

Allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 4653 del 30/12/2005



Regione Autonoma Valle d'Aosta
Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali

Piano regionale delle attività di Prevenzione 2006-2008

(di cui all'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, art. 4 comma 1, lett.e)

INDICE

	Pag.
Premessa	
Le priorità 2006-2008	
Il monitoraggio e la valutazione degli interventi	
La commissione di coordinamento del Piano	
PROGRAMMA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOCEREBROVASCOLARI	
<i>PROGETTO PRATO: LA PREVENZIONE PRIMARIA DEGLI ACCIDENTI CARDIOCEREBROVASCOLARI</i>	
<i>PROGETTO DI DIFFUSIONE DELL'USO DELLE CARTE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE</i>	
PROGRAMMA SCREENING ONCOLOGICI	
<i>PROGETTO DI ATTIVAZIONE DELLO SCREENING REGIONALE DEL CARCINOMA COLORETTALE</i>	
<i>PROGETTO PER L'IMPLEMENTAZIONE DEGLI SCREENING DEI TUMORI FEMMINILI: PAP-TEST E MAMMOGRAFIA</i>	
PROGRAMMA PER LA PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DEL DIABETE	
PROGRAMMA DI AGGIORNAMENTO DEL PIANO REGIONALE VACCINI	
<i>PROGETTO DI UN SISTEMA DI SEGNALAZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE SU WEB (SIMIWEB)</i>	
PROGRAMMA PER LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DELL'OBESITÀ INFANTILE	
PROGRAMMA PER LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI NEI LUOGHI DI LAVORO	
PROGRAMMA PER LA SORVEGLIANZA E LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI	

PREMESSA

La tematica della salute è sempre stata al centro delle riflessioni dell'uomo, interessando direttamente la vita dell'individuo. Ricercando nelle epoche precedenti le varie definizioni di salute, è impossibile trovare questo concetto separato dal suo alter ego: la malattia. Salute e malattia si sono sviluppati e modificati nel corso del tempo, da un lato seguendo i progressi della medicina, dall'altro variando in funzione dei caratteri sociali, economici e culturali di ciascuna comunità.

Mentre il concetto di malattia si determinava come uno specifico stato di malessere individuale, quello di salute, invece, si configurava più sfuggente, in quanto stato di generale benessere individuale, quasi sempre considerato solo negativamente, quale assenza di malattia.

L'O.M.S. nel 1946 ha evidenziato in pieno la rottura con le vecchie concezioni in cui la salute era concepita come semplice mancanza di malattia, definendola invece come "uno stato di completo benessere psichico, fisico e sociale".

La salute, dunque, è il risultato dell'interazione uomo-ambiente, in cui l'ambiente costituisce l'ambito principale che influenza la qualità della vita. La vita "normale" di un individuo non può essere infatti considerata uno stato, cioè una posizione statica, né un equilibrio dinamico, quanto piuttosto un susseguirsi di cambiamenti incessanti derivanti da condizioni di perenne squilibrio e di continuo adattamento alle mutazioni dell'ambiente fisico e socio-culturale, comprendendo in questo anche l'insieme delle relazioni contestuali in cui il soggetto vive.

La stessa salute mentale non è uno stato di assenza di conflittualità e tensioni, bensì la capacità di gestire i conflitti esterni ed interni.

La salute, collocata in questa prospettiva, si dispiega all'interno di un sistema in cui diverse variabili che si trovano in equilibrio manifestano effetti sulle componenti biologiche, psicologiche e sociali dell'individuo. Le variabili implicate nel definire la salute dell'uomo sono di natura biologica, ecologica, antropologica, sociale, religiosa.

Si devono tuttavia annoverare, tra le altre, anche variabili di ordine diverso, come ad esempio, le abitudini, lo stile di vita, ecc.. ritenute importanti nell'influenzare in modo determinante le cause principali di morbilità e di morte nei paesi industrializzati.

LA PREVENZIONE

Negli ultimi anni l'interesse verso il tema della prevenzione si è sviluppato a tal punto da rendere quest'argomento "alla portata di tutti". Gli esempi da fare sono molti: basta parlare di

un evento dannoso disturbante per la comunità e sorge spontaneo l'auspicio che si arrivi, al più presto, ad una prevenzione (prevenire il diffondersi della criminalità organizzata, degli incidenti stradali, dell'AIDS, e così via). Tuttavia non si può sempre parlare di prevenzione in termini così semplicistici, anche perché questo concetto è tutt'altro che semplice da definire.

Prevenire significa agire prima, impedire che la patologia si sviluppi; la prevenzione non riguarda solo un'azione incentrata solo su agenti patogeni specifici, ma si allarga fino a coinvolgere gli aspetti comportamentali del singolo individuo (connessi all'azione educativa), ed inoltre aspetti più ampi di tipo sociale, economico e culturale (promozione).

Essa si fonda sul principio dell'evitabilità di ogni malattia e dell'evoluzione dei fattori di rischio, si rivolge a tutti coloro che possono ammalarsi, ponendosi tra l'individuo e il suo ambiente, prima dell'instaurarsi dell'evento patologico, in quanto considerato, uno strumento capace di risolvere il problema a monte, quindi prima che i diversi fenomeni prendano il sopravvento sull'individuo.

Ma non vi può essere prevenzione se non si programmano interventi specifici che mirano ad una azione educativa che modifichi consapevolmente e durevolmente atteggiamenti e comportamenti della popolazione, dove l'individuo giochi un ruolo attivo di attore sociale nel proprio essere all'interno di quel sistema. Quindi l'obiettivo primario che si pone un'attività preventiva sta nell'agire sullo spazio vitale del soggetto, il che non implica solo l'ambiente familiare, ma comprende tutti quei sistemi con i quali la persona entra in contatto quali, ad esempio, la scuola, il lavoro, gli amici, ecc...il contesto di riferimento.

LE PRIORITÀ 2006-2008

In considerazione dello sviluppo che la Prevenzione ha avuto negli ultimi anni, l'attenzione per il triennio 2006-2008 sarà focalizzata prioritariamente su attività preventive quali vaccinazioni, la profilassi delle malattie infettive, gli screening oncologici (citologico, mammografico, coloretale), il controllo dei fattori di rischio ambientali, la modifica degli stili di vita nocivi. Su alcuni di essi sono in corso iniziative regionali di respiro pluriennale da proseguire ed implementare, per altri invece si intende dare avvio nel triennio a nuovi programmi in relazione al documento "Prevenzione attiva" ed al "Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007" del Ministero della Salute.

Nello specifico i seguenti temi saranno affrontati in modo coordinato tra i singoli programmi e progetti:

- la prevenzione della patologia cardiocerebrovascolare;
- il controllo delle complicanze del diabete;

- gli screening oncologici;
- prosecuzione dell'attività vaccinale nel rispetto dei piani vaccinali e delle indicazioni nazionali;
- la prevenzione dell'obesità con particolare riguardo all'obesità infantile;
- la prevenzione degli infortuni, ivi compresi quelli domestici.

I programmi ed i progetti saranno elaborati seguendo le evidenze di efficacia ed i modelli di buona pratica disponibili, secondo le indicazioni della Evidence Based Health Promotion; verranno individuati ed applicati appropriati strumenti di indirizzo, monitoraggio, valutazione e documentazione dell'efficacia pratica della loro realizzazione.

È favorita dalla Regione Valle d'Aosta la progettazione di interventi di Prevenzione a livello locale e con particolare riferimento ai temi relativi ai comportamenti ed agli stili di vita, in modo che siano attivati nei contesti dove i cittadini valdostani possono essere più facilmente raggiunti: dove vivono e svolgono le attività quotidiane, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, nei luoghi ove trascorrono il proprio tempo libero o nelle strutture di servizio sanitario ed in genere di aggregazione sociale. Le azioni di Prevenzione saranno diffuse attraverso strumenti/metodi diversi e idonei a raggiungere:

- popolazione in generale;
- target specifici di popolazione identificata per fasce di età e/o bisogni;
- comunità e contesti specifici;
- servizio sanitario;
- scuola;
- luoghi di lavoro;
- volontariato e associazionismo.

IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI

La valutazione degli interventi di Prevenzione è un'azione complessa ed articolata, condizionata dai fenomeni comportamentali, sociali e politici, che s'intendono misurare e dal tempo necessario per la loro comparsa, modificazione e consolidamento.

Sia a livello nazionale che regionale è in corso un processo volto a sostenere e ad approfondire il tema dell'appropriatezza e dell'efficacia in sanità pubblica. Il concetto di una prevenzione basata su azioni efficaci è evoluto e caratterizza oggi linee guida organizzative nazionali e regionali, direttive, leggi ed offerte formative, ma lo scenario nazionale è ancora molto disomogeneo e trova origini nel più ampio problema delle disparità socio-economiche

regionali che produce, sia rispetto alle differenti offerte assistenziali e di tutela dei soggetti deboli, sia nei confronti di un differente rispetto delle regole di garanzia e di copertura dei livelli minimi di assistenza.

Poiché fortemente segnata dalla posizione sociale, l'attività preventiva, oltre che di dimostrata efficacia, deve essere interpretata in termini d'equità, piattaforma etica del sistema sanitario pubblico, oltre che valido strumento di programmazione. L'equità può essere rappresentata come uguale accesso alle cure a parità di bisogno, uguale utilizzazione dei servizi a parità di bisogno ed uguale qualità del servizio per tutti. La Relazione sanitaria e sociale 2001 ha documentato come anche in Valle d'Aosta le disuguaglianze sociali, individuali e collettive, influiscono sia sullo stato di salute sia sull'accesso ai servizi.

La valutazione dei risultati è quindi fortemente condizionata dai seguenti aspetti:

- valutazione iniziale del contesto sociale in cui si intende intervenire;
- disponibilità al cambiamento dei vari soggetti presenti ed attivi nel contesto;
- priorità percepite dai soggetti e indicate dai dati sanitari e sociali;
- disponibilità di soluzioni basate su prove di efficacia o perlomeno su esempi convincenti di buona pratica;
- qualità della progettazione;
- predisposizione delle competenze professionali e delle infrastrutture organizzative capaci di sostenere la realizzazione degli interventi e dall'esistenza di un piano di valutazione, dotato di strumenti, metodi e competenze, capace di scandagliare e misurare i diversi risultati che compaiono con lo scorrere del tempo (risultati a breve, medio e lungo termine).

L'attività di prevenzione deve inoltre rapportarsi ad un ulteriore elemento che è quello della sostenibilità economica e finanziaria. Il costo medio nazionale per la prevenzione è pari al 4,32 % della spesa complessivamente sostenuta per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, e corrisponde ad una spesa pro-capite di 115.176 euro (2001). In Valle d'Aosta la spesa sostenuta per questo livello di assistenza è pari al 6,03 %, e corrisponde ad un investimento pro-capite di 187.633 euro (2001). Anche se un maggiore investimento economico è un elemento necessario, esso non è peraltro sufficiente a garantire più salute alla popolazione verso la quale è orientato. La conoscenza di quanta "salute aggiuntiva" o di quante "malattie o morti evitate" la Valle d'Aosta può attribuire alle risorse investite è necessaria per scelte trasparenti e responsabili in un contesto a risorse finanziarie limitate, che impone di operare secondo una logica programmatica fondata sui concetti di priorità,

efficacia, efficienza produttiva ed allocativa e in cui ogni conflitto di interesse tra parti deve essere risolto in funzione del beneficio alla persona.

Gli elementi di valutazione contenuti nei diversi progetti del piano regionale sono espressi in termini di indicatori e standard di risultato relativi agli aspetti di output e di impatto, intendendo con il termine output l'esito finale dell'azione in termini di prodotti misurabili e con impatto le modificazioni di atteggiamenti e comportamenti da parte degli individui e delle organizzazioni, e quindi di diminuzione di fattori di rischio e aumento di fattori protettivi.

Questi elementi – in presenza di consistenti evidenze del legame causale – possono essere considerati ragionevoli indicatori dei risultati di salute (cioè sanitari e sociali).

Gli outcome di salute propriamente detti (riduzione di morbosità e/o mortalità generale e specifica, miglioramento della qualità della vita, ecc.), anche quando indicati come obiettivi strategici, non sono in questa sede presi in esame come concreti indicatori di valutazione in quanto le loro variazioni non sarebbero apprezzabili nel breve periodo, e quindi nell'intervallo triennale considerato dal piano.

LA COMMISSIONE DI COORDINAMENTO DEL PIANO

L'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali, come soggetto istituzionale di garanzia delle iniziative rivolte alla popolazione regionale con promessa di miglioramento dello stato di salute e di riduzione delle cause di morte e degli stadi gravi di malattia, istituisce la Commissione per il coordinamento, la revisione e la valutazione delle attività di prevenzione, di seguito denominata semplicemente Commissione.

Obiettivi della Commissione rispetto al presente piano ed a tutte le iniziative di prevenzione messe in atto sul territorio regionale, sono quelli riferiti a:

- la conoscenza;
- il coordinamento ;
- la valutazione rispetto ai processi e agli esiti della prevenzione.

La Commissione è composta da:

- l'Assessore alla Sanità, Salute e Politiche sociali, nel ruolo di Presidente;
- il Direttore della Direzione Salute dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali;
- il Dirigente del Servizio Dipendenze Patologiche, Salute mentale e Promozione della salute dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali;
- il Direttore Sanitario dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;
- il Direttore dell'Area territoriale dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta;

- il Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta;
- un rappresentante del Collegio di Direzione dell’Azienda U.S.L. della Valle d’Aosta;
- da un dipendente di categoria C (posizione C2) dell’Assessorato Sanità, Salute e Politiche sociali, nel ruolo di segretario.

In base alle competenze e al valore della proposta, la Commissione può altresì avvalersi del contributo professionale di tecnici o di uno o più esperti della materia, designati dalla Giunta regionale.

PROGRAMMA PER L'IMPLEMENTAZIONE DEGLI SCREENING DEI TUMORI FEMMINILI: PAP-TEST E MAMMOGRAFIA

DIRETTORE SCIENTIFICO DEL PROGRAMMA

Nome e Cognome Teodoro MELONI
Qualifica Responsabile U.B. Radiologia Ospedale regionale A.U.S.L. Valle d'Aosta
Sede V.le Ginevra, 3 11100 AOSTA
tel. 0165/543219 e-mail meloni.t@uslaosta.com fax: 0165/543714

REFERENTI AZIENDA U.S.L. DELLA VALLE D'AOSTA DEL PROGRAMMA

Nome e Cognome Clemente PONZETTI
Qualifica Direttore Sanitario Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta
Sede Via Guido Rey, 1 11100 AOSTA
tel. 0165/544511 e-mail ponzetti.clemente@uslaosta.com fax: 0165/544493

Nome e Cognome Carlo POTI
Qualifica Direttore Area Territoriale Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta
Sede Via Guido Rey, 1 11100 AOSTA
0165/544457 e-mail poti.carlo@uslaosta.com fax: 0165/31303

INTRODUZIONE

I tumori della mammella e della cervice uterina rientrano nei casi di carcinoma più frequenti per incidenza e mortalità nei Paesi Industrializzati.

Nella regione Valle d'Aosta è attivo dal 1998, in base al piano socio sanitario regionale, il programma di Screening Tumori Femminili”

- Popolazione bersaglio (dati ISTAT 2003):
 1. screening citologico: 34.718 donne
 2. screening mammografico: 15.234 donne
- Fascia di età:
 1. 25-64 anni (screening citologico)
 2. 50-69 anni (screening mammografico)
- Adesione spontanea:
 1. non prevista (screening citologico)
 2. 45-50 anni (screening mammografico)
- Test di screening:

1. screening citologico: pap-test
2. screening mammografico: mammografia bilaterale
3. esame ecotomografico: è in fase di sperimentazione il test di primo livello ecografico in aggiunta alla mammografia per donne con seno denso

– Periodicità:

1. screening citologico: triennale
2. screening mammografico: biennale

FINALITÀ E OBIETTIVI GENERALI

Il progetto di prevenzione dei Tumori femminili si prefigge lo scopo di eliminare o limitare, attraverso un'attività preventiva di coinvolgimento delle donne, le conseguenze dell'insorgenza di tumori alla mammella, all'utero e alla cupola vaginale non diagnosticati in tempi utili.

AMBITO TERRITORIALE

Il programma coinvolge tutte le donne residenti in Valle d'Aosta secondo i criteri elencati.

Screening Citologico:

Le donne vengono invitate ad eseguire l'esame presso le varie Unità di Prelievo dislocate sul territorio.

UP 01 Arvier, Avise, Courmayeur, La Salle, La Thuile, Morgex, Pré-St-Didier, Valgrisenche.

UP 03 Aymavilles, Introd, Rhêmes-Notre-Dame, Rhêmes-St-Georges, Saint-Nicolas, Saint-Pierre, Valsavarenche, Villeneuve.

UP 04 Cogne.

UP 05 Allein, Bionaz, Doues, Etroubles, Gignod, Ollomont, Oyace, Roisan, Saint-Oyen, Saint-Rhémy, Valpelline, Variney.

UP 07 Brissogne, Chambave, Fenis, Nus, Quart, Saint-Denis, Saint-Marcel, Verrayes.

UP 08 Antey-St-André, Chamois, La Magdeleine, Torgnon, Valtournenche.

UP 09 Châtillon, Pontey.

UP 10 Charvensod, Gressan, Jovençon, Pollein.

UP 11 Arnad, Ayas, Brusson, Challand-St-Anselme, Challand-St-Victor, Champdepraz, Issogne, Montjovet, Verres.

UP 12 Bard, Champorcher, Donnas, Fontainemore, Gaby, Gressoney-La-Trinité, Gressoney-St-Jean, Hone, Issime, Lillianes, Perloz, Pontboset, Pont-St-Martin.

UP 14 Emarèse, Saint-Vincent.)

Screening Mammografico:

Le donne vengono invitate ad eseguire l'esame presso la sede fissa Ospedale Beauregard per i comuni di Aosta e limitrofi e presso l'unità mobile dislocata periodicamente sul territorio (Donnas, Morgex, Châtillon)

PIANO OPERATIVO

Gli attori coinvolti nel progetto sono i seguenti:

- *Comitato Tecnico Scientifico*
Permanente per l'indirizzo e la supervisione del programma
- UVOS:
Unità di Coordinamento per la gestione operativa del programma
- MMG:
Medici di Medicina Generale corretta informazione in merito al programma di screening e coinvolgere le loro pazienti.
- U.O. Unità Operative dell'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta:
 1. Unità Operativa Radiologia
 2. Unità Operativa Anatomia Patologica
 3. Unità Operativa Chirurgia Toracica
 4. Unità Operativa Ostetricia e Ginecologia
 5. Unità Operativa Oncologia Medica

MONITORAGGIO DEL PROGETTO

– Indicatori Per Il Monitoraggio, di Processo e di Esito

Il CPO PIEMONTE (Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte):

1. fornisce il supporto metodologico al progetto screening per la pianificazione e l'attuazione di interventi di prevenzione secondaria
2. valutare l'efficacia di programmi di screening per i tumori oltre che i protocolli in materia di interventi di prevenzione secondaria (screening) dei tumori, relazione alla loro organizzazione e valutazione e nello svolgimento di indagini

epidemiologiche aventi gli stessi obiettivi di portata circoscritta alle singole Aziende sanitarie.

- Modalità di acquisizione dei dati per la costruzione degli indicatori e la valutazione del progetto

Il CPO estrae ed elabora, con cadenza semestrale, con cadenza semestrale i dati necessari dal Sistema Informativo Reflection, sul quale vengono registrati tutti i dati relativi agli esami effettuati dalle donne coinvolte nel programma.

Con cadenza semestrale si tengono riunioni divulgative ai fini della valutazione del progetto e riunioni del CTS per l'analisi dei dati e per attività di indirizzo.

COORDINAMENTO DEL PROGETTO

All'UVOS è affidato il compito di coordinare tutte le attività organizzative, quelle di front office e back office e le attività di segreteria.

Nello specifico l'attività si articola in questo modo:

- Attività trasversali di gestione e coordinamento
- Attività trasversali di centralino e segreteria
- Attività specifiche screening citologico
- Attività specifiche screening mammografico

TEMPI DI REALIZZAZIONE (CRONOPROGRAMMA)

Nella Regione Valle d'Aosta il programma di screening Tumori femminili è attivo dal 1998.

Dagli ultimi dati analizzati è emerso quanto segue:

SCREENING MAMMOGRAFICO

Inviti

Si è rispettato l'obiettivo che prevedeva di invitare il 100% della popolazione bersaglio nell'arco di due anni, in quanto, si è riusciti ad arrivare al 25% degli inviti a semestre.

Adesione

L'adesione permane molto elevata intorno al 70%.

AOSTA E COMUNI LIMITROFI

Popolazione bersaglio: 9.163 donne

Conclusione IV round: aprile 2006

Inizio V round: aprile 2006

RESTANTE TERRITORIO

Sede di Châtillon

Inizio I round settembre 2000

Conclusione III round: giugno 2005

Inizio IV round novembre/dicembre 2006

Conclusione IV round: previsto giugno 2007

Sede di Donnas

Inizio II round febbraio 2002

Conclusione II round: novembre 2004

Inizio III round: fine febbraio 2006

Conclusione : termine previsto novembre 2006

Sede di Morgex

Inizio I round: maggio 2001

Inizio III round maggio/giugno 2005

Conclusione III round: 15/11/2005

Adesione per medico

L'adesione media si aggira intorno al 65%.

Reinviti alle non aderenti

Vengono effettuati con cadenza periodica tramite l'invio di lettere di sollecito.

SCREENING CITOLOGICO

Inviti

Si è quasi raggiunto l'obiettivo in quanto, si è coperto il 95% la popolazione bersaglio annuale.

Adesione

L'adesione permane molto elevata intorno al 61%

Aosta – UP 06

Inizio I° round: aprile 1998

Inizio III° round: aprile 2004

Conclusione III° round: aprile 2007

Restante Territorio

Inizio I° round: aprile 1999

Conclusione II° round: aprile 2005

Inizio III round: aprile 2005

Proseguimento III° round: anno 2006