

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente di Servizio;

A voti unanimi espressi nei termini di legge;

DELIBERA

- di **approvare** la relazione in narrativa, che qui si intende integralmente riportata;
- di **prendere atto** che l'intervento che si propone di integrare nel Piano di Investimenti della ASL BA, e denominato "Completamento del nuovo Ospedale della Murgia in Altamura (dotazione tecnologia, attrezzature e arredi)" è coerente con le priorità strategiche della Linea 3.1 dell'Asse III del PO FESR 2007-2013 e risponde ai criteri di selezione delle operazioni e ai requisiti di ammissibilità dei progetti intervento per la selezione dei piani di investimento per ciascuna ASL;
- di **approvare**, pertanto, l'integrazione del progetto di intervento "Completamento del nuovo Ospedale della Murgia in Altamura (dotazione tecnologia, attrezzature e arredi)" nel Piano di Investimenti della ASL BA, dotandolo di una assegnazione finanziaria pari ad Euro 10.000.000,00 nell'ambito delle disponibilità complessive di cui al Cap. 1153010 -UPB 6.3.9 "Programma Operativo FESR 2007-2013 -Spese per attuazione Asse III -Linea di intervento 3.1 (quota UE + Stato)", residui di stanziamento, bilancio di previsione 2010;
- di **demandare** al responsabile della Linea 3.1 l'adozione dell'atto di impegno contabile delle somme assegnate, e di provvedere ad approvare il progetto definitivo di intervento e l'accordo integrativo al disciplinare già sottoscritto tra ASL BA e Regione Puglia in data 23 dicembre 2009;
- di demandare al responsabile della Linea 3.1 ogni altro adempimento attuativo;
- di pubblicare il presente provvedimento sul BURP;

- di dare informazione del presente atto sul portale della Regione Puglia www.regione.puglia.it e attraverso l'URP della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 dicembre 2010, n. 2994

Atto di programmazione. Intesa Stato Regione del 29 aprile 2010. Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012. Approvazione.

L'Assessore alle Politiche della salute relatore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal funzionario istruttore e confermate dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce:

In data 29 aprile 2010 la Conferenza Stato-Regioni ha sottoscritto il Piano della Prevenzione 2010-2012.

L'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano prevede che le Regioni si impegnino ad adottare, entro il 31 dicembre 2010, il Piano regionale di prevenzione per la realizzazione degli interventi previsti dal Pnp.

Per la realizzazione del Piano nazionale della prevenzione, le Regioni devono assicurare le seguenti azioni:

1. dare continuità alle attività del PNP 2005-2007 e successive proroghe;
2. sviluppare ciascuna delle macro aree individuate dal Piano Nazionale della prevenzione 2010-2012 ed all'interno di esse di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale;
3. mettere a regime le attività di sorveglianza previste dal Piano nazionale 2010-2012 in quanto strumento essenziale di conoscenza ad uso del monitoraggio, della valutazione della riprogrammazione del Piano.

L'Intesa prevede, altresì, che le attività di prevenzione realizzate dal servizio sanitario regionale dovranno essere ulteriormente potenziate e che tutte le attività di prevenzione, realizzate in modo diretto oppure anche solo promosse, dovranno essere tra loro coordinate e ricondotte ad unità organizzativa e uniformità metodologica.

La numerosità delle proposte programmatiche regionali riconducibili all'interno delle 4 macroaree del Pnp, necessita di impostare un processo decisionale che punti, decisamente, all'attuazione dei programmi, sulla base di criteri che assicurino i seguenti passaggi:

- analisi del contesto epidemiologico;
- coordinamento tra i vari strumenti di programmazione e coerenza interna;
- valutazione dello stato di salute della popolazione;
- motivazione della scelta degli interventi oggetto di valutazione;
- analisi delle priorità;
- definizione di criteri di valutazione dell'efficacia degli interventi e di standard di riferimento normalizzati ed omogenei;
- individuazione delle prove di efficacia per ciascun intervento.

L'esigenza di dimostrazione dell'efficacia degli interventi sanitari si sta diffondendo a tutti i livelli del sistema sanitario. Anche nel campo delle misure di prevenzione la valutazione dell'efficacia dell'intervento, basata su prove empiriche, è ritenuta un requisito indispensabile (*Evidence Based Public Health*).

La Regione Puglia, con D.G.R. n.824 del 28/06/2005 e n. 157 del 26.02.2006, ha elaborato il Piano della Prevenzione 2005-2007, recependo l'Intesa Stato Regioni e province autonome del 23 marzo 2005. Il Piano costituito da tre sezioni, articolate in sottoprogetti, ha riguardato:

1. Prima sezione:

- Prevenzione del Rischio Cardiovascolare;
- Prevenzione delle complicanze del diabete;

2. Seconda Sezione:

- Screening del cancro della cervice uterina;
- Screening del cancro della mammella;
- Screening del cancro colonrettale;

3. Terza sezione:

- Vaccinazioni;
- Incidenti.

Il Piano della Salute Regionale 2008-2010, approvato con L.R. n. 23 del 19 settembre 2008, ha previsto, per realizzare l'obiettivo della tutela e della promozione della salute, il potenziamento e la riorganizzazione delle attività di prevenzione secondo modelli che consentano di identificare gli obiettivi di salute prioritari e di sviluppare interventi mirati. Nelle aziende sanitarie e nei distretti socio-sanitari pugliesi, tutte le attività di prevenzione, realizzate in modo diretto oppure anche solo promosse, dovranno essere tra loro coordinate e ricondotte ad unità organizzativa e uniformità metodologica.

Il PSR 2008-2010, prevede che gli assi portanti del sistema della prevenzione siano rappresentati dalla corretta impostazione delle priorità, dall'integrazione delle strutture e dei servizi, dalla intersectorialità attraverso il coinvolgimento di attori anche al di fuori dello specifico "sanitario", per il potenziamento di attività di educazione alla salute e il raggiungimento della piena consapevolezza da parte dei cittadini dell'importanza dell'adesione alle campagne di prevenzione primaria e secondaria.

Nell'ottica di una riorganizzazione complessiva del "sistema prevenzione", con DGR n. 1753 del 27.07.2010 è stata approvato l'organigramma organizzativo-gestionale, prevedendo una stretta relazione tra la struttura del sistema deputata alla programmazione degli interventi e la struttura dedicata alla elaborazione dei progetti ai fini di un'efficace azione di supporto alla Direzione strategica regionale.

Il tentativo è quello di affrontare il tema della programmazione delle politiche e degli interventi di prevenzione con una visione unitaria che, partendo dall'analisi dei principali problemi di salute, ne riconosca i principali determinanti e identifichi, accanto alle strategie di prevenzione primaria, anche il sistema delle alleanze sociali necessarie per promuovere la salute.

Per gli anni 2010-2012, Regioni e Province autonome hanno destinato 200 milioni di euro per la completa attuazione del Pnp, come già previsto dall'articolo 4 dell'Intesa del 23 marzo 2005, oltre alle

risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale come approvati nell'Intesa Stato-Regioni dell'8 luglio 2010.

Lo svincolo delle risorse è subordinato al raggiungimento degli obiettivi fissati nel Piano della Prevenzione. Tale attività di valutazione, effettuata dal Ministero della Salute, avviene con modalità che comportano una discrasia tra fase attuativa e disponibilità delle risorse economiche, con le conseguenti criticità.

Tuttavia, va sottolineato che le attività previste nel Piano regionale di Prevenzione riguardano, in tutti i casi, i Livelli Essenziali di Assistenza, ex DPCM 29 novembre 2001, per la cui realizzazione i Direttori Generali non possono e non devono attendere gli svincoli delle risorse pena il blocco di attività essenziali per la salvaguardia della salute del cittadino.

Pertanto, le Aziende Sanitarie Regionali devono garantire sia gli adempimenti organizzativi che quelli strettamente connessi alla erogazioni delle prestazioni, con le risorse assegnate nell'ambito del riparto del Fondo Sanitario Nazionale.

Richiamato, in particolare, quanto stabilito in DGR n. 2866 del 20.12.2010 (Documento di Indirizzo Economico Finanziario per l'anno 2010) in cui è fissato quale obiettivo per i Direttori Generali l'esatto adempimento del Piano regionale della Prevenzione.

Considerato che l'approvazione del suddetto Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012, allegato al presente provvedimento di cui forma parte integrale e sostanziale, è condizione necessaria per il raggiungimento dell'obiettivo fissato nell'Intesa del 29 aprile così come modificata con Intesa del 07 ottobre 2010.

Rilevato che nella seduta del 21 dicembre 2010 la Cabina di Regia per il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 ha approvato i progetti così come inseriti nell'Allegato 1 parte integrale e sostanziale del presente provvedimento.

COPERTURA FINANZIARIA

Il presente provvedimento non comporta implicazioni di natura finanziaria né di entrata né di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della L.R. n. 7/97 art. 4, comma 4, lettera d), l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore e dal Dirigente del Servizio;

a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

per quanto esposto nella relazione in narrativa, che qui si intende integralmente riportata:

1. di fare propria la narrativa come riferita dall'Assessore proponente;
2. di approvare il documento di programmazione "Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012" così come strutturato nell'Allegato 1 al presente provvedimento di cui forma parte integrale e sostanziale;
3. di stabilire che lo svincolo delle risorse finanziarie è soggetto al raggiungimento degli obiettivi fissati nel Piano Regionale della Prevenzione, in modalità attuative e temporali concordi con quanto previsto dalla Conferenza Stato-Regione del 29 aprile 2010, così come modificata dalla Conferenza del 7 ottobre 2010;
4. di stabilire che la realizzazione del Piano di Prevenzione, costituendo attività previste nei LEA, deve avvenire all'interno dei limiti delle risorse finanziarie messe a disposizione dal Governo attraverso il riparto del Fondo Sanitario Nazionale, secondo le periodiche erogazioni effettuate da parte del Ministero della Salute;

5. di stabilire che entro 60 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, la Cabina di Regia del PRP elabori il piano operativo del Piano Regionale di Prevenzione, da sottoporre alla Giunta per l'approvazione, in cui vengano individuate:

- le risorse economiche, dettagliate per ogni singolo progetto, tenendo in considerazione i vincoli determinati nella Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010, nell'Intesa Stato-Regione dell'8 luglio 2010, dal Piano di rientro e dai vincoli determinati dalle manovre economiche nazionali;

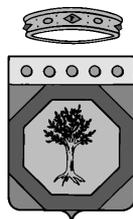
6. conseguenzialmente, di autorizzare il Servizio PATP dell'Assessorato alle Politiche della Salute ad assumere i provvedimenti dirigenziali derivanti dal presente provvedimento;

7. di trasmettere il presente provvedimento al Ministero della Salute, Dipartimento Generale della Prevenzione, per gli adempimenti consequenziali a cura del Servizio PATP;

8. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola



PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012
REGIONE PUGLIA

INTESA STATO-REGIONI 29 APRILE 2010

INDICE

IL QUADRO STRATEGICO

Capitolo 1. Il Contesto regionale: le Politiche Regionali

Capitolo 2. Il Quadro Epidemiologico

Il Piano Operativo

Le linee del Piano di Prevenzione 2010-2012

Area Medicina Predittiva

Valutazione del rischio individuale di malattia (diffusione della carta del cardiorischio);

Valutare il rischio cardiovascolare in soggetti di età pediatrica obesi attraverso il monitoraggio dei markers di attivazione pro trombotica;

Area Prevenzione Universale

Incidenti stradali;

Prevenzione degli eventi infortunistici;

Incidenti domestici;

Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione;

Prevenzioni delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria;

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

Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici;

Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate;

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

Area Prevenzione della popolazione a rischio

Tumore della mammella;

Tumore della cervice-uterina;

Tumore del colon-retto;

Malattie cardiovascolari;

Diabete;

malattie respiratorie croniche;

Malattie Osteoarticolari;

Malattie orali;

Disturbi psichiatrici;

Ipoacusia e sordità;

Area prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

IL QUADRO STRATEGICO

Capitolo 1. Il Contesto regionale: le Politiche Regionali

Il contesto normativo regionale in cui si inserisce il Piano di Prevenzione 2010-2012 è fortemente evoluto, in primis il riferimento è alle Leggi Regionali n. 36/94 e 38/94 e successive modificazioni ed integrazioni, contenenti la prima disciplina di attuazione del D.Lgs 502/92. La Regione Puglia, in attuazione a quanto suggerito dall'O.M.S. ha incentrato la propria strategia di prevenzione sull'obiettivo della salute per tutti. La salute è una risorsa per la vita quotidiana, non è l'obiettivo del vivere. Rappresenta un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. La promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma va al di là degli stili di vita e punta al benessere della persona nel suo complesso.

I principi che sottendono alla programmazione regionale e all'intero sistema sanitario pugliese sono esplicitati nella L.R. 3 agosto 2006 n. 25, nella quale in particolare, si afferma che la salute è **un diritto dei cittadini** e la promozione della salute è il fine del sistema sanitario regionale.

La Regione interpreta tale diritto in forma estensiva riconoscendo ai cittadini l'opportunità di influire sul futuro modello di tutela della salute attraverso la partecipazione attiva alla redazione del piano. E' volontà della Regione perseguire lo sviluppo di un sistema sanitario che assuma, come riferimento, la centralità del cittadino e si ridisegni in funzione del rispetto della dignità dei singoli.

I valori costitutivi del modello di sanità scelto dalla Regione Puglia sono:

- universalità ed equità, intese come possibilità per tutti di accedere con pari opportunità al sistema delle cure;
- libertà di scelta dei luoghi e partecipazione alla scelta delle modalità di cura;
- responsabilità, che implica una sapiente gestione del sistema sanitario e una lotta agli sprechi attraverso una migliore organizzazione;
- corresponsabilizzazione del cittadino nella fruizione dei servizi sanitari;
- sussidiarietà quale riconoscimento di una pratica decisionale che ha luogo il più vicino possibile al cittadino-utente;
- unicità del sistema e sua appropriatezza;
- accoglienza, intesa quale modalità diffusa di ascolto, di attenzione, riconoscimento della dignità e dei diritti del cittadino/utente;
- attenzione ai più deboli tenendo conto delle fragilità di carattere psicofisico, economico, culturale, sociale, ambientale;
- centralità del territorio;
- approccio integrato per una personalizzazione dell'intervento;
- sostenibilità;
- partecipazione della cittadinanza attiva al monitoraggio, alla valutazione e al miglioramento della qualità dei servizi per la salute.

La promozione della salute richiede un'azione coordinata da parte di tutti i soggetti coinvolti: i governi, il settore sanitario e gli altri settori sociali ed economici, le organizzazioni non governative

e di volontariato, le autorità locali, l'industria e i mezzi di comunicazione di massa. Le persone di ogni ceto sociale sono coinvolte come individui, famiglie e comunità.

Le condizioni e le risorse fondamentali per la salute sono il benessere, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse sostenibili, la giustizia sociale e l'equità. Il miglioramento dei livelli di salute deve essere saldamente basato su questi prerequisiti fondamentali.

Una buona salute è una risorsa significativa per lo sviluppo sociale, economico e personale ed è una dimensione importante della qualità della vita. Fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono favorire la salute, ma possono anche danneggiarla. L'azione della promozione della salute punta a rendere favorevoli queste condizioni tramite il sostegno alla causa della salute. L'azione della promozione della salute punta a ridurre le differenze nello stato di salute attuale e ad assicurare pari opportunità e risorse. Tutto ciò comprende solide basi su un ambiente favorevole, sulla disponibilità di informazioni, su abilità personali e su opportunità che consentano di fare scelte sane. Le persone non possono raggiungere il loro pieno potenziale di salute se non sono capaci di controllare quei fattori che determinano la loro salute

PIANO REGIONALE DI SALUTE 2008/2010

Approvato con L.R. n. 23 del 19.09.2008, il Piano della Salute 2008-2010 persegue il cosiddetto modello "sociale" di salute promuovendo un sistema di welfare partecipativo.

Il sistema di valori, espresso nella legge regionale, lungi dall'esaurirsi nella sua dimensione formale di semplice comunicazione di affermazioni di principio, propone una serie di indicazioni per la elaborazione di politiche di piano, che si focalizzino non tanto sulla malattia e sugli strumenti tecnici dedicati ad affrontarla, quanto sulla persona e sui percorsi di cura, individuandone precise priorità.

All'interno del Servizio Sanitario Regionale la tutela e la promozione della salute collettiva si declina nelle attività dei Dipartimenti di Prevenzione. La promozione della salute viene perseguita individuando e potenziando i fattori di benessere, mentre la tutela della salute è ottenuta individuando e rimuovendo le cause ed i fattori di malattia. Epidemiologia e prevenzione sono, dunque, le due componenti essenziali dell'attività dei Dipartimenti.

Spetta ai Dipartimenti di Prevenzione affrontare i problemi sanitari a livello di popolazione applicando nella pratica i principi ed i metodi della medicina preventiva.

In sostanza, come evidenziato dalla esplicitazione dei compiti istituzionali dei diversi servizi di cui è composto, la **mission** dei Dipartimenti di Prevenzione è quella di promuovere azioni rivolte alla individuazione ed alla rimozione delle cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale, di agire per garantire la tutela dello stato di benessere e della salute collettiva e di dare una risposta unitaria ed efficace alla domanda, anche inespressa, di salute della popolazione.

Le criticità sulle quali il presente Piano intende intervenire sono legate alla attuale mancanza di coordinamento e di comunicazione tra le diverse articolazioni funzionali del Dipartimento di Prevenzione al proprio interno e con gli altri attori istituzionali che operano nel settore, nonché alla razionalizzazione dei compiti sia sul piano dell'efficacia degli interventi sia sul piano del governo delle attività.

L'obiettivo finale è la ridefinizione di un modello di organizzazione delle attività di prevenzione che, attraverso un sistema di integrazione interfunzionale, punti all'ottimizzazione dei risultati, prevenendo i rischi di settorialità degli interventi, di duplicazione delle prestazioni e, conseguentemente, di dispendio di risorse per il Dipartimento di Prevenzione e per il SSR in generale.

PRP 2010-2012: STRATEGIA REGIONALE

Le strategie e i programmi di prevenzione, individuati nel Piano Regionale di Prevenzione, dovrebbero essere adattati ai bisogni locali e in modo da tenere conto dei diversi sistemi sociali, culturali ed economici.

E' essenziale che venga svolta una sistematica valutazione complessiva dell'impatto che può avere sulla salute un ambiente in rapida trasformazione, con particolare riguardo alla tecnologia, al lavoro, alla produzione di energia e all'urbanizzazione: tale valutazione deve essere seguita da azioni che garantiscano benefici alla salute delle persone.

RIORIENTARE I SERVIZI SANITARI

La Regione Puglia intende attuare una serie di interventi coordinati, miranti alla prevenzione di comportamenti dannosi per la salute.

Il Piano di prevenzione regionale consentirà di inquadrare in maniera coordinata il contrasto ai fattori di rischio, con un approccio non solo agli aspetti sanitari ma anche alle implicazioni ambientali, sociali ed economiche, e prevederà la condivisione degli obiettivi da parte degli attori coinvolti (amministrazioni centrali e regionali, enti locali, settori privati). Contemplerà, inoltre, la definizione di reciproche responsabilità, attraverso una programmazione ampiamente concertata e l'attivazione di azioni ed interventi che agiscano in maniera trasversale sui diversi determinanti, al fine di aumentare l'efficacia ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse, e che comprendano interventi di comunicazione, regolatori, di comunità e sugli individui.

All'interno del piano dovranno coordinarsi le iniziative già avviate nel precedente piano di Prevenzione sulla base di strategie definite con le Aziende Sanitarie Locali.

La responsabilità per la promozione della salute nei servizi sanitari è condivisa tra i singoli, i gruppi della comunità, gli operatori sanitari, le istituzioni che garantiscono il servizio sanitario.

Il ruolo del settore sanitario deve andare sempre più nella direzione della promozione della salute, al di là della sua responsabilità di garantire servizi clinici e curativi. I servizi sanitari hanno bisogno di adottare un mandato più ampio che sia sensibile e rispettoso dei bisogni culturali. Questo mandato dovrebbe sostenere i bisogni degli individui e delle comunità per una vita più sana e stabilire connessioni tra il settore sanitario e le più ampie componenti sociali, politiche, economiche e dell'ambiente fisico.

Il riorientamento dei servizi sanitari richiede anche una maggior attenzione alla ricerca sanitaria come pure ai cambiamenti nell'insegnamento e nella formazione professionale. Tutto ciò deve portare a una modifica dell'atteggiamento e dell'organizzazione dei servizi sanitari, che devono ricalibrare la loro attenzione sui bisogni complessivi dell'individuo visto nella sua interezza.

Ogni intervento di educazione e promozione della salute dovrà tener conto della conoscenza delle disuguaglianze sociali nella salute, in particolare nell'accesso ai servizi e all'informazione stessa, allo scopo di individuare correttamente e raggiungere il più possibile i gruppi di popolazione più a rischio.

La sinergia tra più *Enti interessati* darà maggiore credibilità ai messaggi da veicolare, consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni, assicurare una informazione univoca e completa e favorire la conoscenza e la sinergia dei progetti.

LA SALUTE DELLE DONNE

La salute delle donne è stata definita come l'indicatore più efficace per valutare l'impatto delle politiche nazionali sulla salute e per rimuovere tutte le condizioni di disuguaglianza, economiche, sociali, ma anche di genere, in quanto coinvolge non soltanto la qualità dei servizi, ma anche la qualità del modello sociale complessivo di riferimento.

Il tema della salute della donna presenta una serie di peculiarità (differenti a seconda delle diverse fasi della vita) di cui si deve tenere conto nella organizzazione dei servizi e dell'assistenza sanitaria.

In particolare, la salute femminile presenta specificità di genere, indipendenti dalla sfera riproduttiva, che riguardano sia la diffusione di fattori di rischio che la incidenza di malattie e di disabilità e la frequenza di utilizzazione dei servizi sanitari.

Un esempio eloquente di quanto sopra affermato e della necessità di una riflessione specifica in fase di programmazione dell'assetto dei servizi sanitari e socio-sanitari è rappresentato dalla sproporzione evidente tra tasso di ricettazione (più elevato rispetto al sesso maschile) e tasso di ospedalizzazione (decisamente più basso che nel sesso maschile), a dimostrazione di una richiesta di prestazioni sanitarie tendenzialmente più elevata nelle donne, che però ricorrono meno alla ospedalizzazione come *setting* di cura.

Questo dato rimanda ad una problematica molto più ampia, che investe direttamente il ruolo della donna nella nostra società e la sua centralità all'interno del sistema-famiglia, riconducibile sicuramente a fattori di ordine culturale, ma sulla quale influiscono soprattutto le gravi carenze nella rete assistenziale e di tutele presenti nel nostro paese e particolarmente evidenti nella nostra regione. L'iniqua ripartizione del carico di cura tra donne e uomini all'interno del nucleo familiare è una delle motivazioni principali per le quali le donne tendono a ricoverarsi meno, a rifiutare addirittura il ricovero (in favore di altre modalità di cura) o ad abbreviarne la durata.

Risulta quindi giustificato sia rivolta una attenzione selettiva, alla dimensione di genere intesa come strumento sistematico per programmare le azioni e gli interventi di promozione della salute nei diversi livelli e luoghi di attività dei servizi sanitari e, parallelamente, dei servizi sociali.

RAPPORTI CON IL MONDO DELLA SCUOLA

Questa cooperazione può riguardare sia l'area della sorveglianza sia quella degli interventi di promozione della salute. In questo ambito, in particolare, attraverso la sottoscrizione di un accordo locale tra Regione e mondo della scuola si può puntare a sviluppare e diffondere nella scuola, nell'ambito del percorso curricolare, interventi di educazione alla salute, privilegiando interventi già sperimentati e di provata efficacia. Si potranno valorizzare le metodologie di "peer education", finalizzate a promuovere la partecipazione attiva degli studenti e la capacità di sviluppare abilità per resistere alla pressione sociale rappresentata dal gruppo dei pari, dai modelli familiari, dalla pubblicità e dalla offerta sociale.

Una forma di comunicazione specifica dovrà essere effettuata a scuola attraverso iniziative studiate per il target giovanile, con l'obiettivo non solo di fornire informazioni scientificamente corrette, ma soprattutto di identificare strategie per resistere, ad esempio, ai contraddittori messaggi mediatici che suggeriscono, stili di vita nocivi.

Per fornire ai bambini ed ai ragazzi le competenze necessarie ad una crescita libera, ma anche le opportunità di sperimentare e mantenere comportamenti salutari è necessaria una vera e propria alleanza con il mondo della scuola.

È, dunque, quanto mai opportuno promuovere una fattiva cooperazione interistituzionale, in particolare tra mondo della scuola e mondo della salute, al fine di promuovere comportamenti sani nelle persone in formazione, in fasi della vita in cui si acquisiscono e si radicano abitudini che andranno poi a costituire i principali fattori di rischio delle malattie croniche.

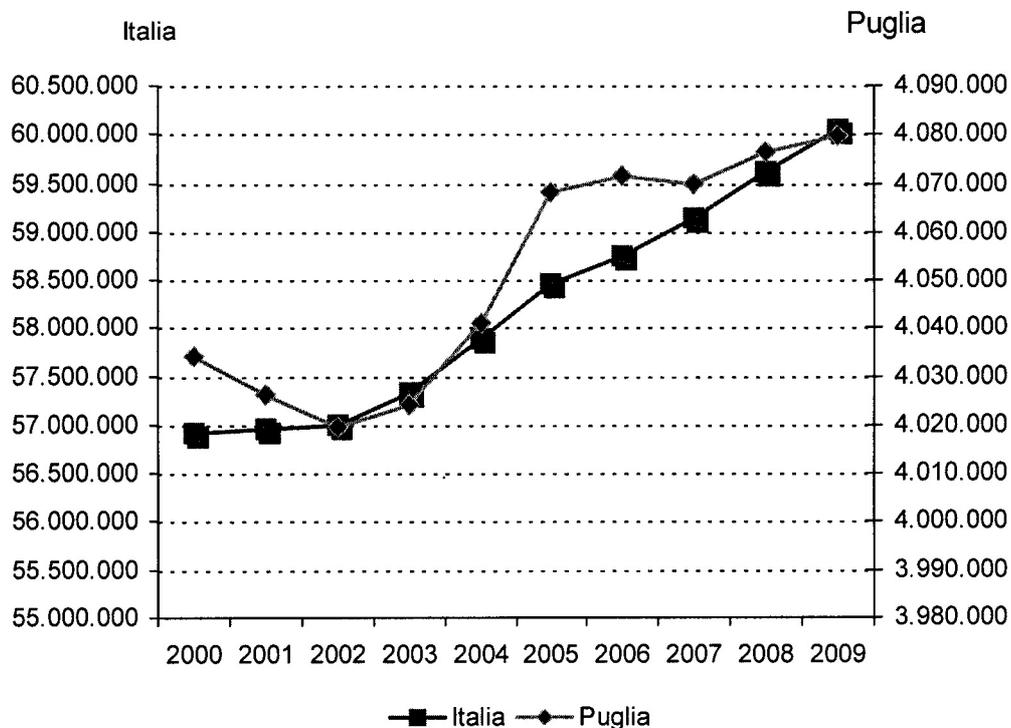
Le iniziative di educazione alla salute saranno affiancate da un sistema di sorveglianza sugli stili di vita, finalizzato a monitorare periodicamente aspetti della salute della popolazione pugliese.

Capitolo 2. Il Quadro Epidemiologico

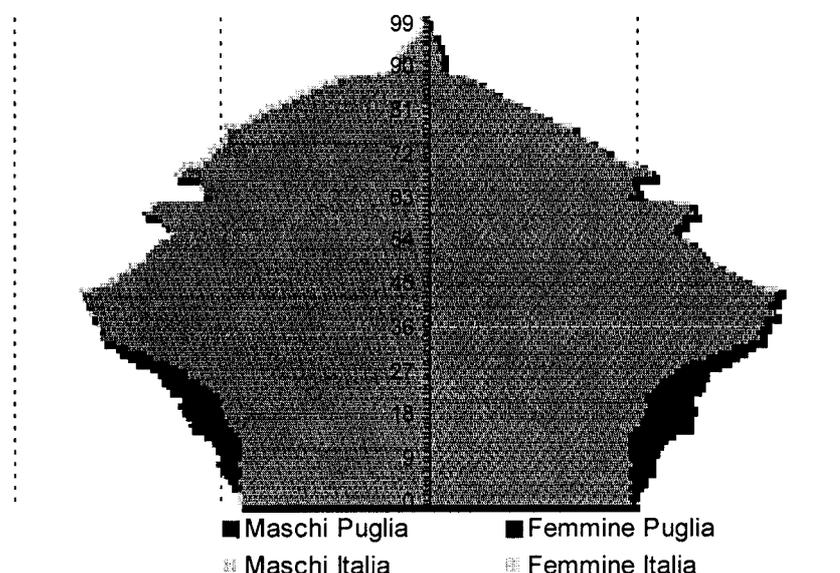
INDICATORI DEMOGRAFICI, SOCIOSANITARI E STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

La popolazione in Puglia al 1° gennaio 2009 (rilevazione ISTAT) è pari a 4.079.702 residenti, circa 3.200 in più rispetto all'anno precedente. E' confermato, dunque, il trend positivo di crescita della popolazione residente registrato negli ultimi anni, specularmente all'andamento nazionale. Degno di nota è lo scarto demografico 2007-2008 in cui si è registrato un incremento di circa 7.000 abitanti (Grafico 1.1).

Popolazione Italia e Puglia, anni 2000-2009 (rilevazione ISTAT al 1° gennaio di ogni anno considerato).



La piramide dell'età della popolazione pugliese (Grafico 1.2) presenta alcune differenze rispetto a quella italiana. Le due piramidi tendono a sovrapporsi nelle prime fasce d'età (0-4) a conferma che la tendenza alla riduzione della natalità interessa anche la nostra Regione, mentre le fasce di età 4 - 34 anni continuano ad essere più consistenti nella popolazione pugliese. La quota di ultrasessantacinquenni, invece, è maggiore nella popolazione nazionale, in particolare nel sesso femminile.

Grafico 1.2**Piramide dell'età, popolazione Italia e Puglia (rilevazione ISTAT al 1 gennaio 2009).**

Dall'analisi dei diversi indicatori di crescita (Tabella 1.1), emerge in Puglia un andamento sostanzialmente stazionario. La natalità generale è inferiore al dato nazionale, così come la mortalità generale (circa l'1 x1000 al di sotto). La popolazione presenta ancora un bilancio positivo di crescita e l'indice di nuzialità è leggermente superiore alla media nazionale.

Tabella 1.1

Indicatori di crescita della popolazione (tassi x1000 abitanti), per compartimento geografico, anni 2006-2009 (Fonte ISTAT).

NATALITÀ	2006	2007	2008	2009
Puglia	9,3	9,4	9,4	9,3
Mezzogiorno	9,6	9,6	9,6	9,4
Sud	9,7	9,7	9,6	9,5
Centro	9,3	9,2	9,7	9,3
Nord	9,5	9,6	9,7	9,5
ITALIA	9,5	9,5	9,6	9,5

MORTALITÀ	2006	2007	2008	2009
Puglia	8,0	8,5	8,4	8,7
Mezzogiorno	8,7	9,0	9,0	9,2
Sud	8,5	8,8	8,8	9,1
Centro	10,0	10,0	10,3	10,3
Nord	9,9	9,9	10,2	10,1
ITALIA	9,5	9,6	9,8	9,8

CRESCITA NATURALE	2006	2007	2008	2009
Puglia	1,3	0,9	1,0	0,6

Mezzogiorno	0,9	0,6	0,6	0,2
Sud	1,2	0,9	0,8	0,4
Centro	-0,7	-0,8	-0,6	-1,0
Nord	-0,4	-0,3	-0,5	-0,6
ITALIA	0,0	-0,1	-0,2	-0,3

NUZIALITA'	2006	2007	2008**	2009*
Puglia	4,5	4,8	4,8	4,7
Mezzogiorno	4,7	4,9	4,8	4,7
Sud	4,8	5,0	4,9	4,8
Centro	4,5	4,1	4,0	3,9
Nord	3,8	3,7	3,6	3,5
ITALIA	4,2	4,2	4,1	4,0

*Stima

**Dato provvisorio

Tasso di crescita naturale: differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità.

Per gli stessi indici si registrano lievi difformità sul territorio regionale. La natalità è più alta nella provincia di Taranto nell'ultimo biennio considerato e più bassa in quella di Lecce. La mortalità è più elevata nella provincia di Bari e più alta nelle province di Lecce, Brindisi e Taranto. Le province di Brindisi e Lecce presentano un saldo negativo di crescita (Tabella 1.2).

Tabella 1.2

Indicatori di crescita della popolazione (tassi x1000 abitanti), per provincia, anni 2006-2009 (Fonte ISTAT).

NATALITA'

PROVINCE	2006	2007	2008	2009
Foggia	9,8	9,7	9,7	9,8
Bari	9,6	9,6	9,5	9,4
Taranto	8,8	9,6	9,8	10,1
Brindisi	9,0	8,8	8,9	8,9
Lecce	8,7	8,8	8,7	8,4
PUGLIA	9,3	9,4	9,4	9,3

MORTALITA'

PROVINCE	2006	2007	2008	2009
Foggia	8,3	8,7	8,4	8,7
Bari	7,6	7,9	7,9	8,0
Taranto	7,6	8,5	8,6	9,6
Brindisi	8,7	9,2	9,0	9,4
Lecce	8,7	9,1	8,9	8,9
PUGLIA	8,0	8,5	8,4	8,7

CRESCITA NATURALE

PROVINCE	2006	2007	2008	2009
Foggia	1,5	1,0	1,3	1,1
Bari	2,0	1,7	1,7	1,3
Taranto	1,2	1,1	1,2	0,5
Brindisi	0,3	-0,4	-0,1	-0,5

Lecce	0,0	-0,3	-0,1	-0,6
PUGLIA	1,3	0,9	1,0	0,6

NUZIALITA'

PROVINCE	2006	2007	2008**	2009*
Foggia	4,8	4,8	5,0	4,9
Bari	4,4	4,9	4,9	4,8
Taranto	4,8	5,1	4,9	4,7
Brindisi	3,8	4,3	4,6	4,8
Lecce	4,4	4,7	4,7	4,5
PUGLIA	4,5	4,8	4,8	4,7

*Stima

**Dato provvisorio

Il numero medio di figli per donna è inferiore sia alla media nazionale che a quella dell'Italia meridionale e addirittura a quella delle regioni del Nord. La speranza di vita alla nascita risulta leggermente inferiore rispetto al dato nazionale (Tabella 1.3).

Tabella 1.3

Numero medio di figli per donna e speranza di vita alla nascita, per compartimento geografico, dal 2006 al 2009 (Fonte ISTAT).

NUMERO MEDIO DI FIGLI PER DONNA

	2006	2007	2008	2009*
Puglia	1,26	1,30	1,32	1,34
Mezzogiorno	1,33	1,34	1,35	1,36
Sud	1,33	1,35	1,35	1,36
Isole	1,32	1,32	1,35	1,36
Centro	1,31	1,32	1,41	1,37
Nord	1,38	1,41	1,46	1,46
ITALIA	1,35	1,37	1,42	1,41

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA

	2006		2007		2008*		2009*	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Puglia	78,9	82,5	77,0	82,4	77,2	82,7	77,5	82,8
Mezzogiorno	78,0	83,4	78,1	83,2	78,3	83,6	78,3	83,5
Sud	78,0	83,4	78,1	83,3	78,3	83,6	78,4	83,6
Isole	78,1	83,3	78,0	83,1	78,3	83,5	78,2	83,4
Centro	78,8	84,2	79,1	84,4	79,1	84,2	79,3	84,3
Nord	78,6	84,3	78,9	84,4	78,7	84,1	79,0	84,4
ITALIA	78,4	84,0	78,7	84,0	78,6	84,0	78,9	84,1

*Stima

Negli ultimi anni in Puglia si assiste ad un progressivo aumento della quota di ultrasessantacinquenni, con una tendenza all'allineamento ai dati nazionali. La proporzione di anziani, tuttavia, resta inferiore di 2-3 punti percentuali rispetto alla media italiana e a quella delle regioni del Centro-Nord (Tabella 1.4).

Tabella 1.4

Composizione percentuale della popolazione in fasce d'età, per compartimento geografico, anni 2007-2010 (Fonte ISTAT).

	2007			2008			2009			2010*		
	0-14	15-64	≥65	0-14	15-64	≥65	0-14	15-64	≥65	0-14	15-64	≥65
Puglia	15,5	67,0	17,6	15,3	67,0	17,8	15,1	66,9	18,0	14,9	66,8	18,2
Sud/Isole	15,6	66,8	17,6	15,4	66,9	17,8	15,2	66,9	17,9	15,0	66,9	18,1
Centro	13,2	65,5	21,4	13,2	65,4	21,4	13,3	65,3	21,4	13,4	65,2	21,4
Nord	13,3	65,6	21,1	13,4	65,4	21,2	13,5	65,3	21,2	13,6	65,1	21,3
ITALIA	14,1	66,0	19,9	14,0	65,9	20,0	14,0	65,8	20,1	14,0	65,7	20,2

*Stima

L'analisi degli indicatori di struttura della popolazione pugliese conferma la tendenza all'allineamento con il resto del Paese: aumento degli indici di vecchiaia e di dipendenza strutturale degli anziani con lieve innalzamento dell'età media (Tabella 1.5).

Tabella 1.5

Indicatori di struttura della popolazione, per compartimento geografico, anni 2007-2010 (Fonte ISTAT, dati al 1° gennaio di ogni anno considerato).

INDICE DI VECCHIAIA

	2007	2008	2009	2010*
Puglia	113%	116%	120%	122%
Sud/Isole	113%	116%	118%	120%
Centro	162%	162%	161%	160%
Nord	158%	158%	157%	157%
ITALIA	142%	143%	143%	144%

DIPENDENZA STRUTTURALE

	2007	2008	2009	2010*
Puglia	49%	49%	50%	50%
Sud/Isole	50%	50%	49%	49%
Centro	53%	53%	53%	53%
Nord	52%	53%	53%	54%
ITALIA	52%	52%	52%	52%

DIPENDENZA STRUTTURALE DEGLI ANZIANI

	2007	2008	2009	2010*
Puglia	26%	27%	27%	27%
Sud/Isole	26%	27%	27%	27%
Centro	33%	33%	33%	33%
Nord	32%	32%	33%	33%
ITALIA	30%	30%	31%	31%

ETA' MEDIA

	2007	2008	2009	2010*
Puglia	41,0	41,0	41,0	42,0
Sud/Isole	41,0	41,0	41,0	42,0
Centro	44,0	44,0	44,0	44,0
Nord	44,0	44,0	44,0	44,0
ITALIA	43,0	43,0	43,0	43,0

*Stima

Indice di vecchiaia: rapporto percentuale tra la popolazione ≥ 65 e la popolazione di 0-14 anni.

Indice di dipendenza strutturale: rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni).

Indice di dipendenza strutturale degli anziani: rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni).

In Puglia il saldo migratorio interno risulta negativo, a conferma del fenomeno storico di emigrazione dei cittadini pugliesi verso le regioni del Centro-Nord, pur con un sensibile calo nell'ultimo anno considerato (Tabella 1.6).

Tabella 1.6

Tassi generici di migratorietà (x1000 abitanti), per compartimento geografico, anni 2006-2009 (Fonte ISTAT).

SALDO MIGRATORIO INTERNO

	2006	2007	2008	2009
Puglia	-2,4	-2,8	-2,8	-1,8
Mezzogiorno	-2,4	-2,3	-2,7	-1,7
Sud	-3,1	-2,9	-3,2	-2,0
Isole	-0,9	-1,2	-1,5	-1,1
Centro	1,8	1,4	1,3	1,3
Nord	1,9	1,6	2,1	1,3
ITALIA	0,3*	0,2*	0,3*	0,3*

*Il fatto che per l'Italia il saldo migratorio interno non risulti nullo è dovuto allo sfasamento temporale di uno stesso evento che viene contabilizzato da comuni diversi in momenti diversi.

SALDO MIGRATORIO CON L'ESTERO

	2006	2007	2008	2009
Puglia	0,9	3,6	2,8	2,5
Mezzogiorno	1,1	4,7	3,7	3,1
Sud	1,2	5,0	3,7	3,2
Isole	0,8	4,1	3,5	2,8
Centro	5,0	11,3	10,5	8,4
Nord	5,3	9,8	9,3	7,2
ITALIA	3,7	8,3	7,6	6,0

SALDO MIGRATORIO PER ALTRO MOTIVO

	2006	2007	2008	2009
Puglia	-0,2	-0,1	-0,2	-0,2
Mezzogiorno	0,1	0,4	-0,2	-0,3
Sud	0,1	0,7	-0,2	-0,3
Isole	0,1	0,0	-0,1	-0,4
Centro	13,1	-0,1	-0,7	-0,9
Nord	-0,7	-0,6	-0,8	-1,5
ITALIA	2,2	-0,1	-0,6	-1,0

SALDO MIGRATORIO TOTALE

	2006	2007	2008	2009
Puglia	-1,7	0,7	-0,2	0,5
Mezzogiorno	-1,2	2,8	0,8	1,1
Sud	-1,8	2,8	0,3	0,9
Isole	0,0	2,9	1,9	1,3
Centro	19,9	12,6	11,1	8,8
Nord	6,5	10,8	10,5	7,0
ITALIA	6,2	8,4	7,3	5,3

La provincia che presenta un saldo migratorio interno negativo di maggiore entità è quella di Foggia, in sensibile miglioramento nell'ultimo anno (Tabella 1.7).

Tabella 1.7

Tassi generici di migratorietà (x1000 abitanti), per provincia, anni 2006-2009 (Fonte ISTAT).

PROVINCE	SALDO MIGRATORIO TOTALE			
	2006	2007	2008	2009
Foggia	-5,4	0,4	-1,6	-0,4
Bari	-1,4	0,2	-0,4	0,3
Taranto	-2,0	-0,6	-1,2	-0,4
Brindisi	-2,6	0,8	-0,1	1,0
Lecce	1,9	3,1	1,9	1,7
PUGLIA	-1,7	0,7	-0,2	0,5

PROVINCE	SALDO MIGRATORIO INTERNO			
	2006	2007	2008	2009
Foggia	-5,7	-5,8	-5,6	-3,7
Bari	-2,0	-2,8	-2,4	-1,6
Taranto	-2,4	-2,8	-2,9	-2,2
Brindisi	-2,3	-1,9	-2,3	-0,9
Lecce	-0,4	-0,7	-1,3	-0,7
PUGLIA	-2,4	-2,8	-2,8	-1,8

PROVINCE	SALDO MIGRATORIO CON L'ESTERO			
	2006	2007	2008	2009
Foggia	0,5	6,6	4,4	3,8
Bari	1,2	3,3	2,6	2,2
Taranto	0,6	1,9	2,1	2,0
Brindisi	-0,1	2,6	2,2	2,1
Lecce	1,6	3,4	2,5	2,4
PUGLIA	0,9	3,6	2,8	2,5

PROVINCE	SALDO MIGRATORIO PER ALTRO MOTIVO			
	2006	2007	2008	2009
Foggia	-0,2	-0,5	-0,3	-0,5
Bari	-0,6	-0,4	-0,6	-0,2
Taranto	-0,2	0,3	-0,4	-0,2
Brindisi	-0,2	0,0	0,0	-0,2
Lecce	0,7	0,4	0,6	0,0
PUGLIA	-0,2	-0,1	-0,2	-0,2

Saldo migratorio interno: differenza tra il numero degli iscritti per trasferimento di residenza da un altro comune italiano ed il numero dei cancellati per trasferimento di residenza in un altro comune italiano.

Saldo migratorio con l'estero: differenza tra il numero degli iscritti per trasferimento di residenza dall'estero ed il numero dei cancellati per trasferimento di residenza all'estero.

Saldo migratorio per altri motivi: differenza tra il numero degli iscritti ed il numero dei cancellati dai registri anagrafici dei residenti dovuto ad altri motivi.

Saldo migratorio totale: differenza tra il numero degli iscritti ed il numero dei cancellati dai registri anagrafici dei residenti.

Il bilancio demografico dei residenti in Puglia nell'anno 2008, ultimo disponibile, è risultato in leggero aumento (Tabella 1.8).

Tabella 1.8

Bilancio demografico, per provincia, anno 2008 (rilevazione IPRES 2009).

PROVINCE	Residenti al 1/1/2008	Movimento naturale		Movimento migratorio		Residenti al 31/12/2008
		NATI	MORTI	ISCRITTI*	CANCELLATI**	
Foggia	640.752	6.235	5.366	9.847	10.970	640.498
BAT	390.010	3.969	2.997	4.151	4.208	390.925
Bari	1.251.072	11.697	9.998	20.784	21.306	1.252.249
Taranto	580.497	5.708	5.005	9.042	9.761	580.481
Brindisi	402.985	3.528	3.622	5.800	5.854	402.981
Lecce	811.230	7.093	7.192	16.991	15.464	812.658
PUGLIA	4.076.546	38.230	34.180	66.615	67.563	4.079.792

*Numero soggetti iscritti per trasferimento di residenza da un altro comune italiano.

**Numero soggetti cancellati per trasferimento di residenza in un altro comune italiano.

Macroarea

1. Medicina predittiva

Linea di intervento generale:

1.1 valutazione del rischio individuale di malattia (compreso l'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare)

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012:

Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale

Titolo del programma/progetto:

Prevenzione del Rischio Cardiovascolare

PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Il quadro di riferimento regionale

Il Piano Regionale della Prevenzione della Regione Puglia è stato definito ai sensi della Legge 138/2004 e dell'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 23 Marzo 2005 e formulato secondo le indicazioni contenute nella Guida alla presentazione dei progetti. Il Piano è stato approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 824 del 28 giugno 2005.

Caratteristiche del progetto

Titolo del progetto: prevenzione del rischio cardiovascolare

Popolazione target: soggetti residenti in Puglia, di età compresa tra i 35 e i 69 anni che non avevano mai manifestato sintomi e/o segni di un accidente cardiovascolare maggiore, pari a circa 1.800.000 persone

Obiettivi finali:

- introdurre nella pratica clinica la valutazione sistematica del Rischio Cardiovascolare Globale individuale;
- utilizzare, allo scopo, le Funzioni di Rischio Cardiovascolare (carta del rischio e punteggio individuale) messe a punto dall'Istituto Superiore di Sanità;
- implementare l'uso di questi strumenti nella popolazione pugliese di età compresa tra 35 e 69 anni, ad un campione volontario compreso tra il 20% e il 35% della popolazione target, per ogni MMG;
- differenziare i livelli di Rischio Cardiovascolare Globale e attivare conseguenti percorsi clinico-assistenziali con particolare attenzione ai soggetti ad alto grado di rischio.

Gli indicatori:

- proporzione di medici di medicina generale che adottano la stima del rischio globale assoluto nella loro pratica;
- attività di formazione specifica;
- proporzione di popolazione 35-69 anni a cui viene stimato il rischio globale assoluto;
- proporzione degli assistiti rivalutati a distanza di un anno.

Monitoraggio del progetto:

Nel 2006 è stato costituito un Comitato Regionale di Progetto, formato da rappresentanti dell'Assessorato alle Politiche della Salute, dell'ARES, dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, due Medici di Medicina Generale e due specialisti in Cardiologia con compiti di indirizzo e monitoraggio del progetto. A livello di ogni ASL è stata costituita una Unità Aziendale di Progetto (UAP) formata da un medico del Dipartimento di Prevenzione, un MMG, un medico del Distretto socio-sanitario e uno specialista in cardiologia.

Nell'ottobre 2007 il Comitato Regionale di Progetto ha concordato con il Tavolo Regionale Permanente per la Medicina Generale le modalità di arruolamento dei MMG partecipanti al progetto; in particolare, è stato previsto che l'arruolamento avvenisse su base volontaria e con erogazione di una incentivazione per i partecipanti. Gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e Odontoiatri sono stati incaricati di recepire le adesioni dei medici al progetto.

Ai 2000 medici che hanno aderito al progetto è stata offerta una specifica attività di formazione che si è svolta nel periodo gennaio-settembre 2007, prevedendo una fase regionale e degli incontri per

singola Provincia. I formatori avevano effettuato uno specifico *training* presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Per la valutazione del rischio cardiovascolare globale, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale ha predisposto un *software* che ha consentito l'estrazione dei dati direttamente dalla cartella clinica ambulatoriale. Cinquecentonovanta MMG (circa il 18% del totale) hanno effettuato la valutazione del rischio cardiovascolare globale con screening opportunistico del 40% dei propri pazienti eligibili realizzato nel periodo gennaio 2008-novembre 2009. Gli archivi elettronici dei pazienti screenati sono stati inviati dai MMG ai Distretti Socio-Sanitari di appartenenza e da questi all'OER, che ha provveduto all'aggregazione dei dati e alle verifiche di qualità.

La valutazione del rischio cardiovascolare globale è stata effettuata su 155.152 soggetti, pari all'8,3% della popolazione eligibile residente sul territorio regionale.

Il report dei risultati è stato inviato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale a tutti i MMG ed è disponibile sul sito www.oerpuglia.org.

Le criticità

La partecipazione dei medici di medicina generale al programma è stata ampia ma suscettibile di azioni di miglioramento. Molti medici non hanno aderito al programma per insufficienti livelli di informatizzazione e conseguente difficoltà nella gestione dei flussi. Una quota, seppur residuale, di medici ha infatti fornito i dati su supporto cartaceo.

Contenuti del programma/progetto:Aspetti generali:**Beneficiari**

Target: soggetti di età compresa tra 35 e 69 anni che non hanno mai manifestato sintomi e/o segni di un accidente cardiovascolare maggiore. La popolazione target è stimata in circa 896.000 uomini e circa 951.500 donne.

Attori: -

Attore	Compiti
Cabina di Regia del Piano Regionale della Prevenzione	Coordinamento regionale, <i>monitoring</i>
Medici di medicina generale	Calcolo del rischio cardiovascolare globale nei propri pazienti Trasmissione degli archivi della valutazione del rischio cardiovascolare globale ai Distretti Socio-Sanitari e all'Osservatorio Epidemiologico Regionale Attività di educazione alla salute dei pazienti a rischio moderato
Cardiologo dell'ambulatorio distrettuale	Gestione del paziente a rischio elevato
Distretto Socio-Sanitario	Raccolta degli archivi della valutazione del rischio cardiovascolare globale dei medici di medicina generale del proprio ambito Definizione dei percorsi assistenziali per i pazienti a rischio elevato Liquidazione degli incentivi ai medici di medicina generale
Referente aziendale per le cure primarie	Raccordo operativo tra MMG e Osservatorio Epidemiologico Regionale
Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia	Istituzione e gestione del registro regionale del numero di rischio cardiovascolare globale, supporto alla cabina di regia nel <i>monitoring</i>

Analisi di contesto:

Il carico sanitario delle malattie cardiovascolari, le più diffuse tra le malattie cronic-degenerative, è uno dei problemi maggiori di sanità pubblica nei paesi sviluppati, trattandosi della causa più importante di morbosità, invalidità e mortalità nella popolazione italiana (44% di tutti i decessi).

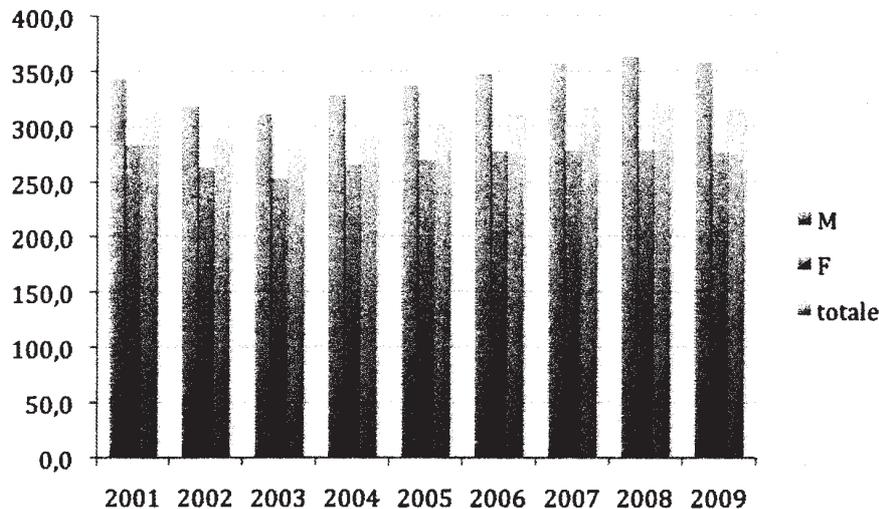
Nel periodo 2000-2007 si sono verificati in Puglia 104.179 decessi con causa principale di malattia cardiovascolare (codici ICD 9 CM= 390-459), di cui 57.763 (55,4%) in soggetti di sesso femminile e 46.416 (44,6%) in soggetti di sesso maschile.

Nel periodo 2001-2009 sono stati registrati in Puglia 1.118.604 ricoveri con diagnosi principale di malattia cardiovascolare (codici ICD 9= 390-459), di cui 605.358 (54,1%) in soggetti di sesso maschile e 513.246 (45,9%) in soggetti di sesso femminile.

Il tasso annuo di ospedalizzazione nel periodo di osservazione appare sostanzialmente stabile (Grafico 1).

Grafico 1

Tasso di ospedalizzazione per malattie cardiovascolari (codici ICD 9= 390-459), Puglia, 2001-2009



Il 5,6% dei ricoveri ha riguardato soggetti di età inferiore ai 18 anni, il 36,3% soggetti di età compresa tra 35 e 64 anni e il 58,1% soggetti di età superiore a 64 anni. L'età media dei soggetti ricoverati ha subito un lieve aumento, passando da 63,9 anni nel 2001 a 65,8 anni nel 2009.

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, in Puglia, nel periodo 2001-2009 si è osservato un aumento del 6,1% delle DDD/1000 abitanti/die dei farmaci per l'ipertensione e lo scompenso. Per gli ipolipemizzanti si è registrato nello stesso periodo un aumento delle DDD/1000 abitanti/die pari al 21,7%. Per entrambe le classi di farmaci il consumo medio è superiore alla media italiana.

Riguardo alla distribuzione dei fattori di rischio, i dati del Sistema di Sorveglianza PASSI relativi al periodo 2008/2009 evidenziano che il 30% dei pugliesi è fumatore, il 20% è iperteso, il 22% è affetto da ipercolesterolemia e il 5% è diabetico.

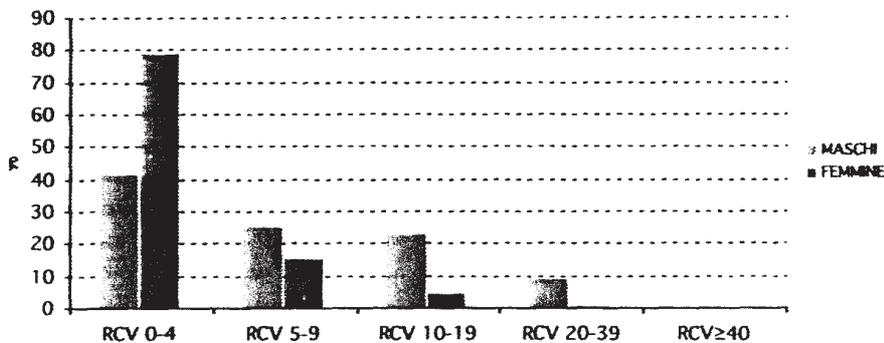
Il calcolo del rischio cardiovascolare globale effettuato nell'ambito delle attività del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007 su più di 155.000 pazienti ha evidenziato che il punteggio medio nella popolazione screenata risulta pari a 5,8 (DS = 6,8).

Per il 62,1% (96.378) degli assistibili valutati il punteggio di rischio cardiovascolare è risultato compreso tra 0 e 4,99, per il 19,9% (30.933) tra 5 e 9,99, per il 12,9% (20.005) tra 10 e 19,99, per il 14,6% (7.118) tra 20 e 39,99 e per lo 0,5% (718) di essi ≥ 40 (alto rischio $\geq 20 = 5.1\%$).

La proporzione di assistiti con un punteggio ≥ 20 è risultata superiore nel sesso maschile (1,0,1%) rispetto a quello femminile (0,8%). In entrambi i sessi, la classe di età in cui si è registrata la più elevata proporzione di assistiti con punteggio ≥ 20 è quella compresa tra 56 e 69 anni (Grafico 2, Tabelle 1 e 2).

Grafico 2

Proporzione di assistiti con punteggio individuale ≥ 20 , per sesso

**Tabella 1**

Numero e proporzione di assistiti per punteggio di cardiorischio e classe d'età (Maschi)

	35-45 ANNI		46-55 ANNI		56-69 ANNI		TOTALE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RCV 0-4	16.121	90,9	10.967	52,3	2.466	7,7	29.554	41,7
RCV 5-9	1.231	6,9	7.106	33,9	9.629	29,9	17.966	25,4
RCV 10-19	293	1,7	2.505	11,9	13.394	41,6	16.192	22,8
RCV 20-39	77	0,4	378	1,8	6.061	18,8	6.516	9,2
RCV ≥ 40	12	0,1	15	0,1	646	2,0	673	0,9
TOTALE	17.734	100,0	20.971	100,0	32.196	100,0	70.901	100,0

Tabella 2

Numero e proporzione di assistiti per punteggio di cardiorischio e classe d'età (Femmine)

	35-45 ANNI		46-55 ANNI		56-69 ANNI		TOTALE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
RCV 0-4	21.039	98,0	24.071	94,6	21.714	58,2	66.824	79,3
RCV 5-9	263	1,2	1.076	4,2	11.628	31,1	12.967	15,4
RCV 10-19	106	0,5	232	0,9	3.475	9,3	3.813	4,5
RCV 20-39	60	0,3	70	0,3	472	1,3	602	0,7
RCV ≥ 40	7	0,0	5	0,0	33	0,1	45	0,1
TOTALE	21.475	100,0	25.454	100,0	37.322	100,0	84.251	100,0

Bibliografia

1. Registro Nazionale degli Eventi Coronarici e Cerebrovascolari, in "Italian Heart Journal", Vol. 5, Suppl. 3, 2004; Pagine 22 - 37

2. Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano in "Italian Heart Journal" , Vol. 5, Suppl. 3, 2004; Pagine 49 - 92
3. Giampaoli S, Palmieri L, Chiodini P, Cesana G, Ferrario M, Panico S, Pilotto L, Sega R, Vanuzzo D, e Il Gruppo di Ricerca del Progetto Cuore. La carta del rischio cardiovascolare globale. Italian Heart Journal, Suppl. Vol. 5, Marzo 2004; Pagine 177 - 185
4. Giampaoli S, Palmieri L, Donfrancesco C, Panico S, Pilotto L, Addis A, Boccanelli A, Di Pasquale G, Brignoli O, Filippi A, Vanuzzo D, a nome del Gruppo di Ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. La valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto: confronto tra carta e punteggio del Progetto Cuore. Giornale Italiano di Cardiologia, Vol 7, Maggio 2006; Pagine 359 – 364
5. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle regioni italiane. Rapporto Osservasalute 2009. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Prex Milano 2009, disponibile on-line all'indirizzo: <http://www.osservasalute.it/>
6. Barbuti S et al. Sistema di sorveglianza PASSI. Rapporto regione Puglia 2008 e primo semestre 2009. Movimedia srl Lecce 2009, disponibile on-line all'indirizzo: <http://www.oerpuglia.org/StudioPassi.asp>
7. Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia. Piano Regionale della Prevenzione. Rischio Cardiovascolare. Disponibile on-line all'indirizzo www.oerpuglia.org/public/RischioCardiovascolare2010.pdf

Modello logico

Il progetto prevede l'utilizzo del numero di rischio cardiovascolare globale, uno strumento semplice ed obiettivo per stimare la probabilità di andare incontro ad un primo evento cardiovascolare maggiore. L'intervento è stato già avviato nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007, arruolando il 18% dei MMG ed il 40% degli assistiti eligibili. Nel Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 verrà riproposta la misurazione del rischio cardiovascolare, con ampliamento del numero dei medici arruolati e della proporzione di assistiti da valutare nel corso del triennio.

I pazienti individuati come "a rischio moderato" e "a rischio elevato" verranno inseriti in appositi percorsi diagnostico-terapeutici.

In particolare, per i pazienti a rischio moderato, il medico di medicina generale gestirà il percorso attraverso interventi sullo stile di vita, accompagnati da un *counseling* motivazionale. La rivalutazione del rischio cardiovascolare globale in questi pazienti verrà effettuata a distanza di un anno.

Nei pazienti con rischio cardiovascolare assoluto elevato, il MMG concorderà con la Direzione del Distretto Socio-Sanitario un percorso diagnostico-terapeutico che comprenda la verifica integrata e completa dei fattori di rischio ogni 6 mesi. La rivalutazione del rischio cardiovascolare globale anche in questi pazienti verrà effettuata dopo un anno.

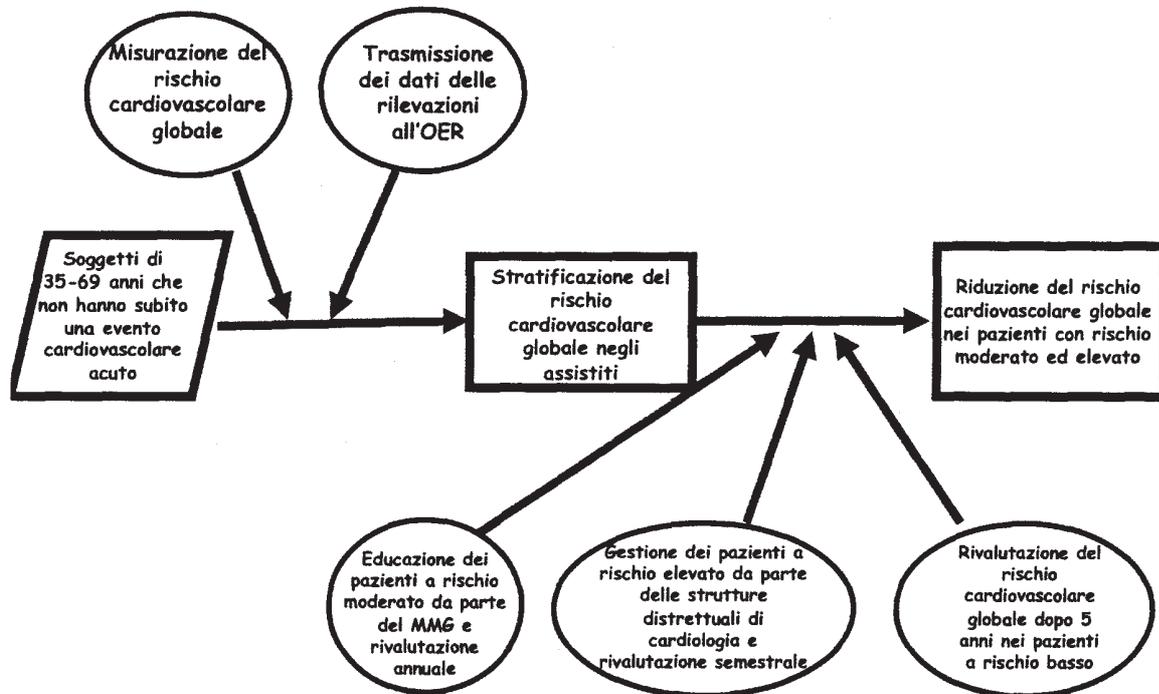
Per i pazienti con rischio cardiovascolare basso, la rivalutazione del rischio cardiovascolare globale verrà eseguita dopo 5 anni.

I dati delle rilevazioni effettuate dai MMG saranno inviati attraverso una pagina riservata del sito www.oerpuglia.org. A tale spazio potranno accedere, tramite *password* personale, i medici di medicina generale, i referenti aziendali delle cure primarie, le direzioni dei distretti socio-sanitari e gli operatori dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

I referenti aziendali delle cure primarie garantiranno il raccordo operativo tra MMG e Osservatorio Epidemiologico Regionale

La direzione del distretto verificherà le attività svolte dai singoli medici al fine di procedere alla liquidazione degli incentivi; l'Osservatorio Epidemiologico Regionale effettuerà il controllo di qualità dei dati, l'analisi e la redazione di report sui risultati delle attività svolte.

Modello Logico: prevenzione del rischio cardiovascolare



Quadro logico

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale			
Obiettivo specifico	Riduzione del rischio cardiovascolare globale negli assistiti di età compresa tra 35 e 69 anni con rischio moderato o elevato	Numero di rischio cardiovascolare globale medio e stratificato	Database del rischio cardiovascolare globale curato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale	Collaborazione MMG Risorse umane e strumentali in capo ai Distretti Socio-Sanitari Modello organizzativo dei Distretti
Risultato atteso 1	40% dei MMG che effettua la valutazione del rischio cardiovascolare globale nel 50% dei propri assistiti eligibili, al termine della vigenza del piano	<ul style="list-style-type: none"> • N. MMG che effettuano la valutazione del rischio cardiovascolare globale / N. MMG, per anno • N. di assistiti con valutazione del rischio cardiovascolare globale/ N. di assistiti eligibili, dei MMG che effettuano la valutazione, per anno • N. di assistiti con valutazione del rischio cardiovascolare globale/ N. di residenti in Puglia eligibili, per anno 	Pagina riservata del sito <i>web</i> www.oerpuglia.org Sistema di sorveglianza PASSI	Collaborazione MMG
Risultato atteso 2	Gestione dei pazienti a rischio moderato ed elevato	<ul style="list-style-type: none"> • Numero assistiti a rischio moderato per cui è disponibile una rivalutazione del rischio cardiovascolare globale dopo un anno/totale degli assistiti con rischio moderato 	Pagina riservata del sito <i>web</i> www.oerpuglia.org Report da Direzioni di Distretto	Collaborazione MMG Risorse umane e strumentali in capo ai Distretti Socio-Sanitari Modello

		<ul style="list-style-type: none"> • Numero assistiti a rischio elevato per cui è disponibile una rivalutazione del rischio cardiovascolare globale dopo sei mesi/totale degli assistiti con rischio elevato • Numero Distretti in cui è stato avviato un percorso diagnostico-terapeutico per i pazienti a rischio elevato 		organizzativo dei Distretti
Risultato Atteso 1		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Contrattazione delle attività e degli obiettivi intermedi con il tavolo regionale permanente per la medicina generale	Accordo regionale	Incentivazione per la partecipazione alle attività compresa nell'accordo regionale per la medicina generale	
Attività 1.2	Calcolo del numero del rischio cardiovascolare globale	<i>Software</i> già in dotazione ai medici di medicina generale		
Attività 1.3	Trasmissione dati delle valutazioni all'Osservatorio Epidemiologico Regionale	Pagina riservata del sito <i>web</i> www.oerpuglia.org		
Attività 1.4	Report dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale	Report stampato e pubblicato sul sito www.oerpuglia.org	Elaborazione Stampa	

Risultato Atteso 2		Mezzi	Costi	
Attività 2.1	Protocollo regionale per la gestione dei pazienti a rischio moderato	Revisione letteratura Condivisione del protocollo tra Cabina di Regia e società scientifiche		
Attività 2.2	Identificazione dei pacchetti prestazionali per gli assistiti a rischio elevato	Documento di indirizzo condiviso tra Cabina di Regia, società scientifiche di area cardiologica e medicina generale		
Attività 2.3	Identificazione, in ogni distretto, della rete delle strutture a supporto dei percorsi clinico-diagnostici	Censimento da realizzarsi a cura della Direzione dei Distretti Socio-Sanitari	Reclutamento di personale medico	
Attività 2.4	Identificazione dei percorsi clinico-diagnostici	Accordo tra i Servizi coinvolti		
Attività 2.5	Accreditamento dei percorsi clinico-diagnostici	Elaborazione del protocollo del percorso e validazione interna ed esterna, in ogni distretto	Reclutamento di personale medico <i>Per le attività 2.3 e 2.5 vengono reclutati 6 per la durata complessiva di 21 mesi, di cui 3 per l'attività 2.3 e 18 per l'attività 2.5</i>	
Attività 2.6	Implementazione dei percorsi	Avvio dei percorsi in tutti i distretti	Maggior accesso a prestazioni specialistiche e strumentali a carico del fondo sanitario regionale	

Piano di valutazione

A livello regionale, responsabile del monitoraggio e della valutazione del progetto è la Cabina di Regia del Piano Regionale della Prevenzione supportata dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale. A livello aziendale, la supervisione delle attività di valutazione del rischio cardiovascolare globale da parte dei medici di medicina generale sarà garantita dal referente aziendale delle cure primarie; la costruzione dei percorsi assistenziali per i pazienti a rischio elevato sarà sotto la responsabilità dei Direttori di Distretto Socio-Sanitario.

La valutazione *ex-ante* del progetto sarà a cura della Cabina di Regia a seguito di *audit* con i rappresentanti della Società Italiana di Cardiologia, dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, della Società Italiana di Medicina Generale e della Confederazione delle Associazioni

Regionali di Distretto. La valutazione riguarderà la fattibilità degli obiettivi in relazione all'attuale assetto organizzativo dei distretti e ai flussi informativi vigenti.

La valutazione della procedura di calcolo del rischio cardiovascolare globale verrà effettuata considerando indicatori di tipo quantitativo e qualitativo.

La valutazione dei percorsi clinico-assistenziali, sia per i pazienti a rischio moderato che per quelli a rischio elevato, terrà conto di:

- proporzione di pazienti inseriti nei percorsi sul totale dei pazienti a cui il percorso viene proposto;
- indagini retrospettive annuali del "percorso paziente" attraverso l'incrocio tra flussi informativi sanitari correnti (archivio del numero di rischio cardiovascolare globale, SDO, prestazioni specialistiche, farmaceutica);
- indagini sulla qualità percepita dal paziente.

Macroarea

I Medicina Predittiva

Linea di intervento generale:

1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012:

Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale.

Titolo del programma/progetto:

Valutare il rischio cardiovascolare in soggetti di età pediatrica obesi attraverso il monitoraggio dei *markers* di attivazione protrombotica

Contenuti del programma/progetto:*Aspetti generali:***Beneficiari***Target*

Soggetti in età pediatrica obesi. Secondo i dati della *survey* Okkio alla Salute 2008 i soggetti obesi rappresentano il 14% della popolazione in età pediatrica pugliese (circa 85.000 persone)

Attori:

Attore	Compiti
Cabina di regia del Piano Regionale della Prevenzione	Coordinamento regionale
Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Dipartimento di Biomedicina dell'Età Evolutiva	Pianifica e realizza l'arruolamento Effettua la valutazione clinica e dei <i>markers</i> di attivazione trombotica Analizza i risultati Redige i report
Pediatri di Famiglia	Collaborano all'arruolamento
Osservatorio Epidemiologico Regionale	Collabora all'analisi dei risultati

Analisi di contesto

I soggetti obesi presentano alterazioni del profilo lipidico (colesterolo, lipoproteine a bassa densità), ipertensione, iperinsulinemia ed insulinoresistenza. Tale situazione metabolica si associa spesso a complicanze cardiovascolari e a diabete di tipo 2. Studi recenti hanno dimostrato che il danno metabolico e le alterazioni del sistema emostatico in senso aterotrombotico possono essere presenti già nel corso dell'età evolutiva. L'obesità severa nel bambino è associata al danno endoteliale, come dimostrato da alti livelli di molecole di adesione cellulare (sICAM-1) e E-selectina, e all'attivazione piastrinica, come dimostrato da elevati livelli di sP-selectina e sCD40L.

L'iperinsulinemia determina l'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) e, in associazione con l' iperglicemia, causa l'aumentata espressione da parte del tessuto adiposo di alcuni peptidi quali citochine proinfiammatorie (TNF-alfa, IL-6) e proteine fibrinolitiche come l'inibitore dell'attivatore del plasminogeno (PAI-1), che possono alterare la bilancia emostatica.

Aumentati livelli di PAI-1 sono stati associati con un aumentato rischio di trombosi e il PAI-1 si è visto avere un effetto diretto di insulinoresistenza e diabete di tipo 2. I polimorfismi del gene PAI-1 sono stati associati con i livelli ematici di PAI-1, con la presenza di obesità, sindrome metabolica e rischio vascolare nei bambini.

Il tessuto adiposo secerne anche l'adiponectina (AD), ormone dotato di attività anti-infiammatoria ed anti-aterogena. L'adiponectina riduce la produzione di citochine endogene, inibisce la proliferazione delle cellule endoteliali, riduce l'angiogenesi, aumenta la vasodilatazione, l'azione dell'insulina epatica e la β -ossidazione nei muscoli.

Studi su bambini obesi hanno mostrato elevati livelli circolanti di markers di infiammazione associati a riduzione di AD che mostrano una associazione con la massa grassa e l'insulinoresistenza.

L'approccio terapeutico più appropriato per ridurre il rischio cardiovascolare negli adulti obesi è rappresentato dalla riduzione del peso corporeo mediante trattamento dietetico. Studi recenti hanno dimostrato che la percentuale di obesità in età adolescenziale è un forte indice predittivo del rischio cardiovascolare in età adulta, in quanto le alterazioni a carico della parete vascolare e la formazione di placche aterosclerotiche possono essere presenti già nella prima infanzia e che tali alterazioni sono parzialmente reversibili con la dieta e l'esercizio fisico.

Risulta da diversi studi che l' inibitore della fibrinolisi attivato dalla trombina (TAFI) è coinvolto nella regolazione della fibrinolisi riducendo il legame del plasminogeno alla superficie di fibrina; da ciò si evince il possibile ruolo del TAFI nella malattia aterotrombotica. Alti livelli circolanti di TAFI sono stati associati ad insulino-resistenza ed alterazioni della fibrinolisi in soggetti obesi. I livelli circolanti del TAFI sono in parte determinati geneticamente; alcuni polimorfismi del gene codificante il TAFI sono stati associati ad una sua aumentata concentrazione ematica e ad un aumentato rischio di trombosi venosa.

Bibliografia

- 1) Desideri G, De Simone M, Iughetti L, et al. Early activation of vascular endothelial cells and platelets in obese children. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90: 3145-3152.
- 2) Alessi MC, Lijnen HR, Bastelica D, et al. Adipose tissue and atherothrombosis. *Pathophysiol Haemost Thromb* 2004; 33: 290-7.
- 3) Invitti C, Maffei C, Gilardini L, et al. Metabolic syndrome in obese Caucasian children: prevalence using WHO-derived criteria and association with nontraditional cardiovascular risk factors. *Int J Obes* 2006, 30: 627-33
- 4) Woo KS, Chook P, Yu CW, et al. Effects of diet and exercise on obesity-related vascular dysfunction in children. *Circulation* 2004; 109:1981-6.
- 5) Martini CH, Brandts A, de Bruine EL et al. The effect of genetic variants in the thrombin activable fibrinolysis inhibitor (TAFI) gene on TAFI-antigen levels, clot lysis time and the risk of venous thrombosis. *Br J Hematol* 2006; 134:92-4.
- 6) Cali Am, Caprio S 2008 Obesity in children and adolescents. *J Clin Endocrinol Metab* 93: S31-S36
- 7) Caballero AE, Bousquet-Santos K, Robles-Osorio L, Montagnani V, Soodini G, Porramatikul S, Hamdy O, Nobrega AC, Horton ES 2008 Overweight Latino children and adolescents have marked endothelial dysfunction and subclinical vascular inflammation in association with excess body fat and insulin resistance. *Diabetes Care* 31:576-582
- 8) Tchernova J, Whincup P, Lowe GD, Kelly A, Rumley A, Wallace AM, Sattar N 2009 Plasma leptin: associations with metabolic, inflammatory and haemostatic risk factors for cardiovascular disease. *Atherosclerosis* 191:418-426
- 9) Giordano P, Cecinati V, Brescia LP, Grassi M, Delvecchio M, Faienza MF, Cavallo L, De Mattia D. Obesità infantile: epidemiologia e rischio trombotico. *Osservatorio Epidemiologico Regionale della Puglia* 4, 30-34, 2008.
- 10) Giordano P, Del Vecchio GC, Cecinati V, Delvecchio M, Altomare M, De Palma F, De Mattia D, Cavallo L, Faienza MF. Metabolic, inflammatory, endothelial and haemostatic markers in a group of italian obese children and adolescents *Eur J pediatr* (in press)

Modello logico

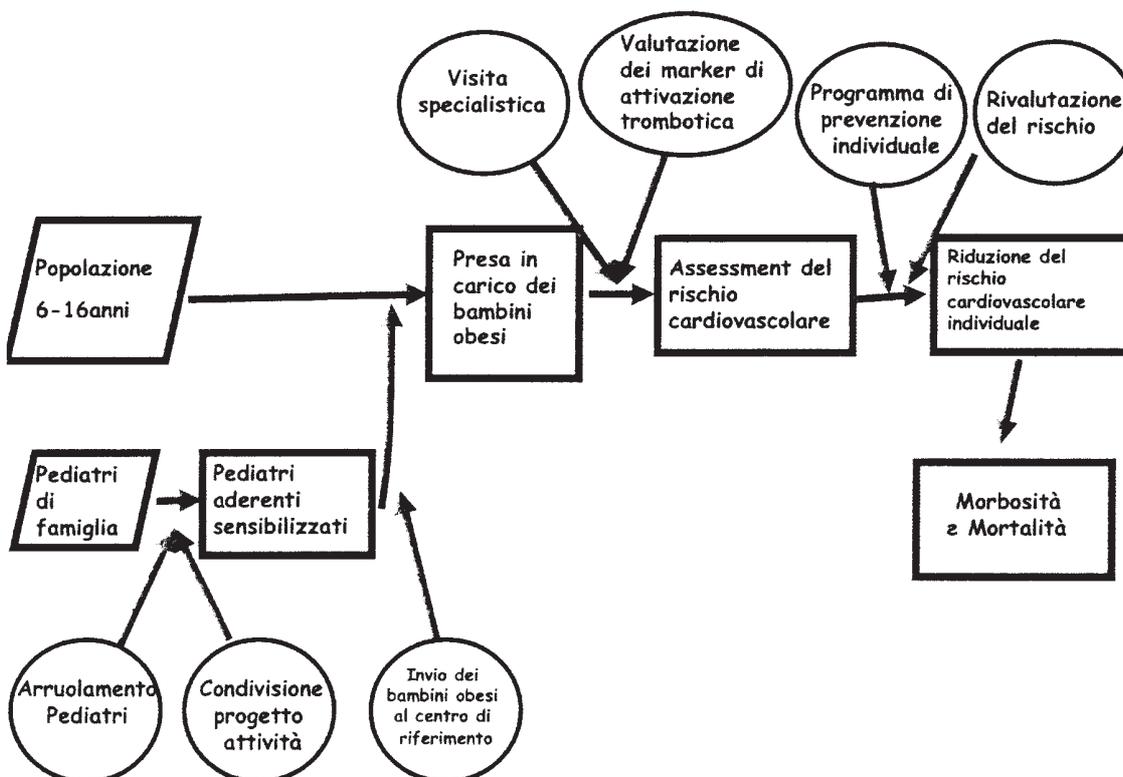
Per la realizzazione del programma verranno reclutati un numero significativo di pediatri di famiglia che verranno informati del progetto di attività e sensibilizzati.

In occasione della visita per la redazione dei bilanci di salute, i bambini con BMI nel *range* dell'obesità verranno inviati a sottoposti a visita endocrinologia presso un pediatra ospedaliero e saranno effettuate le valutazioni laboratoristiche con dosaggio di indici infiammatori (PCR e TNF alfa), marcatori fibrinolitici (PAI-1 e TAFI), marcatori di danno endoteliale (vWF:Ag), indici di attivazione trombinica (TAT e D-Dimeri), parametri metabolici (adiponectina, insulina, IGF-1, glucosio, colesterolo, trigliceridi, transaminasi); saranno inoltre ricercati i polimorfismi dei geni TAFI e PAI-1 coinvolti nell'eziopatogenesi anche della sindrome metabolica.

A seguito dell'*assessment* del rischio cardiovascolare sulla base degli indicatori considerati, verrà concordato tra pediatra specialista ospedaliero e pediatra di famiglia uno specifico programma di prevenzione secondaria dell'obesità ed educazione alla salute.

A distanza di 12 mesi dall'arruolamento, i pazienti saranno sottoposti alle seguenti rivalutazioni: indici infiammatori (PCR e TNF alfa), marcatori fibrinolitici (PAI-1 e TAFI), marcatori di danno endoteliale (vWF:Ag), indici di attivazione trombinica (TAT e D-Dimeri), parametri metabolici (adiponectina, insulina, IGF-1, glucosio, colesterolo, trigliceridi, transaminasi).

Modello logico: Valutare il rischio cardiovascolare in soggetti di età pediatrica obesi attraverso il monitoraggio dei markers di attivazione protrombotica



Quadro logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale			
Obiettivo specifico	Effettuare l' <i>assessment</i> del rischio vascolare in bambini obesi attraverso la valutazione dei <i>markers</i> di attivazione protrombotica	Numero di bambini inseriti nel programma di <i>assessment</i> / Numero di bambini obesi in carico ai pediatri aderenti (stima=14% degli assistibili)	Database dei bambini screenati Cartelle cliniche pediatri aderenti	Collaborazione dei pediatri di famiglia
Risultati attesi 1	20% dei PLS che aderiscono al programma	Numero di pediatri di famiglia che aderiscono al programma/Totale pediatri di famiglia	Elenco dei pediatri di famiglia della regione Elenco dei pediatri aderenti	Collaborazione dei pediatri di famiglia
Risultati attesi 2	Riduzione ad un anno del rischio cardiovascolare valutato attraverso i <i>markers</i> di attivazione trombotica nei bambini obesi reclutati	Numero di bambini rivalutati dopo 1 anno/Numero di bambini valutati per la prima volta Numero di bambini rivalutati in cui si verifica una riduzione del rischio cardiovascolare assestato/Totale bambini rivalutati	Database dei bambini screenati	Collaborazione delle famiglie

Attività		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Protocollo regionale	Revisione letteratura Condivisione del protocollo tra Cabina di Regia e società scientifiche		
Attività 1.2	Reclutamento dei pediatri e condivisione del protocollo	Accordo integrativo regionale	Costi da prevedersi in sede di accordo integrativo	
Attività 1.3	Screenare i bambini e adolescenti durante i bilanci di salute ed invio dei bambini obesi al centro di referenza del programma	Visite pediatriche periodiche		
Attività 1.4	<i>Assessment</i> del rischio cardiovascolare nei bambini obesi e programma di prevenzione secondaria individualizzato	Visite specialistiche Valutazione dei markers di attivazione pro trombotica	Visite specialistiche e prestazioni di laboratorio	
Attività 2.1	Controllare dopo un anno i bambini obesi sottoposti a regime ipocalorico	Visite specialistiche Valutazione dei <i>markers</i> di attivazione pro trombotica	Visite specialistiche e prestazioni di laboratorio	
Attività 2.2	Trasmissione dati delle valutazioni all'Osservatorio Epidemiologico Regionale	Pagina riservata del sito <i>web</i> www.oerpuglia.org		
Attività 2.3	Report	Report stampato e pubblicato sul sito www.oerpuglia.org	Spese di stampa	

Piano di valutazione

A livello regionale, responsabile del monitoraggio e della valutazione del progetto è la Cabina di Regia del Piano Regionale della Prevenzione supportata dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

La valutazione dell'arruolamento dei pediatri sarà effettuata attraverso la somministrazione di un apposito questionario motivazionale; inoltre si provvederà a verificare il livello di *compliance* dei singoli pediatri verificando il numero di bambini inviati a valutazione rispetto alla popolazione di assistibili in carico al pediatra.

Il protocollo regionale verrà valutato sulla base dei seguenti indicatori:

- numero di referenze in bibliografia
- presenza di revisioni sistematiche
- registrazione presso Comitato Etico indipendente.

Le attività di valutazione del rischio verranno valutate sulla base di *peer-review*, a seguito dell'invio del report delle attività di programma a rivista scientifica nazionale o internazionale di settore pediatrico; l'accettazione del report sarà indicativa della correttezza metodologica e del rigore scientifico di esecuzione dell'intervento di sanità pubblica.

MACROAREA:

Prevenzione Universale

Titolo del progetto o programma:

I Moltiplicatori dell'azione preventiva nella prevenzione degli incidenti stradali.

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale.

Descrizione dell'intervento programmato

Obiettivo generale: Riduzione della mortalità e disabilità conseguenti ad incidenti stradali, connessi in particolare alla guida sotto l'effetto di sostanze o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, nei giovani della fascia di età compresa tra i 13-30 anni.

Beneficiari e attori:

Target finale: giovani 13 – 30 anni, residenti in Puglia

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

Attori coinvolti nella realizzazione dell'azione proposta: Operatori sanitari AASSLL Puglia (Dipartimento di Prevenzione, Referenti per la Promozione della Salute, Dipartimento delle Dipendenze – Servizio di Alcolologia,, Servizio di Psicologia, Servizio di Emergenza 118 etc); Reti Locali e agenzie del terzo settore presenti sul territorio; EE.LL. (Comuni e Province); Ufficio Scolastico Territoriale; Associazioni di categoria (autoscuole, gestori di locali pubblici etc); Forze dell'Ordine (Polizia Locale, Polizia Stradale, Carabinieri).

Analisi di contesto

Gli incidenti stradali, in Italia, costituiscono la prima causa di morte per la popolazione d'età inferiore ai 40 anni e circa un terzo dei decessi riguarda i giovani di età compresa tra i 13- 30 anni.

In Puglia, nel 2008, secondo la fonte ISTAT-ACI, sono stati registrati 12.054 incidenti stradali, che sono stati causa di 20.259 feriti e 353 morti. In Puglia risulta tra le Regioni italiane con tasso di mortalità per incidenti stradali più elevato della media italiana e con un indice di mortalità pari a 2,92 (numero di decessi ogni 100 incidenti), superiore al valore medio nazionale di 2,16. Gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall'alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è infatti attribuibile alla guida in stato di ebbrezza.

Il progetto, continuazione del progetto di prevenzione inserito nel PRP 2005-2007, si inserisce in un contesto già sensibilizzato, pronto ad agevolare lo sviluppo contando su una rete territoriale e inter-regionale di operatori esperti sui temi (alcol, droghe, normativa) e sulla comunicazione di base. Le attività già svolte hanno permesso la formazione sui temi in oggetto di 70 operatori socio-sanitari in Puglia. In questa seconda fase, risulta fondamentale proseguire con le attività per consolidare le reti esistenti, formare un maggior numero di operatori per attivare percorsi di formazione rivolti ai moltiplicatori dell'azione preventiva creare nuovi circuiti per l'allargamento dell'attività preventiva e raggiungere in modo efficace il target finale.

Diversi sono i **fattori che influenzano i comportamenti di guida**, esponendo i soggetti ad un rischio maggiore di incorrere in un incidente stradale; tra i fattori più importanti: la **percezione del rischio**.

Una corretta percezione dei possibili rischi, in cui si può incorrere guidando un veicolo, è una condizione essenziale alla base di comportamenti di guida prudenti.

Tuttavia alcune ricerche evidenziano come la percezione del rischio sia assente o distorta nei soggetti che hanno comportamenti di guida poco sicuri. Le ricerche prese in esame analizzano prevalentemente la fascia adolescenziale e giovanile e descrivono una condizione psicologica definita “senso di invulnerabilità” (Green

e al., 2000) o “immunità personale” (Jack, 1989), condizione che induce l’adolescente a pensare/credere di essere immune da eventi negativi reali della vita. E’ evidente che i soggetti che non si considerano potenzialmente a rischio non saranno motivati al cambiamento di comportamenti di guida insicuri e questo avrà forti implicazioni nella progettazione di interventi rivolti a questo target.

Un secondo fattore che influenza il comportamento di guida è l’**attitudine al rischio**.

Il grado di attitudine al rischio è massimo nel periodo adolescenziale e tende a ridursi con l’avanzare dell’età. Una considerazione importante riguarda la funzione svolta dal comportamento a rischio. Secondo alcune ricerche, (Bonino, "Il fascino del rischio negli adolescenti", 2005) i comportamenti a rischio non sono azioni prive di senso, espressioni di psicopatologia, cieca imitazione, o frutto di insufficiente conoscenza dei pericoli ma sono messi in atto per raggiungere scopi personalmente e socialmente significativi valutati dagli adolescenti come rilevanti, connessi al superamento dei compiti di sviluppo ed al raggiungimento degli obiettivi di crescita caratteristici dell’età all’interno di uno specifico contesto.

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

Le **leggi e le normative**, sono da considerarsi importanti fattori, in quanto definendo un limite preciso o una regola di comportamento, inducono il conducente di veicoli ad una maggiore responsabilità nel comportamento di guida. Gran parte della letteratura sottolinea che le leggi non producono gli effetti desiderati se non sono accompagnate da una costante **politica di controlli**. Il controllo rafforza il potere della legge e “costringe” l’individuo a cambiare comportamenti scorretti. Il controllo e la punizione svolgono una funzione educativa in quanto segnalano come non accettabile socialmente un’infrazione al codice della strada. I **fattori normativi** riflettono peraltro i valori etici della persona, cioè determinano i livelli soggettivi entro cui un certo comportamento è lecito, ma riguardano anche l’influenza delle norme e delle leggi sul comportamento individuale. Le infrazioni al codice stradale, ad esempio, costituiscono una violazione di regole istituzionali e possono riflettere un atteggiamento generale di scarsa considerazione o di rifiuto della legge. D’altra parte, nella nostra società, le infrazioni al codice stradale (in particolare l’eccesso di velocità) costituiscono violazioni forse ancora “poco soggette” a controlli e sanzioni e sono in genere comportamenti abbastanza diffusi e accettati.

Infine gli interventi di vario tipo (informativo, comunicativo, educativo, ecc), che se ben progettati, possono modificare la “cultura” nel contesto in cui vengono attuati, e creare alleanze di lavoro e sinergie che facilitano la promozione di comportamenti salutari.

Le influenze sociali si modificano al variare dell’età del soggetto, della sua personalità e della sua capacità di autodeterminazione nonché del tipo di risposta che è in grado di elaborare verso stimoli esterni.

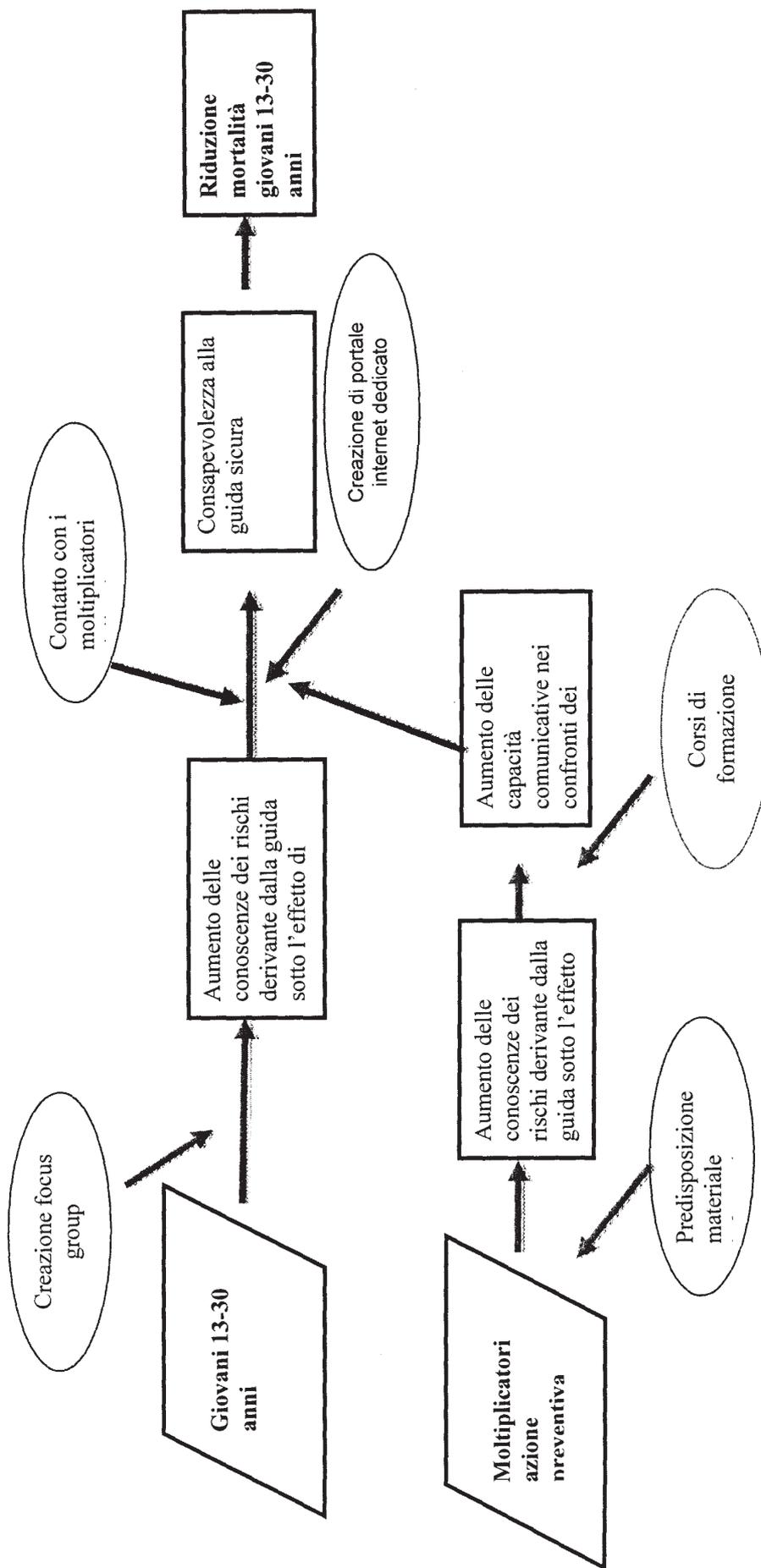
Lo stile di guida degli adolescenti è influenzato, oltre che dai genitori, anche dal gruppo dei pari. Gli adolescenti, soprattutto maschi, generalmente guidano in compagnia degli amici e in particolare durante le ore serali o notturne. Più nello specifico, frequentare amici che guidano in modo pericoloso, può elevare la probabilità di adottare uno stile di guida a rischio. Nell’ambito del comportamento di guida, il migliore amico può costituire un “fattore di rischio”, sollecitando l’imitazione, il desiderio di mettersi in mostra e di superarsi a vicenda; d’altra parte, l’uso regolare dei dispositivi di sicurezza (casco e cinture), da parte del migliore amico, costituisce un buon predittore dello stesso comportamento messo in atto dall’adolescente.

MODELLO LOGICO

Nei riquadri a sinistra del disegno troviamo i destinatari del progetto (finali: giovani 13-30 anni, e intermedi: operatori sanitari e moltiplicatori); nei rettangoli in sequenza troviamo gli attesi di cambiamento che ci si attende a seguito del progetto (espressi in termini di modifiche: credenze, conoscenze, ...), per ciascuna categoria di destinatari; nei cerchi troviamo le azioni da intraprendere per conseguire le modifiche attese.

Nel riquadro a destra troviamo l’obiettivo generale del progetto.

Come si vede, il progetto prevede azioni “a cascata” tali che ad una formazione con gli operatori sanitari, segue una formazione con i “*moltiplicatori dell’azione preventiva*” (ad opera degli stessi operatori sanitari formati): questi interventi quindi sono sia obiettivo (della formazione con i moltiplicatori) sia strumento (per conseguire l’obiettivo relativo ai destinatari finali). Per tale motivo, il disegno ha richiesto intrecci e linee di connessione



Quadro logico del progetto:

Al modello logico segue il quadro logico, che ha lo scopo di presentare le azioni legate agli obiettivi precedentemente individuati, con i relativi indicatori di verifica.

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione della mortalità e disabilità conseguenti ad incidenti stradali, connessi in particolare alla guida sotto l'effetto di sostanze o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, nei giovani della fascia di età compresa tra i 13-30 anni.			
Obiettivo specifico n. 1	Far acquisire/aumentare nei "moltiplicatori" competenze utili per pianificare e realizzare interventi informativo-formativo-educativi in contesti aggregativi/del divertimento e in contesti educativi/formativi (attraverso la formazione).	N. e tipologia di moltiplicatori formati. N. corsi rivolti ai moltiplicatori effettuati. N. di interventi pianificati. % di risposte corrette post formazione.	Fogli di presenza dei corsi. Verbali di incontri organizzativi (per la preparazione dei corsi). Diari di bordo dei corsi (valutazione processo). Documenti progettuali relativi agli interventi. Questionari post apprendimento.	Scarsa collaborazione degli enti coinvolti, difficoltà di coinvolgimento dei "moltiplicatori".
Obiettivo specifico n. 2	Far acquisire / aumentare nei giovani 13-30 anni conoscenze e competenze per una guida responsabile (attraverso la realizzazione di interventi informativo-formativo-educativi in contesti aggregativi/del divertimento e in contesti educativi/formativi).	N. di interventi attivati dai moltiplicatori. N. di giovani che dichiarano di aver modificato i propri comportamenti o atteggiamenti o credenze comportamenti corretti / n. di giovani raggiunti dagli interventi, nei due contesti.	Documenti relativi agli interventi. Indagini qualitative (es. focus group).	

Risultato atteso 1 per obiettivo 1	Aumento nei “moltiplicatori” di competenze utili per pianificare interventi informativo-educativi nei due contesti indicati, rivolti ai giovani 13-30 anni	N. di interventi pianificati nei due contesti. N. di moltiplicatori che hanno pianificato interventi/ N. moltiplicatori formati. % di risposte corrette post formazione.	Report degli interventi. Accordi/protocolli con (associazioni autoscuole, associazioni gestori dei locali, ufficio scolastico territoriale etc). Questionari post apprendimento.	Mancanza di finanziamento preposto al mantenimento dell’attività progettuale e degli interventi stessi.
Risultato atteso 1 per obiettivo 2	Aumento di conoscenze e della consapevolezza nei giovani 15 – 29 anni a seguito degli interventi informativo-formativo-educativi attuati nei contesti del divertimento e nei contesti educativo/formativi.	N. di ragazzi nei quali aumenta la consapevolezza rispetto allo stato di ebbrezza. % di risposte corrette fornite al post test (relative all’aumento di conoscenze).	Colloquio (counseling); Etilometro, etilotest, simulatore di guida, riflesso metro etc. Questionari post apprendimento.	Scarso interesse da parte dei destinatari finali, difficoltà di un loro coinvolgimento.
Risultato atteso 1 per obiettivo 2	Aumento delle competenze di “guida responsabile” nei giovani 15 – 29 anni (modifiche attitudinali e comportamentali).	N. di giovani che dichiarano di aver modificato i propri comportamenti o atteggiamenti o credenze comportamenti corretti / n. di giovani raggiunti dagli interventi, nei due contesti.	Indagini qualitative (es. focus group).	Scarso interesse da parte dei destinatari finali, difficoltà di un loro coinvolgimento, rischio di non veridicità per i questionari self report.
Attività		Mezzi:	Costi:	
Attività 1 per obiettivo 1	Costruzione e mantenimento di alleanze con partner locali.	- contatti, riunioni e tavoli di lavoro.	- costo orario del personale.	
Attività 2 per obiettivo 1	Individuazione e formazione degli operatori sanitari.	- materiali forniti durante i corsi: materiali didattici dei progetti CCM “Scegliere la strada della sicurezza” e “Insieme per la sicurezza” .	- rimborsi spese per aggiornamento; - costo orario del personale.	-motivazione; - tempo da dedicare all’aggiornamento.

Attività 3 per obiettivo 1	Individuazione e formazione dei moltiplicatori a livello locale.	Mezzi: materiali didattici a forniti durante i corsi: materiali del progetto "Scegliere la strada della sicurezza" e "Insieme per la sicurezza".	- costo riproduzione dei materiali didattici.	Scarsa adesione dei moltiplicatori; scarso interesse/motivazione;
Attività 4 per obiettivo 1	Pianificazione interventi nei contesti del divertimento educativo/formativi a cura dei moltiplicatori (insieme agli operatori sanitari).	Mezzi: griglie per l'orientamento alla progettazione; e conoscenze pregresse relative a chi-fa-cosa sul territorio.	- costo orario del personale.	Difficoltà metodologica del progettare.
Attività 1 per obiettivo 2	Individuazione riferimenti ed enti per l'attivazione degli interventi (destinatari e partner).	contatti pregressi, conoscenza del territorio, collaborazioni con altri enti, supporto degli operatori sanitari.	- disponibilità di tempo dedicato.	- scarso/a interesse/adesione da parte delle persone contattate.
Attività 2 per obiettivo 2	Realizzazione interventi nei contesti formativo-educativo e del divertimento, a cura dei moltiplicatori.	risorse del territorio (mappatura), costruzione di alleanze.	realizzazione /duplicazione materiali didattici; etilometro, etilotest, simulatore di guida, riflesso metro.	-mancanza di fondi, difficoltà di raccordo con i vari stakeholder.
Attività 3 per obiettivo 2	Valutazione interventi.	strumenti già utilizzati in precedenti interventi analoghi.	- disponibilità di tempo dedicato e denaro e risorse umane dedicate agli aspetti della valutazione.	-mancanza di fondi/finanziamenti per le attività di valutazione.

PIANO DI VALUTAZIONE

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Costituzione gruppi locali per "Prevenzione incidenti stradali" con coinvolgimento di vari enti, amministrazioni, agenzie del territorio (creazione alleanze).	Atti formali: accordi istituzionali/ protocolli di adesione.	N. 1 Gruppo locale per "Prevenzione incidenti stradali" per territorio.	Mantenimento collaborazione Gruppo locale per "Prevenzione incidenti stradali" per territorio.		Mantenimento collaborazione Gruppo locale per "Prevenzione incidenti stradali" per territorio.	

Attivazione percorsi di formazione per operatori sanitari (raccordo con i progetti CCM "Scegliere la strada della sicurezza" e "Insieme per la sicurezza").	Sistema accreditamento Formazione ECM Nazionale/ Regionale.	1 edizione corso di formazione per operatori sanitari.	2 edizione corso di formazione per operatori sanitari.	-		
Individuazione e reclutamento moltiplicatori dei contesti educativi/formativi e del divertimento.	Registri o fogli iscrizione ai corsi.	150 moltiplicatori individuati per 1° edizione progetto Scegliere la Strada della Sicurezza 2007-09.	300 moltiplicatori dei contesti educativi/formativi e del divertimento.	-		
N. dei corsi di formazione attivati per i moltiplicatori.	Piani locali di formazione, reportistica.	6 corsi realizzati per moltiplicatori 1° edizione progetto Scegliere la Strada della Sicurezza 2007-09.	12 corsi di formazione attivati per moltiplicatori.	-		
Realizzazione da parte dei moltiplicatori formati di interventi nei contesti educativi/formativi e nei contesti del divertimento.	Schede di monitoraggio.	N. 5 interventi attivati dai moltiplicatori nei contesti educativi/formativi e/o nei contesti del divertimento.	N. 10 interventi attivati dai moltiplicatori nei contesti educativi/formativi e/o nei contesti del divertimento.			
Incremento delle conoscenze nei giovani.	Questionari di apprendimento pre-post.	70 % di risposte corrette al questionario post.	70% di risposte corrette al questionario post.			
Incremento delle competenze nei giovani.	Indagini qualitative (focus group, questionari self report, griglie osservative).	50-60% dichiarati di aver aumentato competenze psico-sociali	50-60% dichiarati di aver aumentato competenze psico-sociali.			

Macroarea: 2**Linea di intervento generale:** Prevenzione eventi infortunistici e patologie lavoro-correlate**Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012:** Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo**Titolo del programma/progetto:** Prevenzione degli infortuni sul lavoro mortali e con esiti invalidanti in edilizia**Contenuti del progetto***Beneficiari*

- Lavoratori edili
- Imprenditori edili

Attori

- Assessorato alle Politiche della Salute della Regione Puglia
- Servizi Prevenzione E Sicurezza degli Ambienti di Lavoro
- Direzione Regionale INAIL
- Direzioni Provinciali del Lavoro

Analisi di contesto

I dati infortunistici di livello nazionale e regionale (Fonte: Flussi INAIL-Regioni) evidenziano che il settore delle Costruzioni costituisce una priorità sia in termini di incidenza degli eventi infortunistici che in termini di gravità.

Per quanto attiene al livello nazionale, i dati provenienti dall'analisi del database INAIL-Regioni evidenziano che nel 2009 gli infortuni denunciati nel settore Costruzioni sono diminuiti del 16,2% rispetto al precedente anno e del 26,3% nel quinquennio 2005-2009. Nel 93,4% trattasi di infortuni occorsi in occasione di lavoro, come tali svolti dal lavoratore nell'adempiere alla propria mansione, a confronto con il 6,6% dei casi avvenuti *in itinere*. Tale riscontro individua uno specifico campo per le attività di prevenzione in edilizia, potendosi riconoscere un ruolo causale diretto dei fattori di rischio lavorativi nel determinismo degli eventi infortunistici. La diminuzione dei casi mortali di infortunio appare invece più contenuta, essendosi riscontrata nel 2009 una diminuzione dell'1,4% rispetto al 2008 e del 25,6% nel quinquennio 2005-2009.

Il settore delle Costruzioni occupa l'8,4% dei lavoratori italiani (quasi 2 milioni rispetto ai circa 23 rilevati per il 2009 dall'indagine annuale sulle forze di lavoro effettuata dall'ISTAT) ma causa il 9,9% degli infortuni e il 20,8% dei decessi sul lavoro. L'incidenza dei casi di infortunio è notevolmente diminuita nel quinquennio 2005-2009, passando dai 56 casi per mille occupati nel 2005 ai 40 nel 2009. Anche in riferimento all'incidenza dei casi mortali, si avverte la riduzione da 0,15 a 0,11 per mille occupati, segno che le politiche di prevenzione in questo settore di attività hanno portato l'esito sperato¹.

Con riferimento ai dati relativi al triennio 2006-2008, per la Regione Puglia si osserva una sostanziale consonanza con i dati nazionali². In base alla modalità di accadimento, si rileva al più una maggiore componente di eventi infortunistici avvenuti in occasione di lavoro, pari al 96,4%, mentre il 3,6% *in itinere*, che risulta confermata dall'analisi anche dei casi mortali (il 78,4% è avvenuto in occasione di lavoro, a fronte di un 21,6% *in itinere*). Il dato occupazionale registra altresì un incremento del numero di addetti INAIL per l'anno 2008³, avvalorando il trend in

¹ La diminuzione dei casi di infortuni per il 2009 è frutto anche della crisi produttiva e occupazionale che ha investito anche il settore delle Costruzioni, motivo per cui va considerato che, oltre al calo del numero di occupati, c'è da registrare anche la flessione delle ore lavorate (per vari interventi operati dalle aziende: taglio degli straordinari e di lavoro temporaneo, riduzione orari, cassa integrazione, etc.), che hanno nel complesso contribuito a ridurre il tempo di esposizione al rischio di infortunio.

² Dati relativi al triennio 2006-2008 (Fonte: Flussi informativi INAIL-Regioni, 2009).

³ Cfr. Somma Addetti INAIL per il 2006(115431,6), 2007 (119876,9) e 2008 (126270).

diminuzione registrato nel territorio regionale alla luce dell'aumento della popolazione lavorativa. Si segnala che non sia possibile procedere ad una valutazione comparativa con il dato nazionale per l'anno 2009, in quanto i dati regionali non sono ancora stati resi disponibili.

Le cadute dall'alto rivestono un ruolo determinante come fattore di rischio, essendo responsabili dell'8,9% dei casi infortunio sul lavoro, percentuale che passa al 19,6% nel caso degli infortuni mortali. A supporto del dato epidemiologico, il Piano Nazionale Edilizia 2009-2010 ha individuato nel cosiddetto "minimo etico di sicurezza"⁴ un obiettivo di rilievo, da perseguire nell'ambito delle politiche di prevenzione occupazionale nazionali e regionali. Il Piano Nazionale Edilizia 2009-2010 ha quindi ratificato una tale priorità ed inserito l'attività di vigilanza sui cantieri che già dall'esterno appaiono sotto il minimo etico di sicurezza accanto ai necessari interventi di formazione, assistenza, definizione e diffusione di buone pratiche, informazione e comunicazione.

In attuazione della programmazione nazionale, la Regione Puglia, con D.G.R. 279/08, ha provveduto al recepimento del "Patto per la tutela della salute e per la prevenzione nei luoghi di lavoro", di cui al D.P.C.M. 17.12.2007, integrandone l'enfasi per il potenziamento della vigilanza e ponendo il raggiungimento degli obiettivi nazionali, tradotti per il livello regionale, in termini quantitativi. In particolare, si riporta di seguito la ripartizione degli interventi ispettivi in edilizia programmati per il triennio 2008-2010, per un totale di 2700 accessi ispettivi all'anno.

ASL	ISPEZIONI IN EDILIZIA
BARI	837
BAT	270
BRINDISI	270
FOGGIA	405
LECCE	540
TARANTO	378
PUGLIA	2700

Al contempo, la D.G.R. 279/08 evidenziava altresì l'incongruità e la conseguente necessità di potenziamento in relazione alla dotazione organica in forza ai Servizi, richiamando gli standard previsti dal DIF 2007 (1 Medico del Lavoro ogni 65.000 abitanti e 1 Tecnico della Prevenzione ogni 30.000 abitanti).

La programmazione delle attività ispettive, realizzata nel rispetto del Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007 e della D.G.R. 279/08, ha consentito di incrementare i sopralluoghi effettuati passando da 2.228 nel 2005 a 9.287 nel 2009. Tale positivo incremento delle attività di vigilanza è stato reso possibile dal concomitante aumento del personale medico (passato da 36 Unità Equivalenti a 48,1 nel periodo 2005-2009) e dei Tecnici della Prevenzione (passato da 57,5 Unità Equivalenti a 108,8 nel periodo 2005-2009). Il potenziamento degli SPESAL delle Aziende Sanitarie Locali ha consentito il raggiungimento nel 2009 di una percentuale di imprese attive sul territorio controllate (indicatore per la verifica degli adempimenti dei LEA) pari a 4,8% (a fronte del 2,8% del 2006) e una copertura di cantieri oggetto di ispezione pari al 9,8% (a fronte del 4,9%). In particolare, la copertura minima dei cantieri notificati raggiunta annualmente è pari al 7% (Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007), ed è stata successivamente rimodulata al 10% (proroghe 2008 e 2009).

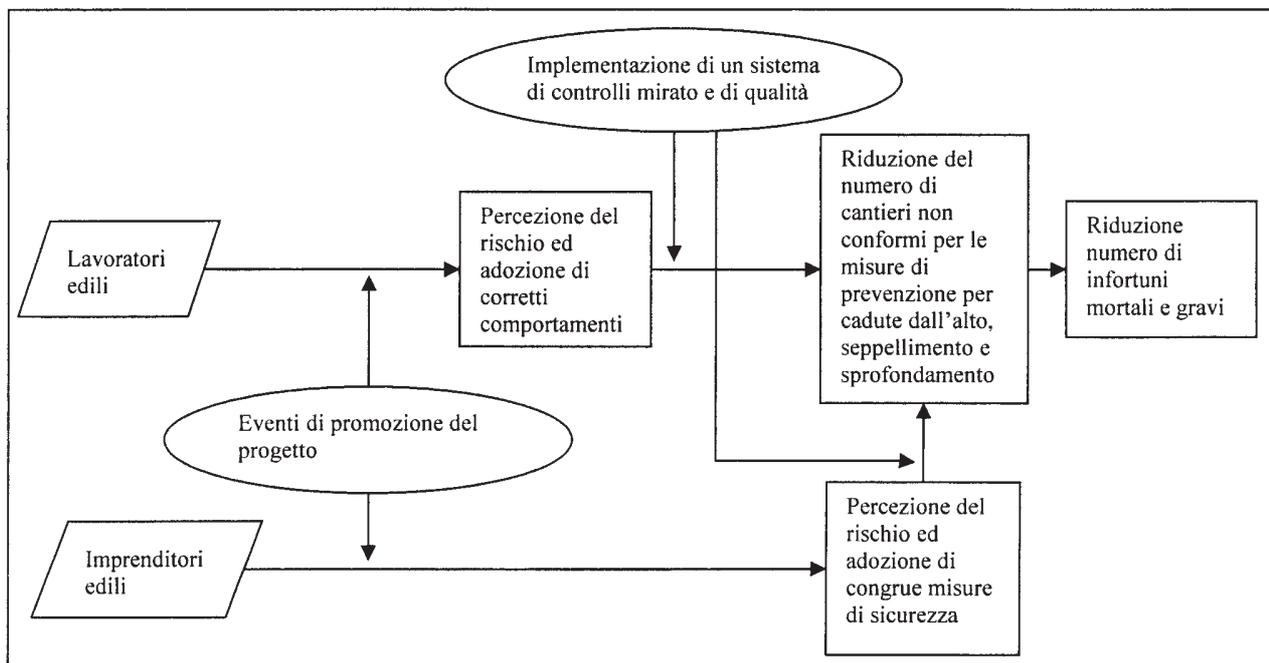
L'andamento infortunistico riferito al periodo 2000-2008 mostra un netto decremento del numero di infortuni denunciati, particolarmente accentuato nel triennio 2006-2008, esito auspicato dalla programmazione regionale (Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007 e successive proroghe 2008-2009).

⁴ Cfr. Cabina di Regia Nazionale del Piano Nazionale Edilizia 2009-2010, "Minimo etico e monitoraggio del territorio" (Dr. Flavio COATO, responsabile tecnico del Piano).

TIPO DI DEFINIZIONE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTALE
Franchigia	79	119	159	135	143	132	98	111	104	1080
Morte con superstiti	8	11	17	12	11	13	14	14	12	112
Morte senza superstiti	1	0	2	2	0	1	0	0	0	6
Non definito	0	0	80	75	20	32	29	40	134	410
Negativa	308	340	390	374	437	409	428	438	410	3534
Permanente	334	323	308	352	363	356	369	386	247	3038
Regolare senza indennizzo	46	47	42	56	58	55	54	56	55	469
Temporanea	4335	4454	4091	3998	3883	3716	3481	3593	3225	34776
TOTALE	5111	5294	5089	5004	4915	4714	4473	4638	4187	43425

Persistono altresì delle criticità, attinenti al mantenimento di un siffatto sistema di prevenzione nei luoghi di lavoro, che necessita di risorse umane specializzate ed opportunamente formate, nonché allo sviluppo di una vigilanza di qualità, maggiormente orientata al rischio e costruita su criteri di evidenza epidemiologica e scientifica, nonché su prove di efficacia.

Modello logico



Quadro logico

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	IOV	Mezzi di verifica	Rischi ed assunzioni
Obiettivo generale	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti,			

	nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo			
Obiettivo specifico	Riduzione del numero di cantieri non conformi per le misure di prevenzione per cadute dall'alto, seppellimento e sprofondamento	N. cantieri ispezionati non conformi per le misure di prevenzione per cadute dall'alto, seppellimento e sprofondamento/anno	Report	
Risultato atteso 1	Realizzazione di eventi di promozione del progetto rivolti agli imprenditori ed ai lavoratori edili	N. eventi/anno	Registri	
Risultato atteso 2	Potenziamento del sistema di controlli sul territorio per le misure di prevenzione per cadute dall'alto, seppellimento e sprofondamento	N. ispezioni sulle misure di prevenzione per cadute dall'alto, seppellimento e sprofondamento/anno	Report	
Risultato atteso 3	Miglioramento della qualità della vigilanza	N. 1 corso regionale di formazione sulle modalità di vigilanza in edilizia/anno	Registri	
Risultato atteso 4	Attivazione di un sistema informativo specifico per la gestione delle notifiche preliminari sul territorio, da condividere con le Direzioni Provinciali del Lavoro e l'INAIL	N. cantieri georeferenziati/N. cantieri notificati N. notifiche preliminari informatizzate/N. notifiche preliminari inviate N. cantieri con caratterizzazione del rischio/N. cantieri georeferenziati	Report	Protocollo di Intesa con la Direzione Provinciale del Lavoro territorialmente competente Protocollo di Intesa con la Direzione Regionale dell'INAIL
Attività		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Organizzazione e realizzazione di eventi di	Materiale Risorse umane		

	promozione del progetto			
Attività 1.2	Creazione materiale informativo	Gruppo di lavoro		
Attività 2.1	Implementazione di un sistema di reporting specifico	Gruppo di lavoro		
Attività 2.2	Potenziamento delle risorse umane in forza agli SPESAL	Risorse umane	Cfr. Prospetto personale PRP 2005-2007	
Attività 3.1	Organizzazione di un corso regionale di formazione/anno sulle modalità del vigilanza in edilizia	Risorse strutturali Materiale Risorse umane		
Attività 4.1	Caratterizzazione del rischio infortunistico di cantiere, anche mediante l'ausilio dei flussi informativi INAIL-Regioni	Gruppo di lavoro Pubblicazione documenti		
Attività 4.2	Attivazione di un sistema per l'invio informatizzato della notifica preliminare	Piattaforma informatica Campagna di informazione		
Attività 4.3	Attivazione di una piattaforma informatica per la georeferenziazione delle notifiche preliminari sul territorio regionale	Risorse strumentali Formazione del personale		

Piano di valutazione

La responsabilità del monitoraggio del progetto è affidata ad un gruppo tecnico, composto dai Responsabili SPESAL della Regione Puglia (un Responsabile SPESAL per ciascuna ASL) in numero totale di sei. La Cabina di Regia regionale cura la valutazione del presente progetto.

La valutazione *ex-ante* del progetto sarà effettuata a cura della Cabina di Regia a seguito di un processo di elaborazione preliminare ad opera dal gruppo tecnico dei Responsabili SPESAL della Regione Puglia. La valutazione riguarderà la fattibilità degli obiettivi posti in relazione all'attuale assetto organizzativo, nonché la ponderazione degli stessi.

Costituiscono indicatori utili alla valutazione del presente progetto i seguenti:

- N. eventi di promozione del progetto rivolti agli imprenditori ed ai lavoratori edili/anno;
- N. ispezioni sulle misure di prevenzione in edilizia per cadute dall'alto, seppellimento e sprofondamento/anno;
- N. 1 corso regionale di formazione sulle modalità di vigilanza in edilizia /anno;
- N. cantieri georeferenziati/N. cantieri notificati.

Macroarea: 2

Linea di intervento generale: Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate

Titolo del programma: Prevenzione degli infortuni e delle patologie lavoro-correlate in agricoltura.

Analisi di contesto del programma

Il territorio regionale si estende su una superficie di 1.935.790 ettari, pari al 6,4% della superficie territoriale nazionale.

La Puglia ha un territorio prevalentemente pianeggiante e di bassa collina con limitati rilievi montuosi. Le zone di pianura ricoprono circa il 53,2% del territorio regionale, mentre le zone collinari il 45,3%, di cui oltre i due terzi sono identificati come "collina interna" e circa un terzo come "collina litoranea".

Il restante 1,5% della superficie regionale rappresenta la zona altimetrica di montagna.

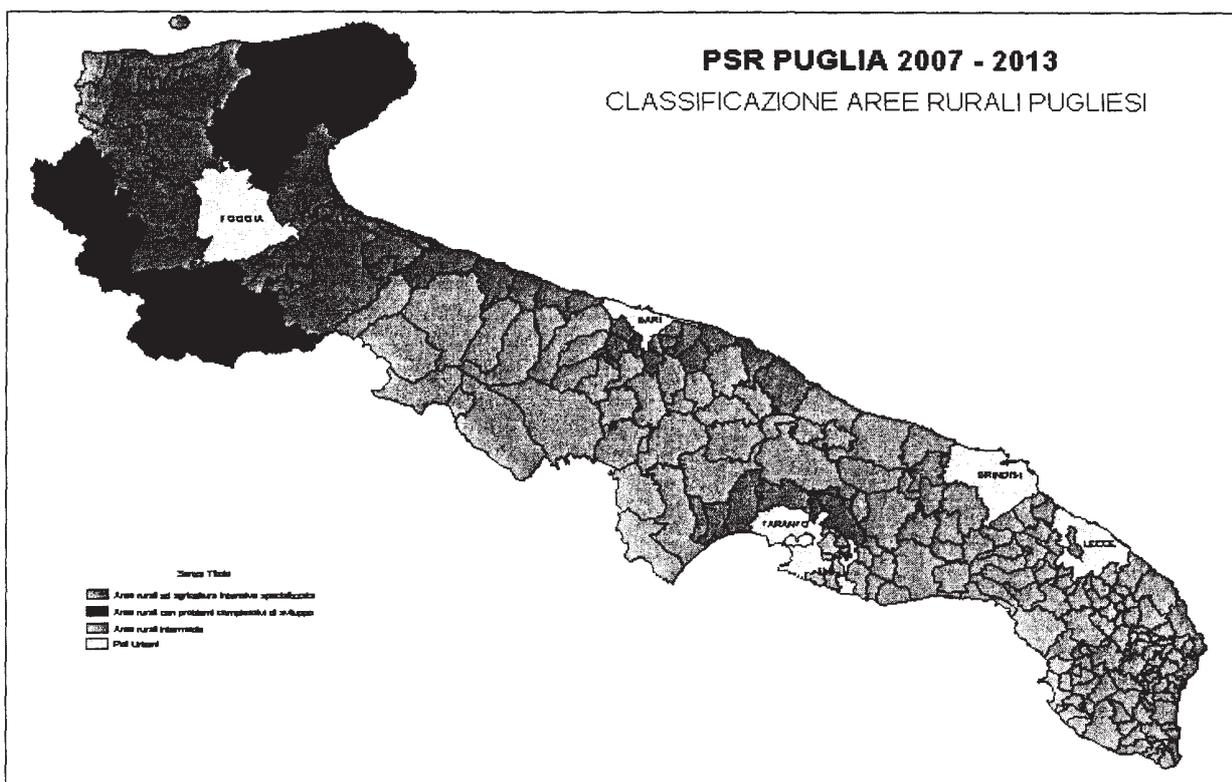
Nelle zone di pianura si colloca il 70% dei comuni pugliesi, in quelle collinari il 27% e, quindi, nelle zone di montagna solo il rimanente 3%.

Il 26% dei comuni pugliesi è compreso nella classe di superficie "fino a 2.000 ettari" per una estensione territoriale pari a circa il 4% del totale. Quelli con superficie superiore ai 25.000 ettari rappresentano il 5% dei comuni totali e comprendono una superficie pari a circa ¼ di quella complessiva.

Come illustrato nel grafico successivo, il territorio regionale è suddiviso in 4 macro aree omogenee:

- A) i Poli urbani;
- B) le Aree rurali ad agricoltura intensiva specializzata;
- C) le Aree rurali intermedie;
- D) le Aree rurali con problemi complessivi di sviluppo.

Fig. 1 - Classificazione delle aree rurali pugliesi



Sulla base di questa classificazione le aree rurali in Puglia si estendono su di una superficie territoriale pari a circa il 93% di quella regionale e hanno una popolazione pari a circa il 79% di quella presente in regione

1.2.1. Il contesto socio-economico

La popolazione residente in Puglia risulta essere al 31.12.2004 pari a 4.068.167 persone con una lieve prevalenza delle donne; nel 2003 il rapporto tra popolazione dipendente e popolazione in età attiva, era sia pari al 48,8%, valore questo in linea con quello rilevato nel Mezzogiorno e in Italia.

Il livello di istruzione della popolazione pugliese, le cui ripercussioni su quello della cultura della sicurezza del lavoro sono evidenti, è cresciuto nel corso degli anni e la distribuzione della popolazione per titolo di studio, sesso ed età mostra come la quota di persone con qualifica o diploma di scuola secondaria superiore sia in Puglia pari al 27,3% (contro il 31,4% rilevato a livello nazionale), mentre il 6,7% ha un titolo universitario (8,6% in Italia).

L'Eurostat con riferimento all'anno 2000, rileva che la percentuale di imprenditori agricoltori avente una formazione di base e avanzata è pari al 5,2%, un valore sensibilmente inferiore al dato medio nazionale (8,0%), mentre le persone presenti nelle zone rurali, aventi un'età compresa tra i 25 e i 64 anni, che nel 2004 hanno partecipato a corsi di formazione rappresentano il 5,3%, valore anch'esso inferiore al dato nazionale (6,3%).

Per quanto attiene **il mercato del lavoro** dalla lettura dei dati riferiti alle indagini trimestrali delle Forze Lavoro nel 2003, emerge innanzitutto come la Puglia abbia un tasso di disoccupazione più basso dell'intero Mezzogiorno, ma nello stesso tempo maggiore della media nazionale.

L'analisi della struttura dell'occupazione mette in luce come il peso degli occupati agricoli sul totale sia pari al 10%, valore significativamente superiore al dato medio nazionale (5%) e, in misura più contenuta, anche rispetto al dato medio meridionale.

Gli occupati nell'industria in Puglia sono pari al 27%, mentre quelli occupati nei servizi rappresentano ben il 63% del valore totale regionale; nel complesso gli occupati del "settore non agricolo", ossia dei settori secondario e terziario, sono circa 1.121.000.

Anche in Puglia le indagini censuarie segnalano che la quasi totalità delle aziende è a conduzione diretta del coltivatore, infatti il ricorso a forze lavoro esterne all'azienda è limitato all'esecuzione delle operazioni colturali (es. raccolta) che richiedono un maggior fabbisogno lavorativo.

Le statistiche evidenziano, soprattutto nelle regioni meridionali, una forte preponderanza di lavoratori a tempo determinato rispetto agli occupati in maniera stabile, fattispecie dovuta anche alle caratteristiche strutturali e tipologie delle colture praticate dalle aziende agricole pugliesi, che in genere non consentono una occupazione stabile alla famiglia del conduttore i cui componenti sono costretti a ricercare in altre attività le necessarie fonti di reddito (tabella 1).

Tab.1 Componenti la famiglia e parenti del conduttore secondo l'attività lavorativa esercitata in Puglia – 2000

Componenti la famiglia	ESCLUSIVAMENTE PRESSO L'AZIENDA	PREVALENTEMENTE PRESSO L'AZIENDA						ATTIVITÀ EXTRA-AZIENDALE	TOTALE
		Agricoltura	Industria	Commercio, pubblici esercizi e alberghi	Servizi	Pubblica Ammin.	Totale		
Valore assoluto									
Conduttore	244.624	996	120	108	223	53	1.500	106.961	351.585
Coniuge	169.543	183	20	17	29	12	261	58.936	228.479
Altri familiari che lavorano in azienda	52.946	212	21	10	53	3	299	36.076	89.022
Parenti	16.612	85	6	3	13	2	114	18.992	35.604
Valore percentuale									
Conduttore	59,6	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,4	30,4	100,0
Coniuge	74,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	25,8	100,0
Altri familiari che lavorano in azienda	59,5	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	40,5	100,0
Parenti	46,7	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	53,3	100,0

Fonte: elaborazioni INEA su dati ISTAT

La forza lavoro di provenienza extracomunitaria nell'agricoltura ha assunto nel tempo sempre maggiore rilevanza e connotazioni specifiche sia a livello nazionale che regionale.

Dalla lettura dei dati ufficiali risulta che nel 2004 in Puglia sono stati impiegati in agricoltura 15.326 immigrati extracomunitari (l'11,2% del numero totale degli occupati extracomunitari in Italia), valore pari all'11,5% del totale degli occupati in agricoltura in Puglia.

Negli ultimi anni la distribuzione per comparti di attività e per zona geografica si è modificata, anche a causa del verificarsi di alcuni fenomeni atmosferici che hanno funestato alcune province. Dalle rilevazioni effettuate risulta che le attività nelle quali gli extracomunitari sono fondamentalmente impiegati sono tutte quelle che non richiedono alcuna esperienza e che, molto spesso, non vengono svolte dalle persone del luogo (ad esempio la raccolta dei pomodori, alcune attività del settore zootecnico).

Tab. 2– L'impiego degli immigrati extracomunitari in agricoltura in Puglia e Italia – 2004

Zona geografica	Occupati agricoli	Extracomunitari		occ. agric. extracom./occup. agric. totali (%)	UL agric. extracom./occup. agric. extracom. (%)
		Occupati agricoli	Unità di lavoro equivalenti		
Puglia	132.779	15.326	11.023	11,5	71,9
Italia	1.024.406	137.274	128.890	13,4	93,9

Fonte: INEA.

Se si considera la ripartizione per comparto produttivo emerge come i settori principalmente interessati dall'impiego di extracomunitari in Puglia sono, in ordine di importanza, quello delle colture arboree (5.034 immigrati, 32,8% del numero complessivo di immigrati impiegati in Puglia), delle colture ortive (4.525 immigrati, 29,5%) e delle colture industriali (3.760).

In questo contesto, il settore zootecnico inizia a ricoprire un ruolo importante, visto il crescente numero di extracomunitari impiegati (1.347).

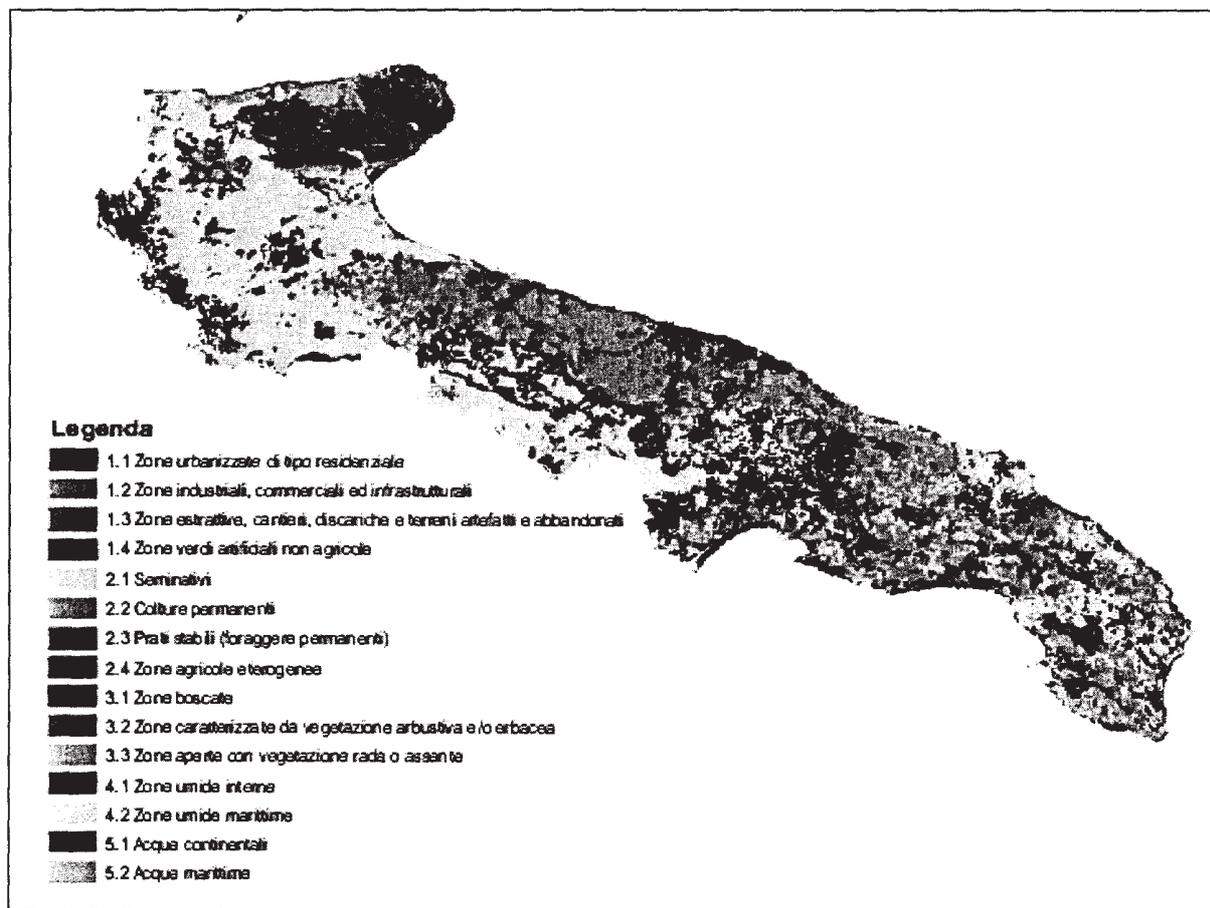
I settori che hanno subito incrementi nell'impiego di extracomunitari sono stati quelli dello agriturismo, della trasformazione e commercializzazione dei prodotti agricoli, quello del florovivaismo e quello zootecnico, anche se il loro peso nel complesso rimane ancora basso.

1.2.2. L'utilizzazione del suolo in Puglia

L'uso agricolo rappresenta la destinazione preponderante con ben l'83,7% della superficie regionale utilizzata, sulla base delle indagini ISTAT risulta che nel 2003 la superficie agricola utilizzata in Puglia è pari a 1.302.722 ettari e, più nel dettaglio, quasi il 50% di questa è destinato a seminativi, il 6,0% a prati permanenti e pascoli e il 44% a coltivazioni permanenti.

Nonostante la percentuale più alta di superficie agricola sia investita a seminativi, il ruolo economicamente più importante è attribuibile alle colture permanenti e, in particolare, all'olivo e alla vite. Le zone urbanizzate occupano circa il 3,4% del territorio (fonte ARPA).

Fig. 2 - Uso del suolo in Puglia



1.2.3. Le caratteristiche dell'agricoltura pugliese

L'estensione della Superficie Agricola Utilizzata (SAU) in Puglia è pari quasi a 1.250.000 ettari e rappresenta il 21,2% della SAU del Mezzogiorno e il 9% della SAU italiana.

La Superficie Agricola Totale (SAT) regionale, diversamente da quanto avviene nel Mezzogiorno e in Italia, è quasi tutta coltivata: la SAU pugliese, infatti, è pari al 91% dell'intera SAT regionale.

L'agricoltura pugliese è caratterizzata da una forte varietà di situazioni produttive, direttamente collegate a differenziazioni territoriali che vedono contrapporsi alle aree interne svantaggiate del Gargano, del Sub Appennino Dauno, della Murgia e del Salento, aree forti di pianura (Tavoliere, Terra di Bari, Litorale barese, Arco ionico tarantino) particolarmente favorevoli allo sviluppo dell'attività agricola

Secondo i dati a cadenza decennale e di provenienza censuaria elaborati dall'ISTAT nel 2000 le aziende agricole pugliesi sono poco più di 352.500 (il 24% delle aziende del Mezzogiorno).

Rispetto al 1990 si registra un aumento in regione delle aziende al di sotto dei 5 ha in misura superiore rispetto al contesto meridionale e in controtendenza rispetto al dato nazionale.

Considerando le aziende agricole in due classi di giornate lavorative: fino a 300 giornate di lavoro e più di 300 giornate, la Puglia ha il più alto numero di aziende 254.374, di cui solo il 9% con più di un addetto (22.052).

Le aziende con meno di 5 ettari di SAU sono quasi l'87% dell'intero universo e il rapporto tra queste aziende e il numero di aziende con più di 50 ettari (indice di concentrazione) è pari a 102,5 (mentre a livello nazionale tale valore è pari a 58,2 e nel Mezzogiorno a 85,5).

Tab. 3 - - Uso del suolo del territorio regionale

		Superficie territoriale (ha)	% rispetto alla superficie regionale
Superficie agricole utilizzate	Seminativi	716.578,63	36,71
	Colture permanenti	544.658,02	27,90
	Prati stabili (foraggiere permanenti)	54.479,15	2,79
	Zone agricole eterogenee	317.977,13	16,29
	Totale	1.633.692,93	83,69
Territori boscati e ambienti seminaturali	Zone boscate	108.762,43	5,57
	Zone caratterizzate da vegetazione arbustiva e/o erbacea	98.321,87	5,04
	Zone aperte con vegetazione rada o assente	2.901,18	0,15
	Totale	209.985,48	10,76
Superfici artificiali	Zone urbanizzate di tipo residenziale	65.599,52	3,36
	Zone industriali, commerciali ed infrastrutturali	13.954,58	0,71
	Zone estrattive, cantieri, discariche e terreni artefatti e abbandonati	5.798,41	0,30
	Zone verdi artificiali non agricole	245,16	0,01
Totale	85.597,67	4,38	
Corpi idrici	Acque continentali	1.610,37	0,08
	Acque marittime	12.671,58	0,65
	Totale	14.281,95	0,73
Zone umide	zone umide interne	711,43	0,04
	zone umide marittime	7.795,10	0,40
	Totale	8.506,53	0,44
TOTALE		1.952.064,56	100,00

Fonte: Elaborazione ARPA su dati CORINE Land Cover 2000

Sotto il profilo occupazionale, come rilevato in precedenza, gli occupati agricoli incidono sul totale degli occupati regionali in misura proporzionalmente superiore al dato nazionale e, più nel dettaglio, secondo le rilevazioni ISTAT al 2003 in Puglia sono occupati oltre 127 mila unità.

Come appare evidente dai dati statistici riportati in tab. 3.18, la stragrande maggioranza delle aziende pugliesi, ma lo stesso vale per quelle meridionali e nazionali, è a conduzione diretta del coltivatore.

Tab. 4 – Aziende agricole per forma di conduzione – 2003

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>Unità di misura</i>	<i>PUGLIA</i>	<i>MEZZOGIORNO</i>	<i>ITALIA</i>
Conduzione diretta del coltivatore	%	95,34	97,22	97,21
Conduzione con salariati	%	4,47	2,61	2,61
Altra forma di conduzione	%	0,03	0,17	0,18

Fonte: elaborazioni INEA su dati ISTAT.

Risulta necessario evidenziare anche la marcata senilizzazione degli imprenditori agricoli pugliesi. Dai dati statistici emerge, infatti, che quasi il 60% dei conduttori pugliesi ha più di 55 anni, mentre decisamente contenuto è il numero di quelli con età inferiore ai 35 anni (meno del 5% del totale). Questo fenomeno è evidenziato anche da un altro indicatore costruito sul rapporto percentuale tra gli agricoltori aventi un'età inferiore a 35 anni e gli agricoltori aventi un'età superiore a 55 anni. Questo indicatore è pari in Puglia, sulla base delle rilevazioni ISTAT, all'8% contro una media comunitaria pari al 18% .

E' evidente, quindi, come vi sia una situazione di scarso ricambio generazionale, importante fattore sia per la continuità dell'attività agricola sia per l'introduzione delle innovazioni ed anche per le procedure in materia di igiene e sicurezza del lavoro.

In base ai dati dell'ultimo censimento dell'agricoltura del 2000, in Puglia trovano occupazione nelle aziende agricole circa 960.000 lavoratori (il 17% del totale dei lavoratori presenti a livello nazionale), dei quali il 35% sono donne. La manodopera aziendale femminile è classificata ai fini statistici in familiare (ossia insieme delle conduttrici, delle coniugi di conduttori e degli altri familiari donne dei conduttori) ed extrafamiliare (distinta nelle due categorie di "dirigenti ed impiegati" e di "operai ed assimilati"). Poco meno dei ¾ delle lavoratrici aziendali (circa 250.000 unità) appartengono alla manodopera familiare e, in particolare, il 36% è rappresentato da conduttrici d'azienda, circa il 30% da coniugi e il 10% da altri familiari del conduttore.

La manodopera extrafamiliare (ossia le lavoratrici dipendenti) presente nella regione è pari a circa 89.000 unità, circa il 26% del totale delle lavoratrici occupate nelle aziende agricole pugliesi. Con riferimento a questi dati si rileva come in Puglia sia maggiore il ricorso a tale manodopera rispetto a quanto avviene su base nazionale: in Italia, infatti, solo il 15% delle donne occupate nelle aziende agricole fa parte della manodopera extrafamiliare. La quasi totalità delle donne assunte alle dipendenze ha un contratto a tempo indeterminato.

In riferimento all'orientamento tecnico economico e alla dimensione economica delle aziende pugliesi, è necessario evidenziare che il 94% delle stesse risulta specializzato. Tra queste primeggiano quelle dedite all'olivicoltura che rappresentano il 54% delle aziende totali (specializzate+miste), coprono quasi il 26% della SAU regionale, realizzano un Reddito Lordo Standard (RLS) pari al 32% del RLS complessivamente prodotto in regione e assorbono il 36% delle giornate di lavoro dedicate all'agricoltura.

Significative sono anche l'incidenza delle aziende cerealicole, in riferimento sia al numero che alla SAU occupata, e quella delle aziende vitivinicole, soprattutto per la produzione di vini non di qualità. Le aziende zootecniche interessano il 6% della SAU e assorbono il 4,6% delle giornate di lavoro.

Tab. 5 - Indicatori della zootecnia - 2003

<i>DESCRIZIONE</i>	<i>unità di misura</i>	<i>PUGLIA</i>	<i>MEZZOGIORNO</i>	<i>ITALIA</i>
Aziende con bovini/aziende zootecniche totali	%	65,41	30,31	41,22
Aziende con ovini/aziende zootecniche totali	%	28,19	29,81	21,91
Bovini/aziende con bovini	numero di capi	44,28	28,73	42,35
Ovini/aziende con ovini	numero di capi	113,20	123,74	103,92

Fonte: elaborazioni INEA su dati ISTAT

Come risulta dalla tab. 5, le aziende zootecniche pugliesi dedite all'allevamento di bovini rappresentano, con 44 capi in media per azienda, il 65% del totale delle aziende zootecniche. Le aziende che allevano ovini, con circa 113 capi in media per azienda, hanno invece un peso del 28% sul totale delle aziende zootecniche regionali.

La struttura produttiva del comparto zootecnico si caratterizza per la prevalenza di aziende bovine seguite da aziende ovi-caprine, suinicole e bufaline. Frequente, inoltre, è l'allevamento misto, con più di una specie allevata nella stessa unità produttiva. Tra le produzioni zootecniche regionali il latte bovino assume una importanza di rilievo. Esso, infatti, rappresenta circa il 37% del valore della produzione zootecnica pugliese, a fronte del 27% dell'omologo nazionale. La produzione di latte in Puglia è localizzata soprattutto nel territorio della Murgia barese e tarantina. A contorno di quest'area vi sono altri 13 comuni che complessivamente assorbono circa il 24% della quota regionale. La restante parte del territorio pugliese (ad eccezione dei comuni di S. Giovanni Rotondo e Foggia) presenta mediamente, a livello comunale, un'incidenza sulla quota regionale trascurabile.

Risulta, infine, opportuno fare alcune considerazioni sull'utilizzo dei mezzi tecnici e sulla intensità degli investimenti dell'agricoltura regionale.

L'incidenza dei consumi intermedi sulla PLV è pari, nel 2001, al 24,2%. Questo valore è in linea con la media del Mezzogiorno (26,4%) ma inferiore a quello nazionale (32%) ed in generale rappresenta un indice di bassa intensità e di basso contenuto tecnologico.

La diversificazione aziendale si incentra sulle attività tradizionalmente presenti nei territori rurali quali la trasformazione dei prodotti agricoli, la vendita diretta in azienda, il contoterzismo e le attività turistiche. E' proprio quest'ultimo comparto ad essere particolarmente dinamico, tanto che le imprese agrituristiche regionali, oltre che in termini numerici, si qualificano sempre più in termini di servizi offerti.

Complessivamente in Puglia si registrano 203 aziende agrituristiche autorizzate che prevalentemente offrono alloggio ai visitatori, ma che si specializzano anche in altre attività.

Le cooperative e le associazioni esistenti nella regione caratterizzano prevalentemente i settori ortofrutticolo, oleario e vitivinicolo che sono quelli di più antica tradizione e interessano i comparti più importanti dell'agricoltura pugliese.

Il settore forestale

La superficie forestale pugliese, censita dal recente Inventario nazionale delle foreste e dei serbatoi di carbonio (INFC) e riferita all'anno 2005, è stimata in 179.040 ettari, di cui 145.889 ettari classificati "bosco" e 33.151 come "altre terre boscate".

Dal 5° Censimento generale dell'agricoltura dell'ISTAT risulta che le aziende con boschi sono 8.929 (con una bassa incidenza sul dato complessivo italiano pari all'1,48%), hanno una

superficie di circa 78.000 ettari e una superficie media per azienda pari a 8,74 ettari/azienda, dato quest'ultimo superiore a quello rilevato su base nazionale (pari a 7,51 ha/azienda) e decisamente più elevato rispetto alla SAT media di tutte le aziende agricole pugliesi (pari a 3,91 ha/azienda).

Il comparto pugliese, sotto il profilo produttivo, contribuisce in modo decisamente irrilevante all'ottenimento di materie prime e, soprattutto, di quelle di alta qualità.

Ciò è da mettere in relazione con la funzione prevalente esercitata dalle foreste in Puglia, prettamente di tipo ambientale e, più precisamente, a carattere "paesaggistico-protettivo". **Infine, è opportuno considerare altri 2 indicatori in grado di inquadrare il settore forestale nell'ambito dell'economia pugliese**, quali la produttività del lavoro nel settore forestale che secondo una stima della Regione Puglia è pari a 2,5 migliaia di euro per occupato contro i 7.000 dell'Italia e, ancora, il livello degli investimenti fissi lordi nel settore, pari in Puglia a solo 0,1 M euro.

Per quanto attiene ai danni alla salute da lavoro in agricoltura e selvicoltura, si presentano i dati riassuntivi più recenti disponibili relativi a infortuni sul lavoro, malattie professionali, intossicazioni da prodotti fitosanitari.

Le fonti dei dati sono:

- rapporto annuale INAIL 2007 e per la Regione Puglia Rapporto 2008
- relazione ISPESL 17/2/2009 a Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno degli infortuni sul lavoro con particolare riguardo alle cosiddette "morti bianche"
- rapporto ISTISAN 07/51 "Sistema nazionale di sorveglianza delle intossicazioni acute da antiparassitari: osservazioni effettuate nel 2005".

1.3.1 Infortuni sul lavoro e malattie da lavoro

Infortuni sul lavoro avvenuti nel periodo 2005 – 2007 e denunciati ad INAIL						
Gestione agricoltura						
Anno	Totale infortuni			Infortuni mortali		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Piemonte	5.786	5.549	5.156	16	15	10
Valle d'Aosta	221	186	205	1		1
Lombardia	5.706	5.341	4.643	13	15	6
Bolzano	2.443	2.484	2.490	3	5	7
Trento	1.171	1.175	1.107		3	1
Veneto	5.960	5.681	5.148	12	5	7
Friuli - Venezia Giulia	1.110	1.082	1.033		2	1
Liguria	1.022	1.005	845	1		
Emilia - Romagna	9.303	9.038	8.276	13	12	11
Toscana	5.293	4.893	4.690	9	13	4
Umbria	2.143	1.961	1.797	2	7	1
Marche	3.638	3.349	2.868	7	2	2
Lazio	2.635	2.470	2.096	3	9	1
Abruzzo	2.870	2.795	2.325	8	1	2
Molise	991	921	730	2	3	3
Campania	2.911	2.743	2.345	10	3	6
Puglia	4.219	4.034	3.683	8	8	13
Basilicata	1.268	1.206	1.105	5	4	
Calabria	1.734	1.429	1.304	8	5	5
Sicilia	3.309	3.001	2.743	16	7	13
Sardegna	2.734	2.740	2.566	4	5	4
Italia	66.467	63.083	57.155	141	124	98

Puglia : Infortuni 2008

Provincia	denunciati			definiti		
	Autonomi	Dipendenti	TOTALE	Inabilità temporanea	Inabilità permanente	Morte
BARI	470	869	1329	912	78	5
BRINDISI	48	378	426	305	12	0
FOGGIA	392	525	917	591	50	0
LECCE	84	195	279	204	21	1
TARANTO	101	447	548	362	30	1
PUGLIA	1095	2404	3499	2374	191	7

Nelle tabelle precedenti sono riportati i numeri assoluti degli infortuni sul lavoro (IL) totali e mortali rapporto tra IL mortali e totali è nettamente superiore nella gestione agricoltura rispetto alla gestione industria e servizi sia a livello nazionale che della Regione Puglia.

Infortuni sul lavoro avvenuti nel periodo 2005 – 2007 e denunciati all'INAIL									
anno	Totale infortuni (T)			Infortuni mortali (M)			Rapporto M/T		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Gestione agricoltura	66.467	63.083	57.155	141	124	98	0,21	0,20	0,17
Gestione industria e servizi	844.965	836.345	826.312	1.124	1.205	1.058	0,13	0,14	0,13

Gli infortuni sul lavoro in agricoltura, pur rappresentando in **valore assoluto** una quota modesta degli infortuni sul lavoro rispetto alle altre attività, presentano elevati indici di incidenza e di frequenza.

Gli indici di **incidenza** sono elaborati rapportando i numeri degli infortuni a quelli dei lavoratori occupati segnalati dall'ISTAT (n. infortuni / 1.000 occupati ISTAT); hanno soltanto un valore indicativo della tendenza temporale del fenomeno: tali indici esprimono, in pratica, quanto "incide" un determinato fenomeno su una certa collettività (popolazione generale, occupati, lavoratori assicurati, ...) rappresentata in termini di persone.

Infortuni sul lavoro avvenuti nel periodo 2005 – 2007 e denunciati all'INAIL						
	totali					
Anno	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Valori assoluti						
Totali				Mortali		
Agricoltura	66.467	63083	57.155	141	124	105
Industria	422.254	413.375	402.323	678	584	593
Servizi	451.300	451.700	453.137	539	488	512
Indici di incidenza						
Totali				Mortali		
Agricoltura	70,2	64,2	61,9	0,149	0,126	0,114
Industria	60,8	59,7	57,5	0,089	0,098	0,085
Servizi	30,8	30	29,6	0,036	0,036	0,033

Gli indici di **frequenza** (n. infortuni indennizzati, esclusi i casi *in itinere* / 1.000 addetti INAIL), che vengono elaborati istituzionalmente per la misurazione del rischio infortunistico, derivano invece dal rapporto fra infortuni indennizzati ed addetti/anno di fonte INAIL (unità di lavoro annuo ottenute a calcolo sulla base delle retribuzioni dichiarate dalle aziende); tali indici esprimono più correttamente una misura della frequenza infortunistica rispetto all'effettiva esposizione al rischio.

Indici di frequenza (anni 2003-2005)		
Settore di attività economica	Infortuni totali	Infortuni mortali
Industria e servizi	30,79	0,06
- lavorazione metalli	58,88	0,10
- lavorazioni minerali non metalliferi	55,90	0,14
- lavorazioni legno	53,73	0,08
- costruzioni	51,83	0,20
- estrazione di minerali	46,79	0,31
- industria gomma e plastica	44,98	0,03
- industria mezzi di trasporto	43,02	0,02
- trasporti e comunicazioni	40,17	0,19
Agricoltura	52,48	0,12

Nella tabella successiva sono comparati il numero degli infortuni denunciati e indennizzati per Regione. L'INAIL ha riconosciuto altri infortuni senza indennizzo e in franchigia (periodo di assenza dal lavoro non superiore ai tre giorni a seguito di infortunio, per il quale l'INAIL non corrisponde alcuna prestazione al lavoratore). Il numero degli infortuni non riconosciuti oscilla intorno ai 7500 casi.

Infortuni sul lavoro avvenuti nell'anno 2006 e indennizzati al 30/4/2008				
Anno	Infortuni totali		Infortuni mortali	
	denunciati	indennizzati	denunciati	indennizzati
Piemonte	5.549	4525	15	15
Valle d'Aosta	186	157		
Lombardia	5.341	4.427	15	14
Bolzano	2.484	1.930	5	4
Trento	1.175	996	3	3
Veneto	5.681	4.441	5	5
Friuli - Venezia Giulia	1.082	877	2	2
Liguria	1.005	757		
Emilia - Romagna	9.038	7.417	12	13
Toscana	4.893	4.173	13	13
Umbria	1.961	1.679	7	7
Marche	3.349	2.890	2	2
Lazio	2.470	1.962	9	7
Abruzzo	2.795	2.379	1	1
Molise	921	741	3	3
Campania	2.743	2.212	3	3
Puglia	4.034	3.035	8	8
Basilicata	1.206	997	4	4
Calabria	1.429	1.201	5	5
Sicilia	3.001	2.436	7	7
Sardegna	2.740	2.305	5	5
Italia	63.083	51.137	124	121

Nella tabella successiva viene presentata la distribuzione degli infortuni, avvenuti nell'anno 2006 e indennizzati al 30/4/2008, per luogo di lavoro agricolo e per attività agricola

Infortuni sul lavoro avvenuti nell'anno 2006 e indennizzati al 30/4/2008		
Tipo di luogo agricolo		
	Infortuni totali	Infortuni mortali
Allevamento	8.501	12
Coltura del suolo	11.856	33
Coltura su albero, arbusto	9.499	15
Zona forestale	2.547	4
altro	4.339	5
Tipo di attività agricola		
Trattamento del terreno	8.371	26
Coltura dei vegetali	10.122	17
Allevamento	8.017	12
Attività forestale	3.349	6
altro	3.116	5

Il numero di infortuni che riconosce quale agente materiale dispositivi, motori, utensili, macchine, attrezzature e veicoli, è percentualmente molto elevato (48%).

Infortuni sul lavoro avvenuti nell'anno 2006 e indennizzati al 30/4/2008			
Agente materiale	n. infortuni	Agente materiale	n. infortuni
Strutture edili e superfici	11.816	Altri veicoli	61
Dispositivi di distribuzione	538	Materiali	5.510
Motori	227	Sostanze	163
Utensili	6.790	Attrezzature particolari	2.334
Macchine e attrezzature	6.929	Organismi viventi	5.615
Dispositivi di convogliamento	1.726	Rifiuti	167
Veicoli terrestri	2.510	Fenomeni fisici	45

Nella relazione ISPESL si rileva che "... le macchine nel corso del 2006 hanno determinato 9.058 infortuni di cui 30 mortali. Nell'ambito del grande gruppo "macchine" i trattori e le macchine semoventi sono quelle maggiormente rappresentate con 5.725 infortuni, di cui 25 mortali.

Il "peso" delle macchine, quale agente materiale di infortuni, è confermato anche dalle analisi di correlazione, che mostrano come il numero di infortuni che determinano morte o inabilità permanente è strettamente correlato con il livello di potenza totale installata in azienda, parametro diretto del grado di meccanizzazione raggiunto.

L'influenza negativa della meccanizzazione risulta particolarmente rilevante nelle piccole e medie imprese del settore. Dalla lettura dei dati relativi agli infortuni determinati da macchine, suddivisi per infortuni avvenuti a lavoratori autonomi e dipendenti, si riscontra una differenza significativa dell'incidenza. Per i lavoratori autonomi gli eventi lesivi dovuti a macchine sono 6.687 di cui 20 mortali. Per i lavoratori dipendenti, i due valori si attestano rispettivamente a 2.371 e 10. Ancora più basse sono le percentuali relative ai contoterzisti.

I dati statistici ... INAIL... [riportano per il] 2006 ... solo poche decine di infortuni mortali determinati dal trattore. ... da indagini condotte sul territorio e da informazioni emerse da ricerche svolte sui principali mezzi di informazione (quotidiani ed agenzie di stampa) emerge che il numero di infortuni con il trattore quale agente materiale è significativamente superiore. Solo nel corso del 2008 l'ISPESL, sulla base di ricerche effettuate sui principali mezzi di informazione, ha rilevato 161 eventi infortunistici connessi con l'uso del trattore che hanno determinato 168 infortunati e tra questi 126 decessi. Gli infortunati a causa di capovolgimento del trattore ammontano a 153 e tra questi 114 decessi (vedi allegato I). La differenza fra i dati rilevati a mezzo stampa dall'ISPESL e quelli registrati dall'INAIL probabilmente è da attribuire al fatto che l'INAIL a partire dal 1993 ha escluso dall'assicurazione obbligatoria i lavoratori ... [autonomi per i quali l'attività agricola non sia prevalente (in base alla legge n. 243 del 19 luglio 1993)].

Malattie professionali manifestatesi nel periodo 2003 – 2007 riconosciute al 30/4/2008					
Agricoltura					
Anno	2003	2004	2005	2006	2007
Piemonte	10	13	6	12	9
Valle d'Aosta			2		
Lombardia	7	6	5	10	5
Bolzano	11	4	10	11	6
Trento	15	10	12	18	17
Veneto	13	14	22	29	23
Friuli - Venezia Giulia	6	6	5	8	3
Liguria	1	1			1
Emilia - Romagna	110	104	179	181	140
Toscana	34	48	49	28	20
Umbria	27	22	22	21	35
Marche	45	31	74	102	64
Lazio	3	11	20	7	3
Abruzzo	17	21	21	30	21
Molise	1	1			2
Campania	2	3	1	4	
Puglia	2	11	11	9	12
Basilicata		2	1	5	1
Calabria	2	4	10	17	16
Sicilia	8	2	8	11	9
Sardegna	20	28	18	27	36
Italia	334	342	464	512	406

La disomogenea distribuzione dei casi di malattia professionale, sia dal punto di vista temporale sia dal punto di vista geografico, verosimilmente non dipende esclusivamente dalla diversa esposizione a rischio o dalla diversa suscettibilità degli operatori: un ruolo importante riveste l'attenzione dei lavoratori alla loro salute e dei sanitari ai fattori a rischio lavorativi.

Malattie professionali manifestatesi nel periodo 2003 – 2007 riconosciute al 30/4/2008					
Agricoltura					
Anno	2003	2004	2005	2006	2007
Malattie "tabellate"					
Malattie da agenti chimici specifici	6	2	2	4	1
Malattie cutanee	1	1	1		1
Asma bronchiale	19	19	13	18	7
Alveoliti allergiche	19	11	12	17	7
Ipoacusia e sordità	31	22	22	18	13
Malattie osteoarticolari	8	12	10	8	6
totale	84	67	60	65	35
Malattie non "tabellate"					
Tendiniti	49	56	110	118	112
Afezioni dei dischi intervertebrali	21	25	40	41	61
Ipoacusia	83	78	98	107	59
Sindrome del tunnel carpale	48	42	55	60	44
Altre neuropatie periferiche	20	27	41	54	32
Artrosi	4	16	11	18	24
Malattie dell'apparato respiratorio	4	7	11	15	7
Tumori	2	3	14	3	6
Dermatite da contatto	6	7	5	8	2
totale	237	261	385	424	347

Negli anni considerati le malattie non “tabellate” risultano più numerose delle malattie “tabellate”: la diagnosi di malattia da lavoro in casi di malattia a genesi multifattoriale dipende dall’attenzione dei sanitari ai fattori di rischio lavorativo, per quanto in modo disomogeneo geograficamente.

Le intossicazioni acute da fitofarmaci, rilevate dal sistema di sorveglianza nazionale gestito dall’Istituto Superiore di Sanità nell’anno 2005, sono risultati in numero di 625. Escludendo le intossicazioni volontarie, le 520 intossicazioni accidentali sono così distribuite: n. 218 in ambito lavorativo, quasi esclusivamente in agricoltura per i casi ove l’informazione sull’attività lavorativa è disponibile, n. 153 in ambito domestico, n. 40 da inquinamento ambientale. Le sostanze attive causa di intossicazione sono state in n. 308 casi insetticidi e acaricidi (organofosforici, carbammati, piretrine, piretrinoidi, neopiretrati, ...), in n. 165 casi fungicidi (composti di rame e zolfo soprattutto), in n. 132 casi erbicidi (organofosforici, ...).

Malattie professionali in agricoltura manifestatesi nell’anno 2008 e denunciate all’INAIL

Bari	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	PUGLIA	ITALIA
6	3	50	15	14	88	1.817

Malattie professionali manifestatesi in agricoltura nell’anno 2008 e denunciate all’INAIL per tipo di malattia e territorio

Malattie Professionali Tabellate o sostanze che le causano	Bari	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	PUGLIA	ITALIA
Rame							1
Acido carbammico							1
Bario, calcio, sodio							1
Ammoniaca							1
Asma bronchiale			1			1	33
Alveoliti allergiche							13
Ipoacusia e sordità							38
Mal. osteoarticolari							17
Totale Malattie tabellate			1			1	106
Malattie Professionali non Tabellate o sostanze che le causano							
Affezioni dei dischi intervertebrali	1		7	2	3	13	339
Tendiniti	2		13	2		17	263
Ipoacusia			4			4	222
Artrosi			11	5	1	17	177
Sindrome del tunnel carpale	2			2		4	130
Altre neuropatie periferiche			1			1	116
Malattie dell'apparato respiratorio	1	1	1	2		5	94
Tumori		1				1	21
Dermatite da contatto				1		1	17
Artropatie associate ad altre affez.			3			3	16
Disturbi psichici lavoro-correlati							2
Totale Malattie non tabellate	6	3	40	15	4	68	1591
Indeterminata			9		10	19	120
Totale Complessivo	6	3	50	15	14	88	1817

Per quanto concerne la coerenza con il precedente Piano regionale di Prevenzione 2005-2007, considerate anche le successive proroghe per gli anni 2008 e 2009, si evidenzia come l'impegno a sostenere il Piano Nazionale Agricoltura era già emerso quale priorità fondante la progettazione regionale in materia. Si rileva, altresì, che la Puglia sia una regione caratterizzata da un'importante vocazione agricola e che, pertanto, gli sforzi in tal senso costituiscano parte integrante di una corretta strategia prevenzionistica.

Considerati i punti di forza derivanti dall'attivazione di sinergie istituzionali nell'ambito delle attività del Comitato Regionale di Coordinamento ai sensi dell'Art. 7 del D.Lgs. 81/08 e s.m., si ritiene opportuno utilizzare tale sede istituzionale anche al fine di favorire una diretta partecipazione dei vari *stakeholders*. In particolare, le difficoltà attuative potrebbero trovare consistente mitigazione in una prospettiva di programmazione partecipata con le associazioni di categoria.

Il presente programma consta di quattro linee progettuali:

1. Promozione di comportamenti corretti per la sicurezza in agricoltura;
2. Attivazione di un sistema di programmazione partecipata per la sicurezza in agricoltura;
3. Ricerca attiva dei tumori professionali in agricoltura;
4. Prevenzione delle patologie osteoarticolari lavoro-correlate in agricoltura.

**PROGETTO 1 DEL PROGRAMMA
PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E DELLE PATOLOGIE
LAVORO-CORRELATE IN AGRICOLTURA**

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012: Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo

Titolo del progetto: Promozione di comportamenti corretti per la sicurezza in agricoltura

Contenuti del progetto

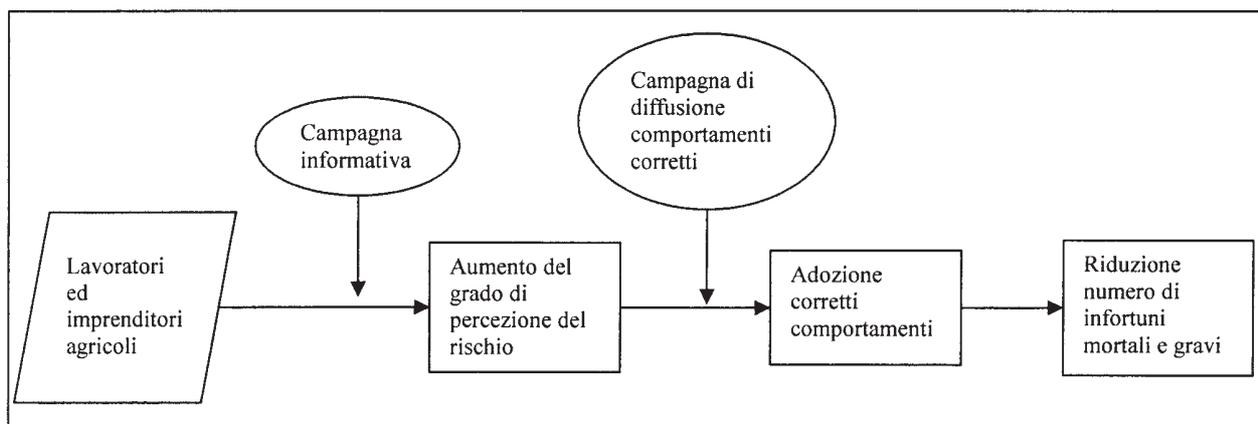
Beneficiari

- Lavoratori ed imprenditori agricoli

Attori

- Assessorato regionale alle Politiche della Salute
- Servizio Prevenzione E Sicurezza degli Ambienti di Lavoro
- Associazioni di categoria delle parti sociali

Modello logico



Quadro logico

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	IOV	Mezzi di verifica	Rischi ed assunzioni
Obiettivo generale	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto			

	previsto a livello europeo			
Obiettivo specifico	Incremento della conoscenza di temi specifici correlati ai rischi prevalenti per la sicurezza in agricoltura da parte degli imprenditori e dei lavoratori agricoli	N. partecipanti/anno	Materiale pubblicato Registri	
Risultato atteso 1	Realizzazione di una campagna informativa rivolta alle associazioni dei lavoratori e degli imprenditori agricoli, mirata alle emergenze per la sicurezza (attrezzature, scale, etc.)	N. eventi/anno N. partecipanti/anno	Registri	Collaborazione con le associazioni di categoria
Risultato atteso 2	Realizzazione di una campagna di divulgazione di comportamenti corretti per la sicurezza in agricoltura ad uso di lavoratori e datori di lavoro	N. eventi/anno N. partecipanti/anno	Registri	Collaborazione con le associazioni di categoria
Attività		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Organizzazione e realizzazione di eventi informativi	Risorse umane Materiale		
Attività 1.2	Realizzazione materiale informativo	Gruppo di lavoro Pubblicazione		
Attività 2.1	Organizzazione e realizzazione di eventi divulgativi per la diffusione di comportamenti corretti per la	Risorse umane Materiale		

	sicurezza in agricoltura			
Attività 2.2	Realizzazione del materiale divulgativo	Gruppo di lavoro Pubblicazione		

Piano di valutazione

La responsabilità del monitoraggio del progetto è affidata ad un gruppo tecnico, composto dai Responsabili SPESAL della Regione Puglia (un Responsabile SPESAL per ciascuna ASL) in numero totale di sei. La Cabina di Regia regionale cura la valutazione del presente progetto.

La valutazione *ex-ante* del progetto sarà effettuata a cura della Cabina di Regia a seguito di un processo di elaborazione preliminare ad opera dal gruppo tecnico dei Responsabili SPESAL della Regione Puglia. La valutazione riguarderà la fattibilità degli obiettivi posti in relazione all'attuale assetto organizzativo, nonché la ponderazione degli stessi.

Costituiscono indicatori utili alla valutazione del presente progetto i seguenti:

- N. eventi/anno per il risultato atteso 1;
- N. eventi/anno per il risultato atteso 2.

Il cronoprogramma prevede per il primo anno il raggiungimento delle attività incluse nel risultato atteso 1, mentre per il secondo anno il raggiungimento delle attività incluse nel risultato atteso 2.

**PROGETTO 2 DEL PROGRAMMA
PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E DELLE PATOLOGIE
LAVORO-CORRELATE IN AGRICOLTURA**

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012: Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo

Titolo del progetto: Attivazione di un sistema di programmazione partecipata per la sicurezza in agricoltura

Contenuti del progetto

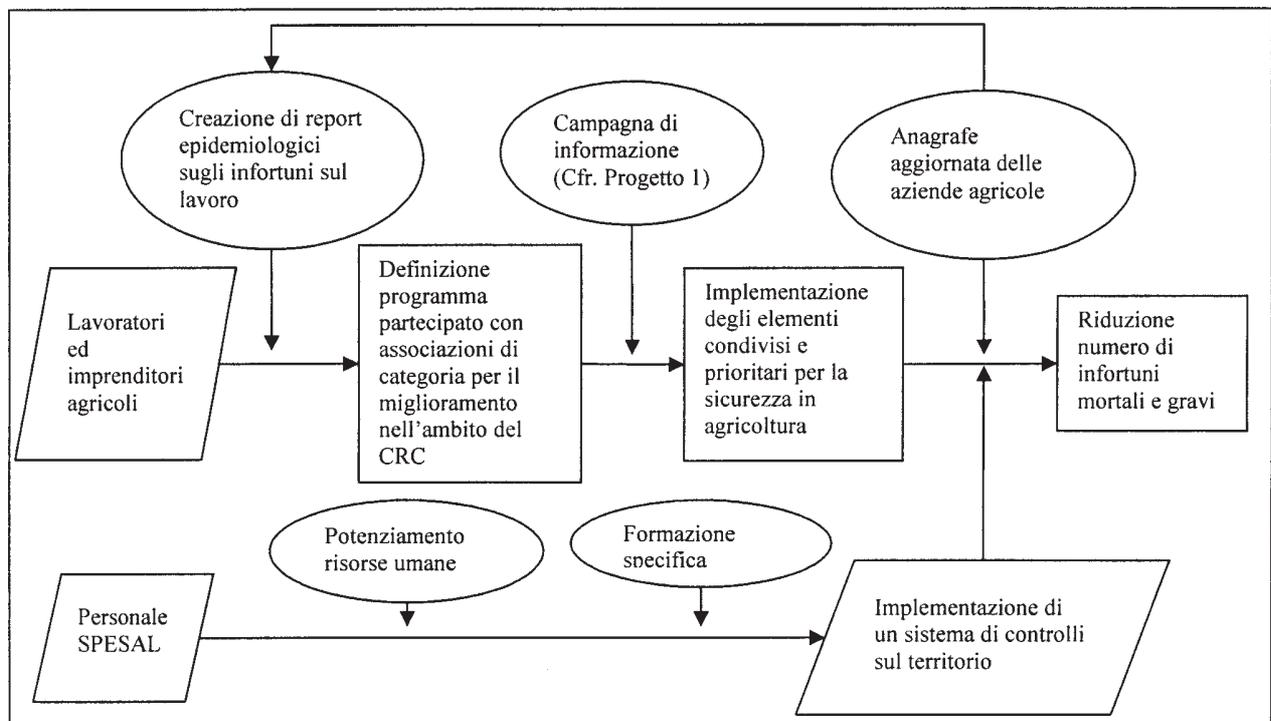
Beneficiari

- Lavoratori ed imprenditori agricoli

Attori

- Assessorato regionale alle Politiche della Salute
- Servizio Prevenzione E Sicurezza degli Ambienti di Lavoro
- Componenti istituzionali del Comitato regionale di Coordinamento
- Associazioni di categoria
- Centro di osservazione e monitoraggio degli infortuni e delle malattie professionali (presso OER, ai sensi del Piano Regionale di Salute 2008-2010) (COMIMP)

Modello logico



Quadro logico

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	IOV	Mezzi di verifica	Rischi ed assunzioni
-----------------------	------------------------	-----	-------------------	----------------------

Obiettivo generale	Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo			
Obiettivo specifico	Implementazione di una programmazione partecipata per il miglioramento della sicurezza in agricoltura	N. 1 programma di controllo partecipato all'anno	Atti ufficiali	Intesa con associazioni di categoria
Risultato atteso 1	Redazione di programmi partecipati di miglioramento della sicurezza in agricoltura nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento	N. 1 programma di miglioramento della sicurezza in agricoltura redatto all'anno	Atti ufficiali	Intesa con associazioni di categoria
Risultato atteso 2	Formazione specifica del personale degli SPESAL	N. 1 corso di formazione per operatori SPESAL/anno	Registri	
Risultato atteso 3	Creazione di report periodici epidemiologici sugli infortuni sul lavoro	N. 1 report epidemiologico regionale all'anno	Report	
Risultato atteso 4	Creazione e mantenimento di un'anagrafe aggiornata delle aziende agricole presenti sul territorio regionale	N. aziende agricole presenti sull'anagrafe regionale	Presenza dell'anagrafe regionale	
Risultato atteso 5	Potenziamento del sistema di controlli sul	N. controlli annuali sul territorio	Report	

	territorio (SPESAL)	regionale		
Attività		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Individuazione di un gruppo tecnico regionale per la programmazione con metodo PCM	Risorse umane	Cfr. presente programma, progetto 3, attività 2.3	
Attività 2.1	Organizzazione di corsi di formazione	Risorse strutturali Materiale Risorse umane		
Attività 3.1	Attivazione di un sistema per il monitoraggio dei fattori di rischio e per lo studio delle dinamiche infortunistiche	Risorse umane	Cfr. presente programma, progetto 3, attività 2.3	
Attività 3.2	Implementazione dei flussi informativi INAIL-Regioni	Risorse umane	Cfr. presente programma, progetto 3, attività 2.3	
Attività 4.1	Acquisizione delle informazioni contenute nei sistemi istituzionali a livello regionale e nelle anagrafi zootecniche	Risorse umane	Cfr. presente programma, progetto 3, attività 2.3	
Attività 4.2	Alimentare il Registro Nazionale con le inchieste di infortunio, quantomeno per i casi legati ad utilizzo di macchine agricole	Risorse umane	Cfr. presente programma, progetto 3, attività 2.3	
Attività 5.1	Potenziamento delle risorse umane in forza agli SPESAL	Risorse umane	Cfr. Prospetto personale PRP 2005-2007	

Piano di valutazione

La responsabilità del monitoraggio del progetto è affidata ad un gruppo tecnico, composto dai Responsabili SPESAL della Regione Puglia (un Responsabile SPESAL per ciascuna ASL) in numero totale di sei. La Cabina di Regia regionale cura la valutazione del presente progetto.

La valutazione *ex-ante* del progetto sarà effettuata a cura della Cabina di Regia a seguito di un processo di elaborazione preliminare ad opera dal gruppo tecnico dei Responsabili SPESAL della Regione Puglia. La valutazione riguarderà la fattibilità degli obiettivi posti in relazione all'attuale assetto organizzativo, nonché la ponderazione degli stessi.

Costituiscono indicatori utili alla valutazione del presente progetto i seguenti:

- N. corsi di formazione per operatori SPESAL/anno;
- N. report epidemiologici regionali/anno;
- N. controlli annuali in agricoltura/anno.

**PROGETTO 3 DEL PROGRAMMA
PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E DELLE PATOLOGIE
LAVORO-CORRELATE IN AGRICOLTURA**

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012: Monitoraggio e contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali

Titolo del progetto: Ricerca attiva dei tumori professionali in agricoltura

Contenuti del progetto

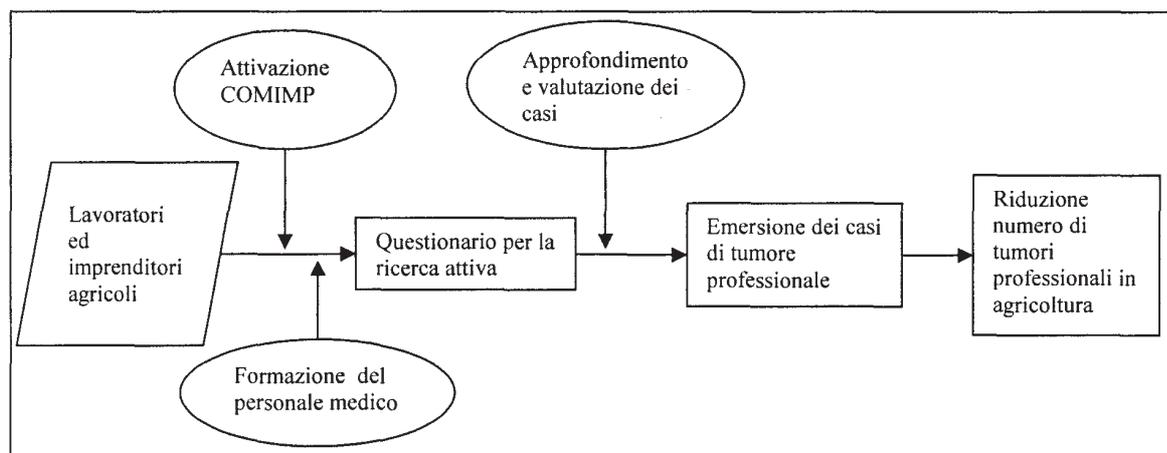
Beneficiari

- Lavoratori ed imprenditori agricoli

Attori

- Assessorato regionale alle Politiche della Salute
- Servizio Prevenzione E Sicurezza degli Ambienti di Lavoro
- Centro di osservazione e monitoraggio degli infortuni e delle malattie professionali (presso OER, ai sensi del Piano Regionale di Salute 2008-2010) (COMIMP)

Modello logico



Quadro logico

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	IOV	Mezzi di verifica	Rischi ed assunzioni
Obiettivo generale	Monitoraggio e contenimento di patologie lavoro-correlate in agricoltura			
Obiettivo specifico	Emersione dei casi di tumore professionale	N. casi definiti positivamente dall'INAIL/N. casi denunciati all'INAIL dagli SPESAL su segnalazione del	Report Denunce di tumore professionale inoltrate all'INAIL	

		COMIMP nell'anno		
Risultato atteso 1	Elaborazione di report regionali	N. 1 report regionale all'anno	Pubblicazione	Qualità delle fonti informative strutturate
Risultato atteso 2	Implementazione di un sistema per la ricerca attiva dei tumori professionali mediante analisi delle SDO	N. casi immessi in MALPROF/anno N. casi con accertamenti conclusi dagli SPESAL/N. casi segnalati dal COMIMP nell'anno N. denunce di tumore professionale effettuate dagli SPESAL all'INAIL/N. casi segnalati dal COMIMP agli SPESAL nell'anno	Report regionale Atti ufficiali (Protocolli di Intesa)	Enti istituzionali (Università degli Studi di Bari, Direzione Regionale INAIL)
Risultato atteso 3	Formazione del personale medico degli SPESAL	N. 1 corso di formazione/anno	Registri	
Attività		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Pubblicazione del report	Materiale Fornitura e servizi		
Attività 1.2	Redazione del report regionale	Risorse umane	Cfr. attività 2.3	
Attività 1.3	Raccolta ed elaborazione dati	Risorse umane	Cfr. attività 2.3	
Attività 2.1	Immissione dei casi nella banca dati MALPROF	Risorse umane	Cfr. Prospetto personale PRP 2005-2007	
Attività 2.2	Effettuazione degli accertamenti conseguenti alla segnalazione da parte del COMIMP allo SPESAL territorialmente competente	Risorse umane	Cfr. Prospetto personale PRP 2005-2007	
Attività 2.3	Istituzione ed	Risorse		

	attivazione del COMIMP presso l'OER Puglia	strutturali Risorse umane		
Attività 3.1	Organizzazione di corsi di formazione	Risorse strutturali Materiale Risorse umane		

Piano di valutazione

La responsabilità del monitoraggio del progetto è affidata ad un gruppo tecnico, composto dai Responsabili SPESAL della Regione Puglia (un Responsabile SPESAL per ciascuna ASL) in numero totale di sei. La Cabina di Regia regionale cura la valutazione del presente progetto.

La valutazione *ex-ante* del progetto sarà effettuata a cura della Cabina di Regia a seguito di un processo di elaborazione preliminare ad opera dal gruppo tecnico dei Responsabili SPESAL della Regione Puglia. La valutazione riguarderà la fattibilità degli obiettivi posti in relazione all'attuale assetto organizzativo, nonché la ponderazione degli stessi.

Costituiscono indicatori utili alla valutazione del presente progetto i seguenti:

- N. casi con accertamenti conclusi dagli SPESAL/N. casi segnalati dal COMIMP nell'anno;
- N. 1 report regionale all'anno;
- N. 1 corso di formazione per medici SPESAL/anno.

**PROGETTO 4 DEL PROGRAMMA
PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI E DELLE PATOLOGIE
LAVORO-CORRELATE IN AGRICOLTURA**

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012: Monitoraggio e contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali

Titolo del progetto: Prevenzione delle patologie osteoarticolari lavoro-correlate in agricoltura

Contenuti del progetto

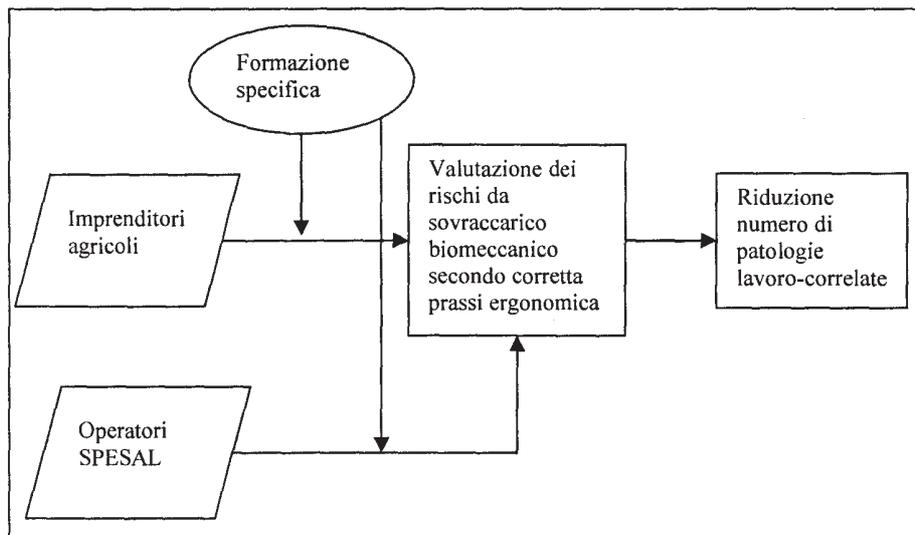
Beneficiari

- Imprenditori agricoli

Attori

- Assessorato regionale alle Politiche della Salute
- Servizio Prevenzione E Sicurezza degli Ambienti di Lavoro
- Associazioni di categoria

Modello logico



Quadro logico

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	IOV	Mezzi di verifica	Rischi ed assunzioni
Obiettivo generale	Monitoraggio e contenimento di patologie lavoro-correlate in agricoltura			
Obiettivo specifico	Adozione di corrette prassi ergonomiche per la valutazione del	N. eventi/anno N. operatori SPESAL formati/anno N. operatori e	Registri	

	rischio da sovraccarico biomeccanico	consulenti aziendali formati/anno		
Risultato atteso 1	Organizzazione di corsi di formazione specifica da parte di un'ASL pilota	N. eventi formativi all'anno	Registri	Protocolli di Intesa con le associazioni di categoria
Attività		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Realizzazione di corsi di formazione per operatori e consulenti aziendali sulle prassi per l'effettuazione delle valutazioni del rischio da sovraccarico biomeccanico	Risorse strutturali Risorse umane	Autofinanziamento	
Attività 1.2	Realizzazione di corsi di formazione per operatori dei servizi (operatori del lavoro) sulle prassi per l'effettuazione delle valutazioni del rischio da sovraccarico biomeccanico	Risorse strutturali Risorse umane		

di valutazione

La responsabilità del monitoraggio del progetto è affidata ad un gruppo tecnico, composto dai Responsabili SPESAL della Regione Puglia (un Responsabile SPESAL per ciascuna ASL) in numero totale di sei. La Cabina di Regia regionale cura la valutazione del presente progetto.

La valutazione *ex-ante* del progetto sarà effettuata a cura della Cabina di Regia a seguito di un processo di elaborazione preliminare ad opera dal gruppo tecnico dei Responsabili SPESAL della Regione Puglia. La valutazione riguarderà la fattibilità degli obiettivi posti in relazione all'attuale assetto organizzativo, nonché la ponderazione degli stessi.

Costituiscono indicatori utili alla valutazione del presente progetto i seguenti:

- N. eventi/anno;
- N. operatori e consulenti aziendali formati/anno;
- N. operatori SPESAL formati/anno.

MACROAREA:

Prevenzione Universale

Titolo del progetto o programma:

Ambiente di vita sicuro.

Identificativo della linea o delle linee di intervento generale

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico.

Descrizione dell'intervento programmato

Obiettivo generale: Diminuire il rischio di incidente domestico

Beneficiari e attori:

Target finale: popolazione 50-65 anni residenti in Puglia

Target intermedio: i cosiddetti "Moltiplicatori dell'azione preventiva" (ossia quei soggetti che pur non avendo uno specifico ruolo nell'ambito della prevenzione, a vario titolo entrano in contatto con i destinatari finali assumendo un ruolo importante nel promuovere il cambiamento) che operano sia in contesti educativo-formativi che sociali

Attori coinvolti nella realizzazione dell'azione proposta: Operatori sanitari AASSLL Puglia (Dipartimento di Prevenzione, Referenti per la Promozione della Salute, Reti Locali e agenzie del terzo settore presenti sul territorio; Associazioni di categoria (Associazioni delle casalinghe e dei pensionati etc).

Analisi di contesto

Ogni anno in Italia gli incidenti domestici mandano al Pronto soccorso oltre un milione e mezzo di persone, di cui 130.000 vengono ricoverate e 7.000 non sopravvivono. Sono questi i dati relativi al biennio 2005-06 elaborati dal SINIACA, il Sistema informativo nazionale sugli incidenti in ambiente di civile abitazione dell'Istituto Superiore di Sanità. Gli incidenti domestici che giungono più spesso a un pronto soccorso sono le cadute (quaranta per cento), le ferite da taglio o punta (quindici per cento), gli urti o schiacciamenti (dodici per cento). Tra i soggetti che vengono ricoverati per incidente domestico, oltre il settanta per cento è caduto, e si tratta soprattutto di ultra sessantacinquenni e di donne. Sulla base delle statistiche correnti si può infatti stimare che le cadute degli anziani con più di 65 anni siano responsabili dei due terzi di tutte le morti per incidente domestico.

Con questo progetto si vuole offrire un percorso formativo che coinvolga non solo le istituzioni pubbliche ma anche dei gruppi di società civile (servizi di assistenza domiciliare, Rsa, hospice, case alloggio, centri per anziani, associazioni di casalinghe, associazioni civiche, scuole, ecc.) affinché possano diventare una sorta di moltiplicatori della prevenzione per il resto delle comunità in cui operano.

La sensibilizzazione della popolazione passa anche attraverso il coinvolgimento dei diversi attori, in particolare di coloro che non sono istituzionalmente dedicati alla prevenzione, che possono svolgere un ruolo educativo attivo, e conseguentemente favorire l'attivazione di nuove iniziative di prevenzione.

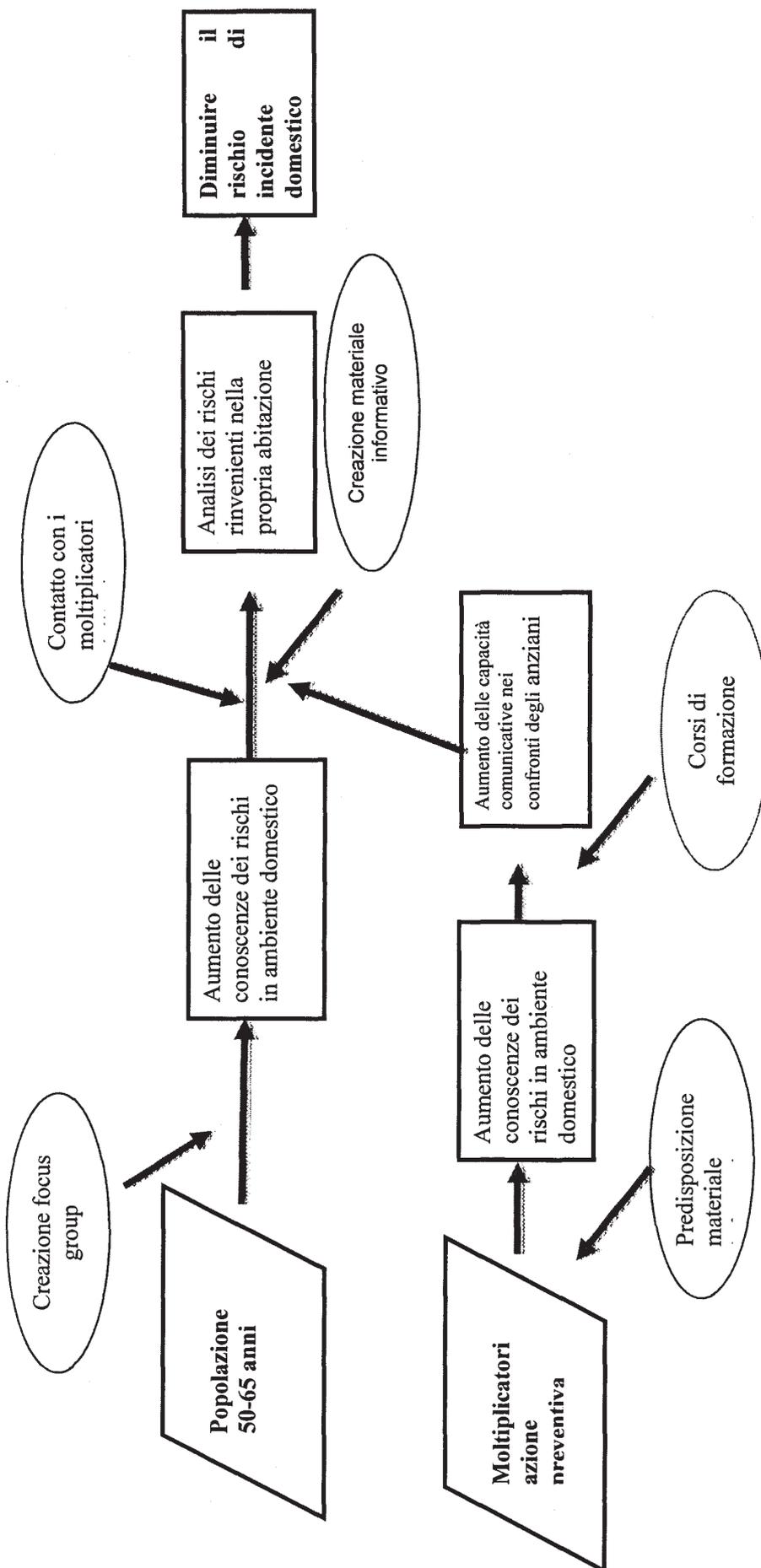
L'esperienza pilota, effettuato nella ASL BAT, ha permesso la formazione di 280 moltiplicatori della prevenzione. Risulta fondamentale proseguire con le attività per formare un maggior numero di operatori ed attivare percorsi di formazione rivolti ai moltiplicatori dell'azione preventiva su tutto il territorio regionale, creando nuovi circuiti per l'allargamento dell'attività preventiva e raggiungere in modo efficace il target finale.

MODELLO LOGICO

Nei riquadri a sinistra del disegno troviamo i destinatari del progetto (finali: giovani 13-30 anni, e intermedi: operatori sanitari e moltiplicatori); nei rettangoli in sequenza troviamo gli attesi di cambiamento che ci si attende a seguito del progetto (espressi in termini di modifiche: credenze, conoscenze,), per ciascuna categoria di destinatari; nei cerchi troviamo le azioni da intraprendere per conseguire le modifiche attese.

Nel riquadro a destra troviamo l'obiettivo generale del progetto.

Come si vede, il progetto prevede azioni "a cascata" tali che ad una formazione con gli operatori sanitari, segue una formazione con i "*moltiplicatori dell'azione preventiva*" (ad opera degli stessi operatori sanitari formati): questi interventi quindi sono sia obiettivo (della formazione con i moltiplicatori) sia strumento (per conseguire l'obiettivo relativo ai destinatari finali). Per tale motivo, il disegno ha richiesto intrecci e linee di connessione



Quadro logico del progetto:

Al modello logico segue il quadro logico, che ha lo scopo di presentare le azioni legate agli obiettivi precedentemente individuati, con i relativi indicatori di verifica.

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Diminuire il rischio di incidente domestico nella popolazione target.			
Obiettivo specifico n. 1	Sensibilizzare i "moltiplicatori dell'azione preventiva sui rischi connessi agli incidenti domestici;	N. e tipologia di moltiplicatori formati. N. corsi rivolti ai moltiplicatori effettuati. N. di interventi pianificati. % di risposte corrette post formazione.	Fogli di presenza dei corsi. Verbali di incontri organizzativi (per la preparazione dei corsi). Documenti progettuali relativi agli interventi. Questionari post apprendimento.	Scarsa collaborazione degli enti coinvolti, difficoltà di coinvolgimento dei "moltiplicatori".
Obiettivo specifico n. 2	Favorire, tra gli operatori della prevenzione, l'individuazione di strategie comunicative e modalità didattiche adeguate ai diversi destinatari finali;	N. di interventi attivati dai moltiplicatori. N. di giovani che dichiarano di aver modificato i propri comportamenti o atteggiamenti o credenze comportamenti corretti / n. di giovani raggiunti dagli interventi, nei due contesti.	Documenti relativi agli interventi. Indagini qualitative (es. focus group).	
Risultato atteso 1 per obiettivo 1	Promuovere l'attivazione di interventi locali di sensibilizzazione e informazione rivolti a tutti i cittadini (in particolare casalinghe ed anziani). -	N. di interventi pianificati nei due contesti. N. di moltiplicatori che hanno pianificato interventi/ moltiplicatori formati.	Report degli interventi. Accordi/protocolli con (associazioni autoscuole, associazioni gestori dei locali, ufficio scolastico territoriale etc).	Mancanza di finanziamento preposto al mantenimento dell'attività progettuale e degli interventi stessi.

Costituzione gruppi locali per "Prevenzione incidenti domestici" con coinvolgimento di vari enti, amministrazioni, agenzie del territorio (creazione alleanze).	Atti formali: accordi istituzionali/ protocolli di adesione.	N. 1 Gruppo locale per "Prevenzione incidenti domestici" per territorio.	Mantenimento collaborazione Gruppo locale per "Prevenzione incidenti stradali" per territorio.	
Attivazione percorsi di formazione per operatori sanitari	Sistema accreditamento Formazione ECM Nazionale/ Regionale.	1 edizione corso di formazione per operatori sanitari.	2 edizione corso di formazione per operatori sanitari.	
Individuazione e reclutamento moltiplicatori dei contesti educativi/formativi e del divertimento.	Registri o fogli iscrizione ai corsi.	100 moltiplicatori individuati per 1° edizione	200 moltiplicatori dei contesti educativi/ formativi e del divertimento.	
N. dei corsi di formazione attivati per moltiplicatori.	Piani locali di formazione, reportistica.	6 corsi realizzati per moltiplicatori	12 corsi di formazione attivati per moltiplicatori.	
Incremento delle conoscenze nella popolazione target.	Questionari di apprendimento pre-post.	70 % di risposte corrette al questionario post.	70% di risposte corrette al questionario post.	

MACROAREA:

Prevenzione universale

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

La Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione

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 della vaccinazione (poliomielite, difterite, epatite B, morbillo, rosolia congenita) o del significativo contenimento (tetano, pertosse, malattie invasive da *Haemophilus Influenzae* di tipo B)
- Definire le strategie vaccinali per preparati non ancora inseriti nei LEA o per i quali sono disponibili nuove conoscenze (influenza, pneumococco 23-valente) o per cui devono essere acquisite ulteriori conoscenze

TITOLO DEL PROGRAMMA/PROGETTO

Promozione delle vaccinazioni in tutte le fasi della vita

Vaccinazioni

Il quadro di riferimento regionale

Il Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007 della Regione Puglia è stato definito ai sensi della Legge 138/2004 e dell'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 23 Marzo 2005 ed è stato formulato secondo le indicazioni contenute nella Guida alla presentazione dei progetti.

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) è stato approvato con DGR 28 giugno 2005, n. 924; successivamente, con DGR 30 dicembre 2005, n. 2037 è stato approvato il Piano Regionale Vaccini che ha indicato gli obiettivi di salute da raggiungere con le vaccinazioni nel triennio 2005-2007 in Puglia.

La vigenza del Piano della Prevenzione è stata prorogata per gli anni 2008 e 2009.

Caratteristiche del progetto

Titolo del progetto: Vaccinazioni

Finalità:

- Realizzare la gestione informatizzata delle vaccinazioni
- Migliorare la qualità dell'offerta vaccinale
- Aumentare le coperture nelle categorie a rischio

Popolazione target:

- circa 850.000 residenti nella Regione Puglia di età compresa tra 0 e 14 anni
- circa 1.200.000 residenti nella Regione Puglia di età superiore a 64 anni
- stimati 22.500 residenti nella Regione Puglia di età compresa tra 18 e 64 anni con patologie croniche

Obiettivi realmente perseguiti

Tutte le attività del PRP sono state avviate e gli obiettivi ampiamente raggiunti. Tutti gli obiettivi e le attività del progetto Vaccinazioni hanno avuto estensione regionale.

Gli anni di proroga 2008 e 2009 sono stati utili a consolidare i risultati raggiunti attraverso la riproposizione di alcuni obiettivi e la reiterazione, prosecuzione e sviluppo di alcune azioni previste dalla programmazione 2005-2007.

Sia gli obiettivi che le azioni di consolidamento sono risultati costantemente coerenti con le linee programmatiche e di indirizzo della Commissione Regionale Vaccini, in accordo alle linee programmatiche nazionali.

Monitoraggio del progetto

Il coordinamento del Progetto a livello regionale è stato affidato alla Commissione Regionale Vaccini supportata dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale per le attività di *monitoring* ed *audit*.

Per tutta la durata del progetto è stata costituita presso ciascuna ASL una Unità Aziendale di Progetto (UAP) costituita dal Direttore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione, da un rappresentante dei Pediatri di Libera Scelta, uno dei Medici di Medicina Generale ed un Assistente sanitario o Infermiere dei Servizi di vaccinazione.

La D.G.R. n. 234 del 26 febbraio 2008 ha previsto, nell'ambito delle azioni del piano di Sostegno delle funzioni di interfaccia tra il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie e le Regioni e le Province autonome, l'istituzione di un gruppo di lavoro che cura il monitoraggio dell'informatizzazione dei servizi vaccinali.

Il monitoraggio delle coperture vaccinali raggiunte nel corso del progetto è stato effettuato correntemente attraverso la valutazione dei dati di copertura vaccinale raccolti dalle rilevazioni routinarie (ex modello 19) inviate annualmente al Ministero della Salute e attraverso l'indagine campionaria ICONA 2008. L'Osservatorio Epidemiologico Regionale ha inoltre effettuato studi *ad hoc* sulla vaccinazione anti-pneumococcica 23-valente, sulle coperture vaccinali negli operatori sanitari e sulla vaccinazione anti-epatite A. L'Osservatorio ha altresì curato specifiche *survey* sulle abilità comunicative degli operatori sanitari e sull'organizzazione dei servizi.

Criticità

- ritardi nell'integrazione tra archivi (anagrafe vaccinale, sorveglianza malattie infettive, sorveglianza reazioni avverse a vaccinazione) dovuti alla realizzazione del nuovo sistema informativo sanitario regionale
- adeguamento strutturale e adesione a standard degli ambulatori vaccinali

Risultati ottenuti e indicatori di esito

- messa a punto e avvio di procedure di "chiamata attiva" uniformi per tutta la Regione per le vaccinazioni routinarie e per quelle di più recente introduzione; valutazione modalità di acquisizione delle liste dei nuovi nati (confronto tra anagrafi vaccinali ed anagrafi comunali)
- censimento delle dotazioni hardware, delle risorse materiali e umane degli ambulatori vaccinali
- acquisto computer
- predisposizione e rilascio di nuova versione software GIAVA per l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali; fornitura hardware; recupero storico vaccinazioni in anagrafe informatizzata
- assunzione e formazione ad hoc del personale
- definizione a livello regionale degli standard strutturali degli ambulatori vaccinali;
- programmazione e attivazione di incontri tra SV e MMG/PLS; formazione continua
- predisposizione di liste di gruppi a rischio (adulti e bambini); offerta attiva di vaccinazioni in gruppi a rischio
- organizzazione sistema di sorveglianza reazioni avverse

Contenuti del programma/progetto:Aspetti generali:**Beneficiari***Target:*

- circa 850.000 residenti nella Regione Puglia di età compresa tra 0 e 14 anni
- circa 23.000 ragazze nel corso del diciottesimo anno di vita
- circa 1.200.000 residenti nella Regione Puglia di età superiore a 64 anni
- stimati 22.500 residenti nella Regione Puglia di età compresa tra 18 e 64 anni con patologie croniche

Attori:

- Cabina di Regia Piano Regionale della Prevenzione
- Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia
- Referente Vaccinazioni di ASL
- Operatori SISP (medici, assistenti sanitari, infermieri)
- Pediatri di Libera Scelta
- Medici di Medicina Generale

Analisi di contesto

La pratica vaccinale in Puglia è da sempre pianificata, coordinata e gestita nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione attraverso i Servizi di Vaccinazione, facenti capo ai singoli Servizi di Igiene e Sanità Pubblica. Per quanto riguarda le vaccinazioni dell'infanzia, esse sono comunemente effettuate negli ambulatori dei Servizi di Vaccinazione. La somministrazione delle vaccinazioni dell'adulto e dell'anziano è eseguita negli ambulatori dei Medici di medicina generale in seguito a specifici accordi di programma e sempre sotto il coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione.

Gli ultimi quindici anni sono stati caratterizzati da un progressivo arricchimento dell'offerta di vaccini per l'età pediatrica, il cui numero è passato dalle 4 vaccinazioni obbligatorie routinariamente somministrate nel 1992 alle 14 vaccinazioni previste nel Calendario Vaccinale della Regione Puglia entrato in vigore a partire dall'ottobre 2010.

Stato dell'arte prima l'introduzione del Piano di prevenzione*Coperture vaccinali in età pediatrica*

Le coperture per le vaccinazioni dell'età pediatrica somministrate nel primo anno di vita, routinariamente monitorate risultano stabilmente superiori al 95% (Tabella 1).

Per quanto riguarda la vaccinazione MPR, la copertura vaccinale, pur mostrando un trend in aumento nel tempo, non ha ancora raggiunto l'obiettivo del 95% stabilito dal Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (Tabella 1). Come nelle altre regioni italiane, l'obiettivo di interrompere la trasmissione indigena del morbillo entro il 2007 non è stato raggiunto e, di conseguenza, anche l'obiettivo di eliminare il morbillo entro l'anno 2010 è stato nei fatti differito. controllare

Tabella 1

Coperture vaccinali (%), Puglia, coorti di nascita 2002-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Anti-polio	94,8	99,0	96,2	97,5	96,7	97,0
DTP	94,1	98,5	96,3	97,5	96,7	97,0
Anti-epatite B	93,3	99,1	96,1	97,5	96,7	97,0
MPR	88,1	89,4	88,3	92,2	92,0	92,3
Hib	91,0	96,7	93,7	97,4	96,3	97,0

Per quanto riguarda le vaccinazioni previste da specifici programmi regionali non sono disponibili rilevazioni routinarie. La Tabella 2 mostra i valori di copertura per le vaccinazioni anti-pneumococcica 7-valente, anti-varicella, anti-meningococco C e anti-epatite A rilevate dalle indagini ICONA 2003 e 2008.

Tabella 2

Coperture vaccinali per le vaccinazioni anti-pneumococcica 7-valente, anti-varicella, anti-meningococco C e anti-epatite A, Puglia, ICONA 2003 (coorte 2001) e ICONA 2008 (coorte 2006)

Vaccino	ICONA 2003	ICONA 2008
Anti-pneumococco 7-valente	3,8	81,9
Anti-meningococco C	-	60,0
Anti-varicella	0	49,0
Anti-epatite A	-	64,8

Coperture vaccinali negli adolescenti

Le coperture per le vaccinazioni degli adolescenti sono state rilevate dallo studio ICONA 2008 sulla coorte di nascita 1992 (Tabella 3).

Tabella 3

Coperture vaccinali per le vaccinazioni raccomandate agli adolescenti, coorte 1992, Puglia, ICONA 2008, per dose

Vaccino	3 dosi	4 dosi	5 dosi
Anti-polio	99,0	94,8	
DT	100	97,6	64,8
Anti-epatite B	97,6		
Anti-pertosse	50,0	40,9	33,8
	1 dose	2 dosi	
Morbillo	78,6	53,8	
Parotite	76,2		
Rosolia	76,2		

Copertura per la vaccinazione anti-HPV

A partire dal 2008 è stata avviata in Puglia l'offerta della vaccinazione anti-HPV alle ragazze nel corso del dodicesimo anno di vita. In particolare, nell'anno 2008 la vaccinazione è stata offerta attivamente e gratuitamente alle ragazze nate nel 1997, mentre per le ragazze nate nel 1996 è stata disposta l'offerta gratuita ma su richiesta.

Al 31 dicembre 2009 la copertura vaccinale con tre dosi nella coorte 1997 è pari al 78,2%, mentre nella coorte 1996 al 39,1%.

Copertura per la vaccinazione anti-influenzale negli anziani

Le coperture per la vaccinazione anti-influenzale negli anziani nelle ultime 6 stagioni hanno registrato un trend in lieve aumento; tuttavia, non è stato ancora raggiunto l'obiettivo di copertura del 75% raccomandato dal Ministero della Salute (Tabella 3).

Tabella 3

Coperture per la vaccinazione anti-influenzale negli anziani, Puglia, stagioni 2004/2005- 2009/2010

Stagione	Copertura (%)
2004-2005	72,7
2005-2006	70,5
2006-2007	70,0
2007-2008	68,7
2008-2009	73,8
2009-2010	73,0

Coperture per la vaccinazione anti-pneumococcica 23-valente nei soggetti a rischio e negli anziani

La disponibilità del vaccino polisaccaridico 23-valente e la rilevanza clinica ed economica delle malattie da *S. pneumoniae* hanno indotto già da diversi anni la Regione Puglia a promuovere l'offerta attiva del vaccino nei gruppi a maggior rischio di infezione.

Nel 2000 era stato stilato un programma operativo regionale che prevedeva l'individuazione di cinque coorti di nascita di soggetti di età ≥ 65 anni da vaccinare nell'arco di cinque anni (intervallo pari alla durata di protezione del vaccino). Nel sesto anno della campagna vaccinale era pianificato il richiamo della prima coorte insieme con la vaccinazione dei nuovi sessantacinquenni e così via per gli anni successivi.

Nel 2005 è stato riproposto un modello coordinato regionale di vaccinazione attraverso una collaborazione tra ASL e Medici di Medicina Generale, da implementarsi sia in concomitanza della campagna annuale di vaccinazione antinfluenzale, sia ad ogni occasione opportuna di contatto dei soggetti di età ≥ 65 anni o appartenenti a gruppi a rischio con i propri medici di base.

Un'indagine *ad hoc* condotta dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale ha consentito di stimare una copertura del 31% nei soggetti anziani e del 23% nei soggetti a rischio nel periodo 2002-2007.

Modello logico

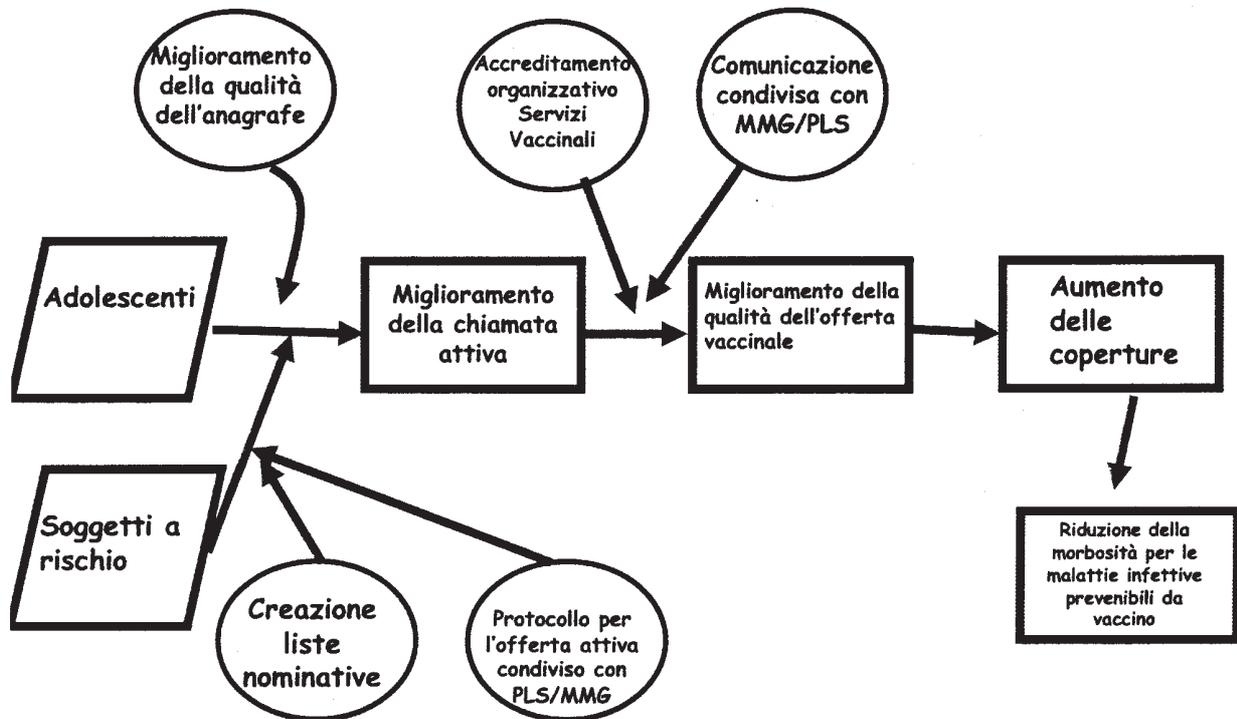
L'analisi delle coperture vaccinali in Puglia mostra il raggiungimento di elevati livelli nell'età pediatrica, mentre sono evidenti valori sub-ottimali o insufficienti negli adolescenti e nei soggetti a rischio per patologie croniche.

Per quanto riguarda gli adolescenti, i principali problemi sono legati alla mancanza di una anagrafe affidabile, al venir meno del ruolo del Pediatra di Libera Scelta con il passaggio al Medico di Medicina Generale, che per motivi culturali e organizzativi spesso svolge una meno intensa attività di promozione delle vaccinazioni, nonché alla difformità di procedure per la chiamata attiva, la comunicazione, il sollecito e l'acquisizione del consenso/dissenso.

Per quanto riguarda i soggetti a rischio, il miglioramento delle procedure di chiamata attiva richiede la creazione di liste degli eligibili e protocolli per l'offerta di vaccinazioni condivisi con i medici di assistenza primaria.

Un'azione cardine per l'aumento delle coperture vaccinali in entrambi i gruppi è il miglioramento della qualità dell'intero "percorso vaccinazioni".

Modello Logico: Promozione delle vaccinazioni negli adolescenti e soggetti a rischio



Quadro Logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo di eliminazione (poliomielite, difterite, epatite B, morbillo, rosolia congenita) o del significativo contenimento (tetano, pertosse, m.i da Haemophilus di tipo B) Definire le strategie vaccinali per preparati non ancora inseriti nei LEA o per i quali sono disponibili nuove conoscenze (influenza, pneumococco 23-valente) o per cui devono essere acquisite ulteriori conoscenze			
Obiettivo specifico	Raggiungere le coperture vaccinali raccomandate per gli adolescenti e per i soggetti a rischio per patologia	Copertura vaccinale negli adolescenti Copertura vaccinale nei soggetti a rischio	Anagrafe vaccinale informatizzata Studi ad hoc	Reclutamento risorse umane limitato
Risultati attesi	1. Miglioramento delle attività di chiamata attiva della popolazione target delle vaccinazioni 2. Raggiungimento di standard di qualità organizzativa in tutti i Servizi vaccinali regionali	1. Aumento delle Coperture vaccinali 2. Accredimento dei Servizi Vaccinali	1. Anagrafe vaccinale informatizzata 2. Audit regionale	Collaborazione con i Comuni per l'allineamento delle anagrafi Problemi strutturali dei Servizi vaccinali

Attività		Mezzi	Costi	
1.1	Completare il processo di informatizzazione delle anagrafi vaccinali con il recupero dello storico	Personale dei Servizi Vaccinali	Incentivi al personale o reclutamento	
1.2	Aumentare la completezza e l'affidabilità dell'anagrafe sanitaria	Allineamento con anagrafi comunali	Incentivi al personale o reclutamento	
1.3	Creare liste nominative dei pazienti a rischio per patologie a partire dai database sanitari	Personale Strutture di Epidemiologia e Statistica Database sanitari correnti		
1.4	Chiamata attiva dei pazienti a rischio per patologia	Aggiornamento software GIAVA	Contratto con software house	
1.5	Definire e condividere i protocolli per la vaccinazione dei soggetti a rischio con MMG e PLS	Commissione Regionale Vaccini predispone un protocollo che viene condiviso con i rappresentanti dei PLS e MMG e diffuso nelle ASL		
2.1	Censire lo stato dell'arte dei modelli organizzativi dei servizi vaccinali	Indagine <i>ad hoc</i>	Consulenza esperti	
2.2	Adeguare e diffondere le procedure per la chiamata attiva e il sollecito, anche attraverso strumenti informatici	Aggiornamento software GIAVA	Contratto con software house	
2.3	Redigere uno schema tipo di manuale di qualità organizzativa dei servizi vaccinali	Commissione Regionale Vaccini		

2.4	Adozione del manuale da tutti i servizi	Direzione Servizio di Igiene e Sanità Pubblica		
-----	---	--	--	--

Piano di valutazione

Responsabile del monitoraggio delle attività di progetto è a livello regionale la Commissione Regionale Vaccini e a livello locale il Direttore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

In fase di valutazione *ex ante* il progetto sarà oggetto di *audit* con i responsabili dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e i referenti aziendali per le vaccinazioni. La valutazione riguarderà la fattibilità degli obiettivi e la consistenza degli indicatori, anche in relazione ai flussi informativi attualmente esistenti nell'ambito dei Dipartimento di Prevenzione.

In fase di realizzazione, il miglioramento dell'anagrafe vaccinale sarà valutato sul numero di ambulatori che hanno implementato e messo a regime l'archivio informatizzato e attraverso il confronto di alcuni indicatori (copertura vaccinale, ritardi) ricavati da fonti routinarie e da studi *ad hoc*.

Verranno, inoltre, effettuate indagini con metodo *capture-mark-recapture* per la valutazione dell'allineamento dell'anagrafe sanitaria con le anagrafi comunali.

La valutazione della creazione di liste di categorie a rischio per patologia cronica sarà effettuata dalla Commissione Regionale Vaccini tenendo conto dei seguenti indicatori:

- semplicità (tempo necessario per la creazione dell'anagrafe informatizzata dei soggetti affetti da patologie croniche attraverso l'uso di fonti routinarie di dati)
- proporzione di soggetti individuati ed inseriti nell'anagrafe rispetto a tutti i pazienti cronici
- estensione del modello di anagrafe a tutte le ASL territoriali

L'accreditamento dei servizi sarà valutato tenendo conto dei seguenti indicatori:

- condivisione del modello di manuale di qualità con le società scientifiche e associazioni di settore (Società Italia di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Associazione Nazionale Assistenti Sanitari, Collegi IPASVI)
- proporzione di servizi che hanno redatto un proprio manuale
- *audit* del percorso qualità nei servizi

Macroarea:

Prevenzione universale

Linea di intervento generale:

Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012

Ridurre le infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con particolare riguardo a quelle determinate da pratiche assistenziali condotte in modo scorretto (profilassi perioperatoria, cateterizzazione)

Titolo del programma/progetto

Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza socio-sanitaria

Contenuti del programma/progetto:Aspetti generali:**Beneficiari**

Pazienti ricoverati in strutture ospedaliere pugliesi, pubbliche e private, all'interno di unità operative per acuti o lungodegenza. Ogni anno si registrano in Puglia circa 620.000 ricoveri. Pazienti ricoverati in Residenza Sanitaria Assistenziale.

Attori

Cabina di Regia del Piano Regionale della Prevenzione	Coordinamento delle attività di progetto
Osservatorio Epidemiologico Regionale	Coordinamento e monitoraggio del progetto Raccolta ed elaborazione dei dati delle rilevazioni Redazione di report
Direzione Medica di Presidio Ospedaliero/ Comitato di Lotta alle Infezioni Ospedaliere	Pianificazione e gestione delle procedure di rilevazione Redazione dei protocolli di controllo e verifica dell'applicazione
Laboratori di microbiologia	Collaborazione alle attività di sorveglianza
Personale medico e infermieristico	Esecuzione delle rilevazioni

Analisi di contesto**La rete dell'assistenza ospedaliera in Puglia**

In Puglia sono presenti 68 presidi ospedalieri, da classificarsi, sulla base delle previsioni del Piano Regionale Salute, in ospedali di primo livello, di livello intermedio e di riferimento provinciale e/o regionale.

Il Piano di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012 (L.R. 12/2010) prevede la riconversione di 18 ospedali. Per effetto del piano, si stima che nel 2011 saranno attivi 14.597 posti letto, di cui 13.348 per acuti.

Il sistema di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere in Puglia

Il Regolamento di Giunta Regionale n. 3 del 13 gennaio 2005, attuativo della L.R. n. 8 del 28 maggio 2005, stabilisce l'attivazione in Puglia di "sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere con l'individuazione delle figure professionali responsabili e l'adozione di protocolli tecnici" e che "l'attività sia documentata con rapporti semestrali oggettivati mediante la formulazione e la rilevazione di indicatori specifici".

La sorveglianza attraverso studi di prevalenza puntuale con periodicità annuale è stata di fatto avviata in tutta la Regione già nel 2004. Nel 2007 e nel 2008 sono state effettuate rilevazioni regionali di prevalenza semestrali.

Le indagini sono state coordinate dall'Agenzia Regionale Sanitaria e dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale e sono state gestite dalle direzioni mediche di presidio, nel cui ambito sono stati individuati un referente medico ed uno infermieristico.

Negli studi di prevalenza effettuati nel triennio 2004-2006 sono stati reclutati rispettivamente 6.209

pazienti nel 2004, 5.588 nel 2005 e 5.774 nel 2006. La prevalenza delle infezioni ospedaliere, per area di assistenza, appare sostanzialmente stabile (Tabella 1), con l'eccezione dell'area medica in cui si nota una riduzione nel triennio.

Tabella 1

Prevalenza delle infezioni ospedaliere, per area di assistenza. Puglia, 2004-2006

Area	2004	2005	2006
Area Chirurgica	4,7%	4,4%	4,8%
Area Medica	5,8%	3,3%	4,8%
Area di Terapia Intensiva	30%	34,8%	30,4%

Per quanto riguarda la localizzazione, la sede di infezione più frequente è stata rappresentata dalle vie respiratorie, seguita dalle vie urinarie, ferita chirurgica e batteriemie (Tabella 2).

Tabella 2

Localizzazione (%) delle infezioni ospedaliere. Puglia, 2004-2006

Localizzazione	2004	2005	2006
Basse vie respiratorie	21,7	27,6	27
Vie urinarie	18,6	16,6	16,5
Ferita chirurgica	10,6	9,3	8,8
Batteriemie	8,3	7,6	8,5
Altre sedi	40,8	38,9	39,2

La proporzione di pazienti a cui, nel corso della degenza, era stata somministrata terapia antibiotica è risultata del 50,3% nel 2004, 52% nel 2005 e 53,4% nel 2006. I casi di infezione per cui era disponibile un esame colturale erano il 40,8% nel 2004, il 48,5% nel 2005 e il 49,1% nel 2006.

Il Progetto INF-OSS

Nel 2006 il Centro Nazionale per la Prevenzione e Controllo delle Malattie (CCM) ha promosso e finanziato il progetto interregionale "Prevenzione e controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, Progetto Inf-Oss", ponendolo tra i propri obiettivi strategici. Al progetto, coordinato dalla Regione Emilia Romagna hanno aderito diverse Regioni italiane, tra cui la Puglia.

Il progetto ha avuto per oggetto non solo le infezioni associate all'assistenza ospedaliera per acuti, ma anche quelle correlate alla assistenza residenziale e domiciliare per anziani e all'assistenza ambulatoriale. Obiettivo specifico è stato promuovere la prevenzione delle infezioni, attraverso lo sviluppo e l'adozione di strumenti comuni tra le Regioni per quanto concerne la sorveglianza, i criteri di accreditamento delle strutture relativi alla sorveglianza delle infezioni, la promozione di pratiche assistenziali sicure, la gestione e comunicazione del rischio.

Nell'ambito del progetto INF-OSS sono state realizzate diverse attività su *topic* specifici, come il monitoraggio dei programmi di controllo delle infezioni a livello nazionale, la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico e la sorveglianza in strutture di terapia intensiva e residenziali; per quest'ultima è stato utilizzato il protocollo dell'*European Surveillance of Antimicrobial Consumption* (ESAC-3), Sottoprogetto *Nursing Homes*.

Di seguito si sintetizzano i principali risultati delle attività realizzate:

Monitoraggio dei programmi di controllo delle infezioni a livello nazionale. Nel 2007 è stata condotta una indagine conoscitiva al fine di descrivere nelle Regioni italiane lo stato dei programmi di controllo delle infezioni, valutare eventuali miglioramenti nella diffusione dei programmi rispetto

alle precedenti indagini nazionali ed esaminare il grado di integrazione del programma di controllo del rischio infettivo con altri programmi delle Aziende sanitarie (gestione del rischio clinico, qualità dell'assistenza, governo clinico). L'indagine è stata condotta attraverso tre questionari, uno inviato ai direttori generali delle aziende sanitarie o ospedaliere o case di cura e due invece indirizzati ai Gruppi di Lavoro sulle infezioni ospedaliere. In Puglia hanno partecipato all'indagine il 78% delle Aziende Sanitarie/Case di cura e il 69% dei presidi ospedalieri. Il 71% delle strutture indagate aveva attivo un programma di controllo delle infezioni ospedaliere e un Comitato di Lotta alle Infezioni Ospedaliere. Nel 71% di esse era stato individuato ufficialmente un responsabile di programma e il 57% aveva un piano delle attività approvato dalla direzione aziendale. Nel 44% delle aziende sanitarie era individuato un infermiere addetto alle infezioni ospedaliere e nel 39% anche un medico addetto a tali attività. Il 33% delle strutture aveva un sistema basato sulla sorveglianza di laboratorio, il 56% aveva effettuato almeno uno studio di prevalenza negli ultimi tre anni, il 50% aveva un sistema di sorveglianza per obiettivi e l'11% realizzava una sorveglianza continuativa.

Studio prospettico sulle infezioni del sito chirurgico (ISC). L'obiettivo di questa indagine è stato quello di valutare, in modo prospettico, l'incidenza delle ISC, cumulativa e stratificata per categoria di intervento, e l'indice di rischio calcolato sommando i punti assegnati a tre fattori di rischio (punteggio ASA, categoria e durata dell'intervento). Da febbraio a giugno 2008 sono stati monitorati tutti gli interventi di chirurgia del colon-retto, appendicectomia, colecistectomia, laparotomia, laparoscopia e di riparazione d'ernia effettuati presso le strutture di Chirurgia Generale dell'Ente Ecclesiastico "Miulli" di Acquaviva delle Fonti (BA). La presenza di infezione, in accordo con la definizione del NNIS (*National Nosocomial Infections Surveillance System*), è stata rilevata sia durante il periodo di degenza sia a distanza di 30 giorni dall'intervento tramite contatto telefonico. Sono stati inclusi nello studio 509 pazienti (età media 55 anni). Il 65,8% dei pazienti reclutati aveva subito un "intervento pulito" e il 34,2% un "intervento pulito-contaminato". In 21 pazienti (4,1%) si era sviluppata una infezione superficiale della ferita, in 7 casi rilevata durante il ricovero e in 14 casi dopo la dimissione. Per 6 casi di ISC rilevati durante il ricovero è stato identificato l'agente patogeno con relativo antibiogramma. Gli agenti patogeni isolati sono stati: *Staphylococcus aureus* (2 casi), *Staphylococcus epidermidis* (1), *Enterococcus faecium* (1), *Enterococcus faecalis* (1), *Micrococcus species* (1). Non è stata rilevata nessuna infezione profonda.

ESAC-3, Sottoprogetto Nursing Homes. L'abuso o l'uso improprio di antibiotici in ambito assistenziale è alla base della selezione di ceppi multi-farmaco-resistenti. In mancanza di dati attendibili sull'utilizzo di antibiotici all'interno delle strutture residenziali, nel 2009 è stato avviato a livello europeo lo studio ESAC-3, a cui hanno partecipato 21 Paesi tra cui l'Italia. In Puglia, lo studio è stato realizzato in collaborazione al Consorzio San Raffaele che gestisce 11 residenze sanitarie assistenziali distribuite sul territorio regionale. L'indagine è stata effettuata nel mese di Aprile 2009. In quei giorni un rilevatore addestrato ha verificato, tra tutti gli ospiti di ciascuna struttura, l'assunzione di antibiotici. Per ogni residente che assumeva antibiotici il giorno dell'indagine, è stato compilato un questionario con le informazioni sul trattamento e sullo stato generale del residente. Dall'indagine è emerso che l'8,3% degli ospiti assumeva terapia antibiotica e che l'antibiotico più utilizzato era l'amoxicillina clavulanata.

Clean care is safer care

In occasione della 57° Assemblea Mondiale della Sanità nel maggio 2004 è stata costituita a livello internazionale la *World Alliance Patient Safety* (WAPS, Alleanza mondiale per la sicurezza del paziente) e nell'ottobre 2004 la *Global Patient Safety Challenge* (GPSC, Sfida globale per la sicurezza del paziente) che ha coinvolto i Governi, le istituzioni sanitarie e gruppi di pazienti con lo scopo di promuovere la sicurezza del paziente e ridurre gli effetti avversi sulla salute e le conseguenze sociali di sistemi sanitari non sicuri.

Tra i temi scelti per la *First Global Patient Safety Challenge* per il periodo 2005-2006 vi era la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria attraverso la promozione dell'igiene delle mani con la campagna *Clean Care is Safer Care*.

Clean Care is Safer Care ha avuto l'obiettivo di promuovere l'igiene delle mani attraverso la definizione di linee guida basate su evidenze e la loro implementazione con un intervento multimodale che comprendeva l'accesso a prodotti a base alcolica, la formazione, l'osservazione e il *feedback* dell'adesione all'igiene delle mani, promemoria sul posto di lavoro, un clima mirato alla sicurezza.

In Italia la campagna è stata coordinata dalla Regione Emilia-Romagna, su mandato del CCM ed ha avuto una partecipazione molto ampia: 15 Regioni o Province autonome, 127 Aziende sanitarie, 175 ospedali, 285 Unità operative, per un totale di più di 9.000 operatori coinvolti.

In Puglia la campagna è stata realizzata presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico, il Presidio Ospedaliero San Paolo nella ASL Bari e il Presidio Ospedaliero SS. Annunziata nella ASL Taranto, sotto il coordinamento dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Nell'ambito di *Clean Care* è stata pianificata e condotta un'attività di formazione specifica sul lavaggio delle mani; prima e dopo la fase di formazione sono stati distribuiti tre questionari per indagare la conoscenza e la percezione degli operatori sanitari sul tema dell'igiene delle mani nelle pratiche assistenziali. Hanno partecipato alla campagna 180 operatori sanitari, per il 62% di sesso femminile. L'età media dei partecipanti è risultata pari a 40,8 anni (SD 9,0), quella mediana di 37,5 anni.

Le rilevazioni effettuate prima della fase di formazione evidenziavano che il 50% degli operatori aveva già partecipato ad un corso sull'igiene delle mani; l'85% indicava le mani dell'operatore come la principale via di trasmissione crociata di germi ai pazienti; il 68,2% riteneva che l'utilizzo di gioielli da parte degli operatori sanitari dovesse essere evitato al fine di ridurre la probabilità di colonizzazione delle mani; il 99% riportava che il lavaggio delle mani dopo contatto con il paziente o con un fluido corporeo prevenisse l'infezione nell'operatore sanitario. Il 97,5% degli operatori riteneva che l'efficacia dell'igiene delle mani nel prevenire le infezioni correlate all'assistenza sanitaria fosse alta o molto alta. La rilevazione effettuata dopo la formazione ha evidenziato un'adesione, calcolata come il rapporto "azioni di igiene delle mani fornite/azioni igiene delle mani necessarie", pari al 73%.

The HALTt project. *Surveillance of Healthcare-Associated infections and related practices in European Long-Term care facilities, 2009-2010*

La Regione Puglia partecipa, in collaborazione all'Agenzia Socio-Sanitaria della Regione Emilia Romagna, al progetto HALT. Il Progetto è stato finanziato dall'*European Center for Disease Control and Prevention* e vede tra i suoi partner l'Università Claude Bernard di Lione, lo *Scientific Institute of Public Health* di Bruxelles e l'*Health Protection Agency* di Londra. Il progetto riprende ed amplia la metodologia già utilizzata per lo studio ESAC-3.

L'obiettivo del progetto è promuovere il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e della diffusione di microrganismi antibiotico-resistenti negli Stati europei, attraverso:

- la creazione di una rete di Paesi che partecipino a studi europei ripetuti di prevalenza puntuale;
- la rilevazione della prevalenza di infezioni correlate all'assistenza nelle strutture territoriali di lungodegenza europee;
- la rilevazione di indicatori di processo e struttura relativi al controllo delle infezioni nello stesso gruppo di strutture;
- la definizione e implementazione di una metodologia sostenibile per stimare la prevalenza di infezioni connesse all'assistenza sanitaria nelle strutture di lungodegenza in Europa.

Le attività del progetto in Puglia sono coordinate dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Uno studio di prevalenza puntuale è stato effettuato in via preliminare nel novembre 2009 nelle 11 residenze sanitarie assistenziali del Consorzio San Raffaele. Nel giorno dell'indagine, un rilevatore

addestrato ha analizzato le cartelle cliniche di tutti gli ospiti di ciascuna residenza. Soltanto per i pazienti che assumevano un antibiotico, è stato compilato un questionario contenente informazioni sul trattamento e sullo stato generale del residente. Sono stati individuati 606 residenti eleggibili per lo studio; di questi, il 9% presentava segni di infezione associata all'assistenza. Un paziente su quattro era in trattamento chemioterapico con ciprofloxacina ed uno su cinque con ceftriaxone.

Bibliografia

1. Battista A, Villone G, Salvante D. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in Puglia. *Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità*. Suppl. al n. 1, vol. 21, gennaio-febbraio 2009, pp. 93-101
2. Regione Emilia Romagna. Progetto INF-OSS. Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e sulle attività di pulizia e sanificazione negli ospedali. Disponibile on-line su http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/rischioinfettivo/gr_ist/pr_inf_ccm/4-dati_epidem/indagini/ind_nazionale/indagine_nazionale.pdf
3. Regione Emilia Romagna. "Cure pulite sono cure più sicure". Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Disponibile on-line su http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss_189/link/doss189.pdf
4. Cozza V, Balducci MT, Spica A, Guaccero A, Vece MM, Arbore AM, Fabbri G, Moro L, Addante L, Prato R. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (progetto ESAC-3). Sottoprogetto Nursing Homes. L'esperienza pugliese. Atti della XI Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica. Napoli, 15-17 ottobre 2009

Modello Logico

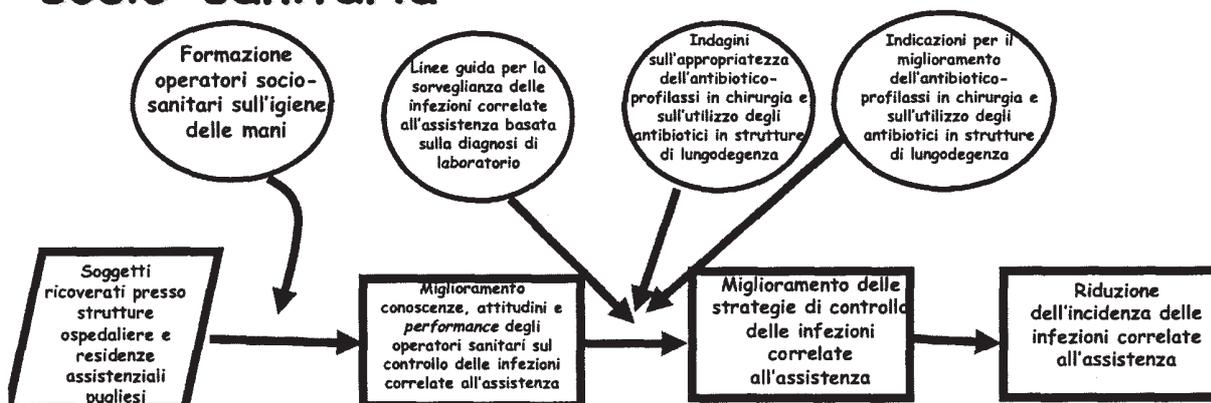
Sulla base dell'esperienza del progetto *Clean care is safer care* verranno proposti in tutti i presidi e le aziende ospedaliere regionali fasi di formazione degli operatori socio-sanitari sui temi dell'igiene delle mani nelle attività assistenziali e in generale sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Queste iniziative dovrebbero migliorare la percezione del rischio, le conoscenze e conseguentemente anche le attitudini e le *performance* degli operatori sanitari in materia di prevenzione del rischio infettivo nei *setting* assistenziali.

Si procederà quindi ad implementare gradualmente, a partire dagli ospedali di riferimento regionale e provinciale, sistemi di sorveglianza basati sulla diagnosi di laboratorio sulla scorta di specifiche linee guida.

Il recepimento delle linee guida da parte delle direzioni mediche di presidio dovrà comportare la stesura di protocolli di attività da sottoporre a validazione interna ed esterna.

Verranno inoltre proposte, sul modello degli studi studio *ESAC 3* e *HALt*, indagini sull'utilizzo dell'antibiotico-profilassi nelle strutture di lungodegenza e in quelle chirurgiche e sulla base dei risultati verranno prodotte indicazioni per il miglioramento dell'appropriatezza dell'utilizzo di antibiotici e dell'antibiotico-profilassi.

Modello Logico: Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza socio-sanitaria



Quadro logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Ridurre le infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con particolare riguardo a quelle determinate da pratiche assistenziali condotte in modo scorretto			
Obiettivo specifico	Miglioramento della sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria finalizzata al loro controllo	<p>Incidenza delle infezioni correlate all'assistenza= numero di nuovi casi di infezione/Numero di pazienti ospedalizzati, per anno</p> <p>Prevalenza puntuale delle infezioni correlate all'assistenza= Numero di casi di infezione correlate all'assistenza/Numero di pazienti ricoverati al momento della rilevazione</p>	<p>Sistema di sorveglianza basato sul laboratorio</p> <p>Studi di prevalenza puntuale</p>	<p><i>Expertise</i> di laboratorio</p> <p>Risorse umane</p>
Risultato atteso 1	Miglioramento conoscenze, attitudini e <i>performance</i> degli operatori sanitari sul controllo delle infezioni correlate all'assistenza	<p>Indice di adesione all'igiene delle mani: proporzione di opportunità nelle quali era indicata l'igiene delle mani che sono state effettivamente seguite da un'azione come frizione alcolica o lavaggio delle mani</p> <p>Proporzione di operatori con conoscenze e attitudini corrette sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza/Totale di operatori formati</p>	<p>Indagine osservazionale</p> <p>Studio campionario</p>	<p>Risorse umane</p>

Risultato atteso 2	Miglioramento delle strategie di controllo delle infezioni correlate all'assistenza, rispetto alla rilevazione INF-OSS	Proporzione di presidi e aziende ospedaliere che hanno adottato un piano di attività sul controllo delle infezioni correlate all'assistenza/Totale presidi e aziende ospedaliere Proporzione di presidi e aziende ospedaliere che hanno un responsabile di programma formalmente individuato/Totale presidi e aziende ospedaliere	Attestazione formale della direzione medica di presidio ospedaliero	Risorse umane <i>Expertise</i> di laboratorio
Attività		Mezzi	Costi	
1.1	Formazione operatori socio-sanitari sull'igiene delle mani	Fasi di formazione aziendali	Docenti Accreditamento ECM Spese organizzative	
2.1	Linee guida per la sorveglianza basata sulla diagnosi di laboratorio	Documento di indirizzo predisposto dalla Cabina di Regia e dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale		
2.2	Indagini sull'appropriatezza dell'utilizzo di antibiotici in lungodegenza e dell'antibiotico-profilassi in chirurgia	Studio <i>ad hoc</i> in un campione significativo di strutture delle aree di lungodegenza e chirurgiche	Reclutamento personale Raccolta e analisi dei dati	
2.3	Indicazioni per il miglioramento dell'utilizzo di antibiotici in lungodegenza e dell'antibiotico-profilassi in chirurgia	Documento di indirizzo predisposto dalla Cabina di Regia del Piano della prevenzione e dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale		

Piano di valutazione

Responsabile del monitoraggio delle attività di progetto sono a livello regionale la Cabina di Regia del Piano Regionale della Prevenzione e l'Osservatorio Epidemiologico Regionale; a livello dei singoli presidi e aziende ospedaliere il Direttore Medico di Presidio.

La valutazione *ex ante* verrà effettuata sulla base dei risultati delle indagini e degli studi finora condotti attraverso *audit* dei rappresentanti della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, dell'Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere.

La valutazione riguarderà la fattibilità degli obiettivi e la consistenza degli indicatori, anche in relazione agli attuali modelli organizzativi adottati dalle Direzioni Mediche di Presidio.

Le iniziative di formazione verranno valutate tenendo conto di:

- numero di fasi formative realizzate;
- proporzione di presidi e Aziende ospedaliere in cui si sono svolti eventi formativi;
- accreditamento degli eventi;
- analisi del post-test;
- proporzione di medici di direzione di presidio formati, sul totale;
- proporzione di medici delle strutture di terapia intensiva formati, sul totale;
- proporzione di infermieri delle strutture di terapia intensiva formati, sul totale;
- proporzione di medici delle strutture di oncematologia formati, sul totale;
- proporzione di infermieri delle strutture di oncematologia formati, sul totale;
- proporzione di medici dei centri trapianti d'organo formati, sul totale;
- proporzione di infermieri dei centri trapianti d'organo formati, sul totale;
- proporzione di medici delle strutture di lungodegenza, sul totale;
- proporzione di infermieri delle strutture di lungodegenza, sul totale;
- proporzione di medici delle strutture di area chirurgica, sul totale;
- proporzione di infermieri delle strutture di area chirurgica, sul totale.

L'indagine di rilevazione dell'adesione alle pratiche di igiene delle mani e l'indagine sulle conoscenze attitudini e *performance* degli operatori sanitari saranno valutate attraverso *peer-review* del report dei risultati, che sarà sottomesso per la pubblicazione su rivista scientifica nazionale o internazionale. La pubblicazione del report sarà indicativa della correttezza metodologica delle indagini.

La redazione di linee guida sulla sorveglianza basata sulla diagnosi di laboratorio sarà valutata tenendo conto di:

- validazione delle linee guida da parte delle società scientifiche di settore (Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere, Associazione Microbiologi Italiani);
- numero di revisioni sistematiche/metanalisi utilizzate all'interno delle linee guida (non meno di 2);
- numero di Direzioni Mediche di Presidio degli ospedali di riferimento provinciale/regionale che hanno recepito le linee guida e hanno redatto protocolli e procedure;
- *audit* del personale delle Direzioni Mediche di Presidio e dei Servizi di Microbiologia che hanno recepito le linee guida e che hanno redatto protocolli e adottato procedure da parte dei referenti dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (*auditor*)

L'indagine sull'appropriatezza dell'utilizzo di antibiotici in lungodegenza e dell'antibiotico-profilassi in chirurgia terrà conto di:

- proporzione di strutture di lungodegenza reclutate;
- proporzione di strutture di chirurgia generale reclutate;
- proporzione di strutture di chirurgia specialistica reclutate;
- proporzione di presidi/aziende ospedaliere in cui si è svolta l'indagine, sul totale;

- proporzione di ASL/aziende ospedaliere in cui si è svolta l'indagine, sul totale;
- numero di pazienti arruolati;
- pubblicazione di report su riviste scientifiche di settore nazionali o internazionali con *peer-review*.

Le indicazioni per il miglioramento dell'utilizzo di antibiotici in lungodegenza e dell'antibiotico-profilassi in chirurgia verranno valutate sulla base della validazione da parte delle società scientifiche di settore.

MACROAREA:

Prevenzione Universale

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

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

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

- adeguare il sistema informativo delle malattie infettive alla direttiva europea (inclusione delle patologie ivi previste, standardizzazione dei dati, classificazione secondo criteri europei)
- prevedere sistemi integrati di sorveglianza atti a valutare patologie emergenti/da importazione, con particolare riguardo alle arbovirosi

TITOLO DEL PROGRAMMA/PROGETTO

Sistema regionale di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive

Contenuti del programma/progetto:Aspetti generali:**Beneficiari**

Target: la prevenzione della diffusione delle malattie infettive è una azione prioritaria di salute pubblica che ha come target l'intera popolazione regionale

Attori:

Attore	Compito
Cabina di Regia del Piano Regionale della Prevenzione	Coordinamento regionale, <i>monitoring</i>
Personale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione Strutture di Statistica ed Epidemiologia	Sorveglianza epidemiologica Adozione di protocolli per la sorveglianza Coordinamento delle attività sul territorio aziendale
Medici di medicina generale e continuità assistenziale Pediatri di libera scelta Medici ospedalieri	Segnalazione dei casi sospetti di malattia
Laboratorio di riferimento presso U.O.C. Igiene AOU Policlinico Bari	Supporto laboratoristico alle attività di sorveglianza
Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia	Coordinamento a livello regionale delle attività di sorveglianza Supporto tecnico alla Cabina di Regia
Sezione di Igiene, Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Università degli Studi di Foggia	Supporto tecnico alla Cabina di Regia nel coordinamento delle attività di sorveglianza della febbre <i>Chikungunya</i> e altre arborvirosi
Centri di posizionamento ovitrappole e trappole e di riconoscimento uova e adulti di <i>Aedes Albopictus</i>	Sorveglianza di laboratorio del livello di infestazione

Analisi di contesto*Il Sistema Informativo delle Malattie Infettive*

In Italia vige dal 1934 l'obbligo di notifica di tutti i casi di malattia infettiva e diffusiva.

Attualmente, le modalità di notifica sono stabilite dal D.M. 15 dicembre 1990 che prevede la compilazione dei modelli di segnalazione da parte dei competenti SISP/Dipartimenti di Prevenzione e la loro trasmissione al centro di coordinamento regionale responsabile della sorveglianza e da questi agli organismi centrali.

Al fine di ottimizzare un flusso informativo complesso, privo di efficaci circuiti di ritorno delle informazioni ed eterogeneo, l'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Ministero della Sanità, ha realizzato, nel 1994, un progetto sperimentale di informatizzazione del flusso di notifica delle malattie infettive denominato SIMI.

Il progetto prevedeva l'archiviazione di tutte le notifiche di classe II, III e IV su *software* dedicato, a cura di referenti individuati in ogni ASL tra i dirigenti medici dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica ovvero delle Strutture di Epidemiologia e Statistica. I referenti hanno ricevuto *training* e *re-training* formativi specifici da parte dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale e curavano la trasmissione

mensile dei dati in formato di archivio elettronico all'OER. L'OER provvedeva al controllo di qualità, all'archiviazione regionale delle notifiche, all'analisi per scopi di sanità pubblica ed alla trasmissione a Ministero della Salute/ISS/ISTAT.

Oltre al SIMI sono stati nel tempo implementati sistemi di sorveglianza speciale per alcune malattie infettive, quali il Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (SEIEVA), il Sistema di Sorveglianza Speciale del Morbillo istituito con circolare del Ministero della Salute 20 aprile 2007, il Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV istituito con Decreto del Ministro della Salute 31 marzo 2008, il programma regionale per la Prevenzione e il Controllo della Tuberculosis stabilito con DGR 16 giugno 2000, n. 214, il sistema di sorveglianza delle meningiti batteriche e delle infezioni da HIB.

Dal 1 gennaio 2009 le attività del SIMI si sono concluse ed è stato pertanto sospeso l'invio dei dati all'Istituto Superiore di Sanità. Nella Regione Puglia al momento viene ancora utilizzato il flusso SIMI per l'invio dei dati al Ministero della Salute e all'ISTAT. In base alla normativa in vigore soltanto l'invio delle notifiche di classe I è dovuto anche all'ISS in modalità cartacea.

A partire dal 2007 il Ministero della Salute ha sperimentato un nuovo Sistema Informativo Sanitario delle Malattie Infettive diffusibili basato sull'adozione di sistemi informatizzati via *web* per la segnalazione e la notifica.

Il nuovo sistema è stato realizzato secondo un progetto di *Accenture Almaviva Engineering Telecom* e testato in Toscana, Piemonte e Calabria durante il 2007. La prima fase della sperimentazione si è conclusa a fine 2008 e dal 2009 il Ministero della Salute ha attribuito a due *tester* per ogni regione le credenziali di accesso al sistema; nella Regione Puglia le credenziali sono state attribuite al referente regionale per le malattie infettive dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale e al direttore della struttura di epidemiologia e statistica della ASL Taranto.

Tale sistema recepisce le raccomandazioni sull'adeguamento delle definizioni di caso e sulla standardizzazione dei sistemi di sorveglianza della direttiva europea.

PREMAL gestirà i sistemi di sorveglianza speciale finora paralleli al SIMI.

Sorveglianza della febbre Chikungunya e altre malattie trasmesse da artropodi

La presenza di *Aedes albopictus* (comunemente denominata Zanzara Tigre) in alcune Regioni italiane costituisce un importante problema di sanità pubblica in considerazione sia della sua elevata aggressività sia della sua capacità di trasmettere agenti patogeni per l'uomo (*Chikungunya*, *Dengue*, *West Nile Virus*, ecc.).

In considerazione dell'epidemia di febbre *Chikungunya* in Emilia Romagna durante l'estate 2007, il Ministero della Salute ha richiesto alle Regioni di avviare un sistema di sorveglianza su ampia scala su tutto il territorio italiano, a cui ha aderito anche la Regione Puglia. Il progetto ha previsto la sperimentazione di un sistema di sorveglianza integrata epidemiologica e ambientale ed è stato coordinato dalla Sezione di Igiene del Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro dell'Università degli Studi di Foggia e dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

La sorveglianza ambientale, curata dalla Cattedra di Parassitologia e Malattie Parassitarie dell'Università di Foggia, ha consentito di monitorare il livello di infestazione da parte di *Aedes albopictus* ed è realizzata attraverso il posizionamento e la verifica periodica di ovitrappole e trappole nella Provincia di Foggia e nella Città di Bari. Preliminarmente all'avvio delle attività di sorveglianza ambientale è stata realizzata un'indagine conoscitiva attraverso un questionario inviato ai Comuni, mirata a rilevare lo stato dell'arte della sorveglianza entomologica nella Regione.

Il sistema di sorveglianza epidemiologica sperimentato in Puglia prevede l'obbligo di segnalazione di ogni caso sospetto di *Chikungunya* o *Dengue* entro 12 ore da parte del medico (MMG, PLS, medici in servizio presso strutture ospedaliere, Pronto Soccorso, Guardia Medica e Guardia Medica Turistica, Punti di Primo Soccorso) al SISP competente. Il SISP provvede all'inchiesta epidemiologica secondo le modalità previste per le malattie in classe I di notifica utilizzando l'apposita scheda standardizzata, all'esecuzione contestuale di un prelievo di sangue e al suo invio al centro di riferimento regionale.

Dall'avvio del progetto sono pervenute diverse segnalazioni di caso sospetto, 1 di caso possibile e 3 di caso probabile. Due casi probabili sono stati confermati positivi al virus della Dengue (entrambi di importazione).

Dal monitoraggio ambientale sono state riconosciute numerose uova e adulti di *Aedes albopictus*.

Adeguare il sistema informativo delle malattie infettive alla direttiva europea (inclusione delle patologie ivi previste, standardizzazione dei dati, classificazione secondo criteri europei)

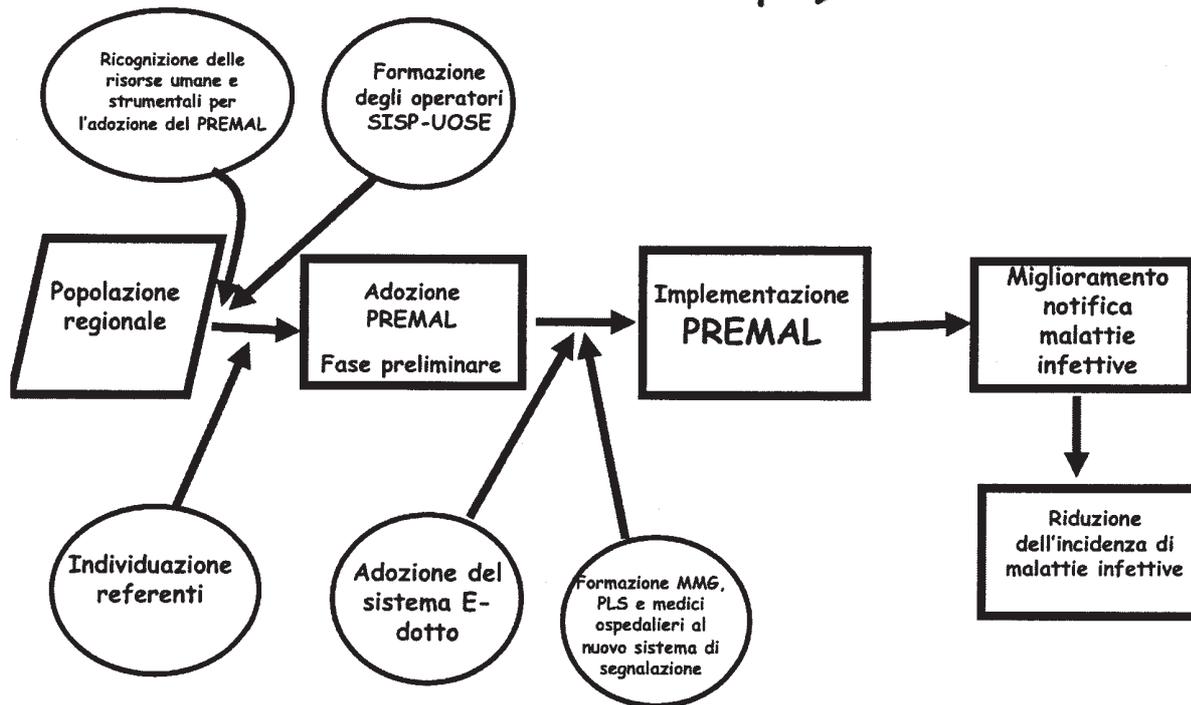
Modello logico

L'adozione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario delle Malattie Trasmissibili (PREMAL) prevede la ricognizione delle risorse umane e strumentali presenti nei Dipartimenti di Prevenzione che dovranno implementare il processo a livello delle singole ASL.

Ogni Dipartimento dovrà strutturare il flusso informativo sia la suo interno sia con l'Osservatorio Epidemiologico che coordina il sistema a livello regionale. Il personale del Dipartimento ed eventualmente delle Strutture di Epidemiologia e Statistica coinvolto nella realizzazione del programma sarà specificatamente formato.

Successivamente e subordinatamente all'adozione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale (E-dotto) sarà realizzata la formazione al nuovo sistema di segnalazione dei medici di assistenza primaria e dei medici ospedalieri.

Modello Logico: Adeguare il sistema informativo delle malattie infettive alla direttiva europea (inclusione delle patologie ivi previste, standardizzazione dei dati, classificazione secondo criteri europei)



PREMAL: Nuovo Sistema Informativo Sanitario delle Malattie Trasmissibili

E-Dotto: Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale

Quadro logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Adeguare il sistema informativo delle malattie infettive alla direttiva europea (inclusione delle patologie ivi previste, standardizzazione dei dati, classificazione secondo criteri europei)			
Obiettivo specifico	Introdurre il sistema PREMAL in tutte le ASL	Proporzione di ASL che trasmettono all'Osservatorio Epidemiologico Regionale i dati di sorveglianza delle malattie infettive attraverso il sistema PREMAL, sul totale delle ASL	Sistema informativo PREMAL	Livello di informatizzazione delle ASL. Avvio a regime del sistema E-dotto.
Risultato atteso 1	Adozione del PREMAL per le attività di notifica	Proporzione di ASL che hanno attivo il sistema PREMAL presso i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica	Sistema informativo PREMAL	Livello di informatizzazione delle ASL
Risultato atteso 2	Utilizzo del PREMAL da parte dei medici segnalatori	Proporzione di ASL in cui il sistema PREMAL viene utilizzato dai medici di assistenza primaria e dai medici ospedalieri Proporzione dei medici di medicina generale che utilizzano PREMAL, in ogni ASL	Sistema Informativo Sanitario Regionale E-dotto	Avvio a regime del sistema E-dotto Collaborazione dei MMG/PLS

Attività		Mezzi	Costi	Rischi e assunzioni
Attività 1.1.	Ristrutturazione della rete dei referenti di ASL per la sorveglianza delle malattie infettive	DGR trasmessa all'Osservatorio Epidemiologico Regionale		
Attività 1.2	Risorse umane e strumentali dedicate correttamente individuate	Comunicazione del Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica/Dipartimento di Prevenzione all'Osservatorio Epidemiologico Regionale	Adeguamento e/o integrazione delle <i>work-station</i>	
Attività 1.3	Referenti e operatori SISP e UOSE formati	Corso di formazione regionale per referenti aziendali. Corsi di formazione aziendali.	Organizzazione degli eventi formativi Docenti Accreditamento ECM Spese organizzative	
Attività 2.1	Sistema delle malattie infettive integrato nel nuovo sistema informativo sanitario regionale E-dotto	Adeguamento Sistema Informativo Sanitario Regionale	Costi previsti nel contratto di fornitura SISR	
Attività 2.2	Medici di assistenza primaria e ospedaliera formati all'utilizzo del PREMAL	Corsi di formazione aziendali	Organizzazione degli eventi formativi Docenti Accreditamento ECM Spese organizzative	

Piano di valutazione

A livello regionale responsabile del monitoraggio e della valutazione del progetto è la Cabina di Regia del Piano Regionale della Prevenzione con il supporto tecnico-scientifico dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale. A livello aziendale la responsabilità delle attività del progetto è dei Direttori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica coadiuvati dai referenti aziendali per la sorveglianza delle malattie infettive.

La valutazione *ex-ante*, a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale e condivisa con i rappresentanti della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, della Società Italiana di Medicina Generale e della Federazione Italiana Medici Pediatri, verte sulla fattibilità degli obiettivi in relazione ai flussi informativi vigenti.

La valutazione del livello di implementazione del PREMAL verrà effettuata considerando i seguenti indicatori:

- semplicità (sistema economico ma di qualità): numero e tipo di informazioni necessarie alla compilazione della scheda di caso, modalità di raccolta e trasmissione dei dati, numero di ore necessarie all'addestramento del personale, livello e qualità di informatizzazione del sistema, tempo necessario per ciascuna fase di attività;
- flessibilità (capacità del sistema di adattarsi ad eventuali cambiamenti necessari al subentrare di nuove condizioni): nuova definizione di caso, nuovo sistema di trasmissione dati, inclusione di nuove patologie;
- accettabilità (riflette la volontà degli operatori di contribuire al sistema): proporzione di operatori che partecipano al sistema, completezza delle informazioni comunicate, tempestività nel comunicare i dati;
- sensibilità (proporzione di casi segnalati al sistema rispetto al reale numero di casi nella popolazione): confronto fra il sistema sottoposto a valutazione ed altri sistemi di segnalazione paralleli (registri dei ricoveri ospedalieri, metodo *capture-mark-recapture*);
- tempestività: tutti i ritardi che si possono accumulare nelle varie tappe del flusso di segnalazione.

Le iniziative di formazione vengono valutate tenendo conto di:

- numero di eventi formativi realizzati;
- accreditamento degli eventi;
- distribuzione degli eventi sul territorio regionale;
- analisi del post-test;
- proporzione di medici di assistenza primaria formati, sul totale;
- proporzione di medici di direzione di presidio formati, sul totale;
- proporzione di medici delle strutture di malattie infettive e pediatria formati, sul totale.

Prevedere sistemi integrati di sorveglianza atti a valutare patologie emergenti/da importazione, con particolare riguardo alle arbovirosi

Modello logico

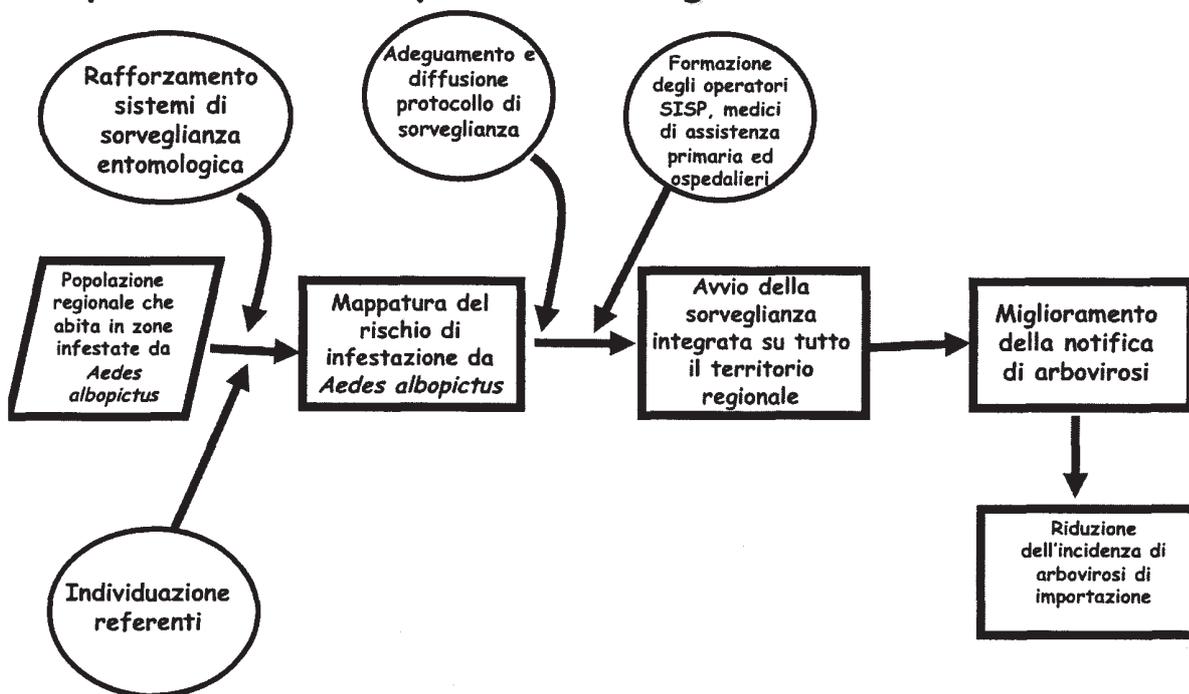
Sulla scorta dell’esperienza già consolidata nell’ambito del progetto CCM “Sorveglianza della febbre *Chikungunya* e altre malattie trasmesse da artropodi” viene stabilizzato un sistema di sorveglianza delle arbovirosi su tutto il territorio regionale.

Il rafforzamento del sistema richiede un ampliamento delle attività di sorveglianza entomologica sulla presenza di *Aedes Albopictus*.

Sulla base della valutazione del rischio di infestazione, viene rivisto e diffuso il protocollo della sorveglianza. Particolare attenzione viene rivolta alla formazione dei medici dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici delle strutture di continuità assistenziale, delle direzioni mediche di presidio e delle strutture di pronto soccorso, malattie infettive e pediatria.

Le attività vengono coordinate a livello locale da un referente per la sorveglianza, individuato, di norma, nel referente per le malattie infettive.

Modello Logico: Prevedere sistemi integrati di sorveglianza atti a valutare patologie emergenti/da importazione, con particolare riguardo alle arbovirosi



Quadro logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Prevedere sistemi integrati di sorveglianza atti a valutare patologie emergenti/da importazione, con particolare riguardo alle arbovirosi			
Obiettivo specifico	Valutare e controllare il rischio di infezioni da <i>arbovirus</i>	Numero di segnalazioni di casi di sospetta febbre <i>Chikungunya</i> e <i>Dengue</i> o altre arbovirosi pervenute al sistema di sorveglianza	Sistema informativo malattie infettive	Adesione dei medici di assistenza primaria ed ospedaliera alla segnalazione Collaborazione dei Comuni alla sorveglianza entomologica <i>Expertise</i> di laboratorio a supporto della sorveglianza entomologica
Risultato atteso 1	Rischio di infestazione da <i>Aedes Albopictus</i> mappato su tutto il territorio regionale	Numero di Comuni per i quali sono disponibili informazioni sull'infestazione da <i>Aedes Albopictus</i> /Totale dei comune pugliesi Superficie urbanizzata (km) dei territori mappati per il rischio di infestazione da <i>Aedes Albopictus</i> /superficie urbanizzata regionale	Indagine realizzata dalla Sezione di Igiene dell'Università degli Studi di Foggia	Collaborazione dei Comuni alla sorveglianza entomologica <i>Expertise</i> di laboratorio a supporto della sorveglianza entomologica
Risultato atteso 2	Sistema di sorveglianza integrato a regime su tutto il territorio regionale	Numero di Servizi di Igiene e Sanità Pubblica che hanno adottato il protocollo per le attività di sorveglianza/Totale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica	Attestazione formale del Direttore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica	Collaborazione dei medici di assistenza primaria ed ospedaliera alla segnalazione

		Numero di Servizi di Igiene e Sanità Pubblica che inviano segnalazioni di casi sospetti di <i>Dengue</i> e <i>Chikungunya</i> o altre arbovirosi/Totale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica	Sistema informativo malattie infettive	
Attività		Mezzi	Costi	Rischi e assunzioni
Attività 1.1.	Individuazione referenti aziendali attività di sorveglianza	Disposizione del Direttore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica		
Attività 1.2	Individuazione centri di posizionamento ovitrappole e trappole per il monitoraggio dell'infestazione da <i>Aedes Albopictus</i>	Accordi tra Enti		
Attività 1.2	Piano aziendale per il monitoraggio dell'infestazione	Mappatura del posizionamento ovitrappole e trappole; calendarizzazione della frequenza di raccolta condivisi tra SISP e centri di riconoscimento	Risorse umane Sorveglianza entomologica Centro di lettura	
Attività 2.1	Protocollo di sorveglianza basato sulla valutazione del rischio di infestazione da <i>Aedes Albopictus</i>	Trasmissione del protocollo ai Distretti Socio Sanitari, Dipartimenti di Prevenzione e Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero e, da questi, diffusione capillare a tutti gli attori		
Attività 2.2	Formazione degli operatori SISP, medici di assistenza primaria ed ospedalieri	Corsi di formazione aziendali	Organizzazione degli eventi formativi Docenti Accreditamento ECM Spese organizzative	

Piano di valutazione

A livello regionale responsabile del monitoraggio e della valutazione del progetto è la Cabina di Regia del Piano Regionale della Prevenzione, supportata dalla Sezione di Igiene dell'Università degli Studi di Foggia (responsabile a livello regionale del progetto CCM concluso) e dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale. A livello aziendale la responsabilità delle attività del progetto è dei Direttori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica coadiuvati dai referenti aziendali per la sorveglianza.

La valutazione *ex-ante*, a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale e condivisa con i rappresentanti della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali, della Società Italiana di Medicina Generale e della Società Italiana di Parassitologia, verte sulla fattibilità degli obiettivi in relazione alle conoscenze attuali sul livello di infestazione nel territorio pugliese e sull'*expertise* clinico-diagnostica nell'ambito delle arborvirosi.

La valutazione della mappatura del rischio di infestazione da *Aedes Albopictus* tiene conto dei seguenti indicatori:

- numero di Comuni in cui la valutazione della presenza/assenza di *Aedes Albopictus* è supportata da cattura/riconoscimento;
- numero e distribuzione geografica dei centri che effettuano la sorveglianza entomologica.

La valutazione del sistema di sorveglianza sarà effettuata in base a parametri di tipo quantitativo e qualitativo.

Le iniziative di formazione vengono valutate tenendo conto di:

- numero di eventi formativi realizzati;
- accreditamento degli eventi;
- distribuzione degli eventi sul territorio regionale;
- analisi del post-test;
- proporzione dei medici dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica formati, sul totale;
- proporzione di medici di assistenza primaria formati, sul totale;
- proporzione dei medici di direzione di presidio formati, sul totale;
- proporzione dei medici delle strutture di malattie infettive formati, sul totale.

Macroarea: 2

Linea di intervento generale: Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012: Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici

Titolo del programma: Implementazione del sistema REACH-CLP per la tutela della salute umana

Analisi di contesto del programma

La produzione complessiva di sostanze chimiche è passata da 1 milione di tonnellate nel 1930 a 400 milioni di tonnellate nel 2001. Le sostanze registrate nel mercato comunitario sono circa 100.000; per 10.000 la commercializzazione in termini di volume supera le 10 tonnellate, mentre circa 20.000 raggiungono quantitativi compresi tra 1 e 10 tonnellate. In base alle stime, nel 1998 il valore della produzione mondiale di sostanze chimiche ha raggiunto 1.244 miliardi di euro. Con una quota del 31% del fatturato mondiale, l'industria chimica dell'UE ha generato un saldo positivo dell'interscambio pari a 41 miliardi di euro, collocandosi al primo posto e dunque precedendo gli Stati Uniti (28% del valore della produzione), che in quell'anno presentavano un saldo attivo di 12 miliardi di euro nel settore. In Europa l'industria chimica è al terzo posto nella classifica delle industrie maggiori; essa impiega direttamente 1,7 milioni di addetti e altri 3 milioni circa con l'indotto. Oltre a svariate multinazionali di spicco, in questo settore operano circa 36.000 piccole e medie imprese che corrispondono al 96% del numero complessivo di PMI in Europa e contribuiscono al 28% della produzione chimica¹.

Il "vecchio" sistema di gestione dei *chemicals*², nonostante avesse introdotto una maggiore regolamentazione del flusso di "nuove" sostanze chimiche³ nel mercato europeo, risultava insufficiente ai fini della gestione delle sostanze già presenti sul mercato prima del settembre 1981⁴. Si è evidenziato, infatti, che soprattutto la carenza di informazioni sulle proprietà e sugli usi delle 100.000 sostanze esistenti rappresentasse una seria minaccia per tutela della salute umana e dell'ambiente⁵. Mentre le "nuove" sostanze, infatti, erano soggette ad obblighi informativi, compreso all'interno del procedimento di notifica, per le sostanze esistenti l'unico obbligo previsto per essere immesse sul mercato era quello di iscrizione nel database EINECS, che non prevedeva al suo interno alcun obbligo informativo.

Al fine di raggiungere un maggiore grado di tutela della salute umana e dell'ambiente, la Comunità Europea ha emanato il Regolamento (CE) n. 1907/2006 (REACH: Registration, Evaluation, Authorisation and restriction of CHemicals), che prevede l'affermazione del principio "no data, no market"⁶, secondo cui l'immissione sul mercato delle sostanze chimiche è subordinata alla raccolta di dati sulle stesse. Si evince facilmente che la disponibilità dei dati sulle sostanze chimiche, in quanto tali o in quanto componenti di preparati o articoli, risulta fondamentale rispetto alle politiche

¹ Fonte: Commissione delle Comunità Europee, "Libro Bianco: Strategia per una politica futura in materia di sostanze chimiche", COM(2001) 88 definitivo, Bruxelles, 27.02.2001, p. 4.

² Per "vecchio" sistema di gestione dei *chemicals* si intende il sistema di gestione introdotto con l'entrata in vigore della Direttiva 67/548/CE e s.m.i..

³ Sono considerate "nuove" sostanze chimiche tutte quelle sostanze presenti nel database ELINCS (*European List of Notified Chemical Substances*). Tale database è stato attivo dal settembre 1981 al maggio 2008, periodo nel quale sono state inviate quasi 8.500 notifiche per circa 5.300 sostanze.

⁴ Per *sostanze già esistenti sul mercato* si intendono le sostanze circolanti all'interno della Comunità Europea tra il 01.01.1971 e il 18.09.1981, come tali riportate nel database EINECS (*European Inventory of Existing Commercial Chemical Substances*). Il numero totale di sostanze comprese nel database EINECS è fisso ed assomma a poco più di 100.000 sostanze.

⁵ Fonte: Commissione delle Comunità Europee, "Libro Bianco: Strategia per una politica futura in materia di sostanze chimiche", COM(2001) 88 definitivo, Bruxelles, 27.02.2001, pp. 6-7.

⁶ Art. 5 del Regolamento (CE) n. 1907/2006.

di prevenzione delle malattie legate all'esposizione, professionale e non, ad agenti chimici. Il Regolamento REACH prevede quattro diverse procedure:

1. Registrazione;
2. Valutazione;
3. Autorizzazione;
4. Restrizione.

La *registrazione* prevede la trasmissione di dati sulle proprietà e sugli usi delle sostanze chimiche all'ECHA (*European CHemicals Agency*) al fine di consentire la sostituzione di prodotti più pericolosi con altri meno pericolosi, nonché l'adozione delle opportune misure di gestione del rischio da esposizione ad agenti chimici. La registrazione rappresenta lo strumento più importante per il risanamento delle lacune informative evidenziate dalla Commissione in sede di analisi delle criticità.

La *valutazione* consente di verificare che le imprese abbiano effettuato la registrazione sia avvenuta correttamente (*valutazione dei fascicoli*), ma favorisce anche l'analisi dei dati ottenuti mediante la registrazione ai fini della valutazione del reale grado di pericolosità di una data sostanza (*valutazione delle sostanze*).

L'*autorizzazione* favorisce il controllo dei rischi legati alle sostanze estremamente preoccupanti (*SVHC: Substances of Very High Concern*), in quanto, sulla scorta delle informazioni fornite con la registrazione, consente di limitare l'utilizzo di SVHC soltanto a condizioni "limite" (adeguato controllo del rischio, nonché beneficio socio-economico ed assenza di sostanze o tecnologie alternative).

La *restrizione* prevede la limitazione dei livelli di una data sostanza e, in taluni casi, la proibizione dell'uso per specifiche sostanze ritenute in grado di determinare un rischio inaccettabile per la salute umana o per l'ambiente.

Fondamentale, nonché compreso nel Regolamento REACH, risulta la trasmissione delle informazioni lungo la catena di approvvigionamento, che trova nelle schede di sicurezza un importante vettore sulla linea di unione tra produttore/importatore ed utilizzatore professionale/cittadino.

Il Regolamento (CE) n. 1272/2008 (CLP: Classification, Labelling and Packaging) innova la disciplina comunitaria in materia di classificazione, etichettatura ed imballaggio delle sostanze e delle miscele, perseguendo gli stessi fini del Regolamento REACH. In particolare, si evidenzia che le etichette costituiscono un'importante interfaccia tra produttore/importatore ed utilizzatore professionale/cittadino e che le informazioni in esse contenute, oltre a favorire la reale percezione del rischio chimico, devono consentire anche l'adozione di adeguate misure di gestione, nonché di opportuni provvedimenti in caso d'urgenza.

Di conseguenza, data la reale sovrapposizione tra le finalità del Regolamento REACH con quelle del Regolamento CLP, trova giustificazione riferirsi, nell'ambito del presente programma, ad un *sistema REACH-CLP*, in quanto l'implementazione della succitata normativa comunitaria non può che avvenire, qualora ne ricorrano le condizioni, in modo congiunto. Si comprende facilmente, pertanto, che ***l'implementazione del sistema REACH-CLP, oltre che rappresentare un'indubbia priorità a livello comunitario, costituisce a regime una modalità concreta di riduzione delle esposizioni, professionali e non, ad agenti chimici.*** Tale giudizio trova conforto anche nella valutazione sintetica sul periodo 2005-2009 del Piano Regionale di Prevenzione dell'Assessorato alle Politiche della Salute della Regione Puglia, che include il sostegno all'implementazione del sistema REACH-CLP tra le attività da consolidare nel triennio 2010-2012.

Le criticità rilevate attengono a diversi ordini di fattori. Il mondo delle imprese registra, infatti, una sostanziale difficoltà nell'attuazione del sistema REACH-CLP, dovuta principalmente ad assenza di programmazione partecipata con le istituzioni, scarsa informazione e difficoltà nel reperire figure professionali di supporto nel territorio regionale. Prova ne sia il basso numero di registrazioni

effettuate sul territorio pugliese⁷, che solleva preoccupazioni non soltanto attinenti la sfera economica, in termini di ripercussioni sulla produttività dell'immediato futuro del sostrato imprenditoriale pugliese, ma altresì sul grado di tutela della salute umana e dell'ambiente, per quanto consentito dall'attuazione del sistema REACH-CLP. Si ritiene utile adottare una strategia principalmente mirata alla condivisione ed all'informazione rispetto alla necessità di implementare il sistema REACH-CLP, assegnando alle funzioni di vigilanza un valore di monitoraggio del fenomeno sul territorio. Tale strategia non può e non deve essere esclusivamente mirata al mondo delle imprese, ma deve essere estesa ai cittadini, affinché si sviluppi una maggiore percezione dei rischi legati all'uso di sostanze chimiche, in quanto tali o in quanto componenti di preparati o articoli.

Il presente programma consta di tre linee progettuali, di seguito riportate:

1. Attivazione di una programmazione partecipata per l'implementazione del sistema REACH-CLP;
2. Realizzazione di una campagna informativa in favore di imprese e cittadini;
3. Creazione di figure professionali di supporto alle imprese del territorio.

⁷ Per la Regione Puglia il numero di pre-registrazioni effettuate è stato pari a 57 (Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, nota n. 0007661-P-18/02/2009), effettivamente sottodimensionato rispetto non soltanto rispetto alle previsioni determinate dalla specifica realtà produttiva, ma altresì rispetto al volume di importazioni.

**PROGETTO 1 DEL PROGRAMMA
IMPLEMENTAZIONE DEL REGOLAMENTO REACH-CLP
PER LA TUTELA DELLA SALUTE UMANA**

Titolo del progetto: Attivazione di una programmazione partecipata per l'implementazione del sistema REACH-CLP.

Contenuti del progetto

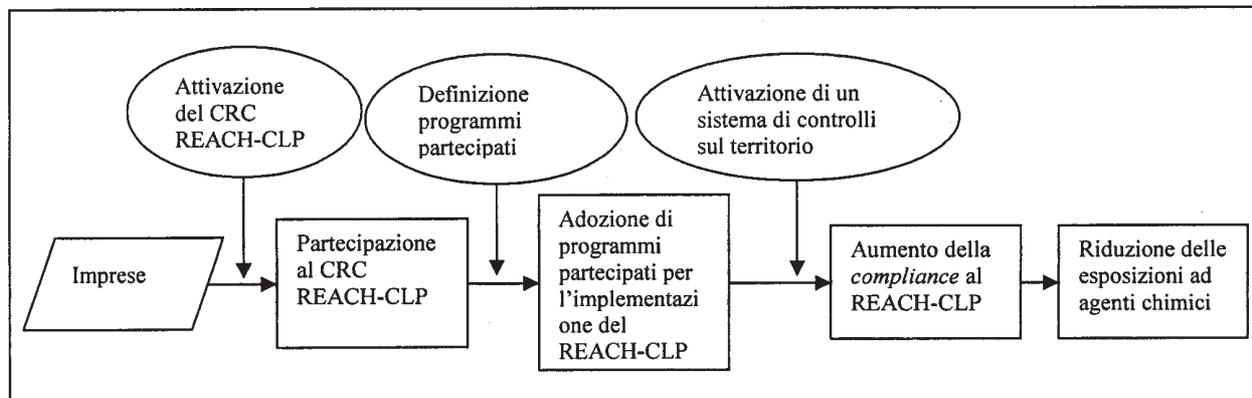
Beneficiari

- Imprenditori del territorio pugliese

Attori

- Assessorato regionale alle Politiche della Salute
- Autorità regionale competente
- Assessorato regionale all'Ecologia
- Assessorato regionale allo Sviluppo Economico
- Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali
- ARPA
- Gruppo tecnico di esperti di supporto al Comitato Regionale di Coordinamento (CRC REACH-CLP)
- Associazioni di categoria (imprenditori) maggiormente rappresentative

Modello logico



Quadro logico

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	IOV	Mezzi di verifica	Rischi ed assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici			
Obiettivo specifico	Definizione di programmi partecipati tra istituzioni ed associazioni di categoria per	- N. programmi partecipati/anno	Fonti ufficiali	-Disponibilità di mezzi tecnici e risorse economiche da parte delle imprese per raggiungere

	l'implementazione su scala regionale del sistema REACH-CLP			conformità al REACH e CLP
Risultato atteso 1	Attivazione del CRC REACH-CLP, con la partecipazione delle associazioni di categoria	N. riunioni del CRC REACH-CLP, con la partecipazione delle associazioni di categoria/anno	Verbali	
Risultato atteso 2	Istituzione ed attivazione del gruppo tecnico di esperti a supporto del CRC REACH-CLP	N. sedute/anno del gruppo tecnico di esperti a supporto del CRC REACH-CLP	Verbali	
Risultato atteso 3	Attivazione di un sistema di controlli sul territorio regionale	Redazione delle linee guida per la vigilanza sul REACH e CLP N. controlli sul sistema REACH-CLP, distinti per oggetto (a seconda dei programmi)/anno	Report annuale sulle attività di vigilanza in materia di REACH e CLP	Disponibilità di un laboratorio di riferimento per l'effettuazione dei controlli analitici
Attività		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Organizzazione delle riunioni del CRC REACH-CLP	Risorse strutturali (sala riunioni)		Intesa da parte degli attori istituzionali
Attività 1.2	Adozione del Regolamento di funzionamento del CRC REACH-CLP	Gruppo di lavoro		
Attività 2.1	Redazione di documenti di indirizzo di supporto alle attività del CRC REACH-CLP	Gruppo tecnico di esperti Materiale		
Attività 2.2	Organizzazione delle riunioni del gruppo tecnico di esperti	Risorse strutturali		
Attività 3.1	Realizzazione di piani annuali di campionamento	Analisi dei campioni Risorse umane (personale addetto alla vigilanza specifica sul territorio)		

Attività 3.2	Potenziamento della rete laboratoristica di riferimento	Accreditamento per specifiche prove del laboratorio di riferimento		
Attività 3.3	Redazione di procedure per la vigilanza in materia di REACH e CLP	Gruppo di lavoro		
Attività 3.4	Organizzazione di un corso di formazione sulle tecniche di campionamento per ispettori REACH-CLP	Risorse strutturali Materiale Risorse umane		
Attività 3.5	Organizzazione di un corso di formazione per ispettori REACH-CLP antecedente alla nomina	Risorse strutturali Materiali Risorse umane	Supporto	
Attività 3.6	Nomina degli ispettori REACH-CLP regionali	Risorse umane		
Attività 3.7	Approvvigionamento di hardware necessario a supportare il sistema REACH-IT	Dotazione tecnologica	Supporto	

Piano di valutazione

La responsabilità del monitoraggio del progetto è affidata ad un gruppo tecnico, composto dai referenti REACH-CLP della Regione Puglia (un referente REACH-CLP per ciascuna ASL) in numero totale di sei, scelti nell'ambito del personale con autorizzazione alla vigilanza in materia. La Cabina di Regia regionale cura la valutazione del presente progetto.

La valutazione *ex-ante* del progetto sarà effettuata a cura della Cabina di Regia a seguito di un processo di elaborazione preliminare ad opera dal gruppo tecnico dei referenti REACH-CLP della Regione Puglia. La valutazione riguarderà la fattibilità degli obiettivi posti in relazione all'attuale assetto organizzativo, nonché la ponderazione degli stessi.

Costituiscono indicatori utili alla valutazione del presente progetto i seguenti:

- N. riunioni del CRC REACH-CLP/anno;
- Attivazione del gruppo tecnico di esperti a supporto del CRC REACH-CLP;
- N. controlli REACH-CLP/anno;
- Redazione di procedure per la vigilanza in materia di REACH-CLP.

**PROGETTO 2 DEL PROGRAMMA
IMPLEMENTAZIONE DEL REGOLAMENTO REACH-CLP
PER LA TUTELA DELLA SALUTE UMANA**

Titolo del progetto: Realizzazione di una campagna informativa in favore di imprese e cittadini.

Contenuti del progetto

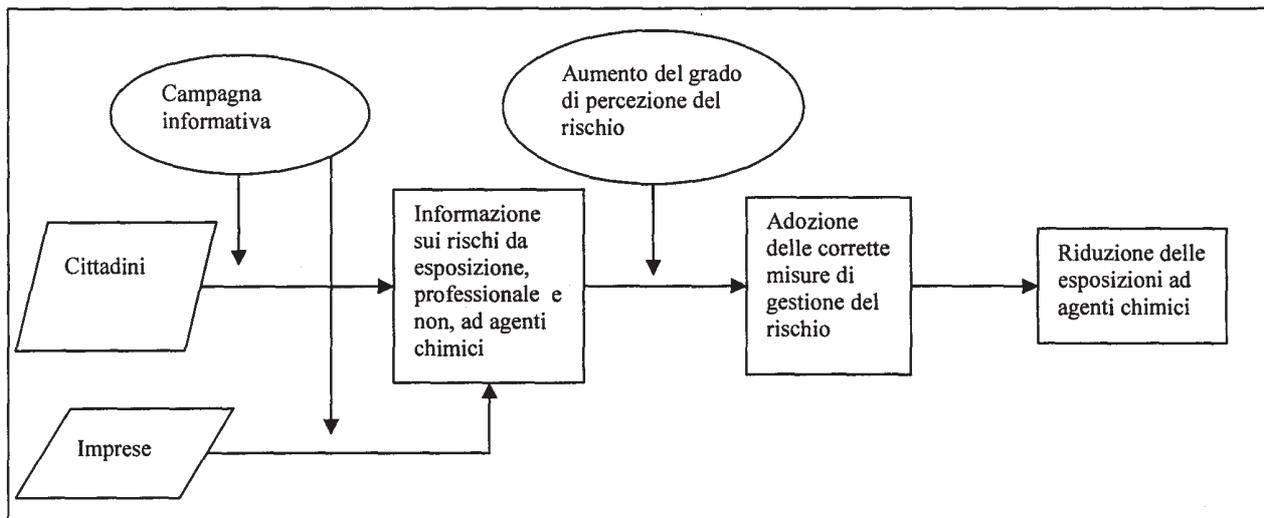
Beneficiari

- Imprenditori del territorio pugliese
- Popolazione generale

Attori

- Assessorato regionale alle Politiche della Salute
- Autorità regionale competente
- Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali
- Associazioni di categoria (imprenditori) maggiormente rappresentative
- Associazioni dei consumatori

Modello logico



Quadro logico

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	IOV	Mezzi di verifica	Rischi ed assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici			
Obiettivo specifico	Favorire l'adozione delle corrette misure di gestione del rischio da esposizione, professionale e	N. eventi/anno	Registri	

	non, ad agenti chimici			
Risultato atteso 1	Realizzazione di una campagna informativa mirata per le imprese	N. eventi/anno	Registri	Protocollo di Intesa con associazioni di categoria
Risultato atteso 2	Realizzazione di una campagna informativa per i cittadini, principalmente indirizzata all'alfabetizzazione chimica	N. eventi/anno	Registri	Protocollo di Intesa con associazioni dei consumatori
Attività		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Realizzazione di eventi di informazione mirati ai piccoli gruppi di imprenditori	Risorse strutturali Risorse umane		
Attività 1.2	Realizzazione di materiale informativo	Risorse umane Materiale		
Attività 2.1	Realizzazione di eventi di informazione aperti al pubblico	Risorse strutturali Risorse umane		
Attività 2.2	Realizzazione di materiale informativo	Risorse umane Materiale		

Piano di valutazione

La responsabilità del monitoraggio del progetto è affidata ad un gruppo tecnico, composto dai referenti REACH-CLP della Regione Puglia (un referente REACH-CLP per ciascuna ASL) in numero totale di sei, scelti nell'ambito del personale con autorizzazione alla vigilanza in materia. La Cabina di Regia regionale cura la valutazione del presente progetto.

La valutazione *ex-ante* del progetto sarà effettuata a cura della Cabina di Regia a seguito di un processo di elaborazione preliminare ad opera dal gruppo tecnico dei referenti REACH-CLP della Regione Puglia. La valutazione riguarderà la fattibilità degli obiettivi posti in relazione all'attuale assetto organizzativo, nonché la ponderazione degli stessi.

Costituiscono indicatori utili alla valutazione del presente progetto i seguenti:

- N. eventi totali/anno.

**PROGETTO 3 DEL PROGRAMMA
IMPLEMENTAZIONE DEL REGOLAMENTO REACH-CLP
PER LA TUTELA DELLA SALUTE UMANA**

Titolo del progetto: Creazione di figure professionali di supporto alle imprese del territorio.

Contenuti del progetto

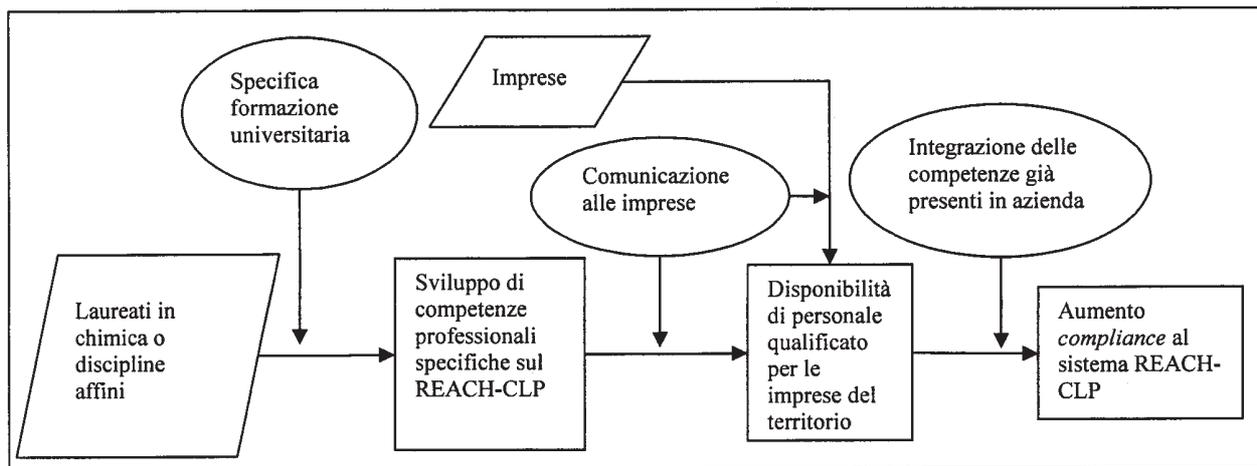
Beneficiari

- Imprese del territorio pugliese
- Laureati in chimica e discipline affini

Attori

- Assessorato alle Politiche della Salute
- Autorità regionale competente
- Università degli Studi di Bari
- ARPA
- Laureati in chimica e discipline affini

Modello logico



Quadro logico

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	IOV	Mezzi di verifica	Rischi ed assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici			
Obiettivo specifico	Incremento del numero di figure professionali con specifica formazione sul REACH-CLP, di	N. figure professionali con specifica formazione universitaria sul REACH-	Registro dei partecipanti che hanno conseguito il titolo al termine della	

	supporto alle imprese del territorio	CLP/anno	formazione universitaria	
Risultato atteso 1	Realizzazione di una campagna di comunicazione alle imprese	N. brochure diffuse all'anno	Registri	
Risultato atteso 2	Attivazione di un Master Universitario presso l'Università di Bari	N. edizioni del Master Universitario/anno	Atti ufficiali	Protocollo di Intesa con Università degli Studi di Bari
Attività		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Realizzazione e diffusione di materiale informativo	Servizio		
Attività 2.1	Compartecipazione all'organizzazione di un Master Universitario tra Autorità regionale competente ed Università di Bari	Risorse strutturali Materiale Risorse umane		

Piano di valutazione

La responsabilità del monitoraggio del progetto è affidata ad un gruppo tecnico, composto dai referenti REACH-CLP della Regione Puglia (un referente REACH-CLP per ciascuna ASL) in numero totale di sei, scelti nell'ambito del personale con autorizzazione alla vigilanza in materia. La Cabina di Regia regionale cura la valutazione del presente progetto.

La valutazione *ex-ante* del progetto sarà effettuata a cura della Cabina di Regia a seguito di un processo di elaborazione preliminare ad opera dal gruppo tecnico dei referenti REACH-CLP della Regione Puglia. La valutazione riguarderà la fattibilità degli obiettivi posti in relazione all'attuale assetto organizzativo, nonché la ponderazione degli stessi.

Costituiscono indicatori utili alla valutazione del presente progetto i seguenti:

- N. figure professionali con specifica formazione universitaria sul REACH-CLP/anno.

MACROAREA:

Prevenzione universale

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

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

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

Controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti

TITOLO DEL PROGRAMMA/PROGETTO

Sviluppo, in relazione al regolamento CEE 882/2004, di competenze valutative sui controlli ufficiali nel campo della sicurezza alimentare, salute e benessere animale, secondo criteri di gestione e di assicurazione della qualità per il funzionamento ed il miglioramento delle attività di controllo ufficiale da parte delle regioni e delle province autonome in materia di sicurezza alimentare.

Beneficiari e attori

Beneficiari: sia i consumatori, a cui è riconosciuto il diritto ad una alimentazione sicura, sia gli operatori della filiera alimentare che debbono raggiungere tale sicurezza nei prodotti da essi fabbricati.

Attori:

- Assessorato alla Sanità, Uffici 1 e 2 del Servizio PATP;
- La Regione Emilia Romagna in qualità di tutor del progetto
- Le AA.SS.LL. regionali SVET e SIAN;
- Le ASL referenti del Progetto;
- Comitato tecnico: direttore tecnico organizzativo del progetto (delle ASL Referenti di progetto), rappresentanti regione (Uffici 1 e 2 – Servizio PATP). (Spetta al Comitato la funzione di gestione del progetto. Per le competenze specifiche necessarie può avvalersi di esperti della materia da coinvolgere di volta in volta o tramite specifici gruppi di lavoro).
- Il Comitato consultivo: responsabili del competente servizio/uffici PATP o loro delegato (presidenza); direttore tecnico organizzativo del progetto (delle ASL Referenti di progetto); direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. o dei servizi competenti SIAN/SVET o loro delegati; (ha il compito di valutare la congruità della programmazione progettuale e i risultati raggiunti con le finalità del progetto e con gli indirizzi regionali)

Analisi di contesto

Il Servizio Sanitario Regionale ha tra i suoi compiti quello di assicurare i controlli ufficiali nel settore della sicurezza alimentare salute e benessere animale.

Questi controlli si sviluppano sulla “filiera” di produzione degli alimenti, dal campo alla tavola, sia per il settore degli alimenti di origine vegetale sia per quello degli alimenti di origine animale. La UE ha varato una nuova politica di sicurezza alimentare, con il regolamento 178/2002 ¹ e con i regolamenti del c.d. “Pacchetto Igiene” del 2004 ², con un periodo di transizione di 4 anni che si è concluso il 31.12.2009.

La programmazione delle attività di controllo ufficiale, prima del varo di questa politica, si è basata su una notevole autonomia delle ASL, in funzione delle disponibilità storiche di personale e del numero e tipologia degli operatori del settore alimentare presenti sul territorio.

Il nuovo modello di sicurezza alimentare, contenuto nella legislazione Europea dal regolamento 178/2002 ³ in avanti, si basa sulla analisi del rischio, intendendo con ciò il metodo scientifico, trifasico, della valutazione, gestione e comunicazione del rischio. ⁴

Nel nuovo quadro le responsabilità per la sicurezza alimentare sono poste a capo dell’operatore della filiera alimentare (sia esso produttore primario che trasformatore o distributore).

Spettano alle competenze della pubblica amministrazione la attività di valutazione del rischio (mediante la EFSA e le agenzie nazionali) e quella di verifica della gestione di questo rischio, che è compito dell’operatore della filiera alimentare, attraverso la implementazione di un sistema ufficiale di controllo.

In questo nuovo scenario, la attività del controllo ufficiale viene ad assumere il ruolo di una attività di parte “terza” tra il consumatore, a cui è riconosciuto il diritto ad una alimentazione sicura, e gli operatori della filiera alimentare che debbono raggiungere tale sicurezza nei prodotti da essi fabbricati.

Inoltre il controllo ufficiale dispiegherà le sue attività non più su un sistema rigido di adempimenti a norme dettagliate, ma mediante la valutazione che le attività produttive e di gestione del rischio, messe in atto dall’operatore della filiera alimentare, siano sufficienti al raggiungimento del livello di sicurezza atteso per il tipo di prodotto, rispetto alla fase di filiera un cui agisce l’operatore del settore alimentare.

A livello internazionale

Gli organismi che si occupano di normazione tecnica nel settore alimentare e veterinario, quali OIE (Office International des Épizooties) e la FAO (Food and Agriculture Organization dell’ONU), hanno elaborato linee guida per il mutuo riconoscimento delle autorità di controllo, operanti nel settore della sicurezza alimentare, che l’Europa ha introiettato nella sua nuova legislazione.

¹ Regolamento (CE) 178/2002 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 gennaio 2002, istitutivo dei principi e dei requisiti generali della legislazione alimentare, che istituisce l’Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare GUCE n° L 31 del 1.02.2002.

² Regolamento (CE) n. 853/2004 del parlamento europeo e del consiglio del 29 aprile 2004 sull’igiene dei prodotti alimentari. GUCE n° L 226 del 26.06.2004.

Regolamento (CE) n. 853/2004 del parlamento europeo e del consiglio del 29 aprile 2004 che stabilisce norme specifiche in materia di igiene per gli alimenti di origine animale. GUCE n° L 226 del 26.06.2004.

Regolamento (CE) n. 854/2004 del parlamento europeo e del consiglio del 29 aprile 2004 che stabilisce norme specifiche per l’organizzazione di controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano. GUCE n° L 226 del 26.06.2004.

Regolamento (CE) n. 183/2005 del parlamento europeo e del consiglio del 12 gennaio 2005 che stabilisce requisiti per l’igiene dei mangimi. GUCE n° L 35 del 08.02.2005.

³ Regolamento (CE) 178/2002 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 28 gennaio 2002, istitutivo dei principi e dei requisiti generali della legislazione alimentare, che istituisce l’Autorità europea per la sicurezza alimentare e fissa procedure nel campo della sicurezza alimentare GUCE n° L 31 del 1.02.2002.

⁴ **WHO/FNU/FOS/95.3 -Application of risk analysis to food standards issue – Reporting of the join FAO/WHO Expert consultation. Geneva Switzerland 13 – 17 March 1995.**

Proprio queste linee guida e il principio della “Analisi del Rischio”, sono stati presi a modello di riferimento per il commercio internazionale da parte della Organizzazione Mondiale del Commercio (WTO).

Le criticità nella evoluzione del sistema dei controlli

Il raggiungimento dello standard previsto dalla UE e dagli organismi internazionali, nei controlli ufficiali presuppone un cambiamento nella organizzazione e nelle attività espletate dai Servizi SIAN e SVET delle AA.SS.LL.

L’acquisizione di questo metodo di lavoro (procedure basate su evidenza) deve essere supportato anche dalla modifica della organizzazione dei servizi del controllo ufficiale, che devono documentare le attività ed i risultati ottenuti, nonché attuare un sistema di verifiche interne ed esterne della loro organizzazione e dei risultati ottenuti.

Si può quindi immaginare una certa resistenza al cambiamento, dovuta da una parte ad una approssimativa conoscenza della nuova legislazione UE e degli organismi internazionali, soprattutto sotto l’aspetto dei risultati che la UE si prefigge di raggiungere. D’altra parte vi è una oggettiva resistenza dovuta agli aspetti di autoreferenzialità sia delle organizzazioni che dei singoli.

Modello logico

Fase generale

Il progetto consiste:

- Nella definizione delle azioni volte allo sviluppo di un nucleo di Ispettori di tutte le AA.SS.LL. regionali, riconosciuti competenti ai controlli ufficiali mediante procedure e alla attività di auditor su OSA, addestrati e qualificati ad attuare ispezioni di conformità sui servizi di controllo ufficiale delle AA.SS.LL. .
- Nella costruzione del sistema di gestione (standard di funzionamento) che deve essere posseduto da un Servizio di controllo ufficiale nel settore della sicurezza alimentare, da attuare in numero due ASL referenti di progetto.
- Nella definizione di un programma regionale di “ricaduta” su tutto il territorio regionale per formare, addestrare e qualificare il personale addetto ai controlli ufficiali in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria;
- Nella attivazione di un sistema di audit regionale sui competenti Servizi delle AA.SS.LL. ai fini del miglioramento della capacità gestionale dei controlli ufficiali sulla sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Fase costitutiva

La realizzazione di questa fase consiste nella costituzione di un primo nucleo di ispettori ed auditors e si deve basare sui seguenti punti:

1. Definizione delle competenze:
 - a. tecniche, ai fini di ispezionare gli operatori della filiera alimentare, in funzione della fase produttiva ove operano, ai fini di assicurare la conformità della loro attività alla legislazione UE e dei paesi terzi verso cui commercializzano, in tema di sicurezza alimentare;

- b. caratteriali ai fini di ottimizzare l'attività di "tutor" sul personale addetto ai controlli ufficiali che deve essere formato e addestrato al nuovo modello dei controlli.
2. Formare il personale selezionato come valutatori di sistemi qualità ai sensi della norma ISO 19011, certificato da un organismo di accreditamento.
 3. Definire le procedure di controllo ufficiale da implementare da parte degli Ispettori ed Auditors, rispetto ai vari operatori della filiera alimentare.
 4. Definire gli standard di funzionamento dei servizi di controllo ufficiale in tema di sicurezza alimentare.
 5. Addestrare questi ispettori agli audit di parte terza, rispetto alle attività degli operatori della filiera alimentare e ai Servizi di controllo ufficiale delle AA.SS.LL. della Regione.

Fase Formativa

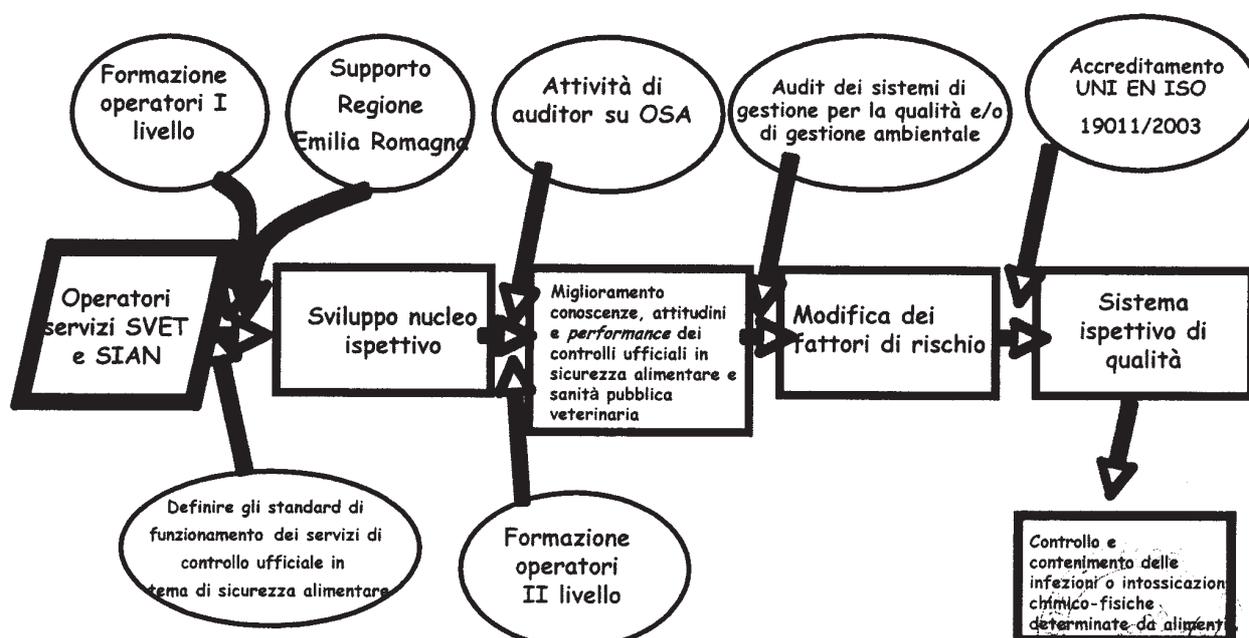
La progettazione di questa fase poggerà sulla costruzione di un percorso regionale sulla base di:

1. Definizione del numero di ispettori e auditor da formare e addestrare nella Regione Puglia nel triennio 2010 – 2012;
2. Definizione del numero di iniziative di formazione e addestramento (corsi) da realizzare nel triennio 2010 - 2012.

Fase di qualificazione

Il progetto prevede il raggiungimento dei seguenti riconoscimenti :**Qualificazione (certificazione)** del personale di Ispezione a norma **UNI EN ISO 19011/2003** Audit dei sistemi di gestione per la qualità e/o di gestione ambientale

MODELLO LOGICO



Quadro logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti chimico-fisiche determinate da alimenti			
Obiettivo specifico	Effettuazione di interventi di controllo che rispondano ai criteri previsti dalla normativa per gli organi del controllo ufficiale	Delibera del modello organizzativo N° personale SVET aderente/tot personale SVET N° personale SIAN aderente/tot personale SIAN	Burp Relazione attività Referente aziendale	Mancato accordo con la regione Emilia Romagna
Risultati attesi 1	Formazione e addestramento personale di ispezione di I e II livello	n° di incontri svolti/n° di incontri programmati n° personale SVIA SIAN. partecipanti/n° totale	Registro delle attività formative	Mancato accordo con la regione Emilia Romagna
Risultati attesi 2	Effettuazione di controlli improntati alla verifica dello stato di applicazione dei principi di autocontrollo e di responsabilità degli operatori del settore alimentare	N° operatori che applicano set di procedure di controllo/tot operatori Realizzazione di un set di procedure per il controllo ufficiale sugli operatori della filiera alimentare	Delibera regionale Relazione Referenti	Mancata definizione di set minimi applicabili
Risultati attesi 3	Sperimentazione dell'applicazione di modelli di audit sui servizi di controllo ufficiale	N° SVET che applicano l'auditing/tot SVET N° SIAN che applicano l'auditing/tot SIAN	Relazioni Referenti	
Risultati attesi 4	Migliorare e consolidare le attività di comunicazione dei risultati raggiunti	N° report prodotti	Relazioni Referenti	Risorse umane
		Mezzi	Costi	

Attività 1.1	DEFINIZIONE DEL NUMERO E PROFILO PROFESSIONALE DEGLI ISPETTORI DA FORMARE	PERSONALE DEDICATO	ARRUOLAMENTO 2 MEDICI 2 AMMISTRATIVI	
Attività 1.2	ORGANIZZAZIONE DI N.5 CORSI : -INTRODUTTIVO AI SISTEMI QUALITÀ (ISO 19.011); - REQUISITI PER LA PROGETTAZIONE DI AUDIT INTERNO ED ESTERNO - SISTEMA DOCUMENTALE DELLE AUTORITÀ DI CONTROLLO, SCRITTURA E REVISIONE DELLE PROCEDURE, DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE COLLEGATI. - CORSO SUI REQUISITI PER LA PROGETTAZIONE DI AUDIT INTERNO - CORSO SU SISTEMA DOCUMENTALE DELLE AUTORITA' DI CONTROLLO, SCRITTURA E REVISIONE DELLE PROCEDURE, DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE COLLEGATI	SELEZIONARE DOCENTI ACCREDITARE EVENTO (ECM) PRENOTARE AULA MATERIALE DI CANCELLERIA CONVENZIONE REGIONE EMILIA ROMAGNA	SPESE DOCENTI ACCREDIT. RIMBORSI	
Attività 1.3	ORGANIZZAZIONE FORMAZIONE ALLA FORMAZIONE II LIVELLO	IDENTIFICARE DOCENTI E TARGET		
Attività 1.4	REALIZZAZIONE PERCORSI FORMATIVI ➤ PROGRAMMA DI FORMAZIONE SUI CONCETTI E METODI DELLA QUALITÀ ➤ PROGRAMMA DI FORMAZIONE SULLE PROCEDURE OPERATIVE PER IL CONTROLLO UFFICIALE (SU BASE DISCIPLINARE) PROGRAMMA DI FORMAZIONE SULLA ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI DI CONTROLLO UFFICIALE	STESURA PROGRAMMA DA PARTE DEL GRUPPO TECNICO	RIMBORSO SPESE	
		Mezzi	Costi	
Attività 2.1	DEFINIZIONE PROCEDURE OPERATIVE PER IL CONTROLLO UFFICIALE IN FUNZIONE DEGLI OPERATORI DELLA FILIERA ALIMENTARE SOGGETTI AD ISPEZIONE DEFINIZIONE STANDARD OPERATIVI PER LA VALUTAZIONE DEI SERVIZI DEL CONTROLLO UFFICIALE (STANDARD REGIONALI ; REG. 882/2004; WTO)	INCONTRI GRUPPO TECNICO LETTERATURA	RIMBORSO SPESE	

Attività 2.2	TRAINING SUL CAMPO ALLA ATTIVITÀ DI ISPEZIONE VERSO UTENTI E SERVIZI, AI FINI DELLA QUALIFICA DI AUDITORS	Lezioni interattive	Rimborso spese	
		Mezzi	Costi	
Attività 3.1	ORGANIZZAZIONE E LIVELLO DI RESPONSABILITÀ E COMPETENZA DEI SERVIZI ➤ IL GOVERNO CLINICO E LA CONDIVISIONE	Incontro gruppo tecnico Personale dedicato	Arruolare 6 unità	
Attività 3.2	REGOLE E DOCUMENTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ	Stesura protocolli		
Attività 3.3	COMUNICAZIONE ESTERNA ➤ VERSO STAKEHOLDERS IN CONSULTAZIONE ➤ SUI RISULTATI DI ATTIVITÀ E SUL LIVELLO DI RISCHIO	Report	Tipografia	
Attività 3.4	COMUNICAZIONE INTERNA COINVOLGIMENTO/CONDIVISIONE SU METODI DI LAVORO PROBLEMI PRIORITARI E RISULTATI	Circolare		
		Mezzi	Costi	
Attività 4.1	PRESENTAZIONE VERSO AA..SS.LL. REGIONALI, VERSO SSN (ALTRE REGIONI E MINISTERO)	Report	Tipografia	
Attività 4.2	PRESENTAZIONE VERSO STAKEHOLDERS (ASSOCIAZIONE UTENTI E CONSUMATORI)	Conferenza	Spese organizzative	
Attività 4.3	REALIZZAZIONE DI UN SITO WEB PER LA DOCUMENTAZIONE E L'INFORMAZIONE	Sito WEB	Informatico	

Valutazione degli interventi

A livello regionale, responsabile del monitoraggio e della valutazione del progetto è la Cabina di Regia del Piano Regionale della Prevenzione. A livello aziendale la responsabilità del sistema di sorveglianza è del referente aziendale.

La valutazione ex-ante del progetto è a cura del referente regionale del progetto a seguito di audit con i responsabili aziendali ed i gruppi di interesse. La valutazione riguarderà la possibilità e le modalità di utilizzo del modello ispettivo, nelle attività di programmazione delle ASL e per la sicurezza dell'utente.

Le iniziative di formazione saranno valutate tenendo conto di:

- analisi del post-test formazione;

- proporzione di operatori SIAN/SVET formati sul totale;

La valutazione delle performance del sistema di ispezione verrà effettuata attraverso i seguenti indicatori:

Indicatore	Valore atteso	Fonte dei dati	Periodicità di misura
• Documentazione prodotta dal gruppo di lavoro	- Stesura documento	Responsabile Progetto	a 6 mesi dall'inizio
• n° di corsi svolti/n° di corsintri programmati • n° attestati rilasciati	- 90% di incontri programmati - 75% dei partecipanti	Registro delle attività formative	entro 12 mesi dall'inizio
• controlli ufficiali e categorizzazione del rischio	- 80% delle imprese sono state registrate e classificate	Report	entro 12 mesi dall'inizio
• n° controlli di ispezione e campionamento • strumenti di lavoro (schede, ecc.)	- 80% di imprese ispezionate	Report asl Chek-list controlli	a 24 e 36 mesi dall'inizio

La valutazione di esito riguarderà il coinvolgimento dei portatori di interesse. Si procederà alla raccolta dei dati qualitativi attraverso un questionario standardizzato e semi-strutturato, auto-somministrato alle persone identificate come rappresentanti di diversi gruppi di interesse. L'analisi dei dati e la comunicazione dei risultati a tutti coloro che hanno partecipato alla valutazione, al fine di provocare proposte sulla ri-programmazione migliorativa del progetto, verrà effettuata a cura del referente regionale.

MACROAREA:

Prevenzione universale

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

Prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

Realizzare la sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute, favorendo l'implementazione di sistemi di sorveglianza su comportamenti e stili di vita (quali PASSI, PASSI d'argento, OKkio alla salute, HBSC) coordinati e raccordati con gli altri sistemi informativi

TITOLO DEL PROGRAMMA/PROGETTO

PASSI Puglia

Contenuti del programma/progetto:*Aspetti generali:***Beneficiari**

Target: le evidenze raccolte attraverso i sistemi di sorveglianza degli stili di vita supportano le attività di educazione alla salute in tutte le fasce di età. Pertanto possono essere individuati come beneficiari dell'intervento tutti i cittadini pugliesi.

Attori:

Attore	Compiti
Cabina di regia del Piano Regionale della Prevenzione	Coordinamento regionale
Osservatorio Epidemiologico Regionale	Supporto alla Cabina di Regia nel monitoraggio Campionamento Certificazione delle attività dei <i>board</i> aziendali Formazione degli intervistatori e dei referenti aziendali Elaborazione di report regionali e supporto ai <i>board</i> nella redazione dei report aziendali
Referente regionale PASSI	Raccordo con Gruppo Tecnico PASSI
Referente aziendale	Coordinamento del <i>board</i> aziendale Monitoraggio del sistema a livello aziendale Elaborazione di report aziendali
Intervistatori	Invio comunicazione a sindaci, medici di medicina generale e soggetti campionati Recupero dei riferimenti telefonici delle persone da intervistare Esecuzione delle interviste e input dei dati

Analisi di contesto

Il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità la realizzazione di un programma di sorveglianza epidemiologica degli stili di vita denominato PASSI - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia, da realizzarsi in collaborazione con le Regioni. Il Progetto è stato avviato in Puglia in via sperimentale nel 2006, a decorrere dall'anno 2007 è stata implementata l'attività di sorveglianza continuativa della popolazione.

Il progetto prevede l'effettuazione di almeno 25 interviste telefoniche al mese per ogni ASL ad un campione di popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni, selezionato con metodo casuale stratificato dall'anagrafe degli assistibili.

In Puglia, è stato costituito in ogni ASL un *board* di progetto formato da un medico referente e da almeno 5 intervistatori, di norma scelti tra il personale infermieristico e di assistenza sanitaria dei Dipartimenti di Prevenzione e delle Strutture di Epidemiologia e Statistica.

Nel 2006, a conclusione della sperimentazione del sistema, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale ha pubblicato un primo report delle attività dello studio pilota, scaricabile dal sito <http://www.oerpuglia.org/StudioPassi.asp>.

Dal 2007, è stata stipulata una convenzione tra Istituto Superiore di Sanità e l'Assessorato alle Politiche della Salute della Regione Puglia per la realizzazione delle attività del sistema di sorveglianza continua PASSI.

Il sistema di sorveglianza PASSI è stato inserito tra gli obiettivi del programma della Regione Puglia di "Sostegno alle funzioni di Interfaccia tra il Centro Nazionale per la Prevenzione e il

Controllo delle Malattie e le Regioni e le Province Autonome”, approvato con DGR 234/08 e finanziato con risorse ministeriali vincolate al raggiungimento degli obiettivi previsti nel programma per gli anni 2008 e 2009. Con nota prot. N° 24/7527/1 del 30 aprile 2008 del Dirigente del Settore Assistenza Territoriale e Prevenzione, l’Assessorato alle Politiche della Salute della Regione Puglia ha invitato le AA.SS.LL. a comunicare all’Osservatorio Epidemiologico Regionale i nominativi del personale impegnato nelle azioni del programma PASSI (medici referenti e intervistatori), individuati con delibera del Direttore Generale.

Nel giugno 2008 si è svolta, presso l’Osservatorio Epidemiologico Regionale, la riunione dei referenti aziendali e del referente regionale PASSI, durante la quale sono stati stabiliti criteri e modalità per l’incentivazione del personale.

Il monitoraggio degli obiettivi viene curato semestralmente dall’Osservatorio Epidemiologico Regionale che provvede ad inviare certificazione dello stato di avanzamento delle attività per ogni ASL e per ogni intervistatore, al fine dell’erogazione del compenso ai singoli operatori.

Tutte le ASL hanno correntemente istituito i gruppi di lavoro con DGR. Tre ASL hanno ottenuto la certificazione dell’avanzamento per il secondo semestre 2007; a decorrere dal 1 gennaio 2008 e fino alla fine del 2010, tutte le ASL hanno raggiunto gli obiettivi del programma e hanno ottenuto la certificazione.

L’Osservatorio Epidemiologico Regionale ha curato l’elaborazione di un report delle attività dell’anno 2008 e del primo semestre 2009, presentato nel corso di una Conferenza Stampa tenutasi nel dicembre 2009 e disponibile sul sito <http://www.oerpuglia.org/StudioPassi.asp>.

L’Osservatorio ha inoltre curato la realizzazione e la diffusione di schede tematiche su obesità, fumo e alcol. Sono stati infine pubblicati un report sintetico delle attività svolte nella ASL Foggia e un report in *extenso* delle attività realizzate nella ASL Bari. Sono in corso di predisposizione report delle altre ASL.

Per l’anno 2010 il finanziamento del progetto è stato garantito da risorse regionali identificate nell’ambito del Documento di Indirizzo Economico e Funzionale del Servizio Sanitario Regionale. Tale finanziamento non appare riproponibile per motivi legati alla capienza del bilancio regionale.

D’altra parte, non è ipotizzabile che l’attività PASSI possa essere inserita nei carichi di lavoro ordinario del personale dei Dipartimenti di Prevenzione e delle Strutture di Epidemiologia e Statistica che soffrono di un importantissimo sotto-dimensionamento non superabile a breve per gli effetti della Legge Regionale 12/2010 che ha disposto il blocco delle assunzioni nell’ambito del Servizio Sanitario Regionale.

Pertanto, la continuazione del sistema basato sull’incentivazione del personale rappresenta l’unica possibilità di mantenimento del sistema di sorveglianza PASSI.

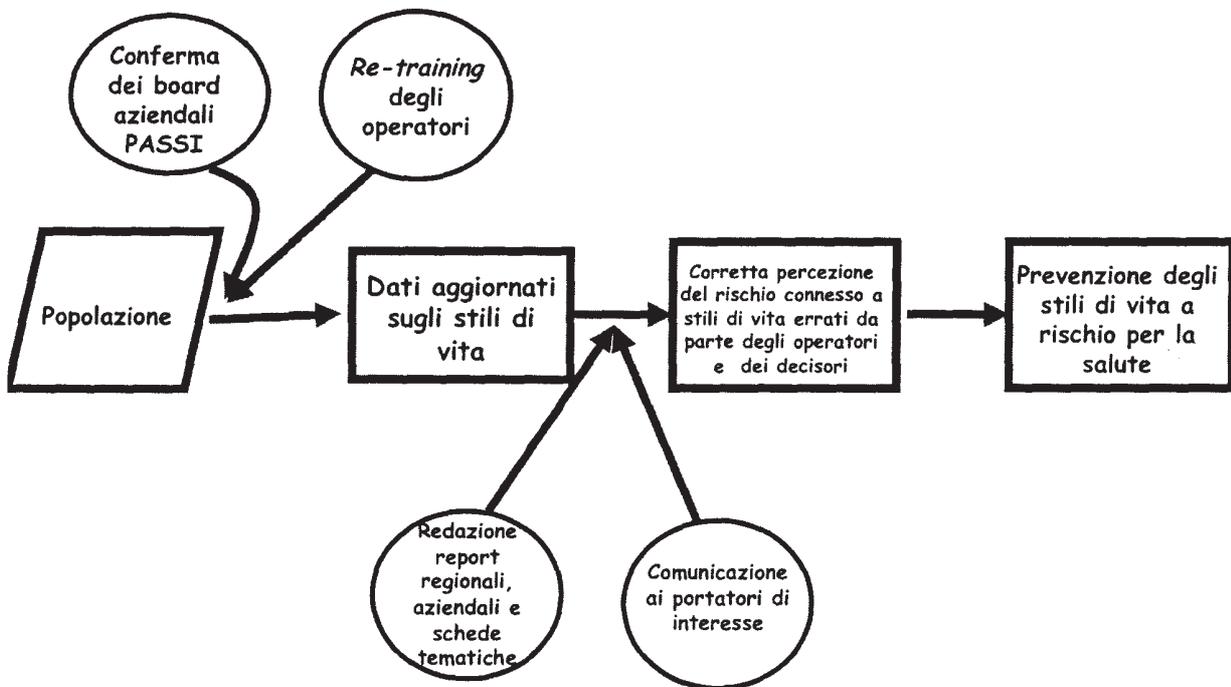
L’esperienza finora maturata ha messo in luce alcune criticità strutturali, quali i ritardi nell’imputazione delle interviste legati alla scarsa attitudine ad usare il metodo *CATI* (*Computer-Assisted Telephone Interviewing*), il turn-over degli intervistatori e l’insufficiente utilizzo dei dati per iniziative di comunicazione a livello aziendale. Tali criticità dovranno essere affrontate e superate nel corso della continuazione del progetto per ottenere un miglioramento degli indicatori di processo

Modello logico

La continuazione del sistema di sorveglianza PASSI richiede innanzitutto la conferma degli attuali *board* aziendali, istituiti per il periodo 2008/2009 e prorogati per il 2010.

Report regionali annuali, report aziendali e schede specifiche di approfondimento dovranno essere diffusi a tutti i portatori di interesse (direttori generali e sanitari delle ASL, dipartimenti di prevenzione, distretti socio sanitari, medici di medicina generale, popolazione generale), affinché vengano avviate iniziative di prevenzione volte a favorire la corretta percezione del rischio connesso a stili di vita errati.

Modello Logico: PASSI Puglia



Quadro logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Realizzare la sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute, favorendo l'implementazione di sistemi di sorveglianza su comportamenti e stili di vita (quali PASSI, PASSI d'argento, OKkio alla salute, HBSC) coordinati e raccordati con gli altri sistemi informativi			
Obiettivo specifico	Monitorare determinanti e fattori di rischio comportamentali per le patologie cronico degenerative attraverso il sistema di Sorveglianza PASSI	Numero di ASL che hanno ottenuto la certificazione delle attività del sistema di sorveglianza PASSI/Totale delle ASL, per anno Numero di ASL che hanno prodotto report delle attività di sorveglianza/Totale delle ASL, nel biennio	Certificazione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale alle ASL che hanno effettuato il numero minimo di interviste previste dal protocollo Siti <i>web</i> delle Aziende Sanitarie Locali	Risorse umane Livello di informatizzazione delle ASL
Risultato atteso 1	Dataset PASSI aggiornato	Numero di ASL per cui è disponibile un dataset aggiornato/Totale delle ASL, per semestre di rilevazione	Sito <i>web</i> www.passidati.it	Risorse umane Livello di informatizzazione delle ASL
Risultato Atteso 2	Comunicazione dei risultati del sistema di sorveglianza ai portatori di interesse	Numero di accessi al sito <i>web</i> www.oerpuglia.org per <i>download</i> dei report PASSI, per anno	Sistema di monitoraggio degli accessi al sito www.oerpuglia.org	Collaborazione MMG

Attività		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Conferma dei <i>board</i> aziendali costituiti da un medico referente e da almeno 5 intervistatori	Delibera del Direttore Generale, in ogni ASL		
Attività 1.2	<i>Re-training</i> degli operatori, con particolare riferimento al sistema CATI e alla comunicazione dei risultati	Corso di formazione organizzato dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale		
Attività 1.3	Mantenimento sistema di sorveglianza	Intervistatori Referenti aziendali Utenze telefoniche	Intervistatori Sovracampionamento nell'ASL BA Telefonia	
Attività 2.1	Redazione e divulgazione report regionali	Analisi dei dati e redazione report a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale Conferenza stampa di presentazione Diffusione della versione stampata del rapporto Pubblicazione del rapporto sui siti www.oerpuglia.org e www.regione.puglia.it e link su siti di portatori di interesse	Costi di stampa	
Attività 2.2	Redazione report aziendali	Analisi dei dati e redazione report a cura dei referenti aziendali Conferenza stampa di presentazione Diffusione della versione stampata del	Costi di stampa	

		rapporto		
		Pubblicazione del rapporto sul sito web della ASL e <i>link</i> su siti di portatori di interesse		

Piano di valutazione

A livello regionale, responsabile del monitoraggio e della valutazione del progetto è la Cabina di Regia del Piano Regionale della Prevenzione supportata dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale. A livello aziendale la responsabilità del sistema di sorveglianza è del referente aziendale PASSI.

La valutazione *ex-ante* del progetto è a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale a seguito di *audit* con i responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione, delle Strutture di Epidemiologia e Statistica e della Società Italiana di Medicina Generale. La valutazione riguarderà la possibilità e le modalità di utilizzo dei dati PASSI nelle attività di programmazione delle ASL e nella pianificazione di attività di formazione per i medici di medicina generale.

Le iniziative di formazione vengono valutate tenendo conto di:

- accreditamento degli eventi;
- analisi del post-test;
- proporzione di referenti aziendali formati, sul totale;
- proporzione degli intervistatori formati, sul totale.

La valutazione delle *performance* del sistema di sorveglianza viene effettuata attraverso i seguenti indicatori:

- tasso di risposta degli intervistati per ASL e mese;
- tasso di sostituzione per ASL e mese;
- tasso di sostituzione per ASL, sesso e totale;
- tasso di rifiuto per ASL e mese;
- tasso di rifiuto per ASL, sesso e totale;
- tasso di non reperibilità per ASL e mese;
- tasso di non reperibilità per ASL, sesso e totale;
- percentuale di "senza telefono rintracciabile" per ASL e mese;
- tasso di coinvolgimento MMG per mese;
- percentuale di utilizzo del CATI (*computer assisted telephone interview*).

La valutazione della comunicazione dei risultati verrà effettuata dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale sul numero di eventi formativi organizzati dall'Organismo Regionale di Formazione e dagli Uffici Formazione delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere in cui sono stati valorizzati risultati desumibili dal report PASSI.

MACROAREA:

Prevenzione universale

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

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

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

Realizzare la sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute, favorendo l'implementazione di sistemi di sorveglianza su comportamenti e stili di vita (quali PASSI, PASSI d'argento, OKkio alla salute, HBSC) coordinati e raccordati con gli altri sistemi informativi

TITOLO DEL PROGRAMMA/PROGETTO:

OKkio alla salute

Contenuti del programma/progetto:Aspetti generali:**1. Beneficiari**

Target: tutti i bambini tra i 7 ed i 9 anni, iscritti alla scuola primaria distribuiti fra le circa 600 scuole sparse sul territorio regionale. Nella Regione Puglia, questa popolazione si stima essere circa il 3% (Dati Istat, 2009), per cui ammonta a 126.794 bambini.

Attori: Cabina di regia-Coordinamento Operativo come da Delib G.R. del 27 luglio 2010 n. 1758

- Coordinatore regionale del progetto (Responsabile del progetto e dei rapporti con l'Ufficio Scolastico Regionale)

- Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (Supporto alle attività di campionamento, Elaborazione, diffusione dati)
- SIAN quale Servizio del Dipartimento di Prevenzione, tra i cui LEA è presente la sorveglianza nutrizionale ai fini della realizzazione di un sistema aziendale di sorveglianza.
- Coordinatore del progetto per ASL (Responsabile del progetto e dei rapporti con l'Ufficio Scolastico Provinciale)
- Ufficio Scolastico Regionale
- Ufficio Scolastico Provinciale
- Dirigenti scolastici
- Insegnanti
- Alunni
- Genitori degli alunni

Analisi di contesto

In Italia, come in altri Paesi europei, la necessità di seguire con attenzione la situazione nutrizionale della popolazione generale e, in particolare, dei bambini è un'acquisizione molto recente e fortemente motivata dalla percezione, anch'essa piuttosto recente, dell'obesità come problema prioritario di salute pubblica. Infatti dati recenti del WHO sottolineano l'aumento dell'obesità, in particolare in età evolutiva: attualmente la prevalenza di obesità giovanile in Europa è 10 volte maggiore rispetto agli anni settanta. Il 20% dei bambini europei è in sovrappeso o obeso, con un picco del 34% nei bambini da 6 a 9 anni (uno su 3 è sovrappeso o obeso). Il problema dell'obesità e del sovrappeso nei bambini ha acquisito negli ultimi anni un'importanza crescente, sia per le implicazioni dirette sulla salute del bambino sia perché tali stati rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie in età adulta. Inoltre, l'obesità infantile rappresenta un fattore predittivo di obesità nell'età adulta.

Fino a oggi, in Italia, sono stati condotti vari studi regionali o di ASL basati su misurazioni dirette dei bambini per lo più tra 6 e 9 anni, ma tali studi differiscono per tempi, modalità, età campionate e diversi altri aspetti che ne rendono difficile il confronto. Fino a poco tempo fa, le uniche fonti informative nazionali sono

MACROAREA:

2. Prevenzione universale

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

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

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

2.9.3 Realizzare la sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute, favorendo l'implementazione di sistemi di sorveglianza su comportamenti e stili di vita (quali PASSI, PASSI d'argento, OKkio alla salute, HBSC) coordinati e raccordati con gli altri sistemi informativi

TITOLO DEL PROGRAMMA/PROGETTO:

OKkio alla salute

Contenuti del programma/progetto:Aspetti generali:1. **Beneficiari**

Target: tutti i bambini tra i 7 ed i 9 anni, iscritti alla scuola primaria distribuiti fra le circa 600 scuole sparse sul territorio regionale. Nella Regione Puglia, questa popolazione si stima essere circa il 3% (Dati Istat, 2009), per cui ammonta a 126.794 bambini.

Attori: Cabina di regia-Coordinamento Operativo come da Delib G.R. del 27 luglio 2010 n. 1758

- Coordinatore regionale del progetto (Responsabile del progetto e dei rapporti con l'Ufficio Scolastico Regionale)

- Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (Supporto alle attività di campionamento, Elaborazione, diffusione dati)
- SIAN quale Servizio del Dipartimento di Prevenzione, tra i cui LEA è presente la sorveglianza nutrizionale ai fini della realizzazione di un sistema aziendale di sorveglianza.
- Coordinatore del progetto per ASL (Responsabile del progetto e dei rapporti con l'Ufficio Scolastico Provinciale)
- Ufficio Scolastico Regionale
- Ufficio Scolastico Provinciale
- Dirigenti scolastici
- Insegnanti
- Alunni
- Genitori degli alunni

Analisi di contesto

In Italia, come in altri Paesi europei, la necessità di seguire con attenzione la situazione nutrizionale della popolazione generale e, in particolare, dei bambini è un'acquisizione molto recente e fortemente motivata dalla percezione, anch'essa piuttosto recente, dell'obesità come problema prioritario di salute pubblica. Infatti dati recenti del WHO sottolineano l'aumento dell'obesità, in particolare in età evolutiva: attualmente la prevalenza di obesità giovanile in Europa è 10 volte maggiore rispetto agli anni settanta. Il 20% dei bambini europei è in sovrappeso o obeso, con un picco del 34% nei bambini da 6 a 9 anni (uno su 3 è sovrappeso o obeso). Il problema dell'obesità e del sovrappeso nei bambini ha acquisito negli ultimi anni un'importanza crescente, sia per le implicazioni dirette sulla salute del bambino sia perché tali stati rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie in età adulta. Inoltre, l'obesità infantile rappresenta un fattore predittivo di obesità nell'età adulta.

Fino a oggi, in Italia, sono stati condotti vari studi regionali o di ASL basati su misurazioni dirette dei bambini per lo più tra 6 e 9 anni, ma tali studi differiscono per tempi, modalità, età campionate e diversi altri aspetti che ne rendono difficile il confronto. Fino a poco tempo fa, le uniche fonti informative nazionali sono

rappresentate dalle indagini multiscopo dell'ISTAT (condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999/2000, in cui però peso e altezza dei minori sono stati comunicati dai genitori e non misurati direttamente) che evidenziavano come in Italia il 24% dei ragazzi tra i 6 e i 17 anni presentava un eccesso ponderale, fenomeno che sembrava interessare le fasce di età più basse ed è più frequente nelle regioni del sud Italia.

Al fine di definire e mettere a regime un sistema di raccolta dati nazionale sullo stato nutrizionale dei bambini di età compresa tra i 6 e i 10 anni, con acquisizione di informazioni dirette su alcuni parametri antropometrici, abitudini alimentari e attività fisica, nel 2008 il Ministero della Salute/CCM e le Regioni hanno affidato al CNESPS-ISS il coordinamento dell'iniziativa "OKkio alla SALUTE – Promozione della salute e della crescita sana dei bambini della scuola primaria, collegato al programma europeo "Guadagnare salute" (recepito in Italia con DPCM del 4 maggio 2007) e al "Piano nazionale della prevenzione".

Nell'ottica di una evoluzione verso un sistema di sorveglianza, cioè una raccolta continua nel tempo finalizzata alle conseguenti azioni di contrasto, in stretta collaborazione con le Regioni si è cercato di sviluppare un sistema che permetta la raccolta dei dati nelle scuole, che sia sostenibile nel tempo, sia per il sistema sanitario che per la scuola, ed efficace nel guidare gli interventi di sanità pubblica.

L'obiettivo generale di OKkio alla SALUTE è di descrivere nel tempo l'evoluzione della situazione nutrizionale dei bambini delle scuole primarie e del loro ambiente scolastico, in relazione alle sue caratteristiche favorevoli a una corretta nutrizione e l'attività fisica, allo scopo di suggerire azioni appropriate e basate su prove di efficacia. In questo rapporto sono riportati i risultati principali relativi al primo anno di attività.

Stato dell'arte prima l'introduzione del Piano di prevenzione all'obesità 2010-2012

Fonte: OKkio alla Salute Puglia 2008

- La situazione nutrizionale dei bambini

Tra i bambini pugliesi il 14,4% risulta obeso (IC 95% 12,4%-16,3%), il 24,6% sovrappeso (22,3%-26,9%) e il 61% sotto e normopeso (58,3%-63,7%). Complessivamente il 39% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità. La mediana (valore centrale) della distribuzione dell'IMC della nostra Regione è pari a 17,7 ed è spostata verso destra rispetto a quella della popolazione internazionale di riferimento della stessa età (15,8).

Se riportiamo la prevalenza di obesità e di sovrappeso riscontrata in questa indagine a tutti il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella nostra regione sarebbe pari a 99.485, di cui obesi 36.733. La prevalenza di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e quelli di 9 anni; tra maschi risulta una prevalenza di obesità leggermente più alta che nelle femmine. Bambini che frequentano scuole in centri con >50.000 abitanti sono in genere più obesi.

- Le abitudini alimentari dei bambini

Nella nostra Regione il 61% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata. Il 12% non fa per niente colazione (ugualmente nelle bambine che nei bambini) e il 27% non la fa qualitativamente adeguata. Solo una piccola parte di bambini, il 12%, consuma una merenda adeguata di metà mattina. La maggior parte dei bambini, l'86% la fa inadeguata e il 2% non la fa per niente.

- Consumo di frutta e verdura

In Puglia i genitori riferiscono che solo il 2% dei bambini consuma 5 o più porzioni di frutta e verdura ogni giorno, il 38% una sola porzione al giorno. Il 28% dei bambini mangia frutta e verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana. La prevalenza del consumo di frutta e verdura almeno una volta al giorno non si modifica tra i due sessi mentre aumenta con il livello di istruzione della madre (da 68% per titolo di scuola elementare o media, a 74% per diploma di scuola superiore, a 85% per la laurea).

Attività fisica

Nel nostro studio il 71% dei bambini risulta attivo il giorno antecedente all'indagine. Il 25% ha partecipato ad un'attività motoria a scuola nel giorno precedente (dato influenzato dalla programmazione scolastica). Secondo i genitori, nella nostra regione, 4 bambini su 10 (35%) fa un'ora di attività fisica per 2 giorni la settimana, il 17% neanche un giorno e solo il 7% da 5 a 7 giorni. Il 31% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bici.

Fonte: Okkio alla salute Italia 2010

Nel 2010 sono stati misurati oltre 42.000 bambini della terza classe delle scuole primarie.

La seconda raccolta di Okkio alla Salute fornisce risultati non molto dissimili da quanto rilevato nel 2008.

- Permane alta la prevalenza del sovrappeso (23%) e dell'obesità (11%), pari a un totale di 34%.
- Si continuano a rilevare comportamenti non salutari:
 - o il 9% dei bambini salta la prima colazione e il 30% non la fa adeguata
 - o 1 bambino su 4 non mangia quotidianamente frutta e verdura
 - o circa il 50% consuma bevande zuccherate o gassate nell'arco della giornata
 - o 1 bambino su 5 pratica sport per non più di un'ora a settimana
 - o 1 bambino su 2 ha la TV in camera.
- I genitori non sempre hanno una percezione corretta dello stato ponderale del proprio figlio: tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 36% ritiene che il proprio figlio non sia in eccesso ponderale.

Bibliografia

1. WHO, The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Versione estesa: <http://www.euro.who.int/document/E90711.pdf>
2. Summary: <http://www.euro.who.int/document/e89858.pdf>.
Versione italiana del summary:
http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/pubblicazioni/obesita_Istanbul.pdf
3. WHO; Obesity: preventing and managing the global epidemic; Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5 June 1997
4. Ministero della Salute, 2007 "Guadagnare salute":
http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf
5. Sito: International Obesity Task Force: <http://www.ietf.org/>

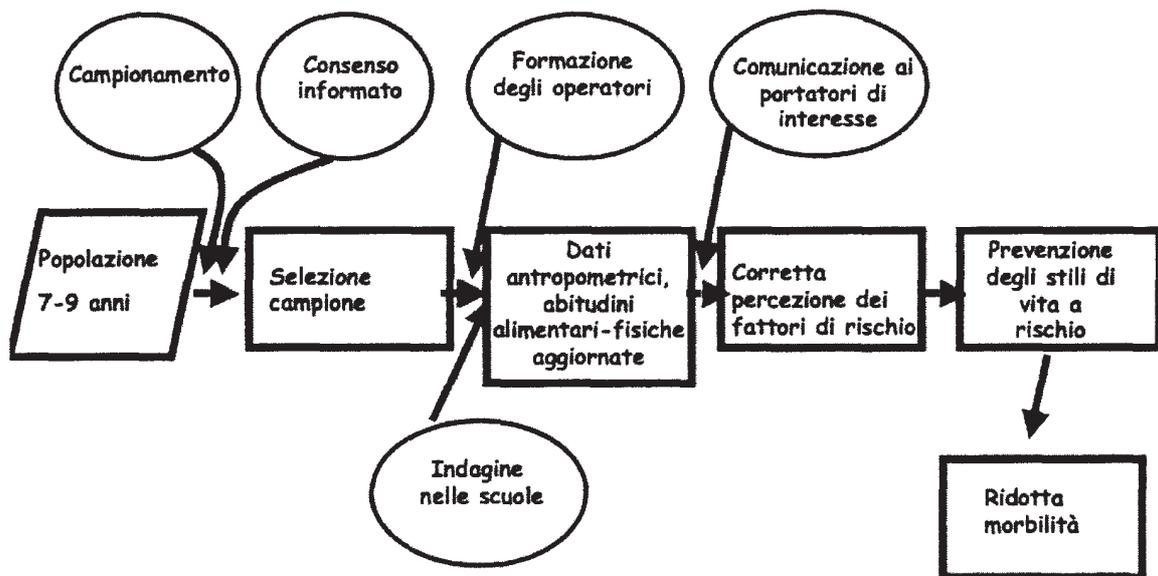
Modello logico

Nell'ambito della definizione delle priorità occorre quindi poter disporre di dati epidemiologici di sorveglianza, oltre che della patologia, anche dei comportamenti, stili di vita, utilizzo delle misure di prevenzione .

L'approccio metodologico proposto è quello della sorveglianza di popolazione, da effettuarsi con survey biennali ripetuti su campioni rappresentativi della popolazione scolastica. Il sistema di raccolta dati sullo stato nutrizionale dei bambini di età compresa tra i 7 e i 9 anni che coinvolge l'intera Regione, e che permetta l'acquisizione di informazioni dirette su alcuni parametri antropometrici, abitudini alimentari e attività fisica, permette di valutare l'efficacia degli interventi adottati. I risultati dell'analisi verranno diffusi a livello di Asl, regionale e nazionale entro pochi mesi dalla raccolta, coinvolgendo in modo particolare i referenti, gli operatori e le scuole che hanno partecipato all'indagine.

Si deve prevedere la messa a punto di un sistema informativi integrati sui dati di comportamento della popolazione target, per realizzare interventi di educazione e campagne informative/formative con metodi di provata efficacia .

Modello Logico OKkio alla salute



Quadro logico

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Realizzare la sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute, favorendo l'implementazione di sistemi di sorveglianza su comportamenti e stili di vita (quali PASSI, PASSI d'argento, OKkio alla salute, HBSC) coordinati e raccordati con gli altri sistemi informativi			
Obiettivo specifico	Monitorare l'evoluzione dello stato nutrizionale dei	<ul style="list-style-type: none"> • Percentuale normopeso/sottopeso, sovrappeso, obeso (3 	<ul style="list-style-type: none"> • "OKkio alla salute". 	<ul style="list-style-type: none"> • I bambini obesi o a rischio di

	bambini delle scuole primarie e dei loro comportamento nutrizionale e motorio	<p>categorie IMC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Numero bambini che fanno attività fisica/tot bambini che compilano il questionario • Numero bambini che consumano almeno tre pezzi di frutta e verdura al giorno, rispetto la survey precedente/totale bambini che compilano il questionario 		<p>obesità non partecipano alla sorveglianza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gli insegnanti partecipano al programma di ed. sanitaria
Risultato atteso 1	Produrre e rendere disponibili in maniera integrata le basi dati	<ul style="list-style-type: none"> • N° bimbi presenti/n° bimbi invitati • N° scuole partecipanti/n° scuole aderenti • N° di insegnanti coinvolti nella formazione • N° genitori coinvolti nell'iniziativa • 	<ul style="list-style-type: none"> • Registrazione all'evento • Okkio alla salute 	<ul style="list-style-type: none"> • I bambini obesi o a rischio di obesità non partecipano alla sorveglianza • Mancanza fondi per stampare materiale didattico
Risultato atteso 2	Migliorare e consolidare le attività di comunicazione dei risultati raggiunti	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di ASL che hanno Prodotto report delle attività Di sorveglianza/Totale ASL • Numero di accessi al sito <i>Web</i> www.oerpuglia.org Per <i>download</i> dei report OKkio e del progetto, • 	<ul style="list-style-type: none"> • Relazioni referenti aziendali • Sito <i>web</i> • Sistema di monitoraggio degli Accessi al sito www.oerpuglia.org 	<ul style="list-style-type: none"> • Risorse umane • Livello di informatizzazione
		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Accordo tra Ufficio Regionale scolastico e L'assessorato alle politiche sanitarie	Delibera		
Attività 1.2	Individuazione scuole	Campionamento a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale		
Attività 1.3	Incontri con gli insegnanti	<ul style="list-style-type: none"> • recapitare/consegnare all'insegnante lettera per incontro 	Rimborso spesa per incontri	
Attività 1.4	Campagna di informazione nella scuola primarie	<ul style="list-style-type: none"> • Volantini, depliant, poster 	Spese organizzative	
Attività 1.5	Individuazione spazi per misure antropometriche	<ul style="list-style-type: none"> • Aule dedicate 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivo operatori sanitari 	
Attività 1.6	Consenso informato	<ul style="list-style-type: none"> • Preparazione consenso 		

Attività 1.7	Misurazione antropometrica	<ul style="list-style-type: none"> • Stadiometro e bilance 	•	
Attività 2.1	Inserimento dei dati	<ul style="list-style-type: none"> • Attività di supporto dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale 	Reclutamento personale	
Attività 2.2	Elaborazione dati	<ul style="list-style-type: none"> • Attività di supporto dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale 	Raccolta e analisi dei dati	
Attività 2.3	Diffusione dati	<ul style="list-style-type: none"> • Sito web • stampa report, • schede divulgative • Attività di supporto dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale 	Stampa <ul style="list-style-type: none"> • 	

Piano di valutazione

A livello regionale, responsabile del monitoraggio e della valutazione del progetto è la Cabina di Regia del Piano Regionale della Prevenzione supportata dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

A livello aziendale la responsabilità del sistema di sorveglianza è del referente aziendale.

La valutazione ex-ante del progetto è a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale a seguito di audit con i responsabili aziendali ed i gruppi di interesse quali popolazione scolastica (presidi ed insegnanti), famiglie, scolari, operatori SIAN, Ufficio Scolastico Provinciale, Ufficio Scolastico Regionale. La valutazione riguarderà la possibilità e le modalità di utilizzo dei dati OKkio alla salute, nelle attività di programmazione delle ASL e del mondo scolastico.

Le iniziative di formazione saranno valutate tenendo conto di:

- analisi del post-test;
- proporzione di operatori SIAN formati sul totale;

La valutazione delle performance del sistema di sorveglianza verrà effettuata attraverso i seguenti indicatori:

- Percentuale di scuole partecipanti/scuole campionate
- Percentuale di classi partecipanti/classi campionate
- Percentuale di bambini con consenso/bambini arruolati nelle classi campionate
- Percentuale di bambini assenti/bambini arruolati

La valutazione di esito riguarderà il coinvolgimento dei portatori di interesse. Si procederà alla raccolta dei dati qualitativi attraverso un questionario standardizzato e semi-strutturato, auto-somministrato alle persone identificate come rappresentanti di diversi gruppi di interesse, e facendo ricorso al metodo SWOT.

A livello regionale, l'analisi dei dati e la comunicazione dei risultati a tutti coloro che hanno partecipato alla valutazione, al fine di provocare proposte sulla riprogrammazione migliorativa del progetto, verrà effettuata a cura dell'Assessorato alle Politiche della Salute e dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Macroarea

Prevenzione universale

Linea di intervento generale:

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

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012:

Sorveglianza di patologie, determinati e rischi per la salute.

Titolo del programma/progetto:

"Scuole in Salute"

Contenuti del programma/progetto:**Aspetti generali:****Beneficiari****Target:**

- Popolazione scolastica scuola Primaria (circa 208.000 alunni)
- Popolazione scolastica scuola Secondaria (circa 128.000 studenti)
- Insegnanti Referenti per l'Educazione alla Salute degli istituti scolastici della Regione Puglia
- Operatori della sanità coinvolti nei programmi di Educazione alla Salute

Attori:

Attore	Compiti
Cabina di Regia del Piano Regionale della Prevenzione	Coordinamento regionale
Gruppo Tecnico Interistituzionale Regionale (Assessorato alle Politiche della Salute-Ufficio Scolastico Regionale-ARES)	Coordinamento regionale a supporto della Cabina di Regia Individuazione e monitoraggio delle priorità e dei bisogni Definire linee di indirizzo regionali comuni e pluriennali Rafforzare le reti Progettazione di interventi-tipo e/ di strumenti operativi Promozione di idonee opportunità di formazione Valutazione di proposte progettuali da parte di terzi Enti Gestione amministrativa e rendicontazione economica del progetto
Osservatorio Epidemiologico Regionale	Valutazione epidemiologica degli interventi Elaborazione di report regionali Supporto nell'elaborazione di report aziendali
Referenti Educazione alla Salute del Dipartimento di Prevenzione	Coordinamento e monitoraggio del sistema a livello aziendale
Referenti Educazione alla Salute dell'USR ambiti territoriali	Coordinamento e monitoraggio del sistema a livello provinciale

Analisi di contesto

La problematica relativa alla Promozione della Salute è stata, da sempre, in Regione Puglia, oggetto di interesse e coinvolgimento, sia da parte dell'Assessorato alle Politiche della Salute che da parte dell'ARES.

Tale azione d'intervento ha trovato la sua forza nelle capacità e nella volontà dei singoli, ma ha evidenziato limiti derivanti dalla mancanza di una pianificazione e coordinamento e dall'assenza di dialogo sistemico con il mondo della Scuola.

Tale impegno, negli anni, spesso non subendo un processo di condivisione e pianificazione non è stato né misurato e nemmeno valutato con prove di efficacia, ma ha avuto il merito di diffondere la cultura della Promozione e dell'Educazione alla Salute.

Le stesse difficoltà sono state riscontrate anche a livello periferico, in quanto molti attori (Dipartimento di Prevenzione, Distretti SocioSanitari, SERT, ed altri) spesso hanno operato in piena autonomia senza alcun coordinamento e/o pianificazione.

Tali difficoltà sono, inoltre, maggiormente acute dal processo di accorpamento subito da alcune ASL Pugliesi.

Nell'anno 2009 il Gruppo di lavoro "Scuola e Salute" costituitosi in Regione, in osservanza del Protocollo d'Intesa Ministero della Salute e Ministero della Pubblica Istruzione del 5 gennaio 2007, ha provveduto ad avviare il censimento di tutte le progettualità esistenti sul territorio regionale.

Sintesi dei risultati della attività di ricognizione del Gruppo "Scuola e Salute" svolta nell'anno 2010:

Punti di forza

- a) Gruppo di lavoro interistituzionale "Scuola-Sanità" partecipe e propositivo;
- b) Forte attenzione della Direzione generale USR alle problematiche inerenti l'educazione alla salute attestata dall'adesione a piani nazionali e regionali di sorveglianza nutrizionale ed educazione alimentare (scuola primaria); prevenzione delle dipendenze (scuola secondaria).
- c) Forte attenzione da parte dell'Assessorato alle Politiche della Salute – Regione Puglia, alle problematiche inerenti la promozione ed educazione alla salute sia mediate l'adesione a Programmi Nazionali che mediante azioni locali (PNP 2005-2007, Piano Regionale della Salute 2008-2010, DIF 2009).
- d) Formalizzazione di accordi con assessorati regionali per azioni capillari mirate alla sicurezza e alla tutela della salute;
- e) Previsione di istituzione in tutte le ASL pugliesi di una U.O. dedicata anche all'Educazione alla Salute (BURP n.101 del 6-7-2009) in staff alla Direzione del Dipartimento di Prevenzione.
- f) Esistenza di una rete regionale (9 scuole) di recente costituzione per l'approfondimento dei temi della prevenzione delle principali patologie metaboliche;
- g) Esistenza di scuole polo per l'educazione alla salute a livello provinciale;
- h) Esistenza di microreti provinciali tra singole scuole ed enti territoriali e tra scuole;
- i) Esistenza di un coordinamento in molte ASL, promosso dal Dipartimento di Prevenzione, che coinvolge tutti i soggetti sensibili ed interessati alle problematiche in oggetto (Distretti SocioSanitari, SERT, Dipartimenti di Salute Mentale).
- j) Numerosità degli interventi attuati dalle singole istituzioni scolastiche;
- k) Esistenza di sistemi di sorveglianza da cui poter verificare l'efficacia degli interventi, quali ad es. HBSC, lo Studio PASSI ed OKKIO ALLA SALUTE;
- l) Disponibilità dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale ad offrire un supporto al monitoraggio e valutazione degli interventi.

Punti di debolezza

- a) Assenza di una Convenzione tra l'Assessorato alle Politiche della Salute e l'Ufficio regionale Scolastico realmente operativo.
- b) Necessità di riconoscimento del ruolo per gli operatori coinvolti.

- c) Risorse limitate (sia in termini di personale che in termini economici);
- d) Assenza di azioni sistematiche e durature;
- e) Duplicazione di interventi nella medesima area;
- f) Differenza di linguaggio tra gli stessi operatori della sanità e della scuola;
- g) Programmazione degli interventi parziale e territorialmente non omogenea;
- h) Ricadute sul sistema scolastico non tracciabili;
- i) Instabilità temporale delle reti (reti a progetto);
- j) Qualità degli interventi non rilevabile.
- k) Assenza di un monitoraggio ed una valutazione degli interventi.

È necessario condurre un'analisi dei bisogni e dei problemi di salute della popolazione e del suo contesto di vita, mediante appropriati metodi e strumenti di tipo quantitativo e qualitativo, per individuare e dare priorità ai fattori ambientali e politici ed ai determinanti dei comportamenti individuali ed organizzativi, che condizionano il problema/bisogno specifico nel contesto in cui ha luogo l'intervento.

Il programma *Guadagnare Salute* si propone di favorire uno stile di vita attivo attraverso il coinvolgimento dei diversi settori della società, con lo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta di uno stile di vita sano.

Nel campo della promozione della salute la comunicazione riveste un ruolo fondamentale per attivare processi di consapevolezza e di empowerment nella popolazione target.

Per gli operatori sanitari, impegnati in attività di prevenzione e di promozione della salute, è fondamentale approfondire le conoscenze sulla pianificazione e sulle diverse strategie di comunicazione ed acquisire le competenze comunicativo-relazionali essenziali per l'attivazione di processi decisionali autonomi e responsabili nei cittadini.

Dati Epidemiologici

L'adolescenza è un periodo cruciale, nel ciclo evolutivo della persona, caratterizzato da molteplici trasformazioni, che riguardano l'individuo nella sua totalità e in cui si intrecciano eventi che coinvolgono la sfera biologica, psicologica, culturale e sociale.

Proprio in questa età si manifestano, e sempre più diffusamente sono oggetto di studio, comportamenti a rischio che possono avere conseguenze negative per la salute e per il benessere psicosociale.

Si riportano di seguito alcune informazioni epidemiologiche sugli adolescenti ricavabili da indagini eseguite nella nostra Regione.

Fonte HBSC 2010

Lo studio HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children - Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare*) si inserisce in questo contesto, con lo scopo di fotografare e monitorare la salute degli adolescenti italiani di 11, 13 e 15 anni, al fine di costituire un supporto per l'orientamento delle politiche di educazione e promozione della salute.

Dall'analisi dei dati preliminari si osserva che:

- Il 30% dei quindicenni fuma.
- Il 43% degli undicenni e l'82,57% dei quindicenni, anche se raramente, fa uso di alcool.
- Ne fa uso ogni settimana il 26,6% dei quindicenni.
- Il 16,6%, almeno una volta nella vita, ha fatto uso di cannabis;
- Il 22,2% dichiara di aver avuto rapporti sessuali completi (tra questi il 28,69% dei maschi e il 53,72% delle femmine senza protezione).
- Il 9%, dei quindicenni, dichiara di aver subito atti di bullismo a scuola negli ultimi 2 mesi.
- Il 43,5% (quindicenni) e 41,3% (undicenni) dichiara di aver subito nell'ultimo anno un infortunio che ha richiesto cure da parte di un operatore sanitario.
- Tra gli undicenni circa il 50% consuma frutta ed il 12% verdura quotidianamente.
- Solo un terzo svolge attività fisica regolare (tre o più volte alla settimana).

Fonte ESPAD-Italia

L'indagine campionaria monitora i consumi di sostanze legali quali tabacco, alcol, psicofarmaci, doping e altre sostanze psicotrope illecite. Nello specifico vengono studiate le esperienze d'uso delle sostanze nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni.

Tale indagine riveste un importante ruolo nell'individuazione di interventi adeguati alle problematiche giovanili: i dati sulle opinioni e gli atteggiamenti in rapporto alle varie sostanze e sull'esperienza del consumo delle stesse rivestono, infatti, fondamentale importanza nell'ottica della valutazione e programmazione degli interventi di prevenzione.

Tali dati costituiscono una preziosa fonte di informazione per la rilevazione degli effetti a breve termine delle campagne di prevenzione universale.

Risulta, dalle ultime rilevazioni effettuate, che in Puglia circa un quarto degli studenti tra i 15 e i 19 anni ha fatto uso di sostanze illegali almeno una volta nella vita, e circa il 22% ha fatto uso di cannabis (consumo "una tantum").

Fonte Studio Passi Puglia 2009

Gli effetti della mancanza di interventi di prevenzione in giovane adolescenziale li possiamo misurare in età adulta.

Il sistema di sorveglianza Passi - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia, basato su interviste ad un campione rappresentativo della popolazione pugliese di età compresa fra 18 e 69 anni, fornisce informazioni sugli stili di vita di queste persone.

Da dicembre 2009 sono disponibili i dati della sorveglianza Passi condotta nelle ASL pugliesi e coordinata dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia tra il 1 gennaio 2008 e il 30 giugno 2009.

Attività fisica

L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, ipertensione, diabete, obesità e depressione; gli esperti stimano che una regolare attività fisica possa ridurre la mortalità per tutte le cause di circa il 10%.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: almeno 30 minuti di attività moderata al giorno per almeno 5 giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni.

Il programma *Guadagnare Salute* si propone di favorire uno stile di vita attivo attraverso il coinvolgimento dei diversi settori della società, con lo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento, a partire dall'attenzione alla realizzazione di un ambiente favorente.

- Nell'anno 2008 il 33% degli intervistati riferiscono di avere uno stile di vita attivo (attività lavorativa pesante, praticare attività fisica moderata/intensa), dato in diminuzione rispetto al 2005 in cui erano il 38%.
- Il 36%, in media, è classificabile completamente sedentario (29,4% media nazionale), a fronte del 31% del 2005.
- La sedentarietà cresce all'aumentare dell'età (31,7% da 18 a 34 anni, 40% da 50 a 69 anni), ed è maggiore nel sesso femminile 41,2% rispetto al 30,6% degli uomini.
- Tale differenza la si riscontra anche dal punto di vista del livello d'istruzione (nessuna/elementare 41%, laurea 30,7%)

Alimentazione

La situazione nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta infatti un fattore di rischio rilevante per le principali patologie croniche (cardiopatie ischemiche, alcuni tipi di neoplasia, ictus, ipertensione, diabete mellito) ed è correlato con una riduzione di aspettativa e qualità di vita nei Paesi industrializzati.

Le caratteristiche ponderali vengono definite in relazione al valore dell'Indice di massa corporea (*Body Mass Index* o BMI), calcolato dividendo il peso in kg per la statura in metri elevata al quadrato: e sono

rappresentate in 4 categorie: *sottopeso* (BMI <18,5), *normopeso* (BMI 18,5-24,9), *soprappeso* (BMI 25,0-29,9), *obeso* (BMI ≥ 30).

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: in particolare si raccomanda il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (“*five a day*”).

- Il 45% dei pugliesi intervistati risulta essere in soprappeso/obeso (24,7% tra 18-34 anni, 65,9% 50-69 anni).
- Considerando la variabile sesso, i “soprappeso/obeso” sono maschi nel 51,9% e femmine nel 38,3%.
- Istruzione: nessuno/elementare il 64,6% di “soprappeso/obeso” e tra i laureati il 28,4%.
- Il 95% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura una volta al giorno ma solo il 6% mangia le 5 porzioni raccomandate.

Consumo di Alcool

L'alcol contribuisce a determinare molteplici problemi sanitari e sociali (dalla sindrome feto-alcolica nei neonati agli incidenti stradali - prima causa di morte in età giovanile - dai disturbi mentali alla violenza, dalle patologie croniche del fegato fino ad alcuni tipi di neoplasia). Per questi motivi, al consumo di alcol viene attribuito circa il 4% del carico di sofferenze in termini di anni di vita in buona salute persi (*Daly*). Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol ammontino a più dell'1% del prodotto interno lordo.

Sono considerate comportamenti a rischio queste tre modalità di assunzione di alcol: il forte consumo, il bere abitualmente fuori pasto e il *binge drinking* (cioè il consumo almeno una volta al mese di almeno 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione).

L'unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o un bicchiere di vino o un bicchierino di liquore. La definizione delle quantità-soglia per il consumo forte di alcol è stata recentemente abbassata dall'INRAN (*Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione*) in accordo con lo stato dell'arte della ricerca scientifica sull'argomento: in base alla nuova definizione gli uomini che bevono più di 2 unità alcoliche al giorno e le donne che bevono più di 1 unità sono da considerare “forti bevitori” (in passato 3 e 2 unità rispettivamente).

- Il 57% degli intervistati ha dichiarato di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nell'ultimo mese.
- Il 12% degli intervistati può definirsi come bevitore a rischio (fuori pasto/binge/forte bevitore); 23,8% tra 18 e 24 anni, 7,9% tra 50 e 69 anni.
- Con riferimento al grado di istruzione: nessuna/elementare 7,7%, laurea 13,2%.
- Il 54% degli intervistati consuma alcol durante tutta la settimana.
- Il consumo a rischio è significativamente più frequente nei giovani di 18-24 anni tra i quali quasi un giovane su quattro ha modalità di assunzione di alcol a rischio (24%).

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio per numerose patologie croniche, in particolare malattie cardiovascolari, respiratorie e neoplasie.

Rappresenta inoltre il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce, a cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce o disabilità (*Daly*).

Negli ultimi decenni la percentuale di fumatori tra gli uomini si è progressivamente ridotta, mentre è in aumento nelle donne e nei giovani.

- Il 54% degli intervistati ha dichiarato di essere non fumatore. Gli ex fumatori rappresentano circa un sesto del campione (16%) e i fumatori quasi un terzo (29,9%).
- L'abitudine al fumo è significativamente più alta negli uomini rispetto alle donne (39% versus 21%).

- I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 13 sigarette al giorno; tra questi, il 9% fuma oltre 20 sigarette al dì (*"forte fumatore"*).
- La stratificazione per fasce d'età evidenzia un 32,4% tra i 18-24 anni e il 23,9% dal 50-69 anni. Maschi 38,7%, femmine 21,4%.

Modello logico

Una "Scuola in Salute" è una Scuola che mette in atto metodologie educative volte a sviluppare le risorse, le competenze, le capacità critiche e relazionali dei ragazzi intese come empowerment individuale e sociale; la Sanità, che condivide il medesimo obiettivo, si propone come alleata del mondo della scuola.

Tale azione congiunta mira alla condivisione delle competenze, al miglioramento delle strategie per la Promozione della Salute attraverso la ricerca delle migliori modalità di intervento e progettazione, anche alla luce delle più recenti linee di azione europee ed internazionali.

Di fondamentale importanza è la costituzione di un Gruppo Tecnico Interistituzionale, che avvalendosi della proficua esperienza già maturata da parte degli operatori del gruppo di lavoro "Scuola e Salute" avrà, tra l'altro, il compito di individuare le priorità e di indicare i criteri per orientare le azioni, fermo restando l'esistenza di progetti e/o linee di lavoro già avviati a livello nazionale o regionale.

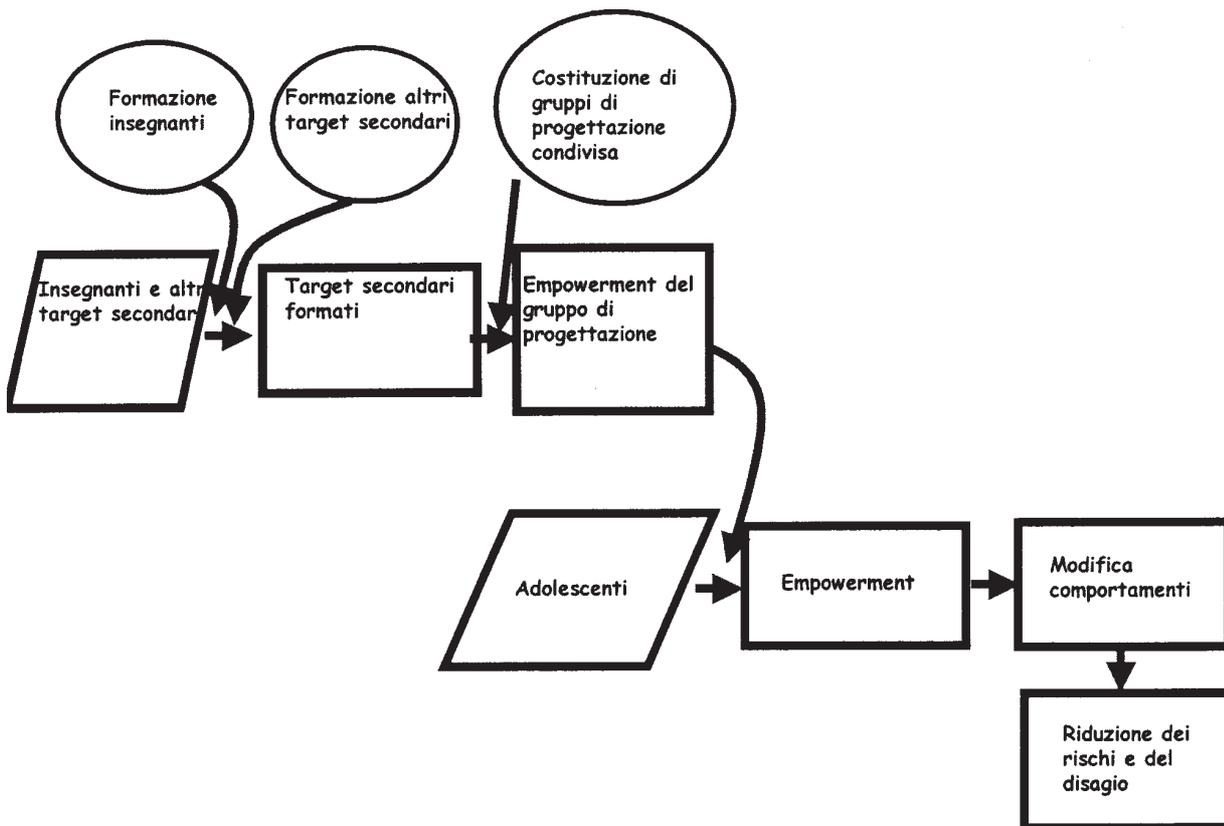
Il Gruppo Tecnico Regionale Interistituzionale dovrà confrontandosi sulle modalità di individuazione dei bisogni e la definizione delle priorità, sulle metodologie di progettazione degli interventi, sull'efficacia di approcci e di pratiche di Promozione della Salute nella scuola, sugli strumenti di valutazione dei risultati conseguiti.

Il prodotto di tale interazione sarà la definizione di linee di indirizzo regionali comuni e pluriennali per porre le basi della progettazione condivisa e della sperimentazione di interventi a livello locale in tema di Promozione della Salute; il rafforzare la rete di tutti i soggetti che costituiscono il sistema integrato della scuola che promuove salute; il costruire un quadro metodologico e organizzativo unitario, anche attraverso iniziative di formazione congiunta; l'ottimizzare l'uso delle risorse e migliorare la qualità degli interventi. Il Gruppo Tecnico Regionale Interistituzionale favorirà la sottoscrizione di Protocolli d'Intesa su tematiche specifiche delle aree di Guadagnare Salute e della Promozione della Salute in generale.

A tal fine si propone di realizzare un percorso formativo per gli operatori sanitari che hanno partecipato o partecipano ad attività di sorveglianza sui comportamenti a rischio nei giovani per:

1. Individuare caratteristiche, finalità, attori nell'ambito della comunicazione per la promozione della salute.
2. Individuare criteri e condizioni per una collaborazione integrata tra i "soggetti coinvolti" nel processo di comunicazione nel campo della promozione della salute.
3. Individuare i fattori determinanti la percezione rispetto ai principali fattori di rischio modificabili (tabagismo, alcol, alimentazione e attività fisica).
4. Diffondere la metodologia del counseling motivazionale; un metodo centrato sulla persona, a direzione attiva, per accrescere le motivazioni personali al cambiamento. Fare del *counseling* significa imparare ad entrare strategicamente nei meccanismi decisionali delle persone, aiutandoli ad esplorare e a progettare ed attuare cambiamenti in favore della propria salute, rimuovendo gli ostacoli cognitivi, emozionali, relazionali che li bloccano ed individuando e potenziando le risorse personali (*empowerment*) e sociali che le persone hanno a disposizione.

All'Osservatorio Epidemiologico Regionale compete il compito di curare la raccolta, l'analisi e la valutazione dei dati.



Quadro logico

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Sorveglianza di patologie, determinati e rischi per la salute.			
Obiettivo specifico	Rendere fruibili network che favoriscono e sostengono lo sviluppo del PRP anche in termini di formazione	N° atti sottoscritti N° ASL con una rete attiva/tot ASL	Report	Scarsa attenzione da parte dei decisori
Risultati attesi 1	Costituire alleanze con la Scuola finalizzato al sostegno di interventi educativi all'interno delle attività didattiche e curricolari.	N° partecipanti/tot invitati	Eventi registrati	Costi
Risultati attesi 2	Analizzare i bisogni e i rischi degli adolescenti	Censimento programmi esistenti Questionari di gradimento da parte degli adolescenti	Report Questionario	
Risultati	Produrre e rendere	N° progetti realizzati/n°	Eventi registrati	Costi

attesi 3	disponibili in maniera integrata base dati	progetti programmati		
Risultati attesi 4	Migliorare e consolidare le attività di comunicazione dei risultati raggiunti	N° workshop realizzati. Questionari di gradimento da parte degli adolescenti	Eventi registrati Questionari	Costi
Attività 1	Attuazione di un protocollo d'Intesa tra la Regione Puglia e l'Ufficio Regionale Scolastico per l'attuazione dei programmi condivisi.	Stesura protocollo	BURP	
Attività 2	Censimento delle progettualità esistenti in Regione Puglia sia dal versante Sanità che dal versante Scuola	N° ASL partecipanti/tot ASL	Scheda censimento	
Attività 3	Predisposizione di una griglia metodologica di autoanalisi degli interventi e della formazione	N° operatori che compilano griglia/tot operatori	Invio griglia	
Attività 4	Comunicazione tramite pubblicazioni e congressi dei risultati	N° Pubblicazioni report N° Congressi	N° pubblicazioni N° eventi registrati	
Risultato Atteso 1		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Convenzione tra Regione Puglia e Ufficio Scolastico Regionale	D.G.R. Convenzione		
Attività 1.2	Istituzione del Gruppo Tecnico Interistituzionale Regionale	Delibera gruppo di lavoro	Rimborso spese	
Attività 1.3	Costituzione di gruppi aziendali interdisciplinari	Delibere ASL		
Attività 1.4	Protocolli d'Intesa sull'attuazione di specifiche progettualità	Delibere	Finanziamento progetti	
Risultato Atteso 2		Mezzi	Costi	
Attività 2.1	Redigere scheda censimento	Riunione gruppo tecnico Analisi schede pregresse	Borsista	
Attività 2.2	Invio scheda censimento	Invio a tutti gli operatori del territorio regionale	Stampa e spedizione	
Risultato Atteso 3		Mezzi	Costi	
Attività 3.1	Individuazione delle aree e metodologie da	Relazione Gruppo tecnico		

	utilizzare per la formazione			
Attività 3.2	Corsi di formazione	-Presentazione corsi -Individuazione e reclutamento partecipanti -Organizzazione corsi -Accreditamento ECM	Docenti Spese di trasferta Logistica Accreditamento ECM	
Attività 3.3	Predisposizione metodi di valutazione	Analisi letteratura Gruppo tecnico		
Attività 3.4	Campionamento scuole	Programma software		
Attività 3.5	Arruolamento scuole	Arruolamento volontario		
Attività 3.6	Somministrazione griglia	Invio tramite posta		
Attività 3.7	Valutazione e divulgazione	Personale dedicato	Incentivi o contratto di collaborazione	
Attività 4		Mezzi	Costi	
Attività 4.1	Trasmissione dati delle valutazioni all'Osservatorio Epidemiologico Regionale	Pagina riservata del sito <i>web</i> www.oerpuglia.org		
Attività 4.2	Report dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale	Report stampato e pubblicato sul sito www.oerpuglia.org	Elaborazione Stampa	
Attività 4.3	Organizzazione di congressi	Pubblicizzazione evento, invio relatori, individuazione location	Spese organizzative	

Piano di valutazione

Il Piano di valutazione prevede il graduale coinvolgimento dei principali attori e portatori di interesse dei diversi settori coinvolti, sia a livello regionale che locale:

- Decisori regionali e aziendali del settore sanitario
- Decisori regionali e provinciali del settore scolastico
- Referenti Educazione alla Salute degli Istituti Scolastici della Regione Puglia
- Specialisti di riferimento (Centri Giovani, Pediatri, Operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze)
- Ordini Professionali
- Operatori aziendali dei Dipartimenti e Distretti ASL
- Comuni e loro circoscrizioni
- Operatori dei servizi sociali
- Associazioni che operano nel campo del volontariato (associazioni di genitori e famiglie, reti fra associazioni e servizi, associazioni per la cittadinanza attiva)
- Target giovanile, con particolare riguardo ai centri di aggregazione per i giovani

- Mass media

Di seguito sono elencate alcune domande di valutazione di risultato e di impatto del progetto.

Tabella di valutazione

Domande di valutazione	Indicatori valutazione	Fonte dati	Strumento di raccolta	Tempistica
I decisori delle Asl pugliesi hanno assunto e assolto il loro mandato?	Proporzione delle direzioni Asl che hanno istituito l'U.O. di Educazione alla Salute	Quantitativa	Relazioni annuali dei responsabili dei progetti	Annuale
Il Gruppo Tecnico Interdisciplinare Regionale	Istituzione	Quantitativa	Dichiarazione	Entro giugno 2011
I gruppi di lavoro multidisciplinari aziendali sono stati istituiti?	Istituzione dei gruppi	Quantitativa	Dichiarazione	Entro Dicembre 2011
Sono riusciti a lavorare o ci sono stati ostacoli?	Incontri realizzati ed operatori formati	Qualitativa	Verbali e relazioni di servizio	Annuale
La comunità è stata sufficientemente informata e coinvolta?	Grado di partecipazione della comunità	Quantitativa	Interviste approfondite su un campione dei target secondari	Annuale
Perché alcune persone o alcune scuole non aderiscono all'invito delle Asl per i progetti? (Contrastare le disuguaglianze)	Grado di partecipazione della comunità	Qualitativo	Interviste a rappresentanti di scuole, associazioni che non hanno risposto all'invito	Annuale
La comunità è soddisfatta dell'organizzazione proposta?	Grado di soddisfazione	Qualitativa	Interviste approfondite su un campione del target primario o secondario	Annuale
L'obiettivo proposto è risultato sostenibile per gli operatori?	Proporzione di operatori che giudicano sostenibile agevolmente l'obiettivo	Quantitativo	Questionario per operatori	Annuale
La gestione del programma (risorse umane, strumentali, economiche...) come viene giudicata dagli operatori coinvolti?	Report e relazioni di servizio	Qualitativa	Griglie di analisi	Annuale
I programmi messi in atto hanno migliorato la qualità delle iniziative di prevenzione?	Report e relazioni di servizio	Sistemi di sorveglianza (HBSC, Passi)		

MACROAREA:

Prevenzione universale

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

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

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10% (da valutare con stime campionarie)

TITOLO DEL PROGRAMMA/PROGETTO

MED-FOOD ANTICANCER PROGRAM: intervento di educazione nutrizionale per la prevenzione dei tumori

Beneficiari e attori

Popolazione target: tutti i soggetti di entrambi i sessi, di età compresa tra i 30 ed i 70 anni. In Puglia, secondo i dati Istat tale popolazione è pari a 2.195.000 persone.

Attori:

- Il Servizio di Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN) dell'ASL;
- I docenti (ad esempio: dietisti, nutrizionisti, biologi, tecnologi alimentari, eccetera);
- I partecipanti;
- Le famiglie.
- Cabina di regia
- Referente regionale
- Tavolo tecnico aziendale

Analisi di contesto

Le attuali raccomandazioni suggeriscono l'attività motoria regolare e l'alimentazione ricca di frutta e verdura nella prevenzione dei tumori. Tuttavia, l'efficacia di interventi di sanità pubblica nel promuovere congiuntamente sia l'attività fisica che il consumo di frutta e verdura non è stata ancora ben ricercata.

Analisi epidemiologica

Fonte: Indagine Multiscopo 2005 ISTAT

Se il trend di crescita di questa patologia sarà quello degli ultimi anni, si è calcolato che tra 20 anni quasi l'80% della popolazione mondiale sarà affetto da sovrappeso e/o obesità: una vera pandemia. Anche l'Italia è ampiamente interessata da questa "epidemia": nel nostro Paese nell'ultima Indagine Multiscopo dell'ISTAT (anno 2003) si è stimato che oltre il 40% della popolazione è globalmente in sovrappeso, mentre quasi il 10% è francamente obesa. I maschi sono più interessati dal problema delle donne, mentre per entrambi i sessi le fasce di età più interessate sono quelle intorno ai 50 anni. Il fenomeno sembra anche interessare di più gli abitanti dei piccoli comuni (mediamente intorno al 45%) rispetto a quelli delle grandi città (40%). La distribuzione sul territorio nazionale del

45%) rispetto a quelli delle grandi città (40%). La distribuzione sul territorio nazionale del problema è abbastanza omogenea, anche se si è evidenziato negli ultimi anni un gradiente Nord – Sud, in cui le popolazioni delle Regioni Meridionali sembrano più colpite da questa malattia⁴.

Fonte: Passi Puglia 2009

Dai dati del Sistema di sorveglianza PASSI, anno 2009 è possibile stimare che in Puglia quasi la metà delle persone di età 18-69 anni presenti un eccesso ponderale: in particolare circa un terzo (34%) è in sovrappeso ed una su dieci (12%) è obesa.

Questa stima corrisponde a circa un milione 400mila cittadini in sovrappeso e a circa 500mila obesi. L'eccesso di peso è una condizione frequente, aumenta con l'età, colpisce di più gli uomini, le persone con basso titolo di studio e con difficoltà economiche. PASSI rivela che le persone in eccesso ponderale spesso non hanno una corretta percezione del proprio peso. Più della metà delle persone in sovrappeso (56%) ritengono il proprio peso giusto e un obeso su dieci lo percepisce come adeguato. La maggioranza degli intervistati sostiene di mangiare alimenti che fanno bene alla propria salute. Quasi tutti gli intervistati (95%) hanno dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno, ma solo 7 persone ogni cento ne consumano 5 porzioni o più al giorno. Il 54% delle persone in eccesso ponderale (in sovrappeso ed obese) ha riferito di aver ricevuto il consiglio di perdere peso da parte di un medico o di un altro operatore sanitario. Solo una persona su 5 (21%) con eccesso ponderale segue una dieta per perdere o mantenere il proprio peso.

Evidenze scientifiche

Fonte: WCRF/AICR's landmark second expert report, Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective, 2007

Diverse ricerche hanno dimostrato che lo stile di vita è fondamentale per la prevenzione dei tumori. Ciò è quanto emerge dal secondo rapporto curato da un team di esperti, confluito in un volume che rappresenta l'esame più scientifico più attuale e la più autorevole base per realizzare una efficace prevenzione dei tumori in tutto il mondo.

Le raccomandazioni del "Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective" sono di seguito sintetizzate:

1. Grasso Corporeo: essere il più possibile magri nella fascia del normopeso¹;
2. Attività Fisica: essere fisicamente attivi nella vita quotidiana;
3. Alimenti e Bevande che Fanno Ingrassare: limitare il consumo di alimenti ricchi di calorie, ed evitare bevande zuccherate;
4. Alimenti Vegetali: consumare una gran quantità di alimenti di origine vegetale;
5. Alimenti Animali: limitare il consumo di carne rossa ed evitare la carne conservata;
6. Bevande Alcoliche: limitare il consumo di bevande alcoliche;
7. Conservazione, Trasformazione, Preparazione: limitare il consumo di sale, evitare cereali (come la farina di grano, il pane, ecc.) o legumi ammuffiti;
8. Integratori: mirare a soddisfare le esigenze nutrizionali solo con l'alimentazione;
9. Allattamento: madri che allattano; neonati allattati al seno;
10. Sopravvissuti al Cancro: seguire le raccomandazioni per la prevenzione dei tumori.

Bibliografia

- *Béliveau R. Gingras D. "L'alimentazione anticancro", Sperling&Kupfer, 2006,*

¹ Il normopeso è espresso in Indice di Massa Corporea tra 18,5 e 24,9. Questo indice si calcola dividendo il peso (in chilogrammi) diviso l'altezza (in metri) al quadrato.

- *Villarini A., Allegro G. "Prevenire i tumori con gusto", Sperling&Kupfer, 2009*
- *Servan-Schreiber D. "Anticancro. Prevenire e combattere i tumori con le nostre difese naturali", Sperling & Kupfer, 2008*
- *WCRF/AICR's landmark second expert report, Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective, 2007*
- *LILT, Prevenzione... mi volio bene*
- *INRAN, Manuale di Sorveglianza Nutrizionale, 2003.*

Modello Logico

Il "MED-FOOD ANTICANCER PROGRAM" si basa sui meccanismi di immagazzinamento dei ricordi nella memoria a lungo termine e sulla teoria socio-cognitiva. A tal proposito ogni incontro è articolato in modo da alternare teoria e pratica, individualità e gruppo, ecc. La finalità del programma d'intervento è quella di indurre un cambiamento positivo nelle abitudini alimentari e di incentivare l'attività motoria degli "adulti". In particolare, di aumentare il consumo abituale di frutta, verdura, legumi e pesce, e di diminuire quello di cibi spazzatura e di bevande zuccherate; di incrementare le ore destinate all'attività motoria. Tutti i workshop sono tenuti dall'equipe del SIAN in collaborazione con gli psicologi dell'ASL. Il programma si articola in più fasi:

Fase informativa

Contemporaneamente all'inizio della strategia individuale sarà attuata la strategia di popolazione, curando soprattutto la comunicazione all'opinione pubblica delle opportunità offerte dal Piano di prevenzione e della necessità dell'adozione di stili di vita corretti, a supporto dell'azione del Medici di Medicina Generale. La comunicazione del Piano avverrà attraverso iniziative regionali e aziendali.

Fase di training

Il reclutamento dei docenti viene preferibilmente condotto tra gli operatori del SIAN, ovvero di altre Unità Operative dell'ASL, che hanno una maggiore attinenza con la scienza degli alimenti e della nutrizione (ad esempio: dietisti, nutrizionisti, biologi, tecnologi alimentari, eccetera). Una volta individuati i docenti, questi verranno formati. Anche la fase di formazione è curata dal SIAN, ed è strutturata in cinque incontri della durata di 4 ore ciascuno.

Fase di arruolamento

L'arruolamento viene effettuato nel corso di due conferenze pubbliche del SIAN, per ogni ASL aderente al progetto, destinate alla popolazione.

Fase di preparazione

La settimana precedente l'inizio del Programma i partecipanti dovranno sottoporsi a rilevazioni dietetiche, antropometriche, bioematochimiche e mutagene: rilevazione BMI, esami PCR, insulinemia, albuminemia, glicemia; a questi possono essere affiancati esami di non comune esecuzione, quali lo status antiossidante ed il micronucleo. Ogni ASL organizzerà in autonomia, dei percorsi per realizzare le analisi biochimiche e le misurazioni antropometriche. Inoltre i partecipanti al programma compilano, nella settimana precedente il reclutamento, il 7-days weighted foods record. Questo è uno strumento fondamentale nella comprensione delle abitudini alimentari e nel cambiamento delle stesse².

² «Il diario alimentare va attentamente controllato giornalmente da un osservatore dopo la compilazione per assicurare l'adeguato livello di dettaglio richiesto nella descrizione dell'alimento e delle eventuali preparazioni alimentari (ricette) e chiarire eventuali informazioni dubbie.» (da INRAN, Manuale di Sorveglianza Nutrizionale 2003, p. 43)

Fase di formazione

Elemento caratterizzante di questa fase è la formazione dei partecipanti.

In questa fase i soggetti reclutati partecipano a cinque incontri pomeridiani di 2 ore tenuti dai docenti.

Fase esperienziale

In questa fase i partecipanti apprendono attivamente mediante “esperienze” gli argomenti di base affrontati nella prima fase (programma anticancro, dieta mediterranea, alicamenti e attività motoria). Durante il primo incontro della fase esperienziale, i partecipanti compilano il questionario n. 2. Nello specifico i docenti presentano gli alimenti e mediante l’ausilio di testi che aiutano i partecipanti a realizzare - sui temi della prima fase - ricerche scientifiche, storiche, geo-politiche, economiche, componimenti, canti, poesie, cartelloni, schemi alimentari personalizzati, eccetera.

A loro volta i partecipanti in classe: elaborano, con l’aiuto e la supervisione degli insegnanti, ricerche scientifiche, storiche, geo-politiche, economiche, componimenti, canti, poesie, cartelloni, schemi alimentari personalizzati, eccetera; fanno, inoltre, esperienza diretta dei seguenti alimenti, oggetto dei moduli circa la dieta mediterranea e gli alicamenti; a casa: coinvolgono le proprie famiglie circa gli argomenti affrontati con i docenti, ad esempio, nella preparazione di menù settimanali bilanciati e programmi di attività motoria settimanali.

In questa fase l’equipe del SIAN: supervisiona il materiale prodotto dalle classi (docenti + partecipanti).

Fase sincretica

L’apprendimento in questa fase è rinforzato facendo vivere ai partecipanti contemporaneamente esperienze sensoriali, emotive e motorie, secondo il modello attuato nel laboratorio del gusto nella preparazione di piatti e pietanze secondo le ricette descritte nel capitolo 9 del volume *Villarini A., Allegro G. “Prevenire i tumori con gusto”, Sperling&Kupfer, 2009.*

L’equipe del SIAN supervisiona il materiale prodotto dalle classi (docenti + partecipanti). I docenti incontrano le famiglie ed i partecipanti 1 pomeriggio a settimana per 2 ore, per cinque settimane.

In questa fase le esperienze della seconda fase vengono, quindi, fuse insieme attraverso la preparazione pratica di piatti della dieta mediterranea, la recitazione di testi e di componimenti poetici, i programmi settimanali di attività motoria, ecc.

Ciascun docente commenta con i partecipanti il materiale elaborato in classe. Durante il primo incontro della fase sincretica, i partecipanti compilano il questionario.

Fase individuale

Gli incontri individuali bisettimanali vengono tenuti dall’equipe del SIAN presso le strutture dell’ASL e servono per valutare la compliance del soggetto al programma, ed in particolare per individuare problemi, proporre soluzioni nel percorso nutrizionale e dell’attività motoria.

Fase di controllo

La settimana dopo il Programma i partecipanti dovranno sottoporsi a rilevazioni dietetiche, antropometriche, bioematochimiche e mutagene: 7-days weighted foods record, rilevazione BMI, esami PCR, insulinemia, albuminemia, glicemia. Status antiossidante e micronucleo, se sono stati misurati al baseline.

Fase resiliente

La fase di resilienza, ovvero di consolidamento, serve a rinforzare le abilità conseguite nella parte intensiva e consta di 4 workshop, uno ogni 12 giorni circa. Scopo di ognuno di essi è quello di

rafforzare i cambiamenti, analizzando gli eventuali ostacoli ad essi, adattando meglio il programma a sé (tailoring), rinforzando la propria motivazione alla partecipazione al programma, ecc.

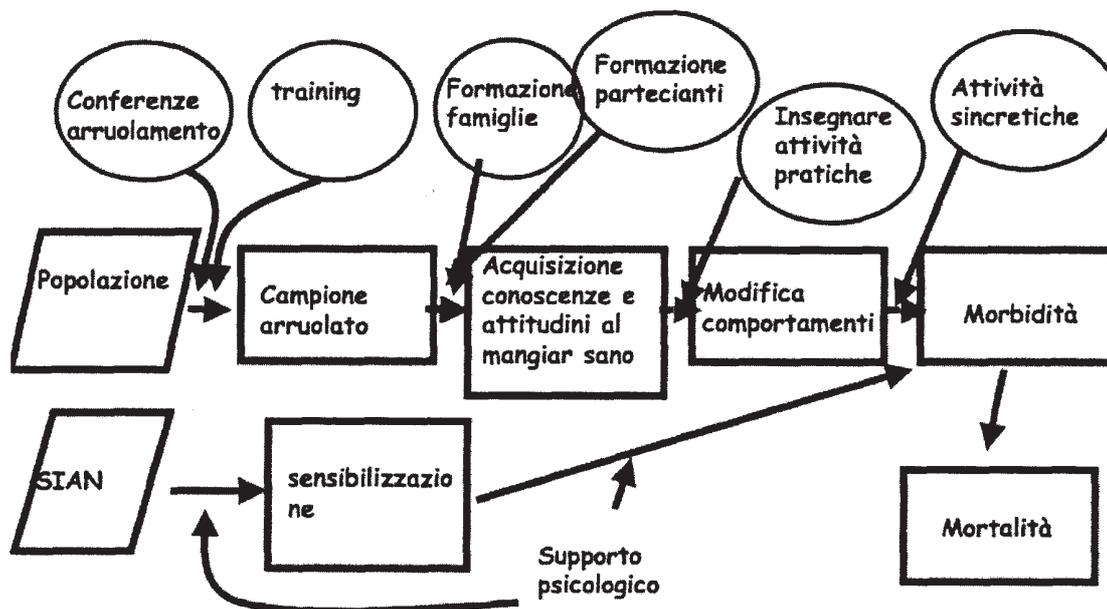
A tal proposito, le ricerche sul mantenimento del cambio delle abitudini alimentari³ ci dicono che occorre implementare le abilità cognitive e comportamentali apprese durante la prima fase del corso.

Inoltre, la teoria socio-cognitiva⁴ che pone al centro del cambiamento il concetto dell'autoefficacia, definita come la fiducia nelle proprie capacità di mettere in atto un dato comportamento, suggerisce che i programmi per il cambiamento alimentare aumentano l'autoefficacia se contemplano l'assaggio di cibo, le dimostrazioni pratiche, l'apprendimento attivo e l'insegnamento di abilità.

Fase di comunicazione

Durante un workshop, uno per ogni ASL partecipante, ci sarà la presentazione dei risultati pratici e di conoscenza da parte dei corsisti, con il supporto dei docenti.

Modello logico



³ Conner M. -Armitage C., La psicologia a tavola, Bologna, Il Mulino, 2008

⁴ Bandura A., Autoefficacia: teoria e applicazioni, Trento, Erickson, 2000

Quadro logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Prevenzione dell'obesità			
Obiettivo specifico	Incremento del consumo di frutta e verdura nella popolazione in generale	N° di partecipanti che eseguono il five a day/ tot partecipanti al corso	Questionario 1 e 3	Le persone sono motivate al cambiamento
Risultati attesi 1	Individuare, promuovere e diffondere le pratiche e le attività di prevenzione di provata efficacia	Questionari qualitativi N° arruolati/N° partecipanti	Questionari valutativi Registro presenze	Le persone sono motivate al cambiamento
Risultati attesi 2	Migliorare e consolidare le attività di comunicazione dei risultati raggiunti	N° accessi al sito internet N° copie report distribuite	Sito internet	Le persone sono motivate al cambiamento
Attività 1		Mezzi	Costi	
1.1	Coordinamento attività	Dietiste	Arruolamento di 1 dietista per ogni ex-ASL per un anno	
1.2	Individuare formatori	Riunione gruppo tecnico aziendale		
1.3	Stesura programma di formazione	Riunione gruppo tecnico aziendale		
1.4	Organizzare formazione	Calendario degli incontri Aula		
1.5	Invito docenti	Lettera formale di investitura	Spese Docenti	

1.6	Organizzare workshop di arruolamento	Pubblicizzare l'evento tramite i gruppi di interesse	Spese organizzative	
1.7	Organizzare incontri	Prenotare l'aula, assemblare materiale di supporto	Spese organizzative	
1.8	Arruolamento popolazione target	Iscrizione al corso		
1.9	Misure antropometriche pre progetto	I partecipanti dovranno sottoporsi a rilevazioni dietetiche, antropometriche, bioematochimiche e mutagene	Spese laboratorio per singole ex ASL	
1.10	Formazione Incontri teorici	Formazione Prenotare l'aula, distribuire calendario e programma, videoproiettori	Incentivi personale	
1.11	Formazione Incontri pratici	Formazione Prenotare l'aula, distribuire calendario, predisporre materiale per incontri pratici di cucina	Spese	
1.12	Esposizione materiale prodotto durante gli incontri	workshop	Spese	
1.13	Effettuare misure antropometriche	I partecipanti dovranno sottoporsi a rilevazioni dietetiche, antropometriche, bioematochimiche e mutagene	Spese indagini di laboratorio per singole ex ASL	
Attività 2		Mezzi	Costi	
2.1	Assemblare dati	Epidemiologo Input questionari	Reclutamento di personale medico per 6 mesi 1 medico igienista	

2.2	Elaborazione dati	Analisi dei dati e redazione report a cura Osservatorio Epidemiologico regionale		
2.3	Workshop conclusivo e stampa del report attività	Prenotare l'aula e pubblicizzare l'evento Distribuzione report Pubblicazione del rapporto sul sito web Della ASL e <i>link</i> su siti Di portatori di interesse	Spese di organizzazione e stampa	

Valutazione

A livello regionale, responsabile del monitoraggio e della valutazione del progetto è la Cabina di Regia del Piano Regionale della Prevenzione supportata dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

A livello aziendale, la supervisione delle attività di valutazione sarà garantita dal referente aziendale. A fine progetto si eseguirà un'analisi SWOT rivolta ai docenti, agli operatori SIAN, ai partecipanti e alle famiglie. Temi da analizzare saranno i seguenti:

Per gli operatori SIAN:

- Il training dei docenti;
- La cura della stampa dei diari alimentari;
- Il controllo di qualità e l'analisi dei risultati nelle tre fasi;
- La predisposizione delle copie del materiale didattico per i docenti e per i partecipanti;
- La cura della logistica.
- La sensibilizzazione degli adulti ad aderire al programma;
- Il reclutamento dei docenti;
- Il coinvolgimento di enti, istituzioni e associazioni (Comune, Provincia, Organismi scolastici, ecc.) per il supporto al programma;
- La pubblicizzazione del programma;
- La pubblicizzazione del materiale elaborato dai partecipanti al progetto;
- I rapporti tra docenti, partecipanti e famiglie.

Per i docenti:

- formazione del SIAN tramite un programma redatto dal gruppo tecnico;
- compilazione del diario alimentare;
- trasferiscono nella didattica la metodologia appresa nel corso del training;
- elaborazione il materiale didattico insieme ai partecipanti;

Per i partecipanti:

- elaborazione del materiale didattico insieme ai docenti;
- compilazione dei record prima e dopo il programma

- programma corso;
- didattica

Per le famiglie:

- partecipano agli incontri con i docenti ed i partecipanti.

Per la valutazione di esito si andrà a rilevare:

- tasso di adesione ai corsi da parte della popolazione presente al workshop;
- tasso di abbandono ai corsi da parte degli iscritti;
- percentuale di adesione al five a day da parte dei corsisti a fine corso;

L'analisi dei dati e la comunicazione dei risultati a tutti coloro che hanno partecipato alla valutazione, al fine di provocare proposte sulla ri-programmazione migliorativa del progetto, verrà effettuata a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

MACROAREA:

Prevenzione universale

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

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

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del tasso del 10% di prevalenza del fenomeno

TITOLO DEL PROGRAMMA/PROGETTO

Promozione della salute nei bambini in età pre-scolare e dei ragazzi in età scolare

PREVENZIONE DELL'OBESITÀ**Il quadro di riferimento regionale**

Il Piano Regionale della Prevenzione della Regione Puglia è definito ai sensi della Legge 138/2004 e dell'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 23 Marzo 2005 ed è stato formulato secondo le indicazioni contenute nella Guida alla presentazione dei progetti. Linee operative per la prevenzione dell'obesità, di cui alla DGR n° 157 del 21/02/2006 integra e completa il Piano della Prevenzione 2005-2007, approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 824 del 28 giugno 2005

Caratteristiche del progetto

Titolo del progetto: Linee operative per la prevenzione dell'obesità

Popolazione target: 2.623.551 residenti nella Regione Puglia tra i 18 e 65 anni

Finalità:

Le finalità del progetto fanno riferimento agli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, in particolare a quelli relativi al punto 2.1, e sono:

- Raccogliere informazioni affidabili sulla prevalenza di sovrappeso e obesità, pattern nutrizionali e attività fisica nei pugliesi in età infantile e adulta.
- Sostenere all'interno dell'intera popolazione pugliese, ed in particolare tra le donne in età fertile e nei bambini, l'adozione di abitudini alimentari sane ed equilibrate e lo svolgimento e il mantenimento di una adeguata attività motoria.

Obiettivi realmente perseguiti

- Sorveglianza nutrizionale da parte dei SIAN e/o delle Aree Funzionali di Igiene della Nutrizione dei SIAN con raccolta di informazioni affidabili sulla prevalenza di sovrappeso ed obesità, pattern nutrizionali e attività fisica nel target rappresentato da bambini di otto anni di età (frequentanti la terza classe della Scuola Primaria).
- Formazione degli Operatori Sanitari dei SIAN (Ufficio 1 Servizio PAPT dell'Assessorato alle Politiche della Salute)
- Interventi di prevenzione e contrasto dell'obesità adeguati a ciascuna ASL, sulla base di precedenti progetti-pilota.
- Azioni di comunicazione efficace e di prevenzione attiva adeguate ai risultati della survey (Ufficio 1 Servizio PAPT dell'Assessorato alle Politiche della Salute).

- Monitoraggio (metodo KAP) dei risultati ottenuti ed adeguamento delle azioni di prevenzione e contrasto dell'obesità/soprapeso (Ufficio 1 PAPT dell'Assessorato alle Politiche della Salute).
- Promozione della pratica del corretto allattamento al seno (ARES)

Monitoraggio del progetto: L'approccio adottato è stato quello della sorveglianza di popolazione, basata su indagini epidemiologiche ripetute a cadenza regolare, su campioni rappresentativi della popolazione in studio. Nella Regione Puglia hanno partecipato all'indagine denominata "OKkio alla salute" il 99% delle scuole primarie ed 99% delle classi di terza sulle 100 scuole e sulle 100 classi rispettivamente campionate.

Il campionamento è stato effettuato dall'Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia con metodica *cluster sampling* e ha visto la selezione di:

- 29 classi di terza elementare per la ASL Bari
- 10 classi di terza elementare per la ASL BAT
- 10 classi di terza elementare per la ASL Brindisi
- 19 classi di terza elementare per la ASL Foggia
- 18 classi di terza elementare per la ASL Lecce
- 13 classi di terza elementare per la ASL Taranto

Nella giornata della misurazione erano presenti 1.873 bambini di circa 8 anni pari al 91% del totale di quelli iscritti. Il tasso di rifiuto è stato del 3,8% (3% a livello nazionale).

I risultati ottenuti ed indicatori di esito

- Costituite le Unità aziendali di progetto e censite le risorse territoriali dei SIAN;
- Formazione rivolta agli Operatori dei SIAN;
- Realizzate sinergie operative con l'Ufficio Scolastico Regionale;
- Realizzato il progetto di sorveglianza nutrizionale "OKkio alla salute" da parte dei SIAN;
- Realizzato il Report della sorveglianza nutrizionale a livello regionale da parte dell'Ufficio 1 PAPT dell'Assessorato alle Politiche della Salute;
- Realizzata dai SIAN la comunicazione attiva dei risultati del Report a targets di interesse (genitori, alunni, PLS);
- Attuato oltre l'80% dei programmi di intervento per il contrasto e la prevenzione dell'obesità;
- Realizzato il progetto di "promozione dell'allattamento al seno" secondo le modalità previste dalla Deliberazione di G. R. n.157 del 21/02/1996.

Le criticità

- Carezza di personale dei SIAN e/o Aree di Igiene della Nutrizione, con difficoltà a porre "a sistema" la sorveglianza nutrizionale nelle Aziende Sanitarie (LEA);
- Difficoltà organizzative dei SIAN e/o Aree Funzionali di Igiene della Nutrizione.
- Carezza di hardware ad uso esclusivo;

Contenuti del programma/progetto:

Aspetti generali:

1. Beneficiari

Target: bambini in età pre-scolare e ragazzi in età scolare

Attori: Cabina di regia – Coordinamento operativo come da Delib G.R. del 27 luglio 2010 n. 1758.

- Coordinatore regionale del progetto (Responsabile del progetto e dei rapporti con l'Ufficio

Scolastico Regionale)

- Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (Supporto alle attività valutazione, elaborazione, diffusione dati)
- Esperti tecnici della linea progettuale.
- Referenti ASL
- Operatori SIAN (Medici, dietiste, infermiera)
- Ufficio Scolastico Regionale
- Ufficio Scolastico Provinciale
- Dirigenti scolastici
- Comuni
- Insegnanti
- Alunni
- Genitori degli alunni
- Slow Food, Fattorie didattiche, associazioni di volontariato, associazioni sportive

Analisi di contesto

L'obesità in Europa ha raggiunto proporzioni epidemiche. La prevalenza è triplicata negli ultimi venti anni e si prevede che nel 2015 gli obesi in Europa saranno 150 milioni di adulti e 15 milioni di bambini e adolescenti (rispettivamente il 20% e il 10% della popolazione mondiale). Infatti oggi, in molti Paesi è in sovrappeso tra il 30 e l'80% degli adulti. Non si può negare, neanche, che i tassi stiano aumentando praticamente ovunque nella Regione Europea. I bambini sono particolarmente a rischio di obesità. Il sovrappeso è il disturbo infantile più comune nella Regione europea dell'Oms, se si considera che circa il 20% dei bambini è in sovrappeso e, di questi, un terzo è obeso. Nel 2010 in Europa, un bambino su dieci è obeso e quindi più a rischio di sviluppare diabete di tipo 2, ipertensione e insonnia, disagi psicologici e sociali. L'aspetto più preoccupante è che questi bambini rimangano obesi anche da adulti, sviluppando così malattie più gravi che porteranno a una riduzione di lunghezza e qualità di vita. Secondo proiezioni del ministero della Salute del Regno Unito, si può prevedere che in media l'aspettativa di vita per gli uomini diminuirà di cinque anni entro il 2050 se persisteranno gli attuali livelli di obesità. Le abitudini acquisite nell'infanzia per quanto riguarda dieta e attività fisica, infatti, non cambiano facilmente lungo il corso della vita (1). In Italia, nel 2005 dall'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" dell'Istat su un campione di 60 mila famiglie, le cui misure di peso e altezza sono state riferite direttamente dalle persone intervistate, il 34% degli adulti risultava sovrappeso e il 10% obeso, con un incremento del 9% rispetto ai valori ottenuti nel 2000 (2). I dati raccolti in quasi tutte le Regioni, attraverso il sistema PASSI (3), hanno fornito per il 2008 dati simili (32% di sovrappeso e 10% di obesità). Analizzando anche i dati dell'Health Behaviour in School-aged Children (Hbsc), finalizzato a raccogliere dati sui comportamenti relativi alla salute in età pre-adolescenziale (11-15 anni) si è rilevato che il 29% dei ragazzi e il 20% delle ragazze undicenni sono in sovrappeso o obesi, questo valore scende a 26% nei maschi e 12% nelle femmine di 15 anni. Si è evidenziato inoltre, un minor consumo quotidiano di verdura nel Sud e tra i maschi. I ragazzi di 15 anni (48% dei maschi e 27% delle femmine) svolgono meno attività fisica rispetto ai tredicenni (51% dei maschi e 34% delle femmine)(4).

Molti sono i fattori chiamati in causa come determinanti dell'aumento di obesità. In primo luogo viene indicato il miglioramento delle condizioni socio-economiche, associato allo stile di vita sedentario e al diffondersi di comportamenti alimentari rivolti al consumo di alimenti ad alto contenuto calorico. Si tratta di fattori apparentemente riconducibili a scelte personali, potenzialmente modificabili a livello individuale (5), ma in realtà fortemente ancorate a complesse dinamiche collettive che coinvolgono ampi settori della società, dalle famiglie alle scuole, dalle istituzioni sanitarie alle organizzazioni sociali e religiose e ai mass media (6-7). Quali che siano le cause, il problema dell'obesità e del sovrappeso, soprattutto nell'età infantile, finisce per assumere particolare rilevanza in termini di sanità pubblica, sia per le implicazioni dirette sulla salute fisica,

psicologica e sociale del bambino (8-9), sia perché tali condizioni rappresentano un fattore di rischio per l'insorgenza di gravi patologie nell'età adulta (diabete mellito tipo II, ipertensione arteriosa, malattie cardio- e cerebro-vascolari, dismetabolismi, cancro della mammella e del colon-retto, ecc.) (10-11). Il sovrappeso e l'obesità comportano, inoltre, dei costi economici importanti per i singoli individui e per la società. Gli studi condotti nella Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS o World Health Organization WHO) indicano che i costi per l'assistenza sanitaria diretta all'obesità rappresentano il 2-4% della spesa sanitaria nazionale; a tale spesa vanno aggiunti tutti i costi indiretti dovuti ad esempio alla perdita di produttività, alla morte precoce, ai problemi psicologici (12).

I piani di prevenzioni per la lotta all'obesità infantile partono dalla scuola. In Italia la situazione delle scuole primarie è variegata, non tutte hanno a disposizione la mensa scolastica e spazi coperti o aperti dove poter far praticare attività fisica ai bambini. Ciò va considerato poiché gli interventi devono presentare una grammatica comune, pur adattandola alla realtà locale. A questa età il bambino avverte fortemente l'importanza dell'accettazione da parte del gruppo e la sua identificazione all'interno di esso. È quindi importante deviare "il gruppo" verso stili salutari usando mezzi di comunicazione adatti all'età ed al luogo istituzionale e strumenti diversi singolarmente o integrati fra loro (es counselling nutrizionale).

Stato dell'arte prima l'introduzione del Piano di prevenzione all'obesità 2010-2012

Fonte: OKkio alla Salute 2008

- La situazione nutrizionale dei bambini

Tra i bambini pugliesi il 14,4% risulta obeso (IC 95% 12,4%-16,3%), il 24,6% sovrappeso (22,3%-26,9%) e il 61% sotto e normopeso (58,3%-63,7%). Complessivamente il 39% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità. La mediana (valore centrale) della distribuzione dell'IMC della nostra Regione è pari a 17,7 ed è spostata verso destra rispetto a quella della popolazione internazionale di riferimento della stessa età (15,8).

Se riportiamo la prevalenza di obesità e di sovrappeso riscontrata in questa indagine a tutti il gruppo di bambini di età 6-11 anni, il numero di bambini sovrappeso e obesi nella nostra regione sarebbe pari a 99.485, di cui obesi 36.733. La prevalenza di obesità e di sovrappeso sono simili tra i bambini di 8 e quelli di 9 anni ; tra maschi risulta una prevalenza di obesità leggermente più alta che nelle femmine. Bambini che frequentano scuole in centri con >50.000 abitanti sono in genere più obesi.

- Le abitudini alimentari dei bambini

Nella nostra Regione il 61% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata. Il 12% non fa per niente colazione (ugualmente nelle bambine che nei bambini) e il 27% non la fa qualitativamente adeguata. Solo una piccola parte di bambini, il 12%, consuma una merenda adeguata di metà mattina. La maggior parte dei bambini, l'86% la fa inadeguata e il 2% non la fa per niente.

- Consumo di frutta e verdura

In Puglia i genitori riferiscono che solo il 2% dei bambini consuma 5 o più porzioni di frutta e verdura ogni giorno, il 38% una sola porzione al giorno. Il 28% dei bambini mangia frutta e verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana. La prevalenza del consumo di frutta e verdura almeno una volta al giorno non si modifica tra i due sessi mentre aumenta con il livello di istruzione della madre (da 68% per titolo di scuola elementare o media, a 74% per diploma di scuola superiore, a 85% per la laurea).

Attività fisica

Nel nostro studio il 71% dei bambini risulta attivo il giorno antecedente all'indagine. Il 25% ha partecipato ad un'attività motoria a scuola nel giorno precedente (dato influenzato dalla

programmazione scolastica). Secondo i genitori, nella nostra regione, 4 bambini su 10 (35%) fa un'ora di attività fisica per 2 giorni la settimana, il 17% neanche un giorno e solo il 7% da 5 a 7 giorni. Il 31% dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bici

Progetti di Promozione della salute da corretta alimentazione ed adeguati stili di vita (PRP 2005-2007)

I seguenti progetti di promozione della corretta alimentazione e degli adeguati stili di vita, dopo adeguata valutazione da parte dell'Assessorato alle Politiche della Salute, sono stati realizzati sul territorio pugliese dai competenti SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione a partire dal 2008:

Progetti di educazione sanitaria – “Porta la Frutta a Scuola”

Il progetto “Porta la frutta a scuola”, attuato nelle ASL FG e BAT, finalizzato all'aumento del consumo di frutta tra le giovani generazioni è stato ampiamente rodato ed è ormai consolidato nella ASL che lo applicano. Il progetto è indirizzato agli insegnanti e prevede uno specifico corso di formazione sugli elementi di base della nutrizione umana. Per l'anno accademico 2008/09 sono state campionate 20 scuole nella ASL BAT. Nella ASL di FG hanno completato il programma 40 classi.

Fonte: Progetti di educazione sanitaria – “CipXCIOP”

Le ASL BR, LE e TA hanno adottato il progetto pilota “CIPxCIOP”, incentrato nel promuovere programmi sulla corretta alimentazione, sull'educazione al gusto, per migliorare le capacità di scelta nelle giovani generazioni. Il progetto è stato attivato con la stesura e la elaborazione di menù e tabelle dietetiche per le scuole che hanno il servizio di ristorazione scolastica. Nella formulazione dei menù sono rispettate le indicazioni contenute nell'ultima edizione dei LARN (Livelli di Assunzione Raccomandati di Nutrienti per la popolazione italiana) per fasce di età, mediante fissazione di standard calorici e di nutrienti dei pasti, con l'utilizzo di tutti i gruppi di alimenti per garantire la presenza di proteine sia di origine animale che vegetale, di lipidi, di glucidi, di sali minerali, di vitamine, nonché di una calibrata quantità di fibra. Il 50% delle scuole della ASL BR ha aderito al progetto di educazione alimentare. Per l'area ASL LE hanno aderito 34 plessi scolastici.

Progetti di educazione sanitaria – “Passi e Panella” (DOs)

La ASL BA attua un progetto di prevenzione all'obesità denominato “Passi e Panella”, che ha visto l'arruolamento dopo una fase-pilota, su una coorte di 575 bambini di scuola primaria seguiti per quattro anni (dall'a.s. 2006-2007 all'a.s. 2008-2009) viene attuato su un campione significativo di popolazione di circa 2000.

L'obiettivo specifico del progetto è quello di monitorare lo stato nutrizionale, le acquisizioni informative, le variazioni di atteggiamenti e di comportamenti nei bambini, dopo l'intervento di prevenzione attiva, consistente nel fornire una merenda salutare (frutta locale di stagione, latte, yogurt e pane con il pomodoro) per cinque giorni la settimana e per otto settimane.

A consumo quotidiano di una merenda mediterranea, si aggiungeva la pratica di 20 minuti di esercizio fisico guidato per tre giorni a settimana.

Bibliografia

1. World Health Organization “Conferenza ministeriale europea per la lotta all'obesità” Istanbul, Turchia, 15-17 novembre 2006
2. ISTAT. Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005. Nota per la stampa, 2 Marzo 2007. Disponibile all'indirizzo http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_endario/20070302_00/testointegrale.pdf; ultima consultazione 22/07/09.
3. Sistema di sorveglianza Passi. Sintesi del rapporto nazionale 2008. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf/report_Passi_2008.pdf; ultima consultazione 7/9/09.
4. Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11 e 15 anni. Il Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC .2010
5. Johnson-Taylor WL, Everhart JE. Modifiable environmental and behavioral determinants of overweight among children and

adolescents: report of a workshop. *Obesity* 2006;14:929-66.

6. Lang T, Rayner G. Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers. *Obes Rev* 2007;8 Suppl 1:165-81

7. Kipping RR, Jago R, Lawlor DA. Obesity in children. Part 1: Epidemiology, measurement, risk factors, and screening. *BMJ* 2008;337:922-7.

8. Sallade J. A comparison of the psychological adjustment of obese vs. non-obese children. *J Psychosom Res.* 1973;17:89-96.

9. Kaplan, KM, Wadden, TA. Childhood obesity and self-esteem. *J Pediatrics* 1986; 109:367- 370.

10. Freedman DS, Khan LK, Serdula MK, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa heart study. *Pediatrics* 2005;115:22-7.

11. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics* 1998;101:518-25.

12. World Health Organization. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. WHO Technical Report Series No. 894. Geneva: WHO; 2000.

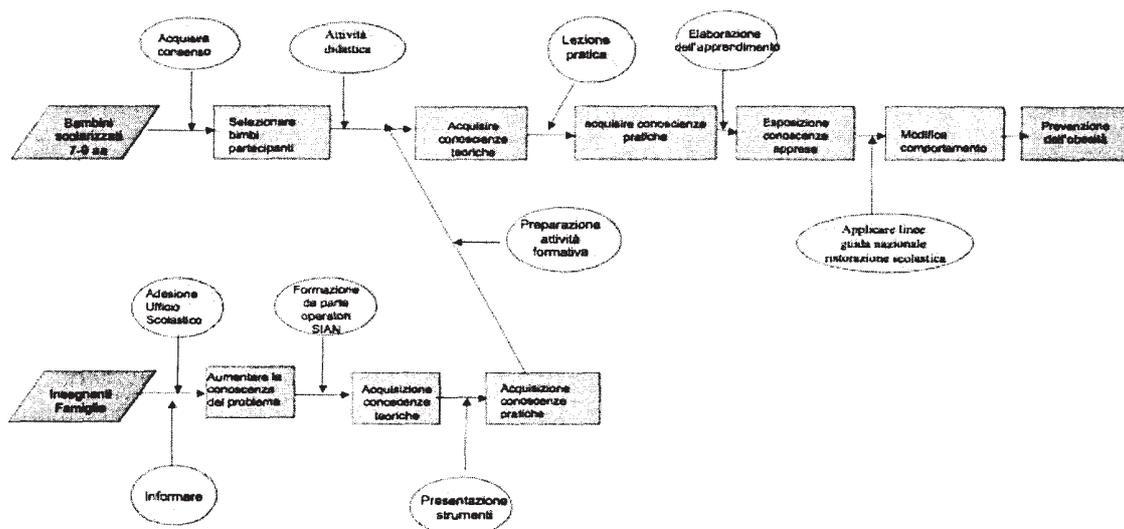
Progetti di Promozione della salute da corretta alimentazione ed adeguati stili di vita (PRP 2010-2012)

Modello logico

La “deriva nutrizionale” dell’intera popolazione giustifica la necessità di impiantare un sistema di sorveglianza dei gruppi a rischio della popolazione, in particolare dei bambini in età preadolescenziale, e della messa a punto di una strategia regionale, che coordini i Livelli Essenziali di Assistenza dei SIAN dei Dipartimenti in tema di sorveglianza nutrizionale, di prevenzione primaria delle patologie da scorretta alimentazione, rivolte alle fasce più giovanili (età pre-scolare e scolare)

Le scuole rappresentano l’ambiente ideale per la realizzazione di tali interventi e l’alleanza tra i SIAN e la Scuola è elemento fondamentale di programmazione e valutazione delle attività di prevenzione.

Modello Logico: Promozione della salute da corretta alimentazione ed adeguati stili di vita nei bambini in età pre-scolare e/o scolare.



Descrizione delle fasi, la scelta del modello

La validazione iniziale dei progetti, l'esperienza maturata nelle realtà locali delle ASL pugliesi ed il monitoraggio degli indicatori di risultato delle singole progettualità danno ragione nella scelta di proseguire nelle progettualità in corso ("porta la frutta a scuola", "CipXCiop" e "Passi e panelle"). A tali progetti è da riferire la descrizione delle fasi, la fase di identificazione, la fase di formazione, la fase di realizzazione e la fase di comunicazione, tutte in carico ai SIAN dei Dipartimenti di Prevenzione.

Fase di Programmazione

Ogni SIAN, programma progetti di promozione della sana alimentazione anche in collaborazione con il circuito delle Fattorie Didattiche, di Slow food o di altre associazioni che riterrà opportuno coinvolgere; inoltre promuove presso i Comuni l'adozione delle Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica. Si programmano in accordo con gli Uffici Regionali Scolastici e Provinciali i tempi e l'attuazione del Piano di Prevenzione dedicato alla Promozione della salute e ***della crescita sana nei bambini della scuola primaria***. Si identifica il referente provinciale sia del progetto di promozione che del sistema di sorveglianza.

Nella fase di Identificazione

Il referente provinciale, in accordo con il Referente Regionale, chiedono l'adesione formale scritta alla fase di promozione della salute, ai vari Direttori scolastici e agli insegnanti tutti della scuole primarie. Sono coinvolte nel progetto tutte le classi dalla seconda alla quinta elementare. La partecipazione delle classi sarà volontaria e l'invito esteso alle scuole primarie, pubbliche e paritarie, presenti sul territorio di ciascuna ASL. Il reclutamento degli insegnanti non è limitato agli insegnanti di scienze, ma a tutti gli insegnanti

Nella fase di Formazione

In questa fase gli insegnanti partecipano a incontri pomeridiani tenuti dalle dietiste, dai medici del SIAN, dai pediatri o da altri formatori ritenuti necessari dal direttore del SIAN alla formazione degli insegnanti sui principi di una sana e corretta alimentazione, sui nutrienti, sui principi della digestione e del metabolismo, sui fabbisogni nutrizionali nell'infanzia, sulla piramide alimentare, sui disturbi del comportamento alimentare.

Agli insegnanti vengono consegnate le cartelline rigide contenenti:

- a. il modello di diario alimentare
- b. le copie del materiale utilizzato dal tutor/docente

Nella fase di Realizzazione

In questa fase gli insegnanti trasferiscono nella didattica le nozioni apprese durante la prima parte del programma, coinvolgendo gli alunni nell'elaborazione di materiale originale (componimenti, canti, poesie, cartelloni) o nello sperimentare nuovi giochi o sport e nel creare il laboratorio del gusto assumendo alimenti poco pubblicizzati, conosciuti e presenti nell'alimentazione quotidiana. In questo modo i ragazzi apprendono gli argomenti di base della nutrizione ma anche conoscono nuovi alimenti e imparano nuovi giochi. Nello stesso periodo, l'equipe (dietiste, medici del SIAN, dai pediatri o da altri formatori ritenuti necessari dal direttore del SIAN) incontra i genitori degli alunni, in meeting pomeridiani sui temi della nutrizione.

□ □

Fase di Comunicazione

La presenza e la valorizzazione del partenariato con il mondo della scuola implica la preparazione di un piano di comunicazione dei risultati mirato agli interlocutori (genitori, insegnanti, operatori ASL, media). A tale scopo si prepareranno dei "rapporti tipo" adatti all'interlocutore e facilmente utilizzabili a livello locale.

Il Ruolo e le Alleanze

Ogni SIAN, in adempimento ai propri LEA, realizza un sistema di sorveglianza nutrizionale per la ASL di appartenenza sul modello standardizzato di “okkio” e programma progetti di prevenzione delle patologie da scorretta alimentazione e i promozione della sana alimentazione e dei corretti stili di vita.

Tale ruolo primario dei SIAN, prevede la realizzazione di alleanze (USR, USP, Assessorato alle Politiche Agricole, etc.) e di partnership con Associazioni (Associazioni di Categoria, Circuito delle Fattorie Didattiche, Slow Food etc.)

I Sian promuovono presso i Comuni le azioni previste dalle “Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica”, adottano programmi per il miglioramento della qualità dei menu e forniscono consulenze previste dai LEA e dal tariffario Regionale.

Quadro logico

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%			
Obiettivo specifico	Individuare, promuovere e diffondere le pratiche e le attività di prevenzione di provata efficacia	<ul style="list-style-type: none"> • Percentuale normopeso/sottopeso, sovrappeso, obeso (3 categorie IMC). • Percentuale abitudini alimentari salutari (variazioni percentuali in corso di monitoraggio) 		
Risultati attesi 1	Partnership e alleanze finalizzate alla realizzazione della comunicazione efficace ed a sostegno di interventi educativi,	<ul style="list-style-type: none"> • N° incontri tenuti x ASL/n° incontri programmati • N° scuole partecipanti/n° scuole aderenti • N° incontri tenuti x scuole/n° incontri programmati • N° di insegnanti coinvolti nella formazione • N° genitori coinvolti nell'iniziativa • Distribuzione materiali divulgativo di supporto/tot famiglie ed insegnanti formate 	<ul style="list-style-type: none"> • Registrazione all'evento • Okkio alla salute 	<ul style="list-style-type: none"> • I bambini obesi o a rischio di obesità non partecipano alla sorveglianza • Mancanza fondi per stampare materiale didattico
Risultati attesi 2	Adozione di programmi per il	<ul style="list-style-type: none"> • N° ASL che adottano Linee di indirizzo nazionale per la 	<ul style="list-style-type: none"> • Relazione referente 	

	miglioramento e il controllo della qualità nutrizionale dei menù delle mense scolastiche ed aziendali	ristorazione collettiva/tot ASL		
Risultati attesi 3	Attuazione di programmi volti all'incremento del consumo di frutta e verdura nella popolazione in generale	<ul style="list-style-type: none"> • Numero bambini e/o ragazzi che mangiano almeno tre pezzi tra frutta e verdura al giorno • Distribuzione materiali divulgativo di supporto/tot famiglie ed insegnanti formate 	<ul style="list-style-type: none"> • Registrazione all'evento • Okkio alla salute 	<ul style="list-style-type: none"> • I bambini obesi o a rischio di obesità non partecipano alla sorveglianza • Mancanza fondi per stampare materiale didattico
		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Stesura protocollo operativo aziendale materiale didattico	<ul style="list-style-type: none"> • Costituzione gruppo di lavoro • Arruolamento dietiste • Protocollo operativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Rimborso spesa per incontri • Arruolamento di 1 dietista per ogni 200.000 residenti per due anni 	
Attività 1.2	Formazione insegnanti	<ul style="list-style-type: none"> • Lettera di presentazione e comunicazione evento formativo • Supporti tecnici e strumenti didattici (ppt) 	Docenti Spese organizzative	
Attività 3.3	Campagna di informazione nella scuola primarie	<ul style="list-style-type: none"> • Depliant, manifesti 	Spese organizzative	
Attività 1.3	Formazione genitori	<ul style="list-style-type: none"> • Lettera di presentazione e comunicazione evento formativo • Supporti tecnici e strumenti didattici (ppt) 	Docenti Spese organizzative	
Attività 1.4	Attività curriculare	<ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgimento bambini 		
Attività 3.6	Attività pratica	<ul style="list-style-type: none"> • Luoghi dedicati 	<ul style="list-style-type: none"> • Spese 	
		Mezzi	Costi	
Attività 2.1	Incontri con i referenti comunali	<ul style="list-style-type: none"> • Protocollo d'intesa tra i SIAN e i referenti comunali della ristorazione scolastica 		
Attività	Adozione delle Linee	<ul style="list-style-type: none"> • Protocollo d'intesa tra i 		

2.2	di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica	SIAN e i referenti comunali della ristorazione scolastica		
		Mezzi	Costi	
Attività 3.1	Protocollo operativo per diffondere frutta e verdura	Riunione gruppo tecnico Analisi letteratura		
Attività 3.2	Adozione protocollo di intesa con partners	Stipulare accordi con associazioni	Spese	

Piano di valutazione

A livello regionale, responsabile del monitoraggio e della valutazione del progetto è la Cabina di Regia ed il Coordinamento Operativi del Piano Regionale della Prevenzione supportata dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

A livello aziendale, la supervisione delle attività di valutazione sarà garantita dal referente aziendale.

Sono previste una valutazione di processo e una valutazione di esito.

La prima ha lo scopo di fornire informazioni necessarie a migliorare l'efficienza del progetto in corso. La seconda a garantire la capacità del sistema di raggiungere l'obiettivo specifico.

Per ciascuna area oggetto dell'indagine di valutazione saranno raccolte domande di valutazione specifiche, formulate in occasione di incontri diretti o attraverso e-mail alle principali figure implicate nella realizzazione dell'intervento: referente aziendale, operatori sanitari, insegnanti, bambini e famiglie coinvolte.

Le iniziative di formazione verranno valutate tenendo conto di:

- proporzione di insegnanti formati sul totale;
- proporzione delle famiglie formate sul totale;
- tasso di adesione delle scuole al progetto per ASL;
- n° ore di formazione realizzate per gli insegnanti su quelle previste;

La valutazione delle attività curricolari verranno valutate tenendo conto della:

- effettiva realizzazione di esse nelle varie scuole;
- sul grado di soddisfazione dei bambini;
- sulla proporzione di bambini che vi partecipano sul totale di bambini coinvolti.
- tasso di rifiuto dei bambini per ASL;

Si procederà alla raccolta dei dati qualitativi attraverso un questionario standardizzato e semi-strutturato, auto-somministrato alle persone identificate come rappresentanti di diversi gruppi di interesse, e facendo ricorso al metodo SWOT.

In ambito regionale, l'analisi dei dati e la comunicazione dei risultati a tutti coloro che hanno partecipato alla valutazione, al fine di provocare proposte sulla riprogrammazione migliorativa del progetto, verrà effettuata a cura dell'Assessorato alle Politiche della Salute e dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

MACROAREA:

Prevenzione universale

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari.

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:*“Prevenzione dell’obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10% ”***TITOLO DEL PROGETTO**

Promozione dell’allattamento al seno

Beneficiari e attori

Popolazione target: madri gravide e madri che allattano.

Attori:

SOGGETTI	RUOLO
Assessorato alla Salute e AReS	Coordinamento delle attività
PLS e MMG delle sei ASL provinciali iscritti negli elenchi delle rispettive Aziende	Partner operativo
Neonatologi operanti nelle strutture del SSR	Partner operativi
Ginecologi, ostetriche, Psicologi e Infermieri Operanti nelle strutture del SSR	Partner operativi
Osservatorio Epidemiologico Regionale	Monitoraggio dei dati raccolti dal competente ufficio Verifica e controllo dei dati

Analisi di contesto

Da una indagine condotta dall'Istituto Superiore di Sanità è risultato che in Puglia, come in tutta Italia, il tasso di bambini allattati al seno in modo esclusivo fino a sei mesi, nonché quello dopo lo svezzamento, sono molto al di sotto delle raccomandazioni dell'OMS e dell'Unicef.

I dati rilevati in Puglia - per quanto scarsi poiché solo due ASL hanno aderito all'indagine - sono gli unici correttamente rilevati di cui si disponga. Essi rappresentano un punto di partenza per valutare l'efficacia del piano in oggetto.

Nella nostra Regione i reparti di maternità possono migliorare le loro politiche specifiche per promuovere l'allattamento sin dalla nascita, momento cruciale per il successo dell'allattamento materno.

Un'indagine svolta nella provincia di Brindisi, mette in evidenza che nella popolazione infantile i dati relativi ai bambini in sovrappeso e/o obesi sono superiori (37.8%) a quelli nazionali (24%).

Inoltre, vi è la necessità di sviluppare la formazione universitaria e post universitaria in materia di allattamento.

Caratteristiche del progetto

OBIETTIVI :

In linea con quanto previsto nella 'Dichiarazione degli innocenti', l'obiettivo del programma è proteggere, sostenere e promuovere la pratica dell'allattamento materno attraverso:

- il miglioramento delle pratiche riguardanti l'allattamento;
- la crescita del numero di madri che scelgono in modo consapevole di allattare i propri figli, di allattarli in maniera esclusiva per sei mesi, di continuare ad allattarli in seguito fino a quando lo desiderino;
- il sostegno alle madri che allattano;
- il miglioramento delle competenze pratiche e la soddisfazione degli operatori sanitari coinvolti.

A tale scopo la Regione Puglia si pone i seguenti obiettivi:

- 1) Promuovere in tutti gli ospedali pugliesi (pubblici e privati) dotati di reparti di maternità il percorso per il riconoscimento, da parte di OMS e Unicef, della qualifica di eccellenza di 'Ospedale amico dei bambini'.
- 2) Identificare ed affrontare i bisogni delle mamme e in particolare i bisogni specifici di sostegno delle primipare, delle donne immigrate, delle adolescenti, delle madri che vivono da sole, di quelle meno istruite ed in genere di quelle che abbiano minori probabilità di allattare, tra cui le madri con precedenti esperienze di difficoltà o d'insuccesso nell'allattamento al seno.
- 3) Incoraggiare la formazione di reti tra specialisti in allattamento al seno per aumentare le conoscenze e migliorare le pratiche.
- 4) Promuovere il rispetto del codice internazionale dei sostituti del latte materno tra gli operatori sanitari.
- 5) Monitorare a livello regionale i tassi di allattamento dalla nascita alla fine del primo anno di vita.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Analisi di contesto: avviare incontri con il personale sanitario che ha partecipato alla prima fase del progetto di prevenzione 2005-2008 per valutare lo stato dell'arte e avviare il nuovo programma;
- Promuovere l'adozione in tutte le Strutture materno-infantili delle pratiche e dei protocolli previsti nei dieci passi OMS/Unicef per il successo dell'allattamento materno.
- Prevedere nei programmi di educazione continua dell'Azienda Sanitaria, per tutto il personale interessato, in particolare per quello dei reparti di maternità e di assistenza all'infanzia, una educazione continua interdisciplinare, basata sulle linee guida OMS/Unicef, quale punto di partenza di un rinnovato programma complessivo di aggiornamento .
- Istituire presso i consultori centri di sostegno per la donna che allatta (Spazi "O.A.Si", Obiettivo Attaccamento Sicuro), per garantire alla stessa un sostegno competente e multidisciplinare.
- Favorire il sostegno alle madri - prima e dopo il parto - da parte di gruppi di associazioni e di aiuto mamma-a-mamma per promuovere l'allattamento al seno.
- Pubblicazione del manuale informativo *Allattamento materno: Come praticarlo con efficacia, il più a lungo possibile*;
- Realizzare iniziative atte a promuovere l'allattamento materno con il coinvolgimento di associazioni e categorie sensibili all'argomento.
- Sensibilizzare gli organi di comunicazione (stampa , tv locali, ecc.) affinché promuovano ed appoggino l'allattamento materno, vigilando che sia sempre presentato come naturale e desiderabile.
- Attivare una rete operativa tra ospedale e territorio, che promuova una stretta collaborazione tra ospedali, consultori e pediatri di libera scelta (PLS).
- Impegnare i PLS alla diffusione delle raccomandazioni OMS e Unicef in materia di allattamento materno, con particolare riguardo all'allattamento esclusivo nei primi 6 mesi di vita ed alla promozione dell'allattamento materno fino a 2 anni e oltre.
- Informare tutti gli operatori sanitari in merito alla normativa del codice internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno.
- **Adozione di un piano di monitoraggio regionale che preveda:**
 - *Monitoraggio dei tassi di allattamento*
 - *Monitoraggio della qualità percepita*
 - *Monitoraggio delle attività di formazione*

Criticità

Nonostante che i dati della letteratura confermino il ruolo del latte materno quale alimento ideale per i bambini nella prima fase di vita, i tassi di allattamento registrati nella nostra regione fanno registrare livelli non in linea con i paesi del nord europa, ponendo in evidenza la necessità di intervenire per modificare modelli culturali sicuramente influenzati dai portatori di interessi commerciali.

Standard di risultato:

N. di iniziative avviate per la realizzazione degli obiettivi specifici.

- N. Strutture materno-infantili coinvolte nel protocollo / totale Strutture materno-infantili;
- N. 1 eventi per ASL di educazione continua interdisciplinare, per tutto il personale interessato, basata sulle linee guida OMS/Unicef;
- N. 1 per DSS Spazi "O.A.Si", Obiettivo Attaccamento Sicuro;
- N. 1 incontri per ASL finalizzati a promuovere l'allattamento materno con il coinvolgimento di associazioni e categorie sensibili all'argomento;
- N. 60.000 copie manuale informativo *Allattamento materno: Come praticarlo con efficacia, il più a lungo possibile*;
- N. di PLS coinvolti dai formatori nel programma di sensibilizzazione / N. PLS in convenzione nella Regione Puglia.

Programma Attuativo

Gli interventi per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento materno, devono essere basati su prove di efficacia.

Le attività per la realizzazione degli obiettivi specifici sono oggetto di programmazione e monitoraggio da parte del Coordinamento Regionale costituito nell'ambito del progetto di prevenzione 2005-2008.

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie del SSR nominano un referente aziendale in ogni reparto materno infantile di propria competenza.

I Comitati Permanenti Aziendali per la pediatria di libera scelta individuano il referente aziendale per la formazione specifica dei pediatri e per il raccordo con il Comitato Regionale.

Il Comitato Permanente Regionale, in particolare, promuoverà la diffusione del questionario predisposto per la rilevazione dell'efficacia del protocollo "dei 10 passi".

MACROAREA:

Prevenzione universale

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

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

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

Incremento dell'attività motoria, con particolare riguardo alla popolazione giovane-adulta

TITOLO DEL PROGRAMMA/PROGETTO

Estensione del programma di promozione dell'attività motoria, denominato "gruppi di cammino"

Contenuti del progetto**Beneficiari**

Target primario: 50-70 anni residenti in Puglia, anche portatori di patologie croniche purchè ben controllate farmacologicamente, pari a circa 100.000 persone.

Target secondari e moltiplicatori dell'azione preventiva: le associazioni di volontariato sociale

Attori

Cabina di regia (Coordinamento)

Referente senior e junior regionale del progetto (individuati tramite determina)

Referente amministrativo regionale (individuato tramite determina)

Referente aziendale (individuazione tramite determina)

Operatori Sanitari (operatori dei distretti, servizi geriatrici, dipartimenti di prevenzione, MMG)

I portatori di interesse (associazioni sportive, croce rossa italiana, il mondo del volontariato sociale, l'Università (Facoltà di Medicina: Corso di laurea in Scienze Motorie)

Analisi di contesto

In Europa, ogni anno, la sedentarietà è responsabile di 600.000 morti nella Regione Europea (circa il 6% del totale), l'obesità ed il sovrappeso ne causano 1 milione determinando circa 5 milioni e 300 mila casi di disabilità (3,5% del totale).

Più della metà della popolazione europea non è attiva ad un livello sufficiente secondo quanto stabilito dalle raccomandazioni sanitarie. I due terzi della popolazione adulta (età > 15 anni) non raggiungono i livelli raccomandati di AF (30 minuti al giorno la maggior parte dei giorni della settimana). Differenze socio-economiche si correlano a differenze nei livelli di AF: le persone più povere hanno meno tempo libero, meno possibilità e meno supporto ambientale per la pratica di AF.

I costi stimati a causa della sedentarietà (malattie, assenze dal lavoro, morti premature) sono allarmanti.

Anche nel nostro paese, la sedentarietà si distribuisce in maniera molto differente nella popolazione e risulta molto più diffusa tra le persone delle classi socio-economiche più basse, le quali hanno una mortalità e una morbosità maggiori rispetto a chi, socialmente ed economicamente, si trova in posizione più avvantaggiata.

Un altro importante fattore di discriminazione, nel nostro paese, è il significativo gradiente tra Nord e Sud Italia. Per quanto riguarda, ad esempio obesità/sovrappeso le regioni meridionali hanno una prevalenza più elevata (28,7%) rispetto a quelle del nord (19,3%). L'eccesso ponderale è una condizione più diffusa nella popolazione adulta con basso titolo di studio e riguarda sia gli uomini sia le donne in qualsiasi fascia

d'età. Il fenomeno dell'obesità in età pediatrica, fino a qualche decennio fa poco diffuso, è oggi un dato allarmante, in quanto evidenze scientifiche riconoscono all'obesità in età pre-adolescenziale e adolescenziale una forte capacità predittiva dello stato di obesità in età adulta. A perdere rapidamente il proprio patrimonio di salute sono soprattutto gli immigrati, a causa delle condizioni di vita in cui spesso si trovano in Italia.

Tali condizioni, inoltre, pur influenzate da comportamenti individuali, sono fortemente sostenute dall'ambiente di vita e da quello sociale. I comportamenti salutari, infatti, sono resi sempre più difficili dall'organizzazione e dal disegno urbano delle città, dall'automatizzazione, dai prezzi a volte più elevati degli alimenti più sani e dai condizionamenti del marketing. Ne consegue che i soggetti più esposti a questi rischi sono quelli più vulnerabili: i bambini e le famiglie più povere.

Epidemiologia

Fonte: Passi Puglia 2006 e 2009

I risultati del Sistema di Sorveglianza Passi, consentono una valutazione aggiornata, capillare e continua degli stili di vita della popolazione adulta tra i 18 e i 69 anni. Dalla rilevazione effettuata nel 2009 è risultato completamente sedentario il 28% del campione, mentre solo il 33% ha dichiarato di aderire alle raccomandazioni sull'attività fisica. Soltanto in circa un terzo dei casi, i medici (o altri operatori sanitari) si sono informati al riguardo e hanno consigliato genericamente di svolgere attività fisica.

Il 33% delle persone intervistate ha riferito di effettuare un lavoro pesante o di aderire alle raccomandazioni sull'attività fisica e può quindi essere definito attivo, il 39% non effettua un lavoro pesante e pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) e il 28% è completamente sedentario.

Si osservano percentuali maggiori di "completamente sedentari" tra i 50-69enni, le donne e le persone che hanno il minor grado di istruzione. Emerge inoltre una maggior componente di sedentari tra coloro che riferiscono di avere difficoltà economiche. Il confronto tra le regioni mostra evidenti differenze, con un gradiente Nord-Sud a scapito delle regioni meridionali.

Il consiglio del medico, in combinazione con altri interventi, si è dimostrato utile nella promozione di stili di vita sani nella popolazione generale e in particolari gruppi a rischio. In circa un terzo dei casi, i medici del pool di Asl si sono informati e nel 30% hanno consigliato di svolgere regolare attività fisica ai loro assistiti. Va sottolineata l'importanza della percezione del proprio livello di attività fisica, che in una rilevante quota di intervistati risulta distorta. In base alla rilevazione effettuata a livello regionale nello Studio Passi 2006 è emerso che in Puglia il 31,3% degli intervistati conduce uno stile di vita sedentario (prevalentemente i meno giovani, le donne e le persone con basso livello d'istruzione) ed il 30,5% non pratica sufficiente attività fisica. Il 29,2% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul livello di attività fisica praticato e il 34,1% ha ricevuto un consiglio generico di svolgere attività fisica; solo l'8% degli intervistati ha ricevuto consigli più dettagliati (tipo, frequenza e durata dell'attività fisica). Risulta pertanto importante sensibilizzare gli operatori sanitari rispetto al loro ruolo di promotori dell'attività fisica. Si stima che meno di un terzo (28,2%) della popolazione della Puglia pratichi attività fisica in linea con le raccomandazioni dell'OMS; rimane pertanto un'ampia fascia di popolazione che svolge un'attività fisica insufficiente o non l'effettua affatto. Solo in circa un terzo dei casi i medici si informano e consigliano genericamente di svolgere attività fisica ai loro pazienti; la percentuale, invece, dei medici che danno consigli più dettagliati è ancora molto bassa. Appare pertanto opportuno aumentare le possibilità del medico di intervenire in questo ambito di promozione della salute. Tuttavia l'opera del medico da sola non è sufficiente ed occorrono interventi comunitari promossi e sostenuti da parte della Sanità Pubblica e di altri attori (esperti di nutrizione, corsi di attività fisica, ecc.) ed interventi ambientali per un'efficace promozione dell'attività fisica nelle fasce di popolazione più sedentaria.

Progetto CCM: Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria (PNPAM)

A seguito dell'adesione al progetto PNPAM, sono stati individuati i Referenti regionali ed aziendali nominati ciascuno per il proprio ambito di competenza, per l'attività motoria in Puglia. In previsione di una futura programmazione riguardante l'intero territorio pugliese, il progetto ha individuato tre ASL pilota (TA, BAT e BA), nelle quali avviare le attività previste dal programma nazionale.

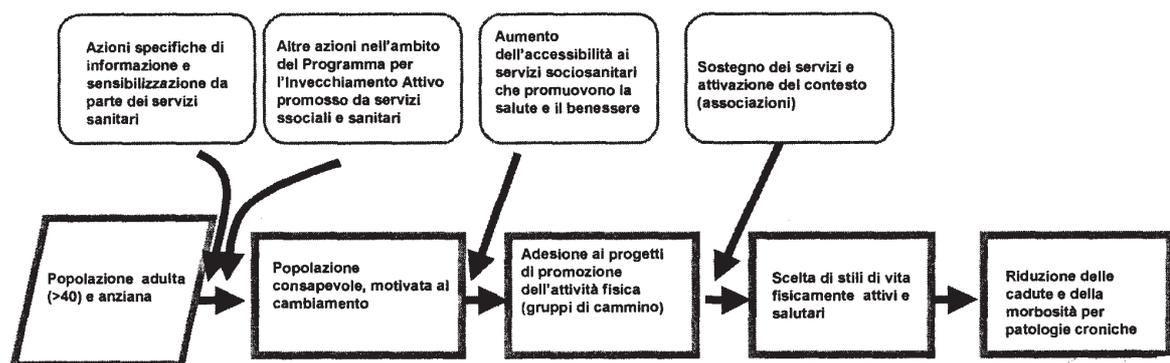
Bibliografia

- Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases• http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061003_1
- Healthy People 2010• www.healthypeople.gov
- U.S. Department of health and human service "Physical activity guideline for Americans", 2008• <http://www.health.gov/paguidelines/guidelines/default.aspx>
- Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from American College of Sports Medicine and the
- American Heart Association. Medicine & Science in Sports & Exercise 1423-1434, 2007
- CDC "Guide to Community Preventive Service Physical activity"• <http://www.thecommunityguide.org/pa/>
- WHO "Collaboration between health and transport sectors in promoting physical activities", 2006• <http://www.euro.who.int/Document/E90144.pdf>
- WHO "Global strategy on diet, physical activity and health", 2004• <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/en/index.html>

Modello logico

Le fasi progettuali sono:

- **Costruzione rete:** Raccolta dati - Attivazione di una rete permanente di referenti dei D.P. - Stipula di accordi e intese con Enti e Associazioni
- **Formazione:** Partecipazione ai corsi di formazione per operatori sanitari, esperti di AF, Conduttori di gruppi di cammino
- **Diffusione delle iniziative:** Promozione gruppi di cammino o di ciclismo Promozione di iniziative
- **Comunicazione:** Diffusione di linee guida e comunicazione
- **Progettazione:** Attuazione di nuovi progetti
- **Valutazione:** Mappatura delle iniziative, valutazione delle ricadute



Quadro logico del progetto

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Incremento dell'attività motoria, con particolare riguardo alla popolazione giovane-adulta			
Obiettivo specifico	Estendere e consolidare su tutto il territorio regione, programmi di promozione e facilitazione dell'attività motoria con interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili e basati sull'evidenza scientifica e sulle migliori pratiche, da ritagliare su target specifici di popolazione	N° gruppi di cammino creati/n° comuni Continuità dell'attività dei gruppi sostenuta da walking leader N° ASL partecipanti/ Tot ASL	Relazioni di servizio da parte dei coordinatori regionale e locali	Continuità del sostegno da parte della Regione
Risultati attesi 1	Rendere fruibili network che favoriscano e sostengano lo sviluppo del PNP, anche in termini di formazione	Organizzazione gruppi di cammino e ciclismo coinvolgendo almeno 1 associazione assistenza anziani, o almeno 1 associazione per promozione ciclabilità o almeno 1 associazione per persone o familiari affetti da particolari patologie	Relazioni di processo da parte dei coordinatori regionale	Non partecipazione da parte dei cittadini Non partecipazione da parte delle associazioni
Risultati attesi 2	Individuare, promuovere e diffondere le pratiche	N° MMG formati/ tot MMG	Relazioni di processo da parte dei coordinatori	Non adesione da parte dei MMG

	e le attività di prevenzione di provata efficacia	Stipula di accordi con almeno 1 associazione assistenza anziani	regionale	Non partecipazione da parte delle associazioni
Risultati attesi 3	Migliorare e consolidare le attività di comunicazione dei risultati raggiunti	Numero di ASL che hanno prodotto report delle attività di sorveglianza/Totale ASL Numero di accessi al sito Web www.oerpuglia.org Per download dei report	Relazioni referenti aziendali Sito web Sistema di monitoraggio degli Accessi al sito www.oerpuglia.or	Risorse umane Livello di informatizzazione
Azioni		Mezzi	Costi	
Azione 1.1	Riunioni con portatori di interesse a livello regionale	Relazioni di servizio del coordinatore regionale		
Azione 1.2	Stipula di accordi con UniBa e UniFg (Scienze Motorie), UISP, esperti in Scienze Motorie	Convenzioni Borse di studio	1 borsista per ogni ASL per 12 mesi	
Azione 1.3	Stipulare accordi con il volontariato	Convenzione		
Azioni		Mezzi	Costi	
Azione 2.1	Formazione regionale	Organizzare formazione di II livello Accreditamento	Docenti Accreditamento ECM Spese organizzative	
Azione 2.2	Informazione e riunioni con portatori di interesse a livello locale (Comuni, Municipi, Distretti socio-sanitari)	Riunione Relazioni di servizio del coordinatore locale	Rimborso spese	
Azione 2.3	Assemblee pubbliche nelle sedi locali delle associazioni	Assemblea Relazioni di servizio del coordinatore locale	Rimborso spese	

Azione 2.4	Organizzare gruppi di cammino	Riunioni Referenti regionali e aziendali	Rimborso spese	
Azioni		Mezzi	Costi	
Azioni 3.1	Pubblicizzare gruppi di cammino	Locandine negli studi MMG	Tipografia	
Azione 3.2	Prendere adesioni popolazione target	Scheda adesione		
Azione 3.3	Attivare gruppi di cammino	Calendario attività		
Azione 3.4	Report attività dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale	Report attività referenti locali Report stampato e pubblicato sul sito www.oerpuglia.org	Raccolta, analisi e stampa dei dati	

Piano di valutazione del Progetto Gruppi di cammino

A livello regionale, responsabile del monitoraggio e della valutazione del progetto è la Cabina di Regia del Piano Regionale della Prevenzione supportata dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

A livello aziendale, la supervisione delle attività di valutazione sarà garantita dal referente aziendale.

Il Piano di valutazione prevede il graduale coinvolgimento dei principali attori e portatori di interesse a livello intersettoriale e, per quanto riguarda il settore sanitario, a livello regionale e aziendale:

- Decisori regionali e aziendali del settore sanitario
- Decisori regionali, comunali e locali delle politiche e dei servizi sociali
- Specialisti di riferimento (Corso di laurea in Scienze motorie, UISP, CONI, ecc...)
- Ordini Professionali, Società scientifiche e sindacali dei Medici di Medicina Generale
- Operatori aziendali dei Dipartimenti per le cure primarie (Assistenza geriatrica, Distretti delle ASL) e dei Dipartimenti di Prevenzione
- Associazioni che operano nel campo del volontariato (associazioni ricreative per adulti e anziani, Pubbliche assistenze, reti fra associazioni e servizi, associazioni sportive, associazioni per la cittadinanza attiva)
- Target, con particolare riguardo ai centri di aggregazione per gli anziani
- Mass media

Di seguito sono elencate alcune domande di valutazione di impatto del progetto, a cui si cercherà, con appositi studi, di dare una risposta.

Tabella di valutazione

Domande di valutazione	Indicatori valutazione	Fonte dati	Strumento di raccolta	Tempistica
I decisori delle Asl hanno assunto e assolto il loro mandato?	Proporzione delle direzioni Asl che	Quantitativa	Relazioni annuali del gruppo di	Annuale

	raggiungeranno l'obiettivo specifico		coordinamento sulle attività svolte	
Il coinvolgimento regionale dei gruppi di interesse è stato realizzato?			Dichiarazione	Entro Dicembre 2012
Il coinvolgimento locale dei gruppi di interesse è stato realizzato?				Annuale
La comunità è stata sufficientemente informata e coinvolta?	Grado di coinvolgimento della comunità	Quantitativa	Relazioni di servizio sulle iniziative di informazione e comunicazione sociale per la salute	Annuale
Perché alcune persone non aderiscono all'invito della Asl per i gruppi di cammino? (Contrastare le disuguaglianze)	Grado di partecipazione della comunità	Qualitativo	Interviste approfondite su un campione della popolazione che non ha risposto all'invito	Durante il secondo semestre di ogni annualità
La comunità è soddisfatta dell'organizzazione proposta?	Grado di soddisfazione	Qualitativa	Interviste a rappresentanti di associazioni	Annuale
L'obiettivo proposto è risultato sostenibile per gli operatori?	Proporzione di operatori che giudicano sostenibile agevolmente l'obiettivo	Quantitativo	Questionario per operatori	Annuale
La gestione del programma (risorse umane, strumentali, economiche...) come viene giudicata dagli operatori coinvolti?	Relazione di servizio	Qualitativa		Annuale
Il programma messo in atto ha coinvolto un numero di anziani abbastanza elevato?		Quantitativa		

L'analisi dei dati e la comunicazione dei risultati a tutti coloro che hanno partecipato alla valutazione, al fine di provocare proposte sulla ri-programmazione migliorativa del progetto, verrà effettuata a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

MACROAREA:**Prevenzione Universale****LINEA DI INTERVENTO GENERALE:**

Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute

TITOLO DEL PROGETTO

PROMuovere la Salute in tutte le politiche della Regione Puglia (PROSalute)

Beneficiari:

Le Istituzioni regionali; I cittadini Pugliesi

Attori:

SOGGETTI	RUOLO
Agenzia Regionale Sanitaria	Coordinamento
Agenzia Regionale Protezione Ambientale (ARPA) Puglia	Partner operativo
Agenzia Regionale per le Tecnologie e l'Innovazione (ARTI) Puglia	Partner operativo
Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) Puglia	Partner operativo
Assessorato alle politiche della salute della Regione Puglia	Supporto operativo

Analisi di contesto

Le Delegazioni dei Ministeri della Salute degli Stati Membri dell'Unione Europea, riunite a Roma il 18 dicembre 2007 per la Conferenza Europea "Salute in tutte le politiche: risultati e sfide", hanno sancito che il rafforzamento dell'integrazione delle istanze sanitarie in tutte le politiche a livello della Comunità Europea, degli Stati Membri e delle Regioni rappresenta uno dei principi chiave della Strategia Sanitaria UE (approvata dal Consiglio sulla base del Libro Bianco della Commissione Europea "Insieme per la Salute: un Approccio strategico per l'UE 2008-2013") e che sia prevista l'introduzione di un nuovo meccanismo strutturato per dare attuazione agli obiettivi e ai principi di questo Libro Bianco.

Tali indicazioni sono coerenti con i valori incorporati nell'approccio "Salute per Tutti" dell'OMS, con la Dichiarazione di Alma Ata e la Carta di Ottawa, con le conclusioni dell'Incontro Europeo sulla "Valutazione dell'Impatto sulla Salute e sulla Valutazione dell'Impatto sui Sistemi Sanitari" e del Rapporto sulla "Efficacia della Valutazione dell'Impatto sulla Salute" (progetto realizzato da 21 gruppi di 19 Paesi tra il 2004 e il 2007).

Lo stato della salute della popolazione è determinato in larga misura da fattori esterni al settore Sanitario, quali i fattori socio-economici, sociali ed ambientali che influenzano gli stili di vita e i comportamenti. La politica sanitaria dovrebbe, pertanto, mirare a migliorare i servizi sanitari e, allo stesso tempo, ad interagire con le politiche e i processi decisionali in settori diversi da quello sanitario per migliorare la salute. Nell'attuazione della Salute in Tutte le Politiche (PROSalute), è molto importante l'enfasi sulle disuguaglianze di salute. Un difetto di protezione e promozione della salute dei cittadini produrrà anche gravi conseguenze economiche, in considerazione del fatto che il capitale umano, inteso come popolazione in salute e ben istruito al lavoro, è un prerequisito essenziale per consentire la sostenibilità delle stesse politiche di tutela della salute e per raggiungere gli obiettivi di crescita economica e di competitività.

I determinanti della salute ed i comportamenti dei cittadini possono essere positivamente condizionati dagli interventi compiuti al di fuori del settore sanitario, che hanno come obiettivi i vari ambienti e le comunità in cui la gente vive e lavora nonché le condizioni globali economiche, sociali e ambientali. Per migliorare la salute dei cittadini e per colmare le disuguaglianze sanitarie crescenti è essenziale sviluppare sinergie e partnerships tra le politiche sanitarie e le altre politiche, in particolare quelle dell'economia, dell'agricoltura e della sicurezza alimentare, dell'assistenza sociale e dell'istruzione, dell'ambiente, del commercio, dell'energia, del trasporto, della tassazione e della ricerca.

È essenziale, dunque, far sì che coloro che sono responsabili dei processi di governo siano pienamente consapevoli dell'impatto delle politiche e delle decisioni, al fine di facilitare l'integrazione di considerazioni attinenti la salute nell'ambito dei loro processi di formulazione e di attuazione.

Importanti fattori, che contribuiscono all'efficacia della Valutazione dell'impatto sulla Salute come strumento per valutare le future conseguenze della scelta delle diverse opzioni, sono: 1) leadership politica; 2) supporto pubblico; 3) inserire le considerazioni sulla salute e l'equità nella salute ad un precoce stadio di sviluppo delle decisioni; 4) fornire un sostegno giuridico all'utilizzo dei fattori determinanti della salute; 5) istituire unità di supporto tecnico per assistere con concetti e evidenze; 6) chiarire chi sostiene i costi e, quando necessario, fornendo i fondi.

Le Agenzie Regionali della Puglia per l'Ambiente (ARPA), la Salute (AReS) e la Tecnologia/Innovazione (ARTI) sono coinvolte in un processo avviato dal Governo Regionale finalizzato alla realizzazione di quanto esplicitato in precedenza, anche attraverso il coinvolgimento di altri soggetti, in primo luogo l'Istituto Zooprofilattico di Foggia.

CARATTERISTICHE DEL PROGETTO

Titolo del progetto: PROMuovere la Salute in tutte le politiche della Regione Puglia (PROSalute)

Obiettivo specifico:

Devono essere attivate azioni per obiettivi determinati, così esemplificando i benefici degli approcci PROSalute, con l'obiettivo di:

- 1) identificare aree tematiche con interferenze intersettoriali e fortemente suscettibili di produrre effetti positivi sulla salute;
- 2) promuovere approcci multi-settoriali e processi di confronto a livello regionale e locale, attraverso cui gli impatti sulla sanità pubblica possano essere effettivamente presi in considerazione in tutte le politiche;
- 3) intensificare gli sforzi di collaborazione tra le istituzioni, al fine di accelerare l'elaborazione e l'attuazione di politiche favorevoli alla salute in altri settori, ivi incluse quelle di genere e le pari opportunità;
- 4) rafforzare l'uso della Valutazione dell'Impatto sulla Salute, quando appropriato, e promuovere l'uso delle metodologie disponibili a livello europeo, nazionale, regionale e locale e ad integrarle in altre cornici di valutazione già esistenti.

OBIETTIVO FINALE:

Vanno rafforzati e resi più efficienti a tutti i livelli di governo Regionale e Locale i sistemi per integrare gli aspetti di sanità pubblica nei settori di politiche non-sanitarie al fine di sviluppare politiche favorevoli alla salute. Tali sistemi devono includere, fra l'altro, sistemi di sorveglianza sui risultati e sui determinanti di salute, sistemi per riferire in materia di politiche di sanità pubblica che rendono esplicite le connessioni fra risultati di salute, determinanti e politiche di salute, rendendo essenziali i processi di valutazione dell'impatto sulla salute nelle diverse politiche per la cooperazione, quali comitati intersettoriali e processi istituzionali per l'adozione di politiche intersettoriali. La Valutazione dell'impatto sulla Salute è un importante strumento per l'attuazione della salute in tutte le politiche e l'evidenza disponibile suggerisce che essa possa essere utilizzata con successo come strumento efficace per effettuare previsioni circa le conseguenze delle scelte sulla salute e l'equità e per farle prendere in seria considerazione in numerosi processi decisionali.

CRITERI ED INDICATORI PER LA VERIFICA DEI RISULTATI RAGGIUNTI:

- Attivazione dell'Osservatorio Regionale Pugliese PROSalute (per la Salute in tutte le Politiche);
- Raccolta e analisi circa le decisioni della Giunta Regionale che hanno impatto sulla salute;
- Produzione e diffusione di Documenti e Linee Guida sul metodo della Valutazioni dell'Impatto sulla Salute;
- Produzione e diffusione di Documenti e Linee Guida per influenzare in modo efficace i fattori determinanti della salute;
- Realizzare Conferenze e Seminari PROSalute

RISULTATI/PRODOTTI ATTESI E LORO TRASFERIBILITÀ:

- 1) Riferire con cadenza regolare sugli sviluppi dell'approccio PROSalute e i risultati ottenuti nel miglioramento dello stato di salute attraverso modifiche dei determinanti della salute. A tal fine, sarà realizzato un Osservatorio PROSalute sugli atti della Giunta regionale ed altri strumenti di comunicazione per condividere le pratiche ottimali nell'influenzare i determinanti della salute e per monitorare le attività connesse.
- 2) Incoraggiare l'uso delle Valutazioni dell'Impatto sulla Salute delle maggiori iniziative politiche;
- 3) Influenzare in modo efficace i fattori determinanti della salute, promuovendo impegno per le strategie e per le politiche istituzionali sul controllo del tabacco, sulla nutrizione e sull'attività fisica, sui danni legati all'alcool, sulla dipendenza da droga, sulla salute mentale, sulla salute sul lavoro e sicurezza, sulla salute e ambiente, sulla salute ed emigrazione, sull'invecchiamento, sulla prevenzione degli incidenti e degli infortuni e le tematiche relative alla salute sessuale;
- 4) Migliorare l'informazione e la ricerca di base per queste attività, valorizzando il lavoro svolto su questi aspetti nell'ambito della sanità pubblica e della ricerca;
- 5) Produrre rapporti analitici sui determinanti chiave della salute nonché sulle buone pratiche nelle politiche intersettoriali e sugli approcci per condizionare favorevolmente questi determinanti, per sostenere ed aiutare a sviluppare risposte politiche e per costituire un'utile base di dati su iniziative volte a influenzare specifici determinanti;
- 6) Attuare un quadro sistematico e sostenibile comprendente lo sviluppo di tecniche e di know-how con lo scopo di aumentare la capacità dell'Assessorato alle politiche della Salute di sostenere la validità, negoziare, attuare e valutare gli approcci PROSalute, tenendo conto degli specifici contesti.

Quadro Logico

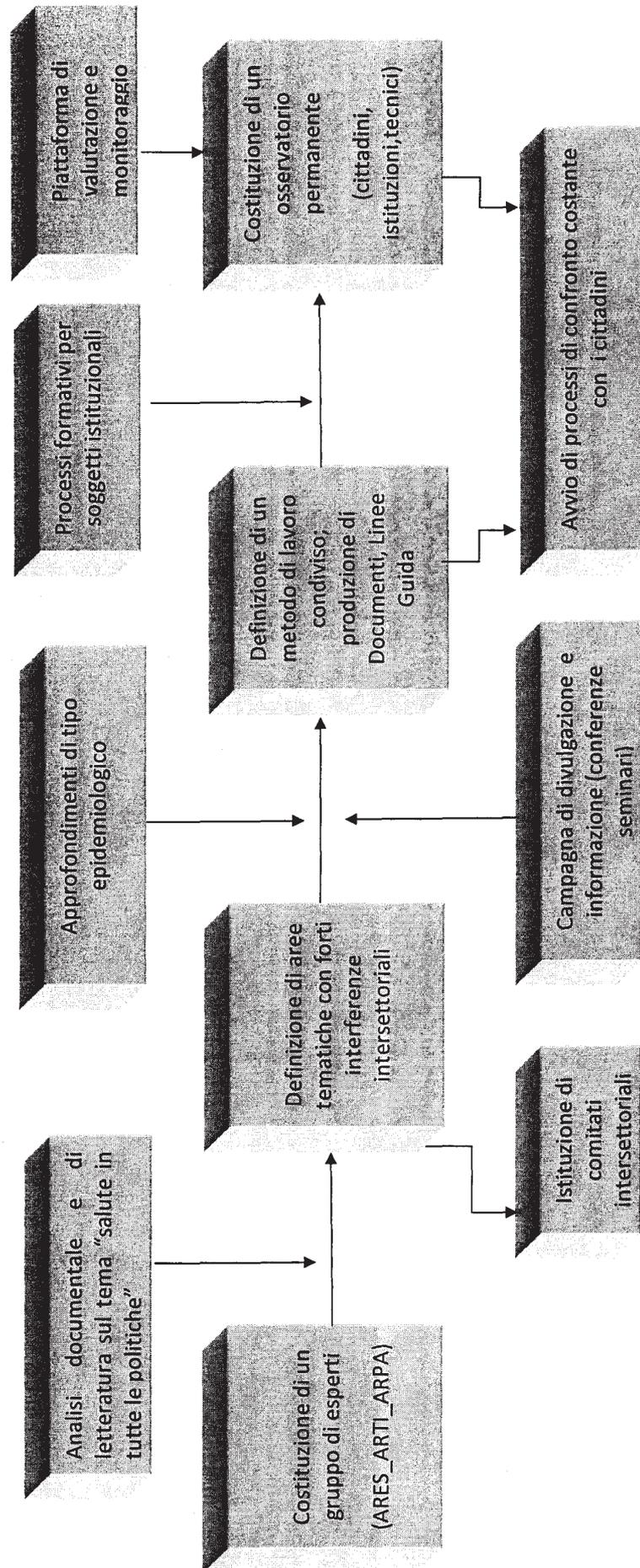
Finalità del progetto	Logica dell'intervento	IOV	Mezzi di verifica	Rischi ed assunzioni
<p>Obiettivo finale</p> <p>Rafforzare e rendere più efficienti a tutti i livelli di governo Regionale e Locale i sistemi per integrare gli aspetti di sanità pubblica nei settori di politiche non-sanitarie al fine di sviluppare politiche favorevoli alla salute. Tali sistemi devono includere, fra l'altro, sistemi di sorveglianza sui risultati e sui determinanti di salute, sistemi per riferire in materia di politiche di sanità pubblica che rendono esplicite le connessioni fra risultati di salute, determinanti e politiche di salute, rendendo essenziali i processi di valutazione dell'impatto sulla salute nelle diverse politiche per la co-operazione, quali comitati intersettoriali e processi istituzionali per l'adozione di politiche intersettoriali. La Valutazione dell'impatto sulla Salute è un importante strumento per l'attuazione della salute in tutte le politiche e l'evidenza disponibile suggerisce che essa possa essere utilizzata con successo come strumento efficace per effettuare previsioni circa le</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione dell'Osservatorio Regionale Pugliese PROSalute (per la Salute in tutte le Politiche); - Produzione di Report periodici circa le decisioni della Giunta in materie impattanti sulla salute; - Produzione e diffusione di Documenti e Linee Guida sul metodo della Valutazioni dell'Impatto sulla Salute; - Produzione e diffusione di Documenti e Linee Guida per influenzare in modo efficace i fattori determinanti della salute; - Realizzare Conferenze e Seminari PROSalute 	<p>Piattaforma di valutazione e monitoraggio</p> <p>Tavolo permanente di confronto con i cittadini</p>		

	conseguenze delle scelte sulla salute e l'equità e per farle prendere in seria considerazione in numerosi processi decisionali.			
Obiettivo specifico	<p>1) identificare aree tematiche con interferenze intersettoriali e fortemente suscettibili di produrre effetti positivi sulla salute;</p> <p>2) promuovere approcci multi-settoriali e processi di confronto a livello regionale e locale, attraverso cui gli impatti sulla sanità pubblica possano effettivamente presi in considerazione in tutte le politiche;</p> <p>3) intensificare gli sforzi di collaborazione tra le istituzioni, al fine di accelerare l'elaborazione e l'attuazione di politiche favorevoli alla salute in altri settori, ivi incluse quelle di genere e le pari opportunità;</p> <p>4) rafforzare l'uso della Valutazione dell'Impatto sulla Salute, quando appropriato, e promuovere l'uso delle metodologie disponibili a livello europeo, nazionale, regionale e locale e ad integrarle in altre cornici di valutazione già esistenti.</p>	<p>Costituzione di un gruppo di esperti (ARES, ARTI, ARPA)</p> <p>Istituzione del Comitato intersettoriale</p> <p>Formazione degli operatori Definizione di documenti metodologici condivisi Definizione di Linee Guida</p> <p>Formazione degli operatori Definizione di documenti metodologici condivisi Definizione di Linee Guida</p>	Piattaforma di valutazione e monitoraggio	

Risultato atteso 1	Riferire con cadenza regolare sugli sviluppi dell'approccio PROSalute e i risultati ottenuti nel miglioramento dello stato di salute attraverso modifiche dei determinanti della salute. A tal fine, sarà realizzato un Osservatorio PROSalute sugli atti della Giunta regionale ed altri strumenti di comunicazione per condividere le pratiche ottimali nell'influenzare i determinanti della salute e per monitorare le attività connesse.	Osservatorio permanente Campagna divulgativa (Seminari /conferenze)	Piattaforma di valutazione e monitoraggio	
Attività	Incoraggiare l'uso delle Valutazioni dell'Impatto sulla Salute delle maggiori iniziative politiche	Formazione/informazione Definizione de Linee Guida	Piattaforma di valutazione e monitoraggio	
Risultato atteso 2	Influenzare in modo efficace i fattori determinanti della salute, promuovendo impegno per le strategie e per le politiche istituzionali sul controllo del tabacco, sulla nutrizione e sull'attività fisica, sui danni legati all'alcool, sulla dipendenza da droga, sulla salute mentale, sulla salute sul lavoro e sicurezza, sulla salute e ambiente, sulla salute ed emigrazione, sull'invecchiamento, sulla	Seminari / Conferenze Formazione su specifici progetti da avviare	Piattaforma di valutazione e monitoraggio	

	prevenzione degli incidenti e degli infortuni e le tematiche relative alla salute sessuale;				
Attività	<p>Produrre rapporti analitici sui determinanti chiave della salute nonché sulle buone pratiche nelle politiche intersettoriali e sugli approcci per condizionare favorevolmente questi determinanti, per sostenere ed aiutare a sviluppare risposte politiche e per costituire un'utile base di dati su iniziative volte a influenzare specifici determinanti;</p>	<p>Istituzione di piattaforma per la valutazione ed il monitoraggio Rapporti almeno annuali</p>	<p>piattaforma di valutazione e monitoraggio</p>		
Risultato atteso 3	<p>Migliorare l'informazione e la ricerca di base per queste attività, valorizzando il lavoro svolto su questi aspetti nell'ambito della sanità pubblica e della ricerca;</p>	<p>Produzione di linee guida metodologiche</p>	<p>piattaforma di valutazione e monitoraggio</p>		
Attività	<p>Attuare un quadro sistematico e sostenibile comprendente lo sviluppo di tecniche e di know-how con lo scopo di aumentare la capacità dell'Assessorato alle politiche della Salute di sostenere la validità, negoziare, attuare e valutare gli approcci PROSalute, tenendo conto degli specifici contesti.</p>	<p>Istituzione del comitato intersettoriale</p>	<p>piattaforma di valutazione e monitoraggio</p>		

Modello Logico



MACROAREA:

Prevenzione delle popolazioni a rischio

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

Tumori e screening

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella

TITOLO DEL PROGETTO

Estensione del programma di screening del carcinoma della mammella

Beneficiari e attori**Popolazione target:** donne residenti in Puglia di età 50-69 anni (493.642 – Popolazione Istat al 1 gennaio 2009)**Attori:**

Cabina di Regia regionale	Coordinamento regionale
Centro regionale screening	Coordinamento dei Centri screening aziendali
Osservatorio Epidemiologico Regionale	Verifica e controllo dei dati
Responsabile Screening di ASL	Coordinamento delle attività sul territorio aziendale Organizzazione e gestione dei percorsi di screening sul territorio della ASL
Personale dei centri di primo livello e di secondo livello (tecnici di radiologia, senologi, radiologi, anatomopatologi)	Gestione degli esami di I livello - Lettura degli esami di I livello - Gestione degli esami di II livello
Personale dei centri per il trattamento (chirurgici)	Trattamento

Analisi di contesto***Epidemiologia del carcinoma della mammella in Puglia*****Ospedalizzazione**

(Fonte: Archivio Regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera)

Sono stati selezionati i ricoveri di donne residenti nella Regione Puglia (intraregionali + mobilità passiva) con Diagnosi Principale **Tumori maligni della mammella** (ICD-9 CM: 174.xx), per gli anni 2001-2009.Numero medio di ricoveri / anno: **3.653**Tasso di ospedalizzazione medio / anno: **17,5 x10.000 donne residenti** (in lieve ma costante aumento negli ultimi 5 anni – 2005: 16,8 x10.000; 2009: 19,6 x10.000)Età media al ricovero: **60,5 anni**Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione: **valori superiori all'unità** nella provincia di **Lecce** (1,18).

Stima di incidenza

La stima di incidenza per carcinoma della mammella è stata effettuata considerando come nuovi casi tutti i primi ricoveri occorsi tra il 2001 e il 2009 per intervento sulla mammella (ICD-9 CM: 85.2x e 85.4x)

Tasso di incidenza (stima) medio annuo: **18,3 x10.000** donne residenti (Italia, anno 2010: 38.286 nuovi casi - stima; Fonte: AIRTUM).

Mortalità

(Fonte: Registro Regionale Nominativo delle Schede di Morte)

Sono stati selezionati i decessi di donne residenti nella Regione Puglia con causa di morte Principale **Tumori maligni della mammella** (ICD-9: 174.x)

Numero medio di decessi / anno: **652**

Tasso di mortalità medio / anno: **3,13 x10.000 donne residenti**

Età media al decesso per tumore della mammella: **68,8 anni**

Rapporto Standardizzato di Mortalità: **valori superiori all'unità** nelle province di **Bari** (1,03), **Lecce** (1,02) e **Taranto** (1,05).

Valutazione del Piano della Prevenzione 2005-2007**Stato dell'arte della prevenzione prima dell'introduzione del programma di screening**

(Studio Passi – Puglia, anno 2005)

Donne (50-69 anni) che avevano effettuato una mammografia in assenza di sintomi e segni: **56,8%** (Italia: 75%)

Donne (50-69 anni) che avevano effettuato una mammografia negli ultimi 2 anni: **54,7%** (Italia 70%)

- dopo invito di ASL: **0 %** (Italia 39%)
- su iniziativa personale: **60,3%** (Italia 32%)
- su consiglio del medico: **39,7%** (Italia 29%).

Caratteristiche del progetto

Titolo del progetto: Progetto di attivazione di un programma di screening mammografico nella Regione Puglia

Obiettivo specifico:

Sottoprogetto A - Garantire continuità al progetto in corso "Diagnosi Precoce del carcinoma mammario" che prevedeva l'anticipazione diagnostica riservata alle donne nella fascia di età 40-49 anni, con accesso spontaneo, erogazione di un pacchetto di prestazioni completo (visita senologica, ecografia e mammografia) ed immediata consegna del referto.

Sottoprogetto B – Attivare un programma di screening, nel rispetto delle linee guida elaborate dal CCM; avviare un percorso classico di screening per le donne della fascia di età tra i 50-69 anni, reclutate con invito diretto e sottoposte a esame mammografico in doppia proiezione con refertazione differita e richiamo per approfondimenti in caso di esito positivo.

Popolazione target: 462.724 donne residenti nella Regione Puglia tra 50 e 69 anni - tutte le donne ricomprese nella fascia di età 40-49 anni che possono accedere spontaneamente.

Impianto di valutazione: Previsti dal progetto 11 indicatori

Modalità di attuazione:

ASL	Avvio delle attività	Responsabile delle attività	Modalità di gestione inviti/richiami/referti	Modalità organizzative del
-----	----------------------	-----------------------------	--	----------------------------

				percorso
Bari	Luglio 2007	Individuato	Segreteria Aziendale	Definite dalla ASL
BAT	Luglio 2007	Individuato	Segreteria Aziendale	Definite dalla ASL
Brindisi	Marzo 2008	Individuato	Segreteria Aziendale	Definite dalla ASL
Lecce	Novembre 2008	Individuato	Segreteria Aziendale	Definite dalla ASL
Foggia	Novembre 2009	Individuato	Segreteria Aziendale	Definite dalla ASL
Taranto	Gennaio 2009	Individuato	Segreteria ASL Bari	Definite dalla ASL

Performance dal progetto:

(Fonte: Archivio informatico regionale screening, anni 2007-2009 – indicatori Osservatorio Nazionale Screening)

- Estensione teorica del programma anno 2009 (Pop. inserita nel programma / Pop. residente): **95%** (Italia, anno 2008: 87%)
- Estensione effettiva anni 2007-2009 (N di inviti / Pop. inserita nel programma): **47%** (Italia, anno 2008: 69%¹)
- Adesione all'invito (N di donne screenate / N di inviti): **37%** (Italia, anno 2008: 55%)
- Tasso di richiamo (N di donne con mammografia non negativa / N di donne screenate): **5,2%** (Italia, anno 2007: 7,6%)
- *Detection Rate* - Tasso di identificazione (N di tumori identificati / N di donne screenate) : **2,4 x1.000²** (Italia, anno 2008: 5,5 x1.000)
- Rapporto benigni / maligni (N di tumori identificati BENIGNI / N di tumori identificati MALIGNI) : **non calcolabile** (Italia, anno 2008: 0,25)
- Tasso di identificazione tumori ≤ 10 mm (N di tumori ≤ 10 mm identificati / N di donne screenate) : **non calcolabile** (Italia, anno 2008: 1,4 x1.000)
- Percentuale dei tumori in situ (Tis) (N di tumore duttale *in situ* / N di tumori) : **non calcolabile** (Italia, anno 2008: 14%).

Stato dell'arte della prevenzione dopo dell'introduzione del programma di screening

(Fonte: Sorveglianza PASSI. Puglia, anno 2009)

Donne (50-69 anni) che hanno effettuato una **mammografia negli ultimi 2 anni: 58,2%** (Italia 70,6%, anno 2008; accettabile: 60% - desiderabile: 75%)

- dopo **invito di ASL** (adesione allo screening organizzato): **30,1%** (Italia 53%, anno 2008)

Donne (50-69 anni) che **non** hanno effettuato una **mammografia negli ultimi 2 anni: 41,8%** (Italia 29,4%, anno 2008)

- principale motivazione di non effettuazione: 40% "penso di non averne bisogno" (non sono disponibili dati PASSI nazionali per il confronto).

Criticità

Criticità di sistema

- Modello organizzativo (UAP – Unità Aziendali di Progetto) scarsamente utile alle gestione del processo

¹ Estensione corretta: (N di inviti – N di inviti inesitati) / Pop. inserita nel programma

² Per anno 2009, calcolato incrociando i nominativi delle donne inviate ad approfondimento diagnostico con le schede di dimissione ospedaliera

- Gestione amministrativa delle ASL scarsamente efficiente ed efficace (rendicontazione quasi inesistente, acquisto ritardato di materiale, pratiche per assunzione personale ritardate/bloccate, pratiche di incentivazione rallentate/bloccate)
- Insufficienza di strutture sanitarie aziendali dedicabili rispetto alla popolazione da screenare
- Precarietà di una parte degli operatori coinvolti nello screening
- Duplicazione degli accessi da parte delle donne che eseguono in anni alterni la mammografia in modalità di accesso spontaneo e all'interno dei programmi di screening
- Campagna informativa non avviata (campagna di comunicazione LILT avviata per breve tempo)
- Scarsa collaborazione dei Medici di Medicina Generale (MMG).

Criticità di processo

- Difficoltà nelle procedure arruolamento e percorso all'interno delle ASL e tra le ASL
- Scarsa affidabilità di anagrafe sanitaria
- Applicativo web solo parzialmente adeguato alle esigenze degli operatori (refertazione di approfondimenti diagnostici)
- Non completata la dotazione informatica in tutti gli ambulatori
- Ritardo nella refertazione di esami di I livello e di approfondimento diagnostico; mancato inserimento di informazioni su referto anatomopatologico dopo intervento.

Modello logico

La chiamata attiva per l'esecuzione dello screening del carcinoma della mammella in Puglia è stata avviata in maniera sistematica con il Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007 e le sue successive rimodulazioni.

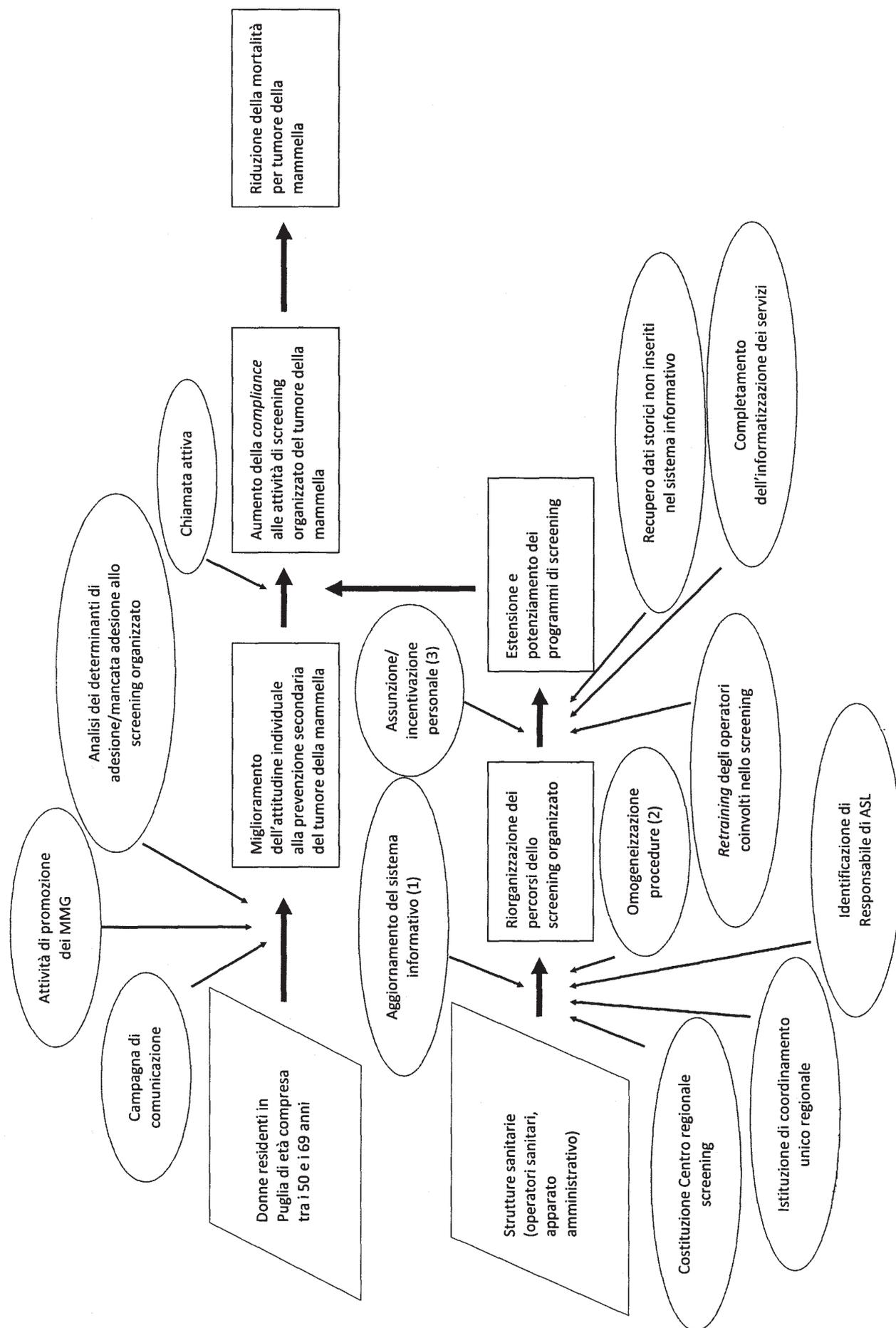
A fronte degli importanti risultati raggiunti, perché questo intervento possa incidere in maniera significativa sulla mortalità per tumore mammario, è necessario migliorare ulteriormente il processo, portando la *compliance* alla chiamata attiva delle donne target a valori confrontabili con il dato medio nazionale.

In particolare, la crescita dell'adesione non può che passare attraverso il miglioramento dell'attitudine alla prevenzione individuale delle donne pugliesi, da stimolare mediante un'estesa campagna informativa e l'azione capillare di *counselling* dei MMG. Contestualmente, è necessario programmare un'attenta analisi dei determinanti di mancata adesione.

Dall'analisi delle criticità si evince la necessità di riorganizzare i percorsi di screening in maniera omogenea sul territorio regionale e potenziare il programma chiamando attivamente ogni anno almeno 1/2 della popolazione target. Per realizzare tali *step* è necessario aggiornare il sistema informativo, riorganizzare il coordinamento delle attività a livello regionale ed aziendale, omogeneizzare le procedure sul territorio, formare il personale, completare l'informatizzazione e recuperare i dati storici attualmente non disponibili in formato elettronico.

Azione cardine per il mantenimento e l'estensione degli obiettivi è l'assunzione e/o l'incentivazione di personale dedicato allo screening.

Punto critico del percorso è rappresentato dal coordinamento delle azioni a livello regionale e aziendale.



NOTE:

- (1) Aggiornamento del software - Revisione delle modalità di aggiornamento dell'anagrafe - Linkage con database anatomie patologiche
- (2) Omogeneizzazione tra le ASL delle modalità di chiamata attiva al primo livello, gestione dei richiami, dei mancati recapiti e degli inviti all'approfondimento diagnostico
- (3) Assunzione/incentivazione personale dedicato alle attività di screening (personale di segreteria, personale infermieristico, tecnici di radiologia, radiologi/senologi, anatomopatologi)

Quadro logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella			
Obiettivo specifico	Aumento della <i>compliance</i> alle attività di screening organizzato del tumore della mammella ($\geq 50\%$ - valore considerato accettabile)	N di donne screenate / N di inviti effettuati	Sistema informativo regionale screening	Coordinamento regionale e aziendale degli interventi non efficace Reclutamento risorse umane
Risultato atteso 1	Miglioramento dell'attitudine individuale alla prevenzione secondaria del tumore della cervice uterina ($\geq 71\%$ - dato medio nazionale <i>Passi</i> 2008)	N di donne che hanno effettuato almeno una mammografia negli ultimi 2 anni / Popolazione target	Sorveglianza <i>Passi</i>	Somma dei vincoli delle singole attività
Risultato atteso 2	Riorganizzazione dei percorsi dello screening organizzato	Redazione di piani operativi aziendali omogenei	<i>Audit</i> dei referenti aziendali da parte di cabina di regia	Somma dei vincoli delle singole attività
Risultato atteso 3	Estensione e potenziamento dei programmi di screening (1/2 della popolazione target invitata ogni anno)	N di inviti / Pop. inserita nel programma	Sistema informativo regionale screening	Somma dei vincoli delle singole attività
Attività		Mezzi	Costi	

Attività 1.1	Campagna di comunicazione	MassMedia Manifesti Brochure e volantini Sito internet Numero Verde	Agenzia pubblicitaria Stampa e diffusione Allestimento sito internet Linea telefonica	Procedura di affidamento contratti di fornitura
Attività 1.2	Attività di promozione da parte dei MMG	<i>Counselling</i> individuale	Incentivazione come prevista da accordo integrativo regionale per la medicina generale	Collaborazione dei MMG
Attività 1.3	Analisi dei determinanti di adesione/mancata adesione allo screening organizzato	Studi <i>ad hoc</i>	Consulenza	Recupero dei recapiti delle non aderenti
Attività 2.1	Aggiornamento del sistema informativo	Manutenzione sistema informativo	Software house	Vincoli inclusi nel contratto di fornitura
Attività 2.2	Istituzione di coordinamento unico regionale	Delibera di Giunta Regionale		
Attività 2.3	Costituzione di Centro regionale screening	Assunzione e formazione del personale Dotazione informatica	Personale Strumentazione Locazione Utenze	Tempistica delle procedure di reclutamento / rinnovo dei contratti
Attività 2.4	Nomina Responsabile di ASL	Delibera del Direttore Generale ASL		
Attività 2.5	Omogeneizzazione delle procedure	Incontri tecnici tra referenti di ASL		Attuale livello di codifica delle procedure
Attività 3.1	Assunzione/incentivazione personale dedicato allo screening	Delibera del Direttore Generale ASL	Personale	
Attività 3.2	<i>Retraining</i> degli operatori coinvolti nello screening	Incontri di formazione	Organizzazione eventi formativi	Motivazione operatori
Attività 3.3	Recupero dati storici non inseriti nel sistema	Personale di segreteria dedicato	Assunzione e/o incentivazione	Disponibilità dati

	informativo			
Attività 3.4	Completamento dell'informatizzazione dei servizi	Estensione rete internet Dotazione informatica	PC, stampanti, chiavi USB, connessione	Estensione rete Rugar Copertura rete operatori di telefonia mobile
Attività 3.5	Chiamata attiva	Invio di lettera invito Invio di lettera di sollecito Esecuzione di mammografia Invio di referto negativo / invito ad approfondimento diagnostico Esecuzione di approfondimento diagnostico Invio referto / Trattamento	Spedizione inviti Acquisto materiale di consumo	

Piano di valutazione

Responsabile del monitoraggio delle attività di progetto è la Cabina di Regia regionale. A livello aziendale, la responsabilità della valutazione è affidata al Responsabile di ASL.

In fase di valutazione *ex ante* il progetto sarà oggetto di *audit* con i responsabili dei Servizi di radiologia e dei diversi portatori di interesse (associazioni di volontariato). La valutazione riguarderà la fattibilità degli obiettivi e la consistenza degli indicatori, anche in relazione ai flussi informativi attualmente esistenti nell'ambito dello screening.

Dato che non è possibile misurare direttamente nell'arco del tempo di realizzazione del progetto il raggiungimento dell'obiettivo generale di salute identificato, la valutazione complessiva sarà effettuata mediante il calcolo di indicatori di *performance*, secondo il modello proposto dall'Osservatorio Nazionale Screening. In particolare, saranno valutati i seguenti indicatori:

- Tasso di richiamo
- *Detection Rate* - Tasso di identificazione
- Rapporto B/M (benigni/maligni)
- Tasso di identificazione tumori ≤ 10 mm
 - o Percentuale dei tumori in situ (Tis)

Saranno contestualmente condotti studi qualitativi *ad hoc* per la valutazione dei servizi offerti, per i quali saranno previsti specifici finanziamenti.

MACROAREA:

3 – Prevenzione delle popolazioni a rischio

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

3.1 – Tumori e screening

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

Riduzione della mortalità per carcinoma della cervice uterina

TITOLO DEL PROGETTO

Estensione del programma di screening del carcinoma della cervice uterina

Beneficiari e attori**Popolazione target:** donne residenti in Puglia di età 25-64 anni (1.140.676 – Popolazione Istat al 1 gennaio 2009)**Attori:**

Cabina di Regia regionale	Coordinamento regionale
Centro regionale screening	Coordinamento dei Centri screening aziendali
Osservatorio Epidemiologico Regionale	Verifica e controllo dei dati
Responsabile Screening di ASL	Coordinamento delle attività sul territorio aziendale Organizzazione e gestione dei percorsi di screening sul territorio della ASL
Personale dei consultori (ostetriche, ginecologi)	Gestione degli esami di I livello
Centri di lettura (citoscreener e anatomopatologi)	Lettura degli esami di I e II livello
Centri per il secondo livello (ginecologi)	Gestione degli esami di II livello Trattamento lesioni

Analisi di contesto***Epidemiologia del carcinoma della cervice uterina in Puglia*****Ospedalizzazione**

(Fonte: Archivio Regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera)

Sono stati selezionati i ricoveri di donne residenti nella Regione Puglia (intraregionali + mobilità passiva) con Diagnosi Principale **Tumori maligni della cervice uterina** (ICD-9 CM: 180.xx), per gli anni 2001-2009.Numero medio di ricoveri / anno: **375**Tasso di ospedalizzazione medio / anno: **1,8 x10.000 donne residenti**Età media al ricovero: **55,3 anni**Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione: **valori superiori all'unità** nelle province di **Foggia** (1,13) e **Lecce** (1,12).***Stima di incidenza***

La stima di incidenza per carcinoma della cervice uterina è stata effettuata considerando come nuovi casi tutti i primi ricoveri occorsi tra il 2001 e il 2009.

Tasso di incidenza (stima) medio annuo: **0,99 x10.000** donne residenti (Italia, anni 2003-2005: tasso

di incidenza grezzo medio annuo = 8,6 casi x100.000 donne. Fonte: AIRTUM).

Mortalità

(Fonte: Registro Regionale Nominativo delle Schede di Morte)

Sono stati selezionati i decessi di donne residenti nella Regione Puglia con causa di morte Principale **Tumori maligni della cervice uterina** (ICD-9: 180.x) e **Tumori maligni della cervice uterina - parte non specificata** (ICD-9: 179.x), per gli anni 1998-2006.

Numero medio di decessi per tumore del collo dell'utero / anno: **28**

Numero medio di decessi per tumore dell'utero - parte non specificata / anno: **140**

Tasso di mortalità medio per tumore del collo dell'utero / anno: **0,13 x10.000 donne residenti**

Tasso di mortalità medio per tumore dell'utero - parte non specificata / anno: **0,67 x10.000 donne residenti**

Età media al decesso:

tumore del collo dell'utero: **65,1 anni**

tumore dell'utero - parte non specificata: **70,6 anni**

Rapporto Standardizzato di Mortalità per tumore del collo dell'utero: **valori superiori all'unità** nelle province di **Bari** (1,3) e **Lecce** (1,18)

Rapporto Standardizzato di Mortalità per tumore dell'utero - parte non specificata: **valori superiori all'unità** nelle province di **Bari** (1,6) e **Foggia** (1,1).

Valutazione del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007

Stato dell'arte della prevenzione prima dell'introduzione del programma di screening

(Studio Passi – Puglia, anno 2005)

Donne (25-64 anni) che avevano effettuato un pap test in assenza di sintomi e segni: **62,6%** (Italia: 78%)

Donne (25-64 anni) che avevano effettuato un pap test negli ultimi 3 anni: **54,7%** (Italia 70%)

- dopo invito di ASL: **0,7%** (Italia 25%)
- su iniziativa personale: **54,5%** (Italia 44%)
- su consiglio del medico: **41,3%** (Italia 31%).

Caratteristiche del progetto

Titolo del progetto: Progetto di attivazione di un programma di screening cervicale nella Regione Puglia integrato con un progetto per il triage HPV-DNA

Obiettivo specifico: Implementazione di un programma di screening per il tumore della cervice uterina nella Regione Puglia

Popolazione target: 1.100.000 donne residenti nella Regione Puglia tra 25 e 64 anni

Impianto di valutazione: Previsti dal progetto 12 indicatori

Modalità di attuazione:

ASL	Avvio delle attività	Responsabile delle attività	Modalità di gestione inviti/richiami/referti	Modalità organizzative del percorso
Bari	Luglio 2007	Individuato	Segreteria Aziendale	Definite dalla ASL
BAT	Aprile 2010	Individuato	Segreteria Aziendale	Definite dalla ASL
Brindisi	Marzo 2008	Individuato	Segreteria Aziendale	Definite dalla ASL
Lecce	Novembre	Individuato	Segreteria Aziendale	Definite dalla ASL

	2008			
Foggia	Novembre 2009	Individuato	Segreteria Aziendale	Definite dalla ASL
Taranto	Gennaio 2009	Individuato	Segreteria ASL Bari	Definite dalla ASL

Performance dal progetto

(Fonte: Archivio informatico regionale screening, anni 2007-2009; indicatori Osservatorio Nazionale Screening)

- Estensione teorica del programma anno 2009 (Pop. inserita nel programma / Pop. residente): **93%** (Italia, anno 2008: 78%)
- Estensione effettiva anni 2007-2009 (N di inviti / Pop. inserita nel programma): **33%** (Italia, anno 2008: 25%¹)
- Adesione all'invito (N di donne screenate / N di inviti): **29,4%** (Italia, anno 2008: 40%)
- Raccomandazione alla ripetizione della citologia (N di donne con indicazione a ripetere la citologia / N donne screenate): **4,2%** (Italia, anno 2007: 5%)
- Compliance alla ripetizione della citologia (N di donne che hanno ripetuto l'esame / N di donne con indicazione a ripetere la citologia): **3,7%** (Italia, anno 2007: 60,4%)
- *Referral Rate* - % di donne inviate in colposcopia (N di donne citologia non negativa / N di donne screenate) : **1,5%** (Italia, anno 2007: 2,4%)
- *Detection Rate* - Tasso di identificazione (N di lesione CIN2+ / N di donne screenate) : **0,69 x1.000** (Italia, anno 2007: 2,9 x1.000).

Stato dell'arte della prevenzione dopo l'introduzione del programma di screening

(Fonte: Sorveglianza PASSI. Puglia, anno 2009)

Donne (25-64 anni) che hanno effettuato un **pap test negli ultimi 3 anni: 61,9%** (Italia: 75,2%, anno 2008; *accettabile: 65% - desiderabile: 80%*)

- dopo **invito di ASL** (adesione allo screening organizzato): **24,7%** (Italia: 37,5%, anno 2008)

Donne (25-64 anni) che non hanno effettuato un pap test negli ultimi 3 anni: 38,1% (Italia: 24,8%, anno 2008)

- principale motivazione di non effettuazione: 41,7% "penso di non averne bisogno" (non sono disponibili dati PASSI nazionali per il confronto).

Criticità

Criticità di sistema

- Modello organizzativo (UAP – Unità Aziendali di Progetto) scarsamente utile alle gestione del processo
- Gestione amministrativa delle ASL scarsamente efficiente ed efficace (rendicontazione quasi inesistente, acquisto ritardato di materiale, pratiche per assunzione personale ritardate/bloccate, pratiche di incentivazione rallentate/bloccate)
- Insufficienza di strutture sanitarie aziendali dedicabili rispetto alla popolazione da screenare
- Precarietà di parte degli operatori coinvolti nello screening
- Campagna informativa non avviata (campagna di comunicazione LILT avviata per breve tempo)
- Scarsa collaborazione dei Medici di Medicina Generale (MMG).

Criticità di processo

¹ Popolazione invitata per anno dai programmi che hanno fornito i dati per la survey, espressa come percentuale rispetto alla popolazione obiettivo da invitare nei tre anni.

- Difformità nelle procedure di arruolamento e percorso all'interno delle ASL e tra le ASL
- Scarsa affidabilità di anagrafe sanitaria
- Applicativo web solo parzialmente adeguato alle esigenze degli operatori (necessità di: inserire risultati HPV test, implementare dialogo con software di gestione anatomie patologiche, inserire richiami ravvicinati, migliorare il sistema di reportistica)
- Non completata la dotazione informatica in tutti gli ambulatori
- Ritardo nella refertazione di esami di I livello e di approfondimento diagnostico; non inserimento di informazioni su ripetizione di esame citologico.

Modello logico

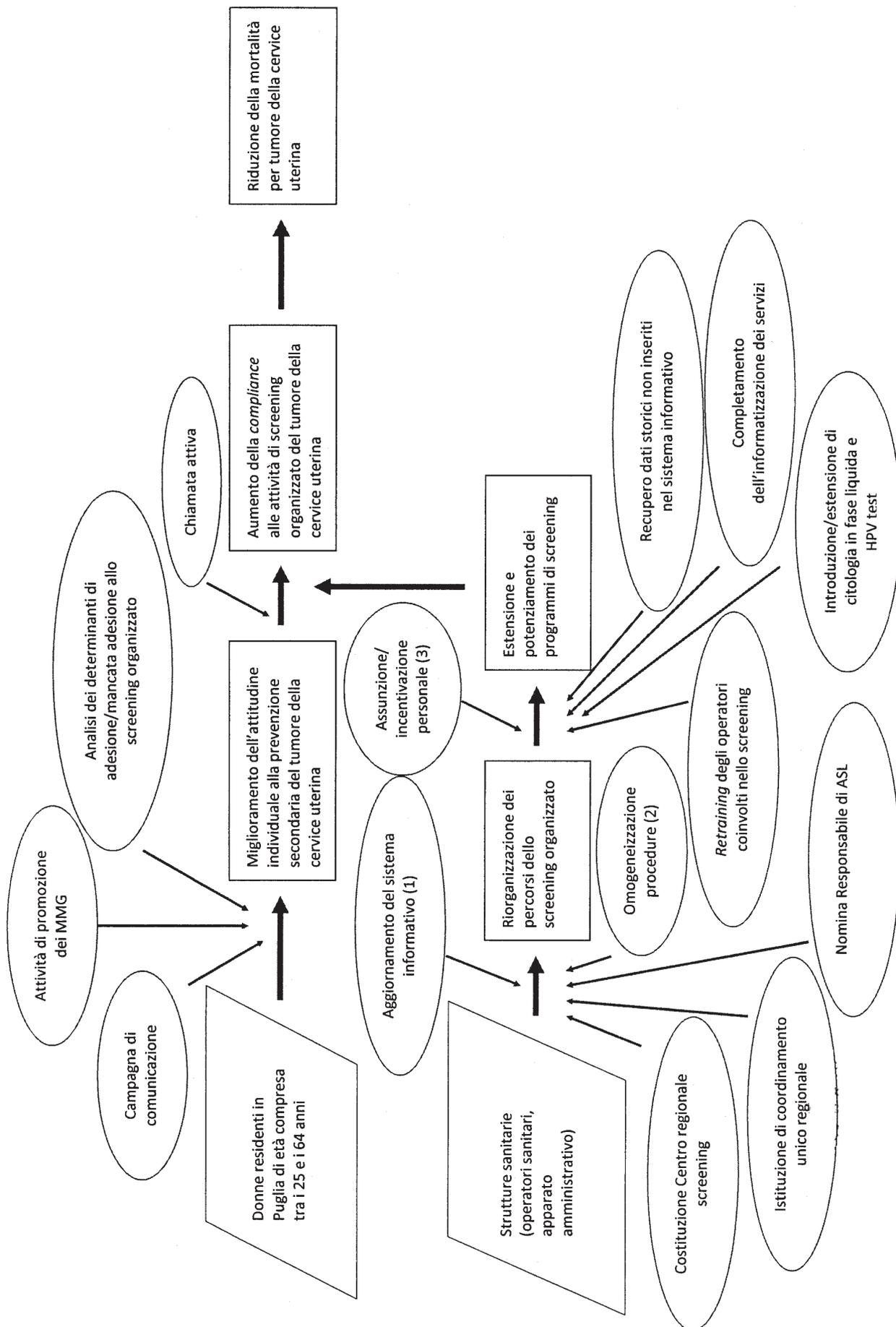
Le attività di screening del carcinoma della cervice uterina in Puglia sono state avviate in maniera sistematica con il Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007 e le sue successive rimodulazioni. A fronte degli importati risultati finora raggiunti, perché questo intervento possa incidere in maniera significativa sulla mortalità per cervicocarcinoma, è necessario migliorare ulteriormente il processo, portando la *compliance* alla chiamata attiva delle donne target a valori confrontabili con il dato medio nazionale.

In particolare, la crescita dell'adesione non può che passare attraverso il miglioramento dell'attitudine alla prevenzione individuale delle donne pugliesi, da stimolare attraverso un'estesa campagna informativa e l'azione capillare di *counselling* dei MMG. Contestualmente, è indispensabile programmare un'attenta analisi dei determinanti di mancata adesione.

Dall'analisi delle criticità si evince che per estendere la chiamata attiva è necessario riorganizzare i percorsi di screening in maniera quanto più omogenea sul territorio regionale e potenziare il programma invitando ogni anno almeno 1/3 della popolazione target. Per realizzare tali *step* è necessario aggiornare il sistema informativo, riorganizzare il coordinamento delle attività a livello regionale ed aziendale, rendere omogenee le procedure sul territorio, formare il personale, completare l'informatizzazione e recuperare i dati storici attualmente non disponibili in formato elettronico. Quando possibile verrà favorita l'introduzione di nuove metodiche di screening (citologia in fase liquida e HPV test).

Azione cardine per il mantenimento e l'estensione degli obiettivi è l'assunzione e/o l'incentivazione di personale dedicato allo screening.

Punto critico del percorso è rappresentato dal coordinamento delle azioni a livello regionale e aziendale.



NOTE:

- (1) Aggiornamento del software - Revisione delle modalità di aggiornamento dell'anagrafe - Linkage con database anatomie patologiche
- (2) Omogeneizzazione tra le ASL delle modalità di chiamata attiva al primo livello, gestione dei richiami, dei mancati recapiti e degli inviti all'approfondimento diagnostico
- (3) Assunzione/incentivazione personale dedicato alle attività di screening (personale di segreteria, ostetriche, personale infermieristico, ginecologi, citologi, anatomopatologi)

Quadro logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione della mortalità per carcinoma della cervice uterina			
Obiettivo specifico	Aumento della <i>compliance</i> alle attività di screening organizzato del tumore della cervice uterina ($\geq 40\%$ - dato medio nazionale <i>Survey ONS 2008</i>)	N di donne screenate / N di inviti effettuati	Sistema informativo regionale screening	Coordinamento regionale e aziendale degli interventi Reclutamento risorse umane
Risultato atteso 1	Miglioramento dell'attitudine individuale alla prevenzione secondaria del tumore della cervice uterina ($\geq 75\%$ - dato medio nazionale <i>Passi 2008</i>)	N di donne che hanno effettuato almeno un Pap Test negli ultimi 3 anni / Popolazione target	Sorveglianza Passi	Somma dei vincoli delle singole attività
Risultato atteso 2	Riorganizzazione dei percorsi dello screening organizzato	Redazione di piani operativi aziendali omogenei	<i>Audit</i> dei referenti aziendali da parte di cabina di regia	Somma dei vincoli delle singole attività
Risultato atteso 3	Estensione e potenziamento dei programmi di screening (1/3 della popolazione target invitata ogni anno)	N di inviti / Pop. inserita nel programma	Sistema informativo regionale screening	Centri di lettura Somma dei vincoli delle singole attività
Attività		Mezzi	Costi	

Attività 1.1	Campagna di comunicazione	MassMedia Manifesti Brochure e volantini Sito internet Numero Verde	Agenzia pubblicitaria Stampa e diffusione Allestimento sito internet Linea telefonica dedicata	Procedura di affidamento contratti di fornitura
Attività 1.2	Attività di promozione da parte dei MMG	<i>Counselling</i> individuale	Incentivazione come prevista da accordo integrativo regionale per la medicina generale	Collaborazione dei MMG
Attività 1.3	Analisi dei determinanti di adesione/mancata adesione allo screening organizzato	Studi <i>ad hoc</i>	Consulenza	Recupero dei recapiti delle non aderenti
Attività 2.1	Aggiornamento del sistema informativo	Manutenzione sistema informativo	Software house	Vincoli inclusi nel contratto di fornitura
Attività 2.2	Istituzione di coordinamento unico regionale	Delibera di Giunta Regionale		
Attività 2.3	Costituzione di Centro regionale screening	Assunzione e formazione del personale Dotazione informatica	Personale Strumentazione Locazione Utenze	Tempistica delle procedure di reclutamento / rinnovo dei contratti
Attività 2.4	Nomina Responsabile di ASL	Delibera del Direttore Generale ASL		
Attività 2.5	Omogeneizzazione delle procedure	Incontri tecnici tra referenti di ASL		Attuale livello di codifica delle procedure
Attività 3.1	Assunzione/incentivazione personale dedicato allo screening	Delibera del Direttore Generale ASL	Personale	
Attività 3.2	<i>Retraining</i> degli operatori coinvolti nello screening	Incontri di formazione	Organizzazione eventi formativi	Motivazione operatori
Attività 3.3	Recupero dati storici non inseriti nel sistema	Personale di segreteria dedicato	Assunzione e/o incentivazione	Disponibilità dati

	informativo			
Attività 3.4	Completamento dell'informatizzazione dei servizi	Estensione rete internet Dotazione informatica	PC, stampanti, chiavi USB, connessione	Estensione rete Rugar Copertura rete operatori di telefonia mobile
Attività 3.5	Chiamata attiva	Invio di lettera invito Invio di lettera di sollecito Esecuzione di Pap Test Invio di referto negativo / invito alla colposcopia Esecuzione di colposcopia Invio referto / Trattamento	Spedizione inviti Acquisto materiale di consumo	Disponibilità centri di lettura vetrini
Attività 3.6	Introduzione/estensione di citologia in fase liquida e HPV test	Acquisto kit Acquisto strumentazione e reagenti <i>Expertise</i> di laboratorio	Kit Strumentazione Reagenti	<i>Expertise</i> degli operatori

Piano di valutazione

Responsabile del monitoraggio delle attività di progetto è la Cabina di Regia regionale. A livello aziendale, la responsabilità della valutazione è affidata al Responsabile di ASL.

In fase di valutazione *ex ante* il progetto sarà oggetto di *audit* con i responsabili dei Servizi consultoriali (regionale ed aziendali) e dei diversi portatori di interesse (associazioni di volontariato). La valutazione riguarderà la fattibilità degli obiettivi e la consistenza degli indicatori, anche in relazione ai flussi informativi attualmente esistenti nell'ambito dello screening.

Dato che non è possibile misurare direttamente nell'arco del tempo di realizzazione del progetto il raggiungimento dell'obiettivo generale di salute identificato, la valutazione complessiva sarà effettuata mediante il calcolo di indicatori di *performance*, secondo il modello proposto dall'Osservatorio Nazionale Screening. In particolare, saranno valutati i seguenti indicatori:

- Raccomandazione alla ripetizione della citologia
- Compliance alla ripetizione della citologia
- *Referral Rate* - % di donne inviate in colposcopia
- Adesione alla colposcopia raccomandata per citologia ASCUS+
- Adesione alla colposcopia raccomandata per citologia HSIL+
- *Detection Rate* - Tasso di identificazione

Saranno contestualmente condotti studi qualitativi *ad hoc* per la valutazione dei servizi offerti, per i quali saranno previsti specifici finanziamenti.

MACROAREA:

Prevenzione delle popolazioni a rischio

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

Tumori e screening

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

Riduzione della mortalità per carcinoma del colon retto

TITOLO DEL PROGETTO

Progetto di screening del carcinoma del colon retto

Beneficiari e attori

Popolazione target: residenti in Puglia di età 50-69 anni (957.402 – Popolazione Istat al 1 gennaio 2010) – Parenti dei soggetti affetti da tumore del colon retto (*cf. numero di ricoveri medio annuo 2001-2009*)

Attori:

Cabina di Regia regionale	Coordinamento regionale
Centro regionale screening	Coordinamento dei Centri screening aziendali
Osservatorio Epidemiologico Regionale	Verifica e controllo dei dati
Responsabile Screening di ASL	Coordinamento delle attività sul territorio aziendale Organizzazione e gestione dei percorsi di screening sul territorio della ASL
Laboratori analisi	Gestione esami di primo livello (SOF)
Gastroenterologi – Anatomie patologiche	Gestione esami di II livello (colon-rettoscopia) - Trattamento

Analisi di contesto***Epidemiologia del carcinoma del colon-retto in Puglia*****Ospedalizzazione**

(Fonte: Archivio Regionale delle Schede di Dimissione Ospedaliera)

Sono stati selezionati i ricoveri dei residenti nella Regione Puglia (intraregionali + mobilità passiva) con Diagnosi Principale **Tumori maligni del colon-retto** (ICD-9 CM: 153.xx e 154.xx), per gli anni 2001-2009.

Numero medio di ricoveri / anno: **3.914**Tasso di ospedalizzazione medio / anno: **9,6 x10.000 residenti** (in aumento – 2001: 8,8 x10.000; 2009: 10,9 x10.000)Età media al ricovero: **68,2 anni**Rapporto Standardizzato di Ospedalizzazione: **valori superiori all'unità** nelle province di **Lecce** e **Foggia** (1,07)

Stima di incidenza

La stima di incidenza è stata effettuata considerando come nuovi casi tutti i primi ricoveri per carcinoma del colon retto (ICD-9 CM: 153.xx e 154.xx) tra il 2001 e il 2009.

Tasso di incidenza (stima) medio annuo: **6,03 x10.000** residenti (Italia, anno 2010: 29.283 nuovi casi di tumore del colon-retto tra gli uomini e 19.560 tra le donne - stima; Fonte: AIRTUM).

Mortalità

(Fonte: Registro Regionale Nominativo delle Schede di Morte)

Sono stati selezionati i decessi dei residenti nella Regione Puglia con causa di morte Principale **Tumori maligni del colon-retto** (ICD-9: 153.x e 154.x)

Numero medio di decessi / anno: **875**

Tasso di mortalità medio / anno: **2,17 x10.000 residenti**

Età media al decesso per tumore del colon retto: **73,9 anni**

Rapporto Standardizzato di Mortalità: **valori superiori all'unità** nelle province di **Bari** (1,04) e **Foggia** (1,09).

Valutazione del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007**Stato dell'arte della prevenzione prima dell'introduzione del programma di screening**

(Studio Passi – Puglia, Anno 2005)

Soggetti (50-69 anni) che avevano effettuato la ricerca di sangue occulto o colonscopia a scopo preventivo: **10,9%** (Italia: 14%).

Caratteristiche del progetto

Titolo del progetto: Progetto di attivazione di un programma di screening del carcinoma del colon-retto (CCR) in Puglia

Obiettivo specifico:

Sottoprogetto A – Screening dei soggetti a rischio moderato (parenti di I grado di pazienti affetti da CCR, con rischio da 2 a 4 volte maggiore rispetto alla popolazione generale da sottoporre a colonscopia totale).

Sottoprogetto B – Screening dei soggetti a rischio medio (popolazione con età compresa fra 50 e 70 anni, da sottoporre alla ricerca di sangue occulto più eventuale colonscopia totale)

Popolazione target:

- 18.000-19.000 parenti di casi incidenti di CCR
- tutti i soggetti di età compresa fra 50 e 70 anni residenti nella provincia di Bari (345.000)

Impianto di valutazione: Previsti dal programma 18 indicatori

Modalità di attuazione:

ASL	Avvio delle attività	Responsabile delle attività	Modalità di gestione inviti/richiami/referti	Modalità organizzative del percorso
Bari	Gennaio 2008 - Sottoprogetto A	Individuato	Segreteria Aziendale	Definite dal piano
BAT	Non attivato	Individuato	Segreteria Aziendale	Definite dal piano
Brindisi	Attivato (data di	Individuato	Segreteria Aziendale	Definite dal piano

	attivazione non disponibile)			
Lecce	Attivato (data di attivazione non disponibile)	Individuato	Segreteria Aziendale	Definite dal piano
Foggia	Non attivato	Individuato	Segreteria Aziendale	Definite dal piano
Taranto	Gennaio 2009	Individuato	Segreteria ASL Bari	Definite dal piano

Performance dal progetto:Sottoprogetto A

(Fonte: Archivio cartaceo, ASL Bari)

N di schede disponibili: **482**N di schede prive di conclusione diagnostica: **190 (39,4%)**N di schede in cui non è riportata alcuna lesione: **133 (27,6%)**N di schede in cui è riportata una lesione benigna / polipo: **154 (32%)**N di schede in cui è riportata una lesione maligna: **5 (1%)**

Al momento non risultano disponibili i dati sulle attività in altre ASL.

Sottoprogetto B

Progetto non attivato

Stato dell'arte della prevenzione dopo l'introduzione del programma di screening

(Fonte: Sorveglianza PASSI. Puglia, anno 2009)

Soggetti (50-64 anni) che hanno effettuato una **esame di screening per la diagnosi precoce del tumore del colon retto ("sangue occulto" nelle feci ogni 2 anni, colonscopia ogni 5 anni): 15%** (4,8% riferisce di aver effettuato la ricerca del sangue occulto, 10,3% di essersi sottoposto alla colonscopia - Italia: 22,6% ricerca del sangue occulto e 9% colonscopia; accettabile: 45% - desiderabile: 65%)

Principale motivazione di non effettuazione: 47,5% "penso di non averne bisogno" (non sono disponibili dati PASSI nazionali per il confronto)

CriticitàCriticità di sistema

- Modello organizzativo (UAP – Unità Aziendali di Progetto) scarsamente utile alle gestione del processo
- Gestione amministrativa delle ASL scarsamente efficiente ed efficace (rendicontazione quasi inesistente, acquisto ritardato di materiale, pratiche per assunzione personale ritardate/bloccate, pratiche di incentivazione rallentate/bloccate)
- Precarietà di parte degli operatori coinvolti nello screening
- Campagna informativa non avviata
- Scarsa collaborazione dei Medici di Medicina Generale (MMG).

Criticità di processo

Sottoprogetto A:

- Modalità di arruolamento definite dal progetto non efficaci
- Scarsa affidabilità di anagrafe sanitaria

- Applicativo web non disponibile
- Scarsa collaborazione tra operatori coinvolti

Sottoprogetto B:

- Non adeguata definizione dei percorsi per la gestione degli esami di primo livello (SOF)
- Ritardi nella chiusura delle gare per la strumentazione necessaria all'esecuzione degli esami di primo livello (SOF) e della gestione inviti
- Applicativo web non disponibile

Modello logico

La chiamata attiva per l'esecuzione del Sangue Occulto nelle Feci per lo screening di popolazione del carcinoma del colon retto è stata attivata in via sperimentale in due ASL (Bari e BAT) alla fine del 2010. Sono attualmente disponibili informazioni sull'esecuzione di colonscopie a parenti di pazienti affetti da carcinoma del colon retto relativamente alla sola ASL Bari, sebbene le attività risultino avviate anche in altre ASL.

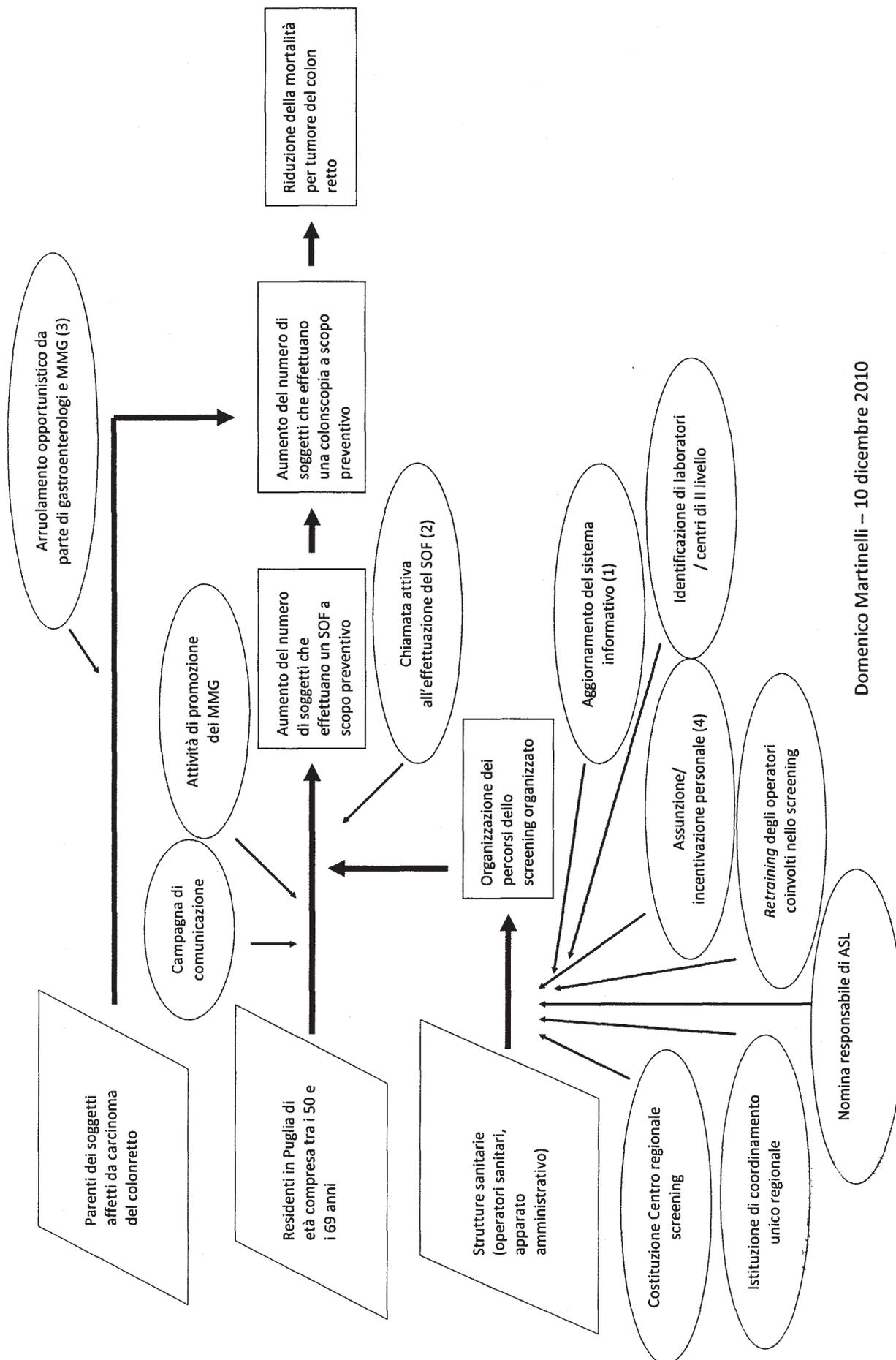
Perché questo intervento possa incidere in maniera significativa sulla mortalità per carcinoma colonrettale, è necessario riprogettare l'intero processo.

I percorsi di screening devono essere strutturati sull'intero territorio regionale. Il primo *step* consiste nell'identificazione dei laboratori e dei centri di II livello; sarà inoltre necessario aggiornare il sistema informativo e riorganizzare il coordinamento delle attività a livello regionale ed aziendale.

Azione cardine per il mantenimento e l'estensione degli obiettivi è l'assunzione e/o l'incentivazione di personale dedicato allo screening.

L'aumento della quota di popolazione coinvolta nello screening (chiamata attiva all'effettuazione del SOF e/o della colonscopia) deve passare attraverso il miglioramento dell'attitudine alla prevenzione individuale della popolazione, da stimolare mediante un'estesa campagna informativa e l'azione capillare di *counselling* dei MMG. Ai gastroenterologi e ai MMG è affidato anche l'arruolamento opportunistico dei parenti dei pazienti affetti da tumore del colon retto.

Punto critico del percorso è rappresentato dal coordinamento delle azioni a livello regionale e aziendale.



Domenico Martinelli – 10 dicembre 2010

NOTE:

- (1) Revisione delle modalità di aggiornamento dell'anagrafe - Linkage con database anatomie patologiche
- (2) Invio del kit diagnostico a domicilio - Invio del campione (SOF) a laboratorio da parte dei soggetti coinvolti - Invio referto o invito al II livello (coloscopia)
- (3) I soggetti arruolati dai gastroenterologi effettuano direttamente la coloscopia - I soggetti arruolati dai MMG possono rivolgersi alla segreteria per prenotare coloscopia
- (4) Assunzione/incentivazione personale dedicato alle attività di screening (personale di segreteria, personale infermieristico, tecnici di laboratorio, gastroenterologi, anatomopatologi)

Quadro logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione della mortalità per tumore del colon retto			
Obiettivo specifico	Aumento del numero di soggetti che effettuano un coloscopia a scopo preventivo (>90% - standard consigliato da Osservatorio Nazionale Screening)	N di soggetti screenati N di inviti effettuati	Sistema informativo regionale screening	Coordinamento regionale e aziendale degli interventi Reclutamento risorse umane Esistenza di <i>expertise</i> sul territorio delle ASL
Risultato atteso 1	Organizzazione dei percorsi dello screening organizzato	Redazione di piani operativi aziendali omogenei	<i>Audit</i> dei referenti aziendali da parte di cabina di regia	Somma dei vincoli delle singole attività
Risultato atteso 2	Aumento del numero di soggetti che effettuano un SOF a scopo preventivo (Estensione degli inviti >80%, Adesione all'invito >45% - standard consigliato da Osservatorio Nazionale screening)	N di inviti / Pop. inserita nel programma N di soggetti screenati / N di inviti effettuati	Sistema informativo regionale screening	Esistenza di laboratori idonei all'esecuzione del test nelle ASL Somma dei vincoli delle singole attività

Attività		Mezzi	Costi	
Attività 1.1	Aggiornamento del sistema informativo	Manutenzione sistema informativo	Software house	Vincoli inclusi nel contratto di fornitura
Attività 1.2	Istituzione di coordinamento unico regionale	Delibera di Giunta Regionale		
Attività 1.3	Costituzione di Centro regionale screening	Assunzione e formazione del personale Dotazione informatica	Personale Strumentazione Locazione Utenze	Tempistica delle procedure di reclutamento / rinnovo dei contratti
Attività 1.4	Nomina Responsabile di ASL	Delibera del Direttore Generale ASL		Risorse umane
Attività 1.5	Identificazione dei laboratori / centri di II livello	Circolare Assessorato alle Politiche della Salute		Identificazione dei criteri di selezione
Attività 1.6	Assunzione/incentivazione personale dedicato allo screening	Delibera del Direttore Generale ASL	Personale	
Attività 1.7	<i>Retraining</i> degli operatori coinvolti nello screening	Incontri di formazione	Organizzazione eventi formativi	Motivazione operatori
Attività 2.1	Chiamata attiva all'effettuazione del SOF	Invio di <i>brochure</i> informativa Invio di lettera + kit Invio di lettera di sollecito Esecuzione di SOF Invio di referto negativo / invito alla colonscopia	Attività di segreteria Spedizione inviti Acquisto kit e reagenti	Esistenza di laboratori idonei all'esecuzione del test nelle ASL
Attività 2.2	Campagna di comunicazione	MassMedia Manifesti <i>Brochure</i> e volantini Sito internet Numero Verde	Agenzia pubblicitaria Stampa e diffusione Allestimento sito internet Linea telefonica	Procedura di affidamento contratti di fornitura
Attività 2.3	Attività di promozione da parte dei MMG	<i>Counselling</i> individuale	Incentivazione come prevista da	Collaborazione dei MMG

			accordo integrativo regionale per la medicina generale	
Attività 2.4	Arruolamento opportunistico da parte di gastroenterologi e MMG	Invito dei parenti dei pazienti con CCR Consegna di preparazione Invio referto / Intervento	Incentivazione personale (gastroenterologi) Incentivazione come prevista da accordo integrativo regionale per la medicina generale	

Piano di valutazione

Responsabile del monitoraggio delle attività di progetto è la Cabina di Regia regionale. A livello aziendale, la responsabilità della valutazione è affidata al Responsabile di ASL.

In fase di valutazione *ex ante* il progetto sarà oggetto di *audit* con i responsabili delle U.O./Servizi di gastroenterologia e dei diversi portatori di interesse (associazioni di volontariato). Questa valutazione riguarderà la fattibilità degli obiettivi e la consistenza degli indicatori, anche in relazione ai flussi informativi attualmente esistenti nell'ambito dello screening.

Dato che non è possibile misurare direttamente nell'arco del tempo di realizzazione del progetto il raggiungimento dell'obiettivo generale di salute identificato, la valutazione complessiva sarà effettuata mediante il calcolo di indicatori di *performance*, secondo il modello proposto dall'Osservatorio Nazionale Screening. In particolare, saranno valutati i seguenti indicatori:

Raccomandazione alla ripetizione della citologia

- Proporzione di test positivi
- Proporzione di test inadeguati
- Adesione all'approfondimento
- Proporzione di colonscopie complete
- Tasso di identificazione

Saranno contestualmente condotti studi qualitativi *ad hoc* per la valutazione dei servizi offerti, per i quali saranno previsti specifici finanziamenti.

MACROAREA:

Prevenzione nella popolazione a rischio

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

Le malattie cardiovascolari

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

Definire percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale e della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica

TITOLO DEL PROGRAMMA/PROGETTO

Prevenzione delle recidive di eventi cardiovascolari

Prevenzione delle recidive di accidenti cerebrovascolari: linee operative

Il quadro di riferimento regionale

Il Piano Regionale della Prevenzione della Regione Puglia è stato definito ai sensi della Legge 138/2004 e dell'Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 23 Marzo 2005 e formulato secondo le indicazioni contenute nella Guida alla presentazione dei progetti. Il Piano è stato approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 824 del 28 giugno 2005.

Caratteristiche del progetto

Titolo del progetto: Prevenzione delle recidive di accidenti cerebrovascolari: linee operative

Finalità:

- stimare il fenomeno infarto miocardico acuto (IMA) e la gestione del suo follow-up, rafforzando le competenze regionali
- uniformare le modalità di dimissione a livello regionale, utilizzando sistemi informatici
- stratificare il rischio dei soggetti che hanno avuto un IMA
- controllare i fattori di rischio modificabili nei soggetti che hanno avuto un IMA
- ridurre la riospedalizzazione legata a recidive e complicanze

Popolazione target: circa 6.000 cittadini pugliesi che ogni anno si ricoverano per infarto acuto del miocardio

Obiettivi realmente perseguiti

Al termine della vigenza del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007 si registra il completamento soltanto di una parte delle attività preliminari del progetto; pertanto, non è possibile individuare come perseguito alcun obiettivo specifico.

Monitoraggio del progetto

Il coordinamento del Progetto a livello regionale è stato affidato ad un Comitato Tecnico di Progetto, costituito da un rappresentante dell'Assessorato alle Politiche della Salute, uno dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, un rappresentante dell'Associazione Medici Cardiologi Ospedalieri e un rappresentante dei Medici di Medicina Generale.

Per tutta la durata del progetto è stata costituita presso ciascuna ASL una Unità Aziendale di Progetto (UAP) costituita dal Dirigente responsabile del Dipartimento di Prevenzione, un medico in rappresentanza dei distretti socio-sanitari, un MMG e il Dirigente responsabile della Struttura Complessa di Cardiologia.

La DGR n. 234 del 26 febbraio 2008 ha previsto, nell'ambito del piano di Sostegno delle funzioni di interfaccia tra il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie e le Regioni e le Province autonome, l'istituzione di un gruppo di lavoro che ha curato il monitoraggio delle azioni previste nel Piano Regionale della Prevenzione 2005-2007.

Gli indicatori generali di progetto del gruppo monitoraggio erano:

- numero di lettere di dimissione sul totale dei dimessi per IMA;
- numero di pazienti arruolati nel *follow-up* sul totale dei dimessi per IMA.

Con riferimento al Comitato Tecnico di Progetto erano individuati i seguenti indicatori:

- numero di riunioni effettuate nell'anno;
- relazione annuale sull'attività svolta;
- reports prodotti sull'analisi dei flussi informativi;
- numero di partecipanti alle attività di formazione.

Per le UAP gli indicatori erano:

- redazione del piano operativo territoriale;
- numero di partecipanti agli eventi formativi.

Le criticità

La *governance* progettuale si è rivelata inadeguata rispetto agli obiettivi stabiliti in fase di pianificazione: il numero di riunioni del Comitato Tecnico è stato estremamente esiguo e spesso decisioni strategiche sono state rinviate ad altri tavoli di lavoro, come il Comitato Permanente per la Medicina Generale con conseguente rallentamento complessivo del progetto.

Un altro elemento critico è stato rappresentato dal livello di informatizzazione, ancora insufficiente, delle strutture sanitarie, che ha determinato difficoltà nella creazione di una rete informativa tra medici di assistenza primaria, strutture ospedaliere e distrettuali.

Infine, il progetto non prevede il ruolo centrale del distretto socio-sanitario che, per la sua collocazione all'interno del servizio sanitario, rappresenta il fulcro del coordinamento dei percorsi assistenziali territoriali tra assistenza primaria e specialistica.

Risultati ottenuti ed indicatori di esito

- ricognizione della rete delle Unità di Terapia Intensiva Coronarica;
- predisposizione di programma di formazione per MMG e cardiologi;
- individuazione strumento informatico per la condivisione dati tra MMG e cardiologi.

Contenuti del programma/progetto:Aspetti generali:**Beneficiari**

Target: soggetti dimessi in seguito a ricovero per malattie cardiovascolari acute in Puglia. Dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera, la media dei dimessi per patologie cardiovascolari acute ogni anno nel periodo 2001-2009 si attesta intorno a 16.000 persone.

Attori:

Attore	Compiti
Cabina di regia del Piano Regionale della Prevenzione	Coordinamento regionale, <i>monitoring</i>
Personale delle strutture ospedaliere di terapia intensiva coronarica	Standardizzazione delle modalità di dimissione, inoltre delle schede anagrafiche per l'istituzione del Registro dei pazienti con esiti di eventi cardiovascolari ai Distretti di appartenenza
Direttori di Distretto Socio-Sanitario	Supervisione della implementazione dei registri, indicazione e implementazione dei percorsi assistenziali
Personale degli ambulatori distrettuali di cardiologia	Collaborazione con il Direttore del distretto socio-sanitario nella creazione dei percorsi, attuazione dei percorsi
Medici di medicina generale	Condivisione del percorso assistenziale del paziente con il distretto, cura dell'educazione alla salute
Personale delle strutture aziendali di epidemiologia e statistica	Verifica della qualità e gestione dei registri aziendali
Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia	Istituzione e gestione del registro regionale, supporto alla cabina di regia nel <i>monitoring</i>

Analisi di contesto*Epidemiologia delle malattie cardiovascolari e dell'infarto acuto del miocardio*

In Italia, attualmente, le cause di morte più frequenti sono rappresentate dalle malattie del sistema circolatorio (42% di tutti i decessi registrati). In particolare, i decessi per malattie cardiovascolari (malattie ischemiche del cuore e malattie cerebrovascolari) costituiscono il 25% della mortalità generale. Tra le malattie del sistema circolatorio, particolare rilievo rivestono la cardiopatia ischemica e le patologie ad essa correlate che rappresentano la causa di morte principale nel 32% dei decessi. In questa graduatoria seguono gli eventi cerebrovascolari con il 28% dei decessi.

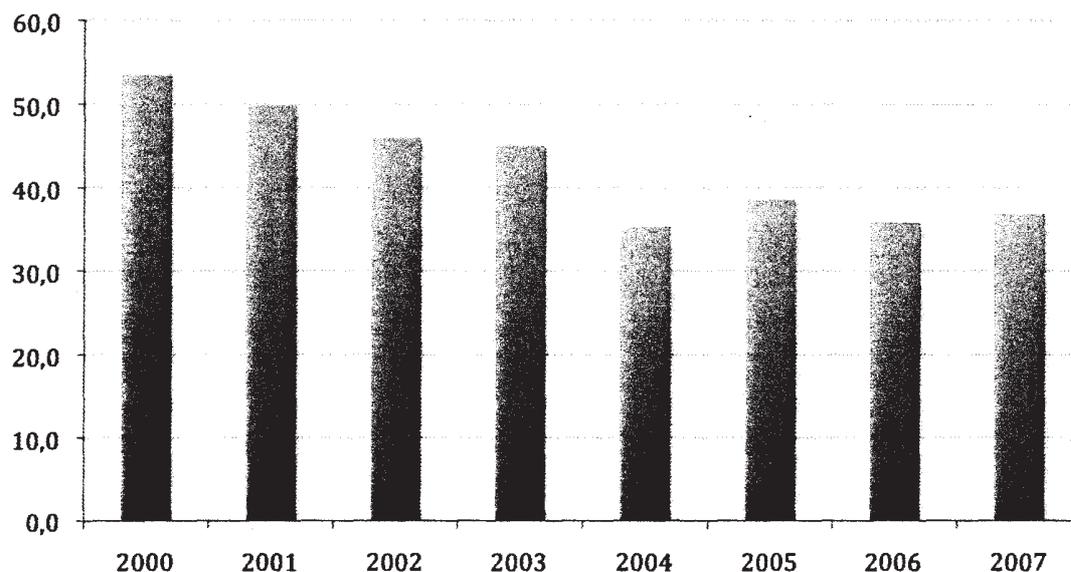
Il tasso standardizzato di ospedalizzazione per malattie ischemiche del cuore in Italia, nel periodo 2004-2006, mostra un *trend* in lieve decremento, passando nei maschi da 1221,2 per 100.000 nel 2004 a 1123,9 per 100.000 nel 2006 e nelle femmine da 453,8 per 100.000 nel 2004 a 412,8 per 100.000 nel 2006 (Fonte: Osservasalute 2009).

Si stima che, annualmente, sono oltre 300.000 gli anni potenziali di vita perduta dai deceduti di età non superiore a 65 anni per patologie cardiovascolari. Coloro che sopravvivono ad una forma acuta di cardiovasculopatia divengono malati cronici, con qualità della vita decisamente ridotta e con alto consumo di risorse assistenziali e farmaceutiche a carico del Servizio Sanitario Nazionale e della previdenza sociale.

Per quanto riguarda la Regione Puglia, nel periodo 2000-2007 si sono verificati 23.246 decessi con causa principale di malattia cardiovascolare acuta (codici ICD 9 CM: 410-411, 440-445). Il tasso di mortalità per anno tende a ridursi nel periodo di osservazione (Grafico 1).

Grafico 1

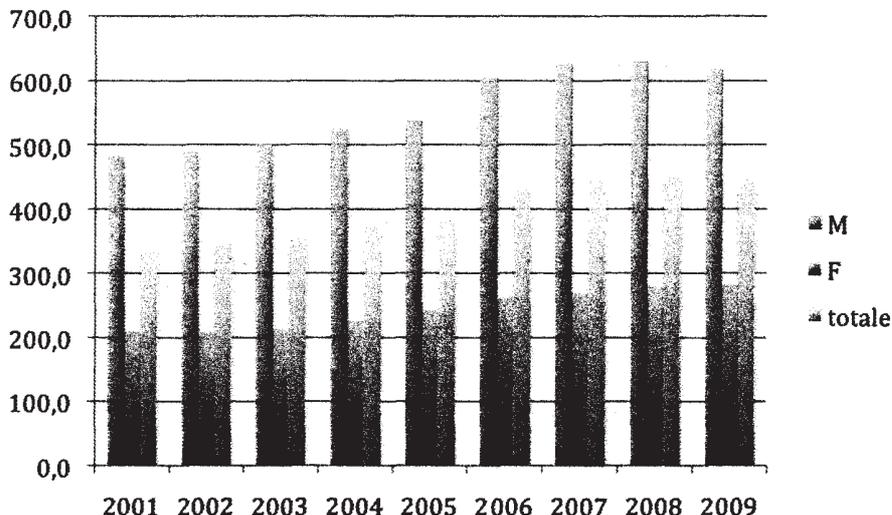
Tasso di mortalità (per 100.000 residenti) per malattia cardiovascolare acuta (codici ICD 9 CM: 410-411, 440-445), Puglia, RENCAM, 2000-2007



Nel periodo 2001-2009 si sono verificati 145.292 ricoveri per eventi cardiovascolari (codici ICD 9: 410-411, 440-445), dei quali 99.166 in soggetti di sesso maschile e 46.126 in soggetti di sesso femminile (rapporto M/F =2,1/1). Il tasso di ospedalizzazione per 100.000 residenti evidenzia un trend in aumento nel periodo di osservazione (Grafico 2). L'età media dei soggetti ospedalizzati tende ad aumentare nel periodo di osservazione, passando da 65,6 anni nel 2001 a 67 anni nel 2009 nei maschi e da 70,5 anni nel 2001 a 71,3 anni nel 2009 nelle femmine.

Grafico 2

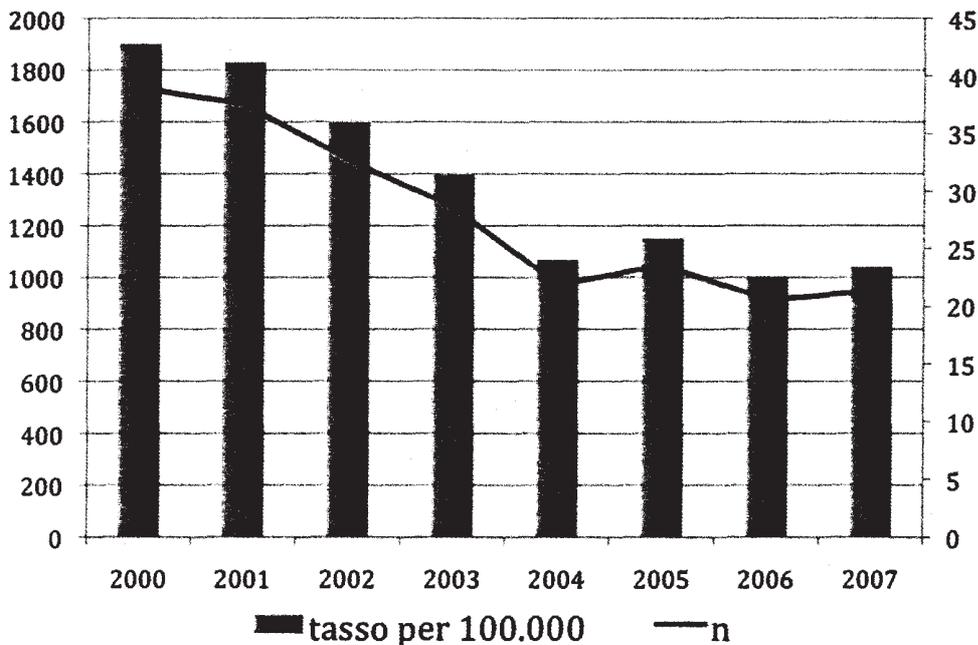
Tasso di ospedalizzazione (per 100.000 residenti) per eventi cardiovascolari acuti (codici ICD 9: 410-411, 440-445), Puglia, 2001-2009



Per quanto riguarda, in particolare, l'infarto acuto del miocardio, i dati desumibili dall'archivio regionale del Registro Nominativo delle Cause di Morte mostrano che nel periodo 2000-2007 si sono verificati 9997 decessi con causa principale "infarto del miocardio" (codice ICD 9 CM: 410); il tasso annuo di mortalità tende a ridursi nel periodo analizzato (Grafico 3).

Grafico 3

Numero di decessi e tasso di mortalità (per 100.000) per infarto acuto del miocardio (ICD 9 CM: 410), Puglia, 2000-2007

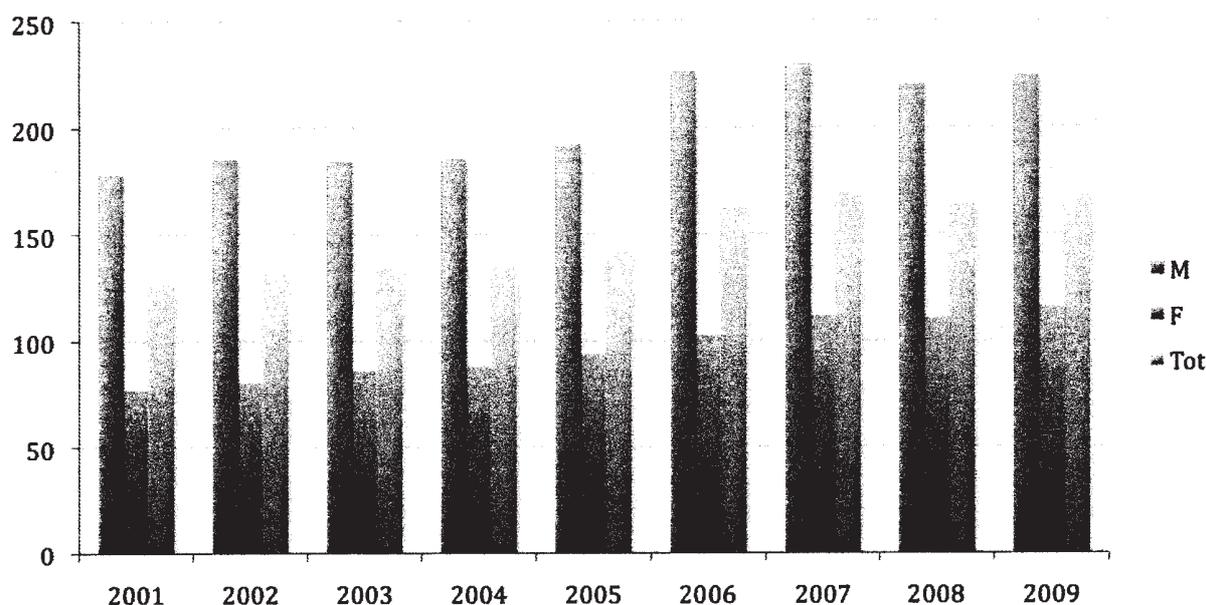


I dati desumibili dall'archivio delle schede di dimissione ospedaliera evidenziano che nel periodo 2001-2009 si sono verificati 54.260 ricoveri con diagnosi principale di infarto acuto del miocardio (ICD 9 410), dei quali 36.075 in soggetti di sesso maschile e 18.185 in soggetti di sesso femminile,

con un rapporto M/F pari a 2/1. Il tasso di ospedalizzazione annuo totale e per sesso mostra nel periodo di osservazione un trend in aumento (Grafico 3)

Grafico 3

Tasso di ospedalizzazione (per 100.000) per infarto acuto del miocardio (ICD 9: 410), per sesso, Puglia, 2001-2009



L'età media dei soggetti ricoverati tende ad aumentare nel periodo 2001-2009, passando nei maschi da 64,1 anni nel 2001 a 65,7 anni nel 2009 e nelle femmine da 73,4 nel 2001 a 75,2 anni nel 2009.

La distribuzione dei ricoveri per fascia di età mostra che il 16,2% dei pazienti aveva età inferiore a 55 anni, il 21,2% età compresa tra 55 e 64 anni, il 26,3% tra 65 e 74 anni e il 36,3% più di 74 anni.

Per quanto riguarda la prevalenza dei fattori di rischio, i risultati dello Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) relativi al periodo 2007-2009 evidenziano che in Puglia la proporzione di fumatori è pari al 39% nei maschi e al 21% nelle femmine; il 19,5% dei maschi e il 20,6% delle femmine è iperteso, mentre il 21,8% delle persone di entrambi i sessi è ipercolesterolemico. Infine, gli obesi sono l'11,1% dei maschi e il 12,3% delle femmine.

Le recidive di eventi cardiovascolari

Le recidive di eventi cardiovascolari contribuiscono notevolmente alla mortalità correlata a questi eventi. Una pregressa malattia cardiovascolare aumenta il rischio relativo di morbosità e di mortalità per eventi cardiovascolari di 5-7 volte, mentre circa il 40% dei pazienti che hanno avuto un primo infarto miocardico e il 24% di quelli che hanno avuto un ictus andrà incontro a una recidiva entro un anno dal primo evento. I dati della letteratura degli ultimi anni mostrano come gli interventi di prevenzione secondaria post-infarto siano piuttosto sottoutilizzati.

Attraverso le schede di dimissione ospedaliera è stato stimato il tasso di recidiva/complicanza nei soggetti ricoverati per IMA (codice ICD 9: 410) negli anni 2007/2008 che sono stati dimessi vivi. Le recidive/complicanze sono state valutate come secondi ricoveri di una patologia cardiocerebrovascolare (codici ICD9: 410-413; 426-428; 430-438; 440-447) a distanza di almeno 8 settimane dall'evento. Il 26% dei pazienti ricoverati per IMA nel corso del 2007 ha subito un nuovo ricovero; in particolar modo, il 17% nel corso del 2008 e il 9% nel corso del 2009.

La rete delle Unità Operative di Terapia Intensiva Coronarica e di assistenza specialistica

territoriale cardiologica

Il Piano Regionale della Salute prevede in Puglia l'attivazione di 276 posti letto in Unità di Terapia Intensiva Coronaria rispetto ai 222 che risultavano attivi nel 2006, in maniera tale da raggiungere uno standard di 0,07 posti letto per 1000 residenti. I posti letto sono così distribuiti: 46 in provincia di Foggia, 26 nella BAT, 90 in provincia di Bari, 22 in quella di Brindisi, 56 in quella di Lecce e 36 in provincia di Taranto. Trentadue posti letto sono attivati presso strutture private accreditate.

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali di cardiologia dovrebbero, di norma, essere assicurate dai poliambulatori di base (1 ogni 30.000 residenti). Il censimento riportato nel Piano Regionale della Salute mostra che sono attualmente attivi in Puglia 121 poliambulatori (1 ogni 33.000 abitanti) che dovrebbero fornire assistenza specialistica cardiologica, con una forte disomogeneità sul territorio (da 1 ogni 20.000 residenti nella provincia di Brindisi a 1 ogni 67.000 residenti nella provincia di Lecce).

Buone pratiche nella prevenzione secondaria degli eventi cardiovascolari

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 raccomandava che ogni paziente infartuato ricevesse alla dimissione una valutazione del rischio di recidive che consentisse una valutazione individuale quantitativa del rischio cardiovascolare, facilmente trasmissibile al medico di medicina generale, tale da facilitare la continuità assistenziale sul territorio. Tale valutazione può essere effettuata in modo semplice attraverso la carta del rischio cardiovascolare nel post infarto, messa a punto dal Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'infarto del miocardio (GISSI). La carta è un adattamento dell'originale già pubblicato sullo *European Heart Journal* e prevede 5 livelli di rischio, in luogo dei 10 dettagliati nella versione originale; lo strumento è stato adottato dal Ministero della Salute e pubblicato sul Bollettino di Informazione sui Farmaci, anno VII, n. 5-6 (settembre-dicembre 2000).

Una buona pratica documentata nell'esperienza di Regioni come la Lombardia e il Friuli Venezia Giulia, è la costituzione di registri di patologia attraverso il *data-linkage* di archivi sanitari correnti (ospedalizzazione, farmaceutica, specialistica, mortalità), al fine di valutare in maniera efficace il "percorso paziente".

In particolare, le Linee Guida della *European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* raccomandano il miglioramento degli stili di vita e il mantenimento di bassi livelli sierici di LDL attraverso l'uso di statine, in relazione anche all'effetto pleiotropico protettivo svolto dalle stesse nei confronti di eventi cardio-cerebrovascolari. Tuttavia, i risultati di una recente *survey* svolta in Italia (Perrone-Filardi et al) evidenziano una subottimale implementazione di iniziative volte a migliorare gli stili di vita e un controllo lipidico inadeguato in pazienti ad elevato rischio cardiovascolare dopo un evento ischemico.

In Puglia, l'analisi dell'ospedalizzazione e delle prescrizioni farmaceutiche mostra che dei 2625 pazienti che hanno effettuato un ricovero per infarto acuto del miocardio nel primo semestre del 2007 e sono stati dimessi vivi, 2079 (79,2%) hanno effettuato terapia ipocolesterolemizzante nel successivo semestre e 1747 (66,5%) l'hanno continuata nell'anno successivo.

Inoltre, recenti evidenze hanno dimostrato che la sostituzione di un singolo nucleotide del gene KIF6 risulta predittiva di un aumento del rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e di una riduzione degli eventi durante la terapia con statine. In particolare, nello studio PROSPER (*Prospective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk*) è stato dimostrato che tra i pazienti con precedente malattia vascolare trattati con statine, i portatori dell'allele di rischio KIF6 hanno ricevuto una significativa riduzione del rischio di eventi coronarici (circa il 34%), al contrario dei non portatori. Pertanto, ad oggi, la farmaco genetica può supportare e orientare efficacemente la prevenzione secondaria degli eventi cardiovascolari.

Bibliografia

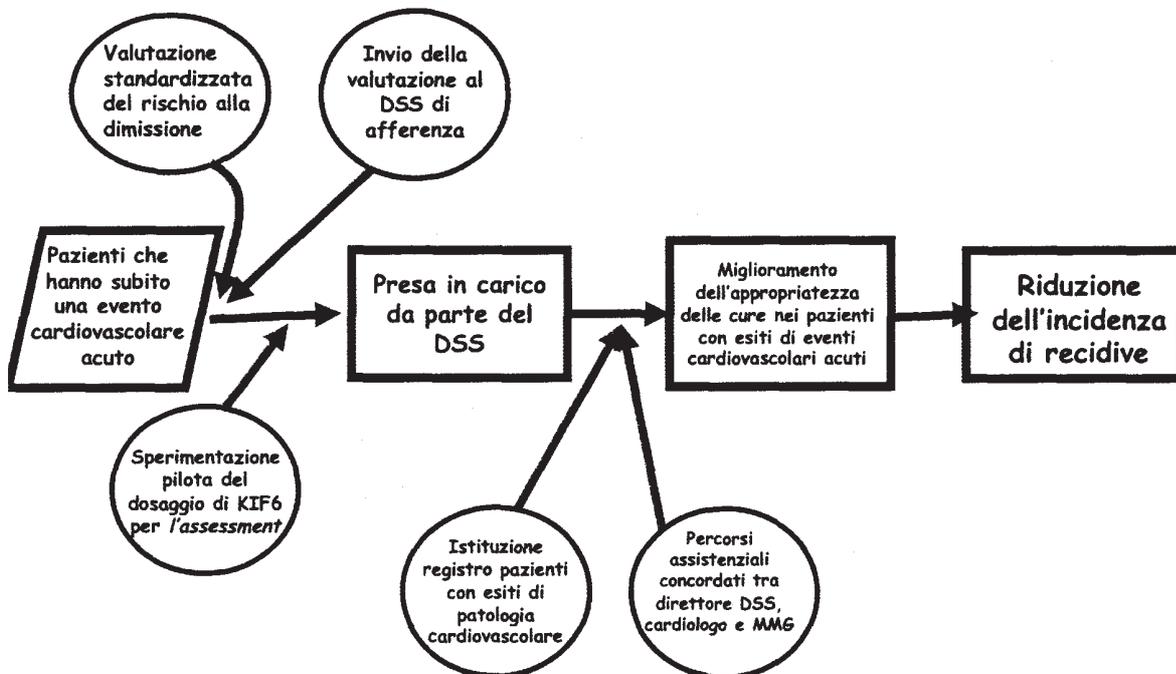
1. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle regioni italiane. Rapporto Osservasalute 2009. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Prex Milano 2009, disponibile on-line all'indirizzo: <http://www.osservasalute.it/>
2. Barbuti S et al. Sistema di sorveglianza PASSI. Rapporto regione Puglia 2008 e primo semestre 2009. Movimedia srl Lecce 2009, disponibile on-line all'indirizzo: <http://www.oerpuglia.org/StudioPassi.asp>
3. www.ccm-network.it
4. Come usare la carta del rischio cardiovascolare per i pazienti con cardiopatia ischemica. Bollettino di informazione sui Farmaci, anno VII, n. 5-6 settembre-dicembre 2000
5. Perrone-Filardi P, Poli A, Ambrosio G, Proto C, Chimini C, Chiariello M. Implementation of cardiovascular secondary prevention guidelines in clinical practice: A nationwide survey in Italy. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular disease*, in press
6. Mihos CG, Salas MJ, Santana O. The pleiotropic effects of the hydroxy-methyl-glutaryl-CoA reductase inhibitors in cardiovascular disease: a comprehensive review. *Cardiol Rev* 2010 Nov-Dec; 18(6):298-304
7. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, Dallongeville J, De Backer G, Ebrahim S, Gjelsvik B, Herrmann-Lingen C, Hoes A, Humphries S, Knäuper M, Perk J, Priori SG, Pyörälä K, Reiner Z, Ruiz-Lope L, Sans-Menendez S, Op Reimer WS, Weissberg P, Wood D, Yarnell J, Zamorano JL, Walma E, Fitzgerald T, Cooney MT, Dudina A, Vahanian A, Camm J, De Caterina R, Dean V, Dickstein K, Funck-Brentano C, Filippatos G, Hellems I, Kristensen SD, McGregor K, Sechtem U, Silber S, Tendera M, Widimsky P, Zamorano JL, Altiner A, Bonora E, Durrington PN, Fagard R, Giampaoli S, Hemingway H, Hakansson J, Kjeldsen SE, Larsen L, Mancini G, Manolis AJ, Orth-Gomér K, Pedersen T, Rayner M, Ryden L, Sammut M, Schneiderman N, Stalenhoef AF, Tokgözoğlu L, Wiklund O, Zampelas A; European Society of Cardiology (ESC); European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR); Council on Cardiovascular Nursing; European Association for Study of Diabetes (EASD); International Diabetes Federation Europe (IDF-Europe); European Stroke Initiative (EUSI); Society of Behavioural Medicine (ISBM); European Society of Hypertension (ESH); WONCA Europe (European Society of General Practice/Family Medicine); European Heart Network (EHN); European Atherosclerosis Society (EAS). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2007 Sep;14 Suppl 2:S1-113.
8. Iakoubova O, Shepherd J, Sacks F. Association of the 719Arg variant of KIF6 with both increased risk of coronary events and with greater response to statin therapy. *J Am Coll Cardiol*. 2008 Jun 3;51(22):2195
9. Iakoubova OA, Robertson M, Tong CH, Rowland CM, Catanese JJ, Blauw GJ, Jukema JW, Murphy MB, Devlin JJ, Ford I, Shepherd J. KIF6 Trp719Arg polymorphism and the effect of statin therapy in elderly patients: results from the PROSPER study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010 Aug;17(4):455-61.

Modello logico

La prevenzione secondaria degli eventi cardiovascolari acuti si fonda sulla costruzione di percorsi clinico-diagnostici per i pazienti dopo la dimissione. Ogni paziente infartuato dovrebbe ricevere, al momento della dimissione, una valutazione individuale del rischio di recidive che possa essere facilmente trasmessa al Distretto Socio Sanitario di afferenza e da questo al medico di famiglia del paziente, per via cartacea o telematica. Questa valutazione può essere semplicemente effettuata attraverso la carta del rischio cardiovascolare nel post-infarto.

I distretti socio-sanitari, con il coordinamento delle unità operative di epidemiologia e statistica, dovrebbero curare la costituzione di un registro regionale di pazienti con esiti di patologia cardiovascolare. Contestualmente, il distretto dovrebbe farsi promotore di un percorso clinico diagnostico di *follow-up* da concordarsi tra il medico di medicina generale e il responsabile dell'ambulatorio distrettuale di cardiologia, comprendente il piano terapeutico, la programmazione di visite specialistiche, esami strumentali e di laboratorio (da eseguirsi in strutture del distretto o dei presidi ospedalieri aziendali), nonché iniziative di educazione alla salute, sulla base del rischio individuale e delle linee guida vigenti. In particolare, dovrà essere curato il miglioramento della prescrizione delle statine anche attraverso uno studio pilota sulla ricerca della mutazione del gene KIF6 sui pazienti dimessi dalle Unità Operative di Terapia Intensiva Coronarica in alcuni nosocomi di riferimento.

Modello Logico: prevenzione delle recidive di eventi cardio-cerebrovascolari



Quadro logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Definire percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale e della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica			
Obiettivo specifico	Ridurre l'incidenza di recidive di eventi cardiovascolari nella popolazione pugliese	Incidenza di recidive di eventi cardiovascolari	Archivio delle schede di dimissione ospedaliera	Risorse umane
Risultati attesi	<p>1. Creazione di un registro dei pazienti con esiti di eventi cardiovascolari</p> <p>2. Creazione di percorsi assistenziali dedicati ai pazienti che hanno avuto un evento cardiovascolare</p> <p>3. Sperimentazione pilota della ricerca della mutazione di KIF6 nei pazienti ricoverati presso UTIC di nosocomi di riferimento</p>	<p>1. Proporzione di pazienti inseriti nel registro rispetto a tutti i dimessi per patologia cardiovascolare. Proporzione di distretti che hanno attivato il registro rispetto al numero totale dei distretti.</p> <p>2. Proporzione dei distretti che hanno avviato un percorso assistenziale dedicato sul totale dei distretti. Proporzione dei pazienti che sono inseriti nel percorso rispetto al totale dei dimessi per patologia cardiovascolare.</p> <p>3. Proporzione dei pazienti ricoverati presso UTIC con KIF6 dosato sul totale dei dimessi da UTIC</p>	<p>1. Registro informatizzato dei pazienti con esiti di patologia cardiovascolare. Archivio regionale delle schede di dimissione ospedaliera.</p> <p>2. Registro informatizzato dei pazienti con esiti di patologia cardiovascolare. Report periodici dei distretti.</p> <p>3. Sistema di gestione delle prestazioni di laboratorio. Archivio schede di dimissione ospedaliera.</p>	<p>Reclutamento risorse umane.</p> <p>Modifiche/integrazioni al Sistema Informativo Sanitario Regionale</p> <p>Livello di informatizzazione dei distretti e delle strutture ospedaliere.</p> <p>Collaborazione dei medici di medicina generale.</p>

Attività		Mezzi	Costi	
1.1	Definizione di un flusso informativo per la trasmissione dei dati tra strutture ospedaliere-distretti-MMG (comprendente scheda di rilevazione e lettera standard di dimissione con valutazione del rischio)	Scheda e lettera di dimissione approvate da Cabina di regia regionale e condivise con tavolo permanente per la medicina generale e società scientifiche		
1.2	Creazione di un <i>software</i> gestionale per il registro dei pazienti con esiti di eventi cardiovascolari	Adeguamento Sistema Informativo sanitario	Sviluppo e manutenzione software	
1.3	Addestramento del personale	Giornate di formazione	Docenti Accreditamento ECM Spese organizzative	
1.4	Implementazione del registro a cura delle UOSE	Personale per <i>input</i> dei dati	Reclutamento personale	
2.1	Formazione del personale (MMG, cardiologi, distretti)	Aula per eventi formativi. Docenti.	Docenti Accreditamento ECM Spese organizzative	
2.2	Attribuzione alle Direzioni mediche di presidio ospedaliero delle funzioni di controllo sulla trasmissione delle schede e delle lettere di dimissione ai Distretti Socio-Sanitari	Circolare regionale esplicativa		

2.3	Identificazione dei pacchetti prestazionali per pazienti con esiti cardiovascolari	Documento di indirizzo condiviso tra Cabina di Regia, società scientifiche di area cardiologica e medicina generale		
2.4	Identificazione, in ogni distretto, della rete delle strutture a supporto dei percorsi clinico-diagnostici	Censimento da realizzarsi a cura della Direzione dei Distretti Socio-Sanitari	Reclutamento personale	
2.5	Identificazione dei percorsi clinico-diagnostici	Accordo tra i Servizi coinvolti		
2.6	Accreditamento dei percorsi clinico-diagnostici	Elaborazione del protocollo del percorso e validazione interna ed esterna, in ogni distretto		
2.7	Implementazione dei percorsi	Avvio dei percorsi di gestione integrata in tutti i distretti	Maggior accesso a prestazioni specialistiche e strumentali a carico del fondo sanitario regionale	
3.1	Avvio delle attività presso il laboratorio di riferimento (U.O.C. Igiene, AOU Policlinico) per il dosaggio di KIF6	Acquisto kit diagnostici	Kit	
3.2	Protocollo per la valutazione del KIF6 e comunicazione del risultato nella lettera di dimissione	Accordo tra Unità Operative di Terapia Intensiva Coronarica e U.O. Igiene AOU Policlinico		

Piano di valutazione

A livello regionale il responsabile del monitoraggio e della valutazione del progetto è la Cabina di Regia del Piano Regionale della Prevenzione. A livello aziendale la responsabilità della costituzione del registro è attribuita al Direttore della Struttura di Epidemiologia e Statistica, mentre la realizzazione dei percorsi assistenziali è affidata ai Direttori dei Distretti Socio-Sanitari.

La valutazione *ex-ante* del progetto è a cura della Cabina di Regia a seguito di *audit* con i rappresentanti della Società Italiana di Cardiologia, dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi,

della Società Italiana di Medicina Generale e della Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto. La valutazione riguarderà la fattibilità degli obiettivi in relazione all'attuale assetto organizzativo dei distretti e ai flussi informativi vigenti.

La valutazione del registro viene effettuata considerando i seguenti indicatori:

- semplicità (sistema economico ma di qualità): numero e tipo di informazioni necessarie alla compilazione della scheda di rilevazione, modalità di raccolta e trasmissione dei dati, numero di ore necessarie all'addestramento del personale, livello e qualità di informatizzazione del sistema, tempo necessario per ciascuna fase di attività;
- flessibilità (capacità del sistema di adattarsi ad eventuali cambiamenti necessari al subentrare di nuove condizioni): nuova definizione di caso, nuovo sistema di trasmissione dati, inclusione di nuove patologie;
- accettabilità (riflette la volontà degli operatori di contribuire al sistema): proporzione di operatori che partecipano al sistema, completezza delle informazioni comunicate, tempestività nel comunicare i dati;
- sensibilità (proporzione di casi segnalati al sistema rispetto al reale numero di casi nella popolazione): confronto fra il sistema sottoposto a valutazione ed altri sistemi di segnalazione paralleli (registri dei ricoveri ospedalieri, registro delle cause di morte, tecnica *capture-mark-recapture*);
- rappresentatività: numero di casi inseriti nel registro su totale dei casi ospedalizzati; distribuzione geografica dei casi;
- tempestività: tutti i ritardi che si possono accumulare nelle varie tappe del flusso di segnalazione.

Le iniziative di formazione vengono valutate tenendo conto di:

- numero di eventi formativi realizzati;
- accreditamento degli eventi;
- distribuzione degli eventi sul territorio regionale;
- analisi del post-test;
- proporzione di medici di medicina generale formati sul totale dei MMG;
- proporzione dei medici dirigenti di distretto formati sul totale in servizio;
- proporzione di cardiologi ospedalieri e territoriali formati.

Per quanto riguarda l'avvio dei percorsi clinico-assistenziali, la valutazione tiene conto di:

- proporzione di pazienti inseriti nei percorsi sul totale dei pazienti a cui il percorso viene proposto;
- indagini retrospettive annuali del "percorso paziente" attraverso l'incrocio di flussi informativi sanitari correnti (SDO, prestazioni specialistiche, farmaceutica);
- indagini sulla qualità percepita dal paziente.

Per quanto riguarda la valutazione della presenza di mutazioni di KIF6, la valutazione tiene conto di:

- inserimento della procedura per la valutazione della presenza di mutazioni di KIF6 nel manuale di qualità dell'U.O.C. Igiene dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico;
- proporzione di pazienti KIF6 positivi che fanno terapia ipocolesterolemizzante desunta dall'incrocio dell'archivio delle prestazioni del laboratorio e delle prescrizioni farmaceutiche;
- valutazione di eventi ospedalizzazione e morte nei pazienti KIF6 positivi che eseguono terapia ipocolesterolemizzante, ottenuta dal *data-linkage* tra l'archivio delle prestazioni del laboratorio e gli archivi delle schede di dimissione ospedaliera e del Registro Nominativo delle Cause di Morte.

MACROAREA:

Prevenzione delle popolazioni a rischio

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

Diabete

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

“definire percorsi assistenziali con particolare riguardo all’appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica e dell’educazione terapeutica dei pazienti, considerando anche la frequente presenza di comorbidità”

TITOLO DEL PROGETTO

Sviluppo di un modello di presa in carico del paziente diabetico per ridurre il rischio di complicanze

Beneficiari e attori

Popolazione target: Persone di età compresa tra 20 e 79 aa.

Attori:

SOGGETTI	RUOLO
Cabina di regia (c/o Assessorato alle politiche della salute) Agenzia Regionale Sanitaria	Coordinamento
Direttori Generali delle sei ASL provinciali e Distretti Socio Sanitari	Avvio dei Centri Interdistrettuali Diabetologici
MMG delle sei ASL provinciali (20%)	Iscritti negli elenchi delle rispettive Aziende
Equipe multidisciplinare: Diabetologi, Oculisti, Cardiologi, Chirurghi Vascolari, Nefrologi ecc,...	Partner operativi
UDMG	Monitoraggio dei dati raccolti dal competente ufficio
UACP	Monitoraggio distrettuale dei dati
Referente Regionale delle Cure Primarie	Valutazione dei dati
Osservatorio Epidemiologico Regionale	Verifica e controllo dei dati

Analisi di contesto

Il diabete è al sesto posto tra le malattie croniche più frequenti in Italia, con un trend in aumento negli ultimi anni.

La Puglia conferma questo trend con una **prevalenza che è aumentata dal 5,4% nel 2003 al 6,5% nel 2008**.

La Regione Puglia è **la terza regione italiana** a più elevata prevalenza della malattia diabetica, dopo Basilicata e Calabria.

Il 6,5% dei cittadini pugliesi (265.000 circa) è affetto da diabete.

La prevalenza è leggermente più elevata tra le donne (3,4%) rispetto agli uomini (3,1%); inoltre **aumenta con l'età** raggiungendo il 18,9% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni.

Annualmente si eseguono circa 82.000 ricoveri per diabete.

La **spesa farmaceutica annuale netta è pari a circa 62 milioni di euro** per circa 5 milioni di confezioni prescritte.

Le complicanze più frequenti del diabete sono quelle a carico del sistema circolatorio periferico (33%), seguite da quelle oculari (29%), renali (23%) e neurologiche (15%). Esse comportano un ulteriore incremento della spesa sanitaria.

La **mortalità per diabete mellito** in Puglia risulta più alta rispetto alla media nazionale, infatti il tasso di mortalità in Puglia è pari a 4,57 per 10.000 abitanti a fronte di un tasso nazionale di 3,38 per 10.000 abitanti.

I dati RENCAM (Registro Nominativo delle Cause di Morte) indicano che in Puglia **i morti per diabete negli anni 2000-2005 sono stati 4.568 (pari al 2,4% del totale dei deceduti)**.

Nella ASL BAT, nel nord barese ed in alcuni comuni della ASL TA questo fenomeno è più rilevante.

La promozione di stili di vita corretti insieme ad un approccio "integrato" alla malattia (team di specialisti) può ridurre il carico sanitario ed economico della patologia diabetica.

Stato dell'arte

In Puglia l'assistenza al paziente diabetico è assicurata dalla rete degli ambulatori dei medici di Famiglia e dai Servizi di Diabetologia Ospedalieri e degli Specialisti Diabetologi che operano nei Poliambulatori Distrettuali. La presa in carico integrata avviene in pochi casi e al di fuori di un modello strutturato. La gestione delle complicanze, che viene assicurata attraverso il rapporto diretto tra medico di famiglia e specialista d'organo, nel modello regionale rappresentato non prevede attività di prevenzione programmate e condivise.

Caratteristiche del progetto

Obiettivo specifico:

- Predisporre protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costo-benefici, anche con riguardo alla fornitura di presidi per il monitoraggio della glicemia;
- Definire percorsi assistenziali, con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero e del trattamento ambulatoriale, sviluppando programmi di educazione terapeutica dei pazienti e la gestione integrata da parte del medico di famiglia e dell'equipe specialistica multidisciplinare, considerata la frequente presenza di comorbidità;

- Avviare programmi di gestione delle complicanze a lungo termine della patologia diabetica, principale fonte di riduzione di qualità e durata della vita per i pazienti e di aumento dei costi per il SSN;
- Riportare in un range “accettabile”, attraverso un attento e costante monitoraggio dei pazienti i seguenti parametri:
 - Pressione arteriosa
 - Valore della emoglobina glicata
 - Valore del BMI
 - Valore del colesterolo totale, HDL ed LDL
 - Valore di Creatinina
 - Valore della microalbuminuria
 - Valore numerico del RCV calcolato secondo le indicazioni fornite dall'Istituto Superiore di Sanità.

Criticità

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo summenzionato bisognerà tener conto dell'impatto che l'arruolamento dei pazienti diabetici determinerà sull'organizzazione già esistente.

In particolare è possibile ipotizzare, sulla base dell'attuale assetto di erogazione dei servizi, una difficoltà di accesso alle prestazioni diagnostiche.

Popolazione target: residenti nella Regione Puglia tra 20 e 79 anni, arruolati nell'ambito del progetto di presa in carico del paziente diabetico da parte dei MMG, come da Accordo Regionale (allegato al presente progetto) per la Medicina Generale, in attuazione di quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/2009.

Standard di risultato:

N. di pazienti reclutati/tot. Pazienti diabetici in carico per ciascuno dei MMG coinvolti nel progetto;

Valutazione dei parametri diagnostici registrati negli ultimi sei mesi /totale dei pazienti arruolati.

Programma Attuativo

Il progetto realizza quanto previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 e prevede:

- La definizione di percorsi assistenziali di presa in carico del paziente diabetico differenziando due gruppi: distinguendo pazienti con complicanze correlate alla diagnosi principale e pazienti senza complicanze ;
- La condivisione di linee guida;
- L'individuazione della “Rete Operativa Territoriale”(centri di diabetologia), e dei relativi standard tecnico-organizzativi;
- La formazione degli operatori coinvolti nella Rete per la presa in carico.

Il protocollo previsto dall'accordo integrativo regionale allegato dei MMG prevede il coinvolgimento, su base volontaria, del 20% dei medici, delle sei ASL provinciali, iscritti negli elenchi dell'Azienda.

Al fine di eliminare le criticità evidenziate in precedenza, è stato previsto un accesso preferenziale, attraverso agende dedicate, per l'esecuzione di esami laboratoristici, nonché la costituzione di equipe multidisciplinari e dedicate (diabetologi, oculisti, ecc.), dotate di adeguate risorse tecnologiche.

Modalità operative:

- a) I percorsi assistenziali di presa in carico del paziente diabetico e le linee guida sono definite dal Tavolo Tecnico Regionale istituito con Delibera DG A.Re.S. n. 102 dell'8.06.2010 "Costituzione Tavolo Tecnico finalizzato all'implementazione e al monitoraggio del "Percorso Diagnostico Terapeutico" per il Diabete Mellito e le Malattie Metaboliche" e successiva Delibera di integrazione n. 202 del 12.10.2010
- b) Le Direzioni Generali delle AA.UU.SS.LL., con il supporto del Tavolo Tecnico regionale, individuano il Referente aziendale e, tra i Distretti Socio Sanitari, i Centri Interdistrettuali Diabetologici;
- c) Il programma formativo rivolto agli operatori coinvolti nella realizzazione del progetto sarà formulato a cura del Tavolo Tecnico Regionale, per avviarne la fase operativa entro il primo semestre del 2011;
- d) L'Assessorato alle Politiche della Salute e l'A.Re.S. provvedono alla ricognizione delle risorse umane e tecnologiche operanti nelle ASL per definirne il programma di ampliamento, in collaborazione con il Tavolo Tecnico Regionale.
- e) Avvio del progetto di reclutamento dei pazienti da parte dei Medici di Famiglia con l'inserimento all'interno della cartella clinica di ogni paziente dei seguenti dati:

1 Fase

Pressione arteriosa

Valore della emoglobina glicata

Valore del BMI

Valore del colesterolo totale, HDL ed LDL

Valore di Creatinina

Valore della microalbuminuria

Valore numerico del RCV calcolato secondo ISS

Vaccinazione anti influenzale

2 Fase

I medici aderenti invieranno, entro sei mesi dalla data di avvio del progetto, un primo report contenente i seguenti dati :

Codice paziente : costituito da cinque caratteri. I primi due saranno le lettere iniziali del cognome e nome, i successivi due, numerici, saranno le ultime due cifre dell'anno di nascita e l'ultimo carattere sarà M o F a seconda del sesso Maschile o Femminile del paziente. (Esempio il sig. Rossi Mario nato il 15

marzo del 1055 sarà codificato come RM55M e la sig.ra Verdi Adelina nata il 13/12/1945 sarà codificata come VA45F)

Strumenti di valutazione

Indicatori di Processo

- N° di pazienti con complicanze/Totale pazienti diabetici arruolati
- N° di pazienti reclutati / Totale pazienti diabetici in carico
- N° di pazienti arruolati con dato di pressione arteriosa registrato negli ultimi 6 mesi/ Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con dato di emoglobina glicata registrata negli ultimi 6 mesi/ Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con dato di BMI registrato negli ultimi 6 mesi/ Totale pazienti arruolati

Indicatori di esito

- N° di pazienti arruolati con ultimo valore registrato di PA \leq 130/80 / Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con ultimo valore registrato di emoglobina glicata \leq 7% / Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con ultimo valore registrato di colesterolo totale \leq 190 mg/dl /Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati vaccinati per l'influenza nel corso dell'ultima campagna vaccinale/Totale dei pazienti arruolati

3 FASE

Entro dodici mesi dall'inizio del progetto il medico dovrà inviare due report. Il primo con i nuovi dati semestrali del progetto come sopra riportati, il secondo con i seguenti dati annuali:

- *N° di pazienti arruolati con dato di colesterolo totale registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati*
- *N° di pazienti arruolati con dato di creatininemia registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati*
- *N° di pazienti arruolati con dato di microalbuminuria registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati*
- *N° di pazienti arruolati con dato di rischio CV assoluto (ISS) registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati*

Dall'analisi dei dati raccolti si può procedere alla verifica dell'incidenza delle complicanze legate al Diabete e dividere i pazienti in due gruppi. Uno comprendente soggetti con scarse complicanze, l'altro con pazienti che hanno già sviluppato complicanze.

Operando in maniera opportuna su entrambi i gruppi con il protocollo adottato, 1 e 2 fase contiene lo sviluppo di complicanze.

**Accordo Regionale per la Medicina Generale in attuazione di quanto
previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29.7.2009**

Bari, 12 Febbraio 2010

Art. 58 Accordi regionali

L'accordo regionale reso esecutivo con DGR 2289/07 viene confermato e integrato con i seguenti articoli e resterà in vigore in regime di prorogatio legis sino alla entrata in vigore del nuovo accordo regionale.

Art. 59 Progetto di miglioramento della qualità in medicina generale: standardizzazione delle modalità di gestione della cartella clinica informatizzata.

Fermo restando quanto stabilito dall'art. 59 bis dell'ACN, al fine di avviare il processo di miglioramento della qualità, il medico di medicina generale deve impostare la propria attività orientandola per problemi.

I medici di medicina generale adeguano la loro modalità di gestione della cartella clinica informatizzata a quanto previsto dal comma precedente entro dodici mesi dalla pubblicazione del presente accordo.

Per tale attività è riconosciuto al medico di medicina generale un compenso pari a €. 1,17 /assistito/anno.

In fase di prima applicazione le attività di cui al presente articolo sono limitate ai problemi "ipertensione arteriosa" e/o "diabete mellito".

Il CPR avrà cura di provvedere alla definizione di nuovi modelli.

Il medico invia comunicazione al proprio Distretto notificando la data di inizio di tale attività.

L'obiettivo da raggiungere è la gestione della cartella clinica per problemi riferita al 90% dei propri pazienti con esenzione ticket per ipertensione e diabete mellito alla data di adesione al progetto.

I medici di medicina generale inviano ogni quattro mesi al Distretto per ogni paziente catalogato all'interno della cartella clinica con il problema "ipertensione arteriosa" e "diabete mellito" un report per ciascuna patologia in formato tipo Excel contenente i seguenti dati:

- Anno di nascita
- Sesso
- La presenza di esenzione Ticket
- L'ultimo valore di PA sistolica registrata in cartella negli ultimi tre mesi
- L'ultimo valore di PA diastolica registrata in cartella negli ultimi tre mesi
- L'ultimo valore di BMI registrato in cartella negli ultimi tre mesi

Nel report deve essere indicato il numero complessivo dei pazienti in carico, desumibile dal numero degli assistibili indicati nell'ultima busta paga;

Il report dovrà avere il seguente formato:

	Dott. Cognome e Nome	Mesi di 2010	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Pazienti carico : 1234	in	Totale esenti Diabete
									Totale esenti Ipertensione

	Anno nascita	Sesso	P. Sistolica	P. Diastolica	BMI	ESENZIONE
1	1953	M	140	80	23	013 o 031

I quadrimestri da considerare sono Gennaio – Aprile; Maggio – Agosto; Settembre - Dicembre.

Per assistito in carico si intende tutti i pazienti iscritti al medico e non già solo quelli affetti da Ipertensione e/o Diabete mellito.

Al fini del monitoraggio, il Distretto invia i dati raccolti all'Ufficio Distrettuale della medicina generale (UDMG)

Il responsabile dell'UDMG provvede ad inviare i dati al responsabile dell'UACP che li invia al Referente Regionale delle Cure Primarie per le valutazioni di competenza.

Il monitoraggio relativo al raggiungimento dell'obiettivo previsto deve essere effettuata al termine dei tre quadrimestri dal responsabile dell'UACP.

Il report relativo al monitoraggio effettuato viene inviato all'azienda per i gli adempimenti di competenza.

Il compenso di €. 1,17/assistito/anno di cui innanzi è riconosciuto, dalla data di adesione, esclusivamente ai medici che hanno inviato i dati. Le ASL liquidano il compenso con le competenze del mese successivo a quello del monitoraggio che attesta il raggiungimento dell'obiettivo.

Art. 60 Referente regionale per le Cure Primarie

Il referente regionale per la medicina generale è un medico di medicina generale con almeno 1.000 assistiti in carico e con non meno di 20 anni di servizio in qualità di MMG, con formazione specifica in metodologia epidemiologica ed esperienza specifica nella negoziazione regionale determinata dalla L. 30 dicembre 1991 n. 412 e successive modifiche, individuato dal CPR e nominato con Determina Regionale del settore competente.

Compiti:

- È il referente regionale degli uffici aziendali delle cure primarie, coordina le attività degli uffici ASL, per i compiti previsti dalle leggi regionali 25/06 e 26/06 e dagli accordi regionali.
- Cura l'attività di monitoraggio regionale delle attività svolte dalla Medicina Generale in applicazione degli accordi nazionali, regionali e aziendali, ai fini della programmazione regionale da parte del CPR.
- E' componente dell'ufficio di cui all'art. 14 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/08 ed è referente per la MMG per la sanità elettronica.
- Collabora ai fini della istruzione di procedimenti sull'applicazione degli accordi nazionali e regionali;

Il CPR all'atto della individuazione del referente di cui al presente articolo individua anche i due componenti di cui all'art. 14 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07.

Le nomine di cui sopra hanno la stessa durata dell'accordo regionale.

L'impegno del referente non può superare 2 accessi settimanali. Per ciascun accesso si applica quanto previsto dall'art. 13, comma 11, lett. A) dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07. Quanto sopra si applica anche per le attività di cui all'art. 11 c.8 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07.

Art. 61 Flessibilità dei fondi.

I progetti di cui all'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07 devono intendersi come attività strutturali della MG. Il finanziamento dei fondi che assicurano le attività dei progetti di cui innanzi sono garantiti dalla Regione Puglia.

Le risorse di cui all'Art. 55 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07 " fondo per lo sviluppo delle forme associative complesse" sono oggetto di verifica annuale e le somme residue sono riutilizzate per finanziare progetti proposti dal CPA ai sensi dell'Art 25 dell'ACN.

Pertanto le ASL procedono, entro la chiusura dell'esercizio, ad accantonare tali somme residue per finanziare i progetti di cui al comma precedente.

Tali progetti, prima di essere deliberati dal Direttore Generale, devono ottenere il parere positivo del CPR.

Il fondo di cui all'art. 5 lettera B dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07, può essere impiegato, su proposta del CPA, per l'utilizzo oltre che dell'infermiere, anche delle figure professionali di Ostetrica, Tecnico della Riabilitazione ed Assistente Sanitario, in coerenza con quanto previsto dall'art. 5.

Tale facoltà potrà essere esercitata dai medici aderenti alle forme associative complesse, che già utilizzano collaboratori di studio, e prioritariamente per coloro che non si avvalgono della collaborazione di personale infermieristico.

Per l'ulteriore sviluppo della forma associativa complessa supergruppo l'azienda può integrare il piano di sviluppo delle forme associative utilizzando le risorse residue vincolate al passaggio da gruppo a supergruppo per favorire la costituzione di nuove forme associative supergruppo a partire da qualsiasi assetto organizzativo del medico (medico singolo, medico in associazionismo semplice, rete e super rete).

Il fondo di cui all'art. 56 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07 è attribuito a ciascuna Azienda nella misura di €. 0,214 per il numero di cittadini residenti nella ASL.

Art. 62 RCV

A. Seconda Fase del progetto RCV.

I medici che al 30/06/09 hanno superato il 35% del reclutamento della popolazione target per il calcolo del RCV accedono alla seconda fase del progetto che prevede:

- 1) l'ulteriore reclutamento di pazienti a cui effettuare il calcolo del rischio;
- 2) l'invio al Distretto, a partire dal 01/10/2010 e non oltre il 31/12/2010, di un report alla data del 30/09/2010 in cui, per ogni paziente cui sia stato calcolato il RCV nel periodo 09/01/2008 - 30/09/2010, siano riportati tutti i dati necessari al calcolo del RCV: pressione arteriosa, colesterolo totale, colesterolo HDL, condizione di paziente iperteso, condizione di paziente diabetico, abitudine o meno al fumo secondo il seguente schema:

Codice Fiscale	Data	RCV	P.A.	C-Tot	C-HDL	Ipertensione	Diabete	Fumo
----------------	------	-----	------	-------	-------	--------------	---------	------

	rilev							
--	-------	--	--	--	--	--	--	--

Al fini del monitoraggio, il Distretto invia i dati raccolti all'Ufficio Distrettuale della medicina generale (UDMG)

Il responsabile dell'UDMG provvede ad inviare i dati al responsabile dell'UACP per il monitoraggio aziendale. Quest'ultimo li invia al Referente Regionale delle Cure Primarie per le valutazioni di competenza.

Il compenso di € 15,00 per ciascun paziente reclutato sarà riconosciuto esclusivamente ai medici che avranno inviato i dati. Le ASL liquidano il compenso pari a € 15,00 per ciascun paziente arruolato con le competenze del mese successivo a quello di invio.

Per paziente arruolato si intende ogni paziente al quale sia stato effettuato nel periodo indicato (09/01/2008 - 30/09/2010) almeno un calcolo del RCV.

B. Riavvio del progetto RCV.

Tutti i medici che non hanno partecipato alla prima fase del progetto RCV o non hanno superato la soglia del 35% per partecipare alla seconda fase del progetto possono, entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente accordo, aderire al riavvio del progetto RCV.

Insieme alla disponibilità ad aderire al progetto, secondo le modalità già previste per la prima fase, i medici devono comunicare al Distretto di appartenenza la propria popolazione target: soggetti con età compresa tra 35 e 69 anni alla data di pubblicazione del presente accordo, esclusi quelli in cui sia stato già registrato un evento cardiovascolare.

Al fini del monitoraggio, il Distretto invia i dati raccolti all'Ufficio Distrettuale della medicina generale (UDMG). Il responsabile dell'UDMG provvede ad inviare i dati al responsabile dell'UACP per il monitoraggio aziendale. Quest'ultimo li invia al Referente Regionale delle Cure Primarie per le valutazioni di competenza.

Ai medici che nei successivi dodici mesi avranno registrato il calcolo del RCV almeno al 35% della propria popolazione target sarà corrisposto un compenso pari a € 1,40 per assistito ricompreso nella sua popolazione target comunicata all'atto di adesione al progetto.

Ogni medico trasmette in formato elettronico tipo Excel dati riferiti alla propria popolazione di assistiti per il calcolo del RCV al Distretto di appartenenza. Secondo il seguente formato:

Codice Fiscale	Data rilevazione RCV	Valore RCV
ZZZBCC55F31B234Z	12/06/2010	5,4

Al fini del monitoraggio, il Distretto invia i dati raccolti all'Ufficio Distrettuale della medicina generale (UDMG)

Il responsabile dell'UDMG, dopo aver verificato la correttezza del formato e la qualità del dato, provvede ad inviare i dati al responsabile dell'UACP per il monitoraggio aziendale. Quest'ultimo li invia al Referente Regionale delle Cure Primarie per le valutazioni di competenza.

Il compenso sarà corrisposto entro sessanta giorni dal giorno dell'invio dei dati.

Art. 63 Progetto Diabete

Il progetto Diabete di cui al presente accordo realizza quello individuato dal Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007.

Ad ogni ASL è consentito il reclutamento del 20% dei medici di assistenza primaria iscritti negli elenchi della propria azienda. Entro un mese dalla pubblicazione del presente accordo la Regione Puglia pubblica sul BURP un bando con il quale invita i medici di assistenza primaria ad aderire al progetto. Le domande saranno inviate dal MMG alla ASL di appartenenza che elaborerà la graduatoria aziendale.

I medici saranno graduati sulla base dei seguenti criteri:

- aver già superato alla data del 30/06/2009 il 35% del reclutamento dei pazienti per il calcolo del RCV sulla base dei criteri stabiliti dal relativo progetto;
- essere componente di una forma associativa complessa (super rete, super gruppo, CPT);
- essere componente di una forma associativa (rete, gruppo);
- Anzianità di utilizzo della cartella clinica informatizzata documentata dalla data di riconoscimento dell'indennità informatica.

Le ASL approvano la relativa graduatoria entro trenta giorni dal termine ultimo di presentazione delle domande previste dal bando. Entro i successivi trenta giorni la fase operativa del progetto avrà inizio con il reclutamento dei pazienti e l'inserimento all'interno della cartella clinica di ogni paziente reclutato dei seguenti dati:

Pressione arteriosa

Valore della emoglobina glicata

Valore del BMI

Valore del colesterolo totale, HDL ed LDL

Valore di Creatinina

Valore della microalbuminuria

Valore numerico del RCV calcolato secondo ISS

Vaccinazione anti influenzale.

Entro sei mesi dalla data di avvio del progetto i medici aderenti invieranno un primo report contenente i seguenti dati :

- **Codice paziente** : costituito da cinque caratteri. I primi due saranno le lettere iniziali del cognome e nome, i successivi due, numerici, saranno le ultime due cifre dell'anno di nascita e l'ultimo carattere sarà M o F a seconda del sesso Maschile o Femminile del paziente. (Esempio il sign Rossi Mario nato il 15 marzo del 1055 sarà codificato come RM55M e la Signora Verdi Adelina nata il 13/12/1945 sarà codificata come VA45F)
- **Indicatori di processo**
 - N° di pazienti reclutati / Totale pazienti diabetici in carico
 - N° di pazienti arruolati con dato di pressione arteriosa registrato negli ultimi 6 mesi/ Totale pazienti arruolati
 - N° di pazienti arruolati con dato di emoglobina glicata registrata negli ultimi 6 mesi/ Totale pazienti arruolati
 - N° di pazienti arruolati con dato di BMI registrato negli ultimi 6 mesi/ Totale pazienti arruolati

- **Indicatori di esito**

- N° di pazienti arruolati con ultimo valore registrato di PA \leq 130/80 / Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con ultimo valore registrato di emoglobina glicata \leq 7% / Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con ultimo valore registrato di colesterolo totale \leq 190 mg/dl /Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati vaccinati per l'influenza nel corso dell'ultima campagna vaccinale/Totale dei pazienti arruolati

Entro dodici mesi dall'inizio del progetto il medico dovrà inviare due report. Il primo con i nuovi dati semestrali del progetto come sopra riportati, il secondo con i seguenti dati annuali:

- N° di pazienti arruolati con dato di colesterolo totale registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con dato di creatininemia registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con dato di microalbuminuria registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati
- N° di pazienti arruolati con dato di rischio CV assoluto (ISS) registrato negli ultimi 12 mesi/ Totale pazienti arruolati

I dati, su file in formato tipo Excel, devono essere inviati al Distretto di appartenenza. Ai fini del monitoraggio, il Distretto invia i dati raccolti all'Ufficio Distrettuale della medicina generale (UDMG). Il responsabile dell'UDMG, dopo aver verificato la correttezza del formato e la qualità del dato, provvede ad inviare i dati al responsabile dell'UACP per il monitoraggio aziendale. Quest'ultimo li invia al Referente Regionale delle Cure Primarie per le valutazioni di competenza.

Il Distretto provvede a trasmettere semestralmente l'elenco dei medici che hanno adempiuto all'invio del dato di cui sopra all'Ufficio aziendale per il personale convenzionato per la MG ai fini del pagamento dei compensi.

Per le attività di cui innanzi è corrisposto un compenso pari a €. 54,00 per ogni paziente reclutato da erogare in due soluzioni:

- €. 27,00/paziente dopo l'invio dei dati al termine del primo semestre.
- €. 27,00/paziente dopo l'invio dei dati al termine del primo anno

Per perseguire gli obiettivi e le finalità della sanità elettronica, coerentemente con quanto previsto dall'accordo regionale reso esecutivo con DGR 2289/07 in tema di obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e di utilizzo del governo clinico quale strumento per garantirne l'appropriatezza e la qualità, è istituito il Nucleo di Formazione Sanità Elettronica (NuFoSE) a livello regionale ed in ogni ASL, composto da medici di medicina generale.

Sono componenti del Nucleo di Formazione Sanità Elettronica (NuFoSE) a livello regionale il referente regionale per le cure primarie ed i componenti dell'Ufficio di Segreteria di cui al comma 2 dell'art. 14 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07; a livello aziendale il responsabile dell'UACP, con funzione di coordinatore aziendale, a livello distrettuale un nucleo di medici di medicina generale, selezionati secondo gli indirizzi definiti dal CPR, con riferimento di un rapporto di un tuor ogni 12 medici di mG su base aziende.

Il NuFoSE ha il compito di formare i mmg all'utilizzo del mezzo informatico per migliorare i processi assistenziali, sviluppare percorsi di ricerca e di verifica della qualità, avviare il processo per la gestione del fascicolo individuale elettronico.

In fase di prima applicazione i progetti previsti dal presente accordo costituiscono gli obiettivi della Sanità Elettronica.

Il NuFoSE regionale elabora un progetto formativo e le linee guida per la formulazione ed attuazione dei piani aziendali per la formazione in Sanità Elettronica (SE) e lo sottopone all'approvazione del CPR..

Il responsabile dell'UACP definisce, nel rispetto degli indirizzi regionali, il piano aziendale per la formazione in SE e lo presenta al CPA per l'approvazione.

Per la realizzazione di quanto previsto dal presente articolo è individuato un fondo aziendale pari a € 0,44 per cittadino residente.

Il piano aziendale per la formazione in SE equivale al piano formativo aziendale per i MMG così come previsto dall'art.20 dell'ACN del 29.7.2009 ed è trasmesso al CPR, quale debito informativo obbligatorio della ASL.

Il Piano aziendale per la formazione in SE è approvato entro 60 giorni dalla definizione in seno al CPR delle linee guida regionali per la formazione alla SE, e prevede lo schema di ripartizione delle risorse del fondo aziendale nonché le modalità di composizione dei nuclei aziendali di Formazione Sanità Elettronica e le relative indennità, gli indicatori di risultato che devono essere trasmessi all'ufficio di cui all'art. 14 dell'AIR reso esecutivo con DGR 2289/07, nel rispetto degli indirizzi regionali

Ai componenti del NuFoSE regionale sono riconosciute dalla ASL di appartenenza le stesse indennità prevista per i formatori di cui al presente articolo.

In fase di prima applicazione, che avrà durata di 12 mesi dall'approvazione del piano aziendale, obiettivo dell'attività dei NuFoSE è quello di favorire l'adesione dei mmg alla gestione della cartella clinica informatizzata per problemi, così come previsto dall'art. 1 del presente accordo, allo sviluppo della SE e la formazione dei medici che hanno aderito al progetto RCV e al progetto Diabete.

Il piano aziendale di cui al presente articolo è approvato nell'ambito del CPR entro 30 gg. dalla pubblicazione degli indirizzi regionali.

art. 58 Accordi regionali

pag. 2

art. 59 Progetto di miglioramento della qualità in medicina generale:

standardizzazione delle modalità di gestione della cartella clinica

informatizzata.

pag. 2

art. 60 Referente regionale per le Cure Primarie	pag. 3
art. 61 Flessibilità dei fondi	pag. 3
art. 62 RCV	pag. 4
art. 63 Progetto Diabete	pag. 5
art. 64 Sanità Elettronica	

MACROAREA:

La prevenzione delle popolazioni a rischio.

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

Le malattie osteo-articolari.

OBBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

Riduzione della disabilità associata all'Artrite reumatoide.

TITOLO DEL PROGETTO:

Realizzazione della Rete di assistenza reumatologica e valutazione dell'impatto degli interventi per l'uso appropriato dei farmaci biologici nella cura dell'Artrite reumatoide di recente insorgenza (early arthritis).

BENEFICIARI E ATTORI

Popolazione target: donne e uomini di età 18-70 anni.

Attori:

SOGGETTI	RUOLO
Assessorato alle politiche della salute- Agenzia Regionale Sanitaria	Coordinamento
Segreteria unica regionale (Assessorato alle politiche della salute/AReS)	gestione delle procedure
Osservatorio Epidemiologico Regionale	verifica e controllo dei dati
Personale medico e del comparto già presente negli Ambulatori di "early arthritis" dei Centri Reumatologia di Bari (U.O. di Reumatologia Universitaria dell'Azienda Ospedaliera Conorziale Policlinico), Foggia (U.O. di Reumatologia Universitaria dell'Ospedale "Col. D'Avanzo), Lecce (U.O. di Reumatologia Ospedale "Galateo" di San Cesario), Barletta (Servizio di Reumatologia della ASL BAT).	Partner operativi
Dirigente Medico Coordinatore dell'attività dei Centri (Dirigente medico dell'U.O. di Reumatologia Universitaria dell'Azienda Ospedaliera Conorziale Policlinico di Bari)	coordinamento dell'attività della Rete Ambulatoriale dei Centri di Reumatologia pugliese

Analisi di contesto

In Puglia assai scarsi o del tutto assenti sono i dati epidemiologici dell'Artrite reumatoide, tanto che questi rappresentano uno degli obiettivi specifici di questo Progetto.

Tale carenza riflette un più generale deficit di dati epidemiologici nazionali.

Tuttavia è possibile ricavare una stima della prevalenza nazionale della malattia e, quindi, anche regionale derivandola dai dati della prevalenza mondiale (0,5-1% circa, con un rapporto di 3:1 a favore delle donne – Scott DL et al. Lancet 2010). In questo modo in Puglia, su di una popolazione generale di 4071518 abitanti (ISTAT al 31 dicembre 2006) è possibile stimare siano affette da questa malattia almeno 20000 persone.

Altro criterio, sia pure grossolano ed impreciso, per avere un'idea delle dimensioni del problema è fare riferimento ad alcuni indicatori surrogati quali il numero dei certificati di esenzione ticket per patologia e i dati relativi al consumo farmaceutico regionale dei farmaci più tipicamente utilizzati in questa patologia:

Numero Esenti in Regione Puglia per Artrite Reumatoide (codice esenzione 006)		
ASL	Anno 2007 (data esenzione <= 31.12.2007)	I trimestre 2008 (data esenzione <= 31.03.2008)
	n. assistiti	n. assistiti
Bari	1.775	1.823
BAT	404	411
Brindisi	636	647
Foggia	990	1.005
Lecce	1.169	1.197
Taranto	817	832
Totale	5791	5915

I dati indicano chiaramente quale è l'impegno attuale del sistema sanitario e come vi sia una tendenza al rapido aumento della richiesta di prestazioni in quest'area diagnostico-terapeutica, dipendente dalla evidente discrepanza dei casi certificati rispetto al numero di pazienti attesi per la nostra regione.

In modo analogo è possibile ricavare una stima dei costi sociali di questa malattia ed una loro proiezione come nella tabella seguente.

I costi sociali dell'artrite reumatoide

Indirect costs	2009	2019	2029	2039
Productivity loss	€ 1.563.059.136,56	€ 1.625.076.025,46	€ 1.624.038.936,88	€ 1.406.263.735,01
Care giver	€ 69.113.195,99	€ 88.330.016,93	€ 88.129.173,08	€ 76.782.147,11
Informal care	€ 666.008.399,03	€ 903.965.442,05	€ 1.043.972.100,12	€ 923.148.042,90
Total indirect costs	€ 2.298.180.731,59	€ 2.617.371.484,44	€ 2.756.140.210,08	€ 2.406.193.925,03
Direct costs				
Diagnostics	€ 136.624.526,50	€ 127.894.731,97	€ 128.179.792,06	€ 110.594.526,92
Treatments	€ 425.499.067,92	€ 406.799.340,00	€ 407.958.737,07	€ 352.315.626,71
Hospitalizations	€ 10.436.415,00	€ 13.520.251,57	€ 15.176.337,57	€ 13.370.863,76
DH	€ 4.238.120,30	€ 4.431.868,59	€ 3.930.754,09	€ 3.358.910,67
Other	€ 397.338.519,36	€ 550.746.585,08	€ 626.800.252,26	€ 553.742.930,13
Total direct costs	€ 974.136.649,08	€ 1.103.392.777,22	€ 1.182.045.873,04	€ 1.033.382.858,19
TOTAL	€ 3.272.317.380,66	€ 3.720.764.261,66	€ 3.938.186.083,12	€ 3.439.576.783,22

La diagnosi e la terapia dell'Artrite reumatoide devono tuttavia essere effettuate il più precocemente possibile perché:

1. La disabilità ed il danno radiologico sono precoci e progressivi (entro i due anni dall'esordio non solo sono già riconoscibili le erosioni articolari, ma il danno funzionale a quest'epoca raggiunge già il 75% del massimo danno possibile).
2. Disabilità e danno articolare procedono in maniera disaccoppiata dai fenomeni infiammatori che caratterizzano le fasi di acuzie della malattia. Può accadere, quindi che pazienti in apparente remissione abbiano comunque una progressione di malattia che conduce a gravi disabilità da danno strutturale delle articolazioni colpite..
3. Un trattamento precoce e adeguato (trattamento intensivo) previene il danno articolare ed aumenta la speranza di vita dei pazienti.

Poiché è ormai accertato che l'Artrite reumatoide determina una riduzione della speranza di vita, un aumento della morbilità ed una inesorabile evoluzione verso la inabilità della malattia non curata, appare evidente che la qualità della vita di questi pazienti è enormemente peggiorata, incrementando in maniera estremamente significativa i costi sociali dovuti all'assenteismo e/o al cosiddetto "preseenteism", la presenza sul posto di lavoro, volta esclusivamente ad evitare sanzioni economico-disciplinari, di persone ammalate che in realtà non sono in grado di svolgere i compiti loro assegnati. Affaticabilità, depressione, inabilità lavorativa fanno sì che questa malattia debba essere considerata una vera e propria "emergenza medica".

Un ritardo nella formulazione della diagnosi e nell'inizio di una terapia con DMARDs (Disease Modifiers Anti Rheumatic Drugs, i cosiddetti "farmaci di fondo") condiziona pesantemente l'evoluzione della malattia e dei suoi costi per la società.

Compito specifico dello specialista sarà poi quello di applicare i criteri clinimetrici più aggiornati per consentire un adeguato follow-up della malattia ed una semplificazione del processo decisionale di scelta dei farmaci e di valutazione degli outcomes.

Si raccomanderà che al termine dell'iter diagnostico ed a conclusione dell'inquadramento terapeutico lo specialista reumatologo invii al medico di medicina generale (MMG) del paziente una sintesi scritta contenente la diagnosi, la terapia ed il follow-up con esami di controllo e la tempistica dei successivi controlli specialistici.

Auspicabile sarebbe la segnalazione di eventuali eventi avversi attesi nell'utilizzo di farmaci noti e l'invio di schede tecniche di farmaci presumibilmente poco noti al MMG.

Al fine di un migliore monitoraggio del paziente sarebbe utile creare un canale di comunicazione tra lo specialista ed il MMG attraverso numeri telefonici dedicati e/o cellulari e/o e-mail e/o fax.

In Puglia assai scarsi o del tutto assenti sono i dati epidemiologici dell'Artrite reumatoide, tanto che questi rappresentano uno degli obiettivi specifici di questo Progetto. Tale carenza riflette un più generale deficit di dati epidemiologici nazionali. Tuttavia è possibile ricavare una stima della prevalenza nazionale della malattia e, quindi, anche regionale derivandola dai dati della prevalenza mondiale (0,5-1% circa, con un rapporto di 3:1 a favore delle donne – Scott DL et al. Lancet 2010). In questo modo in Puglia, su di una popolazione generale di 4071518 abitanti (ISTAT al 31 dicembre 2006) è possibile stimare siano affette da questa malattia almeno 20000 persone.

ANALISI DI CONTESTO DA SVILUPPARE

- 1) Riconoscimento regionale e collegamento in Rete di Ambulatori di "early arthritis" già esistenti ed operanti in Puglia (in particolare riconoscimento della cartella ambulatoriale elettronica già in uso con condivisione dei dati all'interno della suddetta Rete).
- 2) Riconoscimento della U.O. di Reumatologia Universitaria come Centro coordinatore della Rete.
- 3) Epidemiologia dell'Artrite reumatoide in Puglia.
- 4) Ottimizzazione dell'uso dei farmaci biologici per la cura dell'Artrite reumatoide.

CARATTERISTICHE DEL PROGETTO

Obiettivo specifico:

Realizzazione della "Rete Regionale di assistenza reumatologica che preveda:

- utilizzo di percorsi di diagnosi e cura omogenei e condivisi per la realizzazione delle Cure Primarie;
- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci biologici di uso in Reumatologia a disposizione del Medico Specialista prescritti su Piano Terapeutico (PT);
- valutazione dell'impatto del "P.D.T." per la cura dell'Artrite reumatoide di recente insorgenza" (attraverso l'analisi temporale prima/dopo dell'andamento delle prescrizioni dei farmaci sottoposti a PT?).

Standard di risultato:

- numero di nuove diagnosi di "early arthritis"
- verifica dell'adozione da parte dei medici prescrittori della DGR n.255 del 03/03/2009

Impianto di valutazione:

Previsti dal progetto 3 indicatori (di struttura, di processo, di risultato):

1) Indicatore di struttura

- Riconoscimento regionale e collegamento in Rete di Ambulatori di "early arthritis" già esistenti ed operanti in Puglia (in particolare riconoscimento della cartella ambulatoriale elettronica già in uso con condivisione dei dati all'interno della suddetta Rete).

2) Indicatore di processo

- n.ro di pazienti che accedono a terapie reumatologiche altamente specialistiche nei Centri reumatologici individuati sul tot. dei pazienti affetti da malattia reumatologica;
- n.ro di PT dei Farmaci Biologici;
- n.ro PT appropriati;
- n.ro soggetti affetti da Artrite reumatoide.

3) Indicatore di risultato

- Implementazione di percorsi di diagnosi e cura condivisi per la realizzazione delle Cure Primarie;
- raccolta dei dati regionali di prevalenza sull'Artrite reumatoide.

MODALITA' DI ATTUAZIONE*Primo quadrimestre*

- Realizzazione del modello sperimentale di Rete: collegamento in Rete degli Ambulatori di "early arthritis" ;
- Raccolta dei PT relativi ai farmaci biologici dai servizi farmaceutici territoriali della Regione Puglia.
- Secondo quadrimestre
- Implementazione e condivisione di percorsi di diagnosi e cura omogenei per la realizzazione delle Cure Primarie;
- Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci biologici secondo gli algoritmi decisionali messi a punto nel "P.D.T. per la cura dell'AR.

Terzo quadrimestre

- Appropriatezza-uso razionale delle risorse nel contesto del sistema;
- Studio di prevalenza dell'AR:
 - a) elaborazione dei dati;
 - b) analisi e prevalenza di patologia dell'AR;
 - c) report e formulazione di proposte finalizzate all'appropriatezza del percorso diagnostico- terapeutico.

MACROAREA:

Prevenzione delle popolazioni a rischio

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

Patologie orali

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

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

TITOLO DEL PROGETTO

Progetto di attivazione di un programma di Prevenzione e valutazione epidemiologica della carie nella popolazione infantile della Regione Puglia

Popolazione target: pazienti dai 7 anni ai 10 anni residenti in Puglia

Attori:

SOGGETTI	RUOLO
Agenzia Regionale Sanitaria	Coordinamento
Pediatri di Libera Scelta	Individuazione dei bambini da inviare presso gli ambulatori aderenti al Programma di Screening
Medici Odontoiatri Specialisti Ambulatoriali interni ed esterni	Verifica e controllo dei dati

Analisi di contesto

Epidemiologia della carie e delle malocclusioni

L'incidenza di patologie di interesse odontoiatrico, in età pediatrica, nonostante gli indubbi miglioramenti ottenuti in termini di salute generale, permane elevata (Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva, approvate dal Ministero della Salute il 10-10-2008).

L'elevata prevalenza della patologia cariosa nella popolazione infantile italiana recentemente rilevata (Campus et al., 2007) ci porta a valutare l'intera popolazione come potenzialmente a rischio di carie e come tale bisognosa di interventi preventivi di tipo estensivo (Tinanoff et al., 2002; Källestål et al., 2003; De Grauwe et al., 2004).

Gli zuccheri ingeriti con la dieta (intesi come carboidrati fermentabili) svolgono un ruolo fondamentale nei meccanismi eziopatogenetici della carie. Tale evidenza si basa su ricerche svolte sia *in vivo* sia *in vitro* (Touger-Decker e van Loveren, 2003; Petersson, 2003; Krol, 2003; Harris et al., 2004; Zero, 2004; Nunn, 2006; Karjalainen, 2007).

La considerevole prevalenza della patologia cariosa nella popolazione infantile italiana suggerisce di considerarla tutta a rischio di carie. La costante presenza di adeguate concentrazioni di fluoro nel cavo orale riduce significativamente il rischio di carie (Leroy et al., 2003; Levy, 2003; Marinho et al., 2003; Twetman et al., 2003; Weintraub, 2003; Douglass et al., 2004; Marinho et al., 2004a; 2004b; Peterson et al., 2004; Twetman et al., 2004; Jones et al., 2005; Yeung et al., 2005; Adair, 2006; Hiiri et al., 2006).

La fluoroprofilassi deve essere consigliata per tutti i soggetti in età evolutiva che vivono in aree con acqua a basso contenuto di fluoro (< 0,6 ppm). La sigillatura dei solchi e delle fossette della superficie occlusale degli elementi dentari è una metodica di prevenzione della carie conosciuta ed applicata in tutto il mondo ormai da molti decenni (Simonsen, 2002; Mejare et al., 2003; Ahovuo-Saloranta et al., 2004; Kitchens, 2005; Hiiri et al., 2006).

La sigillatura è particolarmente indicata per i primi molari permanenti.

Le sigillature sono indicate per tutti i bambini. La loro efficacia nel prevenire la carie è massima se vengono applicate nei 2 anni successivi all'eruzione e la loro integrità va controllata ogni 6-12 mesi.

Appare, quindi, chiara la necessità di promuovere interventi preventivi che, affinché possano avere la massima efficacia, necessitano dell'interazione sinergica di tutte le professionalità deputate al mantenimento ed al ripristino della salute orale.

Oltre a ciò si osserva la necessità di affrontare quotidianamente nuovi problemi, in vista di una stabile e duratura salute orale, auspicabile soprattutto per le fasce più giovani della popolazione.

Caratteristiche del progetto

Obiettivo specifico:

Valutazione epidemiologica e sigillatura dei solchi e fossette riservata ai bambini nella fascia di età 7-10 anni presso gli ambulatori di specialistica ambulatoriale accreditata per le attività di odontoiatria.

Popolazione target: Bambini residenti nella Regione Puglia tra 7 e 10 anni, che possono accedere previa selezione ed invio da parte del PLS

Modalità di attuazione:

Il Programma sarà coordinato da un Gruppo Tecnico Regionale che provvederà a sviluppare le fasi progettuali ed a garantire la realizzazione e monitoraggio delle operazioni programmate.

Il Programma si realizzerà in aree con elevati indici di deprivazione della popolazione residente individuata dal Gruppo Tecnico Regionale e coinvolgerà, come destinatari finali, pazienti dai 7 anni ai 10 anni invitati a sottoporsi agli interventi previsti. Si ritiene di individuare questo target poiché i bambini di questa età sono sufficientemente maturi per recepire un messaggio preventivo.

La valutazione dello stato di salute orale viene eseguita dal pediatra di famiglia durante i bilanci di salute. In questa sede il Pediatra inviterà il paziente a recarsi presso uno degli Ambulatori aderenti al Programma di screening.

I destinatari intermedi, individuati nei pediatri di libera scelta, dovranno motivare i genitori alla prevenzione e convincerli a portare i bambini dagli odontoiatri.

Sono previsti incontri formativi per i Pediatri e gli Odontoiatri incentrati sulla diagnosi della patologia cariosa e parodontale e sulle implicazioni sistemiche che le malattie del cavo orale presentano.

Inoltre si evidenzierà come la prevenzione si basa sulla promozione della salute orale associata a visite di controllo periodico e l'uso corretto dell'igiene domiciliare (spazzolino, filo interdentale, rivelatori di placca, colluttori medicati, ecc..) e dei presidi di prevenzione specialistici (applicazioni topiche di fluoro, sigillatura dei solchi, test salivari ecc..).

L'identificazione di un destinatario intermedio (Pediatra) da raggiungere prima del destinatario finale, si prefigge lo scopo di poter svolgere al meglio quella che possiamo identificare come la prima soglia diagnostica. Inoltre offre al destinatario finale un interlocutore di fiducia per il primo approccio alla tematica in esame, ma anche preparato ed aggiornato per approfondire qualsiasi dubbio successivo alla fase di intervento preventivo primario.

La sensibilizzazione alla prevenzione odontoiatrica viene attuata mediante strumenti cognitivi e pratici quali poster e opuscoli da distribuire in tutte le strutture sanitarie di riferimento (Pediatri di libera scelta e Odontoiatri) pugliesi.

Il Poster viene realizzato con l'intento di trasmettere ai ragazzi messaggi positivi, che promuovano abitudini di vita salutari per la salute orale.

L'opuscolo viene realizzato con l'intento di trasmettere messaggi che stimolino dei comportamenti positivi legati alla salute orale.

Criteri ed indicatori

1. Costituzione del Gruppo Tecnico Regionale di Coordinamento (entro il primo trimestre) – I anno

2. Individuazione delle aree ove si svolgerà l'intervento e della rete dei PLS aderenti al Progetto (entro il quadrimestre) – I anno
3. Predisposizione del materiale di informazione e comunicazione (entro il primo semestre) – I anno
4. Definizione della rete degli erogatori delle prestazioni specialistiche (entro il primo semestre) – I anno
5. Predisposizione e realizzazione delle attività formative (entro il primo anno)
6. Coinvolgimento dei bambini della fascia di età 7 – 10 anni ed avvio allo screening (dal secondo semestre) – I anno

MACROAREA:

Prevenzione delle popolazioni a rischio

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

Disturbi Psichiatrici

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012

- Lotta alla depressione
- Implementazione delle strategie per il riconoscimento e l'identificazione precoce dei casi a rischio e sottosoglia;
- Sostegno a Progetti di ricerca-intervento, basati su prove di efficacia, in un'ottica di integrazione fra Servizi Pubblici e l'Associazione, in collaborazione con Enti locali, Scuole e Mass Media;

TITOLO DEL PROGETTO

“Stigma, pregiudizio e mancanza di comunicazione quali fattori discriminanti nel ritardo della presa in carico da parte dei Dipartimenti di salute mentale e percorsi condivisi psicoeducativi ed empowerment come strategia di superamento di tali fattori”

Beneficiari e attori

Popolazione target: adolescenti (età: 14-18 anni) residenti in Puglia iscritti in scuole : 227.904 adolescenti distribuiti in 485 scuole del territorio (dati ISTAT 2009)

Attori:

SOGGETTI	RUOLO
Agenzia Regionale Sanitaria	Coordinamento
Segreteria unica regionale (c/o Assessorato alle politiche della salute e l' A.Re.S)	Gestione delle procedure di chiamata attiva
Cattedra di Psichiatria, Università degli Studi di Foggia	Coordinamento scientifico. Verifica e controllo dei dati;
Responsabile ASL + Gruppo di staff di formazione (compreso personale amministrativo) nominato da Direzioni strategiche delle ASL	/Coordinamento delle attività sul territorio della ASL Gestione amministrativa e rendicontazione economica - Organizzazione e gestione dei percorsi del programma sul territorio della ASL
Società Italiana di Psichiatria Sociale (SIPS)	Patrocinio scientifico e morale;
Associazione di promozione sociale “Stigmamente, Arte Media e Psichiatria sullo Stigma e la Diversità”	Coordinamento mediatico, marketing sociale e social advertising del progetto;
Delegati alla salute Asl e personale dei DSM/CSM	Staff di formazione dei docenti scolastici. Effettori presso gli istituti e gli studenti del programma. Somministratori dei test di indagine/controllo;
Personale scolastico / docenti	Referenti degli istituti coinvolti nel programma;

Analisi di contesto

Epidemiologia della depressione in Puglia

I ricoveri per disturbi psichici nella classe 12-17 anni (dati SDO 2006) rappresentano il 3,1% del totale dei ricoveri, costituendo la decima causa di ricovero in questa fascia di età.

Caratteristiche del progetto

Obiettivo specifico:

Sottoprogetto 1

riconferma dell'iniziativa di prevenzione primaria nelle scuole, a cura dell'A.Re.S. Puglia, attraverso le immagini cinematografiche, con il nome Lotta al pregiudizio e allo stigma (4500 alunni già coinvolti, distribuiti in 30 città);

Sottoprogetto 2

attività di empowerment condotta in 6 CSM del territorio pugliese con il coinvolgimento delle scuole professionalizzanti;

Popolazione target:

adolescenti (età: 14-18 anni) residenti in Puglia iscritti in scuole : 227.904 e distribuiti in 485 scuole del territorio pugliese (dati ISTAT 2009)

Standard di risultato:

- Valutazione degli atteggiamenti e delle tendenze al pregiudizio verso la malattia mentale secondo questionari standardizzati del Ministero della Salute e il questionario Stigmaquest, entrambi già in uso nell'attività Ares in corso; lavori in gruppi misti di studenti e operatori dei CSM; formazione degli staff Asl DSM e staff di docenti;
- Valutazione dell'impatto dell'intervento psicoeducativo (sottoprogetto 1) e di empowerment (sottoprogetto 2) sugli atteggiamenti e le tendenze al pregiudizio verso la malattia mentale

Logica del progetto:

In Italia, circa 250.000 persone sono affette da disturbi psicotici e rappresentano tuttora l'utenza più cospicua dei servizi di salute mentale. Benché il decorso dei disturbi psicotici sia profondamente cambiato negli ultimi anni e sia sicuramente più favorevole di quanto ritenuto in passato, numerosi studi hanno documentato che una presa in carico precoce e l'erogazione di interventi appropriati nelle prime fasi di malattia potrebbero ulteriormente migliorare il decorso della schizofrenia e degli altri disturbi psichiatrici, sia in termini clinici che di disabilità sociale. I ricoveri per disturbi psichici nella classe 12-17 anni (dati SDO 2006) rappresentano il 3,1% del totale dei ricoveri, e costituiscono la decima causa di ricovero in questa fascia di età.

Early intervention, DUP e Stigma nelle malattie mentali gravi

Da diversi anni, anche in psichiatria l'attenzione dei clinici e dei ricercatori si è sempre più spostata dalla gestione dei quadri clinici conclamati alla presa in carico dei pazienti all'esordio di malattia. L'importanza di porre particolare attenzione alle fasi precoci dei disturbi mentali era emersa già nella prima metà del Novecento; tuttavia, solamente a partire dall'inizio degli anni Novanta sono stati sviluppati un'attività di ricerca strutturata ed un modello clinico-terapeutico incentrati sugli interventi precoci (early intervention).

In sintesi, il modello clinico-specialistico basato sugli interventi precoci e dedicato alla categoria degli adolescenti e dei giovani adulti nasce da alcune considerazioni: circa il 75% dei disturbi psichiatrici ha un esordio entro i 24 anni.

I servizi dedicati alla cura della salute mentale manifestano un significativo ritardo nella presa in carico dei pazienti all'esordio della patologia; tale periodo, definito "durata di psicosi non trattata" (duration of untreated psychosis - DUP) dura in media 1-3 anni. Il periodo critico (critical period - CP), definito come il periodo di tempo immediatamente successivo all'esordio psicotico, della durata di 3-5 anni, rappresenta il momento di massima vulnerabilità del paziente per quanto riguarda la comparsa di ricadute, rischio di suicidio e compromissioni biopsicosociali. E', pertanto, necessario intensificare gli interventi terapeutici in questa fase delle malattie mentali.

Inoltre, l'esperienza nei servizi psichiatrici dei pazienti all'esordio e dei loro familiari è, il più delle volte, traumatica e demoralizzante e causa alti tassi di drop-out.

La DUP è definita, dunque, come il periodo che intercorre tra l'esordio sintomatologico e l'inizio di un trattamento adeguato. Una DUP più lunga si associa ad un esito peggiore delle malattie mentali maggiori, sintomi negativi all'inizio della terapia, minore grado di remissione dai sintomi positivi, maggiori disfunzioni cognitive e aumentata resistenza al trattamento.

È stato documentato che i servizi specialistici strutturati per gli interventi riescono a ridurre la DUP da 2-3 anni a 3-4 mesi. La riduzione della DUP sembra determinare miglioramenti che si mantengono per almeno cinque anni, soprattutto per quanto riguarda i sintomi negativi della schizofrenia. Sebbene la diffusione dei servizi per gli interventi precoci abbia ridotto significativamente la DUP, essa rappresenta ancora un problema serio, che andrebbe affrontato attraverso campagne di informazione rivolte alla popolazione generale ed alle figure professionali che più spesso entrano in contatto con le persone a rischio di sviluppare un disturbo psicotico (medici di medicina generale, insegnanti, ecc.).

Fattori che concorrono a ritardare l'accesso alle cure:

Età e sesso:

L'esordio precoce e il sesso maschile predispongono ad un maggiore ritardo nell'accesso ai trattamenti psichiatrici in quanto i comportamenti "anomali" degli adolescenti sono generalmente tollerati dal contesto sociale e quindi, soprattutto nei giovani maschi, si corre facilmente il rischio che l'esordio psicotico venga interpretato in maniera scorretta.

Aspetti psicopatologici:

La sospettosità, le idee persecutorie, la chiusura sociale e la mancanza di insight possono ritardare la richiesta d'aiuto da parte del paziente. Inoltre, l'esordio subdolo, il

ritiro sociale e i sintomi negativi attirano meno l'attenzione di familiari e amici, con conseguenti ritardi nella richiesta d'aiuto o nei contatti con operatori sanitari non psichiatri (medici di base, neurologi, ecc.).

Stigma:

È purtroppo ancora diffusa, in molti pazienti e familiari, la "resistenza" a rivolgersi ai servizi di salute mentale, sia per il timore di ricevere un'etichetta di "malati mentali", sia per una diffusa scarsa fiducia nei trattamenti psichiatrici.

Primo contatto con i servizi di salute mentale: tempistica e fattori ritardanti la presa in carico:

È dimostrato da più fonti (Società Italiana di Psichiatria, World Psychiatric Association, World Health Association, European Union for Mental Health- Eurobarometro 7.2) che interventi farmacologici e psicosociali di provata efficacia forniti nelle prime fasi della schizofrenia e della depressione migliorano la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari e riducono, allo stesso tempo, gli elevati costi materiali e sociali di questi disturbi.

Il modello di assistenza territoriale italiano potrebbe offrire notevoli opportunità per favorire l'accesso precoce a trattamenti appropriati dei pazienti con schizofrenia e disturbi dell'umore; tuttavia aspetti legati a difficoltà logistiche, alla ripartizione dei carichi di lavoro ed al ridotto numero di operatori in servizio rendono spesso complicato questo scenario. Riuscire ad assicurare un intervento tempestivo, appropriato ed efficace ai pazienti con disturbi psichiatrici è diventata una delle competenze fondamentali che devono fare parte del bagaglio professionale dei giovani psichiatri che lavorano nei servizi pubblici.

Elementi che favoriscono l'accesso precoce ai trattamenti adeguati:

- Formare e informare i familiari delle persone "a rischio" e le diverse figure professionali con cui la persona potrebbe entrare in contatto sui fattori di rischio e sulle principali caratteristiche delle psicosi.
- Favorire in particolare la collaborazione con il corpo docenti e accogliere il paziente in strutture non "stigmatizzanti" o, laddove impossibile, effettuare i primi incontri al domicilio del paziente, evitando una eccessiva e precoce "medicalizzazione". Spesso i sintomi più precoci riportati dai pazienti appartengono alla dimensione affettiva e rischiano di trarre in inganno medici non specialisti o senza un'adeguata formazione in questo ambito. Diventa fondamentale, in anamnesi, acquisire tutte le informazioni non solo dal paziente ma anche dai suoi familiari e dalle figure professionali con cui è in contatto, ad iniziare dai professori. Andranno valutati: l'esordio dei sintomi, il decorso, la durata, i segnali di rischio di violenza, di ideazione suicidaria o di altri comportamenti pericolosi, eventuali pregressi tentativi di accedere ai servizi sanitari e l'effetto degli interventi ricevuti.

Le precedenti problematiche sono state discusse anche nel PATTO EUROPEO PER LA SALUTE MENTALE E IL BENESSERE, Conferenza di Alto livello dell'UE, svoltasi a Bruxelles nel 2008, che ha recepito le iniziative adottate negli ultimi anni dalle politiche comunitarie in materia di salute mentale e gli impegni espressi dai Ministri della Salute

degli Stati membri nella "Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa" (adottata dall'OMS nel 2005), nonché una serie di Atti internazionali, fra cui la "Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità". Secondo le stime attuali, i disturbi mentali sono in aumento nell'UE; infatti, le persone che soffrono di disturbi mentali sono quasi 50 milioni (l'11% circa della popolazione), tenendo presente che gli uomini e le donne sviluppano e presentano sintomi diversi.

In considerazione di quanto sin qui riportato, si ritiene necessario avviare interventi specifici su:

LOTTA ALLO STIGMA E ALL'ESCLUSIONE SOCIALE

Lo stigma e l'esclusione sociale, sono sia fattori di rischio che conseguenze dei disturbi mentali e possono ostacolare fortemente tanto la richiesta di aiuto che la guarigione, oltre a ritardare come si è detto la presa in carico dei principali disturbi psichiatrici. I responsabili politici pertanto sono invitati a prendere misure volte a combattere la stigmatizzazione e l'esclusione sociale attraverso:

- il sostegno ad attività e campagne contro la stigmatizzazione, condotte ad esempio dai media, nelle scuole e nei luoghi di lavoro, per favorire l'integrazione delle persone che soffrono di disturbi mentali;
- lo sviluppo di servizi di salute mentale che siano ben integrati nella società, che collochino l'individuo al centro dell'intervento e agiscano in modo da evitare la stigmatizzazione e l'esclusione;
- la promozione attiva dell'inclusione sociale delle persone che soffrono di disturbi mentali consentendo loro di accedere con più facilità al mondo del lavoro e fornendo opportunità di formazione e di istruzione;
- il coinvolgimento delle persone colpite da disturbi mentali, delle loro famiglie e dei carers nei processi decisionali e nello sviluppo delle politiche.

PREVENZIONE DELLA DEPRESSIONE

La depressione è il disturbo psichiatrico con maggiore prevalenza nella popolazione ed è uno dei principali fattori di rischio per i comportamenti suicidari, in particolare tra gli adolescenti. Per tali motivi gli interventi sanitari più mirati in tal senso sono volti a:

- prevenire il suicidio e la depressione, in particolare migliorare la formazione dei professionisti sanitari e dei principali attori della salute mentale nel settore sociale;
- sensibilizzare sulle tematiche della salute mentale l'opinione pubblica, gli operatori sanitari e gli altri settori interessati.

Nell'ambito di questi due temi specifici sono previsti i due sottoprogetti.

Sottoprogetto 1: Prevenzione e Lotta allo Stigma ed al Pregiudizio nei confronti dei disturbi psichiatrici mediante un intervento psicoeducativo effettuato su popolazione scolastica.

Al fine di contrastare e prevenire il fenomeno dello stigma e della discriminazione legati alle malattie mentali più gravi è indispensabile aumentare la conoscenza sulla natura dei principali disturbi psichici e sulle diverse possibilità di trattamento, migliorare

l'atteggiamento generale verso le persone affette da disturbi psichici e i loro familiari e promuovere azioni che prevengano o eliminino la discriminazione ed i pregiudizio.

Nell'ambito delle iniziative di prevenzione si intende svolgere una azione formativa sul territorio pugliese soprattutto negli ambiti pedagogico-formativi particolarmente sensibili allo stigma (scuole),attraverso la proiezione di film a tema, proposte letterarie e comunicativa, discussioni dopo le proiezioni e le letture. Secondo l'approccio ecologico, infatti, un intervento di prevenzione primaria non può prescindere dai contesti ambientali quotidiani come le scuole, i luoghi di lavoro e le comunità. La scelta della scuola, peraltro largamente praticata dalla WPA, è stata determinata dal suo essere agenzia educativa e punto di riferimento di un'intera comunità (studenti, insegnanti, genitori, ecc). Per tale motivo le campagne di prevenzione primaria realizzate nelle scuole tendono a raggiungere una percentuale elevata di giovani e un buon numero di adulti. Recenti ricerche (Corrigan P. Gelb B., 2006) hanno evidenziato come le campagne educative e di sensibilizzazione anti- stigma possono essere affrontate attraverso approcci differenziati quali: l'azione diretta all'eliminazione di un singolo aspetto dello stigma; l'approccio pedagogico e di social marketing; il contatto diretto con lavoratori nelle professioni d'aiuto. Esiste, comunque, un comune accordo (Potts, Gilles, Wood, 2001) nel ritenere che i migliori risultati si ottengano attraverso: eventi mediatici (film,web, eventi culturali e tecniche di marketing sociale/pubblicità progresso); uso di una metodologia di communication skills capaci di stimolare l'intelligenza emotiva; campagne d'informazione "alla pari" per i giovani e provenienti dal crowdsourcing. La recentissima conferenza dei servizi europea sulla salute mentale (Lisbona 2010) ha rilanciato l'importanza della dimensione mediatica dell'informazione sulle malattie mentali.

Per la realizzazione del progetto sono previsti incontri gestiti da staff misti (referenti della educazione sanitaria presenti in ogni ASL pugliese insieme a delegati dei DSM del medesimo territorio di competenza). Si intendono coinvolgere tutte le diverse figure professionali e competenze presenti nei DSM, compresi i medici e gli psicologi afferenti ai servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Il progetto prevede il coinvolgimento di circa 60 professionisti dei DSM competenti ed una rete di azione che comprende 30 centri urbani distribuiti omogeneamente sul territorio regionale. Nel corso di ogni proiezione sarà coinvolto un numero massimo di 150 studenti.

Sono previsti 5 incontri in ogni scuola, a cadenza mensile. La popolazione studentesca coinvolta direttamente si stima in circa 5000 studenti.

Il progetto prevede anche la distribuzione di idonei kit composti da 4 libri distribuiti ogni 10 ragazzi.

Verranno somministrati alcuni tests psicometrici per valutare la percezione dello stigma e del pregiudizio (Questionario per la Lotta allo Stigma – T0 e T1 del Ministero della Salute; Stigmaquest; Questionario sul Self Stigma . SSQ1, ISE;). Inoltre verranno somministrati alcuni tests per la valutazione del rischio depressivo e della qualità di vita al fine di permettere uno screening precoce di potenziali disturbi dell'umore (Questionario WHO-5 Being Index, Phq – 9, Phq-2, GAD-7) e di facilitare, in questi casi, la richiesta di presa in carico da parte dei servizi competenti.

Sottoprogetto 2: FORMARSI INSIEME: un percorso formativo in salute mentale condiviso tra pazienti, studenti ed operatori.

Il Progetto prevede una formazione interattiva e condivisa tra diversi soggetti: utenti dei Centri di Salute Mentale (CSM) rappresentati anche in Associazioni, studenti professionalizzanti nel campo socio-sanitario (Istituti magistrali, Licei Psicopedagogici, ecc.), operatori di CSM.

Il percorso formativo costituirà un'esperienza pratica, nel fare insieme, di superamento dei pregiudizi e degli stereotipi legati alla "malattia mentale".

Il Progetto si propone di far interagire bisogni soggettivi e bisogni formativi:

- bisogno di espressione e affermazione della propria soggettività da parte degli utenti dei servizi,
- bisogno di esperienza diretta e soggettiva, da parte degli studenti, di realtà apprese solo in modo teorico o scolastico,
- bisogno degli operatori di praticare/consolidare una metodologia di lavoro basata sullo scambio e l'interazione attraverso il mettersi in gioco nella relazione con gli stakeholders.

La formazione si articolerà in laboratori teorico/pratici che costituiranno i momenti d'incontro-confronto tra studenti, utenti ed operatori.

I laboratori si svilupperanno sia nell'ambito scolastico, sia nei CSM, all'interno d'azioni già in atto o da realizzare nel corso del progetto, che coinvolgano utenti ed associazioni per la salute mentale (laboratori espressivi e formativi, gruppi di auto-mutuo-aiuto, iniziative di impresa sociale)

Il progetto si propone di:

- Approfondire in senso dinamico gli stereotipi dello stigma e ricercare nuove strategie di comunicazione e di formazione per il superamento dei pregiudizi e degli stereotipi che resistono nella rappresentazione sociale del "malato mentale"
- Sperimentare una formazione interattiva e partecipativa del campione di studenti, lavorando sulla loro motivazione e mettendo in situazione di scambio di esperienze, anche soggettive, studenti, utenti e operatori per affrontare in modo "profondo" i pre-giudizi, anche impliciti, rispetto alla diversità e la violenza insita nel processo di esclusione-stigmatizzazione
- Far emergere, nell'interazione tra studenti, utenti ed operatori, elementi per rimettere in gioco saperi, motivazioni ed emozioni che coinvolgano la soggettività delle persone, al di là di barriere e stereotipi legati a differenze di ruoli e di poteri
- Individuare, valorizzare competenze e sviluppare empowerment dei cittadini utenti coinvolti.
- Stimolare un'azione permanente di collegamento tra servizi, associazioni e studenti di scuole professionalizzanti creando strumenti di rete che possano valorizzare, proseguire e diffondere la pratica del "formarsi insieme"

Il Progetto avrà la durata di due anni e sarà esteso su tutto il territorio regionale pugliese, coinvolgendo un CSM per ogni provincia in cui sia già presente un'Associazione di utenti o siano comunque in atto pratiche mirate alla promozione del

protagonismo e della partecipazione degli utenti all'interno di un lavoro di salute mentale di comunità.

Il CSM prescelto dovrà essere in collegamento con gli Istituti professionalizzanti previsti nel Progetto.

Il progetto prevede:

- La costituzione di un Gruppo di monitoraggio del progetto in ogni realtà provinciale composto da almeno un referente del progetto per il C.S.M. uno per la scuola coinvolta nel progetto ed un rappresentante degli utenti e/o delle associazioni per la salute mentale.
- 1 esperto in project work per l'avvio del processo e per l'elaborazione del progetto formativo.
- 1 esperto dell'azione formativa da svolgere in ognuna delle scuole coinvolte nel progetto che avrà anche una funzione di coordinamento dei gruppi di monitoraggio.

Il progetto si svilupperà nelle seguenti fasi:

1. Costituzione di un gruppo di lavoro in ogni CSM, formato da operatori ed utenti rappresentati anche in associazione.
2. Gruppi di discussione e di approfondimento sui vissuti di utenti ed operatori rispetto al pregiudizio e agli stereotipi legati al "malato mentale".
Somministrazione di un questionario sullo stigma ad utenti ed operatori.
3. Elaborazione condivisa tra utenti ed operatori, dei contenuti, strumenti e strategie del progetto formativo da proporre nelle scuole in cui gli utenti siano parte attiva del percorso formativo.
4. Presentazione del progetto nelle scuole e costituzione del gruppo di lavoro congiunto per definire e condividere il percorso formativo da attuare nelle scuole e nei CSM.
Somministrazione di un questionario sullo stigma agli studenti e ai docenti che parteciperanno al progetto.
5. Momenti di incontro/confronto nelle scuole, tra studenti, utenti ed operatori in cui, bisogni e motivazioni degli studenti e l'approfondimento soggettivo della sofferenza e dell'esclusione diventino elementi dinamici del processo formativo e offrano nuovi elementi di riflessione per la ricerca.
6. Partecipazione del gruppo di studenti a laboratori ed iniziative nei CSM insieme ad utenti ed associazioni (laboratori espressivi e formativi, gruppi di auto-mutuo-aiuto, iniziative di impresa sociale).
7. Messa in rete delle esperienze promosse dal progetto.
8. Somministrazione di verifica del questionario.

METODOLOGIA

Sarà privilegiato il metodo interattivo secondo il modello della ricerca-azione partecipativa. Si prevede l'attivazione di un processo dinamico che coinvolgerà tutti gli attori della ricerca in ogni fase del percorso con la condivisione delle scelte e delle decisioni. Questa metodologia del "fare insieme" dovrebbe individuare e sviluppare competenze in tutti gli attori coinvolti a vario titolo nel progetto.

Criticità

Ci sono notevoli indizi a supporto della tesi (Greenberg et al, 2001) che i programmi di promozione della salute mentale rivolti agli studenti dovrebbero cominciare già nelle scuole materne ed elementari ed essere accompagnati da interventi diretti a cambiare la cultura della scuola nei giovani e a coinvolgere le famiglie.

Weissberg et al (2001) concordano che in futuro le ricerche non si dovranno chiedere solo se un certo programma funziona, ma anche valutare quale combinazione di programmi o strategie funziona.

In una valutazione complessiva del programma si ritiene che non siano presenti particolari criticità se non quelle collegate alla erogazione di adeguati finanziamenti, considerando che ci si potrà avvalere della collaborazione di scuole ed insegnanti volontari e particolarmente motivati.

E' fondamentale, altresì, il reperimento di adeguate strutture (avvalendosi anche della disponibilità di enti e istituzioni esterne alla scuola come sale biblioteca, comunali o provinciali) dove poter assistere con una qualità almeno sufficiente ai film e l'accessibilità alla rete web.

Sarà necessario, inoltre, valutare le eventuali resistenze da parte di psicologi e dei dirigenti scolastici con un diverso approccio teorico, soprattutto se non coinvolti nel processo di formazione effettuato dagli staff ASL-DSM aderenti al progetto.

Bibliografia

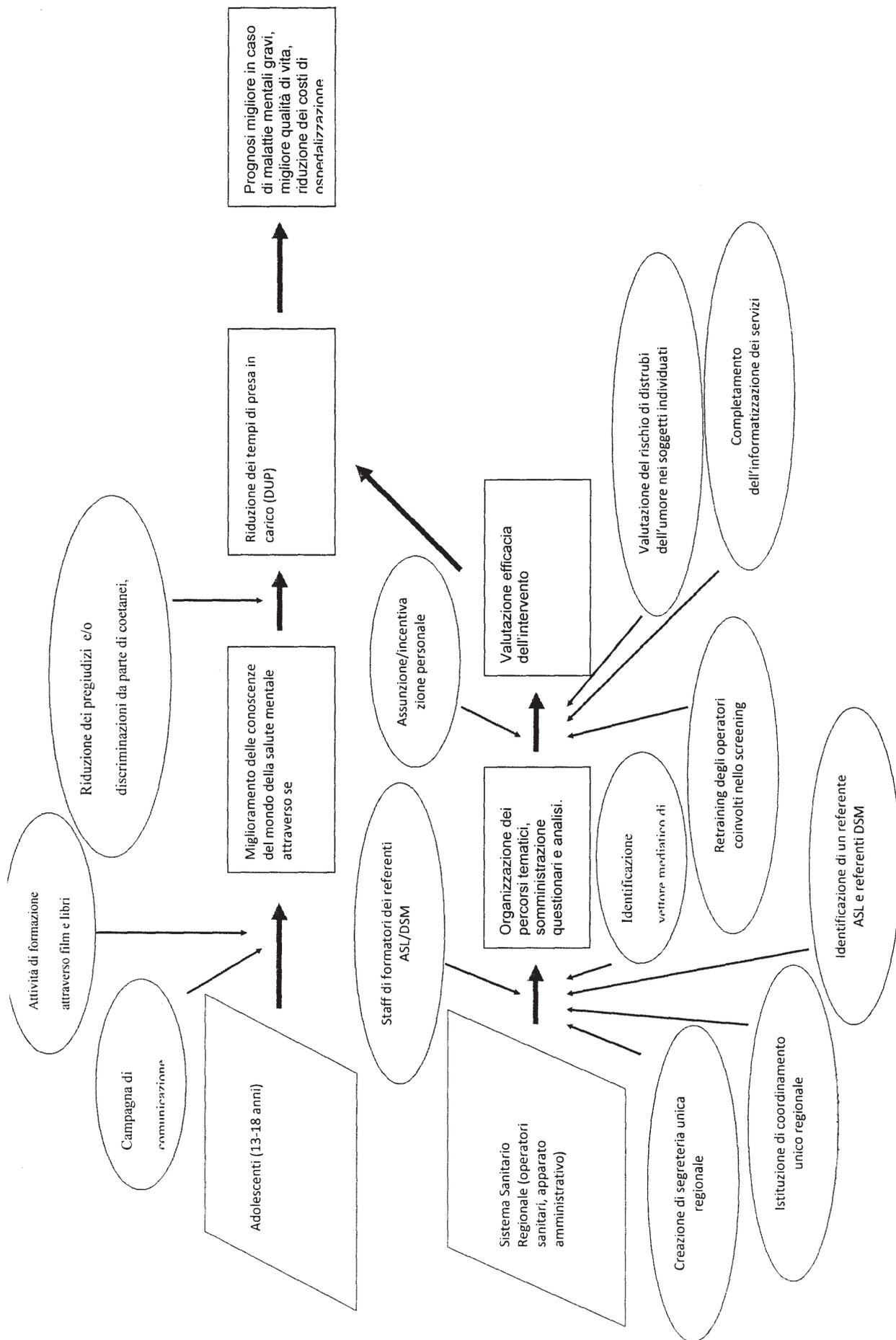
- Birchwood M, Fowler D, Jackson C. Early intervention in psychosis: a guide to concepts, evidence and interventions. Chichester: Wiley, 2000.
- Hafner H. Prodrome, onset and early course of schizophrenia. In: Murray RM, Jones PB, Susser E, Van Os J, Cannon M. The epidemiology of schizophrenia. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- McGorry PD, Jackson HJ. Riconoscere e affrontare le psicosi all'esordio: un approccio preventivo. Torino: Centro Scientifico Editore, 2001.
- McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:148-56.
- Ministero della Salute. Linee guida: gli interventi precoci nella schizofrenia. 2007.
- Patel V, Flisher AI, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007;
- Norman RM, Malla AK. Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine* 2001
- Collins A, Holmshaw I. Early detection: a survey of secondary school teacher's knowledge about psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 2008;
- Joa I, Johannessen JO, Auestad B, Friis S, McGlashan T, Melle I, et al. The key to reducing duration of untreated first psychosis: information campaigns. *Schizophrenia Bulletin* 2008
- Bandura A. (1996) *Self-efficacy in changing societies*. Traduzione italiana "Il senso di autoefficacia". Trento Erikson
- Buzzi C., Cavalli A., De Lillo A. (2002) "Giovani del nuovo secolo: Quinto Rapporto LSRD sulla condizione giovanile in Italia, Il Mulino Bologna
- Caprara C.V., Delle Fratte, A. Steca P. (2002) *Determinanti personali del benessere nell'adolescenza. Indicatori e predittori*. Psicologia clinica dello sviluppo
- Di Pietro M. (1998). *L'ABC delle mie emozioni: corso di alfabetizzazione socio-affettiva*. Trento: Erickson
- Falloon T. (200) *Il trattamento integrato per la salute mentale: guida pratica per operatori ed utenti*- Salerno Ecomind
- Fava G.A. Ruini C. (2003) *Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy well-being therapy*. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*
- Fordyce M.W. (1981) *The psychology of happiness a brief version of the fourteen fundamentals*. Fort Myers, F.L. Cypress Lake Media illustrato da Golwurn G.F.
- Barutti M., Colombo F. (2004) *Qualità della vita e benessere psicologico: aspetti comportamentali e cognitive del vivere felici*. Milano McGraw-Hill
- Fuligni C. (2002) *La prevenzione in adolescenza*
- Romito P. *Il counselling per adolescenti*. Milano McGraw-Hill
- Weitzman ER, Chen Y.Y. (2005). Risk modifying effect of social capital on measures of heavy alcohol consumption, alcohol abuse harms and secondhand effects national survey findings. *Journal of Epidemiology and Community Health* 59.303.9.

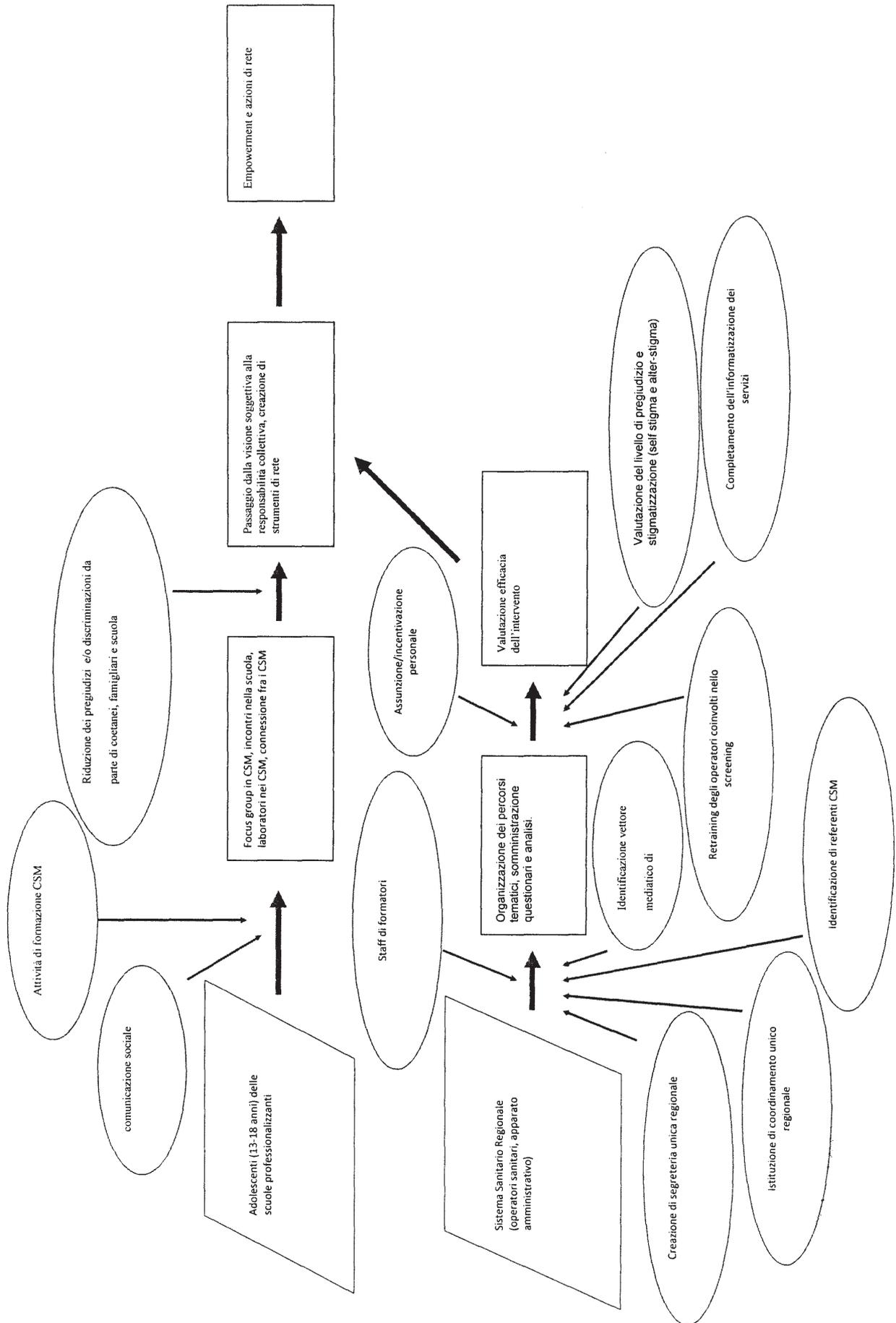
PIANO DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO GENERALE	Riduzione degli atteggiamenti pregiudizievoli e stigmatizzanti nei confronti dei pazienti affetti da disturbi psichiatrici, dei loro familiari e degli operatori per la Salute mentale; Riduzione dei tempi di presa in carico (DUP) dei principali e più gravi disturbi psichiatrici attraverso interventi psicoeducativi e di empowerment;
Indicatore/i di risultato	Vedi indicatori dei singoli obiettivi specifici

OBIETTIVO SPECIFICO 1 (sottoprogetto 1)	Lotta allo stigma nelle scuole secondarie pugliesi attraverso visione di film, libri e discussioni
Indicatore/i di risultato	Somministrazione a T0 e T1 dei test: Ministero Salute, stigmaquest, WHO-5-Being Index, Phq-9, Phq-2, Gad-7
Standard di risultato	Questionario ministeriale e stigmaquest: Rilevazione di decremento delle tendenze stigmatizzanti secondo le scale individuate in T0 relativamente alle tematiche della criminalizzazione, esclusione sociale e ospedalizzazione a vita dei malati mentali Valutazione della Qualità di vita percepita e del livello di rischio per prodromi depressivi (test standardizzati Phq-2, WHO-5; test non standardizzati ma riconosciuti dal OMS: Phq-9 e Gad-7) a T0 e T1

OBIETTIVO SPECIFICO 2 (sottoprogetto 2)	Sviluppo di competenze di empowerment e creazione di un'azione di rete
Indicatore/i di risultato	Costruzione di una rappresentazione sociale di disagio mentale che implica un passaggio dalla visione soggettiva alla responsabilità collettiva; creazione di strumenti di rete;
Standard di risultato	Almeno 4 incontri focus group in ogni CSM d'approfondimento; almeno 4 incontri tra studenti, operatori CSM nella scuola; laboratorio in ogni CSM con il coinvolgimento di tutti gli attori; scambi e verifiche fra le 6 realtà territoriali; test psicometrici e semiquantitativi come per gli altri progetti





MACROAREA:

La Prevenzione nella popolazione a rischio

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

I disturbi psichiatrici

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

Contrasto ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

TITOLO DEL PROGETTO

Progetto di prevenzione e contrasto ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) tramite la Rete dei Centri DCA aziendali della Regione Puglia

Beneficiari e attori**Popolazione target:**

Popolazione a rischio ossia giovani 12-25 aa

Dati Istat gennaio 2010 Puglia: Maschi: 341.793- Femmine:324.979- Totale: 666.772- Studenti 15-17 aa: 148.764

Attori:

SOGGETTI	RUOLO
Agenzia Regionale Sanitaria / Ufficio 3 Assessorato alle Politiche della Salute	Coordinamento
Ufficio 3 Settore Assistenza Territoriale e Prevenzione Assessorato alle Politiche della Salute	Informazione ed attivazione DSM ASL e Dipartimento Scienze Neurologiche e Psichiatriche Azienda Policlinico. Ricognizione dotazione organiche Centri DCA territoriali Realizzazione azioni di supporto per completamento della rete di Centri DCA e loro potenziamento Governo dei processi di respiro regionale per la condivisione e sinergia in alcune azioni per la prevenzione sociale e formazione ai MMG e la definizione di percorsi di cura dedicati per DCA Monitoraggio azioni di progetto e valutazione risultati
Centro DCA in collaborazione con soggetti interni ed esterni al DSM ASL	Programmazione delle attività sul territorio della ASL – Gestione amministrativa e rendicontazione economica - Organizzazione e gestione delle azioni relative a prevenzione sociale e prevenzione secondaria sul territorio della ASL
Personale dei Centri DCA Aziendali + esperti + Personale tecnico- specialistico anche appartenente ad Associazioni Familiari e	Attuazione di strategie relative al Programma di Prevenzione Sociale dei DCA

Utenti DCA afferenti al rispettivo Centro DCA aziendale	Attuazione di strategie relative al Programma di prevenzione secondaria Counseling, assistenza e presa in carico dell'utente
Centro DCA del DSM, con la collaborazione di Uffici Formazione ASL	Organizzazione e realizzazione di attività di formazione specifica per MMG/PLS
Osservatorio Epidemiologico Regionale	Monitoraggio epidemiologico

Il fenomeno generale con alcuni dati epidemiologici

Gli studi epidemiologici internazionali mettono in evidenza un aumento dell'incidenza dei DCA nella fascia femminile tra i 12 e 25 anni e stimano nei paesi occidentali, compresa l'Italia, la prevalenza dell'anoressia nervosa (AN) intorno allo 0.2-0.8%, 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 fra i 10 ed i 30 anni, con una età media di insorgenza a 17 anni . Si tenga altresì conto che i DCA che insorgono prima dell'inizio della pubertà e prima dei menarca, sono associati a gravi psicopatologie ed hanno una prognosi psichiatrica più sfavorevole .

Mobilità passiva per DCA in Puglia

- Ospedaliera(2008): n. 133 ricoveri pari a € 520.181,66
- Extraospedaliera riabilitativa: non ci sono dati ufficiali, anche se il fenomeno ha importante impatto economico.

Offerta assistenziale Centri DCA Regione Puglia

(fonte Mappa nazionale dei Centri/Servizi DCA del Ministero della Salute)

ASL	Denominazione	Livello Assistenziale	Servizio Dedicato
ASL BA DSM	Centro DCA "Salvatore Cotugno". S-S- Dipartimentale DCA	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio tipo day-service • Ricovero ospedaliero in Medicina- lungodegenza • DH: non a regime • Residenza: da programmazione 	<p>Si</p> <p>Equipe dedicata (da completare)</p>
ASL FG DSM	Centro di Cura e Studio DCA- c/o SPDC	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio • DH del SPDC con 2 p.l. 	<p>No</p> <p>Equipe non dedicata</p>
ASL LE DSM	Centro per la Cura e la Ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio • DH • Residenza: da programmazione 	<p>Si</p> <p>Equipe dedicata (da completare)</p>
ASL TA	Unità operativa semplice per le problematiche	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio 	<p>No</p>

DSM	adolescenziali e disturbi del comportamento alimentare c/o Servizio di Psicologia Clinica		Equipe non dedicata
AZ. Ospedaliera Universitaria Conorziale Policlinico	Servizio DH per DCA c/o Clinica Psichiatrica	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio • DH della Clinica Psichiatrica 	Si Equipe dedicata della Clinica Psichiatrica

Criticità di sistema

1. Bisogna segnalare che i DCA sono fenomeni piuttosto complessi: da una parte, infatti, la loro descrizione clinica presenta in maniera caratteristica aspetti di uniformità e serialità fenomenica, dall'altra il dilagare del fenomeno sembra aver assunto complessità e variabilità sintomatica tali che persino le nosografie psichiatriche ufficiali ne hanno modificato diverse volte i criteri negli ultimi 20 anni. L'aumento evidente di queste patologie nelle società occidentali, per la probabile influenza di fattori storici, sociali e culturali nella "scelta del sintomo", è stato caratterizzato infatti da una rapida metamorfosi delle forme cliniche e della fascia di età interessata: la prevalenza dell'anoressia restrittiva degli anni '60 è stata progressivamente sostituita dall'apparire delle forme con crisi bulimiche e vomito fino al prevalere della bulimia dopo gli anni '80.

Il rapporto maschi/femmine è stimato pari a 1:9, 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 e complesso.

2. Si tenga conto che la prevalenza dei casi trattati non è legata alla territorialità. Allo stesso tempo non vi sono dati regionali di riferimento in quanto il fenomeno DCA è una problematica psichiatrica complessa che è stata considerata per la prima volta ed in modo specifico nella programmazione sanitaria con la LR 23/08.
3. Tra l'altro il problema DCA emergente, l'attivazione relativamente recente in Puglia di alcuni Centri DCA aziendali pubblici, in affanno sul piano dell'offerta assistenziale per precarietà e limitazione delle risorse umane, la mancanza di percorsi aziendali di cura definiti e strutturati, il mancato completamento nelle macroaree regionali della ASL BA e ASL LE del livello assistenziale residenziale riabilitativo, sono fattori di criticità a favore della mobilità passiva soprattutto extraospedaliera.
4. Emerge in modo significativo anche il fenomeno dell'inappropriatezza dell'intervento sanitario con ricorso diretto al livello assistenziale residenziale riabilitativo, spesso senza presa in carico dell'utente presso il Centro DCA di riferimento aziendale.
5. 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 11% 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 di persone portatrici di un Disturbo del Comportamento Alimentare non richiedano aiuto alle strutture sanitarie, incrementando la tendenza alla cronicizzazione tipica del disturbo alimentare stesso.

Riassumendo le criticità di sistema:

1. Assenza di dati epidemiologici
2. Assenza di percorsi di cura aziendali dedicati
3. Centri DCA pubblici regionali
 - alcuni non sono servizi dedicati
 - risorse umane precarie e inadeguate quantitativamente
 - tre livelli assistenziali specifici per DCA (ambulatorio-DH e residenza) incompleti anche per i Centri DCA dedicati
 - livello assistenziale residenziale riabilitativo pubblico non ancora attivato per le macroaree relative al Centro DCA ASL BA e ASL LE, secondo loro programmazione aziendale.
4. Mobilità passiva soprattutto extraospedaliera
5. Inappropriatezza del livello assistenziale per DCA

Sottoprogetto A

Prevenzione sociale dei DCA in Puglia

La comunità scientifica ascrive ai fattori socio-culturali un particolare rilievo nell'insorgenza e nella diffusione, in particolare tra i giovani, dei disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, obesità psicogena e altri disordini alimentari).

Gli interventi di prevenzione primaria dei DCA, pertanto, devono essere orientati principalmente allo sviluppo di competenze legate ai concetti dell'autostima, dell'autonomia, del sostegno all'immagine di sé e all'accettazione dell'immagine corporea e alla riduzione degli aspetti legati al perfezionismo e all'adesione acritica ai modelli estetici proposti dai mass-media.

E' infatti ampiamente riconosciuta la negatività di interventi mirati che focalizzino in modo diretto il problema o che facciano troppo leva sugli aspetti nutrizionali-dietetici. La prevenzione in questo ambito deve essere pertanto differenziata dall'educazione alimentare che è indicata per contrastare l'insorgenza di patologie quali quelle circolatorie, metaboliche e di sovrappeso ma non per prevenire questi disturbi.

Nelle iniziative di prevenzione sociale dei DCA in Puglia saranno privilegiare azioni di prevenzione aspecifica e di Life Skills Education, in una ottica d'intervento psicoeducativo multiprofessionale, che interferiscano significativamente con i fattori predisponenti quali il genere femminile, l'età adolescenziale ed i fattori psicosociali.

I contesti giovanili significativi per azioni di prevenzione sociale dei DCA, sono vari considerando tali patologie ad eziopatogenesi multifattoriale. Oltre alla scuola, sono riconosciuti come contesti giovanili presso cui poter avviare iniziative di prevenzione dei DCA, il mondo dello sport, della danza, dello spettacolo-moda.

Proprio presso tali ambiti, ove è possibile incontrare e raggruppare giovani della fascia di età e sesso più a rischio per sviluppare un DCA, saranno avviate strategie di prevenzione sociale di tali patologie nell'ottica non solo dell'informazione e sensibilizzazione ma soprattutto dell'empowerment personale e sociale del giovane. Anche nelle linee guida proposte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1993), infatti, assumono una posizione di rilievo le abilità di soluzione di problemi

(problem-solving), l'esercizio del pensiero critico e creativo e le convinzioni di efficacia personale e collettiva.

Ad esempio, le squadre agonistiche femminili di pallavolo sono contesti sportivi abbastanza strutturati, nelle varie categorie agonistiche da 12 a 22 aa circa, presso cui è utile e allo stesso tempo possibile realizzare iniziative articolate e strutturate di informazione e prevenzione dei DCA.

Allo stesso tempo alcune specialità dell'atletica leggera, soprattutto di tipo aerobico e di lunga durata, possono rientrare come fattori predisponenti, scatenanti e di mantenimento di alcuni disturbi alimentari. In tale ambito si coinvolgeranno alcune società agonistiche di atletica leggera, relativamente ad alcuni sport/specialità, per coinvolgere giovani di entrambi i sessi, nella fascia di età a rischio, nell'ambito delle iniziative strutturate suddette di informazione e prevenzione sociale dei DCA.

Il mondo della danza è spesso correlato alle storie personali di giovani che hanno sviluppato un DCA. Recentemente è stato pubblicato il libro *"La verità, vi prego, sulla danza"* della ballerina M. Garritano della Scala di Milano. Nell'intervista di presentazione è significativa la sua testimonianza "Quando si vedono le ballerine in scena, perfettamente pettinate e ben vestite, eteree nei loro tutù, nessuno immagina che dietro possano esserci storie di corruzione, di minacce e di compromessi per mantenere il proprio posto sul palco. (...) Lo specchio spesso ti mostra un'immagine che non rispecchia il tuo ideale, soprattutto in fase di crescita. E' una cosa che fa parte della vita di tutti gli adolescenti, non solo dei ballerini. Certo chi, come noi o come le modelle, lavora con il proprio corpo è inevitabilmente più esposto ai disturbi alimentariLe ballerine sono delle eterne bambine "

Alcune scuole di danza del territorio aziendale saranno coinvolte, anche per una partecipazione attiva in differenti momenti dell'evento, in occasione di due spettacoli di tipo teatrale focalizzati sul tema dei disturbi alimentari e dell'essere adolescente.

Azioni

- Conferenza di presentazione del progetto alla cittadinanza, ai media e alle istituzioni coinvolte, con distribuzione di materiale informativo predisposto ad hoc
- Coinvolgimento delle varie agenzie istituzionali e non: Assessorato alla Salute, Assessorato allo Sport, Assessorato alla Cultura, ASL, Comitati regionali e Provinciali della pallavolo e di Atletica, Scuole di danza
- Predisposizione cronoprogramma di interventi di sensibilizzazione, informazione, prevenzione dei DCA rivolti al mondo dello sport, spettacolo/danza.
- Coinvolgimento di almeno n. 3 società sportive di Pallavolo e/o Atletica (con atleti di sesso prevalentemente femminile) impegnate a livello agonistico presenti sul territorio provinciale, possibilmente rappresentative di differenti ambiti territoriali.
- Almeno n 4 incontri di progetto rivolti ad una o gruppo di società sportive, secondo piano aziendale a cura del Centro DCA che terrà conto degli aspetti logistici, tipologia di sport, categorie agonistiche, calendario allenamenti/gare, entità dei gruppi.
- Realizzazione di due spettacoli di tipo teatrale almeno per le tre macroaree regionali o in ogni ASL provinciale con Centro DCA operativo sul territorio. La location, in ogni modo, deve avere un alto potere attrattivo e strategico. In termini di comunicazione mediatica dell'evento e di coinvolgimento di giovani e di scuole di danza. In occasione dei due eventi, per un coinvolgimento attivo e

partecipativo dei giovani, saranno presentate alcune testimonianze di personaggi dello spettacolo, sport e danza nonché un prodotto filmico centrato sul tema a cura delle scuole di danza.

- Arruolamento di un campione di sportivi studenti di età 13-22 aa ca, in numero pari o superiore al 3/1000 della popolazione aziendale di giovani tra 12 e 25 aa.
- Somministrazione ai giovani arruolati di
 - Questionario socio anagrafico e di conoscenza (pre e post) anonimi
 - Questionari su autostima (pre e post) anonimi
 - Questionario EDI III (pre e post) anonimi
- Spazio di informazione dedicato ad allenatori e istruttori di danza.
- Collegamento "in rete" delle società sportive relativamente ad alcune azioni di sottoprogetto e al fine di condividere e predisporre alcuni format per comunicazione mediatica (video, internet, slides, etc) elaborati dagli stessi giovani atleti. Il fine è quello di favorire strategie di sensibilizzazione ed informazione sui DCA che partano dagli stessi giovani secondo un processo bottom-up.
- Protocollo di intesa con Associazioni di familiari ed utenti DCA afferenti al Centro DCA su strategie di intervento condivise e forme di collaborazione.

Sottoprogetto B

Prevenzione secondaria dei DCA in Puglia

Considerata l'eziopatogenesi multifattoriale dei DCA, oltre alle iniziative di prevenzione sociale che possono interessare spesso contesti sociali definiti, risultano fondamentali le strategie di prevenzione secondaria, finalizzate sia al riconoscimento ed identificazione precoce dei casi a rischio e sottosoglia sia all'invio precoce e alla presa in carico della persona affetta da un DCA probabile presso il Centro DCA presente sul territorio di competenza.

Obiettivi

- Formazione ed informazione specifica per MMG/PLS
- Invio precoce
- Percorsi di cura dedicati territoriali
- Appropriatezza degli interventi terapeutici per DCA
- Miglioramento dell'accoglienza e presa in carico del soggetto con DCA presso Centro DCA aziendale, anche mediante completamento e potenziamento dei Centri DCA laddove necessario.

Azioni

- Predisposizione di un piano di formazione specifico per operatori DCA a livello di ogni ASL
- Realizzazione, sul territorio di ogni ASL, di moduli formativi rivolti a MMG/PLS a cura del Centro DCA aziendale, con supporto di esperti esterni e dell'ufficio formazione.
- Attivazione del numero verde attivo presso ogni Centro DCA aziendale, operativo

- Predisposizione di un set di strumenti utili ad uso del MMG per una valutazione diagnostica prespecialistica quali: Test Scoff, elenco di esami di laboratorio e strumentali utili per l'invio al Centro DCA, intervista semistrukturata ed altri eventualmente ritenuti utili..
- Predisposizione e distribuzione di locandina del Centro DCA aziendale per gli studi dei MMG/PLS
- Definizione di percorsi di cura dedicati per DCA in ogni ASL.

Indicatori e fonte di verifica di progetto

Fonte di verifica:

- Piano delle azioni di sensibilizzazione e di promozione della salute relativamente ai DCA a cura del Centro DCA presso ogni ASL
- Piano formativo aziendale
- Report annuale al 31-12 delle azioni realizzate circa i due sottoprogetti inviato dalle ASL all'Ufficio 3 Settore Assistenza Territoriale e Prevenzione Assessorato alla Salute

Indicatori e risultati attesi

- Predisposizione Piano delle azioni di sensibilizzazione e di promozione della salute relativamente ai due Sottoprogetti a cura del Centro DCA presso ogni ASL
- Ricognizione delle risorse umane e strumentali di ogni équipe dedicata del Centro DCA territoriale e programmazione ed avvio delle azioni per il loro adeguamento necessario al raggiungimento degli obiettivi, prevedendo un livello assistenziale Ambulatorio-DH e favorendo il più possibile continuità assistenziale e stabilità del personale.
- N° moduli formativi realizzati in favore di MMG/PLS: almeno n. 2 moduli formativi per MMG/PLS in ogni ASL a cura del Centro DCA aziendale
- N° istituti scolastici coinvolti tramite accordi formali: coinvolgimento di almeno n. 4 istituti scolastici, possibilmente operanti in rete, per progetti di prevenzione sociale per DCA
- N° incontri realizzati nell'anno: almeno n° 4 incontri di progetto in ognuno dei quattro istituti scolastici, secondo piano aziendale a cura del Centro DCA
- Report sintetico da parte di ogni Centro DCA della quota parte dei questionari somministrati complessivamente (Questionario autostima, EDI III, questionario stile di vita) pari o superiore al 3/1000 della popolazione giovanile 12-15 aa della Puglia.
- Attivazione del Numero verde aziendale DCA
- Mappa Centri DCA con dotazione organica al 31/12/11
- Definizione di percorsi di cura per i livelli assistenziali Ambulatorio e DH nei Centri DCA secondo programmazione aziendale.

Indicatori e risultati attesi al 31/12/12

- Almeno n. 2 moduli formativi per MMG/PLS in ogni ASL a cura del Centro DCA aziendale

- Almeno n. 4 incontri (di circa due ore ciascuno) di progetto in ognuno dei quattro istituti scolastici attivati l'anno precedente, secondo piano aziendale a cura del Centro DCA, rivolti agli stessi alunni del percorso di studio
- Report da parte di ogni Centro DCA riferito ai questionari somministrati (Questionario autostima, EDI III, questionario stile di vita), in misura pari o superiore al 3/1000 della popolazione giovanile 12-15 aa della Puglia
- Mappa Centri DCA con dotazione organica al 31/12/12 e livelli assistenziali attivi
- Conferenza regionale di condivisione dei risultati ottenuti, realizzata dall'Ufficio 3 Settore Assistenza Territoriale e Prevenzione Assessorato alla Salute con il coinvolgimento dei Centri DCA aziendali.

Risorse di progetto

1. Risorse per dotazione organica dedicata del Centro DCA ritenuta adeguata qualitativa-quantitativamente
 - n. 2 psichiatri
 - n. 2 psicologo psicoterapeuta
 - n.2 dietiste
 - n.1 psicologo o tecnico esperto di arte espressiva con formazione specifica e documentata
 - n. 2 educatore professionale / tecnico della riabilitazione psichiatrica
 - n. 2 infermieri professionali
 - n. 1 unità di personale amministrativo esperto di informatica e statistica
- Caratteristiche essenziali e prioritarie del personale, per offerta assistenziale ai due livelli di ambulatorio e Day Hospital:
 - formazione e competenza nei DCA
 - continuità assistenziale da parte degli stessi operatori
- Budget per attività formative pari a circa n.560 ore attività formativa a cura del Centro DCA aziendale e di esperti esterni.
- Budget per predisposizione locandine informative del Centro DCA aziendale presso ogni studio MMG/PLS, consultori e strutture del DSM., brochure, materiale cartaceo generico e supporto magnetico.
- Budget per spettacoli (compensi compagnia, fitto teatro, locandine, SIAE, pubblicità, testimonial, ufficio stampa, stampa ed affissione manifesti, etc) relativamente a quattro aree della Puglia correlate a n.4 Centri DCA territoriali aziendali (ASL BA, ASL LE, ASL FG, ASL TA) per i due anni 2011 e 2012.
- Budget per n.1.500 ore ca di lavoro complessivamente per incontri presso le società sportive, scuole di danza, teatro, spostamenti, elaborazione dati, preparazione materiali, a cura del personale del Centro DCA, di tecnici-specialisti, di esperti anche appartenenti alle Associazioni di familiari ed utenti DCA afferenti al Centro DCA.

MACROAREA:

Prevenzione delle popolazioni a rischio

LINEA DI INTERVENTO GENERALE:

Ipoacusia e Sordità

OBIETTIVO GENERALE DI SALUTE DEL PNP 2010-2012:

“la diagnosi precoce è una delle armi a disposizione per opporsi con successo al verificarsi della sordità in età infantile, che causa severe alterazioni nello sviluppo del linguaggio e nell’assetto psicologico, oltre a gravi situazioni di disagio nelle famiglie”

TITOLO DEL PROGETTO

Screening uditivo neonatale nella Regione Puglia

Beneficiari e attori

Popolazione target: neonati con fattori di rischio audiologico o ricoverati nelle unità di terapia intensiva neonatale

Attori:

SOGGETTI	RUOLO
Cabina di regia Agenzia Regionale Sanitaria	Coordinamento
Az. Universitaria Policlinico di Bari (clinica otorinolaringoiatrica “G.Lugli”)	Partner operativi
PLS	Partner operativi
Centro di Riferimento Regionale (DUPI)	Partner operativi
Centri Audiologici II livello	Partner operativi
Punti Nascita della Regione	Partner operativi
Osservatorio Epidemiologico Regionale	Verifica e controllo dei dati

Analisi di contesto

Il deficit uditivo permanente infantile (DUPI) è un problema sanitario serio che colpisce circa 1-3 neonati su 1.000; questa percentuale sale a valori del 4-5% nel caso di neonati con fattori di rischio audiologico o ricoverati nelle unità di terapia intensiva neonatale.

La diagnosi precoce della sordità (alla nascita o nelle prime settimane di vita) permette un intervento riabilitativo-protetico in tempi utili affinché non si sviluppi una disabilità comunicativa tale da compromettere la futura vita di relazione del bambino ed è più efficace e meno costosa rispetto allo screening comportamentale convenientemente eseguito a 7-9 mesi (BOEL test).

Stato dell'arte

In base al totale dei nuovi nati anno e prevedendo un trend di nascite in sostanziale pareggio, si può ipotizzare l'esecuzione di circa 40.000 esami l'anno presso i punti nascita dell'intera regione.

Dall'esperienze regionali precedenti si può ipotizzare che giunga al secondo livello una percentuale del 3/5% dei bambini prevedendo quindi per l'intera regione l'esecuzione di circa 1.200 – 2.000 di secondo livello.

L'intera procedura dovrebbe far identificare circa 40-120 bambini affetti da ipoacusia grave profonda che saranno avviati ad un trattamento protesico-riabilitativo.

In caso di screening dei soli bambini a rischio audiologico si prevede l'esecuzione delle OAE in circa 5.000 bambini con la previsione dell'esecuzione di circa 250 potenziali evocati uditivi presso i Centri di II livello.

Caratteristiche del progetto

Obiettivo specifico:

- Individuare protocolli diagnostici per le diverse età target, per l'individuazione precoce di tali patologie, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza
- Definire percorsi diagnostico – terapeutici –
- riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della fornitura di protesi, dei controlli di follow-up

Criticità

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo summenzionato bisognerà tener conto delle difficoltà nella costituzione della "Rete" costituita dai **punti nascita, centri audiologici di II livello**, per l'esecuzione degli accertamenti audiologici, **centro di riferimento regionale** per il coordinamento, monitoraggio e valutazione delle procedure di screening.

Popolazione target:

neonati con fattori di rischio audiologico o ricoverati nelle unità di terapia intensiva neonatale.

Bambini che possono superare il test di screening neonatale, ma accusare un disturbo dell'udito nei mesi successivi.

Standard di risultato:

N. di bambini con DUPI che si recano fuori regione per essere curati/N. totale dei pazienti affetti da tale menomazione nella Regione Puglia

Realizzazione di Linee Guida e protocolli appositamente elaborati

Valutazione di attività di counseling e di informazione.

Modalità di attuazione:

Il progetto prevede che tutti i bambini nati vivi nella Regione Puglia vengano sottoposti nei primi giorni di vita alle procedure di screening universale: registrazione delle fotoemissioni acustiche (TEOAE e DPOAE) e dai potenziali evocati uditivi del tronco automatici (AABR).

I PLS, in occasione dei bilanci di salute, con un questionario ai genitori e/o con un eventuale test di distrazione, possono identificare i bambini con disturbi progressivi o acquisiti e i pochi falsi negativi che sono sfuggiti all'identificazione al momento dello screening neonatale.

Protocollo

1 FASE

La prima fase del progetto avrà inizio con la costituzione di una "Rete" costituita da:

- Punti Nascita
- Centri Audiologici di II livello, per la esecuzione degli accertamenti
- Centro di Riferimento Regionale per il coordinamento, monitoraggio, valutazione delle procedure di screening

2 FASE

- Acquisizione delle risorse informatiche e delle apparecchiature necessarie per lo screening
- Formazione del personale

3 FASE

- Valutazione dei risultati

Strumenti di valutazione**Indicatori di Processo**

- N° complessivo di prestazioni erogate all'interno della rete e per centro da erogatore
- N° di pazienti i cui dati vengono trasmessi al centro di riferimento regionale/N° totale dei pazienti affetti da tale menomazione della Regione Puglia

Indicatori di esito

- N. di bambini con DUPI che si recano fuori regione per essere curati/N. totale dei pazienti affetti da tale menomazione nella Regione Puglia
- Realizzazione di Linee Guida e protocolli appositamente elaborati
- Valutazione di attività di counseling e di informazione.

Macroarea:**Prevenzione nella popolazione a rischio****Linea di intervento generale:**

prevenzione primaria

Obiettivo generale di salute del pnp 2010-2012:

prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari

Titolo del progetto**Programma di educazione alla salute respiratoria e prevenzione del tabagismo nelle scuole della regione puglia****Beneficiari e attori****Popolazione target:** circa 15.000 alunni delle scuole primarie e delle scuole secondarie di primo grado.**Destinatari intermedi:** docenti delle scuole, che hanno partecipato a specifici corsi di formazione tenuti da igienisti, pneumologi, psicologi. Gli stessi utilizzano un pacchetto didattico unitario preventivamente concordato a livello regionale dal gruppo di coordinamento e dagli igienisti referenti delle 6 asl della regione puglia**Attori:**

SOGGETTI	RUOLO
Cabina di regia (c/o assessorato alle politiche della salute)	Coordinamento regionale
Segreteria unica regionale (c/o assessorato alle politiche della salute)	Gestione delle procedure, convocazione dei coordinatori e dei referenti delle singole asl, gestione e distribuzione del materiale didattico
Osservatorio epidemiologico regionale	Verifica e controllo dei dati attraverso l'elaborazione dei questionari
Ufficio scolastico regionale	Comunicare alle scuole l'esistenza di un protocollo d'intesa con l'assessorato alle politiche della salute
Coordinatore regionale nominato dall'assessorato alle politiche della salute	Coordinamento delle attività – elaborazione del pacchetto didattico e del suo aggiornamento annuale sulla scorta dei risultati ottenuti. Interazione con i referenti del programma ministeriale "guadagnare salute"
Igienisti referenti asl per l'educazione sanitaria (n° 6)	Pianificazione degli interventi nelle scuole, distribuzione dei questionari per gli alunni, genitori e docenti. Inserimento del programma nei POF
Pneumologi ospedalieri e territoriali della società scientifica aipo puglia (n° 15 circa)	Supporto tecnico-scientifico di docente ai corsi di formazione per insegnanti
Psicologi delle singole AA.SS.LL.	Gestiscono le guide per gli alunni e forniscono il necessario supporto agli alunni e ai docenti

Analisi di contesto

Indagine statistica condotta dalla società scientifica aipo nelle scuole pugliesi

Analisi dei questionari somministrati a 2670 alunni di età media di 12 anni

Risultati: il 6% degli intervistati con questionario anonimo erano fumatori abituali; il 22% ammettevano di fumare "qualche boccata"; il 6% avevano fumato solo per un certo periodo; il 66% non avevano mai fumato. In definitiva *il 34% degli intervistati avevano già avuto l'esperienza del fumo di tabacco.*

Altro dato rilevante è emerso nell'analisi del contesto familiare: l'abitudine al fumo nei ragazzi intervistati era assai più frequente per coloro che avevano uno o più familiari fumatori

Inoltre il rischio di diventare "fumatore" era maggiore per quei ragazzi che frequentavano 1 o più amici fumatori.

Altro dato estremamente significativo è che il 58% dei ragazzi fumatori riteneva che il fumo potesse determinare danni alla salute solo per un numero di sigarette al giorno superiore a 5. Tra i non fumatori tale percentuale era del 40%. **Fondamentale è pertanto la conoscenza da parte degli alunni dei danni alla salute causati dai comportamenti a rischio che essi stessi da un lato scelgono di adottare, dall'altro sono costretti a subire.**

Negli anni successivi, secondo dati statistici nazionali e regionali, l'età di inizio si è progressivamente abbassata.

Alla luce di queste prospettive appare fondamentale **attuare capillari programmi di educazione sanitaria su larga scala**, intervenendo sugli alunni delle scuole primarie e secondari di primo grado, **prima che certi comportamenti e stili di vita si consolidino.**

Caratteristiche del progetto

Obiettivo specifico:

Diffondere la cultura della prevenzione e diagnosi precoce delle malattie respiratorie, in particolar modo di quelle ambiente e fumo correlate. Aiutare i ragazzi a resistere alle pressioni psico-sociali a favore del fumo, e ad operare scelte libere e consapevoli. Indirizzare i ragazzi, con l'aiuto di opuscoli formativo/informativi forniti dalla regione e dal ministero della salute, ad adottare stili di vita salutari e a diffondere queste informazioni ai loro amici e familiari.

Popolazione target: circa 20.000 alunni delle scuole primarie (iv elementare) e delle scuole secondarie di I grado (ii media).

Standard di risultato: analisi dei questionari somministrati ad alunni, familiari e docenti prima e dopo il percorso formativo/informativo. Analisi degli elaborati grafici e pittorici realizzati nel corso del programma, valorizzando questi lavori realizzati dagli alunni nel corso della manifestazione conclusiva del percorso (giornata nazionale del respiro: ultimo sabato di maggio)

Modalità di attuazione:

- 1) Rivedere il programma realizzato nell'anno scolastico 2009-2010, così come è stato fatto ogni anno a partire dal 2003. Cercare di risolvere le criticità evidenziate l'anno scorso.
- 2) Integrare il programma di educazione alla salute respiratoria e prevenzione del tabagismo realizzato nella regione puglia con il programma ministeriale "guadagnare salute", prevedendo l'utilizzo di 2 opuscoli: liberi di scegliere per le scuole secondarie di primo grado e club dei vincenti per le scuole primarie.

Corso di formazione per docenti (600 docenti circa):

La prima sessione si terrà entro la fine di gennaio nelle scuole che hanno aderito al programma, inserendolo nei pof. Il corso sarà tenuto per ogni asl dall'igienista referente per l'educazione sanitaria, in collaborazione con lo pneumologo e con lo psicologo.

I docenti, destinatari intermedi, distribuiranno i questionari agli alunni e familiari. Agli alunni verranno distribuiti anche gli opuscoli realizzati dall'ares puglia e le guide adottate dal ministero della salute. Ha inizio il percorso formativo per gli alunni, che potranno avvalersi delle informazioni ulteriori reperibili sui siti web indicati nell'opuscolo. Questa ricerca verrà attuata con l'aiuto dei genitori.

La seconda sessione si terrà entro fine marzo e sarà rivolta ai docenti, agli alunni e ai loro genitori. Anche questo corso sarà tenuto da igienisti, pneumologi e psicologi. In questa occasione verrà programmata la manifestazione finale, celebrativa della giornata nazionale del respiro. Gli alunni, guidati da docenti e genitori, prepareranno elaborati sul tema della prevenzione e della lotta al tabagismo.

La terza sessione, a cura degli igienisti, servirà preparare nei dettagli la mostra dei lavori prodotti dagli alunni e la giornata nazionale del respiro nelle piazze e nelle scuole.

4) distribuzione dei questionari**Criticità**

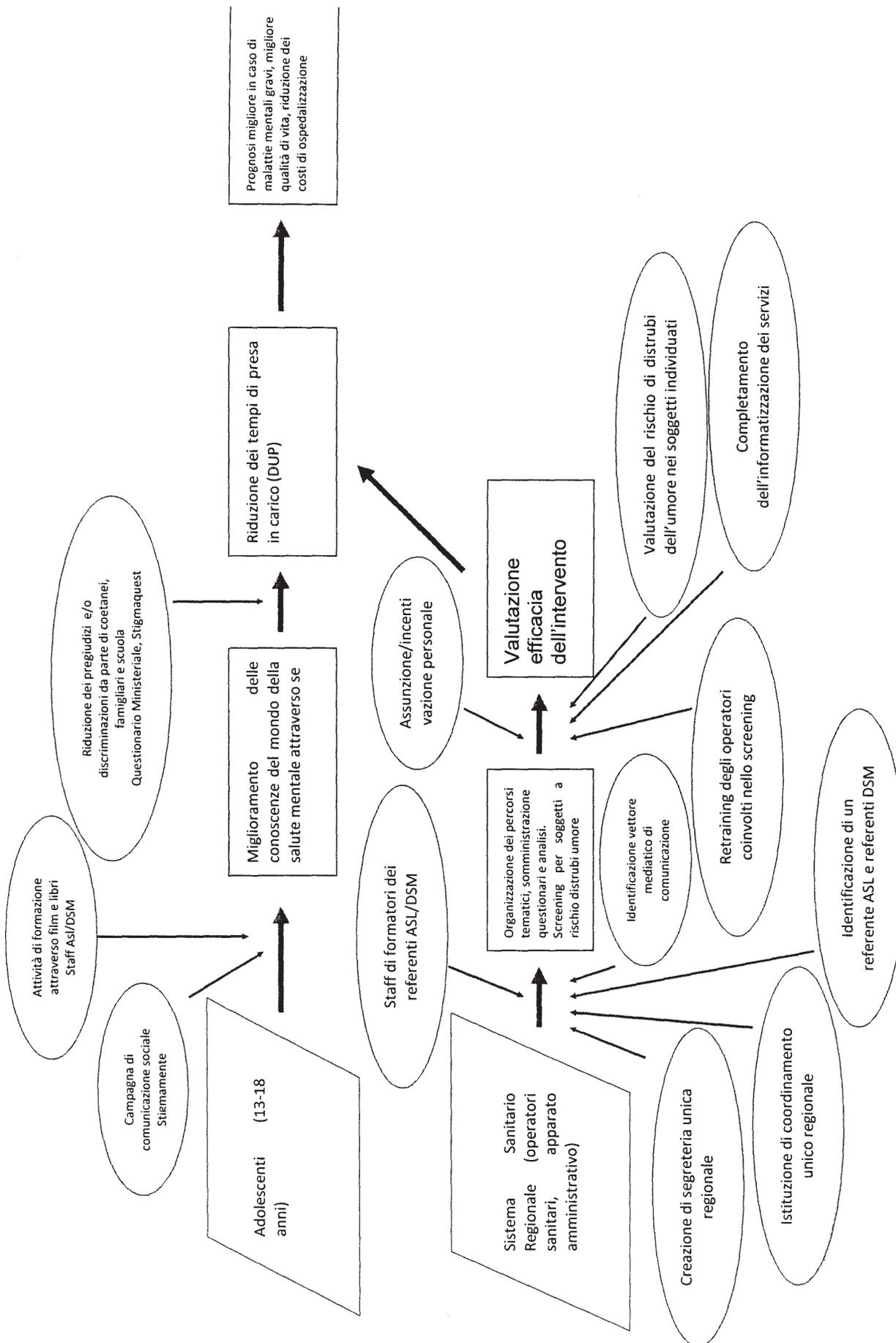
Le scuole vengono interessate da molte iniziative, spesso per gli stessi argomenti, senza un vero coordinamento regionale. L'ufficio scolastico regionale dovrebbe diramare una circolare per invitare le scuole a partecipare al programma, secondo il protocollo d'intesa con l'assessorato alla salute.

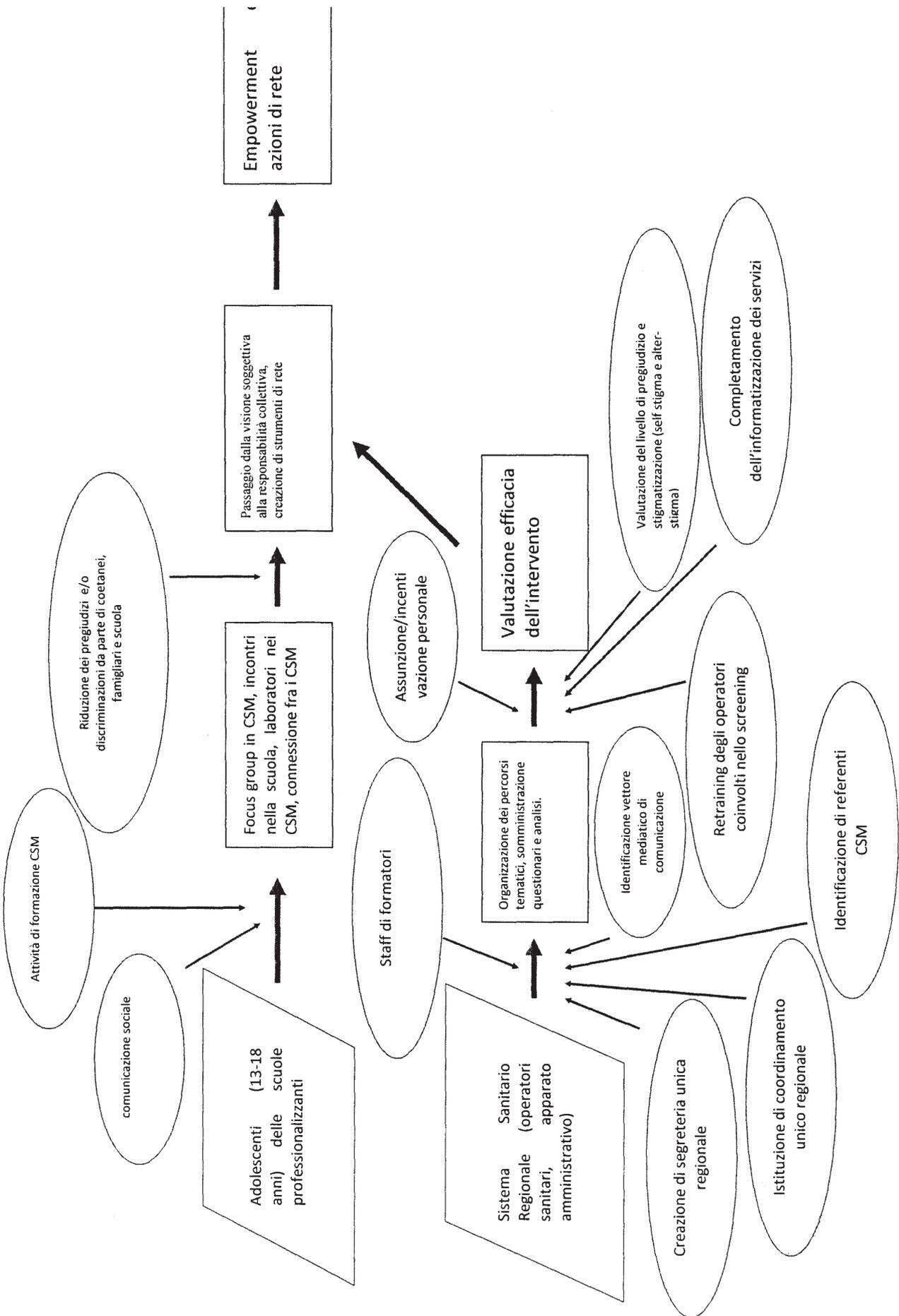
Supporto amministrativo delle asl poco efficace. Scarso interesse da parte delle asl, che potrebbero prevedere degli incentivi, non necessariamente economici.

L'intervento degli pneumologi è a titolo gratuito, così come quello dei docenti, che sono costretti in molti casi a trasferirsi in città vicine per partecipare ai corsi. (rimborso spese?).

Prevedere una campagna informativa da parte della regione.

Scarsa collaborazione da parte dei pediatri.





Macroarea

Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattie

Linea di intervento generale

Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012

Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative, attraverso:

- l'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento, dall'incremento delle disabilità, esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte
- la protezione e la promozione della salute negli anziani che sono una risorsa potenziale per la collettività
- la prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità

Titolo del programma/progetto

Passi d'Argento Puglia

Contenuti del programma/progetto:Aspetti generali:**Beneficiari**

Target: persone di età superiore a 64 anni residenti in Puglia, non istituzionalizzate¹ (circa 735mila persone, dato Istat al 1 gennaio 2009).

Attori:

Attore	Compiti
Cabina di Regia del Piano Regionale della Prevenzione	Coordinamento regionale
Osservatorio Epidemiologico Regionale	Coordinamento regionale a supporto della Cabina di Regia Monitoraggio Campionamento Formazione dei referenti di ASL e degli intervistatori Elaborazione di report regionali e supporto nella redazione di report aziendali
Referente regionale PASSI d'Argento	Raccordo con Gruppo Tecnico Nazionale
Referente di ASL	Coordinamento e monitoraggio del sistema a livello aziendale Elaborazione di report aziendali
Intervistatori	Coinvolgimento Comuni, MMG e soggetti campionati Recupero dei riferimenti delle persone da intervistare Esecuzione delle interviste Input dei dati
Gruppi di interesse	Promozione delle politiche di intervento

Analisi di contesto

Gli ultimi decenni sono stati caratterizzati da un evidente invecchiamento della popolazione e i trend indicano un aumento del fenomeno nei prossimi anni. L'Italia nel panorama mondiale rappresenta uno dei Paesi con la maggiore proporzione di anziani. Ad oggi, gli ultra 64enni costituiscono circa il 20% della popolazione e le più recenti proiezioni ISTAT indicano che nel 2051 tale proporzione sarà superiore al 30%. Aumenterà anche il numero delle persone molto anziane: gli ultra 84enni oggi pari al 2% del totale, raggiungeranno l'8% nel 2051.

L'OMS ha individuato come i 3 pilastri della strategia di *Active ageing* (Invecchiamento attivo) la Partecipazione, la Salute e la Sicurezza delle persone anziane, chiamando i sistemi sanitari e sociali ad un miglioramento delle *performance* e al monitoraggio continuo degli aspetti di salute. PASSI d'Argento rappresenta una fondamentale attività di sorveglianza della popolazione ultra 64enne e di monitoraggio degli interventi messi in atto.

Nel 2009, il Centro Nazionale per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CCM) ha affidato alla Regione Umbria e all'Istituto Superiore di Sanità la sperimentazione di un sistema di indagini periodiche a cadenza biennale sullo stato di salute e sulla qualità della vita delle persone ultra

¹ persone che si trovavano in ospedale, Residenza Sanitaria Assistenziale o altra struttura residenziale al momento dell'indagine

64enni e sugli interventi messi in atto dai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, nonché sulle azioni realizzate da altri settori della società civile. La prima indagine multi-regionale PASSI d'Argento è stata realizzata in 7 regioni italiane, tra cui la Puglia. Il progetto è collegato al programma europeo "Guadagnare Salute" e al "Piano Nazionale della Prevenzione".

L'indagine è stata condotta su un campione casuale semplice stratificato per genere e classe di età (<75 anni o ≥75 anni) estratto dalle liste anagrafiche sanitarie, pari a 500 persone ultra 64 anni.

Le interviste sono state effettuate nel periodo compreso tra il 16 marzo 2009 e il 16 giugno 2009.

Le persone rintracciate sono state intervistate telefonicamente o faccia a faccia da 16 operatori specificamente formati. Le persone con meno di 80 anni sono state invitate a sostenere un'intervista telefonica mentre in caso di problemi di comunicazione, gravi problemi di salute o età avanzata, è stata proposta la modalità di intervista faccia a faccia. Nel 27% dei casi, la persona ultra 64enne è stata intervistata con l'aiuto del *proxy* che poteva essere un familiare o una persona di fiducia dell'anziano.

Nel 2010, l'Osservatorio Epidemiologico Regionale ha pubblicato il report dello studio sperimentale, scaricabile dal sito http://www.oerpuglia.org/Passi_dArgento.asp.

L'Osservatorio sta inoltre curando la realizzazione e la diffusione ai MMG e ai loro assistiti di Schede Informative Tecniche su tematiche prioritarie di salute rilevate dallo studio.

Lo studio sperimentale è stato condotto con mezzi e risorse interamente a carico dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale. L'incentivazione degli intervistatori e dei referenti di ASL appare l'unica possibilità di garanzia di ripetizione delle indagini.

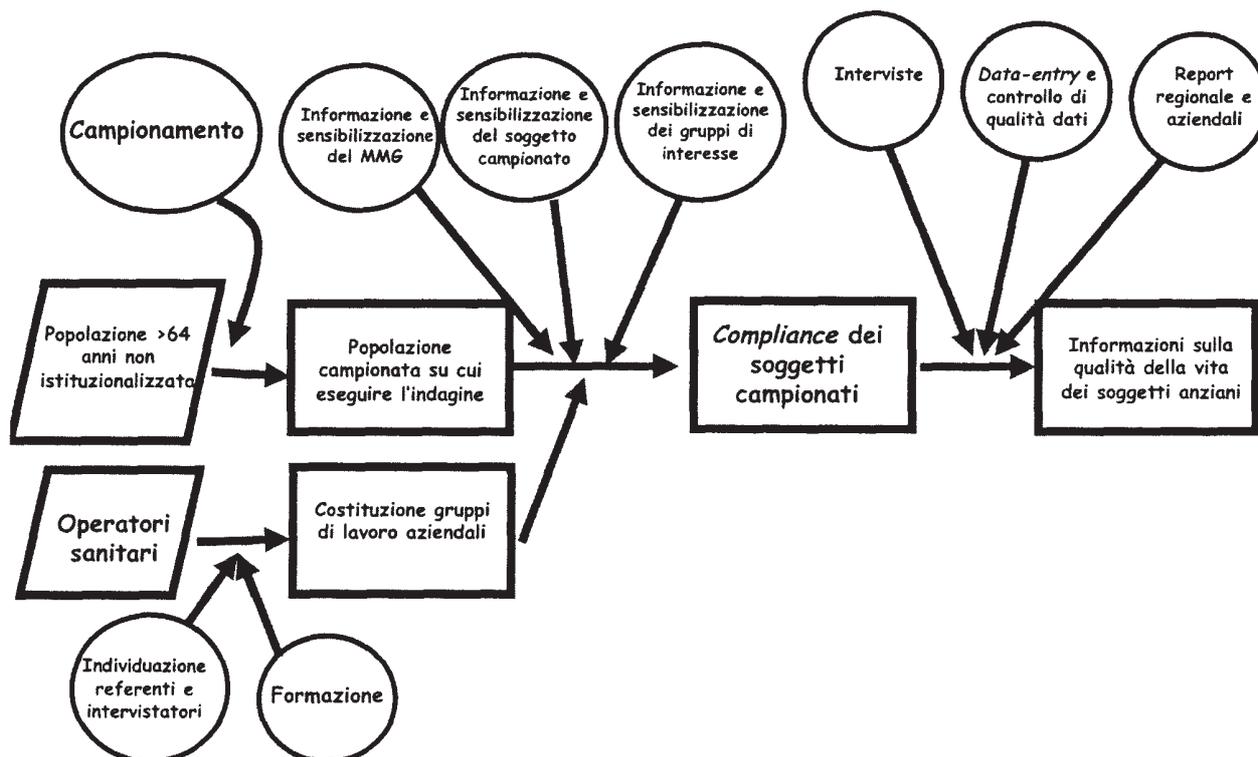
Modello logico

La ripetizione delle indagini Passi d’Argento con cadenza biennale richiederà la costituzione di gruppi di lavoro aziendali formati da un referente locale e da un *pool* di intervistatori in ogni ASL. Gli operatori riceveranno una formazione specifica da parte del referente regionale PASSI d’Argento, sul modello “a cascata” del Gruppo Tecnico Nazionale.

L’Osservatorio Epidemiologico Regionale selezionerà dall’anagrafe degli assistibili un campione di anziani da intervistare per ogni ASL e lo trasmetterà ai referenti aziendali che coordinano gli intervistatori locali. Ogni intervistatore provvederà a contattare il MMG del soggetto campionato e il soggetto stesso, per concordare data e modalità dell’intervista. A livello regionale e aziendale verranno sensibilizzati i gruppi di interesse al fine di favorire la comunicazione e l’adesione all’indagine.

Gli intervistatori provvederanno al *data-entry* dei questionari compilati. Presso l’Osservatorio Epidemiologico Regionale si procederà all’aggregazione dei dati, al controllo di qualità e alla redazione di report che saranno diffusi ai decisori ed agli operatori delle strutture sanitarie e sociali.

Modello Logico: PASSI d’Argento Puglia



Quadro logico

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative, attraverso: -l'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento, dall'incremento delle disabilità, esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte -la protezione e la promozione della salute negli anziani che sono una risorsa potenziale per la collettività -la prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità			
Obiettivo specifico	Rilevare la percezione dello stato di salute e della qualità della vita dei soggetti con più di 64 anni attraverso il sistema di Sorveglianza PASSI d'Argento	Redazione del report regionale PASSI d'Argento e pubblicazione sul sito www.oerpuglia.org Redazione report aziendali e pubblicazione sul sito www.oerpuglia.org	Sito web www.oerpuglia.org	Collaborazione MMG e gruppi di interesse Affidabilità anagrafe degli assistibili
Risultato atteso 1	Gruppi di lavoro aziendali costituiti	Numero di ASL in cui è stato costituito il gruppo di lavoro/Totale delle ASL	Provvedimento amministrativo	Risorse umane

Risultato atteso 2	Campione di soggetti da intervistare selezionato	Numero di soggetti selezionati reperibili/Totale soggetti selezionati	Diario degli intervistatori	Affidabilità dell'anagrafe sanitaria
Risultato atteso 3	<i>Compliance</i> dei soggetti campionati	Tasso di rifiuto Tasso di sostituzione	Diario degli intervistatori	Collaborazione MMG Collaborazione gruppi di interesse
Risultato atteso 4	Informazioni affidabili sulla qualità della vita vista dai soggetti over 64 anni	Numero interviste senza campi <i>missed</i> /totale interviste effettuate	<i>Database</i> interviste	Collaborazione del <i>proxy</i>

Attività		Mezzi	Costi	Rischi e assunzioni
Attività 1.1	Individuazione referenti e intervistatori	Provvedimento amministrativo	Intervistatori Referenti	
Attività 1.2	Formazione	Corso di formazione realizzato dal referente regionale PASSI d'Argento	Organizzazione dell'evento formativo Accreditamento ECM	
Attività 2.1	Campionamento	Anagrafe degli assistibili		
Attività 3.1	Informazione e sensibilizzazione del MMG	Lettera esplicativa del protocollo PASSI d'Argento	Spedizione lettere esplicative del protocollo PASSI d'Argento	
Attività 3.2	Informazione e sensibilizzazione del soggetto campionato	Lettera esplicativa del protocollo PASSI d'Argento	Spedizione lettere esplicative del protocollo PASSI d'Argento	
Attività 3.3	Informazione e sensibilizzazione dei gruppi di interesse	Mail informativa su finalità PASSI d'Argento		
Attività 4.1	Interviste	Interviste telefoniche Interviste faccia a faccia	Telefonia	

Attività 4.2	<i>Data entry</i> e controllo qualità dei dati	PC in dotazione alle aziende Maschera per <i>data-entry</i> predisposta dall'OER		
Attività 4.3	Report regionale	Analisi dei dati e redazione report a cura dell'OER Diffusione della versione stampata del rapporto Pubblicazione del rapporto sui siti www.oerpuglia.org e www.regione.puglia.it e link su siti di portatori di interesse	Costi di stampa	

Piano di valutazione

A livello regionale, responsabile del monitoraggio e della valutazione del progetto è l'Osservatorio Epidemiologico Regionale. A livello aziendale la responsabilità del sistema di sorveglianza è del referente aziendale PASSI d'Argento.

La valutazione *ex-ante* del progetto è a cura dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale a seguito di *audit* con i responsabili dei Dipartimenti di Prevenzione, delle Strutture di Epidemiologia e Statistica, della Società Italiana di Medicina Generale e della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. La valutazione riguarderà i risultati dello studio pilota condotto nel 2009 e la possibilità e le modalità di utilizzo dei dati PASSI d'Argento nelle attività di programmazione delle ASL e nella pianificazione di attività di formazione per i medici di medicina generale e geriatri.

La costituzione dei gruppi di lavoro verrà valutata in base a:

- numero di referenti aziendali individuati che hanno già partecipato a sistemi di sorveglianza degli stili di vita;
- numero di intervistatori individuati che hanno già partecipato a sistemi di sorveglianza degli stili di vita.

Le iniziative di formazione saranno valutate tenendo conto di:

- accreditamento degli eventi;
- analisi del post-test;
- proporzione di referenti aziendali formati, sul totale;
- proporzione di intervistatori formati, sul totale.

La valutazione delle *performance* del sistema di sorveglianza verrà effettuata attraverso i seguenti indicatori:

- tasso di risposta degli intervistati per ASL;
- tasso di sostituzione per ASL;
- tasso di rifiuto per ASL.

La valutazione di esito riguarderà il grado di coinvolgimento dei portatori di interesse a livello intersettoriale (decisori regionali e aziendali del settore sanitario; decisori regionali, provinciali e comunali delle politiche e dei servizi sociali; società scientifiche dei Medici di Medicina Generale e dei Geriatri; Dipartimenti di Prevenzione; associazioni che operano nel campo del volontariato).