



seguito del 23 DIC 2010
delibera 1856

pag. 2

Delibera PRP 2010-2012

OGGETTO: Recepimento Intesa Stato – Regioni e Province autonome del 29.04.2010 concernente il Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2010-2012

LA GIUNTA REGIONALE

VISTA il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Salute dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del dirigente del Servizio Salute che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28 dello statuto della regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

di approvare il Piano Regionale della Prevenzione per gli anni 2010 – 2012 di cui all'Allegato A "QUADRO STRATEGICO" e all'Allegato B "PIANO OPERATIVO" che formano parte integrale e sostanziale del presente atto in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 29.04.2010 e successive modificazioni.

di incaricare il Servizio Salute di formalizzazione entro sessanta giorni le modalità di rendicontazione periodica da parte delle aziende del Servizio Sanitario Regionale delle risorse vincolate ai sensi della L. 662/96 e s.m.i., già assegnate mediante DGR 1227 del 02.08.10, per la parte individuata per la realizzazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2010 – 2012 con DGR 1634 del 15.11.2010.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott.ssa Elisa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Dott. Gian Mario Spacca)

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

Con l'approvazione dell'Intesa Stato Regioni del 29.04.2010, è stato approvato il Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2010-2012; successivamente, con accordo del 07.10.2010 e stata posticipata al 31.12.2010 la scadenza per il recepimento formale del documento nazionale da parte delle singole Regioni e Province Autonome mediante propri Piani Regionali della Prevenzione.

Come indicato al punto 6 dell'Intesa con nota del Dirigente del Servizio Salute, è stato individuato il dr. Giuliano Tagliavento, dirigente P.F. Sanità Pubblica quale coordinatore operativo del Piano Regionale della Prevenzione per la Regione Marche, in continuità con il coordinamento del precedente PRP 2005 - 2007.

Il precedente PNP (2005-2009) ha permesso di sperimentare un nuovo metodo di lavoro con l'obiettivo di realizzare modifiche di approccio ai temi di prevenzione nell'ambito di un contesto non più limitato a progetti definiti nel tempo e nello spazio, ma aventi l'obiettivo di innalzare il livello qualitativo della risposta ai bisogni dei cittadini di un intero sistema. Nella regione Marche questo è accaduto in diverse linee di intervento. Quella del precedente PRP è quindi stata una esperienza utile dalla quale trarre elementi per il miglioramento metodologico che il nuovo PNP richiede. Il percorso per la stesura del nuovo PRP è risultato particolarmente impegnativo almeno per alcuni motivi:

- Rispetto al momento di ideazione del nuovo PNP, che può datarsi alla fine del 2008, sono mutati gli scenari generali, in particolare quelli economico – finanziari con una necessità sempre più stringente di contenimento dei costi anche del Servizio Sanitario. Il Piano Regionale della Prevenzione è una opportunità di riprogettazione più efficace di programmi sanitari, ma la messa in atto di tale riprogettazione coinvolge una cospicua quantità di risorse umane, comunque già destinate oggi ad attività assistenziali organizzate, in presenza di vincoli sempre più stringenti sul versante della "produzione di offerta" e con prospettive certe di diminuzione nel prossimo triennio delle medesime risorse umane per fortissime limitazioni delle nuove assunzioni e del turn-over.
- Le azioni ed i programmi previsti dal PNP hanno due intrinseche caratteristiche di difficile realizzazione concreta:
 - l'impegno trasversale di molte o tutte le componenti del SSR e, in più casi, l'impegno trasversale di più enti ed istituzioni. Se in alcune aree di intervento questa caratteristica risulta ormai consolidata, in altre aree è ancora una evenienza non sufficientemente diffusa la cui necessità di realizzazione dettata dal PNP rappresenta un' importante opportunità e al contempo una innegabile criticità;
 - l'analisi delle evidenze di efficacia che devono, per quanto possibile, guidare le scelte, non sempre porta a risultati soddisfacenti e, metodologicamente è considerabile una "novità" laddove applicata ad una programmazione nazionale e regionale formalizzate e di ampia portata come il PNP che dichiara nelle premesse di utilizzare questa base come presupposto indispensabile. Le difficoltà a mantenere fede a tale affermazione che sono riscontrabili poi nei successivi paragrafi del testo nazionale approvato, sono testimonianza delle difficoltà che si incontrano poi nella redazione del PRP (e di quelle che si avranno nella concreta applicazione).



seduta del 23 DIC 2010
delibera 1856

pag. 4

Delibera PRP 2010-2012

- Nella specificità del contesto regionale delle Marche, la definizione del PRP 2010 – 2012 è contestuale ad un percorso, avviato recentemente con la approvazione della L.R. 17/2010, di modifica organizzativa sia delle strutture del SSR, sia della struttura regionale di programmazione, indirizzo e verifica. Ciò determina un ulteriore livello di impegno nel definire programmi coerenti con il Piano Nazionale, realizzabili concretamente nel futuro assetto del SSR.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012, si pone dunque, nelle Marche, come vincolo e come opportunità, in un contesto di importanti cambiamenti che il piano stesso può aiutare a sostenere. Rispetta il mandato concordato tra Stato e Regioni, prevedendo:

- la continuità delle attività del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 e successive proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti;
- lo sviluppo di ciascuna delle macro aree individuate dal PNP 2010-2012 ed, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale;
- la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal PNP 2010-2012 in quanto strumento essenziale di conoscenza ad uso del monitoraggio, della valutazione e della riprogrammazione del Piano.

Sul piano dello sviluppo metodologico coglie il Project Cycle Management (PCM) come strumento da utilizzare, laddove possibile, per il miglioramento delle attività di programmazione su scala regionale. Questo nei limiti della flessibilità necessaria per realizzare un percorso di miglioramento della funzionalità di tutto il sistema che, nella sua complessità, non sempre è riconducibile a schemi formali corretti.

In coerenza con la DGR n. 14/10 (proposta di Piano Sociale Sanitario 2010 – 2012), al fine di sostenere la massima fattibilità dei progetti, si è privilegiata la identificazione di linee progettuali in continuità con la programmazione regionale recente per consentire, il miglioramento di efficacia ed il consolidamento di scelte programmatiche già effettuate, laddove coerenti con il PNP, limitando il numero di azioni da impostare ex novo.

La rispondenza al punto 4 dell'intesa del 29.04.10 è resa possibile dalla Delibera di Giunta Regionale n. 1227 del 02.08.10 con la quale è stato definito il processo di budgeting delle strutture del SSR per l'anno 2010: tale delibera individuando il livello di spesa sostenibile per l'anno 2010 in coerenza con le entrate pone, tra quest'ultime, le entrate del fondo sanitario regionale comprensivo del finanziamento per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale. A conferma, con successiva delibera n. 1634 del 15.11.2010 la Giunta Regionale ha individuato, sulla base dell'Accordo Stato-Regioni dell' 8.04.2010, i progetti relativi agli obiettivi di cui sopra. Tale delibera, tra l'altro, vincola il fondo sanitario regionale per euro 7.038.026,00 per il raggiungimento degli obiettivi della "linea prioritaria 6 – attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione".

Il Servizio Salute, tramite le strutture preposte, fornirà alle Aziende Sanitarie del SSR entro sessanta giorni, le modalità per effettuare la rendicontazione sullo specifico utilizzo delle risorse vincolate.

7



Per quanto sopra si propone:

di approvare il Piano Regionale della Prevenzione per gli anni 2010 – 2012 di cui all'Allegato A "QUADRO STRATEGICO" e all'Allegato B "PIANO OPERATIVO" che formano parte integrale e sostanziale del presente atto in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 29.04.2010 e successive modificazioni.

di incaricare il Servizio Salute di formalizzazione entro sessanta giorni le modalità di rendicontazione periodica da parte delle aziende del Servizio Sanitario Regionale delle risorse vincolate ai sensi della L. 662/96 e s.m.i., già assegnate mediante DGR 1227 del 02.08.10, per la parte individuata per la realizzazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2010 – 2012 con DGR 1634 del 15.11.2010.

Il Responsabile del Procedimento
Dr. Giuliano Tagliavento

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SALUTE

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione.

IL DIRIGENTE
Dr. Carmine Ruta

La presente deliberazione si compone di n. 91 pagine, di cui n. 86 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Dot.ssa Elisa Moroni



ALLEGATO A

**Regione Marche
Piano Regionale di Prevenzione 2010 – 2012**

Quadro strategico

Indice

1. Premessa
2. Il quadro di riferimento regionale
 - 2.1. Organizzazione del SSR in riferimento alla prevenzione
 - 2.2. Il contesto epidemiologico
3. Le criticità
 - 3.1. Il contesto economico –finanziario del triennio 2010 - 2012
 - 3.2. Il Piano Regionale Prevenzione 2005-2009: risultati e analisi delle criticità
 - 3.3. Sistemi regionali di sorveglianza epidemiologica: criticità e opportunità
 - 3.3.1. I Sistemi di sorveglianza epidemiologica a sostegno del PRP
 - 3.3.2. Altri Sistemi di sorveglianza epidemiologica per il PRP
 - 3.3.3. Altri Sistemi di sorveglianza per la Sanità Pubblica
 - 3.3.4. Le criticità rilevate dai sistemi di sorveglianza
4. La programmazione regionale
 - 4.1. Il PSR 2010-2012 e gli altri atti regionali di riferimento: le strategie di azione per la prevenzione
 - 4.2. Guadagnare Salute nelle Marche
 - 4.2.1. Azioni di partnership con la Scuola per una "Scuola che Promuova Salute"
 - 4.2.2. Azioni di coinvolgimento attivo e coordinamento dei MMG e PLS nella costruzione di programmi di Prevenzione e di Promozione della salute
5. Le priorità del PRP 2010-2012
 - 5.1. Macroarea Medicina predittiva
 - 5.2. Macroarea Prevenzione universale
 - 5.3. Macroarea Prevenzione nella popolazione a rischio
 - 5.4. Macroarea Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia
 - 5.5. Sintesi delle scelte di priorità

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



1. Premessa

Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP 2010-2012), approvato con Intesa Stato Regioni del 29 aprile 2010, ha avviato il percorso per la stesura del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 delle Marche.

Il precedente PNP (2005-2009) ha permesso di sperimentare un nuovo metodo di lavoro con l'obiettivo di realizzare modifiche di approccio ai temi di prevenzione nell'ambito di un contesto non più limitato a progetti definiti nel tempo e nello spazio, ma aventi l'obiettivo di innalzare il livello qualitativo della risposta ai bisogni dei cittadini di un intero sistema. Nella regione Marche questo è accaduto in diverse linee di intervento. Quella del precedente PRP è quindi stata una esperienza utile dalla quale trarre elementi per il miglioramento metodologico che il nuovo PNP richiede. Il percorso per la stesura del nuovo PRP è risultato particolarmente impegnativo almeno per alcuni motivi che brevemente si elencano:

- Rispetto al momento di ideazione del nuovo PNP, che può datarsi alla fine del 2008, sono mutati gli scenari generali, in particolare quelli economico – finanziari con una necessità sempre più stringente di contenimento dei costi anche del Servizio Sanitario. E' certamente vero che questo contesto favorisce la necessità, richiesta dal PNP, di progettare azioni – inquadrabili nei tre macrolivelli LEA– derivanti dall'analisi dei profili di salute dei territori e ciò comporterà nel medio termine una maggior efficienza del sistema. E' altrettanto vero che la messa in atto di tale riprogettazione coinvolge una cospicua quantità di risorse umane, comunque già destinate oggi ad attività assistenziali organizzate, in presenza di vincoli sempre più stringenti sul versante della "produzione di offerta" e con prospettive certe di diminuzione nel prossimo triennio delle medesime risorse umane (fortissime limitazioni delle nuove assunzioni e del turn-over).
- Le azioni ed i programmi previsti dal PNP hanno due intrinseche caratteristiche di difficile realizzazione concreta:
 - l'impegno trasversale di molte o tutte le componenti del SSR e, in più casi, l'impegno trasversale di più enti ed istituzioni. Se in alcune aree di intervento questa caratteristica risulta ormai consolidata, in altre aree è ancora una evenienza non sufficientemente diffusa la cui necessità di realizzazione dettata dal PNP rappresenta un' importante opportunità e al contempo una innegabile criticità;
 - l'analisi delle evidenze di efficacia che devono, per quanto possibile, guidare le scelte, non sempre porta a risultati soddisfacenti e, metodologicamente è considerabile una "novità" laddove applicata ad una programmazione nazionale e regionale formalizzate e di ampia portata come il PNP che dichiara nelle premesse di utilizzare questa base come presupposto indispensabile. Le difficoltà a mantenere fede a tale affermazione che sono riscontrabili poi nei successivi paragrafi del testo nazionale approvato, sono testimonianza delle difficoltà che si incontrano poi nella redazione del PRP (e di quelle che si avranno nella concreta applicazione).
- Nella specificità del contesto regionale delle Marche, la definizione del PRP è contestuale ad un percorso, già avviato ma non ancora concluso, di modifica organizzativa sia delle strutture del SSR, sia della struttura regionale di programmazione, indirizzo e verifica. Ciò ha determinato un ulteriore livello di

GA



Delibera PRP 2010-2012

impegno nel definire programmi coerenti con il PNP e realizzabili concretamente nel previsto futuro assetto.

La realizzazione del Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012, si pone dunque, nelle Marche, al contempo come vincolo e come opportunità, in un contesto di importanti cambiamenti che il piano stesso può aiutare a sostenere. Rispetta il mandato concordato tra Stato e Regioni, prevedendo:

- la continuità delle attività del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 e successive proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti;
- lo sviluppo di ciascuna delle macro aree individuate dal PNP 2010-2012 ed, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale;
- la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal PNP 2010-2012 in quanto strumento essenziale di conoscenza ad uso del monitoraggio, della valutazione e della riprogrammazione del Piano.

Sul piano dello sviluppo metodologico coglie il Project Cycle Management (PCM) come strumento da utilizzare, laddove possibile, per il miglioramento delle attività di programmazione su scala regionale. Questo nei limiti della flessibilità necessaria per realizzare un percorso di miglioramento della funzionalità di tutto il sistema che, nella sua complessità, non sempre è riconducibile a schemi formali corretti.

Al fine di sostenere la massima fattibilità dei progetti, si è privilegiata la identificazione di linee progettuali in continuità con la programmazione regionale recente per consentire, il miglioramento di efficacia ed il consolidamento di scelte programmatiche già effettuate, laddove coerenti con il PNP, limitando il numero di azioni da impostare ex novo.

2. Il quadro di riferimento regionale

2.1. Organizzazione del SSR in riferimento alla prevenzione

Nelle Marche l'assetto del Servizio Sanitario Regionale è definito dalla Legge Regionale 13 del 2003 "*Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale*" attraverso la quale è stata istituita l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR). L'ASUR svolge, a livello centralizzato, funzioni di governo unitario ed omogeneo dei processi gestionali, secondo modalità definite dalla Giunta regionale delle Marche. L'ASUR è articolata in tredici Zone Territoriali (ZZTT), che hanno compiti di programmazione e gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari; è stato sperimentato un modello funzionale di Area Vasta. Attualmente il modello organizzativo è in fase di revisione a seguito della L.R. n. 17/2010 di modifica alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13.

In ogni Zona Territoriale opera un Dipartimento di Prevenzione, con un modello di riferimento stabilito dal DGR 54/2004

In questi anni le linee di indirizzo regionali (le DGR 54/04 e 866/04 prima, il PSR 2007-2009 poi) hanno garantito un percorso di sviluppo organizzativo coerente con quello della normativa nazionale e della legislazione regionale caratterizzata dai contenuti della Legge 13 del 2003.

In particolare:



- è stato ottenuto un adeguamento strutturale nel territorio con la creazione di una rete regionale dei Dipartimenti di Prevenzione (uno in ogni Zona Territoriale ASUR) ed una sostanziale applicazione del D.Lgs 229/99;
- è stata valorizzata la rete epidemiologica regionale;
- sono state mantenute funzioni di forte coordinamento tecnico regionale soprattutto tramite le strutture preposte del Servizio Salute Regionale;
- sono state mantenute e migliorate le sinergie del sistema con altre istituzioni quali l'INAIL e Direzione Regionale del Lavoro per la prevenzione nei luoghi di lavoro, l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria-Marche per l'area della veterinaria e alimenti, l'Ufficio Scolastico Regionale per l'area trasversale della promozione della salute, l'ARPA per le tematiche di prevenzione dei rischi sanitari di origine ambientale e la Protezione Civile Regionale per la gestione integrata di emergenze per la salute pubblica.

L'esperienza del Piano Nazionale della Prevenzione 2005 – 2007 prorogato poi sino al 31.12.09 ha promosso un salto di qualità nella gestione della prevenzione.

Un esempio su tutti è rappresentato dal programma regionale degli screening oncologici: attraverso l'adozione del PRP 2005-2007 e l'implementazione delle attività in esso previste, il sistema regionale degli screening oncologici è stato riorganizzato ottenendo una maggiore appropriatezza nei percorsi diagnostici e attivando lo screening del colon retto, precedentemente non praticato nelle Marche.

2.2. Il contesto epidemiologico

Il Profilo di Salute delle Marche rappresenta un elemento fondamentale per la conoscenza globale del sistema salute e dei determinanti socio-sanitari della popolazione marchigiana. Le trasformazioni determinate dal rapido mutamento delle condizioni sociali, i nuovi orizzonti della globalizzazione, le patologie emergenti/riemergenti, la crescente attenzione verso le problematiche ambientali, rendono necessario un monitoraggio attento e costante dei macrofenomeni inerenti la salute. Per una lettura completa dei dati si rimanda ai Profili di Salute inseriti nel sito web dell'Agenzia Regionale Sanitaria (<http://www.ars.marche.it/>).

Si riporta di seguito una breve analisi di dati utili per inquadrare gli argomenti del Piano di Prevenzione.

Il territorio e la popolazione

La Regione Marche si estende su un territorio di 9.366 Km² (3,2% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica molto varia. Gli abitanti sono 1.559.542 (al 1/1/2010) e la speranza di vita alla nascita risulta per gli uomini di 79,8 anni e per le donne di 85,2 (stime Istat per il 2009 – Sistema Informativo Statistico Regione Marche), al primo posto delle graduatorie regionali per entrambi i sessi (dato medio nazionale stimato: 78,9 uomini, 84,1 donne). La popolazione marchigiana sta progressivamente invecchiando e di conseguenza aumenta il carico sociale e sanitario connesso alla disabilità ed alla non autosufficienza. La popolazione straniera residente risulta di 138.994 persone (8,9% dei residenti) con un incremento rispetto al 2009 del 6,1%. Il crescente fenomeno dell'immigrazione rende necessario lo sviluppo di politiche che possano assicurare equità di accesso ai servizi per la popolazione immigrata. L'età media della madre al parto è in aumento (31,4 anni nel 2008). La riduzione dei tassi di IVG (nell'anno 2007 7,4/1000

✓



seduta del 23 DIC 2010
delibera 1856

pag. 10

Delibera PRP 2010-2012

donne età 15-49 anni; dato italiano 9.1) testimonia l'efficacia delle numerose iniziative e delle campagne di sensibilizzazione promosse a sostegno della salute materno-infantile. Il tasso di disoccupazione nel 2009 risulta 6.6%, in aumento rispetto al dato del 2008 (4.7%) e comunque sempre inferiore a quello registrato a livello nazionale (7.8%); i livelli di istruzione sono sostanzialmente in linea con il dato italiano.

Lo stato di salute

La percezione del proprio stato di salute appare buona tra i cittadini marchigiani, tanto che il 64% dei soggetti 18/69 anni la giudica positivamente (salute buona/molto buona - Passi, 2009). Le donne lamentano più giorni in cattiva salute sia per motivi fisici che per motivi psicologici, e sono più limitate nelle loro abituali attività.

Le stime relative alla speranza di vita pongono le Marche tra le Regioni più longeve e prevedono, un progressivo aumento in entrambe i sessi. La mortalità infantile, indicatore correlato alla speranza di vita alla nascita e connesso alla situazione sanitaria, ambientale e sociale della popolazione, nell'ultimo decennio si è dimezzata. Nelle Marche ogni anno muoiono circa 15.000 persone (1% dei residenti); nel quinquennio 2001-2005 i tassi di mortalità risultano sostanzialmente stabili, ma nell'anno 2003 si è manifestato un picco di mortalità attribuibile in gran parte alle eccezionali condizioni climatiche del periodo estivo dell'anno. Da notare che nelle Marche si registrano, per entrambi i sessi, i tassi standardizzati di mortalità più bassi di tutto il territorio nazionale. La causa di morte più rilevante nella popolazione marchigiana è quella per malattie cardiovascolari seguita dai tumori. Tra i tumori il maggior numero di decessi è rilevato per le patologie neoplastiche a carico del polmone nei maschi e della mammella nelle donne. Tuttavia, ad un riconosciuto aumento dell'incidenza dei tumori corrisponde attualmente una minore mortalità per diagnosi più precoci e terapie più efficaci.

Se consideriamo la mortalità evitabile, che focalizza la necessità di interventi di Sanità Pubblica al fine di contrastare attivamente la mortalità al di sotto dei 75 anni, la regione Marche risulta nei primissimi posti, con 20,3 giorni perduti per cause evitabili pro-capite nei maschi e 10,9 giorni per le femmine (Italia 23 e 12; triennio 2000-2002, Atlante ERA 2007).

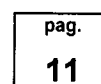
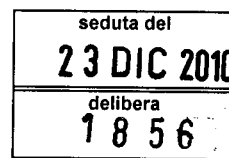
Per quanto riguarda le malattie infettive, va rilevato che nella regione Marche l'andamento della Tuberculosis è pressoché costante, con una maggiore frequenza nei soggetti di sesso maschile e negli stranieri residenti. Però l'attenzione si è focalizzata su recenti cluster di rilevanza epidemiologica che la Sanità Pubblica si è trovata a gestire.

Per quanto riguarda la sicurezza, nel 2008 gli incidenti stradali sono risultati inferiori a quelli registrati negli anni precedenti (6.919 nel 2008, 7.149 nel 2007 e 7.577 nel 2006), con trend in diminuzione sia per i deceduti (132) che per i feriti (9.996). Si osserva una diminuzione della mortalità dovuta agli incidenti, a fronte di un aumento della lesività.

Gli incidenti domestici rappresentano un'altro tema rilevante in ottica preventiva. I dati della sorveglianza SINIACA evidenziano che il 25% degli incidenti si verifica in soggetti con più di 70 anni di età, mentre l'11% in quelli di età compresa tra 1-10 anni. Da tenere presente che le persone di età 18-69 anni che dichiarano di avere ricevuto informazioni sul problema sono solo il 25% (pool nazionale 28%, Passi 2009).

La problematica dell'infortunistica sul lavoro fa registrare i tassi di incidenza più elevati e la più alta mortalità nel settore delle costruzioni. Sono maggiori le vittime tra i maschi 30-40enni.

Y



Delibera PRP 2010-2012

I determinanti di salute

Nelle Marche i fumatori risultano circa il 29% dei soggetti di età compresa tra 18/69 anni (Passi, 2009); l'abitudine al fumo è significativamente più diffusa negli uomini, nelle classi di età minori di 35 anni, nelle persone con livello di istruzione medio-basso e in quelle con difficoltà economiche.

Il 60 % degli intervistati nella stessa fascia d'età (Passi, 2009) dichiara di aver consumato nell'ultimo mese almeno un'unità di bevanda alcolica. Il consumo di alcol è più diffuso tra gli uomini, nelle fasce di età più giovani e nelle persone con alto livello di istruzione e nessuna difficoltà economica.

Circa un quinto degli intervistati (21%) può essere classificabile come consumatore di alcol a rischio. In particolare il consumo di alcol in maniera smodata (binge drinking), riguarda l' 8% degli intervistati e si associa in maniera statisticamente significativa con la giovane età (18-24 anni) e il sesso maschile, senza un particolare gradiente socio-economico.

Riguardo al consumo di droghe, cannabis e soprattutto cocaina si evidenziano dei trend in crescita, specie per quest'ultima sostanza. Il dato regionale è in linea con quello nazionale.

Per quanto riguarda lo stato nutrizionale della popolazione regionale, il 33% dei soggetti 18/69 anni risulta in sovrappeso e il 9% obesa. Il 24% della popolazione risulta completamente sedentaria.

Anche l'obesità infantile è un fenomeno rilevante. La Regione Marche, sensibile a tale problema, ha aderito allo studio Okkio alla Salute e dai risultati relativi all'indagine condotta nell'anno 2008, che ha coinvolto 208 classi in totale, emerge che il 33% dei bambini di 8-9 anni, presenta un eccesso ponderale che comprende sovrappeso e obesità.

Rispetto alle tematiche ambientali, risulta di particolare rilievo la gestione e bonifica dei siti inquinati di interesse nazionale. Nelle Marche se ne contano due e diverse decine di siti inquinati a rilevanza regionale. Queste situazioni richiedono interventi di sorveglianza epidemiologica e di capacità gestionale coordinata come sarà di seguito specificato.

3. Le criticità

3.1. Il contesto economico – finanziario del triennio 2010 - 2012

Come già indicato in premessa, il contesto economico – finanziario per il triennio 2010 2012 è senza dubbio una criticità ipotizzabile per il raggiungimento completo degli obiettivi del presente Piano Regionale della Prevenzione, pur in presenza delle risorse vincolate ai sensi della L. 662/96 e s.m.i.

Il seguente prospetto evidenzia il riparto previsto del fondo nazionale per il triennio 2010-2012, indicato anche nella DGR 1227/2010 relativa al budget anno 2010, derivante dagli atti emanati nel corso del 2010 (Patto per la salute di cui all'intesa Governo-Regioni rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009, Intesa per il riparto anno 2010 del 27/01/2010 rep atti n. 12 del 29/04/2010, Decreto legge 78 del 31/05/2010 convertito con Legge 122 del 30/07/2010).



Delibera PRP 2010-2012

	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Incremento medio triennio
Fondo Sanitario Nazionale	105.398	106.285	108.129	
Incremento assoluto	2.077	887	1.844	1.603
Incremento %	2,01%	0,84%	1,73%	1,53%

Valori in milioni di €

L'incremento medio annuo nel triennio 2010/2012 del fondo è dell'1,53 % contro un incremento medio annuo registrato nel precedente triennio 2007/2009 del 4,24 %.

La minore crescita del fondo rispetto al triennio precedente comporta minori entrate per la Regione Marche stimabili in 72 milioni di € annui per un valore complessivo nel triennio di 217 milioni di €.

L'economie di spesa necessarie a compensare, peraltro solo in parte, tali minori entrate riguarderanno anche la riduzione del costo del personale (blocco dei contratti, blocco del turn-over al 50%), reso obbligatorio dall'art.9 comma 16 della L. 122 del 30/07/2010.

Pertanto, al fine di rispettare l'obiettivo dell'equilibrio economico nel triennio 2010-2012 pur in presenza di una notevole riduzione delle entrate da Fondo sanitario, il Piano Socio Sanitario regionale 2010-2012 approvato con DGR 1138 del 19/07/10 ha previsto la realizzazione di manovre strutturali per un valore complessivo nel triennio di 134,5 milioni di €, nonché la necessità di ulteriori assegnazioni di risorse regionali da reperire per la quota rimanente.

3.2. Il Piano Regionale Prevenzione 2005-2009: risultati e analisi delle criticità

Premessa

Il PNP 2005 – 2007, prorogato poi sino al 31.12.09, è risultato nella Regione Marche una importante leva per l'innovazione ed il miglioramento dei servizi offerti ai cittadini in tutte le aree oggetto dell'intervento.

Il PNP si è altresì rivelato un utile strumento per migliorare le metodologie di progettazione degli interventi nell'ambito della programmazione sanitaria istituzionale finalizzata alla erogazione dei LEA. Questa considerazione deriva anche dall'analisi delle progettualità in cui il risultato finale non è stato completamente raggiunto: la metodologia seguita ha permesso di consolidare gli elementi che consentiranno il futuro raggiungimento degli obiettivi. Tale risultato è attribuibile anche al percorso di costante confronto e condivisione dei temi e delle criticità con gli altri sistemi regionali e con il CCM del Ministero della Salute che lo ha caratterizzato.

Obiettivi generali

Gli obiettivi generali del PRP 2005-2007 sono stati identificati all'inizio del percorso in modo coerente con le indicazioni provenienti dai sottogruppi nazionali, ai quali la Regione Marche ha cercato di fornire un contributo diretto e costante per quasi tutte le linee



progettuali. Ciò ha consentito di mantenere gli obiettivi strategici, apportando nel corso degli anni aggiustamenti soprattutto sui tempi di realizzazione che in più circostanze sono risultati maggiori di quanto previsto.

Tra le principali criticità che hanno trasversalmente ostacolato la piena realizzazione delle linee progettuali previste possono essere citati:

- un allungamento dei tempi utili all'implementazione delle azioni previste, legato a fattori contingenti di varia natura (vedi ad esempio l'insorgenza della pandemia influenzale da nuovo virus A/H1N1 del 2009), che hanno determinato rimodulazioni all'interno del periodo di tempo totale ma che non hanno inficiato i risultati finali (es: incidenti domestici, stradali e infortuni sul lavoro), in altri casi hanno comportato la ridefinizione degli obiettivi raggiungibili nell'intero periodo (es: sistema informativo vaccinazioni, screening oncologici con particolare riferimento alla messa a regime dello screening del colon - retto);
- la non sostenibilità della diffusione su tutto il territorio regionale di pratiche pur valide;
- il difficile raggiungimento del target potenziale identificato;
- il difficile coinvolgimento di alcuni gruppi di interesse strategici per l'attivazione di determinate azioni progettuali anche per il mancato coinvolgimento in fase di stesura progettuale.

Di seguito si riportano, in sintesi, i risultati e le principali criticità rilevate nell'attuazione delle singole linee progettuali collegate al PRP 2005-2009, con la finalità di produrre indicazioni utili alla definizione delle priorità regionali per l'attivazione del nuovo PRP.

Contrasto alla obesità

la linea progettuale non ha subito rallentamenti o modifiche significative rispetto a quanto pianificato. I risultati maggiormente significativi raggiunti sono stati:

- Messa a regime di una rete di sorveglianza nutrizionale della popolazione attraverso i SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione, raccordati con la Rete delle U.O. di Epidemiologia;
- sistematica azione di orientamento ad un corretto stile di vita alimentare, sia nei ragazzi che nelle famiglie, associata alla fase di sorveglianza;
- miglioramento della capacità operativa integrata tra strutture del SSR, Scuola e Pediatri di Libera Scelta.

Le criticità rilevate suggerivano di intervenire per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- cercare di coinvolgere ambiti numerici sempre più ampi, con particolare riferimento ai genitori dei ragazzi;
- intensificare i contatti con i Pediatri di Libera Scelta al fine di condividere con loro un piano d'azione;
- attivare strategie di coinvolgimento dei Decisori al fine di ottenere la piena partecipazione nel percorso intrapreso di rimodellamento dell'atteggiamento verso stili di vita orientati al contrasto all'obesità.

Il mantenimento di una periodica sorveglianza (riproposizione della indagine Okkio ogni 2 - 3 anni) e delle successive azioni di comunicazione, risponde alle indicazioni previste dal nuovo PNP e risulta azione prioritaria per la regione Marche.

GA



Le azioni realizzate e previste dovranno essere non solo consolidate ma sostenute ed ampliate al fine di favorire la loro evoluzione da ambiti progettuali ad azioni di normali processi operativi del SSR.

Sorveglianza degli Incidenti stradali e incidenti domestici

la linea progettuale non ha subito rallentamenti o modifiche significative ed ha prodotto i seguenti risultati più significativi:

- il rafforzamento della rete epidemiologica delle Marche, che ha condotto in merito indagini specifiche come lo studio multicentrico sulle fratture degli anziani da incidente domestico l'integrazione con il progetto "Passi" non inserito nel PNP, ma ormai consolidata fonte a regime di informazione sugli stili di vita;
- l'attivazione della rete regionale che partecipa al sistema di sorveglianza degli incidenti domestici (SINIACA);
- la sperimentazione di azioni di prevenzione sul campo di interventi per la prevenzione degli incidenti stradali e degli incidenti domestici;

Il mantenimento della sorveglianza sui comportamenti alla guida (riproposizione periodica del progetto Ulisse ogni 2 - 3 anni) e la revisione del sistema di sorveglianza SINIACA, rappresentano i principali obiettivi per il futuro. In particolare, all'attivazione della rete regionale per il monitoraggio degli incidenti domestici non ha fatto seguito la sua messa a regime e attualmente il SINIACA acquisisce dati solo da due punti di rilevazione e quindi risultano prioritarie le azioni finalizzate ad un suo potenziamento, in termini di estensione e di istituzionalizzazione del sistema.

Sia per la prevenzione degli incidenti domestici che per la prevenzione degli incidenti stradali appare necessario il rafforzamento della capacità di azione trasversale interistituzionale che risulta ancora essere un punto di forza da perseguire a livello regionale

Prevenzione degli infortuni sul lavoro

Anche questa linea progettuale non ha subito, nel PRP 2005-2007 rallentamenti o modifiche significative rispetto a quanto ipotizzato. La attiva partecipazione della Regione Marche ai tavoli di elaborazione progettuale nazionale ed il ruolo attivo in particolare di ISPEL e del coordinamento interregionale specifico nel supporto alle azioni regionali hanno rappresentato le basi per il raggiungimento degli obiettivi.

Il maggior punto di forza è risultato quello di permettere, una saldatura programmatoria tra i livelli centrali, non solo ministeriali, ma anche degli istituti centrali (INAIL ed ISPEL), e quelli territoriali. Non a caso, il sottocomitato CCM che ha indirizzato questa area di azione nel primo triennio di vigenza, aveva al proprio interno rappresentanti del Ministero della Salute, Ministero del Lavoro, INAIL, ISPEL e Regioni.

Tale situazione "centrale" molto favorevole, ha favorito senza dubbio il lavoro nel territorio, dove, a cascata, più facilmente sono risultate riproducibili le sinergie istituzionali. Nella regione Marche, questa situazione ha aiutato a far emergere una sostanziale "maturità" del sistema complessivo (parti sociali ed istituzioni) ed una diminuzione della autoreferenzialità delle singole componenti.

La difficoltà maggiore è risultata quella di riuscire a sostenere, con poche possibilità di incremento delle risorse umane disponibili, un aumento della quantità di lavoro



conseguente sia all'aumento di sensibilità della collettività verso il tema della sicurezza sui luoghi di lavoro, sia alla modifica di approccio metodologico che il PNP ha sollecitato.

Di particolare rilievo per il 2009, i risultati raggiunti con il completamento e la presentazione della ricerca sul ruolo degli RR.LL.SS. ed il potenziamento di alcune azioni di sostegno a tale figura, così come lo spedito avvio della predisposizione del piano regionale per la prevenzione in agricoltura-selvicoltura che è stato immediatamente consecutivo all'approvazione da parte delle regioni, del piano nazionale.

Quanto realizzato ha probabilmente contribuito ad ottenere, nel periodo di valutazione, un decremento degli infortuni sul lavoro. Gli indici infortunistici registrati nella regione Marche infatti, che in precedenza erano sistematicamente superiori alla media nazionale, si sono avvicinati ad essa. Si rammenta che nel 2000 la Regione Marche era al secondo posto nella graduatoria degli infortuni in negativo mentre attualmente risulta occupare una posizione tra l'ottavo ed il nono.

Con le azioni progettuali del nuovo PRP 2010 -2012 si tenderà a garantire continuità con quanto già realizzato.

Vaccinazioni

Questa linea progettuale ha subito nel corso del quadriennio sia rallentamenti che modifiche con parziale riduzione di obiettivi intermedi rispetto a quanto inizialmente ipotizzato.

Sono state identificate quattro linee di intervento che, in sintesi, riguardavano l'informatizzazione delle attività vaccinali, la razionalizzazione dei servizi di vaccinazione, la formazione del personale e l'attuazione del piano morbillo in base ai tempi del progetto nazionale con l'aggiunta dell'avvio della offerta attiva del vaccino contro l'HPV.

Principali risultati raggiunti sono stati:

- Definizione con DGR dello standard dei servizi vaccinali e del percorso per la riorganizzazione e l'adeguamento che è stato però applicato solo in circa il 50% dell'ASUR.
- Avvio dell'Anagrafe vaccinale informatizzata: lo strumento informatico è stato sperimentato nel corso del 2009 e alla fine del 2009 è stato pianificato un percorso formativo per gli operatori del territorio. Allo stato attuale comunque l'anagrafe informatizzata non è ancora fruibile sull'intero territorio regionale.
- Attuazione del Piano Morbillo e del Piano Nazionale Vaccini: con ulteriore miglioramento delle già buone performances di sistema. Negli ultimi anni si è aggiunta l'implementazione della vaccinazione anti papilloma virus (HPV) che si è avviata con circa sei mesi di ritardo rispetto alla maggioranza delle altre regioni italiane. Attualmente i tassi di copertura risultano nella media nazionale.

Sono molte le attività programmate ed attivate nel periodo 2005-2009 che si intendono proseguire, anche perché pienamente supportate dalle indicazioni del nuovo Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012. A cominciare dall'attivazione operativa dell'anagrafe vaccinale regionale. Inoltre, nel breve termine, dovrà essere modificato il calendario vaccinale regionale per prevedere l'inserimento delle vaccinazioni antimeningococco e antipneumococco le cui coperture vaccinali regionali, rispettivamente del 40 e del 45%, rappresentano ancora un punto debole e testimoniano la mancanza di strategie vaccinali efficaci.



Prevenzione delle complicanze del diabete

Il progetto si è basato essenzialmente sulla creazione di un Call Center pro attivo con la messa in rete di centri di diabetologia del SSR. Gli obiettivi della sperimentazione sono stati tutti raggiunti sia sul versante della messa in rete di tutti i centri di diabetologia delle marche che della erogazione della formazione a distanza a costi contenuti ma non è stato possibile superare le criticità dei costi legati al pagamento delle persone che debbono erogare la educazione a distanza impedendo la messa a regime nel tempo del sistema Call Center. L'iniziativa già roduta tuttavia rimane nelle potenzialità del sistema regionale. In funzione però della rete informatica tra centri di diabetologia e della costituzione di un data base clinico diabetologico unico, che risiede nella struttura informatica della regione, si è deciso di sfruttare questa infrastruttura oramai a regime per avviare un circolo virtuoso di misurazione, controllo ed azione clinica mirata direttamente alla "prevenzione delle complicanze del diabete", con particolare riguardo a quella cardiovascolare.

Prevenzione del rischio cardiovascolare

Con il PRP 2005-2007 è stato implementato un progetto che rappresentava uno studio pilota finalizzato a valutare la fattibilità e l'efficacia di un modello assolutamente innovativo di "Disease and Care Management" nel migliorare il profilo di rischio cardiovascolare della popolazione generale. Il progetto ha coinvolto anche la Regione Abruzzo.

Il modello valutato nel progetto prevedeva la creazione di una "Equipe Assistenziale" diretta dal Medico di medicina generale (MMG) e costituita dallo stesso MMG, dall'Infermiere (Care manager), dal Paziente e da eventuali Specialisti. Il principale aspetto innovativo del modello di *Disease management* in studio era rappresentato dalla partecipazione del paziente al proprio piano di salute, dalla sinergia di lavoro realizzata dall'equipe assistenziale e dalla figura del *care manager* che svolgeva una vera e propria attività di *coaching* nella motivazione, informazione, supporto e consegna di materiali al paziente.

Tutti gli obiettivi del progetto sono stati raggiunti nei tempi previsti. Il modello di Disease and care management si è dimostrato efficace da un punto di vista clinico e molto gradito a tutti gli attori coinvolti.

Sulla base dei risultati di questo progetto sperimentale la Regione Marche sta valutando la definizione di un piano di implementazione del Disease and care management in prevenzione cardiovascolare sul territorio regionale nel medio - lungo periodo.

Tale piano non può prescindere da un' utilizzo, più esteso della carta del rischio cardiovascolare che ha avuto, nel PRP 2005-2009 una diffusione non ottimale sul territorio regionale (8% negli adulti tra i 18 e i 69 anni - dato PASSI 2008). Una più larga diffusione di utilizzo della carta del rischio cardiovascolare mediante la ridefinizione di strategie e l'attivazione di progettualità, specificamente dedicate in particolare al Medico di Medicina Generale, sarà oggetto di una specifica progettualità all'interno del nuovo PRP 2010/2012 in quanto propedeutica al complessivo "Disease and care management".

Screening mammografico e della cervice

Dal 2005 la Regione Marche ha intrapreso un progetto di "Consolidamento dello screening del cancro della mammella e della cervice" recependo quanto contenuto nel Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 e nella legge 138/2004. Tali screening sono stati avviati tra il 2000 e il 2001 ma nel tempo si è resa necessaria una loro

G.A.



riprogettazione. La Regione Marche ha inteso adeguare il modello organizzativo dello screening della mammella e della cervice in un'ottica di Area Vasta e, per tale motivo ha svolto un lavoro di analisi delle criticità e di riprogettazione terminata con l'approvazione della DGR 1906 del 22.12.2008. Anche se tale progettazione ha subito, nel corso del quadriennio considerato dal PNP, rallentamenti e necessità di rimodulazione, il processo di consolidamento attivato – pur non ancora terminato- sull'intero territorio regionale ha garantito coerenza del programma di screening.

In tale contesto si è evidenziata una difformità di rilevazione dati e gestione informatizzata dello screening con realtà che si muovevano a fatica per cui si è resa necessaria la realizzazione di un sistema informativo, unico regionale, in grado di amministrare in modo completo ed efficiente tutte le fasi gestionali dello screening citologico. A partire dal 2008 la Regione Marche ha espletato tutte le pratiche atte ad acquisire tale sistema informativo, unico per i tre screening (Cervice, Mammella, Colon Retto), in linea con gli obiettivi indicati dal Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 e successive modificazioni. Lo sviluppo di un software gestionale e la sua implementazione consente alla Regione Marche di migliorare il livello di attivazione, conduzione e monitoraggio dei programmi di screening, portando benefici funzionali per gli operatori dei servizi e gli altri soggetti istituzionali coinvolti, che si riflettono positivamente sulla popolazione target.

Il precedente PRP ha anche avviato una stretta collaborazione con i MMG il cui ruolo è entrato anche formalmente a far parte del Gruppo di Coordinamento Regionale e dei Gruppi Tecnico – Scientifici di ciascuno screening.

Nello specifico dello screening citologico a completamento dei programmi di prevenzione nella nostra regione si è attivata a partire dall'ottobre 2008 la campagna vaccinale anti HPV che si rifletterà sulla storia naturale del tumore e si auspica possa tradursi in un miglioramento sostanziale del modello preventivo.

Screening del colon – retto

Nel periodo febbraio-agosto 2007, nella Zona Territoriale n° 3 di Fano, individuata come "pilota", è stata condotta la prima sperimentazione di questo screening a cui è seguita una fase di valutazione della sperimentazione stessa. Nel dicembre 2008 è stata approvata la Delibera 1906 "Linee Guida per l'organizzazione del programma prevenire è volersi bene: lo screening del collo dell'utero, della mammella e del colon-retto nella Regione Marche e dei relativi protocolli diagnostico-terapeutici". L'allargamento all'intero territorio regionale della offerta dello screening del colon retto è iniziato nel corso del 2009.

L'obiettivo generale del progetto consiste nell'attivare e quindi consolidare il programma organizzato di screening del tumore del colon-retto, attraverso una forte azione di coordinamento regionale e l'attuazione del percorso in Area Vasta.

In tale contesto si è resa necessaria la realizzazione di un sistema informativo, unico regionale, in grado di amministrare in modo completo ed efficiente tutte le fasi gestionali dello screening del colon-retto.

Anche lo screening del colon-retto beneficerà dell'implementazione del software gestionale. Nei primi mesi di avvio del programma su tutte le Zone Territoriali ASUR si sono registrate alcune criticità che hanno riguardato principalmente: il sistema informativo, la collaborazione con i Medici di Medicina Generale per una migliore identificazione della popolazione target, l'organizzazione del secondo livello di screening (le liste di attesa per l'effettuazione delle colonscopie in alcune ZZ.TT. superano i valori standard previsti).

7



Delibera PRP 2010-2012

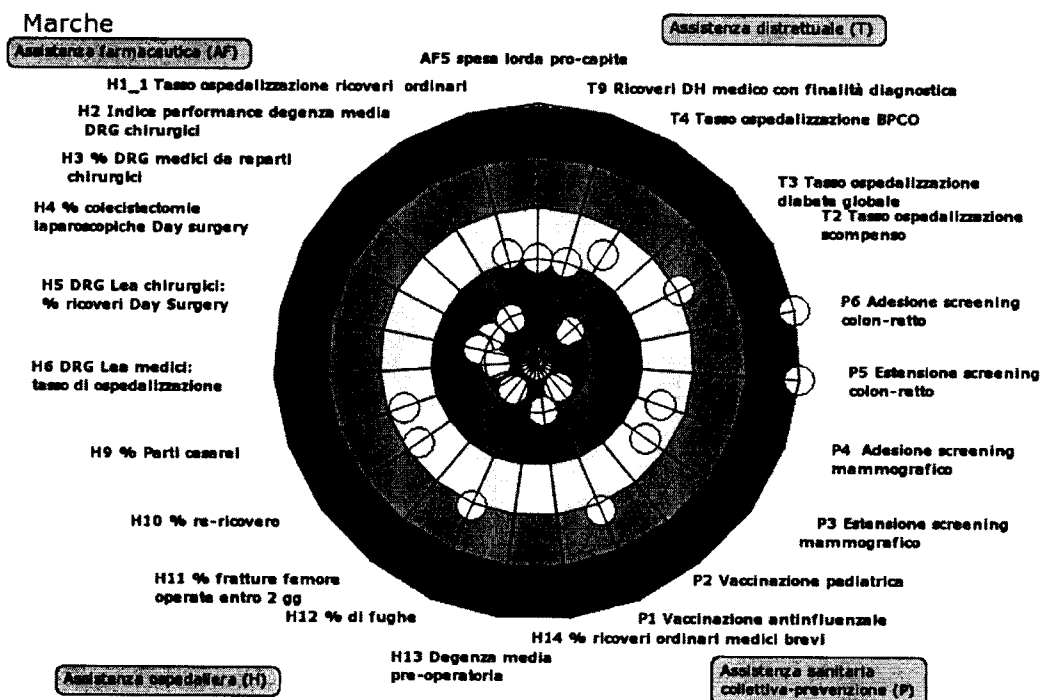
Tra le attività che si intende mantenere, anche per questo screening come per i precedenti, risulta opportuno dare continuità al processo formativo di tutto il personale coinvolto.

Infine, anche per lo screening dei tumori del colon-retto, si ritiene opportuno procedere ad una formalizzazione del ruolo del Medico di Medicina Generale all'interno del Gruppo di Coordinamento e del Gruppo Tecnico Scientifico.

Recentemente il Ministero della Salute ha affidato al Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa l'elaborazione, in via sperimentale, di un primo gruppo di indicatori per misurare l'appropriatezza, l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari erogati

Nella figura sottostante è rappresentato il bersaglio relativo al Sistema Sanitario Regionale delle Marche. Dalla valutazione di questa analisi di performance appare evidente che la Regione Marche debba considerare quale area prioritaria quella degli screening oncologici, con particolare riferimento, appunto, allo screening per la prevenzione dei tumori del colon retto.

Il bersaglio regionale



3.3. Sistemi regionali di sorveglianza epidemiologica: criticità e opportunità

Le azioni di sorveglianza epidemiologica attivate in ambito regionale vengono di seguito descritte, tenendo presente che rappresentano una attività strategica per l'analisi di



contesto, l'individuazione delle priorità in Sanità Pubblica, il monitoraggio degli interventi intrapresi e quindi risultano fondamentali in tutte le fasi del PRP 2010/2012.

3.3.1. I Sistemi di sorveglianza epidemiologica a sostegno del PRP

La sorveglianza epidemiologica degli stili di vita

Gli stili di vita non salutari quali fumo, alcool, alimentazione scorretta, sedentarietà svolgono un ruolo importante nella genesi delle malattie croniche non trasmissibili e costituiscono causa di mortalità e morbosità nella popolazione con rilevanti costi sanitari e sociali.

Di seguito si riporta lo stato dei sistemi di sorveglianza epidemiologica, che forniscono su queste tematiche informazioni su tutte le fasce di popolazione, nelle Marche.

➤ PASSI

Questo sistema di sorveglianza indaga mediante questionari telefonici aspetti relativi allo stato di salute della popolazione 18-69 anni di età.

La Regione Marche vi ha aderito fin dal 2005, con il coordinamento affidato alla Rete Epidemiologica dei Dipartimenti di Prevenzione. Dall'anno 2007 il sistema è da considerarsi a regime in tutte le aree territoriali e vengono effettuate circa 1.110 interviste / anno.

➤ PASSI d'Argento

L'obiettivo di PASSI d'Argento è quello di elaborare e sperimentare un modello di indagine sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei servizi nella terza età.

La Regione Marche ha aderito al secondo anno di sperimentazione (2010) con una indagine pilota nella ZT 5 Jesi. Sono stati intervistati 320 soggetti residenti nei 21 Comuni dell'area territoriale.

Nella fase pilota regionale non si è riusciti ad attivare la collaborazione dei servizi sociali, per difficoltà organizzative di integrazione fra le due organizzazioni.

La diffusione della sorveglianza e la sua messa a regime non possono però prescindere da tale interazione che al momento risulta particolarmente critica anche per la esiguità delle risorse umane utilizzabili. Ciò anche in considerazione che la metodologia di questa sorveglianza (interviste strutturate ad anziani o parenti) richiede un impegno organizzativo di risorse umane molto elevato. In considerazione di ciò nel presente PRP è previsto solo uno studio di fattibilità della diffusione di Passi d'Argento, collegato con il programma di Promozione dell'Attività Motoria nella popolazione > 65 collaborando in questo modo anche alla valutazione di fattibilità nazionale della sorveglianza, al momento in atto.

➤ OKkio alla salute

Orientare la realizzazione di iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie è l'obiettivo di OKkio alla Salute, progetto per la realizzazione di un sistema di indagini sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica dei bambini delle scuole primarie (6-10 anni). La Regione Marche ha aderito al Sistema sin dalla prima fase conclusasi nel 2008. La rilevazione di sorveglianza

Y



seduta del 23 DIC 2010
delibera 1856

pag. 20

Delibera PRP 2010-2012

effettuata dalla rete dei SIAN sarà ripetuta nell'anno scolastico 2011-2012 ed è da considerarsi a regime.

➤ **HBSC**

Lo studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare*) ha lo scopo di incrementare le conoscenze circa la salute dei giovani (11, 13 e 15enni), con particolare attenzione alle abitudini alimentari e all'immagine corporea, all'attività fisica e al tempo libero, ai comportamenti a rischio, alla salute e al benessere percepito, al contesto familiare, al gruppo dei pari e all'ambiente scolastico.

La Regione Marche ha partecipato alla sorveglianza attraverso la rete dei SIAN e questa sorveglianza è da considerarsi a regime.

La sorveglianza epidemiologica dell'incidentalità

➤ **Incidentalità domestica**

La sorveglianza epidemiologica dell'incidentalità domestica regionale si basa soprattutto sulla raccolta dati prevista dal progetto SINIACA (Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione). Negli anni scorsi sono emerse difficoltà nella concreta e puntuale introduzione dei dati di alcune U.O. di Pronto Soccorso, pertanto nel periodo di valenza di questo PRP è prevista la messa a regime del sistema mediante parziale revisione delle U.O. di Pronto Soccorso collaboranti.

➤ **Incidentalità stradale**

Nel periodo di valenza del precedente PRP sono stati condotti diversi studi regionali finalizzati alla conoscenza del fenomeno:

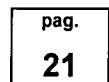
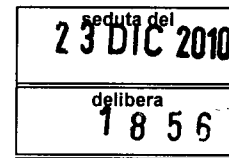
- * indagine sui comportamenti alla guida (ULISSE - Osservatorio nazionale sull'uso dei dispositivi di sicurezza - con l'obiettivo di rilevare su aree pilota la prevalenza d'uso delle cinture anteriori di sicurezza, del casco e del cellulare alla guida; la somministrazione di specifico questionario agli utenti dei centri per il rinnovo/rilascio patente di guida);
- * progetto europeo Safety-net, con rilevazioni su 260 incidenti. Tali rilevazioni sono state condotte, sul posto, da Tecnici della Prevenzione, con un'indagine approfondita o di tipo "in-depth", che consiste nella raccolta e nell'analisi con metodologie sistematiche di una notevole quantità di informazioni relative a un incidente stradale.

Il presente PRP prevede il mantenimento a regime con la ripetizione sistematica di ULISSE. Per l'inquadramento epidemiologico del fenomeno è fondamentale l'utilizzo dei dati del flusso nazionale ISTAT/ACI.

3.3.2. Altri Sistemi di sorveglianza epidemiologica per il PRP

➤ **CedAP**

Il Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) fornisce informazioni di carattere sanitario, epidemiologico e socio-demografico attraverso la rilevazione degli eventi di nascita, di



Delibera PRP 2010-2012

nati-mortalità e di nati affetti da malformazioni, dati rilevanti ai fini della Sanità pubblica, necessari per la programmazione sanitaria.

Il sistema, in ambito regionale, sta passando dalla raccolta cartacea a quella informatizzata presso i punti nascita e questo consentirà una rapida acquisizione dei dati. Poiché ciò è fondamentale per la misurazione del primo indicatore del progetto di promozione dell'allattamento al seno, all'interno della progettualità verranno previste azioni che facilitino questo passaggio.

➤ **Malattie infettive**

La sorveglianza delle malattie infettive è affidata nelle Marche al Sistema informativo delle malattie infettive (Simi), basato sulle segnalazioni dei medici ed attualmente in fase di revisione e riorganizzazione. Nell'ambito del presente PRP, si prevede il passaggio al Sistema informativo specifico nell'ambito dell' N-SIS.

➤ **I flussi informativi per la sicurezza nei luoghi di lavoro**

La Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome, l'INAIL e l'ISPESL hanno varato un progetto, denominato "Nuovi Flussi Informativi", finalizzato a produrre un sistema informativo integrato per la conoscenza più precisa dei danni alla salute legati all'attività lavorativa.

Accanto a questo progetto sono nati i sistemi di sorveglianza attiva degli infortuni mortali e gravi (INFORMO) e delle malattie professionali (MALPROF) che con metodologie diverse registrano, analizzano e comunicano agli operatori e ai portatori di interesse i dati relativi ad eventi avversi che si verificano nei diversi ambiti di lavoro. Le Marche attraverso i SPSAL dei Dipartimenti di Prevenzione, ed un Coordinamento Regionale, hanno aderito sin dalle prime fasi all'implementazione di tale sistema di sorveglianza che confluirà a breve nel Sistema Informativo Nazionale della Prevenzione (SINP) previsto dall'art. 8 del D.Lgs 81/08.

3.3.3. Altri Sistemi di sorveglianza per la Sanità Pubblica

All'interno di alcune linee progettuali del presente PRP è prevista l'istituzione dei seguenti registri:

- Diabete di tipo 2,
- Ipoacusia moderata/severa del bambino 0-6 anni
- Ipoacusia del bambino 0-6 anni

E' prevista inoltre l'attivazione, dei seguenti flussi informativi:

- Sistema di sorveglianza regionale allattamento al seno

Nell'ambito del progetto di promozione dell'allattamento al seno è prevista l'istituzione di un sistema di sorveglianza specifico;

- Bilanci di Salute Informatizzati

Nell'ambito dei progetti che coinvolgono l'età pediatrica è prevista l'informatizzazione dei bilanci di salute eseguiti da Pediatra di Libera Scelta (PLS) e la loro restituzione alla Regione, che attraverso di essi monitorizzerà lo stato di salute della popolazione pediatrica 0-6 anni.

7



seduta del 23 DIC 2010
delibera 1856

pag. 22

Delibera PRP 2010-2012

Dalle banche dati provenienti dal CedAP (con minime integrazioni), dal sistema di sorveglianza sull'allattamento al seno e dai bilanci di salute dei PLS si potrà ottenere una "fotografia" del percorso nascita e dello stato di salute della popolazione 0-6 anni della regione

Per quanto riguarda i sistemi di sorveglianza, va ricordato che in ambito regionale ne sono attivi diversi altri che forniscono informazioni utili per gli interventi di Sanità Pubblica. In questa sede sono stati citati quelli direttamente collegati al PRP, ma va ricordato che nell'ambito del riordino regionale, avviato dalla citata Legge 17/2010, una delle opportunità sarà proprio quella di riorganizzare e potenziare le complesse attività di sorveglianza, con la revisione dei sistemi già operativi e l'attivazione altri (come il Registro Tumori ed il Registro Nominativo delle Cause di Morte regionali).

3.3.4. Le criticità rilevate dai sistemi di sorveglianza

A completamento della breve analisi dei principali sistemi di sorveglianza utili per il monitoraggio del PRP, si rimanda alla successiva tabella compresa nel capitolo 5 dove è riportato un quadro riassuntivo con alcuni indicatori epidemiologici che sono risultati utili per l'individuazione delle linee progettuali da attivare nell'ambito del PRP 2010-2012 e le relative priorità.

4. La programmazione regionale

Obiettivi di prevenzione significativi sono stati raggiunti nell'ultimo quinquennio successivamente alla emanazione delle due deliberazioni organizzative dell'area della prevenzione, ovvero la già citata DGR 54/04 (linee guida per i dipartimenti di prevenzione) e la DGR 866/04 (istituzione della rete epidemiologica regionale).

Fondamentali sono risultate per il raggiungimento di tali obiettivi le deliberazioni di giunta 899/05 e 77/06 con le quali sono state approvate le linee progettuali previste dal Piano Nazionale della Prevenzione 2005 – 2007, poi riprese nel P.S.R. 2007 – 2009.

Nel periodo storico di valenza del PRP 2005-2007, prorogato poi sino al 2009 il sistema della prevenzione è stato supportato dalla redazione, approvazione e realizzazione dei progetti CCM "Sostegno alle funzioni di interfaccia tra le Regioni e Province Autonome ed il Centro Nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie" per gli anni 2005-2006, 2007, 2008. I finanziamenti centrali hanno infatti supportato:

- Il coordinamento regionale delle attività di prevenzione
- Lo sviluppo delle linee progettuali di promozione della salute previste nel PRP e nel successivo "Guadagnare Salute"
- La sperimentazione e lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza sugli stili di vita (Passi, Passi d'Argento, Okkio alla salute, SINIACA, Ulisse)
- La progettazione e la realizzazione del sistema regionale integrato per la risposta alle emergenze in sanità pubblica concretamente e positivamente sperimentata sul campo in occasione della pandemia influenzale 2009
- L'avvio del percorso per l'adeguamento del sistema informativo per le malattie infettive al N-SIS nazionale

7



seduta del 23 DIC 2010
delibera 1856

pag. 23

Delibera PRP 2010-2012

- L'avvio del percorso informativo e formativo a sostegno della prima implementazione dei regolamenti europei per la prevenzione del rischio chimico negli ambienti di vita e di lavoro denominati "REACH" e "CLP".

Ulteriori deliberazioni regionali approvate nell'ultimo triennio, avevano già avviato percorsi di supporto ad obiettivi che trovano conferma nelle linee di intervento identificate dal nuovo PNP 2010 – 2012 e che trovano naturale prosecuzione nel PRP della Regione Marche:

- le linee progettuali di contrasto al fumo di sigaretta, all'uso incongruo di alcol, all'obesità e di promozione della attività motoria, trovano supporto nelle DGR 1045/2009 e 940/2010 che avviano nelle Marche il programma interministeriale "Guadagnare Salute"
- le linee progettuali di prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro, trovano supporto nella DGR 875/08 che aggiorna il comitato di coordinamento alle previsioni del D.Lgs 81/08 e nelle medesime DGR 1045/2009 e 940/2010 che implementano alcuni contenuti del DPCM 17.12.07 "patto per la salute nei luoghi di lavoro", in particolare per la prevenzione nei comparti edilizia ed agricoltura
- le linee progettuali per il controllo e la prevenzione delle malattie infettive trovano supporto nella DGR 256/07 (linee guida per la prevenzione e sorveglianza della TB), D.D.5/2009 (programma di sorveglianza per la lotta alla zanzara tigre e malattie associate), DGR 1622/10 (aggiornamento della offerta vaccinale regionale)
- le linee progettuali per il miglioramento della gestione integrata ASUR/ARPAM dei rischi ambientali per la salute umana, trovano sostegno nella DGR 1500/09 che istituisce l'osservatorio di epidemiologia ambientale, nella DGR 1501/09 che definisce le procedure per la gestione integrata dei pareri per la valutazione dei siti inquinati, nella DGR 562/10 che avvia nella regione l'implementazione del regolamento europeo 2006/1907 REACH
- il programma per la messa a regime dei tre screening per la prevenzione dei tumori della mammella, cervice e colon retto, trova supporto nella DGR 1906/08 che riorganizza completamente l'offerta a seguito dell'analisi dati realizzata a seguito del PRP 2005-2007
- la linea progettuale per la messa a regime degli screening neonatali della ipoacusia moderata e severa trova supporto nella DGR 1839/09.

Sul versante del supporto alla trasversalità degli interventi si identificano almeno:

- la DGR 377/08 contenente il terzo protocollo d'intesa Regione Marche – INAIL per le attività di promozione e la DGR 2230/09 contenente il secondo protocollo d'intesa Regione Marche Direzione Regionale del Lavoro, per il coordinamento delle attività di vigilanza nei luoghi di lavoro;
- la DGR 1483/10 contenente Protocollo d'Intesa tra Regione Marche e Ufficio Scolastico Regionale, approvato con lo scopo di avviare formalmente un rapporto atto a favorire e sostenere lo svolgimento a livello scolastico di attività, iniziative e progetti di qualità nel campo della promozione ed educazione alla salute;
- gli accordi integrativi regionali con i medici di medicina generale (DGR 751/07) e con i pediatri di libera scelta (DGR 1399/09) che contengono già gli strumenti per



la implementazione del governo clinico territoriale in accordo con i titolari delle scelte dei cittadini, particolarmente rilevanti per il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del rischio cardiovascolare mediante diffusione della carta del rischio, degli screening uditivi neonatali, della prevenzione della ipovisione e della carie in età pediatrica;

Inoltre l'INRCA, riconosciuto come riferimento regionale per gli studi sull'invecchiamento, sosterrà una sperimentazione con i Distretti sanitari per l'utilizzo della valutazione multidimensionale come strumento di prevenzione della disabilità nella popolazione anziana.

Il PRP 2010 - 2012 sarà invece il momento di avvio programmatico per la sperimentazione di un percorso di medicina predittiva teso a migliorare i percorsi di screening in donne con alto rischio individuale di ca della mammella, così come sarà il momento per l'avvio di un programma regionale per la messa a regime di buone pratiche già esistenti di controllo delle infezioni ospedaliere.

5. Le priorità del PRP 2010-2012

Nella definizione delle priorità su cui intervenire con il Piano Regionale di Prevenzione sono state considerate le indicazioni alle Regioni specificate nell'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010. L'Intesa ha stabilito che le Regioni si impegnassero ad adottare i propri Piani Regionali di Prevenzione prevedendo:

- i. la continuità delle attività del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 e successive proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti;
- ii. lo sviluppo di ciascuna delle macro aree individuate dal PNP 2010-2012 ed, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale;
- iii. la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal PNP 2010-2012 in quanto strumento essenziale di conoscenza ad uso del monitoraggio, della valutazione e della riprogrammazione del Piano.

Per definire il congruo numero di linee d'intervento da attivare si è provveduto ad analizzare il contesto epidemiologico regionale, tarando le scelte in coerenza con le linee di indirizzo strategico della programmazione sanitaria (come ad esempio il Piano Sanitario Regionale 2010-2012), così come riportato nei precedenti paragrafi.

5.1. Macroarea Medicina predittiva

La medicina predittiva è per la prima volta contemplata in un piano di prevenzione regionale. Le decisioni nazionali tendenti a conferire alla medicina predittiva dignità di macroarea nel PNP 2010-2012 vincolano anche la Regione Marche a dover identificare progetti rispondenti alle indicazioni dell'Intesa Stato Regioni del 29 aprile 2010 (identificare un congruo numero di linee d'intervento per ciascuna macroarea del PNP), ancorché non necessariamente collegati a bisogni prioritari per il territorio e la popolazione regionale.



Nelle Marche è attiva dai primi mesi del 2010 la rete regionale per la medicina molecolare (DGR n. 574 del 15/03/2010 "Obiettivo e linee di indirizzo per la realizzazione della rete regionale di medicina molecolare"). Il primo tentativo di coniugare le attività già in essere con le necessità derivanti dal nuovo PNP risiede nell'attivazione di un progetto finalizzato al miglioramento dell'accessibilità alle attività di prevenzione per il cancro della mammella attraverso la gestione del rischio individuale su base familiare.

La valutazione delle criticità collegate al PRP 2005-2009 ha inoltre evidenziato la necessità di estendere l'uso della carta del rischio cardiovascolare che ha avuto una diffusione non ottimale sul territorio regionale (8% negli adulti tra i 18 e i 69 anni - dato PASSI 2008). Pertanto si rende necessario definire e attivare progettualità specificamente dedicate alla diffusione della carta del rischio cardiovascolare quale buona pratica clinica, in particolare da parte del Medico di Medicina Generale.

5.2. Macroarea Prevenzione universale

Nell'ambito della macroarea "Prevenzione universale", storicamente oggetto delle azioni intraprese dai Dipartimenti di Prevenzione, sono molte le linee d'intervento identificate ed implementabili attraverso il nuovo PRP. Particolare attenzione è stata rivolta nel garantire la continuità delle azioni previste dal precedente PRP e attivate nel periodo 2005-2009. Sono in sostanziale continuità con il precedente PRP le seguenti linee progettuali:

- linea progettuale sulla prevenzione degli incidenti stradali con l'obiettivo di focalizzare l'attenzione in particolare sulla popolazione dei giovani-adulti (18-25 anni);
- Linee progettuali dedicate alla sicurezza negli ambienti di lavoro, con particolare riferimento all'edilizia e all'agricoltura;
- linea progettuale sulla prevenzione degli incidenti domestici, con particolare riferimento alla prevenzione degli incidenti nei bambini (0-4 anni);
- linea progettuale sulle malattie prevenibili con vaccinazioni per risolvere nello specifico il problema dell'informatizzazione delle anagrafi vaccinali ed introduzione delle vaccinazioni antipneumococcica e antimeningococcica nel calendario vaccinale dell'infanzia.

Nell'identificazione delle linee d'intervento prioritarie è stata, inoltre, data rilevanza a linee progettuali che pur non essendo in continuità con quanto previsto nel precedente PRP si presentano come linee d'intervento necessarie al fine di gestire fenomeni a rilevante impatto epidemiologico o socio-sanitario. Tra queste possono essere classificate le seguenti linee progettuali:

- linea progettuale sulle infezioni ospedaliere correlate all'assistenza sanitaria con particolare attenzione al miglioramento dell'appropriatezza delle pratiche assistenziali;
- linea progettuale sulla tubercolosi, con particolare riferimento alle modalità di gestione dei casi di tubercolosi e all'identificazione precoce dei casi nella popolazione immigrata;
- linea progettuale dedicata alla prevenzione di Chikungunya, Dengue, West Nile Disease e principali zoonosi;
- linea progettuale sul controllo ufficiale degli alimenti;



seduta del 23 DIC 2010
delibera 1856

pag. 26

Delibera PRP 2010-2012

- linea progettuale relativa alla tematica "Ambiente e salute" con particolare riferimento alla gestione integrata dei siti inquinati, anche attraverso la realizzazione di iniziative formative per operatori sanitari e ambientali in materia di analisi del rischio nelle aree soggette a bonifica, prevedendo di strutturare rapporti interistituzionali che possano facilitare il percorso previsto dal Piano Sanitario Regionale 2010-2012.

Particolare spazio è stato assegnato alle progettualità collegate agli obiettivi del programma nazionale Guadagnare Salute che sono stati avviati nelle Marche attraverso le DGR n. 1045/09 e 940/10.

Pertanto le seguenti linee progettuali sono state identificate come prioritarie per la necessità di sostenere politiche di promozione della salute oltre che per il rilievo delle tematiche affrontate e le ricadute attese in termini di guadagno di salute per la popolazione:

- linea progettuale finalizzata al contenimento dell'obesità, con particolare riferimento al consumo di frutta nella popolazione scolastica;
- linea progettuale dedicata alla promozione dell'allattamento esclusivo al seno con la finalità, tra le altre, di contenere il fenomeno dell'obesità infantile;
- linea progettuale finalizzata alla comunicazione dei dati di sorveglianza relativi allo stato nutrizionale della popolazione, con il particolare obiettivo di diffondere conoscenze sui determinanti di salute e facilitare scelte di vita salutari;
- linea progettuale finalizzata a promuovere l'attività fisica nella popolazione generale;
- linee progettuali finalizzate allo sviluppo della consapevolezza e delle abilità necessarie, negli adolescenti, per compiere scelte in favore della salute ed evitare le conseguenze dei comportamenti di abuso in particolare in relazione all'abuso di sostanze alcoliche;
- linee progettuali finalizzate a ridurre la prevalenza dei fumatori, con un progetto dedicato alla popolazione generale mediante l'attivazione di reti per il contrasto e il trattamento del tabagismo sul territorio regionale e un progetto dedicato alle donne fumatrici in gravidanza.

5.3. Macroarea Prevenzione nella popolazione a rischio

Nella macroarea 3, prevenzione della popolazione a rischio, sono ricomprese attività di prevenzione secondaria tra le quali le linee progettuali relative agli screening oncologici. Si tratta di linee d'intervento in piena continuità con il precedente PRP e come dimostrato (capitolo 3.2) vi sono ampie motivazioni per dare priorità ad interventi finalizzati al miglioramento dei percorsi di screening.

Le ulteriori linee d'intervento che rientrano nella macroarea 3 si riferiscono ad ambiti mai contemplati dal sistema della prevenzione regionale: per la prima volta saranno attivate sull'intero territorio regionale azioni finalizzate alla prevenzione della ipoacusia, dell'ipovisione e della carie in età pediatrica. La scelta di tali aree d'intervento, oltre a rispondere a criteri epidemiologici di priorità, trova nella essenziale attivazione dei Pediatri di Libera Scelta, attraverso lo strumento dei bilanci di salute, un elemento di operatività trasversale che garantisce efficacia d'intervento e che

GA



rende la scelta di priorità coerente con le aree d'intervento previste dal PNP e rivolta ad ottenere risultati di salute realisticamente raggiungibili.

5.4. Macroarea Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

L'ultima macroarea del PNP, dedicata alla prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia, vede l'attivazione di tre linee progettuali. La prima è dedicata al problema del diabete, linea d'intervento che il PNP inserisce nella macroarea 3 e che nelle Marche si è deciso di inserire, più coerentemente, nella Macroarea 4, perché completamente finalizzata al contrasto delle complicanze della malattia. Alcuni indicatori regionali presentano valori migliorabili se confrontati con quelli medi nazionali. Al di là del criterio epidemiologico la priorità di tale intervento è principalmente da ricercare nel dare continuità a quanto implementato nel periodo 2005-2009.

Il secondo intervento previsto in questa macroarea è finalizzato all'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento e dall'incremento delle disabilità. In questo caso la scelta di priorità nasce non tanto da elementi di carattere normativo o epidemiologico ma dalla necessità, e al contempo dalla opportunità, di sostenere un progetto già finanziato dal CCM nel 2010, con fondi dedicati al sostegno a progetti strategici di interesse nazionale. L'opportunità per il PRP consiste nel poter effettuare approfondimenti epidemiologici a sostegno di attività preventive dedicate alla popolazione che invecchia; il contesto è quello di uno studio finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza assistenziale ospedale-territorio, alla luce dell'aumento delle patologie di natura cronico-degenerativa che comportano una sempre maggiore attenzione alla fase successiva dell'evento acuto gestibile, tra i diversi settings assistenziali extraospedalieri, a livello domiciliare.

L'ultima linea identificata come prioritaria è finalizzata a sostenere un progetto che vada nella direzione, ancora poco percorsa, dell'healthy ageing, sempre più necessaria in una popolazione che invecchia progressivamente; il progetto è volto a promuovere l'attività fisica negli anziani (popolazione > 65 anni) e uno degli obiettivi progettuali è quello di attivare un'indagine di prevalenza sugli stili di vita negli anziani dando particolare rilevanza agli aspetti di sostegno al sistema di sorveglianza Passi d'argento, la cui attivazione sarà decisa previo studio di fattibilità.

5.5. Sintesi delle scelte di priorità

Nella seguente tabella si riportano le linee d'intervento identificate, per sintetizzare "a colpo d'occhio" le motivazioni che hanno determinato l'attribuzione delle priorità per la Regione Marche: ad ogni linea progettuale è attribuita una o più etichette di "rilevanza" a seconda delle motivazioni prevalenti che hanno comportato la scelta di priorità:

E – Rilevanza epidemiologica. L'analisi di contesto regionale dimostra l'esistenza di una criticità meritevole di risoluzione attraverso l'implementazione di progetti dedicati.

C – Continuità. Rispondendo a quanto previsto dall'Intesa Stato Regioni del 29 aprile 2010 alcune linee d'intervento sono state inserite nel PRP per dare continuità alle attività del PNP 2005-2007 e successive proroghe, specie per



seduta del 23 DIC 2010
delibera 1856

pag. 28

Delibera PRP 2010-2012

quanto riguarda le linee d'intervento che nel corso degli anni hanno dimostrato le maggiori criticità o la necessità di perfezionare la progettazione per un miglioramento delle azioni d'intervento.

N - Norme regionali. Così come il PNP vuole essere, nella forma e nella sostanza, il capitolo del nuovo Piano Sanitario Nazionale dedicato alla prevenzione, anche il PRP deve essere coerentemente inserito nel contesto di riferimento normativo regionale. Nelle Marche, dove il PSR per il triennio 2010-2012 è già stato adottato anticipando nella tempistica il PRP 2010-2012, la scelta è quella di considerare il PRP quale Piano attuativo per buona parte delle indicazioni strategiche definite dal PSR per il settore della prevenzione collettiva. Alcune linee d'intervento dunque sono state considerate prioritarie perché rispondenti alle indicazioni di priorità stabilite con atti e norme regionali come il PSR.

S - Sorveglianza epidemiologica. Sebbene il PNP non dedichi una macroarea alla sorveglianza epidemiologica e la messa a regime degli stessi sistemi di sorveglianza non risponda alle logiche della misurazione dell'efficacia degli interventi preventivi in termini di guadagno di salute per la popolazione target, si ritiene comunque opportuno mettere a regime i principali sistemi di sorveglianza epidemiologica a sostegno della conoscenza e delle azioni di monitoraggio e valutazione del PRP. Alcune progettualità sono dunque state selezionate come prioritarie perché il loro sviluppo contempla, fra le azioni progettuali, anche quelle dedicate al miglioramento dei sistemi di sorveglianza epidemiologica previsti dal PNP.

7



23 DIC 2010
delibera
1856

pag.
29

Delibera PRP 2010-2012

PRP Marche 2010 – 2012. Scelta delle linee d'intervento: analisi delle priorità

ID/Linea d'intervento	Indicatore sintetico	Dato regionale	Standard o Dato nazionale	Rilevanza			
				E	C	S	N
1.1.1 Carta del rischio cardiovascolare	% persone alle quali è stato calcolato il rischio utilizzando la carta	8%	7%				x
1.1.2 Tumori della mammella: gestione del rischio individuale	Tasso incidenza tumore mammella (su 100.000 abitanti)	86.3/100.000 (1999/2000 prov MC femmine)					x
2.1.1 Incidenti stradali: Insieme per la sicurezza	- Indice mortalità: IM (morti su 100 incidenti) - Indice lesività: IL (feriti su 100 incidenti)	IM = 1.9 (2008) IL = 144.5 (2008)	IM = 2.2 (2008) IL = 141.9 (2008)	x	x	x	
2.2.1 attuazione regionale del Piano Nazionale di Prevenzione in edilizia	Infortuni Mortali n. infortuni mortali/tot infortuni x 1000	0,8 ‰ (2000) 2,5 ‰ (2008)	Atteso 0 ‰	x	x		x
2.2.2 incentivazione delle attività di Prevenzione e Sicurezza nel comparto Agricolo Forestale	Infortuni Mortali n. infortuni mortali/tot infortuni x 1000	0,8 ‰ (2000) 2,5 ‰ (2008)	Atteso 0 ‰	x	x		x
2.3.1 Prevenzione incidenti domestici: Casa sicura	- % di chi ha riferito bassa possibilità di subire ID; - % di chi ha ricevuto informazioni sugli ID	90% 25%	91% 28%	x	x	x	
2.4.1 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	Copertura con vaccino anti-pneumococcico e anti-meningococcico	45% e 40%	Soglia 80% Desiderabile > 90%	x	x	x	
2.5.1 Controllo delle Infezioni correlate all'assistenza ospedaliera	Complicità infettiva/totale pazienti ricoverati x100	5-10%	< 5%	x			
2.6.1 Prevenzione della Tubercolosi	Notifiche di TBC/ 100.000 su residenti italiani e notifiche di TBC/ 100.000 su residenti stranieri	5,1 e 37,2 (anno 2007)		x			x
2.6.2 Lotta alle malattie trasmesse da vettore e principali zoonosi	- N. casi salmonellosi enterica/10.000 abitanti anno - Numero medio di uova per ovitrappola per Comune	1caso/10.000 ('09) 8,8 (Pesaro'10)	0,54 casi /10.000 (EFSA, 2008). <50 uova			x	x
2.7.1 Ambiente e salute: gestione integrata dei siti inquinati	- N. siti inquinati da bonificare inseriti in anagrafe regionale (2000-2007) - N siti inquinati di interesse nazionale	392 2				x	x
2.8.1 Controlli nel settore alimentare	- N. casi salmonellosi enterica/10.000 abitanti anno	1 caso/10.000 abitanti nel 2009	0,54 casi /10.000 (EFSA, 2008) n.d.				x
2.9.1 Promozione dell'allattamento al seno	- N° neonati sani in AS esclusivo alla dimissione dal PN / n° neonati sani dimessi - N° bambini in AS esclusivo a 6 mesi/ n° bambini di 6 mesi	66,4% (2002) 21,3% (2002)	OMS: esclusivo > 90% OMS: AS esclusivo a 6 mesi ≥ 50%			x	x
2.9.2 Promozione del consumo di frutta: Più frutta più benessere	- Assunzione five a day - % popolazione sovrappeso e obesa 18/69 aa. - % popolazione sovrappeso e obesa 8/9 aa	10% 34% - 9% 23% - 10%	10% 32% - 11%	x	x	x	x
2.9.3 Comunicare per cambiare (HBSC, OKkio, Passi)	- % popolazione sovrappeso e obesa 15 aa	15% - 2%				x	
2.9.4 Programma di promozione dell'attività fisica: Gente in Gamba (5-64 anni)	- Soggetti sedentari - Prevalenza di obesità e sovrappeso 8/9 aa - Prevalenza di obesità e sovrappeso 15 aa	24% 33 % (10%+23%) 17% (15%+2%)	28%	x			
2.9.5 Intervento per la riduzione dei consumatori di alcol a rischio	- Consumo alcol a rischio - Binge drinking - Forti bevitori - Guida sotto effetto alcol	21% 8% 11% 13%	20% 6% 10% 13%	x			
2.9.6 Lotta al tabagismo	% Fumatori	50% non fumatori 30% fumatori 20% ex fumatori	50% 31% 19%				



Delibera PRP 2010-2012

ID/Linea d'intervento	Indicatore sintetico	Dato regionale	Standard o Dato nazionale	Rilevanza			
				E	E	E	E
2.9.7 Mamme libere dal fumo	- Prevalenza giovani donne fumatrici (donne in età fertile)	28%	20% dato nazionale	x			x
2.9.8 Unplugged	Esperienze di ubriachezza nei 15-enni M Esperienze di ubriachezza nei 15-enni F	17,5% 12,7%	16,7% 10,8%	x			
3.1.1 Miglioramento programma Screening per carcinoma cervice uterina	- Estensione corretta - Adesione corretta	99,5 % (2009) 42,8 % (2009)	89 % 41,7%	x	x		x
3.1.2 Miglioramento programma Screening per carcinoma mammella	- Estensione Corretta - Adesione Corretta	86,3 % (2009) 53,9 % (2009)	75,9 % 60,3 %	x	x		x
3.1.3 Miglioramento programma Screening per carcinoma colon-retto	- Adesione Corretta	44,9 % (2009, Progetto pilota)	45% Standard Giscor	x	x		x
3.2.1 Prevenzione della carie in età pediatrica	N° bambini di 4 o 5-6 anni con carie/totale bambini 4 o 5-6 anni	12% a 4 anni	Standard OMS: < 15% a 4 anni < 10 % a 5-6 anni	x			
3.3.1 Screening neonatale ipovisione	- % neonati screenati/totale nati - % bambini controllati/ totale bambini pari età	Stima 55% NR	Ideale 100% Ideale 100%	x			
3.4.1 Screening neonatale ipoacusia	- Età media (in mesi) alla diagnosi in bambini 0-10 anni con ipoacusia ≥ 40 dB; - Età media (in mesi) all'inizio terapia in bambini 0-10 anni con ipoacusia ≥ 40 dB; - Punti nascita che effettuano lo screening; - Ospedali che effettuano screening differenziato secondo i FR.	- 22 mesi (2008) - > 12 mesi nell'88% dei casi 75% 25%	≥ 95% a 3 mesi di vita ≥ 90% a 6 mesi di vita 100% 100%	x			
4.1.1 Prevenzione complicanze diabete	- % pazienti a target per HbA1c (≤ 7%); - % pazienti a target per LDLc (≤ 100 mg/dl)	56,8% (Annali 2008) 34,8% (Annali 2008)	43,8% (Annali 2010) 41,8% (Annali 2010)	x	x		x
4.2.1 Valutazione multidimensionale dell'anziano	Speranza di vita alla nascita M Speranza di vita alla nascita F	79,8 anni 85,2 anni	78,9 anni 84,1 anni	x			x
4.2.2 Programma di promozione dell'attività fisica: Gente in Gamba (+65 anni)	Livelli di sedentarietà	Evidenze di aumento con l'età	Evidenze di aumento con l'età				x

E = Rilevanza epidemiologica; C = Continuità; S = Sorveglianza epidemiologica; N = Norme regionali



seduta del
23 DIC 2010
delibera
1856

pag.
31

Delibera PRP 2010-2012

ALLEGATO B

**Regione Marche
Piano Regionale di Prevenzione 2010 – 2012
Piano Operativo**

Macro Area	N.	Titolo del Progetto
1	1.1	Implementazione dell'uso della funzione del rischio cardiovascolare nella Medicina Generale delle Marche
1	1.2	Il percorso per la gestione del rischio individuale su base familiare per il tumore della mammella
2	1.1	Insieme per la sicurezza
2	2.1	"Sicuri di essere sicuri?": incentivazione delle attività di Prevenzione e Sicurezza nel comparto edile.
2	2.2	"Lavorare per vivere": incentivazione delle attività di Prevenzione e Sicurezza nel comparto Agricolo-Forestale
2	3.1	Casa sicura
2	4.1	Programma di prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione nelle Marche
2	5.1	Progetto di controllo delle infezioni correlate all'assistenza per la Regione Marche
2	6.1	Prevenzione della TBC nelle Marche
2	6.2	Lotta a Chikungunya, West Nile Disease, Dengue e principali zoonosi
2	7.1	Ambiente e salute: gestione integrata dei siti inquinati
2	7.2	Implementazione del sistema REACH-CLP per la tutela della salute umana
2	8.1	Miglioramento dell'efficacia dei controlli ufficiali degli alimenti sulla base delle evidenze
2	9.1	"Allattamento al seno: promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno nelle strutture ospedaliere e territoriali
2	9.2	Più Frutta Più benessere
2	9.3	Sorvegliamo-Comunichiamo per cambiare. Passi, OKKio alla Salute, HBSC: lo stato nutrizionale della popolazione
2	9.4	Programma di promozione dell'attività fisica nelle Marche: Gente in Gamba 5-64
2	9.5	Peer education: alcol e guida sicura
2	9.6	Reti locali degli operatori socio-sanitari per il contrasto e il trattamento del tabagismo
2	9.7	Mamme libere dal fumo
2	9.8	Un - Plugged. Programma di prevenzione scolastica basato sul modello dell'influenza sociale
3	1.1	Miglioramento del programma di screening per il carcinoma della cervice uterina
3	1.2	Miglioramento del programma di screening per il carcinoma della mammella
3	1.3	Miglioramento del programma di screening per il carcinoma del colon-retto
3	2.1	"Bambini Sorri-Denti": prevenzione della carie in età pediatrica
3	3.1	"Non perdiamoci di vista": prevenzione dell'ipovisione in età pediatrica
3	4.1	Screening neonatale dell'ipoacusia moderata/profonda
4	1.1	Diabete tipo 2: non compliciamoci la vita
4	2.1	La definizione del case mix nelle cure domiciliari: implementazione del sistema RUG nelle Marche
4	2.2	Promozione dell'attività fisica per invecchiare in salute: Gente in Gamba +65



1.1.1 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 1

Titolo: Implementazione dell'uso della funzione del rischio cardiovascolare nella Medicina Generale delle Marche

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale di cui in tabella 1: 1.1 " prevenzione della mortalità e della morbosità mediante la valutazione del rischio individuale"

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 1.1.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento: la carta e il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti semplici e obiettivi utilizzabili dal medico per stimare la probabilità che il proprio paziente ha di andare incontro a un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) nei 10 anni successivi. Nella determinazione del punteggio si utilizzano i valori di sei fattori principali (sesso, presenza di diabete, abitudine al fumo, età, valori di pressione arteriosa sistolica e colesterolemia) allo scopo di pervenire ad un valore numerico rappresentativo del livello di rischio del paziente: il calcolo del punteggio può essere ripetuto nel tempo, consentendo di valutare variazioni del livello di rischio legate agli effetti di specifiche terapie farmacologiche o a variazioni apportate agli stili di vita. Il calcolo del rischio cardiovascolare è inoltre un importante strumento per la comunicazione del rischio individuale al paziente, anche allo scopo di promuovere la modifica di abitudini di vita scorrette. Dai dati che risultano dalla sorveglianza PASSI, riferiti da persone di età 35/69 anni senza patologie cardiovascolari, solo l'8% degli intervistati ha dichiarato di aver avuto il calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare (dato nazionale 7%, Passi 2007/2009).

Scopi generali: la prevenzione delle malattie cardiovascolari è uno degli obiettivi del Piano della Prevenzione; la carta o il punteggio individuale del rischio cardiovascolare sono strumenti utili per identificare le persone a rischio, alle quali mirare trattamento e consigli specifici. Il progetto intende promuovere la diffusione dell'utilizzo del punteggio di rischio attraverso un percorso formativo pilota rivolto ai medici di medicina generale (MMG).

Fasi di articolazione ed attività: le Equipes Territoriali (ET) sono aggregazioni funzionali della MG, individuate ed operanti ai sensi del vigente AIR per la MG della Regione Marche; hanno finora dimostrato una elevata capacità aggregativa dei MMG attraverso la realizzazione di numerosi progetti. Le ET, costituite dai MMG, dai Medici della Continuità Assistenziale e dai Pediatri di Libera Scelta, hanno una dimensione che di solito coincide col Distretto di appartenenza o con una sub unità di esso (in caso di Distretti con una popolazione molto numerosa). In genere sono costituite da un minimo di 15 ad un massimo di 30 MMG. Ogni ET si è dotata di un Piano di Lavoro Annuale (PLA) autonomo che ha portato a realizzazioni differenti a seconda delle esigenze assistenziali del distretto di appartenenza.

Un piano che desideri implementare nel livello delle Cure Primarie la valutazione del RCV ed effettuare interventi mirati alla sua riduzione nella popolazione marchigiana trova nella rete delle 56 ET esistenti una organizzazione funzionale già strutturata ed operante.

L'adesione al progetto pilota di un numero "ristretto" di ET (in cui il Coordinatore e/o i MMG che ne fanno parte sono fortemente motivati a partecipare al progetto) porterebbe a risultati più facilmente valutabili e riproducibili su vasta scala: l'adesione prevista per tale progetto prevede un minimo di 5 ET (cioè 1 per ciascuna Area Vasta, anche per un criterio di equa distribuzione su tutto il territorio regionale); ciò significa (stimando che ogni ET è composta da circa 20 MMG e che ogni MMG ha in carico in media 1000 assistiti) che lo studio e l'impatto successivo interesserebbe circa 100.000 cittadini residenti nelle Marche (all'incirca il 6 % della popolazione). Il reclutamento delle ET avverrà tramite il coinvolgimento dei Coordinatori che dovranno essere convocati ad una riunione preliminare per spiegare il progetto; l'adesione sarà su base volontaristica tenendo conto che il progetto sarà inserito all'interno del nuovo Accordo Integrativo



23 DIC 2010
delibera
1856

pag.
33

Delibera PRP 2010-2012

Regionale per la MG, al fine di incentivare la partecipazione della MG sia al progetto che alla sua successiva fase di applicazione.

Una volta individuate le ET sarà organizzato un Corso di Formazione per i Coordinatori e i MMG aderenti al fine di istruire i partecipanti alla corretta valutazione clinica del Rischio CV e alla definizione e raggiungimento dei target terapeutici. Risulta strategico in tale progetto il necessario supporto che il MMG deve ricevere dal collaboratore di studio (IP, segretaria, OSS) che lo affianchi nelle attività di analisi del data base, revisione degli elenchi dei pazienti a rischio cardiovascolare e in tutte le attività previste dal piano e che richiedono l'attuazione di modalità di lavoro proprie della medicina di iniziativa (selezione popolazione a rischio, convocazione dei pazienti, registrazione dati, visite su appuntamento, fino all'ambulatorio dedicato per patologia etc. etc.)

Le fasi di articolazione del progetto sono così riassumibili: una prima fase vede, come sopra detto, l'arruolamento e l'adesione delle ET e dei MMG che le compongono. Si rende necessario un corso di formazione che oltre a spiegare il progetto, gli obiettivi e le sue fasi, formi i MMG alla corretta valutazione del RCV e alla gestione appropriata delle risorse diagnostiche e terapeutiche. A questa formazione potrebbe partecipare anche il personale di studio dell'ambulatorio del MMG.

Una seconda fase (immediatamente successiva) prevede la valutazione dell'utilizzo fin qui operata delle Carte RCV e l'Algoritmo del Progetto Cuore dell'ISS dalla MG Marchigiana. Il dato è ricavabile interrogando i data base usati dai MMG. Sarà così possibile sapere in quale percentuale sono state usate le Carte del Rischio o l'Algoritmo, su quali popolazioni di pazienti e con quali risultati sui target nella prevenzione primaria. Determinante in questa fase la funzione dei collaboratori di studio per l'analisi dei data base.

Una terza fase vedrà le ET applicare il Punteggio di Rischio CV in maniera attiva sulla popolazione a rischio degli assistiti che in passato non erano stati valutati.

La quarta fase verrà attuata con una strategia di intervento sui Fattori di Rischio Cv mediante l'empowerment del paziente (effettuato mediante l'educazione ad un corretto stile di vita agendo mediante un Counselling strutturato efficace) ed il miglioramento dell'appropriatezza terapeutica

La quinta fase riguarderà la valutazione dei risultati raggiunti.

In seguito (fase di sviluppo futuro) si potrà anche valutare la riduzione del livello di rischio su popolazioni selezionate (diabetici, ipertesi, dismetabolici, dislipidemic) ed il raggiungimento dei target terapeutici secondo i livelli definiti dalle Linee Guida validate per questo progetto.

Attori e portatori d'interesse: i gruppi coinvolti o da coinvolgere sono: MMG, Direzioni dei Distretti Sanitari, Associazioni dei Pazienti Cardiopatici e Diabetici.

Criticità: identificazione delle equipe territoriali ed adesione dei singoli medici: si cercherà di superare tali criticità attraverso la sensibilizzazione dei referenti, l'attività di formazione e la gestione dell'accordo integrativo regionale per la Medicina Generale.

Beneficiari: Popolazione 35-69 anni assistita dai MMG partecipanti al progetto pilota

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: Riduzione del Rischio CV e degli eventi attesi

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° di Equipe Territoriali di MMG partecipanti	Nota ufficiale di adesione	0	5 Equipe Territoriali partecipanti			
Percentuale dei MMG partecipanti per Equipe Territoriale	Nota ufficiale di adesione	0	20%		40%	
Implementazione del calcolo del RCV sulla popolazione generale e/o a rischio assistita dai MMG delle ET	Archivi MMG (estrattori informatici)	0			Aumento del 10% del valore calcolato al 31/12/2011	



1.1.2 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 1 Il percorso per la gestione del rischio individuale su base familiare per il tumore della mammella

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale di cui in tabella 1: 1.1 "prevenzione della mortalità e della morbosità mediante la valutazione del rischio individuale"

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 1.1.2

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Razionale dell'intervento

Le neoplasie su base ereditaria rappresentano nel loro insieme meno del 10% di tutti i casi di tumore. Si sviluppano e diventano clinicamente evidenti in giovane età e hanno alla base mutazioni genetiche che, per la maggior parte dei casi, hanno una modalità di trasmissione autosomica dominante a penetranza variabile in relazione al tipo di mutazione.

Data la relativa rarità, i tumori a base ereditaria rappresentano un interesse di nicchia ma la rilevanza sociale non è trascurabile a causa della giovane età degli affetti e dello stato d'ansia dei familiari consanguinei che spesso percepiscono un elevato livello di rischio di sviluppare a loro volta la malattia e si rivolgono alle strutture sanitarie alla ricerca di strumenti per diminuire la loro probabilità di ammalare o di morire per quel tumore.

Tra i fattori utili a definire il rischio individuale di carcinoma mammario la storia familiare ha molta importanza, come è stato confermato da recenti studi di biologia e genetica molecolare.

C'è evidenza in letteratura che quando una donna ha una parente di primo grado con cancro della mammella il suo rischio è doppio o triplo.

Vi sono diversi fattori di rischio per il cancro al seno, alcuni dei quali prevenibili. Più dell'80 per cento dei casi di tumore del seno colpisce donne sopra i 50 anni. La familiarità rappresenta un fattore di rischio: circa il 10 per cento delle donne con tumore del seno ha più di un familiare malato (soprattutto nei casi giovanili). Da un punto di vista genetico sono stati individuati dei geni che predispongono a questo tipo di tumore: sono il BRCA1 e il BRCA2. Le mutazioni di questi geni sono responsabili del 50 per cento circa delle forme ereditarie di cancro del seno e dell'ovaio. Anche gli ormoni rivestono un ruolo importante di fatto svariati studi hanno dimostrato che un uso eccessivo di estrogeni facilitano la comparsa del cancro al seno. Per questo tutti i fattori che ne aumentano la presenza hanno un effetto negativo e viceversa (per esempio, le gravidanze, che riducono la produzione degli estrogeni da parte dell'organismo, hanno un effetto protettivo).

La medicina predittiva si pone come medicina dell'individualità che per realizzarsi richiede una crescita culturale e di profonda innovazione nelle conoscenze mediche.

La medicina predittiva per il cancro al seno verrà sviluppata nel rispetto dell'art. 12 della convenzione di Oviedo e nel rispetto delle linee nazionali per lo sviluppo dei tests genetici.

Obiettivi

Obiettivo 1: Incremento della capacità di identificazione dei soggetti ad alta probabilità di carcinoma mammario su base ereditaria

Obiettivo 2: corretta valutazione del rischio;

Obiettivo 3: integrazione delle nuove tecnologie nell'offerta preventiva su base ereditaria.

Fasi, attività, Risultati attesi

Attività 1. omogeneizzare percorso di prevenzione del cancro della mammella attraverso la gestione del rischio individuale su base familiare

1.1 Ricognizione delle attività regionali in campo genetico

7



Delibera PRP 2010-2012

- 1.2 Predisposizione delle linee guida regionali in un'ottica integrata
- 1.3 Formalizzazione di un PDT per tumori eredo familiari della mammella
- 1.4 Sperimentazione
- Attività 3. Realizzazione campagna informativa per la sperimentazione
 - 3.1 Creazione di un pacchetto informativo (depliant, locandine, messaggi promozionali ...)
 - 3.2 Avvio attività promozionali
- Attività 4. Progetto pilota di formazione relativamente alla problematica dei tumori ereditari
 - 4.1 Incontri formativi per professionalità
 - 4.2 Seminari per MMG
 - 4.3 Audit clinici
- Attività 5. Analisi dei costi della sperimentazione
 - 5.1 Attivazione gruppo di lavoro per analisi costi
 - 5.2 Progettazione scheda di rilevazione costi
 - 5.3 Analisi costi

Risultato atteso 1: Verifica del modello di valutazione del rischio secondo le linee guida regionali
 Risultato atteso 2: attivazione e consolidamento di un programma organizzato per la gestione del rischio individuale su base familiare per il tumore della mammella sull'intero territorio regionale, in ottica di Area Vasta.

Gruppi d'interesse coinvolti o da coinvolgere

Enti coinvolti: Servizio Salute, Direzione Sanitaria ASUR, Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche NORD, Referenti screening per Area Vasta. Associazioni di volontariato: LILT, Associazione Noi come Prima, Federazione Oncologica Marchigiana, etc.

Beneficiari: soggetti identificati come portatori di un rischio individuale di malattia (target)

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

- Obiettivo 1: Riduzione tassi di mortalità per tumore ereditario della mammella
- Obiettivo 2: Diagnosi precoce di tumore ereditario della mammella

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
PDT in un'ottica integrata con triage	DGR	0	100%		0	
Progettazione scheda di rilevazione costi	Scheda di monitoraggio per ogni unità	0	NA		90%	
Mappatura dei sistemi diagnostici	Protocollo	0	100%		0	
Requisiti di qualità	Fomalizzazione documento sui requisiti di qualità	0	NA		100%	
Incontri formativi per professionalità	Numero incontri	0	60%		40%	

GA

7



2.1.1 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2

Titolo: Insieme per la sicurezza (Insieme X la Sicurezza)

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella 1: 2.1 "riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali".

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.1.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento

Gli incidenti stradali in Italia sono la principale causa di morte e di disabilità nella popolazione sotto i 40 anni ed il 25% dei decessi per tale causa interessa i ragazzi con meno di 24 anni. Nel 2007, secondo la fonte ISTAT-ACI, gli incidenti stradali nella provincia di Pesaro e Urbino sono stati 1.609, con 31 morti e 2.234 feriti, il rapporto di mortalità "RM" (indice che esprime il numero di decessi ogni 100 incidenti in un anno) risulta di 1,39, dato in linea con i valori regionali e nazionali.

La riduzione degli incidenti e del RM osservata in questi ultimi anni è legata ad una serie di fattori tra i quali: l'introduzione di normative più rigorose in materia di sicurezza stradale; una maggiore efficienza dei servizi di primo soccorso e delle strutture sanitarie in genere; le numerose iniziative formative e campagne informative - educative per la diffusione di comportamenti alla guida corretti, promosse dal Piano Nazionale di Sicurezza Stradale, dal Piano Nazionale della Prevenzione e dai Piani Regionali.

In Italia e in generale in Europa, tuttavia, il problema degli incidenti stradali rimane estremamente grave in termini di rischio di morte, di invalidità permanente, con conseguenti costi sociali ed economici rilevanti.

Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è infatti attribuibile alla guida in stato di ebbrezza.

Dai dati della Sorveglianza PASSI su area vasta (PU) risulta che il 17% dei soggetti intervistati di età 18/69 anni dichiara di avere recentemente guidato sotto l'effetto dell'alcol; l'abitudine a guidare in stato di ebbrezza è più frequente nel sesso maschile (25%) rispetto al sesso femminile (5%), la fascia di età con l'incidenza maggiore è quella 18/34 anni e infine il 9% dichiara di essere salito in auto con un conducente sotto l'effetto dell'alcol.

Per quanto riguarda le *persone che utilizzano i dispositivi di protezione individuale*, sempre dai dati Passi 2009 emerge che il 95% degli intervistati dichiara di usare sempre il casco quando va in moto, l'83% dichiara di usare sempre in auto la cintura anteriore ed il 22% dichiara di usare sempre la cintura di sicurezza posteriore.

L'incidentalità stradale risulta un importante argomento di Sanità Pubblica. A livello preventivo sono azioni di provata efficacia il controllo della guida in stato di ebbrezza e l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza (casco, cinture e seggiolini); inoltre si sono rivelati incisivi gli interventi che hanno coinvolto sia adulti sia coetanei.

Scopi generali

Riduzione della mortalità da incidente stradale dei ragazzi di età 15-24 anni, nella provincia di Pesaro Urbino.

Fasi di articolazione ed attività

Il progetto pilota, che verrà effettuato in una Area Vasta, prevede l'integrazione di diversi interventi in diversi contesti.

Per quanto riguarda il **contesto educativo** l'intervento riguarderà le **scuole guida** e le scuole di guida sicura. In questi ambiti verrà effettuata la formazione di operatori delle scuole guida e la formazione diretta di ragazzi di età 15-24 anni tramite l'azione di peer educators, con l'obiettivo di promuovere nei ragazzi l'acquisizione di adeguate conoscenze sui rischi legati alla sicurezza stradale.

7



Delibera PRP 2010-2012

L'intervento nei **contesti del divertimento** si basa sulla formazione di gestori e personale dei locali discoteche. Anche in questo caso è prevista anche la formazione diretta di ragazzi di età 15-24 anni tramite l'azione di peer educators con le stesse finalità di promozione della salute.

Una ulteriore linea di intervento prevede la formazione di una **Equipe multidisciplinare operativa**, che poi esplicherà la propria attività intervenendo nei luoghi del divertimento(feste paesane, sagre, carnevale discoteche) con finalità educative.

Attori e Gruppi d'interesse, coinvolti o da coinvolgere

Volontari del soccorso, Enti e amministratori locali, Forze dell' ordine, Gestori e operatori di pubblici esercizi, Gestori e operatori di locali da ballo, Organizzatori di eventi, Associazione delle scuole guida, Referenti per il patentino nelle scuole, Associazioni di scuole di guida sicura, Associazioni di volontariato.

Criticità

Ridotta adesione dei Responsabili delle Scuole Guida e dei Gestori dei Locali.

Beneficiari: ragazzi di età 15-24 anni

Obiettivi di salute (e/o di processo) perseguiti

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
% Scuole Guida coinvolte al 31/12/2011	Nota ufficiale adesione progetto	0	≥ 70%			
% dei Gestori dei locali coinvolti al 31/12/2011	Nota ufficiale adesione progetto	0	≥ 30%			
N° interventi Equipe Multidisciplinare	Nota informativa Responsabili Equipes	0			Presenza in almeno 5 eventi	
Report relativo alla fattibilità nelle altre Arre Vaste	Atto ufficiale	0			Realizzazione e report	

7



seduta del 23 DIC 2010
delibera 1856

pag. 38

Delibera PRP 2010-2012

2.2.1 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2

Titolo: "Sicuri di essere sicuri?": attuazione regionale del Piano Nazionale di Prevenzione in edilizia

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella1: 2.2 Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali o con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio.

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.2.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento

Il comparto edilizia è gravato da indici infortunistici particolarmente elevati, anche se in costante diminuzione, come indicato dai dati epidemiologici nazionali derivanti dai flussi informativi INAIL –ex ISPESL – Regioni attivi dal 2002. Il trend dei dati regionali, elaborati dal gruppo di lavoro interistituzionale (D.D. 2/SAP 04/2008), è scaricabile dal sito www.marcheinsalute.it. Tra le cause più frequenti di infortuni gravi e mortali, si individuano le cadute dall'alto. Tra i fattori di rischio riconosciuti in modo oggettivo vanno evidenziati almeno la estrema dinamicità della organizzazione del cantiere, la frequente catena di appalti che tende a "diluire" l'effettività della catena delle responsabilità, la destrutturazione della "impresa" edile con il risultato che il lavoratore edile, nelle Marche, in circa la metà dei casi risulta essere lavoratore autonomo (dati NFI 2008 Marche: 51.582 addetti di cui 24.175 lavoratori autonomi).

Per i motivi sopra evidenziati il Patto per la Salute nei Luoghi di Lavoro (DPCM 17.12.2007) prevede il piano nazionale di prevenzione per l'edilizia tra i tre da realizzare prioritariamente. Nella Regione Marche sin dal 2005 è in atto una programmazione organica delle attività di prevenzione nel comparto in questione; con l'inserimento nel PRP 2010 – 2012, tale programmazione verrà resa maggiormente coerente con il piano nazionale, al fine di tentare un miglioramento della efficacia di sistema.

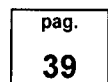
Scopi Generali

Lo scopo generale del progetto è la diminuzione degli infortuni mortali e gravi per caduta dall'alto nel settore delle costruzioni nello standard previsto dal Piano Nazionale del 15% in tre anni.

Fasi di articolazione ed attività

Le fasi di articolazione e le attività del progetto regionale ricalcheranno quelle del progetto nazionale così come decisi dalla cabina di regia alla quale partecipano anche le Regioni.

- o Vigilanza - sulla base di quattro parametri –popolazione residente, infortuni gravi, addetti al comparto, notifiche preliminari- ad ogni Regione è assegnata la quota di cantieri da ispezionare ogni anno, al fine di raggiungere l'obiettivo di 50.000 cantieri/anno sul territorio nazionale. L'obiettivo di copertura per le Marche è di 1500 – 1550 cantieri ispezionati/anno
- o Formazione: nel protocollo di intesa tra Regione Marche e Direzione Regionale del Lavoro, stipulato all'inizio del 2010, è stata prevista la realizzazione di un programma formativo congiunto degli operatori al fine di migliorare la qualità e la omogeneità della loro attività di informazione, assistenza e vigilanza.
- o Assistenza – è previsto il mantenimento degli sportelli informativi già operanti in tutte le ZZ.TT. dell'ASUR a favore di Committenti, Coordinatori per la Sicurezza e Imprese; relativamente al programma di prevenzione durante la costruzione delle Grandi Opere infrastrutturali, l'assistenza nei confronti dei soggetti destinatari verrà coordinata dallo specifico gruppo tecnico regionale.
- o Iniziativa straordinaria di informazione e comunicazione: già avviata a livello nazionale nell'ultimo trimestre 2010, promossa congiuntamente dai Ministeri della Salute e del Lavoro, INAIL e Regioni. La



Delibera PRP 2010-2012

Regione, congiuntamente all'INAIL Direzione Regionale Marche, previa approvazione da parte del comitato ex art. 7 D.Lgs 81/08, provvederà alla programmazione e diffusione mediante mass – media locali almeno alla diffusione dei materiali concordati e predisposti a livello nazionale (materiali informativi, 3 video, pubblicizzazione del sito nazionale www.prevenzionecantieri.it), nei tempi e modi concordati nella cabina di regia nazionale.

Attori e portatori d'interesse

Dal dicembre 2008 il nuovo comitato ex art. 7 del D.Lgs 81/08 che comprende tutte le istituzioni e le parti sociali coinvolte nelle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro. Il metodo di lavoro consolidato prevede la individuazione di obiettivi di salute e sicurezza da perseguire svolgendo ciascuno il proprio ruolo. In questo contesto gli attori sono anche i portatori di interesse specifico. Il tavolo istituzionale è affiancato da un tavolo specifico per le attività di promozione in edilizia presso la direzione regionale INAIL che coinvolge anche gli organismi bilaterali dell'edilizia sia aderenti all'industria (CPT) che all'artigianato (Edilart). Tale tavolo è lo strumento operativo riconosciuto da tutto il sistema per la stesura e verifica dei programmi.

Criticità

La principale criticità sarà rappresentata dalla capacità del sistema delle reti regionali interessate a raccordarsi con quanto verrà concordato a livello nazionale. Ciò in relazione soprattutto a storie differenziate di approccio tra strutture del SSR e delle Direzioni Provinciali del Lavoro. E' poi indispensabile affrontare il problema della efficacia preventiva delle azioni messe in campo, se del caso predisponendo uno studio ad hoc interregionale. Infine una variabile indipendente dal progetto, potrebbe risultare dalle modifiche della attività "produttiva" del comparto, conseguenti alla crisi economica in corso.

Beneficiari

Addetti a vario titolo al comparto (lavoratori subordinati, datori di lavoro e lavoratori autonomi – circa 50.000 operatori) e addetti alla prevenzione

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

Riduzione degli infortuni gravi e mortali; miglioramento della diffusione e della omogeneità di intervento da parte degli operatori delle pubbliche amministrazioni; acquisizione di specifiche competenze e capacità da parte degli operatori addetti del comparto nella conoscenza di buone prassi di lavoro

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
% di cantieri ispezionati sul totale previsto dal piano nazionale	Notifiche cantieri edili, monitoraggio regionale attività di vigilanza	>90%	>90%		>90%	
% di ispezioni coordinate SSR – DPL su totale ispezioni	Monitoraggio regionale attività di vigilanza	0	>10%		>15%	
Piano di comunicazione straordinario regionale	Atti INAIL e Regione Marche	0	Effettuazione > 80% programma		Effettuazione 100% programma	
Rilascio procedure buone prassi per Grandi Opere	Atti regione Marche	0	2 procedure formalizzate		2 procedure formalizzate	
Formazione integrata operatori ASUR - DPL	Atti Regione Marche e ASUR	0	2 corsi formazione svolti		1 corso di formazione svolto	



2.2.2 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2

Titolo: "Lavorare per vivere": incentivazione delle attività di Prevenzione e Sicurezza nel comparto Agricolo - Forestale.

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella1: 2.2 "Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali o con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio".

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.2.2

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Razionale dell'Intervento

Gli infortuni prevalenti in agricoltura derivano dallo schiacciamento del corpo intero o parti del corpo a seguito di ribaltamento dei mezzi semoventi, trascinarsi/impigliamento da organi mobili di trasmissione o da organi lavoratori, colpiti da macchine in movimento, organi lavoratori o da proiezione di materiale e/o frammenti di parti meccaniche rotte.

Scopi Generali

Gli obiettivi vengono di seguito declinati con valenza sequenziale ritenendo che un programma di controllo regionale organico nel comparto agricoltura/selvicoltura, debba essere necessariamente preceduto da un'adeguata formazione degli operatori addetti alla vigilanza e dalla formazione/informazione dei lavoratori, dei datori di lavoro, degli organismi di rappresentanza, nonché una attività di informazione e sensibilizzazione generale al tema. Tali obiettivi sono pertanto: contribuire al raggiungimento degli obiettivi nazionali di miglioramento delle conoscenze della realtà produttiva e formazione degli operatori; sostenere l'informazione e la formazione per la promozione di comportamenti corretti da parte dei vari attori; collaborare a livello nazionale per la individuazione delle buone prassi ed operare a livello territoriale per la loro applicazione; intervenire con piani di controllo sui rischi principali per la sicurezza e la salute.

Fasi di articolazione ed attività

Il progetto si articola in sostanza in sostanza su quattro processi fondamentali: l'alimentazione dei flussi relativi al registro nazionale macchine agricole ed agli infortuni gravi e mortali in agricoltura; il miglioramento dei percorsi di informazione e comunicazione volti a far acquisire maggior sensibilità e consapevolezza agli addetti alla commercializzazione ed all'uso di macchine ed attrezzature; il miglioramento delle capacità e competenze del personale degli SPSAL addetto ai processi di monitoraggio e controllo delle aziende agricole e dei lavoratori autonomi; l'attività di monitoraggio e controllo delle imprese agricole, effettuata con processi uniformi in ambito regionale e con l'ausilio di strumenti predisposti a livello nazionale (schede di sopralluogo). L'individuazione delle imprese viene effettuata secondo i criteri sanciti dal gruppo nazionale per la sicurezza in agricoltura. L'ultimo processo è strettamente vincolato dal un sub obiettivo finalizzato alla creazione di un'anagrafe regionale dell'imprese agricole.

Attori e portatori d'interesse

L'efficacia del piano non può prescindere da un forte impegno degli operatori del settore agricolo e forestale volto a modificare stili lavorativi e di approccio alla propria attività con l'assunzione di adeguati comportamenti operativi. Ruolo determinante è quello affidato agli operatori dei Servizi SPSAL addetti al monitoraggio e vigilanza delle attività e coinvolti anche nei processi formativi /assistenziali da attuare. Portatori d'interesse essenziali, fulcro dell'attività di comunicazione, sono le Associazioni di categoria e le OO.SS. individuate, in sinergia con l'INAIL, come veicolatori dei processi informativi e formativi. Altro portatore d'interesse fondamentale è l'Assessorato regionale all'agricoltura con la quale sono stati attivati



Delibera PRP 2010-2012

processi inerenti la riqualificazione di percorsi formativi destinati all'impresе, l'inserimento di requisiti sicurezza per l'accesso a finanziamenti di settore, la valutazione di eventuali finanziamenti, per l'adeguamento delle attrezzature. Processi di finanziamento da attivare nell'ambito della gestione della sicurezza del lavoro sono in fase di progettazione sul tavolo Regione, INAIL, parti sociali.

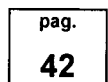
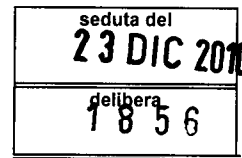
Criticità

La principale criticità è rappresentata dalla completa assenza di un'anagrafe delle imprese che deve essere assolutamente creata basandosi magari in questa prima fase sulle banche dati esistenti. Sicuramente la frammentazione delle imprese, il tessuto socio culturale, l'elevato turnover dovuto fra l'altro alla stagionalità delle lavorazioni, la presenza di lavoratori irregolari, offrono una significativa resistenza ai processi individuati dal piano come la formazione / informazione, l'adeguamento delle macchine e attrezzature, l'acquisizione di adeguati livelli comportamentali.

Beneficiari: addetti a vario titolo al comparto (lavoratori subordinati, piccoli imprenditori, coltivatori diretti – circa 25.000 operatori) e operatori della prevenzione

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: l'obiettivo di salute perseguito è quello della riduzione del 15% degli infortuni gravi e mortali nel comparto agricoltura . Tale obiettivo non può prescindere dal raggiungimento dei vari obiettivi di progetto prefissati. E' necessario per tanto che tutte le fasi del progetto siano attivate con le declinazioni sequenziali previste al fine di poter aver l'adeguata comunicazione dei processi informativi e formativi e quindi il raggiungimento degli obiettivi ad essi collegati. E' necessario mettere in campo le sinergie previste con i portatori d'interesse per innalzare i livelli di gestione del sistema sicurezza grazie al raggiungimento degli obiettivi finalizzati alla informazione / formazione degli addetti alla commercializzazione ed uso di macchine ed attrezzature di lavoro, all'adeguamento del vecchio parco macchine, alla predisposizione di omogenee attività di controllo messe in atto personale ispettivo qualificato afferente ai servizi PSAL.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Realizzazione Anagrafe delle aziende agricole	Assessorato Agricoltura , agenzie agricole, Data base servizi veterinari	0	Almeno il 40% delle imprese strutturate in anagrafe		Almeno il 70% delle imprese strutturate In anagrafe	
Formazione per gli operatori delle Zone	Regione Marche – ASUR	13 Operatori Formatati specificatamente	Almeno 25 operatori formati		Almeno 35 operatori formati	
Formazione e agg. di figure del sistema 'prevenzione' e docenti scuole professionali	Regione Marche – ASUR – Associazioni di categoria – OO.SS	0	Almeno 4 eventi informativo /formativo in ambito regionale		Almeno 8 eventi informativo /formativo in ambito regionale	
Controlli in aziende agricole e/o rivenditori di macchine agricole	Regione Marche – ASUR	>90% controlli programmati (40 controlli)	>90% controlli programmati (100 controlli)		>90% controlli programmati (100 controlli)	



Delibera PRP 2010-2012

2.3.1 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2

Titolo: Casa sicura

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella1: 2.3 "riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta e dei ricoveri per avvelenamento ed ustione nei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni.

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.3.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento:

Gli infortuni domestici (ID) rappresentano, nella maggior parte dei Paesi industrializzati, un fenomeno rilevante per la sanità pubblica sia dal punto di vista della mortalità, sia da quello della morbosità che da questi eventi consegue. Secondo i dati raccolti dal sistema di sorveglianza EHLASS, nel periodo 1998-2000 ci sono state in Europa quasi 20 milioni di persone vittime di ID (7% della popolazione residente), con oltre 5 milioni di ricoverati (0.4% della popolazione residente) e 56 mila decessi.

In Italia, secondo i dati dell'indagine Multiscopo ISTAT "Aspetti di vita quotidiana" vi sono stati circa 3 milioni di persone vittime di ID nel 2001.

Una parte degli ID avviene a causa di distrazione, scarsa consapevolezza delle proprie capacità di reazione, scarsa conoscenza e/o inosservanza delle norme di sicurezza, la presenza in casa di apparecchi o sostanze chimiche pericolosi, ma anche, e forse soprattutto, a causa di un'inadeguata cultura della sicurezza e della prevenzione. Per quanto riguarda le Marche, i dati della sorveglianza effettuata tramite il Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni in Ambienti di Civile Abitazione SINIACA (accessi ai PS per ID), effettuata presso alcuni PS della Regione, evidenziano che il 25% degli incidenti giunti nelle strutture sanitarie si verifica in soggetti con più di 70 anni di età e l'11% in soggetti di età 1-10 anni. Gli ID in soggetti con meno di 1 anno sono poco numerosi ma, come risulta per le età più giovani, gli effetti risultano più gravi. Altri dati interessanti sono forniti dal sistema di sorveglianza "Progressi per le Aziende Sanitarie per la Salute in Italia" (PASSI), che si basa su interviste alle persone di età 18-69 anni. Il 90% degli intervistati ha dichiarato di considerare il rischio di ID basso o assente (pool nazionale 91%, Passi 2009), mentre quelli che dichiarano di avere ricevuto informazioni sul problema sono solo il 25% (pool nazionale 28%, Passi 2009). Le principali fonti di informazione sugli ID sono risultate da opuscoli (12%) e da mass media (15%); valori molto bassi sono stati riferiti per personale sanitario (2%) o tecnici (3%). Da rilevare che il 25% delle persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione ha modificato i propri comportamenti o adottato misure per rendere l'abitazione più sicura (pool nazionale 30%, Passi 2009).

Scopo del presente progetto

Lo scopo del progetto è la diffusione delle corrette informazioni, relative al rischio di ID, ai genitori dei bambini, attraverso la diffusione e l'utilizzo di materiale informativo, il coinvolgimento di soggetti significativi che possono agire sul target e lo sviluppo di pratiche di protezione e promozione della salute.

Fasi di articolazione ed attività

Il progetto prevede l'effettuazione di tre distinti interventi:

a) Intervento rivolto ai pediatri di libera scelta. I pediatri saranno sensibilizzati sull'importanza del consiglio breve per la prevenzione degli incidenti, su quali messaggi dare, su come migliorare lo scambio comunicativo per dare maggiore efficacia al loro intervento. Sarà inoltre consegnato loro del materiale informativo per i genitori sulla sicurezza domestica e sulla prevenzione degli ID. Saranno prodotte delle locandine da affiggere negli studi dei PLS e dei Pediatri ospedalieri.

b) Intervento rivolto alle gestanti che frequentano Corsi post-parto. Saranno organizzati incontri tematici con gli operatori delle UU.OO Materno-Infantili impegnati nei corsi post-parto o presso Ospedali e



Delibera PRP 2010-2012

Consultori delle Zone Territoriali che già effettuano tali corsi (almeno 2). Verranno effettuate specifiche attività di formazione nei confronti degli operatori coinvolti. Sarà distribuito agli operatori coinvolti il materiale da illustrare e distribuire ai genitori. Gli operatori che svolgono i corsi post-parto tratteranno in uno degli incontri del corso il tema della casa sicura e della prevenzione degli incidenti nei bambini

c) Intervento rivolto ai genitori che accedono agli ambulatori vaccinali. Saranno organizzati incontri tematici con gli operatori (medici, assistenti sanitarie ed infermiere) dei Servizi ISP di almeno 5 ZZ.TT che effettueranno pertanto uno studio pilota per la Regione Marche. Saranno prodotte delle locandine da affiggere nei centri vaccinali e materiale informativo da distribuire. Gli operatori dei Centri Vaccinali al momento della seconda vaccinazione esavalente (6 mesi circa) informeranno brevemente i genitori sul rischio di ID e consegneranno loro:

- il depliant sulla prevenzione degli stessi
- una check list di azioni/correzioni da effettuare presso la propria abitazione.

Al momento del terzo richiamo (11-12 mesi) della vaccinazione esavalente verrà somministrato ai genitori un questionare volto alla valutazione dei cambiamenti messi in atto nelle abitazioni per prevenire gli ID.

Attori e portatori d'interesse coinvolti o da coinvolgere

Pediatri di Libera Scelta, Ostetriche e Psicologi dei Consultori Familiari (corsi di accompagnamento alla nascita, fase post-partum), Assistenti sanitarie, Medici ed Infermieri Professionali degli Ambulatori Vaccinali; Associazioni dei Genitori.

Criticità

Mancanza di tempo degli operatori degli ambulatori vaccinali; possibili difficoltà nel coinvolgere i Pediatri di libera scelta.

Beneficiari

Genitori che accedono ai corsi post parto (delle ZZ.TT che li organizzano, almeno due)

Genitori che accedono agli ambulatori vaccinali di almeno 5 ZZ.TT.

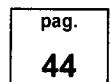
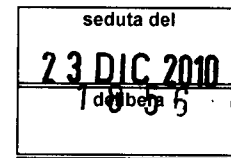
Bambini residenti nati nel periodo 1/ marzo - 31/ dicembre 2011 (circa 3500 per le 5 ZZ. TT.)

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

Riduzione degli ID nei bambini attraverso la diffusione e l'utilizzo di materiale informativo, il coinvolgimento di soggetti significativi che possono agire sul target e lo sviluppo di pratiche di protezione e promozione della salute.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Produzione e diffusione del Materiale informativo	Pubblicazione del materiale (sito web istituzionale)	NR	Produzione di: 1 depliant; 1 check list; 1 locandina		Diffusione del materiale prodotto	
Realizzazione corsi di formazione per operatori sanitari	Registro corsi	NR	Almeno un corso in ambito regionale		NR*	
Genitori con corrette conoscenze su ID ed adozione di misure di sicurezza	Questionario ad hoc	NR	NR*		Almeno il 30% dei genitori informati ha adottato misure di sicurezza	

* indicatori non valutabili perché riferiti ad attività non espelate nel relativo anno progettuale



Delibera PRP 2010-2012

2.4.1 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2

Titolo: Programma di prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione nelle Marche

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella1: 2.4 "Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti della rosolia congenita per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione e definire le strategie vaccinali per preparati ancora non inseriti nei LEA (vaccinazione antipneumococcica e anti-meningococcica)"

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.4.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento

Le criticità regionali relative alle malattie suscettibili di vaccinazioni sono: coperture vaccinali regionali relative a vaccino anti-pneumococcico e anti-meningococcico rispettivamente del 45 e del 40% (vaccinati a 36 mesi, dato 2009) e pertanto non soddisfacenti; non ottimale attività diagnostica in riferimento alle malattie invasive batteriche; anagrafe vaccinale informatizzata regionale non ancora attivata. I suddetti elementi oggettivi rendono necessaria la prosecuzione delle linee di intervento attivate con il PRP 2005-2007 e ulteriori linee d'intervento necessarie a migliorare le attività diagnostiche regionali.

Obiettivi specifici

Obiettivo 1: valutare ostacoli e soluzioni all'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale regionale.

Obiettivo 2: aumentare le coperture vaccinali per le vaccinazioni antipneumococcica e antimeningococcica.

Obiettivo 3: organizzare e attivare la sorveglianza laboratoristica regionale per la tipizzazione di pneumococco e meningococco.

Obiettivo 4: aumentare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio (con particolare riguardo alle donne in età fertile per la prevenzione della rosolia congenita).

Fasi, attività, Risultati attesi

Attività 1: costituzione di un gruppo di lavoro dedicato.

Risultato atteso 1: elaborazione di un documento tecnico su ostacoli e soluzioni all'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale regionale.

Attività 2: recepimento operativo della DGR n.1662 del 22/11/2010 (Atto di indirizzo all'ASUR) con inserimento delle vaccinazioni antipneumococcica e antimeningococcica nel calendario vaccinale dell'età pediatrica.

Risultato atteso 2: aumento delle coperture vaccinali con vaccino antipneumococcico e antimeningococcico.

Attività 3: stesura e attivazione di protocolli diagnostici finalizzati al miglioramento della sorveglianza delle malattie invasive da pneumococco e meningococco.

Risultato atteso 3: i casi di meningite batterica notificati ai SISP rientrano nel sistema di sorveglianza laboratoristica per la tipizzazione di pneumococco e meningococco.

Attività 4: costituzione di un gruppo di lavoro che elabori un documento tecnico finalizzato alla individuazione e divulgazione delle migliori strategie per migliorare la copertura vaccinale con vaccino antirosolia nelle donne in età fertile.

Risultato atteso 4: diffusione e utilizzo a livello locale del documento tecnico su strategie per migliorare la copertura vaccinale con vaccino antirosolia nelle donne in età fertile.

Attori e Gruppi d'interesse coinvolti o da coinvolgere

SISP, NBS, MMG, PLS e Pediatri Ospedalieri, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, Reparti di Malattie Infettive, Pronti Soccorso, Laboratori Analisi ASUR, Clinica Pediatrica Ancona, Consultori, UU.OO. Ginecologia.



Delibera PRP 2010-2012

Criticità ipotizzabili

La principale criticità è collegata al livello di coinvolgimento che si riuscirà ad instaurare con i gruppi d'interesse relativi alle attività 1 e 3; L'aumento delle coperture vaccinali per pneumococco e meningococco saranno possibili a seguito del recepimento della DGR 1662 del 22/11/2010 da parte dell'ASUR

Beneficiari

Popolazione suscettibile di intervento vaccinale in età evolutiva. Donne in età fertile suscettibili di infezione da rosolia

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

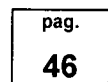
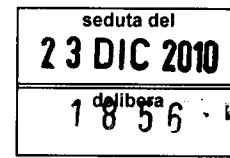
- a) Valutare ostacoli e soluzioni all'informatizzazione delle anagrafi vaccinali
- b) Aumentare le coperture vaccinali per le vaccinazioni antipneumococcica
- c) Aumentare le coperture vaccinali per le vaccinazioni antimeningococcica
- d) Organizzare e attivare la sorveglianza laboratoristica per la tipizzazione di pneumococco e meningococco
- e) Migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio (donne in età fertile per la prevenzione della rosolia congenita)

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Costituzione gruppo di lavoro finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo 1 e elaborazione del documento tecnico	Atti ufficiali	NR	Atto costitutivo e verbale del primo incontro		Elaborazione del documento tecnico previsto	
N. Vaccinati con vaccino antipneumococcico / N. nuovi nati residenti nella Regione Marche x 100	Rilevazione ad hoc	NR ¹	70% ²		80% ²	
N. Vaccinati con vaccino antimeningococcico / N. nuovi nati residenti nella Regione Marche x 100	Rilevazione ad hoc	NR ¹	NR ³		80%	
Costituzione gruppo di lavoro finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo 4 e elaborazione del documento tecnico	Atti ufficiali	NR	Atto costitutivo e verbale del primo incontro		Elaborazione del documento tecnico previsto	

1 = I valori di copertura vaccinale ufficiali sono calcolati a 36 mesi di età e non possono essere considerati paragonabili ai dati di copertura che saranno rilevati con modalità di rilevazione ad hoc

2 = Il dato di copertura sarà calcolato in una coorte di nuovi nati; la rilevazione sarà effettuata ad hoc perché i tempi di acquisizione del dato non sono compatibili con il calcolo dell'indicatore in una intera coorte di nascita.

3 = il dato di copertura vaccinale non è calcolabile perché il nuovo calendario vaccinale (DGR 1662/2010) prevede la vaccinazione antimeningococcica dal 13° mese di vita del bambino. Pertanto l'obiettivo del primo anno risulterà raggiunto al momento del recepimento della DGR 1662 del 22/11/2010 da parte dell'ASUR Marche (Fonte di verifica: atti ufficiali).



Delibera PRP 2010-2012

2.5.1 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2**Titolo: Progetto di controllo delle infezioni correlate all'assistenza per la Regione Marche**

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale: 2.5 "Ridurre le infezioni correlate all'assistenza con particolare riguardo a quelle determinate da pratiche assistenziali condotte in modo scorretto"

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.5.1

Breve descrizione dell'intervento programmatoRazionale dell'intervento

Tra gli indicatori di qualità di un Ospedale, riconosciuti come prioritari e irrinunciabili, rientrano quelli riferiti alle infezioni correlate all'assistenza (IO), che costituiscono un'importante causa di morbosità, mortalità e costi prevenibili per il Sistema Sanitario. Stime europee della prevalenza di IO, fattibili con relativa semplicità, mostrano tassi tra il 5 ed il 10%. La determinazione dell'incidenza richiede invece la conduzione di studi prospettici per categorie di pazienti o una sorveglianza continua. A causa dei costi e delle difficoltà tecniche che tale approccio comporta, esistono pochi esempi di studi di incidenza su larga scala, tra questi è lo studio SENIC (*Study in the Efficacy of Nosocomial Infection Control*), condotto negli Stati Uniti nel decennio 1980-1990, che ha coinvolto 338 Ospedali ed ha definito una incidenza di IO del 5,7%. Lo studio ha dimostrato che, in assenza di misure di controllo, l'incidenza delle IO tende ad aumentare: negli Ospedali statunitensi dove non erano attivati programmi di controllo delle infezioni, l'incidenza era aumentata del 18% nello spazio di 5 anni, mentre dove erano stati implementati programmi efficaci di controllo delle infezioni, questi erano associati ad una riduzione consistente dei tassi. La frequenza e modalità di diffusione delle IO si adatta all'evoluzione dei sistemi sanitari, oggi molte infezioni non si manifestano più durante il ricovero, a causa dell'accorciamento della degenza e del fatto che molte prestazioni, anche ad alto contenuto tecnologico (prestazioni chirurgiche, terapie antitumorali o immunosoppressive), sono erogate in regime ambulatoriale o di day-hospital, ma dopo la dimissione e sono motivo di ulteriore ospedalizzazione. L'incidenza delle IO sembra apparentemente diminuire negli Ospedali per acuti, ma in realtà si riduce la frequenza di quelle meno gravi e aumenta l'incidenza delle forme più severe. Questa realtà ha implicazioni importanti sui sistemi di sorveglianza, così come la diffusione di complicità infettive fra i pazienti con patologie croniche e negli anziani.

Più di 10 anni fa è stata condotta un'indagine nazionale, che ha evidenziato un'insufficiente diffusione dei programmi di controllo delle Infezioni Ospedaliere, con carenze più marcate negli ospedali piccoli ed in alcune regioni centro-meridionali. Il 50% dei 428 Ospedali rispondenti disponeva di un Comitato di Controllo di Infezioni Ospedaliere, il 43% di un Medico addetto ed il 33% di una figura infermieristica dedicata; il 39% dei Presidi aveva un sistema di sorveglianza; il 14% conduceva sorveglianza attiva di indicatori clinici; l'80% degli Ospedali aveva predisposto almeno un protocollo scritto.

Il costo diretto annuale delle IO in Italia è stimato essere di almeno 1000 milioni di Euro: oltre il 90 % di tale costo è rappresentato dalla spesa intraospedaliera. Studi riportati in letteratura hanno valutato che il ricovero di un paziente infetto è mediamente 2,5 volte più lungo di quello di un paziente non infetto ed i costi sostenuti sono 2,9 volte più alti (da 1,9 volte per l'infezione urinaria a 6,6 volte per una infezione disseminata). In assenza di dati derivanti da una specifica attività regionale di sorveglianza, l'applicazione dei dati epidemiologici nazionali, ed in particolare quelli derivanti dall'indagine condotta nei presidi pubblici lombardi permettono di valutare in almeno 35.000 il numero annuale delle IO con almeno 350 decessi direttamente attribuibili, ed un eccesso di degenza di attribuibile di 630.000 giornate/anno.



Delibera PRP 2010-2012

Un programma di prevenzione che riuscisse a ridurre del 25% delle IO libererebbe risorse economiche stimabili ogni anno per un ospedale di 600 posti letto (su dati reali di attività e per una incidenza del 5%) in almeno 4500 giornate di degenza, corrispondenti a circa 470 ricoveri aggiuntivi e permetterebbe un recupero economico di almeno 1,2 milioni di Euro per presidio. Poiché il costo degli interventi di prevenzione (costi per la formazione, per personale dedicato, per introduzione di dispositivi medici adeguati,...) non supererebbero i 200.000 Euro/anno, appare evidente che il controllo delle IO e l'igiene ospedaliera sono il cuore di una buona gestione sanitaria e che gli investimenti in questo ambito si pagano rapidamente da sé.

Dalle precedenti osservazioni emerge che le IO rappresentano un danno che le strutture sanitarie possono provocare ai pazienti, danno che ha rilevanti implicazioni cliniche, psicologiche, etiche. Le IO inoltre, rappresentano un danno per il sistema sanitario, con rilevanti implicazioni economiche, legali e giuridiche, d'immagine. Pur essendo disponibili conoscenze ed esistendo strumenti tecnici e organizzativi, mancano, in molte realtà sanitarie, azioni organizzative e progetti di sistema, con definizioni precise di responsabilità ed obiettivi, con attivazione di strumenti di monitoraggio e valutazione sistematici.

Scopi generali, Fasi di articolazione ed Attività

1. Fare una ricognizione ed una "messa in rete" dei presidi ospedalieri della Regione e dei professionisti maggiormente interessati e impegnati su questo fronte; 2. Avviare un progetto di formazione mirato ai professionisti referenti su alcune aree assistenziali prioritarie (infezioni del sito chirurgico ed infezioni da cateterismo vescicale); verrà utilizzato un modello formativo "a cascata"; 3. Avviare un progetto di sorveglianza e prevenzione in almeno 6 presidi ospedalieri della Regione Marche basato su: studi regionali di prevalenza, ripetuti nel tempo, intervallati da azioni correttive; attivazione della sorveglianza sui dati di laboratorio; definizione di parametri funzionali essenziali condivisi, basati sulle linee guida nazionali ed internazionali aggiornate, quali la redazione di un protocollo regionale di profilassi antibiotica in chirurgia, la redazione di un protocollo regionale sul cateterismo vescicale.

Attori e Gruppi d'Interesse coinvolti e da coinvolgere

Personale sanitario degli Ospedali, Direzioni Sanitarie, Comitati d'Infezione Ospedalieri, Distretti, Assistenza Domiciliare Integrata, Medici di Medicina Generale.

Criticità

Scarsa adesione ai protocolli, scarsa partecipazione degli Ospedali.

Beneficiari: tutti i pazienti ricoverati presso i 6 Presidi Ospedalieri in cui verrà attivata la sorveglianza.

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: obiettivo del progetto è l'introduzione di protocolli di intervento di dimostrata efficacia per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria, valutandone l'effettiva applicazione e le ricadute epidemiologiche

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
% operatori formati sul totale dei coinvolti nei percorsi di prevenzione	Dati Ufficiali	50%	70%		90%	
Indagini di prevalenza infezioni sito operatorio	Dati Ufficiali	0	almeno 1 indagine in almeno 6 presidi		almeno 1 indagine in almeno 6 presidi	
Indagini di prevalenza infezioni da catetere vescicale	Dati Ufficiali	0	Almeno 1 indagine in almeno 6 presidi 1		Almeno 1 indagine in almeno 6 presidi 1	



2.6.1 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2

Titolo: Prevenzione della TBC nelle Marche

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella1: 2.6 "limitare il verificarsi di focolai autoctoni di patologie da importazione"

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.6.1

Obiettivo generale di salute: Definire modalità operative di intervento per la Tubercolosi

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Razionale dell'intervento

Nelle Marche come nel resto dell'Italia, negli ultimi dieci anni il numero di casi di TBC in persone immigrate è aumentato in modo significativo, parallelamente all'aumento degli immigrati. Il tasso di incidenza di TBC nella Regione Marche è pari a 5,1/100.000 e il tasso di notifica di TBC negli stranieri residenti è del 37,2/100.000 (Dati SIMI, anno 2007). Negli ultimi anni sono stati registrati alcuni focolai epidemici. Alla luce di tali esperienze si ritiene necessario operare una revisione delle linee guida regionali per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo della malattia tubercolare. Inoltre il maggior numero di casi nella popolazione immigrata, proveniente da Paesi ad alta endemia tubercolare, rende necessaria l'attivazione di strategie finalizzate all'identificazione precoce e ad una migliore gestione della TBC in tale popolazione. A tal fine sarà elaborato, entro e non oltre il termine del triennio del PRP, un documento tecnico regionale che recepisca *l'aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi - Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata* del Ministero della Salute, e che declini in termini operativi le indicazioni ministeriali finalizzate a migliorare l'accessibilità dei servizi sanitari da parte degli immigrati, ad implementare l'adesione al trattamento e a valutare l'opportunità di adottare programmi di screening dell'infezione tubercolare latente e della malattia tra gli immigrati.

Obiettivi

Obiettivo 1: Aggiornare le Linee Guida per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo della malattia tubercolare nelle Marche.

Obiettivo 2: Migliorare le attività di identificazione precoce dei casi di TBC attraverso il recepimento delle indicazioni nazionali e delle migliori pratiche disponibili.

Fasi, attività, Risultati attesi

Attività 1: revisione delle Linee Guida per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo della malattia tubercolare nelle Marche (2007).

Risultato atteso 1: formalizzazione delle Linee guida entro il 2012.

Attività 2: documento tecnico regionale per l'identificazione precoce e la gestione della TBC nella popolazione immigrata.

Risultato atteso 2: formalizzazione e diffusione del documento tecnico entro il 2012.

Gruppi d'interesse coinvolti o da coinvolgere

Gruppo tecnico per la revisione delle Linee Guida regionali sulla Tubercolosi; Reparti di Malattie Infettive e Pneumologia; Servizi Igiene e Sanità Pubblica; MMG e PLS; Servizio Politiche Sociali Regione Marche; Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze ARS Marche; Distretti Sanitari ASUR; Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri Provinciali.

Beneficiari: Popolazione regionale



Delibera PRP 2010-2012

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

Obiettivo 1: Aggiornare le Linee Guida per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo della malattia tubercolare nelle Marche.

Obiettivo 2: Migliorare le attività di identificazione precoce dei casi di TBC attraverso il recepimento delle indicazioni nazionali e delle migliori pratiche disponibili.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Elaborazione delle nuove linee guida per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo della malattia tubercolare nelle Marche	Atti formali	Linee guida per la prevenzione, la sorveglianza e il controllo della malattia tubercolare nelle Marche (2006)	Costituzione del Gruppo di Lavoro e verbale del primo incontro		Formalizzazione delle linee guida	
Elaborazione del documento tecnico su identificazione precoce e gestione della TBC nella popolazione immigrata	Atti formali	Nessun documento del genere è stato prodotto nelle Marche	Costituzione del Gruppo di Lavoro e verbale del primo incontro		Formalizzazione del documento tecnico	



2.6.2 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2

Titolo: lotta a Chikungunya, West Nile Disease, Dengue e principali zoonosi

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella 1: 2.6 "Ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali; limitare il verificarsi di focolai autoctoni di patologie da importazione".

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.6.2

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Razionale dell'intervento e scopi generali

La gestione delle zoonosi e delle malattie da vettori presenta alcune similitudini, nella gestione dei sospetti e nella necessità di intervenire, una volta confermata la presenza, per ridurre il rischio di ulteriore diffusione della malattia.

È stato previsto quindi un unico progetto che prevede alcune azioni comuni a livello territoriale e di Dipartimenti di Prevenzione. In entrambi i casi l'obiettivo è la diminuzione del rischio di diffusione delle patologie.

Fasi di articolazione ed Attività

Per il raggiungimento degli obiettivi sono previste le seguenti attività:

- Un aumento delle conoscenze dei MMG, dei medici ospedalieri clinici perché avvenga una precoce formulazione del sospetto di malattia e aumenti la probabilità che un caso di malattia venga segnalato e gestito dai Dipartimenti di Prevenzione
- La stesura di protocolli di gestione dei sospetti e dei casi di malattia, affinché i servizi dei dipartimenti di prevenzione collaborino per portare avanti le indagini epidemiologiche e possano individuare le fonti d'infezione e le modalità per impedire una ulteriore diffusione dell'infezione.
- La stesura di protocolli diagnostici, affinché si possa in seguito ad un sospetto di arbovirosi o zoonosi arrivare ad escludere o confermare la malattia senza ulteriori ritardi

Per quanto riguarda in particolare le malattie trasmesse da vettori, oggetto del progetto sono West Nile Disease, Dengue, Chikungunya, malattie per le quali il rischio di entrata e diffusione è documentato e sono caratterizzate da una elevata velocità di diffusione o da una elevata gravità delle conseguenze nell'uomo. Per queste malattie è necessario intervenire tempestivamente evitando un'ulteriore diffusione della malattia. A questo scopo in seguito alla conferma laboratoristica è previsto il coinvolgimento della Protezione Civile e l'attivazione di una Unità di Crisi regionale. Questo permetterà una gestione efficace e tempestiva di misure di contenimento dell'infezione, come le disinfestazioni di emergenza e l'attivazione di una comunicazione capillare ad ospedali, centri trasfusionali.

Per le zoonosi, per una efficace gestione dei casi e dei sospetti all'interno dei DP è l'attivazione di protocolli di comunicazione ed indagine che portino ad una stretta collaborazione medico veterinaria, per individuare le fonti di infezione e intervenire sulle stesse.

Attori e Gruppi d'interesse coinvolti e da coinvolgere

Gli attori del progetto sono i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale. I gruppi di interesse: Medici Ospedalieri (internisti, pediatri, infettivologi, dermatologi, laboratoristi), Medici del Territorio (Medici di Continuità Assistenziale, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta) comuni, ANCI (Ass. Naz. Comuni), Protezione Civile, IZSUM

Criticità

La maggiore criticità è rappresentata dalla scarsa motivazione e quindi partecipazione di Medici di Medicina Generale e ospedalieri clinici nella segnalazione dei sospetti, in particolare per le malattie trasmesse da vettori in quanto caratterizzate da sintomatologia specifica. Per quanto riguarda le zoonosi una particolare



Delibera PRP 2010-2012

criticità è rappresentata dalla difficoltà di collaborazione tra i servizi medici e veterinari all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione.

Beneficiari: tutta la popolazione della Regione Marche – 1.559.542 abitanti

Obiettivi di salute perseguiti:

- Prevedere sistemi integrati di sorveglianza atti a valutare patologie da importazione con particolare riguardo alle arbovirosi ;
- Prevedere protocolli di collaborazione medico veterinaria per le zoonosi

Obiettivi di processo perseguiti

- Individuare il/i laboratorio/i di riferimento per la diagnosi delle arbovirosi.
- Pubblicare procedure di gestione dei sospetti e casi di West Nile Disease, Dengue, Chikungunya
- Pubblicare procedure di gestione dei sospetti e casi di zoonosi
- Formare Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, medici ospedalieri clinici sulla clinica ed epidemiologia delle malattie da vettori e delle zoonosi
- Formare laboratoristi ospedalieri, operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Umbria e Marche sulla diagnosi delle malattie da vettori e zoonosi

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Individuazione laboratori di riferimento per conferma diagnostica delle arbovirosi (West Nile, Dengue, Chikungunya)	Protocolli di gestione dei casi.	Laboratori non individuati	N.R.		Laboratori individuati	
Pubblicazione delibera emergenze vettori	BUR Marche	Delibera non pubblicata	Delibera pubblicata			
Elaborazione procedure gestione casi e sospetti di zoonosi e malattie da vettori	Documentazione e pubblicata su portale Marcheinsalute	Documento non elaborato	Elaborazione in corso		Documento elaborato e pubblicato	
Elaborazione pacchetti formativi modulari per eventi formativi	Documentazione e pubblicata su portale Marcheinsalute	Documento non elaborato	Elaborazione in corso		Documento elaborato e pubblicato	
N. eventi formativi per area vasta per MMG, pediatri libera scelta, clinici ospedalieri	Documentazione e eventi ECM	0	1		2*	
N. eventi formativi per area vasta per operatori Dipartimenti Prevenzione, IZS, laboratori ospedalieri	Documentazione e eventi ECM	0	1		2*	

* il valore dell'indicatore al 31 dicembre 2012 si intende cumulativo con il valore atteso al 31/12/2011.



2.7.1 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2

Titolo: Ambiente e salute: gestione integrata dei siti inquinati

Numero identificativo delle linee di intervento: 2.7 "Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici".

Numero identificativo del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.7.1

Breve descrizione degli interventi programmati

Razionale dell'intervento

La DGR 15001/09, in relazione a quanto previsto dal D. Lgs. 152/02 e succ. mod. e int., ha inteso definire Linee Guida relative alle procedure per l'istruttoria dei rapporti tecnici concernenti i siti inquinati. La criticità di tale problematica, come per tutte le questioni riguardanti i rapporti ambiente-salute, è determinata dalla necessità di formulare, alla fine dell'istruttoria, la valutazione del rischio per la salute umana, di competenza della sanità. La piena attuazione di quanto previsto dalla DGR 1500/09 – istituzione dell'osservatorio epidemiologico ambientale –, della DGR 1298/09 ed il reperimento/formazione di professionalità esperte di tossicologia e valutazione dei rischi sanitari, sono il necessario supporto per formulare valutazioni di impatto sulla salute e conseguentemente incidere sulla patologia derivante da inquinanti ambientali. E' però indispensabile l'attivazione di coordinamento e sinergie tra Dipartimenti di Prevenzione ZT ASUR e Dipartimenti Provinciali ARPAM al fine di concorrere alla tutela della salute per esposizioni a rischi ambientali, con particolare riferimento a quelli chimici.

Obiettivi

Obiettivo generale di salute: Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici.

Obiettivo generale di processo: definire e sperimentare procedure condivise SSR-ARPAM per le analisi di rischio per la salute da determinanti ambientali.

Fasi, attività, risultati attesi

Attività 1: costituzione di un gruppo di lavoro dedicato

Risultato atteso 1 Atto costitutivo del gruppo e stesura ed approvazione del protocollo

Attività 2: verifica dello stato di applicazione delle DGR 1298/09 e 1500/09 ed analisi dell'iter operativo e avvio messa a regime dei registri regionali delle cause di morte e dei tumori

Risultato atteso 2: stabilizzazione osservatorio epidemiologico ambientale e stesura documento per l'avvio di registri mortalità e tumori.

Gruppi di interesse coinvolti o da coinvolgere

Trattasi di programma interno che vede, come attori, i Servizi Salute e Ambiente regionali, ASUR e ARPAM, e non modifica gli interessi dei Comuni e delle Province.

Criticità ipotizzabili

La principale criticità potrebbe consistere nella possibile mancanza di fondi dedicati al sostegno delle azioni previste per il raggiungimento dell'obiettivo con particolare riferimento alla mancata realizzazione di quanto previsto dalle DGR 1298/09 e 1500/09 e al reperimento di professionisti esperti.

Beneficiari

Comuni e Province in relazione alla emissione di pareri e/o autorizzazioni, in quanto trattasi di implementazione di buone prassi. La popolazione che può essere esposta al rischio ambientale sia in termini di analisi che di comunicazione del rischio che nella corretta valutazione dei programmi di bonifica eventualmente necessari.



Delibera PRP 2010-2012

N.B. – l’attivazione di sinergie ASUR – ARPAM sarà utile anche per altre problematiche ambiente-salute come ad esempio i pareri sanitari in corso di VIA VAS e AIA.

Obiettivi di salute del progetto:

Obiettivo 1: concordare e sperimentare protocolli di collaborazione tra ASUR e ARPAM per la gestione dei siti contaminati alla luce della DGR 1501/09 al fine anche di valutare coerenza operativa della DGR medesima;

Obiettivo 2: revisionare ed implementare i flussi informativi per la valutazione e la gestione delle problematiche di salute con particolare riferimento ai siti contaminati (DGR 1500/09 e DGR 1298/09); ambientale-sanitario (metodologie di risk assessment, VIS, analisi del rischio, tossicologia, REACH, ecc.)

Obiettivo 3: avviare un percorso formativo per rispondere alle nuove competenze richieste per la valutazione del rischio.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
1. costituzione di un gruppo di lavoro dedicato e stesura ed approvazione del protocollo	Atti ufficiali	Applicazione della DGR 1501/09 in via autonoma da parte di ARPAM e ASUR	Atto costitutivo del gruppo; stesura ed approvazione del protocollo.		Report delle prime esperienze realizzate secondo la metodologia del protocollo con eventuale revisione o proposta di revisione dello stesso.	
2. verifica dello stato di applicazione delle DGR 1298/09 e 1500/09, analisi dell’iter operativo e avvio messa a regime dei registri regionali delle cause di morte e dei tumori	Atti ufficiali	DGR 1500/09 in fase di parziale attuazione DGR 1298/09 non operativa	verifica dello stato di applicazione delle DGR 1298/09 e 1500/09 ed analisi dell’iter operativo e stesura documento per l’avvio di registri mortalità e patologia (tumori)		stabilizzazione osservatorio epidemiologico ambientale; operatività almeno del registro delle cause di morte e progetto esecutivo dei registri di patologia (almeno per tumori).	
3. analisi bisogno formativo, pianificazione dei percorsi e avvio programmi	Atti ufficiali	- Esperienze formative/informative parziali già avviate; - indisponibilità di professionisti esperti.	analisi bisogno formativo; pianificazione dei percorsi e predisposizione dei programmi di formazione		avvio programmi pianificati e conclusione della prima fase di formazione di un pool di personale ASUR-ARPAM per l’analisi e valutazione dei rischi.	

**2.7.2 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2****Titolo: Ambiente e salute: implementazione del sistema REACH-CLP per la tutela della salute umana**

Numero identificativo delle linee di intervento: 2.7 "Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici".

Numero identificativo del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.7.2

Breve descrizione dell'intervento programmatoRazionale dell'intervento

Il 1° giugno 2007 è entrato in vigore il Regolamento (CE) n.1907/06 (REACH: Registration, Evaluation, Authorisation and restriction of Chemicals) emanato dalla Comunità Europea al fine di raggiungere un maggior livello di tutela della salute umana. Tale Regolamento è basato sul principio "no data, no market", secondo cui l'immissione sul mercato delle sostanze chimiche è subordinata alla raccolta di dati scientifici sulle stesse. E' evidente che tale disponibilità di dati sulle sostanze chimiche, in quanto tali o in quanto componenti di preparati o articoli, risulta di fondamentale importanza nell'ambito delle politiche di prevenzione delle patologie legate alla esposizione, professionale e non, ad agenti chimici.

Gli elementi cardine del regolamento REACH sono la Registrazione, la Valutazione, l'Autorizzazione e la Restrizione delle sostanze chimiche. Risulta fondamentale anche la trasmissione delle informazioni lungo la catena di approvvigionamento, che trova nella scheda di sicurezza un importante strumento di comunicazione tra il produttore/importatore e l'utilizzatore professionale/cittadino. Strettamente collegato al Regolamento REACH è il Regolamento CE n.1272/08 (CLP: Classification, Labelling and Packaging) che aggiorna la disciplina comunitaria in materia di classificazione, etichettatura ed imballaggio delle sostanze e delle miscele e che ha gli stessi obiettivi di salute del REACH. Con l'obiettivo di permettere il coerente adeguamento delle conoscenze e del sistema di vigilanza e controllo per l'attuazione del REACH è stato stipulato, il 29.10.09, un Accordo Stato- Regioni e Province Autonome e, con DGR n.562 del 15 marzo 2010, la Regione Marche ha recepito tale Accordo e individuato nel Servizio Salute PF Sanità Pubblica l'Autorità competente Regionale per i controlli sul REACH e CLP, nel Gruppo Tecnico Regionale REACH il supporto tecnico/scientifico, nei Dipartimenti di Prevenzione le strutture che effettueranno l'attività di vigilanza e controllo e nell'ARPAM la struttura che effettuerà le attività di prelievo ed analisi. È pertanto indispensabile attivare il coordinamento tra gli Enti coinvolti in tale tematica. Per tale finalità sarà istituito a livello regionale un Tavolo Tecnico Permanente sul REACH e CLP costituito dal Gruppo Tecnico Regionale (con funzioni di Coordinamento) a da referenti dei Dipartimenti di Prevenzione e ARPAM (in Area Vasta) e sarà attivata una rete regionale di vigilanza su REACH e CLP in sinergia con Dipartimenti di Prevenzione ASUR e ARPAM. Nel corso del biennio 2011-2012 saranno definiti i criteri relativi alle attività di vigilanza in conformità a quanto indicato da Autorità Competente ed ECHA e saranno implementate attività di vigilanza su schede di sicurezza ed etichettatura, attività di controllo sulla informazione e formazione dei lavoratori su quanto previsto dai regolamenti REACH e CLP e attività di controllo sulla Registrazione delle sostanze.

Obiettivi

Obiettivo generale di salute: Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici.

Obiettivo generale di processo: definire e sperimentare procedure condivise SSR-ARPAM per l'implementazione del REACH e del CLP nella Regione Marche.

Fasi, attività, Risultati attesi

Attività 1: definizione dei criteri relativi alla attività di vigilanza in conformità a quanto indicato da Autorità Competente ed ECHA.



Delibera PRP 2010-2012

Risultato atteso 1: attivazione delle azioni di vigilanza con particolare riferimento alle schede di sicurezza ed etichettatura.

Attività 2: istituzione a livello Regionale di un Tavolo Tecnico Permanente sul REACH e CLP costituito dal Gruppo Tecnico Regionale (con funzioni di Coordinamento) a da referenti dei Dipartimenti di Prevenzione (DP) e ARPAM (in Area Vasta).

Risultato atteso 2: attivazione della rete regionale di vigilanza su REACH e CLP in sinergia con Dipartimenti di Prevenzione ASUR e ARPAM (in Area Vasta).

Attività 3: Attività di controllo sulla Registrazione delle sostanze.

Risultato atteso 3: piano annuale di vigilanza ed ispezioni e 75% dei controlli effettuati rispetto a quelli previsti dal Piano annuale.

Attività 4: attività di controllo sulla informazione e formazione dei lavoratori su quanto previsto dai regolamenti REACH e CLP ai sensi del D.Lgs.81/08 e succ.mod.

Risultato atteso 4: report annuale relativo alle attività di controllo.

Attività 5: informazione/formazione degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e dell'Arpam.

Risultato atteso 5: effettuazione di almeno un Corso di informazione/formazione su REACH e/o CLP l'anno.

Attori e Gruppi d'interesse coinvolti o da coinvolgere

Trattasi di programma interno che vede, come attori, i Servizi Salute e Ambiente regionali, ASUR e ARPAM, e non modifica gli interessi dei Comuni e delle Province, datori di lavoro, produttori, importatori, lavoratori, associazioni di categoria.

Criticità ipotizzabili

La principale criticità potrebbe consistere nella possibile mancanza di risorse (umane) dedicate al sostegno delle azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi, con particolare riferimento alla difficoltà ad individuare nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione ASUR figure di professionalità adeguata.

Beneficiari

La popolazione potenzialmente esposta a rischio chimico per esposizione professionale e non in realtà produttive ad alto impatto ambientale.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Attuazione del Piano annuale di vigilanza e ispezioni	Atti ufficiali	NR	Elaborazione del Piano annuale di vigilanza ed ispezioni;		75% delle attività ispettive previste dal Piano per il 2012	
Controllo sulla informazione e formazione dei lavoratori su REACH e CLP ai sensi del D.Lgs.81/08 e succ.mod.	Atti ufficiali	NR	NR*		Report sulle attività di informazione e formazione dei lavoratori	
Attivazione Rete regionale di vigilanza su REACH e CLP in sinergia con DP ASUR e ARPAM (in Area Vasta)	Atti ufficiali	NR	Istituzione Tavolo tecnico Regionale		Riunioni periodiche del Tavolo Tecnico	
Formazione degli operatori (n° corsi/anno)	Atti ufficiali	NR	1 Corso di formazione regionale su REACH e/o CLP nell'anno 2011		1 Corso di formazione regionale su REACH e/o CLP nell'anno 2012	

* Il report relativo ai controlli sulle attività informative e formative dei lavoratori potrà essere prodotto solo al termine del 2012 perché nel 2011 non sono previste attività di controllo



2.8.1 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2

Titolo: Miglioramento dell'efficacia dei controlli ufficiali degli alimenti sulla base delle evidenze

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella 1: 2.8 "controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti".

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.8.1

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Razionale dell'intervento e scopi generali

I recenti Regolamenti comunitari, noti come "pacchetto igiene", hanno previsto l'analisi del rischio come fondamento di tutta la nuova legislazione alimentare. In particolare, l'art.3 del regolamento 882 prevede che i controlli ufficiali siano eseguiti periodicamente e con una frequenza proporzionata al rischio associato alle aziende del settore e ai relativi alimenti prodotti. Sia il tipo che la frequenza dei controlli dovrebbero dipendere da una specifica valutazione e categorizzazione del rischio. La valutazione del rischio è dunque particolarmente importante ad orientare l'attività di controllo ufficiale, in quanto ne aumenta l'efficacia ed evita sprechi di risorse.

Il Piano degli interventi di controllo nelle attività del settore alimentare previsto nella regione Marche prevede che alle industrie alimentari venga assegnato un profilo di rischio in base a dieci criteri raggruppati in 6 categorie:

1. tipologia di attività
2. caratteristiche dello stabilimento
3. entità produttiva
4. igiene della produzione
5. sistema di autocontrollo
6. dati storici

Per ogni criterio sono state previste 4 classi, ognuna con uno specifico punteggio, dalla situazione più favorevole a quella meno favorevole. Il controllo ufficiale da parte dei Servizi di Igiene degli Alimenti di origine Animale e dei Servizi di igiene degli Alimenti e Nutrizione che prevede una verifica delle produzioni, delle strutture, delle procedure di lavorazione, delle materie prime e quindi una correzione di errori che possono provocare una contaminazione degli alimenti o la crescita negli stessi di contaminanti biologici avrà una frequenza commisurata alla classificazione assegnata ad ogni stabilimento. Quindi gli stabilimenti a maggior rischio avranno verifiche più frequenti e più frequenti interventi di correzione degli errori di produzione e questo diminuirà la probabilità che vengano prodotti alimenti nocivi per l'uomo.

Scopi generali

Aumentare il livello di sicurezza delle produzioni delle industrie alimentari marchigiane attraverso la programmazione degli interventi di controllo sulla base della graduazione del rischio.

Fasi di articolazione ed Attività

Il progetto si inserisce nell'attività di categorizzazione del rischio, stabilendo obiettivi quantitativi per la classificazione degli stabilimenti e prevedendo per il raggiungimento degli stessi una attività di formazione e informazione annuale finalizzata a razionalizzare e uniformare le operazioni di attribuzione del punteggio di rischio agli stabilimenti

Destinatari del progetto

Stabilimenti alimentari marchigiane (2700 circa)



Attori e Gruppi d'interesse

Attori: Servizi di Igiene degli alimenti di Origine Animale e Servizi di Igiene Alimenti e Nutrizione.
Gruppi di interesse: personale dei laboratori di Sicurezza Alimentare dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale; Gruppo Progetto Cabina di Regia regionale (" Piano nazionale integrato dei controlli 2007/10 (intesa S.R. 14.06.07); Gruppo Progetto Cabina di regia regionale "Comunicazione del rischio in sicurezza alimentare e sanità veterinaria"; Associazioni produttori alimentari.

Criticità

La principale criticità è data dalla mancanza di collaborazione da parte degli Operatori del Settore Alimentare nell'adeguamento delle strutture e delle lavorazioni alimentari agli standard igienici.

Beneficiari: popolazione dei consumatori degli alimenti prodotti nelle Marche (non quantificabile)

Obiettivo di salute (e/o di processo) perseguiti:

Obiettivo di salute: aumentare il livello di sicurezza delle produzioni delle industrie alimentari marchigiane

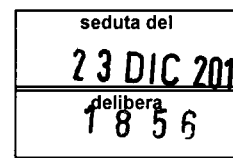
Obiettivi di processo:

- Formazione degli operatori sanitari dei dipartimenti di prevenzione
- estensione della classificazione a tutti gli stabilimenti marchigiani

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Percentuale di stabilimenti ai quali è stato assegnato un punteggio	Dato raccolto presso i DP	80% (valore stimato in base ai dati di 6 ZT su 13)	90%		100%	
Eventi formativi regionali per gli operatori sanitari	Materiale ECM	0	1		2*	

*il valore dell'indicatore al 31/12/2012 è considerato cumulativo con il valore al 31/12/2011

Y



Delibera PRP 2010-2012

2.9.1 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2

Titolo del programma/progetto: "allattamento al seno: una scelta di salute per la vita": promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno nelle strutture ospedaliere e territoriali.

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella1: 2.9 "Prevenzione dell'obesità infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%"

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.9.1

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Razionale dell'Intervento: L'allattamento esclusivo* al seno (AS) per i primi 6 mesi di vita è un determinante di salute universalmente riconosciuto (WHO/OMS 2001) e rappresenta una priorità di salute pubblica. L'obiettivo della Promozione dell'AS è entrato pertanto come prioritario nella programmazione nazionale (PSN 2006-2008, Programma "Guadagnare Salute" -DPCM 4/5/2007-, «Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno» della Conferenza Stato Regioni del 20.12.2007, PSR 2007-2009 e PNP 2010-2012). Sia il PSN che le Linee Guida suddette indicano come strumento operativo di comprovata efficacia per l'avvio e per la durata dell'AS** "il programma internazionale OMS/UNICEF Ospedali Amici dei Bambini "Baby Friendly Hospital Initiative" (BFHI). A livello regionale la Promozione dell'AS è stata inserita nel PSR 2007-2009 con l'obiettivo di raggiungere il riconoscimento BFHI per almeno 5 Ospedali. Attualmente nella regione Marche ci sono 3 ospedali già riconosciuti (Osimo anno 2007, Recanati 2010, Civitanova 2010) e 3 che stanno iniziando il percorso. Accanto alla BFHI si affianca il programma nazionale BFCI per una "Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno" (in atto al momento la ricerca delle prove di efficacia), finalizzato ad un'adeguata preparazione delle gestanti e ad un adeguato sostegno delle puerpere dopo la nascita.

Nelle Marche (dati ISS/CNESPS 2002) solo il 66% delle madri allatta in modo esclusivo alla dimissione dopo il parto e solo il 21,3 % allatta in modo completo (allattamento esclusivo + complementare) a sei mesi dal parto. Tale percentuale è nettamente inferiore all'obiettivo OMS di AS esclusivo a 6 mesi $\geq 50\%$).

Scopi Generali: l'obiettivo del progetto è quello di aumentare, nei nati sani della regione, la prevalenza dell'AS esclusivo alla nascita e all'età di 6 mesi.

Fasi di articolazione: non essendo ipotizzabile per il prossimo biennio il coinvolgimento tout-court dell'intero territorio regionale, il progetto intende per il momento agire sostanzialmente su due livelli:

a) su scala regionale con azioni volte ad aumentare il n° di gravide con consapevolezza circa l'importanza dell'AS e competenti circa le modalità pratiche di allattamento nonché il numero delle puerpere che usufruiscono del sostegno all'allattamento al seno dopo il parto da parte delle strutture pubbliche o dei gruppi di volontariato

b) su scala sotto-regionale favorendo la partecipazione, possibilmente congiunta, delle ZZTT e degli Ospedali che vorranno aderire ai percorsi BFCI e BFHI, aumentando così il n° della donne che vengono assistite durante la gravidanza, il parto ed il puerperio con pratiche di comprovata efficacia secondo OMS/UNICEF per l'AS.

Attività: le principali azioni progettuali sono:

- la stesura e distribuzione di un" libretto della gravidanza"

* Allattamento esclusivo secondo OMS/Unicef: senza aggiunta di acqua o altri liquidi o sostituti del latte materno

** Le azioni promosse dalla "Baby Friendly Hospital Initiative" (BFHI), sono state nel tempo corroborate da esiti positivi di ricerche scientifiche rigorose ed indipendenti e sono caratterizzate da un'elevatissima evidenza scientifica (EBM 1++) e raggiungono il grado massimo di raccomandazione (A) +



Delibera PRP 2010-2012

- azioni che incrementino la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita (CAN)
- la divulgazione nelle strutture ospedaliere della Regione del percorso OMS/UNICEF Ospedale amico del bambino (BFHI), in quanto l'adesione a questo percorso garantisce che vengano messe in atto tutte le procedure assistenziali che rimuovono molti dei fattori sfavorenti
- azioni che incrementino il sostegno all'AS dopo la dimissione da parte dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e dei Consulenti Familiari (CF)
- la divulgazione nelle Aziende Territoriali del percorso Comunità amica dei Bambini (BFCI) che prevede, secondo un percorso strutturato, l'attuazione nel Territorio, di azioni volte a promuovere e sostenere l'AS
- l'impianto di un sistema di monitoraggio continuo.

Attori e portatori d'interesse coinvolti e da coinvolgere: gli attori principali sono rappresentati dagli operatori dei consulenti familiari (per la distribuzione del libretto, la condivisione dei contenuti dei CAN, la loro diffusione ed effettuazione, la promozione e l'incremento degli ambulatori della gravidanza a basso rischio, l'assistenza alle puerpere e il sostegno all'allattamento, il sostegno psicologico della genitorialità, etc.). Fondamentale il ruolo dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) che dovranno essere coinvolti con la presa in carico precoce del neonato alla dimissione dal PN e con i quali dovrà essere valutata la necessità di un aggiornamento formativo (obbligatorio per le ZZTT che aderiscono al progetto BFCI). Di pari importanza è il ruolo del personale dei reparti di ostetricia e dei punti nascita degli Ospedali riconosciuti BFHI e di quelli che parteciperanno al percorso. Preziosa la collaborazione delle Associazioni Riconosciute di Volontariato (La Leche League, etc.). I Medici di Medicina Generale (MMG) collaborano nella diffusione di corrette informazioni alle gravide inerenti il progetto. L'Osservatorio delle Diseguaglianze garantisce la sua diffusione alle fasce di popolazione svantaggiate e collabora per la produzione di materiale multilingue. Le Direzioni di Distretto, le Direzioni Sanitarie degli Ospedali coordinano l'attuazione delle azioni progettuali e del percorso BFHI e BFCI all'interno del presidio / comunità territoriale. I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) entrano nel monitoraggio dell'AS nei punti vaccinali; la Rete Epidemiologica Marchigiana (REM) coordina il monitoraggio dell'AS su tutto il territorio regionale. Le Società scientifiche (SIP, SIN, SIGO, etc.) forniscono il necessario supporto culturale.

Criticità: all'interno del progetto sono state considerate le seguenti possibili criticità:

- compilazione non sempre corretta del Cedap;
- assenza nel Cedap dell'informazione relativa alla frequenza al Corso di Accompagnamento alla nascita;
- scarsità di informazioni sull'esistente in relazione ai CAN (quantità e qualità);
- scarsa diffusione degli ambulatori della gravidanza a basso rischio;
- risorse umane limitate nei CF;
- rientro prematuro al lavoro della donna che allatta ed attuali condizioni di lavoro precario.

Beneficiari: il target del progetto è rappresentato dalle Donne gravide e dalle donne che allattano residenti/domiciliate nelle Marche (comprese le Straniere Temporaneamente Presenti) (circa 14.000 donne). Beneficiari delle attività del progetto saranno i bambini allattati al seno dalla nascita e fino a 6 mesi ed oltre e le famiglie di appartenenza. Oltre a questi, il progetto può produrre benefici all'interno del Sistema Sanitario in quanto in grado di aumentare le competenze e la capacità di lavorare in rete degli operatori, nonché, a lungo termine, produrre un risparmio della spesa sanitaria.

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

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Prevalenza neonati sani in AS esclusivo alla dimissione dal PN	CeDAP	Regione - ISS (2000): 66,4%	68%		73%	
Prevalenza bambini in AS esclusivo a 6 mesi di età	Monitoraggio ad hoc	Italia - ISS (2008): 8,3%	9%		10%	

**2.9.2 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2****Titolo del programma/progetto: Più Frutta Più benessere.**

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella1: 2.9 "Prevenzione dell'obesità infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%"

Numero identificativo del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.9.2

Breve descrizione dell'intervento programmato:Razionale dell'intervento

L'obesità, e in particolare quella riscontrabile in età evolutiva, rappresenta un problema di salute pubblica di grande rilevanza sociale, in quanto fattore predittivo di obesità nelle età successive. Tra le cause maggiormente riscontrate sono la crescente tendenza ad eliminare la prima colazione, a ridurre i pasti principali e ad aumentare i consumi durante spuntini e merende. Si è ridotto inoltre il consumo di frutta e verdura e carboidrati complessi e nel contempo è aumentato il consumo di carne, grassi, bevande ricche di zuccheri, dolci e alcolici nei giovani. Poiché nella scuola i ragazzi trascorrono molte ore della giornata dall'infanzia all'adolescenza, fino all'ingresso nel mondo degli adulti, il canale scolastico appare essere il più idoneo a raggiungerli e per raggiungere anche i genitori, coinvolgendoli nelle iniziative di prevenzione che li riguardano. Le indagini di Sorveglianza Nutrizionale di "OKkio alla Salute hanno evidenziato che nella Regione Marche la percentuale di bambini di 8-9 anni in sovrappeso è del 23% mentre quella degli obesi è del 10%. Le rilevazioni epidemiologiche di "HBSC" per l'anno 2010 hanno rilevato che i ragazzi in sovrappeso all'età di 11 anni sono il 17%, a 13 anni il 14% e a 15 anni il 15%. La percentuale degli obesi nelle stesse fasce di età è rispettivamente del 5%, del 3% e del 2% (su dati auto dichiarati).

Agire per incrementare il consumo di frutta è uno degli strumenti validi di contrasto a tali condizioni. Infatti l'insufficiente apporto alimentare di frutta e verdura è stato stimato come causa di morte per tumore gastrointestinale per il 14%, dell'11% di morte per cardiopatie ischemiche e del 9% per ictus (WHO. Global health risks: mortalità and burden of disease attributable to select major risks. 2009). D'altra parte per far fronte a tale situazione, indagini di metanalisi condotte su database di Cochrane Library, Embase e Pubmed (395 lavori nel giugno 2006) oltre che su letteratura grigia, hanno evidenziato come valide misure di outcome: i cambiamenti psicosociali (conoscenze, attitudini), i cambiamenti comportamentali, i cambiamenti fisici e clinici. Tra i setting efficaci troviamo "la scuola". Ricordiamo al proposito come l'indagine OKkio alla Salute abbia evidenziato che il 93% degli alunni di III della primaria non consuma frutta od alimenti salutari durante lo spuntino di metà mattina. (91% non fa merenda adeguata a scuola ed il 2% non fa affatto merenda a scuola). Analogamente "HBSC" ha riscontrato come i ragazzi di 13 e 15 anni mangino frutta "più di una volta al giorno" rispettivamente nella misura del 18,6% e del 20%.

Scopi principali del programma

Favorire il consumo di frutta durante lo spuntino della mattina a scuola, attraverso la implementazione di progettualità quali Evvai con la Frutta in l'integrazione con il progetto MIPAF, i Mercoledì della Frutta, l'installazione di distributori automatici di frutta, etc.

Fasi di Articolazione ed Attività

L'intervento Evvai con la Frutta si propone di favorire nell'anno scolastico 2010/2011 il consumo di frutta da parte degli alunni della primaria, della secondaria di 1° e di 2°. Per raggiungere gli obiettivi si farà ricorso, nelle scuole oggetto di intervento, ad azioni educative espletate dagli insegnanti parametricate all'età dei ragazzi. Accanto a ciò, nelle primarie è prevista un'integrazione col progetto MIPAF consistente nella consegna a scuola di frutta, e nelle secondarie di 2° l'installazione di distributori automatici di frutta o di alimenti salutari. Fattori rinforzanti saranno la partecipazione a visite in fattorie didattiche, orti botanici, trekking oppure altre manifestazioni pertinenti a facilitare il consumo di frutta. Inoltre in almeno 26 scuole



Delibera PRP 2010-2012

secondarie di 1° estratte dal campionamento effettuato per HBSC, dopo un iniziale intervento informativo rivolto agli insegnanti ed ai genitori, si inviteranno i genitori stessi a fornire ai ragazzi per almeno un giorno alla settimana frutta da consumare durante lo spuntino di metà mattina. Saranno gli insegnanti, oltre a sostenerlo, anche a valutare il risultato di tale progetto.

Il progetto Evvai con la Frutta interesserà : Scuole Primarie: 26 classi di Intervento; Scuole Secondarie di 1° : 13 classi di Intervento e 13 classi di Controllo; Scuole Secondarie di 2° : 10 classi di Intervento e 10 classi di Controllo. Il Progetto Il Mercoledì della Frutta interesserà: 26 classi della secondaria di 1°.

Attori e Gruppi d'interesse coinvolti e da coinvolgere

Gli attori in gioco sono gli insegnanti, i genitori dei ragazzi coinvolti e le istituzioni scolastiche (Dirigente Regionale Scolastico Dirigenti delle scuole campionate), l'Assessorato alle Politiche Agricole, Cittadinanza Attiva, i Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione della Regione Marche.

Criticità

Le criticità in gioco sono riferite alla adesione delle scuole ed possibilità di una ridotta compliance da parte dei genitori e degli stessi insegnanti, nonché dei ragazzi.

Beneficiari: alunni delle scuole partecipanti

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: incrementare il consumo di frutta per migliorare il benessere. Obiettivi di processo: incrementare le conoscenze dei ragazzi e delle loro famiglie sui benefici conseguenti al consumo di frutta; facilitare la disponibilità della frutta (o di alimenti salutari) ai ragazzi.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
<i>Evvai con la frutta nelle primarie</i> Azione sui fattori predisponenti: % classi che ricevono materiale educativo	Atti Ufficiali	0	26 classi (100%)			
Azione sui fattori Educativi % classi che ricevono interventi educativi sul consumo di frutta in aula	Atti Ufficiali	0	26 classi (100%)			
Azione sui fattori rinforzanti % di classi che hanno attuato azioni rinforzanti (Visite a Fattorie Didattiche, orti botanici, etc)	Atti Ufficiali	0	26 classi (100%)			
<i>Evvai con la frutta secondaria di 1°</i> Azione sui fattori predisponenti % classi che ricevono materiale educativo	Atti Ufficiali	0	13 classi (100%)			
Azione sui fattori rinforzanti % di classi che hanno attuato azioni rinforzanti (Visite a Fattorie Didattiche, orti botanici, etc.)	Atti Ufficiali	0	26 classi (100%)			
<i>Mercoledì della frutta secondarie di 1°</i> Azione sui fattori predisponenti: % delle famiglie cui è stato distribuito depliant informativo (Anno 2011 e 2012 due popolazioni scolastiche diverse)	Atti Ufficiali	0%	100%		100%	
Rilevazione consumo di frutta a scuola il mercoledì durante lo spuntino		Valore rilevato dagli insegnanti in 1 settimana prima dell'intervento	Incremento del 5 % del consumo di frutta rispetto a quanto rilevato al 31/12/2010		Incremento del 5% del consumo di frutta rispetto a quanto rilevato al 31/12/2011	
Attivazione di distributori di frutta ed alimenti salutari in scuole secondarie di 2°	Atti Ufficiali	0	Almeno 10 distributori attivati			

**2.9.3 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2****Titolo: Sorvegliamo-Comunichiamo per cambiare. Passi, Okkio alla salute, HBSC: lo stato nutrizionale della popolazione.**

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella1: 2.9 "Prevenzione dell'obesità infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%"

Numero identificativo del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.9.3

Breve descrizione dell'intervento programmato:Razionale dell'Intervento:

Come è noto, sovrappeso ed obesità, nonché le malattie croniche ad esse collegate, sono in gran parte legate a fattori di rischio quali l'alimentazione, la sedentarietà e la ridotta attività fisica che sono state riconosciute essere delle determinanti modificabili e quindi possibile oggetto di azioni di prevenzione. Per l'attuazione dei comportamenti di prevenzione è prioritaria la rilevazione e poi la conoscenza del quadro epidemiologico in essere affinché si giunga alla attuazione di un forte impegno politico con la collaborazione di molte parti interessate, pubbliche e private. Se i governi, i partners internazionali, la società civile e le organizzazioni non governative e del settore privato hanno un ruolo vitale da svolgere nel plasmare un ambiente sano e indurre la scelta dietetica verso opzioni più sane a prezzi accessibili, il SSN ha l'onere di rilevare scientificamente e poi di comunicare le risultanze della situazione reale in essere. Gli studi OKkio alla Salute 2008/2010, HBSC 2010 e PASSI 2007/2009 hanno rilevato alcune abitudini alimentari, con particolare riferimento alla variabilità della dieta in termini di alimenti fortemente raccomandati (quali frutta e verdura) e sconsigliati (quali dolci e bevande zuccherate)¹ assunti durante la giornata. Inoltre per poter valutare lo stato ponderale, gli studi hanno raccolto o direttamente (misurazione di peso ed altezza effettuata da personale appositamente formato e con identiche attrezzature come in OKkio alla Salute), oppure per tramite di dati auto-riferiti (HBSC per le popolazioni di 11/13/15 anni e PASSI per le popolazioni di 18/69 anni) le misure antropometriche (peso e altezza) (Currie C et al, 2001), tramite i quali viene calcolato l'Indice di Massa Corporea (IMC) e lo stato ponderale di ragazzi sottopeso, normopeso, sovrappeso e obesi. (Cole TJ et al, 2000; 2007). In Heath 21 all'obiettivo 19 (WHO, 1998) viene sottolineato di "Garantire le condizioni affinché le informazioni raccolte attraverso gli studi siano patrimonio di politici, dirigenti dei servizi, operatori e cittadini". L'obiettivo della comunicazione è quello di determinare ricadute sui

- politici ed operatori al fine fornire agli stessi la consapevolezza della diffusione dei fenomeni e quindi disporre nuovi orientamenti negli investimenti per la salute
- ricercatori al fine di aggiornare le loro conoscenze specifiche che permettano nuove interpretazioni dei comportamenti
- popolazione/media al fine di permettere la conoscenza sui determinanti di salute indagati, spingendo così verso nuove consapevolezze, nuovi atteggiamenti e, nel tempo, nuovi più virtuosi comportamenti.

Gli interventi di comunicazione quale strumento per ottenere una migliore conoscenza al fine di prevenire l'obesità sono anche stati evidenziati in termini di efficacia da diverse metanalisi²

¹ Obesity renews, 2010, INRAN, 2003; NHMRC, 2003; Ministry of Health of New Zealand, 1998

² Andrews KR, Silk KS, Eneli IU : J Health Commun. 2010 Jan; Bravender T., Russel A, Chung RJ, Armstrong SC : Pediatrics 2010 Mar; Woolford SJ, Clark SJ, Ahmed S, Davis MM : Clin Pediatr (Phila) 2009 Nov; Melnyk BM, Small L., Morrison-Beedy D, Strasser A, Spath L, Kreipe R, Crean H, Jacobson D, Kelly S, O'Haver : J. Pediatr Health Care 2007, Sep-Oct; Beckman H, Hawley S, Bishop T : J.Pediatr Nurs 2006 Aug; Reynolds KD, Spruijt-Metz D. : Eval Health Prof. 2006 Jun



seduta del
23 DIC 2010
delibera
1856

pag.
63

Delibera PRP 2010-2012

Scopi principali, Fasi di Articolazione ed Attività:

L'intervento Comunicativo in oggetto si propone di portare a conoscenza nell'anno 2011 (con possibilità di proporre gli eventi anche nel 2012) i dati emersi dalle indagini condotte nella Regione Marche verso il target definito. Per raggiungere tali obiettivi si farà ricorso a 6 eventi Comunicativi in tutta la regione, preceduti da incontri di sensibilizzazione e depliant di rinforzo all'interesse partecipativo. Oltre a ciò nell'anno scolastico 2011/2012 verrà riproposto OKKio alla Salute (3° edizione) che consentirà di monitorare anche nella Regione Marche l'evolversi sia della condizione dell'eccesso di peso in età scolare che la rilevazione dei dati inerenti le abitudini di vita (scolastica e familiare) che rappresentano determinanti di stile di vita modificabili. Ciò coinvolgerà la Scuola, ed i Genitori dei ragazzi oggetto di intervento. Sono in previsione interventi di COMUNICAZIONE connessi con Okkio alla Salute 2010. Poiché nel campo della promozione della salute la comunicazione riveste un ruolo fondamentale per attivare processi di consapevolezza e di empowerment nella popolazione target, si prospetta inoltre, nel 2011, la realizzazione di un percorso formativo per gli operatori sanitari che hanno partecipato o partecipano ad attività di sorveglianza sui comportamenti a rischio nei giovani.

Attori e Gruppi di interesse:

Gli attori in gioco sono le Autorità, la scuola a partire dal Dirigente Regionale Scolastico ai Dirigenti scolastici ed agli Insegnati, i genitori dei ragazzi, Cittadinanza Attiva, i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta, le Associazioni dei Consumatori, la popolazione generale, i Servizi Igiene degli Alimenti e della Nutrizione della Regione e l'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Criticità:

Le criticità in gioco sono riferite alla possibilità di trovare spazi e date di incontro compatibili con le esigenze generali. Per l'attività di formazione degli operatori, i tempi e le esecutività sono le criticità in quanto legate all'ISS.

Beneficiari: popolazione scolastica, Genitori, mondo della Scuola, Comuni, Cittadinanza Attiva, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Associazione dei Consumatori, Associazioni dei Ristoratori.

Obiettivi di Salute (e/o di processo) perseguiti:

- comunicazione tramite la diffusione del dato: portare a conoscenza del target lo stato in essere attraverso interventi comunicativi (conoscenza)
- Okkio alla salute: acquisire la conoscenza dei dati riferiti alla condizione nutrizionale della della popolazione scolastica e dei determinanti espressione dei fattori di rischio modificabili
- Attuazione di evento formativo di comunicazione per individuare: caratteristiche, finalità, attori nell'ambito della comunicazione nel campo della promozione della salute e criteri per una collaborazione integrata tra i soggetti coinvolti, individuazione di fattori determinanti la percezione dei principali fattori di rischio modificabili tra i quali "alimentazione" ed "attività fisica".

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Attuazione di 6 interventi di comunicazione dei dati emersi	Atti Ufficiali	0	Da 3 a 6 interventi		Da 0 a 3 interventi	
Attuazione di OKKio alla Salute 2012	Report ufficiale dati elaborato dall'ISS in accordo con le Regioni	0	-		100% degli indicatori inclusi nella reportistica di OKKio alla salute	
Interventi formativi di comunicazione	Atti Ufficiali	0	Almeno 2 eventi formativi		-	



2.9.4 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2

Titolo: Gente in Gamba 5-64: programma regionale per la promozione dell'attività motoria nella popolazione in età scolare (5-17 anni) e adulta (18-64)

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale: 2.9:" incremento dell'attività motoria"

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.9.4

Breve descrizione dell'intervento

Razionale dell'intervento

L'attività motoria è uno strumento di prevenzione indiscusso per ogni individuo. Nonostante ciò la sedentarietà, il sovrappeso e l'obesità sono in costante aumento nel mondo ma anche nel nostro Paese. Il 24% della popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni residente nella regione Marche risulta completamente sedentaria (Sistema PASSI, dati 2009), mentre la prevalenza di obesità e sovrappeso nei bambini di 9 anni residenti nella regione Marche è pari al 33% (10% obesità e 23% sovrappeso - Sistema OKkio, dati 2009). Questi sono alcuni degli indicatori che confermano l'importanza di attivare politiche e strategie multi-intervento efficaci per la promozione dell'attività motoria

Scopi principali

Gente in Gamba è un programma di promozione e facilitazione dell'attività motoria con interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili e basati su evidenza scientifica e migliori pratiche da ritagliare sulla popolazione in età scolare (5-17 anni) e in età adulta (18-64 anni). Gli obiettivi possono essere così sintetizzati:

Obiettivo 1: aumentare la % delle scuole primarie che garantiscono le due ore a settimana di attività motoria curriculare

Obiettivo 2: aumentare la % delle scuole primarie e secondarie che garantiscono occasioni di attività motoria extracurriculare

Obiettivo 3: elaborare un Piano regionale di promozione dell'attività fisica attraverso il quale facilitare la costituzione di gruppi intersettoriali (Salute. Scuola, Enti locali, Associazioni sportive, etc.) locali per la promozione dell'attività fisica; promuovere il censimento delle risorse locali (rilevazione di strutture, aree, associazioni, azioni e opportunità per l'attività fisica) per le popolazioni target (5-17; 18-64; >65 anni) garantendo integrazione sociale e pari opportunità; favorire gli interventi di riqualificazione/riorientamento dei percorsi casa scuola e delle aree da destinarsi ai vari target di popolazione identificati; fornire supporto alle migliori pratiche implementabili a livello locale, coerenti con l'obiettivo del presente programma, sostenibili e possibilmente basate su prove d'efficacia.

Obiettivo 4: promuovere l'attività fisica nella popolazione target attraverso una campagna comunicativa regionale adeguata

Fasi, attività, Risultati attesi

Attività 1: monitoraggio dello svolgimento dell'attività motoria nelle scuole.

Risultato atteso 1: report sul monitoraggio dell'attività motoria nelle scuole.

Attività 2: elaborazione di un piano regionale a supporto dell'attività motoria nelle scuole.

Risultato atteso 2: formalizzazione del piano regionale a supporto dell'attività motoria nelle scuole.

Attività 3: elaborazione del Piano di promozione dell'attività fisica nelle Marche.

Risultato atteso 3: formalizzazione del piano di promozione dell'attività motoria nelle Marche.

Attività 4: stesura di un piano di comunicazione finalizzato a promuovere l'attività motoria nelle Marche.

Risultato atteso 4: pubblicazione del piano di comunicazione



Delibera PRP 2010-2012

Attori e Gruppi d'interesse coinvolti o da coinvolgere

SISP, SIAN e UU.OO. Promozione della Salute ASUR Marche; Gruppo tecnico regionale per l'attività fisica (Guadagnare Salute); Ufficio Scolastico Regionale; Assessorato regionale allo sport; Servizio Politiche Sociali Regione Marche; Ambiti Sociali; ANCI; MMG e PLS; CONI regionale; UISP regionale e altri Enti di promozione sportiva; Stit Marche; Associazioni operanti nell'ambito della promozione dell'attività motoria.

Criticità

La criticità più rilevante ipotizzabile scaturisce dalla riduzione dell'orario scolastico che contrasta con l'esigenza di aumentare le ore curricolari di attività fisica nelle scuole primarie; il meccanismo dell'autonomia scolastica in assenza di obblighi nazionali relativi alle ore di attività fisica rende difficoltoso il raggiungimento dell'obiettivo; possibili ostacoli potrebbero sorgere dal difficile coinvolgimento dei Comuni per l'attuazione dell'obiettivo n. 3; l'attivazione della campagna comunicativa regionale è vincolata ad una coerente copertura economica.

Beneficiari: Popolazione regionale nella fascia d'età 5-64 anni

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

Obiettivo 1: aumentare la % delle scuole primarie che garantiscono le due ore a settimana di attività fisica curriculare

Obiettivo 2: aumentare la % delle scuole primarie e secondarie che garantiscono occasioni di attività fisica extracurriculare

Obiettivo 3: elaborare un Piano regionale di promozione dell'attività fisica

Obiettivo 4: promuovere l'attività fisica nella popolazione target attraverso una campagna comunicativa regionale adeguata

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Elaborazione del report regionale sull'attività motoria nelle scuole	Pubblicazione regionale	Assenza di un monitoraggio sulle ore di attività motoria nelle scuole	Report A.S. 2011-2012		Report A.S. 2012-2013	
Elaborazione del piano regionale a supporto dell'attività motoria nelle scuole	Atti formali	Un piano regionale a supporto dell'attività motoria nelle scuole non è mai stato elaborato	Formalizzazione del Piano		Avvio del 50% delle azioni previste dal piano entro i tempi stabiliti	
Elaborazione del Piano di promozione dell'attività fisica nelle Marche	Atti formali	Un piano regionale di promozione dell'attività fisica non è mai stato elaborato	Formalizzazione del Piano		Il 50% delle ZZTT ASUR hanno un tavolo tecnico locale per la promozione attività motoria	
Elaborazione del piano di comunicazione per la promozione dell'attività fisica nelle Marche (attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro dedicato)	Pubblicazione regionale	Un piano di comunicazione per la promozione dell'attività fisica nelle Marche non è mai stato elaborato	Atto costitutivo del GdL		Elaborazione Piano di comunicazione	

**2.9.5 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2****Titolo: "Peer Education: Alcol e Guida Sicura"**

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale: 2.9:" riduzione dei consumatori di alcool a rischio"

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.9.5

Breve descrizione dell'intervento:Razionale dell'intervento:

L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute: è la principale causa di cirrosi epatica e la terza causa di mortalità prematura in Europa. I più importanti Organismi di tutela della salute, nazionali ed internazionali, sulla base di evidenze scientifiche ed epidemiologiche considerano il consumo di bevande alcoliche un importante fattore di rischio per malattie croniche, violenze ed omicidi, incidentalità stradale, domestica e lavorativa. Come risulta dal report *Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute* (Rapporto ISTISAN 2010), in Italia i consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2008 il 25% della popolazione ultra 11enne, con una marcata differenza di genere (M=37%; F=158%). L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dall'età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi a 18-24 anni (per entrambi i sessi) per poi nuovamente diminuire fino a raggiungere i valori più bassi tra gli ultra 75enni. L'unica classe di età in cui non si registrano differenze statisticamente significative in relazione al genere degli intervistati è quella al di sotto dell'età legale (11-15 anni) e ciò ad indicare che il comportamento in età giovanissima è praticamente identico per i due sessi. Nel 2008 il 7% della popolazione di 11 anni e più ha dichiarato di aver consumato almeno una volta negli ultimi 12 mesi 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in una sola occasione. L'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), che recepisce le indicazioni del WHO, considera "consumatori a rischio" i maschi che superano un consumo quotidiano di 40 g di alcol (2-3 unità alcoliche standard) e le femmine che superano un consumo quotidiano di 20 g (1-2 unità alcoliche standard). A queste categorie di popolazione a rischio ne vanno aggiunte altre: gli anziani, i 16-18enni (ai quali si raccomanda di non superare un'unità alcolica al giorno) e gli adolescenti al di sotto dell'età legale (16 anni) per i quali è raccomandata l'astensione da qualsiasi tipo di consumo. Per tutti, inoltre, si raccomanda di non concentrare grandi quantità di alcol in un arco di tempo limitato (*binge drinking*). Sempre secondo il Rapporto ISTISAN nel 2008 la prevalenza dei consumatori a rischio ha raggiunto il 16% della popolazione, con una consistente differenza di genere (25% dei maschi, il 7% delle femmine). Secondo i dati 2008 del sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) relativi alle Aree Vaste n. 4-5 (Fermo, San Benedetto del Tronto, Ascoli Piceno) il 17% degli intervistati può essere considerato bevitore a rischio e in particolare il 7% è un "bevitore *binge*" (maggiormente gli uomini e i giovani) e il 4% può essere considerato un "*forte bevitore*" (consumo di tre o più unità alcoliche se uomo e più di due unità al giorno se donna) (Report Passi 2008). Nel Rapporto nazionale PASSI 2008 relativo alle 20 Regioni partecipanti (esclusa la Calabria), il 12% degli intervistati riferisce di aver consumato almeno un'unità di bevanda alcolica (circa un bicchiere di vino o una lattina di birra) negli ultimi 30 giorni, e dichiara di aver guidato dopo averne bevute almeno due nell'ora precedente. Inoltre, l'8% degli intervistati riferisce di aver viaggiato insieme a un guidatore in stato di ebbrezza. Il comportamento è riferito più spesso dagli uomini (17%) che dalle donne (4%), senza vistose differenze per età, istruzione o livello di reddito. Nel Rapporto PASSI 2008 relativo alle Aree Vaste nn.4-5, il 14% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato (nell'ultimo mese) dopo un'assunzione di bevande alcoliche tale da determinare un livello pericoloso di alcol nel sangue. L'abitudine a guidare sotto l'effetto di alcol è più frequente negli uomini (16% M e 7% F) e nei 18-24enni (18%).



seduta del
23 DIC 2010
delibera
1856 //

pag.
67

Delibera PRP 2010-2012

Scopi principali

Riduzione dei consumatori di alcol a rischio che guidano in stato di alterazione psicofisica derivante dall'alcol

Fasi di articolazione ed Attività

Il progetto è rivolto ai docenti ed agli studenti degli Istituti Secondari di primo e secondo grado del territorio dell'ASUR Marche ZZTT 12-13 (San Benedetto del Tronto e Ascoli Piceno) ed è finalizzato allo sviluppo della consapevolezza e delle abilità necessarie, negli adolescenti, per compiere scelte in favore della salute in relazione al bere e alla guida sicura. E' articolato in quattro fasi: un **corso di formazione su "Alcol e guida sicura" rivolto ai docenti e ai Peer Educator** formati nei precedenti anni scolastici degli Istituti secondari di primo e secondo grado di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto; **incontri di formazione/approfondimento rivolti ai Peer educator** sui temi "Alcol e Guida sicura", "Tecniche di comunicazione", "Gestione dei gruppi"; incontri di supporto per la progettazione degli incontri con i gruppi-classe; **incontri di formazione/informazione tenuti dai Peer Educator e rivolti agli studenti** delle scuole di appartenenza; **iniziative di prevenzione su "Alcol e guida sicura"** promosse dagli Istituti Scolastici in collaborazione con i *Peer educator* e gli Enti del territorio

Attori e Gruppi di interesse coinvolti e da coinvolgere

Studenti, genitori, insegnanti, U.O. PEAS (Promozione ed Educazione Alla Salute) ASUR Marche ZT13; U.O. STDP ASUR Marche ZZTT 12,13; Comune di Ascoli Piceno; Ambito Territoriale Sociale XXII, Ascoli Piceno; Ambito Territoriale Sociale XXI, San Benedetto del Tronto; Comune di San Benedetto del Tronto- Centro Risposte Alcolologiche sez. San Benedetto del Tronto; Unità di Strada-ATS XXI San Benedetto del Tronto; Centro Alcolisti in Trattamento (CAT); Ufficio Scolastico Regionale per le Marche, Ufficio V Ambito Territoriale Ascoli Piceno-Fermo; Associazione Scuole Guida UNASCA; CPS (Consulta Provinciale degli Studenti- Province di Ascoli Piceno e Fermo)

Criticità

Possibile criticità l'adesione delle scuole al progetto; necessaria adeguata sensibilizzazione alla rilevanza del progetto

Beneficiari - Studenti degli Istituti Scolastici di I e II grado del territorio dell'ASUR Marche ZT 13 (Ascoli Piceno), ZT 12 (San Benedetto del Tronto). Nello specifico: il 50% degli Istituti secondari di primo e secondo grado del territorio della ZT 13 e il 30% degli Istituti secondari di secondo grado del territorio della ZT 12

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti : Riduzione dei consumatori di alcol a rischio che guidano in stato di alterazione psicofisica derivante dall'alcol

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Numero di interventi di prevenzione (in ogni scuola che aderisce)	Dichiarazione scuole	0	Attuazione di almeno 1 intervento		Attuazione di almeno 2 interventi	
% aumento conoscenze degli studenti su "alcol e guida sicura"	Questionari pre e post intervento	0	/		Incremento del 20% delle conoscenze	
% aumento degli atteggiamenti responsabili nei confronti del guidare dopo aver assunto alcolici	Questionari pre e post intervento	0	/		Incremento del 20% degli atteggiamenti responsabili	



2.9.6 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2

Titolo: Lavoro in Rete degli operatori socio-sanitari per il contrasto e il trattamento del tabagismo

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale: 2.9: "riduzione della percentuale di fumatori abituali con particolare riferimento alle fumatrici e ai soggetti in età giovane-adulta"

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.9.6

Breve descrizione dell'intervento:

Razionale dell'intervento³:

Secondo il sistema di sorveglianza PASSI in Italia nel triennio 2007-2009, la percentuale dei fumatori è in lieve calo. Più in dettaglio, si registra una diminuzione statisticamente significativa nel 2009 rispetto agli anni precedenti: nel 2007 era del 30,7% (IC 95%: 29,9-31,5%); nel 2008 era del 29,8% (IC 95%: 29,2-30,4%); nel 2009 era del 28,6% (IC 95%: 28-29,2%). Nella regione Marche, i fumatori rappresentano il 29% degli intervistati, gli ex fumatori il 22% e i non fumatori il 49%. L'abitudine al fumo è significativamente più diffusa negli uomini, nelle classi di età < di 35 anni, nelle persone con livello di istruzione medio-basso e in quelle con difficoltà economiche. Il numero dichiarato di sigarette fumate in media al giorno è 12. Il 4% dichiara di fumare più di 20 sigarette al giorno ("forti fumatori"). Sempre nelle Marche il 63% dei fumatori dichiara di aver ricevuto, negli ultimi 12 mesi, il consiglio di smettere di fumare da un medico o da un operatore sanitario. Negli ultimi 12 mesi, ben il 41% dei fumatori ha tentato di smettere: il 3% ci è riuscito e un altro 3% definito "fumatore in astinenza", dichiara di non fumare da meno di sei mesi. L'OMS sottolinea che il 90-95% di tumori polmonari, l'80-85% di bronchiti croniche ed enfisema polmonare ed il 20-25% di incidenti cardiovascolari, sono dovuti al fumo di tabacco. In Italia si stima che il fumo sia responsabile del 91% di tutte le morti per cancro al polmone negli uomini e del 55% nelle donne, per un totale di circa 30.000 morti l'anno. Pur essendo dannoso ad ogni età, il rischio di sviluppare una patologia fumo-correlata è maggiore quanto più precoce è la data di inizio. Per contrastare questo fattore di rischio, che presenta aspetti complessi di tipo tossicologico, psicologico e socio-culturale, occorre adottare politiche di intervento globali capaci di sviluppare alleanze e sinergie di tutti i soggetti che hanno competenze e responsabilità in ambito educativo, sanitario, politico, economico, nel mondo del volontariato e nel campo dell'informazione. L'intento comune deve essere quello di promuovere con esempi positivi ed azioni persuasive, unitamente al rispetto della normativa vigente sul divieto di fumo nei locali pubblici, la formazione di una cultura diffusa e condivisa del "non fumo". In tale ottica la promozione di una Rete di collaborazioni tra operatori socio-sanitari, chiamati a vario titolo ad occuparsi della salute, rappresenta uno strumento fondamentale per affrontare la problematica del tabagismo con un approccio multiprofessionale e multidisciplinare. Secondo la strategia europea dell'OMS per la lotta al tabagismo, una breve consulenza individuale da parte di un

³"Cessazione del fumo di tabacco. Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte", Osservatorio Epidemiologico Dipendenze, 05/2007. "Smettere di fumare in Piemonte", Osservatorio Epidemiologico Dipendenze, 05/2008. "Piano aziendale per il tabagismo", Az. USL 8 Arezzo, 05/2009. "Aiutare a smettere di fumare", ASL 5, Regione Piemonte, 2008. M.C. Fiore, W. Theobald "Chiamata alle armi" per i medici italiani nel trattamento del tabagismo, Tabaccologia 2-3/2009, pag. 6-8. B.Tinghino, V.Zagà "Curare il tabagismo", Tabaccologia 2/s 2005. T.P. Baccolo, M.R. Marchetti, "I medici e i lavoratori fumatori", ISPELS, Roma. Ministero della Salute - Dipartimento della prevenzione e della comunicazione - "Rapporto 2009 - Attività per la prevenzione del tabagismo". Rapporto nazionale Passi 2009: abitudine al fumo - Istituto Superiore Sanità e CCM. CCM Programma 2008 "Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: consolidamento degli interventi di Rete nella pianificazione aziendale". Zuccaro P.G. e altri, "Linee Guida Cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo" Edizione 2008, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Invernizzi G. e altri, "L'intervento del MMG nel controllo del fumo: raccomandazioni per un approccio ottimale al paziente fumatore", Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio, Ediaipo Edizioni 2002. Progetto Chanche Regione Lombardia "La Rete territoriale locale", Milano 2008.

7



Delibera PRP 2010-2012

medico è uno dei metodi più efficaci per indurre un'astinenza a lungo termine dal fumo di tabacco. Il coinvolgimento della classe medica è tra le prime 10 principali azioni antifumo indicate anche dall'ISS (rapporto nazionale sul fumo 2006); il Parlamento europeo, inoltre, invita gli Stati membri a inserire nel sistema sanitario nazionale le consulenze mediche destinate a porre termine alla dipendenza da nicotina (libro verde "Verso l'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'Unione europea" 2007).

Scopo principale: riduzione del n° dei tabagisti attraverso il lavoro di Rete degli operatori socio-sanitari

Fasi di articolazione: le fasi previste dal progetto possono così essere schematizzate:

- Fase organizzativa: impostazione del coordinamento, della formazione e della realizzazione operativa della Rete.
- Fase attuativa: avvio del lavoro in Rete per favorire la decisione di smettere di fumare nella popolazione fumatrice, orientare ai diversi trattamenti previsti, gestire in maniera integrata il paziente fumatore, distribuire il materiale informativo e di auto-aiuto ai pazienti.
- Fase della valutazione: rilevazione degli indicatori previsti ed elaborazione dei dati e delle informazioni raccolte.

Attività: le attività possono così essere schematizzate:

- Istituzione per Area Vasta di un Gruppo di coordinamento per creare reti locali di operatori.
- Attivazione delle risorse professionali e costituzione di almeno un gruppo di Rete di operatori a livello zonale, per ogni Area Vasta.
- Corso di formazione per ogni Area Vasta degli operatori della Rete al *minimal advice* e alle informazioni di base da fornire ai pazienti.
- Implementazione della Rete da parte degli operatori facendosi carico di gestire e/o indirizzare il fumatore verso i diversi servizi per diminuire nel tempo il numero dei fumatori

Attori e Gruppi d'Interesse coinvolti e da coinvolgere: gli attori principali sono rappresentati dai Dipartimenti di prevenzione (Uffici di Promozione della Salute, SISP, SPSAL, OE) e dai Dipartimenti Dipendenze Patologiche, Gruppo Tecnico regionale tabagismo, Centri Antifumo territoriali e ospedalieri, Lega Italiana Lotta ai Tumori (LILT), Referenti di MMG, PLS, farmacisti, ostetriche, odontoiatri, assistenti sanitarie, infermieri, ecc.

Criticità: l'esperienza conferma le potenzialità del lavoro di Rete ma vi sono anche delle difficoltà da considerare. L'attivazione di una Rete territoriale è una pratica complessa, che mette in gioco una pluralità di dimensioni formali e informali, di natura istituzionale, organizzativa e gestionale. Non è solamente l'esito di un processo organizzativo, ma anche la definizione di un nuovo quadro di senso, entro il quale si collocano le azioni dei diversi attori e nel quale i diversi attori si riconoscono; il coordinamento e la gestione della Rete stessa costituiscono due snodi importanti per la costruzione di un processo sostenibile e per garantire la continuità e la "manutenzione" della Rete

Beneficiari: popolazione fumatrice della Regione Marche

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

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Corso di formazione per operatori	Atti Ufficiali	0	Almeno N 1 corso effettuato per AV		Almeno N 1 corso effettuato per AV	
Costituzione Gruppo Rete di operatori per Area Vasta (AV)	Verbale di costituzione	0	Almeno N 1 gruppo per AV		Almeno N 9 gruppi nelle 5 AV	
N. incontri di Rete degli operatori per AV nell'anno	Atti Ufficiali	0	Almeno N. 1 incontro per AV nell'anno		Almeno N. 2 incontri per AV nell'anno	



2.9.7 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2

Titolo: Mamme libere dal fumo

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale: 2.9: "riduzione della percentuale di fumatori abituali con particolare riferimento alle fumatrici e ai soggetti in età giovane-adulta"

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.9.7

Breve descrizione dell'intervento:

Razionale dell'intervento

Che il fumo di tabacco sia dannoso per la salute è dato riconosciuto da decenni. I rischi per la salute aumentano se a fumare è una donna che intende avviare o che sia in gravidanza. In periodo preconcezionale il fumo incide negativamente sulla fecondità, mentre in gravidanza sono statisticamente aumentati sia i rischi di complicanze gravidiche, quali ad esempio l'aborto spontaneo o il parto prematuro, sia i danni a carico del bambino (basso peso alla nascita o mortalità perinatale). Anche dopo il parto, nei bambini esposti al fumo vi è correlazione con un aumento di asma bronchiale, di bronchiti croniche e di otiti.

Studi epidemiologici dimostrano che l'età media di inizio della abitudine tabagica è di 16,5 anni. In Italia sono aumentate le donne giovani che fumano (la prevalenza è di circa il 20%). La più alta prevalenza di fumatrici si riscontra nell'Italia centrale (Marche 23% da PASSI 2009). Circa il 70% delle fumatrici sospende il fumo in gravidanza. Circa il 70% di chi ha sospeso riprende però a fumare subito dopo il parto. Circa il 50% dei bambini ha almeno un genitore che fuma.

Scopi principali

Favorire la sospensione del fumo in gravidanza ed il mantenimento della disassuefazione dopo il parto.

Fasi di articolazione ed Attività

Il progetto "Mamme libere dal fumo" intende affrontare la problematica del fumo in gravidanza utilizzando la tecnica del counselling breve, cioè l'azione strutturata a sostegno del cambiamento comportamentale, che si è imposta per la sua relativa facilità, il basso costo e la grande efficacia (raccomandazione di grado A). L'intervento verrà attuato sperimentalmente in cinque Zone Territoriali delle Marche (4- Senigallia, 6- Fabriano, 8- Civitanova M., 11- Fermo, 13- Ascoli Piceno). Per aumentare l'efficacia del progetto, si è voluto affiancare al lavoro delle Ostetriche anche l'opera del Personale degli ambulatori vaccinali (Assistenti Sanitarie e Medici Igienisti): la tecnica del counselling verrà espletata su due coorti separate (donne in gravidanza che partecipano ai corsi preparto, e donne che accompagnano i propri figli alla prima vaccinazione dell'infanzia), in entrambe le coorti fino al compimento dell'anno di vita dei bambini. Un'indagine sul comportamento relativo al fumo è stata preliminarmente effettuata sulle mamme che accompagnavano i propri figli alla 3° vaccinazione (1 anno di vita) per poter costituire un gruppo di controllo alle due coorti di progetto.

L'attività verrà svolta

- o basandosi sulla rete di operatori già esistente e sulla professionalità degli stessi
- o coinvolgendo in una opera di sensibilizzazione i ginecologi e le ostetriche dei Consultori e dell'Ospedale, ma anche il personale delle "Vaccinazioni"
- o formando le ostetriche ad attuare un counselling antitabagico
- o formando il personale delle "Vaccinazioni" ad attuare un counselling antitabagico
- o fornendo un sostegno alle donne per evitare che riprendano a fumare dopo la gravidanza
- o informando e chiedendo una azione di supporto a tutti i gruppi di interesse individuati.

Il counselling verrà effettuato in entrambe le coorti fino al compimento dell'anno di vita dei bambini.



Delibera PRP 2010-2012

Attori e Gruppi d'Interesse coinvolti e da coinvolgere

Operatori (ostetriche, psicologi) dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) presso i Consultori Familiari e gli Ospedali, personale degli Ambulatori Vaccinazioni, Centri Anti Fumo territoriali ed ospedalieri, Dipartimenti delle Dipendenze, Gruppo Tecnico Regionale Tabagismo.

Criticità

Difficoltà di dedicare molto tempo al counselling per scarsità di risorse e di personale; necessità di creare una rete con Centri antifumo e/o Dipartimenti delle Dipendenze per aiutare le fumatrici; necessità di implementare la tecnica del counselling anche in ambito ospedaliero e tra i PLS.

Beneficiari:

1. Circa 600 donne in gravidanza che partecipano ai corsi di preparazione al parto
2. Circa 700 donne che si presentano in ambulatorio vaccinale per le vaccinazioni del bambino/a, (numero di mamme corrispondenti a circa il 15% dei nuovi nati nelle Zone partecipanti alla sperimentazione).

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

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Numero di contatti per counselling in fumatrici attuali o che hanno sospeso per l'ultima gravidanza	Schede di rilevazione - questionari	Nelle due coorti, le mamme fumatrici attuali o che hanno sospeso per l'ultima gravidanza, sono state raggiunte con counselling almeno una 1 volta.	Il 90% delle fumatrici attuali o che hanno sospeso per l'ultima gravidanza è stato contattato almeno 2 volte		Il 70% delle fumatrici attuali o che hanno sospeso per l'ultima gravidanza è stato contattato almeno 3 volte	
% di donne che mantengono la disassuefazione al fumo ad un anno dal parto	Schede di rilevazione - questionari	30% (dato di letteratura)	40%		50%	

**2.9.8** Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 2**Titolo: UNPLUGGED – Programma scolastico di potenziamento di conoscenze e abilità personali e sociali per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e droghe.**

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale: 2.9: "prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze nelle scuole medie di primo e secondo grado, e nei luoghi di aggregazione giovanile formali ed informali"

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 2.9.8

Breve descrizione dell'intervento:

Razionale dell'intervento: per descrivere e comprendere i fenomeni ed i comportamenti correlati con la salute nella popolazione pre-adolescente di età 11, 13 e 15 anni, da circa un decennio è stata utilizzata, a livello internazionale, la ricerca HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) - Sito: www.hbsc.org.

La ricerca HBSC prevede una stratificazione per classi di età ed una modalità di campionamento che consente di avere dei profili di salute dei giovani preadolescenti rappresentativi anche su base regionale. Nella regione Marche, comportamenti a rischio come l'iniziazione al fumo e al consumo di sostanze alcoliche avvengono per lo più a partire dai 13 anni in contesti di gruppo che, a questa età, acquisiscono sempre maggiore importanza. A tali fenomeni di uso/abuso di sostanze legali si aggiunge poi il consumo di sostanze illegali come la cannabis o altre sostanze psicotrope. Le problematiche correlate al consumo di alcol e droghe nei giovani e nei giovanissimi non sono di minore importanza: come per il fumo, gli adolescenti che iniziano a fare uso in giovane età di tali sostanze hanno una maggiore probabilità di sviluppare dipendenza (Tyas 1998). Il tasso di incidenza di dipendenza da alcol di chi ha iniziato a bere alcolici a 14 anni è 4 volte maggiore di chi ha iniziato a 20 anni e il rischio di diventare dipendenti si riduce del 14% per ogni anno di ritardo dell'inizio dell'uso (Grant 1997). Pertanto, considerati gli alti costi sanitari e sociali derivanti dal consumo di sostanze psicoattive sia legali che illegali, promuovere la cessazione e, soprattutto per i più giovani, prevenire l'inizio e l'instaurarsi di percorsi di dipendenza è fra gli obiettivi prioritari della promozione della salute (WHO, 1998; Cavallo et al., 2007). *Unplugged* è un programma di prevenzione scolastica dell'uso di sostanze basato sul modello dell'influenza sociale. Disegnato da un gruppo di ricercatori europei, è stato valutato attraverso uno studio sperimentale randomizzato e controllato condotto in 7 Paesi. È il primo programma europeo di provata efficacia sulla prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive sia legali che illegali.

Scopi principali: Ottenere il miglioramento del benessere e della salute psicosociale dei ragazzi attraverso il potenziamento delle abilità personali e sociali necessarie per gestire l'emotività e le relazioni e per prevenire o ritardare l'uso di sostanze psicoattive, attraverso l'applicazione del programma *UNPLUGGED*. Considerata l'efficacia già ampiamente dimostrata a livello nazionale e internazionale del Programma *UNPLUGGED* (e gli alti costi di una verifica di efficacia da replicare su scala regionale), si è scelta una valutazione delle competenze acquisite (*life skills*) e una valutazione di processo in grado di misurare la corretta applicazione del Protocollo *UNPLUGGED* a livello formativo per gli insegnanti ed educativo per gli studenti (indicatori proxy del risultato di salute atteso).

Il programma "*Unplugged*" ha come scopo la creazione di una rete di operatori sanitari ed insegnanti formati secondo il metodo "*Un-plugged*", accreditato dalla EU-Dap Faculty Europea.

Fasi di articolazione: gli operatori sanitari ed insegnanti saranno formati in modo omogeneo per tutta la Regione a 1) riconoscere il modello dell'influenza sociale e le *life skill* necessarie per gestire l'emotività e le relazioni sociali e il loro ruolo nella prevenzione scolastica dell'uso di sostanze e nella promozione della salute degli studenti; 2) usare la metodologia necessaria per lavorare in classe con gli studenti dai 12 ai 14



Delibera PRP 2010-2012

anni con gli obiettivi che questi sviluppino e potenzino le loro abilità personali, consolidino le proprie competenze personali, correggano le errate convinzioni sulla diffusione e l'accettazione dell'uso di sostanze psicoattive, nonché gli interessi legati alla loro commercializzazione, migliorino le loro conoscenze sui rischi dell'uso di tabacco, alcol e sostanze psicoattive, sviluppino quindi un atteggiamento non favorevole alle sostanze

Per le sue caratteristiche di ritardare o prevenire la sperimentazione delle sostanze psicoattive, *Unplugged* è indicato per i ragazzi del secondo e terzo anno delle scuole secondarie di primo grado e del primo anno delle scuole secondarie di secondo grado. Il programma è articolato in 12 unità di 1 ora ciascuna ed è condotto dall'insegnante con metodologia interattiva, utilizzando tecniche quali il *role play*, il *brain storming* e le discussioni di gruppo. Gli insegnanti hanno quindi un ruolo fondamentale, la loro motivazione e l'entusiasmo sono determinanti ai fini dell'efficacia dell'intervento.

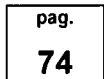
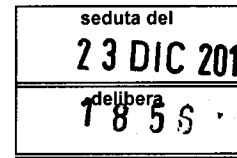
Attività: le attività possono essere così schematizzate: 1) Istituzione della figura per Area Vasta di un Coordinatore sanitario del programma (per coordinare l'implementazione di *Unplugged* in Area Vasta attraverso l'organizzazione del lavoro degli operatori sanitari nelle singole Zone Territoriali), interfacciarsi con l'Ufficio Scolastico Provinciale (per l'adesione delle scuole e la formazione dei docenti in una gestione condivisa del programma), verificare l'andamento ed i risultati dell'applicazione del Programma. 2) Corso regionale per formatori locali scelti tra il personale sanitario delle Aree Vaste: saranno formati, per la durata di 2,5 giorni, due operatori per ZT, preferibilmente psicologi ed educatori, provenienti dai Servizi Promozione della Salute e S.T.D.P. (a cura del personale del O.E. delle Dipendenze della Regione Piemonte). 3) Corsi per docenti scolastici nelle diverse Zone T.li delle Aree Vaste ASUR (a cura del personale sanitario precedentemente formato che resterà a disposizione dei docenti per attività di supporto alla realizzazione degli interventi educativi). 4) Attivazione del programma "*Unplugged*" prioritariamente nel secondo e terzo anno delle scuole secondarie di 1° e, in secondo ordine, nel primo anno delle scuole secondarie di 2° in base al Protocollo validato ed al relativo materiale educativo (a cura del personale scolastico formato).

Attori e Gruppi d'Interessi coinvolti e da coinvolgere: Ufficio Scolastico Regionale, Uffici Scolastici Provinciali, Uffici Promozione della Salute, Dipartimenti Dipendenze Patologiche, Osservatori Epidemiologici Zone Territoriali ASUR Marche, Ambiti Territoriali Sociali, Assessorati dell'Istruzione Comunali e Provinciali, Dirigenti Istituti Scolastici, Associazioni di docenti nelle Marche, Associazioni di genitori nelle Marche, Consulte degli Studenti nelle Marche.

Criticità: Considerato che *Unplugged* è un Programma di prevenzione validato (con forti evidenze di efficacia sia in America che in Europa e in Italia), le principali criticità potrebbero consistere nella limitatezza dei fondi destinati allo svolgimento delle attività educativo-formative e all'acquisto dei kit didattici per le scuole

Beneficiari: destinatari intermedi: operatori socio-sanitari e insegnanti; destinatari finali: studenti 12 – 14 anni

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Corso regionale per formatori locali: % operatori formati	Atti Ufficiali	0	100%		NA	
Studenti: % risposte positive sul Totale risposte (% media)	Questionario di soddisfazione	0			70% (media)	
Docenti: % risposte positive sul Totale risposte (% media).	Questionario di soddisfazione	0			70% (media)	
Livello di aderenza delle attività svolte in classe rispetto a quanto previsto dal manuale <i>Unplugged</i>	Scheda di monitoraggio per ogni unità	0			90% (media)	



Delibera PRP 2010-2012

3.1.1 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 3

Titolo: Miglioramento del programma di screening per il carcinoma della cervice uterina

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella 1: 3.1 "Riduzione della mortalità per carcinoma della cervice uterina"

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 3.1.1

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Razionale dell'intervento

Il carcinoma della cervice uterina continua a rappresentare un importante problema sanitario: a livello mondiale è il secondo tumore maligno della donna. È il primo tumore in cui sia identificata in modo incontestabile la causa virale (HPV). Dopo il contatto col virus può svilupparsi una malattia pre-cancerosa (definita come HSIL, High-grade Squamous Intraepithelial Neoplasia) che successivamente può trasformarsi in carcinoma. Pap-test e colposcopia sono in grado di riconoscere le lesioni pre-cancerose (HSIL) in modo tale da poterle efficacemente trattare.

Il Gruppo Tecnico Scientifico regionale, attraverso l'elaborazione del nuovo Protocollo Diagnostico-Terapeutico (PDT), ha inteso delineare un percorso chiaro e standardizzato, di diagnosi, trattamento e follow-up del tumore del collo dell'utero, che comprende non solo la fase diagnostica ma esplicita il percorso trattamentale. Tale protocollo, strutturato in modo multidisciplinare, è stato condiviso per profili professionali con tutto il mondo sanitario marchigiano, che si occupa della patologia oggetto dello screening e con i Medici di Medicina Generale al fine di garantirne la sua uniforme applicazione sull'intero territorio. In questo modo è possibile la standardizzazione del percorso su tutto il territorio regionale.

La realizzazione di tale profilo assistenziale ancora in fieri consentirà a regime di garantire non solo lo screening ma anche un uniforme presa in carico delle pazienti affette da tale neoplasia.

Scopi principali

L'attuazione di quanto elaborato ha come obiettivo quello di assicurare alla donna una continuità assistenziale attraverso l'individuazione di interventi appropriati per la diagnosi e la cura della neoplasia individuando con chiarezza le responsabilità per la "presa in carico clinica" per ciascun livello del percorso diagnostico terapeutico.

Obiettivi

Obiettivo 1: Estensione dei programmi di screening, con particolare del coinvolgimento dei soggetti fragili che non aderiscono ai programmi di screening oncologici;

Obiettivo 2: requisiti minimi di qualità;

Obiettivo 3: integrazione delle nuove tecnologie nell'offerta preventiva: la vaccinazione anti HPV come prevenzione primaria e il test DNA-HPV per la prevenzione secondaria.

Fasi, attività, Risultati attesi

Attività 1. omogeneizzare percorso screening citologico

- 1.1 Revisione/formalizzazione PDT in un'ottica integrata con triage
- 1.2 Utilizzo di una metodologia di invito/refertazione univoca;
- 1.3 Diffusione approccio multidisciplinare del percorso screening
- 1.4 Consolidamento dell'uso del software gestionale unico regionale
- 1.5 Verifica interoperabilità NBS sistemi di refertazione citologica-anat-patologica

Attività 2. Sperimentazione triage

- 2.1 Sperimentazione applicazione triage in Area vasta
- 2.2 Verifica sperimentazione

Attività 3. Requisiti di qualità

GA



Delibera PRP 2010-2012

- 3.1 Formalizzazione documento sui requisiti di qualità
- 3.2 Adeguamento delle ore di attività dedicate alla diagnostica di screening di I livello (sulla base di quanto emerso dal monitoraggio e sulla base obiettivi assegnati)
- 3.3 Stesura Report Annuale
- Attività 4. Realizzazione campagna informativa
 - 4.1 Creazione di un pacchetto informativo unico per il territorio regionale (depliant, locandine, messaggi promozionali ...)
 - 4.2 Avvio attività promozionali
- Attività 5. Progettazione di formazione
 - 5.1 Incontri formativi per professionalità
 - 5.2 Seminari per MMG
 - 5.3 Audit clinici
- Attività 6. Analisi dei costi
 - 6.1 Attivazione gruppo di lavoro per analisi costi
 - 6.2 Progettazione scheda di rilevazione costi
 - 6.3 Analisi costi

Risultato atteso: Aumentare l'adesione allo screening citologico

Gruppi d'interesse coinvolti o da coinvolgere

Enti coinvolti: Servizio Salute, Direzione Sanitaria ASUR, Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche NORD, Referenti screening per Area Vasta. Associazioni di volontariato: LILT, Associazione Noi come Prima, Federazione Oncologica Marchigiana, etc.

Beneficiari: Popolazione femminile regionale

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

Obiettivo 1: Riduzione tassi di mortalità e incidenza per neoplasia cervicale

Obiettivo 2: Miglioramento dell'accessibilità alle attività di prevenzione screening citologico

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Revisione/formalizzazione PDT in un'ottica integrata con triage	DGR	-	100%		-	
Utilizzo di una metodologia di invito/refertazione univoca;	Scheda di monitoraggio per ogni unità	-	NA		90%	
Progettazione scheda di rilevazione costi	Scheda di monitoraggio per ogni unità	-	NA		90%	
Sperimentazione applicazione triage in Area vasta	Protocollo	-	100%		-	
Requisiti di qualità	Fomalizzazione documento sui requisiti di qualità	-	NA		100%	
Pacchetto informativo unico	Atti ufficiali	-	100%		-	
% Incontri formativi per professionalità	Atti ufficiali	-	60%		40%	



3.1.2 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 3

Titolo: Miglioramento del programma di screening per il carcinoma della mammella

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella 1: 3.1 "Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella".

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 3.1.2

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Razionale dell'intervento

La mammografia è il metodo attualmente più efficace per la diagnosi precoce dei tumori della mammella. L'Osservatorio nazionale screening, dipendente dal Ministero, suggerisce una mammografia ogni 2 anni, dai 50 ai 69 anni di età, ma la cadenza può variare a seconda delle considerazioni del medico sulla storia personale di ogni donna.

Il Gruppo Tecnico Scientifico regionale, attraverso l'elaborazione del nuovo Protocollo Diagnostico-Terapeutico (PDT), ha inteso delineare un percorso chiaro e standardizzato, di diagnosi, trattamento e follow-up del tumore della mammella, che comprende non solo la fase diagnostica ma esplicita il percorso trattamentale. Tale protocollo, strutturato in modo multidisciplinare, è stato condiviso per profili professionali con tutto il mondo sanitario marchigiano, che si occupa della patologia oggetto dello screening e con i Medici di Medicina Generale al fine di garantirne la sua uniforme applicazione sull'intero territorio. In questo modo è possibile la standardizzazione del percorso su tutto il territorio regionale.

La realizzazione di tale profilo assistenziale ancora in fieri consentirà a regime di garantire non solo lo screening ma anche un uniforme presa in carico delle pazienti affette da tale neoplasia.

Scopi principali

L'attuazione di quanto elaborato ha come obiettivo quello di assicurare alla donna una continuità assistenziale attraverso l'individuazione di interventi appropriati per la diagnosi e la cura della neoplasia individuando con chiarezza le responsabilità per la "presa in carico clinica" per ciascun livello del percorso diagnostico terapeutico. La Regione Marche intende consolidare un percorso di prevenzione del tumore della mammella attraverso il coinvolgimento di tutti le professionalità coinvolte delineando un'articolazione su 3 livelli:

- I livello: gestione della popolazione target (predisposizione inviti, gestione esiti di primo livello, counselling)
- II livello: approfondimento diagnostico e formulazione della diagnosi
- III livello: affidamento del caso al gruppo interdisciplinare per: stadiazione; trattamento; follow-up.

Lo screening si propone quindi di ridurre la mortalità per causa specifica nella popolazione che si sottopone regolarmente a controlli per la diagnosi precoce di neoplasie o lesioni precancerose.

Obiettivi

Obiettivo 1: Estensione dei programmi di screening, con particolare del coinvolgimento dei soggetti fragili che non aderiscono ai programmi di screening oncologici

Obiettivo 2: requisiti minimi di qualità;

Obiettivo 3: integrazione delle nuove tecnologie nell'offerta preventiva

Fasi, attività, Risultati attesi

Attività 1. omogeneizzare percorso screening mammografico (1.1 Revisione/formalizzazione PDT in un'ottica integrata con triage; 1.2 Utilizzo di una metodologia di invito/refertazione univoca; 1.3 Diffusione approccio multidisciplinare del percorso screening; 1.4 Consolidamento dell'uso del software gestionale unico regionale; 1.5 Verifica interoperabilità NBS sistemi di refertazione citologica-anat-patologica)



Delibera PRP 2010-2012

Attività 2. Requisiti di qualità (2.1 Mappatura dei sistemi diagnostici; 2.2 Adeguamento dei sistemi diagnostici; 2.3 formalizzazione documento sui requisiti di qualità; 2.4 Adeguamento delle ore di attività dedicate alla diagnostica di screening di I livello; 2.5 Stesura Report Annuale)

Attività 3. Realizzazione campagna informativa (3.1 Creazione di un pacchetto informativo unico per il territorio regionale (depliant, locandine, messaggi promozionali; 3.2 Avvio attività promozionali)

Attività 4. Progettazione di formazione (4.1 Incontri formativi per professionalità; 4.2 Seminari per MMG; 4.3 Audit clinici)

Attività 5. Analisi dei costi (5.1 Attivazione gruppo di lavoro per analisi costi; 5.2 Progettazione scheda di rilevazione costi; 5.3 Analisi costi)

Risultato atteso: Aumentare l'adesione allo screening mammografico

Gruppi d'interesse coinvolti o da coinvolgere

Enti coinvolti: Servizio Salute, Direzione Sanitaria ASUR, Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche NORD, Referenti screening per Area Vasta. Associazioni di volontariato: LILT, Associazione Noi come Prima, Federazione Oncologica Marchigiana, etc.

Beneficiari: Popolazione femminile regionale; nelle Marche la popolazione target fa riferimento ai piani nazionali e si riferisce alle donne di età compresa tra i 50 e 69 anni.

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

Obiettivo 1: Riduzione tassi di mortalità e incidenza per neoplasia mammaria

Obiettivo 2: Miglioramento dell'accessibilità alle attività di prevenzione screening mammografico

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Revisione/formalizzazione PDT in un'ottica integrata con triage	DGR	-	100%		-	
Utilizzo di una metodologia di invito/refertazione univoca;	Scheda di monitoraggio per ogni unità	-	NA		90%	
Progettazione scheda di rilevazione costi	Scheda di monitoraggio per ogni unità	-	NA		90%	
Mappatura dei sistemi diagnostici	Protocollo	-	100%		-	
Requisiti di qualità	Formalizzazione documento sui requisiti di qualità	-	NA		100%	
Pacchetto informativo unico	Atti ufficiali	-	100%		-	
% Incontri formativi per professionalità	Atti ufficiali	-	60%		40%	



3.1.3 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 3

Titolo: Miglioramento del programma di screening per il carcinoma del colon-retto

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella 1: 3.1 "Riduzione della mortalità per carcinoma del colon-retto"

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 3.1.3

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Razionale dell'intervento

Il carcinoma del colon-retto rappresenta una delle più frequenti cause di morte per neoplasia nei paesi occidentali. Tra il 1998 e il 2002, il tumore del colon retto è risultato la quarta neoplasia più frequente fra gli uomini (11,3% del totale dei tumori) e la terza più frequente fra le donne (11,5% del totale). Fra le cause di morte per tumore, quella del colon-retto risulta la seconda in ordine di frequenza sia fra gli uomini (10,4% di tutti i decessi oncologici) sia fra le donne (12,4%). Il rischio di avere una diagnosi di tumore del colon-retto nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di 50,9‰ fra i maschi (1 caso ogni 20 uomini) e di 31,3‰ fra le femmine (1 caso ogni 32 donne), mentre il rischio di morire è dello 17,3‰ per i maschi e 10,0‰ fra le femmine. La sua incidenza è in aumento in tutto il mondo. In Europa vengono diagnosticati ogni anno 200.000 casi: è infatti il tumore più frequente nei non fumatori dei due sessi. In Italia nel 2008 si sono sviluppati 40-45.000 nuovi casi/anno (28233 nuovi casi nei maschi, tasso grezzo 103, tasso standardizzato 69, e 19.379 nuovi casi nelle femmine, tasso grezzo 68, tasso standardizzato 38), con 20.000 morti ogni anno a causa della malattia.

Il Gruppo Tecnico Scientifico regionale, attraverso l'elaborazione del nuovo protocollo diagnostico-terapeutico (PDT), ha inteso delineare un percorso chiaro e standardizzato, di diagnosi, trattamento e follow-up del tumore del colon-retto, che comprende non solo la fase diagnostica ma esplicita il percorso terapeutico. Tale protocollo, strutturato in modo multidisciplinare, è stato condiviso per profili professionali con tutto il mondo sanitario marchigiano, che si occupa della patologia oggetto dello screening e con i Medici di Medicina Generale al fine di garantirne la sua uniforme applicazione sull'intero territorio. In questo modo è possibile la standardizzazione del percorso su tutto il territorio regionale.

La realizzazione di tale profilo assistenziale ancora in fieri consentirà a regime di garantire non solo lo screening ma anche un uniforme presa in carico dei pazienti affette da tale neoplasia.

Scopi principali

L'attuazione di quanto elaborato ha come obiettivo quello di assicurare alla persona una continuità assistenziale attraverso l'individuazione di interventi appropriati per la diagnosi e la cura della neoplasia individuando con chiarezza le responsabilità per la "presa in carico clinica" per ciascun livello del percorso diagnostico terapeutico. La Regione Marche intende consolidare un percorso di prevenzione del tumore del colon-retto attraverso il coinvolgimento di tutti le professionalità coinvolte delineando un'articolazione su 3 livelli:

- I livello: gestione della popolazione target (predisposizione inviti, gestione esiti di primo livello, counselling)
- II livello: approfondimento diagnostico e formulazione della diagnosi
- III livello: affidamento del caso al gruppo interdisciplinare per: stadiazione; trattamento; follow-up.

Lo screening si propone quindi di ridurre la mortalità per causa specifica nella popolazione che si sottopone regolarmente a controlli per la diagnosi precoce di neoplasie o lesioni precancerose.

Obiettivi

Obiettivo 1: Estensione dei programmi di screening, con particolare del coinvolgimento dei soggetti fragili che non aderiscono ai programmi di screening oncologici



Delibera PRP 2010-2012

Obiettivo 2: requisiti minimi di qualità;

Obiettivo 3: integrazione delle nuove tecnologie nell'offerta preventiva

Fasi, attività, Risultati attesi

Attività 1. omogeneizzare percorso screening CCR (1.1 Revisione/formalizzazione PDT; 1.2 Utilizzo di una metodologia di invito/refertazione univoca; 1.3 Diffusione approccio multidisciplinare del percorso screening ; 1.4 Consolidamento dell'uso del software gestionale unico regionale; 1.5 Verifica interoperabilità NBS sistemi di refertazione citologica-anat-patologica)

Attività 2. Requisiti di qualità (2.1 Mappatura dei sistemi diagnostici; 2.2 Adeguamento dei sistemi diagnostici; 2.3 Formalizzazione documento sui requisiti di qualità; 2.4 Adeguamento delle ore di attività dedicate diagnostica di II livello; 2.5 Stesura Report Annuale)

Attività 3. Realizzazione campagna informativa (3.1 Creazione di un pacchetto di comunicazione unico per il territorio regionale -depliant, locandine, messaggi promozionali, etc.-; 3.2 Avvio attività promozionali)

Attività 4. Progettazione di formazione (4.1 Incontri formativi per professionalità; 4.2 Seminari per MMG; 4.3 Audit clinici).

Attività 5. Analisi dei costi (5.1 Attivazione gruppo di lavoro per analisi costi; 5.2 Progettazione scheda di rilevazione costi; 5.3 Analisi costi).

Risultato atteso: Aumentare l'adesione allo screening del colon retto del 2%

Gruppi d'interesse coinvolti o da coinvolgere

Enti coinvolti: Servizio Salute, Direzione Sanitaria ASUR, Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche NORD, Referenti screening per Area Vasta. Associazioni di volontariato: LILT, Associazione Noi come Prima, Federazione Oncologica Marchigiana, etc.

Beneficiari: Popolazione regionale; Nelle Marche la popolazione target fa riferimento ai piani nazionali e si riferisce agli uomini e alle donne di età compresa tra i 50 e 69 anni. Per le Marche essa corrisponde a 378.141 residenti.

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

Obiettivo 1: Riduzione tassi di mortalità e incidenza per neoplasia coloretta

Obiettivo 2: Miglioramento dell'accessibilità alle attività di prevenzione screening colon retto

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Revisione/formalizzazione PDT in un'ottica integrata con triage	DGR	-	100%		-	
Utilizzo di una metodologia di invito/refertazione univoca;	Scheda di monitoraggio per ogni unità	-	NA		90%	
Progettazione scheda di rilevazione costi	Scheda di monitoraggio per ogni unità	-	NA		90%	
Sperimentazione applicazione triage in Area vasta	Protocollo	-	100%		-	
Requisiti di qualità	Fomalizzazione documento sui requisiti di qualità	-	NA		100%	
Pacchetto informativo unico	Atti ufficiali	-	100%		-	
% Incontri formativi per professionalità	Atti ufficiali	-	60%		40%	

**3.2.1** Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 3**Titolo: Bambini "sorri-Denti": progetto di prevenzione della carie in età pediatrica**

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella 1: 3.6 "Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva"

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 3.2.1

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Razionale dell'intervento: l'incidenza della patologia cariosa dentale in età pediatrica, nonostante gli indubbi miglioramenti ottenuti negli anni, permane elevata. I pilastri fondamentali della sua prevenzione in questa età sono⁴: l'educazione ad una alimentazione senza eccesso di carboidrati fermentabili, l'adozione di abitudini che proscrivano l'utilizzo del succhiotto edulcorato e l'uso non nutrizionale del biberon contenente bevande zuccherate, il mantenimento di una corretta e regolare igiene orale, l'uso costante e quotidiano di prodotti fluorati, l'applicazione di sigillature dei denti molari permanenti. Esiste inoltre evidenza di efficacia circa la possibilità di promuovere la salute orale attraverso le attività scolastiche⁵.

La situazione Italiana stimata al 2006 registra una prevalenza della carie del 22% nella popolazione pediatrica di 4 anni e del 44% a 12 anni, con un DMFT medio a questa età di poco superiore a 1 (1,09)^{6,7}. Studi epidemiologici nazionali dimostrano però che esiste, anche sul nostro territorio, un sottogruppo di bambini "ad alto rischio carie" che si concentra nelle fasce di popolazione "svantaggiate"⁸.

Mancano dati epidemiologici regionali recenti e comparabili con gli obiettivi di salute orale dell'OMS Italia; è tuttavia verosimile che anche nelle Marche ci si trovi di fronte ad una situazione variegata con la possibilità di esistenza di sottopopolazioni a maggiore prevalenza.

Scopi generali: l'obiettivo specifico è quello di ridurre la prevalenza della carie in età pediatrica mediante azioni preventive quanto più possibili diffuse, al fine di ridurre anche la probabile disegualianza esistente.

Fasi di articolazione: il progetto si prefigge di intervenire a 2 livelli: sulla intera popolazione pediatrica regionale 0-6 anni, attraverso l'intervento dei Pediatri di Libera Scelta (PLS); sulla popolazione degli alunni delle scuole primarie che decideranno di aderire (progetto pilota).

Attività: gli interventi che si intende porre in essere riguardano:

- la promozione della fluoro profilassi e dell'igiene orale, la prevenzione delle scorrette abitudini alimentari e comportamentali e la promozione della sigillatura dei solchi dentali dei primi molari permanenti da parte dei PLS. Questi verranno coinvolti con interventi di formazione ad hoc per la condivisione di azioni preventive strutturate all'interno dei bilanci di salute. La Regione si farà carico di garantire la sistematicità degli interventi, la fattibilità della sigillatura da parte dell'odontoiatria pubblica o, laddove impossibile, di quella privata a prezzi calmierati, la raccolta, analisi e restituzione dei risultati dei bilanci di salute stessi.
- l'educazione all'igiene orale ed alimentare all'interno dei curricula e delle attività scolastiche: nell'ambito del programma "Scuola e Salute" e della partnership siglata nel novembre 2010 tra Provveditorato agli Studi e Servizio Salute della Regione Marche si faciliterà, con le azioni che si renderanno eventualmente necessarie (formazione degli insegnanti, etc), l'adesione delle scuole primarie al progetto I-denti-kit. Questa parte della progettualità va considerata per il biennio 2011-2012 come "pilota".

⁴ http://www.scuolaesalute.it/uploads/files/Linee_guida_approvate_10_ott_2008.pdf

⁵ Kwan SYL, Petersen PE, Pine CM, Borutta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bulletin of the WHO*; September 2005; 83 (9).

⁶ Campus G et al. "National pathfinder survey on children's oral health in Italy: pattern and severity of caries disease in 4 year-olds" *Caries Research* 2009;43 (2):155-62

⁷ Campus G et al. "National pathfinder survey of 12-year old children's oral health in Italy" *Caries Research* 2007;41 (6) 512-7

⁸ Disegualianze e Salute Orale in età evolutiva: studio esplorativo sui dati del monitoraggio della salute orale in età evolutiva in provincia di Trento. Anno 2004-2005: http://www.epicentro.iss.it/territorio/Disegualianze_saluteOrale.pdf



Delibera PRP 2010-2012

Attori e Gruppi d'interesse coinvolti: il progetto è stato redatto e condiviso con tutti i portatori di interesse e l'A.Ge. (associazione dei genitori). Gli attori principali sono rappresentati PLS (promotori del progetto all'interno del PRP) dagli Insegnanti delle scuole che aderiranno e dall'odontoiatria (pubblica e privata). L'università Politecnica delle Marche, con i corsi di Laurea in Odontoiatria e in Igienista dentale fornirà il necessario supporto per le azioni di formazione. E' prevista una campagna informativa per i Medici di Medicina Generale. Il SIAN supporterà l'implementazione delle norme di igiene alimentare in ambito scolastico. L'Osservatorio delle Diseguaglianze, collaborerà per la diffusione del progetto ai sistemi di assistenza previsti per gli Stranieri Temporaneamente Presenti e per la produzione di materiale informativo multilingue. L'ASUR coordinerà, attraverso i Distretti, la partecipazione dell'Odontoiatria Pubblica. Il Servizio Salute promuoverà la revisione del pacchetto "bilanci di salute" all'interno dell'Accordo Integrativo Regionale dei PLS, nonché, se necessario, la stipula di accordi con l'odontoiatria privata per la sigillatura a prezzi "calmierati". L'Odontoiatria Pubblica, l'Università, la Rete Epidemiologica Marchigiana (REM) collaboreranno all' impianto del sistema di monitoraggio e sorveglianza ad hoc. La REM, il Servizio Salute, l'ASUR e le Direzioni dei Distretti parteciperanno all'informatizzazione dei "bilanci di salute" e alla modifica dell'attuale flusso dati tra PLS e Distretto, al fine di garantire una parte del monitoraggio del progetto, l'universalità degli interventi (offerta attiva là dove non ci sia adesione spontanea dei genitori), l'analisi dei reali bisogni di salute della popolazione 0-6 anni.

Criticità: per il raggiungimento dell'obiettivo specifico si sono valutate come potenzialmente critiche e quindi gestite le seguenti condizioni esterne:

- *Bassa compliance dei genitori alle prescrizioni e ai consigli del Pediatra:* previsto il rinforzo dei messaggi di educazione ad ogni bilancio di salute e a livello scolastico, sia a voce sia attraverso materiale cartaceo.
- *Coinvolgimento inefficace del Pediatra:* inserimento di appositi items all'interno dei bilanci di salute al fine di "ricordare" al PLS le azioni di promozione della salute orale; analisi dei flussi informativi per individuare precocemente eventuali problematiche e mettere in atto azioni correttive. Formazione dei PLS obbligatoria.
- *Insufficiente disponibilità dei punti di erogazione odontoiatrica pubblica:* individuazione e prescrizione da parte dell'ASUR di linee di indirizzo per l'utilizzo della odontoiatria pubblica a tale.

Beneficiari: popolazione regionale dei bambini assistiti dai Pediatri di Libera Scelta (> 98% della popolazione 0-6 anni della regione). Popolazione scolastica (scuola primaria) delle scuole che aderiranno.

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: è il raggiungimento degli obiettivi OMS Europa per il 2015: 90% dei bambini di 5-6 anni esenti da carie; bambini di 12 anni: in media meno di 1 carie ciascuno (DMFT medio < 1); Significant Caries Index (SIC)⁹ < 3 (miglioramento nella sottopopolazione "con più carie"). Poiché non è ipotizzabile registrare modificazioni significative dei suddetti indicatori nell'arco dei prossimi 2 anni si individuano i seguenti indicatori di processo:

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° bilanci salute orali x 100 / N° assistiti di pari età	Flusso dati dai PLS ai Distretti	0	vedi nota sotto*		≥ 70% **	
N° scuole primarie che aderiscono		0	Almeno 10		Almeno altre 10	

* Obiettivo raggiunto se sono stati condivisi i contenuti dei bilanci di salute orale e sono stati creati i flussi dati che permetteranno di valutare l'indicatore

**aumento copertura negli anni successivi

⁹ Vezzoni MA, Lucchini R, Acerbi L, Calaciura A, Morelli C, Fantini L, Senna A, Strohmenger L: Salute orale in età pediatrica: studio della prevalenza di carie in provincia di Milano. Medico e Bambino pagine elettroniche 2005; 8(4).



3.3.1 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 3

Titolo del progetto: "non perdiamoci di vista": prevenzione dell'ipovisione in età pediatrica

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella1: 3.9 "Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per cecità e ipovisione".

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 3.3.1

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Razionale dell'intervento: l'ipovisione è una delle maggiori fonti di disabilità in età pediatrica¹⁰. Alla sua base sono malattie singolarmente rare¹¹ ma che considerate globalmente rendono ragione della sua elevata frequenza. Secondo il Centers for Disease Control and Prevention (area metropolitana di Atalanta) ben 1/1000 bambini in età scolare è ipovedente. La diagnosi ed il trattamento precoci delle patologie di base, possono prevenirne o ridurre l'entità. Una diagnosi precoce è importante anche nelle patologie monoculari, molto più frequenti delle bilaterali. L'esecuzione dello screening oculare in età evolutiva è pertanto ritenuto di estrema importanza: deve essere garantito alla nascita, e ripetuto più volte in ogni bambino¹². Il Red Reflex (RR) è un test di basso costo, di facile esecuzione e poco invasivo, che permette l'individuazione precoce di gravi opacità dei mezzi diottrici e di gravi difetti visivi¹³. La sua esecuzione, accanto alla visita oculistica completa per la sottopopolazione di neonati con fattori di rischio visivo (FR), rappresenta i cardini dello screening neonatale ed infantile¹⁴. L'acuità visiva inoltre, va controllata in tutti i bambini non appena questi riescono a collaborare essendo il corretto arrivo degli stimoli visivi cruciale per lo sviluppo della visione¹².

Una indagine eseguita dalla P.F. Sanità pubblica nel Luglio 2010 presso tutti i Punti Nascita (PN) della Regione, ha evidenziato che il RR è effettuato solo in 8 su 16, con una copertura teorica di solo il 55% dei nati. Per le età successive, il contratto regionale con i Pediatri di Libera Scelta (PLS) prevede una "valutazione sensoriale" all'interno dei bilanci di salute ed una visita per lo screening dell'ambliopia. I contenuti e le epoche di queste attività di screening non sono però concordati né la Regione ne valuta il grado di copertura e l'efficacia. Accanto a queste attività alcune Zone Territoriali effettuano uno screening ortottico in epoca scolare. Nella regione Marche non esistono al momento dati che quantizzino l'attività preventiva effettuata in ambito visivo dai PLS e dal Territorio.

Scopi Generali: il presente progetto si prefigge di perseguire la riduzione degli esiti da patologia visiva attraverso la sua individuazione precoce e il conseguente avvio al percorso terapeutico/riabilitativo, nei soggetti di età 0 - 6 anni.

Fasi di articolazione: è previsto un intervento su 2 livelli: 1) sulla intera popolazione dei nati dei PN della regione e 2) sulla popolazione 0-6 anni assistita dai PLS che nella nostra regione rappresenta il 98% circa. Sono previste azioni di recupero per i nati a domicilio, extraregione, in case di cura private, etc.

Attività: il progetto prevede l'esecuzione di uno screening universale mediante esame obiettivo oculare e RR prima della dimissione dal PN, ad opera del Pediatra, con invio a controllo specialistico dei nati con RR patologico e/o con FR anamnestici (prematrità grave, familiarità positiva per retinoblastoma, sarcomi dei

¹⁰ Gerali P, Flom MC, Raab EL. Report of Children's Screening Task Force. Schaumburg, IL: National Society to Prevent Blindness, 1990

¹¹ Agenzia Internazionale per la prevenzione della cecità.

¹² Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Section on Ophthalmology: Eye Examination and Vision Screening in Infants, Children and Young Adults. Pediatrics: 98 (1); 153-157, 1996

¹³ Essmon SW e Essmon TF: Screening for pediatric eye disease. Am. Fam. Physician, 1992; Lennerstrand G., Jakobsson P et al: Screening for ocular dysfunction in children: Approaching a common program. Acta Ophthalmol Scand. 1995

¹⁴ AAP: Red Reflex Examination in Neonates, Infants and Children. Pediatrics 122 (65): 1401-1404, 2008.



seduta del
23 DIC 2010
delibera
1856

pag.
83

Delibera PRP 2010-2012

tessuti molli in età < 30 anni, cataratta congenita, glaucoma congenito e displasia retinica). Sono previsti inoltre successivi controlli della popolazione pediatrica 0-6 anni da parte dei PLS che vengono coinvolti con interventi di formazione ad hoc e di condivisione dei contenuti e della tempistica delle azioni preventive strutturate all'interno dei bilanci di salute e delle attività di PPIP già in accordo. I PLS inviano a controllo specialistico i bambini con screening sospetto. La Regione monitorizza e garantisce l'esecuzione delle azioni di screening su una percentuale significativa della popolazione target, con particolare attenzione all'adesione da parte delle fasce di popolazione svantaggiate (estensione dei controlli anche agli ambulatori per gli Stranieri Temporaneamente Presenti -STP).

Attori e portatori d'interesse: il progetto è stato redatto e condiviso con tutti i sotto citati portatori di interesse, con le Società Scientifiche e con la rappresentanza dell'Unione Italiana Ciechi. Attori principali sono i Pediatri dei PN e i PLS. Le Direzioni Sanitarie degli Ospedali garantiscono l'adesione del PN al progetto. La consulenza specialistica viene garantita in prima battuta dai Servizi Oculistici ospedalieri e territoriali con riferimento, là dove necessario per il tipo di patologia sospettata e/o per le caratteristiche del paziente, dell'Oculistica Pediatrica del Salesi. L'Osservatorio delle Diseguaglianze collabora per la diffusione agli ambulatori per gli STP e la eventuale produzione di materiale informativo multilingue. Il Servizio Salute coordina la revisione del pacchetto "bilanci di salute" all'interno della contrattazione con i PLS. La Rete Epidemiologica Marchigiana (REM), il Servizio Salute, l'ASUR e le Direzioni dei Distretti collaborano all'impianto del registro di screening, all'informatizzazione dei "bilanci di salute" e alla modifica dell'attuale flusso dati tra PLS e Distretto al fine di garantire il monitoraggio del progetto, l'universalità degli interventi (offerta attiva) e l'analisi dei bisogni di salute della popolazione 0-6 anni.

Criticità: per il raggiungimento dell'obiettivo specifico si sono valutate le seguenti condizioni esterne:

- *Adeguatezza dell' Organico medico ed infermieristico dei PN*: è stimabile che per l'esecuzione del RR da parte del PN, siano necessari, ogni 1000 nati/anno, circa 30' di attività medica e 40' di attività infermieristica/al giorno, ritagliabili all'interno delle attività di routine di un PN con organico adeguato.
- *Bassa compliance dei genitori per bilanci salute*: poco probabile; comunque è previsto il richiamo centralizzato dei genitori che non aderiscono spontaneamente al programma di screening.
- *Coinvolgimento inefficace del Pediatra*: verranno inseriti appositi items all'interno dei bilanci di salute per "ricordare" al PLS le azioni da effettuare. L'analisi dei flussi/dati permetterà l'individuazione delle criticità e la messa in atto di eventuali correttivi. Prevista la formazione obbligatoria dei PLS

Beneficiari: la popolazione regionale dei nati (circa 14.500/anno) e la popolazione regionale pediatrica di età 0 – 6 anni, assistita dai Pediatri di Libera Scelta

Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti: riduzione degli esiti da patologia visiva nei soggetti di età 0 – 6 anni. Indicatori di processo proposti:

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
% dei PN che effettuano lo screening	Dati ufficiali DS	50%	90%			
% dei nati della regione sottoposti a screening	Registro screening				≥ 90%*	
% bilanci salute visiva su assistiti di pari età	Flusso dati PLS/DS	0	vedi nota **		≥ 70% **	

* al 31.12.2013 ≥ 95%

**Obiettivo raggiunto se sono stati condivisi i contenuti dei bilanci di salute visiva e sono stati creati i flussi dati che permetteranno di valutare l'indicatore

*** previsto aumento copertura negli anni successivi



3.4.1 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 3

Titolo del progetto: screening neonatale dell'ipoacusia moderata/severa

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella 1: 3.10: "Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per ipoacusia e sordità"

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 3.4.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento: l'ipoacusia bilaterale moderata/severa, congenita o acquisita in epoca perinatale, pur rappresentando solo una parte dei casi evidenziabili in età pediatrica, è patologia particolarmente frequente (1,12/mille nati/anno)¹⁵. Nella Regione Marche (nati nel 2009 circa 14500) si attendono circa 16 nuovi casi/anno. Nella popolazione di neonati con fattori di rischio uditivo la prevalenza della ipoacusia aumenta di circa 10-20 volte. Esiste evidenza scientifica che ad una diagnosi precoce (entro il 3° mese di vita) di una perdita uditiva ≥ 40 dBHL, tale da impedire la normale percezione della parola e lo sviluppo del linguaggio, può seguire un avvio precoce dell'intervento protesico e riabilitativo (entro il 6° mese di vita) con ricaduta positiva in termini di outcome a lungo termine sulla popolazione malata¹⁶. Esistono test di facile esecuzione, di basso costo e di elevata sensibilità e specificità da poter essere proposti come test di screening della popolazione neonatale¹⁷. L'efficacia di programmi di screening in termini di benefici di salute è ben conosciuta ed accertata¹⁸.

Nella Regione Marche la LR 23 febbraio 2000, n. 11 e la Delibera di Giunta 1839 del 9/11/2009 prevedono che i neonati siano sottoposti a screening uditivo alla nascita, con "idonea" apparecchiatura, senza però specificare la necessità di un approccio di screening diverso fra neonati con e senza fattori di rischio audiologico (FR), necessità ormai ben accertata dalla letteratura². La rilevazione regionale (Indagine P.F. Sanità Pubblica) effettuata alla fine del 2008 evidenziava come nella nostra regione l'età media alla diagnosi di ipoacusia ≥ 40 dB permanente, nei bambini 0-10 anni era pari a 22 mesi (moda 15 mesi), che solo il 12% dei bambini iniziava un trattamento riabilitativo prima dei 12 mesi di età e che la quasi totalità dei casi si era rivolta extraregione per la protesizzazione. L'avvio dello screening su territorio regionale a partire dal 2000, inoltre, è avvenuto con distribuzione "a macchia di leopardo": al 30.09.2010 (aggiornamento dell'Indagine della P. F. Sanità Pubblica) solo 13 Punti nascita su 16 dichiarano di aver avviato una qualche forma di screening neonatale con una copertura spesso non ottimale (< 90%) e modalità e tempi di espletamento differenti a seconda dei contesti. Ad esempio alcuni PN inviano a screening presso strutture ORL dopo la dimissione con "perdita" di casi.

Scopi generali: il progetto si prefigge di garantire l'estensione dello screening neonatale a tutti i PN, di assicurare una copertura \geq al 95% dei nati, distinguendo il percorso di screening in base alla presenza/assenza di FR uditivo, nonché di porre le basi per lo sviluppo di una assistenza "a rete" che permetta di rispettare i tempi previsti per le tappe di re-screening, di diagnosi, di inizio della terapia protesico-riabilitativa al fine di conseguire i migliori risultati di outcome.

Fasi di articolazione: il progetto prevede che tutti i neonati della regione vengano sottoposti a screening uditivo con modalità di esecuzione differenti a seconda della presenza/assenza di fattori di rischio uditivo.

¹⁵ US Preventive Service Task Force. Universal Screening for Hearing Loss in Newborns: US Preventive Task Force Recommendation Statement. Pediatrics 122 (1): 143-148, 2008

¹⁶ JCIH Pediatrics 120 (4): 898-921, 2007

¹⁷ Wolff R, Hommerich J, Riemsma R, Antes G, Lange S, Kleijnen J. Hearing screening in newborns: systematic review of accuracy, effectiveness and effects of interventions after screening. Arch Dis Child 95: 130-135, 2010

¹⁸ McCann DC, Worsfold S, Law CM, Petrou S, Stevenson J, Yuen HM, Kennedy CR: Reading and communication skills after universal newborn screening for permanent childhood hearing impairment. Arch Dis Child 94: 293-297, 2009



Delibera PRP 2010-2012

Attività: le attività di screening si articolano su 2 livelli assistenziali:

- I livello il Punto Nascita (PN): effettua lo screening di tutti i nati privi di Fattori di Rischio Uditivo mediante registrazione delle Otoemissioni Acustiche Automatiche (A-TEOAE), prima della dimissione dal PN; il I livello deve inviare a controllo presso il II livello i neonati refer per essere rivalutati, entro il 1° mese di vita
- II livello il Servizio di Audiologia ospedaliero/territoriale (1 per area vasta): effettua, entro il I mese di vita (età corretta per i pretermine), lo screening dei neonati che presentano fattori di rischio uditivo ed il re-screening dei neonati "refer" dal PN mediante la registrazione dei Potenziali Uditivi Automatici (A-ABR). Tutti i casi persistentemente sospetti debbono effettuare un accertamento audiologico completo entro il III mese di vita ed essere inviati, entro questa epoca, al centro di Audiologia Pediatrica per il completamento del percorso diagnostico e per l'avvio di quello protesico/riabilitativo entro il VI mese di vita.

Attori e portatori d'interesse coinvolti: Il progetto è stato redatto e condiviso con tutti gli attori e i portatori di interesse, compresa l'Unione Italiana Sordi. Attori sono i Pediatri e gli Infermieri del PN e dei reparti di Patologia e Terapia Intensiva Neonatale, il Personale Medico e Tecnico dei punti di II livello. Importante la collaborazione dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) cui è richiesto di indirizzare allo screening i neonati/lattanti che non lo abbiano effettuato (adottati, nati a domicilio, extraregione, etc..) e di proseguite azioni di screening per tutta l'età evolutiva anche nei bambini risultati negativi. Fondamentale anche il ruolo degli operatori del Centro di III livello che deve garantire il completamento del percorso diagnostico e l'avvio del percorso protesico riabilitativo entro il 6° mese di vita del bambino, al fine di non inficiare i benefici dello screening. L'Osservatorio delle Diseguaglianze, collabora per la diffusione del progetto ai sistemi di assistenza previsti per gli Stranieri Temporaneamente Presenti e per la produzione di materiale informativo multilingue. Le DS degli Ospedali garantiscono l'effettuazione dello screening a tutti i nati di tutti i PN della regione. Il Servizio Salute coordina la revisione condivisa con i PLS del pacchetto "bilanci di salute". La Rete Epidemiologica Marchigiana, l'ASUR, le ZZTT e le Aziende Ospedaliere collaborano all'impianto del registro di screening e di quello delle ipoacusie congenite, all'interno del Registro dei Difetti Congeniti.

Criticità: per il raggiungimento dell'obiettivo specifico si sono valutate come le seguenti condizioni esterne:

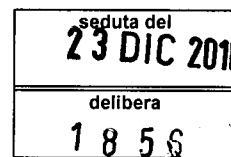
- *Bassa compliance genitori ai programmi di controllo:* il progetto, sostenuto in questo dalla DGR 1839 del 9/11/2009, prevede la creazione di materiale informativo per i genitori ed azioni di "recupero" ad ogni tappa dello screening.
- *Comparsa dell'ipoacusia oltre l'epoca neonatale:* tutti i bambini con screening uditivo negativo in epoca neonatale debbono continuare un'appropriate sorveglianza nelle epoche di vita successive. Ciò verrà definito all'interno del profilo assistenziale che verrà prodotto secondo DGR 1839/2009
- *Adeguatezza dell'organico infermieristico dei PN:* è stimabile che per l'esecuzione delle A-TEOAE da parte del Punto Nascita siano necessari, ogni 1000 nati/anno, circa 40' di attività infermieristica/al giorno., assorbibili all'interno delle attività di routine di un reparto con organico adeguato.

Beneficiari: tutti i nati della Regione Marche (circa 14.500 nati/anno)

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

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
% nati screenati PRIMA della dimissione dal PN	Flusso dati registro (Tracciato SDO?)*	Circa 70%	≥ 90%		≥ 95%	
% neonati che completano le 2 tappe dello screening entro 1 mese di vita (età corretta nei pretermine)	Flusso dati registro screening (Tracciato SDO?)*		≥ 90%		≥ 95%	
Tasso dei "refer" al II livello di screening che sono stati sottoposti a diagnosi audiologica entro 3 mesi di vita	Flusso dati registro screening	Non noto	≥ 70%		≥ 90%	

*Si valuterà la possibilità di rendere obbligatoria la codifica delle A-TEOAE e degli A-ABR fra le procedure della SDO dei PN

**4.1.1 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 4****Titolo del programma/progetto: Diabete tipo 2: "non compliciamoci la vita"**

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella1: 4.1 Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative, attraverso la verifica dei modelli assistenziali con riguardo alla assistenza primaria e specialistica.

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 4.1.1

Breve descrizione dell'intervento programmato:

Razionale dell'intervento: l'esistenza di una differenza tra gli standard di cura del diabete e l'assistenza reale è ben nota ed oggetto di numerose ricerche¹⁹. L'Associazione Medici Diabetologi ha prodotto, nel corso degli ultimi 5 anni 5 volumi, "Annali MD: Indicatori di qualità dell'assistenza diabetologica in Italia", che raccolgono dati da 250 centri di diabetologia su tutto il territorio nazionale, fornendo i riferimenti della reale assistenza diabetologica offerta dalle strutture specialistiche italiane²⁰. Gli Annali producono uno standard di riferimento derivato dai risultati dei 15 migliori centri. Nonostante per alcuni indicatori il valore sia ancora inferiore a quanto richiesto dagli standard di cura Italiani, l'obiettivo medio raggiunto dai centri con le migliori performances rappresenta un riferimento fondamentale per gli altri centri.

Nella Regione Marche, il 60-65% della popolazione diabetica è assistita presso la rete di centri diabetologici istituita dalla legge regionale 38 del 1987 e dalla Legge 1 del 23 Febbraio 2009. Anche i centri diabetologici marchigiani raccolgono le informazioni relative ai pazienti per mezzo di una cartella clinica informatizzata condivisa e partecipano alla realizzazione degli Annali di cui sopra.

Scopi Generali: obiettivo del presente progetto nel lungo periodo è quello di ridurre, attraverso il miglior controllo dei fattori di rischio (iperglicemia, ipertensione, dislipidemia) la complicità cardiovascolare nella popolazione di diabetici tipo 2 seguita presso i centri diabetologici della regione. Si è scelto di monitorizzare la complicità cardiovascolare perché fra tutte è quella meglio individuabile all'interno dei data base regionali attualmente disponibili. Si ritiene inoltre che azioni volte al miglioramento dello stato di salute in rapporto al rischio cardiovascolare, possano risultare efficaci anche nel contenimento di altre complicanze (retinopatia, nefropatia e vasculopatia periferica).

Fasi di articolazione: l'ottenimento dell'obiettivo prefissato ha come presupposto la riduzione dell'inerzia terapeutica e culturale esistente tra gli standard di cura e la realtà assistenziale. L'analisi sistematica delle performances dei centri ed il confronto in forma anonima con gli standard italiani (annali) e tra i centri stessi, permetterà di individuare le best practices, dalla cui analisi e condivisione si intende ottenere un miglioramento continuo del controllo dei Fattori di Rischio (FR) ed attraverso questo la riduzione delle complicanze²¹. Il progetto si prefigge inoltre, come azione collaterale, indispensabile per produrre dati di

¹⁹ Hayward RA, Hofer TP, Kerr EA, Krein SL. Quality improvement initiatives: issues in moving from diabetes guidelines to policy. Diabetes Care 2004;27 Suppl 2: B54-60. Nicolucci A, Greenfield S, Mattke S: Selecting indicators for the quality of diabetes care at the health systems level in OECD countries. Int J Qual Health Care 2006;18 Suppl 1:26-30. **TRIAD Study Group:** The Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD) study: a multicentre study of diabetes in managed care. Diabetes Care 2002;25:386-9. **EUCID - Health & Consumer Protection Directorate - General.** Final report European Core Indicators in Diabetes project. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/docs/action1_2005_frep_11_en.pdf

²⁰ Cimino A, Fava D, Giorda C, Meloncelli I, Nicolucci A, Pellegrini F, Rossi MC, Turco S, Vespasiani G. Annali AMD 2010 – Indicatori di qualità dell'assistenza diabetologica in Italia. Kino - Torino, Italia 2008.

Cimino A, Fava D, Giorda C, Meloncelli I, Nicolucci A, Pellegrini F, Rossi MC, Turco S, Vespasiani G. Annali AMD 2010 – Indicatori di qualità dell'assistenza diabetologica in Italia. Kino - Torino, Italia 2010.

²¹ Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Neil HA, Matthews DR. Long-term follow-up after tight control of blood pressure in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;359:1565-76

Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;359:1577-89



Delibera PRP 2010-2012

monitoraggio sui reali benefici di salute conseguiti nel lungo periodo, di istituire un Registro dei Pazienti Diabetici. Questo potrà essere impiantato linkando il data base dei centri diabetologici con i data base regionali dei DRG di ricovero, dei farmaci e delle cause di morte, preparando il terreno anche al link con gli archivi dei Medici di Medicina Generale.

Attività: sono volte a garantire il miglioramento della raccolta dati, la definizione degli obiettivi per tipologia dei pazienti attraverso la formazione del personale dei centri secondo le linee guida nazionali, la misurazione e valutazione periodica degli scostamenti dai target degli indicatori intermedi (HbA1c, LDLc, PA). Accanto a queste sono previste azioni di aggiornamento e di audit dei risultati al fine di migliorare l'intervento farmacologico e i tempi di follow-up. Previste inoltre azioni di coinvolgimento e di sensibilizzazione dei MMG.

Attori e portatori d'interesse: attori sono i Medici dei Centri di Diabetologia delle Marche. Importante è il ruolo di rinforzo da parte dei MMG e, per le azioni di empowerment, quello delle Associazioni dei Pazienti Diabetici. L' Istituto Mario Negri Sud effettua l'analisi dei dati regionali e produce assieme all'Associazione Medici Diabetologi gli indicatori nazionali di riferimento. Il Servizio Salute e la Rete Epidemiologica Marchigiana coordinano la progettazione e la realizzazione del Registro dei Pazienti Diabetici. Il Servizio Salute coordina anche le azioni per il coinvolgimento dei MMG.

Criticità: nella stesura del progetto sono state prese in considerazione le seguenti possibili criticità:

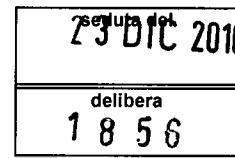
- *non totalità della popolazione diabetica per target:* è indispensabile il coinvolgimento dei MMG sia nella individuazione precoce dei pazienti diabetici, sia nella raccolta dei dati dell'assistenza. Il progetto porrà le basi per una futura gestione integrata del diabete tra i centri specialistici e l'assistenza primaria.
- *incompletezza raccolta dati:* verranno organizzati di incontri finalizzati alla formazione e alla valorizzazione della qualità del dato introdotto nel database. Il riscontro della sensibilizzazione raggiunta avverrà grazie alla valutazione periodica del n° annuo di indicatori calcolabili.
- *possibile mancata registrazione dei dati più negativi:* per ridurre questo rischio verrà garantito l'anonimato dei singoli centri.
- *ridotta aderenza del paziente* alla terapia e alle indicazioni sullo stile di vita: la continua opera di empowerment svolta dai centri verrà ulteriormente stimolata attraverso la formazione degli operatori degli stessi

Beneficiari: Soggetti di entrambi i sessi affetti da diabete tipo 2, età > 18 anni, residenti nella Regione Marche, che afferiscono alla rete dei centri di diabetologia (circa 32.000 persone)

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

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
% pazienti a target per HbA1c (≤ 7%)	Rete Centri diabetologici	Italia (Annali 2010): 43,8% Marche (Annali 2008): 56,8%	Idem ⁵		idem ⁵	
% pazienti a target per PA (≤ 130/80)	Rete Centri diabetologici	Italia (Annali 2010): 15% Dato regionale non noto	≥ 17%		≥ 20%	
% pazienti a target per LDLc (≤ 100 mg/dl)	Rete Centri diabetologici	Italia (Annali 2010): 41,8% Marche (Annali 2008): 34,8%	≥ 38%		≥ 41%	

⁵ Negli annali nazionali, il valore negli anni è peggiorato (48,2% nel 2008; 43,8% nel 2010) per effetto dell'incremento della popolazione e dei dati registrati. Non si può escludere che una deflessione non possa verificarsi, per gli stessi motivi, anche per il dato regionale, per effetto dell'azione progettuale che si prefigge di ottenere un miglioramento della registrazione degli indicatori calcolabili. Pertanto riteniamo che l'obiettivo possa ritenersi raggiunto se il valore supera comunque la media nazionale per il 2011 e migliora ulteriormente di almeno un 3% per il 2012.



4.2.1 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 4

Titolo: La valutazione multidimensionale come strumento di prevenzione della disabilità nella popolazione anziana nelle Marche

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale/i di cui in tabella1: 4.2 "Approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento e dall'incremento delle disabilità".

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 4.2.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento

La speranza di vita alla nascita nelle Marche risulta per gli uomini di 79,6 anni e per le donne di 84,9 (stime Istat per il 2008), rispettivamente al primo ed al secondo posto delle graduatorie regionali (dato medio nazionale stimato: 78,7 uomini, 84,0 donne). La popolazione marchigiana sta progressivamente invecchiando e di conseguenza aumenta il carico sociale e sanitario connesso alla disabilità ed alla non autosufficienza. Per questa ragione assumono notevole rilevanza le RSA e l'ADI, nell'ottica di un aumento di patologie di natura cronico-degenerativa che comportano una sempre maggiore attenzione alla fase successiva dell'evento acuto gestibile, tra i diversi setting assistenziali ospedalieri, a livello domiciliare.

Le criticità regionali nell'ambito della continuità assistenziale e soprattutto nel setting dell'assistenza domiciliare integrata principalmente sono: assenza di logiche di remunerazione degli interventi analoghe a quelle del sistema residenziale; mancato utilizzo di sistemi basati sul case-mix a livello regionale per l'allocazione delle risorse.

L'intervento proposto è volto al miglioramento dell'appropriatezza assistenziale ospedale-territorio, alla luce dell'aumento delle patologie di natura cronico-degenerativa che comportano una sempre maggiore attenzione alla fase successiva dell'evento acuto gestibile, tra i diversi contesti assistenziali extraospedalieri, a livello domiciliare.

Obiettivi specifici

Obiettivo 1: approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento, dall'incremento delle disabilità, esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte.

Obiettivo 2: definizione dell'appropriatezza (nonché della convenienza economica) di alcune pratiche di istituzionalizzazione versus setting assistenziali diversi.

Obiettivo 3: promozione della prevenzione terziaria intesa come promozione del disegno e della implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico migliorando l'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali - di target particolarmente fragili, come gli anziani.

Fasi, attività, Risultati attesi

Attività 1: costituzione di un gruppo di lavoro dedicato. Risultato atteso 1: Report dettagliato relativo all'individuazione dei principali indicatori epidemiologici in grado di misurare gli aspetti della disabilità legati al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione.

Attività 2: analisi del case-mix assistenziale in regime di ADI. Risultato atteso 2: Creazione di dati sintetici che consentano sia di valutare l'attività del servizio offerto sia l'evoluzione delle condizioni clinico-funzionali dei pazienti.

Attività 3: sperimentazione dell'implementazione del sistema RUG-III HC come strumento di valutazione multidimensionale finalizzata alla determinazione dell'eleggibilità del paziente anziano all'ADI. Risultato atteso 3: miglioramento dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nell'ambito della continuità di cure ospedale-territorio.

Attori e Gruppi d'interesse coinvolti o da coinvolgere



Delibera PRP 2010-2012

L'INRCA (IRCCS) con la Direzione Scientifica e le sedi ospedaliere marchigiane; le organizzazione dei Medici di Medicina Generale; i Distretti delle Zone Sanitarie dell'ASUR con le loro Unità di Valutazione Integrata (UVI) ed i relativi servizi per le cure primarie (ADI).

Criticità ipotizzabili:

La principale criticità è collegata al livello di coinvolgimento che si riuscirà ad istaurare con i gruppi d'interesse relativi alle attività 1 e 3

Beneficiari: popolazione anziana ultra settantacinquenne e le loro famiglie

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

- a) Valutare le condizioni di salute del paziente ultrasettantacinquenne attualmente ammesso all'ADI
- b) Determinare il carico assistenziale sulla base della complessità della casistica
- c) Aumentare l'appropriatezza degli interventi sanitari nel contesto domiciliare
- d) Ridurre al minimo la necessità di ricoveri ripetuti.
- e) Migliorare l'accessibilità alle prestazioni domiciliari attraverso l'analisi del case-mix.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Costituzione gruppo di lavoro finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo 1 ed elaborazione del documento tecnico condiviso	Atti ufficiali	NR	Atto costitutivo e verbale del primo incontro contenente il programma di lavoro		Formalizzazione del documento tecnico previsto	
N° pz > 75 aa in ADI con livello appropriato di assistenza in base al sistema RUG III-HC/ N° pz . ADI > 75 aa.	Sistema informativo territoriale delle prestazioni domiciliari e rilevazione ad hoc	Da rilevare a T0 e monitorare nel tempo	70%		80%	
N° pz dimessi > 75 aa da INRCA con dimissione protett/N° dimissioni INRCA	Sistema informativo territoriale delle prestazioni domiciliari e rilevazioni ad hoc	Da rilevare a T0 e monitorare nel tempo	70%		80%	
N° ricoveri ripetuti dimessi INRCA > 75 aa / N° dimessi INRCA > 75 aa	Rilevazione ad hoc	NR	50%		75%	
Costituzione gruppo di lavoro finalizzato al raggiungimento dell'obiettivo 4 e elaborazione del documento tecnico	Atti ufficiali	NR				

Handwritten signature



4.2.2 Piano Regionale Prevenzione 2010-2012 Regione Marche Macroarea 4

Titolo: Gente in Gamba +65: programma regionale per la promozione dell'attività motoria nella popolazione anziana (> 65 anni)

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale: 4.2 "La protezione e la promozione della salute negli anziani che sono una risorsa potenziale per la collettività".

Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale: 4.2.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Razionale dell'intervento

L'attività motoria è uno strumento di prevenzione indiscusso per ogni individuo. Nonostante ciò la sedentarietà, il sovrappeso e l'obesità sono in costante aumento nel mondo ma anche nel nostro Paese. C'è evidenza, inoltre, che la sedentarietà aumenti con l'avanzare dell'età (Sistema PASSI, dati 2009). L'adozione di stili di vita salutari, come l'abitudine di effettuare attività fisica, rappresenta la via per un invecchiamento in salute. È dunque importante creare opportunità di movimento nella popolazione anziana attraverso strategie multi-intervento efficaci in questa specifica fascia d'età. Con il presente programma si intende attivare e facilitare azioni di promozione dell'attività motoria con il supporto di interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili e basati su evidenza scientifica e migliori pratiche da ritagliare sulla popolazione in età senile (> 65 anni).

Fasi, attività, Risultati attesi

Attività 1: attivazione di un'indagine di prevalenza sugli stili di vita negli anziani.

Risultato atteso 1: report sugli stili di vita negli anziani in riferimento allo studio dei livelli di sedentarietà e attività fisica.

Attività 2: elaborazione del Piano di promozione dell'attività fisica nelle Marche.

Risultato atteso 2: formalizzazione del piano di promozione dell'attività motoria nelle Marche.

Attività 3: stesura di un piano di comunicazione finalizzato a promuovere l'attività motoria nelle Marche.

Risultato atteso 3: pubblicazione del piano di comunicazione.

Obiettivi

Obiettivo 1: effettuare un'indagine di prevalenza finalizzata allo studio degli stili di vita negli anziani (>65 anni) con particolare riferimento allo studio dei livelli di sedentarietà e attività fisica.

Obiettivo 2: elaborare un Piano regionale di promozione dell'attività fisica attraverso il quale fornire supporto alle migliori pratiche implementabili a livello locale, coerenti con l'obiettivo del presente progetto, sostenibili e possibilmente basate su prove di efficacia.

Obiettivo 3: promuovere l'attività fisica negli anziani attraverso una campagna comunicativa regionale adeguata.

Gruppi d'interesse coinvolti o da coinvolgere

SISP, SIAN e UU.OO. Promozione della Salute ASUR Marche; Gruppo tecnico regionale per l'attività fisica (Guadagnare Salute); Servizio Politiche Sociali Regione Marche; Ambiti Sociali; ANCI; MMG e PLS; UISP regionale e altri Enti di promozione sportiva; SItI Marche; Associazioni operanti nell'ambito della promozione dell'attività motoria. Università terza età; AUSER; ANTEA; ADA.

Criticità ipotizzabili

Effettuazione dell'indagine di prevalenza (obiettivo 1) sulla base di una positiva analisi di fattibilità; possibili ostacoli potrebbero sorgere dal difficile coinvolgimento dei Comuni per l'attuazione dell'obiettivo n. 2; l'attivazione della campagna comunicativa regionale è vincolata ad una coerente copertura economica.



seduta del 23 DIC 2010
delibera 1856

pag. 91

Delibera PRP 2010-2012

Beneficiari: popolazione regionale nella fascia d'età > 65 anni.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore al 31/12/2010	Valore al 31/12/2011		Valore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Realizzazione di un sistema di conoscenza epidemiologica sugli stili di vita nella popolazione anziana	Pubblicazione regionale	Attivazione dell'indagine "Passi d'argento" nella ZT 5 ASUR come esperienza pilota per la regione Marche (anno 2009)	Effettuata l'analisi di fattibilità		Pubblicazione del report regionale	
Elaborazione del Piano di promozione dell'attività fisica nelle Marche	Atti formali	Un piano regionale di promozione dell'attività fisica non è mai stato elaborato	Formalizzazione del Piano		Il 50% delle ZTT ASUR ha attivato progettualità finalizzate alla promozione dell'attività fisica nell'anziano	
Elaborazione del piano di comunicazione per la promozione dell'attività fisica nelle Marche (attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro dedicato)	Pubblicazione regionale	Un piano di comunicazione per la promozione dell'attività fisica nelle Marche non è mai stato elaborato	Atto costitutivo del GdL		Elaborazione Piano di comunicazione	

7