

Allegato n. 1

- Piano Regionale della Prevenzione – PRP 2010 – 2012 (quadro strategico – quadro d’insieme dei programmi/progetti – quadro di sintesi dei programmi/progetti con le previsioni di spesa e i soggetti attuatori – schede programmi/progetti)
- Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012 (Rep. Atti n. 63/CSR del 29 aprile 2010)
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali di linee guida per l’utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell’articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2010 (Rep. Atti n. 76/CSR dell’8 luglio 2010)
- Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano recante modifiche all’Intesa 29 aprile 2010 concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012 (Rep. Atti n. 166/CSR del 7 ottobre 2010)

**Piano Regionale della Prevenzione
PRP 2010/2012 – Regione Basilicata**

Quadro strategico del PRP 2010-2012 – Regione Basilicata

La organizzazione sanitaria (tra presente e futuro)

La sanità lucana è in fase di riordino ai sensi e per gli effetti della legge regionale n. 12/2008 (Riassetto organizzativo e territoriale del servizio sanitario regionale). In Basilicata ci sono attualmente due Aziende Sanitarie Locali: l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP, che comprende gli ambiti territoriali delle ex ASL n.1 di Venosa, n. 2 di Potenza e n. 3 di Lagonegro, (per un totale di 100 comuni e 385.309 abitanti al 31 dicembre 2009) e l'Azienda Sanitaria Locale di Matera – ASM, che comprende gli ambiti territoriali delle ex ASL n. 4 di Matera e n. 5 di Montalbano Jonico, (per un totale di 31 comuni e 203.570 abitanti al 31 dicembre 2009) – che si riorganizzeranno compiutamente – in termini strutturali e funzionali - in applicazione del nuovo piano sanitario (“piano regionale della salute e dei servizi alla persona”) in via di definizione. Da qui, per ogni Azienda Sanitaria Locale, un “dipartimento di prevenzione collettiva della salute umana” (con competenze attestatale alle unità operative di igiene, epidemiologia e sanità pubblica, di igiene degli alimenti e della nutrizione, di medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro, di prevenzione, protezione ed impiantistica nei luoghi di lavoro) ed un “dipartimento di prevenzione della sanità e del benessere animale (con competenze attestatale alle c.d. aree A – sanità e benessere animale, B - igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati e C - igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche) nonché la previsione di n. 5 distretti della salute nell'ASP e n. 2 nell'ASM, - punto di forza del nuovo piano sanitario nell'ambito del riassetto dei servizi - ove i distretti vengono a configurarsi come:

- ambiti territoriali dell'Azienda Sanitaria Locale, coincidenti con gli ambiti socio-territoriali, al fine di favorire la programmazione e la gestione integrata dei servizi (anche tramite la costituzione di organismi paritetici) e la condivisione dei progetti di cura e di assistenza da parte degli operatori (integrazione istituzionale, professionale e gestionale) – coincidenti in via transitoria con gli ambiti territoriali delle cinque ex ASL e definitivamente con gli ambiti territoriali e amministrativi delle comunità locali - così come definite dalla legge regionale n. 11/2008 ⁽¹⁾ (Norme di riordino territoriale degli enti locali e delle funzioni intermedie anche in applicazione della L. 24 dicembre 2007, n. 244 - Finanziaria 2008);
- macro-organizzazioni complesse, assimilabili a quelle dipartimentali, ed in particolare a dipartimenti strutturali, ai quali si riconosce, non solo formalmente, un ambito di autonomia, risorse, patrimonio e gestione pari a quanto previsto per le altre macro-strutture aziendali (dipartimenti di prevenzione e presidi ospedalieri);
- luoghi di governo della domanda, di garanzia dei LEA socio-sanitari e di presa in carico dei bisogni complessivi, in particolare rispetto alle fragilità e ai soggetti non autosufficienti, che operano in un ruolo di governance, sulla base di progetti di salute legati all'evidenza scientifica della medicina, e adottano strumenti validati per il miglioramento continuo della qualità, nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi delineati dal piano e dalle susseguenti direttive regionali.

(1) enti locali in forma di Unione di Comuni, dotati di proprio statuto, di proprio indirizzo politico-amministrativo, di autonomia amministrativa ed organizzativa, e costituiti allo scopo di promuovere l'esercizio unitario su area vasta dei compiti di tutti o parte dei comuni uniti, compresa la valorizzazione delle zone montane, e che perseguono ogni altra finalità ad essi attribuita dalle leggi dello Stato e della Regione (a - pianificazione territoriale sovra-comunale, difesa del suolo e tutela dell'ambiente; b - sviluppo economico e programmazione delle attività produttive; c) programmazione, organizzazione e gestione associata dei servizi.

Con l'obiettivo ambizioso ed innovativo della scelta di sviluppare un sistema territoriale strutturato ed evoluto, che rappresenti un'organizzazione capace di attivare una rete dell'integrazione, della presa in carico e della continuità dell'assistenza, proponga e sottoscriva un patto per la salute con i cittadini, sappia valutare e programmare, eserciti un ruolo attivo e non marginale o d'attesa, gestisca le risorse in modo flessibile, sia attenta agli esiti, si renda visibile ed accessibile, sappia ripensare e riprogettare nella qualità, sappia assumere un ruolo diretto e responsabile, sappia realizzare un sistema articolato ed integrato. Da cui l'assegnazione ai distretti di una funzione strategica, di strumento di governo partecipato delle politiche della salute, di sede di raccordo ed organizzazione della rete dei servizi territoriali, nonché di luogo prioritario di accesso per i cittadini.

In Basilicata ci sono inoltre un'unica Azienda Ospedaliera (l'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza), un Ospedale Oncologico Regionale - CROB che ha sede in Rionero in Vulture (PZ), attuale IRCCS (IRCCS CROB), sede tra l'altro del Registro Tumori della Regione Basilicata (RTB), le strutture ospedaliere a gestione ASL di Melfi e Venosa; di Villa d'Agri, di Lagonegro, Lauria, Maratea e Chiaromonte, di Matera e Tricarico, di Policoro, di Tinchi-Pisticci e Stigliano, diverse strutture sanitarie private convenzionate - tra cui un unico Istituto di Cura - ed il Servizio di Emergenza-Urgenza. Proprio per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera il nuovo piano sanitario prevede l'attuazione della c.d. rete integrata che traduce il concetto della interconnessione strutturale delle équipes specialistiche/multi-professionali nell'approccio alle patologie, in cui la gestione dei collegamenti e delle relazioni organizzate, secondo il principio delle cure progressive e della presa in carico del paziente, diviene fondante per garantire l'equità dell'accesso all'assistenza e l'adeguatezza, l'efficienza e l'efficacia degli interventi ed il concetto della continuità dell'assistenza come processo clinico, che vede la sinergica produzione di équipes multi-disciplinari operanti anche a distanza. Modello che presenta una componente gerarchica nei rapporti di integrazione verticale tra i vari centri ai vari livelli e può essere interpretato, da un punto di vista organizzativo, come una razionalizzazione delle risorse produttive conseguente ad accentramento di quelle a maggior valore e a maggior grado di complessità in centri di riferimento e a una migliore e più capillare diffusione sul territorio di strutture periferiche a minor valore e a minor grado di complessità (ospedali sede di PSA, ospedali distrettuali o territoriali nei quali troveranno luogo altre forme di cura, ivi comprese le forme residenziali socio-sanitarie a prevalenza sanitaria per malattie cronico - degenerative, in termini di riabilitazione, di *hospice* per i malati terminali, di cure per i pazienti oncologici etc. che più servono il mondo delle cronicità del territorio, non svolgendo più attività ospedaliera per acuti ma riconvertendo la loro funzionalità, implementando le prestazioni ambulatoriali e le attività di ospedalizzazione "di giorno", di lungodegenza e/o di riabilitazione). Infine, in relazione ad alcune tematiche di rilievo a fini preventivi, si rappresentano organizzazione e previsioni di piano (nuovo piano sanitario) riguardo a salute mentale, area - materno - infantile e dipendenze. La situazione attuale della Basilicata contempla cinque Dipartimenti di Salute Mentale - DSM - uno per ogni ex ASL e una dotazione organica disomogenea e carente rispetto alle indicazioni del PON "Tutela della salute mentale 1998/2000". Altra esigenza è legata alla necessità di ridefinirne l'assetto organizzativo, mancando l'articolazione in strutture complesse (solo in alcuni DSM sono presenti le strutture complesse CSM ed SPDC). Per cui il nuovo piano sanitario prevede che in ogni Azienda Sanitaria Locale sia costituito un DSM quale struttura operativa deputata alla organizzazione e alla produzione di attività finalizzate alla promozione e alla tutela della salute mentale della popolazione di riferimento, alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione del disagio psichico e del disturbo mentale per l'intero arco della vita, assicurando tutte le attività di assistenza psichiatrica, neuropsichiatrica e psicologica per l'età evolutiva e adulta, che i distretti garantiscano la necessaria integrazione tra le proprie prestazioni e quelle svolte da altre articolazioni organizzative e che lo stesso DSM si articoli in unità operative complesse attinenti le principali funzioni e compiti attribuiti a: Centro di Salute Mentale - CSM (uno per ogni distretto); Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - SPDC ospedaliero (uno per Azienda Sanitaria Locale); Area per la gestione di tutte le forme residenziali, semi-residenziali e riabilitative territoriali (una per Azienda Sanitaria Locale) ove saranno declinate delle specifiche unità dedicate

ai disturbi del comportamento alimentare (DCA); Area di neuropsichiatria infantile di riferimento regionale (Ospedale) e servizi territoriali (un'Area per Azienda Sanitaria Locale); Area di assistenza di psicologia clinica (una per Azienda Sanitaria Locale).

In ridefinizione anche l'area della tutela materno – infantile che prevede il rafforzamento delle attività dei consultori familiari (attualmente n. 13) ed un efficace raccordo con i pediatri di libera scelta e con le strutture ospedaliere. Tanto anche per quel che riguarda gli interventi previsti a tutela della salute dell'età evolutiva e delle relazioni di coppia e familiari, da attivarsi all'interno dei livelli uniformi di assistenza previsti, adottando quale riferimento il percorso integrato socio-sanitario (lavoro di équipe ed interconnessione dei programmi di intervento sanitario e sociale). Perciò è stata ipotizzata un' "unità operativa consultoriale" per distretto con almeno quattro settori di attività: ginecologica - ostetrica, sociale, psicologica e pediatrica ove l'integrazione si concretizza nella costituzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare composto dai responsabili dei settori allargato ai responsabili di altri profili professionali e di altre strutture territoriali ed ospedaliere, preposto a svolgere: programmazione delle attività per il territorio di competenza, coordinamento, elaborazione di linee guida e protocolli attuativi, programmazione delle attività di documentazione, formazione, ricerca e pubblicazione, controllo e verifica dei risultati. Per ogni settore sono previste diverse azioni. Per esempio per il settore pediatrico si prevedono come attività territoriali: controlli di salute estesi a tutta la popolazione, bilanci di salute/screening, attività di prevenzione rivolta prevalentemente al neonato e al lattante sia per l'aspetto pediatrico che psicologico relazionale, attraverso l'offerta attiva rivolta a fasce di popolazione che hanno difficoltà ad utilizzare i servizi, promozione del benessere e presa in carico del bambino con bisogni speciali, disabilità, malattie croniche, malattie rare, disagio psico – sociale, corsi per neo-genitori, promozione e sostegno all'allattamento materno, consulenze di dietologia, consulenze per maltrattamento, violenza e abuso, promozione del benessere dell'adolescente ..., come attività d'integrazione specialistica: attività ambulatoriali semplici e complesse (ambulatori multidisciplinari, day service), rete delle cure palliative pediatriche domiciliari ...

Per le dipendenze (uso di sostanze c.d. illegali – alcolismo – tabagismo), la rete dei servizi direttamente impegnati a fini di prevenzione, trattamento e riabilitazione contempla SerT (n. 6) e Comunità Terapeutiche (n. 5), per i quali nel nuovo piano sanitario si prevede di consolidare l'integrazione e la collaborazione tra servizi ed enti ausiliari, anche in relazione ai nuovi bisogni socio/sanitari emergenti, nel rispetto delle rispettive funzioni e competenze, di favorire l'integrazione tra servizi e dipartimenti di salute mentale, per una effettiva presa in carico di persone con problemi di dipendenze e comorbidità psichiatrica, anche attraverso l'adozione di protocolli operativi, di intervenire in altre dipendenze (gioco di azzardo patologico), di coordinare l'operatività dei servizi sanitari – socio sanitari, sociali, educativi, favorendo gli inserimenti lavorativi, in quanto favorenti la cura e il reinserimento sociale ...

Si prevede perciò di costituire un SerT per distretto, con articolazione in unità funzionali o équipe multidisciplinari in modo da consentire interventi specifici per tipologia di problemi e di utenti, e che ogni Azienda Sanitarie Locale costituisca un coordinamento per le dipendenze, quale supporto alla programmazione territoriale, composto di: responsabili dei SerT, rappresentanti degli Enti Ausiliari, del Privato Sociale, degli Enti Locali, da soggetti rappresentativi delle realtà locali (Forze dell'Ordine, Amministrazione Penitenziaria, Istituzioni Scolastiche, Prefetture).

Il PRP 2010 – 2012 – Gli aspetti organizzativi

Per quanto riguarda nello specifico le iniziative regionali di prevenzione attiva di cui al PRP 2010-2012/aspetti organizzativi, premesso che il PNP/PRP 2005-2007 e proroghe successive ha rinforzato e dato slancio ad una tradizione della sanità lucana in progress, a partire dall'attivazione degli screening oncologici vs i tumori maligni della cervice uterina e della mammella dal 1999/2000 e vs i tumori maligni del colon-retto dal 2005/2006 e da eventi di educazione alla salute in essere curati dai servizi territoriali, si rappresenta che il PRP 2010-2012, coordinato dal Dipartimento Salute-Ufficio Politiche della Prevenzione, coinvolge, al pari di quanto è stato fatto in applicazione del PNP/PRP 2005-2007, operatori sanitari del territorio (UU.OO. competenti dei Dipartimenti di Prevenzione, Strutture Ospedaliere, Medici di Famiglia ...), altre Istituzioni (Scuola – Forze dell'Ordine ecc.) e parti sociali, così come è previsto nei diversi programmi/progetti e leggibile nei rispettivi elaborati, ove è stata maggiormente incentivata, rispetto al precedente PRP, la partecipazione degli operatori sanitari nella fase di progettazione e quella dei portatori d'interesse nella fase attuativa.

La predisposizione del PRP 2010-2012 ha tenuto conto ovviamente dello stato di avanzamento dei lavori relativi alle linee del PRP 2005-2007 e proroghe successive, individuando le azioni prioritarie da portare a termine o implementare quindi programmi/progetti da sviluppare ex novo, nel rispetto dell'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome del 29 aprile 2010 – Rep. Atti n. 63/CSR.

Tra l'altro sono stati riesaminati i progetti/programmi attinenti a linee d'intervento ed obiettivi generali di salute del PNP 2010-2012 di cui al Programma Regionale – anno 2010 – collegato agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale secondo le linee progettuali ex Accordo Stato-Regioni - Rep. Atti n. 76/ CSR – 8 luglio 2010 (DGR n. 1579 del 21 settembre 2010 – trasmessa al Ministero della Salute) per evitare duplicazioni di iniziative e razionalizzare l'impegno di risorse, programma regionale che adotta anche il "quadro di insieme" dei progetti/programmi previsti nell'ambito del PRP 2010-2012, rimodulato nel presente PRP, la cui elaborazione ha previsto sostanzialmente un coordinamento operativo a livello regionale che ha indirizzato e raccolto i contributi dei servizi.

Il profilo demo grafico e socio – economico

La popolazione regionale al 1° gennaio 2009 risulta essere di 590.601 abitanti (588.879 al 31 dicembre 2009), da cui un calo demografico dagli inizi alla fine del 2009 di 1.722 unità di popolazione (-8.589 dal 31/12/2001^(597.468) al 31/12/2009), con una densità abitativa media di 58,9 abitanti per kmq. La Basilicata è suddivisa in 2 province (provincia di Potenza e provincia di Matera), che corrispondono attualmente ai territori di competenza ASL (Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP e Azienda Sanitaria Locale di Matera – ASM) e 131 comuni (100 nella provincia di Potenza e 31 nella provincia di Matera).

I centri lucani sono per la gran parte piccoli, situati in località montane o di alta collina, serviti da una rete di comunicazione, stradale e ferroviaria, non sempre soddisfacente. I centri più popolosi sono la città di Potenza (capoluogo di regione e di provincia) e la città di Matera (capoluogo di provincia), gli unici centri a superare le 20.000 presenze (città di Potenza: 68.556 ab.; città di Matera: 60.522 ab. al 31 dicembre 2009). Il 65,4% della popolazione regionale vive nella provincia di Potenza, dove è presente anche il maggior numero di borghi a rischio di spopolamento, il 22% nelle città di Potenza e Matera, il 23% in comuni di ampiezza demografica tra i 10.000 e i 20.000 abitanti, il 22% in comuni con numero di abitanti compreso tra i 5.000 e i 10.000, circa il 33% nei piccoli centri (con meno di 5.000 abitanti) e il 2,9% in centri con meno di 1.000 anime. La crescita demografica totale della Basilicata resta la più bassa del Paese (-2,9 per 1.000).

Tanto sia per effetto della denatalità (che esprime al 2009 un tasso di 8,0 nati per 1.000) che dell'emigrazione (saldo migratorio totale: -1,3 per 1.000).

Il 49% della popolazione regionale è di sesso maschile (con un rapporto medio di mascolinità di 96 uomini per 100 donne). La relazione tra residenti di sesso maschile e femminile è complessivamente favorevole agli uomini fino ai 50 anni, mentre nelle classi di età anziane, a causa della maggiore mortalità maschile, diventa preponderante la componente femminile. Sul rapporto tra le componenti maschile e femminile della popolazione un qualche influsso possono averlo anche gli attuali movimenti migratori, soprattutto quando gli immigrati appartengono quasi esclusivamente ad un sesso (es. femmine dei Paesi dell'Europa dell'Est o maschi dei Paesi del Nord-Africa), ma ciò riguarda in modo poco significativo la Basilicata, perché in regione il fenomeno è tuttora scarsamente rilevante e limitato nel tempo, pur se il numero degli stranieri residenti risulta in aumento (anno 2002: 3.322; anno 2007: 6.726; anno 2008: 9.595; anno 2009: 11.526).

L'età media dei lucani è in linea con il dato nazionale (43 anni) e la classe di età modale resta quella compresa tra i 40 e i 44 anni, che rappresenta il 7,8% della popolazione regionale. I residenti della Basilicata di 0-14 anni e di 65 anni e più rappresentano rispettivamente il 13,7% ed il 20,1% della popolazione, i residenti di 75+ anni il 10,3% e quelli di 85+ anni il 2,5%. L'indice di vecchiaia raggiunge al 2009 il valore di 146,6 per 100; l'indice di dipendenza scende al valore di 51,1 per 100, l'indice di struttura della popolazione attiva e l'indice di ricambio salgono a 102,1 per 100 e a 91,8 per 100, l'indice di carico di figli per donna in età feconda si attesta al valore di 17,6 per 100 ed il numero medio di figli per donna in età feconda al valore di 1,2.

Risultano inoltre un quoziente di nuzialità pari a 4,3 per 1.000, l'incremento del numero delle famiglie (anno 2007: n. 225.018; anno 2008: n. 226.657; anno 2009: n. 228.728); un numero medio di componenti per nucleo familiare di 2,6, l'aumento delle famiglie – monocomponente anziano (anno 2006: 12,9%; anno 2009: 14,7%); un numero limitato - stabile di convivenze (anno 2007: 284; anno 2009: n. 282); l'elevata incidenza delle famiglie in condizioni di povertà relativa (2007: 26,3%; 2008: Basilicata 28,8%) se pure in calo nel 2009 (25,1%), livelli di occupazione inferiori alle corrispondenti medie nazionali, sebbene superiori a quelli osservati nel Sud – Italia, ed in calo nonché un reddito pro – capite di 14.052 Euro (-0,3% rispetto al 2008).

Il profilo socio – demografico regionale evidenzia in sostanza spopolamento, denatalità ed invecchiamento, invecchiamento che investe anche la popolazione in età lavorativa e che orienterà inevitabilmente il bisogno/la domanda di salute, incidendo sempre di più sulla spesa sanitaria correlata agli aumenti d'incidenza/prevalenza delle malattie cronico – degenerative e della non autosufficienza condizionati dall'età, oltre che un'elevata percentuale di famiglie in condizioni di povertà relativa.

Peraltro il declino demografico osservato è destinato, secondo le ultime previsioni rilasciate dall'Istat, considerando “lo scenario centrale”, a progredire, difatti è previsto che nel 2020 la popolazione residente della Basilicata risulterà essere di 564.605 abitanti oltre che caratterizzata da una percentuale di anziani (23,5%) quasi doppia rispetto alla popolazione di 0-14 anni (12,5%).

Appendice: Profilo demo grafico e socio/economico Dati a confronto

Tabella 1 – Basilicata/Province di Potenza e Matera. Bilancio demografico anno 2009 e popolazione residente al 31 dicembre

	Basilicata	Provincia Potenza	Provincia Matera
Pop. al 1° gennaio	590.601	386.831	203.770
Nati	4.729	3.075	1.654
Morti	5.671	3.892	1.779
Saldo naturale	-942	-817	-125
Saldo migratorio	-780	-705	-75
Saldo totale	- 1.722	-1.522	-200
Tasso di natalità	8,0	7,9	8,1
Tasso di mortalità	9,6	10,1	8,7
Tasso migratorio	-1,3	-1,8	-0,4
Crescita naturale	-1,6	-2,1	-0,6
Crescita totale	-2,9	-3,9	-1,0
Pop. al 31 dicembre	588.879	385.309	203.570

Tabella 2 – Tassi generici di natalità e mortalità anno 2009 (per 1.000 residenti)

Territorio	Natalità	Mortalità
Basilicata	8,0	9,6
<i>Provincia Potenza</i>	<i>7,9</i>	<i>10,1</i>
<i>Provincia Matera</i>	<i>8,1</i>	<i>8,7</i>
Mezzogiorno	9,4	9,2
Centro	9,3	10,3
Nord	9,5	10,1
Italia	9,5	9,8

Tabella 3 – Bilanci demografici anno 2009 (per 1.000 residenti)

Territorio	Crescita naturale	Saldo migr totale	Crescita totale
Basilicata	-1,6	-1,3	-2,9
<i>Provincia di Potenza</i>	<i>-1,8</i>	<i>-2,1</i>	<i>-3,9</i>
<i>Provincia di Matera</i>	<i>-0,6</i>	<i>-0,4</i>	<i>-1,0</i>
Mezzogiorno	0,2	1,1	1,3
Centro	-1,0	8,8	7,8
Nord	-0,6	7,0	6,4
Italia	-0,3.	5,3	5,0

Tabella 4 – Struttura per età della popolazione residente anno 2009 (valori percentuali)

Territorio	0-14	15-64	65 anni e oltre
Basilicata	13,7	66,2	20,1
Mezzogiorno	15,2	66,9	17,9
Centro	13,3	65,3	21,4
Nord	13,5	65,3	21,2
Italia	14,0	65,81	20,1

Tabella 5 – Altri indicatori di struttura della popolazione residente anno 2009

Territorio	Indice di dipendenza	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Basilicata	51	30	147	43
Mezzogiorno	49	27	118	41
Centro	53	33	161	44
Nord	53	33	157	44
Italia	52	31	143	43

Tabella 6 – Principali indicatori del mercato del lavoro 2009 (valori percentuali)

Territorio	Tasso di attività	Tasso di occupazione	Tasso di disoccupazione	Tasso di disoccupazione femminile	Tasso di disoccupazione giovanile
Basilicata	54,6	48,5	11,3	13,9	34,6
Italia	62,4	57,5	7,8	9,3	21,3

Territorio	Tasso di disoccupazione diplomati/laureati	Persone in cerca di prima occupazione	Disoccupati di lunga durata
Basilicata	10,4	38,6	57,1
Italia	5,7	26,8	51,6

Tabella 7 – Tasso di occupazione (valori percentuali – variazioni 2008/2009)

Territorio	Tasso di occupazione 2008	Tasso di occupazione 2009
Basilicata	49,6	48,5
Mezzogiorno	46,1	44,6
Centro	62,8	61,9
Nord	66,9	65,6
Italia	58,7	57,5

Tabella 8 – Livelli d'istruzione della popolazione anno 2007 (valori percentuali)

Territorio	Licenza elementare/Nessun titolo di studio	Licenza media inferiore	Diploma di scuola superiore	Laurea
Basilicata	30,2	29,1	28,1	8,8
Italia	25,9	31,5	27,2	10,2

Territorio	Abbandono scolastico (1)	18/24enni con sola licenza media inferiore (2)
Basilicata	9,2	14,2
Italia	11,1	19,2

(1) alla fine del primo anno di scuola media superiore

(2) e non più in formazione

Tabella 9 – Tassi generici di natalità, mortalità e nuzialità per provincia (per 1.000 residenti) – Anni 2006-2009

	Natalità				Mortalità				Nuzialità			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
Potenza	8,2	8,0	8,1	8,0	9,9	10,2	10,0	10,1	4,3	4,5	3,8	4,2
Matera	8,7	8,6	8,8	8,1	8,9	8,7	8,5	8,7	5,0	4,6	4,6	4,5
Basilicata	8,4	8,2	8,3	8,0	9,6	9,7	9,5	9,6	4,6	4,5	4,1	4,3

Tabella 10 – Tassi generici di migratorietà per provincia (per 1.000 residenti) – Anni 2006-2009

	Saldo migratorio															
	Interno				con l'estero				per altro motivo				totale			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009
Potenza	-3,6	-3,6	-3,5	-3,7	-0,2	4,3	3,0	2,4	-0,1	-0,2	1,5	-0,5	-3,9	0,5	0,9	-1,8
Matera	-3,6	-4,2	-5,0	-4,3	1,4	6,0	4,7	4,1	-0,1	-0,2	-0,2	-0,2	-2,3	1,5	-0,5	-0,4
Basilicata	-3,6	-3,8	-4,0	-3,9	0,4	4,8	3,6	3,0	-0,1	-0,2	0,9	-0,4	-3,3	0,8	0,4	-1,3

Tabella 11 – Bilanci demografici per provincia (per 1.000 residenti) – Anni 2006-2009

	Crescita naturale				Saldo migratorio totale				Crescita totale			
	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008	2009	2006	2007	2008*	2009**
Potenza	-1,7	-2,1	-1,9	-2,1	-3,9	0,5	0,9	-1,8	-5,6	-1,6	-0,9	-3,9
Matera	-0,2	-0,1	0,3	-0,6	-2,3	1,5	-0,5	-0,4	-2,5	1,4	-0,2	-1,0
Basilicata	-1,2	-1,5	-1,1	-1,6	-3,3	0,8	0,4	-1,3	-4,5	-0,7	-0,7	-2,9

Tabella 12 – Indicatori demografici 2000-2020

Indicatori	2000	2009	2020*	Variazione % 2000-2009	Variazione % 2009-2020
Pop.totale (1° gennaio)	601.448	590.601	564.605	-1,8	-4,4
Pop (0-14 anni)	97.152	80.989	70.788	-16,6	-12,6
Pop (15-64 anni)	397.181	390.875	361.265	-1,6	-7,6
Pop (65 anni e oltre)	107.115	118.737	132.552	10,9	11,6
Indice di vecchiaia	110,3	146,6	187,3	33,0	27,7
Indice di dipendenza	51,4	51,1	56,3	-0,6	10,2

*Stima

Tabella 13 - Indicatori di struttura della popolazione al 1° gennaio - Anni 2007-2010

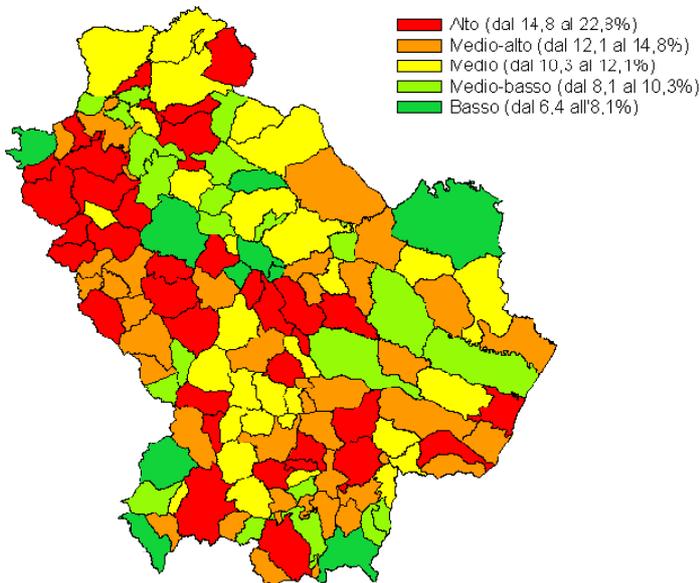
	2007				2008			
	Dipendenza		Vecchiaia	Età media	Dipendenza		Vecchiaia	Età media
	Strutturale	Anziani			Strutturale	Anziani		
Basilicata	52	30	141	42	51	30	144	43
Mezzogiorno	50	26	113	41	50	27	116	41
Italia	52	30	142	43	52	30	143	43

	2009				2010*			
	Dipendenza		Vecchiaia	Età media	Dipendenza		Vecchiaia	Età media
	Strutturale	Anziani			Strutturale	Anziani		
Basilicata	51	30	147	43	51	30	149	43
Mezzogiorno	49	27	118	41	49	27	120	42
Italia	52	31	143	43	52	31	144	43

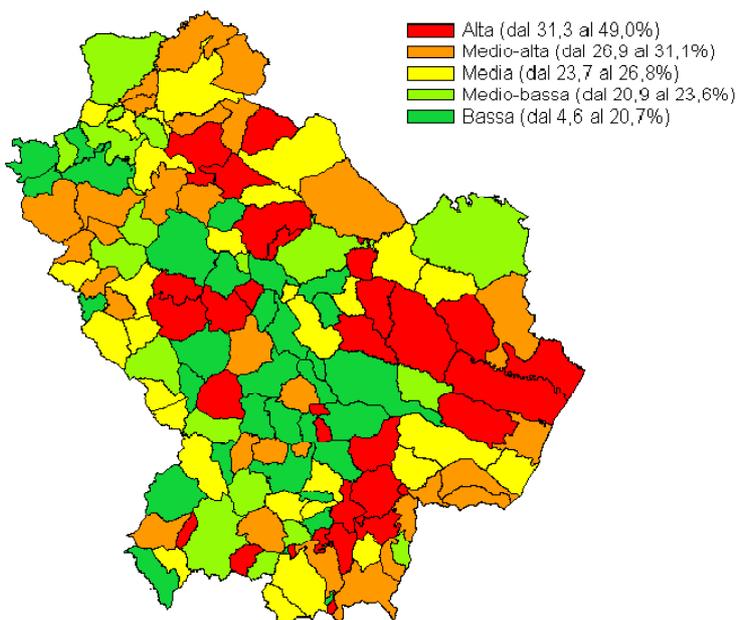
*Stima

Distribuzione territoriale (ambito comunale) di indicatori di svantaggio sociale (istruzione e tasso di disoccupazione femminile)

Distribuzione dell'indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo per comune



Distribuzione del tasso di disoccupazione femminile per comune



Il profilo epidemiologico

- Speranza di vita, speranza di vita in buona salute e libera da disabilità, salute percepita

In Basilicata la speranza di vita alla nascita (stima 2009) è di 78,8 anni negli uomini (vs Italia 78,9) e di 84,5 nelle donne (vs Italia 84,1), la speranza di vita a 65 anni di 18,3 anni (vs Italia 18,1) e 22,0 (vs Italia 21,7) rispettivamente. Nella tabelle 1 e 2 si riporta la speranza di vita in buona salute e libera da disabilità della popolazione regionale alle diverse età – anno 2005.

Tabella 1 – Speranza di vita in buona salute alle diverse età (fonte: ISTAT)

	a 0 anni	a 15 anni	a 45 anni	a 65 anni	a 75 anni
Maschi					
Basilicata	52,95	38,97	14,70	4,63	2,49
Italia	54,48	40,71	15,60	4,70	2,02
Femmine					
Basilicata	48,70	34,76	11,06	3,06	1,04
Italia	51,56	37,43	13,33	4,03	1,85

Tabella 2 – Speranza di vita libera da disabilità alle diverse età (fonte: ISTAT)

	a 15 anni	a 45 anni	a 65 anni	a 75 anni
Maschi				
Basilicata	60,23	31,73	14,40	7,72
Italia	60,77	32,17	14,90	7,93
Femmine				
Basilicata	62,34	33,05	14,96	7,13
Italia	63,69	34,40	16,15	8,31

Si aggiunge che gli ultimi dati Istat rivelano anche per la Basilicata una riduzione della percentuale di persone di 14 anni e oltre che dichiarano una percezione negativa del proprio stato di salute (fonte Istat: Aspetti della vita quotidiana - anno 2008) , (Basilicata - anno 2005: 8,3% vs Italia 6,8% - anno 2008: Basilicata 4,8% vs Italia: 4,4%), dato di salute percepita o soggettiva (stima che ciascun cittadino ha del proprio stato di salute, indipendentemente dalla sua reale condizione fisica) che ha assunto un'importanza crescente nella valutazione globale dello stato di salute della popolazione di riferimento che, sebbene strettamente dipendente dalla presenza o dall'assenza di malattia, è subordinato alla condizione di benessere che il soggetto avverte, soprattutto in relazione alla capacità del contesto in cui vive di dargli risposte confacenti sia in termini di assistenza sanitaria che in termini di qualità della vita, giudizio personale che è sensibilmente correlato alla posizione sociale, al reddito economico, alla scolarità e anche al senso di solitudine "sociale" avvertito da alcune categorie di persone, che ne condiziona lo stesso accesso ai servizi, favorendo tra l'altro il ricorso all'ospedalizzazione rispetto all'offerta territoriale (alterandone la percezione di fruibilità) nonché all'età e al naturale deterioramento delle condizioni fisiche che il passare degli anni comporta.

- Stili di vita e fattori di rischio

In Basilicata al 2008 si registra che il 70,9% della popolazione fa una colazione adeguata (vs Italia 79,2%), l'84,0% pranza in casa (vs Italia 73,6%) e l'84,6% si riferisce come pasto principale al pranzo (vs Italia 68,0%), Inoltre risultano maggiori i consumi settimanali di pane, pasta, riso, di salumi, carni, uova, più limitati i consumi giornalieri di verdure, ortaggi o frutta nel numero di porzioni raccomandato (5 a day: Basilicata 2,3% vs Italia 5,6%). A vantaggio i consumi di legumi,

pesce, condimenti di origine vegetale, sale, sale arricchito di iodio e acqua nella quantità di almeno 1 litro e ½ al dì. Riguardo alle bevande alcoliche si segnala per la Basilicata la maggiore consuetudine ad assumere aperitivi analcolici piuttosto che alcolici ed il minor consumo di liquori e di alcolici fuori pasto pur tuttavia, tra i dati rilevanti, la maggiore tendenza al “Binge drinking” ovvero “al bere fino a stordirsi”(comportamento comune tra i giovanissimi)

Tabella 1 - Persone di 11 anni e più per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche. Anno 2009 (per 100 persone di 11 anni e più)

	<i>Almeno un comportamento a rischio</i>	<i>Tipo di comportamento a rischio</i>		
		<i>Giornaliero non moderato</i>	<i>Di cui giornaliero non moderato solo a pasto</i>	<i>di cui Bingedrinking</i>
Maschi				
Basilicata	32,3	19,3	52,6	18,3
Italia	25,0	14,8	51,7	12,4
Femmine				
Basilicata	4,3	2,6	83,4	1,7
Italia	7,3	3,8	77,9	3,1
Maschi e femmine				
Basilicata	18,0	10,8	56,4	9,9
Italia	15,8	9,1	57,4	7,6

Tabella 2- Persone di 11 anni e più per consumo di vino e birra. Anno 2009 (per 100 persone di 11 anni e più)

	Consuma vino	Consuma oltre 1/2litro di vino al giorno	Consuma 1-2 bicchieri di vino al giorno	Consuma vino più raramente	Consuma Birra	Consuma birra tutti giorni	Consuma birra più raramente	Consuma birra solo stagionalmente
Basilicata	49,6	5,0	25,5	17,0	41,4	4,9	23,1	13,4
Italia	54,0	3,3	21,4	25,1	45,9	4,6	27,1	14,2

Ben il 45,8% dei residenti di 3 anni e oltre (vs Italia 40,2%)(anno 2008) non pratica alcuno sport né attività fisica e la percentuale di adulti obesi supera la media nazionale (anno 2007 – Basilicata 12,6%; Italia 9,9%), dato su cui grava tra l'altro la diffusione di sovrappeso-obesità in età evolutiva (la percentuale di bambini lucani di 7-9 anni in sovrappeso risulta pari al 26,4% (Italia: 23,6%) e quella dei bambini lucani della stessa età obesi pari al 13,4% (Italia: 12,3%)(fonte: OKkio alla Salute – Indagine 2008).

In Basilicata fuma il 22,8% delle persone di 14 anni e più (vs 22,2% Italia)(anno 2008) e si registra una percentuale tendenzialmente più bassa di ex fumatori (Basilicata 22,2%; Italia 22,9%).

A fine paragrafo si vogliono segnalare a conferma della diffusione dell'uso di sostanze cosiddette illegali nei giovani lucani di 15 – 19 anni i dati per sostanza d'abuso a confronto con le rispettive medie nazionali, riferiti agli studenti, esclusa quindi la quota di giovani che hanno abbandonato la scuola (fonte: ESPAD coordinato per l'Italia dal CNR – anno 2004).

Tabella 3 - Prevalenza di consumatori di sostanze illegali di 15 -19 anni per sesso – anno 2004

	Cannabinoidi		Cocaina		Eroina		Allucinogeni		Stimolanti	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Basilicata	32,5	26,1	9,4	1,9	4,8	6,5	8,3	3,3	7,8	3,7
Italia	33,1	23,3	6,3	3,5	4,2	2,7	5,5	2,6	5,5	2,8

Tanto come spia del dilagante ricorso a queste sostanze tra i nostri adolescenti, (affermatosi negli anni successivi) - cui si associano sia l'abitudine al fumo di sigarette che l'abuso di bevande alcoliche.

- Morbosità

Patologie croniche

Si riportano nella tabella a seguire le informazioni di confronto spaziale (Basilicata vs Italia) e temporale (trend 2006-2009) che riguardano i dati di prevalenza delle principali malattie croniche, desunti da stime Istat. Per i dati di prevalenza relativi ai tumori maligni si fa riferimento alle informazioni presenti sul sito www.tumori.net (portale dell'epidemiologia oncologica riveniente dal progetto "I tumori in Italia", coordinato dall'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (INT) in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), cui aderiscono anche IRCSS oncologici e le grandi reti oncologiche nazionali quali l'AIRTum).

Tabella 1 - Prevalenza di patologie secondo stime Istat (valori percentuali) - (Basilicata vs Italia – trend 2006-2009)

	2006		2007		2008		2009	
	Basilicata	Italia	Basilicata	Italia	Basilicata	Italia	Basilicata	Italia
% popolazione con								
Diabete	5,00	4,50	5,20	4,60	6,70	4,80	7,20	5,50
Ipertensione arteriosa	15,20	14,20	16,90	15,30	19,50	15,80	17,90	15,80
Bronchite cronica - Asma bronchiale	9,00	6,40	9,70	6,70	9,60	6,40	9,00	6,70
Artrosi/Artrite	21,50	18,30	26,00	19,40	24,70	17,90	22,80	18,50
Osteoporosi	6,80	7,20	10,50	7,40	10,20	7,30	9,20	8,40
Malattie del cuore	3,90	3,90	4,10	4,00	4,20	3,60	5,00	3,40
Malattie allergiche	10,40	8,70	10,20	9,90	10,80	10,60	11,00	9,60
Disturbi nervosi	3,70	4,10	5,30	4,40	7,10	4,60	6,30	4,70
Ulcera gastrica e duodenale	4,50	3,10	5,40	3,30	4,50	3,10	4,70	3,00

Tabella 2 - Trend di prevalenza tumori maligni (fonte: sito www.tumori.net)

Basilicata	2000	2005	2008	2010
Maschi	4.351	5.503	6.058	6.408
Femmine	5.181	6.565	7.268	7.768
Totale	9.532	12.068	13.326	14.176
% popolazione	1,6	2,0	2,2	2,6
Italia	2000	2005	2008	2010
Maschi	619.776	750.038	806.103	839.851
Femmine	792.431	958.732	1.034.820	1.085.518
Totale	1.412.207	1.708.770	1.840.923	1.925.369
% popolazione	2,8	3,0	3,1	3,3

- Malattie croniche rilevanti per morbi-mortalità

a) Malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la principale causa di morte nel nostro Paese, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi. In particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 28% di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 13%, dopo i tumori. Anche in Basilicata le malattie del sistema circolatorio restano la prima causa di morte nella popolazione generale (tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema circolatorio per 10.000 – anno 2007: Basilicata 36,56) ed in entrambi i sessi e i tassi di prevalenza al 2009 ne evidenziano gli aumenti quindi il peso sociale in termini di perdita di vite umane e costi assistenziali che impone senz'altro di implementare le iniziative di sorveglianza e prevenzione. Situazione regionale che si rispecchia anche nei dati che rappresentano le frequenze di controllo di colesterolemia, glicemia e pressione – fonte Istat 2004/2005

Tabella 1 - Frequenze controllo colesterolo

	Almeno una volta all'anno	Ogni 2 o più anni	Mai
Basilicata	51,0	25,3	23,7
Sud Italia	56,2	23,7	20,1
Italia	54,0	26,9	19,1

Tabella 2 - Frequenze controllo glicemia

	Almeno una volta all'anno	Ogni 2 o più anni	Mai
Basilicata	51,5	24,1	24,3
Sud Italia	56,8	23,4	19,8
Italia	54,4	26,6	18,9

Tabella 3 - Frequenze controllo pressione

	Almeno una volta all'anno	Ogni 2 o più anni	Mai
Basilicata	61,0	18,2	20,8
Sud Italia	64,3	17,2	18,4
Italia	64,7	19,1	16,2

b) Diabete

La malattia diabetica, che rappresenta la più diffusa malattia endocrina nei paesi industrializzati, mostra una chiara tendenza all'aumento sia in termini di incidenza che di prevalenza, facendo parlare ormai di "pandemia diabetica". La crescita marcata riguarda soprattutto il diabete di tipo 2 e si osserva sia nelle nazioni industrializzate che nei paesi in via di sviluppo. In Italia la prevalenza nell'ultimo trentennio si è pressoché raddoppiata passando dal 2,5% degli anni '70 all'attuale 5,5% – anno 2009. In base all'andamento della malattia nelle decadi appena trascorse, l'OMS prevede ancora un raddoppiamento della sua incidenza nei prossimi vent'anni e ciò sembra fortemente condizionato dai comportamenti dei singoli quindi dagli stili di vita adottati (vita sedentaria e alimentazione favorente sovrappeso ed obesità). Sulla base di stime di prevalenza, che sostengono

in particolare un incremento del diabete mellito di tipo 2, il 5% della popolazione di 20-79 anni ne è affetta mentre intorno all'1% si attesta la prevalenza del diabete mellito di tipo 1 (stimata in riferimento a tutti i gruppi di età). In Basilicata si stima ^(stima Istat 2009) che i pazienti con diabete mellito rappresentino ben il 7,2% della popolazione. Una quota di pazienti diabetici è soggetta – com'è noto - a complicanze o co-morbilità di natura cardiovascolare, con percentuali che vanno dal 4% per lo scompenso cardiaco al 34% per l'ipertensione arteriosa (il 20-25% di tutte le angioplastiche annualmente praticate su pazienti lucani riguarda per l'appunto diabetici). Tra le complicanze la retinopatia è certamente la più diffusa e si attesta al 19% del totale medio nazionale. Dai riscontri nazionali (Studio Quadri) si evidenzia che tra i diabetici lucani è molto elevata la quota di ipertesi (Basilicata 65% vs Italia 54% ed obesi – Basilicata 39%); altro dato negativo è legato al gap informativo: soltanto il 40% dei diabetici lucani comprende che cosa sia l'emoglobina glicata contro una media italiana del 67% ed inoltre soltanto il 31% dei diabetici lucani effettua regolarmente i controlli dovuti. Infine la mortalità regionale per diabete mellito supera il valore medio nazionale (tasso standardizzato di mortalità per diabete mellito per 10.000 – anno 2007: Basilicata 4,34 vs Italia 3,34) in entrambi i sessi, con una maggiore mortalità tra le donne (tasso standardizzato di mortalità per diabete mellito per 10.000 – anno 2007 - Maschi: Basilicata 3,65 vs Italia 3,34 - Femmine: Basilicata 4,73 vs Italia 2,76).

c) Tumori

Il rapporto 2007 dei tumori in Italia, realizzato dalla Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), in collaborazione con il Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), riferisce che l'incidenza dei tumori è in crescita così come la sopravvivenza media del paziente oncologico.

Difatti, nel nostro Paese, l'incidenza dei tumori maligni tutti, in termini di numero di nuovi casi/anno espresso come tasso standardizzato per 100.000 residenti (std. Europa 2001), passa tra gli uomini dal valore di 271,54 – anno 1970 al valore di 335,66 – anno 2008 e tra le donne dal valore di 192,77 – anno 1970 al valore di 273,93 – anno 2008. Questi i corrispondenti valori di incidenza della Basilicata a confronto: uomini: 152,75 – anno 1970; 327,87 – anno 2008; donne: 124,17 – anno 1970; 233,60 – anno 2008.

Il che conferma una incidenza regionale inferiore alla media italiana in entrambi i sessi, ma relativamente alle stime 2010 sotto riportate ancora inferiore nel sesso femminile, ma tendenzialmente superiore nel sesso maschile e, comunque, incrementi di incidenza – periodo 1970/2010 ^(stima) significativi.

I dati di prevalenza presentano anch'essi incrementi temporali (periodo 1970/2010); tanto sia nella nostra regione che nel resto del Paese, anche per l'aumento della sopravvivenza media condizionato da misure di prevenzione secondaria e trattamenti sanitari. Questi i dati riferiti come numero di casi presenti/anno espresso come tasso std. per 100.000 residenti (std Europa 2001): uomini: anno 1970: Basilicata 334,06 vs Italia 464,54; anno 2008: Basilicata 1.515,40 vs Italia 2.053,90; donne: anno 1970: Basilicata 427,36 vs Italia 727,09; anno 2008: Basilicata 1.695,00 vs Italia 2.407,71.

I tumori maligni più frequenti nel sesso maschile risultano essere il cancro del colon-retto, del polmone e della prostata, nel sesso femminile il cancro della mammella e del colon-retto.

Stante gli aumenti rilevati, si riportano infine le previsioni di prevalenza – incidenza al 2010 (tassi standardizzati – std Europa 2001 - per 100.000 residenti).

Tabella 1 – Basilicata vs Italia. Tassi standardizzati di incidenza – prevalenza tumori maligni per 100.000 – Proiezioni 2010

Indicatori	Basilicata	Italia
Maschi		
Prevalenza	1.589	2.097
Incidenza	333	327
Femmine		
Prevalenza	1.791	2.450
Incidenza	239	275

Si conclude con il commento ai dati su prevalenza - incidenza e mortalità del Registro Tumori della Basilicata di cui all'ultima pubblicazione (relativamente ai dati 1970/2010 di cui al sito "tumori.net e ai dati d'incidenza regionali ex SDO 1997/2006):

"...I dati disponibili mostrano che:

- *il rischio oncologico per tutti i tumori delle regioni del Sud, storicamente più basso, si sta avvicinando a quello delle regioni del Nord soprattutto per i maschi;*
- *i dati di mortalità per tutti i tumori negli ultimi anni sono costanti nel Sud e in riduzione nel Centro-Nord sia per i maschi che per le femmine;*
- *i casi prevalenti in Italia sono quasi quadruplicati in 30 anni passando da circa 470.000 nel 1977 a circa 1,8 milioni nel 2007: costituiscono un gran numero di persone con passata storia oncologica che contribuisce all'aumento della domanda sanitaria e per le quali sono necessari specifici programmi di assistenza.*

I dati elaborati ad oggi dal Registro Tumori mostrano incrementi dell'incidenza delle patologie neoplastiche in Basilicata come riportato nelle tabelle di confronto fra i tassi d'incidenza dei quinquenni 1997-2001 e 2002-2006 per i due sessi.

Non vi sono sostanziali e significative differenze d'incidenza fra le diverse aree della Basilicata, valutando le aree territoriali di competenza delle 5 ASL e delle Comunità Montane considerando le fluttuazioni statistiche ...

Le figure dei trend 1970-2010 per incidenza, mortalità e prevalenza (Basilicata vs Italia) mostrano ancora per poco una Basilicata con tassi inferiori considerato che si sono persi i vantaggi derivanti dalla minore presenza di fattori di rischio quali soprattutto le abitudini di vita e nonostante le campagne di informazione per la prevenzione primaria e le attività di prevenzione secondaria.

Si sottolinea come le cause ambientali (inquinamento) spiegano solo il 5% di tutte le neoplasie contro un 45% delle abitudini di vita. Tale tendenza attesa e soprattutto la rapidità con cui si sta verificando l'annullamento del vantaggio pre-esistente rende particolarmente evidente il problema a livello individuale.

L'incremento del numero di casi di tumore deriva anche dal progressivo miglioramento delle tecniche diagnostiche, dai programmi di screening (ma è solo un aumento delle diagnosi di casi misconosciuti in precedenza). Ben altro concetto è quello legato all'invecchiamento della popolazione (i tumori sono legati all'età) e quello sopra espresso delle variazioni in negativo delle abitudini di vita.

Restano alcune avvertenze: numerosità piccole con ampie fluttuazioni annuali (es. passare da 0-1 caso a 2 significa aumenti del 100-200%), che è un caso frequente per alcune sedi tumorali nei nostri comuni, impediscono valutazioni di trend su brevi periodi su microaree con una difficoltà ad evidenziare "epidemie" di tumori o incrementi di "fattori di rischio noti" in tempi e luoghi ben definiti con la necessità di attivare studi specifici su microaree ..."

come si sta facendo in Basilicata per specificità territoriali (Area Sud - ove sono presenti rocce amiantifere e Comprensorio della Val d'Agri – in relazione alla filiera produttiva del petrolio – Area limitrofa al Centro ENEA – Trisaia – in relazione al potenziale rischio radioattivo).

d) Malattie neuro – degenerative

Si considera che oggi circa il 4% degli italiani di 65 anni e oltre sia affetto da demenza o altre malattie neurodegenerative (valore % corrispondente per la Basilicata a circa 5.000 unità di popolazione di 65+ anni (stima)) la cui incidenza è destinata ad aumentare in considerazione dell'allungamento progressivo della vita media quindi dell'aumento del numero di anziani.

Tanto con particolare riferimento proprio alle demenze e, tra le demenze, alla malattia di Alzheimer, la più frequente (In Italia il 60% delle persone affette da demenza soffre di Alzheimer).

Da qui un carico sanitario e sociale che già investe pesantemente le famiglie (da cui la necessità di sostenerle adeguatamente e costantemente nei percorsi assistenziali) e che investirà sempre più significativamente l'intera società.

Si riportano di seguito i dati regionali di ospedalizzazione per sesso per Alzheimer e Parkinson – dimissioni/periodo 2001/2005 in termini di tasso grezzo e tasso standardizzato per 100.000 e variazione % fra il valore del tasso standardizzato osservato nel periodo 2004-2005 e lo stesso valore registrato nel periodo 2001-2002, quali spia dell'impatto riveniente dalle due patologie come carico assistenziale - e relativo trend, atteso che i dati relativi al primo ricovero – anno 2005 rivelano comunque un minor ricorso all'ospedalizzazione rispetto al 2003.

Tabella 1 – Regione Basilicata. Ospedalizzazione per Alzheimer e Parkinson

Ospedalizzazione			
<i>Malattia di Alzheimer</i>			
	Tasso grezzo	Tasso standardizzato	Variazione %
Uomini	11,9	7,9	60,7
Donne	18,0	8,8	8,3
<i>Morbo di Parkinson</i>			
Uomini	27,0	20,8	3,3
Donne	20,4	12,5	15,3

Si aggiunge che le malattie nervose – tutte hanno una prevalenza del 10-15% nella popolazione lucana e di esse l'1% è da riferirsi a patologie degenerative, che nella nostra regione la prevalenza delle demenze senili è pari allo 0,6% (Italia: 0,5%) e quella del Parkinson allo 0,5% (Italia: 0,3%)(anno 2004-2005) e che la prevalenza dei “disturbi nervosi”(anni 2006-2009) risulta superiore alla media nazionale ed in incremento maggiore (del 2% circa).

2. Le malattie infettive

Nel corso degli ultimi decenni si è assistito anche in Basilicata, come nel resto d'Italia, ad una evidente diminuzione della morbi-mortalità per malattie infettive grazie al concorso di varie circostanze favorevoli quali le migliorate condizioni igienico-sanitarie ambientali, la cura più attenta e puntuale della persona e delle sue condizioni di vita e di lavoro, la diffusa pratica vaccinale sia obbligatoria che raccomandata, l'introduzione di farmaci efficaci ... Inoltre in Basilicata le infezioni ospedaliere risultano contenute e attentamente monitorate presso le competenti direzioni sanitarie, i casi di tubercolosi in trend decisamente in calo dal 2003 ma in lieve aumento dal 2007 ed in discesa il numero di notifiche per epatiti virali. Infine per quanto riguarda l'AIDS, il numero totale dei casi regionali prevalenti al 2007 è pari a 76 (2004: 64; 2005: 69; 2006:76), quello dei casi incidenti alla stessa data pari a 3 (tasso grezzo d'incidenza – Basilicata: 0,6*100.000 - Provincia di Potenza: 0,5; Provincia di Matera: 1,5) vs 20 – anno 1996 (incidenza: 3,3*100.000) ed il totale dei casi pediatrici - periodo <1996-2007 – pari a 4 (ultimo caso risalente al 2003).

Atteso che, per quanto riguarda le infezioni da HIV, considerata la sottostima dei sieropositivi e l'importanza del loro riconoscimento precoce per fini preventivi e terapeutici, la Regione ha già previsto nella programmazione 2010 un progetto ad hoc (DGR n. 1579/2010 trasmessa al Ministero della Salute) che risponde concettualmente alle specifiche indicazioni del PNP 2010-2012.

- Mortalità

Allo stato per gli indicatori regionali di mortalità (tassi std per 10.000 residenti) si può far riferimento al 2007 – dati provvisori di fonte Istat, che evidenziano per la Basilicata un tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause pari a 87,63 *10.000 residenti vs Italia 88,18 e malattie del sistema circolatorio e tumori – tutti prima e seconda causa di morte. Nello specifico, la mortalità per malattie del sistema circolatorio registra il valore di 36,56*10.000 vs Italia 33,93, quella per tumori – tutti il valore di 22,61*10.000 vs Italia 27,29. Tra le evidenze la più bassa mortalità nella popolazione femminile per cancro della mammella (Basilicata: 2,67 per 10.000; Italia: 3,38), una mortalità per infarto del miocardio e disturbi circolatori dell'encefalo superiore alle corrispondenti medie nazionali (IMA – Basilicata: 5,63 per 10.000; Italia: 4,95; Disturbi circolatori dell'encefalo – Basilicata: 9,86 per 10.000; Italia: 9,27) ed una più alta mortalità per malattie non tumorali dell'apparato digerente (Basilicata: 4,44 per 10.000; Italia: 3,62) e per diabete mellito (Basilicata: 4,34 per 10.000; Italia:3,03). Con particolare riferimento alla mortalità per tumori maligni (cod. 140-208) e alle differenze di genere – anni 2005-2010 stima (tassi std*10.000 – std Italia 2001/fonte sito tumori.net) si osserva per il sesso femminile una mortalità tendenzialmente in calo (pur se in trend discensionale inferiore rispetto al complesso Italia) e costantemente inferiore alla media nazionale (anno 2005: Basilicata 14,8 vs Italia 17,0; anno 2010: Basilicata 14,5 vs Italia 16,0) e per il sesso maschile le seguenti variazioni: anno 2005 - Basilicata 25,5 vs Italia 25,9; anno 2010 – Basilicata 25,6 vs Italia 23,1). Inoltre in Basilicata, come nel resto del Paese, risulta in calo la mortalità per cause accidentali e violente; registrando al 2007 un tasso std di 3,59 vs Italia 3,89*10.000. Da sottolineare infine che anche in Basilicata le principali cause di morte prematura sono nell'ordine tumori maligni e malattie del sistema circolatorio cui segue, nei maschi, l'incidentalità. Nelle sottostanti tabelle si riportano i dati regionali relativi ai decessi e ai tassi standardizzati di mortalità – anno 2007 per cause di morte.

Tabella n. 1 – Regione Basilicata vs Italia - Decessi e tassi standardizzati – Anno 2007 - Maschi

Causa di morte	Basilicata		Italia	
	Decessi (numero)	Tasso std per 10.000	Decessi (numero)	Tasso std per 10.000
Tumori	855	31,33	98.093	37,84
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	56	2,01	6.298	2,44
<i>Tumori maligni di colon, retto e ano</i>	79	2,89	9.826	3,81
<i>Tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni</i>	176	6,50	25.707	9,69
<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	-	-	-	-
Diabete mellito	98	3,65	8.252	3,34
Malattie del sistema nervoso	87	3,26	8.751	3,56
Malattie del sistema circolatorio	1.110	43,22	97.383	41,11
<i>Infarto del miocardio</i>	235	8,80	17.723	7,02
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	275	10,60	24.195	10,38
Malattie del sistema respiratorio	246	9,67	21.338	9,15
Malattie dell'apparato digerente	149	5,63	11.656	4,59
Cause accidentali e violente	134	4,92	14.593	5,60
Altre cause	228	8,80	21.048	8,73
Totale	2.908	110,49	281.114	113,91

Tabella n. 2 – Regione Basilicata - Decessi e tassi standardizzati – Anno 2007 – Femmine

Causa di morte	Basilicata		Italia	
	Decessi (numero)	Tasso std per 10.000	Decessi (numero)	Tasso std per 10.000
Tumori	564	15,95	74.732	20,12
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	47	1,32	4.486	1,17
<i>Tumori maligni di colon, retto e ano</i>	62	1,73	8.601	2,26
<i>Tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni</i>	26	0,74	7.521	2,09
<i>Tumori maligni della mammella della donna</i>	91	2,67	12.052	3,38
Diabete mellito	186	4,73	11.529	2,76
Malattie del sistema nervoso	94	2,51	11.934	2,87
Malattie del sistema circolatorio	1.240	31,18	127.194	28,86
<i>Infarto del miocardio</i>	120	3,19	14.416	3,43
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	368	9,22	37.520	8,50
Malattie del sistema respiratorio	148	3,76	16.304	3,73
Malattie dell'apparato digerente	129	3,44	11.735	2,89
Cause accidentali e violente	89	2,39	9.714	2,41
Altre cause	222	5,88	28.737	6,73
Totale	2.672	69,85	291.879	70,37

Tabella n. 3 – Regione Basilicata - Decessi e tassi standardizzati – Anno 2007 (fonte: ISTAT) – Totale

Causa di morte	Basilicata		Italia	
	Decessi (numero)	Tasso std per 10.000	Decessi (numero)	Tasso std per 10.000
Tumori	1.419	22,61	172.825	27,29
Tumori maligni dello stomaco	102	1,60	10.784	1,70
Tumori maligni di colon, retto e ano	140	2,24	18.428	2,89
Tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	202	3,29	33.227	5,31
Tumori maligni della mammella della donna	91	1,47	12.052	1,91
Diabete mellito	283	4,34	19.780	3,03
Malattie del sistema nervoso	181	2,83	20.685	3,15
Malattie del sistema circolatorio	2.351	36,56	224.577	33,93
Infarto del miocardio	355	5,63	32.140	4,95
Disturbi circolatori dell'encefalo	643	9,86	61.714	9,27
Malattie del sistema respiratorio	394	6,07	37.642	5,67
Malattie dell'apparato digerente	279	4,44	23.391	3,62
Cause accidentali e violente	223	3,59	24.308	3,89
Altre cause	450	7,18	49.785	7,61
Totale	5.580	87,63	572.993	88,18

La mortalità evitabile

Le cause di morte evitabili afferiscono principalmente a tre grandi gruppi: tumori, patologie dell'apparato cardiocircolatorio e traumatismi. In Basilicata la mortalità evitabile è mediamente più bassa della media nazionale per entrambi i sessi (maschi – Basilicata 21,5*10.000 vs Italia 22,9; femmine – Basilicata 9,5 vs Italia 10,4). Pur tuttavia osservando i dati per ex ASL si nota come i tassi standardizzati di mortalità maschile siano concentrati intorno al valore medio regionale (21,5*10.000) mentre quelli di mortalità femminile siano più dispersi (valore medio regionale 9,5*10.000; ex ASL2 – Potenza 8,3; ex ASL4 – Matera 11,1). Infine la scomposizione nel contesto regionale per i principali gruppi di cause evidenzia che l'ex ASL 3 – Lagonegro presenta i dati più negativi per decessi a causa di traumatismi ed avvelenamenti. (fonte ERA 2007)

La mortalità infantile

La mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materno-infantili. Il tasso di mortalità infantile è considerato altresì una misura proxy della salute di una popolazione essendo strettamente correlato a condizioni socio-economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del Paese. La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la post-neonatale (dopo le prime 4 settimane ed entro il primo anno di vita). La prima è maggiormente legata a fattori biologici quali la salute della madre, la presenza di anomalie congenite e l'evoluzione del parto; la post-neonatale è invece maggiormente legata a fattori ambientali e socio-economici. Come in tutt'Italia, anche in Basilicata il tasso di mortalità infantile (morti entro il primo anno di vita per 1.000 nati vivi) si è progressivamente ridotto attestandosi attualmente a valori vicini alla media nazionale, sebbene sino al 2002 fosse più alto che nel resto del Paese, sia pure in diminuzione (triennio 1990 - 1992: 10,0; triennio 2000-2002: 5,3 per 1.000 vs Italia 4,2; variazione % media annua; -5,5). Tanto sia per la riduzione della componente neonatale che per quella post-neonatale a causa di più condizioni favorevoli, una delle quali, non secondaria, legata ai progressi dell'assistenza sanitaria. Anche in Basilicata le cause più frequenti di morte alla nascita restano l' "Estrema immaturità del neonato, di peso 500-749 grammi" e la "Sindrome da distress respiratorio neonatale" e nel primo anno di vita le malformazioni congenite, quelle dell'apparato cardiovascolare al primo posto. La mortalità infantile (morti a meno di un anno di vita per 1.000 nati vivi) registrato al 2006 in Basilicata è di 3,44 (vs Italia 3,43) - fonte Istat.

3. Morbi - mortalità per traumi

Il trauma in Italia, Basilicata inclusa, è la prima causa di morbi/mortalità nella popolazione al di sotto dei 45 anni.

Poiché il trauma interessa prevalentemente le fasce di popolazione attiva, realizza un enorme costo sociale: le residue condizioni invalidanti spesso aggravano ulteriormente le sequele negative umane ed economiche. L'incidentalità (incidenti stradali, incidenti domestici ed infortuni sul lavoro) è la principale causa di traumatismi nella popolazione e mostra anche in Basilicata andamenti meritevoli di attento monitoraggio - valutazione e di interventi preventivi mirati.

a) Incidenti stradali

Gli incidenti stradali anche in Basilicata, dove si confermano, come nel resto del Paese, la prima causa di morte nella popolazione sotto i 40 anni, sono causa del 60% dei ricoveri ospedalieri per traumatismi e del 30% degli arrivi in pronto soccorso e coinvolgono, nella maggior parte dei casi, soggetti di sesso maschile di età compresa tra i 18 e i 34 anni. Da sottolineare che la Basilicata presenta un tasso di mortalità per incidenti stradali vicino al valore medio nazionale ma superiore a

quello che si osserva nelle altre regioni meridionali ed è tra le regioni italiane a più alto indice di case-fatality (rapporto tra numero di morti e numero di feriti per incidenti stradali).

Di seguito si riportano i dati (valori assoluti) degli incidenti stradali, morti e feriti anni 2006/2008.

Tabella 1 – Incidenti stradali – Numero, morti e feriti (valori assoluti) anni 2006-2008

	2006			2007			2008		
	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti	Incidenti	Morti	Feriti
Potenza	399	36	649	433	15	708	461	15	857
Matera	522	23	873	467	22	804	493	20	765
Basilicata	921	59	1.522	900	37	1.512	954	35	1.622
Italia	238.124	5.669	332.955	230.871	5.131	325.850	218.963	4.731	310.739

b) Incidenti domestici

I numeri relativi agli incidenti domestici sono tali da definire un fenomeno preoccupante e significativo del quale le politiche di sanità pubblica non possono non tenere conto. Anche in Italia gli incidenti domestici, per frequenza e gravità degli esiti, hanno lentamente assunto dimensioni significative.

Dai dati di dettaglio forniti dal Sistema informativo nazionale sugli incidenti in ambienti di civile abitazione dell'Istituto Superiore di Sanità (Siniaca) relativi al biennio 2005-2006 risulta che ogni anno il 5% della popolazione italiana subisce un incidente domestico, con un tasso d'incidenza di 50 casi ogni 1.000 abitanti, 1.728.000 accessi in pronto soccorso e 130.000 ricoveri. L'Italia, in linea con altre nazioni europee, presenta quadri poco rassicuranti ed in costante incremento, che riguardano sia i numeri assoluti sia le conseguenze invalidanti, con un'incidenza del 66 per 1.000 tra gli anziani di 65-74 anni; del 68 per 1.000 tra le donne (30 per 1.000 tra gli uomini) e del 97 e 62 per 1.000 tra i bambini di 5 anni e oltre ed in età prescolare rispettivamente.

La maggior parte degli incidenti sono causati da cadute (40%), da agenti da taglio o da punta (15%) e da urti o schiacciamenti (12%), che costituiscono il 16,5% delle cause d'inabilità insieme con le ustioni (13,4%). I mezzi di offesa e danno sono quelli d'uso comune, anzitutto gli utensili da cucina (25,4%) quindi mobili e suppellettili (10,5%) e la manipolazione o il contatto con sostanze chimiche varie o vapori bollenti (9%). Le lesioni riguardano per la maggior parte gli arti (81%) in adulti e anziani ed in questi ultimi le gravi inabilità conseguenti sono spesso causa di aumento della mortalità.

Nei bambini invece, nel danno da incidente domestico, a seconda dell'età, variano le parti del corpo coinvolte: tra 0 e 4 anni è il capo ad essere maggiormente colpito, seguono i danni da ingestione o contatto con sostanze tossiche e nocive. Per quanto riguarda la situazione regionale, i dati attualmente disponibili sono sostanzialmente sovrapponibili a quanto osservato nel resto del Paese: anche nella nostra regione questi incidenti riguardano per lo più bambini, donne ed anziani, che cadono frequentemente, e spesso più volte, riportando lesioni che in una buona percentuale di casi (20%) richiedono un ricovero ospedaliero.

La caratteristica sostanziale dell'incidente domestico è la multifattorialità cioè l'effetto della interazione di più fattori, sia in termini di genesi che in termini di gravità degli esiti, ivi comprese le mutate condizioni relazionali, parentali ed amicali (le persone che vivono da sole - in particolare gli anziani soli – sono a maggior rischio, poiché tra l'altro usufruiscono più tardivamente di soccorso) e le carenze strutturali relative a case ed accessori.

c) Infortuni sul lavoro

I numeri che in Italia rappresentano infortuni e morti sul lavoro sono tuttora drammatici (novecentomila eventi circa e più di mille decessi/anno) pur se i dati più recenti (anni 2006-2007) ne attestano il trend in calo (anno 2006 -1,3% rispetto al 2005 vs -8,2% rispetto al periodo 2001-

2005 a fronte di un aumento degli occupati del 4,4% nello stesso periodo), calo rilevato anche nella nostra regione, che negli anni 1994-1997 registrava oltre 9.000 eventi/anno.

Infatti, nell'ultimo periodo analizzato -quadriennio 2004-2007 (aggiornamento al 30/04/2008) - si sono avute in Basilicata 27.266 denunce d'infortunio (media: 6.816,5 all'anno) di cui 48 per infortunio mortale (media: 12 all'anno vs 20 - anni 1994-1997).

Di questi n. 20.776 indennizzati al 30.04.2008 (media: 5.194 all'anno) pari al 76,2% del totale degli infortuni denunciati: il 92,3% per inabilità temporanea; il 7,5% per inabilità permanente e lo 0,2% per esito mortale.

“Industria e Servizi” si conferma la “Gestione” caratterizzata dal maggior numero di eventi.

Difatti a suo carico sono il 77,8% delle denunce; l' 80% circa delle denunce d'infortunio mortale e circa il 76% degli indennizzati.

Ma l'Agricoltura risulta la “Gestione” a più alto Indice di Frequenza per 1.000 addetti ove il fenomeno permane grave (sia pure in trend discensionale) registrandosi la maggiore frequenza di eventi per 1.000 addetti (IF media 2004/2007: 42,1).

Nella “Gestione Industria e Servizi” il 58,1% degli infortuni con conseguenze riguarda l'Industria ed il rimanente 41,9% i Servizi e nell'ambito dell'Industria il 52,7% degli indennizzati interessa il totale delle industrie manifatturiere (il 35,5% la fabbricazione di mezzi di trasporto).

Inoltre un ulteriore 30% di infortuni con conseguenze indennizzate caratterizza sia l'Artigianato che il Terziario.

Nella stessa “Industria” il comparto a maggior rischio resta quello delle “Costruzioni” ove si registrano il 30,4% degli indennizzati ed il maggior numero di morti occorse nel quadriennio (13 su 23). Seguono la fabbricazione di mezzi di trasporto con il 18,7% degli infortuni indennizzati e l'industria dei metalli con il 10,9%.

Nei Servizi il settore “Trasporti” totalizza il 19,3% degli infortuni indennizzati (il 90,9% per inabilità temporanea, il 1 8,9% per inabilità permanente e lo 0,2% per esiti mortali).

Esaminando poi ed in linea generale l'andamento degli infortuni denunciati (tutte le attività) - periodo di riferimento 2002-2006, trend e variazioni % degli infortuni mortali ed indicatori strutturali di rischio, risulta per la Basilicata un calo delle denunce del 12,4% (vs Italia -6,5%), calo che si conferma anche al 2007, l'incremento tendenziale delle morti ed un rischio territoriale superiore a quello del complesso Italia.

Riguardo ai dati disponibili per ex ASL circa i settori a maggior rischio - fonte N.F.I. (Nuovi Flussi Informativi) il comparto “Costruzioni” prevale in tutti gli ambiti territoriali, tranne che nell'ambito territoriale dell'ex ASL1, dove si registra un rischio superiore nelle industrie manifatturiere (ed in particolare nella fabbricazione e manutenzione macchine).

Circa le modalità di accadimento degli infortuni con conseguenze gravi e mortali nei comparti a maggior rischio, i dati segnalano “le cadute” e nella fattispecie la caduta dall'alto nelle Costruzioni ed il ribaltamento mezzi in Agricoltura

A ciò si aggiunge che in Agricoltura il 44,4% degli eventi infortunistici è in relazione a strutture edili e superfici come agente materiale del contatto - contatto conseguente in oltre il 90% dei casi a cadute, urti e collisioni.

Idem per Industria e Servizi dove il 37,3% degli eventi è in relazione con lo stesso agente materiale di contatto ed il contatto interviene frequentemente - anche nella “Gestione Industria e Servizi” - per cadute, urti e collisioni (oltre l' 80% dei casi).

Le lesioni maggiormente riscontrate sono rappresentate sia in Agricoltura che nell'Industria e Servizi da lussazioni e contusioni (oltre il 50% delle lesioni) che interessano nella maggior parte dei casi gli arti (e le mani in particolare). Mentre le morti ricorrono prevalentemente per lesioni traumatiche a carico di cranio ed organi interni.

Nell'ambito degli eventi infortunistici sono da considerare, infine, gli infortuni in itinere (quelli che accadono durante il tragitto per recarsi da casa al luogo di lavoro e viceversa), che in Basilicata sono in costante crescita (2001:185; 2005:345) ed interessano in particolare la SS Potenza-Melfi - arteria di raccordo con la zona industriale di Vitalba (Atella) e San Nicola di Melfi nonché gli

infortuni a carico di lavoratori stranieri (164 al 2006, di cui nessuno mortale) ove, nonostante l'accresciuta importanza del fenomeno, il quadro informativo rimane frammentario e incompleto (quindi da sviluppare).

4. Condizioni caratterizzate da specifici aspetti sanitari e socio-sanitari

Donne e maternità

Il 51% della nostra popolazione è costituito da donne, che prevalgono pertanto sugli uomini, e ciò in particolare dai 65 anni in poi, causa la maggiore longevità.

Rispetto agli uomini, le donne lucane detengono una speranza di vita alla nascita maggiore (Donne: 84,5 anni; Uomini: 78,8 anni (stima 2009)) ed una minore mortalità per tutte le cause (Basilicata: donne 69,85 vs uomini 110,49 per 10.000 – anno 2007), ma superiore per diabete mellito (Basilicata: donne 4,73 vs uomini 3,65 per 10.000 - anno 2007) e presentano anche una maggiore mortalità per diabete mellito e malattie del sistema circolatorio rispetto alle connazionali.

Ma sia la mortalità che l'incidenza tumori restano inferiori a mortalità e incidenza tumori tra gli uomini e alle corrispondenti medie nazionali ed il cancro della mammella, nella fattispecie, fa registrare una mortalità tra le più basse d'Italia.

Riguardo agli stili di vita, la donna lucana fuma e beve meno dell'uomo, ma si muove meno e contribuisce anch'essa al dato regionale di sovrappeso ed obesità superiore alla media nazionale.

Circa gli aspetti sociali, in Basilicata è ancora alto il tasso di disoccupazione femminile (2009: Basilicata: 13,9%; Italia: 9,3%) se pure in miglioramento rispetto agli anni precedenti (anno 2000: 24,9%) e pari al 23,6% - (vs Italia 31,9%) - la percentuale di donne che al 2006 subiva violenza fisica o sessuale.

Relativamente al tema “maternità” si forniscono brevemente le seguenti informazioni.

Tra le donne lucane scende il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza che passa da un tasso di 11,4 per 1.000 donne di 15-49 anni del 1994 al valore di 5,5 del 2008 (anno 2007: 4,9; anno 2009: 5,0) e tra esse è opportunamente diffusa – ma da consolidare - la pratica dell'allattamento al seno.

Pur tuttavia aumentano, come nel resto del Paese, le straniere che praticano IVG (nel 2007 hanno rappresentato il 10% delle IVG regionali).

Circa gli aborti spontanei, se ne registra in Basilicata un andamento altalenante, da cui un rapporto standardizzato di abortività spontanea per 1.000 nati vivi che passa dal valore di 154,2 del 2000 (Italia: 125,1) al valore di 124,9 del 2005 (Italia: 120,9) al valore di 136,8 del 2007 (Italia: 124,2).

Si aggiunge che nel corso degli anni si è confermato in regione un ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica; in media oltre il 45% dei parti è avvenuto con taglio cesareo per cui la Basilicata si è andata collocando tra le regioni italiane meno virtuose, avendo fatto registrare negli ultimi anni andamenti che, sebbene in netto calo rispetto al 2004 (parti cesarei pari al 50,3% del totale), rimangono una delle condizioni più critiche d'Italia, mai scesi complessivamente al di sotto del 45% (Basilicata – parto cesareo % - anno 2007: 46,82%; anno 2008: 46,34%; anno 2009: 46,91%; I° semestre 2010: 46,0%)

Atteso che le criticità sopra espresse sono già temi del progetto dal titolo “Azioni di tutela e promozione della salute della donna e del neonato” di cui al programma regionale – anno 2010 collegato agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale secondo le linee progettuali ex Accordo Stato-Regioni Rep. 76/CSR – 8 luglio 2010 (DGR n. 1579/2010 trasmessa al Ministero della Salute).

Infanzia, età evolutiva e giovani

Il tasso attuale di natalità regionale è dell'8,0 per mille (vs Italia 9,5). Si è ridotta per contro la mortalità infantile che al 2006 registra il valore del 3,44 per mille (Italia 3,43).

Bassa anche per la Basilicata la mortalità della fascia di età 1-14 anni dove le prime cause di morte sono generalmente le cause esterne (traumatismi).

Buono in generale l'andamento regionale delle malattie infettive anche per quanto riguarda l'età evolutiva che è in vero interessata da una politica vaccinale avanzata, caratterizzata da attività che

hanno prodotto livelli di copertura della popolazione pediatrica d'eccellenza, ma che necessita di implementare le azioni dedicate ai soggetti a rischio.

Di fatto le problematiche di salute più preoccupanti che riguardano i giovanissimi (la fascia adolescenziale) sono i comportamenti a rischio vale a dire la larga diffusione in questa fascia di età dell'abitudine al fumo, dei consumi di alcool e dell'uso di sostanze illegali.

Altra problematica da non sottovalutare è la diffusione di cattive abitudini alimentari e sedentarietà, che trovano conferma nell'alta percentuale di bambini lucani di 7-9 anni in sovrappeso/obesi pari al 26,4 e al 13,4% rispettivamente (fonte: OKkio alla Salute – Indagine 2008) confermata nell'ambito della stessa indagine nazionale – anno 2010.

Disabilità e non autosufficienza

Dalle stime dell'indagine Istat 2004-2005 sulla salute e sul ricorso ai servizi sanitari emerge che in Italia le persone con disabilità sono 2 milioni 609 mila, pari al 4,8% circa della popolazione di 6+ anni che vive in famiglia. La presenza di disabilità è ovviamente correlata all'età: tra le persone di 65+ anni la quota di popolazione italiana con disabilità è del 18,7% e raggiunge il 44,5% tra le persone di 80 anni e oltre (35,8% per gli uomini e 48,9% per le donne). In Basilicata dai dati della stessa indagine emerge che la quota di popolazione con disabilità è pari al 5,8% e raggiunge il 22,5% tra le persone di 65+anni (17,0% tra gli uomini e 26,7% tra le donne).

Gli anziani non autosufficienti

L'invecchiamento della popolazione (in incremento) è associato al progressivo deterioramento dello stato di salute che nei prossimi anni inciderà sensibilmente sulla spesa sanitaria. E' verosimile che tra i bisogni sanitari degli anziani siano prevalenti le patologie di tipo cronico-degenerativo rispetto a patologie acute, più costose ma più limitate nel tempo. In più esiste tra gli anziani una categoria di bisogni specifici legati alla non autosufficienza che tende a comparire dopo una certa età. Al riguardo sino ad oggi la forte solidarietà intra-generazionale ha garantito un'assistenza informale da parte delle generazioni più giovani ma lo scenario che si delinea sembra mettere in discussione questo modello di assistenza con esiti non prevedibili.

In Basilicata la percentuale di anziani (classe di età 65+ anni) non autosufficienti ammonterebbe al 2004 a 23.299 unità (variazione 2000-2004:+13,7% vs Italia +15,5%), al 2005 a 24.053 ed in proiezione statistica al 2010 a 26.544, al 2015 a 28.490, al 2020 a 30.932 e al 2025 a 33.862. Si aggiunge che in Basilicata quasi il 90% degli anziani lamenta almeno una malattia cronica, il 10% circa diabete, poco più del 40% ipertensione arteriosa, all'incirca il 70% artrosi/artrite, il 35% osteoporosi e l'8% disturbi nervosi.

Salute mentale e disabilità psichica

Come da progetto europeo Esemmed in Italia (Istituto Superiore di Sanità - ISS), una persona su 5 ha sofferto di disturbi mentali nella propria vita, ansia e depressione sono i disturbi più diffusi (e presentano una maggiore prevalenza nel Sud e nelle Isole), una persona su 10 ha sofferto di depressione maggiore nel corso della propria vita e il 6% di una fobia specifica.

Le donne registrano un rischio di disturbo mentale tre volte maggiore, i separati, i divorziati, i vedovi e i disoccupati un rischio doppio di disturbo depressivo, le casalinghe un rischio doppio per qualsiasi tipo di disturbo, i disabili fisici un rischio otto volte maggiore; spesso la persona soffre contemporaneamente di più disturbi mentali: circa il 40% di coloro che hanno sofferto di un disturbo depressivo ha sofferto anche di un disturbo d'ansia mentre il 27% di coloro che hanno avuto un disturbo d'ansia ha sofferto anche di un disturbo depressivo; la percentuale di coloro che si rivolgono ai servizi sanitari è bassa (3%) - vi si rivolgono di più le donne, i vedovi, i separati e i divorziati rispetto ai celibi/nubili e le persone con più elevata scolarità; più difficile chiedere aiuto per le persone giovani (tra i 18 e i 24 anni) con ritardi importanti dei trattamenti.

Sempre secondo l'ISS la schizofrenia colpisce il 3-4 per mille degli italiani; il disturbo bipolare

l'1%; la depressione bipolare l'1,5% con rapporto donne/uomini di 2 a 1; i disturbi d'ansia il 2,2% (per lo più fobie specifiche), con una prevalenza quattro volte maggiore nelle donne; i disturbi del comportamento alimentare l'1,2% (0,4% anoressia; 0,3% bulimia) con un'incidenza dieci volte maggiore nel sesso femminile.

In Basilicata al 2004-2005 risulta che il 4,1% della popolazione (vs Italia 5,3%) soffre di depressione/ansietà con trend in incremento (stima 2009: 4,7%).

Tossicodipendenze

Per quel che riguarda l'analisi e l'andamento del fenomeno in Basilicata è da dire che la tossicodipendenza, iniziata in modo silente e nascosto come imitazione ed emulazione di comportamenti trasgressivi, ha assunto negli anni delle connotazioni preoccupanti, testimonianza del crescente disagio sociale che le nuove generazioni, anche lucane, vivono. Indicatore della diffusione e dell'intensificarsi del fenomeno è il crescente numero di tossicodipendenti che si rivolgono ai servizi pubblici offerti dal SerT (servizi di assistenza ai tossicodipendenti). E' bene tener presente che qui i valori in analisi riguardano esclusivamente gli utenti dei SerT e non tutto l'universo della tossicodipendenza. Nonostante l'implementazione di sistemi di coordinamento e cooperazione che vedono compartecipi vari soggetti (scuole, assistenza socio-sanitaria, istituti penitenziari) l'uso di stupefacenti è in crescita, soprattutto in classi d'età molto giovani, prima toccate solo marginalmente dal problema. Diversificato si mostra il coinvolgimento dei due sessi: gli utenti SerT di sesso maschile risultano essere maggiori assuntori di droghe, sebbene il rapporto tra i due generi è rimasto tendenzialmente stabile. In Basilicata operano 6 servizi per le tossicodipendenze distribuiti tra le 5 ex ASL regionali (in Italia i servizi sono 544). Sulla base dell'ultimo aggiornamento disponibile (anno 2007), il personale che lavora nei SerT regionali ammonta complessivamente a 68 unità diversificate per specifiche professionalità e competenze, con un carico di lavoro di 21 utenti per operatore ed una offerta di personale su residenti 15-64 anni per 10.000 pari a 1,75, ove la Basilicata si caratterizza per la più alta percentuale di medici (37%) seguita dalla regione Lazio (35%). Queste unità operative assicurano molteplici interventi che vanno dalle attività di prevenzione alla diagnosi, cura e riabilitazione riguardanti sia le tossicodipendenze che l'alcol-dipendenza.

Sono state 1.454 le persone che nel 2007 hanno usufruito delle cure sanitarie e del supporto psicologico dei SerT lucani; tra i due generi la rappresentanza maschile è stata nettamente prevalente (oltre il 90 %) e i nuovi utenti sono stati il 20% circa del totale. La distribuzione per classi d'età ha visto tra i 25 e i 29 anni il gruppo più rappresentato tra i nuovi utenti relativamente ai maschi, per le femmine la classe 20 – 24 anni. Tra gli utenti già in carico prevale la fascia 30 – 34 anni per i maschi mentre per le femmine c'è una presenza più omogenea in tutte le classi d'età.

Tra gli stupefacenti di uso primario è l'eroina la sostanza maggiormente assunta; seguono i cannabinoidi e la cocaina; le percentuali si invertono nel caso di uso secondario dove sono i cannabinoidi a precedere, rispettivamente, la cocaina e l'alcol nelle quantità d'uso. L'eroina si mostra nelle stesse percentuali di allucinogeni e benzodiazepine. Gli interventi terapeutici dei servizi per le tossicodipendenze hanno riguardato anche i tossicodipendenti detenuti nelle carceri lucane. La gran parte dei trattamenti erogati sono stati di tipo farmacologico, ma non meno rappresentati sono stati gli interventi di sostegno sociale e psicologico che percentualmente sono molto più praticati fra i reclusi. Nonostante gli interventi nella prevenzione e nella diagnosi precoce di alcune malattie infettive quali le infezioni da HIV e le epatiti da virus B e C rimane elevato il numero di quanti si sottraggono ai test sierologici per la individuazione di queste malattie. Ciò nonostante, l'andamento regionale delle più frequenti infezioni correlate alla tossicodipendenza (infezioni da HIV ed epatiti virali a trasmissione sistemica) rivela comunque il decremento della percentuale di positivi sia per HIV (1991: 22,1% - 2006: 5,9%) che per epatite da virus B (1991: 46,4% - 2006: 7,3%) ed epatite da virus C (1997: 70,0% - 2006: 57,4%). Inoltre la Basilicata registra, al 2007, la più bassa mortalità per cause droga correlate sia in termini assoluti che in termini di numero di decessi rapportato a 100.000 abitanti. Il numero più elevato di morti (112)

appartiene alla Campania; seguono nell'ordine Lazio (105), Lombardia (55), Emilia Romagna (47), Veneto (45), Toscana (40), Umbria (38), Marche (25), Puglia e Sicilia (19), Piemonte (18), Liguria e Sardegna (15); mentre tra 1 e 9 sono i casi registrati nelle rimanenti regioni, Basilicata compresa, che come tasso per 100.000 si discosta in positivo e significativamente dal dato nazionale (1,02).

Conclusioni

Da quanto esposto è evidente che la popolazione lucana è caratterizzata in particolare da un progressivo invecchiamento, da cui l'inevitabile incremento di malattie cronico-degenerative. Considerando inoltre l'allungamento della vita, l'investimento sulle politiche di prevenzione primaria e secondaria risulta fondamentale per la conservazione dello stato di salute in un tempo quanto più lungo possibile da cui la possibilità di contenimento nel medio – lungo termine della spesa sanitaria, con particolare riguardo alle malattie cronico-degenerative di maggiore impatto sanitario e sociale, come le malattie cardiovascolari, ed in genere ai fattori di rischio modificabili.

Particolare attenzione va tuttora riservata alle attività di sorveglianza e prevenzione dell'incidentalità, con particolare attenzione agli incidenti stradali - che rappresentano la principale causa di morte nella popolazione di età inferiore ai 40 anni – e agli infortuni sul lavoro e relative azioni di tutela atteso che, sebbene tali eventi siano in calo, resta importante il carico socio-sanitario correlato in termini di perdita di vite umane, esiti invalidanti, assistenza sanitaria, giornate di lavoro perse, mancata produzione.

Nonché alla diffusione dilagante dei comportamenti a rischio che non risparmia affatto gli adolescenti lucani (uso/abuso di alcool – tendenza preoccupante al binge drinking -, tabagismo, uso di sostanze illegali). Si aggiunge infine la rilevazione del disagio sociale legato all'affermarsi tra l'altro delle condizioni di povertà relativa - che di per sé influenzano negativamente lo stato di salute – quindi l'opportunità di favorire in maniera efficace in piani/programmi finalizzati le così dette “popolazioni fragili” (fragili sotto il profilo economico, culturale e ambientale), essendo ormai riconosciuta la stretta relazione fra determinanti di salute ed indicatori di svantaggio.

Da qui l'interesse della Regione Basilicata di realizzare nell'ambito delle Macroaree del PNP 2010-2012 i programmi/progetti riportati nel quadro d'insieme rappresentato a margine del paragrafo relativo alle priorità del PRP 2010-2012, (pur se non esaustivo rispetto a tutti i bisogni emersi), tenuto conto che alcuni interventi previsti dal PNP 2010-2012 sono compresi già nel Programma Regionale – anno 2010 collegato agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale secondo le linee progettuali di cui all'Accordo Stato-Regioni Rep. 76/CSR – 8 luglio 2010 (DGR n. 1579/2010 trasmessa al Ministero della Salute) e cioè:

1. Progetto regionale dal titolo: Sviluppo dei sistemi di sorveglianza e prevenzione delle infezioni da HIV, che sostanzialmente si prefigge attività di comunicazione e diagnosi precoce di sieropositività a partire dalle categorie a maggior rischio (test di avidità anticorpale), collegabile alla Macroarea 2 – Prevenzione universale/Linea di intervento generale 2.6 – Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione/Obiettivo generale di salute: Ridurre le malattie sessualmente trasmesse con particolare riguardo alle infezioni da HIV.

2. Progetto regionale dal titolo: Percorsi di solidarietà, da riferirsi ad attività di prevenzione dell'alcolismo nelle varie fasce di età, con riguardo anche ai giovani con campagne di sensibilizzazione ed incontri di comunicazione interpersonale, peraltro nel rispetto delle indicazioni programmatiche contenute nel piano nazionale “Alcool e Salute” e “Guadagnare Salute”, collegabile alla Macroarea 2 – Prevenzione universale/Linea di intervento generale 2.9 – Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate/Obiettivo generale di salute: Riduzione dei consumatori di alcool a rischio.

3. Progetto regionale dal titolo: R.I.A.D. Rete Integrata di Assistenza per le Demenze che si prefigge di prendere in carico il malato e la sua famiglia, seguendolo ed indirizzandolo per tutto il decorso della malattia, coordinando gli interventi sanitari e sociali necessari, collegabile alla Macroarea 3 – Prevenzione della popolazione a rischio/Linea di intervento generale 3.8 – Malattie neurologiche/Obiettivo generale di salute: Migliorare la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per le patologie neurologiche.

4. Progetto regionale dal titolo: Approccio multidisciplinare alla sclerosi multipla: miglioramento dei percorsi assistenziali che si prefigge di ottimizzare la gestione del paziente affetto da sclerosi multipla tramite l'attivazione di una équipe multidisciplinare che sia di sostegno al paziente e alla famiglia, collegabile alla Macroarea 3 – Prevenzione della popolazione a rischio/Linea di intervento

generale 3.8 – Malattie neurologiche/Obiettivo generale di salute: Migliorare la gestione del paziente e l’offerta assistenziale per le patologie neurologiche.

5. Progetto regionale dal titolo: Protocollo di esercizio fisico e dieta per la prevenzione e il trattamento della sarcopenia nell’anziano, con valutazione fisiatrica e nutrizionale ed inserimento in percorsi riabilitativi personalizzati, collegabile alla Macroarea 4 – Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia/Linea d’intervento generale 4.2: Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non-autosufficienza/Obiettivo generale di salute: Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative attraverso la promozione e la protezione della salute negli anziani.

Inoltre, oltre alla “presentazione di nuovi programmi/progetti” in ottemperanza al PNP 2010-2012 è intenzione di portare a termine obiettivi non ancora pienamente raggiunti nel precedente PRP e nell’ambito della nuova pianificazione quelli che si ritengono assolutamente prioritari come le linee rischio cardiovascolare – diabete – incidentalità.

Per quanto riguarda i tumori (screening oncologici) le azioni di prevenzione correlate si sono ormai consolidate, peraltro in continuità con il PRP 2005-2007, ed in funzione delle azioni già programmate a livello regionale dal 2008 finalizzate ad ottimizzare gli interventi, per cui non si ritiene di proporre ulteriori progetti/programmi dedicati nell’ambito del PRP 2010-2012.

Le criticità

Non esistono allo stato impedimenti legislativi regionali che potrebbero ostacolare l’attuazione del PRP 2010-2012 e criticità di rapporti collaborativi con altri enti, che però potrebbero aver individuato linee d’intervento rispondenti a priorità diverse per specifiche finalità istituzionali. Inoltre potrebbero sorgere questioni ostative da riferirsi sostanzialmente a carenza di risorse umane da dedicare ed insufficienza di budget.

D’altra parte non sono da sottovalutare le eventuali difficoltà relazionali che potrebbero evidenziarsi nell’ambito di lavori multidisciplinari che richiedono affiancamenti di esperienze tra pari.

La programmazione sanitaria regionale

Si ribadisce che il sistema sanitario regionale è in fase di riassetto e che è in via di definizione il nuovo piano sanitario regionale che rimodulerà sui bisogni e sulla razionalizzazione della spesa l’offerta quali - quantitativa dei servizi, compresi quelli di prevenzione, come già rappresentato nel paragrafo “L’organizzazione sanitaria (tra presente e futuro)”.

Si fa inoltre riferimento qui a documentazione pertinente agli indirizzi del PNP 2010-2012, già in possesso del Ministero della Salute e cioè:

- la DGR n. 1579/2010 “Programma Regionale - anno 2010 – collegato agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, secondo le linee progettuali di cui all’Accordo Stato-Regioni rep. 76/CSR – 8 luglio 2010”, provvedimento che ha approvato anche il “quadro d’insieme del PRP 2010-2012” (programmi/progetti previsti);
- la relazione di svolgimento del PRP ex Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 su periodo complessivo ed annualità 2009.

Le priorità del PRP 2010-2012

Nel PRP 2010-2012 sono considerate tutte le quattro Macroaree previste, sia con progetti da avviarsi o completarsi nel prossimo triennio sia con progetti già adottati con la DGR n. 1579 del 21/09/2010 rispondenti a parte delle indicazioni del quadro d'insieme del PNP 2010-2012 per linee d'intervento ed obiettivi generali di salute che, integrandosi con i nuovi progetti, completano le azioni programmatiche richieste.

Tanto nell'ottica di un investimento razionale di risorse (personale e budget) per la realizzazione dei programmi/progetti previsti.

Di seguito "le tendenze e gli orientamenti d'azione" del PRP 2010-2012:

- la valutazione del rischio cardiovascolare in continuità con le azioni in itinere per la stessa linea nell'ambito del precedente PRP, ritenendo la riduzione della morbi-mortalità per malattie del sistema circolatorio obiettivo di salute primario in considerazione dei dati epidemiologici espressi;
- la riduzione della morbi-mortalità per diabete mellito, ritenendo utile allo scopo la stratificazione per rischio cardiovascolare e la valutazione di un eventuale danno d'organo precoce nei pre-diabetici unitamente alla ottimizzazione delle attività di qualificazione dell'assistenza al diabetico in continuità con le previsioni del precedente PRP;
- la prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale che vedono la Basilicata tra le regioni italiane a più alto indice di case-fatality;
- la prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate implementando percorsi di informazione/formazione/assistenza (rif. art. 10 – D.Lgs. n. 81/2008), essendosi ormai consolidate le attività ispettive con risultati quali - quantitativi considerevoli, atteso che ancora alto è il peso della morbi-mortalità legata al lavoro, con particolare riguardo ai comparti a più alto indice infortunistico (costruzioni e agricoltura);
- la sorveglianza e la prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico con particolare riguardo ad anziani e bambini di 0-4 anni, considerato che il fenomeno è sottostimato e che il rischio d'incidente domestico è ancora scarsamente percepito;
- la implementazione della vaccinazione antinfluenzale nei soggetti di 0-14 anni a rischio in funzione della bassa copertura rilevata a fronte dei risultati ottenuti nella popolazione di 65+ anni e di politiche vaccinali regionali che in linea generale hanno portato a risultati più che positivi;
- la implementazione della vaccinazione MPR per ottimizzare i risultati di copertura già raggiunti, in attuazione del Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita;
- lo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e prevenzione delle infezioni da HIV con attività di comunicazione e diagnosi precoce di siero-positività presumibilmente sottostimata - test di avidità anticorpale - (rif. DGR 1579/2010);
- la riduzione della prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali e, nella fattispecie, dell'echinococcosi/iatridosi sperimentando un sistema di sorveglianza integrata tra medici veterinari e medici igienisti quale modello di controllo da riprodurre per altre zoonosi in una regione a prevalente vocazione agro-zootecnica a conduzione familiare;
- il controllo e il contenimento del rischio di infezione o intossicazione chimico-fisica da alimenti allo scopo di ridurre del 50% la prevalenza dei casi di MTA;
- l'ottimizzazione – messa a regime dei sistemi di sorveglianza PASSI e OKkio alla Salute, trattandosi di attività che vanno nella direzione di offrire elementi di supporto alla programmazione sanitaria regionale, come già sperimentato, rendendo possibile il confronto interno (Regione –ASL) con un approccio di raccolta e analisi dei dati sostenibile nel tempo ed efficace per la definizione delle iniziative di tutela;
- la prevenzione primaria dell'obesità attraverso attività di informazione-formazione che coinvolgono équipe di esperti ASL, insegnanti, alunni e famiglie considerate le medie regionali di sovrappeso/obesità in età infantile e adulta superiori a quelle nazionali;

- l'ulteriore promozione dell'allattamento al seno prolungato ed esclusivo anche per la prevenzione primaria di sovrappeso/obesità infantile unitamente ad una sana alimentazione già dopo la sospensione dell'allattamento materno a rinforzo dell'azione di cui al precedente punto;
- la prevenzione dell'alcolismo nelle varie fasce di età come da progetto "Percorsi di solidarietà" (rif. DGR n. 1579/2010);
- la promozione di corretti stili di vita tra gli adolescenti attraverso l'uso di mezzi e linguaggi loro propri e la loro partecipazione attiva;
- il contrasto ai DCA (tenuto conto che si tratta di disturbi ancora sottovalutati in riferimento ai primi segnali di allarme e di conseguenza non diagnosticati precocemente);
- il miglioramento dell'offerta assistenziale per le patologie neurologiche a favore di pazienti e famiglie (progetti R.I.A.D. Rete Integrata di Assistenza per le Demenze e Approccio multidisciplinare alla Sclerosi Multipla (rif. DGR n. 1579/2010);
- la diagnosi precoce delle ipoacusie;
- la protezione e la promozione della salute negli anziani (progetto Protocollo di esercizio fisico e dieta per la prevenzione e il trattamento della sarcopenia nell'anziano ex DGR n. 1579/2010).

Quadro d'insieme del PRP 2010-2012

Macroarea	Linee di intervento generali	Obiettivi generali di salute	Numero progressivo programma/progetto
1. Medicina predittiva	1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia (compreso l'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare)	Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale	1.1.1 Prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari
			1.1.2 Stratificazione dei prediabetici per rischio cardiovascolare globale ed eventuale danno d'organo precoce
2. Prevenzione universale	2.1. Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali	2.1.1 Sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali
	2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio	2.2.1 Sicurezza nei cantieri edili
			2.2.2 Prevenzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti nel comparto agricolo
	2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	Riduzione della mortalità da eventi traumatici nella popolazione anziana	2.3.1/2.3.2 Conoscere e prevenire gli incidenti domestici - "Casa sicura"
		Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta e dei ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini di 0-4 anni	
	2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	Raggiungere -mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento	2.4.1 Censimento della popolazione 0-14 anni affette da patologie croniche e/o invalidanti.
			2.4.2 Incremento dell'offerta vaccinale MPR
			2.4.3 Immunizzazione verso la rosolia nelle donne fertili lucane
2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione	Ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all' infezione da HIV	2.6.1 Sviluppo dei sistemi di sorveglianza e prevenzione delle infezioni da HIV (DGR n. 1579/2010)*	
	Ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali	2.6.2 Controllo e riduzione della echinococcosi/iatridosi nelle popolazioni animali e prevenzione della patologia umana correlata	
2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano	Controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti	2.8.1 Sicurezza alimentare, controllo e riduzione della malattie trasmesse da alimenti	

2. Prevenzione universale	2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate	Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute	2.9.1 Messa a regime della rete regionale delle sorveglianze di popolazione (PASSI e OKkio alla Salute)
		Prevenzione dell'obesità con particolare riguardo a quella infantile con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%	2.9.2.(1) Promozione dell'allattamento al seno nella ASM – Matera - 2.9.2. (2) Prevenzione dell'obesità con particolare riguardo a quella infantile
		Incremento dell'attività motoria/riduzione dei consumatori di alcool a rischio/riduzione della percentuale di fumatori abituali	2.9.3 /2.9.4/2.9.5 Adolescenza sana e consapevole
			2.9.6 Percorsi di solidarietà (DGR n. 1579/2010)*
3. Prevenzione della popolazione a rischio	3.3 Diabete	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete.	3.3.1 Razionalizzazione dell'assistenza diabetologica secondo modelli omogenei sul territorio regionale
	3.7 Disturbi psichiatrici	Contrasto ai DCA	3.7.1 (1) Prevenzione primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) rivolto a docenti e allievi delle scuole medie – ASP - Ambito Territoriale ex ASL n. 3 di Lagonegro
			3.7.1 (2) Prevenzione primaria dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) rivolto agli adolescenti in età compresa tra 11-13 anni, in un lavoro di rete con i docenti, gli allenatori e gli istruttori sportivi – ASM – Ambito territoriale ex ASL 4 di Matera
	3.8 Malattie neurologiche	Migliorare la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per le malattie neurologiche	3.8.1 Approccio multidisciplinare alla sclerosi multipla: miglioramento dei percorsi assistenziali (DGR n. 1579/2010)* 3.8.2 R.I.A.D. Rete Integrata di Assistenza per le demenze (DGR n. 1579/2010)*
3.10 Ipoacusia e sordità	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per ipoacusia e sordità	3.10.1 Individuazione precoce delle ipoacusie	
4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia	4.2 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronicodegenerative – Protezione e promozione della salute negli anziani	4.2.1 Protocollo di esercizio fisico e dieta per la prevenzione e il trattamento della sarcopenia nell'anziano (DGR n. 1579/2010)*

(*) progetti pertinenti alle indicazioni del PNP 2010/2012 (approvati con DRR 1579 del 21/09/2010 “Programma Regionale - anno 2010 – collegato agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, secondo le linee progettuali di cui all'Accordo Stato-Regioni rep. 76/CSR – 8 luglio 2010”) per i quali i *si rimanda alla stessa DGR n. 1579/2010 già trasmessa al Ministero della Salute*

Quadro di sintesi dei programmi/progetti del PRP 2010-2012 approvati con la presente deliberazione (esclusi quelli pertinenti al PNP 2010-2012 ma già approvati con la DGR n. 1579/2010) relative previsioni di spesa e soggetti attuatori

Titolo del progetto	Importo (euro)	Soggetto attuatore
1.1.1 Prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari	330.000	Regione – Dipartimento Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione – Settore Sanità Pubblica
1.1.2 Stratificazione della popolazione diabetica in base al rischio cardiovascolare globale con diagnosi di eventuale danno d'organo precoce	260.000	ASP – Servizi ambulatoriali di cardiologia e diabetologia dell'Ambito Territoriale dell'ex ASL n. 2 – Potenza
2.1.1 Sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali	90.000	ASP – Dipartimento di Prevenzione – U.O. di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica dell'Ambito Territoriale dell'ex ASL n. 2 – Potenza
2.2.1 Sicurezza nei cantieri edili	140.000	ASP – Dipartimento di Prevenzione – UU.OO. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro; Prevenzione, Protezione e Impiantistica nei Luoghi di Lavoro - Ambito Territoriale delle ex ASL n. 2 Potenza
2.2.2 Prevenzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti nel comparto agricolo	200.000	ASM - Dipartimento di Prevenzione – UU.OO. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro; Prevenzione, Protezione e Impiantistica nei Luoghi di Lavoro dell'Ambito Territoriale dell'ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico
2.3.1/2.3.2 Conoscere e prevenire gli incidenti domestici - "Casa sicura"	60.000	ASP – Dipartimento di Prevenzione – U.O. di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica dell'Ambito Territoriale dell'ex ASL n. 2 – Potenza
2.4.1 Censimento della popolazione 0-14 anni affette da patologie croniche e/o invalidanti.	120.000	Regione – Dipartimento Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione – Settore Sanità Pubblica
2.4.2 Incremento dell'offerta vaccinale MPR	120.000	Regione – Dipartimento Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione – Settore Sanità Pubblica
2.4.3 Immunizzazione verso la rosolia nelle donne fertili lucane	120.000	Regione – Dipartimento Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione – Settore Sanità Pubblica
2.6.2 Controllo e riduzione della echinococcosi/iatridosi nelle popolazioni animali e prevenzione della patologia umana correlata	330.000	ASM – Dipartimento di Prevenzione Sanità e Benessere Animale.
2.8.1 Sicurezza alimentare, controllo e riduzione delle malattie trasmesse da alimenti	350.000	ASM – Dipartimento di Prevenzione Sanità e Benessere Animale

Titolo del progetto	Importo (euro)	Soggetto attuatore
2.9.1 Messa a regime della rete regionale delle sorveglianze di popolazione (PASSI e OKkio alla Salute)	190.000	Regione – Dipartimento Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico Regionale
2.9.2. (1) Promozione dell'allattamento al seno nella ASM – Matera -	110.000	ASM – Servizi consultoriali Dipartimento Donna – Maternità - Infanzia
2.9.2. (2) Prevenzione dell'obesità con particolare riguardo a quella infantile	140.000	ASM – U.O. Nutrizione Clinica e Dietoterapia
2.9.3 /2.9.4/2.9.5 Adolescenza sana e consapevole	190.000	Regione – Dipartimento Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico Regionale
3.3.1 Razionalizzazione dell'assistenza diabetologica secondo modelli omogenei sul territorio regionale	300.000	Regione – Dipartimento Salute – Ufficio Assistenza Territoriale, Ospedaliera e Politiche del Farmaco
3.7.1 (1) Prevenzione primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) rivolto a docenti e allievi delle scuole medie – Azienda Sanitaria Locale di Potenza - Ambito Territoriale ex ASL n. 3 di Lagonegro	110.000	Centro per la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso “G.Gioia” di Chiatromonte – ASP – Ambito Territoriale dell'ex ASL n. 3 di Lagonegro
3.7.1 (2) Prevenzione primaria dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) rivolto agli adolescenti in età compresa tra 11-13 anni, in un lavoro di rete con i docenti, gli allenatori e gli istruttori sportivi – Azienda Sanitaria Locale di Matera – Ambito territoriale ex ASL 4 di Matera	140.000	Servizio DCA – Dipartimento di Salute Mentale – ASM - Ambito Territoriale ex ASL 4 di Matera
3.10.1 Individuazione precoce delle ipoacusie	150.000	Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza – Unità Operative di Neonatologia e ORL
IMPORTO TOTALE	3.450.000	

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n 1

Regione Basilicata

Macroarea: Medicina predittiva (1)

Linea di intervento generale: Valutazione del rischio individuale di malattia (compreso l'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare (1.1)

Obiettivo generale di salute: Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale

Titolo del progetto: Prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari

Numero identificativo del progetto: 1.1.1

Obiettivo di salute: incrementare al 15% l'estensione dell'uso e dell'applicazione della carta del rischio cardiovascolare nel triennio 2010-2012

Beneficiari: popolazione regionale di 35-69 anni (n° 270.190 al 01/01/2010)

Attori: Dipartimento Regionale Salute-Ufficio Politiche della Prevenzione-Settore Sanità Pubblica, MMG, AVIS, Centri Trasfusionali e Servizi Ambulatoriali Ospedalieri e Territoriali di Cardiologia – Centro di Riferimento Regionale per la sorveglianza e la prevenzione primaria delle MCV

Portatori di interesse: CRI, Associazioni (Amici del Cuore, Diabetici etc.) Associazioni Sportive

Gruppo di progetto: Becce G., Coviello A., Locuratolo F., Marandola M., Petrone M.

Referente progetto: Dr. Francesco Locuratolo, Dirigente Medico Settore Sanità Pubblica – Ufficio Politiche della Prevenzione – Dipartimento Regionale Salute

Analisi del contesto/descrizione dell'intervento

Anche in Basilicata le malattie cardiovascolari restano la prima causa di morbi-mortalità nella popolazione generale ed inoltre in Basilicata la mortalità per tali patologie risulta tendenzialmente superiore alla media nazionale (tasso std di mortalità per malattie del sistema circolatorio *10.000 – fonte Istat/anno 2007: Basilicata 36,56; Italia 33,93). Dati che trovano riscontro anche in quelli che mostrano una popolazione regionale meno attenta ai controlli periodici di colesterolemia, glicemia e pressione arteriosa (fonte Istat 2004-2005)

Frequenze controllo colesterolo

	Almeno una volta all'anno	Ogni 2 o più anni	Mai
Basilicata	51,0	25,3	23,7
Sud Italia	56,2	23,7	20,1
Italia	54,0	26,9	19,1

Frequenze controllo glicemia

	Almeno una volta all'anno	Ogni 2 o più anni	Mai
Basilicata	51,5	24,1	24,3
Sud Italia	56,8	23,4	19,8
Italia	54,4	26,6	18,9

Frequenze controllo pressione

	Almeno una volta all'anno	Ogni 2 o più anni	Mai
Basilicata	61,0	18,2	20,8
Sud Italia	64,3	17,2	18,4
Italia	64,7	19,1	16,2

Si riporta anche il trend 2006/2009 (fonte Istat) relativamente a diabete e malattie cardiovascolari (tasso per 100 persone) indicativi del loro incremento.

% popolazione con	2006		2007		2008		2009	
	Basilicata	Italia	Basilicata	Italia	Basilicata	Italia	Basilicata	Italia
Diabete	5,00	4,50	5,20	4,60	6,70	4,80	7,20	5,50
Ipertensione arteriosa	15,20	14,20	16,90	15,30	19,50	15,80	17,90	15,80
Malattie del cuore	3,90	3,90	4,10	4,00	4,20	3,60	5,00	3,40

Chi sopravvive a un attacco cardiaco diventa un malato cronico. La malattia modifica la qualità della vita e comporta notevoli costi economici per la società. Basti pensare che la spesa lorda territoriale pro-capite/anno 2009 per i farmaci di classe A/SSN – sistema cardiovascolare (popolazione pesata) ammonta per la Basilicata ad Euro 77,9 sul totale di Euro 217,7 (Italia: Euro 78,4 sul totale di Euro 215,3). Le malattie cardiovascolari riconoscono un’eziologia multifattoriale, cioè più fattori di rischio (età, sesso, pressione arteriosa, abitudine al fumo di sigaretta, diabete, colesterolemia) che contribuiscono contemporaneamente al loro sviluppo. I fattori di rischio sono caratteristiche che, se presenti in un soggetto sano, aumentano la probabilità di insorgenza della malattia. Per le malattie cardiovascolari, essendo stati codificati molti fattori di rischio ed essendo stata dimostrata la reversibilità del rischio, si può concretamente sostenere che oggi sono prevenibili: di infarto e di ictus ci si può non ammalare. Perciò con il presente progetto si intende dare continuità ed ottimizzare la linea progettuale “rischio cardiovascolare” del PRP 2005-2009, attivando il previsto centro di riferimento regionale per la sorveglianza e la prevenzione primaria delle malattie del sistema circolatorio ed estendendo alla popolazione regionale di 35-69 anni l’applicazione della Carta del Rischio Cardiovascolare messa a punto dall’Istituto Superiore di Sanità – ISS oltre che riprendere le attività di comunicazione rivolte alla popolazione generale per la promozione degli stili di vita “salva cuore, avvalendosi sicuramente del supporto, già positivamente sperimentato, della CRI – Comitato di Basilicata ma anche di altri attori e portatori d’interesse di seguito individuati. Per quanto riguarda il previsto Centro di Riferimento Regionale per la sorveglianza e la prevenzione primaria delle malattie del sistema circolatorio già ad oggi lo specifico “traguardo” fissato al 31/12/2009 (atto istitutivo) e a tale data atteso per il 50% è stato raggiunto, nel senso che con provvedimento ad hoc (DGR n. 1615/2010) sono stati individuati allocazione, responsabile e coadiutori ed è stata prevista n. 1 unità di personale da dedicare alla gestione informatizzata dei flussi informativi d’interesse, per cui con il presente progetto ci si propone di renderlo pienamente operativo. Per quanto riguarda invece l’estensione dell’uso e dell’applicazione della Carta del Rischio Cardiovascolare messa a punto dall’ISS ci si propone di:

- ottimizzare lo screening degli assistiti 35-69 anni in carico ai MMG (Medici di Medicina Generale) già partecipanti al progetto (elevare la media screening assistiti/MMG, attualmente di 180 assistiti 35-69 anni/MMG vs 400/assistiti/MMG) nonché lo screening presso i Centri AVIS;
- incrementare del 20% la quota di MMG “formati”;
- incrementare la quota dei MMG già formati, ma non attivi, nell’input dati in cuore.exe di un ulteriore 20%;
- reclutare altri “attori” quali i Servizi Ambulatoriali Ospedalieri e Territoriali di Cardiologia ed i Centri Trasfusionali; coinvolgere fattivamente portatori d’interesse quali la CRI, le Associazioni Amici del Cuore, Diabetici, Associazioni Sportive, ecc... Quanto specificato al fine di raggiungere – superare, con il presente progetto, entro il 31/12/2011 l’obiettivo della somministrazione della “Carta del rischio cardiovascolare dell’ISS” al 10% della intera popolazione 35-69 anni della Regione Basilicata, considerato che a dicembre 2010 è stato screenato il 6,9% della popolazione target, ed entro il 31/12/2012 il 15% della medesima popolazione, nell’ottica di una applicazione a regime della Carta negli anni successivi. Scopo del progetto in questione è quello di ottenere una riduzione consistente delle popolazioni ricadenti nel rischio alto e nel rischio moderato, con incremento delle popolazione rispettivamente a rischio moderato e a rischio basso, con l’auspicio di ottenere la riduzione a livello

regionale, nel medio periodo, dei decessi (fonte Istat - anno 2007: 2.351 morti per malattie del sistema circolatorio) e dei casi di malattia (fonte Istat – anno 2009: circa 30.000 casi).

Quindi alcune attività in cui il presente progetto si articola sono: 1) l’attivazione del Centro di Riferimento Regionale per la sorveglianza e la prevenzione primaria delle malattie del sistema circolatorio; 2) il coinvolgimento nell’input dati in cuore.exe di: MMG, AVIS e Servizi Ambulatoriali Ospedalieri e Territoriali di Cardiologia; 3) la realizzazione di n. 1 campagna di informazione della popolazione generale sugli stili di vita “salva cuore”. Si rappresenta di seguito il prospetto aggiornato al 04/12/2010 dei dati relativi al totale dei MMG, al totale dei MMG formati, al totale dei MMG attivi e al totale della popolazione di 35-69 anni screenata

	Valori assoluti	Valori %
MMG	512	-
MMG formati	267	52,1%*
MMG attivi	100	37,5**
Pop. 35-69 anni	270.190***	-
Pop. screenata	18.618	6,9%****

*sul totale dei MMG

**sul totale dei MMG formati

***popolazione al 01/01/2010 (ISTAT)

****sul totale della popolazione di 35-69 anni

Obiettivo specifico: incrementare al 15% l'estensione dell'uso e dell'applicazione della carta del rischio cardiovascolare nel triennio 2010-2012	
Azione 1.3	Attivazione con DGR
Azione 1.2	Predisposizione piano di intervento per le MCV
Azione 1.1	Sistema informativo gestione dati
Risultato atteso 1	E' stato attivato e reso operativo il centro di riferimento regionale per la sorveglianza e la prevenzione primaria delle MCV
Azione 2.1	Campagna di informazione- coinvolgimento di attori e portatori di interesse (MMG, AVIS, Centri Trasfusionali e Servizi Ambulatoriali Ospedalieri e Territoriali di Cardiologia, AVIS, CRI, Associazioni sportive) con predisposizione di materiale divulgativo
Risultato atteso 2	E' stata informata la popolazione beneficiaria del rischio da MCV
Azione 3.2	Formazione dei MMG all'uso del software cuore.exe
Azione 3.1	Trasmissione dati da parte degli attori
Risultato atteso 3	E' aumentata l'adesione della popolazione beneficiaria all'uso della carta del rischio
Azione 4.2	Analisi dati e screening
Azione 4.1	Presa in carico dei soggetti a rischio
Risultato atteso 4	Sono stati individuati percorsi di salute per i soggetti a rischio
Attori	Dipartimento Regionale Salute-Ufficio Politiche della Prevenzione-Settore Sanità Pubblica, Centro di Riferimento MCV, MMG, AVIS, Centri Trasfusionali e Servizi Ambulatoriali Ospedalieri e Territoriali di Cardiologia-
Portatori d'interesse	CRI, Associazioni (Amici del Cuore, Diabetici etc.)
Gruppo di progetto	Dr. Becce G., Dr. Coviello A., Dr. Locuratolo F., Dr. Marandola M., Dr. Petrone M.
Referente di progetto	Dr. Francesco Locuratolo, Dirigente Medico Settore Sanità Pubblica – Ufficio Politiche della Prevenzione – Dipartimento Regionale Salute
Beneficiari	popolazione regionale di 35-69 anni (n° 270.190 al 01/01/2010)

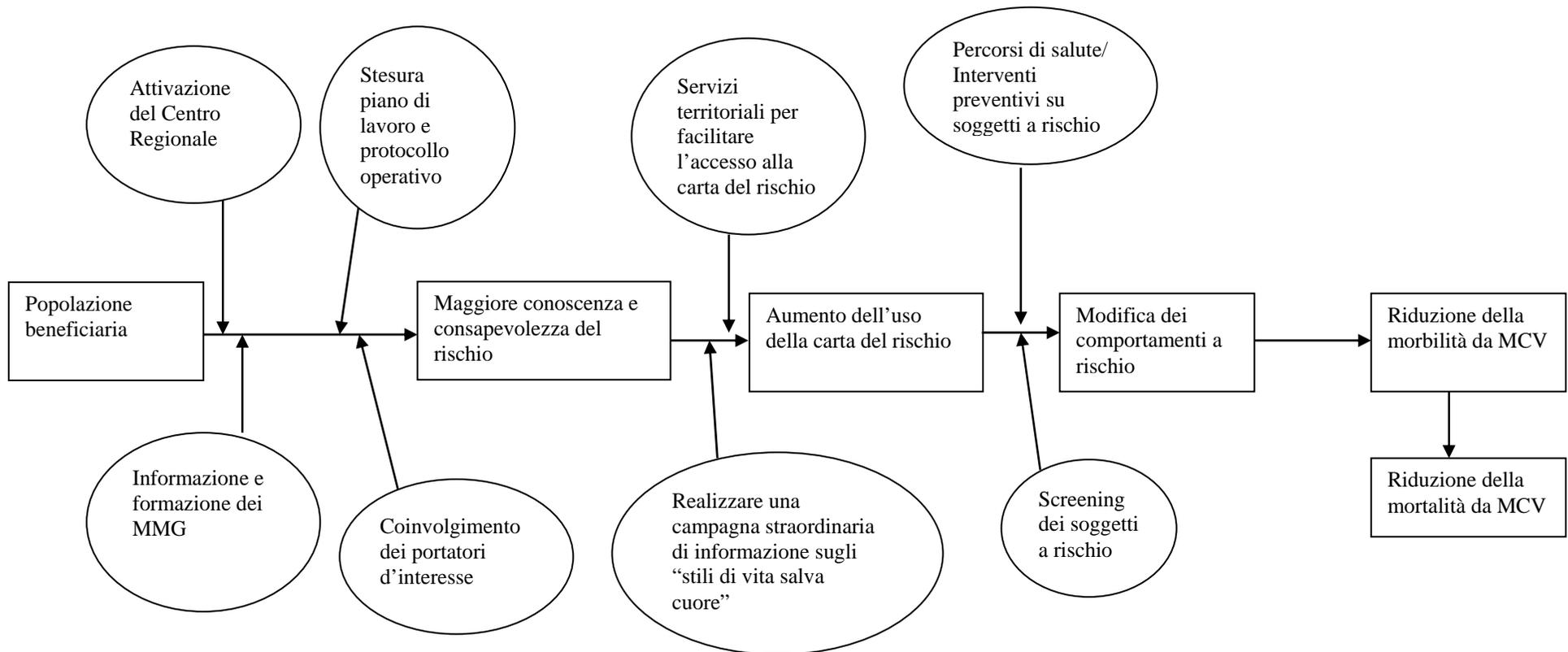
Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Operatività del Centro di riferimento	DGR	SI	-	-	
Incremento del 20% dei MMG attivi all'adesione dell'uso della carta del RCV	Report centro	50%	-	100%	
Campagna straordinaria di informazione sugli stili di vita "salva cuore"	Rapporto Centro	50%	-	100%	
Incremento al 15% dell'uso della carta RCV	Controllo informatico (Regione – ISS)	30%	-	100%	

Budget

Voci di costo	Costo in € anni 2010-2012
Funzionamento ed attività del centro di Riferimento regionale MCV	30.000
Risorsa umana per gestione informatizzata dei dati	10.000
Spese per lo svolgimento del progetto (rimborsi spesa, missioni, modulistica, documenti, supporti per attori, supporti audiovisivi, spese per affitto sale, attrezzature PC, workshop, ecc.)	40.000
Personale docente per le attività di formazione /informazione	40.000
Materiali informativi/divulgativi	30.000
Incentivazione economica agli attori per inputazione dati della carta RCV	210.000
Totale	330.000

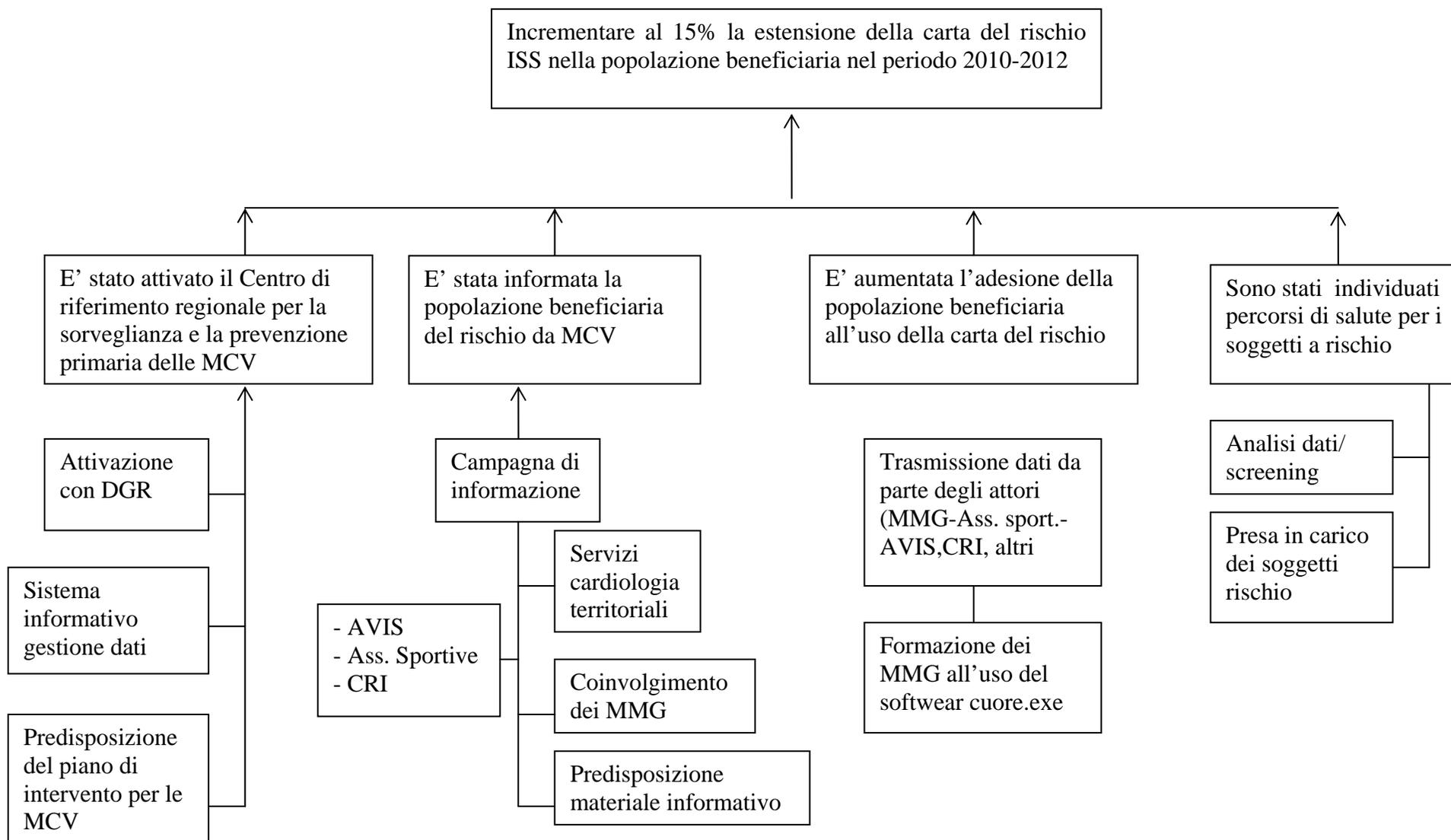
MODELLO LOGICO

Prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari



ALBERO DEGLI OBIETTIVI

Prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari



Cronogramma delle attività

				2010											
Risultato atteso 1: E' stato attivato il Centro di riferimento regionale per la sorveglianza e la prevenzione primaria delle MCV															
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.3	Attivazione con DGR	Referente progetto		■	■										
1.2	Predisposizione piano di intervento per le MCV	Referente progetto					■	■							
1.1	Sistema informativo gestione dati	Referente progetto					■	■							

Risultato atteso 2: E' stata informata la popolazione beneficiaria del rischio da MCV						
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti	2010	2011	2012
2.1	Campagna di informazione	Responsabile dell'evento Referente progetto		■	■	■

Risultato atteso 3: E' aumentata l'adesione della popolazione beneficiaria all'uso della carta del rischio								
				2010	2010		2011	2012
codice	Attività	Responsabili	partecipanti		6	7		
3.1	Formazione dei MMG all'uso del software cuore.exe	Responsabile formazione	MMG		■	■		
3.2	Trasmissione dati da parte degli attori	Referente progetto		■	■	■	■	■

Risultato atteso 4: Sono stati individuati percorsi di salute per i soggetti a rischio						
				2010	2011	2012
codice	Attività	Responsabili	partecipanti			
4.1	Sono stati individuati percorsi di salute per i soggetti a rischio	Referente progetto	Referenti ASL	■	■	■

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 2

Regione Basilicata

Macroarea: medicina predittiva (1)

Linea di intervento generale: valutazione del rischio individuale di malattia (1.1)

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012: prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale

Titolo del progetto: Stratificazione della popolazione diabetica in base al rischio cardiovascolare globale con diagnosi di eventuale danno d'organo precoce.

Obiettivo di salute/processo: valutare con diagnosi precoce la % di soggetti con danno d'organo nella popolazione target.

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

Beneficiari: Popolazione prediabetica di 35-69 anni residente nell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – Ambito Territoriale ex ASL n. 2 di Potenza

Attori: Servizi ambulatoriali di cardiologia e diabetologia dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – Ambito Territoriale ex ASL n. 2 di Potenza

Portatori di interesse: Associazioni (Amici del Cuore – Diabetici - Sportive)

Gruppo di progetto: Dr. Citro Giuseppe, Dr. Locuratolo Francesco, Dr.ssa Petrone Marina

Referente del progetto: Dr.ssa Petrone Marina, Dirigente Cardiologa - Azienda Sanitaria di Potenza

Descrizione dell'intervento

Attualmente esiste un trend in discesa per mortalità cardiovascolare nella popolazione generale ma non nei diabetici. Il rischio cardiovascolare inizia molto prima della comparsa del diabete clinico suggerendo un fenomeno di ticking clock. Queste sono le evidenze del Nurses' Health Study (NHS) che ha seguito 121.700 donne tra i 30 e i 55 anni dal 1976. Le donne ricevevano un questionario ogni due anni e quando qualcuna sviluppava diabete mellito si valutava attentamente il rischio cardiovascolare connesso. Lo studio ha evidenziato un rischio significativamente elevato di infarto e stroke prima della diagnosi di diabete NID paragonato a quello delle donne che rimanevano asintomatiche nello studio (rischio che iniziava circa 15 anni prima, già nella fase di prediabete e nello stesso diabete all'esordio) mentre lo studio DECODE su 25.000 pazienti ha evidenziato che il valore della glicemia dopo carico di glucosio è un fattore indipendente per tutte le morti e per la morbosità cardiovascolare.

Il che suggerisce una maggiore attenzione verso la popolazione prediabetica per la prevenzione della morbimortalità cardiovascolare, essendo nota da tempo l'associazione tra stato prediabetico e rischio cardiovascolare. Infatti un aumento significativo della mortalità si osserva proprio negli stati prediabetici (con intolleranza glucidica, con iperglicemia a digiuno e con iperglicemia postprandiale) che appaiono come fattori predittivi di mortalità cardiovascolare con una relazione di tipo lineare, anche dopo aggiustamento, in analisi multivariata, per altri importanti fattori di rischio.

Il riconoscimento di uno stato prediabetico fornisce, quindi, informazioni sul futuro rischio di morbilità e mortalità cardiovascolare del soggetto oltre che sulla probabile, successiva insorgenza di diabete. Il destino dei prediabetici non è univoco (infatti, un terzo evolve in diabete, un terzo rimane prediabetico ed un terzo torna normotollerante) e quindi è una popolazione eterogenea dal punto di vista del metabolismo glucidico ma anche dal punto di vista di altri fattori che concorrono a determinare l'outcome cardiovascolare. Nella popolazione prediabetica esiste, probabilmente un subset di soggetti il cui esito cardiovascolare è determinato non solo dal livello glicemico, ma in cui l'alterata omeostasi glucidica determina una cattiva prognosi se si associa ad altri fattori e/o ad un precoce danno d'organo.

Il nostro progetto è di focalizzare l'attenzione sui soggetti definibili "prediabetici" in base alla presenza di iperglicemia a digiuno (100 – 125 mg/dl) come da criteri ADA (American Diabetes Association), condivisi dalla AMD (Associazione Medici Diabetologi) e SID (Società Italiana di Diabetologia); questo perché si tratta di un parametro facilmente estrapolabile dai data base dei medici di medicina generale).

Su questa popolazione sarà valutato il rischio cardiovascolare teorico utilizzando la carta del rischio cardiovascolare messa a punto dall'Istituto Superiore di Sanità e sarà diagnosticato l'eventuale danno d'organo precoce utilizzando indicatori indiretti, ma sufficientemente specifici e sensibili, quali la microalbuminuria e lo spessore medio-intimale della parete carotidea, nonché un indicatore diretto di danno ottenuto dall'ecocardiografia, che rappresenta l'obiettivo del progetto riducendo nel tempo la morbi - mortalità per malattie del sistema circolatorio.

Tanto come iniziativa pilota nell'ambito territoriale dell'ex ASL n. 2 di Potenza - Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP.

Di seguito lo schema del progetto con obiettivo, i risultati attesi, azioni e servizi.

Obiettivo specifico: valutare con diagnosi precoce la % di soggetti con danno d'organo nella popolazione target.	
Azione 1.1	Gruppo di progetto
Risultato atteso 1	Definizione protocollo
Azione 2.2	Screening ambulatoriali prediabetici (1)
Azione 2.1	Applicazione carta RCV ISS
Risultato atteso 2	E' stata definita la coorte popolazione a RVC
Azione 3.3	Indagini di laboratorio e strumentali (2)
Azione 3.2	Presenza in carico dei pazienti Follow-up (protocollo di sorveglianza)
Azione 3.1	Appropriatezza interventi terapeutici
Risultato atteso 3	Individuazione popolazione con danno organo
Attori	Servizi ambulatoriali di cardiologia e diabetologia dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – Ambito Territoriale ex ASL n. 2 di Potenza
Portatori d'interesse	Associazioni (Amici del Cuore – Diabetici – Sportive)
Gruppo di progetto	Dr. Citro G., Dr. Locuratolo F., Dr.ssa Petrone M.
Referente di progetto	Dr.ssa Petrone Marina, Dirigente Cardiologa ASL PZ
Beneficiari	Popolazione prediabetica di 35-69 anni residente nell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – Ambito Territoriale ex ASL n. 2 di Potenza

- (1) divisa in soggetti con
- intolleranza glucidica (valore)
 - iperglicemia a digiuno < 125 /dl
 - iperglicemia postprandiale (valore)

(2) determinazione della microalbuminuria, misurazione dello spessore medio-intimale carotideo, ricerca ecocardiografica di ipertrofia ventricolare sin attraverso la misurazione della massa miocardica e della disfunzione diastolica

Budget

Voci di costo	Costo in €
Personale coinvolto nel progetto	50.000
Dotazione strumentali e supporti tecnologici	70.000
Esami strumentali e di laboratorio	120.000
Materiali informativi/divulgativi	20.000
Totale	260.000

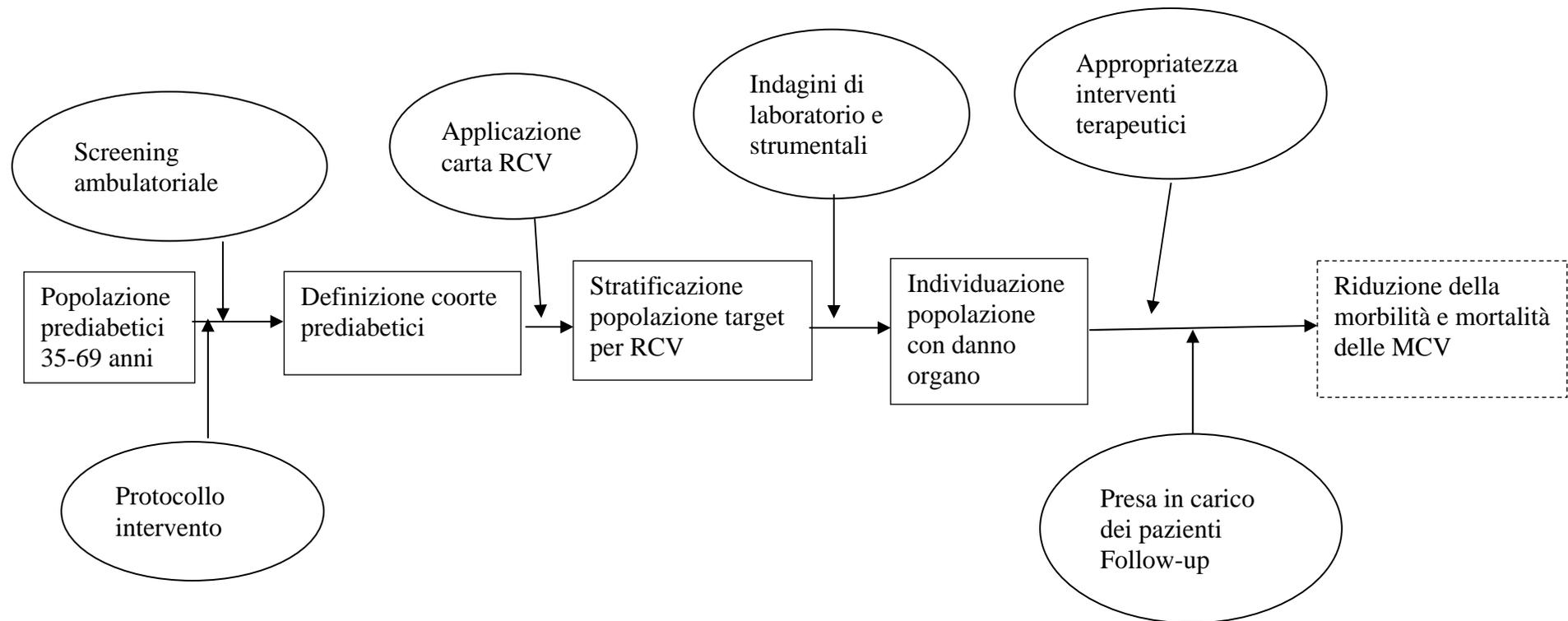
Indicatori di processo ed esito

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore Al 31/12/2010		Valore indicatore Al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N. pazienti con RCV /n. popolazione target	Report ASL 2	=	=	70%	=	100%	=
n. pazienti registrati per carta RCV	Software cuore.exe (Regione – ISS)	=	=	70%	=	100%	=
n. pazienti con danno organo/n. pazienti RCV	Report ASL 2	=	=	100%	=	100%	=
n. pazienti con protocollo di sorveglianza/n. pazienti screenati	Report ASL 2	=	=	50%	=	80%	=

Modello logico

Titolo: Stratificazione della popolazione diabetica in base al rischio cardiovascolare globale con valutazione di eventuale danno d'organo precoce.

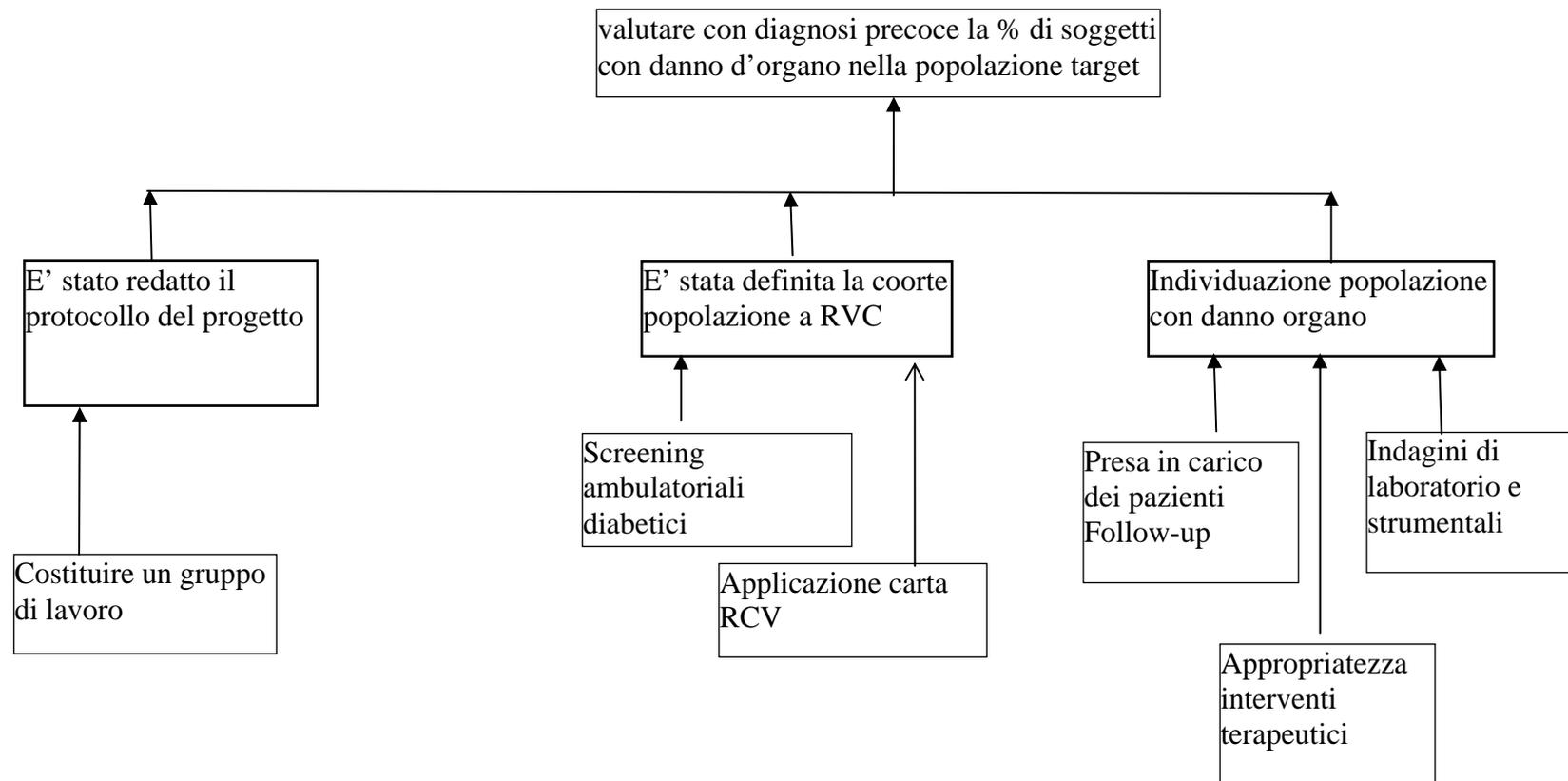
Obiettivo: ridurre la morbi-mortalità delle MCV nella popolazione prediabetica 35-69 anni



Albero degli obiettivi

Titolo: Stratificazione della popolazione diabetica in base al rischio cardiovascolare globale con valutazione di eventuale danno d'organo precoce.

Obiettivo: ridurre la morbi-mortalità delle MCV nella popolazione prediabetica 35-69 anni



Cronogramma delle attività

Risultato atteso 1 – E' stato definito il protocollo															
				2010											
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.1	Stesura protocollo del progetto	Referente progetto		■	■	■									
Risultato atteso 2 - E' stata definita la coorte popolazione a RVC															
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti												
2.2	Screening ambulatoriali prediabetici (1)	Referente progetto							■	■	■	■	■	■	■
2.1	Applicazione carta RCV ISS	Referente progetto							■	■	■	■	■	■	■
				2011						2012					
	Screening ambulatoriali prediabetici (1)	Referente progetto		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Risultato atteso 3 - Individuazione popolazione con danno organo							
				2011		2012	
Codice	Attività	Responsabili	partecipanti	1	12	1	12
3.1	Presenza in carico dei pazienti Follow-up (protocollo di sorveglianza)	Responsabile progetto		■		■	

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 3

Regione Basilicata

Macroarea: Prevenzione universale (2)

Linea di intervento generale: Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale (2.1)

Obiettivo generale di salute: Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali.

Titolo del progetto: Sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali

Numero progressivo del progetto nel piano operativo regionale: 2.1.1

Obiettivo di salute: Ridurre del 10% la mortalità e gli esiti invalidanti degli infortuni stradali

Attori: Dipartimento Regionale Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico Regionale; Ufficio Risorse Finanziarie e Investimenti Sistema Salute - Sistema Informativo Dipartimentale, Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP – Ambito Territoriale ex ASL n. 2 di Potenza – Dipartimento di Prevenzione – U.O. di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Motorizzazione Civile di Potenza - Forze dell'Ordine (Polizia Stradale di Potenza) – Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza - Servizio di Emergenza – Urgenza/118, Ufficio Scolastico Regionale e Istituti Scolastici (docenti referenti per l'educazione alla salute – genitori)

Portatori di interessi: Associazione Italiana Familiari e Vittime della Strada – Sezione di Potenza; Scuole Guida

Gruppo di progetto: Granata Angela, Lo Sasso Filomena, Negrone Francesco, Nolè Francesco, Padula Caterina, Romano Rosalba, Sorrentino Gerardina, Tozzi Rosaria

Referente progetto: Dott.ssa Filomena Lo Sasso, ASL n. 2 di Potenza

Analisi del contesto/Descrizione dell'intervento

Gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte nella popolazione italiana sotto i 40 anni, in particolare tra gli uomini. Nel 2008 in Italia si sono registrati n. 218.963 incidenti stradali, di cui mortali 4.364, dati tutti in calo rispetto ai riscontri degli anni precedenti, compreso il numero di morti e feriti. In Basilicata, per lo stesso periodo, sono stati rilevati dati tendenzialmente in aumento (e ciò per tutte le voci dell'incidentalità stradale) – fonte Istat/ACI.

Da rilevare che i dati Istat, però, fanno riferimento solo alla incidentalità verbalizzata dalle Forze dell'Ordine, sfuggendo i sinistri che non richiedono il loro intervento, che la sorveglianza degli incidenti stradali Istat/ACI non risponde ad esigenze di carattere sanitario, non riportando informazioni descrittive sugli esiti clinici, e che gli attuali sistemi informativi sanitari regionali – da ottimizzare – forniscono solo una stima dell'incidenza e degli effetti.

La Basilicata presenta tra l'altro una condizione di incidentalità stradale con dati di mortalità più elevati della media italiana, difatti al 2008 il 3% circa del complesso degli incidenti stradali verificatisi in regione sono risultati mortali - invero meno che negli anni precedenti - (Italia: 2%) ed il rapporto tra numero di morti per incidente stradale e totale degli incidenti è risultato pari al 3,7% (Italia: 2,2%). Peraltro alla stessa data l'incidentalità stradale regionale ha registrato anche un elevato numero di feriti sul totale degli incidenti stradali registrati (Basilicata: 1.662/954; Italia: 310.739/218.963) ed inoltre un maggior numero di sinistri su strade urbane (n. 543) e su rettilineo, sia su strade urbane (n. 236) che extraurbane (n.169) oltre che un maggior numero di morti per incidenti occorsi su strade statali (n. 17) e di feriti per incidenti occorsi su strade urbane (n. 841).

Tabella 1 – Incidenti stradali. Dati regionali – anno 2008

Dato	Valore
Numero totale incidenti stradali	954
di cui mortali	30
Numero morti	35
Numero feriti	1.622
Indice di mortalità (1)	3,66
Indice di lesività (2)	170,02
Incidenti stradali per categoria di strada (v.a.)	
Strade urbane	543
Strade statali	164
Strade provinciali	150
Strade comunali extraurbane	48
Autostrade e raccordi	49
Numero morti per categoria di strada (v.a.)	
Strade urbane	6
Strade statali	17
Strade provinciali	8
Strade comunali extraurbane	4
Autostrade e raccordi	0
Numero feriti per categoria di strada (v.a.)	
Strade urbane	841
Strade statali	326
Strade provinciali	257
Strade comunali extraurbane	84
Autostrade e raccordi	114
Incidenti stradali su strade urbane per caratteristiche della strada (v.a.)	
Incrocio	191
Rotatoria	22
Intersezione segnalata	26
Intersezione segnalata con semaforo o vigile	11
Intersezione non segnalata	10
Rettilineo	236
Curva	46
Dosso – strettoia	1

(1) rapporto tra il numero dei morti e il numero degli incidenti *100

(2) rapporto tra il numero dei feriti e il numero degli incidenti *100

(continua)

Incidenti stradali su strade extraurbane per caratteristiche della strada (v.a.)	
Incrocio	51
Rotatoria	3
Intersezione segnalata	42
Intersezione segnalata con semaforo o vigile	4
Intersezione non segnalata	4
Passaggio a livello	2
Rettilineo	169
Curva	120
Dosso – strettoia	1
Pendenza	5
Galleria illuminata	5
Galleria non illuminata	5
Incidenti stradali tra veicoli in marcia per tipo (v.a.)	
Scontro frontale	53
Scontro frontale – laterale	340
Scontro laterale	100
Tamponamento	160
Veicolo in fermata o arresto	16

Considerato che gli incidenti stradali sono dovuti per lo più a comportamenti a rischio a fini di “guida sicura”, il presente progetto si prefigge di diffondere sul tema la dovuta attenzione in funzione dell’obiettivo generale di salute di contenerne la mortalità e gli esiti invalidanti, pensando di utilizzare tra l’altro nel medio periodo (dal 2013) i dati relativi al numero di infrazioni del codice della strada elevate ai giovani, al numero di incidenti stradali in cui sono coinvolti giovani ed il numero di ricoveri e prestazioni di pronto soccorso e di decessi quali indicatori di risultato delle attività di prevenzione di tali sinistri messe in campo dal 2005 al 2012 in applicazione della linea “incidenti stradali” dei PRP 2005-2009 e 2010-2012 a confronto con i dati degli anni precedenti e di trend (2005-2012) e attendendo una riduzione del 30% dell’incidentalità giovanile.

Si propone cioè di contribuire alla realizzazione di una cultura della sicurezza stradale con particolare riguardo alle nuove generazioni (popolazione scolastica di 13/19 anni) con un’iniziativa pilota nella città di Potenza – che coinvolgerà anche insegnanti e genitori - onde favorire un comportamento di guida responsabile e consapevole (informando sui danni alla propria e all’altrui persona che una condotta di guida troppo disinvolta ed irragionevole comporta, segnalando i gravi esiti temporanei o permanenti che spesso residuano ad un sinistro su strada ...) perché ciascun utente (a maggior ragione i più giovani che ancora devono strutturare i loro comportamenti) assumano atteggiamenti improntati alla prudenza e alla prevenzione, grazie ad una giusta percezione del rischio, coinvolgendo più tipologie di soggetti ed integrando professionalità - risorse di più enti e soggetti pubblici e privati.

Oltre che di sviluppare nella stessa città di Potenza un sistema sperimentale di sorveglianza integrata degli incidenti stradali, condiviso tra gli attori del progetto, (integrazione tra le statistiche sanitarie correnti ed i rapporti di incidente compilati dalle Forze dell’Ordine) e di organizzare – realizzare un seminario – convegno sulle attività svolte nonché interventi informativi (con riferimento a quanto già previsto dal PRP 2005 – 2009 – linea “incidenti stradali”).

Tanto per assicurare in particolare la continuità dei progetti/programmi di settore di cui alla linea “incidenti stradali” del PRP 2005 – 2009 (rif. stato di avanzamento al 31/12/2009 – codice di attività 2), atteso che l’attività relativa a “Nuovi accordi con l’Istituzione Scolastica per la promozione comportamenti utili alla prevenzione degli incidenti stradali” (anche alla prevenzione degli incidenti stradali) – codice di attività 3) sarà oggetto del progetto/programma “Adolescenza sana e

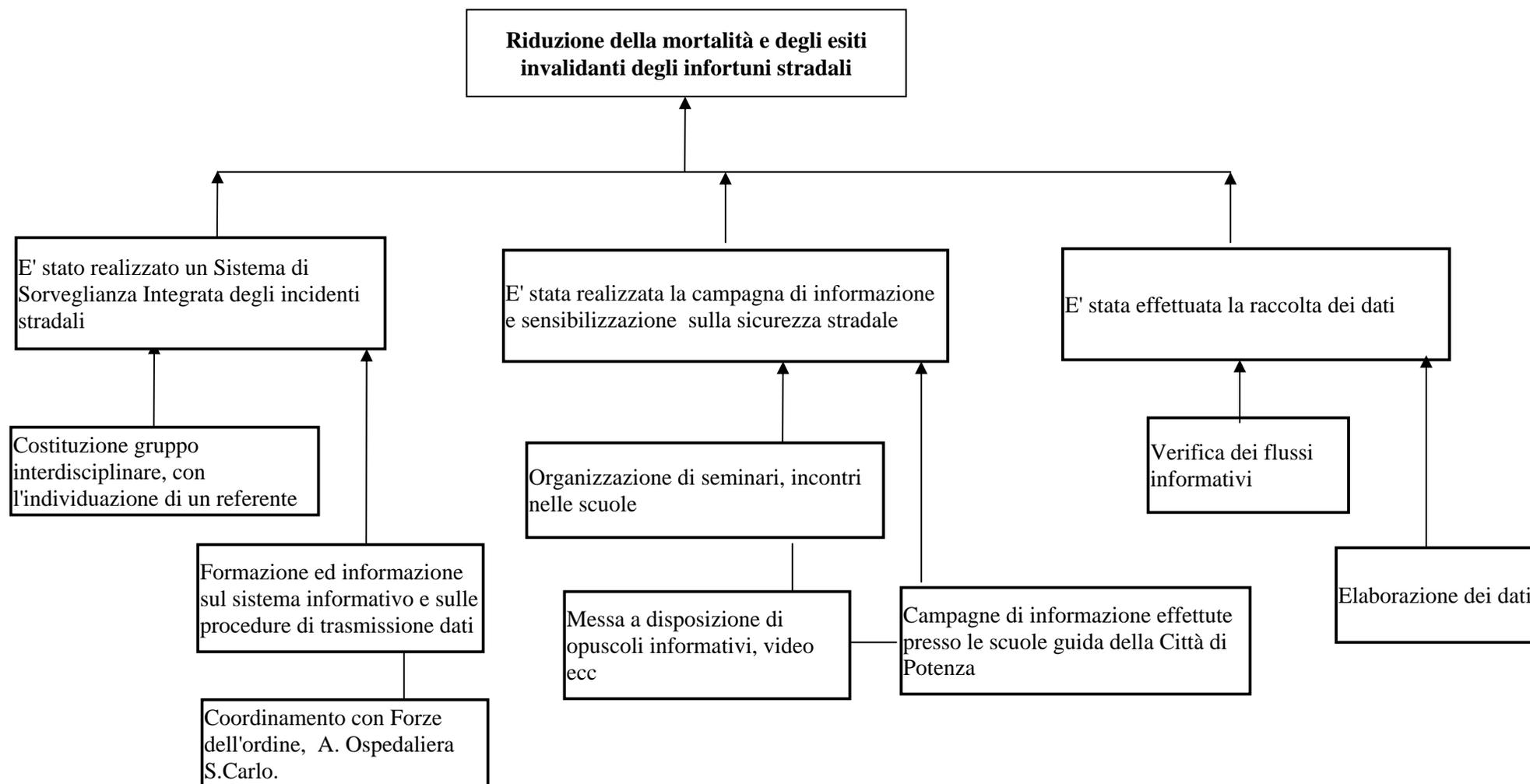
consapevole” nell’ambito della stessa Macroarea 2 (Prevenzione universale) – Linea di intervento generale 2.9.

Dunque, l’ambito territoriale del presente progetto è la città di Potenza e le fasi di attività in cui esso si articola sono: 1) la istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare di coordinamento, indirizzo e monitoraggio delle attività di progetto; 2) la realizzazione di un sistema sperimentale di sorveglianza integrata; 3) la realizzazione di interventi informativi rivolti ai beneficiari; 4) la realizzazione di un seminario – convegno sulle attività svolte; fasi che si compongono delle attività riportate successivamente in schema unitamente ad attori, portatori di interesse, gruppo e referente di progetto, beneficiari, crono-programma, budget ed indicatori di processo ed esito.

Obiettivo specifico: Riduzione del 10% della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali	
Azione 1.1	Coordinamento con Forze dell'ordine, A. Ospedaliera S.Carlo.
Azione n1.2	Costituzione gruppo interdisciplinare, con l'individuazione di un referente
Azione 1.3	Formazione ed informazione sul sistema informativo e sulle procedure di trasmissione dati
Risultato atteso 1	E' stato realizzato un Sistema di Sorveglianza Integrata degli incidenti stradali
Azione 2.1	Organizzazione di seminari, incontri nelle scuole
Azione 2.2	Campagne di informazione effettuate presso le scuole guida della Città di Potenza
Risultato atteso 2	E' stata realizzata la campagna di informazione e sensibilizzazione sulla sicurezza stradale
Azione 3.1	Raccolta - elaborazione e analisi dei dati e loro condivisione anche a fini di esportabilità del sistema informativo in altre realtà territoriali - Verifica dei flussi informativi
Risultato atteso 3	E' stata effettuata la raccolta dei dati
Attori	Dipartimento Regionale Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico Regionale; Ufficio Risorse Finanziarie e Investimenti Sistema Salute - Sistema Informativo Dipartimentale, Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP – Ambito Territoriale ex ASL n. 2 di Potenza – Dipartimento di Prevenzione – U.O. di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Motorizzazione Civile di Potenza - Forze dell’Ordine (Polizia Stradale di Potenza) – Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza - Servizio di Emergenza – Urgenza/118, Ufficio Scolastico Regionale e Istituti Scolastici (docenti referenti per l’educazione alla salute – genitori)
Portatori d’interesse	Associazione Italiana Familiari e Vittime della Strada – Sezione di Potenza; Scuole Guida
Gruppo di progetto	Granata Angela, Lo Sasso Filomena, Negrone Francesco, Nolè Francesco, Padula Caterina, Romano Rosalba, Sorrentino Gerardina, Tozzi Rosaria
Referente di progetto	Dott.ssa Filomena Lo Sasso, Dirigente Medico dell’Unità operativa di Igiene, Epidemiologia, Sanità Pubblica – Dipartimento di Prevenzione dell’ex ASL n. 2 di Potenza, Azienda Sanitaria Lcale di Potenza – ASP, Referente ASP di Educazione alla Salute
Beneficiari	Popolazione scolastica di 13/19 anni – Città di Potenza

Albero degli obiettivi: “Sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali”

Obiettivo di salute: Ridurre del 10% la mortalità e gli esiti invalidanti degli infortuni stradali



Quadro logico: Sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali

Obiettivo di salute: Ridurre del 10% la mortalità e gli esiti invalidanti degli infortuni stradali

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali			
Obiettivo specifico	Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali	- n. incidenti stradali - n. morti/n. incidenti - n. esiti invalidanti/n. incidenti	Report regionale SDO ISTAT	
Risultato atteso 1	E' stato realizzato un Sistema di Sorveglianza Integrata degli incidenti stradali	- documento - Linee guida per la realizzazione Sistema Sorveglianza Integrata - n° di incontri formativi sul sistema/n°incontri programmati - n°infortuni stradali inseriti nel sistema	Regione referente del S.S.I report	
		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Costituzione gruppo interdisciplinare, con l'individuazione di un referente	- atto istitutivo del gruppo		
Attività 1.2	Formazione ed informazione sul sistema informativo e sulle procedure di trasmissione dati	- Lettera di presentazione e comunicazione evento formativo - Supporti tecnici e strumenti didattici	- materiale - aule	
Attività 1.2.1	Coordinamento con le Forze dell'ordine, A. Ospedaliera S.Carlo.	- Lettera di presentazione e comunicazione evento formativo	- materiale	

Risultato atteso 2	E' stata realizzata la campagna di informazione e sensibilizzazione sulla sicurezza stradale	<ul style="list-style-type: none"> - n° di incontri svolti/ incontri programmati - n° di studenti partecipanti/n° studenti censiti - n° scuole guida che hanno aderito - quantità di materiale divulgato 	- registrazione degli eventi	Scarsa partecipazione destinatari
		Mezzi	Costi	
Attività 2.1	Organizzazione di seminari, incontri nelle scuole	<ul style="list-style-type: none"> - registrazione degli eventi - questionario somministrato - griglie di valutazione 	<ul style="list-style-type: none"> - rimborsi spesa - personale docente 	Disponibilità istituzioni scolastiche
Attività 2.1.1	Messa a disposizione di opuscoli informativi, video ecc	- materiale divulgativo	- materiale stampato e video prodotti.	
Attività 2.2	Campagne di informazione effettuate presso le scuole guida della Città di Potenza	<ul style="list-style-type: none"> - supporto didattico e strumentale - Aule 	<ul style="list-style-type: none"> - materiale - rimborsi spesa - personale docente 	
		Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di Verifica	
Risultato atteso 3	E' stata effettuata la raccolta dei dati	<ul style="list-style-type: none"> - relazione finale - n° infortuni stradali inseriti nel sistema 	- report	
		Mezzi	Costi	
Attività 3.1	Verifica dei flussi informativi	- report		
Attività 3.2	Elaborazione dei dati	- Indagini realizzate		

Cronogramma

Risultato atteso 1 – E' stato realizzato un Sistema di Sorveglianza Integrata degli incidenti stradali															
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti	2010											
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.1	Costituzione gruppo di lavoro interdisciplinare	Referente progetto		■											
1.2	Formazione ed informazione sul sistema informativo e sulle procedure di trasmissione dati	Referente progetto	Attori				■								
Risultato atteso 2 - E' stata realizzata la campagna di informazione e sensibilizzazione sulla sicurezza stradale															
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti												
2.1	Organizzazione di seminari, incontri nelle scuole	Responsabile attività formative	beneficiari										■		
2.2	Campagne di informazione effettuate presso le scuole guida della Città di Potenza	Responsabile attività formative											■		
2.1	Organizzazione di seminari, incontri nelle scuole	Responsabile attività formative		2011						2012					
2.2	Campagne di informazione effettuate presso le scuole guida della Città di Potenza	Responsabile attività formative		■						■					

Risultato atteso 3 - Individuazione popolazione con danno organo								
Codice	Attività	Responsabili	partecipanti	2010		2011		2012
				1	12	1	12	
3.1	E' stata effettuata la raccolta dei dati	Responsabile progetto		■		■		■

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore Al 31/12/2010		Valore indicatore Al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Disponibilità del sistema sperimentale di sorveglianza integrata	Atti del Referente progetto	=	=	100%	=	=	=
n. incidenti stradali	report SDO ISTAT	=	=	=	=	=	
n. interventi formativi svolti/n. interventi programmati	Atto di adozione del programma informativo	=	=	60%	=	80%	=
- n. morti/n. incidenti	report SDO ISTAT	=	=	-5%	=	-10%	=
- n. esiti invalidanti/n. incidenti	report SDO ISTAT	=	=	-5%	=	-10%	=

(1) con indicazione del numero di interventi informativi effettuati/numero totale di incontri programmati, del numero di scuole che hanno aderito al progetto/numero totale delle scuole interessate, del numero di studenti che hanno partecipato agli incontri informativi/numero totale degli studenti interessati e dei risultati di valutazione dell'apprendimento (grado di conoscenza sull'importanza dei corretti comportamenti alla guida e del rispetto delle regole – grado di conoscenza dei mezzi di protezione e del loro uso corretto e delle norme di primo soccorso).

Budget

Voci di costo	Costo €
Costruzione software dedicato e relativa manutenzione	20.000
Attrezzature tecnologiche	5.000
Costo personale	30.000
Rimborsi spesa	3.000
Materiali divulgativo/didattico	12.000
Organizzazione incontri	20.000
Totale	90.000

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n 4

Regione: Basilicata

Macroarea: Prevenzione universale (2)

Linea d'intervento generale: Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro - correlate. (2.2)

Obiettivo generale di salute: Ridurre gli infortuni mortali e con esiti invalidanti nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio

Titolo del progetto: Sicurezza nei cantieri edili

Obiettivo di salute del progetto: Ridurre gli infortuni mortali e con esiti invalidanti del 10% nel comparto delle costruzioni

Numero progressivo del progetto nel piano operativo regionale: 2.2.1

Popolazione target: Lavoratori dipendenti ed autonomi delle piccole medie imprese del comparto costruzioni circa 20.000 operatori.

Attori: Dipartimento Regionale Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità – Ufficio Politiche della Prevenzione – Settore Medicina del Lavoro – Dipartimento di Prevenzione (U.O. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro – U.O. di Prevenzione, Protezione e Impiantistica nei Luoghi di Lavoro) – Azienda Sanitaria Locale di Potenza – Ambiti Territoriali ex ASL 1 e 2 (Venosa – Potenza) – SerT.

Portatori di interesse: ordini provinciali degli ingegneri, geometri ed architetti. Associazioni di categoria, Sindacati, INAIL, SSR.

Gruppo di progetto: Dr.ssa Cauzillo G., Dr. Perrotta A., Dr. Romanelli S., Dr. Via M.

Referente del progetto: Dr. Via Michele, Direttore U.O. Medicina del Lavoro e Sicurezza negli ambienti di lavoro ex ASL 2 Potenza

Analisi del contesto/Descrizione dell'intervento

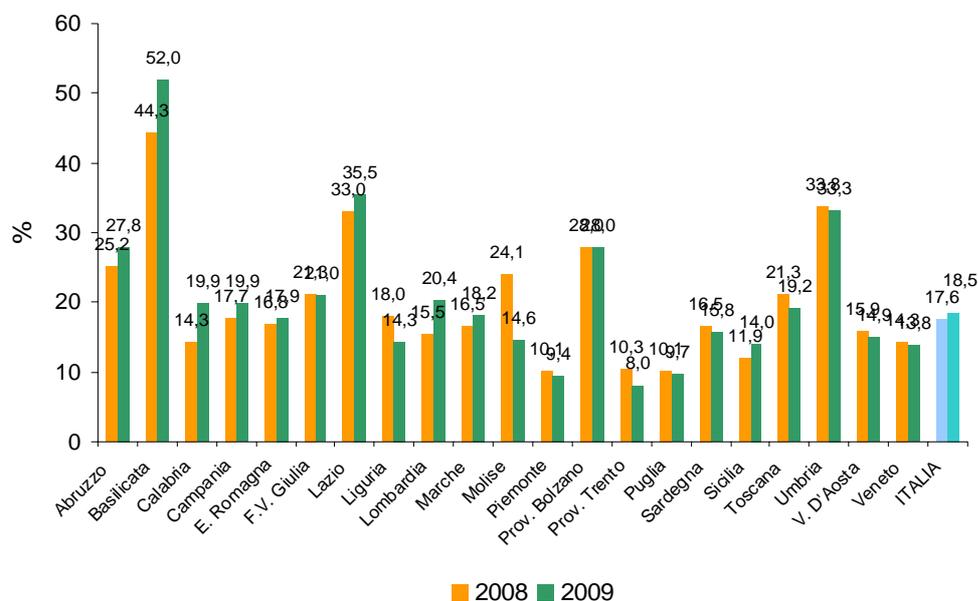
Con il presente progetto si intende implementare una serie di eventi informativo/formativi - periodo 2011-2012, già programmati dalla Regione Basilicata/Dipartimento Salute – anno 2010 ed in progress, per ambiti territoriali di ex ASL, che mirano a diffondere la così detta cultura della sicurezza del lavoro, (atteso che tutti i “traguardi” della linea progettuale “infortuni sul lavoro” – PRP 2005-2009 al 31/12/2009 sono stati raggiunti). Tanto rispetto al comparto costruzioni, caratterizzato anche in Basilicata da un più elevato rischio d'infortunio (1), e nell'ambito territoriale dell'ex ASL n. 1 e 2 di Potenza e Venosa – Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP, attraverso gli organismi pubblici di controllo, con il coinvolgimento delle parti sociali, ritenendo che gli stessi organismi possano rappresentare una risorsa importante nel fornire all'impresa le motivazioni adeguate a sollecitare gli investimenti dovuti a fini di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro e ai lavoratori le informazioni utili a sviluppare la consapevolezza di essere soggetti di un sistema che richiede anche la loro partecipazione responsabile per la protezione di se stessi e dei colleghi dai rischi cui sono esposti durante il lavoro e le conoscenze necessarie allo scopo ed in definitiva in ottemperanza all'art. 10 del D.Lgs. n. 81/2008, considerato che all'Ente Regione è demandato il compito di pianificare-programmare le azioni di settore, sia in termini di vigilanza, che in termini di assistenza, informazione, formazione. Con il presente progetto s'intende tra l'altro rendere disponibili in rete le esperienze rivenienti dal complesso degli eventi informativo - formativi già programmati – anno 2010 ed in progress, che comprendono anche eventi riguardanti il primo soccorso aziendale, i lavori di ammodernamento del tratto lucano dell'autostrada Salerno – Reggio Calabria, il comparto della metalmeccanica, i settori elettrico e termotecnico), ciascuno dei quali, compresi gli interventi in riprogrammazione con il presente progetto, prevede l'organizzazione ed il coordinamento territoriale in capo ai servizi ASL.

(1) in Basilicata il 30% degli infortuni sul lavoro indennizzati della gestione “Industria” e oltre il 50% delle morti legate al lavoro nell'ambito della stessa gestione riguardano il comparto costruzioni che si caratterizza peraltro da un rapporto percentuale “infortuni indennizzati in permanente e mortali/totale infortuni indennizzati” e una “durata media degli infortuni indennizzati (gg.)” superiori

alle rispettive medie nazionali (infortuni indennizzati in permanente e mortali/totale infortuni indennizzati – comparto costruzioni: Basilicata 12,7%; Italia 9,2% - durata media infortuni indennizzati (gg.): Basilicata 53; Italia 40).

Difatti ci si propone di ottenere nel medio periodo un obiettivo cambiamento di rotta, quale obiettivo auspicabile, sviluppando azioni consistenti nella realizzazione di misure di prevenzione che passano attraverso la comunicazione diretta nell’ambito dei percorsi di informazione – formazione delineati, con particolare attenzione alle piccole e medie imprese, che caratterizzano anche il tessuto produttivo regionale. Il presente progetto prevede nello specifico di dare continuità per gli anni 2011-2012 alla suddetta programmazione regionale (in progress) relativamente agli interventi di supporto a favore di operatori del comparto costruzioni, puntando per gli anni a venire proprio sulle iniziative di “sensibilizzazione”, essendosi ormai consolidate a buoni livelli – anche in termini di sinergie, come quelle in essere tra ASL e DPL - le attività ispettive, come risulta dal documento inerente la “rilevazione dei dati di organizzazione e attività dei servizi PSAL – elaborazione dati 2009 – presentazione al coordinamento PISSL – ottobre 2010” di cui si riportano a seguire le percentuali dei cantieri ispezionati sui notificati – anni 2008 -2009 a confronto – per regione.

% cantieri ispezionati sui notificati



Il presente progetto si propone di realizzare n. 3 eventi informativo -formativi dedicati di cui n. 1 sui rischi generali del comparto e proposta linee guida per la sorveglianza sanitaria, n. 1 sulle problematiche correlate all’uso di alcool e droghe e n. 1 sugli infortuni sul lavoro: cause e metodologie preventive, la cui riorganizzazione – attuazione prevista a partire da secondo semestre 2011 sarà coordinata nell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP - Ambito Territoriale ex ASL n. 2 di Potenza dall’U.O. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, che coinvolgerà le associazioni di categoria di datori di lavoro e lavoratori, che saranno chiamate a garantire tra l’altro la partecipazione dei beneficiari, e che coinvolgerà anche il SerT per la trattazione degli argomenti di competenza. Gli eventi si concluderanno con una prova finale di verifica dell’apprendimento, di valutazione sul gradimento dell’informativa ricevuta, con la rappresentazione di eventuali ulteriori bisogni di informazione – formazione, e si svolgeranno nelle sedi decise a livello locale in condivisione con le parti sociali. Ciascun evento avrà durata di n. 5 ore ed il numero di partecipanti per evento sarà definito in fase organizzativa.

Le fasi in cui il presente progetto si articola sono: 1) la costituzione del gruppo di lavoro aziendale composto da medici, ingegneri e tecnici della prevenzione; 2) la redazione del piano di lavoro; 3) la realizzazione degli eventi informativo/formativi previsti; 4) la costruzione della pagina web che

rende disponibile le esperienze rivenienti da tutti gli eventi informativo/formativi realizzati nel periodo 2011-2012, compresi quelli già programmati ed in progress – anno 2010, che si compongono delle attività riportate successivamente in schema, unitamente ad attori, portatori di interesse, gruppo e referente di progetto, beneficiari, cronoprogramma, budget ed indicatori di processo ed esito.

Le fasi 1), 2) e 3) si sviluppano a livello aziendale (ex ASL2 – Potenza, la fase 4) a livello regionale.

Si specifica qui che le criticità che potrebbero influire sulla realizzazione e gli esiti del presente progetto si sostanziano nella sostenibilità dei carichi di lavoro aggiuntivi, nella possibile scarsa partecipazione dei beneficiari e nell'insufficienza di budget.

Fase 1 – Costituzione del gruppo di lavoro aziendale composto da medici, ingegneri e tecnici della prevenzione	
Azione 1.1	Confronto interno ai servizi aziendali, raccordo-confronto con SerT e parti sociali
Risultato atteso 1.1.1	Condivisione delle attività di progetto
Risultato atteso 1.1.2	Atto aziendale costitutivo del gruppo di lavoro
Fase 2 – Piano di lavoro	
Azione 2.2	Definizione - condivisione su argomenti da trattare, relatori, n. partecipanti, sedi – calendario (giorni/ orari) e materiali da utilizzare per la realizzazione delle attività, per ciascuno degli eventi previsti, nonché delle modalità di trasferimento - riproducibilità in web dei lavori e relative risultanze
Risultato atteso 2.2.1	Atto aziendale di adozione del piano di lavoro (programma di dettaglio per ciascuno degli eventi previsti)
Fase 3 – Realizzazione degli eventi	
Azione 3.1	Informazione/formazione sui rischi generali per la salute e la sicurezza specifici del comparto, proposta linee guida per la sorveglianza sanitaria.
Risultato atteso 3.1.1	Apprendimento dei rischi occupazionali (anche rispetto alle malattie professionali) relativamente a “ <i>Rischio chimico (sostanze tossiche e nocive, irritanti e sensibilizzanti di cute e mucose); Rumore; Polveri/fibre; Vibrazione a sistema mano/braccio e a corpo intero; Movimentazione manuale dei carichi e movimenti ripetitivi degli arti superiori/posture incongrue; Esposizione a condizioni microclimatiche estreme; Lavoro in altezza; Movimentazione terra e guida di mezzi d’opera;</i> ”, proposta linee guida per la sorveglianza sanitaria
Azione 3.2	Informazione – formazione sugli obblighi normativi e sugli effetti generali di alcool e droghe e rischi lavorativi correlati
Risultato atteso 3.2.1	Apprendimento delle basi normative per la prevenzione dei rischi legati all’uso/abuso di alcool e droghe relativamente alle “ <i>Nuove disposizioni in campo legislativo in materia di alcool e droghe</i> ”
Risultato atteso 3.2.2	Apprendimento degli effetti sulla salute derivati dall’assunzione di alcool e droghe e sui comportamenti atti ad evitare rischi sui luoghi di lavoro
Azione 3.3	Informazione/formazione su cause di infortunio e metodologie preventive relativamente a “ <i>Frequenza e cause d’ infortunio e requisiti di sicurezza da garantire a fini preventivi</i> ”
Risultato atteso 3.3.1	Apprendimento delle misure di tutela
Fase 4 - Costruzione pagina web interattiva con tutti gli eventi informativo-formativi realizzati	
Azione 4.1	Raccordo con tutte le competenti unità operative Asl
Risultato atteso 4.1.1	Definizione contenuti e modalità di funzionamento della pagina web
Risultato atteso 4.1.2	Pagina web attiva
Attori	Dipartimento Regionale Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità – Ufficio Politiche della Prevenzione – Settore Medicina del Lavoro – Dipartimento di Prevenzione (U.O. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro – U.O. di Prevenzione, Protezione e Impiantistica nei Luoghi di Lavoro) – Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP – Ambito Territoriale ex ASL 1 e 2 di Potenza e Venosa – SerT per gli eventi informativo/formativi del progetto – Dipartimenti di prevenzione – tutti (UU.OO. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro – UU.OO. di Prevenzione, Protezione e Impiantistica nei Luoghi di Lavoro) per la condivisione della prevista pagina web dedicata
Portatori d’interesse	Parti sociali
Gruppo di progetto	Dr.ssa Cauzillo G., Dr. Perrotta A., Dr. Romanelli S., Dr. Via M.
Referente di progetto	Dr. Via Michele, Direttore U.O. Medicina del Lavoro e Sicurezza negli ambienti di lavoro ex ASL 2 Potenza
Beneficiari	Piccole e medie imprese (rif. Art. 10 – D.Lgs n. 81/2008)

Indicatori di processo ed esito

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore Al 31/12/2010		Valore indicatore Al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Atto aziendale di costituzione del gruppo di lavoro	Relativo documento	=	=	100%	=	=	=
Atto aziendale di adozione del piano di lavoro	Relativo documento	=	=	100%	=	=	=
numero di corsi di informazione- formazione eseguiti/numero di corsi di informazione - formazione preventivati *100	Rapporto di servizio	=	=	70%	=	100%	=
numero di operatori del comparto con competenze acquisite/numero totale operatori partecipanti *100	Questionario di verifica dell'apprendimento	=	=	50%	=	100%	=
numero di partecipanti che hanno assunto comportamenti virtuosi/ numero di partecipanti con comportamenti a rischio per uso di alcool e droghe *100	Questionario su stili di vita somministrato in forma anonima prima dell'evento a confronto con lo stesso questionario somministrato al 31/12/2012	=	=	=	=	50%	=
disponibilità in rete delle attività di informazione/formazione e risultati (comprese le attività ed i risultati della programmazione regionale su informazione/formazione sui temi della tutela della salute e della sicurezza del lavoro programma 2010)	realizzazione del sito	=	=	50%		100%	=

Cronoprogramma

Risultati attesi	Mesi																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
1.1.1																									
1.1.2																									
2.2.1																									
3.1.1																									
3.2.1																									
3.2.2																									
3.3.1																									
4.1.1																									
4.1.2																									

Legenda codici risultati attesi

1.1.1 – condivisione attività di progetto

1.1.2 – atto aziendale istitutivo del gruppo di lavoro

2.2.1 – atto aziendale di adozione del piano di lavoro

3.1.1 – valutazione dell' apprendimento sui rischi occupazionali generali

3.2.1 – valutazione dell' apprendimento delle basi normative per la prevenzione dei rischi da uso/abuso di alcool e droghe

3.2.2 - valutazione dell'apprendimento degli effetti sulla salute derivati dall'assunzione di alcool e droghe e sui comportamenti a rischio

3.3.1 – valutazione dell' apprendimento delle misure di tutela

4.1.1 – definizione contenuti e modalità di funzionamento della pagina web (pagina informativa)

4.1.2 – pagina web attiva

Budget

Voci di costo	Costo €
Costi relativi al personale impegnato	
Costo personale coinvolto	80.000
Spese di missione	10.000
Costi relativi alla realizzazione degli eventi	
Costo materiali didattici	20.000
Costi relativi alla costruzione – realizzazione -aggiornamento della pagina web	
Costo personale dedicato	30.000
Totale	140.000

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 5

Regione: Basilicata

Macroarea: Prevenzione universale (2)

Linea d'intervento generale: Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro – correlate (2.2)

Obiettivo generale di salute: mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio

Titolo del progetto: Prevenzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti nel comparto agricolo

Numero progressivo del progetto nel piano operativo regionale: 2.2.2

Obiettivo di salute del progetto: ridurre del 10% gli infortuni mortali e con esiti invalidanti nel settore agricolo nel periodo 2010-2012

Popolazione target: Lavoratori dipendenti ed autonomi occupati nelle aziende del comparto agricolo nell'ambito territoriale dell'ex ASL5 di Montalbano Jonico (MT) - 10% degli occupati pari a 1.600 unità.

Attori: Dipartimento Regionale Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità – Ufficio Politiche della Prevenzione – Settore Medicina del Lavoro – Dipartimento di Prevenzione (U.O. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro – U.O. di Prevenzione, Protezione e Impiantistica nei Luoghi di lavoro) – Azienda Sanitaria Locale di Matera – ASM – Ambito Territoriale ex ASL5 di Montalbano Jonico

Portatori di interesse: Associazioni di categoria del settore Agricoltura (C.I.A., Coldiretti, Confagricoltura, e altri), OP (organizzazioni di produttori) Cooperative operanti nel settore agricolo.

Gruppo di progetto: Armillei R., Cauzillo G., Donadio G., Toscano N.tta.

Referente del progetto: Dott.ssa Armillei R., Direttore U.O. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro ASM – Ambito territoriale ex ASL 5

Analisi del contesto

Il presente progetto si inserisce nel quadro delle indicazioni nazionali riportate nel “Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro recepito con il DPCM 17.12.2007, che richiede “la programmazione di azioni su tutto il territorio nazionale” “con particolare urgenza, in base ai dati ad oggi disponibili”, nel comparto “dell'agricoltura - selvicoltura”, al fine di ridurre l'incidenza del fenomeno infortunistico.

In tale ambito il 27.01.2010 la Conferenza Stato – Regioni ha approvato il Piano Nazionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura 2010-2012 di cui il presente progetto costituisce la fase iniziale di recepimento. Il Piano prevede azioni coordinate di vigilanza, informazione, formazione ed assistenza. Per l'attività di vigilanza, sulla base di quattro parametri - aziende agricole presenti, infortuni gravi e mortali, addetti al comparto - viene demandato ad ogni Regione l'impegno di modulare localmente l'intervento, al fine di raggiungere l'obiettivo di 10.000 aziende/anno sul territorio nazionale, con una distribuzione di controlli sufficiente a far percepire diffusamente la presenza e l'attenzione dei servizi da cui la previsione di almeno 100 aziende agricole da ispezionare ogni anno sull'intero territorio di regione di cui 20 aziende agricole con meno di 300 giornate lavorate/anno e 80 con oltre 300, escludendo dai controlli programmati quelle con meno di 50 giornate.

In parallelo all'azione di vigilanza, il Piano Nazionale Agricoltura sollecita le attività di promozione delle misure di prevenzione attraverso iniziative di informazione, di formazione e di assistenza), ivi compresa la diffusione di materiali divulgativi e manuali, anche attraverso la costruzione di un sito web.

Per il raggiungimento degli obiettivi dettati dal Piano sussistono sicuramente delle criticità territoriali, che la Regione Basilicata dovrà sicuramente affrontare e superare nella prossima fase attuativa, quali un pregresso storico di attività di vigilanza nel settore agricolo frammentata e disomogenea, concentrata soprattutto nelle indagini per infortuni gravi e mortali.

Peraltro la difficoltà di applicazione della normativa di sicurezza alle imprese familiari, ai coltivatori diretti e ai collaboratori familiari ha frenato di per sé l'attività di prevenzione, con riguardo sia alla sicurezza delle macchine e delle attrezzature che agli aspetti sanitari e di formazione.

Lo stesso D.Lgs. 81/2008 pur ampliando il campo di applicazione della normativa di tutela anche ai lavoratori autonomi e ai collaboratori familiari per gli aspetti tecnici di sicurezza macchine ed attrezzature e per l'uso di dispositivi personali di protezione non impone, ma lascia facoltativo, l'accesso ai programmi di formazione e la sorveglianza sanitaria. Questa possibilità di fatto si traduce in esclusione e assume carattere di grande rilevanza sanitaria in termini di cultura professionale emarginata e di mancata sorveglianza sanitaria di questa popolazione, che si estende anche ai lavoratori occasionali e stagionali. Del resto, il basso numero di malattie professionali evidenziate in Agricoltura documenta, come detto, una probabile sottostima del fenomeno, aggiungendo che ciò provoca ricadute di disuguaglianza sanitaria e sociale dovute al mancato indennizzo delle patologie. Gli infortuni mortali in agricoltura non accennano a diminuire. Tanti i fattori che contribuiscono a farli accadere: la frammentarietà della realtà produttiva, la tipologia di azienda, spesso a conduzione familiare, l'età elevata, il basso grado di formazione e addestramento dei capi azienda, l'utilizzo di manodopera straniera migrante, spesso non formata se non addirittura improvvisata, il lavoro sommerso, la presenza di persone che si dedicano all'attività agricola in maniera saltuaria che operano a titolo hobbistico nel settore.

L'agricoltura in Basilicata

In Basilicata, secondo i dati dell'Annuario Statistico Italiano del 2008, sono presenti nel comparto agricolo 57.281 aziende⁽¹⁾, di cui 50.337 con un'unica unità di lavoro - ULA (in agricoltura una unità di lavoro - ULA è posta a 280 giornate lavorate nell'azienda da cui il dato della presenza in regione di ben 50.337 aziende agricole con un solo addetto).

Secondo l'ultimo Censimento ISTAT dell'Agricoltura (5° Censimento - anno 2000), la Basilicata è, tra l'altro, l'unica regione d'Italia in cui nel periodo che va dal 1999 al 2000 c'è stato un incremento del numero di aziende agricole (+ 0,7%) a fronte di una riduzione media nazionale pari al 13,4%.

Si aggiunge che il numero complessivo degli occupati presso le 57.281 aziende del comparto ammonta a 16.000 ULA (l'8% del totale della popolazione regionale occupata).

Si evidenziano inoltre le seguenti peculiarità:

- il numero complessivo degli addetti, comprensivo dei familiari, dei dipendenti e degli avventizi, è costituito per il 90% da familiari, la manodopera dipendente è inferiore al 2%, quella avventizia pari a circa il 6%, risultando un gran numero di piccole imprese condotte e gestite autonomamente dalla famiglia del conduttore;
- le donne rappresentano quasi 1/3 del numero complessivo degli addetti;
- nella maggior parte delle aziende l'ambiente di lavoro coincide con l'abitazione del nucleo familiare, con contiguità dei rischi anche per la popolazione non lavorativa;
- l'aumento rilevante della meccanizzazione, che riguarda ormai la maggior parte delle aziende, là dove per titolo di utilizzazione prevalgono, in linea di massima, la proprietà e il contoterzismo (mezzi forniti da terzi);
- un consumo annuale di 429.831 quintali di fertilizzanti e 1.972.312 chili di fitosanitari.

Il fenomeno infortunistico in Basilicata

In Basilicata, il numero degli infortuni avvenuti in Agricoltura e denunciati all'INAIL - periodo 2005/2007 ed indennizzati a tutto il 30/04/2008, per anno di gestione e tipo di conseguenza, sono riportati nella seguente tabella:

Gestione	Anni	Denunce		Indennizzi		
		Totali	Mortali	Temporanea	Permanente	Morte
AGRICOLTURA	2005	1.268	5	983	81	5
	2006	1.206	4	921	72	4
	2007	1.106	0	772	58	0

⁽¹⁾Nelle 57.281 aziende lucane del comparto agricolo sono comprese quelle caratterizzate da attività propriamente agricole (in particolare conduzione di colture di tipo seminativo e/o arboricolo), da attività forestali e da attività zootecniche (con allevamenti di bestiame), anche le aziende esclusivamente zootecniche, prive di terreno agrario.

Si riporta di seguito la situazione regionale 2007/2008 a confronto (bilancio infortunistico 2008 – infortuni denunciati al 30/04/2009)

Gestione	Infortuni			Infortuni mortali	
	2007	2008	Var. %	2007	2008 ^(*)
AGRICOLTURA	1.106	1.147	+3,7	0	6

^(*)Dati provvisori

Al 30/04/2009 (bilancio infortunistico 2008 – dati provvisori) la Basilicata registra in tutto 20 infortuni mortali (+ 7 rispetto al 2007), di cui 14 nell'Industria e Servizi e 6 in Agricoltura, rispettivamente + 1 e + 6 rispetto all'anno precedente.

Nel periodo 2005-2007 (aggiornamento al 30/04/2008) sono stati denunciati complessivamente 20.212 eventi (6.737,3/anno), di cui 3.580 in Agricoltura (1.193,3/anno), 15.774 nell'Industria e Servizi (5.258/anno) e 850 a carico di Dipendenti Conto Stato (283,3/anno).

Degli 40 infortuni mortali denunciati nello stesso periodo (13,3/anno), 9 si sono verificati in Agricoltura (3,0/anno) e 31 nell'Industria e Servizi (10,3/anno)

Di quelli indennizzati (in totale 15.220 al 30/04/2008), 2.896 riguardano l'Agricoltura (965,3/anno), 11.804 l'Industria e Servizi (3.934,7/anno) e 520 i Dipendenti Conto Stato (173,3/anno). La rispettiva distribuzione per gestione e tipo di conseguenza è la seguente:

Gestione	Infortuni indennizzati – Anni 2005 – 2007		
	Temporanea	Permanente	Morte
Agricoltura	2.676	211	9
Industria e Servizi	10.915	860	29
Dip. Conto Stato	469	51	0

La maggior parte degli infortuni sul lavoro (in termini di valori assoluti e percentuali) si verificano in effetti nell'Industria e Servizi, che nel triennio 2005-2007 registra il 78% degli infortuni denunciati ed il 77% degli eventi ad esito mortale. Pur tuttavia l'Agricoltura registra il maggior incremento di morti sul lavoro nel periodo 2007 – 2008 ed il più alto indice di frequenza – IF di infortuni indennizzati (numero di infortuni indennizzati per 1.000 occupati ISTAT) – anno 2007: Agricoltura: 51,8 vs Industria e Servizi: 30,4.

A ciò si aggiunge che in Agricoltura:

- circa il 45% degli infortuni è in relazione a strutture edili e superfici come agente materiale di contatto – contatto conseguente nel 90% e oltre dei casi a cadute, urti e collisioni, spesso per ribaltamento di mezzi;
- le lesioni maggiormente riscontrate sono rappresentate in oltre la metà dei casi da lussazioni e contusioni che interessano gli arti;
- le morti ricorrono prevalentemente per traumi a carico di cranio e organi interni.

Il fenomeno infortunistico in Agricoltura, pur in presenza di una generale riduzione negli anni, resta quindi rilevante, anche per il fatto che la popolazione regionale ivi occupata – media 2007 si è attestata intorno all'8% del totale degli occupati mentre gli infortuni del comparto rappresentano nello stesso periodo di riferimento il 20% del totale di tutti gli eventi occorsi in regione, considerato peraltro che risulta sottostimato in quanto una certa quota di eventi non viene rilevata dalle statistiche utilizzate - statistiche INAIL. Difatti sono esclusi dall'assicurazione obbligatoria i lavoratori autonomi per i quali l'attività agricola non sia prevalente ai sensi della Legge 243 del 19 luglio 1993. Tanto da portare a ritenere ad esempio che l'entità complessiva degli infortuni mortali possa essere quasi il doppio del dato INAIL.

Il fenomeno infortunistico in provincia di Matera

Si focalizza il fenomeno in questa provincia - provincia di Matera (dove opera circa il 50% delle aziende agricole lucane) perché si ritiene opportuno di avviare qui le attività di informazione – formazione (da intendersi come supporto), per quanto riguarda il comparto agricolo, in termini di “iniziativa pilota”.

Dunque, il numero degli infortuni avvenuti in Agricoltura e denunciati all’INAIL in provincia di Matera presenta anch’esso un trend decrescente fatta eccezione per l’ultimo anno disponibile in cui c’è stato un incremento rispetto all’anno precedente, come si evince dalla tabella sottostante, che li rappresenta dal 2000 al 2008 per tipo di definizione, a fronte di un numero complessivo di occupati altalenante, ma tendenzialmente in crescita, pari a 7.000 unità – anno 2007, da cui una frequenza di infortuni indennizzati – anno 2007 di 43,6 per 1.000 occupati ISTAT vs Basilicata 51,8.

N46_TipoDefinizione	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
FR Franchigia	27	29	21	10	13	11	10	8	9
MC Morte con Superstiti	0	0	1	2	0	2	1	0	0
MS Morte senza Superstiti	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ND Non Definita	0	0	8	2	0	0	2	21	31
NE Negativa	190	243	128	115	65	97	81	68	75
PE Permanente	29	18	23	21	31	24	27	26	17
RS Regolare Senza Indennizzo	2	8	5	9	5	3	2	6	5
TE Temporanea	607	524	459	471	463	402	350	279	355
TOTAL	855	822	645	630	577	539	473	408	493

Nel 2008 si registrano quindi altri 493 infortuni (+ 85 rispetto al 2007) - di cui 1 mortale, 17 permanenti e 355 con invalidità temporanea riconosciuta, con un indice di frequenza – IF che sale a 53,3 per 1.000 occupati.

Gli eventi sono generalmente correlati all’uso da attrezzature varie e veicoli. Il trattore da solo è responsabile del 10% degli infortuni e del 35% di quelli mortali, che nel 50% dei casi si verificano per trauma cranico.

Inoltre, per quanto riguarda le modalità di accadimento, pur non esistendo statistiche significative in merito, è possibile affermare che i rischi più gravi a cui è esposto l’operatore alla guida del trattore sono sicuramente rappresentati dai ribaltamenti trasversali e/o longitudinali per sovraccarico del mezzo (ad es. attrezzature collegate), per sforzo eccessivo di traino, per manovre brusche, per eccessiva pendenza del terreno.

Le malattie professionali in Basilicata e in provincia di Matera

Le malattie professionali sono eventi lesivi che derivano da attività lavorative. Poco eclatanti nell'insorgere minano più o meno gravemente il benessere psico – fisico del lavoratore e, talvolta, anche a distanza di anni, sono la causa delle complicanze che concorrono al suo decesso.

Le patologie da esposizione a fattori di rischio presenti nell'ambiente di lavoro o da esso derivanti possono essere correlate ad agenti diversi, ivi compresi quelli che possono favorire l'insorgenza di tumori.

Tra le malattie professionali si annoverano anche malattie allergiche, malattie muscolo - scheletriche (da disergonomie e sovraccarico funzionale), malattie da stress lavorativo (ansia, depressione, disturbi psico-sociali ecc.), malattie causate dalla stessa organizzazione del lavoro (tempi e metodi) ...

I danni alla salute da svolgimento delle attività lavorative possono essere immediati o legati a lesioni croniche e permanenti che, pur provocando al lavoratore grave nocimento, non sono visibili da subito e si producono in tempi più o meno lunghi. Tra l'altro vi sono grandi difficoltà di riconoscimento dei tumori come malattie professionali proprio perché la sintomatologia inizia ad emergere lentamente e lontano nel tempo rispetto al periodo di esposizione ad agenti cancerogeni presenti nell'ambiente di lavoro.

Forse è per tale motivo che l'INAIL riceve una quantità di denunce di tumori professionali decisamente inferiore rispetto alla casistica reale e ne conferma poche. D'altra parte il nesso di causalità non può sostenersi sulla base di semplici presunzioni, tratte da ipotesi o teorie scientifiche; la dimostrazione deve essere concreta e specifica, fondata su criteri di probabilità e razionalità, sorretta perciò da dati scientifici accettabili sotto il profilo logico ed epidemiologico ed idonei a tradurre in ragionevole certezza le conclusioni cui si perviene.

Anche per ciò – oltre che per omessa denuncia - il fenomeno generale della sottotifica (da cui la sottostima) delle malattie professionali, ampiamente riconosciuto, la cui segnalazione presenta comunque un incremento, ed il fatto che anche le malattie professionali del comparto agricolo rappresentano, in termini numerici, un problema di salute almeno apparentemente meno rilevante rispetto agli infortuni, in relazione tra l'altro alla mancata attivazione delle procedure di sorveglianza sanitaria in questo stesso comparto.

L'aggiornamento della casistica al 2007 evidenzia in Italia circa 30.000 denunce di cui quasi il 90% a carico dell'Industria e servizi.

Anche in Basilicata se ne registra un trend in ascesa (anno 2003: 200; anno 2007: oltre 300) che interessano soprattutto lo stesso settore dell'Industria e Servizi (anno 2003: 194/anno 2007: 314) vs Agricoltura – anno 2003: 6; anno 2007: 18.

Si aggiunge che dal 2000 al 2008 l'INAIL di Basilicata ha definito 1.785 denunce di malattia professionale (94 relative al comparto agricolo), di cui 1.086 non tabellate, con esito negativo per 1.317 (77 su 94 nel comparto agricolo). Da qui la frequenza di circa 200 malattie professionali denunciate all'anno, con prevalenza dei disturbi permanenti dell'udito (ipoacusia – sordità), sempre maggior incidenza delle patologie muscolo-scheletriche (da postura incongrua, movimenti - micro-traumi ripetitivi, inadeguata movimentazione manuale di carichi) oltre che delle malattie cutanee respiratorie.

Si ritorna quindi a focalizzare l'attenzione sulle malattie professionali che riguardano la provincia di Matera per le stesse ragioni espresse nella descrizione del fenomeno infortunistico.

Dunque, delle 94 malattie professionali denunciate nel comparto agricolo lucano – anni 2000/2008 (Basilicata: 10,4/anno;), 37 riguardano la provincia di Matera ed in linea con quanto osservato a livello nazionale e regionale per tutti i comparti (ivi compreso quello agricolo) si nota una chiara tendenza alla flessione del numero delle malattie tabellate a tutto vantaggio del complesso delle non tabellate (tendiniti, affezioni dei dischi intervertebrali, sindrome del tunnel carpale ecc.), che ormai rappresentano oltre i 2/3 del totale delle richieste di riconoscimento all'INAIL.

Nel comparto d'interesse (comparto agricolo) tra le malattie professionali più frequentemente denunciate per quanto riguarda la provincia di Matera risultano le ipoacusie, l'asma bronchiale e le alveoliti allergiche seguite dalle malattie osteoarticolari (sindrome del tunnel carpale, artrosi, tendiniti e discopatie).

Menzione ed approfondimento a se stanti meriterebbero ancora (in assenza di dati utili) la questione dei tumori professionali (n. 28 casi rilevati in tutta Italia dal 2003 al 2007, 9 in Basilicata) e delle intossicazioni acute da fitosanitari di cui il sistema di sorveglianza gestito dall'Istituto Superiore di Sanità nell'anno 2005 ha registrato 625 casi, 520 accidentali e così distribuiti: 218 in ambito lavorativo, quasi esclusivamente in Agricoltura; 153 in ambito domestico e 40 da inquinamento ambientale, ove i casi regionali di esposti a fitosanitari presi in esame dai Centri Anti Veleno (CAV) rappresentano l'1,3% del totale dei casi osservati

Descrizione dell'intervento

L'agricoltura è un settore prioritario di intervento per gravità e frequenza di rischio infortunistico, che si riscontra in molte realtà del territorio nazionale, ma in modo specifico in Basilicata, nella provincia di Matera, dove le caratteristiche produttive, tradizionali e geomorfologiche del territorio, rendono, più che altrove, pericoloso lavorare in questo settore. La maggior parte degli infortuni mortali e con esiti invalidanti in agricoltura sono dovuti a problematiche di sicurezza delle macchine agricole o a errate procedure di lavoro. L'obiettivo del progetto, in linea con l'obiettivo generale del Piano Nazionale di Prevenzione, è la riduzione del numero di infortuni gravi e mortali in agricoltura del 10% nel periodo 2010 – 2012. L'intervento proposto rappresenta un progetto pilota da sviluppare nel territorio di competenza dell'ASM – Azienda Sanitaria Locale di Matera – Ambito Territoriale dell'ex ASL n. 5 – Montalbano Jonico.

Si intende realizzare tale obiettivo utilizzando un metodo di lavoro fondato sulla concertazione e sulla condivisione delle proposte tra tutti gli attori, istituzionali e sociali, che si occupano a vario titolo del settore. Per raggiungere l'obiettivo di salute il progetto intende avviare e condurre delle attività che di seguito sono descritte:

- censimento e registrazione delle aziende agricole in un'anagrafe, secondo procedure ben definite, presenti sul territorio di competenza ASM,
- campagna di informazione e sensibilizzazione capillare sulla prevenzione degli infortuni agricoli, rivolta agli agricoltori e alle loro associazioni, nella quale si dovrà tener conto anche della presenza di lavoratori stranieri (extracomunitari);
- miglioramento della tutela dei lavoratori agricoli dipendenti ed autonomi, attraverso l'incremento, la qualificazione, la diffusione e l'efficacia dell'attività di controllo posta in essere dagli organi di vigilanza;
- adeguamento delle aziende agricole ai requisiti di sicurezza (incentivazione economica);
- sviluppo della collaborazione tra servizi ASL ed associazioni di categoria in continuità con la programmazione regionale – anno 2010 per attività informativo - formative;

Pertanto, dalle azioni ed i servizi messi in atto, ci si aspettano i seguenti risultati attesi:

1. elaborazione delle procedure operative per il censimento e registrazione delle imprese agricole
2. Modifica dei comportamenti e aumento delle competenze dei datori di lavoro e dei lavoratori del comparto agricolo, e dei privati
3. Adeguamento delle aziende agricole ai requisiti di sicurezza

L'evoluzione del progetto è rappresentata nella scheda di sintesi di seguito riportata e negli schemi a seguire.

Fase 1 – Realizzare la banca dati delle aziende agricole territoriali (anagrafe aggiornata delle aziende agricole - ambito territoriale ex ASL5)	
Azione 1.1	Acquisire ed informatizzare le informazioni contenute nei sistemi informativi disponibili
Risultato atteso 1.1.1	Banca dati attiva
Fase 2 – Elaborare una procedura per il controllo delle aziende agricole	
Azione 2.1	Predisporre la procedura di controllo seguendo le check list illustrata durante gli interventi formativi
Risultato atteso 2.1.1	Compilazione delle schede di verifica
Risultato atteso 2.1.2	Incremento delle aziende agricole a norma
Fase 3 - Monitorare l'attività di vigilanza sulle aziende agricole e relative prescrizioni di sicurezza impartite	
Azione 3.1	Predisporre modello reportistica
Risultato atteso 3.1.1	Modello reportistica definito
Risultato atteso 3.1.2	Produzione report (1)
Fase 4 – Informazione/formazione per innalzare la cultura della sicurezza e della salute tra lavoratori e datori di lavoro ed altri soggetti coinvolti nella gestione aziendale della sicurezza nel comparto agricolo	
Azione 4.1	Confronto e raccordo tra servizi competenti e parti sociali
Risultato atteso 4.1.1	Istituzione gruppo di lavoro
Risultato atteso 4.1.2	Realizzazione eventi (2)

(1) riportante a) numero di aziende controllate/numero aziende censite (valore non inferiore al 5% delle aziende agricole censite) e b) numero schede compilate e registrate/n. controlli effettuati (valore non inferiore al 50% dei controlli effettuati)

(2) Breve descrizione degli eventi informativo-formativi

Il gruppo di lavoro che si occuperà dell'iniziativa sarà costituito da dirigenti medici, ingegneri e tecnici della prevenzione dei servizi competenti (UU.OO. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro e di Prevenzione Protezione ed Impiantistica nei Luoghi di Lavoro) dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera – ASM coordinato dal Direttore dell'U.O. di Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro dell'ASM – Ambito Territoriale dell'ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico. Iniziativa che, in base ai risultati che darà in termini di adesione, gradimento ed apprendimento, verrà applicata nel medio periodo sull'intero territorio di regione e condotta a regime. Saranno coinvolte le associazioni di categoria dei datori di lavoro e dei lavoratori del comparto agricolo con il compito di rendere partecipi a tali eventi il maggior numero possibile di associati ed esprimere bisogni informativo-formativi e criticità. L'intervento sarà organizzato in continuità con la precedente attività formativa, sarà pertanto avviata dal secondo semestre 2011, prevedendo altri n. 3 incontri della durata di n. 6 ore/cad, secondo il programma di dettaglio, comprensivo di sede/i di svolgimento delle attività e numero di partecipanti, definito – condiviso localmente. Lo stesso luogo di incontro potrà essere di volta in volta concordato con le associazioni di categoria di cui sopra, prevedendo la possibilità di spostarsi presso diversi comuni sulla base delle varie necessità degli utenti del territorio. Il programma illustrato negli incontri comprenderà i seguenti argomenti trattati in maniera semplice e sintetica, con l'obiettivo di fornire indicazioni pratiche e facilmente applicabili alla realtà lavorativa propria del settore: 1. Obblighi dell'imprenditore agricolo; 2. Documentazione da tenere in azienda; 3. Sicurezza delle macchine e delle attrezzature agricole (albero cardanico; decespugliatore, motocoltivatore, motosega, scala semplice portatile da appoggio; trattrice; altre attrezzature maggiormente usate nel settore agricolo); 4. Ambienti di lavoro (Sicurezza elettrica, Rischio chimico; Rischio rumore; Rischio da polveri; Rischio da vibrazioni; Rischio biologico; Rischio da movimentazione dei carichi; La sorveglianza sanitaria; Il pronto soccorso); 5. I lavoratori minori e le lavoratrici madri; 6. I lavoratori immigrati. Al termine di ogni incontro sarà fornita una check-list per l'applicazione pratica in azienda di quanto illustrato e saranno somministrati ai partecipanti questionari di valutazione dell'apprendimento nonché di gradimento, valutando anche ulteriori richieste – bisogni di informazione formazione e modalità di attuazione desiderate.

Indicatori di processo ed esito

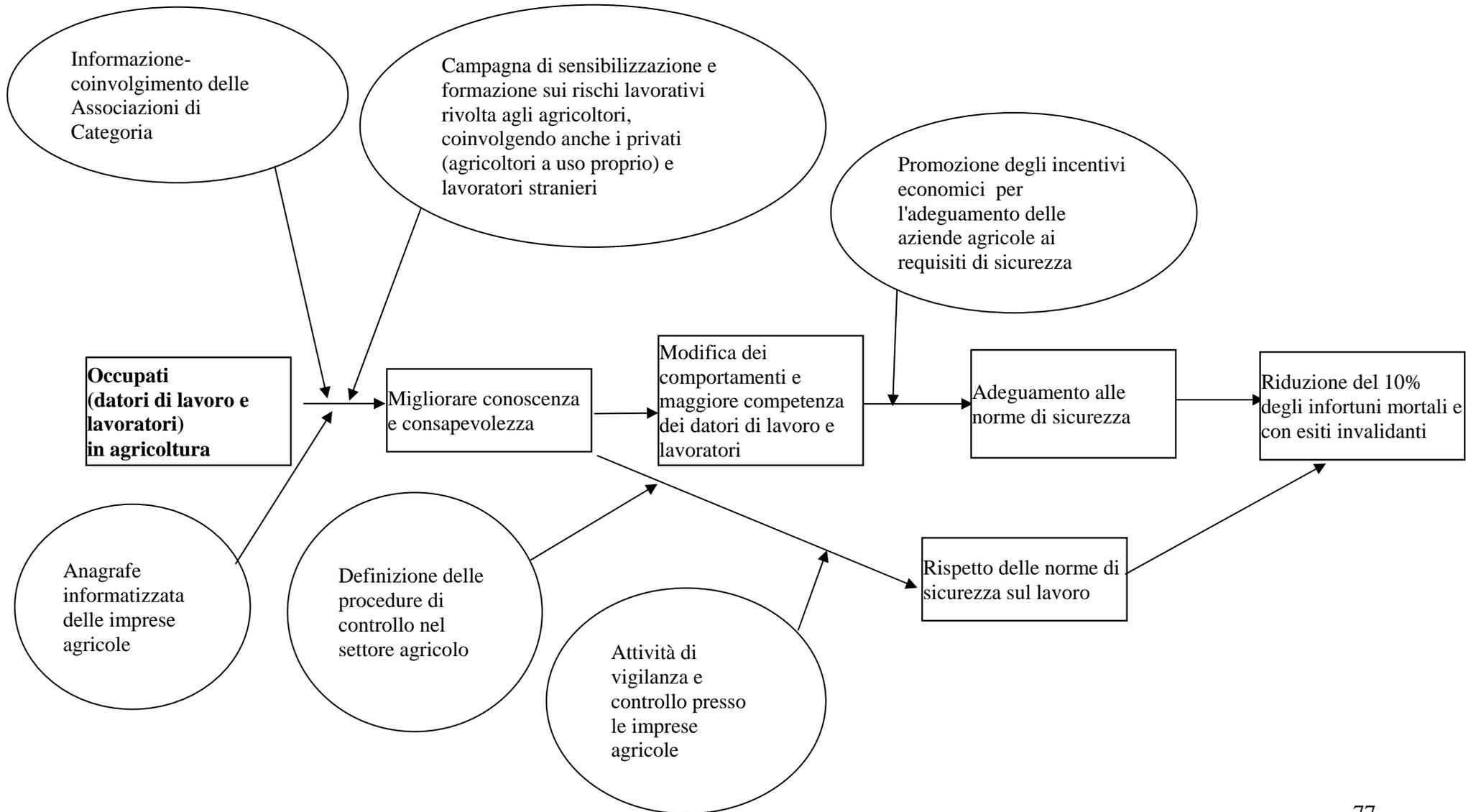
Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore Al 31/12/2010		Valore indicatore Al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Banca dati aziende agricole territoriali attiva	Rapporto aziendale	=	=	60%	=	100%	=
Modello procedura di controllo delle aziende agricole territoriali (check list)	Documento di riferimento	=	=	50%	=	100%	=
Modello report attività di vigilanza definito	Documento di riferimento	=	=	100%	=	=	=
Report	Regione (acquisizione report)	=	=	=	=	100%	=
Atto istitutivo gruppo di lavoro per eventi informativo/formativi	Regione (acquisizione atto aziendale)	=	=	60%	=	100%	
Realizzazione eventi informativo/formativi	Relazione di attività sottoscritta da servizi e parti sociali con indicazione del numero di incontri eseguiti e trasmissione alla Regione	=	=	=	=	100%	=
Numero di operatori del comparto con competenze acquisite/numero totale operatori partecipanti *100	Questionario di verifica dell'apprendimento	=	=	50%	=	100%	=
Numero di aziende agricole ispezionate/numero totale aziende del territorio *100 (valore atteso 5%)	Rapporto aziendale e trasmissione alla Regione	=	=	50%	=	100%	=
Numero schede compilate e registrate/n. controlli effettuati *100 (valore atteso 50%)	Rapporto aziendale e trasmissione alla Regione	=	=	50%	=	100%	=
Numero aziende agricole conformi /n aziende ispezionate	Rapporto aziendale	=	=	30%	=	60%	=
numero infortuni mortali e gravi/occupati in agricoltura x 1000	Banca dati INAIL SDO ISTAT	=	=	5%	=	5%	=

Budget

Voci di costo	Costo €
Costi di realizzazione della banca dati banca dati	
Software dedicato e relativa manutenzione	20.000
Attrezzature (n. 1 computer dedicato)	10.000
Incentivazione n. 1 unità di personale per gestione del software	30.000
Costi per la realizzazione degli eventi informativo/formativi	
Costo personale impegnato	120.000
Spese di missione	10.000
Materiali didattici	10.000
Totale	200.000

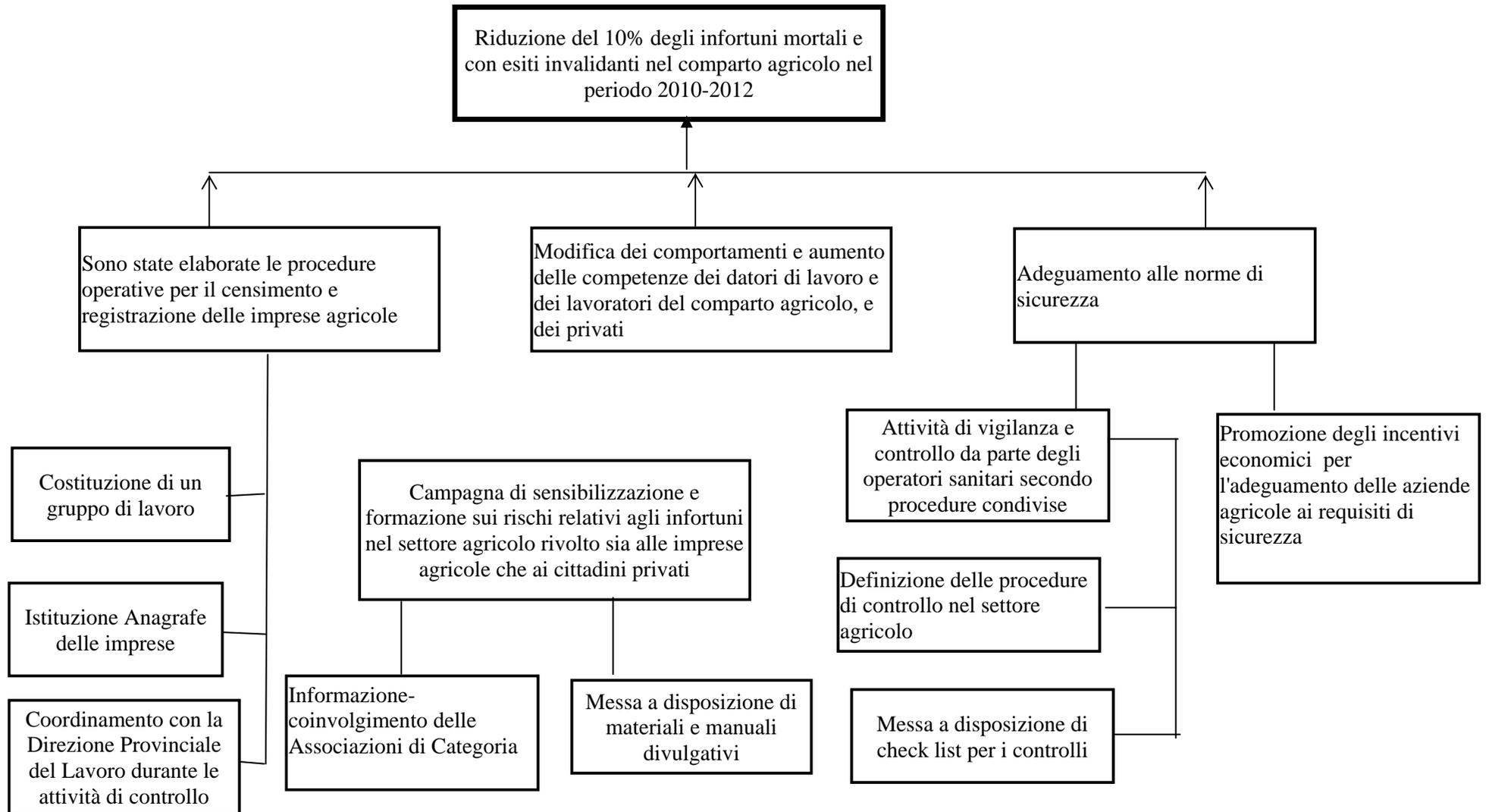
MODELLO LOGICO

Prevenzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti nel comparto agricolo



ALBERO DEGLI OBIETTIVI

Prevenzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti nel comparto agricolo



QUADRO LOGICO Prevenzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti nel comparto agricolo

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio			
Obiettivo specifico	ridurre del 10% gli infortuni mortali e con esiti invalidanti nel settore agricolo nel periodo 2010-2012	- N° infortuni mortali e gravi/occupati in agricoltura X 1000	Banca dati INAIL Dati ISTAT SDO	Risorse economiche per adeguamento aziende agricole ai fini di sicurezza
Risultato atteso 1	Sono state elaborate le procedure operative per il censimento e registrazione delle imprese agricole	- BDR imprese agricole - n° imprese agricole registrate/imprese totali	- piano operativo - report	
		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Stesura del protocollo operativo	- costituzione del gruppo di lavoro	- Funzionamento gruppo	
Attività 1.2	Istituzione anagrafe informatizzata delle imprese agricole	- software per la gestione dell'anagrafe - supporto strumentale	- costo gestione informatica	
		Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di Verifica	
Risultato atteso 2	Migliorata competenza dei datori di lavoro e lavoratori del comparto Agricolo	- n° di lavoratori formati /lavoratori anagrafati - Quantità materiale didattico distribuito - Registrazione dell'attività formativa	- Report delle registrazioni - Elenco partecipanti - Questionari	Scarsa adesione dei lavoratori
		Mezzi	Costi	
Attività 2.1	Campagna di sensibilizzazione e formazione sui rischi relativi agli infortuni nel settore agricolo rivolto sia alle imprese agricole che a tutta la popolazione beneficiaria	- Aule - Supporto strumentale - Supporto didattico - Registrazione degli eventi formativi	- Materiale stampato - Spostamento del personale docente	
Attività 2.1.1	Informazione-coinvolgimento delle Associazioni di Categoria	- registrazione incontri formativi - elenco dei partecipanti - supporto strumentale, didattico	- Materiale stampato - Spostamento del personale docente	

QUADRO LOGICO Prevenzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti nel comparto agricolo

		Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di Verifica	
Risultato atteso 3	Sono state adeguate le aziende agricole ai requisiti di sicurezza	- n° aziende conformi/n aziende ispezionate	- Sistema informativo SPSAL	Risorse economiche
		Mezzi	Costi	
Attività 3.1	Attività di vigilanza e controllo da parte degli operatori sanitari secondo procedure condivise	- Servizi ASL - Documento con criteri per la vigilanza (check- list) - attrezzature - disponibilità BDR	Stampati	
Attività 3.2	Promozione degli incentivi economici per l'adeguamento delle aziende agricole ai requisiti di sicurezza	- Regione		

Cronoprogramma

Risultati attesi	Mesi																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1.1.1																								
2.1.1																								
2.1.2																								
3.1.1																								
3.1.2																								
4.1.1																								
4.2.1																								

Legenda codici risultati attesi:

1.1.1 – banca dati aziende agricole attiva

2.1.1 – modello procedura di controllo e verbale standard definiti ed applicazione

2.1.2 – incremento delle aziende agricole a norma

3.1.1 – modello reportistica per attività di vigilanza e relative prescrizioni definito

3.1.2 - report

4.1.1 – istituzione gruppo di lavoro per organizzazione eventi informativo-formativi

4.2.1 – realizzazione eventi

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 6

Regione Basilicata

Macroarea: Prevenzione universale (2)

Linea di intervento generale: Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico (2.3)

Obiettivo generale di salute: Riduzione della mortalità da eventi traumatici nella popolazione anziana e dei ricoveri per eventi traumatici da caduta e dei ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini di età 0-4 anni

Titolo del progetto: Conoscere e prevenire gli incidenti domestici - "Casa sicura"

Numero identificativo del progetto all'interno del piano operativo regionale: 2.3.1/2.3.2

Obiettivo di salute: ridurre del 10% gli eventi infortunistici

Attori: Dipartimento Regionale Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità – Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico Regionale – Ufficio Risorse Finanziarie e Investimenti Sistema Salute – Sistema Informativo Dipartimentale - Dipartimento di Prevenzione (U.O. di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica) – Azienda Sanitaria Locale di Potenza - ASP – Ambito Territoriale ex ASL2 di Potenza – Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza – PS – Servizio di Emergenza – Urgenza 118 – INAIL – Ufficio Scolastico Provinciale (per incontri informativi presso asili nido e scuole materne)

Portatori di interesse: Associazioni

Beneficiari: Popolazione anziana e popolazione di 0-4anni

Gruppo di progetto: Ammirati G., Negrone F., Quaglietta A., Ricciuti E., Sorrentino G., Tozzi R.

Referente progetto: Dott. Egidio Ricciuti, Dirigente Medico U.O. di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica – Dipartimento di Prevenzione - Azienda Sanitaria Locale di Potenza - ASP – Ambito Territoriale ex ASL2 di Potenza

Analisi del contesto/Descrizione dell'intervento

L'incidente domestico è un evento accidentale che si verifica in una abitazione e/o nelle sue pertinenze e che procura, a causa di lesioni variabili per tipologia e gravità, la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona. In Italia, ogni anno, il numero di incidenti domestici rimane elevato, ben più elevato del numero degli incidenti stradali e degli infortuni sul lavoro: oltre tre milioni di cui circa 8.000 mortali - quasi 22 morti al giorno.

Eppure gli incidenti domestici (appannaggio soprattutto di casalinghe, bambini e fasce di età più avanzate) non richiamano ancora le stesse attenzioni e le stesse azioni preventive degli incidenti stradali e sul lavoro.

Significativa è la quota di incidentati, soprattutto anziani (intorno al 15%) che nello stesso anno subisce un nuovo evento lesivo più o meno grave del precedente. I soggetti che hanno maggiori probabilità di infortunarsi in casa sono: le donne (soprattutto le casalinghe), gli anziani oltre i 65 anni, i bambini, anche in tenerissima età, le persone in cerca di occupazione e quelle meno istruite. Gli anziani di 65 anni e più, che subiscono oltre il 26% del totale degli incidenti domestici che vengono registrati, pagano un tributo che si mostra particolarmente gravoso sia per il soggetto singolo che per la collettività in considerazione delle implicazioni sanitarie e socio-economiche che la disabilità temporanea o permanente comporta (oltre l'80% delle persone che in Italia ogni anno perdono la vita in un incidente domestico sono anziani ultra 64enni.). Un elemento di riflessione: la popolazione anziana ha raggiunto il 20% circa della popolazione totale ed è destinata a crescere anche in considerazione delle sempre più favorevoli aspettative di vita per ambo i generi. Anche in Basilicata la situazione merita la dovuta attenzione come l'indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" – riferita all'anno 2007 riporta. Di seguito le regioni che segnalano i dati più negativi relativamente alle persone infortunate per incidente domestico.

Regione	Persone infortunate	Tassi per 1.000
Sardegna	33.000	19,9
Marche	30.000	19,6
Basilicata	10.000	17,7

Fonte ISTAT

Attualmente, tuttavia, nessuna fonte disponibile è in grado di fornire dati esaustivi. Tra gli infortuni domestici sono le cadute quelle che determinano le conseguenze più gravi ed il maggior numero di ospedalizzazioni che ne consegue (intorno al 20% dei casi registrati) con una consistente spesa a carico del SSN per i ricoveri dovuti a fratture e le successive fasi di rieducazione motoria o assistenza domiciliare. Le cause principali di incidenti domestici sono da attribuire a svariate condizioni legate sia a fattori abitativo/strutturali (pavimenti scivolosi e/o malridotti, dislivelli, spigoli taglienti, impianti non a norma, etc.), sia a fattori di vita e d'arredo (fornelli e forni insicuri, arredi ingombranti e/o di impaccio, suppellettili pericolose, impropria custodia di prodotti tossici/nocivi); pertanto gli ambienti domestici più critici sembrerebbero essere la cucina (39,6%) e il soggiorno/salone (12,9%). Gli infortuni domestici non devono più essere considerati "tragiche fatalità", ma un problema di dimensione nazionale che va affrontato con una adeguata politica di formazione e informazione su larga scala, con incentivi volti alla prevenzione e all'acquisto di strumenti tecnologici che possono rendere le case più sicure. Va sottolineato, altresì, che generalmente il rischio di incappare in un incidente domestico è molto sottovalutato.

Il presente progetto si propone sostanzialmente di valutare nel dettaglio i dati di mortalità per incidente domestico (eventi traumatici) nella popolazione regionale di 65+ anni ed i dati di accesso ai servizi di PS e di ricovero per incidente domestico sia per quanto riguarda gli anziani (eventi traumatici) che per quanto riguarda la popolazione regionale di 0-4 anni (traumi da caduta, inalazione di corpi estranei, avvelenamenti e ustioni), di valutare la percezione del rischio in anziani e genitori tramite questionari e di realizzare eventi informativi sul tema. Tanto relativamente al contesto territoriale della città di Potenza.

Il presente progetto si propone anche di rendere operativo l'Osservatorio regionale degli incidenti domestici previsto dalla Legge Regionale n. 15/2009 (Norme per la sorveglianza e la prevenzione degli incidenti domestici) in continuità con le previsioni di cui alla linea "incidenti domestici" del PRP 2005-2009.

Da qui le seguenti fasi di attività: 1) raccolta-elaborazione e analisi dei dati di mortalità per incidente domestico (eventi traumatici) nella popolazione di 65+ anni; 2) raccolta-elaborazione e analisi dei dati di accesso ai servizi di PS e di ricovero per incidente domestico sia per quanto riguarda gli anziani (eventi traumatici) che per quanto riguarda la popolazione di 0-4 anni (traumi da caduta, inalazione di corpi estranei, avvelenamenti e ustioni); 3) valutazione della percezione del rischio d'incidente domestico in anziani e genitori; 4) realizzazione di incontri informativi; 5) attivazione dell'Osservatorio regionale degli incidenti domestici (Legge Regionale n. 15/2009; fasi che si compongono delle attività riportate successivamente in schema, unitamente ad attori, portatori di interesse, gruppo e referente di progetto, beneficiari, cronoprogramma, budget ed indicatori di processo ed esito.

Con la finalità di attivare un modello di sorveglianza attiva degli incidenti domestici che partendo dall'area pilota (città di Potenza), dove se ne verifica la fattibilità operativa e la sostenibilità economica, possa essere esteso nel tempo all'intera Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP e successivamente all'intero territorio regionale in raccordo con l'Osservatorio di cui alla suddetta legge regionale ed ottenere un'aumentata consapevolezza del rischio a favore dei beneficiari insieme ad un'aumentata sensibilità sociale sul fenomeno quindi una riduzione del 10% degli accessi al P.S., relativi ricoveri e conseguenze in termini di disabilità/mortalità a partire dal 2013.

Fase 1 – raccolta-elaborazione e analisi dei dati di mortalità per incidente domestico (eventi traumatici) nella popolazione di 65+ anni;	
Azione 1.1	Raccordo con il referente del registro nominativo delle cause di morte dell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP Ambito Territoriale dell’ex ASL 2 – Potenza per la definizione dei dati da considerare ai fini della produzione del report di mortalità (modello report)
Risultato atteso 1.1.1	Adozione modello report
Risultato atteso 1.1.2	Report
Fase 2 – raccolta-elaborazione e analisi dei dati di accesso ai sevizi di PS e di ricovero per incidente domestico sia per quanto riguarda gli anziani (eventi traumatici) che per quanto riguarda la popolazione di 0-4 anni (traumi da caduta, inalazione di corpi estranei, avvelenamenti e ustioni)	
Azione 2.1	Disamina dei dati utili relativi ai flussi informativi regionali di PS e SDO ed individuazione di dati mancanti per la valutazione del fenomeno e definizione dei dati da considerare ai fini della produzione del relativo report
Risultato atteso 2.1.1	Produzione della lista dei dati mancanti
Risultato atteso 2.1.2	Adozione modello report
Risultato atteso 2.1.3	Report
Fase 3 – valutazione della percezione del rischio d’incidente domestico in anziani e genitori	
Azione 3.1	Definizione del modello di questionario da somministrare
Risultato atteso 3.1.1	Adozione modello questionario
Azione 3.2	Definizione del campione di popolazione cui somministrare il questionario
Risultato atteso 3.2.1	Adozione programma di indagine e sua applicazione
Fase 4 - realizzazione di incontri informativi (n.6)	
Azione 4.1	Definizione delle modalità di realizzazione degli incontri informativi per i beneficiari
Risultato atteso 4.1.1	Adozione relativo programma e sua applicazione
Fase 5 - attivazione dell’Osservatorio regionale degli incidenti domestici ... (Legge Regionale n. 15/2009)	
Azione 5.1	Raccordo tra Regione – ASL – INAIL per richiesta referenti ed individuazione delle associazioni interessate a partecipare ai lavori dell’Osservatorio
Risultato atteso 5.1.1	Atto istitutivo dell’Osservatorio
Azione 5.2	<i>Definizione del programma di attività dell’Osservatorio</i>
Risultato atteso 5.2.1	<i>Adozione del programma di attività dell’Osservatorio</i>
Attori	Dipartimento Regionale Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità – Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico Regionale – Ufficio Risorse Finanziarie e Investimenti Sistema Salute – Sistema Informativo Dipartimentale - Dipartimento di Prevenzione (U.O. di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica) – Azienda Sanitaria Locale di Potenza - ASP – Ambito Territoriale ex ASL2 di Potenza – Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza – PS – Servizio di Emergenza – Urgenza 118 – INAIL – Ufficio Scolastico Provinciale (per incontri informativi presso asili nido e scuole materne)
Portatori d’interesse	Associazioni
Gruppo di progetto	Ammirati G., Negrone F., Quaglietta A., Ricciuti E., Sorrentino G., Tozzi R.
Referente di progetto	Dott. Egidio Ricciuti, Dirigente Medico U.O. di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica – Dipartimento di Prevenzione - Azienda Sanitaria Locale di Potenza - ASP – Ambito Territoriale ex ASL2 di Potenza
Beneficiari	Popolazione anziana e popolazione di 0-4anni

Cronoprogramma

Risultati attesi	Mesi																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
	1.1.1																								
1.1.2																									
2.1.1																									
2.1.2																									
2.1.3																									
3.1.1																									
3.2.1																									
4.1.1																									
5.1.1																									
5.2.1																									

Legenda codici risultati attesi:

- 1.1.1: Adozione modello report su mortalità per incidente domestico nella popolazione di 65+ anni
- 1.1.2: Report
- 2.1.1: Produzione lista dati mancanti per valutazione del fenomeno – SDO/Accessi PS
- 2.1.2: Adozione modello report per valutazione qualità e completezza del dato
- 2.1.3: Report
- 3.1.1: Adozione modello questionario (percezione del rischio)
- 3.2.1: Adozione programma di indagine sulla percezione del rischio e sua applicazione
- 4.1.1: Adozione programma incontri formativi e sua applicazione
- 5.1.1: Atto istitutivo dell'Osservatorio regionale degli incidenti domestici
- 5.2.1: Adozione del programma di attività dell'Osservatorio

Budget

Voci di costo	Costo €
Costi relativi al personale impegnato	
Personale coinvolto nel progetto	20.000
Spese di missione	10.000
Costi relativi alla realizzazione degli incontri informativi	
Costo organizzativi eventi	20.000
Costi relativi ai materiali	10.000
Totale	60.000

Indicatori di processo ed esito

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore al 31/12/2010		Valore indicatore al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Adozione modello report dati di mortalità popolazione 65+ anni	Atto di adozione	=	=	100%	=	=	=
Report mortalità	Documento	=	=	70%	=	100%	=
Adozione modello report dati di PS ed ospedalizzazione	Atto di adozione	=	=	=	=	100%	=
Report da dati PS ed ospedalizzazione	Documento	=	=	=	=	100%	=
Adozione modello questionario per valutazione percezione del rischio	Documento	=	=	100%	=	=	=
Definizione campione	Documento	=	=	100%	=	=	=
Adozione programma d'indagine e sua applicazione	Documento	=	=	30%	=	100%	=
Adozione programma incontri informativi e sua applicazione	Relazione di attività e questionari di verifica dell'apprendimento	=	=	30%	=	100%	=
Istituzione Osservatorio regionale incidenti domestici	Atto istitutivo	=	=	30%	=	100%	=
Adozione programma di attività Osservatorio	Atto di adozione	=	=	=	=	100%	=
N. interventi informativi eseguiti/numero interventi informativi preventivati	Report			30%		100%	

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 7

Regione Basilicata

Macroarea: Prevenzione universale (2)

Linea di intervento generale: Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione (2.4)

Obiettivo generale di salute: Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento

Titolo del progetto: censimento della popolazione 0-14 anni affette da patologie croniche e/o invalidanti.

Obiettivo di salute: prevenire le complicanze e/o ospedalizzazione a seguito vaccinazione antinfluenzale nella popolazione target e aumentare la copertura vaccinale

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

Beneficiari: popolazione in età pediatrica appartenente alle categorie a rischio di cui alla Circolare Ministeriale annuale sulla prevenzione dell'epidemia influenzale.

Attori: Centri regionali di riferimento per le patologie croniche dell'età evolutiva, Pediatri di Libera Scelta ASL, ASL, Comitato Tecnico Scientifico Regionale per le Politiche Vaccinali, Dipartimento Salute-Ufficio Politiche della Prevenzione-Settore Sanità Pubblica

Portatori di interesse: associazioni no-profit

Gruppo di progetto: Comitato Tecnico Scientifico Regionale per le Politiche Vaccinali

Referente progetto: Dr. Giovanni Tramutoli, Pediatra Azienda Sanitaria di Potenza – Componente Comitato tecnico scientifico Regionale per le Politiche Vaccinali

Analisi di contesto/Descrizione dell'intervento

Il presente progetto si propone di: A) censire ed arruolare i centri regionali di riferimento per le patologie croniche dell'età evolutiva (centri antidiabete, centri per la malattia celiaca, centri di cardiologia pediatrica, centri per la fibrosi cistica, centri di neurologia infantile, centri per le malattie cromosomiche e genetiche, centri di reumatologia pediatrica, centri di ematologia ed oncologia pediatrica, centri dialisi etc), nonché censire ed arruolare le associazioni no-profit operanti in regione (AIL, Associazione per la celiachia, UILDM per le Distrofie Muscolari, Associazione persone Down etc); B) ottenere la loro partecipazione ad incontri informativo - formativi finalizzati alla promozione della campagna vaccinale antinfluenzale tra i soggetti a rischio in età pediatrica prima del suo inizio annuale; C) ottenere la loro collaborazione per realizzare una banca dati dedicata dei soggetti a rischio in età pediatrica da confrontare con gli elenchi informatizzati dei soggetti con esenzione ticket per patologia forniti dalle singole ASL e disponibili in Regione e con l'AVI (Anagrafe Vaccinale Informatizzata) per rilevare l'adesione annuale alle campagne vaccinali antinfluenzali tramite i dati di copertura.

Da qui le fasi di progetto e le attività per fase riportate in schema, unitamente ad attori, portatori di interesse, gruppo e referente di progetto, beneficiari, cronogramma, budget ed indicatori di processo ed esito.

Atteso che le criticità che potrebbero influire sulla realizzazione e gli esiti del presente progetto si sostanziano nella eventuale scarsa partecipazione – collaborazione dei centri regionali di riferimento per le patologie croniche dell'età evolutiva e delle associazioni no-profit operanti in regione e nell'insufficienza di budget.

Obiettivo specifico: prevenire le complicanze e/o ospedalizzazione a seguito vaccinazione antinfluenzale nella popolazione target e aumentare la copertura vaccinale	
Azione 1.1	Censimento presso ASL/PLS/Centri regionali patologie croniche, associazioni no-profit presenti in regione (AIL etc.)
Azione 1.2	Istituzione anagrafe ASL
Azione 1.3	Definizione protocollo
Azione 1.4	Formazione Personale
Risultato atteso 1	Sono stati individuati i soggetti a rischio
Azione 2.1	Informazione ai familiari sulla opportunità della vaccinazione antinfluenzale
Risultato atteso 2	E' stata portata a conoscenza la popolazione a rischio
Azione 3.1	Trasmissione dati vaccinazione popolazione target dagli operatori
Azione 3.2	Accessibilità centri vaccinali
Azione 3.3	Programmazione interventi vaccinali
Risultato atteso 3	E' aumentata la popolazione target vaccinata
Attori	Dipartimento Regionale Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Ufficio Politiche della Prevenzione, Settore Sanità Pubblica - Comitato Tecnico Scientifico Regionale per le Politiche Vaccinali - Aziende Sanitarie Locali - Pediatri ASL - Centri regionali di riferimento per le patologie croniche dell'età evolutiva
Portatori d'interesse	Associazioni no – profit (AIL etc.)
Gruppo di progetto	Componenti del Comitato tecnico-scientifico regionale per le Politiche Vaccinali
Referente di progetto	Dr. Giovanni Tramutoli, Pediatra Azienda Sanitaria di Potenza – Componente Comitato Tecnico-Scientifico Regionale per le Politiche Vaccinali
Beneficiari	Popolazione in età pediatrica (0-14 anni) appartenente alle categorie a rischio di cui alla C.M. annuale sulla prevenzione dell'epidemia influenzale

Indicatori di processo ed esito

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore Al 31/12/2010		Valore indicatore Al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
n. soggetti a rischio/popolazione target	Banca dati	=	2,8% (1)	50%	=	90%	=
n. soggetti a rischi vaccinati/n soggetti individuati	Centri vaccinali	=	=	100%	=	=	=
n. soggetti con complicanze/n soggetti vaccinati	Centri vaccinali SDO	=	=	=	=	=	=

1) percentuale relativa a tutti i soggetti da 0-14 anni, non essendo disponibile il dato relativo ai soli soggetti a rischio

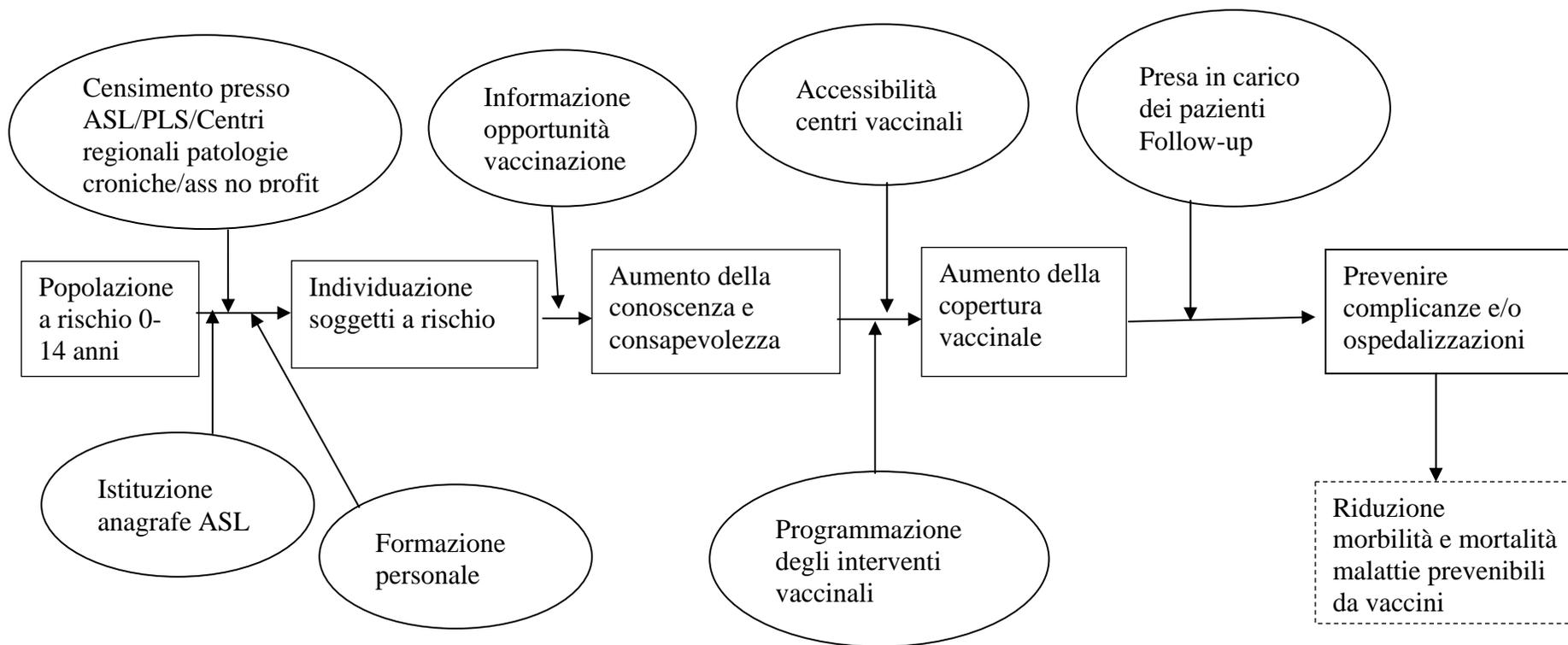
Budget

Voci di costo	Costo €
Costo personale per le attività	90.000
Rimborsi per attività	10.000
Costo per formazione personale	10.000
Supporti tecnologici	5.000
Costo materiali informativi	5.000
Totale	120.000

Modello logico

Titolo del progetto: censimento della popolazione 0-14 anni affette da patologie croniche e/o invalidanti.

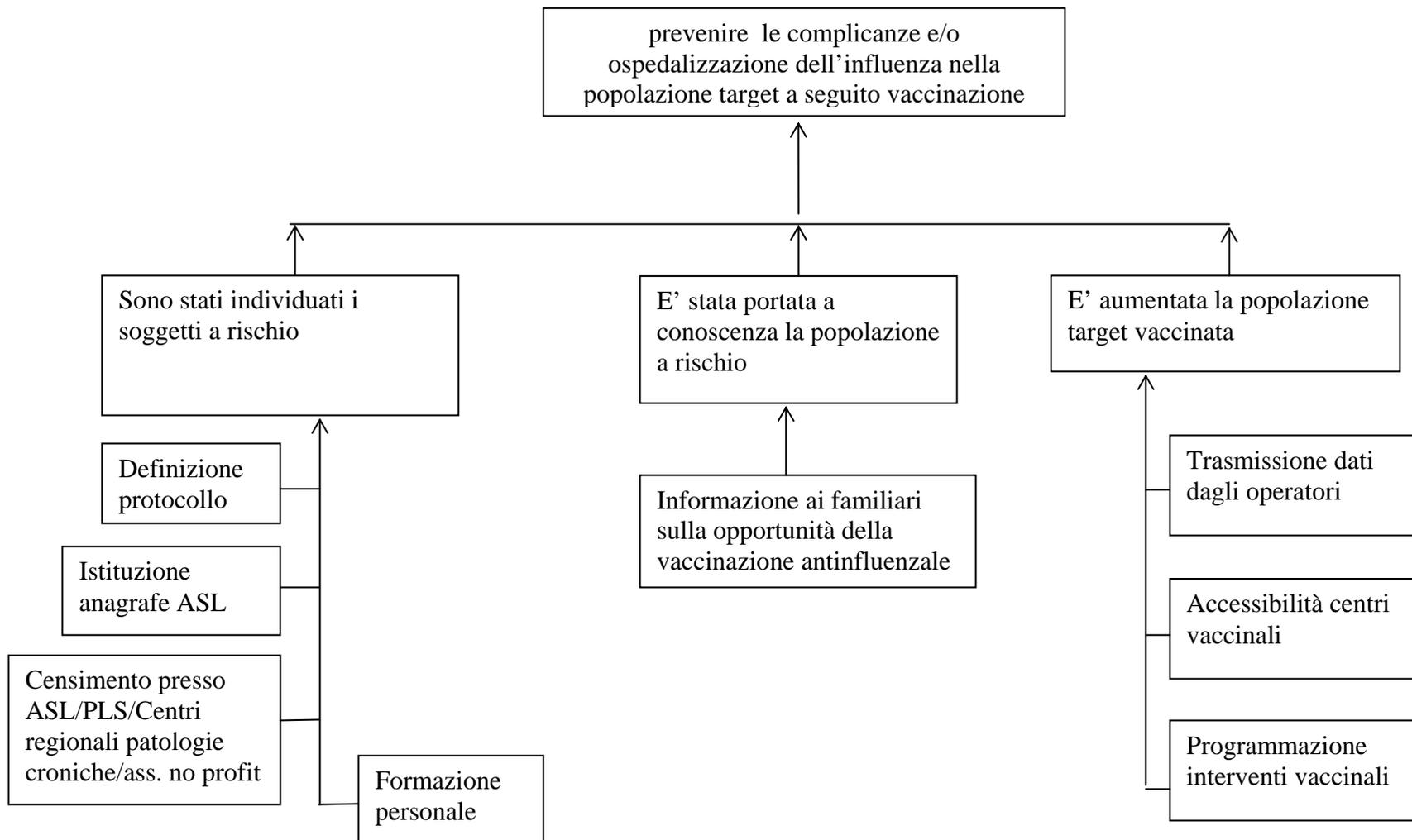
Obiettivo di salute: prevenire le complicanze e/o ospedalizzazione dell'influenza nella popolazione target a seguito vaccinazione



Albero degli obiettivi

Titolo del progetto: censimento della popolazione 0-14 anni affette da patologie croniche e/o invalidanti.

Obiettivo di salute: prevenire le complicanze e/o ospedalizzazione dell'influenza nella popolazione target a seguito vaccinazione



Cronogramma

				2010												
Risultato atteso 1: Sono stati individuati i soggetti a rischio																
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1.1	Definizione protocollo	Referente progetto	Gruppo di lavoro	■												
1.2	Formazione personale	Referente formazione					■									
1.3	Censimento presso ASL/PLS/Centri regionali patologie croniche/ass. no profit	Referente progetto	Veterinari e medici di I.P.				■									
Risultato atteso 2: E' stata portata a conoscenza la popolazione a rischio																
2.1	Informazione ai familiari sulla opportunità della vaccinazione antinfluenzale												■			
									■							

Risultato atteso 3: E' aumentata la popolazione target vaccinata				2010	2011	2012
codice	Attività	Responsabili	Partecipanti			
3.1	Trasmissione dati dagli operatori	Centri vaccinali		■		

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 8

Regione: Basilicata

Macroarea: prevenzione universale (2)

Linea di intervento generale: prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione (2.4)

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012: raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento.

Titolo del progetto: incremento dell'offerta vaccinale MPR

Numero progressivo del progetto all'interno del piano operativo regionale: 2.4.2

Obiettivo di salute: incremento copertura vaccinale MPR < 24 mesi e incremento copertura vaccinale MPR sesto anno e recupero coorti < 12 anni

Attori: Dipartimento regionale salute- Ufficio Politiche della Prevenzione- Servizi vaccinali dei Dipartimenti di prevenzione – MMG – Pediatri ASL (PLS) - Servizi Ambulatoriali di pediatria Ospedaliera- Consultori

Beneficiari: Coorte bambini entro i 24 mesi di vita. Coorti bambini nel sesto anno di vita.

Coorti bambini e ragazzi entro il 12° anno di vita.

Portatori di interesse: Associazioni genitori- Scuole-

Gruppo di progetto: Comitato Tecnico Scientifico regionale per le Politiche Vaccinali

Referente progetto: Dr.ssa Marandola M., Dirigente Medico Dipartimento Prevenzione Azienda Sanitaria di Potenza – Componente Comitato Tecnico Scientifico Regionale per le Politiche Vaccinali

Analisi del contesto/descrizione del progetto

La Regione Basilicata già dal 1997, con la D.G.R. 1845/97 ha previsto l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni raccomandate avviando tra l'altro un piano di verifica periodica delle coperture vaccinali. Inoltre, al fine di rendere omogenei gli interventi di politica vaccinale su tutto il territorio regionale, di rendere monitorabili e confrontabili i dati tra le varie Aziende Sanitarie, con realtà socioculturali e geografiche diverse tra loro ha istituito, presso il Dipartimento Sicurezza e Solidarietà Sociale, un Comitato Tecnico Scientifico delle Politiche Vaccinali. In attuazione del PNEMRc 2003 e con il "Nuovo Calendario Vaccinale della Regione Basilicata", DGR n.2151 del 27/09/2004, sono state intraprese una serie di azioni che, grazie all'impegno costante dei Servizi vaccinali hanno portato su tutto il territorio regionale al netto miglioramento delle coperture vaccinali per la prima dose di morbillo-parotite-rosolia al di sotto dei 24 mesi, nei bambini e ragazzi più grandi e all'introduzione di una seconda dose di vaccino a 5-6 anni.

L'attuale Calendario Vaccinale della Regione Basilicata Anno 2010 pone come obiettivo operativo una copertura vaccinale per MPR del 95% al secondo e sesto anno di vita.

Allo stato attuale, è evidente una buona copertura vaccinale raggiunta tra i 12 e 24 mesi, pari al 90,2% (ICONA 2008). Interessante appare il dato ICONA 2008 secondo cui le madri intervistate riferiscono nell'11% dei casi l'intenzione di vaccinare il bambino per l'MPR "quando sarà più grande", rivelando così il persistere di un certo grado di disinformazione circa le indicazioni alla vaccinazione. Per quanto attiene invece i dati sulla seconda dose di MPR, la copertura vaccinale regionale al 31/12/2009 è del 73,4% al sesto anno di età, mentre è del 77,8% la copertura vaccinale media entro i dodici anni di età, con una certa disomogeneità su tutto il territorio regionale. Con riferimento al Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMRc) 2010-2012 appare evidente la necessità di uniformare su tutto il territorio regionale i dati di copertura, raggiungendo in tutti distretti una CV \geq 90% per la prima dose entro i 24 mesi incrementare di fatto i dati regionali per la prima dose.

Allo stesso tempo ci si propone di incrementare la CV per MPR al sesto anno del 20% rispondendo agli obiettivi del Piano Nazionale; inoltre, ci si propone di incrementare almeno del 10% la copertura per la II Dose di MPR nei confronti delle coorti di recupero inferiori a 12 anni di età garantendo equità di accesso ai servizi per tutti i cittadini.

Vaccinazioni dell'età pediatrica. Anno 2009

Coperture vaccinali* (per 100 abitanti), calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA.

Regione	POL3	DTP3	DT-DTP3	EpB3	M-MPR1-MPRV	Hib3
Piemonte	96,5	96,3	96,5	96,3	93,1	93,7
Valle d'Aosta	95,5	95,1	95,7	95,4	87,8	94,8
Lombardia	97,3	97,0	97,3	97,1	94,8	95,9
P.A. Bolzano	88,9	88,4	88,8	88,3	70,8	88,8
P. A. Trento	96,4	96,2	96,4	95,9	88,5	94,9
Veneto	96,6	96,4	96,6	90,6	93,0	95,8
FVG	96,2	96,0	96,3	95,9	91,4	95,2
Liguria	96,3	96,3	96,3	96,2	87,9	95,9
Emilia Romagna	97,3	97,1	97,4	97,1	93,9	96,5
Toscana	96,7	96,8	96,8	96,7	92,7	95,8
Umbria	97,3	97,3	97,3	97,3	95,2	97,3
Marche	97,8	97,7	97,8	97,7	92,4	97,4
Lazio	96,6	96,5	96,5	98,4	89,6	96,3
Abruzzo	97,6	97,6	97,6	97,6	92,2	97,5
Molise	94,6	94,6	94,6	94,6	88,8	94,6
Campania	94,6	94,6	94,6	94,4	86,9	94,4
Puglia	97,0	97,0	97,0	97,0	92,3	97,0
Basilicata	98,9	98,9	98,9	98,9	90,2	98,9
Calabria	94,5	94,5	94,5	94,5	85,4	94,5
Sicilia	95,9	95,9	95,9	95,9	86,8	95,9
Sardegna	96,7	96,7	96,7	96,7	95,5	96,7
Italia	96,1	96,0	96,2	95,8	89,9	95,6

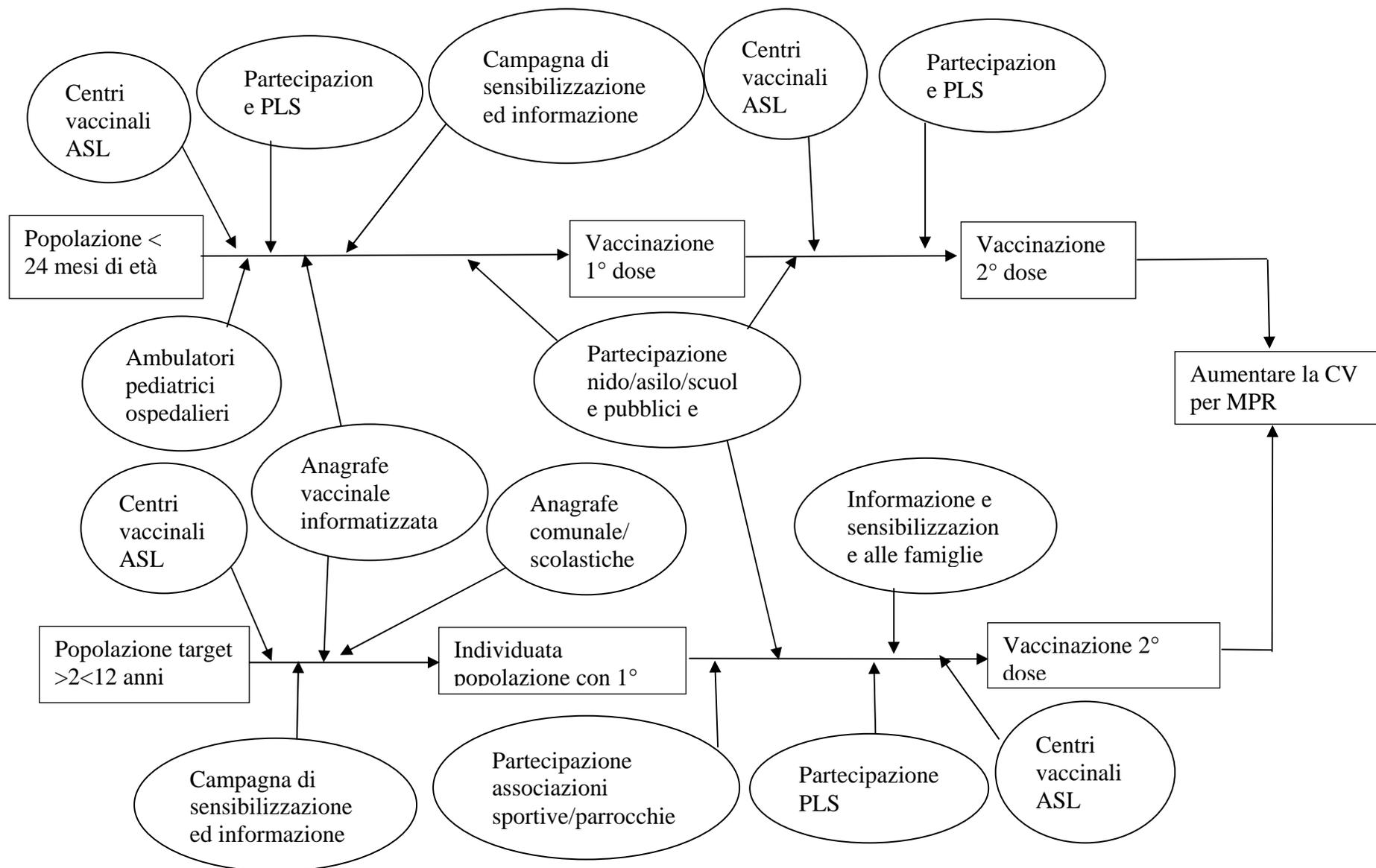
* dati di copertura al 24° mese per: cicli completi (3 dosi) di DT, DTP, Epatite B, Polio, Hib e per una dose di MPR

Aggiornamento 8 novembre 2010

Fonte: elaborazioni del MINISTERO DELLA SALUTE -
 DG PREVENZIONE SANITARIA - UFFICIO V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionale
 Informazioni: Dr.ssa Elvira Rizzuto, e.rizzuto@sanita.it

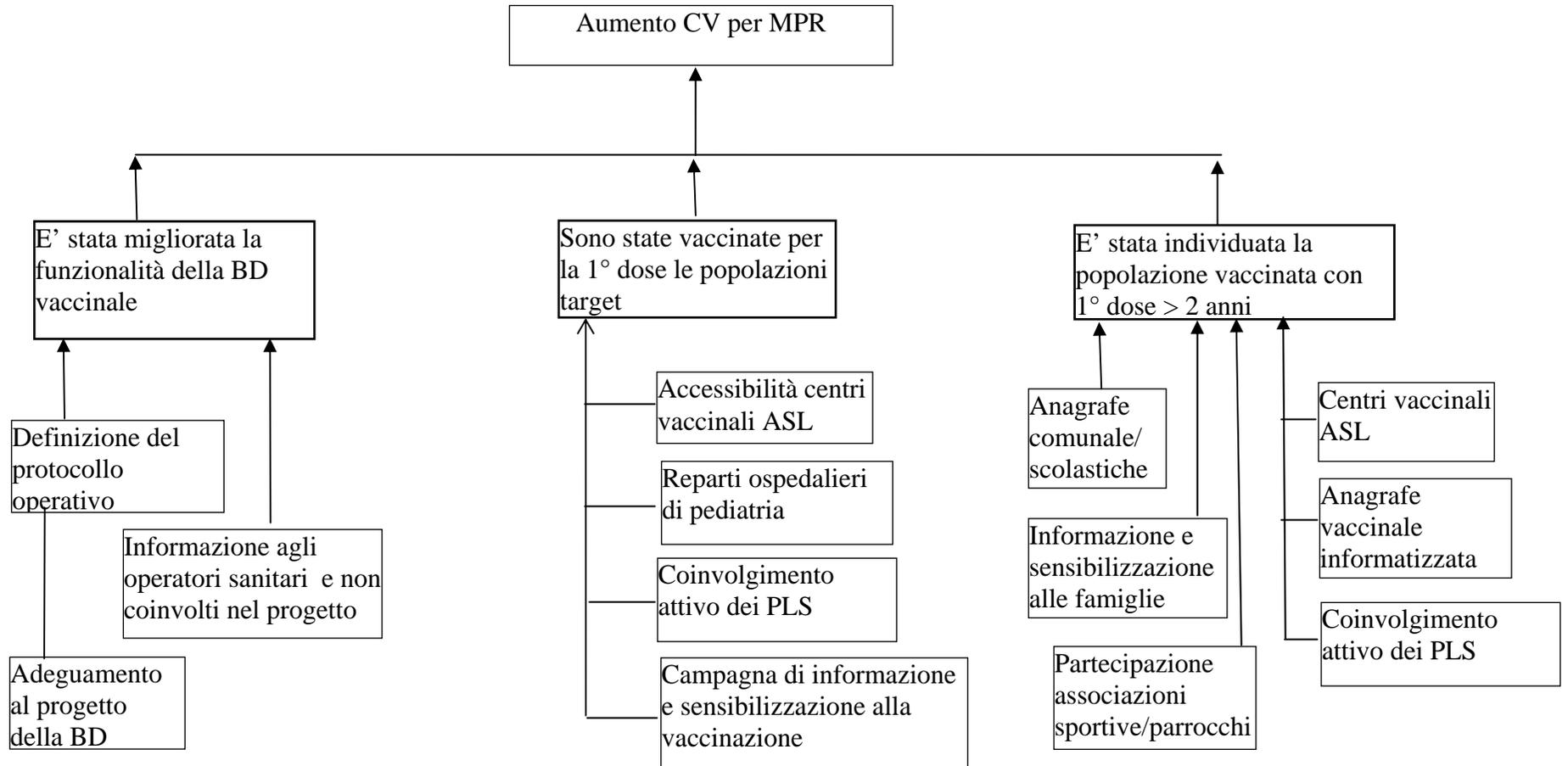
Modello logico

Obiettivo: incremento copertura vaccinale MPR < 24 mesi e incremento copertura vaccinale MPR < 12 anni



Albero degli obiettivi

Obiettivo: incremento copertura vaccinale MPR < 24 mesi e incremento copertura vaccinale MPR < 12 anni



Indicatori di processo ed esito

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore Al 31/12/2010		Valore indicatore Al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
n. bambini vaccinati/n. bambini totali < 24 mesi	Centri vaccinali	=	90,2%	92%	=	95%	=
n. bambini vaccinati sesto anno /n. bambini totali	Centri vaccinali	=	73,4	80%	=	90%	=
n. bambini vaccinati <12 anni /n. bambini totali x 2° dose	Centri vaccinali	=	77,8	81%	=	84%	=

Budget

Voci di costo	Costo in €
Personale medico e non impegnato nel progetto	90.000
Campagne di informazione con gli attori stampa materiale informativo/divulgativo	30.000
Totale	120.000

Cronogramma

				2010							
Risultato atteso 1: E' stata migliorata la funzionalità della BD vaccinale											
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti	5	6	7	8	9	10	11	12
1.1	Definizione del protocollo operativo	Referente progetto	Gruppo di lavoro	■							
1.2	Informazione agli operatori sanitari e non coinvolti nel progetto	Referente progetto	Personale coinvolto	■							
1.3	Adeguamento al progetto della BD	Referente progetto	Gestione rete	■							

Risultato atteso 2: Sono state vaccinate per la 1° dose le popolazioni target						
Attività	Responsabili	Partecipanti	2010	2011	2012	
Accessibilità centri vaccinali ASL Reperti ospedalieri di pediatria Coinvolgimento attivo dei PLS Campagna di informazione e sensibilizzazione alla vaccinazione	Centri vaccinali	personale	■	■	■	
Risultato atteso 3: E' stata individuata la popolazione vaccinata con 1° dose > 2 anni						
Attività previste			■	■	■	

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 9

Regione: Basilicata

Macroarea: prevenzione universale (2)

Linea di intervento generale: prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione (2.4)

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012: raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento.

Titolo del progetto: Immunizzazione verso la rosolia nelle donne fertili lucane

Numero progressivo del progetto all'interno del piano operativo regionale: 2.4.3

Obiettivo di salute: aumentare la % di donne fertili vaccinate contro la rosolia in Basilicata

Attori: Dipartimento regionale salute- Ufficio Politiche della Prevenzione- Servizi vaccinali dei Dipartimenti di prevenzione – MMG - PLS- Servizi Ambulatoriali di Ginecologia Ospedaliera - Consultori – Ginecologi territoriali –

Beneficiari: donne lucane in età fertile

Portatori di interesse: Associazioni Donne – Scuole - Parrocchie – Aziende Sanitarie

Gruppo di progetto: Comitato Tecnico Scientifico Regionale per le Politiche Vaccinali

Referente progetto: Dr.ssa Marandola M., Dirigente Medico Dipartimento di Prevenzione Azienda Sanitaria di Potenza – Componente Comitato Tecnico Scientifico Regionale per le Politiche Vaccinali

Analisi del contesto/descrizione dell'intervento

Uno degli obiettivi del Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMRC) 2010-2012 è ridurre la percentuale di donne in età fertile, suscettibili.

La Regione Basilicata, con la DGR n.2175 del 16/12/2009 ha approvato un "Piano di vaccinazione antirosolia monovalente, una nuova opportunità di recupero per le donne lucane con il vaccino singolo, in occasione della vaccinazione tetravalente contro le infezioni da HPV nelle giovani donne".

E' apparso infatti necessario pianificare un programma d'intervento finalizzato al recupero delle donne suscettibili o con stato immunitario non noto, prevedendo il coinvolgimento e la collaborazione di varie figure professionali (medici di famiglia, ginecologi e ostetriche), per ridurre la percentuale di donne in età fertile suscettibili sotto la soglia del 5%, indispensabile per l'eliminazione della rosolia congenita, come previsto dal Piano Nazionale.

Questo anche a fronte della disponibilità di un vaccino antirosolia singolo, in grado di aumentare la compliance alla vaccinazione soprattutto nelle giovani donne adulte che possono effettuare la vaccinazione anche nell'immediato post-partum.

Accanto a ciò è necessaria la verifica puntuale dei risultati di copertura raggiunti nel corso della campagna di recupero prevista dal Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, nonché il miglioramento della sorveglianza del morbillo e rosolia congenita, con avvio di programmi per la conferma eziologica dei casi sospetti ai fini della notifica della malattia.

Occorre inoltre affiancare, agli interventi necessari per mantenere elevate le coperture vaccinali per morbillo-parotite-rosolia (MPR) in età pediatrica, azioni aggiuntive finalizzate alla vaccinazione delle donne suscettibili o presunte tali perché prive del ricordo anamnestico della malattia.

È necessario sensibilizzare la classe medica alla prevenzione della SRC, in modo che possano essere sfruttati per il recupero delle donne suscettibili non solo il post-partum o un'eventuale interruzione di gravidanza (IVG), come suggerito nel Piano Nazionale, ma ogni tipo di accesso al servizio sanitario ed ai servizi vaccinali. Occasione opportuna nella nostra Regione può essere rappresentata dalla seduta di vaccinazione anti HP, offerta in Basilicata secondo lo schema multicoorte (12enni-15enni-18enni- e 25 enni). I dati di sorveglianza inoltre evidenziano come vi

siano donne, che pur avendo avuto precedenti gravidanze e sapendo di essere suscettibili, non vengono vaccinate dopo il parto.

La presenza di donne in età fertile suscettibili è documentata anche dai casi segnalati in Italia di rosolia in gestanti che non erano mai state vaccinate né avevano eseguito il rubeotest. Inoltre, è fonte di preoccupazione l'elevata percentuale di donne intervistate nello studio PASSI che non conoscono il loro stato immunitario verso la rosolia.

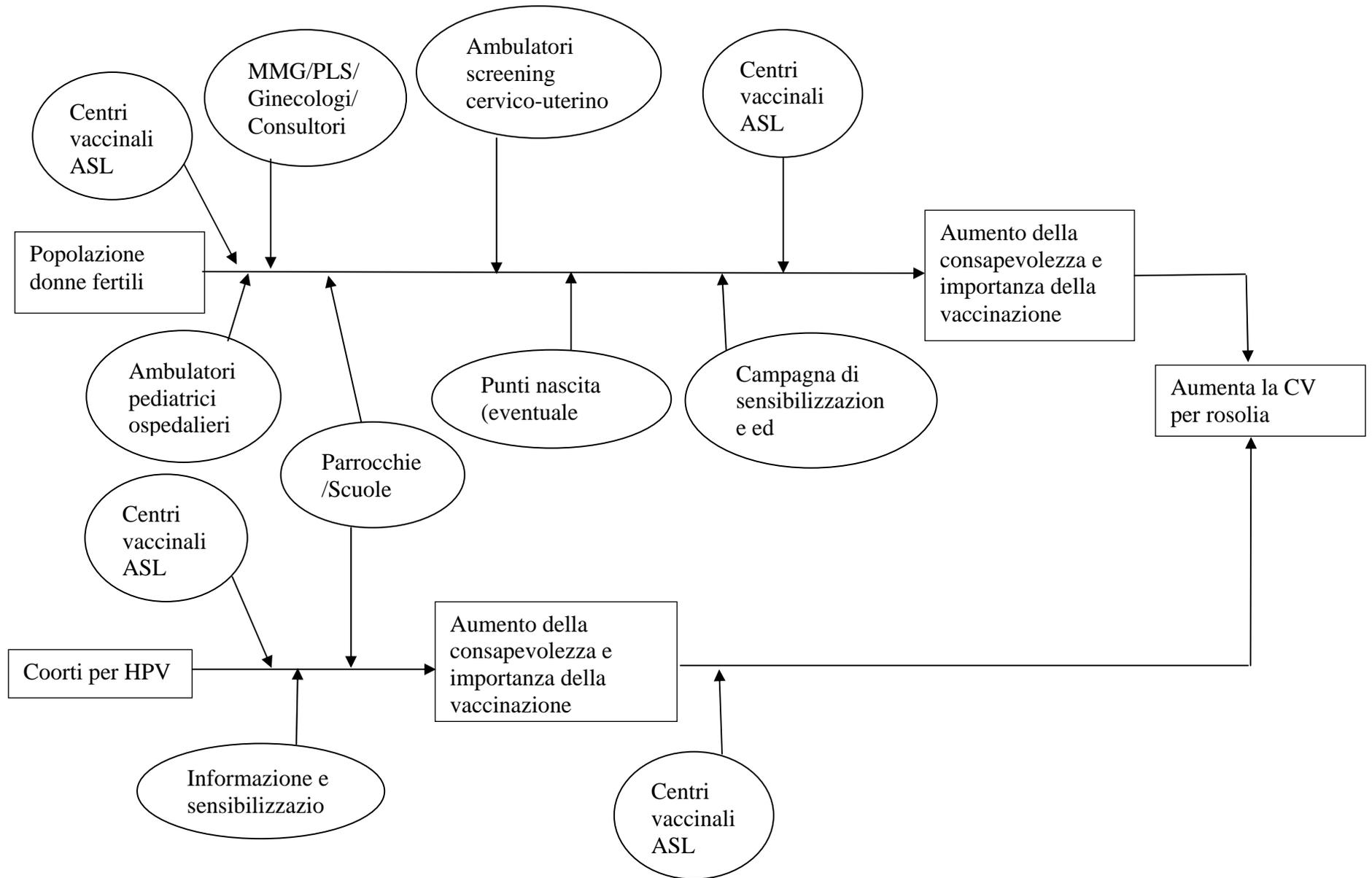
Inserto BEN

Tabella 2 - Stato immunitario per rosolia, Studio PASSI 2005 (4.172 donne 18-45 anni)

Stato immunitario	%
Immuni	52,8
vaccinate	30,6
non vaccinate, immuni al rubeotest	22,2
Suscettibili	
non vaccinate con rubeotest negativo	3,7
Stato immunitario sconosciuto	43,5
non vaccinate; rubeotest effettuato ma con esito non noto	2,4
non vaccinate; rubeotest non effettuato/non so se effettuato	41,1

Modello logico

Immunizzazione verso la rosolia nelle donne fertili lucane



Indicatori di processo ed esito

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore Al 31/12/2010		Valore indicatore Al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
n. vaccinate rosolia coorti HPV/n. totale coorti HPV	Centri vaccinali	=	=	50%	=	80%	=
n. donne vaccinate rosolia pap test/n. donne totale pap test	Centri vaccinali	=	=	80%	=	95%	=
n. puerpere vaccinate rosolia/n. puerpere	Punti nascita	=	=	80%	=	95%	=

Budget

Voci di costo	Costo in €
Personale medico e non impegnato nel progetto e formazione dello stesso	90.000
Azione di informazione con gli attori materiale informativo/divulgativo	30.000
Totale	120.000

Cronogramma

Risultato atteso: Campagna di sensibilizzazione ed informazione						
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti	2010	2011	2012
	Campagna di informazione	Centri vaccinali/ambulatori pap test/punti nascita	personale	■	■	■

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 10

Regione BASILICATA

Macroarea: prevenzione universale (2)

Linea di intervento generale: prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni (2.6)

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012: ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali

Numero identificativo del progetto all'interno del piano operativo regionale: 2.6.2

Titolo del progetto: controllo e riduzione della echinococcosi/iatridosi nelle popolazioni animali e prevenzione della patologia umana correlata

Obiettivo di salute: riduzione del 30% della prevalenza della parassitosi nelle popolazioni animali sensibili e la prevenzione della patologia umana correlata nel periodo 2010-2012.

Gruppo di progetto: Marrone A., Montano G., Salvatore G., Toscano N.tta, Tozzi R., Turturiello G.

Referente del progetto: Dr. Turturiello G., Direttore Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale della ASM di Matera.

Contenuti del progetto

Beneficiari

Il progetto ha come beneficiari la popolazione degli operatori nell'ambito zootecnico ovvero, gli allevatori, i pastori, gli addetti alla cura e custodia degli animali; inoltre, lo sono anche i proprietari di cani e i bambini che, per il sempre maggiore contatto con animali domestici ed abitando anche in zone rurali, sono soggetti a maggior rischio. Si stima una popolazione target di circa 20.000 persone.

Analisi del contesto/Descrizione dell'intervento

L'intervento di sanità pubblica veterinaria proposto è conseguente all'analisi ed individuazione delle priorità tra diverse zoonosi presenti sul territorio regionale i cui dati epidemiologici evidenziano che:

- nella regione Basilicata, nel quinquennio 2002-2006 sono state diagnosticati 96 casi umani di echinococcosi cistica (EC), con una incidenza media annua di 3,2 casi ogni 100.000 abitanti, 3 volte superiore alla media annua nell'UE riportata dall'EFSA nel 2006,¹ e, nello stesso periodo, sono stati registrati 126 ricoveri per 1.275 giorni di degenza con una spesa totale di circa €520.000;²
- non sono disponibili dati aggiornati, completi ed univoci sulla presenza della malattia nella popolazione animale e di riscontrabili e certi interventi di contrasto alla diffusione e persistenza della parassitosi. Ultimi dati presenti in letteratura risalgono al 1998, progetto di ricerca per la provincia di Matera³ e al periodo 1996-2002;⁴
- il modello epidemiologico di sorveglianza della EC è incompleto e le informazioni per gran parte delle regioni italiane non sono aggiornate, contraddittorie e spesso limitate agli ospiti intermedi. Poche informazioni sono disponibili circa la presenza di *E. granulosus* nei cani (Abruzzo 4%, Sardegna 6-10% e Sicilia 19%);^{5,6}
- le caratteristiche del territorio, la tradizionale vocazione all'attività agro-zootecnica e il consistente patrimonio ovi-caprino, fanno sì che nella regione sono attivi circa 11.000 codici aziendali, con circa il 10% della popolazione attiva impegnata in questa attività;
- è importante migliorare le conoscenze e la consapevolezza della pericolosità della malattia nell'uomo soprattutto tra la popolazione a rischio (allevatori, addetti alla cura e custodia degli animali, anche stranieri, e bambini);
- nella regione è diffusa la pratica della macellazione familiare per autoconsumo, spesso, purtroppo, senza la prescritta ispezione post mortem da parte del veterinario e con la cattiva

consuetudine di distribuire organi crudi (fegato e polmoni) infestati, ai cani presenti in azienda sostenendo così il ciclo del parassita;

- è auspicabile una integrazione e collaborazione medico-veterinaria per un'adeguata azione di prevenzione contro le zoonosi;
- sono documentati risultati soddisfacenti di programmi integrati e mirati alla prevenzione di questa grave zoonosi;^{7,8}
- non sono trascurabili i costi diretti del Sistema Sanitario Regionale (SSR) per la ospedalizzazione e cura dei casi; inabilità dei soggetti colpiti con ripercussioni sulla qualità di vita nonché socio-economiche sul sistema produttivo e sulle risorse economiche delle famiglie;⁹
- è diffuso il fenomeno del randagismo nonostante i cani censiti e registrati in anagrafe canina sono circa 45.000 al 31/12/2009.

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

- a migliorare ed adeguare, attraverso una ri-programmazione ed informatizzazione, il sistema di sorveglianza (SS) in essere, alla luce delle nuove disposizioni comunitarie e nazionali sul controllo delle zoonosi. La possibilità di usufruire del sistema informatico già disponibile per la registrazione ed identificazione degli allevamenti e dei capi animali infestati (BDR);
- all'educazione sanitaria ed informazione sulla gravità della zoonosi, delle modalità di trasmissione e delle azioni preventive di contrasto;
- all'informazione e sensibilizzazione, da parte dei veterinari liberi professionisti, al controllo della parassitosi attraverso interventi costanti di profilassi dei cani da parte dei loro proprietari;
- alla possibilità di intervenire rapidamente sui focolai umani con indagini di screening per una diagnosi precoce ed una adeguata e pronta terapia.

La realizzazione del progetto, non può prescindere dalla consapevole partecipazione del veterinario pubblico per il ruolo fondamentale che svolge operando quotidianamente nell'allevamento, nel canile e nella struttura di macellazione che, riconosciuta come osservatorio epidemiologico delle malattie animali e delle zoonosi, è il luogo privilegiato per l'accertamento e notifica dei casi di echinococcosi cistica negli animali da macello.

La strategia generale del progetto, pianificato secondo la metodologia del Project Cycle Management (PCM),¹⁰ mira, attraverso una migliore conoscenza della malattia, a promuovere e favorire un mutamento dei comportamenti e atteggiamenti nella popolazione, soprattutto quella più esposta, per ridurre il rischio di contrarre la malattia e di sostenere la diffusione della parassitosi. Inoltre la possibilità, attraverso l'indagine epidemiologica e indagini strumentali, di diagnosticare precocemente nuovi casi umani per intervenire prontamente ed efficacemente. In modo schematico e sintetico la logica del progetto è riassunta con un modello logico dove, le attività e i servizi agiscono sulla popolazione producendo dei risultati attesi tra loro concatenati da un rapporto di causa- effetto che permettono di raggiungere l'obiettivo specifico di salute nella popolazione target (fig. 1). I risultati attesi concorrono alla realizzazione dell'obiettivo di salute del progetto e sono rappresentati nell'albero degli obiettivi (fig. 2).

Per collocare in un contesto reale ed operativo gli obiettivi e le attività individuate con adeguati indicatori di verifica dell'attuazione e considerare eventuali fattori di rischio che possono influire sulla realizzazione del progetto, è stato costruito un quadro logico che ci consente di verificare e confermare la logica d'insieme del progetto (fig. 3). Perché il progetto possa raggiungere l'obiettivo prefissato è necessaria e fondamentale la partecipazione ed il contributo delle istituzioni in particolare i servizi sanitari pubblici (veterinari ed igiene), le strutture ospedaliere, i veterinari liberi professionisti, le associazioni di allevatori e la scuola.

Devono essere coinvolti ed informati i veterinari ed i medici di igiene pubblica sui contenuti del protocollo e sul funzionamento del sistema di sorveglianza. Le attività di formazione nelle scuole, agli allevatori e ai veterinari liberi professionisti saranno svolte dai veterinari e dai medici delle Aziende Sanitarie individuati dal Coordinatore del progetto.

La integrazione e cooperazione tra i servizi veterinari e le altre strutture sanitarie pubbliche (servizio igiene, servizio epidemiologico, strutture ospedaliere) renderebbero più efficaci gli interventi sanitari, già in essere, a vantaggio della salute pubblica.

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

Concorrono alla realizzazione del progetto enti pubblici e privati con la partecipazione attiva dei proprietari di cani e degli allevatori. Sono individuati come attori del progetto:

- Assessorato alla Salute della Regione Basilicata
- I Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Provinciali e le strutture ospedaliere
- L'Azienda Ospedaliera regionale "San Carlo"
- Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Puglia e Basilicata con le sedi provinciali di Potenza e Matera
- I servizi veterinari e i medici di igiene pubblica del sistema sanitario nazionale
- I veterinari libero professionisti e gli ordini veterinari provinciali
- L'Associazione Allevatori
- Le istituzioni scolastiche

Obiettivo di salute

La riduzione del 30% della prevalenza della parassitosi nelle popolazioni animali sensibili e la prevenzione della patologia umana correlata nel periodo 2010-2012. Nella tabella sono riportati alcuni indicatori di processo e/o esito.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° notifiche registrate in BDR	Report BDR	n.d	100%		100%	
N° allevamenti infestati/n° allevamenti registrati	Report BDR	n.d	?			
N° capi per specie notificati/n° capi per specie registrati	Report BDR	n.d	?		30%	
N° schede epidemiologiche/n° focolai notificati	Dipartimento Prevenzione BDR	n.d	60%		80%	
N° indagini eseguite su familiari/n° familiari presenti nel focolaio	Report strutture ospedaliere	n.d	50%		80%	

Budget

Voci di spesa	Importo in €
Amministrazione, funzionamento e coordinamento	50.000
Personale docente per le attività di formazione	100.000
Indagini laboratorio/strumentali /Trattamenti	80.000
Spese per svolgimento attività del progetto (rimborsi spesa, modulistica, documenti, supporti per attori, registrazione eventi formativi ECM, revisione ed integrazione sistema BDR in uso, supporto audiovisivo, materiali d'uso, ect.)	60.000
Strumenti e materiale informativo/divulgativo	40.000
TOTALE	330.000

Fig.1. Modello logico (Controllo e riduzione della EI nella popolazione animale e prevenzione della patologia umana correlata)

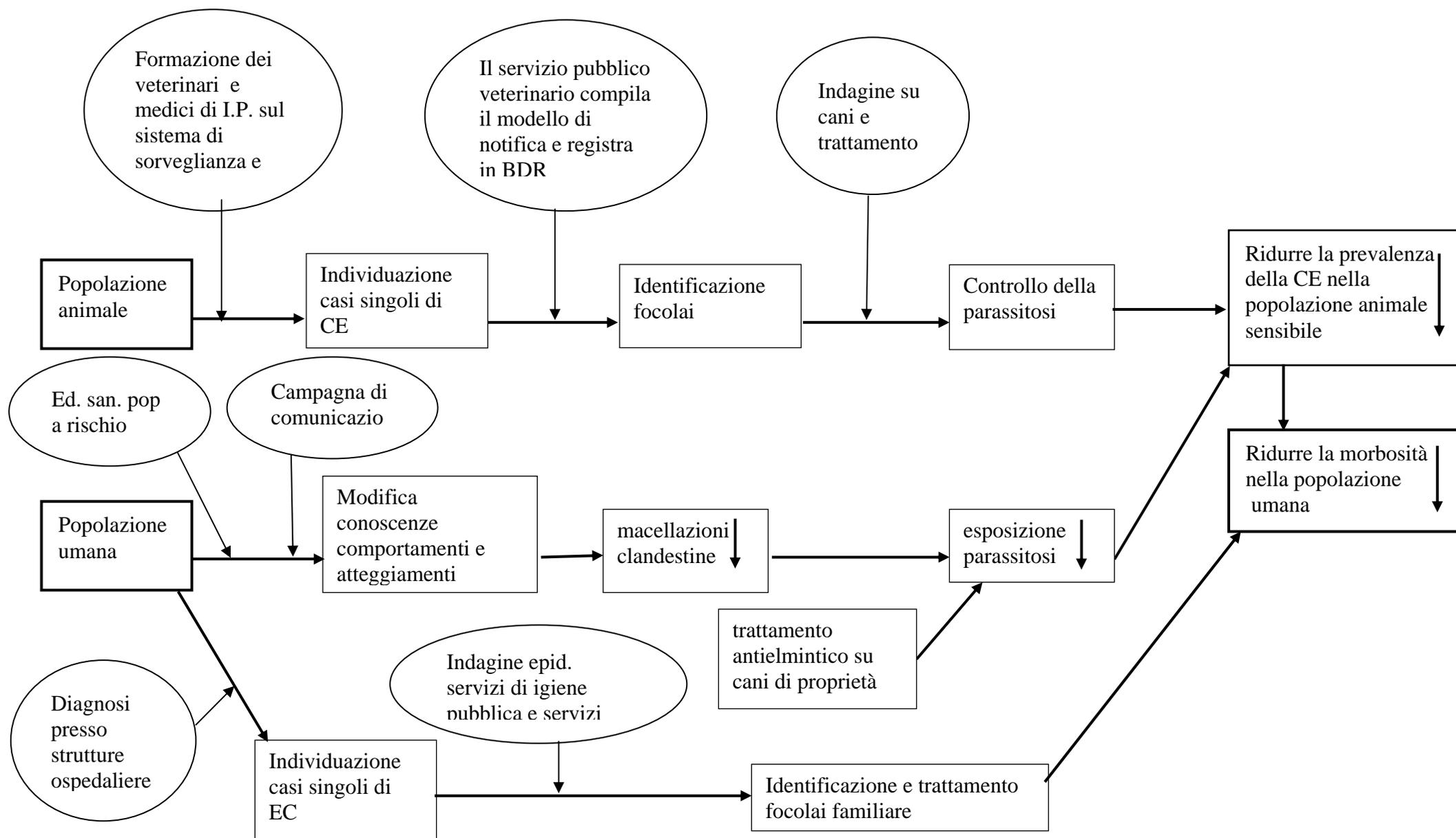


Fig. 2 Albero degli obiettivi (Controllo e riduzione della EI nella popolazione animale e prevenzione della patologia umana correlata)

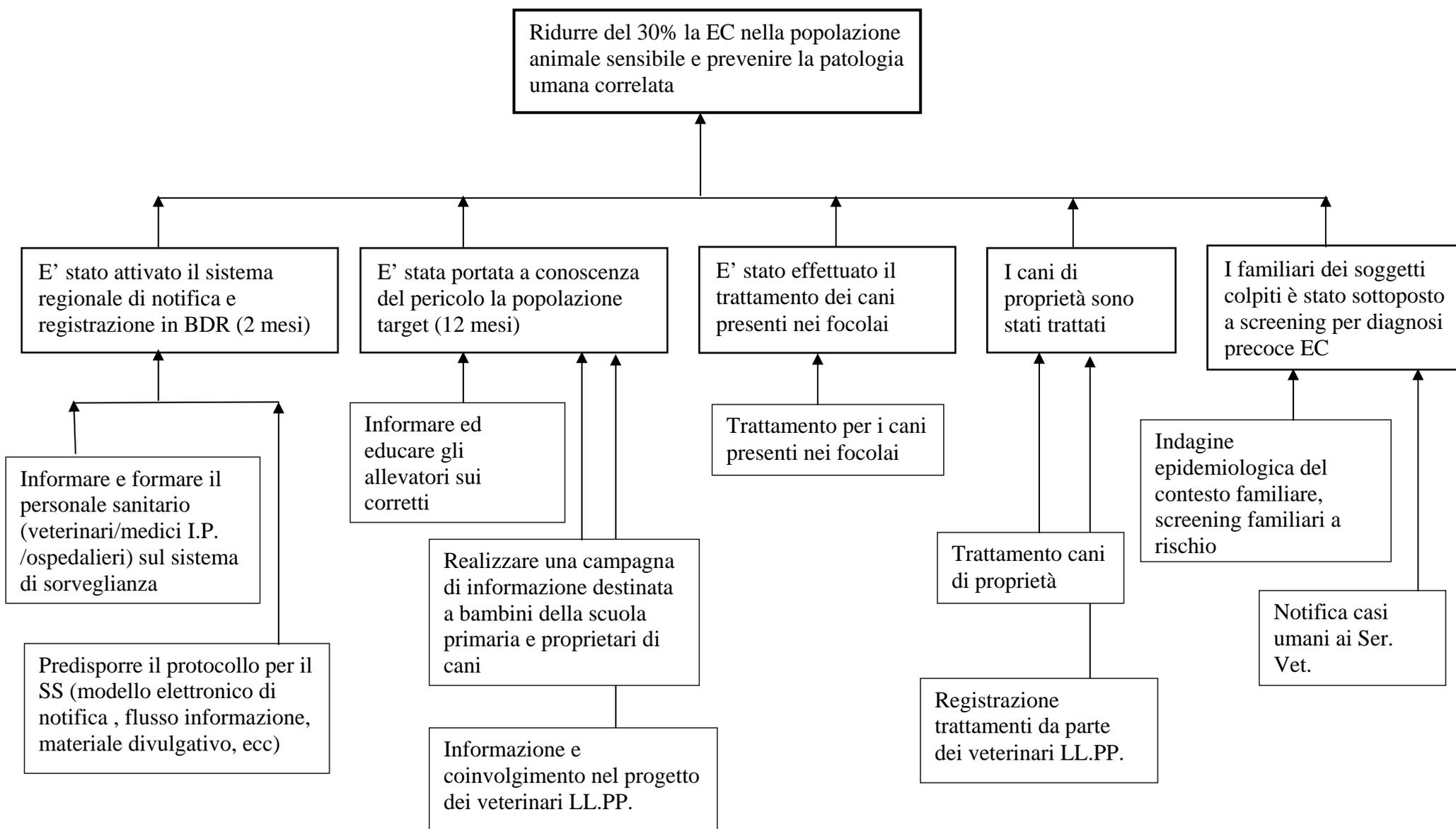


Fig. 3. Quadro logico (Controllo e riduzione della EI nella popolazione animale e prevenzione della patologia umana correlata)

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Migliorare il sistema di sorveglianza della EI, ridurre la EC nella popolazione animale sensibile e prevenire la patologia umana correlata (2010-2012)			
Obiettivo specifico	Ridurre del 30% la EC nella popolazione animale sensibile e prevenire la patologia umana correlata (periodo 2010-2012)	<ul style="list-style-type: none"> • N° notifiche registrate in BDR • N° allevamenti colpiti/allevamenti registrati • N° capi per specie colpite/n° capi specie registrati • Stima della prevalenza della parassitosi 	<ul style="list-style-type: none"> • Report BDR • Report interventi Serv Veterinari • Referti IZS 	<ul style="list-style-type: none"> • Volontà politica • Disponibilità risorse finanziarie • Partecipazione dei servizi pubblici
Risultati attesi 1	E' stato attivato il sistema regionale di notifica e registrazione in BDR (2 mesi)	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborazione del protocollo • Funzionamento del sistema entro 2 mesi dall'inizio del progetto • Indagine tra gli operatori sanitari sul protocollo del SS IE 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilità funzione in BDR • Registrazione all'evento (ECM) • Registrazioni previste da protocollo • Questionario distribuito ai veterinari 	<ul style="list-style-type: none"> • Ritardi della società gestore della BDR • Scarsa partecipazione dei veterinari • Gestore evento formativo • Ritardi costituzione gruppo di lavoro
		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Stesura del protocollo SS attivazione BDR	<ul style="list-style-type: none"> • Costituzione gruppo di lavoro per protocollo SS 	<ul style="list-style-type: none"> • Rimborso spesa per incontri • Costo h/dipendenti 	
Attività 1.2	Formazione veterinari	<ul style="list-style-type: none"> • Lettera di presentazione e comunicazione evento formativo sul SS • Supporti tecnici e strumenti didattici (ppt) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rimborsi spese per incontro • Iscrizione ministero corso ECM 	

Fig. 3. Quadro logico (Controllo e riduzione della EI nella popolazione animale e prevenzione della patologia umana correlata)

	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Risultati attesi 2	E' stata portata a conoscenza del pericolo l'80% della popolazione (12 mesi)	<ul style="list-style-type: none"> • Registrazione delle attività di formazione • Quantità materiali divulgativo prodotto e distribuito 	<ul style="list-style-type: none"> • Registrazione degli eventi • Elenco partecipanti • Elenco scuole che aderiscono • Adesione dei VV.LL.PP. • Materiale stampato e distribuito 	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa adesione delle scuole • Scarsa adesione dei VV.LL.PP. • Scarsa adesione degli allevatori • Risorse economiche
		Mezzi	Costi	
Attività 2.1	Formazione con gli allevatori	<ul style="list-style-type: none"> • Supporto didattico (ppt) e strumentale • Materiale divulgativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Spostamento veterinari coinvolti • Stampa materiale 	
Attività 2.2	Formazione nella scuola primarie (V classe)	<ul style="list-style-type: none"> • Supporto didattico (ppt) e strumentale • Materiale divulgativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Spostamento veterinari coinvolti • Stampa materiale 	
Attività 2.3	Formazione Veter. L.P.	<ul style="list-style-type: none"> • Supporto didattico (ppt) e strumentale • Materiale divulgativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Stampa materiale 	
Risultati attesi 3	E' stato effettuato il trattamento del 100% dei cani presenti nei focolai	<ul style="list-style-type: none"> • N° cani trattati/n° cani identificati e/o presenti in azienda 	<ul style="list-style-type: none"> • Registrazione intervento 	<ul style="list-style-type: none"> • Impossibilità di trattare tutti i cani del focolaio • Risorse economiche
		Mezzi	Costi	
Attività 3.1	Test diagnostici per cani nei canili	<ul style="list-style-type: none"> – Farmaci antelmintici – Materiale per prelievo fecale 	<ul style="list-style-type: none"> – Indagini di laboratorio – Farmaci gratuiti per i cani nei focolai per il 1° trattamento 	

Fig. 3. Quadro logico (Controllo e riduzione della EI nella popolazione animale e prevenzione della patologia umana correlata)

	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Risultati attesi 4	L'80% dei cani di proprietà è stato trattato	<ul style="list-style-type: none"> • N° cani di proprietà trattati/n° cani registrati in anagrafe • Indagine tra i proprietari di cani 	<ul style="list-style-type: none"> • Report VV. LL. PP. • Questionario per i proprietari 	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa adesione proprietari cani • Scarsa partecipazione dei veterinari LL.PP.
		Mezzi	Costi	
Attività 4.1	Campagna di informazione per i proprietari dei cani	<ul style="list-style-type: none"> • Materiale divulgativo presso ambulatori veterinari 	<ul style="list-style-type: none"> • Stampa materiale 	
Risultati attesi 5	L'80% dei familiari dei soggetti colpiti è stato sottoposto a screening per diagnosi precoce EC	<ul style="list-style-type: none"> • N° indagini eseguite su familiari/N° familiari presenti nel focolaio • N° diagnosi di EC 	<ul style="list-style-type: none"> • Indagini diagnostiche 	<ul style="list-style-type: none"> • Risorse economiche • Partecipazione delle strutture ospedaliere
		Mezzi	Costi	
Attività 5.1	Notifica casi al Servizio veterinario	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione secondo il protocollo 		
Attività 5.2	Indagine epidemiologica	<ul style="list-style-type: none"> • Scheda epidemiologica 	<ul style="list-style-type: none"> • Rimborso per spostamenti 	

Valutazione degli interventi

Area di valutazione	Punti forti	Punti deboli	Opportunità	Pericoli
Sensibilizzazione e partecipazione dei Serv. Veter. e medici di I.P.	Obbligo di legge; feedback sul progetto Informazioni catena alimentare (reg CE)		Maggiore efficacia degli interventi di sanità pubblica	Scarsa adesione e partecipazione al progetto dei servizi
Modalità di raccolta dati delle notifiche	Semplificazione del sistema Univocità e completezza dell'informazione Centralizzazione e gestione dei dati (BDR) Tempestività dell'informazione e disponibilità in rete Geo-referenziazione degli allevamenti	Scarsa diffusione ed utilizzo degli strumenti informatici	Migliorare il sistema di sorveglianza Sistema in uso per l'anagrafe bovina e suina	Disponibilità di risorse per altra funzione in BDR (TAB)
Trattamento cani allevamento colpito; ind. epid. (screening nucleo familiare a rischio)	Intervento terapeutico sui cani Indagine epidemiologica nucleo familiare Indagini per diagnosi precoce di CE		Veterinari pubblici convenzionati APA	Costi per il SSR Adesione delle strutture ospedaliere
Diagnosi E. granulosus nei cani	Disporre di dati aggiornati sulla prevalenza del parassita; Sensibilizzare i proprietari alla prevenzione di zoonosi nel contesto familiare;	Scarsa partecipazione dei Vet. LL.PP. Aggiunta di compiti per gestori o serv vet dei canili	Popolazione animale già sotto assistenza sanitaria	Risorse finanziarie;
Educazione sanitaria Informazione delle popolazioni a rischio	Attività di prevenzione primaria Corretto rapporto uomo-animale Prevenzione delle macellazioni clandestine	Individuazione formatori Partecipazione dei VV. L.P. e verifica dei trattamenti cani di proprietà	Cooperazione efficace tra Enti Già in essere rapporti tra scuola e SSR Per OSA (primari) già obbligo di formazione	Adesione e partecipazione dei GI

Indicatori delle attività

Obiettivo/risultato/ gruppo di attività	Indicatore	Valore atteso	Fonte dei dati	Periodicità di misura
Attività 1.1	<ul style="list-style-type: none"> • Documentazione delle attività del gruppo di lavoro 	Stesura del Protocollo SS - IE e documenti previsti	Ufficio Veterinario regionale	a 2 mesi dall'inizio
Attività 1.2	<ul style="list-style-type: none"> • n° incontri di formazione/n° incontri programmati • n° veterinari e medici dip. partecipanti/n° totale veterinari e medici di I.P. dip. 	100% incontri programmati 90% Veterinari e medici di igiene pubblica dipendenti formati	Registro partecipanti incontro	a 4 mesi dall'inizio
Attività 2.1	<ul style="list-style-type: none"> • N° incontri tenuti x all/n° incontri programmati • N° allevatori presenti/n° allevatori censiti 	80% incontri programmati 70% degli allevatori invitati	Registro partecipanti incontro	a 9 mesi dall'inizio
Attività 2.2	<ul style="list-style-type: none"> • N° scuole partecipanti/n° scuole censite • N° incontri tenuti x scuole/n° incontri programmati • n° bambini raggiunti dall'informazione (classeV) 	80% delle scuole che aderiscono 80% degli incontri programmati	Registro incontri Registro delle presenze	a 12 mesi dall'inizio
Attività 2.3	<ul style="list-style-type: none"> • N° Vet. LL.PP. formati/LL.PP. che esercitano 	80 % dei veterinari invitati/esercitano	Registrazione partecipanti incontro	a 6 mesi dall'inizio
Attività 3.1	<ul style="list-style-type: none"> • Quantità di farmaci antelmintici somministrati per i cani presenti nel focolaio • N° cani trattati/n° cani censiti in azienda • Stima della prevalenza della parassitosi 	Trattamento del 70% dei cani presenti nel focolaio	Registrazione del servizio veterinario competente	semestrale a 9 mesi dall'inizio
Attività 4.1	<ul style="list-style-type: none"> • n° materiale divulgativo distribuito per gli ambulatori/studi veterinari 	nel 100% degli ambulatori/studi veterinari	Veterinari liberi professionisti	
Attività 5.1	<ul style="list-style-type: none"> • N° notifiche casi umani pervenute ai servizi veterinari/n° totale notifiche 	100% delle notifiche	Strutture ospedaliere, servizi di I.P. e veterinari	Semestrale
Attività 5.2	<ul style="list-style-type: none"> • N° schede epidemiologiche 	100% dei focolai	Servizi igiene e veterinario della ASL competente	Semestrale

Cronogramma

				2010											
Risultato atteso 1: E' stato attivato il sistema regionale di notifica e registrazione in BDR															
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.1	Predisporre il protocollo per il SS – IE e attivare la BDR	Resp. Gruppo di lavoro	Gruppo di lavoro	■											
1.2	Informare e formare i veterinari e i medici di I.P pubblici sul sistema di sorveglianza	Referente formazione sanità pubblica	Veterinari e medici di I.P.			■									
Risultato atteso 2: E' stata portata a conoscenza del pericolo l'80% della popolazione															
2.1	Informare ed educare gli allevatori sui corretti comportamenti	Referente formazione allevatori	Allevatori										■		
2.2	Realizzare una campagna di informazione destinata a bambini della scuola primaria e proprietari di cani	Referente formazione scuole	Scuola							■					
2.3	Formazione sul protocollo Vet..LL.PP	Ordine professionale	Veterinari L.P.					■							

Cronogramma

Risultato atteso 3: E' stato effettuato il trattamento del 100% dei cani presenti nei focolai									
				2010	2010			2011	2012
codice	Attività	Responsabili	Partecipanti		4	5	6		
3.1	Stima della prevalenza della parassitosi	Referente attività (IZS)							
3.2	Trattamento cani nei focolai	Referente attività							

Risultato atteso 4: L'80% dei cani di proprietà sono stati trattati						
				2010	2011	2012
codice	Attività	Responsabili	Partecipanti			
4.1	Trattamento cani di proprietà	Veterinari L.P.				

Risultato atteso 5: 80% dei familiari dei soggetti colpiti è stato sottoposto a screening per diagnosi precoce EC						
				2010	2011	2012
codice	Attività	Responsabili	Partecipanti			
5.1	Notifica casi umani ai Ser. Vet	Servizio Igiene Pubblica				
5.2	Indagine epidemiologica del contesto familiare, screening familiari a rischio	Servizi veterinari e igiene pubblica				

Referenze

1. The EFSA Journal www.efsa.europa.eu
2. Regione Basilicata: BDR Dipartimento Salute e Sicurezza Sociale. www.basilicatanet.it
3. Casulli A, Gomez Morales M.A., Vitelli G, Santagada G, Pozio E. (2002) Serodiagnosis of cystis echinococcosis (echinococcus granulosus) in sheep: a preliminary study. *Parassitologia* vol. 44 suppl. 1:46.
4. Quaranta V (2004). Echinococcosi: presenza e diffusione della parassitosi in Basilicata. Convegno: Echinococcosi: una parassitosi da conoscere. Centro Sociale Calastra Alto Sauro, Anzi (Pz).
5. Garippa G, Varcasia A, Scala A., (2004). Cystic echinococcosis in Italy from the 1950s to present. *Parassitologia* Dec; 46 (4): 387-91.
6. Garippa G, (2006). Updates on cystis echinococcosis (CE) in Italy. *Parassitologia* Jun; 48 (1-2): 57-9
7. Eckert J, Gemmel MA, Meslin FX, Pawlowski ZS (2001). *Manual on Echinococcosis in Humans and Animals: a Public Health Problem of Global Concern*. WHO/OIE, Paris.
8. Craig PS, Garcia HH, ed altri (2007) Prevention and control of cystic echinococcosis. *The Lancet Infectious Diseases*, Vol. 7, Issue 6, June, p 385-94
9. Budke MC, (2006) Global socioeconomic impact of cystis echinococcosis. *Emerging Infectious Diseases*. www.cdc.gov/eid vol. 12, n°2, february (296-303)
10. European Commission. Project Cycle Management, guidelines. Disponibile all'indirizzo <http://ec.europa.eu/>....

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 11

Regione: Basilicata

Macroarea: prevenzione universale (2)

Linea di intervento generale: prevenzione delle malattie determinate da alimenti ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano (2.8)

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012: controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti.

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

Titolo del progetto: Sicurezza alimentare, controllo e riduzione delle malattie trasmesse da alimenti

Obiettivo di salute: ridurre del 50% la prevalenza dei casi di MTA nel triennio 2010-2012.

Attori: l'Ufficio Veterinario, Igiene Alimenti, Tutela Sanitaria dei Consumatori del Dipartimento Salute Regionale; i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL attraverso gli operatori sanitari del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN), del Servizio Veterinario Igiene Alimenti (SVIA), del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), i Tecnici della Prevenzione; i medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS) e i medici dei presidi ospedalieri per ciò che attiene alla notifica dei casi e/o sospetti di MTA, le sezioni provinciali dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Puglia e Basilicata. Il personale che si occupa di ADI.

Portatori di interessi: i consulenti aziendali per la sicurezza alimentare, le associazioni di categoria (Confcommercio, Confesercenti, Confartigianato) e dei consumatori presenti sul territorio regionale, Associazione PMI.

Gruppo di progetto: Marrone A., Montano G., Salvatore G., Toscano N.tta, Tozzi R., Turturiello G.

Referente del progetto: Dr. Marrone Antonio Dirigente Veterinario U.O."B" ASM

Contenuti del progetto

Beneficiari

Beneficiaria dell'obiettivo di salute è la popolazione, maggiormente quella più sensibile alle MTA rappresentata da bambini ed anziani che sono circa 1/3 dell'intera popolazione regionale (200.000). Trattasi di utenti che spesso consumano pasti in ambito collettivo e socio assistenziale. In Basilicata il 23% degli anziani over 65 anni vive da sola¹ condizione che, favorisce l'esposizione degli stessi ai maggiori rischi per il consumo di alimenti non salubri.

Beneficiari degli obiettivi di processo saranno gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) delle piccole imprese che nella regione rappresentano oltre il 75% dell'intero tessuto produttivo della filiera alimentare e che, per la maggior parte, sono a conduzione familiare.

Analisi del contesto/Descrizione dell'intervento

Le malattie trasmesse da alimenti (MTA) costituiscono un serio problema di sanità pubblica. Le informazioni provenienti dalla FAO e dalla WHO evidenziano che nei Paesi industrializzati i principali problemi della sicurezza alimentare sono di origine microbiologica. Si stima che a livello mondiale ogni anno 76 milioni di persone manifestino sintomi, più di 300.000 siano ospedalizzati e circa 5.000 muoiano a causa di malattie trasmesse da alimenti. Ad essere colpiti sono soprattutto, ma non solo, bambini, anziani ed individui immunodepressi. Le recenti variazioni demografiche, i cambiamenti nella produzione, nella distribuzione e nelle preferenze di consumo degli alimenti, le modificazioni dei microrganismi e delle loro capacità di adattamento e l'emergenza di nuovi patogeni, le aumentate possibilità di viaggi e commerci internazionali determinano un aumento del rischio di contrarre e diffondere malattie trasmesse da alimenti a livello locale, regionale e addirittura internazionale.

Il controllo e la prevenzione delle malattie trasmesse dagli alimenti necessita di un sistema efficiente di controllo degli alimenti, funzionale e integrato, basato sulla collaborazione di tutte le componenti del sistema: leggi e normative sugli alimenti, gestione e controllo degli alimenti, servizi di ispezione, monitoraggio epidemiologico e degli alimenti (laboratori), educazione del consumatore e comunicazione con il consumatore.²

Nella regione Basilicata, nel quinquennio 2002-2006 sono stati registrati circa 500 ricoveri ospedalieri riconducibili a malattie trasmesse da alimenti (MTA) per una spesa del SSR pari a €782.000 per un totale di 2950 giorni di degenza.³

Il sistema di notifica delle malattie infettive⁴ ha prodotto un incremento della sua sensibilità per una maggiore attenzione al problema da parte degli operatori sanitari e della popolazione.

Il fenomeno delle tossinfezioni alimentari di origine domestica che, se pur rilevante, spesso viene sottovalutato e ancor di più sottonotificato rappresentando un problema nella sorveglianza di queste patologie. In Italia sono stati ufficialmente registrati negli ultimi anni oltre trentamila casi/anno di tossinfezioni alimentari e gran parte di queste malattie ha avuto origine da preparazioni artigianali o effettuate in ambiente domestico. Raccogliere e analizzare le informazioni sulla problematica delle tossinfezioni alimentari in ambito domestico è importante per avviare più efficaci e mirate azioni educativo-informative, per i consumatori, utili ai fini della prevenzione. In sostanza occorre promuovere in modo opportuno l'adozione di buone pratiche igieniche anche tra i consumatori, i quali sono chiamati a dare il loro importante contributo.⁵

L'analisi dei dati del sistema di sorveglianza fornisce indicazioni sugli agenti patogeni, sulle modalità di trasmissione, sulle persone esposte e con sintomi, sui fattori di rischio associati con le MTA, e permette di formulare indirizzi in relazione agli interventi di prevenzione e controllo. Informazioni che devono essere raccolte e comunicate secondo una codificata procedura. I sistemi di segnalazione nazionale per le epidemie di origine alimentare attualmente in vigore negli Stati Membri, prevedono la trasmissione dei dati all'EFSA che ha il compito di analizzare e comunicare i dati raccolti. È fondamentale per una buona prevenzione e attività di controllo e monitoraggio, disporre di report delle epidemie di origine alimentare completi, dettagliati ed univoci relativi ai cibi incriminati, agli agenti causali, ai casi umani e fattori di rischio concorrenti.⁶

I dati riportati in una ricerca effettuata da associazioni di categoria di PMI alimentari hanno evidenziato l'esistenza di alcune problematiche riferite all'attuazione del "pacchetto igiene" in queste realtà produttive. Spesso gli operatori delle piccole e medie imprese, hanno curato più gli adempimenti formali e prescrizioni documentali che le buone pratiche di attuazione dell'autocontrollo.

Emergono indicazioni sull'importanza della formazione degli operatori delle microimprese sull'HACCP, il trasferimento delle buone pratiche di lavorazione al fine di garantire l'igiene e la sicurezza alimentare nelle PMI, promuovere da parte delle Autorità competenti una migliore formazione del personale addetto ai controlli.⁷

E' necessario rivedere ed adeguare, anche in linea con le disposizioni normative, il sistema di sorveglianza in essere, definire un protocollo operativo che faciliti anche la collaborazione ed interazione della sanità pubblica umana e veterinaria, costituire un centro regionale di controllo e sorveglianza delle MTA. Un sistema di sorveglianza, strumento efficace di controllo e misura del problema, rappresenta per il progetto un intervento trasversale che rinforza la bontà dell'obiettivo di salute.

L'intervento proposto, strutturato secondo la metodologia del PCM,⁸ si articola in una serie di attività e servizi per il raggiungimento dei risultati attesi che, insieme, concorrono alla realizzazione dell'obiettivo di salute. Una lettura immediata dell'intervento è riportata in modo schematico nel modello logico e l'albero degli obiettivi (figg. 1-2-3-4). Nel modello logico è rappresentata la popolazione beneficiaria ed i cambiamenti, nei quadrilateri, che subisce verso l'esito di salute e/o processo dovuti ad azioni e servizi, rappresentati nei cerchi, messi in atto con il progetto. Alcune azioni previste, coordinate dal gruppo regionale afferente al costituendo centro regionale di riferimento per il controllo e la prevenzione delle MTA, sono: la stesura di linee guida regionali con procedure semplificate per le piccole imprese, revisione di atti normativi e di indirizzo emanati dalla Regione; individuazione, categorizzazione degli OSA in base alla valutazione del rischio e registrazione in BDR per la costituzione di una anagrafe regionale delle attività; formazione degli OSA e degli addetti al settore alimentare; attività ispettive per la verifica della applicazione delle linee guida. Sono previsti anche interventi di informazione e sensibilizzazione della popolazione interessate per aumentare le conoscenze sui rischi connessi al consumo di alimenti. Saranno messi a disposizione degli utenti/consumatori materiale divulgativo e servizi territoriali per informazioni.

Il personale sanitario e non interessato nelle attività sarà adeguatamente formato per operare secondo le procedure stabilite e partecipare alle azioni di informazione e formazione delle popolazioni target.⁹

Si pensa quindi che l'informazione/formazione adeguata sia la strategia vincente per l'adozione di buone pratiche di igiene, purché però vengano coinvolti sia i consumatori che gli operatori del settore, facendo sì che la sicurezza degli alimenti venga percepita come responsabilità da condividere.¹⁰

Obiettivo di salute

Obiettivo di salute del progetto è ridurre del 50% la prevalenza dei casi di MTA nel triennio 2010-2012. Per raggiungere l'obiettivo di salute è necessario che si realizzino gli obiettivi di processo/salute dei 3 progetti che sono:

- A. migliorare la sicurezza alimentare nelle piccole imprese alimentari e semplificare le procedure;
- B. migliorare le conoscenze per prevenire rischi e pericoli da consumo degli alimenti in ambito domestico
- C. revisione del sistema di sorveglianza (SS), istituzione della BDR delle MTA e costituzione di un centro di riferimento regionale per il controllo e la prevenzione delle MTA.

Nella tabella sono riportati alcuni indicatori ai fini della valutazione del progetto.

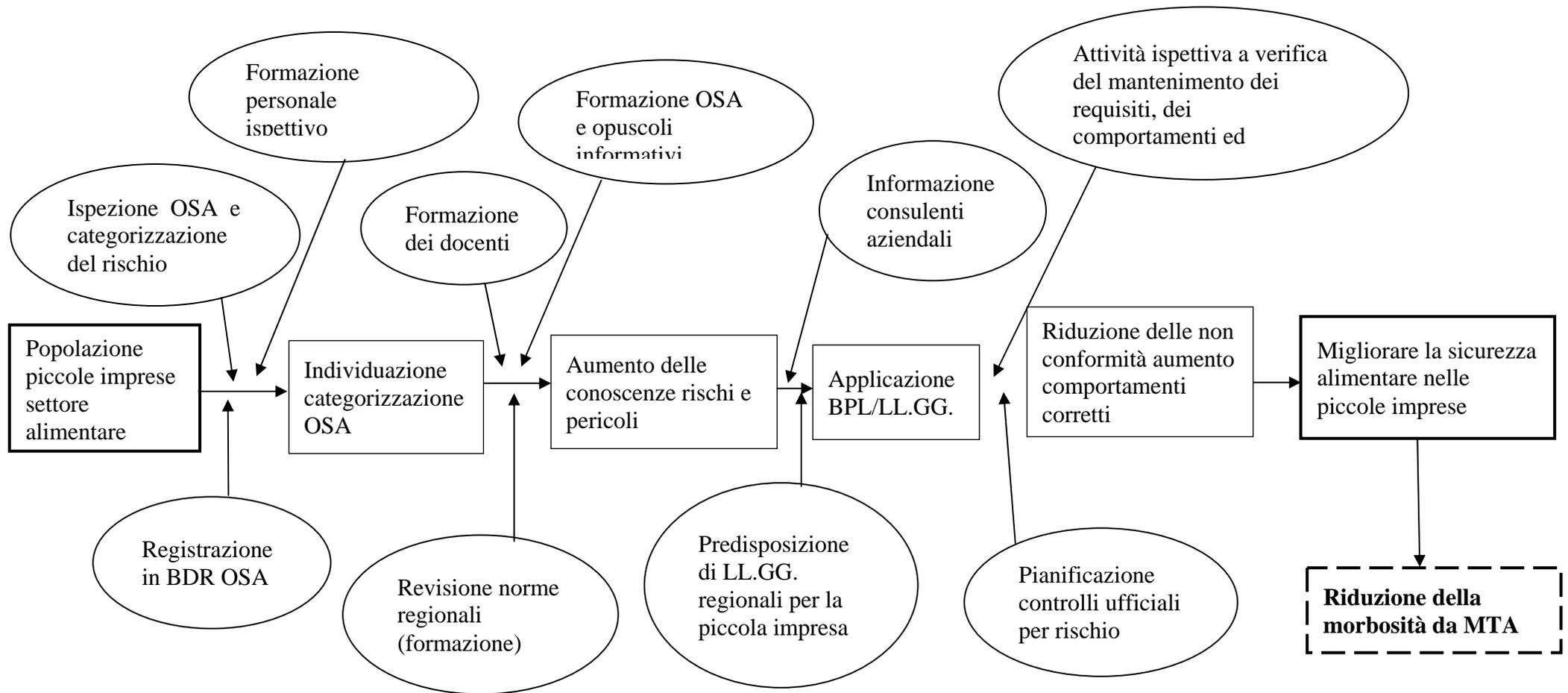
Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31/12/2010	Valore dell'indicatore al 31/12/2011		Valore dell'indicatore al 31/12/2012	
			Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
N° aziende categorizzate/n° aziende in BDR		n.d.				
N° Aziende che applicano LLGG/n° aziende in BDR		n.d	50%		80%	
n° dei ricoveri per MTA		n.d	-25% del valore al 31/12/10		-25% al valore al 31/12/10	
N° schede epidemiologiche registrate		n.d	80%		100%	

Budget

Voci di spesa	Importo in €
Funzionamento Centro Regionale MTA	40.000
Personale docente per le attività di formazione/informazione	120.000
Formazione e collaborazione personale ADI	30.000
Spese per svolgimento attività del progetto (rimborsi spesa, modulistica, documenti, supporti per attori, registrazione eventi formativi ECM, revisione ed integrazione sistema BDR in uso, supporto audiovisivo, materiali d'uso, spese per affitto sale, disponibilità servizi territoriali, ect.)	80.000
Esami di laboratorio	30.000
Strumenti e materiale informativo/divulgativo	50.000
TOTALE	350.000

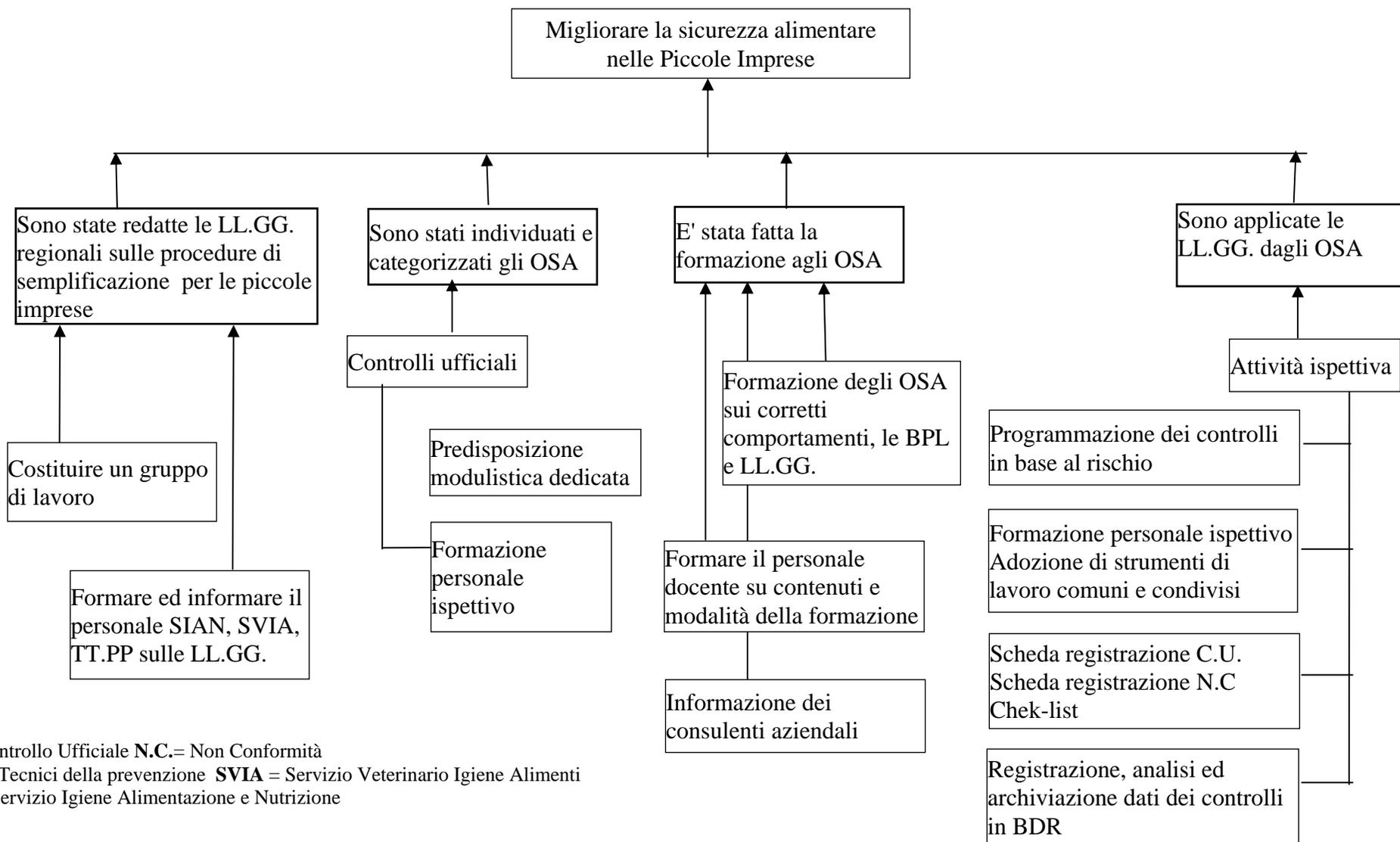
Obiettivo specifico: ridurre del 50% la prevalenza dei casi di MTA nel triennio 2010-2012.	
Progetto A: migliorare la sicurezza alimentare nelle piccole imprese	
Azione 1.2	Formare ed informare il personale SIAN/SVIA/TT.PP sulle linee guida per la piccola impresa
Azione 1.1	Definizione del gruppo lavoro
Risultato atteso 1	Sono state redatte le LL.GG. sulle procedure di semplificazione per le piccole imprese
Azione 2.1	Formazione personale ispettivo Predisposizione modulistica Controlli ufficiali
Risultato atteso 2	Sono stati individuati e categorizzati gli OSA
Azione 3.3	Informazione coinvolgimento dei consulenti aziendali
Azione 3.2	Formare il personale docente sui contenuti della formazione
Azione 3.1	Formazione degli OSA sui corretti comportamenti, le BPL e le LL.GG
Risultato atteso 3	E' stata fatta la formazione agli OSA
Azione 4.3	Registrazione, analisi ed archiviazione dati controlli
Azione 4.2	Attività ispettiva/programmazione dei controlli
Azione 4.1	Formazione personale ispettivo/adozione strumenti comuni di lavoro
Risultato atteso 4	Sono applicate le LL.GG dagli OSA
Progetto B-C: Controllo e prevenzione della morbosità da MTA	
Azione 1.2	Formare ed informare il personale sanitario ASL, MMG/PLS sul SS MTA
Azione 1.1	Gruppo di lavoro e referente MTA aziendale
Risultato atteso 1	E' stato redatto il protocollo di intervento delle MTA
Azione 2.2	Campagna di informazione ai consumatori/ incontro consumatori/materiale divulgativo/disponibilità servizi territoriali
Azione 2.1	Formazione del personale ADI
Risultato atteso 2	E' stata informata la popolazione sui rischi e pericoli delle MTA
Azione 3.1	Applicazione del protocollo del SS MTA/ attivazione BDR/ schede epidemiologiche/flussi informativi/analisi di laboratorio
Risultato atteso 3	Sono stati raccolti i dati epidemiologici
Attori	l'Ufficio Veterinario, Igiene Alimenti, Tutela Sanitaria dei Consumatori del Dipartimento Salute Regionale; i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL attraverso gli operatori sanitari del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN), del Servizio Veterinario Igiene Alimenti (SVIA), del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), i Tecnici della Prevenzione; i medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS) e i medici dei presidi ospedalieri per ciò che attiene alla notifica dei casi e/o sospetti di MTA, le sezioni provinciali dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Puglia e Basilicata. Il personale che si occupa di ADI.
Portatori d'interesse	i consulenti aziendali per la sicurezza alimentare, le associazioni di categoria (Confcommercio, Confesercenti, Confartigianato) e dei consumatori presenti sul territorio regionale, Associazione PMI.
Gruppo di progetto	Marrone A., Montano G., Salvatore G., Toscano N.tta, Tozzi R., Turturiello G.
Referente di progetto	Dr. Marrone A., Dirigente Veterinario U.O. "B" ASM

Fig.1. Modello logico (Sicurezza alimentare, controllo e riduzione delle MTA – Progetto A)



OSA= operatore settore alimentare; **BDR**= banca dati regionale; **BPL**= buone pratiche di lavorazione; **LL.GG.**= linee guida

Fig. 2 Albero degli obiettivi (Sicurezza alimentare, controllo e riduzione delle MTA – Progetto A)



QUADRO LOGICO (Sicurezza alimentare nella piccola impresa – progetto A)

Obiettivo di processo: migliorare la sicurezza alimentare nella piccola impresa

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale				
Obiettivo specifico	Migliorare la qualità della sicurezza alimentare nelle piccole imprese	- 80% imprese che applicano le LL.GG. - 75% OSA e dipendenti imprese alimentari adeguatamente formati - riduzione delle N.C.	- report BDR - report ASL - report attività formative	
Risultato atteso 1	Sono state redatte le LL.GG.	- stesura del Documento - Attivazione della BDR	- Disponibilità funzione BDR - disponibilità LL.GG.	ritardi società gestore BDR ritardi costituzione gruppo lavoro
		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Stesura LL. GG.	- Costituzione gruppo di lavoro	- Funzionamento gruppo	
Attività 1.2	Formazione ed informazione dei dirigenti SVIA, SIAN e TT.PP	- Lettera di comunicazione - Aule, supporto didattico e strumentale, questionari	- Iscrizione ministero ECM - Costo formazione dipendenti - Rimborsi spesa - Docenti	
		Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di Verifica	
Risultato atteso 2	Sono stati ispezionati, registrati e categorizzati gli OSA	- n° ispezioni svolte/n° aziende - n° imprese categorizzate - n° imprese registrate in BDR	- Report delle registrazioni	disponibilità del personale dipendente ASL

(Quadro Logico Progetto A)

		Mezzi	Costi	
Attività 2.1	Controlli Ufficiali	- Pc, modulistica, attrezzature	- Rimborsi spesa - Acquisto attrezzature	
Attività 2.1.2	Formazione personale ispettivo	- Aule, supporto didattico e strumentale, questionari	- Iscrizione ministero ECM - Costo formazione dipendenti - Rimborsi spesa - Docenti	
Risultato atteso 3		Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di Verifica	
	E' stata fatta la formazione agli OSA	- N° eventi svolti/eventi programmati - N° osa e dip. imp alimentari partecipanti - Materiale divulgativo - N° attestati rilasciati	- Registri delle attività	disponibilità docenti interesse OSA e dipendenti imprese alimentari
Attività 3.1		Mezzi	Costi	
	Formazione degli OSA sui corretti comportamenti, le BPLe le LL.GG Informazione consulenti	- Supporto didattico - materiale divulgativo	- rimborsi spesa - docenti/aule - stampa materiale	
Attività 3.2	Formazione del personale docente su contenuti e modalità della formazione	- Lettera di presentazione e comunicazione evento formativo - Supporti tecnici e strumenti didattici	- Rimborsi spesa - Docenti - aule	
		Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Risultato atteso 4	Sono applicate le LL.GG dagli OSA	- n° controlli effettuati/aziende registrate - n° di registrazioni N.C - n° di N.C/ispezioni totali - prevalenza tipologia N.C. - prevalenza di aziende che applicano le LL.GG.	- Registrazione controlli - registrazioni N.C - report BDR - report ASL	- Ritardi e difficoltà nella registrazione esiti in BDR
		Mezzi	Costi	
Attività 4.1	Attività ispettiva	- Strumenti per campionamento - Programma di ispezione e campionamento - Strumenti per la formazione del personale ispettivo/ Modulistica - disponibilità BDR	Formazione Rimborsi spesa	

Progetto A
Indicatori delle attività

Obiettivo/risultato gruppo di attività	Indicatore	Valore atteso	Fonte dei dati	Periodicità di misura
Attività 1.1	Documentazione prodotta dal gruppo di lavoro per la stesura delle LL.GG	- Stesura documento	Responsabile Progetto	a 2 mesi dall'inizio
Attività 1.2	- n° di incontri svolti/n° di incontri programmati - n° personale SVIA, SIAN e TT.PP. partecipanti/n° totale	- 100% di incontri programmati - 80% del personale formato	Registro delle attività formative	entro 4 mesi dall'inizio
Attività 2.1	controlli ufficiali e categorizzazione del rischio	- 80% delle imprese sono state registrate e classificate	Report BDR	entro 12 mesi dall'inizio
Attività 3.1	- n° di incontri tenuti/n° incontri programmati - n° OSA presenti/OSA totali - n° attestati rilasciati	- 80% incontri programmati - 75% degli OSA registrati - 75% dei partecipanti	Registro delle attività formative elenco attestati rilasciati	entro 10 mesi dall'inizio
Attività 3.2	- n° di incontri di formazione/n° di incontri programmati - n° personale SVIA, SIAN e TT.PP. partecipanti/n° totale	- 100% di incontri programmati - 80% del personale formato	Registro delle attività formative	entro 4 mesi dall'inizio
Attività 4.1	- n° controlli di ispezione e campionamento strumenti di lavoro (schede, ecc.) - n° N. C. riscontrate/controlli effettuati e registrati in BD	- 80% di imprese ispezionate - 80% degli OSA applicano correttamente le LL.GG	Report asl Archivio BDR Chek-list controlli	a 24 e 36 mesi dall'inizio
Attività 4.1.2	- n° di incontri svolti/n° di incontri programmati - n° personale SVIA, SIAN e TT.PP. partecipanti/n° totale	- 100% di incontri programmati - 80% del personale formato	Registro delle attività formative	a 13-14 mesi dall'inizio

Cronogramma delle attività - Progetto A

Risultato atteso 1 – sono state redatte le Linee Guida															
				2010											
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.1	Stesura documento Linee Guida	Responsabile progetto	Gruppo di lavoro		■										
1.2	Informare e formare i dirigenti SVIA, SIAN e i TT.PP sulle linee guida	Responsabile formazione del progetto	Dirigenti SVIA, SIAN e TT.PP			■	■								

Risultato atteso 2: sono stati individuati, registrati e categorizzati gli OSA															
				2010											
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2.1	Controlli ufficiali – categorizzazione e registrazione in BD	Responsabile attività per ASL					■	■	■	■	■	■	■	■	■
2.1.2	Formazione personale controlli	Responsabile formazione del progetto	Personale controlli ufficiali			■	■								

Risultato atteso 3: E' stata fatta la formazione agli OSA e personale dipendente delle imprese													
				2010									
Codice	Attività	Responsabili	partecipanti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.1	Formazione OSA e personale imprese sui comportamneti, le BPL e LL.GG.	Responsabile formazione del progetto	OSA e personale dipendente imprese alimentari										
3.2	Formazione del personale docente su contenuti e modalità della formazione	Responsabile formazione del progetto	Dirigenti SVIA, SIAN e TT.PP individuati			■		■	■			■	■

Risultato atteso 4: sono applicate le Linee Guida dagli OSA						
				2010	2011	2012
Codice	Attività	Responsabili	partecipanti			
4.1	Attività ispettiva	Responsabile attività per ASL	Personale controlli ufficiali		■	
4.1.1	Programmazione controlli					
4.1.2	Formazione personale SVIA, SIAN e TT.PP.	Responsabile formazione del progetto	Personale controlli ufficiali		1	2
					■	

Programma delle attività - Progetto B-C

Risultato atteso 1 – E' stato redatto il protocollo di intervento per le MTA															
				2010											
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.1	Istituzione centro regionale di riferimento per le MTA Documentazione prodotta per funzionamento del centro e stesura del protocollo	Referente centro regionale	Gruppo di lavoro	■											
1.2	Formazione ed informazione del personale sanitario e MMG/ PLS sul SS MTA	Responsabile formazione del progetto	Dirigenti SVIA, SIAN e TT.PP, MGG/PLS/struttur e sanitarie				■								

Risultato atteso 2: E' stata informata la popolazione sui rischi e pericoli correlati alle MTA																
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti													
2.1	Campagne di informazione rivolte ai consumatori	Responsabile formazione del progetto	Consumatori							■						

Risultato atteso 3: Sono stati raccolti i dati epidemiologici																			
				2010												2011		2012	
Codice	Attività	Responsabili	partecipanti	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	12	1	12		
3.1	Applicazione del protocollo del SS MTA	Responsabile attività per ASL	Dirigenti SVIA, SIAN e TT.PP	■												■		■	

Referenze

1. Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane – Università Cattolica di Roma – *Rapporto Osservasalute 2009* – Roma, 16/03/2010
2. World Health Organization 2008 - *Foodborne disease outbreaks: guidelines for investigation and control*.
3. <http://www.basilicatanet.it>
4. Decreto del Ministero della Sanità del 15/12/1990
5. Aureli P. E Orefice L. *Alimentazione sicura in ambito domestico: obiettivi e raccomandazioni per la sorveglianza delle tossinfezioni alimentari*. Istituto Superiore di Sanità. Rapporto. ISTISAN 06/27.
6. A Gervelmeyer M Hempen, U Nebel, C Weber, S Bronzwaer, A Ammon, Pia Makela
7. *Developing the Community reporting system for foodborne outbreaks*
8. Eurosurveillance Vol. 13 Issue 45- 6 november 2008
9. CNA- Confederazione Nazionale dell'Artigianato e della Piccola e Media Impresa – *Attuazione delle norme europee sull'igiene per le imprese dell'alimentazione e salvaguardia delle condizioni di competitività delle PMI* – Bruxelles, 16/09/20009
10. European Commision. Project Cycle Management, guidelines. Disponibile all'indirizzo <http://ec.europa.eu/>
11. World Health Organization 2008 – *Five Keys to safer food manual* –
12. Baldasseroni A., Dellisanti C.. *APICIUS: Interventi per il controllo e la sicurezza degli alimenti per la prevenzione delle tossinfezioni alimentari: prove di efficacia*. Agenzia Regionale di sanità toscana. Aprile 2006

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 12

Regione Basilicata

Macroarea: Prevenzione universale (2)

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

Titolo del progetto: Messa a regime della rete regionale delle sorveglianze di popolazione (PASSI e OKkio alla Salute)

Obiettivo generale di salute: Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute

Numero identificativo del progetto all'interno del piano operativo regionale: 2.9.1

Obiettivo di salute:

Gruppo di progetto: Ammirati G., Cauzillo G., Chietera A., Sorrentino G., Tozzi R

Referente progetto: Dott.ssa Giuseppina Ammirati, Dirigente Medico dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza in distacco presso la Regione – Dipartimento Salute

Analisi del contesto/Descrizione dell'intervento

Tra i determinanti della salute, gli stili di vita, su cui influiscono svariati elementi (alcuni dei quali non propriamente identificabili e controllabili) sono quelli più rilevanti per la promozione di una buona condizione fisica e per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, che costituiscono le cause principali di mortalità e morbosità anche nel nostro Paese. Da tempo l'OMS mette in rilievo alcuni fattori di rischio (personali, sociali ed ambientali) in grado di condizionare tangibilmente la qualità e la durata della vita di una persona. Nei Paesi industrializzati, le principali condizioni di rischio, che implicano perdita di anni di vita, sono legate spesso ad abitudini voluttuarie che talvolta, contemporaneamente presenti nello stesso individuo, aggravano sinergicamente il danno. Si è imposto perciò un processo di monitoraggio e di sensibilizzazione dei cittadini finalizzato a fornire loro le informazioni utili ad affermare atteggiamenti orientati alla responsabilità e all'autogestione nei confronti del proprio benessere. Le fonti informative correnti, che comunque evidenziano la diffusione di comportamenti a rischio nella popolazione, non forniscono dati sufficientemente tempestivi e con dettagli a livello di ASL e tuttora mancano informazioni su quanto la gente percepisca e recepisca riguardo ad interventi di sanità pubblica. Importante in tal senso l'impegno istituzionale (L.138/2004; PSN 2006/2008; Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005 - Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2009 ecc.). Da ultimo il Programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", condiviso con le Regioni ed approvato dalla Conferenza unificata in data 29 marzo 2007, che ha sviluppato una strategia contro i quattro principali fattori di rischio per la salute (fumo, alcool, alimentazione scorretta, sedentarietà) attraverso l'azione partecipata di Istituzioni e destinatari, approvato dal governo con il DPCM del 4 maggio 2007. La Regione Basilicata ha anch'essa risposto alle determinazioni e alle indicazioni nazionali, con i suoi piani di prevenzione, l'adesione al programma "Guadagnare Salute", la partecipazione ai sistemi di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), OKkio alla Salute 2008 – 2010 inerente la sorveglianza nutrizionale dei bambini delle III classi della scuola primaria oltre che con la condivisione del sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni. Attività e relative risultanze che sono andate - vanno nella direzione di offrire elementi di supporto alla programmazione, come già sperimentato, rendendo possibile anche il confronto interno (Regione – ASL) con un approccio di raccolta e analisi dei dati sostenibile nel tempo ed efficace per la definizione delle iniziative di tutela. Perciò si ritiene con il presente progetto di dare continuità e regime alle predette survey (PASSI e OKkio alla Salute), risolvendo le

criticità riscontrate e valorizzando gli aspetti di informazione e comunicazione secondo le fasi di attività di seguito rappresentate.

Fase 1 – Inserimento annuale delle survey negli obiettivi di salute e programmazione economico – finanziaria della Aziende Sanitarie Locali	
Azione 1.1	Raccordo con i vertici aziendali
Risultato atteso 1.1.1	Atto deliberativo che annualmente contempra le survey negli obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie Locali
Azione 1.2	Nomina dei referenti regionali e dei coordinatori delle attività a livello regionale ed aziendale
Risultato atteso 1.2.1	Atto di nomina
Fase 2 – Identificazione delle criticità di processo	
Azione 2.1.	Rilevazione analitica delle criticità a livello aziendale e loro soluzione
Risultato atteso 2.1.1	Report
Risultato atteso 2.1.2	Soluzione delle criticità e survey a regime
Fase 3 – Adeguamento delle survey alle indicazioni nazionali	
Azione 3.1-	Recepimento delle indicazioni nazionali
Risultato atteso 3.1.1	Inserimento nelle survey dei moduli di rilevazione previsti dalle indicazioni nazionali
Fase 4 – Produzione di report regionali a servizio della programmazione di interventi mirati di prevenzione (per problema e criticità territoriali)	
Azione 4.1	Predisposizione modelli di report
Risultato atteso 4.1.1	Produzione di n. 3 report (1)
Fase 5 – Comunicazione dei risultati	
Azione 5.1	Attività propedeutiche all’organizzazione di un workshop
Risultato 5.1.1	Workshop (2)
Attori	Dipartimento Regionale Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità – Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico – Aziende Sanitarie Locali – Ufficio Scolastico Regionale
Portatori d’interesse	=
Gruppo di progetto	Ammirati G., Cauzillo G.,Chietera A., Sorrentino G., Tozzi R.
Referente di progetto	Dott.ssa Giuseppina Ammirati, Dirigente Medico dell’Azienda Sanitaria Locale di Potenza in distacco presso la Regione – Dipartimento Salute
Beneficiari	Popolazione 18-69 anni, bambini 7/9 anni e adolescenti

(1) report PASSI, report OKkio alla Salute – sorveglianza nutrizionale e comportamenti a rischio in adolescenza

(2) con operatori sanitari interessati a vario titolo, scuola, ai servizi sociali ecc.

Cronoprogramma

Risultati attesi	Mesi																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1.1.1																								
1.2.1																								
2.1.1																								
2.1.2																								
3.1.1																								
4.1.1																								
5.1.1																								

Legenda codici risultati attesi:

1.1.1: Atto deliberativo che annualmente contempra le survey negli obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie Locali

1.2.1: Atto di nomina referenti/coordinatori regionali e coordinatori aziendali

2.1.1: Report criticità

2.1.2: Soluzione delle criticità e survey a regime

3.1.1: Inserimento nelle survey dei moduli di rilevazione previsti dalle indicazioni nazionali

4.1.1: Produzione di n. 3 report regionali inerenti i risultati delle survey

5.1.1: Workshop

Budget

Voci di costo	Costo €
Costi relativi al personale impegnato	
Costo personale ASL coinvolto, spese di attrezzature – materiali e spese di missione	180.000
Costo materiali divulgativi, workshop	10.000
Totale	190.000

Indicatori di processo ed esito

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore Al 31/12/2010		Valore indicatore Al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Inserimento delle survey negli obiettivi di salute e programmazione economico-finanziaria delle Aziende Sanitarie Locali	Delibera di G.R.	=	=	100%	=	=	=
Nomina dei referenti regionali e dei coordinatori delle attività a livello aziendale	Delibera di G.R.	=	=	100%	=	=	=
Individuazione delle criticità	Report	=	=	100%	=	=	=
Soluzione delle criticità	Survey a regime in ciascun ambito territoriale	=	=	50%		100%	
Recepimento delle indicazioni nazionali Inserimento nelle survey di eventuali nuovi moduli di rilevazione /ampliamento questionari di rilevazione	Controllo a livello centrale (Ministero della Salute – ISS)	=	=	50%	=	100%	=
Survey a regime	Controllo a livello centrale (Ministero della Salute – ISS)	=	=	50%	=	100%	=
Report risultati survey (n.3)	Ministero della salute - ISS	=	=	30%	=	100%	=
Workshop	Relazione di attività	=	=	=	=	100%	=

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 13

Regione Basilicata

Macroarea : Prevenzione universale (2)

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

Obiettivo generale di salute: Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute/Prevenzione dell'obesità

Titolo del progetto: Promozione dell'allattamento al seno nella ASM – Matera -

Obiettivo di salute: aumentare la % di donne che praticano l'allattamento prolungato ed esclusivo al seno

Numero identificativo del progetto all'interno del piano operativo: 2.9.2.1

Attori: Dipartimento Regionale Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità – Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico – Consultori del Dipartimento Donna – Maternità – Infanzia dell'ex ASL n. 4 di Matera, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Farmacisti

Beneficiari: Donne in gravidanza e puerpere afferenti al territorio di competenza dell'ASM (circa 1.300)

Gruppo di progetto: Ammirati Giuseppina, Chietera Annunziata, Corina Maria Rita e collaboratori, Sorrentino Gerardina, Tozzi Rosaria

Referente progetto: Dr.ssa Corina Maria Rita, Servizio Ostetrico-Ginecologico Consultoriale e responsabile dei corsi di accompagnamento alla nascita dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera –ambito territoriale dell'ex ASL 4 di Matera.

Analisi contesto/descrizione dell'intervento

L' allattamento al seno procura indubbi vantaggi sia al neonato che alla madre così come l'OMS cita nelle linee guida che nel tempo sono state formulate per ricordare l'importanza di questa azione naturale e poco costosa. Infatti, il latte materno è un alimento ideale ed ineguagliabile per la sua tollerabilità e digeribilità, una naturale difesa immunitaria per la presenza di anticorpi quindi per la prevenzione delle infezioni e delle allergie, contribuisce a ridurre le probabilità di ammalarsi per alcune malattie anche in età adulta e predispone ad una crescita psico – fisica più armonica (meno tendenza ad ingrassare, migliore qualità del sonno, rafforzato legame madre/figlio). Inoltre, agevola il ritorno al peso "pre-gravidico" della madre riducendo, nel contempo, il rischio per il cancro alla mammella e per altri organi della sfera genitale. Né è trascurabile il sensibile risparmio economico che procura. L'idea di proporre un progetto su questa tematica trova motivo nel voler sostenere e ulteriormente promuovere una scelta di salute già molto praticata dalle puerpere lucane che sulla questione si dimostrano madri diligenti ed interessate. In Basilicata la quota di puerpere che ha allattato al seno il proprio figlio è superiore al dato medio nazionale (anno 2005: Basilicata 87,2% vs Italia 81,4%); positivo anche il dato riguardante l'allattamento al seno in modo predominante o esclusivo (anno 2005: Basilicata 72,6% vs Italia 65,5%). Si ricorda, tuttavia, che alcune condizioni (livello d'istruzione, modalità di parto, aver allattato in precedenza, etc.) influiscono sensibilmente su questa pratica, promuovendola o ostacolandola in maniera decisiva. Gli interventi che si intendono incoraggiare e sostenere riguardano, pertanto, un rinnovato supporto alle positive azioni "multi direzionali" già praticate in maniera da focalizzare l'interesse delle nuove mamme sui vantaggi che l'allattamento al seno, soprattutto se esclusivo e prolungato, procura alla salute del proprio bambino sia dal punto di vista nutrizionale che affettivo - psicologico, anche alla luce dei risultati positivi che l'allattamento al seno sembra avere sul controllo del sovrappeso/obesità (la Basilicata detiene uno dei dati nazionali più negativi riguardanti il numero di bambini in sovrappeso o francamente obesi: il

14,0% (IC95% 11,9%-16,4%) dei bambini di età 7/9 anni risulta obeso, il 26,5% (IC95%24,1%-29%) in sovrappeso: il 40,5% dei bambini di età 7/9 anni presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità) (Fonte: OKkio alla Salute – Sorveglianza nutrizionale – Indagine 2010). Inoltre si intende implementare, accanto ad un efficace sinergismo tra operatori sanitari pubblici e privati e neomamme, un’azione di comunicazione che interessi vasti settori sociali, seppur indirettamente, al fine di creare un clima incoraggiante, che riesca ad incidere sulla relazionalità familiare e sociale da cui tuttora dipendono alcune scelte di vita, assicurando che un’informazione corretta ed indipendente da interessi commerciali giunga anche alle mamme che decidono di alimentare artificialmente i propri figli in modo che possano realizzare, comunque, una scelta consapevole. Nella regione Basilicata, che già in passato ha partecipato a specifiche campagne di informazione/sensibilizzazione sul tema che hanno consentito di mantenere e consolidare nel tempo i positivi dati d’interesse, la totalità dei parti è espletata in strutture pubbliche e ciò consente di protrarre tra le neo-mamme la promozione dell’allattamento al seno avviata nel corso della gravidanza presso i consultori pubblici. L’esperienza già maturata dall’ASM parte dal 1998 con corsi di formazione per medici, ostetriche, puericultrici, psicologi, assistenti sociali ed indagini sulla pratica dell’allattamento al seno evidenzia la opportunità di formalizzare il training formativo per tutte le stesse figure professionali neo-assunte nonché di aggiornare la formazione del personale più direttamente interessato e di consolidare – migliorare i risultati sulla diffusione della pratica tra le puerpere. La stessa ASM ha in programma anche un’ulteriore indagine campionaria sul percorso nascita, promossa dall’Istituto Superiore di Sanità – ISS, attraverso l’utilizzo di questionari di valutazione della pratica a 3 – 6 – 12 mesi dopo il parto, nel distretto di Matera, per i nati di maggio e giugno 2009 che segue a quella tra le donne che hanno seguito i corsi di accompagnamento alla nascita nell’anno 2006-2007 da cui i risultati sotto riportati:

Modalità di allattamento	A un mese	A tre mesi	A sei mesi
Allattamento al seno esclusivo	89%	88%	87%
Allattamento misto	10%	11%	10%
Allattamento artificiale	1%	1%	1%

che esprimono decisivi progressi rispetto alle situazioni riscontrate negli anni precedenti (percentuale delle donne dedite all’allattamento al seno esclusivo a sei mesi - anno 1998: 35%; anno 2000: 52% ; anno 2002: 81%). Il presente progetto si propone di migliorare del 10% la prevalenza dell’allattamento al seno e di incrementare del 15% l’allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi tra le puerpere dell’ASM Inoltre di promuovere tra le neo-mamme stili di vita salutari atti a prevenire sovrappeso-obesità nei bambini e nei ragazzi sin dai mesi successivi alla sospensione dell’allattamento al seno esclusivo – e di valutare nel medio periodo l’effetto di protezione nei confronti del sovrappeso e dell’obesità delle azioni programmate, dato che attualmente a fronte di dati regionali che attestano una pratica di allattamento al seno tra le più elevate d’Italia sussiste una percentuale di bambini ed adulti in sovrappeso/obesi superiore alla media nazionale da cui l’ipotesi che le condizioni di attività fisica e alimentazione potrebbero di per sé vanificare successivamente i vantaggi prodotti dall’allattamento al seno già convenientemente praticato nel primo anno di vita. Di seguito si riportano in schema fasi di attività, attività e risultati attesi, attori, portatori d’interesse, gruppo di progetto, referente di progetto, beneficiari, crono programma, budget e indicatori. Si specifica qui che le criticità che potrebbero influire sulla realizzazione e gli esiti del presente progetto si sostanziano nella difficoltà di individuazione dei gruppi di sostegno, nella scarsa partecipazione ai corsi pre-parto, nello scarso interesse delle donne gravide e delle puerpere,

nello scarso interesse degli operatori sanitari, nella scarsa adesione di farmacisti e gestori di servizi parasanitari, nelle pressioni delle industrie di settore nell'insufficienza di budget.

Fase 1 – Attivazione equipe di lavoro Regione – Azienda Sanitaria Locale di Matera/ASM	
Azione 1.1	Confronto tra gli attori finalizzato alla individuazione dei componenti dell'equipe di lavoro e alla definizione dei compiti
Risultato atteso 1.1.1	Atto istitutivo dell'equipe
Azione 1.2	Predisposizione del programma delle attività di progetto
Risultato atteso 1.2.1	Atto di adozione del programma
Fase 2 – Aggiornamento della situazione relativa a dati di contesto dell'ASM utili alle finalità di progetto (n. di corsi di formazione eseguiti ed in programma; n. operatori che partecipano alla formazione, n. di donne che frequentano i corsi pre-parto; n. di interventi informativi realizzati; n. di punti nascita che praticano il rooming – in ... farmacie e servizi parasanitari, medici di famiglia ...)	
Azione 2.1.	Condivisione dello strumento d'indagine (scheda di rilevazione e applicazione)
Risultato atteso 2.1.1	Report aggiornato dei dati di contesto
Fase 3 – Individuazione dei gruppi di sostegno	
Azione 3.1	Definizione ed individuazione dei gruppi di sostegno (numero, componenti e compiti)
Risultato atteso 3.1.1	Atto istitutivo dei gruppi di sostegno
Fase 4 – Formazione del personale sanitario più direttamente coinvolto (sia del personale sanitario neo – assunto che del personale sanitario già formato in precedenti percorsi formativi) e gruppi di sostegno	
Azione 4.1	Predisposizione del programma di formazione
Risultato atteso 4.1.1	Atto di adozione del programma di formazione
Azione 4.2	Organizzazione eventi formativi
Risultato atteso 4.2.1	Realizzazione eventi formativi
Fase 5 – Promozione tra gravide e neo-mamme dell'allattamento al seno esclusivo e prolungato e degli stili di vita salutari atti a prevenire sovrappeso-obesità nei bambini e nei ragazzi sin dai mesi successivi alla sospensione dell'allattamento al seno	
Azione 5.1	Definizione del programma di promozione (n. eventi da realizzare, sedi, materiali da utilizzare (convegni, passaggi radio – televisivi di spot ...), protocollo condiviso con le future mamme ...)
Risultato atteso 5.1.1	Realizzazione delle attività di promozione
Fase 6 – Realizzazione campagna informativa (n. 1) per la promozione dell'allattamento al seno (con coinvolgimento dei medici di famiglia e delle farmacie e dei servizi parasanitari) (1)	
Azione 6.1	Condivisione con medici di famiglia, farmacie e servizi parasanitari dei materiali informativi da utilizzare e modalità di divulgazione)
Risultato atteso 6.1.1	Realizzazione della campagna informativa
Attori	Dipartimento Regionale Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità – Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico – Consultori del Dipartimento Donna – Maternità – Infanzia dell'ex ASL n. 4 di Matera, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Farmacisti
Gruppo di progetto	Ammirati Giuseppina, Chietera Annunziata, Corina Maria Rita, Sorrentino Gerardina, Tozzi Rosaria
Referente di progetto	Dott.ssa Maria Rita Corina, Responsabile Servizio Ginecologico Consultoriale Azienda Sanitaria Locale di Matera – ASM – Ambito territoriale ex ASL n. 4 di Matera
Beneficiari (2)	Donne in gravidanza e puerpere afferenti al territorio di competenza dell'ASM (circa 1.300)

(1) campagna informativa rivolta non solo alle donne ma all'intero tessuto sociale perché accompagni le donne verso una scelta consapevole e condivisa.

(2) donne in gravidanza, residenti nel territorio dell'ASM che utilizzano i servizi consultoriali del Dipartimento Donna- Maternità - Infanzia nelle diverse fasi del percorso nascita (corsi pre-parto ed assistenza clinica alla gravidanza) sostenendole dopo la dimissione dall'ospedale, aiutandole anche nella gestione delle principali difficoltà che una madre può incontrare nell'allattamento ritenendo che le informazioni fornite alle donne presso i servizi consultoriali durante la gravidanza si mostrano come quelle espresse nel contesto più appropriato per veicolare "messaggi" che agevolino una scelta consapevole sulle modalità con cui si intende alimentare il proprio figlio. Peraltro non essendo presenti in regione punti nascita privati, la totalità dei parti espletati in regione avvengono in struttura pubblica, pertanto le gran parte delle gravide seguite presso i consultori dei Dipartimenti materno – infantili partoriscono nei punti nascita aziendali dove l'azione di promozione dell'allattamento al seno può – deve trovare continuità e supporto avviando l'allattamento materno alla nascita o nelle giornate precedenti la dimissione (UU.OO di ostetricia/ginecologia e di neonatologia e pediatria - ospedali dell'ASM).

Cronoprogramma

Risultati attesi	Mesi																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1.1.1																								
1.2.1																								
2.1.1																								
3.1.1																								
4.1.1																								
4.2.1																								
5.1.1																								
6.1.1																								

Legenda codici risultati attesi

- 1.1.1: Atto istitutivo dell'equipe
- 1.2.1: Atto di adozione del programma
- 2.1.1: Report aggiornato dei dati di contesto
- 3.1.1: Atto istitutivo dei gruppi di sostegno
- 4.1.1: Atto di adozione del programma di formazione
- 4.2.1: Realizzazione eventi formativi
- 5.1.1: Realizzazione delle attività di promozione
- 6.1.1: Realizzazione della campagna informativa

Budget

Voci di costo	Costo €
Costi relativi al personale impegnato	
Costo personale impegnato nel progetto	80.000
Spese di missione	10.000
Costo eventi informativi/formativi	20.000
Totale	110.000

Indicatori di processo ed esito

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore Al 31/12/2010		Valore indicatore Al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Atto istitutivo equipe	Determina dirigenziale	=	=	100%	=	=	=
Atto adozione programma delle attività di progetto	Determina dirigenziale	=	=	100%	=	=	=
Aggiornamento dati di contesto	Report disponibile	=	=	100%	=	=	=
Atto istitutivo gruppi di sostegno	Determina dirigenziale	=	=	100%	=	=	=
Atto di adozione programma di formazione	Determina dirigenziale	=	=	100%	=	=	=
Realizzazione eventi formativi	Relazione di attività	=	=	30%	=	100%	=
Realizzazione attività di promozione tra gravide e neo-mamme	Relazione di attività	=	=	30%	=	100%	=
Realizzazione campagna informativa	Relazione di attività	=	=	30%	=	100%	=
N.corsi formazione eseguiti/numero corsi formazione preventivati	Relazione di attività	=	=	30%	=	100%	=
Numero operatori formati/numero operatori del settore	Notifica dato	=	=	50%	=	100%	=
Numero di donne che partecipano agli incontri/numero donne gravide che frequentano il consultorio	Notifica dato	=	=	50%	=	100%	=
Numero di punti nascita che praticano il roaming-in /numero punti nascite	Notifica dato	=	=	50%	=	100%	=
Aumento del 15% di donne che allattano al seno in maniera esclusiva per i primi 6 mesi	Notifica dato (da questionario)	=	=	50%	=	100%	=

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 14

Regione Basilicata

Macroarea: Prevenzione universale (2)

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

Obiettivo generale di salute: Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute.

Titolo del progetto: Prevenzione dell'obesità con particolare riguardo a quella infantile

Numero identificativo del progetto all'interno del piano operativo regionale: 2.9.2.2

Obiettivo di salute: contenimento dell'obesità al di sotto del 10%

Attori: Dipartimento Regionale Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità – Ufficio Politiche della Prevenzione – Equipe Unità Operativa di Nutrizione Clinica e Dietologia dell'Ospedale di Matera – Azienda Sanitaria Locale di Matera – ASM – Ufficio Scolastico Provinciale e Istituti Scolastici (Scuola primaria)

Portatori di interesse: Genitori

Beneficiari: Bambini di 6/11 anni - Scuola Primaria ex ASL n. 4 di Matera

Gruppo di progetto: Equipe Unità Operativa di Nutrizione Clinica e Dietologia dell'Ospedale di Matera – Azienda Sanitaria Locale di Matera – ASM

Referente progetto: Dott.ssa Carmela Bagnato – Direttore Unità Operativa di Nutrizione Clinica e Dietologia dell'Ospedale di Matera – Azienda Sanitaria Locale di Matera – ASM

Analisi del contesto/Descrizione dell'intervento

L'obesità costituisce oggi un importante fattore di rischio per patologie cardio-vascolari (infarto del miocardio ed ictus cerebrale), diabete, neoplasie, è strettamente correlata all'insorgenza di patologie epatiche, polmonari ed osteoarticolari, è causa di gravidanze a rischio ed inoltre aumenta, in caso di interventi chirurgici, il rischio intra e postoperatorio.

Questo elevato rischio di morbi-mortalità non solo rappresenta un pericolo per la salute ma incide notevolmente sull'aumento della spesa sanitaria.

L'obesità è definita "*la malattia del benessere*": il suo incremento epidemico riflette i cambiamenti intercorsi nell'*ambiente* e nello *stile di vita* non potendosi ipotizzare sostanziali modificazioni del patrimonio genetico della popolazione in questo breve periodo (ultimi 20 anni). I fattori ambientali responsabili sono identificati nel secolare trend di diminuzione dell'attività fisica e aumento della sedentarietà insieme ai cambiamenti dietetici con eccessivo consumo di prodotti ad alto contenuto di energia e grassi. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'obesità una condizione caratterizzata da eccessivo peso corporeo per accumulo di tessuto adiposo in misura tale da influire negativamente sullo stato di salute dell'individuo, che rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica nel mondo. Negli ultimi decenni obesità e sovrappeso sono diventati un problema di proporzioni epidemiche nei Paesi Occidentali. Nel 2000 negli USA 365.000 persone sono decedute per cattiva alimentazione ed inattività fisica, nel decennio 1990-2000 la percentuale di morti da cattiva alimentazione è passata dal 14,0% al 16,6% con trend in aumento (American Medical Association, 2001).

In Italia circa 52.000 morti all'anno sono attribuibili all'obesità secondo una stima del Ministero della Salute (gennaio, 2009). Nel nostro Paese il 33,1% della popolazione è in sovrappeso ed il 9,8% è obesa. I dati ISTAT del 2007, evidenziano che nelle regioni meridionali vi è una prevalenza dell'obesità dell'11,6% (nord-ovest 8,4%, nord-est 9,6%, centro 9%, isole 11%). Uno studio condotto nella provincia di Matera dal reparto di Nutrizione Clinica su soggetti adulti ha evidenziato una prevalenza di obesità pari al 18,77%. I tassi di incidenza e prevalenza elevatissimi sono peraltro in crescita in entrambi i sessi e in tutte le fasce di età, anche tra bambini ed adolescenti. In Europa l'obesità infantile è aumentata di 10

volte dagli anni '70 al 2003 (ISTAT, 1979-2003). L'OMS stima per il 2010 in Europa 150 milioni di adulti obesi e 15 milioni di bambini obesi e l'Italia è il paese Europeo con la più alta prevalenza di obesità in età pediatrica (Rapporto OMS, 2009). Il 12% dei bambini italiani è obeso e il 24% è in soprappeso.

OKkio alla salute ha tra l'altro evidenziato in Regione Basilicata una percentuale più alta di bimbi obesi rispetto alla media nazionale. Questi bambini tendono a sviluppare un rapporto difficile con il proprio corpo e con i propri coetanei che spesso si traduce in abitudini di vita sedentarie e solitarie.

L'obesità riconosce un'eziologia multifattoriale in cui alimentazione ed attività fisica sono riconosciuti come fattori modificabili.

E' in vigore dal 1° gennaio 2008 il secondo programma d'azione dell'unione europea in ambito sanitario per il periodo 2008-2013.

Il piano segue il primo programma d'azione 2003-2008 i cui obiettivi sono promuovere la salute, migliorare la sicurezza sanitaria dei cittadini, generare e diffondere informazioni e conoscenze relative alla salute e per la prevenzione e il controllo dell'obesità e la riduzione delle abitudini alimentari scorrette implementare – realizzare specifici piani d'azione per la popolazione tra i 6 e gli 11 anni (scuola primaria) per cui è già attiva da anni la collaborazione tra scuola ed aziende sanitarie che con il presente progetto si vuole ottimizzare nell'Azienda Sanitaria Locale di Matera – ASM – Ambito Territoriale dell'ex ASL n. 4 di Matera (progetto in cui si prevede un ciclo di eventi formativi dedicati ad insegnanti, alunni e famiglie, a partire dall'informazione-formazione degli insegnanti da parte di un'équipe aziendale di esperti della nutrizione, insegnanti che trasferiranno le nozioni apprese agli alunni per il ruolo centrale da loro ricoperto nello stimolare “i neuroni specchio” dei ragazzi meglio degli esperti (“neuroni specchio” scoperti da pochi anni e frutto della ricerca tutta italiana dell'équipe del professor Rizzolatti dell'Università di Parma). Proprio in virtù della provata maggior efficacia del messaggio veicolato dall'insegnante, piuttosto che dall'esperto, con questo progetto ci proponiamo di formare gli insegnanti e chiedere il supporto delle famiglie perché solo se l'attività svolta in classe è poi supportata a casa, quindi i genitori diventano consapevoli e parte del programma, si riuscirà a cambiare veramente le abitudini alimentari dei bimbi e dei ragazzi.

Di seguito le fasi di attività, i risultati attesi, gli attori, i portatori d'interesse, i beneficiari, il cronoprogramma e gli indicatori di risultato ed esito, atteso che i temi scelti per gli eventi formativi sono i seguenti:

Primo Tema: “Nutrire ed amare” - Il tema trattato sarà l'importanza del cibo e delle modalità di alimentare il bambino per lo sviluppo psico-fisico. Complessi valori culturali e consuetudini familiari associati alla facile reperibilità del cibo e all'immediata soddisfazione che ne deriva, rivestono gli alimenti di un valenza che va ben al di là del mero valore nutritivo, ed il comportamento alimentare può diventare manifestazione di aspetti poco evidenti della personalità.

Il tema sarà trattato da uno psicologo.

Secondo Tema: Principi di sana e corretta alimentazione - Durante la lezione saranno trattate le linee guida per una corretta alimentazione Il tema sarà trattato da un dietista o un laureato in biologia con specializzazione in scienze dell'alimentazione o in nutrizione umana.

Terzo Tema: Alimentazione e malattie - Durante la lezione sarà richiamata l'attenzione sulle principali patologie legate alla cattiva alimentazione e le misure preventive per evitare l'insorgenza di queste patologie. La lezione sarà tenuta da un medico specialista in scienze dell'alimentazione nutrizione clinica o di un medico esperto in obesità.

Fase 1 – Formazione degli insegnanti di scuola primaria da parte dell’ equipe di esperti ASL	
Azione 1.1	Richiesta di adesione al progetto da parte delle scuole primarie della città di Matera (insegnanti e classi)
Risultato atteso 1.1.1	Acquisizione elenco scuole partecipanti, insegnanti e classi
Risultato atteso 1.1.2	Realizzazione degli eventi formativi dedicati agli insegnanti
Fase 2 – Trasferimento nella didattica da parte degli insegnanti formati delle nozioni apprese	
Azione 2.1.	Valutazione dell’apprendimento da parte degli alunni delle nozioni apprese tramite somministrazione di questionario e produzione di elaborati
Risultato atteso 2.1.1	Apprendimento delle nozioni trasferite da parte del’100% degli alunni
Fase 3 – Formazione dei genitori degli alunni di scuola primaria da parte dell’equipe di esperti ASL	
Azione 3.1	Realizzazione degli eventi formativi dedicati ai genitori
Risultato atteso 3.1.1	Apprendimento delle nozioni trasferite da parte del 100% dei genitori sulla base delle risposte a questionario di valutazione
Fase 4 – Incontro dell’equipe di esperti ASL con insegnanti-alunni e famiglie per visionare gli elaborati degli alunni e premiarli	
Azione 4.1	Organizzazione dell’incontro
Risultato atteso 4.1.1	Realizzazione dell’incontro
Risultato atteso 4.1.2	Mostra degli elaborati degli alunni
Attori	Dipartimento Regionale Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla Persona e alla Comunità – Ufficio Politiche della Prevenzione – Equipe Unità Operativa di Nutrizione Clinica e Dietologia dell’Ospedale di Matera – Azienda Sanitaria Locale di Matera – ASM – Ufficio Scolastico Provinciale e Istituti Scolastici (Scuola primaria)
Portatori d’interesse	Genitori
Gruppo di progetto	Equipe Unità Operativa di Nutrizione Clinica e Dietologia dell’Ospedale di Matera – Azienda Sanitaria Locale di Matera – ASM
Referente di progetto	Dott.ssa Carmela Bagnato – Direttore Unità Operativa di Nutrizione Clinica e Dietologia dell’Ospedale di Matera – Azienda Sanitaria Locale di Matera – ASM
Beneficiari	Bambini di 6/11 anni - Scuola Primaria ex ASL n. 4 di Matera

Cronoprogramma

Risultati attesi	Mesi																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1.1.1																								
1.1.2																								
2.1.1																								
3.1.1																								
4.1.1																								
4.1.2																								

Legenda codici risultati attesi

1.1.1 - Acquisizione elenco scuole partecipanti, insegnanti e classi

1.1.2 - Realizzazione degli eventi formativi dedicati agli insegnanti

2.1.1 - Apprendimento delle nozioni trasferite da parte del'100% degli alunni

3.1.1 - Apprendimento delle nozioni trasferite da parte del 100% dei genitori

4.1.1 - Realizzazione dell'incontro équipe – insegnanti-alunni e famiglie

4.1.2 - Mostra degli elaborati degli alunni

Budget

Voci di costo	Costo €
Costi relativi al personale impegnato	
Costo personale coinvolti	80.000
Spese di missione	10.000
Costi relativi alla realizzazione degli incontri informativi	
Costi n. 2 borse di studio (1 per psicologo e 1 per dietista o laureato in biologia con specializzazione in scienze dell'alimentazione o laureato in nutrizione umana)	40.000
Costi organizzativi	5.000
Costi allestimento mostra	
Costi organizzativi	5.000
Totale	140.000

Indicatori di processo ed esito

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore Al 31/12/2010		Valore indicatore Al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Disponibilità scuole, insegnanti, classi	Elenco scuole, insegnanti, classi	=	=	100%	=	=	=
Realizzazione eventi formativi per gli insegnanti	Relazione di attività da parte dell'èquipe	=	=	100%	=	=	=
Trasferimento delle nozioni insegnanti/alunni	Relazione di attività da parte dell'èquipe (con valutazione dei risultati del questionario di valutazione dell'apprendimento e degli elaborati)	=	=	=	=	100%	=
Realizzazione eventi formativi per i genitori	Relazione di attività da parte dell'èquipe (con valutazione dei risultati del questionario e degli elaborati)	=	=	=	=	100%	=
Incontro équipe-insegnanti, alunni e famiglie	Relazione di attività da parte dell'èquipe	=	=	=	=	100%	=
Mostra degli elaborati degli alunni e premiazioni	Relazione di attività da parte dell'èquipe	=	=	=	=	100%	=
N. alunni con competenze/numero alunni formati	Questionario di valutazione dell'apprendimento ed elaborati	=	=	=	=	100%	=
N. genitori con competenze/numero genitori formati	Questionario di valutazione dell'apprendimento	=	=	=	=	100%	=

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 15

Regione Basilicata

Macroarea: Prevenzione universale (2)

Linea di intervento generale 2.9: Prevenzione e sorveglianza abitudini, comportamenti, stili di vita, non salutari.

Obiettivo generale di salute: Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute negli adolescenti: incremento dell'attività motoria, riduzione dei consumatori di alcol a rischio, riduzione della percentuale di fumatori.

Titolo del progetto: Adolescenza sana e consapevole

Numero identificativo del progetto: 2.9.3 - 2.9.4 – 2.9.5

Obiettivo di salute: ridurre del 10% i comportamenti a rischio

Attori: Dipartimento Regionale Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico Regionale - Ufficio Scolastico Regionale

Portatori di interesse: Famiglie, Scuole secondarie, Associazioni sportive, C.O.N.I.

Beneficiari: 15% popolazione scolastica 11-19 anni

Gruppo di progetto: Dott.ssa Sorrentino Gerardina, Dott.ssa Tozzi Rosaria, Dott. Quaglietta Antonio

Referente progetto: Dr.ssa Gerardina Sorrentino – Sociologa Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico Regionale - Dipartimento Regionale Salute

Analisi del contesto/Descrizione del progetto

Il presente progetto mira a contrastare in particolare tabagismo, uso/abuso di alcool e sedentarietà (ma non solo) tra gli adolescenti, registrando anche in Basilicata la loro preoccupante diffusione tra i più giovani.

L'indagine "Il fumo in Italia", svolta nel 2009 da Doxa per l'Istituto Superiore di Sanità su un campione di 3.213 intervistati con età superiore ai 15 anni, stima il numero dei fumatori in Italia intorno a 13 milioni (una persona su 4: il 28,9% dei maschi ed il 22,3% delle femmine). Gli ex fumatori ammontano invece a 7,5 milioni (14,6%), i non fumatori a 30,7 milioni (60%). La quota dei fumatori era del 35,4% nel 1957, (65% degli uomini e 6,2% delle donne).

I dati Istat indicano che già fra i 14 ed i 17 anni, il 6,7% degli adolescenti fuma ed il 3,2% ha fumato e poi smesso. La percentuale cresce all'aumentare dell'età: fra i 18 ed i 19 anni i fumatori sono il 22,4%, fra i 20 ed i 24 anni ben il 27,3%, valore superiore alla media della popolazione generale (22,1%). Come nella popolazione generale, anche fra i giovanissimi l'abitudine al fumo è più diffusa nei maschi che nelle femmine; il divario è però minimo dai 14 ai 17 anni e più, accentuato dai 20 ai 24. I 14-17enni fumano in media 6,8 sigarette al giorno, i 18-19enni 8,9, i 20-24enni 10,6, a fronte delle 13,3 della popolazione complessiva.

La maggior parte dei ragazzi dai 15 ai 24 anni ha iniziato a fumare tra i 15 ed i 17 anni (60,8%); più di un giovane su 5 (21%) ha cominciato prima dei 15 anni, un 18,2% tra i 18 ed i 20 anni. L'età media della prima sigaretta risulta quindi 16 anni.

In Basilicata fuma il 22,8% delle persone di 14+anni fuma (Italia: 22,2%)(fonte Istat 2008) e l'abitudine al fumo di sigarette è altrettanto diffuso tra gli adolescenti.

In Italia emergono inoltre preoccupanti tendenze del fenomeno "alcool" che palesano anch'esse un improrogabile bisogno di interventi di sistema efficaci per contrastarlo soprattutto nelle fasce di età adolescenziali, atteso che le numerose pressioni culturali e di marketing abbassano sempre più l'età del primo bicchiere, che il "binge drinking" (il bere con il preciso proposito di ubriacarsi che di solito si verifica in contesti di socialità, piuttosto che quando si è soli) è sempre più praticato, soprattutto tra i giovani, e che si rileva anche l'assenza della percezione dell'alcool come fattore di rischio.

L'Italia detiene il primato negativo dell'età più bassa del primo contatto con l'alcool. L'età media in cui avviene l'iniziazione all'alcol è 12 anni e mezzo, rispetto ai 14,6 della media europea e il 54,6% dei ragazzi tra i 15 e i 19 anni ha già sperimentato, almeno una volta, l'ubriachezza.

L'alcool costituisce dunque nel nostro Paese un problema di seria entità nella popolazione generale ed un'emergenza in forte crescita nella popolazione giovanile.

Per quanto riguarda il consumo di bevande alcoliche in Basilicata, già l'indagine PASSI 2005, effettuata su un campione rappresentativo della popolazione regionale di 18-69 anni, aveva rilevato che la percentuale dei bevitori a rischio ammontava a circa il 20% ed uno studio precedente (studio AMR 2003), effettuato su un campione rappresentativo della popolazione regionale di 14-19 anni, aveva evidenziato che "beveva" il 70% degli adolescenti e che 12 anni era l'età media alla quale si cominciava a bere.

Ulteriore fattore di rischio è rappresentato da una inadeguata attività fisica. È ormai ampiamente documentata l'efficacia che una costante attività fisica, anche se di lieve intensità, ha nel proteggere le persone di ogni età verso patologie ad elevata incidenza nella popolazione. Praticare attività fisica aerobica, anche moderata, per 30 minuti al giorno e per cinque giorni alla settimana, ha finalità principalmente preventive; possono essere recuperate, consolidate e migliorate le funzioni che permettono il mantenimento di una completa autonomia e di una condizione di benessere psico-fisico. Una sana educazione motoria previene, ad ogni età, l'insorgenza di patologie quali: le malattie cardiovascolari, il diabete, le osteoartriti, l'osteoporosi. Nei bambini e negli adolescenti la pratica di un'attività sportiva migliora lo sviluppo muscolo-scheletrico.

Uomini e donne vivono lo sport in modo completamente diverso perché alcune pratiche sportive si connotano come prevalentemente femminili, mentre altre hanno frequenze soprattutto maschili.

Dedicarsi ad uno sport o fare semplicemente dell'esercizio fisico all'aperto, anche insieme ad altre persone, migliora l'umore, riduce i sintomi di depressione e di ansietà prodotti dai ritmi di vita quotidiani e allontana le malattie ad essi correlate. Per contro, la mancanza di attività fisica abituale favorisce l'aumento di peso e in alcuni casi anche l'obesità, considerata essa stessa un fattore di rischio per numerose patologie.

Il numero di lucani che praticano sport in modo continuativo è più elevato che nel resto del Sud Italia, tuttavia risulta inferiore al dato medio italiano e a quello delle altre macroaree nazionali (Basilicata 18,0%; Italia 20,5%). Troppi sono coloro che non praticano alcuna attività fisica (Basilicata 51,2%; Italia 41,1%). Nel 2007 i dati sono in miglioramento e la Basilicata si avvicina al dato medio italiano; i lucani che dichiarano di praticare sport in maniera continuativa rappresentano

il 19,3% (Italia 20,6%) mentre ancora elevato è il numero di quanti non praticano alcuna attività sportiva (Basilicata 47,4% vs Italia 39,5%). Nel 2008 cala il numero dei lucani che hanno praticato sport in maniera continuativa (Basilicata 17,7% vs Italia 21,6%) mentre diminuisce il numero di quanti non hanno mai praticato attività fisica (Basilicata 45,8% vs Italia 40,2%); una pratica saltuaria ha riguardato il 6,5% dei lucani (Italia 9,7%) ed una qualche attività fisica il 29,3% (Italia 27,7%).

I dati sopra riportati rappresentano la necessità di un'inversione di tendenza per quanto riguarda nello specifico: abitudine al fumo da ridurre, consumo di alcool da ridurre, attività fisica da incentivare.

Considerata l'evidenza di abitudini scorrette da parte degli adolescenti si è ritenuto necessario definire-realizzare un progetto volto ad avviare una efficace campagna informativa - comunicativa finalizzata a contrastare il fenomeno utilizzando un linguaggio coinvolgente in grado di "arrivare ai giovani".

E' stato ampiamente dimostrato da studi scientifici che la multimedialità, sostanziata nella riproducibilità delle immagini video e il richiamo sonoro, tanto musicale che parlato, permette di accelerare l'apprendimento di determinate tematiche le quali restano così meglio impresse nella mente. L' iniziativa parte dalla convinzione che il contenuto video per la trasmissione dei messaggi educativi aumenti tanto la densità comunicativa degli stessi che la loro performatività, favorendo, al contempo, il maggiore coinvolgimento dei giovani.

Il progetto ha come obiettivo quello di creare un portale internet basato su progetti CMS Open Source, piattaforma tecnologica per contenuti multimediali, elaborazioni grafiche e servizio mailing, per la promozione - la comunicazione inerente l'educazione alla salute e i corretti stili di vita, rivolto ad un target di giovani compresi tra gli 11 e i 19 anni.

Detto portale, attraverso forme di comunicazione interattiva - dovrà garantire il coinvolgimento diretto dei ragazzi e delle scuole sulle principali tematiche della salute, ove la via privilegiata per attivare tale interazione sarà quella della trasformazione dei messaggi tradizionali sugli stili di vita e le loro ricadute in termini di benessere in formati multimediali che utilizzino regole sintattiche e compositive attuate secondo il principio della contaminazione dei linguaggi e in linea con le tendenze espressive generazionali.

Tali contenuti multimediali aderiranno a linguaggi visivi fra i più adatti per comunicare con adolescenti e giovani, rifacendosi alle immagini dei videogiochi o dei cartoni animati, a quelle delle comunità telematiche, connotando secondo i principi dell'*entertainment* educativo ("*edutainment*") le iniziative educative e didattiche del Dipartimento Salute.

La realizzazione di un sito web con tali caratteristiche, nell'ambito del quale veicolare il proprio flusso comunicativo - nella fattispecie le tematiche legate alla prevenzione - prevederà una strutturazione per livelli multimediali, da implementare progressivamente, a seconda dei messaggi da far passare (tabagismo, uso ed abuso di alcool, attività fisica ma anche uso di sostanze stupefacenti, disordini alimentari, rischi relativi alle attività sessuali). Per sua natura l'elemento video si presenta già come una modalità comunicativa completa, autosufficiente, che deve occupare uno spazio ampio, prendendo il davanti della scena rispetto ad altre modalità di comunicazione. La scelta della traduzione in video delle problematiche sanitarie, rese accattivanti per il target prescelto, diviene, a maggior ragione, fondamentale proprio laddove il settore di popolazione al quale ci si riferisce, in questo caso giovani tra gli 11 e i 19 anni, risulta primariamente ricettivo alle immagini piuttosto che ai contenuti scritti.

Si specifica qui che le criticità che possono ostacolare la realizzazione del progetto si sostanziano nella possibile scarsa adesione dei beneficiari e nell'insufficienza di budget.

Di seguito si riportano in schema fasi del progetto, attività e risultati attesi, attori, portatori di interesse, gruppo e referente di progetto, beneficiari, crono programma, budget, indicatori di processo ed esito.

Fase 1 - Studio preliminare dei contenuti con specifico riferimento ai testi, video, file audio, e comprensivo inoltre di sistemi per la valutazione di impatto della campagna	
Azione 1.1	Assegnazione di incarichi per la realizzazione del progetto, per la pianificazione della struttura telematica, la realizzazione e la gestione dei contenuti, i servizi informativi
Risultato atteso 1.1.1	Disponibilità di n. 2 unità di personale da dedicare alla gestione delle azione sopra elencate
Azione 1.2	Elaborazione preliminare ed organizzazione del portale per quanto concerne: spazi telematici, contenitori multimediali ed interattivi, impostazione grafica.
Risultato atteso 1.2.1	Costituzione di un gruppo tecnico regionale per la valutazione, <i>step by step</i> , della progettazione e della strutturazione dei contenuti in relazione agli obiettivi specifici indicati nel progetto
Azione 1.3	Avvio della parte informatica: pianificazione, <i>concepting</i> e <i>usability</i> del portale per quanto riguarda gli aspetti informatici
Risultato atteso 1.3.1	Attivazione del portale educativo sviluppato su piattaforma tecnologica aderente agli standard regionali secondo procedure di aggiornamento dei contenuti, modificabili, parzialmente o totalmente, da personale qualificato interno alla struttura amministrativa regionale, con accesso sicuro a dette procedure
Fase 2 - Definizione struttura e requisiti del sistema	
Azione 2.1	Realizzazione dei filmati video, dei tutor interattivi in 3D, delle miniclip o icone e di tutti gli altri contenuti dinamici occorrenti a far funzionare la piattaforma e a facilitare la navigazione del giovane internauta
Risultato atteso 2.1.1	Disponibilità sulla piattaforma dei contenuti sopra indicati.
Risultato atteso 2.1.2	Realizzazione della consolle di navigazione per l'accesso alle funzionalità dei video, dei filmati e delle miniclip
Fase 3 –Campagna promozionale nelle scuole	
Azione 3.1	Lancio di concorsi on line, divisi per tematiche sanitarie, finalizzati a coinvolgere i giovani nella creazione dei contenuti video e audio del sito
Risultato atteso 3.1.1	Partecipazione attiva da parte delle scuole all'elaborazione dei contenuti
Fase 4 – Campagna informativa sui corretti stili di vita	
Azione 4.1.	Predisposizione materiali informativi per divulgazione presso famiglie, parrocchie, associazioni sportive etc.
Risultato atteso 4.1.1	Realizzazione campagna informativa
Attori	Dipartimento Regionale Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico Regionale - Ufficio Scolastico Regionale
Portatori d'interesse	Famiglie, Scuole secondarie, Associazioni sportive, C.O.N.I.
Gruppo di progetto	Dott.ssa Sorrentino Gerardina, Dott.ssa Tozzi Rosaria, Dott. Quaglietta Antonio
Referente di progetto	Dr.ssa Gerardina Sorrentino – Sociologa Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico Regionale - Dipartimento Regionale Salute
Beneficiari	15% popolazione scolastica 11-19 anni

Cronoprogramma

Risultati attesi	Mesi																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1.1.1																								
1.2.1																								
1.3.1																								
2.1.1																								
2.1.2																								
3.1.1																								
4.1.1																								

Legenda codici risultati attesi:

1.1.1: disponibilità di n. 2 unità di personale da dedicare alla gestione delle azioni necessarie per la realizzazione del progetto, per la pianificazione della struttura telematica, per la realizzazione e la gestione dei contenuti, i servizi informativi

1.2.1: costituzione di un gruppo tecnico regionale per la valutazione, *step by step*, della progettazione e della strutturazione dei contenuti in relazione agli obiettivi di progetto

1.3.1: attivazione del portale educativo

2.1.1: disponibilità dei contenuti sulla piattaforma (piattaforma attiva)

2.1.2: realizzazione della consolle di navigazione per l'accesso alle funzionalità dei video, dei filmati e delle miniclip

3.1.1: partecipazione attiva da parte delle scuole all'elaborazione dei contenuti

4.1.1: realizzazione campagna informativa sui corretti stili di vita tramite

Budget

<i>Voci di costo</i>	Costo €
Costi relativi alle attività di progetto preliminari	
Acquisizione n. 1 unità di personale da dedicare alla creazione della piattaforma informatica	50.000
Acquisizione n. 1 personale esterno (sociologo esperto di Comunicazione e Counseling adolescenziale) per gestione contenuti	50.000
Attrezzature (n.2 computer dedicati)	10.000
Spese di missione	5.000
Costi relativi agli aspetti tecnici	
Piattaforma informatica	10.000
Realizzazione materiali multimediali	20.000
Acquisto attrezzature per creazione contenuti multimediali	10.000
Costi per campagna promozionale nelle scuole e campagna informativa sui corretti stili di vita da divulgare presso famiglie, parrocchie, associazioni sportive etc.	
Materiali informativi	15.000
Premi concorsi per adolescenti	20.000
Totale	190.000

Indicatori di processo ed esito

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore Al 31/12/2010		Valore indicatore Al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Acquisizione di unità di personale da dedicare alla realizzazione del progetto	Atti di assegnazione di unità di personale	=	=	100%	=	=	=
Costituzione di un gruppo tecnico regionale per la valutazione, <i>step by step</i> , della progettazione e della strutturazione dei contenuti del portale	Determina dirigenziale	=	=	100%	=	=	=
Attivazione del portale educativo	Portale	=	=	50%	=	100%	=
Campagna promozionale nelle scuole	Relazione di attività			50%	=	100%	=
Partecipazione attiva delle scuole all'attività del portale	Portale	=	=	50%	=	100%	=
Campagna informativa sui corretti stili di vita	Relazione di attività	=	=	50%	=	100%	=

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 16

Regione: Basilicata

Macroarea: Prevenzione della popolazione a rischio (3)

Linea di intervento generale: Diabete (3.3)

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012: Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete

Numero progressivo del progetto all'interno del piano operativo regionale: 3.3.1

Titolo del progetto: Razionalizzazione dell'assistenza diabetologica secondo modelli omogenei sul territorio regionale

Obiettivo di salute: migliorare l'assistenza integrata del paziente, prevenire le principali complicanze e ridurre i tempi di diagnosi precoce.

Beneficiari: 4 - 5% popolazione regionale (25.000 -30.000 unità)

Attori: Dipartimento Regionale Salute – Ufficio Prestazioni Assistenza Territoriale Ospedaliera e Politiche del Farmaco, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Centri di Diabetologia.

Portatori di interesse: Associazioni

Gruppo di progetto: Dr.ssa Trotta MG, Dr. Canitano G.

Referente progetto: Dott.ssa Maria Giovanna Trotta, Dirigente Ufficio Prestazioni Assistenza Territoriale Ospedaliera e Politiche del Farmaco, – Dipartimento Salute – Regione Basilicata

Analisi del contesto/ descrizione del progetto

La malattia diabetica è una condizione clinica ad evoluzione cronica che interessa contemporaneamente più organi ed apparati, con un elevato impatto sociale e con alti costi sanitari.

Dai dati dell'osservatorio epidemiologico regionale si rileva che in regione i pazienti con diabete mellito, giunti almeno una volta all'osservazione ambulatoriale, oscillano tra 20.000 e 25.000, con una prevalenza pari al 3,9% della popolazione regionale. Una quota di pazienti diabetici è soggetta a complicanze o co-morbilità di natura cardiovascolare, con percentuali che vanno dal 4% per lo scompenso cardiaco al 34% per l'ipertensione arteriosa.

L'obiettivo del programma, così come stabilito nell'ambito del PRP 2005-2009, è la creazione di un percorso diagnostico-terapeutico omogeneo su tutto il territorio regionale per i pazienti diabetici, garantendo l'avvio delle attività in rete integrata Ospedale - Territorio, secondo il modello hub and spoke, finalizzato ad assicurare la diagnosi precoce della malattia e ad evitare le principali complicanze, accrescendo l'appropriatezza degli interventi degli operatori coinvolti sia attraverso l'attività di formazione specifica sia attraverso la condivisione dei dati e dei protocolli e prevedendo una organizzazione articolata su vari livelli che comprenda sia l'attività territoriale che quella ospedaliera.

La Giunta Regionale ha adottato la delibera n. 524/08 di approvazione del protocollo attuativo per la gestione in rete integrata ospedale-territorio della malattia diabetica.

Il Protocollo attuativo si propone di definire un modello assistenziale fondato su una rete integrata "Ospedale – Territorio" per consentire la realizzazione di soluzioni assistenziali condivise fra cure primarie, strutture diabetologiche e centri di eccellenza per la diagnosi ed il trattamento della malattia e delle sue complicanze.

Tra le azioni del programma era stato previsto il miglioramento dell'appropriatezza degli interventi e l'accrescimento della competenza degli operatori coinvolti; nel corso del 2010 sono state completate le attività di formazione presso l'Istituto Superiore di Sanità e si è dato avvio alla formazione a cascata nelle Aziende Sanitarie della Regione.

Nel 2010 la Regione Basilicata ha inoltre emanato la legge regionale n. 9 relativa a "Assistenza in rete integrata ospedale – territorio della patologia diabetica e delle patologie endocrino-metaboliche".

La legge ha tra le sue finalità: la realizzazione di una rete di servizi per il trattamento in forma integrata del diabete mellito e delle malattie endocrino - metaboliche, la prevenzione e la diagnosi precoce del diabete, la cura e la prevenzione delle complicanze; la completa integrazione del paziente diabetico; la promozione della cultura della prevenzione della malattia diabetica.

La legge ha previsto, tra l'altro, la costituzione di una Commissione di Coordinamento Regionale delle attività diabetologiche, (Commissione istituita con la delibera di giunta regionale n. 2043/10) e dei Comitati Tecnici Aziendali cui viene affidato il compito di monitoraggio della rete e la definizione dei PDT, le modalità per la presa in carico del paziente, sotto il coordinamento del MMG, da parte delle strutture territoriali e dei centri diabetologici per l'inquadramento diagnostico e l'avvio della terapia, da parte delle strutture ospedaliere di degenza, quando questa è necessaria.

Obiettivo specifico: migliorare l'assistenza integrata del paziente diabetico, prevenire le principali complicanze e ridurre i tempi di diagnosi precoce	
Azione 1.1	Affidamento gara per realizzazione rete diabetologica
Azione 1.2	Definizione ed attuazione protocollo operativo
Risultato atteso 1	E' stata attivata la rete regionale diabetologica ed il collegamento in rete
Azione 2.1	Campagna di informazione
	Servizi territoriali
	Coinvolgimento dei MMG/PLS
	Centri di diabetologia
Risultato atteso 2	E' stata informata la popolazione beneficiaria e a rischio di diabete
Azione 3.1	Centri di diabetologia
Azione 3.2	Attuazione protocolli terapeutici
Azione 3.3	Disponibilità e gestione in rete della cartella clinica informatizzata diabetologica
Risultato atteso 3	E' stata fatta la valutazione dei pazienti e redatta la cartella informatizzata
Azione 4.1	Servizi territoriali e MMG/PLS
Azione 4.2	Appropriatezza delle cure e follow-up dei pazienti
Risultato atteso 4	Sono stati presi in carico i pazienti
Attori	Dipartimento Regionale Salute – Ufficio Prestazioni Assistenza Territoriale Ospedaliera e Politiche del Farmaco, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, Centri di Diabetologia
Portatori d'interesse	Associazioni
Gruppo di lavoro	Dr.ssa Trotta MG, Dr. Canitano G
Referente di progetto	Dott.ssa Maria Giovanna Trotta, Dirigente Ufficio Prestazioni Assistenza Territoriale Ospedaliera e Politiche del Farmaco, – Dipartimento Salute – Regione Basilicata
Beneficiari	4 - 5% popolazione regionale (25.000 - 30.000 unità)

Indicatori di processo ed esito

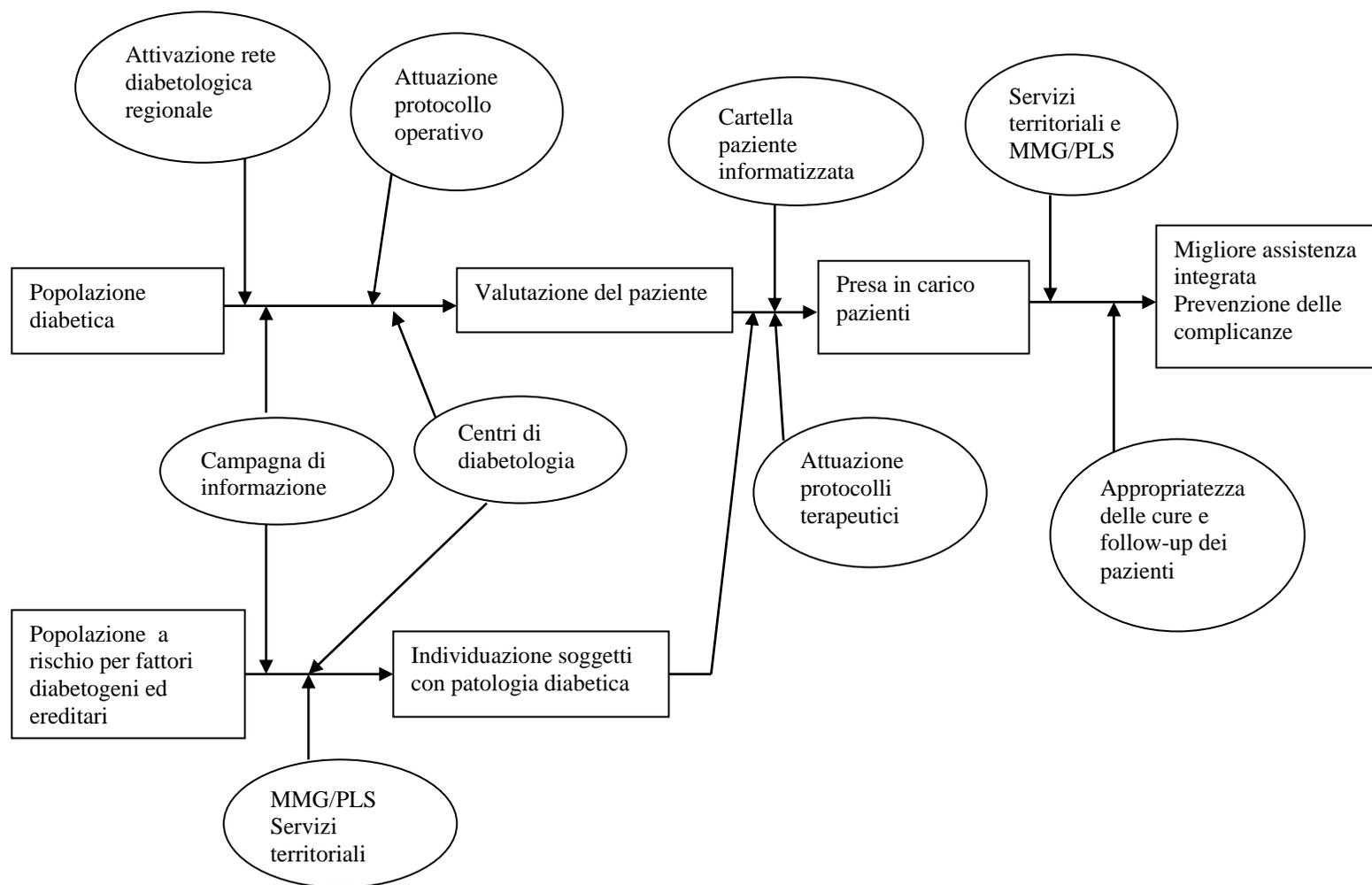
Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore Al 31/12/2010		Valore indicatore Al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
realizzazione rete diabetologica	Referente progetto	=	=	SI	=	SI	=
n. pazienti diabetici/n. pazienti a rischio	Report Centri diabetologia	=	=	50%	=	80%	=
n. cartelle diabetologiche in rete/n. cartelle diabetologiche	Controllo informatico sulla rete regionale	=	=	40%	=	60%	=
n. pazienti presi in carico/n. pazienti diagnosticati	MMG/servizi territoriali	=	=	60%	=	100%	=
Copertura del 30% del target di popolazione	Controllo informatico	=	=	20%	=	100%	=

Budget

Voci di costo	Costo in €
Attivazione e funzionamento rete diabetologica	70.000
Personale coinvolto nel progetto, MMG, PLS, Centri Diabetologici	200.000
Materiali informativi/divulgativi	30.000
Totale	300.000

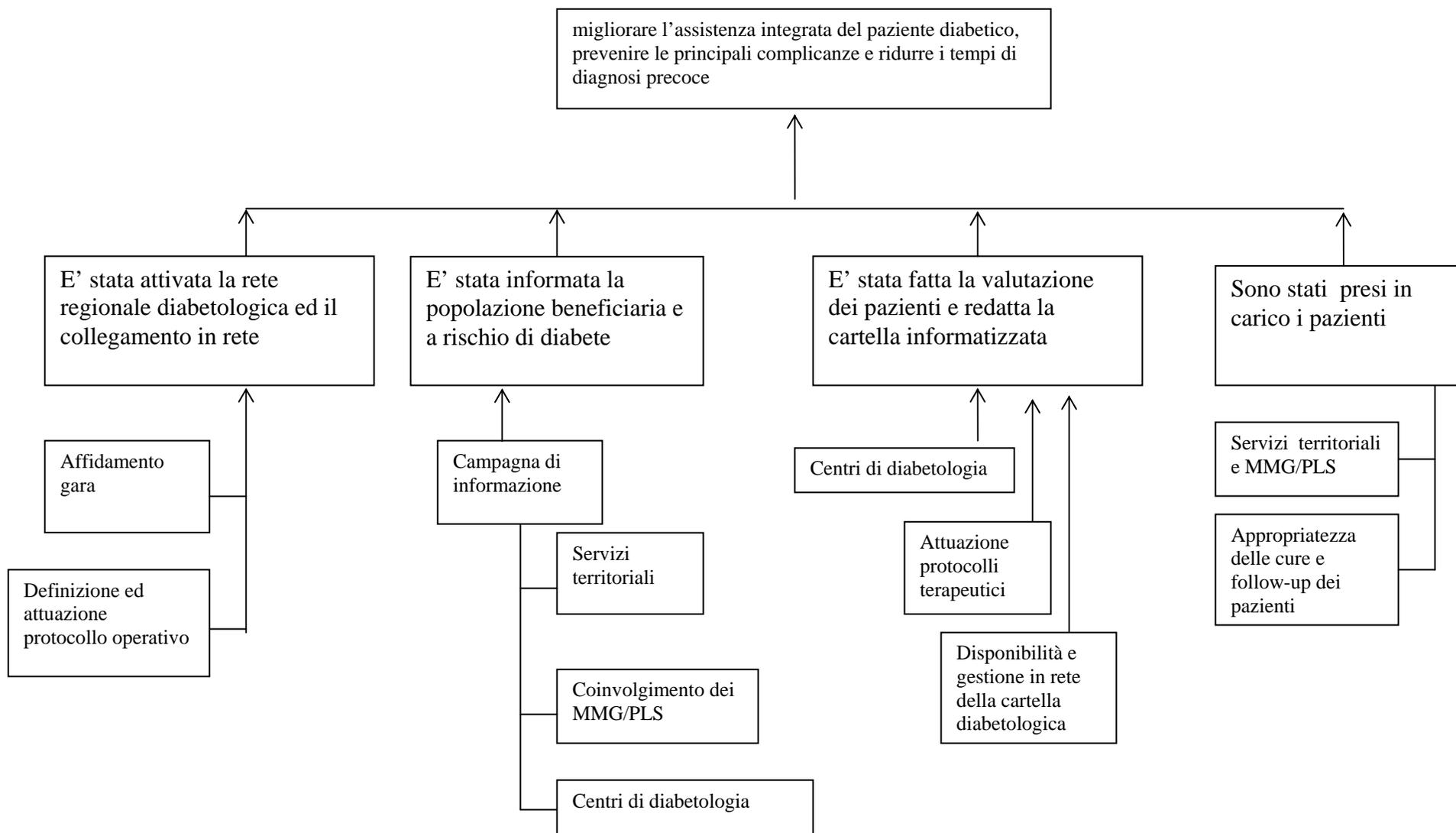
Modello Logico

Razionalizzazione dell'assistenza diabetologica secondo modelli omogenei sul territorio regionale



Albero degli obiettivi

Razionalizzazione dell'assistenza diabetologica secondo modelli omogenei sul territorio regionale



Cronogramma delle attività

				2010											
Risultato atteso 1: E' stata attivata la rete regionale diabetologica ed il collegamento in rete															
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.1	Affidamento gara per realizzazione rete diabetologica	Referente progetto			■	■	■								
1.2	Definizione ed attuazione protocollo operativo					■	■								

Risultato atteso 2: E' stata informata la popolazione beneficiaria e a rischio di diabete															
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2.1	Campagna di informazione	Referente progetto								■	■	■	■	■	■

Risultato atteso 3: E' stata fatta la valutazione dei pazienti e redatta la cartella informatizzata					
			2010	2011	2012
			■	■	■

Risultato atteso 4: Sono stati presi in carico i pazienti					
			2010	2011	2012
			■	■	■

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 17

Regione Basilicata

Macroarea: Prevenzione della popolazione a rischio (3)

Linea di intervento generale: Disturbi Psichiatrici (3.7)

Obiettivo generale di salute: Contrasto ai DCA.

Titolo del progetto: Prevenzione primaria e secondaria dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) rivolto a docenti e allievi delle scuole medie – Azienda Sanitaria Locale di Potenza - Ambito Territoriale ex ASL n. 3 di Lagonegro

Numero identificativo del progetto all'interno del piano operativo regionale: 3.7.1.1

Attori: Dipartimento Regionale Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico Regionale, ASP - Potenza, Centro per la Cura dei DCA e del Peso “G.Gioia” di Chiaromonte – Ambito Territoriale ex ASL n. 3 di Lagonegro – Istituti Scolastici

Portatori di interesse: Alunni, Famiglie

Beneficiari: Studenti di scuola media inferiore e superiore – ambito territoriale ex ASL n. 3 di Lagonegro

Gruppo di progetto: Centro per la Cura dei DCA e del Peso “G.Gioia” di Chiaromonte – Ambito Territoriale ex ASL n. 3 di Lagonegro

Referente di progetto: Dott.ssa Rosa Trabace – Responsabile del Centro

Analisi del contesto/Descrizione dell'intervento

Negli ultimi anni i DCA sono stati oggetto di attenzione per l'aumento dei casi rilevato nella pratica clinica e ampiamente documentato nella letteratura scientifica.

Nel Documento Ministeriale del 1998 i valori di prevalenza in Italia nelle donne fra i 12 e i 25 anni sono: AN 0,3%; BN 1%ù, ADNOS 6%. Il Disturbo da Alimentazione incontrollata (BED) è calcolato intorno al 10-30% della popolazione obesa adulta, benché la sua valutazione sia molto dipendente dai diversi criteri diagnostici utilizzati dai ricercatori (scende al 3-7% se si utilizzano le rigorose indicazioni del DSM – IV).

Uno studio olandese (Hoek 1996) mostra come solo il 43% dei casi di anoressia arrivi al medico di base e di questi solo il 79% arrivi in pronto soccorso ospedaliero per la cura; per la Bulimia solo l'1% arriva al medico di base e di questi solo il 51% arriva in pronto soccorso per la cura.

Questi dati mostrano come una grande parte delle persone portatrici di un DCA non richiedano aiuto alle strutture mediche, incrementando la tendenza alla cronicizzazione tipica del disturbo alimentare stesso.

Il presente progetto prevede un corso di formazione/aggiornamento per docenti (con la collaborazione del Centro per la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare “G. Gioia” di Chiaromonte) e una serie di interventi di prevenzione primaria rivolta agli studenti delle classi medie superiori e inferiori durante l'anno scolastico. Agli insegnanti sono destinati tre incontri di due ore ciascuno costituiti da lezione frontale di medici e psicologi del Centro e successiva discussione. Nel primo incontro vengono presentate le seguenti tematiche: la natura dei DCA, il contesto in cui nascono (la pressione culturale verso la magrezza, il ruolo sociale della donna nelle società occidentali, il pregiudizio verso l'obesità), gli aspetti psicologici che ne rappresentano i fattori di rischio (la preoccupazione estrema per peso e aspetto fisico, la scarsa autostima, il perfezionismo, il pensiero “tutto o nulla”, la difficoltà nel controllo degli impulsi), i fattori precipitanti e perpetuanti la malattia.

Nel secondo incontro si passano in rassegna le complicanze fisiche e psichiche dei DCA e si illustrano le differenti prospettive di trattamento (ambulatoriale, semiresidenziale residenziale).

Nel terzo incontro sarà affrontata prevalentemente la tematica della prevenzione dei DCA e saranno suggerite agli insegnanti le strategie di aiuto a favore degli allievi affetti da DCA.

Per quanto riguarda l'attività rivolta agli studenti, in ogni classe verranno proposti due incontri della durata di due ore ciascuno, condotti da figure professionali del Centro (eventualmente anche dell'U.O. Igiene degli alimenti e della nutrizione): psicologo, medico psichiatra, medico nutrizionista, educatore.

Gli incontri prevedono la divulgazione di informazioni su alimentazione, peso corporeo e DCA, lavori interattivi sui modelli di bellezza e sulla magrezza come chiave di successo e una discussione guidata, allo scopo di aumentare la consapevolezza degli studenti nei confronti della mutabilità degli ideali di bellezza e della pericolosità dell'ideale della magrezza come misura del valore della persona; far comprendere agli studenti il peso dei fattori culturali nello sviluppo dei DCA; fornire informazioni corrette su anoressia, bulimia e alimentazione incontrollata e su strategie di aiuto a chi ne soffre.

Nella fase iniziale del primo incontro verrà proposto agli studenti di compilare un questionario, "A proposito delle tue abitudini ..." costruito ad hoc per indagare comportamenti alimentari, immagine corporea percepita, attività fisica praticata ed altri aspetti considerati dalla letteratura scientifica fattori di rischio di DCA (quali elevato perfezionismo, bassa autostima, scarsa autoefficacia e dieta dimagrante in atto).

Un altro questionario verrà sottoposto al termine del secondo incontro, a distanza di due settimane⁴, per conoscere il gradimento degli studenti rispetto all'attività svolta e per valutare le conoscenze apprese.

Si vuole complessivamente sviluppare una collaborazione tra ASL, scuola, associazioni sportive e ricreative, famiglie e medici di base attraverso azioni mirate nel campo dell'educazione alimentare attraverso un programma d'intervento rivolte alle fasce di età più a rischio tramite la Scuola, pensato in primis per insegnanti, alunni, famiglie ed in un secondo momento per tutte quelle figure professionali e non (associazioni sportive e ricreative ...) che a diverso titolo concorrono a "formare" l'adolescente.

L'obiettivo specifico è quello di coinvolgere gli studenti stimolandone al massimo l'interesse e le capacità creative con un lavoro interattivo, impostando l'intervento su piccoli gruppi e focalizzando l'attenzione non tanto sui sintomi di anoressia, bulimia e alimentazione incontrollata, ma sulla messa in discussione dell'ideale di magrezza proposto dai media nella nostra società e sulla percezione della propria immagine corporea.

Il presente progetto proposto per la prevenzione dei DCA sarà arricchito dalla discussione partecipata su altre problematiche inerenti la salute degli studenti (attività fisica, fumo, uso/abuso di alcool ...) dal momento che in sostanza verte sull'interesse per il benessere psico-fisico degli adolescenti ed oggetto di valutazione di riproducibilità in contesti differenti da quelli in cui viene realizzato.

Si fa presente inoltre che il progetto si propone anche di conoscere un set di fattori di rischio per l'esordio dei DCA negli adolescenti coinvolti, dato che da precedenti esperienze è stata rilevata la presenza di alcuni dei principali fattori di rischio personale per l'esordio di un DCA nonché di eventuali fattori protettivi.

Si riportano di seguito le fasi di attività previste, specificando qui che le criticità che potrebbero influire sulla realizzazione del progetto sono la scarsa partecipazione della Scuola e l'insufficienza di budget.

Fase 1 – Attivazione dei rapporti con la Scuola	
Azione 1.1	Raccordo con i Direttori degli Istituti Scolastici
Risultato atteso 1.1.1	Acquisizione della disponibilità degli Istituti Scolastici a partecipare al progetto
Risultato atteso 1.1.2	Protocollo d'intesa con gli Istituti Scolastici
Fase 2 – Organizzazione degli interventi	
Azione 2.1	Definizione congiunta del programma di dettaglio delle attività
Risultato atteso 2.1.1	Adozione del programma
Risultato atteso 2.1.2	Realizzazione degli interventi
Risultato atteso 2.1.3	Verifica dell'apprendimento
Attori	Dipartimento Regionale Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico Regionale, ASP - Potenza, Centro per la Cura dei D CA e del Peso “G.Gioia” di Chiaromonte – Ambito Territoriale ex ASL n. 3 di Lagonegro – Istituti Scolastici
Portatori d'interesse	Alunni, Famiglie
Gruppo di progetto	Centro per la Cura dei D CA e del Peso “G.Gioia” di Chiaromonte – Ambito Territoriale ex ASL n. 3 di Lagonegro
Referente di progetto	Dott.ssa Rosa Trabace – Responsabile del Centro
Beneficiari	Studenti di scuola media inferiore e superiore – ambito territoriale ex ASL n. 3 di Lagonegro

Cronoprogramma

Risultati attesi	Mesi																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1.1.1																								
1.1.2																								
2.1.1																								
2.1.2																								
2.1.3																								

Legenda codici risultati attesi

Risultato atteso 1.1.1: Acquisizione della disponibilità degli Istituti Scolastici a partecipare al progetto

Risultato atteso 1.1.2: Protocollo d'intesa con gli Istituti Scolastici

Risultato atteso 2.1.1: Adozione del programma

Risultato atteso 2.1.2: Realizzazione degli interventi

Risultato atteso 2.1.3: Verifica dell'apprendimento

Budget

Voci di costo	Costo €
Costi relativi all'operatività del Centro DCA di Chiaromonte	
Costo personale coinvolto	80.000
Spese di missione	10.000
Costi relativi alla realizzazione degli interventi	
Costi organizzativi	10.000
Materiali didattici da utilizzare	10.000
Totale	110.000

Indicatori di processo ed esito

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore Al 31/12/2010		Valore indicatore Al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Protocollo d'intesa ASL – Scuola	Documento di riferimento	=	=	100%	=	=	=
Adozione del programma degli interventi	Documento di riferimento	=	=	100%	=	=	=
Realizzazione degli interventi	Relazione di attività (1)	=	=	=	=	100%	=
Numero Scuole partecipanti/Numero Scuole interpellate	Relazione di attività	=	=	50%	=	50%	=
Numero di studenti con abilità-competenze acquisite/Numero studenti partecipanti al progetto	Relazione di attività	=	=	=	=	80%	=

(1) comprensiva degli Istituti Scolastici partecipanti, di docenti, classi e studenti aderenti nonché risultati della valutazione di gradimento dell'iniziativa e dell'apprendimento.

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 18

Regione Basilicata

Macroarea: Prevenzione della popolazione a rischio (3)

Linea di intervento generale: Disturbi Psichiatrici (3.7)

Obiettivo generale di salute: Contrasto ai DCA.

Titolo del progetto: Prevenzione primaria dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) rivolto agli adolescenti in età compresa tra 11-13 anni, in un lavoro di rete con i docenti, gli allenatori e gli istruttori sportivi – Azienda Sanitaria Locale di Matera – Ambito territoriale ex ASL 4 di Matera

Numero identificativo del progetto all'interno del piano operativo regionale: 3.7.1.2

Attori: Dipartimento Regionale Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione – Osservatorio Epidemiologico Regionale, ASM-Matera, Servizio DCA, Servizio Nutrizione clinica, S.C. Psicologia clinica, MM.GG.

Portatori di interesse: Scuole, Associazioni Sportive, Palestre, Genitori

Beneficiari: Adolescenti età compresa tra 11-13 anni.

Gruppo di progetto: Giovanna Di Pedè, Carmela Bagnato, Gollo Isidoro, Mariangela Mininni, Dina Santarcangelo.

Referente di progetto: Giovanna Di Pedè Psichiatra DSM ASM Matera Resp. Struttura Semplice Interdipartimentale Servizio DCA.

Analisi del contesto/Descrizione dell'intervento

Il rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sullo stato di salute nel mondo mette in evidenza che un uso migliore delle attuali misure di prevenzione, potrebbe ridurre l'impatto globale delle malattie del 70% ed invita gli Stati a tornare alle cure sanitarie primarie. Si è riconosciuto che le radici delle cause di molte malattie si trovano al di là della possibilità di controllo del settore sanitario e devono essere affrontate con un approccio olistico che coinvolga l'intera società, ancor più coinvolgendo proprio i giovani nell'affrontare le tematiche che riguardano la loro salute.

D'altra parte, risulta fondamentale un monitoraggio sugli stili di vita delle nuove generazioni per la programmazione di più efficaci politiche di prevenzione e per meglio valutare i risultati ottenuti attraverso la loro attuazione.

I disturbi del comportamento alimentare, l'anorexia, la bulimia, il BED e l'obesità sono diventati un problema di rilevanza sociale nei paesi occidentali, poiché stanno minacciando la salute e in alcuni casi la vita di circa il 10% del sesso femminile di età superiore agli 11 anni.

I disordini alimentari, di cui anoressia e bulimia nervosa sono le manifestazioni più note e frequenti, sono diventati nell'ultimo ventennio una vera e propria emergenza di salute mentale per gli effetti devastanti che hanno sulla salute e sulla vita di adolescenti e giovani adulti.

... “Studi epidemiologici internazionali mettono in evidenza un aumento dell'incidenza dei DCA nella fascia femminile tra i 12 e i 25 anni e stimano nei paesi occidentali, compresa l'Italia, la prevalenza dell'anorexia nervosa (AN) intorno allo 0,8%, quella della bulimia nervosa (BN) intorno al 3%, e i DCA-NAS tra il 3,7 e il 6,4%; risulta inoltre che l'incidenza dell'AN è di 4-8 nuovi casi per anno su 100.000 individui e di 9-12 per la BN e che l'età di esordio cade tra i 10 ed i 30 anni, con una età media di insorgenza a 17 anni. Il rapporto maschi/femmine è stimato pari a 1 a 9, ma è in crescita il numero dei maschi affetti da tale patologia. La patologia appare in continuo aumento, soprattutto per quanto riguarda la bulimia e il disturbo da abbuffata compulsiva. Si è inoltre abbassata l'età di esordio della patologia, con un aggravamento della prognosi e la necessità di un trattamento diversificato”... (PNP 2010-2012).

La prevenzione primaria dell'anoressia, della bulimia e dell'obesità non può non tenere conto dei fattori socio-culturali e socio-ambientali, fortemente implicati nello scatenare e nel perpetuare queste patologie, pertanto è utile costruire azioni mediatiche e comunicative che possano contribuire a creare nuovi modelli culturali, più sani ed estetici.

La letteratura internazionale, inoltre, offre numerosi riscontri a favore di interventi focalizzati su fattori socio-ambientali e socio-culturali più ampi, anziché limitati ai soli fattori individuali. Queste evidenze collocano le agenzie educative, e in particolare i genitori e gli insegnanti, al centro dei programmi di prevenzione più efficaci. Con questi programmi si mira a promuovere all'interno dei sistemi sociali di appartenenza, con particolare attenzione alla scuola, "fattori protettivi", ovvero "Abilità di vita" (Life Skills) che servano all'orientamento e adattamento autonomo al mondo circostante.

La scuola appare il contesto privilegiato dove potenziare e sostenere il processo dell'Empowerment dei ragazzi. Anche nelle linee guida proposte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1993), assumono una posizione di rilievo le abilità di soluzione ai problemi (problem-solving), l'esercizio del pensiero critico e creativo e le convinzioni di efficacia personale e collettiva.

L'anoressia, la bulimia, il BED e l'obesità non sono, come sembra, malattie dell'appetito, sono disagi psicologici gravi che nascono nella psiche e si servono del corpo per esprimere una sofferenza profonda. Sono malattie complesse, determinate da condizioni di disagio psicologico ed emotivo, che quindi richiedono un trattamento sia del problema alimentare in sé che della problematica psichica. Il presente progetto è rivolto ai ragazzi delle scuole medie inferiori, età compresa tra 11-13 anni. Tale target è stato individuato considerando che l'insorgenza dei DCA si manifesta sempre più precocemente in età adolescenziale, come riportato in molti studi.

Con il presente progetto si intende effettuare un programma di prevenzione che ha come obiettivo la realizzazione di una riduzione dell'incidenza della malattia e anche degli esiti creando una buona armonia fra corpo, autostima e alimentazione.

Si è infatti visto che una buona conoscenza dei principi alimentari e del proprio corpo fin dall'infanzia e dai primi anni dell'adolescenza, unita all'incremento dell'autostima e all'assunzione di comportamenti e stili di vita più salutari sono in grado di ridurre sensibilmente la diffusione dei disturbi del comportamento alimentare e dell'obesità.

Il mito della magrezza come ideale estetico, i falsi miti relativi all'alimentazione e alla forma fisica, l'importanza dell'immagine come mezzo di affermazione del sé sono argomenti centrali nell'intervento di prevenzione dei DCA, soprattutto con gli adolescenti. Ulteriore intento è quello di limitare l'influenza negativa dei mass media sulla popolazione giovanile, realizzando specifici cortometraggi e spot televisivi. Il presente progetto si articola perciò nelle seguenti fasi:

- **fase 1: Attivazione di un lavoro di rete con la scuola; associazioni sportive e palestre, per la formazione e l'educazione a corretti stili di vita e prevenzione dei DCA.** Il lavoro di rete mira ad acquisire la disponibilità dei Dirigenti Scolastici, degli Allenatori -Tecnici e degli Istruttori di palestre, attraverso la formazione degli stessi, per collaborare alla realizzazione del progetto, attraverso la stipula di specifici protocolli d'intesa. Inoltre, attraverso i media e gli incontri informativi, si cercherà di implementare la sensibilizzazione e la partecipazione al progetto

- **fase 2: Somministrazione, previa informazione e sottoscrizione del Consenso Informato, dei Test BUT, Test EAT 26, Test ICM ai giovani di età compresa tra 11-13 anni. Formazione mirata a Facilitatori e Coordinatori del progetto e Genitori.**

Saranno somministrati i seguenti test:

A) Test psicometrici:

Test BUT (Body Uneasiness Test) che metterà in evidenza la percezione del proprio corpo e il disagio relativo all'immagine dello stesso,

1. Test EAT 26 (Eating Attitudes Test), valido strumento di screening internazionale, che misurerà i sintomi e le preoccupazioni caratteristiche dei disturbi dell'alimentazione e identificherà precocemente le persone affette da disturbi dell'alimentazione.

B) Test Biometrico:

1) Test IMC: calcolo dell'Indice di Massa Corporea ovvero BMI (Body Mass Index). Il calcolo rileverà lo stato dell'arte del peso nelle sue variabili – sottopeso, normale, sovrappeso, obesità (dati che vanno presi non come assoluti ma come un importante riferimento per il proprio stato di salute, atteso che l'IMC sarà usato come test preliminare e poi approfondito ulteriormente con altri test più precisi che tengano conto della massa grassa, massa magra, circonferenze ecc.

Potendoci trovare di fronte a situazioni in cui l'aspetto cognitivo risulti disfunzionale rispetto ad un corpo con Indice di Massa Corporea Normale e viceversa.

In questa fase ci sarà l'individuazione di Facilitatori Responsabili e di Coordinatori per le attività di somministrazione dei Test, acquisendo la disponibilità di un Facilitatore per ogni classe /squadra o palestra , ed un Coordinatore per le scuole, uno per i centri sportivi ed uno per le palestre che aderiranno al progetto. La presenza delle su citate figure rappresenterà un valido punto di riferimento nella rete attivata e garantirà una maggiore adesione al progetto. L'obiettivo sarà quello di testare almeno il 70% della popolazione adolescenziale del campione.

- **fase 3): Raccolta questionari, analisi, elaborazione, informatizzazione dati.** La raccolta dei Test avverrà da parte dei Facilitatori e sarà consegnata ai Coordinatori. Questi provvederanno al successivo invio al Servizio DCA. Tale modalità operativa mira alla ottimizzazione dei tempi e dei percorsi, alla responsabilizzazione e al coinvolgimento partecipativo dei portatori di interesse. Questa fase comprenderà: l'analisi dei Test e la valutazione multidisciplinare dei dati; la selezione del campione; l'inquadramento diagnostico-terapeutico; la realizzazione di progetti personalizzati di presa in carico, distinti per competenza disciplinare. Coloro che risulteranno affetti da sola patologia organica saranno indirizzati alla U.O. di Nutrizione Clinica, quelli a rischio DCA saranno presi in carico dal Servizio DCA. Importante per questa fase sarà la possibilità d'impiego di un operatore esperto in informatica (part-time), da dedicare alla gestione informatica dei dati, con lo scopo di ottimizzare la gestione dei flussi informatici prodotti dall'analisi dei Test.

- **fase 4): Restituzione dei risultati e presa in carico soggetti a rischio.** La restituzione dei risultati dell'analisi dei Test comporterà una programmazione di specifici incontri per discutere e condividere i percorsi necessari da attivare. La conoscenza del problema emerso implicherà la condivisione e la disponibilità da richiedere agli attori, ai portatori di interesse, ai MMG e ai genitori per attivare misure preventive e curative idonee. I soggetti che dopo l'analisi risulteranno a rischio DCA saranno presi in carico precocemente e seguiti con un programma di durata annuale che si concluderà al 24 mese come previsto nel progetto. Sarà valutata la eventuale necessità di attivare un ulteriore percorso di follow-up. La presa in carico avverrà attraverso l'elaborazione dei progetti personalizzati Preventivi-Curativi. La riduzione dell'insorgenza della patologia DCA, la riduzione dei danni Psico-Fisici correlati, l'Empowerment, la maggiore acquisizione delle Life Skills (Abilità di vita) da parte dell'adolescente in carico rappresenterà il raggiungimento dell'obiettivo atteso del progetto.

Si riportano di seguito in schema fasi del progetto, attività e risultati attesi, attori, portatori di interesse, gruppo e referente di progetto, beneficiari, crono programma, budget, indicatori di processo ed esito.

Si specifica qui che le criticità che possono ostacolare la realizzazione del progetto sono la scarsa adesione di scuola, associazioni sportive e palestre e l'insufficienza di budget.

Fase 1 – Attivazione di un lavoro di rete con la scuola; associazioni sportive e palestre, per la formazione e l'educazione a corretti stili di vita e prevenzione DCA.	
Azione 1.1	Informazione, Formazione e Sensibilizzazione per l'acquisizione della disponibilità dei Dirigenti Scolastici , degli Allenatori - Tecnici e degli Istruttori di palestre.
Risultato atteso 1.1.1	Acquisita disponibilità (docenti, tecnici, istruttori) a collaborare al progetto.
Azione 1.2	Definizione dell'obiettivo, dei rapporti collaborativi e dei modelli operativi, fase da condividere tra i portatori di interesse ed il gruppo responsabile del progetto.
Risultato atteso 1.2.1	Realizzazione di specifici Protocolli d'intesa.
Azione 1.3	Realizzazione di un Cortometraggio/Spot televisivo con funzione Informativo -Educativo e di uno specifico Workshop con la compartecipazione di scuola, associazioni sportive, istruttori di palestre e MMG
Risultato atteso 1.3.1	Sensibilizzazione e maggiore disponibilità a collaborare alle attività del progetto. Creare una cultura di prevenzione dei DCA
Fase 2 – Somministrazione, previa informazione e consenso informato, dei Test BUT, Test EAT 26,Test ICM ai giovani di età compresa tra 11-13 anni. Formazione mirata a Facilitatori e Coordinatori del progetto	
Azione 2.1	Individuazione del Target di popolazione adolescenziale (alunni media inferiore, allievi di mini-wolley, allievi di mini-basket ecc.) a cui somministrare i Test .
Risultato atteso 2.1.1	Adesione e partecipazione dei ragazzi pari al 70% del campione.
Azione 2.2	Individuazione di Facilitatori Responsabili per le attività di screening, e di coordinatori delle attività per la somministrazione dei Test.
Risultato atteso 2.2.1	Disponibilità di un Facilitatore in ogni scuola, in ogni centro sportivo e in ogni palestra che aderiscono al progetto. Disponibilità di un coordinatore per le scuole, uno per le associazioni, ed uno per le palestre. Testare almeno il 70% della popolazione adolescenziale.
Azione 2.3	Informazione delle finalità del progetto, sensibilizzazione dei genitori per la sottoscrizione del consenso informato.
Risultato atteso 2.3.1	Maggiore collaborazione e sottoscrizione del consenso informato.
Fase 3 – Raccolta questionari, analisi, elaborazione, informatizzazione dati.	
Azione 3.1	Acquisizione disponibilità di un operatore esperto in informatica (part-time) da dedicare alla gestione informatica dei dati.
Risultato atteso 3.3.1	Disponibilità dell'operatore, ottimizzazione gestione flussi informatici, facilitazione analisi dati ricavati dai Test.
Azione 3.2	Raccolta dei Test da parte dei facilitatori e consegna ai coordinatori. Invio al servizio DCA.
Risultato atteso 3.2.1	Ottimizzazione tempi e percorsi , responsabilizzazione e coinvolgimento partecipativo dei portatori di interesse.
Azione 3.3	Analisi multidisciplinare dei dati emersi, selezione campione, inquadramento diagnostico-terapeutico, realizzazione di progetti personalizzati di presa in carico, distinti per competenza disciplinare.
Risultato atteso 3.3.1	Ottimizzazioni competenze professionali nei percorsi della presa in carico - Psichiatrica -Nutrizionistica - Psicologica – Dietistica, ecc.

Fase 4 - Restituzione dei risultati e Presa in Carico soggetti a rischio	
Azione 4.1	Restituzione risultati e analisi dei Test. Programmazione specifici incontri per condividere i percorsi necessari da attivare con i portatori di interesse, MMG, genitori.
Risultato atteso 4.1.1	Conoscenza del problema emerso, condivisione e disponibilità a collaborare nelle misure preventive-curative da porre in essere. (la presa in carico potrà durare da 12 a 24 mesi)
Azione 4.2	Elaborazione progetti personalizzati Preventivi-Curativi di presa in carico dei soggetti a rischio di DCA.
Risultato atteso 4.2.1	Riduzione insorgenza patologia DCA. Riduzione dei danni Psico-Fisici. (Mal. Psichiatrica, Mal. Organica) Empowerment, maggiore acquisizione delle Life Skills (Ablità di vita) da parte dell'adolescente in carico
Attori	Dipartimento Regionale Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione –Osservatorio Epidemiologico Regionale, ASM-Matera, Servizio DCA, Servizio Nutrizione clinica, S.C. Psicologia clinica, MM.GG.
Portatori d’interesse	Scuole, Associazioni Sportive, Palestre, Genitori
Gruppo di progetto	Giovanna Di Pede. Carmela Bagnato, Gollo Isidoro, Mariangela Mininni, Dina Santarcangelo.
Referente di progetto	Giovanna Di Pede Psichiatra DSM ASM Matera Resp. Struttura Semplice Interdipartimentale Servizio DCA.
Beneficiari	Adolescenti età compresa tra 11-13 anni.

Cronoprogramma

Risultati attesi	Mesi																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1.1.1																								
1.2.1																								
1.3.1																								
2.1.1																								
2.2.1																								
2.3.1																								
3.1.1																								
3.2.1																								
3.3.1																								
4.1.1																								
4.2.1																								

Legenda codici risultati attesi

1.1.1 - Acquisita disponibilità (docenti, tecnici, istruttori) a collaborare al progetto

1.2.1 - Realizzazione di specifici Protocolli d'intesa.

1.3.1 - Sensibilizzazione e maggiore disponibilità a collaborare alle attività del progetto. Creare una cultura di prevenzione dei DCA

2.1.1 - Adesione e partecipazione dei ragazzi pari al 70% del campione.

2.2.1 - Disponibilità di un Facilitatore in ogni scuola, in ogni centro sportivo e in ogni palestra che aderiscono al progetto. Disponibilità di un coordinatore per le scuole, uno per le associazioni, ed uno per le palestre. Testare almeno il 70% della popolazione adolescenziale.

2.3.1 - Maggiore collaborazione e sottoscrizione del consenso informato.

3.3.1 - Disponibilità dell'operatore, ottimizzazione gestione flussi informatici, facilitazione analisi dati ricavati dai Test.

3.2.1 - Ottimizzazione tempi e percorsi , responsabilizzazione e coinvolgimento partecipativo dei portatori di interesse.

3.3.1 - Ottimizzazioni competenze professionali nei percorsi della presa in carico - Psichiatrica -Nutrizionistica - Psicologica – Dietistica, ecc.

4.1.1 - Conoscenza del problema emerso, condivisione e disponibilità a collaborare nelle misure preventive-curative da porre in essere. (la presa in carico potrà durare da 12 a 24 mesi)

4.2.1 - Riduzione insorgenza patologia DCA. Riduzione dei danni Psico-Fisici. (Mal. Psichiatrica, Mal. Organica) Empowerment, maggiore acquisizione delle Life Skills (Ablità di vita) da parte dell'adolescente in carico

Budget

Voci di costo	Costo €
Costi relativi all'operatività del servizio DCA	
Acquisizione n. 1 unità di personale da dedicare alla gestione informatizzata dei flussi informativi	10.000
Compenso personale esterno (portatori di interesse Facilitatore; Coordinatore; Allenatori ; Istruttori palestre; Partner; ecc.)	15.000
Attrezzature (n.1 computer dedicato)	5.000
Workshop, Cortometraggio, Spot Televisivo (T.V.Locali)	15.000
Costo personale coinvolto	80.000
Acquisizione disponibilità psicologo dedicato a progetto	10.000
Materiali informativi	5.000
Totale	140.000

Indicatori di processo ed esito

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore Al 31/12/2010		Valore indicatore Al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
Acquisizione n. 1 unità di personale per gestione informatizzata flussi informativi	Contratto o progetto a ore	=	=	100%	=	=	=
Protocolli d'intesa sui rapporti collaborativi tra servizio DCA, attori e portatori d'interesse	Documenti sottoscritti dalle parti	=	=	100%	=	=	=
Adozione programma attuativo del Progetto (modalità di funzionamento e piano di lavoro)	Determina dirigenziale	=	=	100%	=	=	=
Workshop di sensibilizzazione. Realizzazione cortometraggio, Spot televisivo	Documentazione attestante la realizzazione del workshop - Contratti con T.V.locali	=	=	100%	=	=	=
Copertura del 70% del target (campione popolazione di 11-13 anni)	Controllo informatico ASM - Regione	=	=	50%	=	100%	=
Riduzione insorgenza patologia DCA. Presa in carico precoce.	Riduzione dei danni Psico-fisici.	=	=	=	=	=	=

Scheda progetto/programma PRP 2010-2012 n. 19

Regione Basilicata

Macroarea: Prevenzione della popolazione a rischio (3)

Linea di intervento generale: Ipoacusia e sordità (3.10)

Obiettivo generale di salute: migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per ipoacusia e sordità

Titolo del progetto: Individuazione precoce delle ipoacusie

Numero identificativo del progetto all'interno del piano operativo regionale: 3.10.1

Obiettivo di salute: ridurre i tempi di intervento con terapia protesico-riabilitativa per ipoacusia profonda congenita o acquisita in epoca perinatale.

Beneficiari: i neonati (circa 5.000/anno) negli Ospedali della Regione e le loro famiglie

Attori: Dipartimento Regionale Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione – Settore Sanità Pubblica- Dipartimento Neuroscienze-UOC di ORL e Dipartimento della Donna e del Bambino, UOC di Neonatologia dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza.

Portatori di interesse: A.I.R.S.(Associazione italiana per la ricerca sulla sordità)

Gruppo di lavoro: Abriola S., Cantore I., Ferrara F., Iannello C., Strangio G.,

Referente progetto: Dr. Strangio G.

Analisi del contesto/descrizione dell'intervento

Ogni anno, l'uno/due per mille dei nuovi nati presentano sordità congenita per danno genetico o per malattie insorte durante la gravidanza. E' fondamentale la diagnosi precoce della sordità fin dai primissimi giorni di vita, poiché l'assenza di stimoli acustici non permette la creazione delle vie associative tra le aree del cervello durante il periodo dello sviluppo. Infatti alcune zone del cervello sono disponibili soltanto ad un certo momento della vita. Una volta terminato il periodo favorevole, la loro plasticità diminuisce ed è quindi del tutto inutile o estremamente difficoltoso il loro utilizzo in un periodo successivo.

I disturbi permanenti dell'udito, spesso congeniti ed a carico di entrambi gli orecchi, interessano quindi 1-3 nati ogni mille e si associano a disturbi importanti del linguaggio, della relazione e dell'inserimento scolastico. Alcune alterazioni quali il peso molto basso alla nascita, la familiarità per sordità e le deformità cranio facciali rappresentano fattori di rischio ed in questi bambini la diagnosi può essere fatta abbastanza presto, proprio per la presenza dei fattori di rischio.

Oltre la metà dei bambini sordi, tuttavia, non è "annunciata" da alcun fattore di rischio ed in questi bambini la diagnosi è in genere fatta fra il secondo ed il terzo anno di vita, epoca in cui il recupero del linguaggio è spesso problematica.

Per tali motivi in molti paesi industrializzati sono stati avviati da alcuni anni programmi di screening universale finalizzati ad individuare ed a trattare precocemente i lattanti affetti e che si basano sulla utilizzazione della rilevazione delle otoemissioni acustiche evocate (TEOAE) e dei potenziali uditivi evocati al tronco (ABR), test di notevole affidabilità diagnostica e privi di effetti nocivi per i pazienti. E' stato infatti osservato che un intervento abilitativo avviato entro il sesto mese di vita, rispetto ad un intervento eseguito successivamente, ha effetti sullo sviluppo del linguaggio estremamente positivi e conferisce notevoli vantaggi relativi alla vita relazionale ed alle prestazioni scolastiche.

Tali programmi di screening universale sono avviati negli USA, in Gran Bretagna, in Austria, in Belgio, in Svezia. In Italia vi sono molte esperienze locali e regionali, fra le quali gli interventi di Screening Universale che interessano i punti nascita delle limitrofe Regioni Campania (garantito la SNU sul 90% dei neonati) e Puglia (70 %). E' garantito il 100% in Liguria, il 90 % in Trentino e nell' Alto Adige, l' 85 % in Friuli e nel Veneto, il 50 % in Piemonte e Toscana, il 40 % in Lombardia ed in Emilia Romagna, il 15 % nel Lazio, lo 0-10 % nelle rimanenti.

La diagnosi precoce della sordità infantile è importante:

- per consentire la rimediazione precoce e quindi perché l'amplificazione protesica possa permettere al bimbo di percorrere le tappe fisiologiche dell'apprendimento del linguaggio, nel modo più vicino alla normalità
- perché il sistema di rimediazione non intervenga quando si siano stati adottati mezzi di comunicazione vicarianti (il gesto, il segno)
- per consentire al sistema nervoso centrale di ricevere il mondo sonoro e verbale nel periodo di massima plasticità cerebrale (meglio nel primo triennio di vita!), periodo che è quello più adeguato ad accettare che le informazioni uditive stimolino la formazione e lo sviluppo delle vie uditive centrali, come in un fisiologico "cablaggio". E questo, man mano che il bimbo cresce, sarà sempre più difficile e sempre più incompleto.

Un normale funzionamento del canale sensoriale uditivo è il necessario presupposto per un corretto sviluppo nel bambino del principale strumento di comunicazione umana, il linguaggio, e delle abilità ad esso collegate. E' noto come la sordità preverbale influenzi in maniera determinante la corretta acquisizione del linguaggio e, conseguentemente, la capacità di apprendimento e lo sviluppo psico-cognitivo del bambino.

Se ci riferiamo alle definizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, al deficit sensoriale (menomazione, impairment), che può essere stimato e misurato con metodologie appropriate, consegue la disabilità (disability), che corrisponde alla limitazione nelle attività della vita dell'ipoacusico, determinata dalla ridotta capacità di apprezzare la voce parlata. Il risultato di queste condizioni in termini relazionali è l'handicap, che esprime l'impatto della disabilità sulla vita sociale dell'individuo; questa viene, limitata nei rapporti e nelle relazioni con gli altri membri della collettività, intesi sia come complesso che come singoli individui.

Nelle ipoacusie infantili un adeguato intervento diagnostico e terapeutico è in grado di prevenire o ridurre significativamente, gli effetti, spesso devastanti, del deficit sensoriale sull'individuo affetto e sulla società. Obiettivo irrinunciabile è la prevenzione delle condizioni di disabilità e di handicap secondari all'ipoacusia.

Gli interventi preventivi possono essere distinti in primari, secondari e terziari

La prevenzione primaria ha come scopo quello di evitare l'insorgenza della sordità attraverso l'individuazione e la rimozione delle cause dell'ipoacusia, per impedire, l'instaurarsi di tutte le condizioni in grado di danneggiare il sistema uditivo. Non è possibile per tutte le forme di ipoacusia, ma soltanto per quelle causate dall'ittero neonatale per incompatibilità Rh, dall'ototossicità da farmaci, e da alcune malattie infettive. In passato (M. Del Bo e altri) il protocollo della prevenzione primaria era quello di:

- evitare matrimoni fra consanguinei e sordi
- promuovere i centri di visita prematrimoniale
- rendere obbligatorie alcune vaccinazioni (rosolia, parotite, morbillo, haemophilus, pneumococco)
- isolare la donna gravida da malattie infettive
- evitare di prescrivere farmaci ototossici alle gravide
- curare e prevenire tossicosi endogene ed esogene in gravidanza
- facilitare il parto nelle migliori condizioni.

Ci si rende conto che alcuni punti sono stati superati, come quello del parto nelle migliori condizioni, nello studio della compatibilità Rh, il trattamento della patologia neonatale intensivo, (anche se non c'è stata riduzione della Incidenza della Sordità per l'elevata sopravvivenza attuale!); altri sono eticamente e praticamente discutibili, come quello dell'evitare i matrimoni fra sordi

La prevenzione secondaria consistente nel immediato intervento terapeutico per interrompere la malattia o rallentarne il decorso come il trattamento delle otiti medie o del trattamento cortisonico delle meningiti batteriche, soprattutto quella da Haemofilus, per ridurre la possibilità di quella ossificazione endococleare che può pregiudicare il risultato di un possibile impianto cocleare.

La prevenzione terziaria ha, invece, l'obiettivo di prevenire l'instaurarsi della disabilità e dell'handicap che conseguono alla sordità, come il mancato apprendimento del linguaggio verbale. Suo presupposto essenziale è, quindi, una diagnosi, la più precoce possibile, dell'ipoacusia ed il suo

trattamento precoce. La prevenzione terziaria (o riabilitazione) delle sordità infantili ha, sostanzialmente, lo scopo di evitare l'instaurarsi di tutti i disturbi secondari al deficit uditivo, tenendo conto (secondo le storiche linee guida di Massimo Del Bo e di A. De Filippis) dei seguenti punti:

- diagnosi precoce
- valutazione esatta (definizione) del deficit uditivo
- precoce protesizzazione o tempestivo Impianto Cocleare
- immediata approccio ai suoni ed alla parola
- collaborazione massima dei genitori che debbono, innanzitutto accettare il bimbo come persona normale e riconoscere, quindi, che il bimbo sordo ha pieni diritti nei confronti della società.
- mantenimento o immissione del bambino in un ambiente di coetanei normoudenti
- inserimento negli asili e nelle scuole normali cercando di ottenere la collaborazione della scuola tutta, degli insegnanti e dei coetanei normoudenti nella accettazione del diversamente abile o dell'handicapato sordo.
- la presa di coscienza della società della necessità e della utilità dell'atteggiamento di accettazione del bambino handicapato come alternativa alla disperazione.

Il raggiungimento dell'obiettivo di salute del progetto è condizionato dalla realizzazione dei risultati attesi e delle azioni e servizi riepilogati nella scheda progetto e sinteticamente qui riportati:

- Dotare tutti i punti nascita della Regione Basilicata della apparecchiatura per la rilevazione delle otoemissioni acustiche (OAE) e dei potenziali evocati uditivi al tronco (ABR), per eseguire lo screening universale nella seconda giornata di vita.
- Addestrare il personale dei punti nascita su come eseguire lo screening di 1° livello.
- Avviare l'esecuzione dello screening ed assicurarne il buon funzionamento.
- Individuare i neonati che risultano patologici allo screening ed inviarli ad un centro di secondo livello: U.O. ORL San Carlo – Potenza (ASL 1, 2, 3) e Madonna delle Grazie – Matera (ASL 4, 5).
- Esecuzione di test di conferma presso i centri di 2° livello.
- Avviare i bambini diagnosticati come affetti da sordità neurosensoriale a terapia protesica tradizionale, all'impianto cocleare ed alla riabilitazione.

Obiettivo specifico: ridurre i tempi di intervento con terapia protesico-riabilitativa per ipoacusia profonda congenita o acquisita in epoca perinatale.	
Azione 1.1	Definizione protocollo intervento
Azione 1.2	Stesura LL.GG per il trattamento dei casi
Azione 1.3	Dotazione strumentale dei punti nascita (centri di 1° livello)
Azione 1.4	Addestramento personale punti nascita 1° livello
Azione 1.5	Norme regionali di sostegno
Risultato atteso 1	E' stata individuata la popolazione con ipoacusia profonda congenita o acquisita in epoca perinatale
Azione 2.1	Scheda paziente ed avvio a fase successiva
Azione 2.2	Informazione ed assistenza alla famiglia
Azione 2.3	Esecuzione test di conferma presso centro di 2° livello
Risultato atteso 2	E' stata confermata la patologia nei casi sospetti
Azione 3.1	Presa in carico dei pazienti per interventi come da LL. GG
Azione 3.2	Libretto sanitario PLS per accompagnamento paziente
	Follow-up dei pazienti
Risultato atteso 3	Sono stati avviati i pazienti ad interventi terapeutici appropriati
Attori	Dipartimento Regionale Salute – Ufficio Politiche della Prevenzione – Settore Sanità Pubblica-Dipartimento Neuroscienze-UOC di ORL e Dipartimento della Donna e del Bambino-UOC di Neonatologia dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza, Pediatri di libera scelta
Portatori d'interesse	A.I.R.S.(Associazione italiana per la ricerca sulla sordità)
Gruppo di progetto	Abriola S., Cantore I., Ferrara F., Iannello C., Strangio G
Referente di progetto	Dr. Strangio G

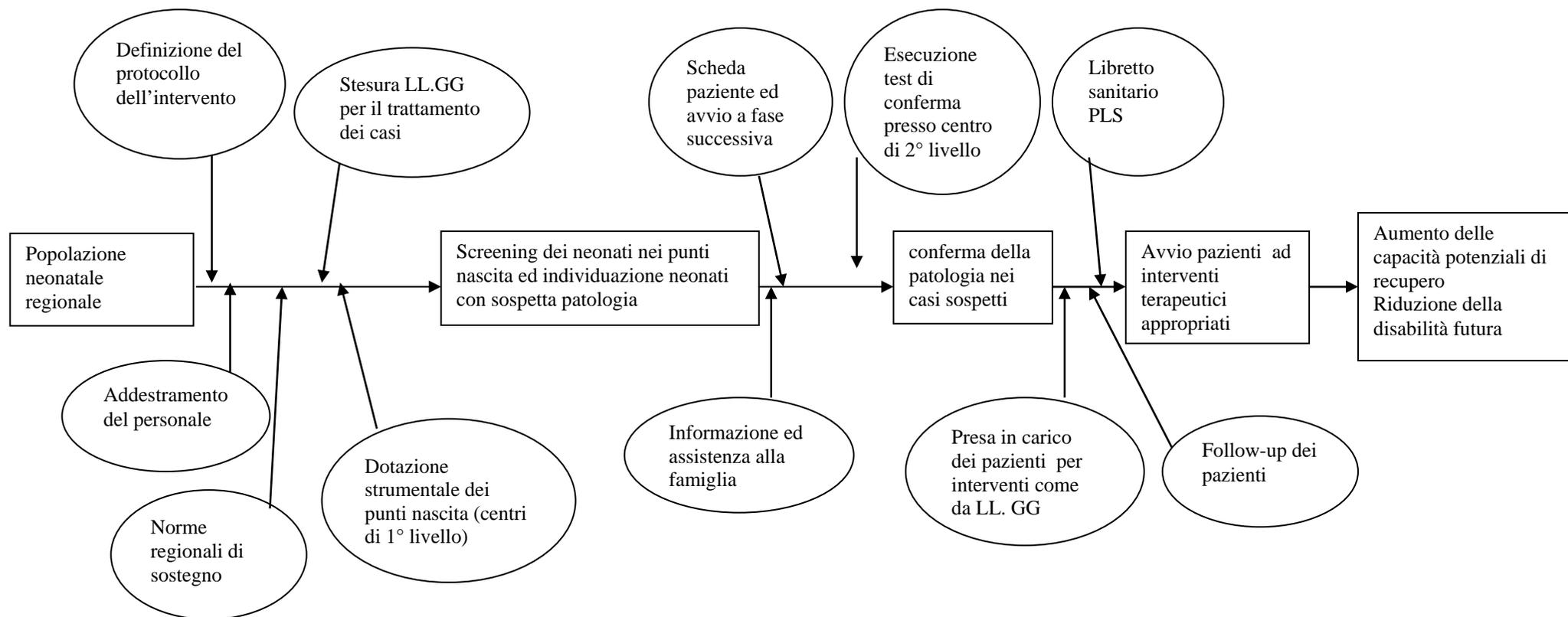
Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore Al 31/12/2010		Valore indicatore Al 31/12/2011		Valore indicatore al 31/12/2012	
		Atteso	Osservato	Atteso	Osservato	Atteso	Osservato
n. punti nascita adeguati con attrezzature e personale	Documento ASL di appartenenza	=	=	70%	=	100%	=
n. neonati screenati/n. neonati totale	Report punti nascita 1° livello	=	=	80%	=	100%	=
n. neonati sospetti/n. neonati screenati	Report punti nascita 1° livello	=	=	80%	=	100%	=
n. neonati confermati/n. neonati sospetti	Report centri di 2° livello	=	=	80%	=	100%	=
n. neonati avviati a terapia specifica/n. neonati confermati	Report centri di 2° livello	=	=	70%	=	100%	=

Budget

Voci di costo	Costo in €
Personale medico e non impegnato nel progetto	100.000
Attrezzature tecnologiche	30.000
Materiali informativi/divulgativi	10.000
Formazione ed addestramento personale	10.000
Totale	150.000

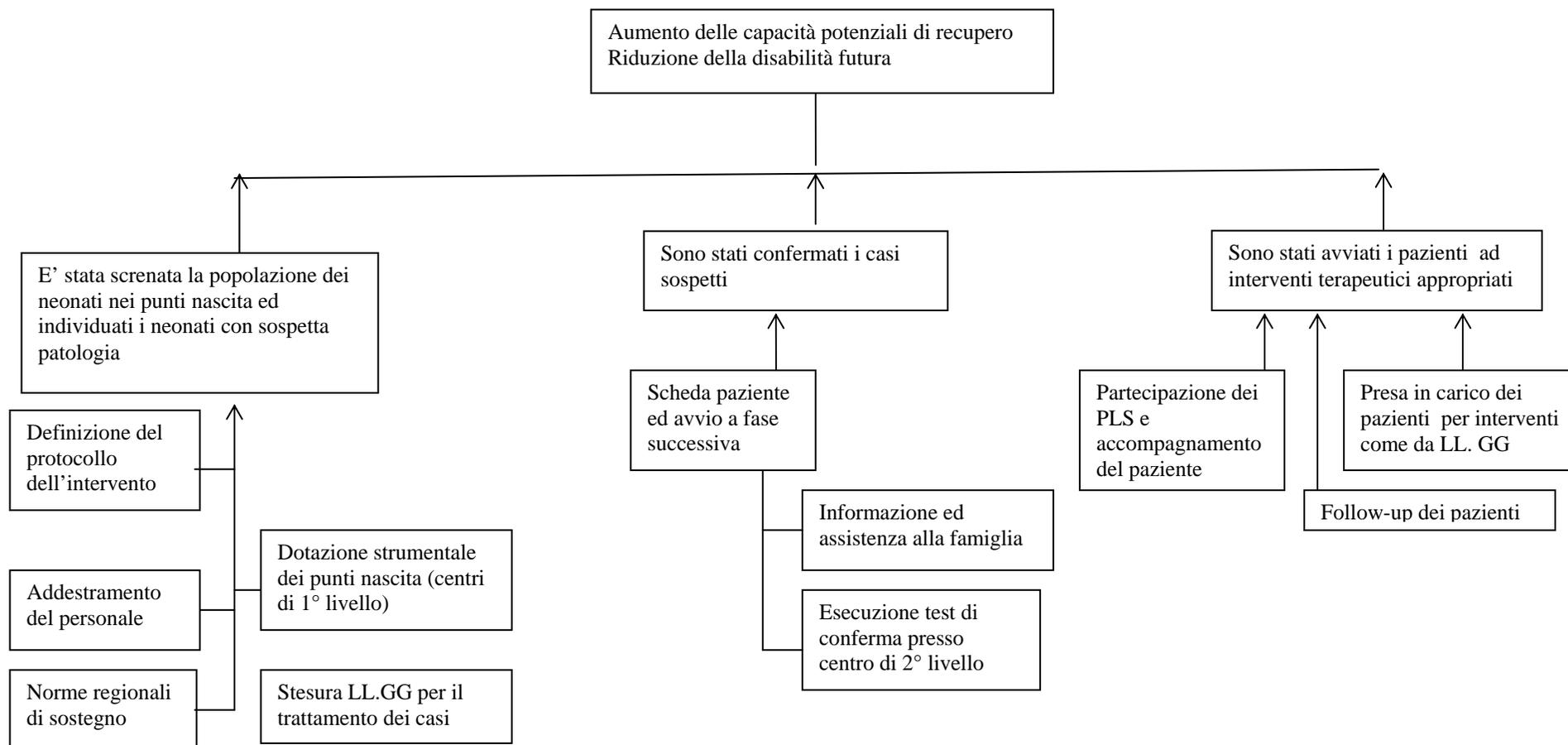
Modello logico

ridurre i tempi di intervento con terapia protesico-riabilitativa per ipoacusia profonda congenita o acquisita in epoca perinatale.



Albero degli obiettivi

ridurre i tempi di intervento con terapia protesico-riabilitativa per ipoacusia profonda congenita o acquisita in epoca perinatale.



Quadro logico

Ridurre i tempi di intervento con terapia protesico-riabilitativa per ipoacusia profonda congenita o acquisita in epoca perinatale.

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per ipoacusia e sordità			
Obiettivo specifico	Ridurre i tempi di intervento con terapia protesico-riabilitativa per ipoacusia profonda congenita o acquisita in epoca perinatale.	- n. neonati screenati/n. neonati totale - n. punti nascita adeguati con attrezzature e personale	- Regione - Report centri di riferimento	Risorse economiche
Risultato atteso 1	E' stata screenata la popolazione dei neonati nei punti nascita ed individuati i neonati con sospetta patologia	- n. neonati screenati/n. neonati totale - n. neonati sospetti/n. neonati screenati - n. neonati confermati/n. neonati sospetti	- Report centri di 1° livello - Report centri di 2° livello	Accettabilità personale dei punti nascita
		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Definizione del protocollo dell'intervento	- Stesura documento/gruppo lavoro		
Attività 1.2.	Addestramento del personale	- Aule, supporto didattico e strumentale	- costi formazione personale - aule	
Attività 1.3.	Norme regionali di sostegno	- Regione		Volontà politica
Attività 1.4.	Dotazione strumentale dei punti nascita (centri di 1° livello)	- Regione	- apparecchiature	
Attività 1.5	Stesura LL.GG interventi terapeutici	- Stesura documento/gruppo lavoro		

		Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di Verifica	
Risultato atteso 2	Sono stati confermati i casi sospetti	- n. neonati confermati/n. neonati sospetti	- report centro 2° livello	
		Mezzi	Costi	Rischi e assunzioni
Attività 2.1	Scheda paziente ed avvio a fase successiva	- schede compilate - report		
Attività 2.1.1	Informazione ed assistenza alla famiglia	- Materiali informativi/divulgativi - incontri	- materiale stampato - personale	
Attività 2.1.2	Esecuzione test di conferma presso centro di 2° livello	- annotazioni su libretti pediatrici - registrazione dei test	- esami strumentali	
		Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di Verifica	
Risultato atteso 3	Sono stati avviati i pazienti ad interventi terapeutici appropriati	- n. neonati avviati a terapia specifica/n. neonati confermati	- libretti pediatrici - scheda clinica	
		Mezzi	Costi	
Attività 3.1	Partecipazione dei PLS e accompagnamento del paziente	- convegni - materiale didattico	- materiale stampato - supporto strumentale	
Attività 3.2	Presenza in carico dei pazienti per interventi come da LL. GG	- libretti pediatrici	SSR	

Cronogramma

				2010											
Risultato atteso 1: E' stata screnata la popolazione dei neonati nei punti nascita ed individuati i neonati con sospetta patologia															
Codice	Attività	Responsabili	Partecipanti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.1	Definizione del protocollo dell'intervento	Referente progetto	Gruppo di lavoro	■	■										
1.2	Stesura LL.GG per il trattamento dei casi	Referente progetto	Gruppo di lavoro	■	■										
1.3	Dotazione strumentale dei punti nascita (centri di 1° livello)	Referente per punto nascita						■	■	■	■				
1.4	Addestramento del personale	Responsabile formazione	Personale medico e non										■	■	
1.5	Norme regionali di sostegno	Referente progetto		■	■										

Risultato atteso 2: Sono stati confermati i casi sospetti						
	attività	Responsabili		2010	2011	2012
2.3	Esecuzione test di conferma presso centro di 2° livello	Responsabile centro di 2° livello		■	■	■

Risultato atteso 3: Sono stati avviati i pazienti ad interventi terapeutici appropriati						
				2010	2011	2012
	attività	Responsabili		■	■	■
3.1	Presenza in carico dei pazienti per interventi come da LL. GG	Responsabile centro di 2° livello				

