
- Associazioni di categoria

Portatori Di Interesse

- Popolazione generale
- Decisori\Amministratori
- Operatori sanitari (MMG, specialisti, operatori sanitari e non impegnati nella promozione della salute),
- Enti locali
- Associazioni di categoria

Criticita'

L'auspicato forte coinvolgimento del settore sociale, "esterno" a quello sanitario, costituisce fattore di complessità organizzativa, a causa della sua frammentazione e dell'agire in conformità a mandati propri.

I tempi di realizzazione dell'indagine saranno vincolati alla messa a punto del sistema a livello regionale ed alla rapidità di partecipazione "attiva" degli enti coinvolti.

Sistema Di Valutazione

Realizzazione degli indicatori di verifica

Analisi dei dati prodotti dai sistemi di sorveglianza (PASSI) e dalla banche dati disponibili (ISTAT)

Cronoprogramma

	2011												2012											
ATTIVITA'	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Costituzione gruppi																								

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

comunicazione	PASSI	schede tematiche 2009	ASL: report 2009 e/o schede tematiche 2010		ASL: report regionale 2010 e/o schede tematiche 2011	
Predisposizione di un documento con indicazione delle linee di intervento		Non presente	presente		presente	
Preparazione dei materiali e/o dei documenti		Non applicabile	presenti		presenti	
Attuazione degli interventi		Non presente	Attivazione e di almeno 2 interventi tra quelli individuati		Attivazione e di almeno 3 interventi tra quelli individuati	
Prevalenza dei sedentari	Risultati regionali PASSI ⁵	44%	38%		35%	
Prevalenza degli operatori sanitari che indagano i propri assistiti sull'AF	Risultati regionali PASSI ³	24%	28%		33%	
Prevalenza di persone in eccesso ponderale (18-69 aa)	Risultati regionali PASSI ³	48%	45%		42%	
Consumo di frutta e verdura	Risultati regionali PASSI ³	6%	8%		10%	
Prevalenza fumatori	Risultati regionali PASSI ³	30%	29%		28%	
Prevalenza operatori sanitari che consigliano di smettere di fumare (ai fumatori)	Risultati regionali PASSI ³	66%	70%		75%	
Luoghi pubblici in cui si rispetta il divieto di fumare	Risultati regionali PASSI ³	74%	78%		82%	
Luoghi di lavoro in cui si rispetta il divieto di fumare	Risultati regionali PASSI ³	84%	87%		90%	
Prevalenza bevitori a rischio	Risultati regionali PASSI ³	8%	6%		4%	
Prevalenza bevitori binge tra i	Risultati regionali	4%	3%		2%	4

⁵ (18-69 aa)

giovani	PASSI ³					
Stesura di un report sintetico delle attività condotte e dei risultati raggiunti		Non applicabile	Almeno il 25% degli interventi previsti nel piano di comunicazione		Almeno il 50% degli interventi previsti nel piano di comunicazione	

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)

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

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)

Introduzione

In Italia vi sono, attualmente, circa 16.5 milioni di soggetti in sovrappeso e circa 5.5 milioni di pazienti obesi (5 milioni con un indice di massa corporea (IMC) compreso tra 30 e 40 kg/m², 500.000 con un IMC >40 kg/m²). L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Nazionale conferma questi dati, registrando per la Campania l'esistenza di una persona su 3 con indice di massa corporea oltre i 30, nell'età 35-74 anni. Secondo i dati ottenuti dal progetto PASSI, la Regione Campania, insieme alla Sicilia, Basilicata, Abruzzo e Molise, è tra le Regioni con maggiore diffusione di sovrappeso e obesità, con una prevalenza che si attesta tra il 45-54%.

Analogamente OKkio alla salute, che fornisce dati misurati relativi ai bambini di età 8-9 anni, ha evidenziato che mentre secondo la media nazionale il 12.3% dei bambini è obeso ed il 23.6% è in sovrappeso, nella Regione Campania, insieme alla Sicilia, Calabria, Basilicata e Molise, prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini > 40%. Questo significa che 1 milione e centomila bambini tra i 6 e gli 11 anni sono sovrappeso o obesi in tutta Italia. Tutto questo si traduce in un enorme impatto sociale, dal momento che l'obesità e le malattie correlate, quali diabete, ipertensione, steatosi epatica, insufficienza cardiaca, insufficienza respiratoria, comportano una riduzione della quantità ed uno scadimento della qualità della vita nonché costi sanitari e sociali, diretti ed indiretti estremamente rilevanti.

A fronte di un problema di tale entità ed a parte le indagini epidemiologiche sovra menzionate, non esistono in regione Campania strumenti sistematici di raccolta anche dei più elementari dati antropometrici, per progettare, realizzare e valutare interventi di salute pubblica e che riguardano la parte molto più vasta dei pazienti in sovrappeso ed obesi che non accede al regime di ricovero ospedaliero. Inoltre, un dato interessante che è emerso dal progetto PASSI è che non frequentemente le persone in eccesso ponderale ricevono consigli dai medici e dagli altri operatori sanitari cui si rivolgono di modificare il loro stile di vita per migliorare la propria condizione. Infine, nello stesso progetto è stato evidenziato come sia sostanzialmente scarsa la consapevolezza del rischio derivante dall'eccesso di peso

per la propria salute. Nessun dato è invece disponibile sull'intervento di prevenzione nei pazienti normopeso o sovrappeso nei riguardi del rischio di obesità e dei rischi connessi all'aumento ponderale.

Risulta quindi evidente come, nell'ambito della gestione integrata del paziente a rischio di obesità secondo un percorso di Disease Management, siano necessari due momenti essenziali: da una parte è necessaria la consapevolezza della classe medica campana circa le stime reali della diffusione del problema obesità e dall'altra risulta fondamentale il ruolo dell'informazione per il riconoscimento dei rischi connessi all'incremento ponderale. L'informazione risulta quindi premessa imprescindibile nel condizionare la partecipazione attiva al percorso di modifica delle abitudini alimentari e dello stile di vita che sono necessarie per ottenere una riduzione stabile dell'IMC.

Oltre ai sistemi nazionali e regionali di sorveglianza sulla salute che producono periodicamente dati relativi allo stato nutrizionale della popolazione e degli stili di vita ad esso associati (PASSI, OKkio alla Salute, HBSC), anche altri sistemi informativi sono in evoluzione. La maggioranza dei Medici di Medicina Generale (MMG) è attualmente raggiunta da una rete informatica che ha grosse potenzialità nello scambio di informazioni. Le attività messe in campo nel Piano di prevenzione delle complicanze del diabete (progetto IGEA) ed il loro stato di attuazione, hanno reso possibile lo sviluppo del progetto di Prevenzione dell'obesità in pazienti affetti da Diabete Mellito o Sindrome Metabolica attraverso un programma di Disease Management con il reclutamento di pazienti tra quelli che avevano già dato l'adesione al progetto IGEA, attraverso il consenso informato. Dal 2009, infine, è stata attivata presso il Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia – Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli Ca.r.e. (Campania rete endocrinologia; www.endocare.it), la prima rete telematica tra endocrinologi in Italia che permette il flusso di informazioni e aggiornamenti con i medici delle altre strutture sanitarie territoriali; tale centro ha già realizzato in passato esperienze nell'ambito della formazione degli operatori sanitari, della realizzazione di progetti e nella relativa valutazione di efficacia.

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento

Il progetto propone la realizzazione di un percorso di *Disease Management* finalizzato alla prevenzione dell'obesità nei soggetti in sovrappeso. Per affrontare il problema della prevenzione dell'obesità è necessario che i cittadini siano informati attraverso messaggi chiari ed efficaci -allo scopo di favorire la promozione di stili di vita salutari attraverso l'*empowerment* dei singoli e dell'intera comunità- realizzati e trasmessi sia da operatori sanitari sia da operatori non sanitari.

L'intervento sui soggetti deve essere appropriato a raggiungere gli obiettivi prestabiliti e prevedere fasi di intervento di complessità crescente, dall'educazione sanitaria elementare, all'intervento nutrizionale elementare, fino ai complessi modelli di intervento cognitivo comportamentale. La realizzazione del progetto comprende l'organizzazione di un percorso assistenziale attraverso l'integrazione tra MMG, Distretti Sanitari (ambulatori specialistici e consultori familiari), operatori, formati specificatamente per il percorso di prevenzione e centri di secondo livello.

Il progetto si articola in piano formativo, piano di intervento, e piano di elaborazione dei dati con valutazione dei risultati ottenuti.

Obiettivi

Obiettivo Generale

Il progetto ha come obiettivo la prevenzione dell'obesità e delle patologie endocrine e metaboliche correlate all'obesità nei pazienti sovrappeso attraverso la realizzazione di un percorso di *Disease*

Management, con una conseguente riduzione del rischio cardiovascolare, riduzione di un uso improprio dei farmaci per compensare un inadeguato stile di vita, ed una conseguente riduzione della spesa sanitaria.

Obiettivo Specifico 1

Individuazione dei soggetti a rischio obesità ($IMC \geq 25 \leq 29.9$ senza co-morbidità) o soggetti già con patologia in atto e/o obesità ($IMC \geq 25 \leq 29.9$ con co-morbidità; $IMC > 30$) tra i pazienti arruolati dai MMG, ed organizzazione di un percorsi assistenziali mirati attraverso l'integrazione tra MMG, Distretti Sanitari (ambulatori specialistici e consultori familiare), operatori formati specificatamente per il percorso di prevenzione, e centri di secondo livello secondo il modello assistenziale del Disease Management.

Obiettivo Specifico 2

Implementazione del programma di educazione mirato a conoscere ed evitare i comportamenti a rischio, attraverso l'empowerment, processo con cui il soggetto in cura acquisisce la conoscenza e l'abilità necessaria all'autogestione del problema, partecipando così attivamente e in modo consapevole alle modifiche dello stile di vita necessarie al raggiungimento dell'obiettivo della riduzione dell'eccesso ponderale e delle patologie endocrine e metaboliche correlate all'obesità.

Obiettivo Specifico 3

Adeguare e monitorare il piano di intervento dell'offerta assistenziale al crescente numero di soggetti sovrappeso ed obesi, attraverso l'identificazione di percorsi differenziati e stratificati in base al livello dell'IMC e della presenza o meno di co-morbidità, assicurando così una continuità assistenziale fondamentale ai fini dell'organizzazione di un percorso efficace ed efficiente, senza dispersione di risorse e vicina alle necessità dell'utenza.

Obiettivo Specifico 4

Ampliamento della conoscenza della diffusione del sovrappeso e dell'obesità in Regione Campania delle patologie endocrine e metaboliche correlate all'obesità, presupposto necessario ed imprescindibile per una gestione efficiente delle risorse sanitarie, degli interventi di prevenzione nell'ottica del risparmio della spesa farmaceutica.

Risultati attesi (in 2 anni)

Messa a punto di un piano di formazione per gli operatori

Formazione dei MMG e degli Specialisti ambulatoriali che aderiscono al progetto

Formazione degli operatori addetti all'informazione ed ai gruppi di ascolto ed aiuto

Supporto gli operatori, MMG, e Specialisti ambulatoriali in tutti i livelli di intervento

Messa a punto di un piano di comunicazione per la popolazione

Messa a punto di un piano di intervento

Realizzazione di collaborazione con il SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione) regionale

Censimento delle palestre che hanno attivato i corsi dedicati al fitness metabolico

Riferimento a strutture di 2° livello dei casi complessi che necessitano di ulteriori interventi integrati diagnostico-terapeutici.

Elaborazione di dati di processo e di esito per la valutazione dell'efficacia dell'intervento

Azioni principali

Azioni a livello regionale

- Creazione di un comitato scientifico per la formazione del personale e la progettazione del piano di comunicazione. Tale comitato sarà opportuno che tale comitato includa i diversi portatori di interesse: esperti in comunicazione, Endocrinologi, Nutrizionisti, esperti di Fitness Metabolico, Epidemiologi, rappresentante dei MMG, rappresentante dei Servizi Materno-Infantili, rappresentante degli Specialisti Ambulatoriali di Endocrinologia, rappresentanti delle Associazioni di Volontariato del Servizio Civile, altre eventuali associazioni di cittadini e di consumatori, CIDO (Comitato italiano per i diritti delle persone affette da Obesità e disturbi alimentari), le farmacie, le catene della grande distribuzione alimentare.
- Progettazione e realizzazione di un piano di comunicazione mediante l'ausilio di materiale divulgativo, con la creazione di modelli essenziali di alimentazione e di attività fisica funzionali all'attuazione delle strategie delle modifiche dello stile di vita. Creazione di un sito web.
- Recepimento dei dati di processo e di esito delle attività mediante sistema informativo *ad hoc*.
- Elaborazione dati mediante indicatori indiretti (livello di conoscenza e percezione del problema in relazione al livello socio-culturale dei pazienti coinvolti nel piano di prevenzione) ed indicatori diretti (IMC, circonferenza addominale, dati diagnostici ematochimici e strumentali, dati di intervento terapeutico).
- Valutazione dell'efficacia dell'intervento di coinvolgimento attivo rispetto mediante confronto tra gli indicatori ottenuti nel gruppo di pazienti incluso nel presente progetto ed un gruppo di pazienti sottoposto a cure standard.
- Produzione del report di attività

Azioni a livello aziendale

- La popolazione target è la fascia 18-65 anni, con $IMC \geq 25$ (sovrappeso) e circonferenza addominale > 88 cm nel sesso femminile e > 102 cm nel sesso maschile. La stratificazione della popolazione selezionata per l'intervento in fasce di età e gravità del caso, consente di predisporre interventi appropriati per intensità, complessità e costo.
- Il percorso di prevenzione inizia presso i MMG i quali, mediante i database dedicati, identificano pazienti a rischio in base all'età e ai dati antropometrici. Nelle sedi dei MMG viene offerto un adeguato counselling e reso disponibile materiale informativo, sotto forma di opuscoli e/o manifesti per informare e motivare il paziente a rischio a proseguire nel percorso assistenziale. Vengono, inoltre, prescritti esami emato-chimici utili all'inquadramento dello stato di salute dei singoli.
- I pazienti, così individuati, verranno trattati nelle sedi opportune, in relazione alle loro condizioni di salute: pazienti senza comorbidità associate saranno agevolmente seguiti dai gruppi di ascolto e di aiuto, allocati presso i Distretti territoriali, i Servizi Materno-Infantili, le Circoscrizioni Comunali. I pazienti che invece mostrano comorbidità associate o con gradi severi di obesità, saranno inviati presso centri di livello successivo, con competenze specifiche per affrontare tali trattamenti.
- Le caratteristiche del follow-up diagnostico, dei percorsi in base alla gravità della patologia e del tipo di trattamento verranno precisati dal comitato scientifico del progetto, alla luce e nel rispetto di precisi criteri di efficienza e di efficacia e, soprattutto, in accordo con le indicazioni proposte dalla più recente evidenza scientifica.
- A livello aziendale, i gruppi di ascolto e di aiuto hanno il compito di informare i pazienti sui fattori di rischio connessi al sovrappeso ed alla progressione verso l'obesità e sulla necessità di modificare stile di vita ed abitudini alimentari. Gli incontri sono effettuati in modo da stimolare la discussione sui comportamenti a rischio identificati dai questionari, sulle informazioni fornite e sui modelli di modifiche proposti, per verificare il livello di conoscenza ottenuto e segnalare le eventuali difficoltà

nel percorso di formazione. Gli incontri devono adottare una metodologia diretta ed attiva per ottenere una partecipazione consapevole alle modifiche proposte, con l'obiettivo finale dell'autogestione delle modifiche dello stile di vita e delle abitudini alimentari, ed il possibile coinvolgimento attivo anche degli altri membri della famiglia.

Attori

Popolazione generale

Specialisti di varie aree (endocrinologia, metabolismo, scienze motorie, cardiologia, formazione, epidemiologia, comunicazione, salute pubblica) delle asl e delle strutture assistenziali specialistiche di 2° livello

Asl (distretti sanitari, consultori, MMG, centri di ascolto e di aiuto)

Comuni

Operatori specializzati in formazione

Portatori di interesse

Assessorato alla Sanità

Piani Sociali di Zona

Associazioni del commercio e dei consumatori

Palestre e luoghi in cui si pratica attività motoria

Possibili criticità

Le criticità nello sviluppo del progetto risiedono in gran parte nella carenza di figure professionali quali endocrinologi, dietisti e/o nutrizionisti, psicologi e/o psichiatri, esperti nel campo dell'alimentazione, del fitness metabolico e delle terapie cognitivo-comportamentali a livello territoriale, di figure di supporto, quali operatori del Servizio Civile da formare alle finalità del progetto, e nella attuale scarsa disponibilità di risorse.

Sistema di valutazione

OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione dell'obesità in Campania mediante la gestione integrata del paziente a rischio
Indicatore/i di risultato	Riduzione del peso corporeo: proporzione di persone che hanno diminuito il proprio peso rispetto al totale delle persone in sovrappeso o obese dopo il percorso di coinvolgimento attivo e/o il percorso assistenziale. Numeratore: N. persone in sovrappeso o obese al tempo t0 che al tempo t1 hanno diminuito il proprio peso corporeo. Denominatore: Totale persone che al tempo t0 sono obese o sovrappeso e che hanno seguito il percorso di coinvolgimento attivo e/o il percorso assistenziale Lo stesso dato si ottiene per il gruppo di pazienti randomizzato che viene valutato ad 1 anno senza alcun intervento. Nota: sovrappeso o obese : persone con $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Standard di risultato	Riduzione del peso corporeo almeno nella metà dei soggetti reclutati nel percorso
Indicatore/i di risultato	<p>Circonferenza vita: proporzione di persone con circonferenza vita < ai valori di riferimento rispetto al totale delle persone in sovrappeso o obese, dopo il percorso di coinvolgimento attivo e/o il percorso assistenziale.</p> <p>Nominatore: N. persone in sovrappeso o obese che al tempo t0 hanno la circonferenza vita > ai valori di riferimento e che al tempo t1 hanno diminuito tali valori</p> <p>Denominatore: Totale persone in sovrappeso o obese che al tempo t0 hanno > ai valori di riferimento</p> <p>Lo stesso dato si ottiene per il gruppo di pazienti randomizzato che viene valutato ad 1 anno senza alcun intervento.</p> <p>Nota: valori di riferimento della circonferenza vita: donne < 88 cm uomini < 102 cm</p>
Standard di risultato	Riduzione della circonferenza vita almeno nella metà dei soggetti reclutati al percorso
Indicatore/i di risultato	<p>Modifiche dei parametri ematochimici di alterazione endocrina e metabolica: proporzione di persone che hanno migliorato i parametri endocrini e metabolici rispetto al totale delle persone in sovrappeso o obese con alterazione dei parametri endocrini e metabolici, dopo il percorso di coinvolgimento attivo e/o il percorso assistenziale.</p> <p>Numeratore: N. persone in sovrappeso o obese con alterazione dei parametri endocrini e metabolici al tempo t0 che al tempo t1 hanno migliorato tali parametri.</p> <p>Denominatore: Totale persone in sovrappeso o obese che al tempo t0 sono obese o sovrappeso con alterazione dei parametri endocrini e metabolici e che hanno seguito il percorso di coinvolgimento attivo e/o il percorso assistenziale</p> <p>Nota: I parametri metabolici utilizzati sono quelli proposti dall'ATP III (2)</p>
Standard di risultato	Miglioramento dei parametri ematochimici di alterazione endocrina e metabolica almeno nella metà dei soggetti reclutati al percorso

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

OBIETTIVO SPECIFICO 1	Individuazione delle persone a rischio obesità (IMC $\geq 25 \leq 29.9$ senza co-morbidità) o persone già con patologia in atto e/o obesità (IMC $\geq 25 \leq 29.9$ con co-morbidità; IMC > 30)
Indicatore/i di risultato	N. persone che hanno seguito il percorso di prevenzione/ totale delle persone a rischio identificate dai MMG
Standard di risultato	Almeno 20 persone per MMG
Indicatore	N. pazienti che hanno completato il percorso sul totale dei pazienti reclutati al percorso
Standard di risultato	> 60% dei partecipanti
Indicatore	Riduzione del peso e/o della circonferenza vita Miglioramento delle co-morbidità Riduzione della spesa farmaceutica N. questionari con gradimento positivo sul totale questionari somministrati ai pazienti
Standard di risultato	> 60%
OBIETTIVO SPECIFICO 2	Implementazione del programma di educazione mirato a conoscere ed evitare i comportamenti a rischio, attraverso l'empowerment.
Indicatore/i di risultato	N. questionari che evidenziano le modifiche dello stile di vita e delle abitudini alimentari a t1/ questionari a t0
Standard di risultato	% di modifiche dello stile di vita e delle abitudini alimentari dopo l'intervento/ % di modifiche dello stile di vita e delle abitudini alimentari senza l'intervento
OBIETTIVO SPECIFICO 3	Adeguamento e monitoraggio dell'offerta assistenziale pubblica.
Indicatore/i di risultato	Attori coinvolti nel progetto: Proporzione di MMG e di specialisti ambulatoriali che hanno aderito al percorso di prevenzione dell'obesità sul totale di MMG e di specialisti ambulatoriali coinvolti
Standard di risultato	Almeno 1 specialista ambulatoriali per ASL coinvolta
OBIETTIVO SPECIFICO 4	Ampliamento della conoscenza della diffusione del sovrappeso e dell'obesità in Regione Campania delle patologie endocrine e metaboliche correlate all'obesità
Indicatore/i di risultato	report del progetto pubblicazioni scientifiche
Standard di risultato	

CRONOPROGRAMMA

Mese		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Obiettivo specifico 1	Approvazione del Progetto	x																								
	Identificazione del comitato scientifico del Progetto		x																							
	Accordo con i MMG		x	x																						
	Arruolamento del personale			x	x																					
	Formazione del			x	x	x	x																			

I *walking school bus*, (Myers L, Strikmiller PK, Webber LS, Berenson GS. Physical and sedentary activity in school children grades *Med Sci Sports Exerc* 1996; 7: 852-9.) denominati in Italia Piedibus, finalizzati a indurre comportamenti orientati ad un corretto stile di vita proponendo agli alunni della scuola primaria un modo sicuro, divertente e sano per andare e tornare da scuola, sono stati realizzati per primi in Danimarca e poi diffusi in vari paesi europei e in Nord America. Il loro scopo principale è promuovere l'attività fisica nei bambini: la sedentarietà è considerata infatti un determinante importante dell'obesità infantile, che ha in Italia un tasso di prevalenza molto elevata con un picco del 49% di bambini sovrappeso o obesi in Regione Campania (OKkio 2008).

E' inoltre ampiamente dimostrato che avere comportamenti sani in giovane età può portare a stili di vita sani anche in età adulta, è quindi importante abituare i bambini a camminare sin da piccoli. (Cooper AR, Page AS, Foster LJ, Qahwaji D. Commuting to school: are children who walk more physically active? *Am J Prev Med* 2003)

Il traffico automobilistico è, a sua volta, un significativo determinante dello stato di salute e benessere, sia attraverso effetti diretti sulla salute dei cittadini legati all'inquinamento atmosferico, all'inquinamento acustico, agli incidenti stradali, sia attraverso effetti indiretti legati alla diminuzione dell'attività fisica e agli stili di vita. La maggior parte della popolazione utilizza l'automobile come principale mezzo di trasporto e gli esperti sostengono che l'utilizzo di un mezzo di trasporto passivo per raggiungere le località di interesse quotidiano (scuola, lavoro ecc.) sia determinato anche dalla percezione della mancanza di sicurezza sia delle strade che dell'ambiente sociale in genere. Ciò gioca un ruolo particolarmente importante per quanto riguarda i bambini e porta i genitori ad accompagnarli in auto a scuola o ad affidarli ad uno scuolabus per non avere preoccupazioni sulla loro sicurezza.

Andare a scuola a piedi è un' occasione per socializzare, farsi nuovi amici ed arrivare di buon umore all'inizio delle lezioni. Si impara l'educazione stradale sul campo e si diventa pedoni consapevoli. Inoltre il muoversi fuori da casa in autonomia sviluppa l'autostima, e contribuisce a un sano equilibrio psicologico.

Nel precedente PRP (2005-2007, prorogato al 2008 e al 2009) il progetto "Piedibus" è stato proposto alle ASL nell'ambito del Piano di Prevenzione dell'Obesità Infantile e di quello relativo alla Prevenzione degli Incidenti Stradali. Nel Corso di formazione per gli operatori delle ASL impegnati in quest'ultimo piano è stato affrontato questo argomento ed è stato consegnato materiale informativo e una presentazione in power-point da utilizzare per il coinvolgimento delle scuole.

Inoltre a livello locale alcune ASL hanno dato avvio ai primi gruppi di progettazione partecipata, comprendenti operatori sanitari e scolastici. Una prima sperimentazione è iniziata a Napoli con l'organizzazione di 4 linee di Piedibus.

Risultati attesi

- creazione di una "scatola degli attrezzi" per gli incontri con docenti e genitori e l'organizzazione delle linee di piedibus
- organizzazione di linee di piedibus per i percorsi casa-scuola e scuola-casa

Attività

Avvio del progetto

Livello Regionale

- Formalizzazione di un gruppo di lavoro regionale 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 (operatori dei distretti, medicina dello sport, epidemiologia, educazione alla salute, rappresentante dei PLS, ecc.). Il Referente rappresenterà l'Azienda Sanitaria Locale nel gruppo di lavoro regionale.

Attività principali:

Formazione regionale operatori ASL

10. Coinvolgimento dei portatori di interesse
11. Costituzione di gruppo di coordinamento per la progettazione partecipata a livello delle singole scuole
12. Creazione di una "scatola degli attrezzi" per gli incontri con docenti e genitori e l'organizzazione delle linee di piedibus
13. Formazione/autoformazione dei componenti del gruppo di progettazione partecipata a livello delle singole scuole
14. Iniziative per promuovere la mobilità sostenibile nelle Municipalità o nei Comuni interessati
15. Realizzazione di incontri nelle scuole rivolti agli insegnanti e genitori per trattare i temi dell'attività fisica, dell'inquinamento atmosferico e acustico e della sicurezza
16. Questionario alle famiglie per conoscere le modalità con cui i bambini vanno a scuola e elaborazione dati
17. Coinvolgimento dei genitori nei gruppi di progettazione
18. Realizzazione di linee di piedibus per i percorsi casa-scuola e scuola-casa
19. Comunicazione dei risultati raggiunti

Portatori di interesse

I gruppi di interesse sono i bambini, le loro famiglie, gli insegnanti, gli operatori sanitari (Servizi consultoriali, Dipartimenti di prevenzione, PLS), gli Enti locali le associazioni ambientaliste, Polizia Municipale, l'Agenzia Napoletana per l'Energia e l'Ambiente (ANEA), le Associazioni per la Cittadinanza Attiva, i Mass media

Beneficiari e attori

Target primario:

I bambini delle scuole elementari

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva

Le famiglie, gli insegnanti delle scuole elementari.

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

Obiettivo Generale

Migliorare la salute e il benessere dei bambini favorendo stili di vita attivi e l'acquisizione di competenze di vita

Obiettivo Specifico

Attivazione di linee di piedibus per i percorsi casa-scuola e scuola-casa

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Obiettivo intermedio

Aumentare le conoscenze su importanza dell'attività fisica, inquinamento atmosferico e acustico cittadino e modificare gli atteggiamenti e i comportamenti dei target secondari o "moltiplicatori" (insegnanti, famiglie ecc.) in merito a attività fisica, uso dell'auto, sicurezza

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° di ASL che attivano il progetto	Relazioni di servizio	1 (ASL Napoli 1 Centro)				
Creazione di una "scatola degli attrezzi" per gli incontri con docenti e genitori e l'organizzazione delle linee di piedibus	Produzione del materiale	assente	presente			
N° di linee di piedibus attivate	Relazioni di servizio	4				
Incremento delle conoscenze su importanza dell'attività fisica, inquinamento atmosferico e acustico cittadino	Questionari	Dati non pervenuti	Incremento conoscenze (rispetto al valore di partenza) del 40%;			

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																								
Formazione regionale																								
Formazione gruppo scuola																								
Realizzazione linee di piedibus																								
Comunicazione risultati – evento																								
Valutazione condivisa																								

Progetto 25: Prevenzione delle patologie da carenza alimentare di iodio (Quadro d'Insieme n° 2.9.10)

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

2.9 - Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)

Descrizione del progetto

Razionale

La riduzione dei disturbi da carenza alimentare di iodio è indicata come obiettivo primario per la salute pubblica dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dalla Food and Agriculture Organization (FAO). L'importanza di un adeguato apporto nutrizionale di iodio sta nel fatto che questo elemento è il costituente essenziale degli ormoni tiroidei. Questi svolgono un ruolo critico sul differenziamento cellulare, in particolare per ciò che riguarda lo sviluppo del sistema nervoso centrale nelle prime fasi della vita, e contribuiscono al mantenimento dell'omeostasi metabolica durante la vita adulta. La carenza nutrizionale di iodio compromette la funzione tiroidea e si traduce in quadri morbosi le cui manifestazioni variano in funzione del periodo della vita interessato a questo deficit. Il gozzo rappresenta la manifestazione più diffusa della carenza nutrizionale di iodio. In Italia circa 6 milioni di persone sono affette da gozzo ed è stato stimato che l'impatto economico di questa malattia è di circa 150 milioni di euro/anno. Inoltre, dai dati ISTAT sui ricoveri ospedalieri del 2000, si rileva che ci sono quasi 30 mila ricoveri ordinari con diagnosi di gozzo semplice ovvero quasi 50 ricoveri ogni 100 mila abitanti. Pertanto il Ministero della Salute ha promosso la legge n. 55 del 21 Marzo 2005 concernente "Disposizioni finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica" con la quale ha definito, ai fini della iodoprofilassi, le modalità di utilizzo e di vendita del sale alimentare arricchito con iodio destinato al consumo diretto, oppure impiegato come ingrediente nella preparazione e nella conservazione dei prodotti alimentari. Ma, nonostante il varo della suddetta norma, l'attuazione della iodoprofilassi in Italia a tutt'oggi può ritenersi non soddisfacente. Infatti, per ciò che riguarda i dati di vendita di sale iodato, grazie alla collaborazione dei principali produttori e/o distributori di sale sul territorio nazionale, è stato possibile rilevare un trend in scarso e lento aumento delle vendite di sale iodato (31% nel 2006; 35% nel 2007; 37% nel 2008, 39% nel 2009). Tali proporzioni di vendita di sale iodato, rispetto al sale comune, sono ben lontane da quel 90% indicato dal WHO come target da raggiungere perché il programma di iodoprofilassi possa avere successo. Inoltre, per quanto riguarda la copertura del fabbisogno giornaliero di Iodio (150 mcg nell'adulto), stime svolte nel 2009 dall'Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi, hanno messo in evidenza che essa è soddisfatta solo per il 53% (dato medio nazionale).

Un programma di promozione dell'utilizzo di sale iodato e di verifica dell'applicazione di quanto al riguardo già previsto dalla norma può contribuire alla riduzione della patologia tiroidea da carenza iodica.

Risultati attesi

Incremento dell'utilizzo della locandina del Ministero della Salute presso i punti vendita di sale e incremento delle informazioni sulla iodoprofilassi presso le mense scolastiche e le altre ristorazioni collettive.

Azioni principali:

- Stipula di accordi di collaborazione con le Associazioni di categoria del Settore Alimentare
- Predisposizione di depliant informativi sulla iodoprofilassi.
- Riproduzione locandina ministeriale relativa alla iodoprofilassi.
- Attività di formazione rivolta agli operatori sanitari.
- Verifiche dell'utilizzo del sale iodato presso le mense scolastiche prima e dopo intervento informativo in tema di iodoprofilassi.
- Censimento ristorazioni collettive
- Promozione all'utilizzo del sale iodato presso le ristorazioni collettive.

- Verifiche dell'utilizzo della locandina del Ministero della Salute presso i punti vendita di sale prima e dopo informazione e promozione dell'adempimento normativo, con fornitura della locandina.
- Predisposizione e applicazione di specifico software per l'inserimento e l'analisi dei dati di attività.

Attori

Operatori dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA. SS. LL.. Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi (OSNAMI) dell'Istituto Superiore di Sanità. Gestori e operatori dei centri cottura delle mense scolastiche. Gestori ed operatori dei punti vendita di sale. Associazioni di categoria in materia di distribuzione, preparazione e vendita di alimenti. Operatori degli istituti scolastici.

Portatori di interesse

Popolazione generale; Sistema Sanitario Regionale; Associazioni di categoria del settore alimentare. Responsabili Strutture Scolastiche e aziendali; Gestori di punti vendita sale iodato.

Possibili criticità

Notevole numerosità dei punti vendita da raggiungere. Disponibilità dei gestori delle mense scolastiche e dei punti vendita di sale. Programma di attività aggiuntivo rispetto a quelli ordinari standard.

Sistema di valutazione

Analisi dei dati tramite specifico software appositamente realizzato.

Cronoprogramma

Start-up entro il 01/02/2010. Dall'01/01/2011 produzione depliant e locandine; attività di formazione rivolta agli operatori dei Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione; avvio verifiche con promozione dell'utilizzo sale iodato nelle mense scolastiche e aziendali e utilizzo locandine nei punti vendita di sale (5-10% del target) entro il 31/12/2011. Prosecuzione promozione e verifiche utilizzo sale iodato nelle mense scolastiche e aziendali e utilizzo locandina nei punti vendita di sale (25-30% del target) entro il 31/12/2012.

Beneficiari:

Taret principale

Tutta la popolazione, atteso che il fabbisogno alimentare di iodio è soddisfatto per circa il 50% (dato medio nazionale popolazione adulta).

Target intermedio

di beneficiari: gestori mense; gestori punti vendita di sale.

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

Obiettivi generali:

Prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica.

Obiettivi specifici:

- a) Promozione e Verifica dell'utilizzo del sale iodato nelle mense scolastiche e altre ristorazioni collettive;
- b) Informazione alla popolazione attraverso la promozione e la verifica dell'utilizzo della locandina sulla iodoprofilassi del Ministero della Salute nei punti vendita di sale.

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 Mense scolastiche raggiunte	Archivio elettronico del software di gestione dati	Start-up	10% del target		30% del target	
Numero ristorazioni collettive raggiunte			10% del target		30% del target	
N° punti vendita di sale raggiunti			5% del target		25% del target	

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)

Identificativo della Linea di Intervento Generale

2.9 - Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale

La carenza iodica costituisce uno dei principali problemi della salute pubblica per l'intera popolazione mondiale, ed in particolare modo per le donne in gravidanza e i bambini. Le più gravi conseguenze, infatti, sono un'aumentata mortalità perinatale ed il ritardo mentale. La carenza iodica è la principale causa di danni cerebrali prevenibili dell'infanzia, tale condizione rappresenta la motivazione principale per cui in tutto il mondo si sta cercando di eliminarla con l'intervento di specifiche leggi a livello nazionale.

La Campania è una regione a moderata carenza iodica, con una ioduria mediana di 72 µg/L, tale condizione rappresenta la principale causa di gozzo nella popolazione e come dimostrato da numerosi studi la espone ad un aumentato rischio di patologia tumorale tiroidea. Ad oggi tuttavia, in Campania, non si è ancora costituito un centro di riferimento per la raccolta dei dati relativi a tale monitoraggio. L'attuazione di un programma di sorveglianza è pertanto essenziale al fine di garantire il successo della profilassi iodica e di evitare eventuali effetti indesiderati.

Il gozzo e le sue complicanze rappresentano un importante problema sia per quanto riguarda la gestione dei pazienti sia per i costi legati. Infatti, nell'anno 2000 in Italia sono stati effettuati 28.577 ricoveri ordinari con diagnosi principale di gozzo semplice (codici della ICD9 CM relativi al "Gozzo semplice o non specificato", compresi tra 240.0 e 241.9), ed in Campania, i ricoveri totali documentati con diagnosi principale di gozzo tiroideo sono stati 8.588 con una spesa ospedaliera relativa per l'assistenza pari a 10,5 milioni di euro. A questa stima vanno aggiunti i costi dovuti agli interventi chirurgici effettuati per

patologia tiroidea (codice DRG 290), che sono andati aumentando progressivamente dal 2001 al 2005 (rispettivamente 1950 e 2786).

Sebbene la relazione della carenza iodica ed il gozzo endemico sia ben stabilita, altri fattori potrebbero essere coinvolti. Una moltitudine di agenti presenti nell'ambiente sono stati indicati come possibili gozzigeni nell'uomo. Deve essere ben sottolineato che i gozzigeni solitamente sono attivi solo se l'apporto iodico è limitato. Inoltre innumerevoli studi nazionali ed internazionali indicano che la carenza iodica porta ad un aumento nell'incidenza di cancro della tiroide (specialmente l'istotipo follicolare). Malgrado l'introduzione della iodoprofilassi, negli ultimi anni è stato osservato un aumento dell'incidenza dei tumori della tiroide in Campania, pertanto riteniamo che potrebbero esistere altri fattori di rischio ancora non considerati. Non sono stati identificati tuttora carcinogeni tiroidei ambientali, sebbene evidenze sporadiche indicano un'aumentata incidenza di carcinoma della tiroide nelle aree vulcaniche ed un'azione da interferente endocrino da parte di alcune diossine e sostanze diossino-simili. Tutto questo si traduce in un enorme impatto sociale soprattutto nel territorio della Regione Campania, dal momento che la carenza iodica e le complicanze ad essa correlate sono condizioni a cui è esposta l'intera popolazione nonché i costi sanitari e sociali, diretti ed indiretti sono estremamente rilevanti.

Inoltre, un dato interessante è che raramente le persone non affette da tireopatie sono sensibilizzate all'uso del sale iodato da parte dei medici e degli altri operatori sanitari cui si rivolgono, pertanto risulta sostanzialmente scarsa la consapevolezza del rischio derivante dalla carenza iodica per la propria salute.

Risulta quindi evidente come, nell'ambito della prevenzione della carenza iodica e del monitoraggio delle misure correttive introdotte, siano necessari due momenti essenziali: da una parte è necessaria la consapevolezza della classe medica campana circa le stime reali della diffusione del problema e dall'altra risulta fondamentale il ruolo dell'informazione per il riconoscimento delle complicanze ad esso associate. L'informazione risulta quindi premessa imprescindibile nel condizionare la partecipazione attiva alla diffusione della iodoprofilassi necessaria per ottenere una iodio sufficienza stabile in tutte le aree campane.

Le esperienze avviate

Nella Regione Campania sono stati svolti, nei vari anni, studi mirati a determinare lo stato iodico del territorio. Presso l'Università di Napoli Federico II è stato condotto uno studio tra Aprile 1999 ed Ottobre 2002 in cui sono stati esaminati 10552 bambini tra 9-13 anni delle 5 province campane. Lo scopo del lavoro è stato la valutazione della concentrazione urinaria di iodio nelle scuole elementari della Campania prima dell'introduzione legislativa sull'uso del sale iodato per poi confrontare i risultati con dati precedenti al fine di valutare quanto la profilassi "silente" dello iodio, che è legato al progresso socioeconomico, influenza lo stato iodico.

I livelli medi di escrezione urinaria di iodio in Campania erano meno di 100 mcrg/L, valori che indicano un insufficiente introito di iodio. Un deficit di iodio lieve è stato ritrovato in tutte le province della Campania ovvero Napoli, Salerno, Caserta, Avellino, Benevento, con un'escrezione iodica urinaria rispettivamente di 87, 81, 72, 64, 61 mcrg/L. Pertanto l'analisi della distribuzione di frequenza ha mostrato valori compresi tra 50 e 100 mcrg/L nel 32% e nel 61% dei bambini rispettivamente. Questi valori sono risultati più bassi dei precedenti dati evidenziati in Campania. Questo studio dimostra come per medici bene organizzati l'obiettivo di studiare ed intervenire sull'intera popolazione di bambini in età scolare di tutta la Campania sia assolutamente possibile.

Inoltre nel 2005 l'emanazione della legge n. 55 "Disposizioni finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica", ha posto le basi e definito la necessità di un adeguato intervento di prevenzione da applicare a tutto il territorio.

Dal 2009, inoltre, è stata attivata presso il Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia – Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli Ca.r.e. (Campania rete endocrinologia; www.endocare.it), la prima rete telematica tra endocrinologi in Italia che permette il flusso di informazioni e aggiornamenti con i medici delle altre strutture sanitarie territoriali. L'utilizzo di una rete telematica già attiva e conosciuta nel campo medico permetterà di avere una più semplice gestione dei dati e fornirà uno strumento utile di promozione del piano di prevenzione.

Soluzioni proposte sulla base delle evidenze/prove scientifiche di provata efficacia

Il progetto si ripropone la realizzazione di un intervento di diffusione e monitoraggio della iodoprofilassi finalizzato alla prevenzione del gozzo e delle complicanze ad esso associate.

Nel febbraio del 2009 l'intesa Stato Regioni ha istituito l'Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia (OSNAMI), il cui compito è quello di attuare un programma di sorveglianza al fine di garantire il successo della profilassi iodica e di evitare eventuali effetti indesiderati. Questo programma prevede la formazione di centri di monitoraggio regionale per svolgere le funzioni di sorveglianza sull'attuazione della iodoprofilassi e sul monitoraggio della patologia tiroidea nelle varie Regioni. Al momento, in Campania ancora non è stato ancora creato un centro di riferimento, ed il controllo della iodoprofilassi resta relegato all'azione di singoli gruppi. Pertanto uno degli obiettivi di questo progetto è quello di creare un centro di riferimento nella regione che possa coordinare l'attività di monitoraggio di unità dislocate sul territorio che coprano le 7 ASL della Regione Campania. Inoltre, risulta sempre più evidente che per affrontare il problema della prevenzione della carenza iodica sia necessario che i cittadini siano informati attraverso messaggi chiari ed efficaci allo scopo di favorire la promozione della salute. Allo stesso tempo, è fondamentale che gli operatori sanitari e non sanitari si facciano promotori di iniziative di comunicazione finalizzate all'attivazione di processi di consapevolezza.

Fasi del progetto e azioni delle persone coinvolte

La realizzazione del progetto prevede l'individuazione di un centro di riferimento nella regione che possa coordinare l'attività di monitoraggio di unità dislocate sul territorio che coprano le 7 ASL della Regione Campania e l'organizzazione di un percorso assistenziale attraverso l'integrazione tra MMG, Distretti Sanitari (ambulatori specialistici e consultori familiare), operatori, formati specificatamente per il percorso di prevenzione, ed Università coinvolte.

I compiti del Centro di Riferimento sono i seguenti:

- Presiede ed organizza la formazione dei MMG e degli Specialisti ambulatoriali che aderiscono al progetto
- cura la formazione degli operatori addetti all'informazione
- supporta gli operatori, MMG, e Specialisti ambulatoriali in tutti i livelli di intervento
- cura i contatti di collaborazione con il SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione) regionale
- riceve ed elabora i dati trasmessi
- fornisce dati sullo stato iodico della popolazione
- fornisce dati sulla diffusione della iodoprofilassi
- verifica l'efficacia dell'intervento
- prende in carico i casi complessi che necessitano ulteriori interventi integrati diagnostico-terapeutico.

Il progetto si articola in un piano formativo, un piano di intervento, ed un piano di elaborazione dei dati con valutazione dei risultati ottenuti.

IL LIVELLO: piano di formazione e piano di comunicazione

Piano di formazione

Elemento essenziale e propedeutico per le successive fasi del progetto è la creazione di un comitato scientifico per la *formazione del personale* e la *progettazione del piano di comunicazione*.

Identificate le figure professionali atte alla formazione e le strategie educative più idonee al raggiungimento dell'obiettivo, il comitato scientifico attiva il piano di formazione da destinare a tutte le figure professionali coinvolte nel progetto in relazione al differente livello di intervento da svolgere, nell'ottica di omogeneizzare il successivo piano di intervento sulla popolazione. Il piano di formazione è dunque rivolto a:

- MMG
- specialisti ambulatoriali
- operatori SIAN

Piano di comunicazione

La partecipazione al programma di screening è uno dei fattori cruciali della riuscita dello stesso. Un'adeguata promozione alla partecipazione consapevole dell'utenza al programma stesso ha lo scopo di elevare sensibilmente la percentuale di adesione e quindi di aumentare l'efficacia del programma in termini di morbilità.

Strumenti previsti

Materiale cartaceo: tutti i materiali utilizzati (manifesti, locandine, brochure, pieghevoli) saranno caratterizzati da un logo e colori specifici in modo che siano prontamente riconoscibili

Video: sarà realizzato un video informativo da immettere nei circuiti televisivi locali per consentire di diffondere ulteriormente il messaggio promozionale tra la popolazione bersaglio.

Sito web: su Internet sarà possibile avere informazioni su:

- Lo stato di avanzamento dei programmi di Prevenzione su territorio Campano
- Pianificazione degli inviti per area di residenza (in modo da sapere in anticipo il periodo di invito)
- Informazione sulle linee guida e i protocolli di trattamento delle patologie tiroidee
- Materiali educativi di interesse endocrinologico
- Indirizzi, numeri telefonici ed e-mail delle istituzioni di riferimento
- News group e mailing lists di interesse endocrinologiche
- Tutte le informazioni che possono contribuire a soddisfare le richieste della popolazione e ad avvicinare il SSN all'utenza.

Modalità di invito

Una corretta strategia comunicativa viene seguita in tutte le occasioni di contatto ed incontro con la popolazione coinvolta nello screening. Una comunicazione efficace, ha lo scopo, oltre che di contribuire alla riuscita del programma, di garantire la massima tutela del benessere psicologico dei soggetti sottoposti a screening e di favorire l'instaurarsi di un rapporto positivo con gli operatori e le strutture Sanitarie partecipanti.

II LIVELLO: piano di intervento

Metodologia operativa del progetto

N	ATTIVITA'	METODI
1	Valutazione dello stato iodico della popolazione	Valutazione della ioduria nei bambini in età scolare tra i 5 e 10 anni e donne al primo trimestre della gravidanza Esecuzione della palpazione della tiroide e dell'ecografia tiroidea nei bambini in età scolare tra i 6 e 11 anni e in donne al primo trimestre della gravidanza
2	Monitoraggio sull'uso e del consumo del sale iodato nella popolazione in esame	Specifici questionari saranno sottoposti alla popolazione in esame per valutare la diffusione dell'informazioni relative alla prevenzione della carenza iodica e dell'utilizzo del sale iodato in famiglia
3	Valutazione della prevalenza del gozzo	Esecuzione della palpazione della tiroide e dell'ecografia tiroidea nei bambini in età scolare tra i 6 e 11 anni
4	Creazione di un osservatorio sui tumori tiroidei	I medici di base di tutta la regione saranno sensibilizzati a segnalare al centro di riferimento regionale tutti i casi di tumori della tiroide e a fornire le informazioni anagrafiche del paziente e la zona di residenza. Tali dati saranno integrati con l'analisi delle SDO corrispondenti ai tumori della tiroide.
5	Valutazione dell'efficacia delle misure preventive attuate in gravidanza	I medici di base ed i ginecologi afferenti al sistema Endocare saranno sensibilizzati a segnalare le pazienti al primo trimestre di gravidanza. In tutte le pazienti si provvederà ad adeguare l'assunzione dello iodio durante la gravidanza come definito dalle linee guida del 2009. Valutazione della ioduria al primo e terzo trimestre di gravidanza
6	Identificazione di fattori di rischio ambientale per lo sviluppo di patologie tiroidee	Elaborazione dei dati statistico-epidemiologici ottenuti dall'Osservatorio dei tumori tiroidei. Identificazione delle aree a maggiore incidenza di tumori della tiroide e loro correlazione con lo stato iodico e con possibili interferenti endocrini presenti nel distretto territoriale individuato
7	Identificazione di fattori di rischio genetici per lo sviluppo di patologie tiroidee	Valutazione della reale incidenza di carenza iodica e della prevalenza del gozzo nei paesi oggetto dello studio del Parco Genetico del Cilento Stabilire se l'aumento di volume della tiroide (diffuso e/o nodulare) possa essere associato a particolari loci del genoma, e selezionare all'interno di queste regioni i geni potenzialmente coinvolti nello sviluppo della malattia Valutare l'espressione dei geni candidati in tiroide di topo, sia durante lo sviluppo embrionale che nell'adulto, in condizioni fisiologiche e dopo induzione del gozzo. Analizzare il gene del recettore del TSH tramite sequenziamento diretto per stabilire se eventuali polimorfismi in presenti nelle popolazioni possano essere predisponenti allo sviluppo della patologia tiroidea

III LIVELLO: piano di elaborazione dei dati con valutazione dei risultati ottenuti

1. Livello di trasferimento dei dati:
2. Livello di elaborazione dei dati:
3. Livello di verifica dell'efficacia dell'intervento:
4. Produzione del report di attività.

Attori coinvolti nella realizzazione dell'azione proposta:

Ca.r.e. (Campania rete endocrinologia) MMG, degli specialisti ambulatoriali endocrinologi, ginecologi, operatori dei SIAN e dai componenti dell'Unità di Endocrinologia Universitarie

Criticità

Le criticità nello sviluppo del progetto risiedono in gran parte nella attuale assenza di centri di riferimento regionali e quindi dalla necessità di crearne per la prima volta in Campania. Questo comporterà un'adeguata formazione del personale medico coinvolto nel progetto.

Altro punto critico è la completa mancanza di un Osservatorio sui Tumori Tiroidei della Regione Campania con l'obiettivo è stimare l'incidenza della malattia, cioè il numero di nuovi casi che si registrano ogni anno.

La mancanza di informazioni statistico-epidemiologiche relative ai tumori tiroidei determina una ridotta conoscenza, se non assente, relativamente a quelle che sono le aree a maggiore rischio e soprattutto non consente di comprendere quali possono essere interferenti endocrini ambientali.

Beneficiari

Target finale

Popolazione residente in Regione Campania

Target intermedio

MMG, degli specialisti ambulatoriali endocrinologi, ginecologi, operatori dei SIAN

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

Obiettivo generale:

Il progetto ha come obiettivo il monitoraggio delle patologie tiroidee e degli interventi su tutto il territorio Campano ai fini della prevenzione e della riduzione della carenza iodica e delle sue complicanze.

Obiettivo Specifico 1

Valutazione dello stato iodico di popolazioni attraverso lo screening delle popolazioni scolari tra i 6 ed 11 anni.

Obiettivo Specifico 2

Valutazione della conoscenza degli interventi di prevenzione della carenza iodica e potenziamento del programma di educazione mirato a diffondere l'uso del sale iodato nelle famiglie.

Obiettivo Specifico 3

Valutazione dell'efficacia delle misure attuate in gravidanza per prevenire la carenza iodica e le complicanze ad essa associate.

Obiettivo Specifico 4

Creazione dell'osservatorio sui tumori tiroidei della Regione Campania.

Obiettivo Specifico 5

Identificazione di fattori di rischio ambientale per lo sviluppo di patologie tiroidee.

Obiettivo Specifico 6

Identificazione di fattori di rischio genetici per lo sviluppo di patologie tiroidee. Valutazione della reale incidenza di carenza iodica e della prevalenza del gozzo nei paesi oggetto dello studio del Parco Genetico del Cilento.

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Piano di valutazione

OBIETTIVO SPECIFICO 1	Valutazione dell'efficacia della iodoprofilassi
Indicatore/i di impatto	Ioduria mediana della popolazione scolare tra i 6 e 11 anni. Si considerano idio-sufficienti le aree in cui si ha una ioduria mediana di 100 µg/L Prevalenza del gozzo nella popolazione scolare tra i 6 e 11 anni. Nelle zone a carenza iodica si osserva una prevalenza del gozzo superiore al 10%
OBIETTIVO SPECIFICO 2	Valutazione della conoscenza degli interventi di prevenzione
Indicatore di risultato	N. persone che sono a conoscenza dell'esistenza del sale iodato e che lo utilizzano dopo incontri con le nostre unità operative
Standard di risultato	> 60% dei partecipanti
OBIETTIVO SPECIFICO 3	Valutazione dell'efficacia delle misure attuate in gravidanza per prevenire la carenza iodica e le complicanze ad essa associate.
Indicatore/i di risultato	Incidenza delle complicanze da carenza iodica associate alla gravidanza
Standard di risultato	Incidenza sovrapponibile a quella che si riscontra nelle donne che abitano in aree idio-sufficienti.
Indicatore/i di risultato	Ioduria al terzo mese di gravidanza
Standard di risultato	Valori di ioduria normali in tutte le donne gravide in cui è stata applicata l'adeguata iodoprofilassi
OBIETTIVO SPECIFICO 4	Creazione del registro dei tumori tiroidei della regione Campania
Indicatore/i di risultato	tiroide Incidenza dei tumori della tiroide
Standard di risultato	Riduzione dell'incidenza dei tumori della tiroide nelle aree individuate come a maggiore rischio
OBIETTIVO SPECIFICO 5	Identificazione di fattori di rischio ambientale per lo sviluppo di patologie tiroidee
Indicatore/i di risultato	rischio Incidenza del cancro della tiroide nelle aree a rischio
Standard di risultato	Incidenza del cancro della tiroide nelle aree a rischio simile a quella delle aree a rischi minore
OBIETTIVO SPECIFICO 6	Identificazione di fattori di rischio genetici per lo sviluppo di patologie tiroidee
Indicatore/i di risultato	Valutazione dell'espressione dei geni candidati in tiroide di topo, sia durante lo sviluppo embrionale che nell'adulto, in condizioni fisiologiche e dopo induzione del gozzo.
Standard di risultato	Provare che i geni candidati individuati sono i responsabili genetici della patologia tiroidea studiata

CRONOGRAMMA

Obiettivi	Trimestri	1	2	3	4	5	6	7	8
	Istituzione Centro di Riferimento e osservatorio dei tumori tiroidei	x	x	x	x	x	x	x	
Generale	Formazione personale unità operativa	x							
	Sviluppo materiale divulgativo	x	x						
	Elaborazione dati conclusivi							x	x

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

A	Identificazione della popolazione target	x							
	Screening: Ioduria, ecografia tiroidea		x	x	x	x	x		
	Valutazione della diffusione del sale iodato in famiglia		x	x	x	x	x		
	Intervento sul territorio					x	x	x	x
B	Identificazione della popolazione target	x							
	Screening 1° trimestre: Ioduria, Ecografia tiroidea, FT4, TSH		x	x	x	x	x		
	Valutazione dell'efficacia supplementazione iodica Ioduria III° trimestre			x	x	x	x	x	
	Analisi delle complicanze				x	x	x	x	
C	Identificazione della popolazione target	x							
	Screening: Ioduria, ecografia tiroidea		x	x	x	x	x		
	Analisi genetica di particolari loci del genoma				x	x	x	x	
	Elaborazione statistica dei dati					x	x	x	
D	Identificazione della popolazione target	x							
	Integrazione con aree territoriali precedentemente definite				x	x	x	x	
	Elaborazione statistica dei dati					x	x	x	x

Progetto 27: Prevenzione della dipendenza da gioco d'azzardo (Quadro d'Insieme n°2.9.12)

Identificativo della Linea di Intervento Generale

Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)

Introduzione

Il gioco d'azzardo costituisce un'attività sociale di grande diffusione e per la maggior parte delle persone priva, fino a qualche tempo fa, di conseguenze significative, così da non essere presa in considerazione come fenomeno legato ad aspetti patologici di alta rilevanza clinica e sociale.

A livello epidemiologico, si stima che il gioco d'azzardo interessi la popolazione per l'80% nella forma di gioco cosiddetta "sociale", per il 17% della popolazione il gioco può diventare "un problema" e per il 3% diventa una vera e propria dipendenza. Gli studi hanno chiaramente dimostrato che il gioco d'azzardo può diventare un problema ma è impossibile prevedere precisamente chi svilupperà o no tale patologia.

Sono circa 28 milioni gli italiani che tentano la fortuna almeno una volta e tra questi per circa un quarto l'appuntamento con il gioco ha una frequenza almeno settimanale.

Il moltiplicarsi dei giochi e dei luoghi per il gioco, sempre più legati alla quotidianità ha permesso al gioco d'azzardo di raggiungere tutti i segmenti della popolazione: uomini, donne, giovani, anziani ma anche intere famiglie.

L'introduzione di giochi come il Bingo, il Videopoker il Gratta e Vinci e il più recente Win for Life hanno favorito il diffondersi del gioco anche tra categorie sociali come le casalinghe e i pensionati, che fino a poco prima della loro comparsa, sembravano essere immuni alla tentazione dell'azzardo.

La diffusione del gioco tra gli italiani coinvolge anche i giovani e i giovanissimi che mostrano una scarsa conoscenza della normativa in materia di giochi e scommesse, ignora completamente l'esistenza di limiti di età per la partecipazione a talune tipologie di gioco e mostrano una inadeguata preparazione a distinguere i giochi d'azzardo da giochi d'abilità o di intrattenimento.

Aspetti regionali del progetto – Contesto regionale

Il panorama del gioco d'azzardo nella regione Campania non è per niente rassicurante:

- è in costante crescita la spesa complessiva annua per giochi d'azzardo che la colloca al terzo posto dopo la Lombardia e il Lazio;
- è la prima regione in Italia, se si considera il rapporto tra il reddito disponibile della popolazione Campana e la spesa media annua per famiglia, pari a 1278 euro e 30 centesimi;
- è al primo posto in Italia della spesa per famiglia per il lotto e al secondo per le scommesse sportive.

Finalità

Promuovere informazione e sensibilizzazione sugli aspetti epidemiologici del Gioco d'Azzardo Patologico.

Formare gli operatori dei servizi per le dipendenze e degli altri enti socio-sanitari pubblici e del privato-sociale sul tema della prevenzione del gambling.

Formare i genitori e di educatori per la prevenzione del rischio connessi alla diffusione dell'azzardo tra i minori.

Promuovere politiche municipali di controllo e regolamentazione delle attività di gioco.

Organizzare attività di informazione per la prevenzione del gioco problematico tra gli adulti nei luoghi di gioco.

Piano operativo – Azioni

Costituzione di gruppi di lavoro in ogni ASL per la formulazione di piani di intervento educativo per la prevenzione nella popolazione generale e in gruppi specifici di popolazione.

Creazione di punti di informazione nei luoghi di ritrovo giovanile.

Pianificazione e organizzazione di interventi di informazione e sensibilizzazione delle famiglie e dei giovanissimi .

Promuovere piani municipali per la regolamentazione delle attività di gioco con la creazione di coordinamenti intersettoriali tra amministratori ,esercenti delle attività di gioco,operatori dei servizi per le dipendenze . movimenti di tutela dei consumatori ecc.

Addestramento e formazione di consulenti per l'identificazione precoce di comportamenti problematici tra i frequentatori dei luoghi di gioco .

Cronoprogramma – Metodologia

- Ideazione, progettazione, organizzazione e pianificazione degli interventi : 90 giorni dallo Start - Up del Progetto.
- Realizzazione delle azioni programmate : 12 mesi
- Verifica dei risultati attesi : 180 giorni.

Risultati – Output

Costituzione di un osservatorio epidemiologici locale sul gioco d'azzardo presso ogni ASL.

Costituzione di équipes multidisciplinari per la prevenzione del gioco d'azzardo presso ogni ASL.

Inserimento del Gambling nei progetti nei programmi scolastici di informazione e di educazione dei giovani .

Organizzazione di campagne di informazione sui rischi del gioco d'azzardo in ogni ASL .

2. LA PREVENZIONE DELLA POPOLAZIONE A RISCHIO

2.1 Tumori e screening

Progetto 1: Organizzazione e implementazione dello Screening del cancro del colon-retto in Campania (Quadro d'Insieme n° 3.1.1)

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

3.1

Descrizione del progetto

Razionale

In Campania uno studio di sopravvivenza a cinque anni per stadio di diagnosi dei tumori del colon retto (E.J.C. M.Fusco ed altri) ha messo a confronto i casi registrati nel periodo 1996-2005 dal Registro Tumori della Regione Campania con quelli registrati dal Registro Tumori della provincia di Modena, evidenziando per la Campania una sopravvivenza, per l'insieme dei casi, inferiore del 12% a quella della provincia di Modena.

Lo studio ha evidenziato che il maggior peso della differenza di sopravvivenza sta nel ritardo di diagnosi nei casi napoletani ben evidenziato dal confronto dello stadio di Dukes alla diagnosi, che vede una maggiore distribuzione di diagnosi in fase iniziale nella casistica di Modena rispetto a quella napoletana .

Tale affermazione è confermata dalla misura della sopravvivenza relativa per stadio: laddove si registra, a parità di stadio, un eguale sopravvivenza .

Il ritardo di diagnosi con una maggior frequenza di tumori diagnosticati in fase avanzata può essere certamente attribuito alla ancora scarsa diffusione di programmi di screening: nel 2008, 4 attivi su 13 Aziende Sanitarie Locali, e alla scarsissima copertura raggiunta da quelli attivati

Obiettivi generali

Riduzione della mortalità per carcinoma del colon-retto.

Risultati attesi

1. Offerta attiva del test del sangue occulto nelle feci (sof) a tutta la popolazione bersaglio a partire dal gennaio 2012
2. Offerta attiva della pancoloscopia a tutti i soggetti positivi al sof a partire dal gennaio 2012
3. Adesione al sof del 60% della popolazione bersaglio entro 31/12/2013
4. Adesione alla pancoloscopia dell'80% dei positivi al sof entro il 31/12/2013
5. Intervallo tra diagnosi positiva al sof e pancoloscopia entro gli standard giscor in tutte le Aziende USL e AO
6. Alimentazione della survey Giscor da parte del 100% delle aziende

Azioni principali:

Azioni centrali

attribuzione ai Direttori Generali o ai Commissari Straordinari dell' obiettivo realizzazione dello screening del cancro del colon retto;

7. costituzione di un gruppo di coordinamento, monitoraggio e valutazione dell'andamento dello screening di cui facciano parte, insieme al dirigente dell'ufficio competente dell'Assessorato e al Direttore del Registro Tumori, tutti i responsabili dei programmi di screening delle 7 AASSLL regionali;
8. condivisione del modello operativo regionale, e stipula di eventuali accordi, con i medici di medicina generale, con la Federfarma, con i Distributori Farmaceutici, con le associazioni professionali di gastroenterologia e di patologia clinica, con le associazioni potenzialmente rappresentative del target (Sindacato pensionati, associazioni di casalinghe, altro tipo di associazioni);
9. Definizione della rete regionale screening di I, II e III livello, in relazione al possesso dei requisiti previsti, e stesura di protocolli operativi per la individuazione di specifici rapporti funzionali con adozione di procedure condivise. nel rispetto delle linee Guida (PNLG, ONS, GISCoR);
10. definizione con l'Osservatorio Nazionale Screening e con il Giscor di pacchetti formativi relativi alle diverse fasi e alle diverse figure professionali impegnate nello screening;
11. programmazione con l'Osservatorio Nazionale Screening e con il Giscor di una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca del colon retto;
12. implementazione di una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca del colon retto.

Azioni delle AASSLL

1. la Direzione Aziendale dell'ASL approva e finanzia lo screening individuando un nucleo-servizio per promozione-coordinamento-valutazione screening;
2. definizione e approvazione del progetto screening, in relazione al modello operativo regionale;
3. acquisizione di supporti tecnici e strumentali e di materiali di consumo;
4. i Distretti e/o i MMG offrono attivamente il test Sof al 100% della popolazione target annuale e la colonscopia al 100% dei positivi al sof;

Attori:

1. settore assistenza sanitaria dell'Assessorato Regionale Sanità e Osservatorio epidemiologico regionale;
2. responsabili dei programmi di screening aziendali;
3. professionisti dei diversi livelli del percorso di screening , epidemiologi,patologi clinici, gastroenterologi, chirurghi, oncologi;
4. Registro Tumori della Regione Campania;
5. Medici di Medicina Generale.

Portatori di interesse

Comuni

6. Associazioni

Possibili criticità:

difficoltà ad affermarsi di una forte cultura della prevenzione;

7. assenza di una consapevole pressione specifica dei primi portatori di interesse, ci riferiamo cioè alla collettività nelle sue diverse forme associative (sindacati, associazioni, partiti);

8. assenza di una consapevole presa in carico della problematica "piani della prevenzione" da parte delle funzioni di governo, da cui discende una scarsa attenzione alla realizzazione dei piani e l'assenza di un mandato sostanziale ai Direttori Generali;
9. scarso peso dato nella valutazione Regionale dei Direttori Generali alla realizzazione degli obiettivi di salute rispetto al raggiungimento di obiettivi normativi o economici;
10. scarsa attitudine nei management aziendali a fare scelte strategiche e di priorità fra i vari possibili interventi di tutela della salute , a fronte di una scarsità di risorse.

Modello logico dell'intervento

La realizzazione del Programma di screening nelle singole Aziende sanitarie locali richiede l'assunzione negli organismi di governo e di gestione regionali e, a cascata, nelle singole aziende, di un modello logico delle azioni sequenziali da mettere in campo per perseguire l'obiettivo di salute prefissato, vedasi a titolo esemplificativo il modello logico in allegato 1.

Tale modello logico può variare da azienda ad azienda in alcune modalità operative, a seconda delle preesistenti tipologie organizzative dei servizi di prevenzione ed assistenziali, della configurazione territoriale, della densità demografica, della composizione socio culturale della popolazione di riferimento, ma deve rispettare alcuni principi cardine:

la popolazione target è la fascia 50-74 anni;

11. la direzione aziendale deve individuare un nucleo di coordinamento, gestione e valutazione del programma, approvare formalmente il programma di screening e dare le risorse occorrenti;
12. laddove il programma non sia già stato attivato, le funzioni di coordinamento vanno individuate preferibilmente nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione;
13. lo screening del cancro del colon retto è compreso fra i livelli essenziali di assistenza della prevenzione e, una volta iniziato, va garantito con continuità al pari di tutte le altre prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura;
14. al fine di garantire la continuità del programma di screening, tranne che in casi eccezionali e debitamente documentati, il personale da adibire alla organizzazione, coordinamento, gestione delle diverse fasi va individuato fra quello di ruolo;
15. il test di I livello è la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) con test immunologico da offrire attivamente, con periodicità biennale, al 100% della popolazione target;
16. il campione raccolto va analizzato in un laboratorio accreditato che partecipa ad un accreditato programma di controllo della qualità e che analizza i campioni entro 3 giorni dalla consegna;
17. il test di II livello è la colonscopia;
18. il servizio di endoscopia digestiva va strutturato in modo da rispondere al carico atteso di colonscopie;
19. il II livello diagnostico va effettuato da operatori del Servizio di endoscopia digestiva che abbiano i requisiti richiesti dal Giscor (Gruppo Italiano Screening Colon Retto) per poter effettuare colonscopie da screening;
20. al 100% dei positivi al SOF va offerta una colonscopia entro 30 giorni dalla rilevazione della positività;
21. nell'azienda sono presenti strutture medico chirurgiche in grado di trattare le lesioni cancerose individuate, in caso contrario vanno individuate, prima di avviare lo screening, le strutture di riferimento extra aziendali;
22. viene utilizzato un sistema informativo che consenta di raccogliere ed analizzare tutti gli indicatori di processo e di esito previsti dal Giscor.

Sono indispensabili, pertanto, una serie di azioni propedeutiche da parte dell'Ente Regione e, a cascata, da parte delle singole Aziende.

Il modello operativo regionale

A partire dall'analisi dei punti di forza e delle criticità evidenziatesi nelle precedenti esperienze regionali, viene definito come modello operativo regionale ottimale, che contempera a tutti i principi cardine inderogabili cui attenersi nella predisposizione dei programmi aziendali, quello delineato nell'albero degli obiettivi (allegato 2).

Tale modello che, senza costituire una camicia di forza per le aziende, rappresenta quanto meno un modello ottimale cui riferirsi, individua un ruolo centrale nei medici di medicina generale e nelle farmacie territoriali che, entrambi, per la distribuzione capillare sul territorio, per il rapporto fiduciale consolidato nel tempo con la popolazione e per la disponibilità sia individuale che di categoria dimostrata, stanno rappresentando un fondamentale elemento di successo dei programmi avviati.

Ciascuna azienda, pertanto, a partire dall'analisi del proprio contesto socio-economico-culturale-territoriale, potrà adottare soluzioni alternative:

- invito postale o meno all' esecuzione del sof;
- distribuzione dei kit per il sof tramite il MMG e/o la farmacia e/o il distretto;
- restituzione del campione alla farmacia e/o al MMG e/o al distretto;
- trasporto del campione al laboratorio da parte di personale aziendale e/o da parte dei distributori farmaceutici,
- restituzione dell'esito del sof postale o tramite il MMG;
- invito postale o telefonico dei positivi alla colonscopia.

Beneficiari

Uomini e donne tra i 50 e i 74 anni (circa 1.400.000)

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

Garantire a tutte le persone della popolazione bersaglio i vantaggi della diagnosi precoce

VALUTAZIONE DI PROCESSO E DI ESITO CON CRONOPROGRAMMA			
Oggetto della valutazione	Indicatori	Fonte dati	Tempistica
AZIONI REGIONALI			
La realizzazione dello screening è stato assegnato dalla Regione come obiettivo formale ai Direttori generali delle AASSLL	Delibera obiettivi Direttori generale	Assessorato sanità	1° mese
La regione costituisce un gruppo di coordinamento, monitoraggio e valutazione	Decreto dirigenziale	Assessorato sanità	2° mese
Il gruppo di coordinamento condivide il modello operativo regionale con i diversi portatori di interesse e stipula eventuali accordi	Accordi formali	Assessorato sanità	3° mese
La Regione attribuisce le risorse vincolate	Determina dirigenziale	Assessorato sanità	4°-6° mese
Il gruppo di coordinamento definisce la rete regionale screening di I, II e III livello, con adozione di procedure condivise. nel rispetto delle linee Guida (PNLG, ONS, GISCoR);	Atto regionale	Assessorato sanità	4°-6° mese
Il gruppo di coordinamento definisce con ONS e GISCOR pacchetti formativi	Programmi pacchetti formativi	Assessorato sanità ONS e GISCOR	4°-6° mese
Il gruppo di coordinamento progetta con ONS e GISCOR una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca del colon retto	Progetto	Assessorato sanità ONS e GISCOR	10° mese
La Regione avvia una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca del colon retto	Inizio della campagna	Assessorato sanità	

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

AZIONI DELLE AASSLL			
La Direzione Aziendale dell'ASL approva e finanzia lo screening individuando un nucleo-servizio per promozione- coordinamento-valutazione screening	Delibera aziendale	Direzione Aziendale	2° mese
Definizione e approvazione progetto screening	progetto formale	Direzione Aziendale	1° mese
Acquisizione di supporti tecnici e strumentali e di materiali di consumo	Disponibilità dei supporti	Coordinamento aziendale	10° mese
Inizia nelle AASSLL il reclutamento degli utenti	Offerta attiva	Coordinamento aziendale	10° mese
I Distretti e/o i MMG offrono attivamente il test al 100% della popolazione target annuale.	n. utenti cui è stato offerto il test/ 50% n. utenti totale	Archivio informatico screening	Dal 12° mese
Effettua il test il 60% della popolazione bersaglio annuale	n. utenti che hanno effettuato il test /50% n. utenti totale	Archivio informatico screening	
Effettua la colonscopia l'80% dei positivi al sof entro 30 giorni	n. positivi al sof che ha effettuato l'esame entro 30 giorni / n .positivi totale	Archivio informatico screening	

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)

Identificativo della Linea di Intervento Generale

3.1 Tumori e Screening

Obiettivo Generale

3.1.1 Riduzione della mortalità per cancro della mammella.

Razionale

In Italia, relativamente ai casi di tumore della mammella, si stimano circa 38.000 nuovi casi/anno diagnosticati, con incidenza in crescita, mentre la mortalità è in riduzione.

I tassi di incidenza sono abbastanza omogenei tra le varie aree italiane con i valori più bassi osservati, generalmente, nelle aree del Sud Italia. Attraverso l'attività dei registri Tumori di popolazione si è potuto osservare, tuttavia, una diversa sopravvivenza nelle varie aree geografiche, con un valore ridotto riscontrato nei Registri del Meridione rispetto alla media del pool dei Registri italiani. Una parte di queste differenze per il tumore della mammella può essere legata a una diversa diffusione dei programmi di screening mammografico.

Le evidenze scientifiche basate su dati nazionali ed internazionali hanno dimostrato l'efficacia dei programmi di prevenzione secondaria basati sulla sola mammografia (screening) nelle 50-69enni eseguita ogni 2 anni: nelle donne che vi partecipano è dimostrata una riduzione della mortalità che può arrivare fino al 50%; La mammografia è la tecnica di screening per la identificazione del cancro della mammella L'obiettivo principale dei programmi di screening mammografico è la riduzione della mortalità specifica per cancro della mammella nella popolazione invitata a effettuare controlli periodici.

Popolazione target campana donne di età tra 50- 69 anni: 662.177 (ISTAT 2010). A queste vanno aggiunte 15.611 donne straniere residenti che rientrano nella popolazione target (ISTAT 2010).

Per una esatta determinazione della popolazione target è necessario che vi sia una uniformità di rilevazione, rappresentando questo numero infatti il denominatore su cui si misurano tutti gli indicatori nell'ambito dei programmi di screening.

Lo studio IMPATTO, che valuta l'effetto dello screening mammografico nel nostro Paese, ha mostrato che tra i casi identificati dallo screening circa il 33% ha dimensioni inferiori al centimetro e in oltre l'80% dei casi è stato possibile applicare un intervento chirurgico conservativo (AIRTum). Complessivamente la sopravvivenza causa-specifica a 5 anni dalla diagnosi è quasi del 90% nelle aree del Centro e Nord Italia dove è attivo un programma di screening e dell'85% nel Sud Italia, il che si traduce in un maggior rischio di morire per tumore della mammella per una donna che vive nel Sud Italia. La minor sopravvivenza per cancro della mammella osservata nelle aree dell'Italia meridionale è in gran parte spiegata dal differente stadio alla diagnosi anche se permangono delle differenze di sopravvivenza nei cancri in stadio precoce.

Obiettivi generali:

Riduzione della mortalità per cancro della mammella.

Risultati attesi

1. Offerta attiva della mammografia di screening a tutta la popolazione bersaglio
2. Offerta attiva dei controlli di II livello a tutti i soggetti positivi alla mammografia di screening
3. Adesione grezza almeno del 50% della popolazione bersaglio
4. Intervallo tra diagnosi positiva alla mammografia e i controlli di II livello entro gli standard Gisma in tutte le Aziende USL e AO
5. Alimentazione della survey Gisma da parte del 100% delle aziende

Principali azioni:

Azioni centrali

1. Attribuzione ai Direttori Generali o ai Commissari Straordinari dell' obiettivo di realizzazione dello screening del cancro della mammella;
2. Costituzione di un gruppo di coordinamento, monitoraggio e valutazione dell'andamento dello screening di cui facciano parte, insieme al dirigente del competente ufficio dell'Assessorato, al Direttore del Centro Regionale Prevenzione Oncologica e al Direttore del Registro Tumori, tutti i responsabili dei programmi di screening delle 7 AASSLL regionali.
3. Condivisione del modello operativo regionale e stipula di eventuali accordi, con i medici di medicina generale, con le associazioni potenzialmente rappresentative del target (Assessorati Pari Opportunità di Regione e Comune, Organizzazioni Sindacali, Federcasaltinghe, Associazioni Femminili, Terzo Settore, Cooperative Migranti);
4. Definizione della rete regionale screening di I, II e III livello, in relazione al possesso dei requisiti previsti, e stesura di protocolli operativi per la individuazione di specifici rapporti funzionali con adozione di procedure condivise. nel rispetto delle linee Guida (PNLG, ONS, GISMA)
5. Definizione dei requisiti per la realizzazione di un sistema informativo regionale sulla base di una valutazione qualitativa dei sistemi esistenti, progettando il loro adeguamento informativo, la loro interoperabilità e il trasferimento dati ad un unico centro regionale, in previsione del futuro conferimento dati al Ministero della Salute.
6. Definizione con l'Osservatorio Nazionale Screening e con il Gisma di pacchetti formativi relativi alle diverse fasi e alle diverse figure professionali impegnate nello screening,;

7. Programmazione con l'Osservatorio Nazionale Screening e con il Gisma di una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca della mammella;
8. Implementazione di una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca della mammella;
9. Definizione di un programma di Screening dedicato nei casi di eredo-familiarità

Azioni delle AASSLL

1. Inserimento formale del Programma Screening nell'Atto Aziendale, individuando un nucleo-servizio per promozione-coordinamento-valutazione screening
2. Definizione e approvazione del progetto screening, in relazione al modello operativo regionale
3. Adozione della "Strategia dei piccoli gruppi" con individuazione negli stessi di donne che per il loro ruolo riconosciuto all'interno di una qualunque forma organizzata di aggregazione possano svolgere una funzione di empowerment e rappresentare dei tramite operativi tra la comunità e l'istituzione sanitaria. Formazione di mediatrici culturali per le donne delle varie etnie.
4. Coinvolgimento dei Medici di famiglia, attraverso la Condivisione del Programma e la Stipula di un accordo specifico
5. Adozione del sistema informativo rispondente ai requisiti definiti a livello regionale.
6. Collegamento con Registro Tumori Regionale, secondo il programma di implementazione regionale.
7. Adesione al programma regionale Screening dedicato nei casi di eredo-familiarità.

Attori:

Settore assistenza sanitaria dell'Assessorato Regionale Sanità e Osservatorio epidemiologico regionale
Responsabili dei programmi di screening aziendali

Professionisti dei diversi livelli del percorso di screening, epidemiologi, servizi materno-infantili, chirurghi, oncologi.

Registro Tumori della Regione Campania

Medici di Medicina Generale

Portatori di interesse:

Comuni

8. Associazioni

Possibili criticità:

1. difficoltà ad affermarsi di una forte cultura della prevenzione;
2. assenza di una consapevole pressione specifica dei primi portatori di interesse, ci riferiamo cioè alla collettività nelle sue diverse forme associative (sindacati, associazioni, partiti);
3. assenza di una consapevole presa in carico della problematica "piani della prevenzione" da parte delle funzioni di governo, da cui discende una scarsa attenzione alla realizzazione dei piani e l'assenza di un mandato sostanziale ai Direttori Generali;
4. scarso peso dato nella valutazione Regionale dei Direttori Generali alla realizzazione degli obiettivi di salute rispetto al raggiungimento di obiettivi normativi o economici;
5. scarsa attitudine nei management aziendali a fare scelte strategiche e di priorità fra i vari possibili interventi di tutela della salute , a fronte di una scarsità di risorse.

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

AZIONI REGIONALI			
La realizzazione dello screening è stato assegnato dalla Regione come obiettivo formale ai Direttori generali delle AASSLL	Delibera obiettivi Direttori generale	Assessorato sanità	1° mese
La regione costituisce un gruppo di coordinamento, monitoraggio e valutazione	Decreto dirigenziale	Assessorato sanità	2° mese
Il gruppo di coordinamento condivide il modello operativo regionale con i diversi portatori di interesse e stipula eventuali accordi	Accordi formali	Assessorato sanità	3° mese
Il gruppo di coordinamento definisce con ONS e GISMa pacchetti formativi	Programmi pacchetti formativi	Assessorato sanità ONS e GISMa	4°-6° mese
Il gruppo di coordinamento progetta con ONS e GISMa una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca della mammella	Progetto	Assessorato sanità ONS e GISMa	4°-6° mese
La Regione avvia una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca della mammella	Inizio della campagna	Assessorato sanità	10° mese
AZIONI DELLE AASSLL			
La Direzione Aziendale dell'ASL approva e finanzia lo screening individuando un nucleo-servizio per promozione-coordinamento-valutazione screening	Delibera aziendale	Direzione Aziendale	2° mese
I Distretti offrono attivamente il test al 100% della popolazione target annuale .	n. utenti cui è stato offerto il test/ 50% n. utenti totale	Archivio informatico screening	
Effettua il test il 50% della popolazione bersaglio annuale	n. utenti che hanno effettuato il test /50% n. utenti totale	Archivio informatico screening	

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)

Identificativo della Linea di Intervento Generale

3.1 Tumori e Screening

Descrizione del progetto

Razionale

In Italia ogni anno si stimano circa 3.500 nuovi casi di tumore della cervice, con una incidenza media nazionale pari a un caso ogni 10.000 donne; tale patologia è caratterizzata da una non alta letalità, pari a meno di 1/1000 casi. Il Test di Papanicolau o Pap-Test, utilizzato per lo screening della malattia, contribuisce a ridurre non solo la mortalità per carcinoma, ma anche l'incidenza della neoplasia invasiva. La riduzione complessiva delle forme invasive e l'aumento di quelle in situ registratesi negli ultimi decenni, infatti, sono da attribuirsi all'effetto della diagnosi precoce che individua prevalentemente le forme pre-invasive. Uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo del tumore della cervice è l'infezione da HPV, il Papilloma virus umano, che si trasmette per via sessuale. Se si considera l'alta probabilità (50-80%) con cui la popolazione femminile in età giovanile entra in contatto con il virus del Papilloma e se si esamina la percentuale elevatissima (80%) di guarigione spontanea dalla stessa

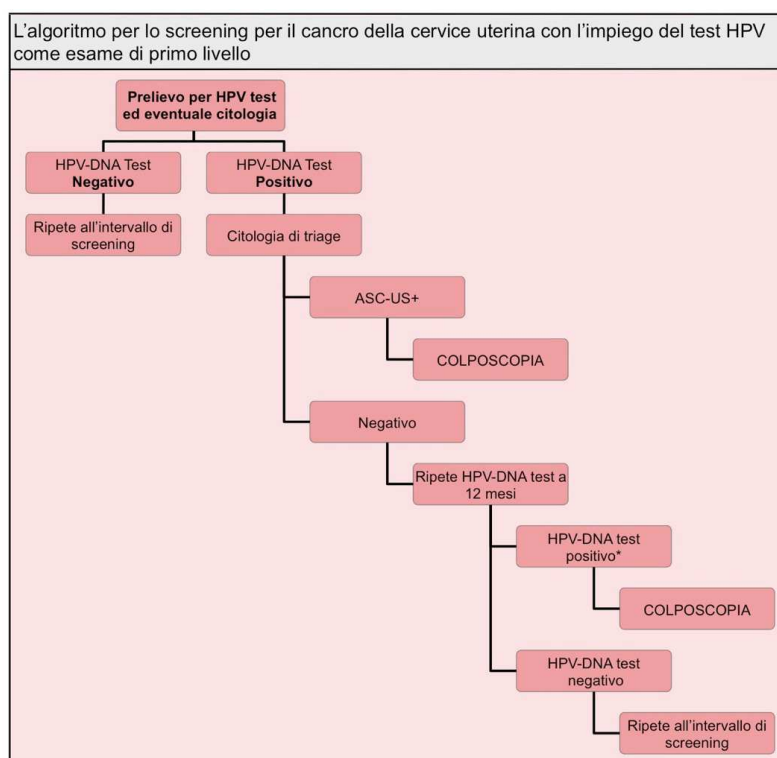
infezione e si osserva infine l'intervallo di tempo necessario (vari anni) a ché la persistenza della infezione si trasformi in lesioni di alto grado fino ad arrivare al cancro, risulta del tutto improrogabile la priorità del potenziamento e della attuazione del programma di screening in tutta la regione Campania.

Lo studio PASSI dimostra come, rispetto alle altre regioni italiane, in Campania lo screening cervicale sia ancora poco diffuso: nel 2009 in Campania il 56% delle donne target si è sottoposta allo screening contro il 74% delle donne italiane. Tra le donne sottoposte allo screening, il 38% lo ha fatto al di fuori dello screening organizzato mentre il 18% si è sottoposta allo screening organizzato dalle asl regionali (in Italia il 37%). Lo screening per il cervicocarcinoma, in Campania, soffre della concorrenza dei test spontanei: ciò sembra essere attribuibile non solo al rapporto di fidelizzazione che le donne hanno stabilito con il proprio ginecologo ma anche al fatto che nella nostra regione –come in gran parte del meridione- ciò che viene offerto dalla struttura pubblica, ed in più in modo gratuito, viene interpretato come qualitativamente scadente. E' pertanto di fondamentale importanza procedere alla verifica dei requisiti dei Centri che offrono il Pap-test, nonché creare un registro dei specialisti ginecologi che operano anche nel privato disposti ad eseguire il pap-test secondo i parametri di qualità e di intervallo fissati dal programma. La popolazione target (donne 25-65 aa) per l'esecuzione dello screening è pari a 1.516.253 a cui bisogna aggiungere la quota di donne straniere STP.

E' opportuno inoltre procedere alla innovazione delle tecnologie per lo screening del cancro cervicale mediante sperimentazione dell'uso del test HPV DNA per la sua graduale introduzione come test primario, definendo anche strategie e protocolli di triage dopo test HPV e metodologie condivise sia per il miglioramento della qualità sia per il contenimento dei costi.

Il GISCI, in particolare, ha recentemente indicato il test HPV-HR come test primario di screening, sottolineando la necessità che vengano rispettate le seguenti regole (GISCI 2009):

- algoritmo basato sul test HPV e successivo triage citologico (cfr. Figura)
- procedure univoche di gestione del prelievo
- utilizzo di test validati dalla letteratura
- centralizzazione dei test molecolari e della lettura del Pap test
- definizione di protocolli condivisi sull'algoritmo generato dal test HPV e dal triage citologico. In particolare per la gestione di donne con meno di 35 anni
- valutazione dell'impatto organizzativo sulla logistica, le procedure, i software gestionali, i sistemi informativi, etc
- valutazione dei costi e delle risorse necessarie
- valutazione della performance e dell'impatto sulla base degli indicatori disponibili eventualmente seguito dal prelievo colpo-citologico, in accordo al seguente schema



Obiettivi generali

Riduzione della mortalità per cancro della cervice uterina.

Risultati attesi

offerta attiva dello screening mediante Pap-Test, a tutta la popolazione bersaglio;
sperimentazione dell'uso del test HPV DNA per la sua graduale introduzione come test primario;
offerta attiva dei controlli di II livello a tutti i soggetti positivi ai tests;
adesione grezza almeno del 50% della popolazione bersaglio;
intervallo tra diagnosi positiva ai tests e i controlli di II livello entro gli standard Gisci in tutte le Aziende USL e AO;
alimentazione della survey Gisci da parte del 100% delle aziende.

Principali azioni:

Azioni centrali

- Attribuzione ai Direttori Generali o ai Commissari Straordinari dell'obiettivo di realizzazione dello screening del cancro della cervice uterina;
6. Costituzione di un gruppo di coordinamento, monitoraggio e valutazione dell'andamento dello screening di cui facciano parte, insieme al dirigente del competente ufficio dell'Assessorato, al Direttore del Centro Regionale Prevenzione Oncologica e al Direttore del Registro Tumori, tutti i responsabili dei programmi di screening delle 7 AASSLL regionali;
 7. Condivisione del modello operativo regionale e stipula di eventuali accordi, con i medici di medicina generale, con le associazioni potenzialmente rappresentative del target (Assessorati Pari

- Opportunità di Regione e Comune, Organizzazioni Sindacali, Federcasalinghe, Associazioni Femminili, Terzo Settore, Cooperative Migranti);
8. Definizione della rete regionale screening di I, II e III livello, in relazione al possesso dei requisiti previsti, e stesura di protocolli operativi per la individuazione di specifici rapporti funzionali con adozione di procedure condivise. nel rispetto delle linee Guida (PNLG, ONS, GISCI)
 9. Definizione dei requisiti per la realizzazione di un sistema informativo regionale sulla base di una valutazione qualitativa dei sistemi esistenti, progettando il loro adeguamento informativo, la loro interoperabilità e il trasferimento dati ad un unico centro regionale, in previsione del futuro conferimento dati al Ministero della Salute.
 10. Definizione con l'Osservatorio Nazionale Screening e con il Gisici di pacchetti formativi relativi alle diverse fasi e alle diverse figure professionali impegnate nello screening,;
 11. Programmazione con l'Osservatorio Nazionale Screening e con il Gisici di una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca della cervice uterina.
 12. Implementazione di una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca della cervice uterina, con particolare riguardo al recupero delle donne tra 25 e 34 anni che meno aderiscono allo screening ed alla promozione dell'offerta del vaccino anti-HPV alle dodicenni.

Azioni delle AASSLL

1. Inserimento formale del Programma Screening nell'Atto Aziendale, individuando un nucleo-servizio per promozione-coordinamento-valutazione screening
2. Definizione e approvazione del progetto screening, in relazione al modello operativo regionale
3. Adozione della "Strategia dei piccoli gruppi" con individuazione negli stessi di donne che per il loro ruolo riconosciuto all'interno di una qualunque forma organizzata di aggregazione possano svolgere una funzione di empowerment e rappresentare dei tramite operativi tra la comunità e l'istituzione sanitaria. Formazione di mediatrici culturali per le donne delle varie etnie.
4. Coinvolgimento dei Medici di famiglia, attraverso la Condivisione del Programma e la Stipula di un accordo specifico
5. Adozione del sistema informativo rispondente ai requisiti definiti a livello regionale.
6. Collegamento con Registro Tumori Regionale, secondo il programma di implementazione regionale.

Attori:

1. Settore assistenza sanitaria dell'Assessorato Regionale Sanità e Osservatorio epidemiologico regionale
2. Responsabili dei programmi di screening aziendali
3. Professionisti dei diversi livelli del percorso di screening, epidemiologi, servizi materno-infantili, chirurghi, oncologi.
4. Registro Tumori della Regione Campania
5. Medici di Medicina Generale

Portatori di interesse:

1. Comuni
2. Associazioni

Possibili criticità:

1. difficoltà ad affermarsi di una forte cultura della prevenzione;
2. assenza di una consapevole pressione specifica dei primi portatori di interesse, ci riferiamo cioè alla collettività nelle sue diverse forme associative (sindacati, associazioni, partiti);

3. assenza di una consapevole presa in carico della problematica "piani della prevenzione" da parte delle funzioni di governo, da cui discende una scarsa attenzione alla realizzazione dei piani e l'assenza di un mandato sostanziale ai Direttori Generali;
4. scarso peso dato nella valutazione Regionale dei Direttori Generali alla realizzazione degli obiettivi di salute rispetto al raggiungimento di obiettivi normativi o economici;
5. scarsa attitudine nei management aziendali a fare scelte strategiche e di priorità fra i vari possibili interventi di tutela della salute , a fronte di una scarsità di risorse.

Sistema di valutazione:

AZIONI REGIONALI			
La realizzazione dello screening è stato assegnato dalla Regione come obiettivo formale ai Direttori generali delle AASSLL	Delibera obiettivi Direttori generale	Assessorato sanità	1° mese
La regione costituisce un gruppo di coordinamento, monitoraggio e valutazione	Decreto dirigenziale	Assessorato sanità	2° mese
Il gruppo di coordinamento condivide il modello operativo regionale con i diversi portatori di interesse e stipula eventuali accordi	Accordi formali	Assessorato sanità	3° mese
Il gruppo di coordinamento definisce con ONS e GISCI i pacchetti formativi	Programmi pacchetti formativi	Assessorato sanità ONS e GISCI	4°-6° mese
Il gruppo di coordinamento progetta con ONS e GISCI una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca della cervice uterina	Progetto	Assessorato sanità ONS e GISCI	4°-6° mese
La Regione avvia una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione del ca della cervice uterina	Inizio della campagna	Assessorato sanità	10° mese
AZIONI DELLE AASSLL			
La Direzione Aziendale dell'ASL approva e finanzia lo screening individuando un nucleo-servizio per promozione-coordinamento-valutazione screening	Delibera aziendale	Direzione Aziendale	2° mese
I Distretti offrono attivamente il test al 100% della popolazione target annuale .	n. utenti cui è stato offerto il test/ 50% n. utenti totale	Archivio informatico screening	
Effettua il test il 50% della popolazione bersaglio annuale	n. utenti che hanno effettuato il test /50% n. utenti totale	Archivio informatico screening	

Progetto 4: Piano di fattibilità per la realizzazione della rete regionale di registrazione oncologica (Quadro d'Insieme n° 3.1.4)

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

3.1 Tumori e screening

Analisi strutturata del problema

Definizione e funzioni di un Registro Tumori

I Registri Tumori sono strutture la cui funzione principale è quella di monitorare nel tempo l'andamento della patologia oncologica su un territorio di riferimento; tale monitoraggio si realizza attraverso la

raccolta, codifica, elaborazione ed analisi di tutte le informazioni relative ai casi di tumore che vengono diagnosticati alle persone residenti nell'area di riferimento. Due elementi contraddistinguono l'attività dei Registri Tumori: la continuità nel tempo della rilevazione ed il riferimento all'intera popolazione residente nell'area monitorata; tali caratteristiche, evitando le possibili distorsioni legate a selezioni di particolari gruppi di popolazione, consentono di avere un quadro reale, dinamico e di insieme del problema oncologico del territorio di riferimento, sia in riferimento alla patologia oncologica rilevata nel tempo, sia in riferimento agli interventi messi in atto per contrastarla e sia degli esiti che l'intero sistema diagnostico curativo attivato riesce a produrre.

I Registri Tumori conducono essenzialmente due tipologie di attività:

1. di epidemiologia descrittiva;
2. di epidemiologia valutativa.

Nel primo gruppo rientrano le valutazioni di:

- a) incidenza oncologica (nuovi casi di tumore rilevati nel tempo nell'area monitorata); i dati di incidenza esprimono il reale indice di rischio oncologico di un territorio;
- b) prevalenza (tutti i casi di cancro rilevati nell'area ad una data definita indipendentemente dalla data di diagnosi); tali studi permettono di definire e quantizzare il carico assistenziale, strutturato per le diverse patologie oncologiche, di cui il sistema sanitario deve farsi carico;
- c) sopravvivenza (anni di vita vissuti a decorrere dalla data di incidenza); è questa una misura di esito che permette di misurare l'efficacia dell'intero sistema preventivo, diagnostico e curativo messo in atto nella lotta contro il cancro.

Questi tipi di valutazione sono di fondamentale importanza non solo per la ricchezza di informazioni già in sé contenute, ma anche perché rappresentano l'indispensabile supporto per altri studi, di tipo analitico, finalizzati a ricercare possibili rapporti di causalità (studi di epidemiologia ambientale, analisi di cluster, studi clinici di coorte, etc.)

Nel secondo gruppo rientrano:

- a) le valutazioni di impatto che gli screening producono sulla presentazione della patologia oncologica alla diagnosi; si misura in pratica l'entità della anticipazione diagnostica determinata sull'intera popolazione target dallo screening e la conseguente diversa stadiazione registrata alla diagnosi;
- b) l'analisi dei percorsi sanitari compiuti dai pazienti nella loro storia di malattia; tali studi permettono di rilevare le differenze nell'accesso alle cure e la possibile diversa qualità delle stesse cure erogate in relazione a differenze di tipo socio-economiche; tali studi mirano a rilevare le disuguaglianze in campo sanitario con l'obiettivo di contribuire ad eliminarle;
- c) le valutazioni di efficacia di linee guida in relazione alla gestione diagnostica e terapeutica di particolari patologie oncologiche;
- d) la valutazione dei costi (efficienza) in relazione a strutture e servizi attivati in campo oncologico.

Da queste considerazioni di massima emerge chiaro il fatto che i Registri Tumori non sono assolutamente delle strutture di tipo burocratico amministrativo, che raccolgono informazioni sui casi di tumore: i Registri rappresentano delle strutture di epidemiologia oncologica sul territorio con il compito di mettere tra loro in correlazione i vari e molteplici flussi informativi in campo sanitario, ricostruire "la storia" dei casi di tumore, formulare linee di ricerca e, utilizzando strumenti statistici, elaborare ed interpretare i dati rilevati sul proprio territorio di riferimento per fornire informazioni di servizio agli operatori sanitari, e di governo ai responsabili della programmazione sanitaria dell'azienda territoriale e della Regione.

Contesto nazionale

Attualmente in Italia sono attivi 34 Registri Tumori di Popolazione accreditati, di cui 28 generali e 5 specializzati (2 dei Tumori Infantili - Piemonte e Marche -, 2 specializzati d'organo - mammella e colon-retto-, 1 dei Mesoteliomi); nell'area coperta da Registri vivono circa 20 milioni di cittadini (pari al 33,8% della popolazione totale); la distribuzione dei Registri, e la conseguente copertura di popolazione, non è uniforme sul territorio nazionale, passando dal 50,2% del Nord, al 25,5% del Centro, al 17,9% del Sud e Isole; nemmeno la dimensione dei Registri è omogenea, variando, in assenza di un gradiente geografico, da dimensioni regionali (Umbria) a dimensioni provinciali (la maggior parte) o corrispondenti ad una sola Azienda Sanitaria (ex ASL NA4) o singola città (Torino).

La rete dei Registri Tumori italiani si è strutturata in Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTum) e dal 2005, attraverso una specifica convenzione con il Ministero della Salute, è referente per lo stesso Ministero per la promozione, formazione e sostegno dell'attività di registrazione dei tumori in Italia, secondo regole condivise e procedure internazionalmente accreditate. L'attuale Piano Oncologico Nazionale 2010-2012 affida all'AIRTum il compito di portare la copertura del territorio nazionale al 50% entro il 2012, riconoscendo la necessità di una rete nazionale dei Registri Tumori.

Contesto Regionale

In Regione Campania, seconda regione italiana per numero di abitanti, sono attivi 2 Registri Tumori: quello della ex ASL Napoli 4 (istituito nel 1995 dall'ASL e successivamente, nel 2001, fatto proprio dalla Regione) e quello riferito all'intera provincia di Salerno (istituito nel 1996 dall'ente Provincia). Insieme i due Registri coprono una popolazione di circa 1.650.000 abitanti pari al 28,5% della popolazione regionale. Inoltre, nonostante la Regione presenti la più alta proporzione di bambini/adolescenti a livello nazionale, non esiste attualmente un Registro Tumori Infantili. È questo uno strumento utile non solo per la registrazione dei tumori in tale fascia di età, registrazione che viene effettuata anche nell'ambito dei Registri Tumori generali, ma principalmente per rilevare le specificità che la gestione dei tumori in tale fascia di età presenta: particolarità isto-morfologiche dei tumori, risposta ed effetti a lungo termine dei trattamenti, monitoraggio della salute dei lungo sopravvissuti e, non ultimo, valutazione prospettica della qualità di vita dei soggetti e delle loro famiglie.

La Regione Campania attraverso propri atti, tra cui la DGR 1293 del 17/07/2007 "Misure per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione in relazione a fattori di rischio ambientale: potenziamento OER e Registri Tumori", ha previsto una migliore strutturazione di alcune attività ritenute di alto valore strategico nell'ambito del monitoraggio dello stato di salute della popolazione; tra queste vi sono il consolidamento dei Registri Tumori esistenti e la istituzione di RT di popolazione in aree di particolare criticità ambientale, quali la provincia di Caserta e l'intera provincia di Napoli, in prospettiva della realizzazione del Registro Tumori dell'intera Regione Campania.

In tale prospettiva, recentemente l'Assessorato alla Sanità ha avviato le procedure per l'attivazione di un Registro Tumori Regionale, strutturato come rete di 7 Registri Tumori Aziendali, uno per ogni Azienda Sanitaria Locale, tra loro collegati attraverso la loro diretta partecipazione a un coordinamento regionale presso l'Area Generale di Coordinamento n° 20, affidato all'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Il presente progetto esprime il Piano di fattibilità su cui avviare la realizzazione, nell'arco del triennio 2010/2012, del Registro Tumori della Regione Campania con la copertura dell'intero territorio regionale. La stesura del piano trae elementi dalle esperienze condotte in altre aree nazionali e principalmente dall'esperienza condotta in ambito regionale dai due Registri già operativi in Regione da circa 15 anni.

Descrizione del progetto

Razionale del Progetto

Senza scendere in dettagli analitici e sulla scorta dei dati prodotti dai due Registri attivi in campo regionale confrontati con i dati nazionali, una visione di'insieme dell'andamento della patologia oncologica regionale permette di evidenziare che:

- persiste in Campania una minore incidenza complessiva di cancro che si accompagna, però, ad una maggiore mortalità;
- tale paradosso è determinato da una minore sopravvivenza oncologica, quantizzabile nell'ordine di 6 punti percentuali in meno rispetto al dato nazionale della sopravvivenza a cinque anni;
- per alcuni tumori, pur persistendo tassi di incidenza più bassi, i trend di crescita annui sono più alti rispetto a quelli del pool dei Registri tumori, tanto da far prevedere che alla fine di questo decennio i tassi di incidenza di tali tumori si allineeranno a quelli nazionali, perdendo uno dei pochi vantaggi storici che la Regione Campania, ed il Meridione d'Italia nel suo complesso, hanno avuto per il passato rispetto altre aree geografiche italiane;
- è presente in Campania un livello inadeguato di diagnosi precoce per il cancro della cervice uterina, della mammella e del colon retto, tumori che presentano il più alto differenziale negativo della sopravvivenza;
- i percorsi diagnostico – assistenziali in campo oncologico sono caratterizzati da una estrema frantumazione e mancato controllo di standard di qualità, condizione questa che impedisce la valutazione e la conseguente corretta programmazione;
- è ormai a tutti noto il degrado ambientale in diverse aree geografiche della Regione venutosi a creare sin dagli anni '80, sia ad opera di una gestione poco accorta del territorio da parte delle amministrazioni locali, che ad opera di una gestione malavitosa dei rifiuti tossici.

Tutti questi elementi portano a considerare che da un lato stiamo assistendo, in Campania, ad una progressiva modifica della patologia oncologica sul territorio legata, presumibilmente, a cambiamenti delle esposizioni a fattori cancerogeni: condizioni individuali predisponenti, modifica delle abitudini e stili di vita, esposizioni professionali, fattori cancerogeni da inquinamento ambientale; dall'altro siamo in presenza di un sistema dalle numerose criticità in cui, a fronte dei costi sostenuti, non corrisponde una sistematica e capillare azione di valutazione di efficacia, efficienza e degli esiti osservati rispetto a quelli attesi.

Tale condizione determina quindi la necessità di attivazione di una rete di registrazione oncologica in grado di fungere da sensore e strumento epidemiologico sul territorio che sia capace di leggere l'andamento della patologia oncologica e valutare gli strumenti e le dinamiche messe in campo per farvi fronte.

Struttura e Funzioni della Rete di Registrazione Oncologica Regionale

Il Registro Tumori Regionale della Campania viene progettato come un sistema a rete composto da:

1. un Registro Tumori generale di popolazione per ognuna delle sette Aziende Sanitarie Regionali, dotato ognuno di struttura e personale dedicato ed allocato nell'ambito dei rispettivi Dipartimenti di Prevenzione;
2. un Registro Regionale Tumori Infantile per la registrazione dei tumori nella fascia di età 0/19 anni a copertura dell'intero territorio regionale, da collocare logisticamente presso una delle Aziende Sanitarie Regionali e la cui gestione è affidata ad uno dei Registri Tumori già operativi;

3. un coordinamento degli otto Registri tenuto presso l'Assessorato alla Sanità - Osservatorio Epidemiologico Regionale, presso cui confluiscono i dati e si realizza il Registro Tumori della Regione.

Attori

Assessorato alla Sanità – AGC 20;

4. Osservatorio Epidemiologico Regionale;
5. AASSLL regionali;
6. Coordinamento regionale dei Registri aziendali;
7. Unità Operative Registri Tumori.

Funzioni – Azioni

Azioni centrali :

Assessorato alla Sanità – AGC 20

Inquadramento e stabilizzazione dei due Registri Tumori esistenti;

- e) attribuzione ai Direttori Generali/Commissari Straordinari dell'obiettivo di realizzazione del Registro Tumori di Popolazione sul territorio di riferimento delle rispettive Aziende Sanitarie;
- f) approvazione dei programmi di attivazione dei Registri Tumori Aziendali;
- g) costituzione di un gruppo di regionale della Rete di Registrazione cui facciano parte, oltre al Responsabile dell'OER cui è affidato il coordinamento, i responsabili dei Registri Tumori delle varie Aziende e del Registro Tumori Infantili, il responsabile del Registro Regionale dei Mesoteliomi, il Responsabile del COR (Centro Operativo Regionale per la registrazione dei tumori a possibile eziologia professionale), il Direttore dell'ARSAN o suo delegato, il responsabile regionale della SIAPEC o suo delegato;
- h) attribuzione alle Aziende Sanitarie Locali delle risorse economiche vincolate alla realizzazione del Registro;
- i) attribuzione al Coordinamento Regionale di risorse economiche e di uno staff tecnico dedicato a supporto per le proprie attività.

Coordinamento Regionale della rete di Registrazione - Osservatorio Epidemiologico Regionale:

Stesura e condivisione di un protocollo operativo regionale unico, al fine di garantire omogeneità operative su tutto il territorio regionale, in accordo con le linee guida internazionali (IARC) e nazionali (AIRTum);

Proposta di un software gestionale unico da utilizzare su tutto il territorio regionale;

Condivisione di criteri di riferimento da cui derivare il fabbisogno, in termini di risorse umane e strumentali, da garantire ai vari Registri Aziendali;

Attivazione di un tavolo permanente di consultazione/cooperazione con le istituzioni scientifiche regionali attive in campo oncologico come INT-Fondazione Pascale; CRPO, referente/referenti regionali dei tre screening di popolazione; sezione regionale della Società Italiana di Anatomia Patologica e Citologia (SIAPEC);

Stesura, e condivisione con le altre strutture regionali istituzionalmente deputate, di un protocollo regionale per l'acquisizione, l'accesso, la protezione, la gestione e l'utilizzo dei dati sensibili, in accordo e nel rispetto delle legge che regolamentano la sfera dei dati sensibili;

Interfaccia con le strutture regionali per l'acquisizione dei flussi informativi regionali;

proposta, in accordo con la sezione regionale della SIAPEC, di un tracciato record minimo dei referti di anatomia patologica da indicare come riferimento per tutto il territorio regionale;

interfaccia con strutture di ricovero e cura extra regionali per il recupero di documentazione clinica riferita ai ricoveri fuori regione;

Supporto metodologico e operativo ai Registri Aziendali;

acquisizione e aggiornamento dell'Anagrafica Regionale;

acquisizione, record-linkage con l'Anagrafica di Registro e cessione ai Registri dei propri dati di pertinenza territoriale:

- della Banca dati SDO Regionale;
 - della migrazione extraregionale;
 - dei dati di anatomia patologica da tutti i laboratori regionali, pubblici e privati accreditati, (in attesa della creazione di un unico data set regionale);
 - della Banca dati regionale delle Prestazioni Ambulatoriali Specialistiche (pubbliche e private accreditate);
 - del File F regionale (prescrizioni farmacologiche);
- j) Programmazione, in collaborazione con l'AIRTum, di un corso di formazione base iniziale e di un piano di aggiornamento costante, rivolto a tutti gli operatori regionali coinvolti nella registrazione oncologica;
- k) valutazione delle attività dei Registri Aziendali e check di qualità – realizzato secondo gli standard AIRTum – dei dati degli stessi Registri;
- l) creazione e tenuta di una unica Banca dati del Registro Tumori della Regione Campania, strutturata in forma anonima e con soli codici numerici, attraverso l'acquisizione dei dati di incidenza dai vari Registri Aziendali;
- m) Stesura di report e relazioni istituzionali a supporto della programmazione sanitaria;
- n) Attivazione di cooperazioni scientifiche con altre istituzioni regionali, nazionali ed internazionali e proposta di attività di ricerca analitica coinvolgendo i gruppi operativi dei Registri aziendali.

Funzioni – Azioni decentrate

Azioni delle AASSLL

La Direzione Aziendale dell'ASL:

Istituisce un'unità organizzativa dedicata, afferente al Dipartimento di Prevenzione, con compiti di epidemiologia delle malattie croniche e gestione del Registro Tumori di popolazione aziendale e funzioni di valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi di prevenzione e delle cure oncologiche, monitoraggio dei percorsi assistenziali dei pazienti oncologici su ciascuno dei territori aziendali e regionale. A tal fine presenta all'Assessorato Regionale, per l'approvazione, un programma finalizzato all'istituzione sul proprio territorio di riferimento del Registro Tumori di Popolazione, con personale e risorse dedicate, allocata presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria;

- o) garantisce il funzionamento della struttura in applicazione degli standard organizzativi indicati e delle linee guida e protocolli operativi regionali;
- p) favorisce l'integrazione del Registro con le altre strutture e servizi sanitari operativi sul territorio.

Funzioni delle Unità Operative di Registri Tumori della Aziende Sanitarie

Realizza il Registro Tumori di popolazione della Azienda Sanitaria attraverso:

- Acquisizione e aggiornamento anagrafica assistiti e/o anagrafica comunale della propria area di riferimento;
- Acquisizione dal coordinamento regionale dei flussi informativi relativi al territorio di propria pertinenza (SDO, Anatomia patologica; Prestazioni ambulatoriali, File F);

- Acquisizione dal RENCAM aziendale dei dati di mortalità;
 - Acquisizione dei dati aziendali relativi alle esenzioni ticket per patologia oncologica e per invalidità per cause oncologiche;
 - Gestione, all'interno del software gestionale del Registro, dei flussi informativi in applicazione delle regole contenute nel manuale AIRTum "Qualità dei flussi informativi, metodologie d'integrazione e definizione automatica della casistica nei Registri Tumori";
 - Definizione dei casi di incidenza relativi al proprio territorio di riferimento in applicazione del "Manuale di tecniche di registrazione" dell' AIRTum;
 - Consultazione del materiale cartaceo occorrente per la definizione dei casi di incidenza (cartelle cliniche, documentazione prodotta per l'esenzione ticket, schede cliniche prodotte dagli ambulatori di oncologia aziendali);
8. Provvede all'accreditamento dei propri dati presso la Banca Dati dell' AIRTum;
 9. Sottopone i dati prodotti al check di qualità attivato presso il Coordinamento Regionale della rete di Registrazione e concorre alla creazione e tenuta della Banca Dati del Registro Tumori della Regione Campania attraverso la trasmissione periodica obbligatoria, al coordinamento regionale, dei dati di incidenza prodotti;
 10. Elabora, analizza e gestisce anche in modo autonomo i dati prodotti e riferiti al proprio territorio di riferimento;
 11. Crea collegamenti operativi con i referenti degli screening attivi sul proprio territorio di riferimento e contribuisce, con i propri dati, alla valutazione dell'impatto degli screening sulla presentazione della patologia oncologica alla diagnosi;
 12. Contribuisce alla valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi di prevenzione e cure oncologiche,
 13. Cura il monitoraggio dei percorsi assistenziali dei pazienti oncologici del proprio territorio di riferimento;
 14. Partecipa allo studio del proprio territorio di riferimento attraverso l'attivazione di cooperazioni scientifiche con altre istituzioni, servizi e gruppi di ricerca e la partecipazione a studi analitici supportati dai dati di incidenza prodotti;

Valutazione di processo e di esito con crono programma

Oggetto della valutazione	Indicatori	Fonte dati	Tempistica
AZIONI REGIONALI			
La realizzazione del Registro Tumori generale di Popolazione dell'Azienda Sanitaria viene formalmente assegnata dalla Regione come obiettivo ai Direttori generali delle AASSLL nell'ambito della Rete Regionale di Registrazione Oncologica	Delibera obiettivi Direttori generale	Assessorato sanità AGC20	1°-2° mese
La realizzazione del Registro Tumori infantile della Regione Campania viene formalmente assegnata dalla Regione come obiettivo al Direttore generale di una delle AASSLL campane nell'ambito della Rete Regionale di Registrazione Oncologica	Delibera obiettivi Direttore generale	Assessorato sanità AGC20	1°-2° mese
La regione costituisce il gruppo di coordinamento regionale della Rete di Registrazione Oncologica Regionale presso l'OER e lo staff tecnico dedicato di supporto	Decreto dirigenziale	Assessorato sanità AGC20	1°-2° mese
Il coordinamento elabora il piano di fattibilità e il protocollo operativo (punti a- b del piano)	Protocollo operativo	Gruppo operativo regionale	2°-4° mese
Il coordinamento definisce con AIRTum corso base di formazione	Programmi formativo	Gruppo operativo regionale	5°-6° mese
La Regione approva i programmi di attuazione dei Registri	Delibera di istituzione	Assessorato	6°-7 mese°

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Tumori delle Aziende	Registri Tumori	sanità AGC20	
La Regione approva il programma di attuazione del Registro Tumori Infantile della Regione Campania	Delibera di istituzione Registro Tumori Infantile	Assessorato sanità AGC20	6°-7 mese
Il coordinamento avvia attività di acquisizione dati (punti d - j - k del Piano)	Protocollo operativo	Gruppo operativo regionale	6°-12° mese
AZIONI DELLE AASSLL			
Le AASSLL preparano il programma di realizzazione del Registro Tumori dell'Azienda	Delibera Direttore/Commissario ASL	AASSLL	5°-6° mese
La ASL incaricata prepara il programma di realizzazione del Registro Tumori Infantile	Delibera Direttore/Commissario ASL	AASSLL	5°-6° mese
Le AASSLL costituiscono le Unità operative Registri Tumori e provvedono all'acquisto degli strumenti operativi per il loro funzionamento (hardwar, arredi, etc.)	Delibera Direttore/Commissario ASL	AASSLL	7°-9° mese
L' ASL incaricata costituisce l' Unità operativa Registro Tumori Infantile presso il proprio Registro Tumori Generale e provvede all'acquisto degli strumenti operativi per il suo funzionamento (hardwar, arredi, etc.)	Delibera Direttore/Commissario ASL	AASSLL	7°-9° mese
L'Unità Operativa Registro Tumori Infantile avvia la registrazione dei tumori infantili della Regione Campania per il quinquennio 2003/2007			10°-18° mese
Le Unità Operative partecipano al corso di formazione base e acquisiscono il software gestionale del Registro			18°-20° mese
Le unità Operative acquisiscono i flussi informativi relativi al proprio territorio di riferimento			18°-20° mese
Avvio Registrazione casi di incidenza per il per il triennio 1998/2000			20°-24° mese

2.2 Le malattie cardiovascolari

Progetto 5: Prevenzione delle recidive nei soggetti con precedenti accidenti cardiovascolari acuti (Quadro d'Insieme n° 3.2.1.)

Identificativo della Linea di Intervento Generale:

Prevenzione delle popolazioni a rischio

Breve descrizione del progetto

Razionale dell'intervento:

La prevenzione del rischio di recidive nelle malattie croniche e degenerative di maggiore impatto sociale è un obiettivo prioritario di intervento nella sanità pubblica, così come definito nella Conferenza Stato-Regioni fin dal 2005.

La popolazione che già è andata incontro ad eventi morbosi per definizione è quella con aumentato rischio di malattia; il fenomeno è particolarmente rilevante per le malattie cardiovascolari dove un

individuo colpito da una specifica patologia acuta (per esempio infarto miocardico) può andare incontro ad un nuovo evento acuto con rischio di 7-8 volte maggiore rispetto ad un individuo mai colpito.

La rilevanza della prevenzione delle recidive di questa patologia cardiovascolare è data dal fatto che è possibile, attraverso interventi efficaci erogati in continuità assistenziale temporale (1-3 anni) e spaziale (ospedale-territorio) dopo l'evento acuto, ridurre in maniera drammatica l'incidenza di nuovi attacchi e la mortalità specifica. Si stima che in un anno dall'evento, con una corretta azione di tipo farmacologico e sullo stile di vita (dismissione dal fumo di sigaretta, corretta alimentazione, promozione dell'esercizio fisico) sia possibile ridurre di circa il 40% il rischio di nuovi eventi.

Si può stimare che in Campania in un anno dall'evento ci siano circa 500 infarti da recidiva, con la possibilità dunque di ridurre questo numero a circa 300, che in termini di costi umani è assolutamente di grande rilevanza, ma lo è anche in termini economici, con un risparmio ipotizzabile intorno ai 6-7 milioni di euro solo per la componente di ospedalizzazione.

Gli individui coinvolgibili in questo intervento di prevenzione sono coloro che hanno avuto una diagnosi di infarto miocardico acuto (IMA) o sindrome coronarica acuta (SCA), e/o che siano stati sottoposti ad intervento di angioplastica coronarica percutanea (PTCA).

I compiti fondamentali della prevenzione delle recidive sono ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, ritardare la progressione del processo aterosclerotico e della cardiopatia sottostante ed il deterioramento clinico, e ridurre morbilità e mortalità.

Questi obiettivi possono essere perseguiti attraverso due principali tipologie di azioni:

- Informare e motivare i pazienti affetti da malattia cardiovascolare sui sintomi di recidiva, sul corretto uso dei farmaci, sull'importanza dell'aderenza alla terapia e sui percorsi diagnostici e terapeutici del follow-up, ed a modificare stili di vita non salutari.
- Identificare e modificare negli individui a rischio o nei pazienti affetti da malattia cardiovascolare i fattori di rischio, attraverso il riconoscimento di marcatori biochimici o strumentali con valore prognostico e monitorarne la progressione.

Dopo un evento cardiovascolare acuto, è indispensabile un programma strutturato di valutazione globale del rischio e di intervento complessivo comprendente attività fisica in ambiente ospedaliero, counseling dietologico e il supporto educativo e psicologico con percorsi finalizzati a modificare gli specifici fattori di rischio del paziente.

Viene riconosciuto sempre più che queste azioni possono essere intraprese in modo sicuro e con successo nell'ambito dell'assistenza primaria, intendendo per quest'ultima l'assistenza disponibile sul territorio (medico di medicina generale, attività distrettuali ecc.).

Un approccio tipo menu riconosce la necessità di adeguare l'offerta di servizi alle necessità specifiche del singolo individuo.

Essa deve includere: a) un intervento informativo, educativo e comportamentale per modificare credenze errate sulle malattie cardiache, per incoraggiare la sospensione del fumo, il raggiungimento o il mantenimento di un peso corporeo ideale attraverso un'alimentazione corretta, uno stile di vita alimentare ispirato a principi qualitativi protettivi; b) la riabilitazione lavorativa per il ritorno al lavoro o ad attività lavorative non professionali, c) il riferimento nel tempo, per un follow-up adeguato, all'assistenza primaria, con il supporto specifico del cardiologo e/o dello psicologo e/o del fisioterapista e/o del dietologo.

Naturalmente il mantenimento a lungo termine dell'attività fisica e del cambiamento nello stile di vita, in base alle evidenze disponibili, deve essere perseguito affinché i benefici siano persistenti nel tempo.

Partecipare ad un gruppo locale di supporto cardiaco o di auto-sostegno, che comprenda attività fisica da svolgere in una palestra o un centro ricreativo, potrebbe contribuire a mantenere l'attività fisica ed uno stile di vita sano.

Ugualmente partecipare a stage di cucina salutare può costituire uno strumento educativo importante.

Vi è pertanto la necessità di promuovere programmi di prevenzione secondaria dopo evento acuto cardiovascolare al fine di effettuare un intervento efficace e continuativo nella fase sia a breve che a medio-lungo-termine, che dovrà essere necessariamente gestito insieme con il medico di medicina generale e l'ausilio, quando disponibili, di particolari facilitazioni locali.

In pratica è indispensabile l'implementazione dei programmi di riabilitazione cardiologica e di counseling dietologico in accordo con i MMG ed i servizi territoriali, del resto già identificati nel precedente Piano di Prevenzione Attiva della Regione Campania.

Tra le azioni condotte nell'ambito del precedente Piano c'è stata la formazione dei cardiologi ospedalieri che curano i cardiopatici ischemici nella fase acuta, al fine di orientarli all'identificazione di alcune procedure comuni che facilitino il rapporto con i servizi territoriali ed in particolare i MMG, che rappresentano i terminali decisivi per la continuità assistenziale, al fine di garantire attività di follow-up ed integrazione tra servizi e funzioni assistenziali.

Tra queste procedure è stata particolarmente curata la definizione di lettera-tipo di dimissione ospedaliera, includente una diagnosi di rischio di recidiva basata sulle carte di rischio dello studio GISSI che orienti la tipologia degli interventi farmacologici e non farmacologici.

La lettera-tipo di dimissione ospedaliera è dunque uno strumento di informazione per il MMG e per il paziente; inoltre consente uniformità ed equità di trattamento a livello di tutti i presidi ospedalieri regionali e di tutte gli altri operatori del SSR.

L'informatizzazione delle relazioni tra attori in campo attraverso lo scambio delle informazioni presenti sulla lettera di dimissione ospedaliera è fortemente richiesta per facilitare tutte le operazioni di continuità assistenziale, di valutazione e di controllo di qualità del progetto.

L'identificazione di un modello di management dell'intervento sul paziente appare come una condizione rilevante per il riferimento delle attività da promuovere su tutto il territorio regionale; questo modello si riferisce soprattutto all'intervento di tipo non farmacologico (training fisico e stage di cucina salutare), anche in comune con l'intervento su pazienti con altre patologie richiedenti interventi di questo tipo per migliorare la prognosi

Obiettivi generali:

Obiettivo fondamentale è la riduzione del rischio di recidive di eventi cardiovascolari in pazienti dopo IMA, SCA, e/o PTCA. Obiettivi secondari/intermedi sono:

- Collaborazione fra i Centri che assistono pazienti affetti da eventi cardiovascolari acuti;
- Definizione di protocolli di riabilitazione e prevenzione;
- Utilizzo della carta del rischio GISSI;
- Diffusione della "lettera di dimissione" del paziente affetto da evento cardiovascolare acuto al fine della valutazione del rischio di recidiva e delle modalità di riabilitazione e di prevenzione, inclusa un'azione di informatizzazione del sistema di relazioni informative;
- Incremento delle prescrizioni e trattamenti riabilitativi;
- Formazione degli operatori di specialistica ambulatoriale e dei MMG sui temi della riabilitazione cardiovascolare, della prevenzione della riacutizzazione degli eventi acuti;

- Definizione di un modello di gestione degli interventi non farmacologici anche in connessione con esperienze che includono pazienti con altre patologie dove tali interventi migliorano la prognosi

Risultati attesi

Il risultato più rilevante che ci si attende da questo progetto è la riduzione significativa della morbosità e della mortalità dovuta alle recidive con rilevanti effetti sui costi umani, sociali ed economici, come stimato precedentemente nella scheda.

Azioni principali:

- l'adozione di una lettera-tipo di dimissione da parte delle strutture cardiologiche da inviare al MMG all'atto della dimissione del cardiopatico dopo evento acuto
- la promozione del coinvolgimento di strutture specifiche riabilitative alla fase di recupero del paziente dopo l'evento acuto
- l'adozione e l'utilizzo da parte dei MMG di strumenti per una valutazione del rischio cardiovascolare individuale all'atto della dimissione, come la Carta del rischio del GISSI nel post-IMA
- la promozione, attraverso uno specifico progetto di formazione ed aggiornamento, da parte dei MMG di interventi farmacologici e non farmacologici a lungo termine per prevenire le recidive di eventi cardiovascolari nei pazienti a loro afferenti con recente SCA, IMA o PTCA, con l'obiettivo di ridurre la morbilità, la mortalità cardiovascolare, la disabilità ed i ricoveri ospedalieri a distanza
- la definizione di un modello di gestione degli interventi non farmacologici anche in connessione con esperienze che includono pazienti con altre patologie dove tali interventi migliorano la prognosi

Attori:

Operatori del SSR, in particolare quelli degli ospedali che dimettono pazienti con IMA, SCA o PTCA; MMG; strutture riabilitative; servizi territoriali distrettuali; associazioni di cittadini.

Portatori di interesse:

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

Possibili criticità:

Scarsa attenzione alla compilazione della lettera di dimissione e più generalmente alla comunicazione con il MMG o i servizi territoriali da parte degli operatori delle strutture ospedaliere coinvolte nella cura dei pazienti; mancanza di collegamento con strutture riabilitative o lontananza geografica di queste strutture rispetto alla localizzazione quotidiana della vita del paziente; scarsa adesione dei MMG alle attività di formazione e di utilizzo degli strumenti creati per il programma (lettera di dimissione, carte del rischio dello studio GISSI), per questioni di tempo impegnato o mancanza di familiarità con strumenti informatici oppure per difficoltà a comunicare con le strutture ospedaliere o i centri riabilitativi; scarsa attenzione delle strutture e degli operatori del SSR ai fondamenti razionali del progetto.

Sistema di valutazione:

La valutazione del progetto sarà effettuata: 1. Direttamente con le strutture e gli operatori interessati (presidi ospedalieri, strutture riabilitative, MMG); 2. Attraverso la verifica dei tassi di ospedalizzazione regionale

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

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																						
Preparazione e diffusione della scheda di dimissione ospedaliera		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Riattivazione dei collegamenti con i referenti delle strutture cardiologiche		X	X	X	X	X	X																	
Ripresa dei programmi di formazione per gli operatori dei presidi sanitari coinvolti e dei MMG					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X									
Identificazione degli strumenti di monitoraggio e di controllo della qualità		X	X	X	X	X																		
Adozione di un sistema di valutazione e controllo di qualità, includente un attivo scambio di informazione con i presidi ospedalieri, le strutture riabilitative ed i MMG. Sviluppo di un'iniziativa concomitante per definire il modello di gestione degli interventi non farmacologici							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Beneficiari:

Cittadini campani adulti di entrambi i sessi' già colpiti da IMA, SCA o sottoposti a PTCA

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

Obiettivo fondamentale di salute è la riduzione di morbosità e mortalità cardiovascolare, in particolare per malattie coronariche, attraverso l'orientamento delle procedure assistenziali efficaci ed appropriate inerenti la continuità dell'assistenza sanitaria per i pazienti con malattia coronarica.

Obiettivi intermedi e indicatori di processo sono:

- - Il coinvolgimento di specifici operatori della sanità pubblica, ospedalieri, di strutture di riabilitazione, dei servizi territoriali specialistici e dei MMG;
- - L'implementazione tra gli operatori coinvolti di procedure standard per facilitare equità distributiva delle prestazioni di riconosciuta buona pratica clinica;
- - Lo sviluppo di un piano di lavoro e strategie per i vari livelli operativi, incluso la definizione di un modello di gestione degli interventi non farmacologici;
- - La formazione degli operatori coinvolti nella prevenzione attiva.

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 delle lettere di	Monitoraggio dei presidi	5-10% stimato	60%		100%	

dimissione inviate	ospedalieri che dimettono i pazienti					
Numero delle lettere di dimissione ospedaliera effettivamente utilizzate per la pratica clinica	Monitoraggio dei MMG; verifica delle prescrizioni dei farmaci	20% stimato	50%		100%	
Percentuale di pazienti dopo SCA, IMA o PTCA avviati alla riabilitazione cardiologica	Monitoraggio nei Centri di Cardiologia Riabilitativa della Campania; Monitoraggio dei presidi ospedalieri che dimettono i pazienti	5-10% stimato	30%		60%	
Numero delle recidive degli eventi coronarici	Monitoraggio archivio schede di dimissione ospedaliera	15-20% stimato	10-15%		5-10%	

2.3 Il diabete

Progetto 6: Prevenzione delle complicanze del diabete attraverso l'attuazione del disease management (Quadro d'Insieme n° 3.3.1)

Identificativo della Linea di Intervento Generale

3.3

Breve descrizione del progetto

Razionale dell'intervento

Realizzare il *Disease Management* per l'assistenza al diabete attraverso l'integrazione a rete tra i Medici di Assistenza Primaria, i Servizi Territoriali e le strutture specialistiche dei Presidi Ospedalieri e dei Policlinici Universitari, per garantire continuità di cura al paziente. Tale modello prevede la strutturazione di un percorso assistenziale condiviso, che eviti frazionamenti delle cure, ripetizioni delle indagini, ritardi diagnostici, ed eccessivi iter burocratici, responsabili dell'aggravamento delle condizioni cliniche del paziente. Ruolo fondamentale in tale processo è assunto dalle attività di educazione terapeutica strutturata volte all'*empowerment* del paziente

Obiettivi generali:

Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete, perseguendo i seguenti obiettivi:

- individuare precocemente la malattia nella popolazione a rischio aumentato, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza
- predisporre protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici, anche con riguardo alla fornitura di presidi per il monitoraggio della glicemia

- definire percorsi assistenziali con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica e dell'educazione terapeutica dei pazienti, considerando anche la frequente presenza di comorbidità
- valutare la rete assistenziale per l'acuzie e la cronicità e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione
- favorire l'implementazione di sistemi informativi e banche dati che facilitino la gestione e la valutazione dei programmi

Risultati attesi

- miglioramento dell'appropriatezza del ricorso a prestazioni diagnostico-terapeutiche con riduzione dei ricoveri impropri attraverso un'offerta adeguata di prestazioni erogate negli specifici livelli di cura, coerenti alle linee guida validate a livello nazionale.
- riduzione dell'incidenza delle complicanze attraverso lo screening e la diagnosi precoce effettuate attraverso programmi assistenziali proattivi-
- trattamento precoce ed efficace delle complicanze secondo percorsi assistenziali condivisi ed incentrati sul paziente con particolare riguardo al percorso per la prevenzione del "Piede diabetico"
- riduzione della "mobilità passiva" dovuta ad interventi terapeutici per le complicanze del diabete, attraverso il miglioramento dell'offerta sul territorio regionale di livelli di maggiore complessità assistenziale, prevedendo un'integrazione a rete territorio-ospedale e viceversa
- riduzione della mortalità per diabete : tale obiettivo generale, non sarà immediatamente misurabile, ma la presa in carico del paziente nel percorso di cura, potrebbe già di fatto ridurre la mortalità dovuta ad episodi acuti (coma)
- qualificazione e miglior utilizzo delle competenze professionali di tutti gli operatori coinvolti.
- miglioramento della qualità dei servizi offerti al paziente.
- miglioramento della comunicazione tra i soggetti coinvolti

Analisi di contesto

L'esperienza avviata con il Piano di Prevenzione 2005-2007

Alla luce di quanto esposto nelle premesse epidemiologiche e nell'analisi di contesto, preso atto degli obiettivi e delle azioni già indicate nel Piano di Prevenzione 2005-2007, si è dato l'avvio all'attuazione del modello assistenziale di Gestione Integrata del Diabete Mellito (Disease Management), già sufficientemente validato da altre esperienze nazionali ed internazionali, come sperimentazione regionale. Secondo le indicazioni del **Progetto Igea** (*Integrazione Gestione e Assistenza del Diabete*), coordinato dall'ISS e strumento di supporto tecnico-metodologico ai Piani di Prevenzioni Regionali per la prevenzione delle complicanze del diabete, per Gestione Integrata deve intendersi un processo assistenziale finalizzato al consolidamento di una prassi di gestione condivisa tra il MMG, riferimento primario del singolo paziente, e la rete dei professionisti territoriali (specialisti, infermieri, dietisti, psicologi, altre figure professionali) coinvolte nel percorso assistenziale.

Tale approccio, che prevede, peraltro, la partecipazione attiva del paziente nella gestione della sua malattia, fonda i propri assunti sull'approccio integrato e coordinato, in modo da coinvolgere i diversi livelli assistenziali prevedendo, tra l'altro:

- l'adesione alle linee guida validate a livello nazionale;
- l'erogazione dell'assistenza attraverso percorsi assistenziali
- l'attuazione di programmi di educazione sanitaria e di supporto al paziente diabetico
- l'attivazione di uno strumento (cartaceo o magnetico) atto a garantire la regolare esecuzione di un set di controlli periodici da parte del paziente conformi alle linee guida

- la realizzazione ed implementazione di un sistema informativo informatizzato in rete per la gestione integrata, che ne consenta il monitoraggio attraverso un set di indicatori validati (Indicatori IGEA).

Il prodotto principale della Gestione Integrata è la definizione, concordata all'interno della rete assistenziale, di un piano di follow-up attivo mirato sui bisogni del paziente.

Principali risultati raggiunti in relazione agli obiettivi specifici della programmazione:

Il Progetto "Linee operative per la pianificazione regionale sulla prevenzione delle complicanze del diabete" ha completato le fasi di carattere organizzativo, comprendenti tutti gli adempimenti formali, la costituzione del gruppo tecnico, la organizzazione dei gruppi di lavoro aziendali, il reclutamento delle realtà territoriali, la formazione dei formatori presso l'ISS e l'organizzazione e l'attuazione del piano formativo IGEA per tutti gli operatori (circa 300 partecipanti), la progettazione e parziale attuazione della rete integrata informatizzata.

Nell'anno 2009 sono stati raggiunti obiettivi di completamento e rimodulazione del progetto, con azioni non svolte nel 2008, come il completamento delle attività di formazione, la informatizzazione, la pianificazione e progettazione della messa in rete degli operatori coinvolti, mentre tutta la fase di reportistica sarà svolta nel triennio successivo.

Il progetto, è stato effettuato nel PRP 2005-2007 su 6 ex AASSLL pilota della Regione Campania nelle quali risultavano già in sperimentazione programmi di *Disease Management* (A.S.L. NA 1; ASL NA2; A.S.L. NA 3; A.S.L. NA 4 ; A.S.L. SA 2 ; A.S.L. CE 1 attualmente ASL Na1 centro, ASL Na2 nord; ASL Na3 Sud ; ASL CE; ASL SA): le differenti realtà sono state confrontate attraverso un processo di *benchmarking.*, al fine di valutare diversi aspetti differenti del *Disease Management*, a cui ogni ASL ha dedicato particolare attenzione.

Nell'ambito di ogni ASL un coordinamento multispecialistico di progetto ha individuato unità territoriali costituite da medici di medicina generale, da uno o più centri di diabetologia afferenti ad uno o due distretti limitrofi, con il coinvolgimento attivo dell'assistenza sanitaria di base del distretto. Le unità territoriali sono state identificate dalle ASL in base ai requisiti richiesti. I medici di medicina generale ed i centri diabetologici, sono stati individuati in base alla disponibilità ed alla possibilità di attuare concretamente la gestione integrata e di garantire l'adesione alle linee guida, così come predisposte dalla DGRC 1168/2005. Come requisito per l'adesione al progetto è stato richiesto l'uso di strumenti informatici per la raccolta dei dati e la possibilità di collegamento per via telematica.

I pazienti sono stati reclutati in modo opportunistico dai MMG e dai centri diabetologici in base ai seguenti criteri: persone con diabete, di età compresa tra 20 e 75 anni, con esclusione di coloro che sono affetti da patologie concomitanti gravi (es: neoplasie in stadio avanzato, altre gravi patologie endocrine, autoimmunità, trattamenti con steroidi o farmaci immunosoppressori, gravi turbe psichiche, non autosufficienza). Ai pazienti è stato richiesto il consenso informato, il cui modello è stato redatto in collaborazione con la FAND

Elementi per l'analisi dello stato dell'arte e dei risultati del Piano 2005-2007

Alla luce degli obiettivi raggiunti, le valutazioni relative all'attuazione del Piano non possono che essere positive, in quanto tali azioni hanno contribuito ad innescare un processo di cambiamento relativo, non solo all'approccio alla patologia diabetica, ma alle patologie croniche in generale.

Pertanto, considerando il peso delle criticità, che si presentavano e che sono attualmente presenti, e che hanno fortemente influito sulla realizzazione complessiva del progetto, il raggiungimento degli obiettivi finali del progetto è da intendersi più come raggiungimento di obiettivi a lungo termine, mirante al superamento della fase "progettuale" ed alla messa a regime del modello assistenziale Disease

Management del Diabete su tutto il territorio regionale. Tali azioni positive avranno una ricaduta anche su un approccio più ampio alla realizzazione di accordi contrattuali con la Medicina Generale e la Specialistica Ambulatoriale, in quanto sicuramente questa esperienza dimostra la fattibilità di nuovi modelli assistenziali basati sul chronic health model e sul disease management, che si dimostrano essere le strategie vincenti rispetto a patologie croniche ad alta prevalenza e di forte impatto sociale come il Diabete.

Il modello verrà, con l'attuazione del Piano di Prevenzione 2010-2012, esportato su tutto il territorio regionale, al fine di garantire omogeneità ed equità delle cure rispetto alla patologia diabetica.

Azioni principali:

Nel Piano 2010-2012 verrà esportato il modello del *Disease Management* in tutta la Regione. Le AASSLL già partecipanti al Piano 2005-2007 potranno reclutare altri distretti precedentemente non coinvolti, in particolare le AASSLL che hanno subito accorpamenti, mentre il Progetto sarà esteso anche alla ASL Benevento (in cui è stata già avviata la formazione IGEA) ed alla ASL Avellino, non ancora coinvolte. In tale progetto, vista la particolare criticità relativa alle amputazioni nei diabetici in Campania, tra i percorsi di cura relativi a screening e follow-up delle complicanze, verranno particolarmente prese in carico le attività relative alla prevenzione ed al trattamento delle ulcere, che colpiscono il 10-15% dei diabetici dopo i 20 anni di malattia. Si prevede pertanto di implementare il percorso assistenziale per la prevenzione del piede diabetico nelle ASL campane attraverso uno specifico programma di formazione degli operatori, educazione terapeutica al paziente, ed individuazione della rete assistenziale sempre attraverso la logica del *Disease management*.

La realizzazione del Piano di Prevenzione per le complicanze del diabete richiede l'assunzione negli organismi di governo e di gestione regionali e, a cascata, nelle singole aziende, di un modello logico per lo sviluppo di azioni sequenziali da mettere in campo per perseguire l'obiettivo di salute prefissato. Tale modello logico può variare da azienda ad azienda in alcune modalità operative, a seconda delle preesistenti tipologie organizzative di assistenza diabetologica, della configurazione territoriale, della densità demografica, della composizione socio culturale della popolazione di riferimento.

Azioni centrali:

- Attribuzione ai Direttori Generali o ai Commissari Straordinari dell'obiettivo di realizzazione del modello assistenziale del Disease Management per la prevenzione delle complicanze del diabete mellito.
- Individuazione delle modalità di coordinamento del progetto
- Attribuzione risorse per il Coordinamento del Progetto
- Costituzione del comitato tecnico scientifico di progetto CTO. IL CTO rappresenta il coordinamento progettuale, verifica l'andamento del cronoprogramma, riunisce i referenti aziendali, individua strategie per l'attuazione, effettua il benchmarking tra le AASSL coinvolte, valuta gli indicatori, misura il raggiungimento degli obiettivi, analizza i reports per la valutazione dei risultati raggiunti. Tale metodologia consentirà, inoltre di effettuare una analisi dei bisogni per un'assistenza più adeguata. Tale Comitato è composto da:
 - ARSAN
 - Osservatorio Epidemiologico Regionale
 - Università
 - Project manager
 - Diabetologi ospedalieri e territoriali
 - Medico Distrettuale di Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base
 - Medico di Medicina Generale

- Farmacista esperto in farmacoeconomia
- OSDI
- Associazione Pazienti
- Attribuzione alle Aziende Sanitarie Locali delle risorse economiche vincolate alla realizzazione del Disease Management del diabete mellito.
- Condivisione del modello operativo, e stipula di eventuali accordi, con i medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali, con le associazioni pazienti
- Programmazione ed implementazione di una campagna regionale di comunicazione sulla prevenzione delle complicanze del diabete basata sui principi dell'educazione terapeutica strutturata per migliorare gli stili di vita delle persone con diabete
- Definizione di pacchetti formativi relativi alle diverse fasi e alle diverse figure professionali impegnate nel Disease Management in collaborazione con l'ISS. Implementazione dei moduli formativi IGEA nelle realtà neo reclutate.
- Strutturazione e realizzazione di programmi di formazione/educazione, destinatari: soggetti con diabete partecipanti al progetto. Sono state già svolte riunioni relative ai contenuti scientifici ed alla organizzazione, coinvolgendo il Comitato tecnico e la società scientifica GISED.

Definizione delle modalità di costruzione e aggiornamento del registro di patologia diabetica

Obiettivo: Acquisizione di dati finalizzati alla quantificazione e classificazione della popolazione diabetica e/o con comorbidità in carico alle diverse ASL.

Attualmente i dati epidemiologici relativi ai pazienti diabetici in regione Campania sono rilevabili solo attraverso l'esenzione del ticket, che, oltre ad essere un dato molto generico, non permette un'adeguata valutazione della gravità e delle complicanze di malattia.

Obiettivo del progetto è costruire un "Registro regionale di patologia", dal quale poter desumere analisi dei bisogni che possano anche indirizzare in modo efficiente l'offerta dei servizi.

E' necessario, pertanto, validare i dati esistenti e recuperare la quota di diabetici misconosciuti anche attraverso l'analisi delle prescrizioni terapeutiche e la rete dei MMG. Le unità operative delle ASL afferenti al progetto distrettuali raccoglieranno e comunicheranno i dati a livello di ASL che provvederà a trasmetterli annualmente all'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Tali dati devono contenere, tra l'altro, informazioni relative al tempo di insorgenza della patologia, tipo di terapia, presenza e tipo di complicanze, tipo di terapia praticata.

Azioni Locali

La direzione aziendale deve individuare un nucleo di coordinamento multidisciplinare, in cui vengono comprese le figure appartenenti al team ed in particolare un rappresentante dei pazienti (FAND), per l'attuazione e monitoraggio del programma, approvare formalmente il programma ed attribuire le risorse necessarie;

Definizione di un cronoprogramma aziendale, in linea con il cronoprogramma regionale, finalizzato alla messa a regime del programma in due anni su tutto il territorio regionale con precisi obiettivi di processo e di esito

I distretti recluteranno i MMG partecipanti volontariamente, in caso non sia stato ancora attuato il nuovo accordo regionale della medicina generale. Con l'attuazione del nuovo accordo verrà recepita all'interno di questo la "gestione integrata" del diabete, pertanto i MMG parteciperanno al Programma di Prevenzione secondo le modalità previste nel contratto.

L'ASL si farà carico, in attuazione della Legge Regionale 9/2009, di organizzare l'assistenza diabetologica di II livello in Centri Diabetologici, o anche Aggregati Funzionali Territoriali (AFT), in cui è previsto il team multispecialistico diabetologico, che effettuerà la presa in carico del paziente secondo il modello assistenziale di gestione integrata.

Considerato che l'obiettivo principale del modello *Disease Management* è quello dell'integrazione tra i Medici di Assistenza Primaria, i Servizi Territoriali e le strutture specialistiche dei Presidi Ospedalieri e dei Policlinici Universitari, per far sì che venga garantita continuità di cura al paziente, è necessario strutturare un percorso assistenziale che eviti frazionamenti delle cure, ripetizioni delle indagini, anche a breve termine, ritardi diagnostici, ed eccessivi iter burocratici, responsabili dell'aggravamento delle condizioni cliniche.

L'assistenza, pertanto, si articolerà su tre livelli:

I livello

- Assistenza di base (Medici di Assistenza Primaria) - Ambulatori Dedicati

II livello

- Centri specialistici territoriali (AFT) (Distretti Socio-Sanitari) - Accessi programmati

III livello

- Presidi Ospedalieri di AASSLL, Aziende Ospedaliere, Policlinici Universitari
- Attuazione del Day Service (DGRC 102/2009)
- PACC 250 Diabete Complicato e/o screening delle complicanze d'organo
- Ricoveri per complicanze acute

La popolazione target è rappresentata dalle persone con diabete, di età compresa tra 20 e 75 anni, con esclusione di coloro che sono affetti da patologie concomitanti gravi non strettamente connesse alla patologia diabetica (es: neoplasie in stadio avanzato, altre gravi patologie endocrine, autoimmunità, trattamenti con steroidi o farmaci immunosoppressori, gravi turbe psichiche, non autosufficienza). I pazienti dovranno aderire tramite consenso informato.

L'integrazione avverrà, oltre che attraverso la condivisione del percorso diagnostico terapeutico, attraverso un sistema informativo informatizzato, che consenta di raccogliere ed analizzare tutti gli indicatori di processo e di esito previsti dal Progetto IGEA.

Tale sistema informativo, implementerà nelle AASSLL già coinvolte i nuovi distretti reclutati, mentre le nuove AASSL entreranno nella rete, seguendo il modello già precedentemente definito.

Nella realizzazione del progetto sarà posta particolare attenzione alle modalità di comunicazione tra le strutture coinvolte e tra queste e i pazienti stessi .

La comunicazione fra MMG e CD sarà assicurata secondo la seguente procedura informatizzata attraverso la condivisione dei dati attraverso il *portale appropriatezza*:

Il MMG fornisce al CD, per ogni paziente in gestione integrata e per ogni volta che viene attivata la consulenza, i dati desunti dal proprio archivio informatico finalizzati all'aggiornamento della cartella clinica del CD, anche ad evitare inutili ripetizioni di esami.

15. Il CD trasmette al MMG, ogni qualvolta venga attivato, un resoconto dettagliato della consulenza del paziente seguito in gestione integrata.
16. Il CD trasmette al MMG il piano terapeutico per la prescrizione dei presidi sanitari.

Programma di intervento di educazione terapeutica strutturata

Obiettivo generale

Costruire un modello educativo da poter inserire nell'attività clinica routinaria finalizzato all'empowerment del paziente

Obiettivo specifico

- Formare l'equipe (diabetologo, infermieri, mmg, e gli specialisti che fanno parte del team per lo screening delle complicanze)
- far acquisire competenze al diabetico per motivarlo alle modifiche del suo stile di vita e all'autogestione della sua patologia

Attività

La formazione dell' equipe si realizza attraverso lezioni frontali e prove pratiche sull'approccio sistemico e i metodi di apprendimento.

Verranno programmate visite di gruppo a cadenza periodica (GROUP CARE) :Tempi (0 e ogni tre mesi)- Gruppi: 10 pazienti (metaplan - lezione interattiva-atelier dei gesti)

Tematiche da trattare

- Il diabete (Dieta e attività fisica)
- Le complicanze
- L'autocontrollo
- Le emergenze e la terapia

Tempo 0: somministrazione questionario QVL e Conoscitivo

Tempo ogni tre mesi :Incontro educativo e verifica del compenso glicometabolico,BMI,C.A.

Al termine del percorso : somministrazione questionario QVL e conoscitivo (feedback)

- Attori

Persone con diabete-Medici di Medicina Generale- Diabetologi territoriali, ospedalieri ed universitari-Epidemiologi dei Servizi di Epidemiologia Aziendali- Medici Specialisti in branche collegate alla patologia diabetica- Medici di Organizzazione dei Servizi Sanitari,- Farmacisti- Infermieri Professionali, Dietisti, Podologi, - Informatici,- Personale a contratto, consulenti, borsisti- Associazione Pazienti

Portatori di interesse

Associazioni pazienti, ASL, associazioni di categoria

Possibili criticità

Come descritto nell'analisi di contesto, si registra in Campania una mortalità per diabete molto alta, considerando che i dati a disposizione sono comunque sottostimati, attribuendosi le morti esclusivamente a patologie cardiovascolari. Purtroppo la individuazione tardiva dei nuovi casi e la sottovalutazione del manifestarsi delle complicanze, fanno sì che il decorso della patologia, raggiunge inarrestabilmente gli esiti peggiori, determinando un alto tasso di ricoveri ed un aumento della incidenza di dialisi ed amputazioni. L'attuazione del Piano di Prevenzione 2005-2007 (Progetto IGEA) ha messo in evidenza una carente organizzazione dell'offerta di prestazioni, il più delle volte incentrata sul singolo evento e non sulla logica di percorso assistenziale. Pertanto viene persa la multidisciplinarietà dell'approccio, aggravata dai lunghi tempi di attesa per le singole prestazioni, che determina una scarsa efficacia ed

efficienza dell'assistenza. Inoltre l'offerta appare ancora molto incentrata sul ricovero ospedaliero (acuto e DH) determinando così in appropriatezza ed aggravio dei costi. La scarsa integrazione degli attori del sistema di cure (MMG, specialisti, ospedale), la incompleta realizzazione di una rete informatizzata, la carenza di personale dedicato alla prevenzione (dietisti, podologi), l'insufficiente offerta di programmi strutturati di educazione terapeutica, restano i nodi critici da affrontare.

Tali criticità attinenti allo specifico contesto dell'assistenza alla persona con diabete, devono poi inserirsi in un quadro di contesto più ampio, che riguarda tutto l'approccio assistenziale relativo alla prevenzione e che si condivide con le altre linee progettuali quale:

1. la difficoltà ad affermarsi di una forte cultura della prevenzione
2. l' assenza di una consapevole presa in carico della problematica "piani della prevenzione" da parte delle funzioni di governo e di management regionali, da cui discende una scarsa attenzione alla realizzazione dei piani e l'assenza di un mandato sostanziale ai Direttori Generali;
3. lo scarso peso dato nella valutazione Regionale dei Direttori Generali alla realizzazione degli obiettivi di salute rispetto al raggiungimento di obiettivi normativi o economici;
4. la scarsa attitudine nei management aziendali a fare scelte strategiche e di priorità fra i vari possibili interventi di tutela della salute, a fronte di una scarsità di risorse.
5. lo spostamento dei fondi dedicati ai programmi di prevenzione su interventi "emergenziali", che sarebbero stati invece evitati se si fossero realizzate le politiche della prevenzione.

Sicuramente alle motivazioni sopraesposte si aggiungono, come responsabilità da addurre al non raggiungimento degli obiettivi attesi per alcune attività, la difficile realtà che la Regione Campania sta vivendo con gli adempimenti del Piano di Rientro e del Commissariamento, che spesso hanno rallentato e rallentano lo svilupparsi di tutte quelle attività che prevedono investimenti di nuove risorse, tra cui l'informatizzazione del sistema informativo per la gestione integrata, i nuovi accordi per la medicina generale e la specialistica ambulatoriale, l'accreditamento dei Centri Diabetologici privati, l'integrazione nel team diabetologico di nuove figure professionali dietisti, podologi, psicologi (previsti anche nella legge regionale 9 /2009)

Sistema di valutazione:

Definizione delle modalità di acquisizione dei dati per la valutazione degli indicatori di processo e di esito.

Al fine di monitorare il modello organizzativo proposto per la gestione della patologia diabetica saranno utilizzati indicatori specifici (Progetto IGEA) per poter misurare outcome intermedi ed outcome di esito.

Per l'elaborazione di tali indicatori, è necessario predisporre un apposito flusso informativo che preveda l'incrocio di diverse fonti: flusso informativo sulle prestazioni ambulatoriali, flusso informativo della farmaceutica, banca dati SDO regionale (valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri) , dati desunti dalle Cartelle cliniche dei MMG , dati desunti dalle cartelle cliniche delle strutture diabetologiche (II e III livello), archivi ASL dell' assistenza protesica e di invalidità, archivi ASL delle esenzioni ticket per patologia.

Tali dati verranno analizzati, a livello regionale (ARSAN) e resi disponibili alle AASSLL, per consentire la valutazione della qualità dell'assistenza fornita, i risultati raggiunti rispetto agli attesi, e proporre eventuali ripianificazioni dei programmi e rimodulazione dell'offerta dei percorsi assistenziali.

Il Progetto Igea ha proposto un "Dizionario Dati" con lo scopo principale di " permettere che la medesima informazione sia generata indipendentemente dall'organizzazione o sistema che la cattura, o perlomeno che gli applicativi dei diversi operatori (MMG, specialisti) siano in grado di fornire ad una apposita interfaccia i dati relativi ad un paziente in un formato di interscambio.

La finalità del Dizionario Dati IGEA è quella di identificare l'insieme di informazioni che possono consentire, a livello locale, regionale e nazionale, di monitorare il processo di continuità delle cure all'interno del sistema di gestione integrata del diabete mellito tipo 2". (Progetto Igea. Requisiti informativi. Documento di indirizzo)

Gli indicatori adottati nel Piano di Prevenzione delle Complicanze del Diabete Mellito sono mutuati dagli indicatori del Progetto IGEA, pertanto condividendone pienamente la individuazione, si ritiene di utilizzarli come strumento di analisi e valutazione sia per il livello regionale, ma anche per rendere il lavoro effettuato in regione Campania, confrontabile e valutabile anche con altre realtà nazionali

Gli indicatori clinici.

Misurano la qualità della cura. Il set di indicatori è costituito da 45 indicatori:

- 19 Indicatori clinici di processo
- 14 indicatori clinici di esito intermedio
- 12 indicatori clinici di esito finale

Indicatori di sistema

Valutano il livello di attuazione dei programmi nelle diverse realtà: locali, regionali e nazionali

Effettuano comparazioni tra diverse realtà locali

Valutano il livello di partecipazione dei diversi attori che aderiscono alla Gestione Integrata

Conoscono il livello di interoperabilità degli operatori coinvolti nei programmi di G.I.

Il set di indicatori è costituito da 14 Indicatori di attuazione, diretti a tre aree: attori coinvolti, pazienti arruolati, sistemi informativi .

Si rimanda la descrizione dei singoli indicatori e la modalità per il loro calcolo al "Documento di Indirizzo sui requisiti informativi. Appendice 2. Progetto IGEA. Maggini, Raschetti, Giusti et all. Il Pensiero Scientifico Editore

Cronoprogramma

- Costituzione CTO. 1 mese
- Individuazione e coordinamento delle strutture e degli operatori sanitari coinvolti nella realizzazione del modello operativo del progetto. 1-2 mese
- Acquisizione dei dati relativi alla attuale offerta assistenziale e relativa analisi dei bisogni. 3-6 mese
- Definizione di indicazioni per la realizzazione di protocolli d'intesa e degli atti programmatici per l'attivazione del progetto ed assegnazione budget. 2-5 mese
- Definizione ed attuazione dei percorsi clinico-assistenziali ed organizzativo-gestionali. 6-24 mese
- Formazione degli operatori e comunicazione attiva del progetto. 3-18 mese
- Informatizzazione delle attività e creazione banche dati. 3-18 mese
- Valutazione degli indicatori. 12-24 mese
- Analisi dei risultati con eventuali modifiche in progress. 12-24 mese
- Preparazione dei reports delle attività. 22-24 mese
- Diffusione e discussione dei risultati delle attività svolte. 21-24 mese

Beneficiari

Persone con diabete età compresa tra 20 e 70 anni senza patologie concomitanti gravi e famiglie

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

individuazione precoce della patologia attraverso la valutazione della popolazione a rischio di sviluppare la patologia diabetica

riduzione dell'incidenza delle complicanze (amputazioni, dialisi, cecità, riduzione rischio cardiovascolare) attraverso lo screening e la diagnosi precoce effettuate attraverso programmi assistenziali proattivi

miglioramento degli indicatori clinici dei pz. in GI : misurabili attraverso l'analisi dei dati riportati nelle CC. Con specifici sistemi di elaborazione.

riduzione della mortalità per diabete : tale obiettivo generale, non sarà immediatamente misurabile, ma la presa in carico del paziente nel percorso di cura, potrebbe già di fatto ridurre la mortalità dovuta ad episodi acuti (coma)

miglioramento della qualità di vita : la riduzione dell'incidenza di complicanze determina di fatto il miglioramento della qualità di vita delle persone con diabete, ma soprattutto il **miglioramento della conoscenza (empowerment)**, realizzato attraverso programmi strutturati di educazione terapeutica

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
Proporzione ASL che hanno attivato un programma di G.I.	ASL	3/5	5/5		5/5	
Proporzione ASL aderenti al registro Pz diabetici	ASL	0	5		5	
Proporzione CD che hanno aderito al programma di G.I. per ASL	ASL Na1 ASL Na2 ASL Na3 ASL CE ASL SA ASL BN ASL AV	10/10 19/19 10/16 1/4 4/4 0 0	10/10 19/19 16/16 4/4 4/4 1/3 1		3/3	
Proporzione (numero) MMG aderenti alla G.I.	ASL Na1 ASL Na2 ASL Na3 ASL CE ASL SA ASL BN ASL AV	42 34 41 21 23 0 0	Non val			
Proporzione di diabetici in G.I. per Asl, CD,MMG	CD	Non valutabile	Non val			
Proporzione di CD con sistemi di ICT per la gestione dei dati clinici	ASL Na1 ASL Na2 ASL Na3 ASL CE ASL SA ASL BN ASL AV	10/10 4/19 3/16 2/4 4/4 0 0	10/10 19/19 16/16 4/4 4/4 3/3 1		3/3	
Proporzione (numero) di MMG con sistemi di ICT per la gestione dei dati clinici	ASL	Tutti i MMG reclutati sono informatizzati	Non val		Non val	
Proporzione (numero) di operatori, medici e non medici coinvolti in	ASL Na1 ASL Na2	ASL Na1 82 ASL NA2 49	Non val		Non val	

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

programmi di G.I. che hanno ricevuto una formazione specifica	ASL Na3 ASL Sa ASL CE ASL BN ASL AV	ASL Na3 48 ASL SA 50 ASL CE 26 ASL BN 40 ASL AV 0				
Proporzione incontri di ETS/CD/anno	CD	0	4/anno		12/anno	
Proporzione (numero) pazienti partecipanti a programmi di ETS/Pz. In G.I.	CD	0	10 pz		30 pz	

Quadro logico di Progetto					
Finalità Progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi ed assunzioni	Tempi
OBIETTIVO GENERALE	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale attraverso l'attuazione del disease management				
OBIETTIVI SPECIFICI	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione precoce della malattia nella popolazione a rischio - Predisposizione protocolli - Definizione percorsi assistenziali - Valutazione rete assistenziale - Implementazione sistemi informativi 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento dei casi di diabete diagnosticato Proporzione Cd aderenti alla G.I. N.punti offerta /ASL Proporzione di CD con sistemi di ICT per la gestione dei dati clinici 	<ul style="list-style-type: none"> Archivio informatico MMG Screening ogni 6 mesi Indagine ASL Indagine ASL Indagine ASL 	Inclusione degli obiettivi progettuali nella strategia assistenziale regionale	31-12-12
RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento dell'appropriatezza diagnostico terapeutica - Riduzione dell'incidenza delle complicanze - Trattamento appropriato complicanze - riduzione della mobilità passiva - riduzione mortalità diabete -miglioramento competenze operatori - miglioramento qualità dei servizi - miglioramento della comunicazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione dell'adesione alle linee guida - n.casi CC/tot casi - attivazione percorsi assistenziali specifici - num. ricoveri fuori regione - decessi per diabete - Proporzione (numero) di operatori, coinvolti che hanno ricevuto una formazione specifica valutazioni pos/tot % realizzazione G.I 	<ul style="list-style-type: none"> -Cartelle cliniche informatizzate MMG/CD -Cartelle cliniche informatizzate MMG/CD - Indagine ASL - dati compensazione regionale - Dati sdo Registri mortalità - Elenchi Corsi ARSAN/ASL questionari pz interviste 	Presenza di inadeguata offerta assistenziale	31-12-12
ATTIVITA' Azioni Centrali	<ul style="list-style-type: none"> -Attribuzione risorse per il coordinamento - Attribuzione obiettivi DG Attribuzione risorse ASL 	<ul style="list-style-type: none"> Decreto Condivisione progetto dal management aziendale Decreto Atto formale di nomina 	<ul style="list-style-type: none"> Nota di Accredito Decreto Attribuzione dalla Regione dei fondi vincolati 	<ul style="list-style-type: none"> Scarsa valutazione del PRP Utilizzo dei fondi per altre finalità Mancato accordo Mancata adesione 	<ul style="list-style-type: none"> Non ind 1-1-11 2-4-11

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Azioni Locali	- Costituzione CTO	Verbali riunioni e atti formali	Num. Riunioni effettuate	Difficoltà di realizzazione	1-1-12
	- Condivisione modello operativo e stipula accordi con MMG/Spec.	Presenza di Poster c/o studi MMG e Distretti	Presenza		1-3-11
	- Campagna di comunicazione	Num. Operatori formati	Indagine Pazienti	Ritardo nei tempi	1-1-12
	- formazione operatori per EDT con pz.	Casi/anno	Attestati di formazione	Non attuazione accordi	1-2-11
	- Istituzione Registro pz diabetici	Costituzione CTO	Presenza del Registro		Presenza dei team
	- Individuazione Nucleo coordinamento multidisciplinare	Attuazione fasi prog.	Atto formale	Disponibilità archivi informatizzati pz	
	- Definizione Cronoprogramma ASL	N.Operatori coinvolti in G.I.		Risorse per S.I.	1-3-11
	- Adesione Operatori	Num CD reclutati	Atto formale	Risorse per personale	1-1-11
	- Individuazione CD/AFT	Num PZ. In G.I.	Elenco operatori		1-1-11
	- Reclutamento popolazione target con consenso informato	Presenza di indicatori clinici valutabili	Comunicazione CD	Mancata realizzazione rete informatizzata risorse	1-6-11
	- Condivisione percorsi diagnostico terapeutici	Presenza di percorso piede diabetico nel CD	Archivio Pz.		1-6-11
	- Organizzazione ed attuazione percorso piede diabetico		Realizzazione rete informatizzata		1-1-12
	Implementazione sistema informativo	Raccolta dati e valutazione indicatori	Indagine ASL		1-6-11
	Attuazione incontri ETS	N.Incontri EDT/anno	Realizzazione del Patient file		
		Indagine CD			

Progetto 7: Prevenzione complicanze del diabete: percorso educativo assistenziale per la prevenzione del Piede Diabetico (Quadro d'Insieme n° 3.3.1.1)

Sottoprogetto

Prevenzione complicanze del diabete attraverso il Disease Management

Percorso educativo assistenziale per la prevenzione del Piede Diabetico

Identificativo della Linea di Intervento Generale

3.3

Premessa

Fra le complicanze del Diabete la più critica è il “Piede Diabetico”, per la frequenza di ricovero, per i costi sanitari e per il notevole impatto sulla qualità di vita soprattutto se determina amputazione. La più frequente manifestazione del Piede Diabetico è l'ulcera. Le ulcere colpiscono il 10-15% dei diabetici dopo più di 20 anni di malattia e sono particolarmente subdole perché decorrono a lungo senza sintomi a causa della neuropatia sensitiva; durante la fase acuta richiedono quasi sempre il ricovero, ma poi la guarigione è molto lenta, in genere dai 2 ai 6-8 mesi.

Il piede diabetico, una volta manifestatosi, non è suscettibile di guarigione completa; una sua caratteristica è il ripetersi di manifestazioni ulcerose la cui frequenza e gravità dipendono esclusivamente dall'igiene e dalla sorveglianza da parte del paziente o dei familiari, dall'uso di presidi di prevenzione domiciliare (scarpe o tutori di scarico, plantari), dalla opportunità di usufruire di cure podologiche frequenti e dalla prontezza nel riconoscimento e nell'intervento sulle lesioni iniziali (attraverso personale sanitario specificamente addestrato).

Obiettivo generale

riduzione delle amputazioni, dei ricoveri e della disabilità conseguente a patologie del piede nei diabetici.

Obiettivi specifici

- -Sensibilizzare i Medici di medicina generale ad operare una educazione continua alle corrette regole igieniche e preventive da parte dei pazienti; addestrarli ad un precoce riconoscimento delle lesioni già in atto ed un corretto affidamento terapeutico.
- -Sensibilizzare i Medici delle strutture diabetologiche di II livello ad operare una educazione continua alle corrette regole igieniche e preventive da parte dei pazienti ed una classificazione, almeno annuale, del grado di rischio ulcera dei loro pazienti al fine di indirizzare quelli a rischio medio ed alto ad un programma specifico di sorveglianza e cure podologiche (comprensivo di addestramento per paziente e familiari e prescrizione di presidi preventivi).
- -Formare un gruppo di Podologi e/o infermieri dedicati, sul trattamento delle condizioni e lesioni preulcerative, sull'educazione dei pazienti a rischio e dei loro familiari
- -Individuare un percorso di accompagnamento per livelli di compromissione crescenti attraverso strutture dedicate per il “piede diabetico” di II e III livello (intendendo per I livello l'ambulatorio del Medico di Medicina generale e gli ambulatori o Centri diabetologici privi di personale dedicato alla cura del piede).

Risultati attesi

- Riduzione della frequenza di re-ulcerazione in pazienti a rischio altissimo
- Riduzione del numero di ricoveri specifici per tale patologia
- Riduzione del numero delle amputazioni sia maggiori che minori (da rapportare alla prevalenza della popolazione diabetica nel distretto)
- Compilazione di schede di valutazione rischio (sarà valutato il numero di schede in relazione alla popolazione diabetica del distretto)
- Verifica dell'avvio dei pazienti nelle varie strutture (sarà valutata la correttezza dell'invio al trattamento podologico o alla struttura di III livello)

Piano di attività

- -Effettuare degli incontri Teorico/pratici di aggiornamento rivolti a Medici di Medicina generale e Specialisti del Team del Centro diabetologico (Diabetologi, Angiologi, Cardiologi, Neurologi) raggruppando medici degli stessi distretti (circa 30 per gruppo) su: a) messaggi educativi di base da

- fornire a tutti i diabetici, b)esame obiettivo e strumentale per la valutazione del rischio di lesione, c)addestramento all'uso di schede informatizzate per la registrazione dei reperti riscontrati e l'attribuzione alle classi di rischio (presente in Eurotouch e da fornire ai MMG), d)illustrazione del percorso terapeutico da avviare con le strutture per il "piede diabetico" di II e III livello nel caso di pazienti con rischio medio e alto o con lesioni in atto.
- Effettuare degli incontri Teorico/pratici di aggiornamento rivolti a Infermieri dedicati ed a Podologi (da coinvolgere attraverso borsa di studio triennale a carico del progetto di prevenzione) sullo screening ed il trattamento podologico delle condizioni preulcerative nei soggetti a rischio che affluiranno alle strutture diabetologiche sede di struttura di II livello per il "piede diabetico"; tale personale frequenterà periodicamente, nel corso del triennio, la struttura di III livello di riferimento per l'aggiornamento e per seguire i pazienti inviati dalle strutture di II livello o da affidare a tali strutture dopo il ricovero.
 - Effettuare degli incontri Teorico/pratici di aggiornamento rivolti a Specialisti del Team del Centro diabetologico (Diabetologi, Angiologi, Cardiologi, Neurologi) sede di struttura di II livello per il "Piede diabetico" ed al personale sanitario di cui al punto precedente su: a)educazione specifica dei pazienti, e loro familiari, con piedi a rischio medio o alto o con lesioni; b)la prescrizione di presidi preventivi o terapeutici (creme, calzature, plantari, ortesi d'avampiede); c)percorsi da indicare ai pazienti nel caso di lesioni che necessitano di intervento da parte di strutture di III livello; d)messa a punto di una tabella di follow-up e di trattamenti podologici personalizzata in base al rischio ed alle condizioni del paziente.

Tale programma prevede l'individuazione preventiva ed il coinvolgimento, da parte del gruppo regionale responsabile del progetto, delle strutture di II e III livello per la cura del piede ed i rispettivi distretti da coinvolgere, e dei Podologi/Infermieri dedicati da inviare alle suddette strutture, secondo una turnistica calibrata sulla prevalenza dei diabetici nel distretto; la preparazione di materiale informativo da distribuire ai pazienti, il monitoraggio degli indicatori già indicati nel progetto generale (più il registro regionale delle amputazioni già attivo in Campania dal 1996) per valutare l'efficacia dell'intervento. Alle ASL e distretti coinvolti si chiederà l'acquisto delle attrezzature minime e dei materiali di consumo per lo screening ed i trattamenti podologici presso le strutture di II livello.

2.4 Le malattie respiratorie croniche

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)

Identificativo della Linea di Intervento Generale

3.4

Breve descrizione del progetto

Razionale dell'intervento

Le malattie respiratorie croniche costituiscono un gruppo di gravi condizioni che include l'asma con la rinite allergica, la broncopneumopatia cronica ostruttiva ed i disturbi respiratori associati al sonno come la sleep apnea syndrome.

Il loro peso sociosanitario e' anche in relazione all'ampia prevalenza nella popolazione generale con un elevato carico di costi relativi alla gestione terapeutica.

Infatti, l'elevata incidenza e prevalenza fanno delle patologie dell'apparato respiratorio una delle più frequenti cause di malattia, invalidità e morte in Italia ed in Europa.

Secondo le previsioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le "malattie del respiro" sono destinate ad aumentare nei prossimi venti anni, e si prevede che alcune di esse come la broncopneumopatia cronica ostruttiva [BPCO], risulteranno fra le prime cause di morte, morbilità e disabilità.

Il 29,5% dei decessi annuali per patologie respiratorie (Italia periodo 1989-1994) è attribuibile a forme evolventi verso l'invalidità funzionale per la presenza di patologia a componente ostruttiva o fibrosante dell'apparato respiratorio.

Rispetto al fumo, il più importante fattore di rischio respiratorio, si stima che il numero di fumatori di età superiore a 14 anni nel nostro paese sia vicino a 13 milioni.

Secondo lo studio europeo sull'asma e sulla BPCO (ECRHS, 1998), nella fascia di età studiata (20-44 anni), più di 7 milioni di persone, circa l'8,3% dei soggetti è affetto da bronchite cronica e più di 850.000 persone giovani sono portatrici di un cronicismo invalidante.

La bronchite cronica nei fumatori, tende a essere sintomatica nel 50% dei fumatori e il rischio di sviluppare la BPCO nei fumatori è pari al 20%.

Dopo la sospensione del fumo, l'incidenza di BC e il rischio di BPCO si riportano nel giro di 10 anni ai livelli osservati nei non fumatori.

Va inoltre rilevato che il controllo della qualità dell'aria oggi consente di impostare programmi di informazione-educazione e scelte organizzative (Piano traffico, ecc.) in grado di ridurre il rischio e l'esposizione.

Diventano anche possibili programmi sperimentali di verifica del rapporto inquinamento/incidenza acuta per alcune patologie dell'apparato respiratorio, con ricadute informative sulla prevalenza delle malattie croniche.

Lo screening della BPCO viene attualmente riservato ai soggetti sintomatici esposti a fumo attivo da un tempo congruo ma il rapporto costo-efficacia risulta alto.

Un intervento significativo sulla BPCO può essere ottenuto da una migliore caratterizzazione biologica della malattia in fase preclinica e da un'efficace programma di sorveglianza del rischio già in età giovanile.

La somministrazione di questionari con semplici domande sull'asma, i sintomi di bronchite cronica e la sonnolenza diurna sono stati applicati nella popolazione.

Tuttavia, in contesti specifici come nei grandi agglomerati urbani della regione, all'interno delle scuole, che possono aggregare campioni omogenei per distribuzione geografica, e rappresentativi della condizione socio-ambientale, tali programmi non sono attualmente implementati.

Un programma di promozione dell'informazione sui fattori di rischio per patologia respiratoria fumo correlati e non fumo correlati, insieme all'acquisizione di dati sullo stato di salute respiratoria della popolazione giovanile in età scolare, nella fascia di età 16-18 anni, può contribuire ad ottenere una fonte di conoscenza sul rischio respiratorio e a verificare anche a breve termine l'efficacia di interventi preventivi sui principali fattori di rischio come l'abitudine tabagica.

Risultati attesi

Incremento della diffusione di materiale informativo sui fattori di rischio (es. carte di rischio del Ministero della Salute) per bronchite cronica nelle scuole. Stima della prevalenza dei sintomi di asma, bronchite cronica e sonnolenza diurna nella popolazione scolastica in età 16-18 anni.

Azioni principali:

- Stipula di accordi con le strutture scolastiche
- Predisposizione di un depliant informativo e di una scheda rilevazione sintomi.
- Locandina sui fattori di rischio respiratorio fumo e non fumo correlati.
- Attività di formazione agli operatori scolastici.
- Verifiche dell'abitudine tabagica nelle ore scolastiche anche attraverso misure obiettive di esposizione con analizzatori portatili (misura di monossido di carbonio, misura di ossido nitrico, raccolta di campioni di aria condensata), prima e dopo l'intervento formativo
- Predisposizione e applicazione di specifico software per l'inserimento e l'analisi dei dati di attività

Attori

Operatori sanitari nel campo della clinica di malattie respiratorie; responsabili di strutture scolastiche e di strutture ricreative all'interno della scuola; associazioni genitori e consigli di quartiere .

Portatori di interesse

Popolazione generale, sistema sanitario regionale, responsabili strutture scolastiche

Possibili criticità

Numerosità delle strutture scolastiche, disponibilità dei responsabili di struttura

Sistema di valutazione

Analisi dei dati tramite specifico software appositamente realizzato.

Cronoprogramma

Start up entro il 01.02.2011. Dal 1.1.2011 produzione di scheda rilevazione e locandina con i depliant e inoltre carte di rischio. Verifiche sul campo nelle strutture (30% del target) entro il 31.12.2012.

Beneficiari

Target principale

Popolazione giovanile in età 16-18 anni in attività scolare presso gli istituti di scuola media superiore della Città di Napoli.

Target intermedio di beneficiari

responsabili di strutture scolastiche, operatori scolastici

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

Obiettivi generali:

Sorveglianza e prevenzione del rischio respiratorio in età giovanile

Obiettivi specifici:

- Promozione dell'informazione sui rischi fumo e non fumo correlati
- Verifica dell'esposizione al rischio nelle abitudini di vita prima e dopo l'intervento

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 scuole superiori	Archivio elettronico del software di gestione dati regionale	Start-up	20% del target		30% del target	
Numero Scuole			10% del target		30% del target	

2.5 Le patologie orali

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)

Identificativo della Linea di Intervento generale 3.6

3. Prevenzione della popolazione a rischio

3.5 Patologie orali

Razionale dell'intervento

Come è ormai universalmente accettato, tutti gli interventi rivolti alla salute del cavo orale e alla riduzione dei relativi fattori di rischio portano ad un miglioramento anche dello stato di salute generale della popolazione nel suo complesso.

Benchè le politiche della salute attuate nell'ambito dell'Unione Europea abbiano portato negli ultimi decenni ad un miglioramento dell'igiene orale e della salute complessiva del cavo orale dei cittadini, persistono tuttora difficoltà di accesso alle cure odontostomatologiche per diversi segmenti di popolazione.

Secondo il Rapporto 2009 dell'Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane “*Il mancato ricorso alle cure odontoiatriche da parte dei cittadini può (...) essere imputabile ad una molteplicità di cause: tra queste troviamo la poca rilevanza verso le 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 delle strutture pubbliche 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."

Il DPCM del 29 novembre 2001, con la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, ha 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.

La stessa normativa prevede che ai segmenti svantaggiati della popolazione (ossia coloro che presentano situazioni di particolare vulnerabilità sanitaria) sia garantito, sempre a titolo non oneroso, l'accesso ad ulteriori trattamenti da definire con la normativa attuativa delle Regioni e delle Province Autonome.

Dalle Linee Guida nazionali 2009 del Ministero della Salute per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta, e dai progetti che ne sono conseguiti, è possibile, inoltre, concludere che interventi di odontoiatria preventiva sono fattibili, recepiti dalla popolazione, e comportano una spesa procapite assolutamente sostenibile dal servizio sanitario pubblico.

Sulla scorta dell'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta dall'ISTAT nell'anno 2005, la Regione Campania risulta ultima tra le regioni italiane, per incidenza di cure odontoiatriche, con il 26% delle persone dai tre anni in su che si rivolgono al dentista o all'ortodontista su una media nazionale di circa il 40% .

E' noto come in gravidanza la donna sia recettiva a tutti i consigli atti a raggiungere uno stato di salute ottimale anche dopo il parto e come lo sviluppo iniziale dell'embrione sia influenzato oltre che da fattori ereditari anche dallo stato generale di salute della donna.

Sappiamo inoltre che la prevenzione rappresenta una misura fondamentale in termini di efficacia e di favorevole rapporto costo-benefici, e che pertanto è importante incoraggiare programmi di prevenzione e cura delle patologie orali più diffuse in gravidanza quali parodontopatie, lesioni cariose, al fine di evitarne la progressione e le possibili ripercussioni a carico di altri organi ed apparati.

Una grande varietà di studi ha dimostrato come aborti spontanei, parti pretermine, rottura prematura della membrana amniotica, infezione del liquido amniotico, infezioni dell'endometrio postpartum e postcesareo possano essere causate da infezioni batteriche contratte durante la gravidanza. E' possibile quindi che processi infettivi, come la malattia parodontale possano contribuire ad una gravidanza pretermine e nascita di bambini con basso peso.

Esiste altresì una correlazione tra condizioni di igiene orale e salute orale nelle madri e lo sviluppo di carie nei figli. La carie, che è una malattia multifattoriale, è causata dall'azione sullo smalto dell'acido lattico prodotto da un batterio, lo streptococcus mutans normalmente presente nel cavo orale. Questo batterio si alimenta grazie alla presenza di zuccheri semplici. E' dimostrata la trasmissione e la colonizzazione dello streptococco mutans, responsabile della carie, dalla mamma al bambino nella primissima infanzia, fino a 26 mesi.

Ridurre la presenza di questo batterio nella bocca della mamma sin dalla gravidanza diminuisce quindi, la possibilità di carie nel bambino nelle età successive

Infatti nel cavo orale dei bambini, privi di denti, lo Streptococco mutans non è presente; solo dopo l'eruzione dei denti viene trasmesso attraverso la saliva dalle persone che si prendono cura del bambino, attraverso un contatto diretto come il bacio, l'uso di posate comuni per l'assaggio della pappa.

Infine, alcuni fattori di rischio per le malattie del cavo orale (dieta non adeguata, fumo, abitudini di vita scorrette) sono comuni ad altre malattie cronico-degenerative, per cui qualsiasi misura di prevenzione messa in atto va considerata come misura più ampia di promozione della salute globale dell'individuo.

È evidente, quindi, come nella regione Campania esista la necessità di adeguamento prioritario dei livelli di attenzione sanitaria verso la prevenzione e la cura delle patologie orali, attraverso iniziative volte a promuovere e facilitare l'accesso ai servizi e alle prestazioni rivolte a tale scopo, nonché alla rilevazione e al monitoraggio dei relativi dati.

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguibili

Obiettivo di salute:

Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alle donne in gravidanza.

Obiettivi Specifici:

Riduzione della prevalenza delle patologie orali nelle donne in gravidanza della Regione Campania.

Riduzione degli eventuali eventi avversi in gravidanza (parti prematuri e nati di basso peso).

Beneficiari

Azione Preventiva: Popolazione donne gravide residente in Regione Campania

Azione Terapeutica: Donne in gravidanza appartenenti a famiglie con classe di reddito ISEE \leq 8.000 euro residenti in Regione Campania

Descrizione del Progetto

Con il presente progetto si intendono avviare interventi finalizzati a facilitare l'accesso alla prevenzione e alla cura delle patologie orali per le donne in gravidanza della nostra regione. Allo stesso tempo si promuove l'attività conoscitiva delle condizioni di salute della popolazione interessata riguardo alle patologie orali nonché al fabbisogno inesplicito di cura e informazione e, infine, favorisce l'avvio di un sistema di monitoraggio regionale sull'efficacia degli interventi posti in essere per il miglioramento delle condizioni della salute orale dei cittadini della regione.

Il progetto interessa tutto il territorio regionale attraverso l'azione dei Dipartimenti di Prevenzione - Servizi o Aree di Epidemiologia e Prevenzione presenti in tutte le Aziende Sanitarie Locali regionali quali soggetti attuatori del progetto. Esso avrà quali obiettivi l'attivazione di interventi di prevenzione e di cura odontoiatrica agevolata a favore delle donne campane in gravidanza.

L'attuazione del progetto prevede l'individuazione di obiettivi assegnati alle ASL in termini di target collegati agli indicatori identificati dal progetto. I target, al raggiungimento dei quali saranno collegati i trasferimenti di risorse, riguardano le attività e interventi previsti dal presente progetto rapportati ai parametri territoriali scelti in sede di elaborazione delle linee guida operative. Primo tra i parametri di riferimento è da considerarsi la consistenza della popolazione nella condizione interessata.

Sulla scorta delle esperienze relative all'attuazione del precedente Piano di Prevenzione Regionale 2005 e alle conseguenti lezioni apprese, il meccanismo di attuazione e i circuiti finanziari saranno facilitanti per l'avvio delle attività e collegati direttamente agli indici di realizzazione degli obiettivi. I costi degli interventi e delle attività saranno parametrati in base ai costi standard delle prestazioni sanitarie in corso di definizione a livello nazionale.

Le AA.SS.LL. sono deputate ad erogare le prestazioni previste dal presente progetto attraverso le proprie strutture pubbliche. E' possibile, in carenza di queste ultime, negoziare le prestazioni finalizzate al progetto anche con liberi – professionisti.

Risultati attesi

- Miglioramento delle conoscenze delle norme di base per una corretta igiene orale
- Implementazione di un sistema di sorveglianza della salute orale anche attraverso il coinvolgimento dei Medici delle Cure Primarie e specialisti
- verifica e miglioramento della capacità di attrazione ed utilizzo delle strutture odontoiatriche territoriali

Azioni principali (fasi e attività)

Fase 1:

- Formalizzazione di una “Cabina di Regia” a livello regionale
- Produzione di linee guida per la realizzazione delle attività per il trattamento delle patologie orali
- Costituzione Gruppo di lavoro Aziendale

Fase 2

1. acquisizione dei dati epidemiologici relativi alla prevalenza delle patologie orali;
2. acquisizione dei dati relativi al contenuto in fluoro delle acque condottate e minerali;
3. identificazione del target;
4. ricognizione e censimento delle strutture e risorse disponibili (attrezzature, materiali, risorse economiche, professionalità – ginecologi, medici delle Cure Primarie, odontoiatri, igienisti dentali, ecc.);
5. raccolta, elaborazione ed analisi dei dati e dei risultati;

Fase 3

1. formazione degli attori coinvolti;
2. realizzazione di una rete tra gli attori del progetto;
3. informazione ai cittadini fruitori delle prestazioni;
4. attuazione degli interventi preventivi e terapeutici;

Fase 4

1. monitoraggio e controllo;
2. valutazione finale;
3. pubblicazione di un report dei dati raccolti e conclusivo delle attività.

In riferimento al punto 4) della fase 3 relativo alle azioni preventive e terapeutiche sono previsti i seguenti interventi:

- promozione di stili di vita finalizzati alla riduzione delle carie e delle parodontopatie con particolare attenzione ad una corretta igiene orale, in integrazione con gli altri progetti di prevenzione con lo stesso target di popolazione);
- fluoro profilassi dopo acquisizione di dati sul consumo di acqua condottata o minerale;
- studi ad hoc finalizzati a stimare la prevalenza delle lesioni cariose e delle parodontopatie nelle donne in gravidanza;
- visite odontoiatriche ed eventuale ablazione del tartaro;
- terapie conservative delle lesioni cariose;

- miglioramento della qualità della vita attraverso la prevenzione delle complicanze odontoiatriche in gravidanza.

Attori

L' Assessorato alla Sanità - Area di Coordinamento dell' Assistenza Sanitaria- Osservatorio Epidemiologico della Regione Campania provvederà ad istituire una Cabina di Regia che coordinerà le attività delle diverse Aziende Sanitarie e coinvolgerà attivamente gli altri enti o istituzioni partecipanti.

La Cabina di Regia sarà costituita dai seguenti membri:

Referente O.E.R., Referente Sistema Informativo Sanitario Regionale, Referente A.R.San., Rappresentante degli Albi Professionali degli odontoiatri delle province campane, Referente Ufficio Scolastico Regionale, Rappresentante della Presidenza dell' ANCI Regionale (Associazione Nazionale Comuni d' Italia), Rappresentante della Presidenza dell' UPI Regionale (Unione delle Province d' Italia), Rappresentanti di Movimenti o Associazioni di tutela dei diritti del cittadino, Rappresentanti Associazioni Odontoiatri e Igienisti dentali, Referenti delle U.O.C. e/o Cattedre di Chirurgia Orale e di Maxillo – Facciale delle Aziende Ospedaliere ed Universitarie regionali, Referente del “Dipartimento degli Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali” Università “Parthenope”, Referente dei Servizi o Aree di Epidemiologia e Prevenzione, Referente Registro Tumori Regione Campania, Referente Centro Regionale di Documentazione per l' Educazione alla Salute.

I compiti della Cabina di Regia saranno:

- formazione dei referenti aziendali;
- attivazione di una rete funzionale al progetto;
- predisposizione di strumenti ad hoc finalizzati ad individuare procedure omogenee;
- verifica delle esperienze maturate dalle diverse AASSLL nell' ambito;
- condivisione dei dati disponibili con creazione di una banca dati ad hoc;
- supporto di tutte le fasi operative del progetto;

Le Direzioni Aziendali di ogni singola ASL sono tenute a costituire un gruppo di lavoro con il compito di garantire le azioni di programmazione/indirizzo, assistenza tecnica ai diversi contesti operativi nella preparazione/gestione degli interventi, nonché di valutazione delle azioni realizzate.

Tale gruppo di lavoro sarà costituito stabilmente dal referente organizzativo del progetto, dal Coordinatore Aziendale dei progetti di prevenzione, con il coinvolgimento graduale, in base alle specifiche azioni del progetto, di diverse strutture delle funzioni centrali dell' Azienda.

Per l' attuazione dell' intervento è prevista la partecipazione delle seguenti figure: epidemiologi/igienisti, medici delle cure primarie, ginecologi, odontoiatri, igienisti dentali.

Saranno coinvolte le strutture ambulatoriali odontoiatriche, gli ambulatori dei medici di cure primarie, gli ambulatori specialistici di ginecologia e ostetricia.

Portatori di interessi

Il presente progetto prevede, sia per l' attività progettuale che per le attività attuative e di monitoraggio e controllo, la partecipazione del privato sociale e delle associazioni rappresentative di categorie professionali e dei cittadini come: Enti Locali, Associazioni di Consumatori, Società Scientifiche, Associazioni Professionali, Ordini Professionali, Cittadinanza Attiva ed industrie del settore.

Possibili criticità

Il progetto presenta, ovviamente, molti aspetti di difficile previsione. La limitatezza dei dati epidemiologici disponibili a livello anche nazionale, la specificità della realtà regionale costituiscono di

per sé elementi di incertezza sul processo. In tal senso è possibile configurare il progetto come un'attività sperimentale per la Regione Campania. È possibile, tuttavia, individuare la disponibilità alla collaborazione tra le diverse professionalità coinvolte quale preconditione necessaria per l'avvio del progetto. Disponibilità non significa assenza di conflittualità tra gli attori ma accettazione della logica del confronto finalizzato alla crescita della cultura della prevenzione delle malattie del cavo orale come uno degli elementi necessari alla crescita del benessere individuale e sociale.

Sono poi ipotizzabili criticità dal punto di vista attuativo ad esempio sulla continuità di alcune attività che richiedono interventi ripetuti nel tempo.

La criticità principale, resta comunque la difficoltà di accesso, da parte del cittadino economicamente svantaggiato, alle cure odontoiatriche.

Sistema di valutazione

Il sistema di valutazione prevede un organismo responsabile deputato alle attività di valutazione.

Nelle attività di valutazione saranno coinvolti :

- Decisori regionali e aziendali del settore sanitario e del settore scolastico
- Ordini ed Associazioni Professionali, Medici delle Cure Primarie
- Operatori aziendali dei Dipartimenti di Prevenzione e Cure primarie
- Operatori ospedalieri ed universitari
- Comuni e Province
- Associazioni che operano nel campo del volontariato (associazioni di genitori e famiglie, associazioni per la cittadinanza attiva)
- Mass media

La valutazione si svolgerà su:

	Domande di valutazione	Indicatori valutazione	Fonte dei dati	Strumento di raccolta	Tempistica
Ex post	I decisori delle Asl campane hanno assunto e assolto il loro mandato?	Proporzione delle direzioni Asl che raggiungeranno l'obiettivo specifico	Quantitativa	Relazioni annuali del gruppo di coordinamento sulle attività svolte	Annuale
processo	I gruppi di lavoro multidisciplinari regionali, aziendali e locali sono stati istituiti?	Istituzione dei gruppi	Quantitativa	Dichiarazione	Entro
processo	riescono a lavorare o ci sono stati ostacoli?	Incontri realizzati ed operatori formati	Qualitativa	Verbali e relazioni di servizio	Annuale
processo	La comunità è stata sufficientemente informata e coinvolta?	Azioni di comunicazione svolte	Quantitativa e qualitativa	numero e tipologia delle azioni di comunicazione svolte	Annuale
processo	Perché alcuni soggetti non aderiscono all'invito della Asl (Contrastare le disuguaglianze)	Grado di partecipazione	Qualitativo	Interviste approfondite su un campione della popolazione che non ha risposto all'invito	Durante il secondo semestre di ogni annualità
	L'obiettivo proposto è risultato sostenibile per gli operatori?	Proporzione di operatori che giudicano sostenibile l'obiettivo	Quantitativo	Questionario per operatori	Annuale
Processo/ ex	La comunità è soddisfatta	Grado di soddisfazione	Qualitativa	Interviste a	Annuale

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

post	della modalità in cui viene svolta l'attività proposta?			rappresentanti di associazioni	
processo	La gestione del programma (risorse umane, strumentali, economiche...) come viene giudicata dagli operatori coinvolti?	Relazione di servizio	Qualitativa	Interviste agli operatori	Annuale
Ex Post	Il programma messo in atto ha coinvolto un numero di adulti abbastanza elevato?		Quantitativa		
Ex ante	Il piano appare sostenibile?	Relazioni	Qualitativa		
Ex ante	Le attività previste sono congrue rispetto agli obiettivi?				

Indicatori	Fonti 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

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Acquisizione dei materiali didattici - informativi	Presenza dei materiali	Assente	Presente			
Realizzazione di formazione per gli operatori delle strutture che aderiscono al progetto	Dati di Servizio	Assente	Presente			
N° di strutture ambulatoriali in cui viene attivato il programma di prevenzione delle patologie odontoiatriche/totale strutture esistenti;	Banca dati ASL	Assente	Presente			
N° accesso donne gravide inviate alle strutture ambulatoriali odontoiatriche dedicate	Banca dati ASL	Assente	Presente			

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
Fase 1																								
Fase 2																								
Fase 3 - informazione ai cittadini																								
Fase 3 punto 4) - attuazione																								

Dalle Linee Guida nazionali 2009 per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva del Ministero della Salute, e dai progetti che ne sono conseguiti, è possibile concludere che interventi di odontoiatria preventiva e di comunità sono fattibili e comportano una spesa procapite sostenibile dal servizio sanitario pubblico.

Il rapporto Osservasalute 2009 evidenzia che, nonostante il crescente interesse da parte delle istituzioni manifestatosi negli ultimi anni, permane la carenza di un sistema di monitoraggio relativo ai dati sull'incidenza delle patologie orali e sulla rilevazione del bisogno inespresso di cure odontoiatriche.

Sulla scorta dell'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta dall'ISTAT nell'anno 2005, la Regione Campania risulta ultima tra le regioni italiane, per il ricorso a cure odontoiatriche, con il 26% delle persone dai tre anni in su che si rivolgono al dentista o all'ortodontista su una media nazionale di circa il 40% (fig. 1).

È evidente, quindi, come nella Regione Campania esista la necessità di adeguamento prioritario dei livelli di attenzione sanitaria verso la prevenzione e la cura delle patologie orali, attraverso iniziative volte a promuovere e facilitare l'accesso ai servizi e alle prestazioni rivolte a tale scopo, nonché alla rilevazione e al monitoraggio dei relativi dati.

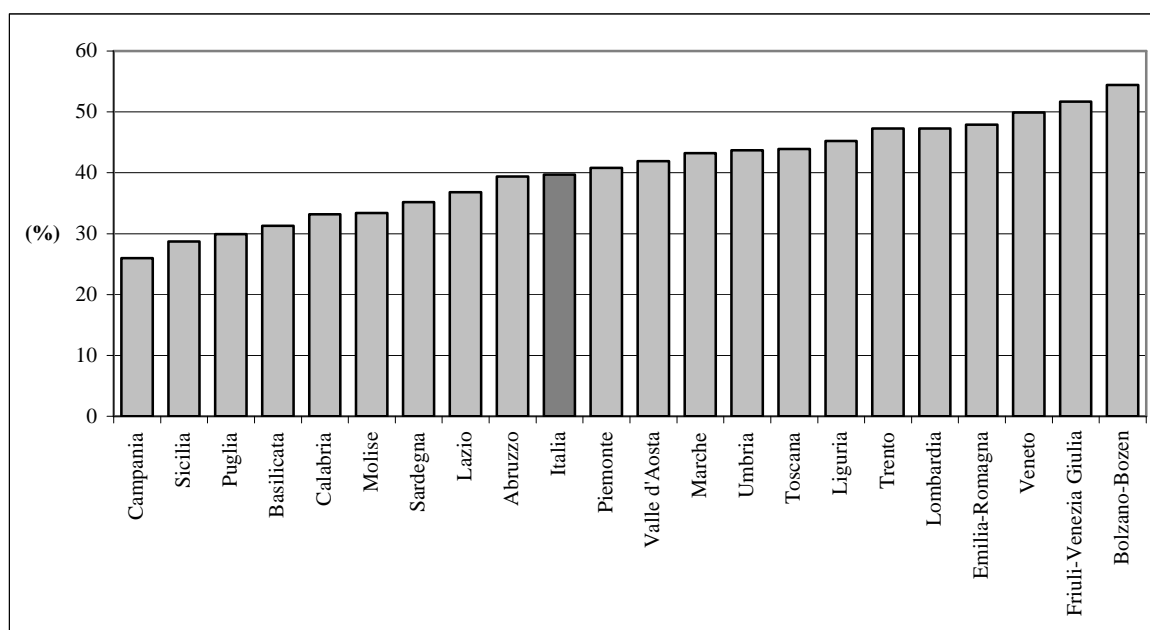


Fig. 1 - Percentuale di persone di 3 anni ed oltre che ha fatto ricorso negli ultimi dodici mesi ad un dentista o ortodontista per regione - Anno 2005 - Fonte: Rapporto Osservasalute 2009 su dati Istat. Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anno 2005.

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguibili

Obiettivo generale:

Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva.

Obiettivo Specifico:

Riduzione della prevalenza delle patologie orali nella popolazione 7-14 anni della Regione Campania.

Beneficiari

Azione Preventiva: Popolazione 0 - 14 residenti in Regione Campania

Azione Terapeutica: Popolazione 7 - 14 anni appartenenti a famiglie con classe di reddito ISEE \leq 8.000 euro residenti in Regione Campania

Descrizione del Progetto

Con il presente progetto si intendono avviare interventi finalizzati alla prevenzione e alla facilitazione all'accesso alla cura delle patologie orali e dei traumi orali per la popolazione regionale in età evolutiva appartenenti a famiglie in condizioni di basso reddito e/o con patologie oncologiche candidati al trattamento chemioterapico e/o radioterapico. Allo stesso tempo si promuove l'attività conoscitiva delle condizioni di salute della popolazione interessata riguardo alle patologie orali nonché al fabbisogno inespresso di cura e informazione e, infine, si implementa un sistema di monitoraggio regionale sull'efficacia degli interventi posti in essere per il miglioramento delle condizioni della salute orale dei cittadini della regione.

Il progetto interessa tutto il territorio regionale attraverso l'azione dei Dipartimenti di Prevenzione - Servizi o Aree di Epidemiologia e Prevenzione presenti in tutte le Aziende Sanitarie Locali regionali quali soggetti attuatori del progetto. Esso avrà quali obiettivi l'attivazione di interventi di prevenzione e di cura odontoiatrica agevolata a favore di cittadini campani in età evolutiva (0-14 anni), appartenenti a famiglie con ISEE inferiore a 8.000 euro, non solo in ambito scolastico; tale scelta è finalizzata ad offrire una equa prestazione, considerando che la sola appartenenza scolastica escluderebbe un numero consistente di soggetti in età evolutiva visto il notevole tasso di evasione scolastica in Campania.

La ripartizione dei fondi assegnati alle AA.SS.LL. per l'attuazione del presente progetto avverrà secondo i seguenti criteri:

- numerosità della popolazione target
- proporzionalmente al raggiungimento degli obiettivi sulla base degli indicatori individuati nel progetto

Sulla scorta delle esperienze relative all'attuazione del precedente Piano di Prevenzione Regionale 2005-2007 si rileva che il meccanismo di attuazione e la disponibilità di risorse finanziarie favoriscono l'avvio delle attività, ma comunque devono essere rapportati agli indici di realizzazione degli obiettivi. I costi degli interventi e delle attività saranno parametrati in base ai costi standard delle prestazioni sanitarie in corso di definizione a livello nazionale.

Le AA.SS.LL. sono deputate ad erogare le prestazioni previste dal presente progetto attraverso le proprie strutture pubbliche. E' possibile, in carenza di queste ultime, stipulare convenzioni ASL - Associazioni di categoria e liberi professionisti con il coinvolgimento dell'Albo degli Odontoiatri per le prestazioni finalizzate al progetto.

Risultati attesi

- Miglioramento delle conoscenze delle norme di base per una corretta igiene orale
- Implementazione di un sistema di sorveglianza della salute orale anche attraverso il coinvolgimento dei Medici delle Cure Primarie e degli specialisti ambulatoriali
- Verifica e miglioramento della capacità di attrazione ed utilizzo delle strutture odontoiatriche territoriali

Azioni principali (fasi e attività)

Fase 1:

- Formalizzazione di una “Cabina di Regia” a livello regionale
- Produzione di linee guida per la realizzazione delle attività per il trattamento delle patologie orali
- Costituzione Gruppo di lavoro Aziendale

Fase 2

- acquisizione dei dati epidemiologici relativi alla prevalenza delle patologie orali;
- acquisizione dei dati relativi al contenuto in fluoro delle acque condottate e minerali;
- identificazione del target;
- ricognizione e censimento delle strutture e risorse disponibili (attrezzature, materiali, risorse economiche, professionalità – oncologi, medici delle Cure Primarie, odontoiatri, igienisti dentali, logopedisti, foniatristi, posturologi, ecc.);
- Stipule convenzioni con Associazioni e Liberi Professionisti
- raccolta, elaborazione ed analisi dei dati e dei risultati;

Fase 3

- formazione degli attori coinvolti;
- realizzazione di una rete tra gli attori del progetto;
- informazione ai cittadini fruitori delle prestazioni e alle loro famiglie;
- attuazione degli interventi preventivi così previsti:
 - 0-5 anni nei corsi di preparazione al parto e nei punti nascita, nei centri vaccinali e consultori pediatrici con il coinvolgimento degli operatori sanitari e dei pediatri che effettuano i bilanci di salute e i pediatri che operano negli asili nido e Scuole dell’Infanzia
 - 6 – 10 anni nella Scuola Primaria, con il coinvolgimento degli insegnanti e Medici di cure primarie, specialisti, e igienisti dentali
 - 11-14 anni: Scuola Secondaria di primo grado con il coinvolgimento degli insegnanti e Medici di cure primarie, specialisti e igienisti dentali
- Informazione ai genitori dell’attivazione di ambulatori dedicati per gli interventi terapeutici;

Fase 4

- monitoraggio e controllo;
- valutazione finale.
- pubblicazione di un report dei dati raccolti e conclusivo delle attività

In riferimento al punto dell’attuazione degli interventi della Fase 3 sono previsti i seguenti interventi:

- promozione di stili di vita finalizzati alla riduzione delle carie con particolare attenzione ad una corretta igiene orale, in integrazione con gli altri progetti di prevenzione con lo stesso target di popolazione;
- campagna di informazione sulla prevenzione dei traumi dentali;
- fluoro profilassi dopo acquisizione di dati sul consumo di acqua condottata o minerale;
- studi ad hoc finalizzati a stimare la prevalenza delle malocclusioni dentali con IOTN (indice di necessità di trattamento ortodontico) di grado 4 o 5 nella fascia d’età 7 - 14 anni;
- studi ad hoc finalizzati a stimare la prevalenza delle lesioni cariose nella fascia d’età 7- 14 anni ;
- rilevamento e correzione delle abitudini viziate (deglutizione atipica, alterazioni della postura);
- sigillatura dei solchi dei molari e premolari permanenti nella fascia d’età dal 7° al 10° anno;
- miglioramento della qualità della vita attraverso la prevenzione delle complicanze odontoiatriche in bambini ed adolescenti con patologie oncologiche in chemioterapia e/o radioterapia.

Attori

L' Assessorato alla Sanità - Area di Coordinamento dell' Assistenza Sanitaria- Osservatorio Epidemiologico della Regione Campania provvederà ad istituire una Cabina di Regia che coordinerà le attività delle diverse Aziende Sanitarie e coinvolgerà attivamente gli altri enti o istituzioni partecipanti.

La Cabina di Regia sarà costituita dai seguenti membri:

Referente O.E.R., Referente Sistema Informativo Sanitario Regionale, Referente A.R.San., Rappresentante degli Albi Professionali degli Odontoiatri delle province campane, Referente Ufficio Scolastico Regionale, Rappresentante della Presidenza dell' ANCI Regionale (Associazione Nazionale Comuni d' Italia), Rappresentante della Presidenza dell' UPI Regionale (Unione delle Province d' Italia), Rappresentanti di Movimenti o Associazioni di tutela dei diritti del cittadino, Rappresentanti Associazioni Odontoiatri e Igienisti dentali, Referenti delle U.O.C. e/o Cattedre di Chirurgia Orale e di Maxillo – Facciale delle Aziende Ospedaliere ed Universitarie regionali, Referente del “Dipartimento degli Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali” Università “Parthenope”, Referente dei Servizi o Aree di Epidemiologia e Prevenzione, Referente Registro Tumori Regione Campania, Referente Centro Regionale di Documentazione per l' Educazione alla Salute.

I compiti della Cabina di Regia saranno:

- - formazione dei referenti aziendali;
- attivazione di una rete funzionale al progetto;
- predisposizione di strumenti ad hoc finalizzati ad individuare procedure omogenee;
- verifica delle esperienze maturate dalle diverse AASSLL nell' ambito;
- condivisione dei dati disponibili con creazione di una banca dati ad hoc;
- - supporto di tutte le fasi operative del progetto;

Le Direzioni Aziendali di ogni singola ASL sono tenute a costituire un gruppo di lavoro con il compito di garantire le azioni di programmazione/indirizzo, assistenza tecnica ai diversi contesti operativi nella preparazione/gestione degli interventi, nonché di valutazione delle azioni realizzate.

Tale gruppo di lavoro sarà costituito stabilmente dal referente organizzativo del progetto, dal Coordinatore Aziendale dei progetti di prevenzione, con il coinvolgimento graduale, in base alle specifiche azioni del progetto, di diverse strutture delle funzioni centrali dell' Azienda.

Per l' attuazione dell' intervento è prevista la partecipazione delle seguenti figure: epidemiologi/igienisti, medici delle cure primarie, dirigenti e docenti scolastici, odontoiatri, foniatri, posturologi, logopedisti, igienisti dentali, oncologi.

Saranno coinvolte le strutture ambulatoriali odontoiatriche, gli istituti scolastici, gli ambulatori dei medici delle cure primarie, gli ambulatori specialistici di ortopedia e fisioterapia.

Portatori di interessi

Il presente progetto prevede, sia per l' attività progettuale che per le attività attuative e di monitoraggio e controllo, la partecipazione del privato sociale e delle associazioni rappresentative di categorie professionali e dei cittadini come: Enti Locali, Uffici Scolastici, Associazioni di Consumatori, Società Scientifiche, Associazioni Professionali, Ordini Professionali, Cittadinanza Attiva ed industrie del settore.

Possibili criticità

Il progetto presenta, ovviamente, molti aspetti di difficile previsione. La limitatezza dei dati epidemiologici disponibili a livello anche nazionale, la specificità della realtà regionale costituiscono di

per sé elementi di incertezza sul processo. In tal senso è possibile configurare il progetto come un'attività sperimentale per la Regione Campania. È possibile, tuttavia, individuare la disponibilità alla collaborazione tra le diverse professionalità coinvolte quale condizione necessaria per l'avvio del progetto. Disponibilità non significa assenza di conflittualità tra gli attori ma accettazione della logica del confronto finalizzato alla crescita della cultura della prevenzione delle malattie del cavo orale come uno degli elementi necessari alla crescita del benessere individuale e sociale.

Sono poi ipotizzabili criticità dal punto di vista attuativo ad esempio sulla continuità di alcune attività (per es. sigillatura) che richiedono interventi ripetuti nel tempo.

La criticità principale, resta comunque la difficoltà di accesso, da parte del cittadino economicamente svantaggiato, alle cure odontoiatriche.

Sistema di valutazione

Il sistema di valutazione prevede un organismo responsabile deputato alle attività di valutazione

Nelle attività di valutazione saranno coinvolti :

- Decisori regionali e aziendali del settore sanitario e del settore scolastico
- Ordini ed Associazioni Professionali, Medici delle Cure Primarie
- Operatori aziendali dei Dipartimenti di Prevenzione e Cure primarie
- Operatori ospedalieri ed universitari
- Comuni e Province
- Associazioni che operano nel campo del volontariato (associazioni di genitori e famiglie, associazioni per la cittadinanza attiva)
- Mass media

La valutazione si svolgerà su:

	Domande di valutazione	Indicatori valutazione	Fonte dei dati	Strumento di raccolta	Tempistica
Ex post	I decisori delle Asl campane hanno assunto e assolto il loro mandato?	Proporzione delle direzioni Asl che raggiungeranno l'obiettivo specifico	Quantitativa	Relazioni annuali del gruppo di coordinamento sulle attività svolte	Annuale
Processo	I gruppi di lavoro multidisciplinari regionali, aziendali e locali sono stati istituiti?	Istituzione dei gruppi	Quantitativa	Dichiarazione	Entro
Processo	riescono a lavorare o ci sono stati ostacoli?	Incontri realizzati ed operatori formati	Qualitativa	Verbali e relazioni di servizio	Annuale
Processo	La comunità è stata sufficientemente informata e coinvolta?	Azioni di comunicazione svolte	Quantitativa e qualitativa	numero e tipologia delle azioni di comunicazione svolte	Annuale
Processo	Perché alcuni soggetti non aderiscono all'invito della Asl (Contrastare le	Grado di partecipazione	Qualitativo	Interviste approfondite su un campione della popolazione che non ha risposto all'invito	Durante il secondo semestre di ogni annualità

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

	disuguaglianze)				
	L'obiettivo proposto è risultato sostenibile per gli operatori?	Proporzione di operatori che giudicano sostenibile l'obiettivo	Quantitativo	Questionario per operatori	Annuale
Processo/ Ex post	La comunità è soddisfatta della modalità in cui viene svolta l'attività proposta?	Grado di soddisfazione	Qualitativa	Interviste a rappresentanti di associazioni	Annuale
Processo	La gestione del programma (risorse umane, strumentali, economiche...) come viene giudicata dagli operatori coinvolti?	Relazione di servizio	Qualitativa	Interviste agli operatori	Annuale
Ex post	Il programma messo in atto ha coinvolto un numero di bambini abbastanza elevato?	.....	Quantitativa	.....	.....
Ex ante	Il piano appare sostenibile?	Relazioni	Qualitativa	.....	.....
Ex ante	Le attività previste sono congrue rispetto agli obiettivi?	.....	.....	.....	.....

Indicatori	Fonti 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
Acquisizione dei materiali didattici - informativi	Presenza dei materiali	Assente	Presente			
Realizzazione di formazione per gli insegnanti che aderiscono al progetto	Dati di Servizio	Assente	Presente			
N° di strutture ambulatoriali in cui viene attivato il	Banca dati ASL	Assente	Presente			

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

programma di prevenzione delle patologie odontoiatriche/totale strutture esistenti; N° scuole materne che partecipano all'intervento sul totale delle scuole della Regione N° scuole primarie che partecipano all'intervento sul totale delle scuole della Regione N° scuole secondarie di primo grado che partecipano all'intervento sul totale delle scuole della Regione N° accesso bambini presso strutture ambulatoriali	Dati servizio	Assente				
	Dati servizio	Assente				
	Dati servizio	Assente				
	Banca dati ASL					

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
Fase 1	x	x	x	x	x	x																		
Fase 2	x	x	x	x	x	x																		
Fase 3 - informazione ai cittadini	x	x	x	x	x	x	x	x	x															
Fase 4 punto 4) e 5) attuazione degli interventi										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	x	x	x	

Progetto 11: Progetto di prevenzione delle patologie odontoiatriche in età adulta ed anziana (Quadro d'Insieme 3.5.3)

Identificativo della Linea di Intervento generale

3. Prevenzione della popolazione a rischio

3.5 Patologie orali

Razionale dell'intervento

Come è ormai universalmente accettato, tutti gli interventi rivolti alla salute del cavo orale e alla riduzione dei relativi fattori di rischio portano ad un miglioramento anche dello stato di salute generale della popolazione nel suo complesso.

Benchè le politiche della salute attuate nell'ambito dell'Unione Europea abbiano portato negli ultimi decenni ad un miglioramento dell'igiene orale e della salute complessiva del cavo orale dei cittadini, persistono tuttora difficoltà di accesso alle cure odontostomatologiche per diversi segmenti di popolazione.

Secondo il Rapporto 2009 dell'Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane “Il mancato ricorso alle cure odontoiatriche può (...) 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.”

Il DPCM del 29 novembre 2001, con la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, ha 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.

La stessa normativa prevede che ai segmenti svantaggiati della popolazione (ossia coloro che presentano situazioni di particolare vulnerabilità sanitaria) sia garantito, sempre a titolo non oneroso, l'accesso ad ulteriori trattamenti da definire con la normativa attuativa delle Regioni e delle Province Autonome.

Dalle Linee Guida nazionali 2009 del Ministero della Salute per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età adulta, e dai progetti che ne sono conseguiti, è possibile, inoltre, concludere che interventi di odontoiatria preventiva sono fattibili, recepiti dalla popolazione, e comportano una spesa procapite assolutamente sostenibile dal servizio sanitario pubblico.

Il rapporto evidenzia che, nonostante il crescente interesse da parte delle istituzioni manifestatosi negli ultimi anni, permane la carenza sia di un sistema di monitoraggio che dei dati relativi all'incidenza delle patologie orali e alla rilevazione del bisogno inespresso di cure odontoiatriche.

Sulla scorta dell'indagine multiscopo “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”, condotta dall'ISTAT nell'anno 2005, la regione Campania risulta ultima tra le regioni italiane, per incidenza di cure odontoiatriche, con il 26% delle persone dai tre anni in su che si rivolgono al dentista o all'ortodontista su una media nazionale di circa il 40% (fig. 1).

È evidente, quindi, come nella regione Campania esista la necessità di adeguamento prioritario dei livelli di attenzione sanitaria verso la prevenzione e la cura delle patologie orali, attraverso iniziative volte a promuovere e facilitare l'accesso ai servizi e alle prestazioni rivolte a tale scopo, nonché alla rilevazione e al monitoraggio dei relativi dati.

Un'indagine campionaria condotta dall'ISTAT nel 2007, basata sulla compilazione di un questionario, ha evidenziato tra l'altro che in Italia il 9,7% della popolazione di 16 anni ed oltre ha dichiarato che almeno una volta nei dodici mesi precedenti l'intervista non ha potuto effettuare una visita specialistica connessa alla salute del cavo orale pur presentandone la necessità; in Campania questa percentuale è maggiore, attestandosi al 10,5%; per dare il giusto valore a questo dato, va considerato che, in una situazione ideale, nessun membro della popolazione dovrebbe essere portatore di bisogni sanitari non soddisfatti e ne deriva che il valore dovrebbe essere pari allo 0%.

Nell'età adulta assumono particolare rilievo l'edentulia, sia totale che parziale, e le lesioni cancerose del cavo orale; l'osteonecrosi del mascellare (ONM) è una patologia emergente ed ancora in fase di approfondimento causata dall'uso di bifosfonati e dalla terapia radiante nei pazienti oncologici ed i dati della letteratura scientifica internazionale ne indicano un incremento nell'ultimo decennio.

La prevenzione rappresenta una misura fondamentale in termini di efficacia e di favorevole rapporto costo-benefici; pertanto è importante incoraggiare programmi di prevenzione e cura di queste patologie migliorando le pratiche per una corretta igiene orale, individuando precocemente le lesioni precancerose del cavo orale e provvedendo ad inviare precocemente allo specialista quei pazienti oncologici a rischio di sviluppare l'ONM.

Infine, alcuni fattori di rischio per le malattie del cavo orale (dieta non adeguata, fumo, abitudini di vita scorrette) sono comuni ad altre malattie cronico-degenerative, per cui qualsiasi misura di prevenzione messa in atto va considerata come misura più ampia di promozione della salute globale dell'individuo.

Obiettivi di salute e/o obiettivi di processo perseguibili

Obiettivo generale:

Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva.

Obiettivo Specifico:

Riduzione della prevalenza delle patologie orali nella popolazione 7-14 anni della Regione Campania.

Beneficiari

Azione Preventiva: Popolazione adulta residenti in Regione Campania

Azione terapeutica: Popolazione adulta ed anziana con classe di reddito ISEE <=8.000 residenti in Regione Campania

Descrizione del Progetto

Con il presente progetto si intendono avviare interventi finalizzati a facilitare l'accesso alla prevenzione e alla cura delle patologie orali per i soggetti adulti e anziani della nostra regione. Allo stesso tempo si promuove l'attività conoscitiva delle condizioni di salute della popolazione interessata riguardo alle patologie orali nonché al fabbisogno inespresso di cura e informazione e, infine, favorisce l'avvio di un sistema di monitoraggio regionale sull'efficacia dei servizi e degli interventi posti in essere per il miglioramento delle condizioni della salute orale dei nostri cittadini.

Il progetto interessa tutto il territorio regionale attraverso l'azione dei Servizi o Aree di Epidemiologia e Prevenzione presenti in tutte le Aziende Sanitarie Locali regionali quali soggetti attuatori del progetto. Esso avrà quali obiettivi l'attivazione di interventi di prevenzione e di cura odontoiatrica agevolata a favore della popolazione adulta e anziana.

La ripartizione dei fondi assegnati alle AA.SS.LL. per l'attuazione del presente progetto avverrà secondo i seguenti criteri:

- numerosità della popolazione target
- proporzionalmente al raggiungimento degli obiettivi sulla base degli indicatori individuati nel progetto

Sulla scorta delle esperienze relative all'attuazione del precedente Piano di Prevenzione Regionale 2005 e alle conseguenti lezioni apprese, il meccanismo di attuazione e i circuiti finanziari saranno facilitanti per l'avvio delle attività e collegati direttamente agli indici di realizzazione degli obiettivi. I costi degli interventi e delle attività saranno parametrati in base ai costi standard delle prestazioni sanitarie in corso di definizione a livello nazionale.

Le AA.SS.LL. sono deputate ad erogare le prestazioni previste dal presente progetto attraverso le proprie strutture pubbliche. E' possibile, in carenza di queste ultime, negoziare le prestazioni finalizzate al progetto anche con liberi – professionisti.

Risultati attesi

- Miglioramento delle conoscenze delle norme di base per una corretta igiene orale
- Implementazione di un sistema di sorveglianza della salute orale anche attraverso il coinvolgimento dei Medici delle Cure Primarie e specialisti ambulatoriali
- verifica e miglioramento della capacità di attrazione ed utilizzo delle strutture odontoiatriche territoriali

Azioni principali (fasi e attività)

Fase 1:

- Formalizzazione di una "Cabina di Regia" a livello regionale
- Produzione di linee guida per la realizzazione delle attività per il trattamento delle patologie orali
- Costituzione Gruppo di lavoro Aziendale

Fase 2

- acquisizione dei dati epidemiologici relativi alla prevalenza delle patologie orali;
- acquisizione dei dati relativi al contenuto in fluoro delle acque condottate e minerali;
- identificazione del target;
- ricognizione e censimento delle strutture e risorse disponibili (attrezzature, materiali, risorse economiche, professionalità – oncologi, geriatri, medici delle Cure Primarie, odontoiatri, igienisti dentali, odontotecnici, ecc.);
- raccolta, elaborazione ed analisi dei dati e dei risultati;

Fase 3

- formazione degli attori coinvolti;
- realizzazione di una rete tra gli attori del progetto;
- informazione ai cittadini fruitori delle prestazioni;
- attuazione degli interventi preventivi e terapeutici;

Fase 4

- monitoraggio e controllo;
- valutazione finale.
- pubblicazione di un report dei dati raccolti e conclusivo delle attività

In riferimento al punto dell'attuazione degli interventi preventivi e terapeutici della Fase 3 sono previsti i seguenti interventi:

- promozione di stili di vita finalizzati alla riduzione delle carie e delle parodontopatie con particolare attenzione ad una corretta igiene orale;
- fluoro profilassi dopo acquisizione di dati sul consumo di acqua condottata o minerale;
- studi ad hoc finalizzati a stimare la prevalenza delle patologie orali nella fascia d'età adulta;
- prevenzione e cura delle edentulia e delle sue complicanze in soggetti di età adulta mediante l'interazione sinergica di tutte le professionalità deputate al mantenimento della salute in generale ed in particolare della salute orale, anche attraverso l'offerta a prezzi agevolati di protesi mobili.
- riduzione della incidenza e gravità delle affezioni cancerose del cavo orale, attraverso l'offerta di visite specialistiche programmate atte all'individuazione delle lesioni precancerose;
- prevenzione dell'osteonecrosi del mascellare come complicanza della terapia con bifosfonati o della terapia radiante nei pazienti oncologici attraverso l'interazione sinergica delle professionalità coinvolte nell'iter diagnostico-terapeutico
- visite odontoiatriche ed eventuale ablazione del tartaro
- terapie conservative delle lesioni cariose

Attori

L' Assessorato alla Sanità - Area di Coordinamento dell' Assistenza Sanitaria- Osservatorio Epidemiologico della Regione Campania provvederà ad istituire una Cabina di Regia che coordinerà le attività delle diverse Aziende Sanitarie e coinvolgerà attivamente gli altri enti o istituzioni partecipanti.

La Cabina di Regia sarà costituita dai seguenti membri:

Referente O.E.R., Referente Sistema Informativo Sanitario Regionale, Referente A.R.San., Rappresentante degli Albi Professionali degli odontoiatri delle province campane, Referente Ufficio Scolastico Regionale, Rappresentante della Presidenza dell' ANCI Regionale (Associazione Nazionale Comuni d'Italia), Rappresentante della Presidenza dell'UPI Regionale (Unione delle Province d'Italia), Rappresentanti di Movimenti o Associazioni di tutela dei diritti del cittadino, Rappresentanti Associazioni Odontoiatri e Igienisti dentali, Referenti delle U.O.C. e/o Cattedre di Chirurgia Orale e di Maxillo – Facciale delle Aziende Ospedaliere ed Universitarie regionali, Referente del “Dipartimento degli Studi delle Istituzioni e dei Sistemi Territoriali” Università “Parthenope”, Referente dei Servizi o Aree di Epidemiologia e Prevenzione, Referente Registro Tumori Regione Campania, Referente Associazioni odontotecnici(ANTLO - associazione nazionale titolari laboratori odontotecnici, FE.NA.OD.I.- federazione nazionale odontotecnici italiani) Referente Centro Regionale di Documentazione per l'Educazione alla Salute.

I compiti della Cabina di Regia saranno:

- formazione dei referenti aziendali;
- attivazione di una rete funzionale al progetto;
- predisposizione di strumenti ad hoc finalizzati ad individuare procedure omogenee;
- verifica delle esperienze maturate dalle diverse AASSLL nell'ambito;
- condivisione dei dati disponibili con creazione di una banca dati ad hoc;
- supporto di tutte le fasi operative del progetto;

Le Direzioni Aziendali di ogni singola ASL sono tenute a costituire un gruppo di lavoro con il compito di garantire le azioni di programmazione/indirizzo, assistenza tecnica ai diversi contesti operativi nella preparazione/gestione degli interventi, nonché di valutazione delle azioni realizzate.

Tale gruppo di lavoro sarà costituito stabilmente dal referente organizzativo del progetto, dal Coordinatore Aziendale dei progetti di prevenzione, con il coinvolgimento graduale, in base alle specifiche azioni del progetto, di diverse strutture delle funzioni centrali dell'Azienda.

Per l'attuazione dell'intervento è prevista la partecipazione delle seguenti figure: epidemiologi/igienisti, medici delle cure primarie, odontoiatri, oncologi, igienisti dentali, odontotecnici.

Saranno coinvolte le strutture ambulatoriali odontoiatriche, , gli ambulatori dei medici di continuità assistenziale, gli ambulatori specialistici di oncologia.

Portatori di interessi

Il presente progetto prevede, sia per l'attività progettuale che per le attività attuative e di monitoraggio e controllo, la partecipazione del privato sociale e delle associazioni rappresentative di categorie professionali e dei cittadini come: Enti Locali, Associazioni di Consumatori, Società Scientifiche, Associazioni Professionali, Ordini Professionali, Cittadinanza Attiva ed industrie del settore.

Possibili criticità

Il progetto presenta, ovviamente, molti aspetti di difficile previsione. La limitatezza dei dati epidemiologici disponibili a livello anche nazionale, la specificità della realtà regionale costituiscono di per sé elementi di incertezza sul processo. In tal senso è possibile configurare il progetto come un'attività sperimentale per la Regione Campania. È possibile, tuttavia, individuare la disponibilità alla collaborazione tra le diverse professionalità coinvolte quale preconditione necessaria per l'avvio del progetto. Disponibilità non significa assenza di conflittualità tra gli attori ma accettazione della logica del confronto finalizzato alla crescita della cultura della prevenzione delle malattie del cavo orale come uno degli elementi necessari alla crescita del benessere individuale e sociale.

Sono poi ipotizzabili criticità dal punto di vista attuativo ad esempio sulla continuità di alcune attività (per es. sigillatura) che richiedono interventi ripetuti nel tempo.

La criticità principale, resta comunque la difficoltà di accesso, da parte del cittadino economicamente svantaggiato, alle cure odontoiatriche.

Sistema di valutazione

Indicatori	Fonti 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
Acquisizione dei materiali didattici - informativi	Presenza dei materiali	Assente	Presente			
Realizzazione di formazione per gli operatori che aderiscono al progetto	Dati di Servizio	Assente	Presente			
Numero di strutture ambulatoriali in cui viene attivato il programma di	Banca dati ASL	Assente	Presente			

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

prevenzione delle patologie odontoiatriche/totale strutture esistenti;						
N. scuole materne che partecipano all'intervento sul totale delle scuole della Regione	Dati servizio	Assente				
N. scuole primarie che partecipano all'intervento sul totale delle scuole della Regione	Dati servizi	Assente				
N. scuole secondarie di primo grado che partecipano all'intervento sul totale delle scuole della Regione	Dati servizio	Assente				
N° accesso edentuli presso strutture ambulatoriali	Banca dati ASL	Assente				

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
Fase 1	X	X	X	X	X	X																		
Fase 2	X	X	X	X	X	X																		
Fase 3 - informazione ai cittadini	X	X	X	X	X	X	X	X	X															
Fase 4 punto 4 e 5 attuazione degli interventi										X	X	X	X	X	X	X	X							
					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
											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	X	X	X	X

2.6 I disturbi psichiatrici

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)

Macroarea

3. Prevenzione della popolazione a rischio

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

3.6 Disturbi psichiatrici

Breve descrizione del progetto

Razionale

Sempre più nell'età evolutiva i rapporti fra alimentazione e stato di salute sono considerati in una prospettiva diversa rispetto al passato per l'emergere, anche in questa fascia d'età, di problemi nutrizionali nuovi e tipici della società del benessere (sovrappeso/obesità e disturbi del comportamento alimentare (DCA)). Tali patologie hanno grande rilevanza per le conseguenze a livello individuale e anche per gli aspetti sociali e le ricadute economiche che hanno sul SSN.

Sovrappeso ed obesità, in evidente aumento in età pediatrica dagli anni '80 e con una prevalenza nell'adolescenza stimata ora intorno al 25-30 %, hanno effetti negativi sullo stato di salute sia nel breve che nel lungo termine; al riguardo vanno considerate sia le conseguenze organiche (diabete, ipercolesterolemia, ipertensione, steatosi epatica), che quelle psicologiche (negativa immagine di sé, ridotta autostima e condotte autolesive, ecc.) ed anche la comorbidità psichiatrica. Soprattutto in età adolescenziale l'eccesso ponderale può sottendere taluni tipi di DCA.

Preoccupante perché spesso meno evidente e anche per la gravità assoluta di talune di queste patologie, è la considerazione che sono sempre più giovani le fasce della popolazione in cui iniziano a manifestarsi DCA quali anoressia nervosa, bulimia nervosa, BED (binge eating disorders) fino a forme meno chiaramente definibili ma probabilmente più frequenti quali i DANAS (disturbi del comportamento alimentare non altrimenti definiti). Anche in questo caso le ripercussioni sulla società e sullo stato di salute dell'individuo sono evidenti (fino all'immediato pericolo di vita), con grandi interrogativi aperti sulle conseguenze a lungo termine di tali malattie.

Il quadro complessivo ora descritto richiama l'attenzione sull'associazione già presente nella pubertà fra DCA e stili di vita non salutari (un tema in generale poco conosciuto e del tutto inesplorato nella nostra realtà culturale e geografica). Esso giustifica anche un ragionato allarme e ammonisce circa la necessità di un intervento tempestivo per la prevenzione dei DCA, con iniziative che dovrebbero aver inizio precocemente in un contesto d'elezione come la Scuola. Appare anche necessario giungere all'identificazione accurata dei DCA (soprattutto nei casi borderline), e definire con certezza un percorso assistenziale adeguato alla gravità del singolo caso che coinvolga strutture territoriali, strutture ospedaliere e strutture specializzate di terzo livello.

Recentemente in regione Campania è stato realizzato in un triennio un progetto pilota, finanziato dall'Assessorato alla sanità della Regione stessa, sui DCA in età evolutiva, che ha prodotto risultati di

identificazione/formazione/informazione molto positivi nella ASL Napoli 1. (*DICAEV. Deliberazione n. 1687 del 26.11.05 della Regione Campania*).

Obiettivi generali

Sviluppo di programmi di prevenzione e identificazione precoce e presa in carico dei ragazzi a rischio di disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva.

Conoscenza dei fattori di rischio personali, familiari e sociali per i disturbi del comportamento alimentare.

Obiettivi specifici

- Elaborare un modello integrato per la prevenzione, l'identificazione e la presa in carico dei DCA in età evolutiva.
- Identificare un percorso formativo per i docenti della Scuola Media inferiore e superiore in relazione alla promozione tra gli alunni di un comportamento alimentare salutare.
- Identificare un percorso formativo per gli operatori della Sanità in relazione a prevenzione, identificazione e presa in carico dei ragazzi a rischio di DCA
- Preparare e rendere disponibile materiale formativo, relativo agli stili di vita salutari (alimentazione e attività motoria) e ad un adeguato comportamento alimentare, in forma elettronica (anche su sito WEB) e cartacea.
- Proporre un sistema di rete assistenziale integrata per i DCA dell'età evolutiva, adattato alla severità della patologia.

Azioni principali

Il **corso formativo per gli insegnanti**: trasmettere le conoscenze delle dinamiche emotivo-relazionali e dei fattori di rischio nella fascia adolescenziale nelle scuole medie di I e II grado miranti ad fornire al personale operante nella scuola le conoscenze adeguate per la identificazione precoce dei DCA in età evolutiva. Si tratterà, inoltre, dei principi della sana alimentazione e della loro applicazione nella pratica, della definizione di stili di vita salutari, e della promozione di un adeguato comportamento alimentare.

Il **corso formativo per gli operatori della Sanità**: offerto a personale sanitario e principalmente a medici, psichiatri, dietisti coinvolti nell'identificazione e nella presa in carico dei ragazzi a rischio di DCA, sarà articolato in una prima fase di introduzione ai temi in oggetto con prevalenza di lezioni frontali ed una seconda che si baserà sull'autoapprendimento, la discussione di casi, sulla formulazione di indicazioni operative e sull'acquisizione delle metodiche principali per la valutazione dei risultati, sempre in relazione alle specifiche professionalità e relative esigenze. Per tali iniziative verrà richiesto il riconoscimento ECM.

La preparazione del **materiale didattico** richiederà la formulazione di dispense, questionari di autovalutazione, presentazione di casi, ecc. nell'intento di promuovere quanto è più possibile un percorso di autoapprendimento (anche attraverso e-learning).

Risultati attesi

- Realizzare una rete di identificazione e terapia dei DCA per l'età evolutiva che coinvolgerà operatori della Sanità del territorio, appartenenti agli ospedali e alle strutture specialistiche di terzo livello. I casi più gravi afferriranno alle strutture assistenziali specialistiche coinvolte nel progetto.
- Definizione delle caratteristiche che dovrebbe possedere un centro di riferimento e coordinamento specifico per i DCA dell'età evolutiva.
- Realizzare programmi di prevenzione dei DCA nel territorio di riferimento (scuole, palestre, ecc .) secondo le indicazioni OMS e della EBP (promozione stili di vita consapevoli e Life Skills Education)

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

- Diffondere le strategie per il riconoscimento e l'identificazione precoce dei casi a rischio e sottosoglia.
- Proposta di attivazione nelle ASL di sportelli di valutazione di adolescenti a rischio di DCA precedentemente individuati da genitori/scuole/sanitari
- Offerta di interventi di counseling per i soggetti che ne fanno richiesta
- Sostegno a Progetti con le Scuole che facciano riferimento alla Metodologia delle Life Skills Education promuovendo le competenze e le abilità per la vita
- Elaborazione di progetti di intervento/ricerca basati su prove di efficacia relativamente a nuovi approcci di individuazione e prevenzione
- Mappatura dei Servizi Pubblici e dell'Associazionismo presenti nel Territorio di riferimento e ampia diffusione della stessa con particolare attenzione ai medici di medicina generale e ai pediatri.
- Produzione di specifiche linee guida regionali per la realizzazione di una Rete di Servizi per la prevenzione e cura dei DCA;
- Sostegno a progetti di ricerca-intervento, basati su prove di efficacia, anche in longitudinale (progetti che garantiscano continuità), in un'ottica di integrazione fra i Servizi Pubblici e l'Associazionismo, in collaborazione con Enti locali, Scuole, Centri di aggregazione, sportivi e ricreativi del Territorio di riferimento, Mass Media.
- Realizzazione e diffusione di protocolli operativi semplificati e validati di monitoraggio del DCA nella pubertà e nell'adolescenza.
- Accessibilità a materiale formativo (formato cartaceo o elettronico) su sana alimentazione, stili di vita salutari, comportamento alimentare e corretta immagine corporea.
- Sviluppo di metodiche di apprendimento tramite e-learning.

Attori/portatori di interesse

- Popolazione generale degli adolescenti residenti in Campania,
- Decisori\Amministratori
- Operatori sanitari (MMG, strutture specialistiche di II e III livello, operatori sanitari -e non- impegnati nella promozione della salute)
- Enti locali
- Mass media

Cronoprogramma

ATTIVITA'	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
Costituzione gruppi di lavoro nell'ambito sanitario	x	x	x																					
Individuare i portatori di interesse		x	x																					
Predisposizione di un piano di comunicazione			x	x	x																			
Individuazione degli interventi adattabili al contesto locale	x	x	x	x																				
Preparazione dei materiali e/o documenti					x	x	x	x																
Attuazione degli interventi									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Verifica dei risultati attesi													x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Progetto 13: Prevenzione delle depressioni e del suicidio (Quadro d'Insieme n° 3.6.2)

Identificativo della Linea di Intervento Generale

Disturbi psichiatrici

Breve descrizione del progetto

Razionale dell'intervento:

Nell'uso corrente, "depressione" è un nome unico per indicare, in realtà, stati di sofferenza diversi della persona: se dire "sono depresso" è una formula comune per nominare delle difficoltà, dei momenti di trasformazione che fanno parte dell'esperienza normale di tutti, è tuttavia innegabile che esistono situazioni e condizioni nelle quali la presenza dei sintomi depressivi diventa così marcata, continua e persistente da essere definita, secondo le classificazioni nosografiche internazionali, malattia psichiatrica.

Esistono diverse forme di depressione cliniche (depressione maggiore, disturbo bipolare, episodio depressivo ecc.) e subcliniche, quest'ultime spesso associate a condizioni esistenziali particolari della persona, come il parto, l'inserimento o la perdita lavorativa, la rottura dei legami affettivi, la diagnosi di patologie gravi ecc. Pertanto, ai fini della prevenzione, di seguito si userà il plurale: "depressioni", proprio per indicare la varietà di espressioni della sofferenza umana da sottoporre ad attenzione sanitaria.

Obiettivi generali:

Favorire l'individuazione e la presa in carico precoce, da parte delle strutture e dei professionisti territoriali afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale, di quei soggetti che presentano segnali clinici prodromici di un possibile esordio depressivo con il concomitante aumento dell'offerta di interventi di prevenzione e cura.

Gli obiettivi da realizzare riguardano:

1. individuazione dei soggetti a rischio di esordio depressivo
2. potenziamento dell'offerta di servizi/interventi coordinati in rete (DSM, scuola, servizi sociali, università, agenzie del lavoro, Terzo Settore, ecc.) anche attraverso programmi territoriali e di comunità sperimentali/innovativi anche allo scopo di prevenire le complicanze della depressione
3. diffusione di una corretta informazione sul fenomeno depressione tra la popolazione generale

Risultati attesi:

Rilevazione degli stati depressivi presenti nella popolazione, per fasce d'età e condizioni socio-ambientali.

Incremento delle sinergie tra gli attori istituzionali, sanitari e sociali coinvolti nella rete degli interventi per fronteggiare le depressioni.

Maggior conoscenza, nell'opinione pubblica, delle modalità di manifestazione degli stati depressivi e, soprattutto, della loro natura, delle condizioni predisponenti ovvero di salvaguardia rispetto agli stessi, della curabilità della patologia.

Ampliamento dell'offerta di servizi/interventi in materia di prevenzione degli stati depressivi e delle complicanze associate, quali il suicidio, con relativa mappatura.

Riduzione del numero di suicidi in Campania.

Azioni principali:

Azioni per favorire l'individuazione di soggetti a rischio depressivo riguardano:

- a) sensibilizzazione e formazione dei MMG sulla tematica attraverso il riconoscimento precoce dei segnali e delle difficoltà (di ordine biologico, psicologico, lavorativo e sociale) che precedono o accompagnano i sintomi depressivi e le loro complicanze
- b) programmi per il riconoscimento precoce dei sintomi di depressione in popolazione target (anziani, studenti universitari, soggetti con gravi patologie mediche, persone con difficoltà lavorative, ecc.) con strumenti di rilevazione omogenei, standardizzati ed adatti ai soggetti coinvolti

Il potenziamento dell'offerta di servizi in materia attiene ai seguenti punti:

- a) ricognizione e valutazione dei servizi e delle strutture "protette", residenziali e semiresidenziali, esistenti per soggetti affetti da forme depressive di interesse clinico
- b) implementazione di programmi-intervento, anche di natura sperimentale, basati su un progetto terapeutico riabilitativo individuale e globale, definito da una equipe multiprofessionale, espressione concreta della presa in carico da parte dei servizi territoriali

Per la diffusione di una corretta informazione, infine, sono da attuare:

- a) campagne di informazione a largo raggio sulla natura della patologia, sui fattori predisponenti/scatenanti (stress psicofisici, ritiro sociale, difficoltà esistenziali di varia natura come inserimenti scolastici, perdita del lavoro ecc.) e sulle cure integrate (bio-psico-educative) esistenti allo scopo di sensibilizzare la cittadinanza e di favorire una maggiore sensibilità sul tema "depressioni"
- b) programmi di inserimento, anche protetto, di soggetti con disturbo depressivo nelle normali aree di attività quotidiane (per esempio: tempo libero, sport, lavoro, ecc.)

Attori:

Dipartimenti di Salute Mentale, Università/Istituti di ricerca, Istituzioni Scolastiche, Ospedali-Punti Parto, Consultori Materno-Infantili/Familiari.

Portatori di interesse:

MMG, psicologi, ginecologi, psichiatri, associazioni di familiari.

Possibili criticità:

Coinvolgimento degli attori/operatori della rete. Implementazione del flusso informativo sugli stati depressivi nella popolazione. Standardizzazione/realizzazione di programmi di intervento individuali. Valutazione dell'efficacia degli interventi.

Sistema di valutazione:

Audit con categorie interessate (medici, associazioni di familiari); analisi dei flussi informativi sugli stati depressivi e correlati (tassi di suicidio e tentativi di suicidio); out come della mappatura dei servizi/strutture dedicate. Focus group con operatori della rete di prevenzione delle depressioni.

Cronoprogramma:

Azioni	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Sensibilizzazione/formazione dei MMG	x	x	x	x	x	x						
2. programmi per il riconoscimento precoce	x	x	x	x	x	x						

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

dei sintomi													
3. Ricognizione e valutazione servizi/strutture	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4. Implementazione programmi/intervento						x	x	x	x	x	x		
5. Campagne informative	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6. Programmi individuali					x	x	x	x	x	x	x	x	x

Beneficiari:

Giovani (16 – 30 anni); donne in condizione puerperale; persone in mobilità lavorativa; anziani.

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

Sviluppo “culturale” della consapevolezza della esistenza della malattia depressiva e della sua curabilità.

Individuazione dei soggetti con sindromi depressive subcliniche per interventi di prevenzione mirati e precoci.

Miglioramento della qualità della vita dei pazienti depressi e dei loro familiari.

Riduzione dell’impatto della depressione e delle sue complicanze sulle spese sanitarie e sui costi sociali.

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
Incidenza malattie depressive	Indagine ad hoc					
Tasso di suicidi	Dati ISTAT					
Incidenza tasso tentativi di suicidio	Indagine ad hoc					

3. LA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE E RECIDIVE DI MALATTIA

3.1 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

Progetto 1: Sorveglianza e prevenzione della fragilità nell'anziano (Quadro d'Insieme n° 4.1.1)

Identificativo della Linea di Intervento Generale

4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

4.1 prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

Breve descrizione del progetto

Razionale dell'intervento

Da dati ISTAT risulta che nella nostra regione la percentuale delle persone in età ≥ 65 anni è pari al 15,9% (rispetto al 20,1% nazionale) e l'indice di vecchiaia è 95,2 (valore nazionale 143,6).

Siamo la Regione con la più bassa aspettativa di vita, sia alla nascita che a 65 anni.

Siamo la Regione più giovane ma, anche per questo, procediamo più velocemente di tutte nell'incrementare la percentuale di persone non autosufficienti (Proiezioni statistiche Anni 2004 2005 CENSIS su dati ISTAT ASSR che considerano le variazioni percentuali per quinquennio dal 2005 al 2025).

Questa evoluzione demografica sarà associata ad un ulteriore accrescimento dei bisogni di salute legati all'invecchiamento, cui corrispondono un ventaglio di interventi socio-assistenziali e socio-sanitari notevolmente diversificati. In particolare, saranno sempre più richiesti interventi di prevenzione miranti a ridurre la disabilità e il rischio di disabilità ma anche azioni coordinate di protezione sociale e di promozione della Salute e del benessere della persona anziana.

L'area geografica di residenza rappresenta una delle variabili di contesto di primaria rilevanza per l'analisi dei fenomeni sociali. In particolare in Campania, dove si registra una eterogeneità, sia in termini di conformazione morfogeografica del territorio (dai grandi agglomerati urbani, alle aree montane, collinari, rurali, e marine), che di distribuzione della popolazione anziana nelle diverse aree geografiche, con particolare attenzione alle tipologie delle famiglie e dei cambiamenti registrati negli ultimi anni, soprattutto per quanto riguarda le famiglie unipersonali.

E' pertanto necessario evidenziare i fattori specifici e peculiari che creano condizioni di rischio di fragilità (anche rilevando la percezione soggettiva delle fasce di popolazione più esposte a tale rischio) e individuare strategie e strumenti con l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita nelle zone di maggior disagio (zone di montagna, zone collinari e/o rurali), con la necessità di modificare l'approccio tradizionale passando da una linea di attesa a una linea attiva degli interventi. Anche a supporto di queste strategie, devono essere messe in atto attività di monitoraggio degli interventi.

Il sistema di sorveglianza Passi d'Argento, promosso dal Ministero della Salute a partire dal 2008, ha lo scopo specifico di conoscere e monitorare nel tempo le condizioni di salute o di fragilità, i bisogni di tutela, ma anche le potenzialità in termini di capacità e risorse delle persone anziane.

Inoltre, le informazioni prodotte permettono confronti fra diverse realtà locali e nel tempo all'interno della stessa area, favorendo forme di coordinamento e reale integrazione tra i servizi sociosanitari e socio-assistenziali che a livello locale, si occupano di interventi a favore della popolazione anziana.

Questo sistema permette di fornire un'immagine complessiva del fenomeno a livello di Regione, e di stimare e seguire nel tempo quanto i servizi sanitari e sociali progrediscono nell'attuazione di interventi efficaci per la riduzione della disabilità e del rischio di disabilità.

Obiettivi generali

Ritardare o limitare l'insorgenza di patologie croniche e disabilità nell'età anziana

Obiettivi specifici

- Garantire la sostenibilità del sistema di sorveglianza Passi d'Argento al fine di identificare e monitorare nel tempo i bisogni di salute e le potenzialità delle persone anziane
- Favorire stili di vita attivi e salutari nelle persone anziane.

Risultati attesi

- Disponibilità di un profilo della popolazione anziana basato sulle IADL (Instrumental Activities of Daily Living) e ADL (Activities of Daily Living), utile alla programmazione e al monitoraggio degli interventi, che fornisca stime attendibili sulla distribuzione della popolazione anziana in sottogruppi corrispondenti a diversi target di intervento da parte dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali
- Disponibilità di un sistema di indicatori sulla qualità di vita, sulle condizioni di salute, sulla copertura delle attività di prevenzione e assistenziali, sulla qualità dell'assistenza della popolazione anziana capace di integrare le informazioni esistenti a livello regionale e locale.

Azioni principali

- Costituzione di gruppi di coordinamento multidisciplinari con il coinvolgimento dei portatori di interesse di livello regionale e locale.
- Organizzazione e gestione del lavoro relativo all'esecuzione delle interviste
- Analisi dei dati e interpretazione dei risultati, reportistica e comunicazione, progettazione condivisa per realizzare il profilo della popolazione anziana per programmare e monitorare gli interventi da intraprendere

Attori

Gli anziani (≥ 65 anni) della Regione Campania.

Portatori di interesse

Gli anziani stessi, le loro famiglie, il mondo del volontariato sociale, i Comuni, i Municipi, i servizi e gli operatori sociali, gli operatori sanitari (operatori dei distretti, servizi geriatrici, dipartimenti di prevenzione, Società Scientifiche e Sindacali dei MMG, U.O. assistenza anziani).

Possibili criticità

La principale criticità è legata al processo di integrazione fra aspetti sociali e sanitari, che peraltro rappresenta il cardine centrale del Piano sociale e sanitario regionale

REGIONE CAMPANIA
PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Sistema di valutazione

La valutazione verterà principalmente sul processo che ha lo scopo di fornire informazioni necessarie a migliorare l'efficienza del progetto in corso di Passi d'Argento.

La valutazione di esito riguarda la capacità del sistema di raggiungere l'obiettivo specifico di sorveglianza, la qualità delle informazioni epidemiologiche prodotte, l'influenza dei risultati della sorveglianza sulle scelte di politica sanitaria.

Indicatore di verifica

Evidenza documentale.

Cronoprogramma

Attività	2011												2012											
Consolidamento gruppi aziendali (2)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x												
Reperimento risorse locali (2)													x	x	x	x	x	x	x					
<i>Effettuazione interviste (1)</i>																								
Analisi e interpretazione dati (2)													x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Reportistica e comunicazione (2)																				x	x	x	x	
Progettazione condivisa (3)													x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

(1) Secondo indicazioni ministeriali

(2) Suscettibile di modifiche in relazione alla programmazione nazionale

(3) la programmazione si basa sui dati regionali Passi d'Argento 2010 già disponibili

Beneficiari:

Anziani e loro famiglie, Decisori regionali, Direttori di ASL e di Distretto, Responsabili servizi socio-assistenziali

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

Ritardare o limitare l'insorgenza di patologie croniche e disabilità nell'età anziana