



BOLLETTINO UFFICIALE

della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

Speciale Sanità n. 25 del 30 Marzo 2012

PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE SANITARIA 2010-2012

Vendita e Informazioni

UFFICIO BURA
L'AQUILA
Via Salaria Antica est n° 27
- edificio B2 -
Località S. Antonio - Pile

Bura: Tel. 0862/364211- 364221- Fax. 0862/364219
Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it
Servizi online: Tel. 0862/364702 - 364223 - 364222

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.30

Avviso per gli abbonati

In applicazione della L.R. n. 51 del 9.12.2010 il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo dall'1.1.2011 viene redatto in forma digitale e diffuso gratuitamente in forma telematica, con validità legale. Gli abbonamenti non dovranno pertanto più essere rinnovati. L'invio del Bollettino Ufficiale in versione cartacea viene assicurato solo alle principali istituzioni

Il Bollettino Ufficiale viene pubblicato nei giorni di Mercoledì e Venerdì

Articolazione del BURAT

Il BURAT serie “**ORDINARIO**” si articola in due parti:

PARTE PRIMA

- a) Lo Statuto regionale e le leggi di modifica dello Statuto, anche a fini notiziali ai sensi dell'articolo 123 della Costituzione;
- b) le leggi ed i regolamenti regionali e i testi coordinati;
- c) il Piano regionale di sviluppo ed i relativi aggiornamenti, il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria nonché tutti gli atti di programmazione degli organi di direzione politica disciplinati dalla normativa regionale in materia di programmazione;
- d) gli atti relativi ai referendum da pubblicarsi in base alle previsioni della normativa in materia;
- e) le sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relative a leggi della Regione Abruzzo o a leggi statali o a conflitti di attribuzione coinvolgenti la Regione Abruzzo, nonché le ordinanze di organi giurisdizionali che sollevano questioni di legittimità di leggi della Regione Abruzzo e i ricorsi del Governo contro leggi della Regione Abruzzo;
- f) gli atti degli organi politici e di direzione amministrativa della Regione che determinano l'interpretazione delle norme giuridiche o dettano disposizioni per loro applicazione;
- g) le ordinanze degli organi regionali.

PARTE SECONDA

- a) Le deliberazioni adottate dal Consiglio regionale e non ricomprese fra quelle di cui al comma 2;
- b) gli atti di indirizzo politico del Consiglio regionale;
- c) i decreti del Presidente della Giunta regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- d) i decreti del Presidente del Consiglio regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- e) i provvedimenti degli organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale;
- f) gli atti della Giunta regionale e dell'ufficio di Presidenza del Consiglio regionale di interesse generale;
- g) gli atti della Regione e degli enti locali la cui pubblicazione è prevista da leggi e regolamenti statali e regionali;
- h) i bandi e gli avvisi di concorso della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici e i relativi provvedimenti di approvazione;
- i) i bandi e gli avvisi della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici per l'attribuzione di borse di studio, contributi, sovvenzioni, benefici economici o finanziari e i relativi provvedimenti di approvazione;
- j) i provvedimenti di approvazione delle graduatorie relative ai procedimenti di cui alle lettere h) e i);
- k) gli atti di enti privati e di terzi che ne facciano richiesta conformemente alle previsioni normative dell'ordinamento.

1. Gli atti particolarmente complessi, i bilanci ed i conti consuntivi, sono pubblicati sui BURAT serie “**SPECIALE**”.
2. Gli atti interni all'Amministrazione regionale sono pubblicati sui BURAT serie “**SUPPLEMENTO**”.
3. I singoli fascicoli del BURAT recano un numero progressivo e l'indicazione della data di pubblicazione.

NOTA:

Le **determinazioni direttoriali e dirigenziali** per le quali non sia espressamente richiesta la pubblicazione integrale sul BURAT, ancorché non aventi rilevanza esterna o che siano meramente esecutive di precedenti determinazioni, **sono pubblicate per estratto** contenente la parte dispositiva, l'indicazione del servizio competente, il numero d'ordine, la data e l'oggetto del provvedimento.

Sul Bollettino Ufficiale sono altresì pubblicati tutti i testi la cui pubblicazione è resa obbligatoria dall'ordinamento nazionale e comunitario, anche se richiesti da privati.

Sommario

Parte I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

DELIBERAZIONI

- GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE 20.12.2010, n. 1012:

PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE SANITARIA 2010-2012. APPROVAZIONE.

 PARTE I

 LEGGI, REGOLAMENTI, ATTI
 DELLA REGIONE E DELLO STATO

 ATTI

 DELIBERAZIONI DELLA
 GIUNTA REGIONALE

GIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERAZIONE 20.12.2010, n. 1012:

**PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE
 SANITARIA 2010-2012. APPROVAZIONE.**

LA GIUNTA REGIONALE

Vista l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto per la salute 2010-2012 la quale, all'art.15, comma 1, prevede che, mediante Intesa sottoscritta ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, si approvi, entro il 30 giugno 2010, il Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012;

Vista l'Intesa, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale per la Prevenzione per gli anni 2010-2012(rep. Atti C3/CSR del 29 aprile 2010) con la quale è stato approvato il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012;

Considerato che nella predetta Intesa era previsto che le Regioni si impegnassero ad adottare, entro il 30 settembre 2010, il Piano regionale di prevenzione per la realizzazione degli interventi previsti dal PNP 2010-2012;

Preso atto che nella predetta Intesa è stata stabilita la individuazione di un coordinatore operativo di ciascun Piano regionale, individuato, con atto formale della Regione, entro 30 giorni dalla stipula della stessa Intesa;

Tenuto conto che con nota prot. ISS CNE 19/3/2010-0000315 dell'Istituto Superiore di

Sanità - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - è stata richiesta la individuazione di referenti regionali per il Progetto "Supporto al Piano nazionale della Prevenzione e alla formazione per responsabili e operatori impegnati nei progetti dei piani regionali di prevenzione 2010-2012";

Dato atto che con nota prot.240/Segr. del 24 marzo 2010, il Componente la Giunta della Direzione Politiche della Salute ha individuato quale referente regionale del progetto "Supporto al Piano nazionale della Prevenzione e alla formazione per responsabili e operatori impegnati nei progetti dei Piani regionali di prevenzione 2010-2012" il Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione dott.ssa Tamara Agostini, nonché quali operatori designati a partecipare alla Comunità di pratica sui piani regionali di Prevenzione attraverso specifica formazione sul metodo e sulla standardizzazione dei formati dei progetti i seguenti dott.ri:

Claudio Angeloni Coordinatore regionale screening cervice uterina Asl di Teramo;

Antonio Caponetti Responsabile Servizio Tutela della Salute nei luoghi di lavoro Asl Pescara;

Rossana Cassiani Responsabile Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica Asl Av-Sulmona-L'Aquila;

Carla Granchelli Responsabile Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica Asl Pescara;

Ercole Ranalli Responsabile Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione Asl Lanciano-Vasto-Chieti;

Dato atto che con nota prot. DGPREV 0021961-P-12.5.2010 il Ministero della salute richiedeva designazione di coordinatore regionale del Piano di Prevenzione 2010-2012;

Considerato che in riscontro alla precitata richiesta, con nota prot.365/Segr. del 20 maggio 2010 il Componente la Giunta ha designato la Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva dott.ssa Tamara Agostini della Direzione Politiche della Salute quale coordinatore regionale del Piano di Prevenzione 2010-2012 con compiti di:

- rappresentare la Regione in tutte le occasioni di confronto che l'attuazione del PNP implica e comporta;
- rendere note le linee di intervento (all'interno di ciascuna delle 4 aree tematiche del Piano) sulle quali la Regione intende programmare affinché possano essere messe a disposizione dall'ISS-CNESP le risorse e le collaborazioni richieste e/o utili in funzione del processo di programmazione regionale;
- favorire la partecipazione dei tecnici regionali alla formazione prevista dal progetto di supporto alla elaborazione dei piani regionali gestito dall'ISS-CNESP;

Considerato che i 5 referenti tecnici regionali hanno partecipato alla specifica formazione a supporto per la elaborazione del PRP gestita dall'ISS-CNESP;

Considerato che il Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva ha presenziato agli incontri del Coordinamento interregionale della prevenzione e ministeriali concernenti la elaborazione dei Piani regionali di prevenzione e che la stessa ha coordinato incontri specifici in Direzione Politiche della salute con i referenti tecnici regionali ;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n.536 del 12 luglio 2010 con la quale sono state identificate le linee di intervento sulle quali la Regione Abruzzo ha inteso effettuare l'attività di programmazione e che di seguito si elencano con la esplicitazione del referente tecnico incaricato della progettazione:

Medicina predittiva

- Valutazione del rischio individuale di malattia (referente tecnico:dott.ssa Granchelli).

Prevenzione universale

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale (referente tecnico: Dott. Caponetti)

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie di lavoro correlate (referente tecnico:Dott.Caponetti)

Prevenzione degli eventi infortunistici in

ambito domestico (referente tecnico: Dott. Caponetti)

Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione (referente tecnico:Dott.ssa Cassiani)

Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni (referente tecnico: Dott.ssa Cassiani)

Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano (referente tecnico: Dott. Ranalli)

Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze) (referente tecnico:Dott.ssa Granchelli)

Prevenzione della popolazione a rischio

- Tumori e screening (referente tecnico:Dott. Angeloni)
- Malattie cardiovascolari (referente tecnico:Dott.ssa Granchelli)
- Diabete (referente tecnico:Dott.ssa Granchelli)
- Patologie orali (referente tecnico: Dott.ssa Granchelli)

Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

- Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza (referente tecnico: Dott.ssa Granchelli)

Visto l'Accordo, ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 27 agosto 1997 n. 281 tra Governo, Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano, Province, Comuni e Comunità Montane concernente "Linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole dei fattori di rischio Indoor per allergie ed asma" rep. Atti n. 124 del 18.11.2010 per cui si ritiene di dover integrare le linee operative di intervento suesposte con specifico progetto di prevenzione per rischio Indoor denominato "Progetto respiro libero "ESA"" (Educazione sanitaria per allergie) sulla

conoscenza, prevenzione e cura delle patologie allergiche durante l'età evolutiva"ricompreso nella macroarea Prevenzione universale;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 854 del 15 novembre 2010 con la quale è stata recepita l'Intesa ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano recante modifica all'Intesa 29 aprile concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012 che ha prorogato al 31.12.2010 il termine per l'adozione da parte delle Regioni del Piano regionale di prevenzione 2010-2012;

Considerato che nella Azienda Asl di Pescara nel corrente anno si è svolto specifico corso di formazione avente ad oggetto"Verso il guadagnare salute:dall'analisi dei problemi del territorio all'azione di prevenzione e promozione efficaci" tenuto da rappresentanti dell'Istituto Superiore di Sanità - CNESPS nel quale si sono formati a supporto dell'elaborazione del PRP specifici gruppi di lavoro coordinati dai referenti tecnici sopramenzionati;

Considerato che con determinazione dirigenziale DG20/55/2010 il Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva ha formalizzato i gruppi di lavoro summenzionati, distinti per aree tematiche, composti di esperti in materia di prevenzione a supporto tecnico dei referenti regionali designati dott.ri Rossana Cassiani, Claudio Angeloni, Carla Granchelli, Ercole Ranalli, Antonio Caponetti, per la elaborazione del piano regionale di prevenzione 2010-2012 nonché per la elaborazione del quadro strategico regionale, propedeutico all'elaborazione ed articolazione dei singoli progetti di prevenzione;

Visto l'art.1, comma 5, dell'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010 che prevede la valutazione e la certificazione dei Piani regionali di prevenzione;

Visto in particolare l'allegato 3 alla medesima Intesa che prevede la definizione dei criteri in base ai quali, a seguito di valutazione, i Piani regionali risultano certificati;

Visto il Documento per la valutazione dei Piani regionali di Prevenzione 2010-2012 redat-

to dal Ministero della Salute e inviato con nota prot. DGPREV0044517-P del 22.10.2010 dallo stesso Ministero alla Commissione Salute delle Regioni e Province Autonome e al Coordinamento Interregionale Prevenzione;

Considerato che in detto documento, tra gli altri, è previsto che la Regione, adottato con atto deliberativo il Piano regionale di prevenzione 2010-2012 entro il 31.12.2010 lo invii, entro il 15 gennaio 2011, alla Direzione operativa del CCM per la valutazione;

Considerato che l'allegato 2 del predetto documento di valutazione chiarisce che il PRP deve contenere il quadro strategico e il piano operativo, e delinea lo schema di programma/progetto che le Regioni devono adottare per l'articolazione delle linee di intervento programmate;

Considerato che il Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione Politiche della Salute, nella redazione ed articolazione del Piano regionale di Prevenzione sanitaria 2010-2012 si è attenuta ai criteri così' come stabiliti nel Piano nazionale di prevenzione 2010-2012 di cui alle precitate Intese ed al succitato documento di valutazione;

Dato atto che i referenti tecnici summenzionati in base a tutto quanto sopra esplicitato hanno presentato alla struttura regionale i seguenti progetti:

Medicina predittiva

Valutazione del rischio individuale di malattia

Progetto: "Gioca la carta del cuore: aumentare la conoscenza del rischio cardiovascolare estendendo l'utilizzo della carta del rischio"

Prevenzione universale

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale

Progetto "Guida senza alcol"

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie di lavoro correlate

Progetto "Coltiviamo la sicurezza"

Progetto "Costruire un mondo sicuro"

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico

Progetto "Casa sicura"

Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazioni

Progetto "Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento"

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

Progetto "Educazione all'affettività e prevenzione HIV"

Prevenzione delle malattie determinate da alimenti

Progetto: "Ridurre il rischio di malattie trasmesse da alimenti mediante il potenziamento del controllo rispondenti ai criteri di graduazione del rischio"

Progetto: "Miglioramento della qualità delle acque destinate ad uso umano"

Progetto: "Prevenzione e modifica in età prescolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso ed obesità"

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

Progetto "Non mandare in fumo la tua gioventù: Unplugged un programma scolastico mirato alla prevenzione dell'uso di tabacco"

Progetto "Incremento dell'attività fisica nella popolazione giovanile progetto Movimentiamoci"

Prevenzione della popolazione a rischio

Tumori e screening

Progetto "Aumentare l'estensione del programma di screening del cancro della cervice uterina e contrastare lo screening opportunistico, proponendo alternative (self sampling a domicilio)"

Progetto: "Aumentare l'estensione del programma e contrastare lo screening opportunistico del cancro del colon-retto,

proponendo alternative"

Progetto "Aumentare l'estensione del programma di screening del cancro della mammella, contrastare lo screening opportunistico, proponendo alternative"

Malattie cardiovascolari

Progetto "Ridurre il rischio cardiovascolare attraverso la definizione e standardizzazione di percorsi integrati per l'ipertensione arteriosa"

Diabete

Progetto "IGEA Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete"

Patologie orali

Progetto "Prevenzione della carie in età evolutiva con particolare riguardo ai bambini frequentanti la III classe della scuola elementare"

Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

Progetto: "Prevenzione delle disabilità da disturbi nutrizionali e da scarsa attività motoria negli anziani" – "Colori in movimento";

Progetto "Attivazione del sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra 64enne "PASSI d'Argento"

Ritenuto necessario coinvolgere nella attuazione del Piano tutti i Servizi della Direzione Politiche della Salute per gli adempimenti di competenza necessari per portare ad esecuzione le specifiche attività programmate ed in particolare i Servizi "Assistenza Sanitaria di Base e specialistica" "Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale", "Sanità veterinaria e sicurezza alimentare", "Gestione flussi Informativi Mobilità sanitaria, procedure informatiche ed Emergenza Sanitaria" della Direzione Politiche della Salute;

Visto il piano economico distinto per macroarea di intervento e per annualità 2011 e 2012 allegato "B";

Visto che le spese indicate nell'allegato "B" relativamente all'anno 2011 saranno finanziate

con le risorse del FSR stanziato sul bilancio 2011 destinate al PRP, con le risorse economiche di cui all' "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali di linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province Autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996 n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2010" del 8 luglio 2010 rep. Atti n.76/CSR pari ad euro 5.984.716,00 iscritti sul bilancio regionale 2010 al Capitolo di spesa n. 81519, e dalle risorse che ad analogo titolo verranno erogate alla Regione in conto competenza 2011, stimate in euro 5.984.716,00 fatto salvo l'accertamento delle stesse somme;

Visto che le spese indicate nell'allegato "B" relativamente all'anno 2012 saranno finanziate con le risorse del FSR stanziato sul bilancio 2012 destinate al PRP, con le risorse economiche di cui all'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996 n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2012, stimate in euro 5.984.716,00, fatto salvo l'accertamento delle stesse somme;

Considerato altresì che nel caso di mancata erogazione alla Regione delle risorse di cui alle Legge 662/96 art. 1 comma 34 e 34 bis si dovrà provvedere alla rimodulazione del quadro economico di cui all'Allegato "B";

Vista la L.R. n.77/99 e succ. modifiche ed integrazioni;

Dato atto che la presente proposta di deliberazione comporta onere finanziario a carico del bilancio regionale a cui si intende far fronte con le risorse sopra specificate;

Dato atto che il Direttore della Direzione Politiche della Salute ha espresso il proprio parere favorevole in merito alla regolarità tecnica e amministrativa della presente proposta di deliberazione ed alla sua conformità alla legislazione vigente

A voti unanimi, espressi nelle forme di legge

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa, che qui di seguito si intendono riportate ed approvate,

- 1) di approvare il Piano regionale di prevenzione sanitaria 2010-2012 denominato allegato "A" articolato nel quadro strategico della Regione Abruzzo e nel programma operativo composto dai seguenti progetti:

Medicina predittiva

Valutazione del rischio individuale di malattia

Progetto: "Gioca la carta del cuore: aumentare la conoscenza del rischio cardiovascolare estendendo l'utilizzo della carta del rischio"

Prevenzione universale

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale

Progetto "Guida senza alcol"

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie di lavoro correlate

Progetto "Coltiviamo la sicurezza"

Progetto "Costruire un mondo sicuro"

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico

Progetto "Casa sicura"

Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazioni

Progetto "Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento"

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

Progetto "Educazione all'affettività e prevenzione HIV"

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

Progetto "Respiro libero "ESA" (Educazione sanitaria per allergie) sulla conoscenza, prevenzione e cura delle patologie allergiche durante l'età evolutiva"

Prevenzione delle malattie determinate da alimenti

Progetto: “Ridurre il rischio di malattie trasmesse da alimenti mediante il potenziamento del controllo rispondenti ai criteri di graduazione del rischio”

Progetto: “Miglioramento della qualità delle acque destinate ad uso umano”

Progetto”Prevenzione e modifica in età prescolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso ed obesità”

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

Progetto “Non mandare in fumo la tua gioventù: Unplugged un programma scolastico mirato alla prevenzione dell’uso di tabacco”

Progetto “Incremento dell’attività fisica nella popolazione giovanile progetto Movimentiamoci”

Prevenzione della popolazione a rischio

Tumori e screening

Progetto “Aumentare l’estensione del programma di screening del cancro della cervice uterina e contrastare lo screening opportunistico, proponendo alternative (self sampling a domicilio)”

Progetto: “Aumentare l’estensione del programma e contrastare lo screening opportunistico del cancro del colon-retto, proponendo alternative”

Progetto “Aumentare l’estensione del programma di screening del cancro della mammella, contrastare lo screening opportunistico, proponendo alternative”

Malattie cardiovascolari

Progetto “Ridurre il rischio cardiovascolare attraverso la definizione e standardizzazione di percorsi integrati per l’ipertensione arteriosa”

Diabete

Progetto Progetto “IGEA Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l’offerta assistenziale per il diabete”

Patologie orali

Progetto “Prevenzione della carie in età evolutiva con particolare riguardo ai bambini frequentanti la III classe della scuola elementare”

Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

Progetto: “Prevenzione delle disabilità da disturbi nutrizionali e da scarsa attività motoria negli anziani” “Colori in movimento”

Progetto “Attivazione del sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra 64enne “PASSI d’Argento”

- 2) di approvare il piano economico distinto per macroarea di intervento di cui all’allegato “B”
- 3) di delegare il Dirigente del Servizio Prevenzione Collettiva a procedere ad eventuali integrazioni delle linee progettuali così come allegate che risultassero necessarie a seguito della valutazione che sarà effettuata dal Ministero della Salute – Direzione operativa CCM;
- 4) di prevedere a carico di ciascun Direttore Generale l’obbligo della rendicontazione sulle attività svolte dalla Asl di riferimento da presentare al Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione Politiche della Salute entro le date del 31.1.2012 e 31.1.2013 al fine di consentire alla Struttura regionale di rispettare i termini di invio della stessa al Ministero entro il 31 marzo 2012 e 31 marzo 2013 di cui al documento di valutazione; detta rendicontazione deve essere aggiornata al 31 dicembre dell’anno precedente e relativa ai risultati ottenuti rispetto agli obiettivi dichiarati e agli interventi programmati;
- 5) di incaricare i Direttori Generali delle aziende Asl del territorio a svolgere le attività di competenza necessarie per consentire l’attuazione dei progetti ricompresi nell’allegato Piano regionale di prevenzione 2010-2012;
- 6) di dare atto che ogni ASL dovrà contribuire proporzionalmente al raggiungimento degli

obiettivi di salute e di processo indicati in ogni progetto del PRP opportunamente coordinate dal Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione Politiche della Salute;

- 7) di dare atto che il Dirigente del Servizio Assistenza Sanitaria di Base e specialistica della Direzione Politiche della Salute e i Direttori Generali delle Asl dovranno tenere conto del Piano di prevenzione 2010-2012 ai fini della contrattazione integrativa a livello regionale e aziendale e anche ai fini della programmazione delle attività specifiche di formazione dei MMG e PLS;
- 8) di trasmettere copia della presente deliberazione ai Direttori Generali delle Asl ;
- 9) di trasmettere copia della presente delibera-

zione ai Dirigenti dei Servizi “Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale”, “Sanità veterinaria e sicurezza alimentare”, “Gestione flussi Informativi Mobilità sanitaria, procedure informatiche ed Emergenza Sanitaria” e “Programmazione Sanitaria” della Direzione Politiche della Salute per l’attuazione di tutti gli adempimenti di competenza necessari per la esecuzione del Piano;

- 10) di trasmettere copia della presente deliberazione a tutti gli altri Servizi della Direzione Politiche della Salute;
- 11) di procedere alla pubblicazione del presente atto sul *Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo*.

Seguono allegati

ALLEGATO "A"

PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE SANITARIA 2010-2012



Quadro strategico Regione Abruzzo

Indice generale

IL SISTEMA SOCIO-DEMOGRAFICO.....	4
La popolazione residente.....	4
La speranza di vita.....	6
Il bilancio demografico.....	7
La struttura della popolazione.....	8
Il livello di istruzione	9
La famiglia.....	11
Le condizioni socio-economiche	12
Il lavoro e l'occupazione.....	13
LE RETI DI SORVEGLIANZA DI POPOLAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI.....	17
STILI DI VITA.....	20
La percezione dello stato di salute.....	20
Attività fisica.....	21
Stato nutrizionale e abitudini alimentari	22
La situazione nutrizionale, le abitudini alimentari e la salute orale dei bambini.....	23
Il consumo di alcol.....	24
L'abitudine al fumo.....	26
ALIMENTAZIONE E SALUTE.....	29
La qualità dell'acqua destinata al consumo umano.....	29
Le malattie trasmesse dagli alimenti.....	29
LE MALATTIE INFETTIVE.....	30
Meningiti batteriche.....	31
Legionellosi.....	32
Zoonosi.....	32
Malattie Sessualmente Trasmesse.....	32
AIDS.....	33
LE PATOLOGIE CRONICHE.....	34
La mortalità per causa.....	34
Le malattie del sistema circolatorio.....	37
L'ipertensione arteriosa e il diabete.....	40
Le patologie respiratorie da esposizione ambientale nell'età evolutiva.....	41
I Tumori.....	43
I PROGRAMMI DI SCREENING PER I TUMORI.....	44
Lo Screening del Cervicocarcinoma	44
Lo Screening del Carcinoma Coloretale.....	45
Lo Screening Mammografico.....	45
GLI INCIDENTI.....	47
Gli incidenti stradali.....	49
Gli incidenti domestici.....	51
LAVORO E SALUTE.....	52
La struttura produttiva della regione.....	52
Gli infortuni sul lavoro.....	52
Gli infortuni sul lavoro stradali.....	54
Gli infortuni in itinere.....	55
Le malattie professionali.....	55

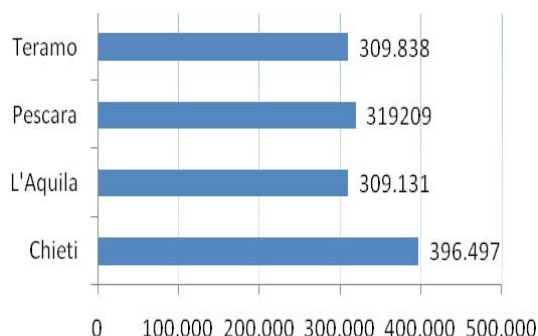
LE CRITICITA'	56
Criticità emergenti dalla valutazione degli esiti del precedente Piano regionale della Prevenzione....	57
Priorità emergenti dall'analisi del contesto regionale.....	60
STRATEGIE E MACROAMBITI DI INTERVENTO DELLA REGIONE ABRUZZO.....	62

IL SISTEMA SOCIO-DEMOGRAFICO

La popolazione residente

Secondo i dati anagrafici forniti dall'ISTAT, al 1 Gennaio 2009 la popolazione residente in Italia ammonta ad un totale di 60.045.068 unità. e nella Regione Abruzzo a 1.334.675, di cui 648.680 maschi (48,60%) e 685.995 donne (51,40%).

La popolazione è così distribuita nelle quattro province, che dal 2010 territorialmente corrispondono alle quattro ASL:



Dal grafico si evidenzia l'estrema omogeneità per numero di abitanti di tre delle quattro province, mentre la provincia di Chieti è per numerosità (e per ampiezza del territorio) più grande delle altre. Per quanto riguarda la percentuale di residenti per sesso, la percentuale di donne residenti nel periodo compreso tra il 2002 e il 2009 è lievemente più alta della media regionale nella provincia di Pescara (51,86% nel 2009), mentre la provincia di Teramo mostra la più alta percentuale di uomini residenti (48,84% nel 2009)

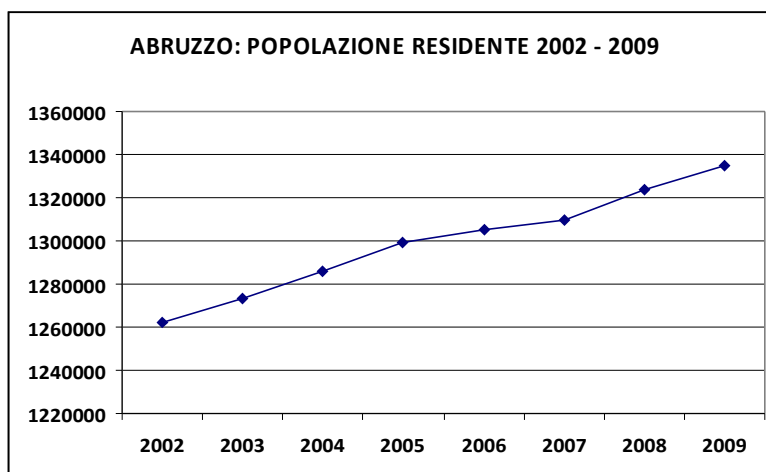
Rispetto al 2008 nella Regione si è avuto un incremento della popolazione residente pari allo 0,8%, con una variazione in valori assoluti pari a 10.688 unità.

ABRUZZO: TOTALE RESIDENTI PER PROVINCIA AL 1° GENNAIO DI OGNI ANNO

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
L'AQUILA	297.592	298.082	302.256	304.068	305.101	305.400	307.643	309.131
CHIETI	381.993	383.058	384.398	391.167	391.470	391.313	394.452	396.497
PESCARA	295.463	302.983	305.725	307.974	309.947	311.896	315.825	319.209
TERAMO	287.331	289.161	293.517	296.063	298.789	301.188	306.067	309.838
ABRUZZO	1.262.379	1.273.284	1.285.896	1.299.272	1.305.307	1.309.797	1.323.987	1.334.675

L'incremento più consistente, sia a livello percentuale che in valori assoluti, si registra nella provincia di Teramo.

L'aumento della popolazione residente in Regione registrato in questo ultimo anno segue il costante aumento degli ultimi 7 anni, con una dinamica simile a quella dell'Italia meridionale e prossima a quella nazionale.

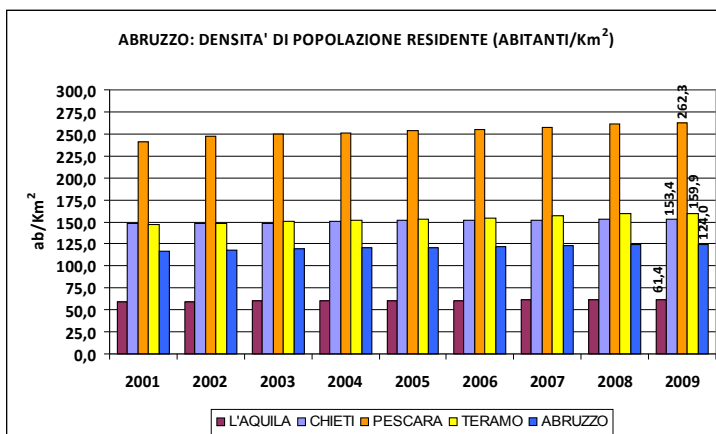


Un cenno a parte merita la situazione demografica del territorio interessato dal sisma del 6 aprile 2009, a seguito del quale nell'immediata periferia della città dell'Aquila sono stati realizzati 19 nuovi quartieri destinati ad ospitare 15.000 persone senza casa per i prossimi anni. L'Aquila, che è la prima città d'Italia capoluogo di provincia e di regione distrutta da un terremoto, era caratterizzata prima dell'evento da una discreta vitalità demografica. Fra gennaio 2005 e marzo 2009 la sua popolazione residente era cresciuta del 2,4% annuo, per ridursi dello 0,8% negli 11 mesi successivi. L'incremento demografico era legato all'aumento di nuovi residenti, 2/3 dei quali di nazionalità italiana, mentre contemporaneamente si assisteva ad una riduzione della popolazione autoctona. I flussi migratori, che sono crollati nei mesi successivi al sisma, sono la causa del calo demografico registrato. Fino al mese di febbraio 2010 non sembra essersi verificata alcuna significativa emigrazione della popolazione residente, anche se la condizione persistente di ospitalità da parte di altri comuni dei cittadini colpiti dalle conseguenze del sisma potrebbe condizionare il mancato ritorno di parte di essi nel lungo periodo.

La densità media di popolazione al 2009 nel territorio abruzzese è pari a 124 ab/Km² (il 6% in più rispetto al 2001), con un'ampia disomogeneità fra le quattro province, che vede la densità minima nella provincia de L'Aquila (51,4 ab/Km²; +3,9% rispetto al 2001) e la massima nella provincia di Pescara (262,3 ab/Km²; +8,7% rispetto al 2001).

Nel complesso, la densità abitativa raggiunge valori inferiori a 10 ab/Km² nelle aree interne e montane delle quattro province e i valori massimi in corrispondenza di alcune aree costiere:

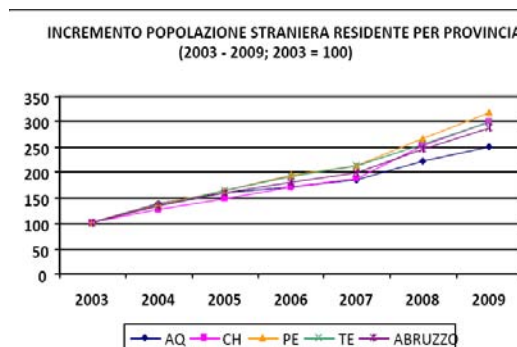
- l'area metropolitana pescarese (Pescara: 3660,4 ab/Km²; Montesilvano: 2154,3 ab/Km² ; Francavilla al Mare: 1066,3 ab/ Km²) e
- la parte più settentrionale della costa teramana (Alba Adriatica: 1312,2 ab/ Km²).



Gli stranieri residenti nella Regione Abruzzo nel 2009 ammontano a 69.641, pari al 5,2% della popolazione abruzzese residente.

Stranieri residenti	Abruzzo	Italia
Numero	69.641	3.891.295
% su totale residenti	5,20%	6,48%

Fra il 2003 ed il 2009 il loro numero si è quasi triplicato nella regione, con un incremento superiore alla media regionale nella provincia di Pescara (+ 316,7%). Nel 2009 la provincia con il più alto numero di stranieri residenti è quella di Teramo (20.922, pari a 6,75 stranieri ogni 100 residenti abruzzesi); la provincia di Pescara, pur mostrando la maggiore velocità di incremento nel periodo considerato, si colloca all'ultimo posto per numero di stranieri residenti (12.676, pari a



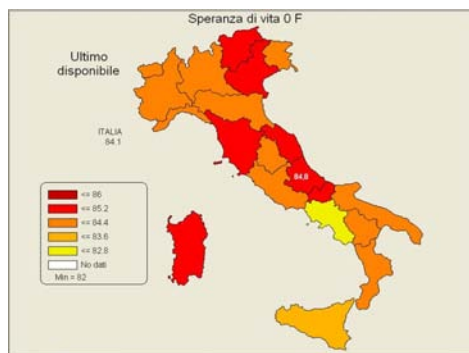
3,97 ogni 100 residenti abruzzesi).

La distribuzione della popolazione straniera mostra una maggiore presenza nelle aree montane e nelle zone al confine con le Marche (Tordino, Vibrata, Laga), con una presenza minore lungo la costa.

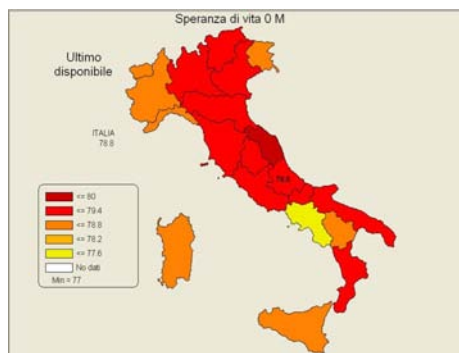
La speranza di vita

L'Italia (con la Svezia, la Finlandia e la Francia) è la nazione europea con la più alta aspettativa di vita alla nascita: 78,8 anni per gli uomini e 84,1 per le donne. La crescita costante nell'aspettativa di vita ci assegna un "credito di vita" di tre mesi per ogni anno vissuto.

All'interno di questo brillante dato, la Regione Abruzzo detiene, insieme alle Marche, il primato nazionale (79 anni per gli uomini, 84,8 anni per le donne).



Speranza di vita a 0 anni Femmine



Speranza di vita a 0 anni Maschi

Oltre al confortante dato sull'aspettativa di vita è importante, all'interno di una progettazione in salute pubblica, considerare un altro elemento fondamentale: la speranza di vita in buona salute, tenendo conto del dato politico che l'Italia spende per l'assistenza agli anziani lo 0,12 % del PIL a fronte del 2,57% della Svezia.

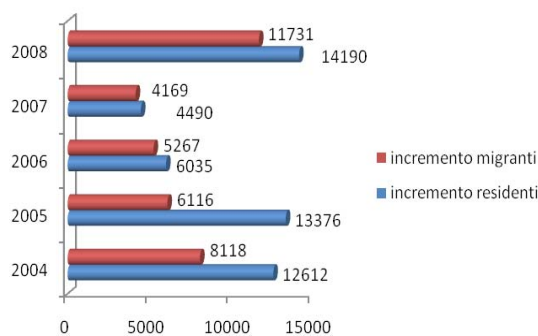
Speranza di vita buona salute 0			
Regioni	MASCHI	FEMMINE	
1	Piemonte	54.34	52.37
2	Valle d'Aosta	55.39	54.11
3	Lombardia	55.64	53.2
4	Trentino A.A.	59.6	58.71
5	Veneto	53.71	51.32
6	Friuli V.G.	56.18	54.88
7	Liguria	56.88	51.67
8	Emilia Romagna	55.04	51.16
9	Toscana	53.01	50.09
10	Umbria	53.74	49.71
11	Marche	50.94	47.35
12	Lazio	53.52	51
13	Abruzzo	55.15	52.17
14	Molise	53.85	51.16
15	Campania	54.15	51.9
16	Puglia	55.4	52.23
17	Basilicata	52.81	48.78
18	Calabria	50.23	46.67
19	Sicilia	53.66	49.76
20	Sardegna	51.63	47.79
21	ITALIA	54.3	51.47

Il bilancio demografico

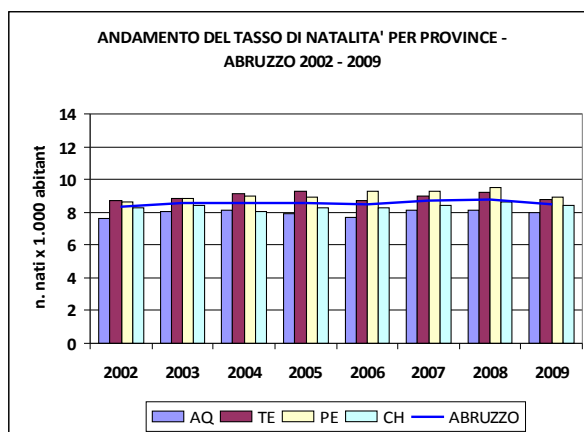
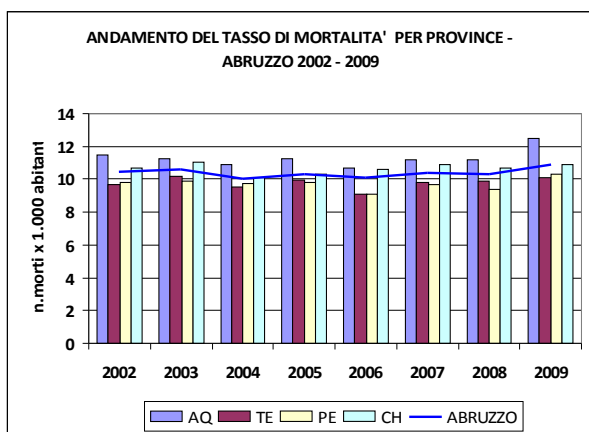
L'incremento stabile della popolazione è strettamente legato all'incremento dei migranti e ai movimenti della popolazione, in quanto la Regione Abruzzo ha da molti anni un saldo naturale negativo.

Dal grafico evince che da molti anni il saldo naturale è negativo, in quanto il numero dei morti supera abbondantemente il numero dei nati.

All'incremento sostanziale dei decessi dell'anno 2009 ha contribuito in gran parte la tragedia che ha colpito il territorio aquilano.

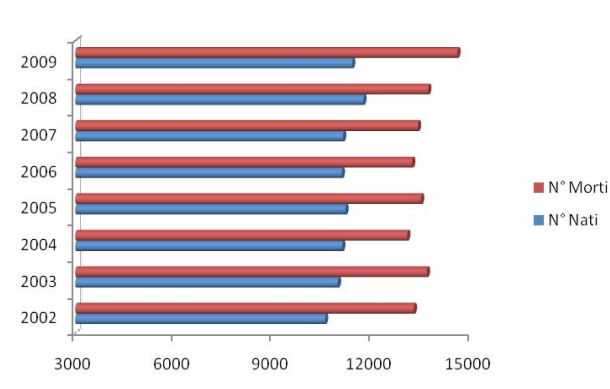


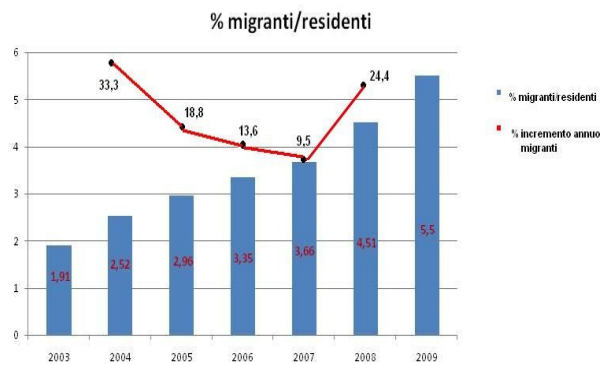
Fra il 2002 e il 2009 il tasso di natalità nella regione è costantemente inferiore al tasso di mortalità, ed entrambi mantengono un andamento sostanzialmente stabile.



Fra le province, Teramo e Pescara mostrano costantemente tassi di natalità superiori (anche se di poco) alla media regionale (che si colloca negli ultimi anni fra l'8,6 e l'8,8 ‰); per quanto riguarda il tasso di mortalità, L'Aquila si mantiene per tutto il periodo al di sopra della media regionale (che negli ultimi anni, e fino al 2008 compreso, oscilla tra il 10,1 e il 10,4‰), con un incremento evidente nel 2009, a seguito del sisma del 6 aprile, che contribuisce in modo determinante all'aumento del tasso regionale fino al 10,9‰.

L'andamento del numero assoluto dei nati e dei morti nella regione per gli anni compresi tra il 2002 e il 2009 è evidenziato nel grafico a lato.

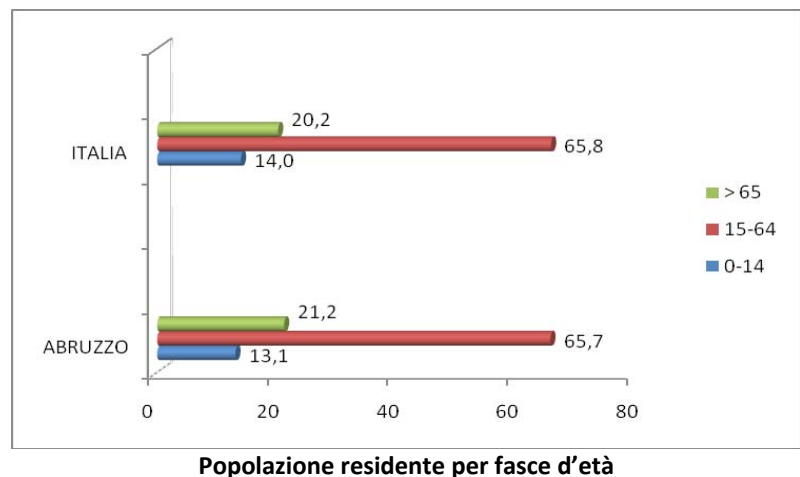




Per quanto riguarda il contributo demografico dei migranti, si osserva un decremento costante nelle percentuali di migranti sul totale dei residenti nel periodo compreso tra il 2004 e il 2007, con una ripresa significativa nel 2008 (proseguita nell'anno successivo, quanto la percentuale dei migranti sui residenti è stata pari al 14,9%); si tratta di un andamento sovrapponibile a quello di altre regioni. Alla crescita ha contribuito anche l'aumento dei nati di cittadinanza straniera (figli di genitori residenti in Italia, entrambi stranieri).

La struttura della popolazione

La struttura della popolazione abruzzese per fasce di età nel 2009 è sovrapponibile a quella della popolazione italiana per la fascia d'età produttiva (15-64 anni), mentre se ne discosta per le altre due fasce: la quota di ultrasessantacinquenni risulta maggiore di un punto rispetto alla media nazionale (21,2 vs 20,2) e quella dei soggetti di età inferiore ai 14 anni è inferiore di un punto.



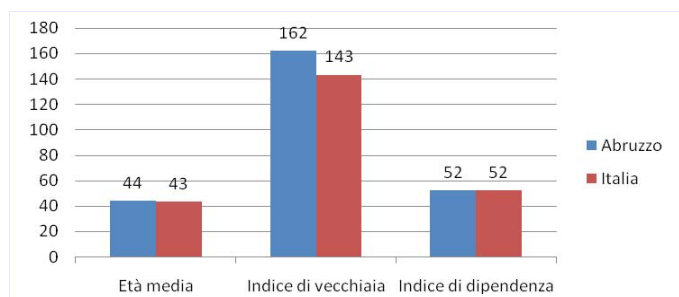
La distribuzione per provincia e per fasce di età della popolazione abruzzese residente evidenzia una percentuale di anziani (ultrasessantacinquenni) lievemente più elevata nelle province di L'Aquila e Chieti, dove è inferiore la quota di bambini e preadolescenti.

Distribuzione degli abruzzesi residenti per provincia e per fascia di età (1° gennaio 2009 - % rispetto al totale della popolazione)

	0-14 anni	15-29 anni	30-59 anni	60-74 anni	> 65 anni	> 75 anni	Totale popolazione
L'AQUILA	12,26	16,86	43,57	15,63	21,57	11,68	309.131
CHIETI	12,87	16,72	42,76	16,31	21,72	11,34	396.497
PESCARA	13,66	16,14	43,47	16,22	20,93	10,51	319.209
TERAMO	13,55	17,23	43,12	15,8	20,59	10,3	309.838
ABRUZZO	13,1	16,7	43,2	16	21,2	11	1.334.675

La distribuzione per fasce di età degli stranieri residenti è naturalmente caratterizzata da una maggiore dimensione della fascia di età produttiva, ma non è trascurabile la dimensione del gruppo di età compresa fra 0 e 14 anni, che nella provincia di Teramo rappresenta circa il 19% del totale degli stranieri residenti.

Distribuzione dei residenti stranieri per provincia e per fascia di età (1 gennaio 2009)							Abruzzo
	0-14 anni	% del totale	15-64 anni	% del totale	> 65 anni	% del totale	Totale
L'AQUILA	3097	16,23	15552	81,51	430	2,25	19.079
CHIETI	2737	16,13	13742	81,01	485	2,86	16.964
PESCARA	1940	15,30	10390	81,97	346	2,73	12.676
TERAMO	3966	18,96	16352	78,16	604	2,89	20.922
ABRUZZO	11740	16,86	56036	80,46	1865	2,68	69.641



Come diretta conseguenza delle differenze nelle fasce d'età, l'età media della popolazione abruzzese è leggermente superiore all'età media della popolazione italiana; l'indice di vecchiaia è a sfavore della Regione Abruzzo mentre l'indice di dipendenza generale è sovrapponibile, come evidenziato nella figura.

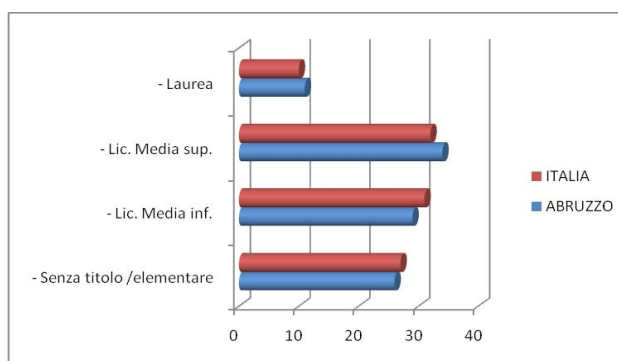
L'indice di dipendenza si è mantenuto, negli ultimi anni, piuttosto stabile nella regione (52,2 al 1° gennaio 2009 rispetto al 52,5 del 1° gennaio 2002) e risulta più elevato per le donne (da 56,6 del 2002 a 56,3 del 2009), con un andamento sovrapponibile a quello delle regioni del Mezzogiorno.

Il dato nazionale, invece, mostra un incremento di 2,8 punti nel 2009 rispetto al 2002 (da 49,1 a 51,9).

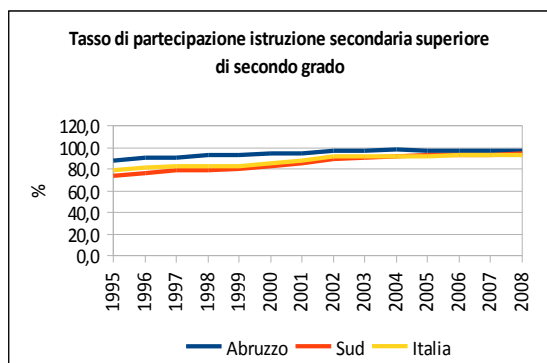
Anche per l'indice di dipendenza si notano differenze fra la province, con valori di poco superiori a quelli nazionali per Pescara e Chieti.

Il livello di istruzione

Il livello d'istruzione della popolazione abruzzese non mostra differenze significative rispetto al dato nazionale; si rileva una presenza leggermente superiore di soggetti in possesso di diploma secondario superiore e di laurea.

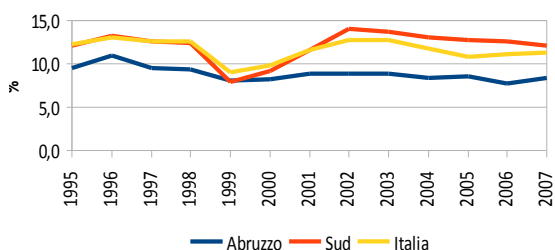


Livello di istruzione della popolazione residente

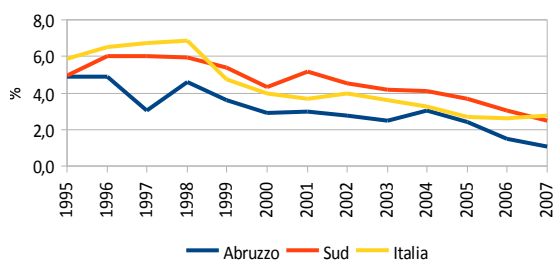


Il rapporto tra gli iscritti alle scuole secondarie di secondo grado sul totale della popolazione di età compresa tra 14 e 18 anni vede l'Abruzzo, con valori compresi tra l'87,4% del 1995 e il 97,4% del 2008, costantemente al di sopra dei valori medi nazionali (93,2% nel 2008) e delle regioni del Sud (94,8% nel 2008). Anche la percentuale dei giovani di età compresa tra i 20 e i 24 anni che hanno conseguito almeno il diploma di scuola media superiore è costantemente elevata (intorno all'80%).

Tasso di abbandono alla fine del primo anno delle scuole secondarie superiori

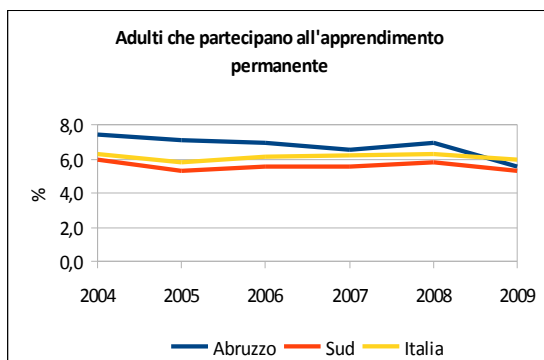


Tasso di abbandono alla fine del secondo anno delle scuole secondarie superiori



I tassi di abbandono scolastico alla fine dei primi due anni del ciclo secondario superiore sono di converso costantemente inferiori a quelli nazionali e delle regioni del Sud.

Adulti che partecipano all'apprendimento permanente

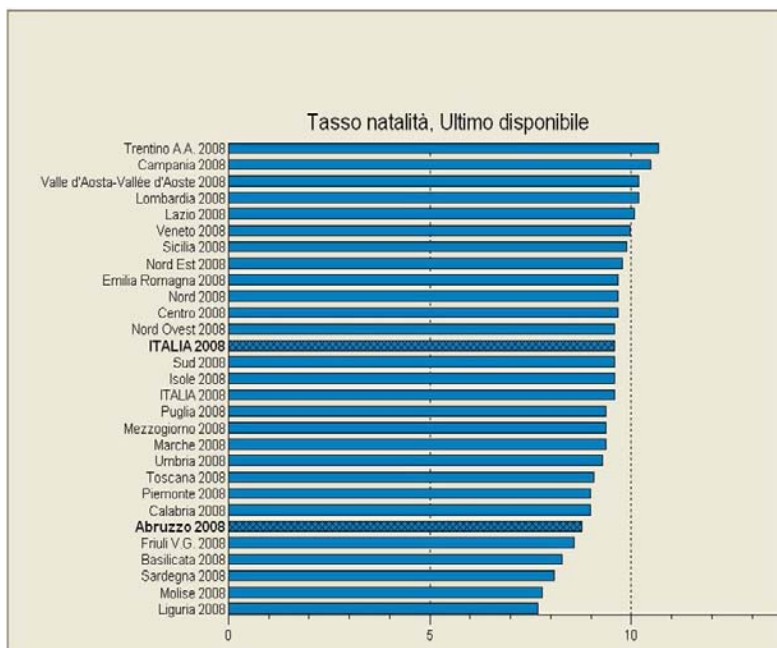


La percentuale di abruzzesi tra i 25 e i 64 anni che frequenta un corso di studio o di formazione professionale si mantiene al di sopra delle medie nazionali fino al 2008, per scendere nel 2009 al 5,5% (rispetto al 5,3% delle regioni del Sud e al 6% nazionale).

La famiglia

Al 1° gennaio 2009 sul territorio regionale erano presenti 538.761 famiglie. Il dato che ha le conseguenze più evidenti sulla struttura globale della popolazione regionale è la bassa natalità. L'Abruzzo si posiziona in Italia fra le regioni agli ultimi posti per numero medio di figli per donna e per tasso di natalità.

	Abruzzo	Italia
N° Famiglie	538.761	24.905.042
N° medio componenti per famiglia	2,48	2,41
Tasso di fecondità 15-49	37,4	39,33
Tasso di natalità	8,5	9,54
Età maternità	31,6	32,13
N° medio figli per donna	1,26	1,41



Negli anni 2007 – 2008, 26,2 famiglie abruzzesi su 100 famiglie della stessa zona erano formate da persone sole, che nel 62% circa dei casi avevano età superiore ai 60 anni, ed in gran parte si trattava di donne.

Nel confronto con il panorama nazionale, l'Abruzzo si colloca per questo aspetto (come per molti altri) in posizione intermedia fra la media italiana e quella delle regioni del Sud; fa eccezione la percentuale di nuclei familiari formati da sole donne ultrasessantenni, per la quale l'Abruzzo si posiziona circa due punti al di sopra del Sud e ben 8,3 punti al

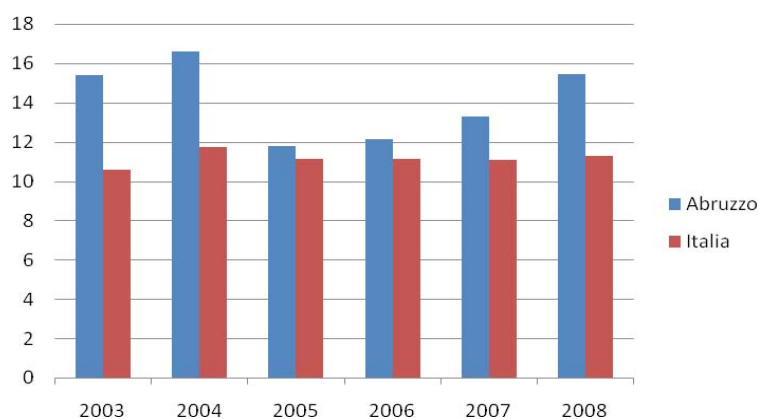
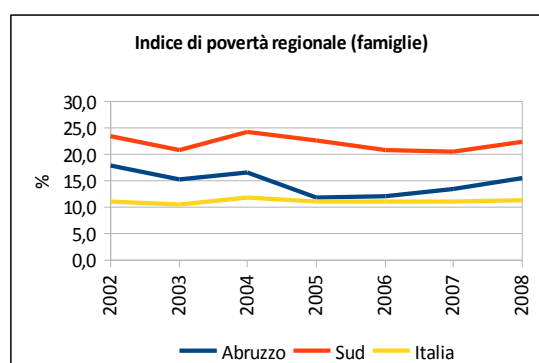
di sopra della media nazionale. La percentuale di famiglie con anziani, in conseguenza della composizione demografica della popolazione, supera costantemente il valore nazionale.

	Famiglie con almeno un anziano (65 anni e più)		Famiglie con almeno un anziano (75 anni e più)		Famiglie con tutti anziani (65 anni e più)		Famiglie con tutti anziani (75 anni e più)	
	Media 2002 – 2003	Media 2008-2009	Media 2002 – 2003	Media 2008-2009	Media 2002 – 2003	Media 2008-2009	Media 2002 – 2003	Media 2008-2009
Abruzzo	40,4	39,6	21,6	22,6	23,2	23,4	11,8	13
Italia	35	36,5	17,2	19,2	21,7	23,1	10,2	11,7

L'indice di povertà regionale delle famiglie (percentuale della popolazione che vive in famiglie al di sotto della povertà) è disponibile per il periodo compreso tra il 2002 e il 2008; si riferisce a famiglie di due componenti, e considera povere le famiglie la cui spesa media per consumi è uguale o inferiore alla spesa media pro-capite nazionale¹.

Rispetto a questo indicatore, mentre l'Italia mantiene nel periodo valori sostanzialmente stabili (intorno all'11%-12% circa), l'Abruzzo mostra una dinamica favorevole fino al 2005 (riduzione dal 18% del 2002 al 11,8% del 2005), seguita da un peggioramento, fino a raggiungere il 15,4% del 2008 (+4,1%

rispetto alla media nazionale, ma -7% rispetto alla media delle regioni del Sud).



Nel 2004, l'indice di Gini² era pari a 0,274 (indice nazionale: 0,314); lo stesso indice mostra nel 2009 una riduzione, portandosi a 0,261 (indice nazionale: 0,288).

Le condizioni socio-economiche

Le caratteristiche demografiche della regione, come sopra descritte, condizionano una diversificazione delle condizioni (e dei bisogni) sociali tra aree interne e aree costiere, oltre che tra aree urbane e aree a ridotta densità demografica.

Le recenti Linee Guida per il Piano Sociale 2011 – 2013³, analizzando il contesto socio-economico dell'Abruzzo, sottolineano il forte squilibrio fra “impoverimento, degrado e invecchiamento delle aree montane da un lato e urbanizzazione disarticolata delle fasce costiere dall'altro”, a “testimonianza della progressiva frattura tipologica in atto nel territorio regionale”.

Negli ultimi quindici anni la dinamica dell'economia abruzzese è stata molto modesta, ad eccezione di un breve periodo compreso tra il 2006 ed il 2007, quando si è registrata una lieve ripresa.

Negli anni più recenti, parallelamente alla crisi economica globale, l'economia della regione (peraltro gravata da un enorme debito pubblico) ha assunto un andamento negativo, anche rispetto al resto del Meridione, con una differenziazione nelle diverse province. La provincia di Teramo ha mostrato la

¹ La soglia per il 2006 corrispondeva a 970,34 € mensili.

² Misura sintetica del grado di disegualianza nella distribuzione del reddito, il cui valore varia da 0 (assenza di disegualianza) a 1 (massimo di disegualianza)

³ D.G.R. 653 del 31 agosto 2010

performance peggiore: -8,4% del PIL 2009 rispetto al 2008, attribuibile prevalentemente alla caduta nel settore delle costruzioni (dove la riduzione è stata del 10%).

La crisi economica in atto negli ultimi anni è alla base di ulteriori problemi socio-economici nella popolazione. La perdita del lavoro (molto spesso in età matura), l'incremento della povertà e i bisogni legati alle nuove povertà riguardano soprattutto le aree metropolitane e costiere, mentre nei territori prevalentemente montani i problemi riguardano soprattutto l'aumento della popolazione anziana e lo spopolamento da parte della popolazione giovanile.

Il territorio è carente in modo diffuso e ubiquitario di strutture sociali e di centri di aggregazione giovanile e i tassi medi di copertura di asili nido e di servizi per la prima infanzia sono insufficienti a soddisfare la richiesta.

Per quanto riguarda gli anziani, si evidenzia un aumento delle problematiche legate alla non autosufficienza e ai bisogni espressi di integrazione e socializzazione, oltre che alla solitudine (legata in parte alle caratteristiche del territorio interno).

Il terremoto del 2009, che ha colpito le aree interne della regione, ha avuto profonde ripercussioni sulle condizioni sociali, determinando, oltre ad una dispersione delle famiglie e alla destrutturazione delle comunità, l'emergenza improvvisa di bisogni fondamentali.

Il lavoro e l'occupazione

Nonostante un tasso di natalità delle imprese piuttosto sostenuto nel lungo periodo, a partire dal 2007 si è osservata una progressiva riduzione del saldo totale annuo, per incremento delle cancellazioni. Nel 2008 e nel 2009 si è assistito ad una riduzione della natalità, risultandone una sostanziale stabilità del numero delle imprese attive a livello regionale nel 2009 rispetto al 2008 (il saldo tra le imprese cessate e le nuove iscrizioni è stato solo di poco positivo nelle province di Pescara e L'Aquila e di poco negativo in quelle di Chieti e Teramo) ed una riduzione del 1,5% del numero di imprese manifatturiere e del 1,9% delle imprese agricole. La riduzione numerica delle imprese agricole è stata più evidente nella provincia di Chieti (-2,6%), dove ha comunque sede il 49,3% delle imprese agricole nella regione.

Il comparto delle costruzioni, composto da poco meno di 20.000 imprese, rappresenta il 14,7% del totale delle imprese nella regione, ed è l'unico ad evidenziare, nel 2009 rispetto all'anno precedente, un aumento del 1,4% su base regionale, legato soprattutto all'incremento del 5,4% del numero di imprese in provincia dell'Aquila, come conseguenza del terremoto del 6 aprile 2009, e ad incrementi di molto inferiori nelle Province di Chieti e Pescara.

Le imprese manifatturiere nel 2009 erano circa 14.700, prevalentemente insediate nelle province di Teramo e Chieti (intorno al 30% del totale per ciascuna delle due province). Il 16% circa delle imprese manifatturiere è impegnato nel settore della lavorazione del metallo. Al secondo posto per entità numerica delle imprese si trova il comparto delle confezioni, con il 10%. Il numero di aziende impegnate nella filiera del legno (dalla prima lavorazione alla produzione di mobili) si aggira intorno al 16% del totale.

Anche nel 2009 prevalgono numericamente nella regione le imprese individuali, che sono pari nel complesso al 71,1% (80% nel sistema dell'artigianato), e prevalgono diffusamente in tutti i comparti produttivi, con un massimo del 96,4% in agricoltura.

Le imprese artigiane abruzzesi, che rappresentano più di $\frac{1}{4}$ del totale delle imprese, hanno subito anch'esse complessivamente una riduzione, che è stata pari allo 0,6% nel 2009 rispetto al 2008 (vs. l'1% del dato nazionale), ed è stata in qualche modo arginata dall'aumento del 1,3% delle imprese artigiane nel territorio dell'Aquila.

Il settore del commercio presenta nella regione un andamento in controtendenza rispetto ai restanti settori produttivi e al dato nazionale, evidenziando un saldo positivo nonostante la riduzione del 1,4% del numero di imprese nel territorio del cratere.

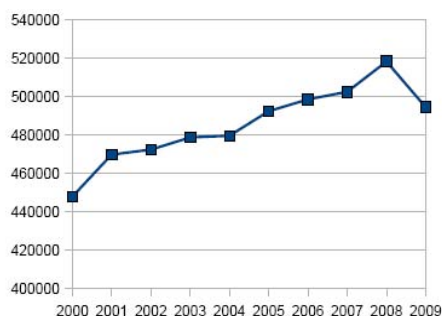
Nel 2008, secondo la rilevazione sulle forze di lavoro ISTAT, gli occupati nella regione erano 518.000 (dei quali 313.000 uomini, pari al 60,4%), così distribuiti: il 4,4% in agricoltura, il 30,3% nell'industria e il 65,2% nel terziario.

Il terziario vedeva una maggiore presenza femminile (48,5%) e, nel complesso, la quota di donne occupate nel complesso delle attività economiche della regione era più prossima a quella nazionale (39,6% vs. 39,9%) che a quella delle regioni del mezzogiorno (34,2%).

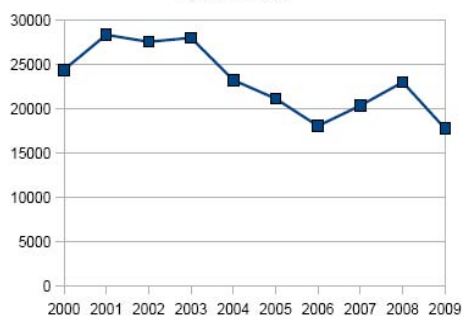
Nel 2009 gli occupati nella regione erano scesi a circa 494.200 (-4,6% rispetto all'anno precedente), dopo un periodo di incremento pressoché costante a partire dal 2000.

La flessione è dovuta soprattutto alla componente femminile e all'occupazione part-time.

Totale occupati in Abruzzo
2000 - 2009



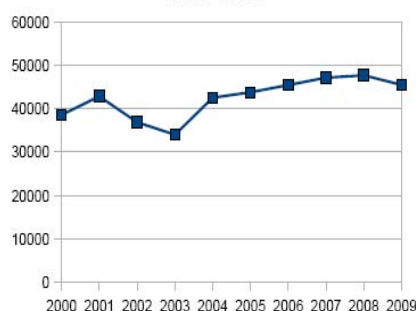
Occupati in agricoltura in Abruzzo
2000 - 2009



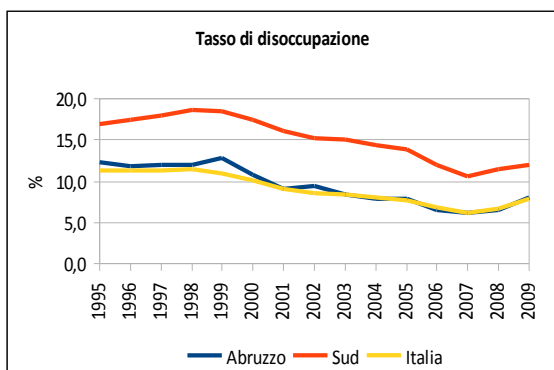
La riduzione degli occupati in agricoltura fra il 2008 e il 2009 porta il loro numero da circa 23.000 a poco più di 17.700, livello di poco inferiore a quello del 2006, quando si era raggiunto il minimo di occupati nel settore dopo il picco del 2003.

Anche il numero di occupati nel comparto delle costruzioni, intorno ai 45.500 nel 2009, mostra una riduzione di poco più di 2.000 unità rispetto all'anno precedente; tuttavia, a parte il dato particolarmente positivo degli anni 2007 e 2008, si nota per il comparto un mantenimento del trend positivo avviato nel 2004.

Occupati nelle costruzioni in Abruzzo
2000 - 2009

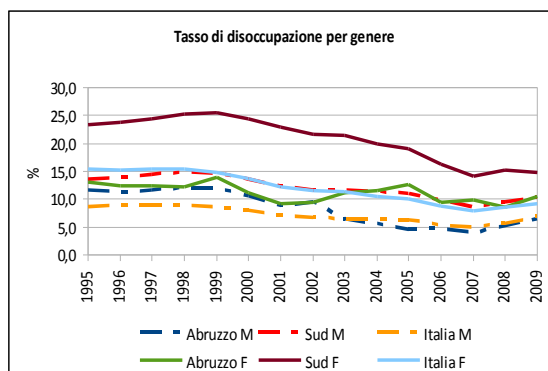


Complessivamente, il tasso di occupazione si è ridotto nel 2009 quasi del 4% rispetto all'anno precedente; la riduzione ha interessato tutte le province, ma nella provincia dell'Aquila ha toccato il livello più alto.

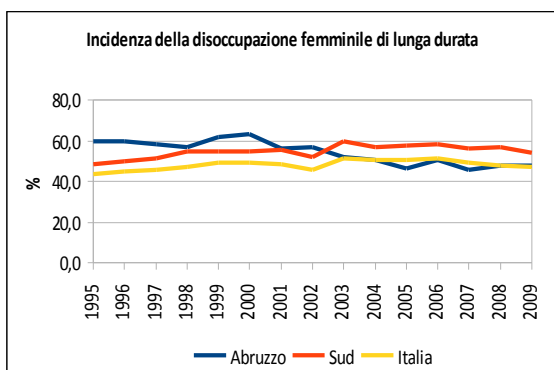


Il tasso di disoccupazione (percentuale delle persone > 15 anni in cerca di occupazione sulle forze di lavoro della corrispondente classe di età) si è progressivamente ridotto dal 1995 (quando era pari al 12,2%) fino al 2006 e al 2007 (quando ha toccato livelli inferiori a quelli nazionali). È poi tornato a crescere nel 2008 (+ 0,4% rispetto al 2007) e, ancora di più, nel 2009, quando ha toccato l'8,1% (+1,5% rispetto al 2008).

Analizzato in base al genere, l'andamento non è dissimile, anche rispetto al contesto nazionale: il tasso di disoccupazione generale femminile si avvicina ai valori nazionali e resta molto al di sotto dei valori medi delle regioni del Sud, anche se costantemente superiore a quello maschile.



Nel periodo considerato, è andato complessivamente riducendosi il tasso di disoccupazione di lunga durata (percentuale di persone in cerca di occupazione da più di 12 mesi sul totale delle forze di lavoro): dal 7,7% del 1995 al 2,9% degli anni 2007 – 2008, con un nuovo lieve aumento nel 2009 (quando si registra il 3,4%, rispetto al 3,5% nazionale e al 6,2% delle regioni del sud).



Il dato della disoccupazione femminile di lunga durata vede l'Abruzzo collocato a livelli più alti anche delle regioni del sud fino all'anno 2000, quando inizia una lenta e progressiva riduzione del tasso, fino a livelli sovrapponibili, per valori e per andamento, a quelli nazionali: dal 59,6% del 1995 si passa al 47,9% del 2009.

Il Tasso di disoccupazione giovanile in Italia (percentuale delle persone di età compresa tra 15 e 24 anni rispetto alle forze di lavoro della corrispondente classe di età), dopo una riduzione progressiva dal 30,3% del 1995 al 20,3% del 2007, mostra una nuova tendenza all'aumento che lo ha portato a toccare il 25,4% nel 2009 (+4,1% rispetto al 2008).

Nelle regioni meridionali i valori si sono mantenuti nel tempo a livelli considerevolmente più alti della media nazionale, con una tendenza alla riduzione che, avviata nel 2001 (quando il tasso è sceso al di sotto del 40%), ha toccato il valore minimo del 30,6% nel 2007, per poi risalire al 34% nel 2009 (+2,8% rispetto al 2008).

L'Abruzzo mostra un andamento intermedio fra il dato nazionale e quello delle regioni del Sud: partendo dal 35,1% del 2005, si è ridotto fino a mantenere valori inferiori a quelli nazionali a partire dal 2004, ma

tornando a crescere dopo il 2007. Nel 2009 il tasso di disoccupazione giovanile abruzzese è pari al 24% (dato inferiore a quello nazionale, ma superiore del 4,3% rispetto al 2008), con andamento disomogeneo nella regione: circa il 17% nelle province di Pescara e Teramo e oltre il 30% nelle province di Chieti e L'Aquila.

Il tasso di disoccupazione giovanile femminile ha andamento prossimo a quello nazionale, con un picco nel 2005, collocandosi al 32,6% nel 2009 (rispetto al 28,7% nazionale).

Negli anni più recenti la caduta del tasso di disoccupazione è stata accompagnata da un aumento significativo del numero di persone inattive, suggestivo di un abbandono della ricerca di lavoro; in particolare, nel 2009 il tasso di inattività ha sfiorato in Abruzzo il 40%, con una quota crescente di persone con titoli di studio superiori rispetto a quelle con bassa scolarità.

LE RETI DI SORVEGLIANZA DI POPOLAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI

Secondo i dati più recenti dell'Organizzazione mondiale della sanità, in Europa le patologie croniche sono responsabili dell'86% dei decessi e del 77% della perdita di anni di vita in buona salute, con una tendenza costante all'aumento dei relativi costi diretti e indiretti, che consumano in media il 75% del budget per la salute dei Paesi membri dell'Unione.

Malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscoloscheletrici sono tutte patologie che hanno in comune fattori di rischio evitabili con modifiche del comportamento, quali il fumo di tabacco, l'obesità e il sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa.

Per monitorare il raggiungimento di questi obiettivi di salute, fissati anche dai Piani sanitari nazionali e regionali, è divenuto indispensabile disporre di strumenti che consentano di stimare l'evoluzione dei fattori comportamentali di rischio e la diffusione delle misure di prevenzione.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ribadisce che la prevenzione dei rischi per la salute si realizza anche attraverso la costruzione di reti di sorveglianza con nodi territoriali, regionali e nazionali all'interno del sistema sanitario. Più precisamente, il Piano sottolinea la necessità di rendere stabile una sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali.

In molti documenti e atti istituzionali sovranazionali (come la Strategia europea di contrasto alle malattie non trasmissibili di settembre 2006) un ruolo essenziale è affidato ai sistemi sanitari. Questi dovrebbero diventare veri e propri "avvocati della salute" dei cittadini, e farsi promotori di programmi e politiche intersettoriali, secondo il principio *La salute in tutte le politiche (Health in All Policies)*. Inoltre, dovrebbero attuare la sorveglianza di popolazione che fornisce informazioni per guidare l'azione dei governi, ai vari livelli (nazionale, regionale e locale), e delle comunità.

Un esempio recente è il Piano d'Azione della Strategia Oms ("2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases") che individua la sorveglianza come uno dei sei obiettivi da perseguire:

Obiettivi del Piano d'Azione Oms 2008-2013 **ccm**

- Elevare la priorità**
riconosciuta alle malattie croniche nei piani di sviluppo nazionali e globali, integrando le strategie di prevenzione nelle politiche di tutti i ministeri dei Governi
- Definire e potenziare politiche**
e piani nazionali per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche
- Promuovere interventi per ridurre i principali fattori di rischio modificabili**
per le malattie croniche: tabacco, alimentazione scorretta, sedentarietà e abuso di alcol
- Promuovere la ricerca**
per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche
- Promuovere partnership**
per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche
- Monitorare le malattie croniche e i loro determinanti**
e valutare i progressi a livello nazionale, regionale e globale



e , all'interno del sesto obiettivo, dispone come azioni degli Stati :

1. Potenziare i sistemi di sorveglianza e la rilevazione standardizzata di dati sui fattori di rischio, l'incidenza delle malattie e la mortalità per causa;
2. Fornire in modo regolare dati e informazioni sul trend riguardo alle malattie croniche, i fattori di rischio disaggregati per età, sesso e gruppo socioeconomico e fornire informazioni circa i progressi fatti nell'implementazione delle strategie e dei piani nazionali.

Nella sua accezione classica, la sorveglianza di popolazione consiste in una raccolta continua e sistematica di dati la cui interpretazione viene messa a disposizione di coloro che devono progettare, realizzare e valutare interventi in salute pubblica.

Un sistema di sorveglianza sui principali determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione dovrebbe:

- essere rappresentativo della popolazione;
- fornire precise e tempestive conoscenze sull'evoluzione e le dinamiche dei fenomeni di interesse per la salute pubblica;
- consentire la messa a punto di efficaci azioni correttive nei programmi di salute;
- fornire un dettaglio di informazione a livello di Asl, che consenta il confronto fra le diverse Asl all'interno della stessa Regione.

Il passaggio dalle indagini trasversali alla sorveglianza continua implica lo studio e la sperimentazione di modalità diverse di raccolta e utilizzo dei dati.

Questi i principali vantaggi del sistema di raccolta continuo:

- consente di aggiungere la dimensione temporale all'indagine e quindi di cogliere fenomeni altrimenti non percepibili (linee di tendenza o cambiamenti anche rapidi di alcune variabili in concomitanza con interventi di sanità pubblica, applicazione di normative, eventi naturali, ecc);
- consente di cambiare in corso d'opera la velocità con cui vengono acquisiti i dati, aumentando (con un modesto impegno aggiuntivo) il numero di interviste fatte ogni mese e di conseguenza la precisione delle stime.

Con la sorveglianza continua assumono particolare rilevanza i problemi relativi all'operatività del sistema, che deve essere in grado di funzionare senza interruzioni: è richiesta pertanto una struttura organizzativa stabile, con adeguate dimensioni e risorse, con una regolare e assidua manutenzione.

Nella nostra Regione sono attivi i seguenti sistemi di sorveglianza sugli stili di vita: **Passi , OKkio alla Salute, Hbsc e Gyts.**

Nel 2009 è iniziata in un distretto della ASL di Lanciano-Vasto-Chieti la raccolta dati per **Passi d'Argento.**



è un sistema di sorveglianza che segue nel tempo la diffusione di stili di vita e fattori di rischio nella popolazione da 18 a 69 anni. Prevede una raccolta continua di dati che avviene mensilmente in quasi tutte le ASL italiane tramite interviste telefoniche che indagano su fumo, alcol, sedentarietà, sovrappeso ipertensione, ipercolesterolemia e abitudini alimentari.

Il Sistema di Sorveglianza Passi ha iniziato in Abruzzo la sua rilevazione nel 2005 in forma sperimentale e dal 2007 è attività ordinaria di sorveglianza sulla popolazione da 18 a 69 anni. E' stato prodotto il report dei dati regionali del 2007 ed è in via di pubblicazione il report 2008 e 2009. Nell'anno 2011, essendo finita la fase sperimentale, l'attività di sorveglianza vuole diventare attività ordinaria delle Asl riferendo la raccolta dei dati a 4 ASL. Nell'attuale Piano Regionale di Prevenzione i dati Passi sono stati ampiamente utilizzati nelle analisi di contesto sia generale che di progetto.



è un sistema di sorveglianza, progettato per la realizzazione di indagini sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica con rilevazione dei dati antropometrici sui bambini delle scuole primarie (6-10 anni) con l'obiettivo di realizzare iniziative utili ed efficaci per il miglioramento delle loro condizioni di vita e di salute. Il Sistema di Sorveglianza Okkio alla Salute ha iniziato in Abruzzo la sua rilevazione nel 2008 con cadenza biennale e pertanto la rilevazione è stata ripetuta nel 2010. Sono stati già pubblicati i dati regionali del 2008 ed è in via di pubblicazione il report 2010. Nell'attuale Piano Regionale di Prevenzione i dati Okkio alla Salute sono stati ampiamente utilizzati nelle analisi di contesto sia generale che di progetto.



è un sistema di sorveglianza sui rischi comportamentali in età 6-17 anni che prevede la raccolta di informazioni sui comportamenti dei giovani correlati allo sviluppo di malattie croniche. E' stata effettuata la prima rilevazione nella nostra Regione nel 2010 e il report è in fase di pubblicazione. La prossima raccolta dati verrà effettuata nel 2014, in quanto il sistema ha una cadenza quadriennale.

Il sistema **GYTS**, ad esso collegato, raccoglie in particolare informazioni sul consumo di tabacco nei giovani.



è un sistema di sorveglianza che elabora e sperimenta un modello di indagine sulla qualità della vita, sulla salute e sulla percezione dei Servizi nella terza età. Nell'anno 2009 l'indagine è stata compiuta su un campione di popolazione di un Distretto della ASL di Chieti. Per l'anno 2011 sono stati predisposti gli atti per organizzare una rete operativa che sia in grado di allargare il sistema di raccolta dati su tutto il territorio regionale.

STILI DI VITA

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'86% delle morti e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia, sono determinate da patologie croniche, che hanno come minimo comune denominatore 4 principali fattori di rischio:

1. **Fumo**
2. **Abuso di alcol**
3. **Scorretta alimentazione**
4. **Inattività fisica**

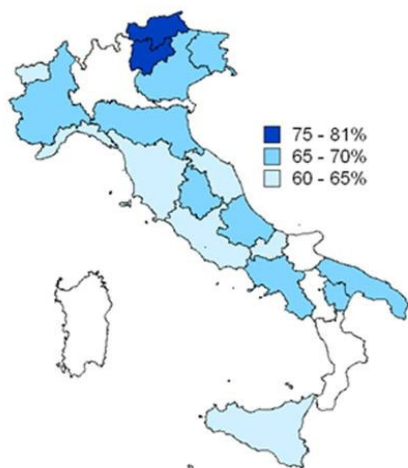
E' pertanto prioritario attuare sul territorio azioni di prevenzione finalizzate alla realizzazione di interventi per la tutela e la promozione della salute pubblica, concordati fra livelli istituzionali e di governo. Obiettivo primario è agire su questi 4 principali fattori di rischio, al fine di migliorare la salute dei cittadini, e, al tempo stesso, continuare a garantire la sostenibilità del Sistema sanitario, in termini economici e di efficacia.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario diffondere una nuova cultura della salute, a partire dagli individui, che devono diventare protagonisti e responsabili della propria qualità di vita.

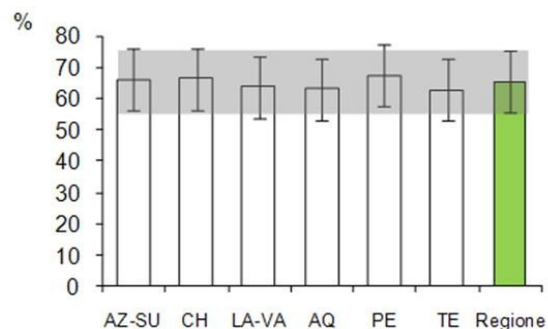
La percezione dello stato di salute

In Abruzzo il 66% degli intervistati ha giudicato in modo positivo il proprio stato di salute, riferendo di sentirsi bene o molto bene; il 30,5% ha riferito di sentirsi discretamente e solo il 4% ha risposto in modo negativo (male/molto male).

**% di persone che si dichiarano in salute
buona o molto buona**
Pool PASSI 2008



**% di persone che si dichiarano in salute
buona o molto buona**
Abruzzo - PASSI 2008



In particolare si dichiarano soddisfatti della propria salute:

- i giovani nella fascia 18-34 anni
- gli uomini

- le persone con alta istruzione
- le persone senza difficoltà economiche
- le persone senza patologie severe.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantengono le significatività per la fascia di età 18-34 anni, per il sesso maschile, per l'assenza di difficoltà economiche e di patologie severe.

Nelle Asl della Regione, la percentuale di intervistati che ha riferito una percezione positiva del proprio stato di salute è in linea col dato regionale (range dal 63% di L'Aquila al 67,5% di Pescara).

Attività fisica

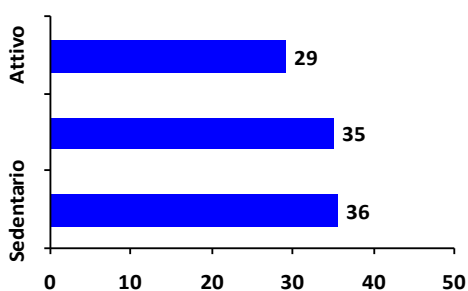
L'attività fisica praticata regolarmente svolge un ruolo di primaria importanza nella prevenzione di malattie cardiovascolari, diabete, ipertensione e obesità. Uno stile di vita sedentario contribuisce invece allo sviluppo di diverse malattie croniche, in particolare quelle cardiovascolari: per le cardiopatie ischemiche, ad esempio, si stima che l'eccesso di rischio attribuibile alla sedentarietà e i conseguenti costi sociali siano maggiori di quelli singolarmente attribuibili a fumo, ipertensione e obesità.

Esiste ormai un ampio consenso circa il livello dell'attività fisica da raccomandare nella popolazione adulta: 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.

Promuovere l'attività fisica rappresenta pertanto un'azione di sanità pubblica prioritaria, ormai inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo. Negli Stati Uniti il programma Healthy People 2010 inserisce l'attività fisica tra i principali obiettivi di salute per il Paese. L'Unione europea nel Public Health Programme (2003-2008) propone progetti per promuovere l'attività fisica.

In Italia, sia nel Piano Sanitario Nazionale sia nel Piano della Prevenzione, si sottolinea l'importanza dell'attività fisica per la salute; il programma Guadagnare Salute si propone di favorire uno stile di vita attivo, col coinvolgimento di diversi settori della società allo scopo di "rendere facile" al cittadino la scelta del movimento

Livello di attività fisica
Abruzzo- PASSI 2008 (n=1475)

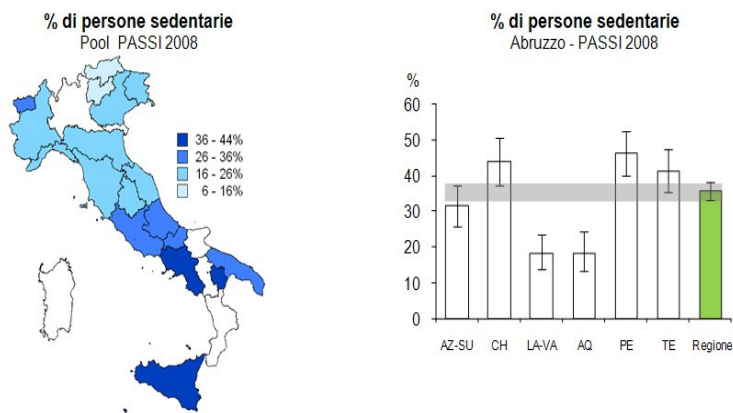


In Abruzzo:

- il 29% delle persone intervistate ha uno stile di vita attivo: conduce infatti un'attività lavorativa pesante o pratica l'attività fisica moderata o intensa raccomandata;
- il 35% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato (parzialmente attivo) ed
- il 36% è completamente sedentario;
- la sedentarietà cresce all'aumentare dell'età ed è più diffusa nelle donne, nelle persone con basso livello di istruzione e con maggiori difficoltà economiche.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si conferma un rischio maggiore di sedentarietà solo per le donne, per le persone con molte difficoltà economiche e con basso livello di istruzione.

Nelle Asl della Regione con campione rappresentativo si rilevano differenze statisticamente significative tra le percentuali di persone sedentarie (range dal 18% di L'Aquila e Lanciano-Vasto al 46% di Pescara). Le Asl di Lanciano-Vasto e di L'Aquila presentano valori significativamente più bassi del dato regionale e degli altri dati aziendali.



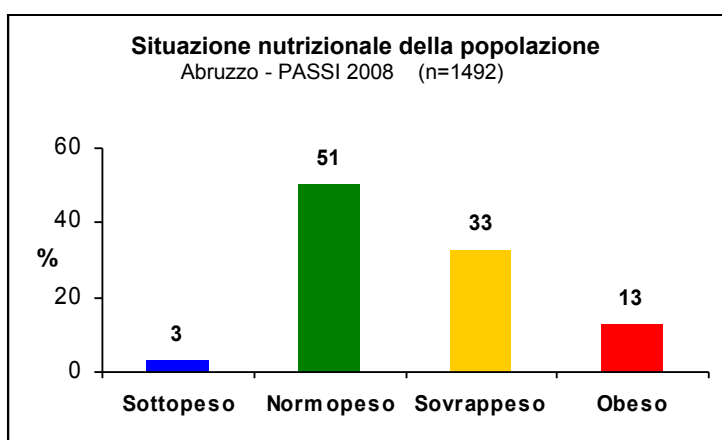
Stato nutrizionale e abitudini alimentari

Lo stato nutrizionale è un determinante importante delle condizioni di salute di una popolazione; l'eccesso di peso rappresenta 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 persone vengono classificate in 4 categorie in base 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: sottopeso (BMI <18,5), normopeso (BMI 18,5-24,9), sovrappeso (BMI 25,0-29,9), obeso (BMI ≥ 30).

Ad alcuni alimenti è riconosciuto un ruolo protettivo: è ormai evidente per esempio la protezione rispetto alle neoplasie associata all'elevato consumo di frutta e verdura.

Per questo motivo ne viene consigliato il consumo tutti i giorni: l'adesione alle raccomandazioni internazionali prevede il consumo di almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno ("five a day").



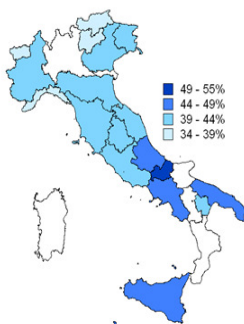
- In Abruzzo il 3% delle persone intervistate risulta sottopeso, il 51% normopeso, il 33% sovrappeso e il 13% obeso.

Complessivamente si stima che il 46% della popolazione presenti un eccesso ponderale. L'eccesso ponderale è significativamente più frequente:

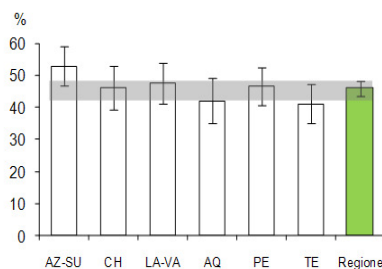
- col crescere dell'età
- negli uomini (43% vs 22,9%)
- nelle persone con basso livello di istruzione
- nelle persone con molte difficoltà economiche.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, le significatività rilevate si mantengono.

% persone in eccesso ponderale
Pool PASSI 2008



% persone in eccesso ponderale
Abruzzo - PASSI 2008



Fra le AUSL della Regione non sono emerse differenze statisticamente significative relative all'eccesso ponderale (range dal 41% di Teramo al 53% di Avezzano-Sulmona).

La situazione nutrizionale, le abitudini alimentari e la salute orale dei bambini

Nella nostra Regione il sovrappeso e l'obesità nella popolazione infantile rappresentano un problema importante di salute pubblica: 1 bambino su 4 risulta sovrappeso e più di 1 su 10 obeso. Un'ampia letteratura scientifica conferma inconfutabilmente il rischio che il sovrappeso - ed in misura sensibilmente maggiore l'obesità - già presenti in età pediatrica ed adolescenziale persistano in età adulta: circa il 60% dei bambini ed adolescenti obesi resterà tale anche in età adulta; il rischio di restare adulti obesi è aumentato se anche uno dei genitori è obeso. L'obesità e il sovrappeso in età evolutiva tendono a persistere in età adulta e a favorire lo sviluppo di gravi patologie cardio-cerebro-vascolari, il diabete tipo-2 ed alcuni tumori. Accurate analisi dei costi della patologia e delle sue onerose conseguenze, sia considerando il danno sulla salute che l'investimento di risorse, hanno indotto l'OMS e anche il nostro Paese a definire la prevenzione dell'obesità come un obiettivo di salute pubblica prioritario. I dati forniti dal Sistema di Sorveglianza Okkio alla Salute (2008) indicano che in Abruzzo:

- il 12,8% dei bambini risulta obeso;
- il 25,8% dei bambini risulta sovrappeso
- il 61,3% dei bambini risulta sottopeso e normopeso.

Tali percentuali, riportate alla popolazione infantile fra i 6 e gli 11 anni, portano a stimare un numero di bambini sovrappeso e obesi pari rispettivamente a 26.540 e 8.824.

E' dimostrata l'associazione tra sovrappeso ed obesità e stili alimentari errati. Una dieta ad alto tenore di grassi e con contenuto calorico eccessivo è associata ad aumento del peso corporeo che nel bambino tende a conservarsi fino all'età adulta.

L'indagine OKkio alla salute 2008 ha messo in luce nella regione la grande diffusione tra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e sono fortemente predisponenti

all'aumento di peso, specie se concomitanti. Le percentuali di bambini con abitudini alimentari non corrette rilevate in Abruzzo risultano in linea con il dato nazionale, ma molto lontane (in particolare per quanto riguarda l'assunzione di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno e l'assunzione di una merenda adeguata a metà mattina) dai valori desiderabili, è necessario avviare interventi efficaci e tempestivi atti a prevenire e modificare i comportamenti alimentari non salutari, anche attraverso un cambiamento di abitudini familiari e tramite il sostegno della scuola ai bambini e alle loro famiglie.

La salute orale (intesa come assenza di carie e di malattie parodontali, di patologie delle mucose, di traumi o malformazioni muscolo-scheletriche) rappresenta un'ulteriore priorità di salute pubblica che OMS e CDC suggeriscono di inserire nell'assistenza primaria. Identificare i bisogni, i fattori socioeconomici e culturali che determinano le disparità nella salute orale e definire gli interventi più appropriati in ambito preventivo è un obiettivo di cruciale importanza per la salute pubblica, perché consente di migliorare l'accesso alla salute orale da parte della popolazione più vulnerabile.

Conservare denti sani in età adulta richiede davvero poco impegno se si adottano comportamenti corretti sin da bambini: bastano una buona igiene orale, l'utilizzo di prodotti a base di fluoro ed un'adeguata educazione alimentare.

Nella nostra Regione in materia di salute orale sono stati condotti 2 diversi studi negli anni 1998 (7) e 2001 (8). Nel primo studio condotto dall'università degli studi dell'Aquila nell'ambito della stessa provincia su un campione di 862 bambini di III, IV e V elementare è emerso che il 67.3% di questi presentava almeno un dente cariato e che la prevalenza di questo fenomeno era direttamente correlata ad una scarsa igiene orale, all'uso saltuario o nullo di fluoro, al mancato consumo abituale di acqua minerale e alle condizioni lavorative e al titolo di studio dei genitori. Nel secondo studio, condotto dall'università degli studi di Chieti in collaborazione con l'università degli studi dell'Aquila nell'ambito dell'intera Regione Abruzzo, invece, sono stati presi in considerazione 8191 bambini frequentanti la I e la II classe elementare: di questi il 51% presentava carie sulla dentizione permanente, il 18% non era mai stato sottoposto a visita odontoiatrica, il 79.8% non aveva mai fatto uso di filo interdentale, il 60% non aveva fatto uso di fluoro e solo il 13.8% effettuava spuntini a base di frutta.

Il consumo di alcol

Nonostante l'enorme impatto sulla salute pubblica per i rischi connessi ad un suo uso eccessivo, il problema alcol rimane attualmente sottostimato: all'accettazione sociale del bere si aggiunge una marcata comunicazione commerciale che spesso copre i messaggi della prevenzione.

In Europa si stima che l'alcol uccida circa 195.000 persone l'anno e 25.000 in Italia: cirrosi epatica e incidenti stradali sono le principali cause di morte alcol-correlate.

L'alcol è una sostanza tossica dannosa per l'organismo: non è fissato un livello soglia di "non pericolosità" e studi recenti confutano la considerazione diffusa che un consumo leggero di alcolici sia benefico per la salute e protegga il cuore.

L'abuso di alcol porta più frequentemente a comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri (quali ad esempio guida pericolosa di autoveicoli, infortuni e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate, comportamenti sessuali a rischio, violenza); il danno causato dall'alcol si estende pertanto alle famiglie e alla collettività.

Si stima che i problemi di salute indotti dal consumo/abuso di prodotti alcolici siano responsabili del 9% della spesa sanitaria.

In particolare, in Abruzzo nel 2008, su 1.109 ricoveri correlati all'assunzione di sostanze psicoattive, l'80% era direttamente alcol-correlato, per una spesa pari all'86% dei costi generati dal totale del gruppo di ricoveri.

Il Piano Nazionale Alcol e Salute si propone di coordinare tutte le attività di prevenzione per ridurre i danni causati dall'alcol. L'emergere infatti di nuove culture del bere (dallo sballo del fine settimana alla moda degli aperitivi) sollecita la realizzazione di sistemi di monitoraggio adeguati a orientare le azioni, per

contribuire in maniera efficace alla riduzione del rischio alcol-correlato sia nella popolazione generale sia nei sottogruppi target più vulnerabili.

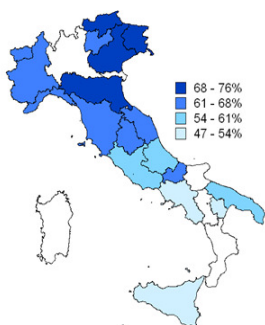
Secondo la definizione dell'OMS, le persone a rischio particolare di conseguenze sfavorevoli per l'alcol sono i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne), le persone che bevono abitualmente fuori pasto e quelle che indulgono in grandi bevute o *binge drink* (consumo di almeno una volta al mese di 6 o più unità di bevanda alcolica in un'unica occasione: 1 unità alcolica corrisponde ad una lattina di birra o ad un bicchiere di vino o ad un bicchierino di liquore).

Dai risultati dello studio PASSI emerge che, nel 2008:

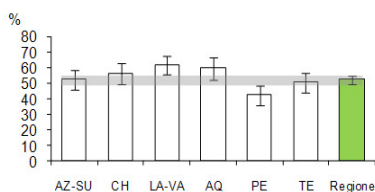
- In Abruzzo la percentuale di persone intervistate che ha riferito di aver bevuto nell'ultimo mese almeno una unità di bevanda alcolica è risultata del 52,6%.
- Si sono osservate percentuali più alte di consumo:
 - nella fascia 18-24 anni e 25-34 anni
 - negli uomini
 - nelle persone con livello di istruzione medio-alto e senza difficoltà economiche.
- Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantiene la significatività per il sesso maschile.

Il 57% degli intervistati ha riferito di consumare alcol durante tutta la settimana, mentre il 43% prevalentemente durante il fine settimana.

Percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese
Pool PASSI 2008



Percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese
Abruzzo: PASSI 2008



Nelle Asl della Regione la percentuale di persone che hanno bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese va dal 42% di Pescara al 62% di Lanciano-Vasto, e non mostra differenze statisticamente significative. Il valore relativo alla Asl di Pescara risulta significativamente più basso del dato regionale.

Tra le Asl partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale di bevitori binge è risultata del 7%. La Asl di Pescara presenta una percentuale di bevitori binge più bassa rispetto al dato regionale e a quello del pool nazionale.

L'abitudine al fumo

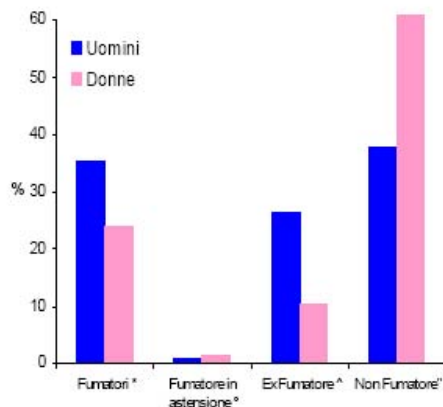
Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di numerose patologie cronicodegenerative (in particolare a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare) ed è il maggiore fattore di rischio evitabile di morte precoce: si stima che in Italia il 15-20% delle morti complessive sia attribuibile al fumo. Il fumo rappresenta un rilevante fattore di rischio anche per chi vi è esposto solo passivamente.

L'abitudine al fumo negli ultimi 40 anni ha subito notevoli cambiamenti: la percentuale di fumatori negli uomini, storicamente più elevata, si è progressivamente ridotta, mentre è cresciuta tra le donne, fino a raggiungere nei due sessi valori paragonabili; è inoltre in preoccupante aumento la percentuale di giovani che fumano.

I medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti circa i rischi del fumo; un passo iniziale è quello di intraprendere un dialogo con i propri pazienti sull'opportunità di smettere di fumare. Smettere di fumare significa infatti dimezzare il rischio di infarto già dopo un anno e dopo 10 anni dimezzare anche il rischio di tumore del polmone.

La recente entrata in vigore della norma sul divieto di fumo nei locali pubblici, che completa quella relativa al divieto di fumare nei luoghi di lavoro, è un evidente segnale dell'attenzione al problema e si è dimostrata efficace nel ridurre l'esposizione al fumo passivo.

Abitudine al fumo di sigaretta
Abruzzo - PASSI 2008 (n=1494)



- Rispetto all'abitudine al fumo di sigaretta:

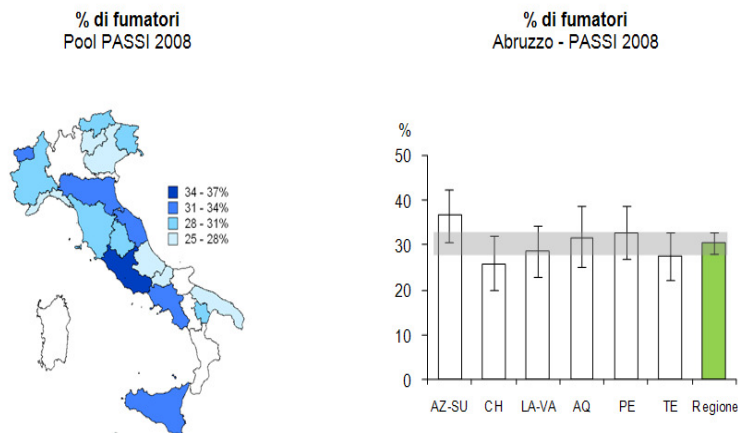
- il 51,1% degli intervistati ha riferito di non fumare
- il 30,6% di essere fumatore
- il 18,3% di essere un ex fumatore.

L'1% degli intervistati ha dichiarato di aver sospeso di fumare da meno di sei mesi (i cosiddetti "*fumatori in astensione*", ancora considerati fumatori in base alla definizione OMS).

- L'abitudine al fumo è significativamente più alta tra gli uomini rispetto alle donne (36% versus 25,2%); tra le persone che non hanno mai fumato prevalgono le donne (63,2% versus 36,9%).
- Si è osservata una prevalenza più elevata di fumatori:
 - tra le persone sotto ai 50 anni (soprattutto nella fascia 25-34 anni)
 - tra gli uomini
 - tra persone con livello di istruzione di scuola media inferiore
 - tra le persone con difficoltà economiche.

Analizzando con una opportuna tecnica statistica (regressione logistica) l'effetto di ogni singolo fattore in presenza di tutti gli altri, si mantiene la significatività solo per il sesso.

I fumatori abituali hanno dichiarato di fumare in media 14 sigarette al giorno; tra questi, l'11% fuma oltre 20 sigarette al dì ("forte fumatore").



Tra le Asl regionali non emergono differenze significative per quanto concerne la prevalenza di fumatori (range dal 27% di Teramo al 37% di Avezzano-Sulmona).

Si riporta di seguito in forma tabellare una sintesi dei risultati degli studi PASSI e OKKIO ALLA SALUTE riferiti all'anno 2008, che riporta quanto emerso nel campo della sorveglianza sugli stili di vita e sulle iniziative di salute pubblica nella regione.

SINTESI STILI DI VITA		
	Abruzzo	Italia
Stato di salute percepito	65,5	65,7
FUMO		
Fumatori	30,6	29,8
ALCOL		
Consumo di alcol	52,6	59,3
Consumo alcol a rischio (> 2 UA M >1 UA F)	15,0	19,6
Binge	7,0	6,3
Guida sotto effetto alcol	13,9	11,8
ALIMENTAZIONE		
Assunzione frutta verdura	7,4	10,1
Sovrappeso		
18-69	33,0	31,6
8-9a	26,0	24,0
Obeso		
18-69	13,0	10,3
8-9a	13,0	12,0



Iperensione arteriosa	20,7	20,7
Ipercolesterolemia	23,3	25,0
ATTIVITA' FISICA		
Attività fisica (soggetti sedentari)	36,0	29,4

Iniziative salute pubblica		
	Abruzzo	Italia
VACCINAZIONI		
Coperture vaccinali		
MPR	92,2	90,1
Antinflu sogg. > 64aa	68,4	66,1
Antinflu sogg. a rischio 18-65	8,5	27,0
Rosolia vaccinate età fertile	23,4	32,0
TUMORI		
Dg. Precoce ca cervice uterina**	67,0	75,0
Dg. Precoce ca. mammella**	57,5	71,0
Dg. Precoce ca colon retto**		
Sangue Occulto Feci	7,5	22,6
Colonscopia	13,9	9,0

ALIMENTAZIONE E SALUTE

La qualità dell'acqua destinata al consumo umano

Secondo dati forniti dall'OMS, in Europa 120 milioni di persone non hanno accesso ad un'acqua potabile sicura. Il problema principale risiede nella contaminazione microbica; la contaminazione chimica interessa aree localizzate, ma è responsabile di un impatto sulla salute potenzialmente significativo. Il Protocollo Acqua e Salute, entrato in vigore il 4 agosto 2005 e sottoscritto da 35 Paesi Europei (tra i quali l'Italia), pone come obiettivo il miglioramento della gestione dell'acqua per la protezione della salute e il benessere pubblico, compresa la prevenzione e il controllo delle malattie veicolate dall'acqua e la garanzia dell'accesso ad un'acqua potabile sicura a garanzia della salute pubblica. Si tratta di temi di crescente importanza, in particolare a causa dell'aumento di frequenza e di intensità di eventi climatici estremi che influenzano sia la quantità, sia la qualità delle risorse idriche, ma anche in considerazione del rischio di inquinamento dei corsi d'acqua dovuto a siti industriali attivi o dismessi (è recente il disastro ecologico dovuto alla sversamento di fanghi tossici da un impianto di produzione di alluminio in Ungheria).

Il problema non riguarda solo i Paesi a basso sviluppo socio-economico, tanto che l'ENHIS (Environment and Health Information System) dell'OMS ha registrato, in 14 Paesi dell'UE, 345 focolai fra il 2000 e il 2007, con oltre 47.000 casi di malattia. Nello stesso periodo l'Italia ha segnalato 18 focolai con circa 2.000 casi. Le cause erano rappresentate da agenti batterici e virali, ma anche da contaminazione chimica.

In Abruzzo, ad una storica, abbondante disponibilità di risorse idriche corrisponde un utilizzo improprio dell'acqua potabile e una gestione non ottimale delle opere di captazione e dei sistemi di distribuzione. Gli episodi di carenza idrica che si sono verificati negli anni recenti in varie aree della regione hanno determinato problematiche di tipo sanitario e allarme sociale.

Negli ultimi anni si sono registrate nella regione alcune gravi emergenze idriche legate a fenomeni di inquinamento: a carico della falda acquifera del Gran Sasso, nei campi di sfruttamento di Bussi (la cui chiusura ha determinato una estesa carenza idrica nella provincia di Pescara e in parte di quella di Chieti), e nell'ambito Trigno-Sinello e Sangro-Aventino.

I dati forniti dall'Agenzia Regionale per la Tutela dell'Ambiente (ARTA) sullo stato degli acquiferi profondi indicano la presenza di inquinanti in aree caratterizzate da agricoltura intensiva e in aree industrializzate, ma anche in zone apparentemente non a rischio.

Negli ultimi tre anni, sui 4.500 campioni di acqua destinabile al consumo umano analizzati, la percentuale di non conformità è stata pari al 5%.

Le malattie trasmesse dagli alimenti

Oltre che per le caratteristiche nutrizionali, gli alimenti possono influenzare la salute umana anche dal punto di vista del rischio di trasmissione di malattie legate alla contaminazione da agenti soprattutto microbiologici e chimici, che può intervenire in qualsiasi fase della lavorazione e della distribuzione.

Nonostante i notevoli progressi nelle tecniche di produzione e di conservazione degli alimenti, anche nei Paesi industrializzati le Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA), e in particolare le tossinfezioni alimentari, continuano ad essere causa di elevata morbilità, le cui dimensioni non sono del tutto note a causa della diffusa sottonotifica degli episodi non epidemici e di quelli familiari.

Si tratta di patologie in genere poco gravi, tranne che nei casi di soggetti particolarmente vulnerabili, soprattutto i bambini e gli anziani.

In Italia, il DM 15 dicembre 1990 ha incluso le MTA fra le malattie per le quali è obbligatoria la notifica. Ciò nonostante il loro numero è sottostimato anche per la frequente mancata individuazione della correlazione della malattia con la sua origine alimentare. Appare paradossale, a questo proposito, il numero elevato di segnalazioni nelle regioni che hanno impiantato un sistema di sorveglianza sugli alimenti più avanzato rispetto a quelle, soprattutto nell'Italia meridionale, con sistemi di controllo meno efficaci.

Il sistema raccoglie dati riferiti a focolai di MTA ("due o più casi di malattia correlati al consumo di un alimento comune"), con eccezione dei casi di intossicazione alimentare (botulismo, intossicazioni da tossine marine o da sostanze chimiche) per i quali la segnalazione riguarda anche un solo caso.

L'Abruzzo è tra le regioni con un basso numero di segnalazioni di tossinfezioni alimentari. Le segnalazioni riguardano soprattutto Salmonelle; circa $\frac{1}{4}$ delle segnalazioni non riporta l'agente causale degli episodi. Come nel resto d'Italia, la Salmonella è la causa principale di MTA sporadiche.

Il basso numero di segnalazioni è da ritenere conseguenza di una ampia sottostima del fenomeno, in una regione in cui non è ancora stato completato il censimento delle imprese alimentari.

L'attività di vigilanza riferita all'anno 2009 ha avuto come conseguenza l'individuazione di almeno una criticità nel 13,1% delle strutture controllate (rispetto al 10% della media nazionale).

LE MALATTIE INFETTIVE

Negli ultimi decenni si è registrata una notevole riduzione delle malattie infettive (sia in termini di morbosità, sia in termini di mortalità), grazie alla scoperta dei vaccini e al miglioramento delle condizioni di vita, ma le malattie trasmissibili non sono state del tutto debellate, e il notevole aumento degli spostamenti di persone e merci che caratterizza l'attuale globalizzazione ha trasformato quello che veniva ritenuto un problema dei Paesi più poveri in un problema mondiale.

Inoltre, come è stato recentemente evidenziato⁴, anche il livello di distribuzione della ricchezza all'interno dei Paesi membri dell'UE influenza la vulnerabilità alle malattie infettive, in particolare, delle comunità marginalizzate; il 16% circa della popolazione europea vive al di sotto del livello di povertà, e la crisi finanziaria, con la crescita della disoccupazione e del debito pubblico dei Paesi dell'UE, rende ancora più evidente la necessità di affrontare i determinanti socio-economici delle malattie infettive come priorità in sanità pubblica.

In Italia le malattie infettive possono essere suddivise in base all'esistenza o meno di un vaccino efficace. Le malattie prevenibili attraverso la vaccinazione hanno una minore incidenza. La maggior parte delle malattie infettive mostrano un gradiente decrescente Nord-Sud, in parte attribuito a sottoutilizzo e sottodiagnosi.

Le malattie per le quali non vi è una strategia vaccinale efficace tendono all'aumento: si tratta in particolare della legionellosi, della sifilide, della gonorrea, delle diarree infettive, della listeriosi e delle meningiti pneumococciche. La riduzione dell'incidenza dell'AIDS è legata all'efficacia della prevenzione secondaria e non ad una riduzione dell'incidenza dell'infezione.

In Abruzzo, il sisma del 6 aprile 2009 ha reso inagibili gli ambulatori vaccinali situati nelle aree interessate, e la popolazione di riferimento ha trovato alloggio provvisorio in varie località sparse nel territorio regionale.

Il calendario vaccinale regionale è aggiornato all'anno 2005.

La presenza di immigrati di varia provenienza pone problemi, oltre che di comunicazione, di valutazione della corrispondenza di calendari vaccinali non sempre coincidenti.

La mancata informatizzazione dell'anagrafe vaccinale (tuttora gestita su supporto cartaceo) ostacola l'identificazione dei soggetti non vaccinati. La necessità dell'informatizzazione è accentuata dalla

4 Semenza JC, Suk JE, Tsovala S. Social determinants of infectious diseases: a public health priority. Euro Surveill. 2010;15(27):pii=19608. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19608>

progressiva riduzione del numero degli operatori dovuta alla mancanza di ricambio del personale che lascia il lavoro per pensionamento.

L'introduzione di nuovi vaccini non inclusi nei LEA, per i quali in varie regioni italiane è in corso da tempo l'offerta attiva, pone l'esigenza del superamento della disomogeneità dell'offerta (PNV 2008-2010). In Abruzzo è stata avviata dal 2008 l'offerta gratuita alle adolescenti del vaccino contro l'HPV.

La copertura vaccinale per l'influenza negli anziani ha raggiunto livelli soddisfacenti rispetto alla media nazionale, ma per i gruppi a rischio risultano copertura ancora insufficienti.

La regione ha aderito dal 2004 al Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita. Nel 2009 si è raggiunta la copertura del 92% dei bambini entro i 2 anni di età (obiettivo del Piano: 95%).

Le coperture vaccinali per le vaccinazioni "obbligatorie" negli ultimi 5 anni superano ampiamente il 97% ; anche per le vaccinazioni "raccomandate" i livelli sono soddisfacenti (97% per *Hemophilus influenzae* e Pertosse; 92% per Morbillo-Parotite-Rosolia nel 2009, rispetto all'obiettivo del 95% almeno).

Le donne tra i 18 e i 49 che, secondo lo studio PASSI, hanno riferito di essere state vaccinate contro la rosolia sono il 23,4%, rispetto al 32% nazionale.

Fra il 2005 e il 2009, tra le malattie di interesse pediatrico prevenibili con vaccino, la varicella ha fatto registrare il maggior numero di casi (80% di tutte le notifiche); nella regione non è attiva l'offerta gratuita del vaccino. Pertosse, morbillo, rosolia e parotite hanno invece mostrato una significativa riduzione dell'incidenza, parallela al progressivo aumento delle coperture vaccinali. Il verificarsi di 160 casi di rosolia in regione nel 2008 pone però la necessità del potenziamento ulteriore dell'offerta vaccinale. Queste malattie rappresentano il 63% di tutti i casi di malattie infettive (e il 79% di quelle in classe II), ma sono quelle più affette da sottotifica, come si nota confrontando i tassi di incidenza ottenuti dal sistema di sorveglianza dei pediatri sentinella (SPES) e quelli ottenuti utilizzando le segnalazioni pervenute ai servizi di sanità pubblica.

Meningiti batteriche

Le meningiti batteriche sono malattie gravi, talvolta mortali che creano notevole allarme tra la popolazione e rappresentano una importante emergenza in sanità pubblica.

Nel periodo preso in considerazione, ai sistemi di sorveglianza SIMI e SIMIWEB sono pervenute 12 notifiche di meningite meningococcica e 32 notifiche di meningite da batteri diversi dal meningococco.

In Italia dal 1996 è attivo, inoltre, un sistema di sorveglianza specifico dedicato alle meningiti batteriche che negli anni successivi si è ampliato a includere tutte le malattie invasive da meningococco, pneumococco ed emofilo. Ogni anno vengono segnalati al sistema, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, circa 800 casi. Per i casi in cui si conferma l'eziologia da meningococco, il Dipartimento di malattie infettive dell'ISS effettua la caratterizzazione del microorganismo, indispensabile per la comparazione delle caratteristiche fenotipiche e genotipiche dei ceppi responsabili di casi nel nostro Paese e negli altri Paesi europei.

La non perfetta sovrapposizione tra i dati del SIMI-SIMIWEB ed il Sistema di sorveglianza delle meningiti batteriche può essere dovuto al fatto che non sempre i casi notificati agli organi centrali per le vie ordinarie sono stati segnalati anche allo specifico sistema di sorveglianza.

Il 32% delle segnalazioni afferenti al sistema sono riconducibili allo pneumococco, il 17% al meningococco, il 5% all'H.I.; nel 28% delle segnalazioni non è stato identificato il germe responsabile. Si ravvisa quindi la necessità di rafforzare i rapporti con i laboratori di microbiologia affinché questi ultimi provvedano all'identificazione del germe ed al successivo inoltro del ceppo ai laboratori di II livello per la tipizzazione. Solo così si potrà avere una conoscenza epidemiologica più precisa sulla reale diffusione dei microrganismi sul territorio regionale.

Nei confronti delle forme sostenute da meningococco di tipo C, da *haemophilus influenzae* di tipo b e da alcuni ceppi di pneumococco sono disponibili i relativi vaccini che vengono offerti dai centri vaccinali regionali con modalità di partecipazione alla spesa da parte dell'utente.

Legionellosi

Nel quinquennio 2004-2009 sono stati notificati in regione Abruzzo 40 casi di legionellosi, malattie per le quali è stato attivato un Registro Nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità. Anche in questo caso, si osserva una discordanza tra i dati dei vari sistemi di sorveglianza, da ricondurre a quanto già detto per le stesse meningiti. L'incidenza della legionellosi in Italia nel 2009 è stata pari a 20 casi per milione di popolazione. I bassi tassi di incidenza presenti nella regione fanno ragionevolmente pensare alla necessità di affinare il sistema di sorveglianza con il coinvolgimento dei medici ospedalieri, che davanti a quadri di polmonite dovrebbero ricorrere maggiormente alla ricerca dell'antigene urinario che permette la diagnosi di legionellosi.

Zoonosi

La brucellosi rappresenta un importante problema di sanità pubblica per le infezioni umane ed è causa di gravi danni economici, particolarmente nelle aree agricolo-pastorali per le infezioni negli animali da allevamento.

La leishmaniosi è una malattia talmente diffusa da rappresentare una vera preoccupazione per l'Organizzazione mondiale della sanità che ha messo a punto un piano internazionale di sorveglianza per controllarla.

Le rickettsiosi appartengono al gruppo delle febbri esantematiche e sono causate da rickettsie, batteri trasmessi da "zecche dure" ampiamente distribuite in tutto il mondo.

Nel quinquennio 2005-2009 sono stati notificati in Regione Abruzzo 10 casi di brucellosi, 10 di leishmaniosi cutanea, 9 di leishmaniosi viscerale e 10 di rickettsiosi per un totale di 39 casi.

Malattie Sessualmente Trasmesse

Le malattie sessualmente trasmissibili (MST) costituiscono uno dei più seri problemi di salute pubblica nel mondo, sia nei paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo. Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le MST hanno una incidenza annua di 333 milioni di casi escludendo l'AIDS, la cui incidenza ed effetto sullo stato di salute e su quello socio-economico di interi paesi, soprattutto nell'area africana, è definita da anni ormai una reale emergenza. L'incidenza delle MST nel mondo è in continuo aumento, grazie anche alla maggiore mobilità e all'aumento della tendenza ad avere rapporti sessuali con più partners. Le lesioni e le infiammazioni genitali date dalle diverse MST inoltre aumentano consistentemente il rischio di trasmissione dell'AIDS.

Una delle categorie più a rischio nel mondo è quella dei giovani adolescenti. Dei 333 milioni di nuovi casi stimati ogni anno, almeno 111 interessano giovani sotto i 25 anni di età. La carenza di conoscenze e la difficoltà di accesso ai contraccettivi meccanici (preservativi maschili e femminili) rendono i ragazzi molto più esposti al rischio di infezioni sessualmente trasmissibili. Le ragazze sono più vulnerabili dei ragazzi per ragioni fisiologiche ma anche sociali, essendo, in alcuni contesti, costrette a relazioni sessuali fin da bambine. Ogni anno, un adolescente su venti contrae una MST curabile, senza contare le infezioni virali. Più della metà delle nuove infezioni di AIDS ogni anno interessano giovani nel gruppo di età 15-24 anni. Alcuni studi condotti in paesi africani mostrano una incidenza del 12-13% di infezioni da HIV in ragazze in gravidanza di 15-19 anni di età.

Nell'insieme, le MST si associano a una morbilità e mortalità rilevante e contribuiscono significativamente ai costi sanitari, con un peso che varia notevolmente nelle varie aree del mondo. Ciò vale soprattutto quando colpiscono donne in età fertile per le conseguenze sul feto e sul neonato.

La diagnosi di una infezione ST è più problematica durante l'adolescenza perché la malattia può essere asintomatica. Inoltre, lo stigma sociale e la difficoltà di accesso a servizi di trattamento possono incidere

negativamente sull'attitudine al controllo da parte degli adolescenti. Fra le malattie sessualmente trasmissibili più importanti si ricordano AIDS, sifilide, gonorrea, clamidia, infezione da HPV, herpes genitale, epatite B.

Nel quinquennio 2005-2009 sono stati segnalati in Abruzzo 2 casi di blenorragia, 34 casi di sifilide e 1 caso di infezione da Clamidia; inoltre può essere ricondotta al gruppo delle MST una quota non definibile di casi epatite virale B, così come possono riconoscere una trasmissione sessuale anche i casi di mollusco contagioso. Questi dati, lungi dall'essere la fedele riproduzione della situazione epidemiologica regionale, testimoniano della difficoltà a far emergere una realtà sicuramente più diffusa.

Infatti non si può non pensare ad alcune comunità di recente immigrazione che vivono in condizioni di quasi impermeabilità rispetto alla società circostante o ai fenomeni di sfruttamento della prostituzione così attivi in alcune zone della nostra Regione (costa teramana- pescarese, confine marchigiano-abruzzese) che rappresentano dei gruppi a rischio difficili da portare all'emersione e quindi all'accesso ai servizi sanitari e sociali che potrebbero garantire loro prevenzione, diagnosi e cura delle MST.

AIDS

Fra le MST, un'attenzione particolare merita l'infezione da HIV. Secondo i dati forniti dal dipartimento malattie infettive, parassitarie e immunomediate dell'ISS, sono oltre 60 mila i casi di AIDS notificati in Italia fino al 30 novembre 2008, anno per il quale le stime mostrano stabilità nel numero di nuovi casi rispetto al 2007. Gli ultimi sei mesi di monitoraggio dell'infezione effettuato dal Centro operativo AIDS (Coa) illustrano un quadro in cui l'infezione rimane costante, e i nuovi casi non diminuiscono. Si registra, tuttavia, una lieve tendenza alla ulteriore flessione dell'incidenza della malattia conclamata (grazie alle terapie antiretrovirali). Nel 2008 si registrano ancora 3-4 mila nuovi sieropositivi, per complessivi circa 120 mila sieropositivi viventi. Nonostante l'incidenza resti stabile, il numero totale delle persone viventi con AIDS è in aumento (oltre 20 mila casi al novembre 2008), probabilmente a causa dell'efficacia della terapia antiretrovirale combinata, che comporta un aumento del numero di persone con diagnosi di AIDS che sopravvivono. Stabile rispetto al 2007 l'età media degli uomini (43 anni) e delle donne (40 anni). In aumento il numero dei casi tra la popolazione straniera (20% di tutti i casi segnalati in Italia nell'ultimo anno).

Il numero di infetti a livello nazionale è in crescita, a causa dell'aumento della sopravvivenza delle persone sieropositive. Sempre secondo i dati del Coa, il contagio diminuisce tra i tossicodipendenti (dal 47,9% del 1998 al 22,3% del 2008) mentre cresce la trasmissione per via sessuale. Per i rapporti omosessuali e bisessuali si passa dal 17,3% del 1997 al 23,7% del 2008; per i rapporti eterosessuali l'aumento è ancora più evidente, passando dal 25,3% nel 1998 al 44,4% nel 2008. Anche l'età media alla diagnosi è in crescita: per le donne è di 40 anni, per gli uomini di 43 anni.

Un altro dato interessante è che oltre il 60% dei casi di AIDS non ha fatto terapia antiretrovirale prima della diagnosi. Quasi il 60% dei casi di AIDS, inoltre, scopre di essere sieropositivo poco prima o al momento della diagnosi di malattia conclamata. Questo fenomeno è segnale di una bassa percezione del rischio, soprattutto fra chi si infetta per via sessuale e fra gli stranieri.

Rispetto ai casi cumulativi l'Abruzzo occupa la quattordicesima posizione nella graduatoria nazionale, con 527 casi cumulativi (prima la Lombardia con 17986 casi, ultimo il Molise con 61 casi); per quanto riguarda i casi incidenti occupa, nel panorama nazionale, una posizione intermedia con un valore di 1,2 nuovi casi di AIDS x 100000 abitanti nel 2008; questo significa che nel 2008 sono stati diagnosticati 16 casi di AIDS in soggetti residenti in Abruzzo.

Nel 2009, la popolazione residente nelle regioni che hanno attivato un sistema di sorveglianza HIV rappresenta il 72,3% della popolazione residente in Italia⁵.

⁵ Fonte: COA, *Notiziario ISS 201*

LE PATOLOGIE CRONICHE

La mortalità per causa

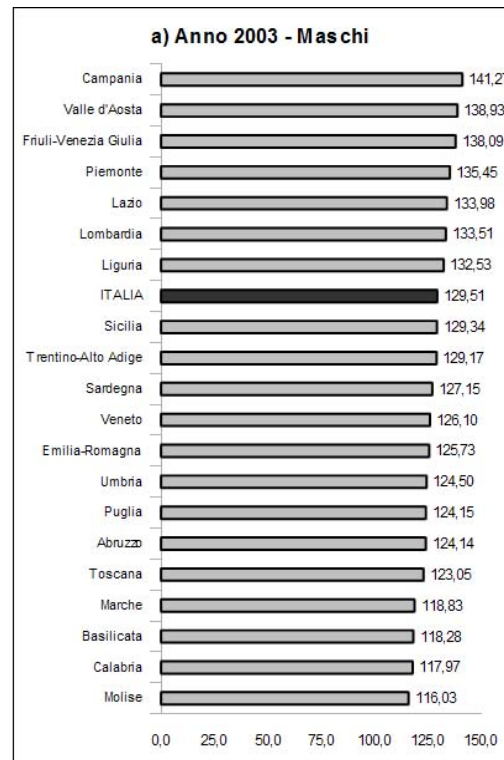
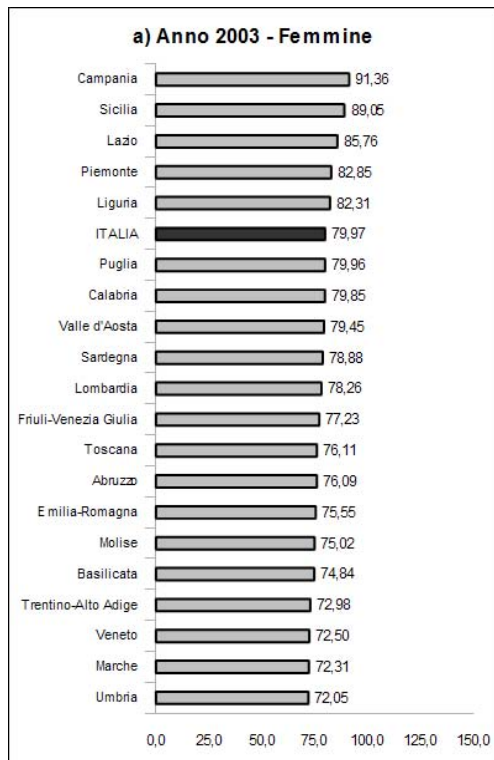
Un'analisi nel dettaglio della mortalità per causa in Abruzzo nel periodo compreso tra il 1981 e il 2001⁶ documenta che la mortalità generale nella regione è stata, come negli ultimi anni, costantemente inferiore a quella nazionale.

Nel dettaglio:

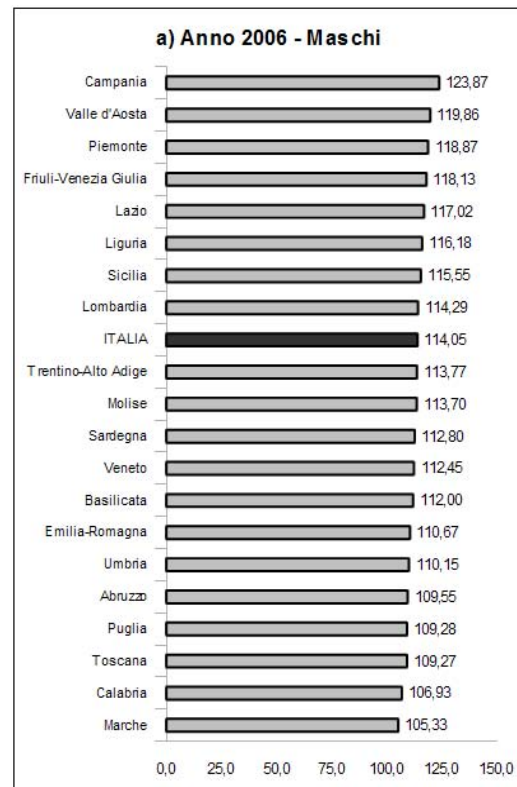
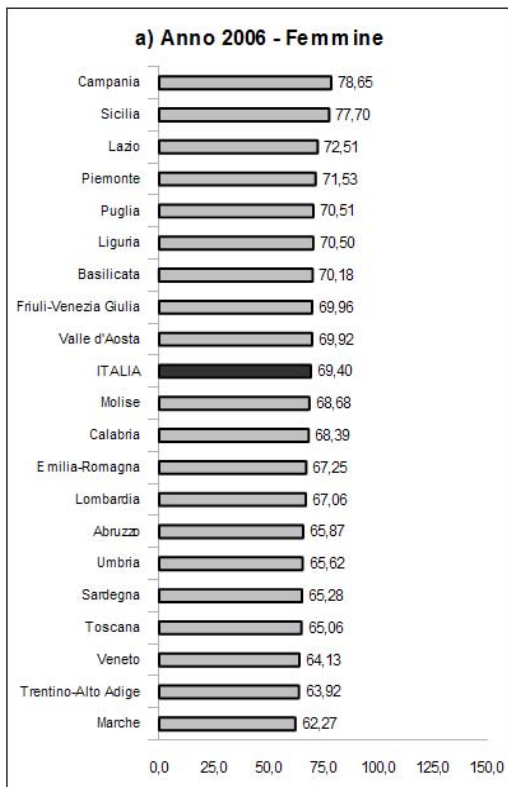
- il minor rischio di morte è attribuibile soprattutto a cardiopatia ischemica e tumori, anche se la tendenza alla riduzione della mortalità è stata scarsa o assente per la cardiopatia ischemica negli uomini e per il tumore dello stomaco in entrambi i sessi;
- la mortalità per tumori è risultata inferiore a quella nazionale del 25% nel decennio 1981 – 1990 e del 18% nel decennio 1991 – 2001 (l'Abruzzo è una delle regioni a più bassa mortalità per tumori, seguita da Sicilia, Calabria, Basilicata e Molise);
- la mortalità per malattie cerebrovascolari è risultata paragonabile, per valori e andamento, a quella nazionale (riduzione del 22% per le donne e del 31% per gli uomini);
- la mortalità per traumatismi è stata lievemente, ma significativamente, più alta rispetto alla media nazionale per le donne, mantenendosi stabile - nel periodo - per tutte le cause (incidenti stradali, domestici, sul lavoro, violenza);
- la mortalità infantile è diminuita (passando dagli 11 morti per mille nati nel 1981 ai 5,1 morti per mille nati nel 2001), ma si è mantenuta superiore del 15% alla media nazionale per tutto il periodo, con un Rischio Relativo più elevato nel territorio di Pescara (tasso di mortalità infantile < 1 anno superiore del 32% a quello regionale); i profili di alto rischio per la mortalità infantile nelle aree interne sono coerenti con i profili dell'Indice di Area Svantaggiata – IAS – calcolato a livello comunale.
- il 35% del totale dei decessi analizzati si è verificato nei 10 comuni più grandi della regione, ove risiedeva il 39% della popolazione. In termini relativi, la mortalità generale nei grandi centri risultava tendenzialmente più alta rispetto alla media regionale. Pescara e Teramo, a fronte di una riduzione generalizzata della mortalità rispetto al dato nazionale, mostravano un peggioramento rispetto alla media regionale;
- la più alta mortalità generale nei grandi centri risultava dovuta soprattutto a tumori e cardiopatia ischemica (eccessi di mortalità per tumori e cardiopatia ischemica a Teramo, Chieti, l'Aquila e Sulmona; eccessi di mortalità solo per tumori a Pescara e Avezzano; SMR per cardiopatia ischemica elevati a Lanciano);
- i rapporti standardizzati di mortalità generale in tutte le età mostrano eccessi territoriali prevalentemente nelle aree interne (coerenti anche in questo caso con i profili dell'Indice di Area Svantaggiata comunali).

⁶ Relazione sullo stato di salute 2007 – PSR 2008-2010: <http://sanitab.regione.abruzzo.it/osservatorio/index.htm>

TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITA' (PER 10.000) (Fonte: ISTAT)

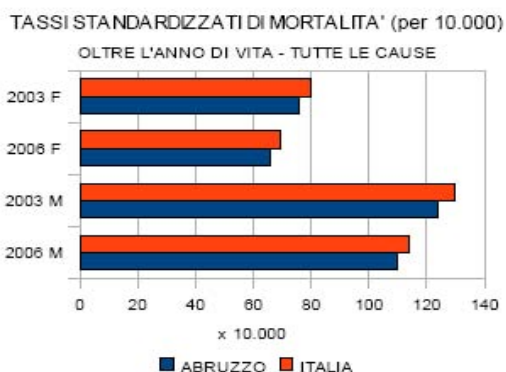


Anche per gli anni 2003 e 2006 i tassi di mortalità della regione si collocano al di sotto del livello nazionale.



Per quanto riguarda le singole cause di mortalità, sempre riferite al periodo 1981 – 2001, e la loro distribuzione nel territorio regionale, si evidenziano:

- eccessi relativi di mortalità per cardiopatia ischemica – soprattutto per gli uomini - in alcune aree della provincia di Chieti (frentana, sangrina e vastese) e dell'Aquila (aquilana, peligna e sangrina), con valori più bassi nelle aree marsicana, teramana e pescarese; la mortalità regionale per cardiopatia ischemica appare inferiore, rispetto all'Italia, del 2% nel periodo 1981 – 1990 e del 15% nel periodo 1991 – 2001;
- riduzione della mortalità per accidenti cerebrovascolari tra il 1991 e il 2001, quando i tassi standardizzati di mortalità dei grandi centri, in precedenza inferiori a quelli regionali, si sono allineati ad essi; si rilevano eccessi relativi in provincia di Chieti (area vastese) e dell'Aquila;
- bassa mortalità per tumori in alcune aree della provincia di Chieti (frentana, sangrina e vastese), di Pescara (fascia centrale della Val Pescara), di Teramo (alcuni territori nelle aree meridionali), dell'Aquila (area tra marsica e centro Abruzzo); le restanti aree della provincia di Teramo, la zona costiera e collinare delle province di Pescara e Chieti, la provincia de L'Aquila (Marsica e centro Abruzzo), registrano eccessi relativi di mortalità. Tendenza al peggioramento nell'area centrosettentrionale della provincia di Teramo, in misura inferiore nella fascia costiera pescarese / chietina e – limitatamente alle donne – nella bassa / media Val Pescara;
- tasso aggiustato per età dei tumori di trachea, bronchi e polmoni negli uomini nel periodo 1981 – 2001 inferiore del 30 – 40% al tasso italiano (si tratta della causa più frequente di mortalità tumorale per gli uomini a livello nazionale); la distribuzione geografica nel periodo 1991 – 2001 mostra una concentrazione di rischio nelle province di Teramo e Pescara;
- più alta mortalità relativa per tumore della mammella (la principale causa di morte per tumori nelle donne a livello nazionale) nella fascia centrale interna e nelle aree costiere e interne delle province di Pescara e Chieti, oltre che in alcuni comuni della Marsica;
- mortalità per tumori dello stomaco, inferiore al dato nazionale nella misura del 1%, maggiore nella parte settentrionale della provincia di Teramo e nella Marsica, sia per gli uomini sia per le donne;
- mortalità per tumori del fegato, che tende ad aumentare nel periodo considerato sia in Abruzzo sia in Italia, al di sotto di quella nazionale del 25 – 30%, sia per gli uomini sia per le donne, con più alta mortalità nella provincia dell'Aquila (in particolare, nella Marsica).

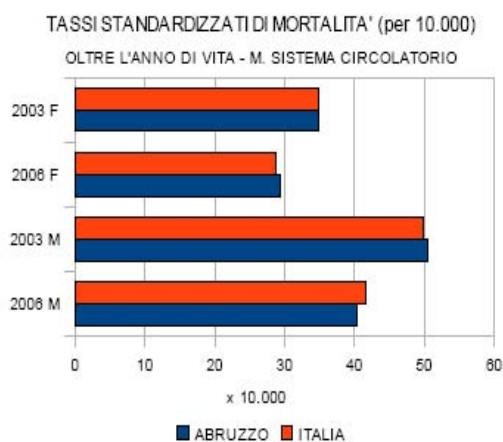


Anche negli anni più recenti, la mortalità generale in Abruzzo è stata costantemente inferiore a quella nazionale. Il tasso standardizzato di mortalità oltre l'anno di vita per tutte le cause è passato:

- per gli uomini da 124,14 per 10.000 nel 2003 (dato nazionale: 129,51) a 109,55 per 10.000 nel 2006 (dato nazionale: 114,05);
- per le donne da 76,09 per 10.000 nel 2003 (dato nazionale: 79,97) a 65,87 per 10.000 nel 2006 (dato nazionale: 69,40).

Il dato è quindi costante nel lungo periodo (fra il 1981 e il 2001 la riduzione è stata progressiva), con tassi molto più bassi per le donne, soprattutto in riferimento a cardiopatia ischemica e tumori.

Le malattie del sistema circolatorio



Nella regione, i tassi standardizzati di mortalità per malattie del sistema circolatorio (malattie ischemiche del cuore e malattie cerebrovascolari) riferiti al 2003 risultano di poco superiori alla media nazionale per gli uomini (50,52 per 10.000 vs. 49,93) e allineati alla media nazionale per le donne (34,96 per 10.000 vs. 34,95); nel 2006 i valori mostrano una riduzione consistente, di circa 10 punti, per gli uomini (40,43 per 10.000; dato nazionale: 41,71); la riduzione per le donne è di poco inferiore ai 6 punti: il tasso nel 2006 supera di poco la media nazionale (29,29 per 10.000; dato nazionale: 28,74).

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano, nel periodo compreso tra il 2003 e il 2006, in Abruzzo come in Italia, il gruppo di patologie croniche con il tasso di mortalità standardizzato più alto, sia per gli uomini sia per le donne, costituendo il 25% della mortalità generale a livello nazionale.

Fra le malattie circolatorie, l'infarto del miocardio mostra tassi di mortalità nazionali medi in diminuzione fra il 2003 e il 2006; l'andamento nella regione ricalca quello nazionale. Tuttavia, mentre per gli uomini i valori risultano costantemente al di sopra della media nazionale, per le donne (nonostante una lieve riduzione) il valore del 2006 si colloca poco al di sopra di quello nazionale: nel 2006, pertanto, i tassi standardizzati di mortalità per infarto del miocardio nella regione sono, seppure di poco, superiori alla media nazionale sia per gli uomini che per le donne.

Dalle Indagini Multiscopo ISTAT relative agli anni 2000 e 2005, è possibile stimare che circa 19.000 abruzzesi nel 2000 (1,5%) e circa 24.500 nel 2005 (1,9%; dato nazionale: 1,7%) avessero una storia caratterizzata da un pregresso Infarto Miocardico Acuto. La medesima indagine, riferita al 2008, segnala che il 4,3% degli abruzzesi riferiva di soffrire di malattie del cuore (Italia 3,6%; Mezzogiorno 3,4%).

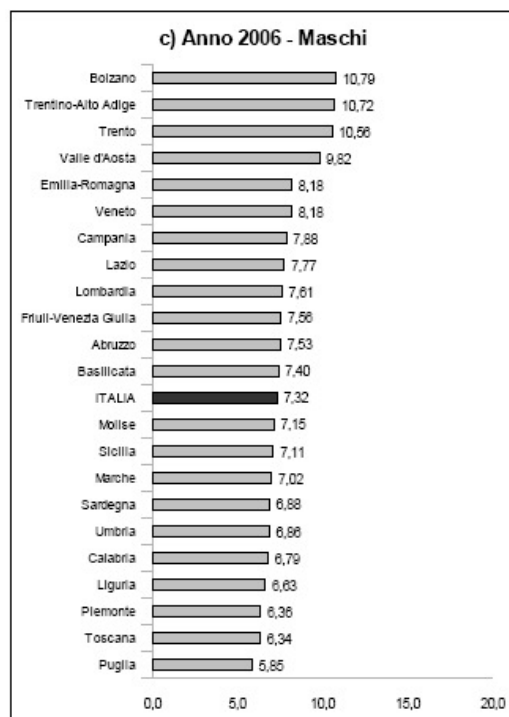
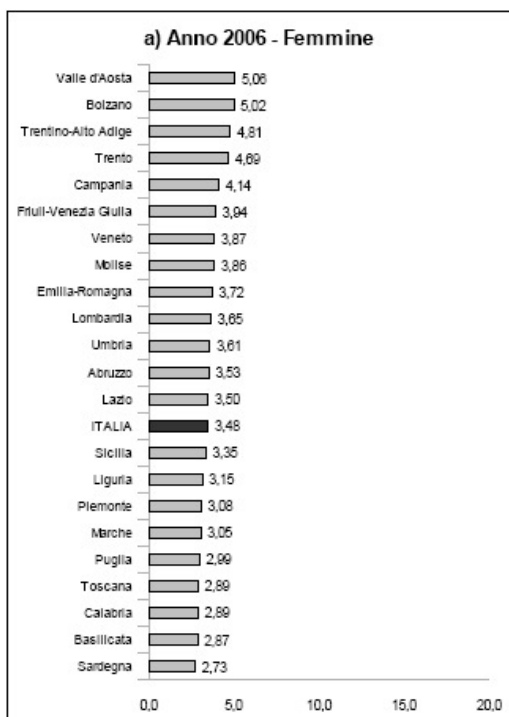
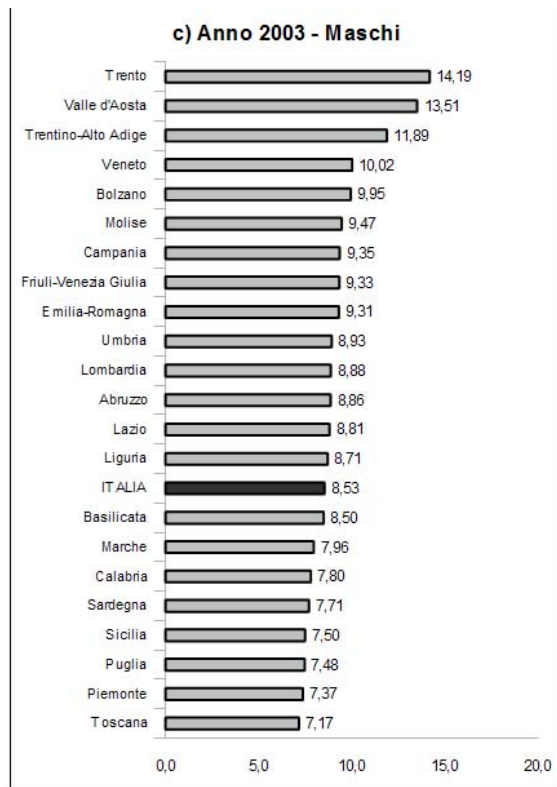
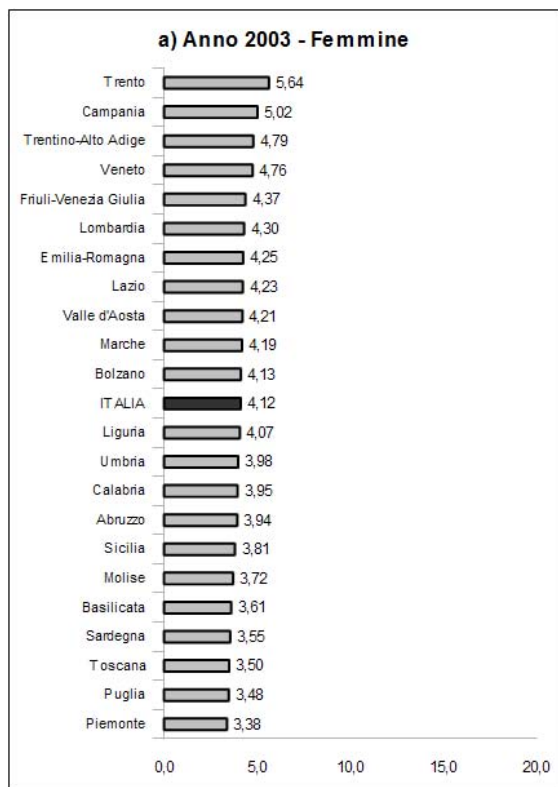
Gli accidenti cerebrovascolari rappresentano in Italia la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie (causano ogni anno il 10% - 12% di tutti i decessi) e sono la causa principale di invalidità. In Italia si manifestano da 2,15 a 2,54 nuovi casi ogni 1.000 abitanti/anno e si stima che 1/3 dei sopravvissuti, ad un anno di distanza dal primo evento, presenti un elevato grado di disabilità. Il principale fattore di rischio per l'ictus è l'età (6,5 casi ogni 100 persone tra 65 e 84 anni); il 75% degli ictus colpisce le persone al di sopra dei 65 anni.

I tassi standardizzati di mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo nel 2003 e nel 2006 mostrano un trend di riduzione sia a livello nazionale, sia a livello regionale. I valori abruzzesi sono costantemente inferiori al valore medio nazionale, sia per gli uomini, sia per le donne, ma si calcola che siano fra 3.000 e 3.500 i nuovi casi attesi ogni anno (70% - 80% nei quali ischemici).

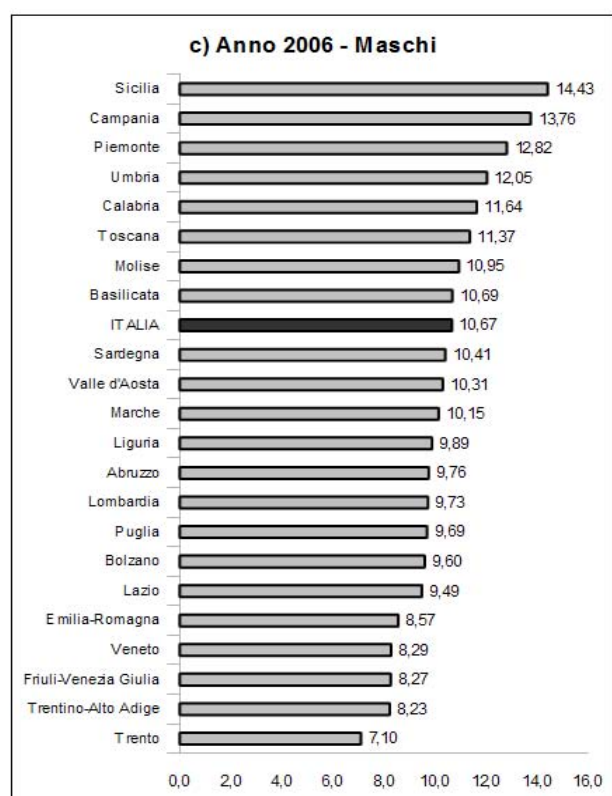
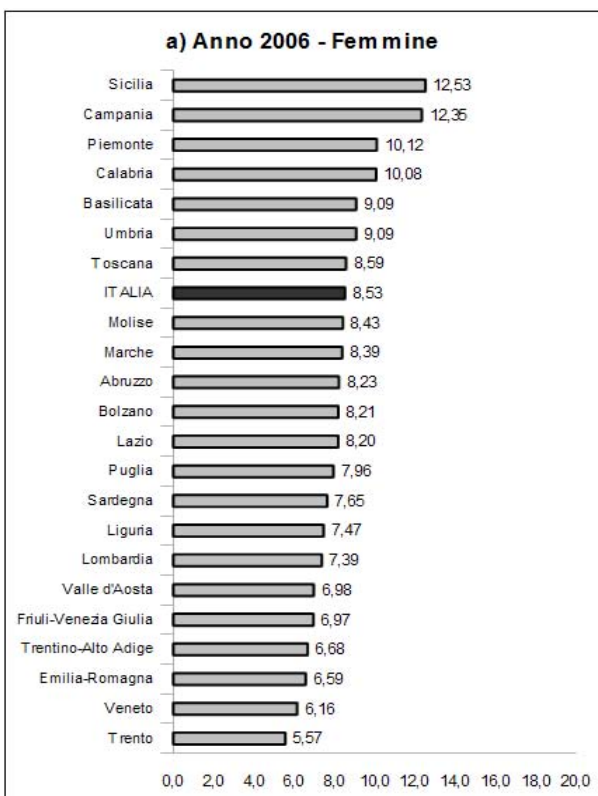
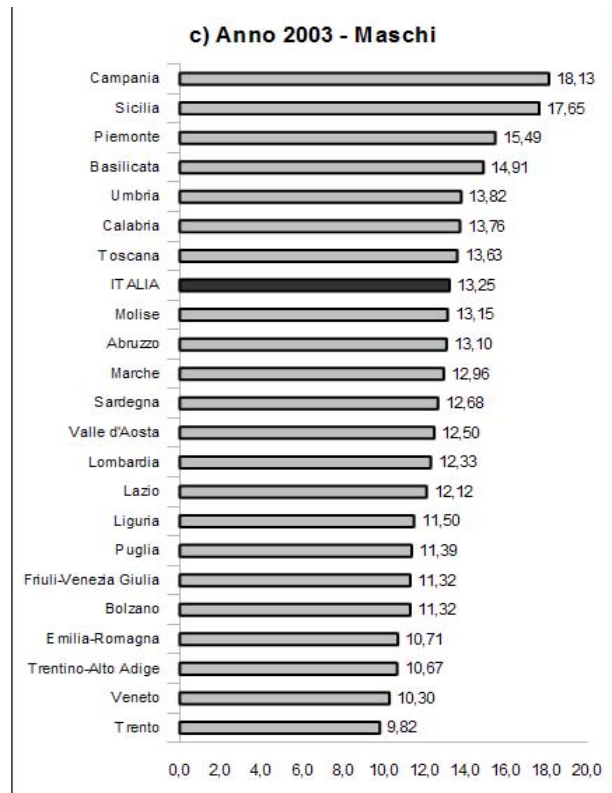
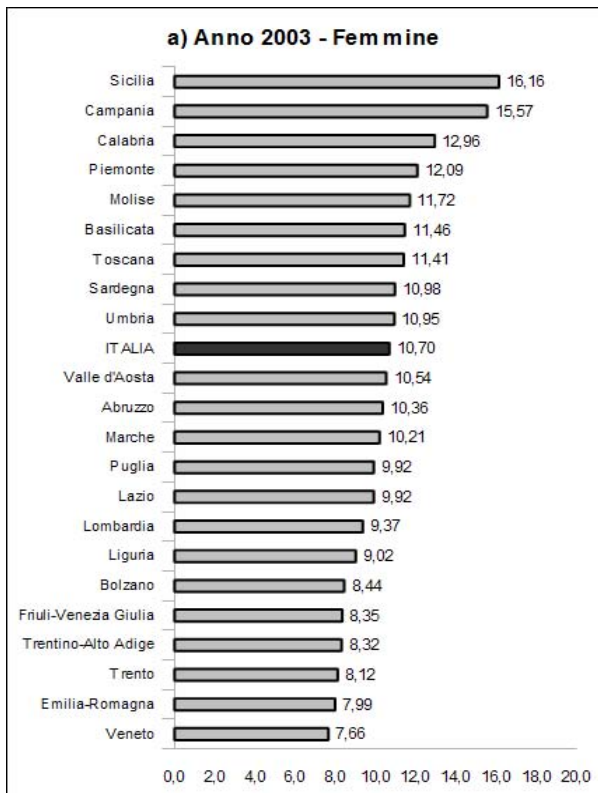
Fra il 1990 e il 2002 si è avuta una riduzione della mortalità (219 a 122 x 100.000 per gli uomini e da 173 a 101 x 100.000 per le donne). I tassi standardizzati di mortalità sono più elevati nelle province di Pescara e di Teramo.

La struttura demografica della popolazione, associata al progressivo invecchiamento, porta a ritenere probabile anche per l'Abruzzo la previsione (ritenuta affidabile a livello mondiale) del raddoppio dei decessi entro l'anno 2020.

TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITA' PER INFARTO DEL MIOCARDIO (per 10.000) (Fonte: ISTAT)



TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITA' PER DISTURBI CIRCOLATORI DELL'ENCEFALO (per 10.000 abitanti)
(Fonte: ISTAT)

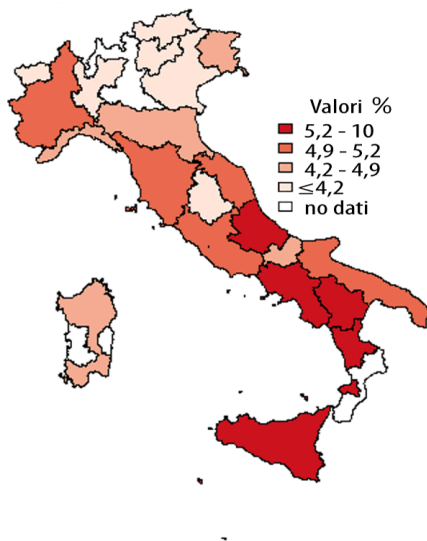


L'ipertensione arteriosa e il diabete

La stima ISTAT di ipertensione (uno dei principali fattori di rischio per eventi cerebrovascolari e per cardiopatia ischemica, insieme al diabete) per l'Abruzzo è 12,8% nel 2004, 12,4% nel 2005 (vs. 13,6% nazionale), 16,2% nel 2008 (vs. 15,8% nazionale).

Negli stessi anni, rispettivamente il 4,8%, il 4,7% e il 5% delle persone intervistate in Abruzzo ha dichiarato di essere malato di diabete (vs. il 4,5%, il 4,6% e il 4,8% nazionale).

*Persone che riferiscono di avere il diabete
pool Asl - Passi 2007-2009 (%)*



Nel pool di AUSL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI nella regione, in riferimento al periodo 2007 – 2009 circa 5,6 persone ogni 100 di età compresa tra 18 e 69 anni hanno dichiarato di avere il diabete. I diabetici assistiti nella regione sono attualmente circa 55.600, pari al 4.2% circa della popolazione residente al 2009.

I tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per diabete mellito (diagnosi principale e secondaria) nel 2005 e nel 2006 erano costantemente al di sopra della media nazionale, sia per i ricoveri in regime ordinario (94,26 dimissioni per 10.000 nel 2005 vs. 72,18; 91,08 dimissioni per 10.000 nel 2006 vs. 71,02) sia per quelli in regime di day hospital (26,62 dimissioni per 10.000 vs. 20,03 nel 2005; 24,55 dimissioni per 10.000 vs. 19,61 nel 2006), con valori costantemente superiori per gli uomini rispetto alle donne.

Il diabete è la causa principale di amputazioni traumatiche, infarto, ictus, cecità, disturbi della vista e dialisi.

Le patologie respiratorie da esposizione ambientale nell'età evolutiva

La prevalenza delle malattie allergiche quali asma, rinocongiuntivite, eczema atopico e dermatite è aumentata negli ultimi anni. Tra i fattori ambientali che si ritiene abbiano contribuito a questo aumento sono compresi: l'esposizione a inquinanti ambientali esterni (outdoor) e interni (indoor), il fumo di tabacco e gli allergeni. È stato detto che la malattia del futuro sarà l'allergia. È questo lo scenario prospettato, secondo cui nei prossimi anni le patologie allergiche sorpasseranno quelle infettive, soprattutto nelle città a rapida crescita demografica all'interno dei paesi in via di sviluppo. Negli ultimi 5-10 anni, come rileva uno studio pubblicato nel settembre 2010 sul "Journal of Allergy and Clinical Immunology", sono aumentati infatti i casi di eczema infantile. La causa è da ricercare, secondo gli studiosi, nei fattori ambientali, perché è altamente improbabile che fattori genetici possano provocare dei cambiamenti così velocemente.

Gli inquinanti ambientali, oltre agli inquinanti emessi da sorgenti naturali quali il mare, i vulcani e la vegetazione, esistono quelli di origine artificiale, fra i quali particolarmente rilevanti per i soggetti affetti da malattie allergiche sono l'anidride solforosa (SO²), gli aerosol acidi, gli ossidi di azoto (NO²), l'ozono (O³), le particelle sospese nell'aria di diametro inferiore ai 10 µm (PM¹⁰), le particelle emesse dalle auto alimentate a diesel (DEPs). Condizioni climatiche sfavorevoli possono aumentare la dispersione degli inquinanti aerei emessi da sorgenti quali gli insediamenti industriali, il riscaldamento domestico e il traffico autoveicolare. L'inquinamento causato dall'uso di combustibili fossili utilizzati per il riscaldamento è presente soprattutto in inverno. Soggetti asmatici sviluppano broncospasmo per esposizioni a livelli bassi di anidride solforosa (0,25 ppm), in particolare se l'esposizione è associata a esercizio fisico. Un aumento delle concentrazioni di ozono e di particelle può causare una riacutizzazione asmatica. È stato stimato un aumento del 3% negli attacchi asmatici per un aumento di 10 mg/m³ di PM¹⁰.

Aspetti epidemiologici

Le conoscenze in campo immuno - allergico hanno visto negli ultimi anni un incredibile susseguirsi di scoperte e di novità scientifiche che hanno contribuito a migliorare le aspettative e la qualità di vita dei pazienti affetti da patologie allergiche, ed in particolare quelle ad espressione rino-bronchiale.

L'O.M.S ha posizionato le malattie allergiche (Rinite ed Asma) al 4° posto tra le patologie più diffuse nei paesi industrializzati e si prevede che entro il 2015 potrebbe risultare colpita da allergie una percentuale tra il 40% ed il 50% della popolazione.

L'incidenza della rinite è balzata dal 4% nel 1968 al 25% nel 2007 e al 30 % nel 2010; essa costituisce spesso il primo stadio dell'evoluzione naturale dell'Asma: il bambino affetto da rinite allergica ha un rischio tre volte superiore di sviluppare asma rispetto ai pazienti non allergici.

L'Asma attualmente rappresenta la patologia cronica più comune nel bambino, ed ha raggiunto nel 2010 un'incidenza del 13% circa in Italia, come in Abruzzo (dove è più che raddoppiata negli ultimi venti anni); il progressivo aumento dell'incidenza nella regione è segnalato anche dal sempre maggiore numero di pazienti che giungono all'attenzione delle strutture ospedaliere specialistiche. Parallelamente, l'incidenza delle patologie allergiche nell'infanzia ha raggiunto nella regione il 25%.

L'immatunità e l'inefficacia immunologica, insieme alla fisiologica tendenza della soppressione dei meccanismi immunitari che il bambino conserva fino ai due anni di vita, fanno sì che in età prescolare i bambini sviluppino malattie localizzate soprattutto alle alte vie respiratorie. Per le loro caratteristiche anatomiche e funzionali le vie aeree del bambino rappresentano il bersaglio preferenziale. Nel bambino

immunologicamente normale di età inferiore ai 6 anni sono attesi in un anno fino a 6 episodi di malattia da infezione delle vie aeree. Il 75% di questi episodi sono a carico delle vie aeree superiori e nell'80% dei casi sono dovute a virus. Alcuni bambini si caratterizzano per un'incidenza di malattie da infezione respiratoria che supera quella attesa per l'età. Questi bambini sono definiti bambini con infezioni respiratorie ricorrenti (IRR). Una recente indagine epidemiologica su un numero elevato di bambini valutati su tutto il territorio nazionale ha dimostrato che l'8% dei bambini italiani in età prescolare può essere definito bambino con IRR. Il dato abruzzese è sovrapponibile a quello nazionale, e, come questa, risente del tasso elevato di inquinamento per interferenza tra inquinanti ed allergeni.

La prevenzione, la gestione ed il controllo delle patologie correlate agli ambienti di vita indoor frequentati dai bambini (scuole) costituiscono obiettivi prioritari della Strategia per l'ambiente e salute dell'Unione Europea. La qualità dell'aria all'interno delle scuole è scadente, come si evince da uno Studio europeo HESE (Health Effects of School Environment) del 2004 effettuato su un campione di 21 scuole (Italia, Francia, Svezia, Danimarca e Norvegia) per quanto concerne le misurazioni di PM¹⁰, CO², muffe ed allergeni. Le analisi hanno evidenziato la inadeguatezza strutturale degli edifici scolastici e la evidenza di effetti negativi sulla salute respiratoria dei bambini, correlabili alle esposizioni a elevati livelli di PM¹⁰ e di CO², in ambito scolastico⁷. In Italia i ragazzi trascorrono negli edifici scolastici da 4 a 8 ore al giorno per almeno 13 anni, e pertanto sono particolarmente esposti al danno determinato dai suddetti inquinanti indoor. Inoltre gli studi effettuati fino ad ora dimostrano che gli edifici scolastici italiani frequentemente presentano gravi problemi igienico-sanitari, per la cattiva qualità delle costruzioni, per carenza di manutenzione e per problemi correlati al cattivo condizionamento dell'aria⁸. Non esistono a tutt'oggi linee guida ufficiali sulla qualità dell'aria nelle scuole. Una importante iniziativa in questo settore, è il Progetto "Indoor Air Pollution in Schools" messo a punto dall'EFA (European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations), con il contributo finanziario dalla Commissione Europea-DGSANCO.

La prevenzione primaria e secondaria è di difficile attuazione nella pratica e con risultati spesso controversi. Nonostante ciò, le misure intese a ridurre la concentrazione ambientale di allergene indoor (acari, animali domestici ed altri allergeni) andrebbero sempre applicate ai fini della prevenzione⁹. Recenti iniziative avviate a livello europeo dalla European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations (EFA), in tema di prevenzione dell'asma e delle allergie, confermano l'efficacia delle politiche di prevenzione volte a migliorare ed a mantenere una buona qualità dell'aria indoor, specialmente nelle scuole.

La gestione sanitaria a scuola del bambino allergico-asmatico e la somministrazione di farmaci a scuola resta un problema importante, difficoltoso e non risolto, principalmente a causa di ostacoli di tipo normativo e organizzativo. Non esiste in Italia una norma che autorizzi esplicitamente il personale non sanitario presente nella scuola a prestare assistenza sanitaria e somministrare farmaci durante l'orario scolastico e non sono previste figure sanitarie nell'organico del personale scolastico a differenza di quanto avviene negli Stati Uniti e in alcuni paesi europei.

⁷ Simoni et al, 2006

⁸ Circolare n 85/2001 MIUR -monitoraggio sulla sicurezza nelle scuole - dati anno 2001

⁹ Custovic e Gerth van Wijck, Allergy 2005, Progetto ARIA, Allergie Rhinitis and its Impact on Asthma/OMS

I Tumori

Negli ultimi trenta anni il numero di nuovi casi di tumore in Italia è andato aumentando. Dallo studio dei dati emerge che questo forte incremento è attribuito all'invecchiamento della popolazione piuttosto che all'aumento del rischio di ammalarsi negli anni più recenti. Infatti i tassi standardizzati sono in riduzione nell'ultimo decennio, almeno per quanto riguarda il genere maschile.

La diminuzione del rischio di tumore nelle generazioni nate dopo gli anni '50 non è omogenea in tutte le aree del paese, ma è più evidente al nord rispetto al sud, e le differenze storiche che vedono il nord più svantaggiato vanno pian piano riducendosi.

La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è passata dal 33% (per i pazienti il cui tumore era stato diagnosticato alla fine degli anni '70) al 39% per quelli diagnosticati alla fine degli anni '80, e si prevedono ulteriori miglioramenti della sopravvivenza per i casi diagnosticati recentemente; questo suggerisce un progressivo miglioramento della prognosi.

A livello nazionale, il processo d'invecchiamento della popolazione, la conseguente crescita del numero di nuovi casi di tumore, in particolare tra gli anziani, e la migliore sopravvivenza hanno determinato un forte aumento della prevalenza nel corso degli ultimi decennio con il conseguente incremento della domanda sanitaria; si rende quindi necessario definire piani di sorveglianza sanitaria e specifici programmi di controllo.

Negli anni 2000 in Italia i tumori sono stati responsabili del 30% circa del totale dei decessi, con un incremento progressivo negli ultimi trenta anni che è divenuto meno evidente negli ultimi dieci anni.

Se si esclude l'effetto dovuto alla diversa struttura per età delle popolazioni a confronto (negli anni '70 la popolazione era più giovane e quindi determinava, solo per questo motivo, meno casi di tumore), si osserva che il tasso standardizzato di mortalità per 100.000 persone non è molto cambiato nell'ultima decade del secolo: per gli uomini era 230 decessi sia nel 1990 che nel 2000 mentre per le donne è passato da 140 decessi nel 1990 a 130 nel 2000.

Dopo le malattie cardiovascolari, i tumori rappresentano la principale causa di morte femminile: sono infatti responsabili ogni anno del decesso di 119 donne ogni 10.000 sopra i 75 anni, e 38 dai 55 ai 74 anni. In Italia sono stimati circa 120.000 casi/anno di tumori maligni su tutta la popolazione femminile in età 0-84 anni, circa 38.000 dei quali sono tumori della mammella.

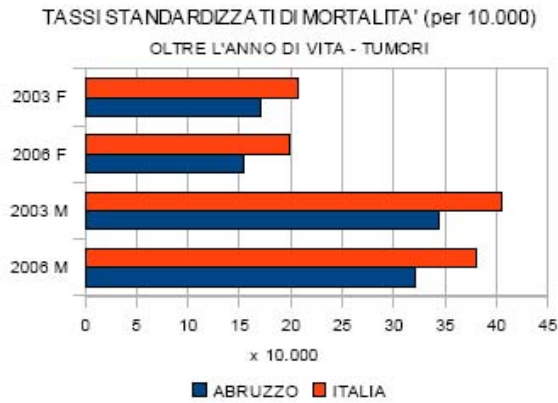
Come detto, la mortalità tende quindi a non aumentare più: questa tendenza positiva è il risultato di una minore mortalità nelle età giovanili e nelle età adulte. La riduzione della mortalità è un fenomeno comune a molte società occidentali ad economia avanzata ed è accompagnata negli ultimi anni da tendenze di riduzione anche nei dati d'incidenza nelle classi di età più giovani.

In Italia più di 17 milioni di cittadini (pari al 32% della popolazione totale) vivono in aree coperte dall'attività dei Registri tumori accreditati dall'AIRTUM. La popolazione coperta da un Registro varia da dimensioni regionali (Umbria) o quasi (Veneto) a dimensioni provinciali o corrispondenti a una singola città (Torino).

Da molti anni l'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM) contribuisce a costruire la rete dei Registri di tumori di popolazione, servizi che operano per studiare l'epidemiologia del cancro nelle diverse regioni italiane. In Italia tale attività si è sviluppata sulla base dell'iniziativa volontaria di operatori a livello locale; solo da pochi anni le Regioni e il Ministero della Salute, attraverso il Centro Controllo delle Malattie, hanno favorito la istituzionalizzazione di questo servizio.

I dati pubblicati in Italia su incidenza, mortalità e sopravvivenza da tumore rappresentano una fonte di informazione di qualità e sufficiente ricchezza per studiare le differenze di genere che esistono nel rischio, nella diagnosi e nella terapia della malattia tumorale e di valutarne l'impatto nelle diverse aree italiane.

Dall'analisi della mortalità per causa nel periodo compreso tra il 1981 e il 2001, come detto, l'Abruzzo si colloca fra le 4-5 Regioni a più bassa mortalità per tumori, sia per quanto riguarda quelli a più bassa sopravvivenza, sia per quelli a sopravvivenza più elevata (mammella e cervice uterina).



I dati ISTAT indicano che la mortalità per tumori nel complesso e, in particolare, per tumori maligni dello stomaco, del colon-retto-ano, dell'apparato respiratorio, della mammella (nelle donne) è costantemente al di sotto della media nazionale, anche negli anni più recenti (2003 e 2006).

L'analisi della mortalità per causa (e in particolare il confronto dei dati relativi agli anni 2003 e 2006) evidenzia un calo generalizzato in quasi tutte le regioni italiane per le principali cause di morte (tumori, malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato

digerente, cause violente).

La mancata attivazione di un registro regionale tumori (l'unico tumore per il quale è stato attivato un registro è il mesotelioma, per il quale dal 2004 è attivo il COR del Re.Na.M) rende incerti i dati epidemiologici sui tumori, in particolare negli anni recenti.

I PROGRAMMI DI SCREENING PER I TUMORI

Nella regione sono attivi tre Programmi Regionali di Screening oncologici a gestione centralizzata (cervicocarcinoma, colonretto, mammella).

Lo Screening del Cervicocarcinoma

Si stima che ogni anno in Italia siano diagnosticati circa 3.500 nuovi casi di carcinoma della cervice uterina e che muoiano circa 1.100 donne per questo tipo di tumore. In Abruzzo si registrano 78 nuovi casi ogni anno, con 38 decessi (dati ISTAT 2003). Lo screening prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età 25-64 anni. Nel 2006 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di screening sono state oltre 11 milioni (69% della popolazione target); l'estensione dei programmi va gradualmente aumentando anche nelle regioni meridionali. La larga diffusione del Pap-test ha permesso di osservare una diminuzione sia della mortalità sia dell'incidenza delle forme invasive di carcinomi della cervice uterina. La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening.

L'evidenza scientifica che l'infezione da Papilloma Virus Umano (HPV) è la causa principale del carcinoma cervicale ha aperto nuovi scenari in termini di prevenzione primaria (vaccinazione) e di prevenzione secondaria, a seguito dell'implementazione di nuove metodologie di screening con l'utilizzo del test DNA-HPV come I livello.

Il programma regionale di screening è attivo in Abruzzo da un decennio: in conseguenza delle precedenti carenze di offerta preventiva, è stato riscontrato un elevato numero di neoplasie (su 601.189 PAPtest, 27.093 lesioni di cui ben 271 carcinomi e 1.479 HSIL), dato che richiede di aumentare l'estensione e migliorare il programma. Il programma di screening è unico per l'intera regione, a gestione organizzativa centrale, articolato operativamente nelle 4 Aziende ASL. Prevede l'invito scritto per il primo livello; le basse percentuali di adesione (25%) hanno indotto un intervento organizzativo specifico per favorire l'adesione spontanea, raggiungendo livelli di partecipazione più elevati.

La copertura di popolazione risultante dallo studio *PASSI 2009* è nella regione pari al 69% (Italia: 75%) e comprende la quota di adesione spontanea (46%). Su una popolazione obiettivo di 348.309 donne, i dati rilevati dal programma di screening documentano una copertura del 67,5% al 31 dicembre 2009. Si tratta di una copertura superiore al livello ritenuto "accettabile" (65%) dalle indicazioni nazionali. Il livello

desiderabile è pari all'80%: c'è dunque ulteriore margine per migliorare ulteriormente l'adesione attraverso interventi mirati.

Dal 1° gennaio 2010 la Regione ha approvato un Progetto di fattibilità, deliberando l'uso del test HPV DNA come test di primo livello, e riservando al Paptest il triage di II livello dei casi positivi; questo, in considerazione dell'esistenza di evidenze che indicano: la sua maggiore sensibilità come test di screening primario rispetto al Paptest; il suo elevato valore predittivo negativo e l'assenza di sovradiagnosi significativa; la sua obiettività e facile automatizzabilità.

Lo Screening del Carcinoma Colorettale

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini (10% dei decessi oncologici) sia nelle donne (12%) e sono in costante aumento a livello europeo. In Italia ogni anno si stimano circa 38.000 nuovi casi e oltre 16.000 morti per carcinoma colorettale (Passi: dati 2008); si prevede che nel 2010 vi saranno 29.283 nuovi casi di tumore del colon-retto tra gli uomini e 19.560 tra le donne nella popolazione. La prevalenza stimata è di 175.449 casi tra gli uomini e 138.314 tra le donne (dati ISS). In Italia nel 2006 il cancro del colon-retto ha causato 9.752 decessi tra gli uomini e 8.315 tra le donne (dati Istat).

In Abruzzo l'incidenza stimata nel 2005 per 100.000 abitanti è di 96 casi per gli uomini e 44 per le donne, mentre la mortalità è pari a 42 per gli uomini e 21 per le donne¹⁰.

Lo screening è stato inserito tra i LEA (livelli essenziali di assistenza) con la legge finanziaria nazionale del 2001. Nel 2006 in Italia le persone di 50-69 anni inserite nel programma di screening colorettale sono state circa 6 milioni (44% della popolazione target); l'estensione dei programmi mostra un evidente gradiente Nord-Sud. È stata dimostrata, in tutti gli studi, una significativa riduzione della mortalità per carcinoma colorettale, variabile dal 15 al 33%. Una riduzione dello stadio d'invasività dei tumori rinvenuti e la rimozione degli adenomi conseguente alla colonscopia totale con polipectomia, impiegata come esame di secondo livello, è stata la ragione della diminuzione di mortalità. L'entità della riduzione della mortalità per carcinoma colorettale, in una determinata area geografica, è in funzione della percentuale di popolazione interessata dallo screening, della fascia d'età inserita nel programma, della partecipazione da parte della popolazione invitata, dell'adeguatezza della terapia, dei controlli e del follow-up.

Il programma regionale di screening è attivo in Abruzzo dal 2006 e prevede, per il primo livello, l'invito scritto alla popolazione in età da screening. Al 31 dicembre 2009 sono state invitate 80.316 persone (23,4% della popolazione target regionale). In base alla rilevazione del rischio individuale o alla esistenza di un precedente test sono state escluse 6.027 persone. Sono stati eseguiti 27.351 test di 1° livello (adesione grezza 34,1% - adesione corretta 41,6%) pari ad una copertura della popolazione bersaglio del 9,7%.

Dei 27.351 Fobt (ricerca del sangue occulto nelle feci) eseguiti, 1.789 (6,5%) sono risultati positivi; fra questi, 1.149 (64,2%) hanno effettuato una colonscopia, con risultato positivo in 529 casi (46,0%). In questi soggetti sono stati eseguiti trattamenti endoscopici e chirurgici riferiti a 602 lesioni (dati incompleti) così suddivise: 224 adenomi a basso rischio (37,2%); 318 adenomi avanzati (58,8%); 14 adenomi cancerizzati (2,3%); 71 cancri (11,8%).

Si tratta di dati che inducono ad ulteriore incremento dell'estensione ed al miglioramento del programma.

Lo Screening Mammografico

Si stima che ogni anno in Italia siano diagnosticati circa 38.000 nuovi casi di carcinoma della mammella; l'incidenza è in crescita, mentre è dimostrata una riduzione della mortalità fino al 50% nelle donne che partecipano a programmi di prevenzione basati sulla sola mammografia di screening eseguita ogni due anni. Esiste un forte differenziale tra le varie aree geografiche nella tempestività della diagnosi: nel Sud Italia circa il 30% dei casi sono diagnosticati in fase precoce mentre nelle aree del Nord la diagnosi precoce riguarda il 50% dei casi in presenza di screening e il 40% senza un programma di screening.

¹⁰ Fonte: ISS

L'aggiornamento di maggio 2010 dello studio IMPATTO conferma nel Sud Italia livelli di incidenza per tumore della mammella più bassi di circa il 40% rispetto alle regioni del Centro e Nord Italia in tutte le fasce di età. I decessi registrati in Abruzzo, secondo i dati ISTAT/ 2007, sono più di 100 all'anno.

Complessivamente la sopravvivenza causa-specifica a 5 anni dalla diagnosi è del 90% nelle aree del Centro e Nord Italia dove è attivo un programma di screening, e dell'85% nel sud Italia, il che si traduce in un rischio di morire per tumore della mammella più alto del 5,4% per una donna che vive nel Sud Italia. La minor sopravvivenza per cancro della mammella osservata nelle aree dell'Italia meridionale è in gran parte spiegata dal differente stadio alla diagnosi, anche se permangono delle differenze di sopravvivenza nei tumori in stadio precoce.

I risultati dello studio suggeriscono che le maggiori criticità per il tumore della mammella osservate nelle aree del Sud Italia non riguardano la qualità del trattamento a cui sono sottoposte le donne, ma piuttosto un ritardo della diagnosi, dovuto da un lato a una mancanza di cultura di diagnosi precoce e dall'altro all'assenza/carenza dei programmi di screening mammografico.

Lo screening è stato inserito tra i LEA (livelli essenziali di assistenza) con la legge finanziaria nazionale del 2001.

Il programma di screening mammografico in Abruzzo è stato avviato dal novembre 1998 (L.R. 61/96: "Piano oncologico regionale"). Negli anni successivi si sono succedute fasi di crescita a periodi di involuzione, legati a carenza di attrezzature e personale operante nelle strutture di radiodiagnostica. L'incremento della dotazione strumentale ha permesso, a partire dalla seconda metà del 2008, un nuovo incremento dei controlli che ha portato, alla fine del 2009 alla rilevazione di 566 carcinomi su 177.850 mammografie (4/1000). Alla fine del 2009 l'attività è stata oggetto di riorganizzazione per adeguare il progetto alla nuova strutturazione delle aziende unità sanitarie locali e sono state introdotte unità operative provinciali per le procedure interventistiche di II livello.

GLI INCIDENTI

Gli incidenti stradali, quelli domestici e gli infortuni sul lavoro rappresentano un problema di grande attualità in Sanità Pubblica, al centro dell'attenzione non solo delle istituzioni nazionali ed europee, ma anche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

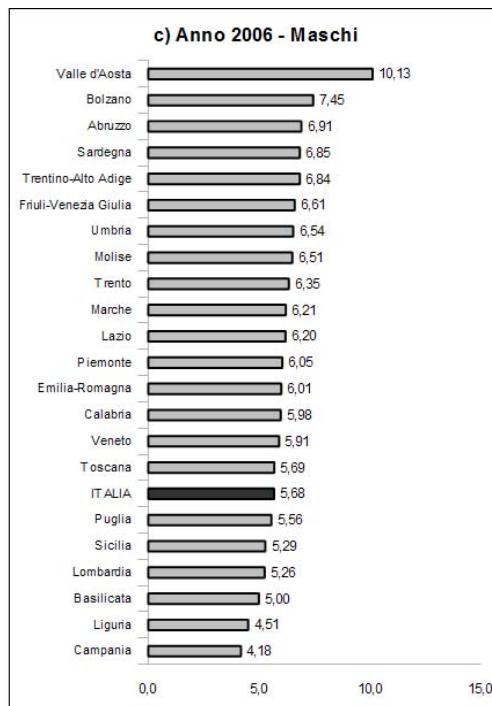
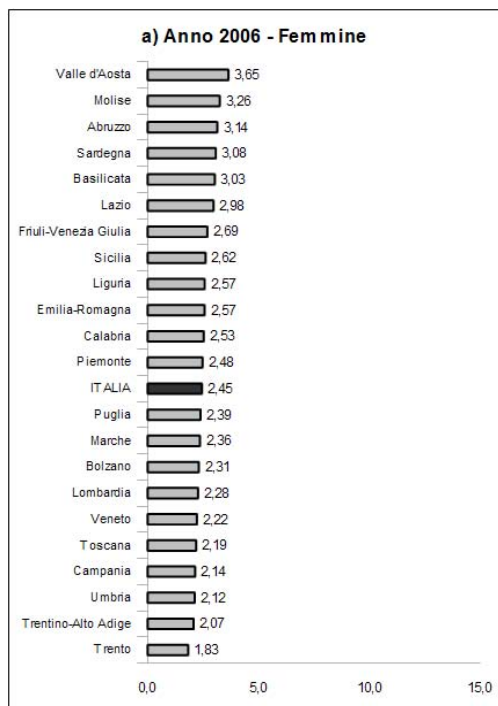
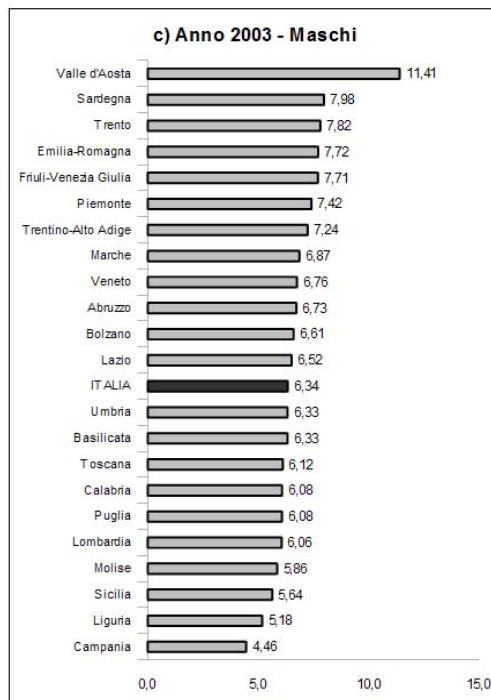
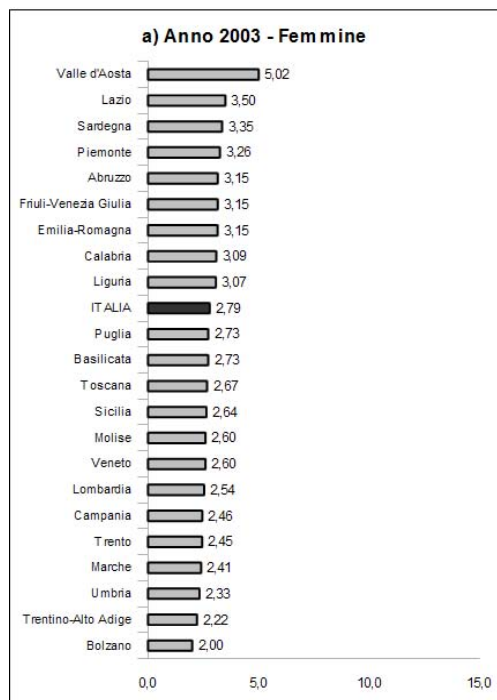
I tassi standardizzati complessivi di mortalità per cause accidentali e violente relativi agli anni 2003 e 2006 vedono l'Abruzzo costantemente al di sopra dei valori nazionali sia per gli uomini sia per le donne, con tassi stabili per le donne (intorno a 3,15 per 10.000), e in lieve aumento (da 6,73 a 6,91 per 10.000) per gli uomini.

I ricoveri ospedalieri per acuti a causa di traumatismi ed intossicazioni nel 2009 (come rilevato dalla analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera) sono stati circa 18.600 (pari all'11% circa dei ricoveri ordinari), dei quali solo il 42% circa correttamente classificato rispetto alla tipologia di incidente all'origine della lesione (infortunio sul lavoro, incidente domestico, incidente stradale, ecc).

I circa 7.700 casi correttamente classificati risultano così distribuiti:

- Incidente in ambiente domestico: 23%
- Incidente stradale: 16,7%
- Infortunio sul lavoro: 11,6%
- Altro tipo di incidente: 45,6%

TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITA' PER CAUSE ACCIDENTALI E VIOLENTE (per 10.000 abitanti)
(Fonte:ISTAT)



Gli incidenti stradali

Si stima che ogni anno in Europa avvengano 1.300.000 incidenti stradali, che causano più di 40.000 morti e 1.700.000 feriti, rappresentando la principale causa di morte per le persone di età inferiore ai 45 anni.

In Italia, ogni giorno si verificano 633 incidenti stradali che causano la morte di 14 persone e il ferimento di 893.

Secondo i dati ISTAT, fra il 2005 e il 2007 il tasso di incidenti stradali da mezzi di trasporto in Abruzzo è stato costantemente inferiore a quello medio nazionale, al contrario dell'indice di gravità.

TASSI (per 1.000) DI INCIDENTI STRADALI DA MEZZI DI TRASPORTO – Anni 2005-2007

	2005	2006	2007	Media 2005-2007
Abruzzo	1,99	1,89	1,94	1,94
Italia	3,07	3,16	2,9	3,04

INDICE DI GRAVITA' (per 100) INCIDENTI STRADALI – ANNI 2005-2007

	2005	2006	2007	Media 2005-2007
Abruzzo	1,82	2,29	1,83	1,98
Italia	1,71	1,67	1,55	1,64

Fonte: Osservasalute 2009 – ISTAT

Anche per i tassi standardizzati di mortalità per incidenti stradali, fra il 2001 e il 2003 e nel 2006 l'Abruzzo si colloca al di sopra dei valori nazionali.

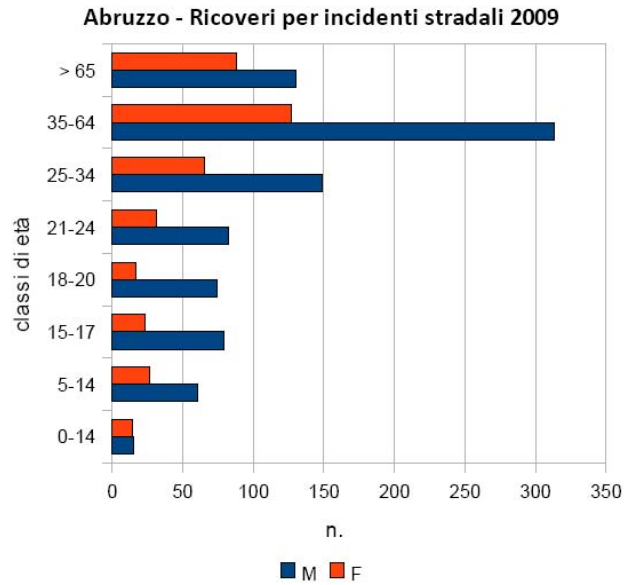
TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITA' (per 10.000) PER ACCIDENTI STRADALI DA MEZZI DI TRASPORTO 2001 – 2002 – 2003 E 2006

	Maschi				Femmine				Totale*		
	2001	2002	2003	2006	2001	2002	2003	2006	2001	2002	2003
Abruzzo	2,32	2,28	1,86	2,02	0,45	0,5	0,57	0,58	1,36	1,37	1,2
Italia	2,07	1,98	1,85	1,64	0,53	0,49	0,44	0,39	1,26	1,2	1,1

Fonte: Osservasalute 2009 - ISTAT

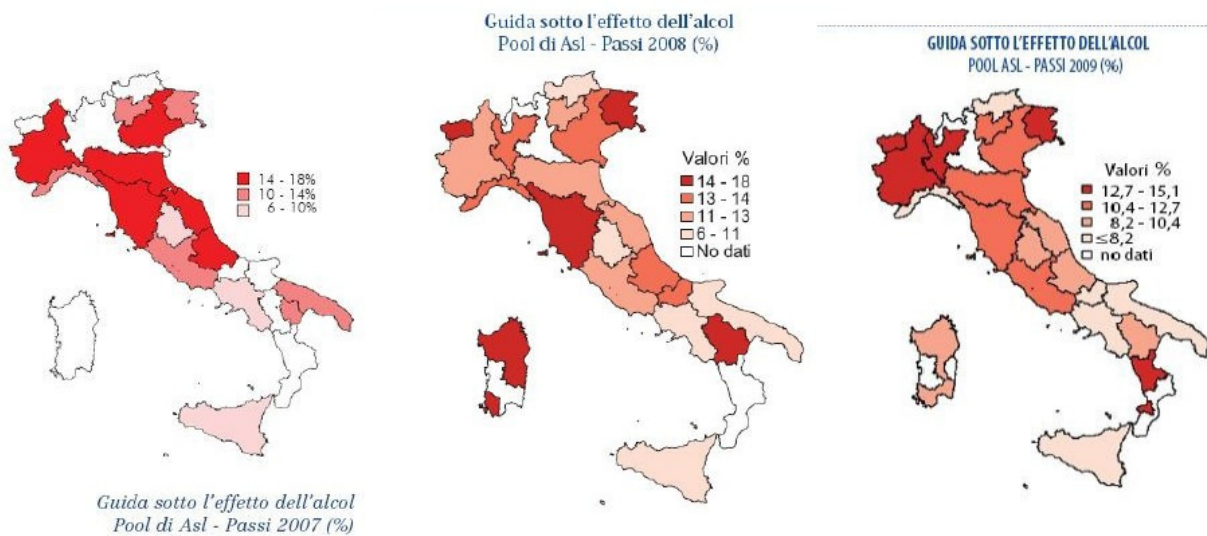
*Totale 2006: dati non disponibili

Nel corso del 2009 sono stati registrati (e classificati come tali) circa 1.300 ricoveri ospedalieri a seguito di incidente stradale, con 13 casi mortali (8 dei quali hanno interessato persone di età superiore ai 65 anni). Il maggior numero di ricoveri ha interessato gli uomini e le fasce di età superiori ai 25 anni, con un picco tra i 35 e i 64 anni. La mancata codifica di più della metà delle schede di dimissione ospedaliera con diagnosi principale compresa nel blocco dei traumatismi ed avvelenamenti rende il dato parziale, pur se rappresentativo di una quota non trascurabile degli eventi.



I dati forniti dall'ISTAT indicano che, a livello nazionale, le cause principali degli incidenti stradali mortali e gravi (come risultanti dalle rilevazioni delle forze di polizia chiamate ad analizzare gli eventi) risiedono nell'eccesso di velocità, nella condotta di guida spericolata e distratta, nell'uso di telefoni cellulari, nel mancato rispetto delle distanze di sicurezza e della precedenza, nella guida sotto l'effetto dell'alcol o di sostanze stupefacenti. In particolare, l'alcol emerge come causa frequente degli incidenti più gravi: oltre 1/3 della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida in stato di ebbrezza.

Dai risultati dello studio di sorveglianza PASSI relativo agli anni 2007, 2008 e 2009 emerge che l'Abruzzo si colloca in una posizione favorevole rispetto all'uso riferito di dispositivi di sicurezza (uso del casco in moto e delle cinture di sicurezza anteriori in auto), mentre la percentuale di persone che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol si colloca al di sopra della media del Pool ASL nazionale nel 2007 e nel 2008; anche se nel 2009 si osserva una riduzione della percentuale, desta comunque preoccupazione il fatto che circa una persona su dieci dichiara di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica.



Gli incidenti domestici

L'interesse per gli incidenti domestici si è manifestato solo negli ultimi anni e sono relativamente scarse le informazioni in merito alle loro caratteristiche quali-quantitative, specie a livello locale. Stime dell'ISTAT calcolano che nel 2007 il fenomeno degli incidenti domestici ha coinvolto quasi 3.000.000 di persone in Italia, con un rapporto di 48 persone ogni 1.000, in prevalenza bambini e anziani (in particolare quelli al di sopra degli 80 anni). È presumibile che il numero reale sia superiore, se si considerano gli infortuni che, comportando lesioni di lieve entità, non richiedono il ricorso alle cure mediche.

Gli esiti di frattura negli anziani rappresentano nei Paesi ricchi il principale carico di disabilità e di costi legati agli incidenti domestici. Negli stessi Paesi, gli incidenti domestici rappresentano la prima causa di morte dei bambini più piccoli. Nel complesso, la mortalità è legata essenzialmente alle cadute degli anziani e il rischio è proporzionale al tempo trascorso tra le mura domestiche.

I fattori di rischio specifici sono rappresentati, oltre che dall'età (sono a maggior rischio gli anziani ultraottantenni e i bambini al di sotto dei 5 anni di età), dal lavoro domestico (le donne sono più a rischio degli uomini), dallo stato di salute delle persone e dalle caratteristiche dell'ambiente domestico (sia per quanto riguarda gli arredi, sia per quanto riguarda le caratteristiche strutturali delle abitazioni).

Nel 2007 lo studio PASSI ha visto l'Abruzzo al quart'ultimo posto per adozione di misure di sicurezza domestiche, al penultimo per percentuale di persone che avevano ricevuto negli ultimi mesi informazioni per prevenire gli infortuni domestici e che avevano di conseguenza adottato misure di sicurezza; la regione era peraltro al primo posto per bassa percezione del rischio di infortuni domestici.

Dall'indagine Multiscopo ISTAT per il 2007 emerge che 12,6 abruzzesi su 1.000 avevano subito un incidente domestico nei tre mesi precedenti l'intervista (vs. 11,9 per mille a livello nazionale), per un totale di circa 19.000 incidenti. I dati relativi al 2008 e al 2009 mostrano un progressivo aumento della percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione (lo studio evidenzia che il 30% di coloro che hanno ricevuto informazioni sul rischio di incidenti domestici ha modificato su tale base i propri comportamenti), ma la percentuale di persone che evidenziava una bassa percezione del rischio era pari al 96% nel 2008.

LAVORO E SALUTE

La struttura produttiva della regione

Nell'anno 2008 i dati contenuti nei Flussi informativi INAIL – Regioni confermano la quota più alta di addetti nei Servizi e nel Commercio, che impegnano complessivamente il 42,9% degli addetti nella Regione, seguiti dalle Costruzioni (12,8%) e dai comparti Metalli e Metalmeccanica (11%) e Sanità (9,3%). Questi comparti mantengono anche negli ultimi tre anni la tendenza all'incremento del numero degli addetti già osservata nel quinquennio 2001 – 2005.

La distribuzione degli addetti per provincia vede dunque al primo posto in tutte le province i due comparti Servizi e Commercio, che nelle province di L'Aquila e Pescara mostrano percentuali prossime al 50% (rispettivamente il 47,5% ed il 48,5%). Il comparto delle costruzioni, che occupa il secondo posto per percentuale di addetti nelle province di L'Aquila (14,5%), Teramo (13,6%) e Pescara (13,3%), è superato dai comparti Metalli e Metalmeccanica nella provincia di Chieti, che è la prima nella regione per percentuale di addetti in questi due comparti (17,7%).

Distribuzione percentuale degli addetti per comparti - Abruzzo (2008)					
Comparto	AQ	CH	PE	TE	ABRUZZO
Servizi e commercio	47,5	39,1	48,5	39,6	42,9
Costruzioni	14,5	11,0	13,3	13,6	12,8
Metalli, Metalmeccanica	7,1	17,7	6,4	8,8	11,0
Sanita'	9,8	9,3	11,8	6,6	9,3
Tessile	0,8	2,6	4,2	9,0	4,2
Trasporti	2,3	5,7	3,6	2,6	3,8
Chimica, gomma, carta e cuoio	3,8	3,8	3,0	4,5	3,8
Ind. Elettrica / elettr., gas, acqua	6,8	2,1	1,1	1,5	2,7
Alimentare	2,4	2,4	2,0	3,6	2,6
Trasf. Non metalliferi	1,9	3,0	1,0	3,0	2,4
Altre industrie	1,1	1,2	2,2	2,2	1,7
Legno	1,3	1,2	1,0	2,9	1,6
Agrindustria e pesca	0,3	0,2	0,3	1,3	0,5
Comparto non determinabile	0,2	0,3	1,1	0,3	0,5
Estrazioni minerali	0,2	0,5	0,4	0,3	0,3
Totale	100	100	100	100	100

Fonte: Nuovi Flussi Informativi – edizione 2009

Il 95,6% delle imprese attive nella regione non supera i 10 addetti e l'83,7% ha meno di 3 addetti; il 53% impiega 1 addetto, a conferma – anche per il 2008 - di una disgregazione del tessuto produttivo regionale che si mantiene costante negli ultimi anni e ricalca il dato nazionale, mantenendosi lievemente al di sopra di esso.

Gli infortuni sul lavoro

Tra il 2001 e il 2008 si è osservata una progressiva riduzione degli infortuni sul lavoro denunciati nella regione. L'andamento non è dissimile da quello osservabile a livello nazionale. La quota di infortuni definiti positivamente dall'INAIL si mantiene stabile, negli ultimi sei anni osservati, tra il 67% e il 68%. Tendono a ridursi i casi con inabilità temporanea, mentre si conferma la tendenza all'aumento della gravità degli infortuni già osservata a partire dall'anno 2004, con un aumento della gravità degli esiti (invalidità permanente), che si manifesta anche con un andamento crescente del numero di infortuni con inabilità permanente dal 2004 al 2006 (i dati riferiti agli anni 2007 e 2008 vanno considerati ancora provvisori).

Il numero degli infortuni mortali mostra una evidente tendenza alla riduzione fino al 2005.

Infortuni in occasione di lavoro denunciati e indennizzati in Abruzzo (2001 - 2008 - Tutte le Gestioni INAIL)								
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*	2008*
Infortuni denunciati	24.802	24.017	24.229	24.053	23.884	23.722	22.426	21.560
infortuni indennizzabili	16.983	16.694	16.448	16.170	16.200	15.976	15.142	14.095
%indennizzabili /denunciati	68,5	69,5	67,9	67,2	67,8	67,3	67,5	65,4
Infortuni con inabilità temporanea	15.830	15.455	15.292	14.817	14.819	14.505	13.762	12.792
infortuni con inabilità permanente	805	808	736	888	881	932	884	670
Infortuni mortali	36	36	33	28	24	31	17	21

* Dati provvisori

Fonte: Nuovi Flussi Informativi – edizione 2009

Se si prende in considerazione l'andamento degli infortuni gravi riconosciuti in occasione di lavoro (che sono stati analizzati comprendendo, oltre a quelli mortali e con esiti invalidanti, anche quelli con durata dell'inabilità temporanea superiore ai 40 giorni), se ne osserva un aumento complessivo pari al 12% circa fra il 2001 e il 2006, attribuibile prevalentemente alla prima parte del periodo (2001 – 2004) e ad un nuovo aumento nel 2006. Questo andamento non si discosta significativamente da quello nazionale.

Dall'osservazione delle cause e delle dinamiche degli infortuni mortali sul lavoro attivata nell'ambito del Sistema Nazionale di Sorveglianza Regioni – INAIL – ISPESL, che si avvale di un metodo di analisi standardizzato, emerge che: più del 50% degli eventi mortali analizzati è riferito ai comparti delle costruzioni edili e dell'agricoltura; più della metà degli infortuni mortali in agricoltura analizzati si è verificato per ribaltamento di un mezzo di trasporto; la caduta dall'alto dell'infortunato è stata causa del 40% degli infortuni mortali presi in esame.

Per valutare la dimensione del fenomeno infortunistico e confrontare i vari comparti produttivi in base a tale dimensione si utilizza l'Indice di Incidenza, che mette in relazione il numero degli infortuni e il numero degli addetti. La banca dati contenuta nei Nuovi Flussi Informativi INAIL – ISPESL – Regioni fornisce il dato relativo sia al numero degli infortuni, sia al numero degli addetti per ciascun comparto produttivo, e permette di applicare la formula per il calcolo di tale indice:

$$(n. \text{ infortuni indennizzati} / n. \text{ addetti}) * 1000$$

La formula non è applicabile al comparto agricoltura, per il quale non è disponibile il numero degli addetti INAIL.

Nel triennio 2005 – 2007, i tassi infortunistici della regione Abruzzo si collocano stabilmente al di sopra della media nazionale, così come i tassi riferiti alle singole province.

Indici di incidenza per il triennio 2005 - 2007						
	2005		2006		2007	
	I.I. grezzo	I.I. standard.	I.I. grezzo	I.I. standard.	I.I. grezzo	I.I. standard.
Abruzzo	34,6	35,58	36,3	35,04	33,9	32,88
Italia	27,3	26,95	26,5	25,92	25,5	25,92

Fonte: Nuovi Flussi Informativi – edizione 2009

Tuttavia, tutti gli indici mostrano un trend complessivamente in riduzione, tranne che nel caso degli indici riferiti agli infortuni accaduti nel territorio della provincia de L'Aquila e a quelli accaduti a dipendenti di aziende con sede nella provincia di Chieti, per i quali si evidenzia un modesto picco nel 2006.

Tasso standardizzato infortuni indennizzati per provincia (2005 - 2007)*			
Tasso standardizzato infortuni indennizzati	2005[^]	2006[^]	2007[^]
L'Aquila	40,29	42,51	38,19
	<i>34,14</i>	<i>32,70</i>	<i>29,57</i>
Teramo	40,52	38,83	35,51
	<i>36,28</i>	<i>35,39</i>	<i>31,67</i>
Pescara	38,03	36,19	34,01
	<i>33,53</i>	<i>30,51</i>	<i>28,27</i>
Chieti	33,67	33,75	32,63
	<i>32,50</i>	<i>33,41</i>	<i>31,97</i>
Abruzzo	35,58	35,04	32,88
	<i>32,92</i>	<i>32,16</i>	<i>29,92</i>
Italia	26,95	26,06	24,98
	<i>26,94</i>	<i>26,05</i>	<i>24,97</i>

** Fonte: Nuovi Flussi Informativi - Edizione 2009.*

[^] In "grassetto": indici riferiti ad infortuni accaduti nel territorio. In "corsivo": indici riferiti ad infortuni accaduti ovunque in Italia a dipendenti di ditte del territorio

Gli infortuni sul lavoro stradali

Un cenno particolare meritano gli "infortuni stradali", quegli infortuni conseguenti cioè ad incidenti in occasione di lavoro avvenuti sulla strada.

Il loro andamento è agevolmente osservabile a partire dal 2004, anno in cui è stata avviata la loro registrazione presso la banca dati INAIL, e appare in decisa crescita negli anni successivi (sia per quanto riguarda il numero delle denunce, sia per il numero delle definizioni positive), fino ad arrivare ad una quota prossima al 5% del totale degli infortuni indennizzabili nella regione.

Il 40% circa degli infortuni stradali indennizzabili sono riconducibili al comparto dei Servizi e il 14% circa a quello delle Costruzioni. Il comparto dei Trasporti si colloca al 3° posto, contribuendo per il 10%.

I territori comunali dei quattro capoluoghi di provincia (nell'ordine: Pescara, L'Aquila, Teramo, Chieti) si collocano ai primi quattro posti nella regione per frequenza di incidenti stradali sul lavoro indennizzabili nel periodo compreso tra il 2004 e il 2008, cumulando il 38% circa degli eventi.

Gli infortuni gravi stradali (cioè l'insieme di quelli mortali, con esiti invalidanti e con inabilità temporanea superiore ai 40 giorni) sono aumentati nella regione del 39% circa fra il 2004 e il 2006 e hanno contribuito, per una quota crescente dal 4,3% al 5,7% al complesso degli infortuni gravi definiti per il periodo.

Gli infortuni stradali mortali, dopo aver superato il 62% del totale degli infortuni mortali nel 2005, hanno ridotto il loro contributo al 42% nel 2006, tendendo ad una ulteriore riduzione percentuale negli anni successivi.

Gli infortuni in itinere

Gli infortuni avvenuti nel tragitto tra casa e lavoro rappresentano una percentuale crescente degli infortuni denunciati tra il 2001 e il 2008 (fino a raggiungere il 9,5% nel 2008, con un incremento di sette punti percentuali rispetto al 2001) e, complessivamente, circa il 68% degli infortuni stradali avvenuti nella regione tra il 2004 e il 2008.

Le malattie professionali

Il numero delle denunce per Malattie professionali è andato progressivamente crescendo nella regione dal 2001 al 2008, con un incremento percentuale del 43% circa nel 2008 rispetto al 2001.

Stesso andamento è osservabile per il numero delle malattie definite positivamente, che risulta più che quadruplicato nello stesso periodo. I due dati non sono direttamente confrontabili poiché la loro dimensione è collegata a fenomeni fra loro non strettamente correlati. Il primo (il numero di malattie denunciate) è legato al momento della manifestazione della patologia; il secondo (il numero delle malattie definite positivamente) è legato anche alle problematiche inerenti i tempi di "lavorazione" dei singoli casi, tanto che circa ¼ delle malattie definite positivamente nel periodo 2001 – 2008 risulta denunciato nei decenni precedenti.

L'andamento delle denunce, tenendo conto del fatto che l'Abruzzo si caratterizza da molti anni per un numero annuo di richieste di riconoscimento molto più alto rispetto al resto delle regioni, ricalca quello nazionale, evidenziando un rapido aumento dal 2006 al 2008 (+25% circa, rispetto al + 11,7% nazionale).

Malattie professionali denunciate e riconosciute in Abruzzo fra il 2001 e il 2008									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Totale
Denunciate	1.591	1.407	1.749	1.781	1.882	1.882	2.155	2.277	14.724
Riconosciute	221	422	441	448	446	600	661	968	4.207

Nel corso degli ultimi anni si è modificata inoltre la composizione qualitativa dell'insieme delle denunce, con la progressiva riduzione delle patologie "tabellate", in favore di quelle "non tabellate" (in Abruzzo come nel resto d'Italia): nel 2008 l'86% circa delle domande presentate a livello nazionale riguardavano patologie non tabellate (con un incremento del 7% circa rispetto al 2004); nello stesso anno, circa il 90% delle denunce presentate in Abruzzo si riferivano a tali patologie.

Ai primi posti per frequenza fra le patologie riconosciute nel periodo 2001 – 2008 si trovano: l'ipoacusia (37,8%), le affezioni dei dischi intervertebrali (15% circa e metà dei casi riconosciuta nell'anno 2008), le malattie dei tendini (12% circa e rapido aumento del numero dei casi riconosciuti a partire dal 2006). Complessivamente, il 43% circa delle patologie da lavoro riconosciute in regione fra il 2001 e il 2008 risulta correlato ai rischi da sovraccarico biomeccanico e da microtraumi ripetuti. La percentuale di neoplasie professionali riconosciute nel periodo si aggira intorno all'1,2% del totale.

LE CRITICITA'

Con la Legge regionale n. 37/1999 (Piano sanitario regionale 1999-2001) il Dipartimento di Prevenzione veniva individuato come macro struttura dell'Azienda USL preposta all'organizzazione e promozione della tutela della salute della popolazione attraverso azioni indirizzate alla conoscenza e alla prevenzione degli infortuni e delle cause di malattia, in tutte le realtà in cui la salute della popolazione è esposta a rischio.

Per le attività del Dipartimento e dei servizi in esso ricompresi si prevedeva l'integrazione con le altre strutture dell'Azienda USL, in particolare con i distretti, per programmi coordinati di promozione della salute, il supporto epidemiologico, la programmazione per priorità all'interno della pianificazione territoriale.

Negli anni successivi alla promulgazione del Piano, tuttavia, non venivano completamente realizzate le indicazioni riferite all'integrazione con le altre strutture della AUSL, in particolare con quelle del territorio, soprattutto anche in considerazione del ruolo centrale mantenuto dalle strutture di ricovero per acuti e del perdurante incompleto sviluppo delle attività distrettuali.

Il piano sanitario 2008-2010 evidenziava, in relazione al contesto e allo stato delle attività di prevenzione primaria, numerosi aspetti problematici e preoccupanti segnali di crisi, emersi anche dall'indagine conoscitiva sullo stato dell'arte dei Dipartimenti di Prevenzione, promossa nel 2006 dall'ASR (Agenzia Sanitaria Regionale) Abruzzo; da tale indagine veniva evidenziata un'immagine sfocata dei Dipartimenti di Prevenzione in termini di attività, prodotti, qualità delle prestazioni, costi, essendo assolutamente carenti i sistemi informativi (se non per alcune aree: es. vaccinazioni e sanità animale) e di contabilità.

In sintesi, venivano indicate le seguenti criticità:

- le risorse: la L.R. 37/99 (Piano Sanitario Regionale 1999-2001) aveva stabilito per i Dipartimenti di Prevenzione la destinazione del 6,50% delle risorse finanziarie del FSR, vincolate all'espletamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione e dei Servizi che lo compongono ai sensi dell'art.7 del D.Lgs.502/92 e s.mi. La situazione al 2006 registrava una spesa notevolmente inferiore rispetto a quella prevista dal PSR 1999-2001, nonostante le reiterate affermazioni di principio e la periodica riproposizione del primato della prevenzione sulle cure. E' evidente come tale carenza di investimento abbia contribuito alla limitazione dello sviluppo dei Dipartimenti di Prevenzione;
- le diseguaglianze: in ambito regionale esistevano (esistono tuttora) importanti differenze sia dal punto di vista dei problemi di salute, sia dal punto di vista dello stato organizzativo dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione;
- la frammentazione: nonostante l'esistenza del "Dipartimento di Prevenzione", le attività di prevenzione, allora come oggi, erano generalmente organizzate in modo frammentario. Solo una parte veniva esercitata direttamente (o almeno coordinata) dai Servizi di Prevenzione, mentre interi segmenti (come ad esempio gli interventi di prevenzione secondaria) erano in genere aggregati a Servizi clinici di diagnosi e cura che agivano per lo più separatamente.
- lo stile di lavoro: si rilevava, nell'organizzazione e nella gestione, la logica dell'adempimento agli obblighi di legge, con conseguenti rigidità strutturali e procedurali, che impedivano spesso una corretta valutazione ordinale dei rischi, essenziale ai fini della definizione delle priorità organizzative.

Nel corso degli ultimi anni, in attuazione del "Piano Regionale di Prevenzione Sanitaria 2005-07" si è assistito ad uno sforzo da parte di molti operatori e Servizi, che hanno prodotto alcuni avanzamenti (miglioramento dell'organizzazione e programmazione, realizzazione di alcuni progetti di lavoro coordinato, iniziale sviluppo di reti collaborative, ecc.).

Con il Piano regionale della prevenzione 2005-2007 si è quindi in qualche modo avviata una pratica di lavoro per obiettivi e un iniziale sviluppo di reti collaborative, che tuttavia non ha assunto il ruolo prevalente, e che, anche dove adottata, non ha modificato in modo permanente ed esteso la pratica organizzativa e operativa dei Dipartimenti di Prevenzione.

La macrostruttura ospedaliera non ha mai cessato di avere un ruolo centrale nel Sistema Sanitario Regionale. Anche gli atti di programmazione recenti (Programma Operativo 2010), a causa della situazione

di perdurante squilibrio finanziario, sono orientati al contenimento dei costi, a partire dalla riorganizzazione della rete ospedaliera e del sistema di cura. Le funzioni di promozione della salute affidate al Dipartimento di Prevenzione, essenziali per portare avanti programmi e progetti di prevenzione concretamente efficaci con il necessario coinvolgimento della collettività, necessitano di "luoghi" dell'organizzazione sanitaria in cui collocare le intese e le alleanze, in una Regione tradizionalmente caratterizzata da livelli non elevati di coinvolgimento delle comunità nelle scelte, e in particolare in quelle che riguardano la sanità pubblica. Occorre rafforzare la rete distrettuale in quanto efficace strumento di raccordo con i medici di famiglia e gli enti locali.

Anche in considerazione delle conseguenze del sisma del 2009, è tuttavia necessario ricercare modalità organizzative ed alleanze che permettano di superare questi ostacoli e di garantire a tutti i cittadini un accesso alla prevenzione che superi le eventuali diseguglianze. Non si tratta di obiettivi agevolmente perseguibili se si tiene conto della carenza di personale e della difficoltà di ricambio dovuta al blocco delle assunzioni.

Una criticità specifica riguarda l'attività dei Servizi PSAL, che sempre di più richiede di essere improntata a valutazione di processi e promozione della salute, ma che viene in molti casi quasi del tutto assorbita da funzioni di polizia giudiziaria delegate dai magistrati, con i quali si prospetta l'esigenza di continuare sulla strada (già intrapresa negli ultimi anni, nel corso del precedente Piano della Prevenzione) della condivisione di priorità, pur nella salvaguardia dell'obbligatorietà dell'azione penale.

Criticità emergenti dalla valutazione degli esiti del precedente Piano regionale della Prevenzione

Le principali criticità emergenti dall'analisi del contesto regionale, che hanno avuto rilevanti conseguenze sull'esito del precedente Piano Regionale di Prevenzione, sono riferibili alla situazione di crisi socio-economica che la regione attraversa nell'ambito della crisi generale in atto negli ultimi anni. Le prospettive in termini di domanda di salute, se pure ancora incerte dal punto di vista quantitativo, appaiono connotate da una tendenza al peggioramento delle condizioni socio-economiche (con un aumento delle diseguglianze). Questa risulta aggravata dalle conseguenze del sisma del 6 aprile 2009 (che ha interessato le aree interne della regione, già in precedenza caratterizzate da situazioni di relativo svantaggio), che vede impegnata la Regione ancora nella gestione della emergenza attraverso il ripristino della capacità produttiva della ASL di L'Aquila.

A questa prospettiva si affianca la crisi finanziaria regionale, a cui contribuisce (come detto) il perdurante squilibrio economico-finanziario del Sistema Sanitario Regionale, che ha motivato interventi per il contenimento dei costi a partire dal 2006 e l'attivazione di un Piano di Rientro dal disavanzo 2007-2009, con la nomina di un Commissario ad acta nella persona del Presidente della Regione.

Con deliberazione n.796 del 28.12.2009, la Giunta Regionale ha riorganizzato il sistema delle AUSL, istituendo l'AUSL di Lanciano-Vasto-Chieti (per accorpamento delle AUSL di Chieti e di Lanciano-Vasto) e l'AUSL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila (per accorpamento delle AUSL di L'Aquila e di Avezzano-Sulmona).

Il Piano di Rientro, che prosegue nel 2010 attraverso uno specifico Programma Operativo (approvato con deliberazione commissariale n. 44 del 3 agosto 2010), ha avviato una fase di riorganizzazione dell'offerta finalizzata all'equilibrio economico-finanziario del SSR attraverso una riprogettazione complessiva della rete di offerta: la riorganizzazione si trova tuttora nella fase iniziale.

Pertanto, la Regione attraversa da tempo una fase di transizione, sia dal punto di vista socioeconomico generale, sia dal punto di vista della struttura e dell'organizzazione del SSR: è questa la criticità che (a fianco alle conseguenze della mancata integrazione tra le strutture del SSR di cui sopra si è detto) fa da sfondo alle altre, emerse dal quadro di riferimento regionale e dal bilancio del precedente Piano Regionale della Prevenzione, che vengono delineate di seguito.

Per quanto riguarda, in particolare, i singoli progetti:

1. il progetto "Cuore", che prevedeva il coinvolgimento dei MMG per la applicazione della carta del rischio cardiovascolare, si è caratterizzato come esperienza pilota nella AUSL di Pescara, dove ha

coinvolto un campione di 100 Medici di Medicina Generale, ma i problemi di instabilità politica ed amministrativa del SSR hanno di fatto ostacolato l'estensione del progetto all'intero territorio. Visto però il positivo risultato raggiunto nel territorio della AUSL di Pescara, il progetto viene riproposto, anche in considerazione dei risultati dell'analisi del contesto epidemiologico regionale.

2. Il progetto che prevedeva la Gestione Integrata del Diabete (IGEA), fin dall'inizio promosso e sostenuto dal Centro di Diabetologia del Policlinico di Chieti, ha portato alla realizzazione della specifica formazione di un campione significativo di MMG e PLS prevalentemente operanti nella provincia di Chieti, e ad una parziale informatizzazione (anche attraverso software di interfaccia dedicato) della rete costituita da servizi di diabetologia e MMG. Pertanto gli obiettivi posti inizialmente sono stati solo parzialmente raggiunti e il progetto proseguirà nell'ambito dell'attuale Piano.
3. Per quanto riguarda i progetti relativi alla prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, gli obiettivi posti sono stati raggiunti dal punto di vista quantitativo, anche se il mancato turnover del personale ne ha limitato gli aspetti qualitativi. Positiva è stata la collaborazione con le istituzioni del sistema pubblico di prevenzione (INAIL e DPL) e quella con i comitati paritetici dell'edilizia, settore verso il quale l'azione di vigilanza, controllo e formazione è stata prevalente. Di grande importanza ai fini dell'attività di sorveglianza degli infortuni gravi e mortali sul lavoro è stata la possibilità dei Servizi PSAL di accedere in tempo reale ai dati informatizzati di Pronto Soccorso. Questa possibilità, che era uno degli obiettivi previsti dal precedente Piano Regionale della Prevenzione, consente di conoscere nell'immediatezza dell'accadimento i dati sanitari relativi agli infortuni sul lavoro, consentendo di intervenire in modo tempestivo e secondo criteri di priorità. La necessità di mantenere comunque alto il livello di attenzione sui rischi presenti negli ambienti di lavoro, a partire dai settori delle costruzioni e dell'agricoltura (particolarmente problematici anche a livello nazionale, tanto da richiedere l'attivazione di specifici Piani di Prevenzione) motiva il mantenimento dei progetti e il loro orientamento verso i due settori menzionati, secondo gli indirizzi nazionali.
4. Il progetto di prevenzione degli incidenti domestici avviato con il Piano Regionale della Prevenzione 2005-2009 prevedeva due obiettivi: la messa a punto nella regione del sistema informativo SINIACA e (sulla base delle informazioni fornite dalla sorveglianza degli incidenti) l'attivazione di interventi sul territorio finalizzati all'informazione, sensibilizzazione ed educazione delle fasce di cittadini coinvolte (genitori, casalinghe e anziani). Le attività svolte hanno visto la partecipazione dei Servizi di Pronto Soccorso, dei Consulenti e dei Dipartimenti di Prevenzione; sono state incentrate soprattutto sulla formazione di operatori sanitari e, a cascata, su: informazione e formazione di gruppi di donne in gravidanza presso alcuni Consulenti Familiari; realizzazione di incontri informativi con genitori di bambini di età inferiore ai 5 anni e operatori di asili nido e scuole dell'infanzia. Tuttavia, anche per il difficile coinvolgimento delle istituzioni scolastiche (a causa della molteplicità degli interventi educativi offerti nel territorio ad integrazione delle loro attività), le strutture del SSR hanno messo in atto interventi frammentari. Una particolare difficoltà operativa ha riguardato le strutture di Pronto Soccorso, carenti di personale e con operatori sottoposti a notevoli carichi di lavoro, che quindi tendevano a privilegiare le attività sui pazienti rispetto a quelle, già ritenute onerose, di registrazione dei dati. La raccolta sistematica dei dati relativi alle dinamiche degli incidenti nell'ambito del SINIACA si è interrotta alla fine dell'anno 2009, a seguito dello spostamento delle risorse già stanziare per la realizzazione del progetto in direzione della copertura del disavanzo del SSR. Le informazioni raccolte nel corso di quasi due anni di registrazione non sono ad oggi disponibili per difficoltà di elaborazione dei dati a livello regionale da parte delle strutture deputate alla gestione dei flussi informativi, quasi completamente assorbite da attività finalizzate al monitoraggio degli adempimenti previsti dal Piano di Rientro dal disavanzo sanitario.
5. Il progetto relativo alla prevenzione degli incidenti stradali sviluppato nel 2006 prevedeva l'avvio di un sistema di sorveglianza affiancato a campagne di promozione e di educazione alla salute rivolte alla popolazione giovanile. Le azioni svolte (formazione di formatori, interventi nell'ambito delle istituzioni scolastiche e dei consulenti, incontri con istruttori di autoscuole) hanno avuto carattere frammentario e disomogeneo nel territorio regionale, anche a causa dell'evento sismico del 2009 che ha di fatto interrotto le attività previste nel territorio provinciale dell'Aquila. Le azioni si sono ri-

- volte soprattutto alla popolazione fino ai 18 anni di età, avendo come obiettivo l'aumento della consapevolezza dei rischi connessi alla guida sotto l'effetto di alcolici, la promozione dell'uso dei sistemi di protezione individuale e la sensibilizzazione dei genitori sull'uso corretto dei dispositivi di sicurezza per i bambini. Il bilancio dei risultati porta ad individuare la necessità di una nuova formulazione degli obiettivi, anche sulla base dei dati emergenti dal sistema di sorveglianza PASSI. Infatti, da questi emergono criticità soprattutto nel rapporto tra alcol e guida, criticità che interessano fasce più ampie di età. Inoltre, le nuove norme nazionali per la sicurezza stradale e per la sicurezza sul lavoro connesse all'assunzione di alcol richiedono di mettere in campo interventi multicomponente in tale direzione.
6. Le coperture regionali degli screening rilevate secondo il metodi di calcolo ai fini della certificazione LEA hanno evidenziato l'opportunità di potenziare/migliorare le attività necessarie all'effettuazione sul territorio regionale delle campagne di prevenzione oncologica. Dalla relazione sullo stato di avanzamento dei progetti previsti dal precedente Piano regionale di prevenzione sono emerse molteplici criticità alla base della riduzione del numero previsto di test. In particolare: la mancanza di personale stabilmente dedicato ha reso precaria la gestione operativa sul territorio ed il consolidamento degli obiettivi previsti (numero degli inviti, caricamento dati sul nuovo software web, tempi di refertazione e risposta ecc); il sisma del 2009 ha determinato la perdita di ogni riferimento abitativo di gran parte della popolazione target nel territorio coinvolto, con conseguente impossibilità di gestire gli screening mediante lettere di invito. L'importanza delle campagne di prevenzione oncologica e la necessità di mantenere e potenziare i sistemi organizzativi posti in essere nel territorio motivano l'esigenza di consolidare i progetti di screening nell'ambito del nuovo Piano regionale di prevenzione.
 7. Il progetto vaccinazioni, così come articolato nell'antecedente Piano regionale, ha visto la mancata realizzazione sul territorio della programmata informatizzazione delle anagrafi vaccinali. I centri vaccinali sono stati dotati di attrezzature informatiche, ottenendo per alcuni di essi il collegamento all'anagrafe sanitaria, ma non vi è ancora la materiale disponibilità del software. Nel corso del Piano 2005-2009 si è data prosecuzione alle attività previste dal PNEMeRC, sono però necessarie azioni di consolidamento e di rinforzo delle coperture. Si ripropone pertanto il progetto vaccinazioni per raggiungere l'obiettivo della informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e per raggiungere e consolidare, per tutte le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, gli obiettivi di copertura posti dalle norme nazionali (PNV, PNEMoRC), con particolare attenzione ai soggetti a rischio.
 8. Il progetto di prevenzione dell'obesità non ha avuto una uniforme ed omogenea estensione delle azioni sul tutto il territorio regionale. Le azioni previste nell'antecedente Piano di prevenzione erano per lo più rivolte alle strutture/istituzioni e non direttamente alla popolazione target. Si rileva pertanto la necessità di mantenere il progetto per programmare azioni rivolte in via diretta alla popolazione, finalizzate all'incremento della consapevolezza e all'assunzione di comportamenti e stili di vita salutari.

Priorità emergenti dall'analisi del contesto regionale

I problemi di salute, e quindi le priorità che emergono dall'analisi del contesto regionale, possono essere così sintetizzati:

Struttura demografica caratterizzata da senilizzazione diffusa, più accentuata nelle aree interne:

- elevata speranza di vita alla nascita;
- mortalità superiore al valore medio nazionale e a quello delle regioni meridionali, vicina ai valori delle regioni centrali (valori più elevati nelle province di Chieti e L'Aquila, dove la percentuale di residenti anziani è superiore alla media regionale);
- indice di vecchiaia superiore a quello nazionale;
- alto numero di famiglie con anziani e di famiglie composte da sole donne ultrasessantenni
- bassa natalità e basso tasso di fecondità (in media, 1,26 figli per donna: valore inferiore alla media nazionale)

Attività fisica:

- percentuale di persone sedentarie superiore al dato nazionale (tendenza all'aumento);
- maggiore frequenza di persone sedentarie nelle province di Teramo e Pescara e nel territorio della ex AUSL di Chieti.

Peso corporeo:

- percentuale di persone in eccesso ponderale superiore al dato nazionale (quarta regione in Italia per persone sovrappeso e obese; tendenza all'aumento);
- eccesso di peso e obesità tra i bambini superiore alla media nazionale (progressiva tendenza all'aumento della prevalenza);
- eccesso di peso negli adulti più diffuso negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e con molte difficoltà economiche

Consumo di alcol:

- percentuale di bevitori a rischio e di *binge drinkers* superiore alla media nazionale
- percentuale di guidatori sotto l'effetto dell'alcol superiore alla media nazionale
- percentuali di consumo più alte: uomini, 18-34 anni, persone con livello di istruzione medio-alto e senza difficoltà economiche

Abitudine al fumo:

- percentuale di fumatori superiore alla media nazionale (tendenza all'aumento)
- prevalenza più elevata: uomini, soprattutto fascia di età 25-34 anni, persone con difficoltà economiche

Alimentazione:

- assunzione di quantità raccomandate di frutta e verdura in una percentuale di persone inferiore alla media nazionale

Malattie cardiocircolatorie:

- prima causa di morte nella regione (in linea con il dato nazionale), almeno in parte evitabile attraverso interventi su stili di vita e comportamenti e rischio
- mortalità per cardiopatia ischemica in diminuzione nel lungo periodo, ma valori di poco superiori alla media nazionale sia per gli uomini sia per le donne (2003 e 2006)

Ipertensione arteriosa:

- prevalenza in aumento (nel 2008 superiore alla media nazionale)

Diabete:

- prevalenza in aumento
- tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere superiori alla media nazionale, in particolare per gli uomini

Infortuni sul lavoro:

- riduzione degli infortuni denunciati fra il 2001 e il 2008
- tendenza all'aumento della gravità
- indici infortunistici 2005-2007 in riduzione, ma stabilmente superiori alla media nazionale

Incidenti stradali:

- Indici di gravità e mortalità superiori alla media nazionale, in particolare per gli uomini
- 1 persona su 10 dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol
- mancanza di dati completi sugli eventi e sulle conseguenze (classificazione del trauma disponibile per meno della metà delle schede di dimissione ospedaliera)

Incidenti domestici:

- percezione del rischio estremamente bassa
- numero di persone che dichiarano di aver subito un incidente domestico superiore alla media nazionale
- la regione è agli ultimi posti in Italia per adozione di misure di sicurezza domestiche
- mancanza di dati completi sugli eventi e sulle conseguenze (classificazione del trauma disponibile per meno della metà delle schede di dimissione ospedaliera)

Inoltre, si rilevano alcune priorità relative ai sistemi di sorveglianza e ai flussi sanitari, che è necessario affrontare ai fini della pianificazione, implementazione e valutazione delle attività di prevenzione, ma anche allo scopo di diffondere i risultati degli interventi agli operatori sanitari, agli attori esterni al SSR coinvolti e alla collettività destinataria:

Sistemi di sorveglianza di popolazione

- necessità di rafforzare ed estendere i sistemi di sorveglianza sugli stili di vita attivati (PASSI, Okkio alla salute, HBSC, GYTS e PASSI d'argento)
- necessità di garantirne la continuità

Flussi sanitari ordinariamente utilizzati a fini amministrativi

- necessità di migliorare la qualità della compilazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera per garantire la loro utilizzabilità a fini epidemiologici
- necessità di avviare il processo di informatizzazione degli archivi di mortalità per garantirne l'utilizzabilità a fini epidemiologici

Sistemi di sorveglianza epidemiologica

- necessità di estendere e rafforzare i sistemi di sorveglianza degli infortuni gravi e mortali sul lavoro (INFOR.MO.) e dei mesoteliomi (Re.Na.M)
- necessità di implementare il sistema di sorveglianza delle malattie professionali (MAL.PROF.) e quello dei Tumori Naso-sinusali (Re.Na.Tuns)
- necessità di attivare il sistema informativo di rilevazione dei tumori di sospetta origine professionale in riferimento all'art. 244 del D.Lgs. n. 81/08 (Oc.Ca.M)
- necessità di implementare un sistema di sorveglianza degli infortuni domestici e stradali

STRATEGIE E MACROAMBITI DI INTERVENTO DELLA REGIONE ABRUZZO

Alla luce di quanto suesposto e delle criticità evidenziate, la Regione Abruzzo, per raggiungere gli obiettivi di salute in tema di prevenzione e che derivano dai bisogni rilevati, metterà in campo le seguenti strategie:

- in primo luogo si considera fondamentale potenziare i sistemi di sorveglianza e la rilevazione standardizzata di dati sui fattori di rischio, l'incidenza delle malattie e la mortalità per causa. I nostri sistemi di sorveglianza sui principali determinanti di salute e sull'adozione di misure di prevenzione dovranno
- essere rappresentativi della popolazione;
- fornire precise e tempestive conoscenze sull'evoluzione e le dinamiche dei fenomeni di interesse per la salute pubblica;
- consentire la messa a punto di efficaci azioni correttive nei programmi di salute;
- fornire un dettaglio di informazione a livello di AUSL, che consenta il confronto fra le diverse AUSL all'interno della Regione.
- Sarà poi necessario portare avanti programmi e progetti di prevenzione concretamente efficaci con il coinvolgimento della collettività, ricercando i "luoghi" dell'organizzazione sanitaria in cui collocare le intese e le alleanze, a partire ove possibile dai distretti, in quanto efficaci strumenti di raccordo con MMG, PLS ed Enti Locali, e consolidando le alleanze con Autorità scolastiche, parti sociali, terzo settore e associazionismo in genere, stakeholders.

Anche in considerazione delle conseguenze del sisma del 2009, sarà necessario ricercare modalità organizzative ed alleanze che permettano di superare gli ostacoli che tendono a limitare l'accesso dei cittadini alla prevenzione, superando le diseguaglianze esistenti, senza introdurne di nuove.

- Le attività di prevenzione dovranno essere organizzate e promosse perseguendo l'integrazione e il coordinamento tra tutte le strutture del SSR coinvolte, a partire da quelle deputate alla prevenzione e fino a quelle impegnate nelle attività di diagnosi e cura.
- Lo stile di lavoro, l'organizzazione e la gestione delle attività dovranno superare la logica dell'adempimento agli obblighi di legge ed essere improntate al perseguimento degli obiettivi posti, e allo sviluppo di reti collaborative con il coinvolgimento di attori esterni al SSR e della collettività.
- Attraverso il coinvolgimento della collettività, infine, si intende perseguire l'aumento della consapevolezza finalizzato all'empowerment inteso sia come strumento e fine della promozione della salute (per l'adozione di stili di vita salutari e la prevenzione di comportamenti rischiosi, l'uso più efficace dei servizi sanitari, il miglioramento delle capacità e dell'efficacia degli operatori sanitari nella gestione delle proprie attività), sia come mezzo per il miglioramento della capacità di gestione della malattia da parte dei pazienti e delle loro famiglie. Tutto questo, secondo le indicazioni della Commissione delle Comunità Europee che, nel "Programma di azione comunitaria in materia di salute pubblica (2008-2013)"¹¹ indica la partecipazione e l'influenza dei cittadini sui processi decisionali come valori fondanti della strategia comunitaria.

¹¹ Commissione delle Comunità Europee (2007), *Libro Bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013"*, Bruxelles.

La Regione Abruzzo intende intervenire sui seguenti macroambiti che interessano le varie fasce di popolazione (anziani, infanzia, giovani, lavoratori, soggetti a rischio...):

Medicina predittiva

Valutazione del rischio individuale di malattia

Progetto: "Gioca la carta del cuore: aumentare la conoscenza del rischio cardiovascolare estendendo l'utilizzo della carta del rischio"

Prevenzione universale

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale

Progetto "Guida senza alcol"

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie di lavoro correlate

Progetto "Coltiviamo la sicurezza"

Progetto "Costruire un mondo sicuro"

Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico

Progetto "Casa sicura"

Prevenzione delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici

Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazioni

Progetto "Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento"

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

Progetto "Educazione all'affettività e prevenzione HIV"

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

Progetto "Respiro libero "ESA" (Educazione sanitaria per allergie) sulla conoscenza, prevenzione e cura delle patologie allergiche durante l'età evolutiva"

Prevenzione delle malattie determinate da alimenti

Progetto: "Ridurre il rischio di malattie trasmesse da alimenti mediante il potenziamento dei controlli rispondenti ai criteri di graduazione del rischio"

Progetto: "Miglioramento della qualità delle acque destinate ad uso umano"

Progetto "Prevenzione e modifica in età prescolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso ed obesità"

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

Progetto "Non mandare in fumo la tua gioventù: Unplugged un programma scolastico mirato alla prevenzione dell'uso di tabacco"

Progetto "Incremento dell'attività fisica nella popolazione giovanile progetto Movimentiamoci"

Prevenzione della popolazione a rischio

Tumori e screening

Progetto "Aumentare l'estensione del programma di screening del cancro della cervice uterina e contrastare lo screening opportunistico, proponendo alternative (self sampling a domicilio)"

Progetto: "Aumentare l'estensione del programma e contrastare lo screening opportunistico del cancro del colon-retto, proponendo alternative"

Progetto "Aumentare l'estensione del programma di screening del cancro della mammella, contrastare lo screening opportunistico, proponendo alternative"

Malattie cardiovascolari

Progetto "Ridurre il rischio cardiovascolare attraverso la definizione e standardizzazione di percorsi integrati per l'ipertensione arteriosa"

Diabete

Progetto "IGEA Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete"

Patologie orali

Progetto "Prevenzione della carie in età evolutiva con particolare riguardo ai bambini frequentanti la III classe della scuola elementare"

Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza

Progetto: "Prevenzione delle disabilità da disturbi nutrizionali e da scarsa attività motoria negli anziani"

Progetto "Attivazione del sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra 64enne "PASSI d'Argento"

PIANO OPERATIVO

Piano Regionale della Prevenzione

1) REGIONE : **ABRUZZO**

2) Titolo del Progetto: **Gioca la carta del cuore : aumentare la conoscenza del rischio cardiovascolare estendendo l'utilizzo della carta del rischio**

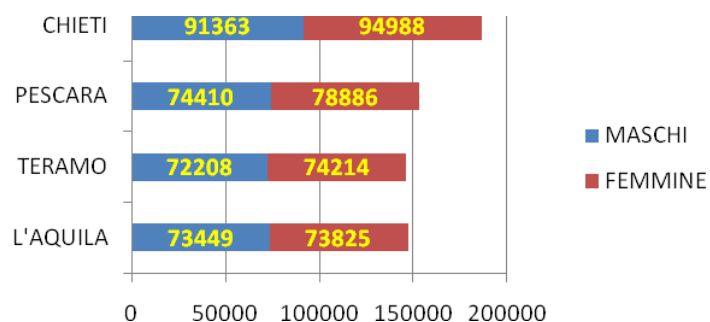
3) Identificativo della Linea di intervento generale : **1.1 - Valutazione del rischio individuale di malattia**

4) Numero identificativo del progetto all'interno del Piano Operativo Regionale: **1.1.1**

5) Breve descrizione dell'intervento programmato:

L'attuazione del progetto mirerà a migliorare l'intervento di ogni operatore sanitario nel rapporto con la persona che assiste teso a ridurre il rischio cardiovascolare. La prevenzione individuale si baserà soprattutto nella diffusione più ampia possibile della carta del rischio cardiovascolare. Seguendo le indicazioni del Progetto Cuore (ISS) il target al quale sarà calcolato il punteggio di rischio cv è costituito dalla popolazione abruzzese di età compresa fra 35 e 69 anni di entrambi i sessi (al 1° Gennaio 2010: **633.343**)

Popolazione abruzzese compresa fra 35 e 69 anni al 1° Gennaio 2010 (ISTAT)



Dai dati Istat dell'anno 2007 relativi alla mortalità per malattie del sistema circolatorio si evince chiaramente che nel nostro paese le malattie del sistema circolatorio rappresentano ancora la principale causa di morte, essendo responsabili del 39,1% di tutti i decessi. In particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 33,4% di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 27,4%, dopo i tumori.

Gli stessi dati dell'anno 2007 mostrano come in Abruzzo la mortalità per le malattie del sistema circolatorio sia superiore al dato nazionale rappresentando il 41,4% di tutti i decessi pari ad un numero di morti di 5654 persone (tabella 2).

Tab. 2 - Mortalità per MCV (Istat Anno 2007)

Malattia	n. decessi /anno M + F		n.decessi/anno Maschi		n.decessi/anno Femmine		% sul totale dei decessi		totale dei decessi	
	ABRUZZO	ITALIA	ABRUZZO	ITALIA	ABRUZZO	ITALIA	ABRUZZO	ITALIA	ABRUZZO	ITALIA
Malattie del sist.circolatorio	5.654	224.311	2.527	97.366	3.127	126.945	41,4	39,1	13.655	572.881
Malattie ischemiche del cuore	1.856	75.119	968	37.712	888	37.407	32,8	33,4		
Malattie cerebrovascolari	1.562	61.577	650	24.135	912	37.442	27,6	27,4		

I principali fattori di rischio che agiscono nella genesi delle malattie cardiovascolari, ben noti ormai secondo l'evidenza scientifica, vengono riportati nella tabella che segue del WHO.



A tal proposito i dati forniti per l'Abruzzo inerenti la popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni ci indicano che:

- **IPERTENSIONE**

In Abruzzo l'81% degli intervistati (PASSI 2007) riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa (PA) negli ultimi 2 anni e tra questi il 24% riferisce di aver avuto la diagnosi di ipertensione arteriosa. La percentuale di persone ipertese cresce progressivamente con l'età : nel gruppo 50 – 69 anni quasi una persona su due riferisce di essere ipertesa (48%). Da rilevare come, in base all'analisi multivariata, gli ipertesi sono associati in modo statisticamente significativo all'aumento della classe d'età e alla condizione di sovrappeso/obeso.

Nella sottostante tabella sono riportati i dati relativi alla prevalenza di ipertesi in Abruzzo secondo L'ISTAT (2005), il PSR Abruzzo 2008-2010 e lo studio PASSI (2007). Le cifre riportate mostrano per l' ipertensione arteriosa un trend sicuramente in aumento.

Quanti sono gli **ipertesi** in Abruzzo – PA sistolica ≥ 160 mmHg o PA diastolica ≤ 95 mmHg o in terapia

Fonte	Popolazione di riferimento	% stima	n. stimato
ISTAT (2005)	Popolazione generale	12,8%	166.000
PSR Abruzzo 2008-2010	Popolazione generale	oltre 16%	oltre 200.000
PASSI 2007	Campione su popolazione 18-69 aa	24%	--

- **TABACCO**

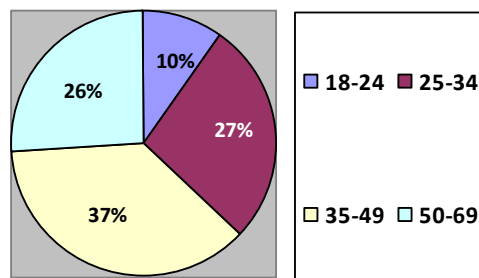
I dati preliminari rilevati con il sistema PASSI relativo all'anno 2009 ci dicono che In Abruzzo il 31% degli adulti sotto i 70 anni fuma a fronte del 29% nazionale, mentre il 16% è un ex fumatore e il 53% non ha mai fumato.

Come accade nel resto d'Italia fumano di più gli uomini rispetto alle donne (41% contro 21%) mentre le fasce di età comprese tra i 25 e i 49 anni sono le più numerose rappresentando ben il 64% del totale dei fumatori (vedi grafico a torta).

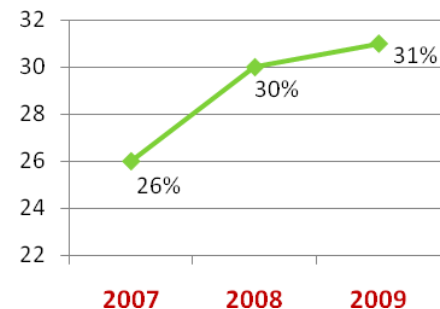
Come mostra il grafico a linee, la percentuale dei fumatori rilevata è aumentata negli ultimi anni passando dal 26% del 2007 al 31% del 2009.

In media le sigarette fumate giornalmente sono circa 15 e soltanto il 36%, fra coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno, dichiara che un operatore sanitario gli ha chiesto se fuma.

Il 60% dei fumatori dichiara di aver ricevuto da parte di un operatore sanitario un invito a smettere di fumare o a ridurre il numero giornaliero di sigarette fumate.



Percentuale fumatori per classe di età



Percentuale fumatori per anno

• **COLESTEROLO**

Secondo i dati Passi 2007 almeno il 74% degli intervistati riferisce di aver effettuato almeno una volta nella vita la misurazione della colesterolemia ed il 59% nel corso dell'ultimo anno. Tra tutti coloro che hanno effettuato il dosaggio, il 24% ha avuto la diagnosi di ipercolesterolemia; quest'ultimo dato è in linea con il rilevamento PASSI nazionale il cui valore è del 25%.

L'ipercolesterolemia risulta inoltre associata in modo statisticamente significativo al crescere della classe d'età, al basso livello di istruzione e all'essere in sovrappeso / obesi.

• **SOVRAPPESO / OBESITÀ e ABITUDINI ALIMENTARI**

Riguardo il fattore sovrappeso /obesità dallo studio PASSI 2007 si ricava che complessivamente il 48% della popolazione abruzzese presenta un eccesso ponderale (43% in Italia) e di questi almeno il 35% è sedentario. In Abruzzo pertanto l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante tanto più che fra le persone in "sovrappeso" emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al proprio peso: solo il 48% percepisce il proprio peso come "troppo alto".

Nelle seguenti tabelle sono riportati i dati relativi all'eccesso ponderale e alle abitudini alimentari.

Da questi ultimi è possibile constatare come la maggior parte delle persone in eccesso ponderale (obesi + sovrappeso) giudica la propria alimentazione in senso positivo e come il consumo di frutta e verdura, rispetto alle 5 porzioni raccomandate dall'OMS, sia carente in Abruzzo così come in tutt'Italia .

sovrappeso, obesità

Sottopeso normopeso		sovrappeso		obesità	
Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia
52%	57%	37%	32%	11%	11%

Autopercezione in Abruzzo del proprio peso (coincidenza con il BMI)

	Abruzzo	Italia
Sottopeso-normopeso	87%	85%
sovrappeso	48%	50%
obesità	96%	91%

consumo frutta e verdura

1 volta /die		3-4 porzioni/die		5 o più porzioni/die	
Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia
50%	50%	37%	36%	10%	10%

Autopercezione in Abruzzo della alimentazione come positiva

	Abruzzo	Italia
Sottopeso - normopeso	86%	87%
sovrappeso	83%	83%
obesi	66%	70%

- ATTIVITÀ FISICA

In base ai dati Passi 2007 in Abruzzo solo il 31% della popolazione raggiunge un buon livello di attività fisica (contro il 33% in Italia) mentre il 33% delle persone risulta sedentario, valore questo significativamente più alto rispetto al resto della nazione (28%). E' inoltre interessante notare come in Abruzzo il 19% delle persone sedentarie percepisce il proprio livello di attività fisica come sufficiente. (vedi tabelle sottostanti);

Attività fisica praticata

Attivi		Parz. attivi		Sedentari	
Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia	Abruzzo	Italia
31%	33%	36%	39%	33%	28%

Autopercezione attività fisica praticata (percepita come sufficiente)

Sedentari	
Abruzzo	Italia
19%	26%

- ALCOL

In relazione all'alcol lo studio PASSI 2007 ha rilevato che complessivamente il 18% degli intervistati può essere considerato un consumatore di alcol a rischio (cioè consuma quantità rischiose di alcolici e/o beve prevalentemente fuori pasto e/o è un bevitore "binge").

Il 6% è bevitore "binge", cioè almeno una volta nell'ultimo mese ha bevuto in una sola occasione 6 o più unità alcoliche*. Questa pericolosa modalità di consumo risulta nettamente più diffusa tra i giovani e tra gli uomini.

% bevitori a rischio per categorie Il 12% consuma abitualmente quantità di alcolici rischiose per la salute (3 o più unità alcoliche al giorno per gli uomini e 2 o più per le donne).

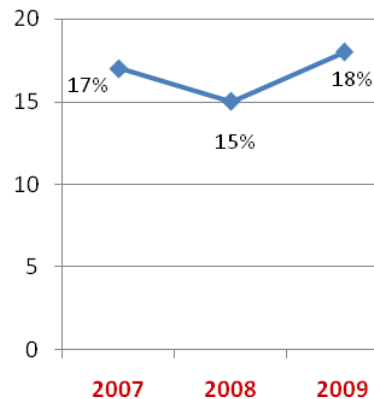
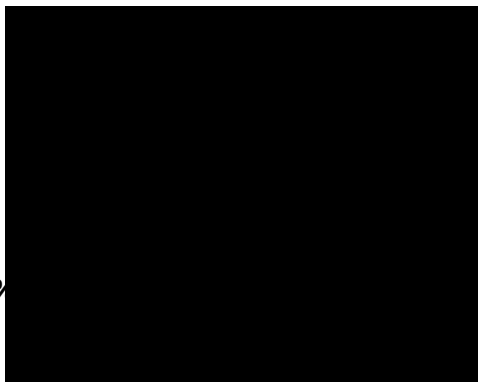
Inoltre la percentuale dei bevitori a rischio rilevata nel 2009 è in crescita sia rispetto al 2008 sia rispetto al 2007.

Solo il 10% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol.

Tra i bevitori a rischio appena il 7% ha ricevuto il consiglio di bere meno.

Un dato preoccupante è costituito dal 13% degli adulti tra 18 e 69 anni intervistati che dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol, cioè dopo avere bevuto nell'ora precedente almeno 2 unità alcoliche.

Tale dato è sensibilmente superiore al 10,5% che costituisce la media nazionale.



% bevitori a rischio per anno

DESTINATARI

- Popolazione di età compresa tra 35 e 69 anni di entrambi i sessi esenti da un precedente evento cardiovascolare per misurare la probabilità di sviluppare infarto o ictus cerebrale nei successivi 10 anni.

DESTINATARI INTERMEDI: Medici di Medicina Generale

OBIETTIVI

- Diffusione della carta e del punteggio del rischio cardiovascolare;
- formare i MMG all’uso di metodologie che promuovono l’interattività dell’approccio con i propri assistiti e favoriscono la creazione di una migliore coscienza circa i comportamenti a rischio cardiovascolare;
- stima per ogni paziente del rischio globale assoluto e trattamento farmacologico e non farmacologico dei fattori di rischio attraverso il counselling;
- applicare i criteri di evidenza e di efficacia scientifica nel campo della prevenzione;
- prevenire l’adozione di comportamenti a rischio per quanto concerne la genesi delle patologie cardiovascolari.

Obiettivi specifici sono:

- Modifica degli atteggiamenti nei confronti dei principali fattori di rischio cardiovascolare;
- rafforzamento delle abilità e delle competenze necessarie per favorire l’adozione di stili di vita non a rischio per lo sviluppo di patologie cardiovascolari;
- fornire informazioni e conoscenze corrette sugli stili di vita a rischio cardiovascolare.

METODO E STRUMENTI

Nella regione Abruzzo nel 2006, all'interno del piano regionale della prevenzione 2005-2007, è stato realizzato il Progetto Cuore come esperienza pilota nella ASL di Pescara che ha portato il positivo risultato del coinvolgimento di oltre 100 Medici di Medicina Generale con una prima valutazione del rischio a 9500 assistiti. L'intera esperienza di formazione, di raccolta e di elaborazione dati è stata condotta dal Centro di Epidemiologia e prevenzione delle malattie ischemiche del cuore dell'Istituto Superiore di Sanità che da più di dieci anni promuove il Progetto Cuore su tutto il territorio nazionale.

Il Progetto CUORE è nato nel 1998, dal 2005 è integrato nei progetti del **Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM)**, Ministero della Salute, Roma.

Il Centro di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità realizza la progettazione e l'attivazione di un **corso di formazione sull'uso e l'applicazione della carta del rischio cardiovascolare nella pratica clinica** rivolto ai Medici di Medicina Generale (MMG) e agli altri operatori sanitari.

L'intervento formativo si propone un cambiamento nella pratica professionale che porti a:

- adottare metodologie standardizzate per la rilevazione dei fattori di rischio;
- valutare il rischio cardiovascolare globale assoluto nella popolazione generale di età compresa tra i 35 e i 69 anni;

- utilizzare la **carta del rischio** e il programma **cuore.exe** per il calcolo del punteggio individuale;
- adottare raccomandazioni condivise e creare un linguaggio comune sulla prevenzione del rischio cardiovascolare attraverso gli stili di vita;
- adottare raccomandazioni condivise sul trattamento farmacologico degli individui suscettibili;
- costruire e adottare strumenti condivisi per l'autovalutazione dei risultati dell'applicazione della carta del rischio alla popolazione di assistiti;
- attivare l'attitudine a partecipare a gruppi di lavoro per la raccolta dei dati, l'analisi e la valutazione dei risultati.

Le nuove competenze acquisite attraverso l'intervento formativo si tradurranno in obiettivi di salute per la popolazione in generale e per le persone in particolare:

- cambiamento dello stile di vita sia tra gli individui a elevato rischio che nella popolazione generale;
- riduzione delle disuguaglianze regionali;
- riduzione della frequenza delle condizioni a rischio e del livello medio dei singoli fattori di rischio;
- riduzione dell'incidenza degli eventi coronarici e cerebrovascolari maggiori.

Il progetto "Gioca la carta del cuore: aumentare la conoscenza del rischio cardiovascolare estendendo l'utilizzo della carta del rischio" all'interno del Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 si propone di estendere a tutto il territorio regionale la positiva esperienza della ASL di Pescara.

Il coordinamento regionale del progetto sarà espletato da un comitato tecnico-organizzativo che prevede la partecipazione a titolo gratuito delle seguenti figure istituzionali e professionali:

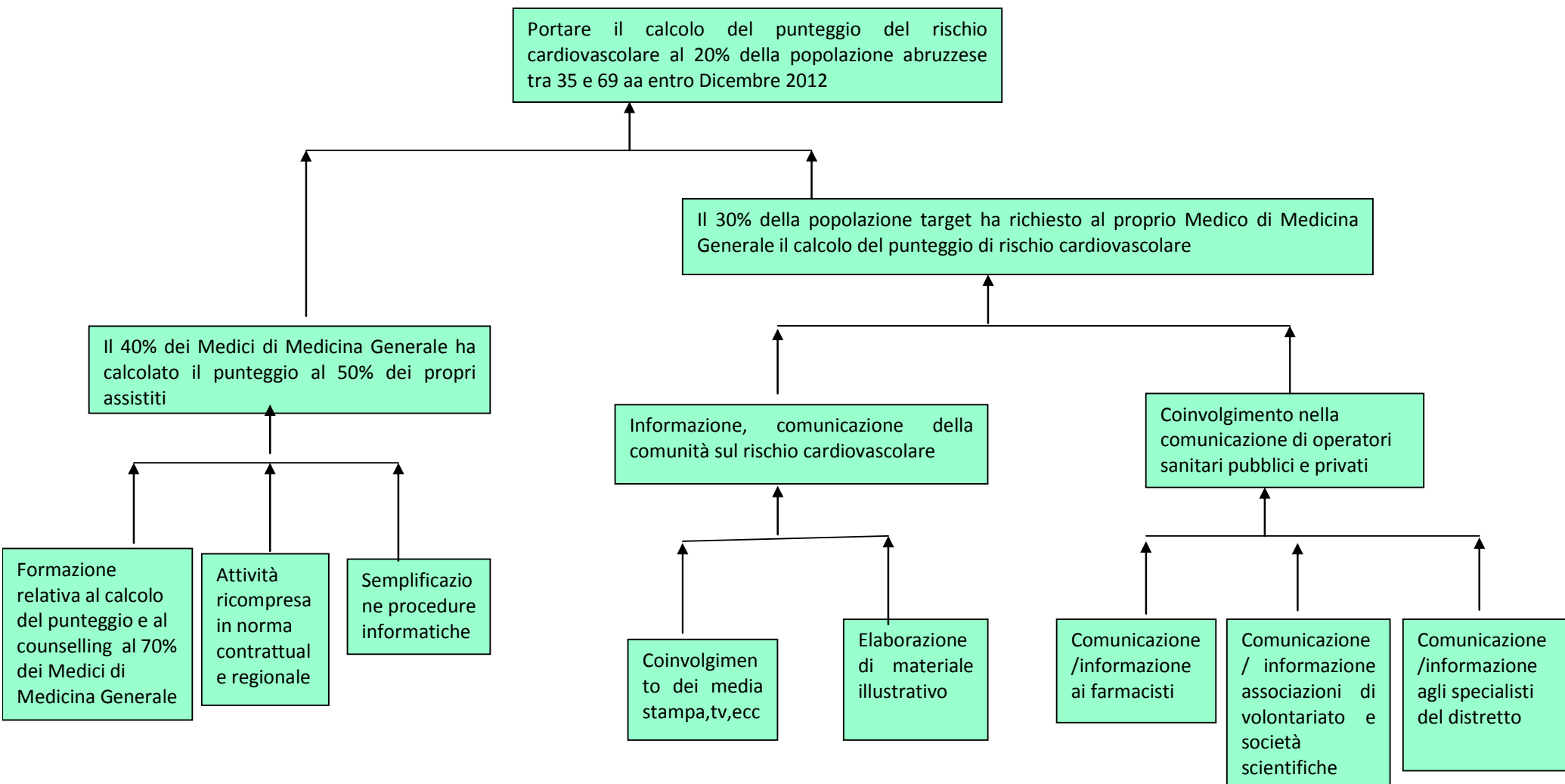
1. Dirigente del Servizio di Prevenzione Collettiva della Regione Abruzzo
2. Gli estensori del progetto
3. I Direttori dei Servizi IESP delle 4 ASL Abruzzesi
4. I responsabili regionali dei Sindacati rappresentativi dei MMG

La gestione del progetto a livello di ogni singola ASL è affidata ad un comitato aziendale che prevede nella sua costituzione la partecipazione a titolo gratuito dei componenti dell'Azienda stessa presenti nel comitato tecnico-organizzativo regionale e aperto alla partecipazione (sempre a titolo gratuito) di altre figure istituzionali e professionali eventualmente nominate dal direttore generale dell'Azienda.

Il progetto è stato predisposto seguendo i dettami del Project Cycle Management (PCM) pertanto il rationale dell'intervento, gli scopi generali che esso si propone, le fasi in cui si articola, le attività di cui si compone, gli attori e gli altri eventuali portatori di interesse coinvolti nonché le eventuali criticità che potrebbero influire sulla sua realizzazione e sui suoi esiti vengono descritti facendo uso degli strumenti previsti dal PCM:

- Albero degli Obiettivi,
 - Modello Logico,
 - Quadro Logico,
 - Analisi dei Rischi
- (di seguito riportati):

ALBERO DEGLI OBIETTIVI – CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE



ALBERO DEGLI OBIETTIVI

L'albero degli obiettivi serve a costruire LA LOGICA DELL'INTERVENTO che ci proponiamo di attuare definendo chiaramente "l'obiettivo specifico", che è in cima all'albero, e che costituisce il beneficio atteso da realizzare.

In questo caso l'obiettivo specifico è : **portare il calcolo del punteggio del rischio cardiovascolare al 20% della popolazione abruzzese tra 35 e 69 aa entro Dicembre 2012.**

Per arrivare all'obiettivo specifico vi sono dei livelli intermedi che sono rappresentati dai "risultati attesi" i quali una volta realizzati permettono il raggiungimento dell'obiettivo specifico stesso. Possiamo considerare come risultati attesi propedeutici all'obiettivo specifico:

1. il calcolo del punteggio al 50% dei propri assistiti da parte del 40% dei Medici di Medicina Generale,
2. la predisposizione di una campagna di informazione collettiva sul rischio cardiovascolare
3. il coinvolgimento in una campagna di comunicazione di operatori sanitari pubblici e privati di cui ottenere la collaborazione.

Queste campagne di informazione e comunicazione avranno l'effetto di produrre un aumento della richiesta, da parte della popolazione target, del calcolo del punteggio di rischio cardiovascolare al proprio medico. Tale aumento è stimato in circa il 30% della popolazione target.

Infine alla base dell'albero sono presenti le caselle che rappresentano le "attività" che è necessario svolgere per poter giungere ai risultati attesi.

In quest'albero le attività previste per ottenere il risultato atteso 1. sono:

- Incontri di formazione relativa al calcolo del punteggio e al counselling al 70% dei MMG
- Varare una norma contrattuale regionale ad hoc che disciplini l'attività svolta dal MMG nel calcolare il punteggio di rischio CV.
- Semplificare le attività informatiche richieste ai MMG

Le attività previste per il risultato atteso 2. sono:

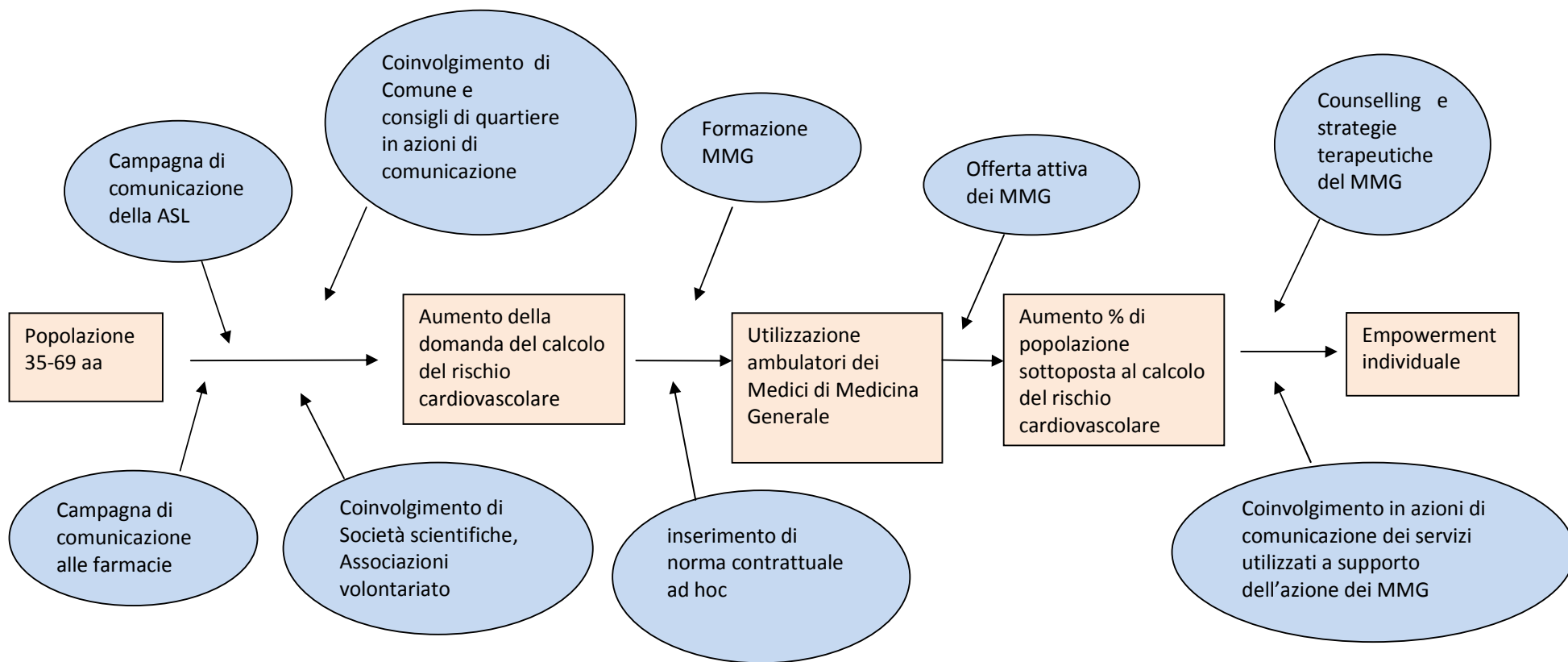
- Ottenere il coinvolgimento dei media, stampa, tv ecc.
- Elaborare materiale illustrativo per la campagna di comunicazione alla popolazione

Le attività previste per ottenere il risultato atteso 3. Sono:

- Predisporre una campagna di comunicazione /informazione ai farmacisti
- Predisporre una campagna di comunicazione / informazione ad associazioni di volontariato e società scientifiche
- Predisporre una campagna di comunicazione/informazione agli specialisti del distretto

La logica dell'intervento stabilita con l'albero degli obiettivi sarà disposta e utilizzata nella compilazione del QUADRO LOGICO.

MODELLO LOGICO CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE



MODELLO LOGICO

E' uno schema, un'immagine che mostra sinteticamente ed efficacemente tutti i passaggi che porteranno i beneficiari del progetto ad avere il beneficio di salute atteso ovvero un "modello" che prevede tutte le tappe che portano ad un beneficio per la popolazione scelta.

Il MODELLO LOGICO, quindi, ci da la possibilità di "centrare" i beneficiari e di ricercare le prove di efficienza.

In esso la casella iniziale si identifica con la popolazione beneficiaria mentre quella finale con il beneficio che vogliamo raggiungere.

Le caselle intermedie rappresentano le tappe fondamentali ovvero i cambiamenti che si realizzano nel cammino progettuale e che sono propedeutici all'ottenimento del beneficio finale.

Nei cerchi sono indicate le azioni da mettere in atto per la realizzazione dei cambiamenti.

Tale modello serve per verificare la logica dell'intervento, per poterlo valutare e per poter comunicare con un linguaggio semplice e comprensibile con i gruppi d'interesse partecipi del progetto.

Il presente modello logico pone come beneficiaria la popolazione di età compresa tra 35-69aa che , grazie alle campagne di comunicazione e informazione previste, sarà interprete di un aumento della richiesta del calcolo del punteggio del rischio CV al proprio Medico di Medicina Generale (MMG).

Intervenendo con una formazione specifica dei MMG e con l'inserimento di una norma contrattuale ad hoc si produrrà un miglioramento nell'utilizzazione del servizio offerto dal MMG nel proprio ambulatorio e nella stessa azione del MMG che implementerà l'offerta attiva del calcolo del punteggio di rischio CV ai propri assistiti .

Tutto ciò porterà ad un aumento della popolazione sottoposta al calcolo del rischio cardiovascolare che viene stimato al 20% del target. In questa fase le strategie terapeutiche e di counselling del MMG unitamente alle strategie di comunicazione ed informazione messe in atto anche dai servizi che lo stesso MMG utilizza per i propri pazienti (centri diabetologici, ambulatori specialistici del distretto ecc..) concorreranno a determinare nel paziente l'Empowerment necessario a renderlo più consapevole degli stili di vita maggiormente connessi ad un aumento del rischio CV.

QUADRO LOGICO DELLA CARTA DEL RISCHIO CV

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Fornire strumenti di conoscenza sul rischio cardiovascolare atti ad aumentare l'empowerment individuale estendendo l'utilizzo della carta del rischio			
Obiettivo specifico	Portare il calcolo del punteggio del rischio cv al 20% della popolazione Abruzzese tra 35 e 69 aa entro il 2013	Popolazione sottoposta al calcolo / popolazione generale tra 35 e 69 aa	-Report dei MMG (Semestrale - Annuale Cuore.exe)	Collaborazione dei MMG
Risultati attesi 1	Ottenere che il 40% dei MMG calcoli il punteggio del rischio cv al 50% dei propri assistiti	-N° MMG che aderiscono/ N° tot MMG -N° MMG attivati/ N°MMG formati	-Report dei MMG (Semestrale-Annuale Cuore.exe) - Passi	-Inserimento norma contrattuale ad hoc -ottenimento adesioni volontarie dei mmg al progetto -coinvolgimento dei sindacati dei mmg firmatari
Risultati attesi 2	Predisporre una campagna di comunicazione collettiva	n. soggetti. che conoscono la carta del rischio/ n. soggetti intervistati	- Passi	
Risultati attesi 3	Ottenere il coinvolgimento di portatori d'interesse	N° di portatori coinvolti/N° di portatori contattati	Registro dati attività di coinvolgimento	Collaborazione portatori d'interesse
		MEZZI	COSTI	
Attività 1.1	Incontri di formazione relativa al calcolo del punteggio e al counselling al 70% dei MMG	- aule - docenti - ausili didattici		
Attività 1.2	Varare una norma contrattuale regionale ad hoc	-Delibera regionale		

Attività 1.3	Semplificare le attività informatiche richieste ai MMG	-Software cuore.exe		
Attività 2.1	Ottenere il coinvolgimento dei media, stampa, ecc.	-Comunicati stampa - Servizi televisivi		
Attività 2.2	Elaborare materiale illustrativo/campagna di comunicazione alla popolazione	- depliant - locandine		
Attività 3.1	Predisporre una campagna di comunicazione /informazione ai farmacisti	- aule - docenti - ausili didattici - depliant - locandine		
Attività 3.2	Predisporre una campagna di comunicazione / informazione ad associazioni di volontariato e società scientifiche	- aule - docenti - ausili didattici - depliant - locandine		
Attività 3.3	Predisporre una campagna di comunicazione/informazione agli specialisti del distretto	- aule - docenti - ausili didattici - depliant - locandine		

QUADRO LOGICO (QL)

È la base per un controllo della fattibilità del progetto. Strumento utile per gestire e supervisionare i progetti, il QL definisce le funzioni del progetto, le risorse necessarie e le responsabilità di gestione. Questi elementi sono ordinati nella prima colonna della matrice. Nella seconda e nella terza colonna, il QL fornisce il quadro rispetto al quale saranno monitorati e valutati i progressi in corso (indicatori oggettivamente verificabili e fonti di verifica).

IL QL ci fornisce una sorta di piccola linea guida su come strutturare il progetto.

Deriva sostanzialmente dall'albero degli obiettivi e illustra :

- Perché si realizza il progetto (quale beneficio e per chi)
- Che cosa si deve raggiungere con il progetto (quale utilizzazione dei servizi)
- Come il progetto raggiungerà i suoi risultati (misure realizzate)
- Quali fattori sono esterni o interni al progetto (assunzioni e rischi)
- Come valutare i progressi (indicatori)
- Dove trovare le informazioni per gli indicatori (mezzi di verifica)

Le voci riportate riguardano quindi:

L'Obiettivo Generale (OG)

- descrive l'importanza per la società in generale dei benefici di lunga durata per i gruppi beneficiari e benefici
- connette il programma alle politiche regionali/settoriali
- non sarà raggiunto dal solo e singolo progetto in questione ma richiederà l'impatto di altri programmi e progetti

L'Obiettivo Specifico (OS)

- riguarda il problema focale del progetto
- si definisce in termini di benefici che il gruppo destinatario riceve dal progetto come risultato dell'uso dei servizi forniti. E' l'obiettivo riportato in cima all'albero degli obiettivi.

I Risultati Attesi (RA)

- rappresentano i servizi che il progetto deve offrire al gruppo destinatario. Sono in pratica i livelli intermedi (risultati attesi) dell'albero degli obiettivi che permettono il raggiungimento dell'obiettivo specifico.

Le Attività

- sono le azioni che permettono il raggiungimento del risultato atteso che sottintendono ovvero i modi in cui i beni e i servizi saranno distribuiti nell'ambito del progetto. Sono in genere costituite dalla base dell'albero degli obiettivi. A fianco delle attività sono riportati i **mezzi** con cui le stesse saranno realizzate e i **costi** relativi.
- Le attività più complesse possono suddividersi in attività semplici.

Le Assunzioni (rischi)

- sono costituite da eventi, condizioni o decisioni al di fuori del controllo del management del progetto che possono condizionarne la realizzazione.

ANALISI DEI RISCHI

Di seguito l'analisi di ogni rischio considerato nella colonna "Rischi ed assunzioni" del QL di progetto viene effettuata con l'ausilio di un algoritmo che ponendo delle semplici domande mette in condizione di adattare il progetto nel caso si verificasse un evento considerato negativo esterno al management progettuale.

Per ogni rischio viene elaborato, oltre all'algoritmo, anche un Quadro Logico "ad hoc" che permette di esaminare compiutamente i vari aspetti connessi al rischio stesso e che riporta le modifiche da apportare nel principale QL di progetto.

Analisi dei rischi

Fattore esterno

Inserimento norma contrattuale ad hoc



Fattore esterno è importante?



Si



Sarà realizzato da "esterni" al progetto?



No



Sarà possibile adattare il progetto?



Si

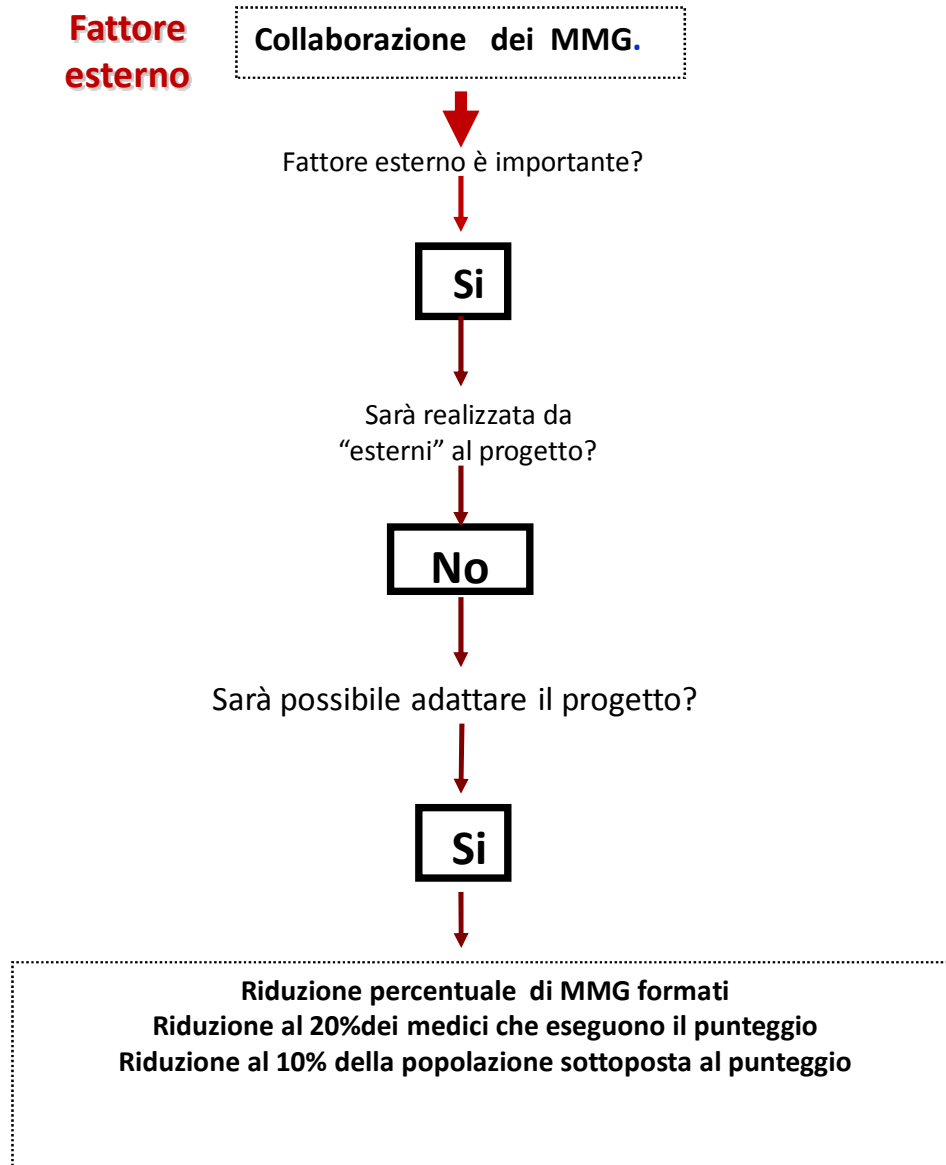


Riduzione al 10% MMG coinvolti e al 3% punteggi effettuati

**ANALISI DEI RISCHI - MEDICINA PREDITTIVA PER LA
DIFFUSIONE DELL' UTILIZZO DELLA CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE**

RISCHIO	CONSEGUENZE DEL RISCHIO	MANAGEMENT DEL RISCHIO	RESPONSABILE DEL MANAGEMENT	INDICATORI	VALORE ATTESO	FONTE DI VERIFICA
MANCATO INSERIMENTO NORMA AD HOC PER MMG	MODIFICA DEL QUADRO LOGICO NEI RISULTATI ATTESI PER RIDURRE LA PERCENTUALE DI MMG CHE ESEGUONO IL CALCOLO DAL 40% AL 10%. (E DAL 20% AL 3% DELLA POPOLAZIONE SOTTOPOSTA AL CALCOLO)	OTTENIMENTO ADESIONI VOLONTARIE DEI MMG AL PROGETTO	DIRIGENTE PREVENZIONE REGIONE ABRUZZO	N° MMG DISPONIBILI AL PROGETTO	10% DEI MMG ADERISCONO AL PROGETTO	ADESIONI PERVENUTE AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Analisi dei rischi



**ANALISI DEI RISCHI - MEDICINA PREDITTIVA PER LA
DIFFUSIONE DELL' UTILIZZO DELLA CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE**

RISCHIO	CONSEGUENZE DEL RISCHIO	MANAGEMENT DEL RISCHIO	RESPONSABILE DEL MANAGEMENT	INDICATORI	VALORE ATTESO	FONTE DI VERIFICA
MANCATA O RIDOTTA COLLABORAZIONE DA PARTE DEI MMG	MODIFICA DEL QUADRO LOGICO NEI RISULTATI ATTESI PER RIDURRE LA PERCENTUALE DI MMG CHE ESEGUONO IL CALCOLO DAL 40% AL 20%. (E DAL 20% AL 10% DELLA POPOLAZIONE SOTTOPOSTA AL CALCOLO)	OTTENIMENTO ADESIONI VOLONTARIE DEI MMG AL PROGETTO COINVOLGIMENTO DEI SINDACATI DEI MMG FIRMATARI	DIRETTORE SERVIZIO IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA	N° MMG DISPONIBILI AL PROGETTO	20% DEI MMG ADERISCONO AL PROGETTO	ADESIONI PERVENUTE AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Analisi dei rischi

Fattore esterno

Collaborazione dei portatori d'interesse



Fattore esterno: è importante?

Si



Sarà realizzata da "esterni" al progetto?

No



Sarà possibile adattare il progetto?

Si



**Riduzione numerica dei portatori d'interesse coinvolti
Rimodellamento campagna di comunicazione
Riduzione 5% della diffusione della carta del rischio**

**ANALISI DEI RISCHI - MEDICINA PREDITTIVA PER LA
DIFFUSIONE DELL' UTILIZZO DELLA CARTA DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE**

RISCHIO	CONSEGUENZE DEL RISCHIO	MANAGEMENT DEL RISCHIO	RESPONSABILE DEL MANAGEMENT	INDICATORI	VALORE ATTESO	FONTE DI VERIFICA
MANCANZA O RIDUZIONE DELLA COLLABORAZIONE DEI PORTATORI D'INTERESSE	MODIFICA DEL QUADRO LOGICO NEI RISULTATI ATTESI PER RIDURRE LA PERCENTUALE DI MMG CHE ESEGUONO IL CALCOLO DAL 40% AL 30%. (E DAL 20% AL 15% DELLA POPOLAZIONE SOTTOPOSTA AL CALCOLO)	OTTENIMENTO ADESIONI VOLONTARIE DI ALCUNI PORTATORI D'INTERESSE	DIRIGENTI ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA	N° PORTATORI D'INTERESSE DISPONIBILI AL PROGETTO	30% DEI PORTATORI D'INTERESSE AL PROGETTO	ADESIONI PERVENUTE AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

6) Beneficiari: Popolazione di età compresa tra 35 e 69 anni di entrambi i sessi esenti da un precedente evento cardiovascolare per misurare la probabilità di sviluppare infarto o ictus cerebrale nei successivi 10 anni.

7) Obiettivi di Processo:

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
N° MMG che aderiscono/ N° tot MMG	Registro delle attività	0				
			30%		40%	
N° MMG attivati/ N° MMG formati	-Registro delle attività -Cuore.exe	0	70%		90%	
Popolazione sottoposta al calcolo / popolazione generale tra 35 e 69 aa	Cuore.exe	0	5%		20%	

REGIONE : ABRUZZO

GUIDA SENZA ALCOL

Identificativo della Linea di intervento generale : 2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale

Titolo del Progetto: 2.1.2 GUIDA SENZA ALCOL

Breve descrizione del progetto:

Il progetto, che si affianca ad altri interventi già attivati, che affrontano il problema della prevenzione degli incidenti stradali in ambito scolastico, rivolgendosi ad una popolazione di età inferiore ai 18 anni, si rivolge alla popolazione generale adulta, coinvolgendo anche la popolazione lavorativa. In considerazione delle caratteristiche del contesto, delle criticità regionali del sistema di sorveglianza e del percorso di valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti con problemi di alcol-dipendenza, delle modifiche normative intervenute in materia di sicurezza stradale in relazione al consumo di alcol e dell'estensione degli effetti di tali modifiche ai guidatori professionali (con il rischio di ripercussioni negative sui rapporti di lavoro), si pone come **obiettivo specifico** l'aumento della consapevolezza sui rischi di incidente connessi alla guida sotto l'effetto dell'alcol nella popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni.

I **risultati attesi** sono i seguenti:

1. conoscenza diffusa nella popolazione delle sanzioni previste per la guida in stato di ebbrezza, da conseguire attraverso:
 1. una campagna informativa coordinata tra Servizio Sanitario Regionale e Forze di Polizia sulle norme contenute nel Codice della Strada riferite alla guida in stato di ebbrezza alcolica e ai requisiti di idoneità previsti per il rilascio e per la restituzione della patente di guida;
2. conoscenza diffusa nella popolazione dei rischi per la sicurezza connessi alla guida sotto l'effetto dell'alcol, attraverso:
 1. la formazione degli istruttori delle autoscuole e delle Forze di Polizia Municipale;
 2. la formazione dei medici competenti finalizzata allo sviluppo di competenze in materia di valutazione dei comportamenti a rischio negli ambienti di lavoro, di counseling e di prevenzione alcolologica;
 3. il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali dei lavoratori e dei datori di lavoro per la diffusione nei luoghi di lavoro della conoscenza dei rischi per la salute e la sicurezza connessi al consumo di alcol, con particolare riferimento alle attività di guida professionale;
 4. il coinvolgimento delle associazioni di volontariato (a partire da alcolisti anonimi e associazione dei familiari e vittime della strada) nelle attività informative e nella promozione dell'uso di etilometri nei casi di assunzione di bevande alcoliche prima di mettersi alla guida, in collaborazione con i Servizi di Alcolologia delle AUSL;
 5. la costruzione di un sistema informativo regionale sugli incidenti stradali che integri i dati ricavati dagli interventi e dai controlli delle Forze di Polizia con quelli registrati presso i Servizi di Pronto Soccorso e nelle SDO (per le quali si prevedono azioni finalizzate al miglioramento della qualità e della completezza della compilazione del campo "traumatismi e intossicazioni"), finalizzato all'attivazione della sorveglianza epidemiologica del fenomeno degli incidenti stradali in generale e di quelli alcol-correlati in particolare;
3. migliore efficacia del percorso di valutazione dell'idoneità alla guida dei soggetti con problemi alcol-correlati (in fase di primo rilascio o dopo sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza) da parte delle Commissioni Mediche Locali, attraverso:
 1. integrazione di ciascuna delle Commissioni con un Medico Alcolologo;
 2. emanazione di linee guida regionali per procedure omogenee sul territorio per l'integrazione dei Servizi di Alcolologia nel percorso di valutazione dell'idoneità dei casi di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza, e la realizzazione di interventi formativi finalizzati alla modifica del comportamento rischioso;
4. aumentata consapevolezza nella popolazione generale e nei guidatori dei rischi di incidente stradale connessi alla guida sotto l'effetto dell'alcol attraverso:

1. accordi tra SSR e Forze di Polizia per il rinforzo, il coordinamento e l'omogeneità delle azioni di controllo sul territorio, con l'incremento del numero di misurazioni dell'alcol nell'aria espirata e il monitoraggio dei risultati;
2. promozione di iniziative per l'adozione di mezzi di trasporto alternativi alla guida del mezzo proprio da parte di persone che abbiano assunto alcolici (guidatore designato, autobus notturni gratuiti nelle aree a maggiore densità di locali di divertimento);
3. il sostegno ad iniziative di formazione degli operatori di esercizi pubblici per la vendita e la somministrazione responsabile di alcolici (nel caso di minori, guidatori, persone in stato di ebbrezza);
4. verifica della effettiva disponibilità di etilometri all'uscita dei pubblici esercizi che chiudono dopo la mezzanotte.

Per il coordinamento delle azioni e il monitoraggio dei risultati verranno istituiti, presso la Direzione Regionale Politiche della Salute, una **cabina di regia** (cui parteciperanno, oltre a referenti dei Servizi Prevenzione Collettiva e Programmazione socio – assistenziale, progettualità di territorio, medicina sociale e tutela della salute mentale e dipendenze, operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Servizi di Alcologia delle AUSL) ed un **gruppo di coordinamento regionale** (cui parteciperanno, oltre ai componenti la cabina di regia, referenti dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione e delle direzioni sanitarie aziendali delle AUSL, rappresentanti delle associazioni di volontariato, delle associazioni delle autoscuole, delle associazioni dei pubblici esercenti, delle Forze di Polizia).

BENEFICIARI:

Popolazione di età compresa tra 18 e 64 anni; guidatori (compresi i guidatori professionali) residenti nella regione Abruzzo.

OBIETTIVI DI PROCESSO PERSEGUITI:

- 1) costituzione della cabina di regia e del coordinamento regionale;
- 2) realizzazione di una campagna informativa sui contenuti delle norme del codice della strada riguardanti il rapporto tra alcol e guida;
- 3) realizzazione di un corso di formazione per medici competenti per ciascuna provincia ;
- 4) integrazione delle Commissioni Mediche Locali con un Medico Alcolologo nel rispetto della Legge n. 125/01;
- 5) emanazione di Linee Guida regionali per la valutazione dell'idoneità alla guida nei casi di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza alcolica
- 6) realizzazione di un corso di formazione per ogni provincia per istruttori di scuola guida sui rischi per la salute e la sicurezza connessi all'assunzione di alcol

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE E AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Costituzione della cabina di regia regionale	Atto formale di costituzione		100%			
Costituzione coordinamento regionale	Atto formale di costituzione		100%			
n. corsi di formazione per medici competenti realizzati / 4 x 100	Sistema di accreditamento ECM + rendicontazione alla cabina di regia regionale		50%		100%	

Emanazione Linee Guida regionali per valutazione idoneità alla guida	Atto formale		100%		
n. corsi di formazione per istruttori di scuola guida realizzati / 4 x 100	Registri di presenza e rendicontazione alla cabina di regia regionale		50%		100%

ANALISI DI CONTESTO

Il numero rilevante di decessi determinati dagli incidenti stradali (circa 3.000 al giorno nel mondo; 127.000 l'anno nell'Unione Europea), e il grande numero di feriti (ogni anno decine di milioni nel mondo, circa 2,4 milioni nell'Unione Europea) e di disabili (circa 20.000 casi l'anno stimati in Italia) rappresentano un grave problema di sanità pubblica, oltre ad essere causa di notevoli costi finanziari (diretti ed indiretti): più di 180.000 milioni di euro nell'Unione Europea, il 2% del PIL in Italia.

Gli incidenti stradali rappresentano la principale causa di morte delle persone al di sotto dei 40 anni e coinvolgono tutte le fasce di popolazione, indipendentemente dal reddito, con una maggiore vulnerabilità di bambini, pedoni, ciclisti, motociclisti e anziani. L'esistenza di strategie di prevenzione efficaci rende la situazione particolarmente inaccettabile, tanto da motivare l'adozione di piani di azione, sia da parte dell'OMS, sia dell'Unione Europea, per la riduzione degli incidenti stradali del 40% entro il 2010.

Le cause più frequentemente associate agli incidenti stradali sono legate al comportamento dei conducenti dei veicoli: tra questi, la guida sotto l'effetto dell'alcol, che determina un aumento non solo della probabilità di incidente, ma anche della probabilità di conseguenze traumatiche gravi o mortali. Si stima che se nessun guidatore superasse il limite di 0,5 g/dl di alcolemia, potrebbero essere evitati dal 50% dei traumi gravi e mortali per incidente stradale nell'Unione Europea.

Con l'European Alcohol Action Plan 2000 – 2005 l'**Unione Europea** fissava come obiettivo la riduzione del numero di incidenti stradali alcol-correlati e raccomandava una serie di azioni, fra cui: la garanzia di elevati livelli di controllo del rispetto della legislazione in materia di guida sotto l'effetto dell'alcol; la promozione di controlli casuali della concentrazione dell'alcol nell'aria espirata; la revisione dei limiti legali di alcolemia per i guidatori (0,05 g/dl, con limiti prossimi allo zero per neopatentati e guidatori professionali), l'incoraggiamento dell'uso di mezzi di trasporto alternativi al proprio veicolo per i guidatori che abbiano consumato alcolici; l'obbligo di programmi educativi e di trattamento per i guidatori responsabili di incidenti ripetuti sotto l'effetto dell'alcol.

Gli **interventi efficaci** per la riduzione del fenomeno della guida sotto l'effetto dell'alcol sono di diverso tipo e vanno dalla fissazione di limiti legali di alcolemia alla messa in atto di sistemi di controllo del loro rispetto, alla individuazione di sanzioni severe da erogare rapidamente, al trattamento dei guidatori recidivi, alle restrizioni per i guidatori giovani o inesperti, alla promozione di iniziative e programmi che prevedono mezzi di trasporto alternativi per i guidatori che abbiano assunto alcolici. In ogni caso, viene raccomandata la realizzazione di interventi multicomponente; il solo intervento normativo non garantisce il rispetto dei limiti, ma è necessario che ad esso venga affiancato un sistema di controlli rigorosi.

Si stima che: la fissazione di limiti legali compresi tra 0 e 0,2 g/dl per guidatori giovani o neopatentati può indurre una riduzione di una quota fra il 4% e il 24% di incidenti che coinvolgono persone giovani; l'introduzione di postazioni di controllo dell'alcolemia e controlli casuali con etilometri possono indurre una riduzione degli incidenti alcol-correlati di circa il 20% (per questa misura si è dimostrato un rapporto favorevole tra costo ed efficacia). In questo senso si muove la **legislazione italiana** che, con le recenti disposizioni in materia di sicurezza stradale (Legge n. 120/2010), stabilisce: la condizione di "non abuso" di sostanze alcoliche come requisito ai fini del primo rilascio della patente di guida e dell'esercizio dell'attività professionale di trasporto su strada; l'inasprimento delle sanzioni in caso di accertato superamento dei limiti legali di alcolemia nei guidatori; il divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche ("limite legale 0") prima di mettersi alla guida per i neopatentati, per i giovani (< 21 anni) e per i guidatori "professionali".

Il consumo di alcol, anche in dosi relativamente piccole, incrementa il rischio di incidente stradale, mettendo a rischio la sicurezza sia delle persone che viaggiano sui veicoli, sia dei pedoni. L'alcol non compromette solo funzioni critiche per la guida sicura (come la vista e il tempo di reazione), ma è associato anche a compromissione della capacità di giudizio, con la conseguente assunzione di altri comportamenti altamente rischiosi, come la guida a velocità elevate e il mancato uso di cinture di sicurezza. I guidatori giovani di sesso maschile sono ad alto rischio per questo tipo di incidenti, e gli incidenti alcol-correlati sono più frequenti di notte. A parte l'impatto diretto, l'alcol influenza anche altri aspetti della sicurezza nella guida, come l'uso delle cinture di sicurezza e del casco, oltre che la scelta della velocità.

Anche dopo l'incidente, l'alcol può determinare criticità nella valutazione delle conseguenze traumatiche e nel loro trattamento (gli effetti dell'alcol possono simulare i sintomi di un trauma cranico, l'alcol può interagire con farmaci analgesici e con sedativi, può complicare un eventuale intervento chirurgico e influenzare le decisioni relative all'anestesia) e determina un aumento della probabilità di complicanze durante il ricovero. Inoltre, i pazienti alcol-positivi al momento dell'incidente sono a maggior rischio di recidive.

Nella maggior parte dei Paesi ricchi circa il 20% dei guidatori deceduti per incidente stradale aveva un eccesso di alcol nel sangue rispetto ai limiti legali.

Secondo stime dell'OMS, almeno il 10% degli infortuni sul lavoro sono attribuibili all'alcol.

Gli incidenti stradali sono la principale causa di morte sul lavoro negli USA e contribuiscono in modo sostanziale al carico di mortalità stradale negli altri Paesi industrializzati. Negli USA i decessi per incidente stradale tra il 1992 e il 2001 hanno rappresentato il 35% di tutti gli infortuni mortali sul lavoro e poco più del 3% dei decessi per incidente stradale.

Nell'Unione Europea gli **incidenti stradali mortali sul lavoro** rappresentano nel 1999 il 41% degli infortuni mortali sul lavoro. In Italia, già nel 2001, con la **Legge n. 125** (Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati) era stato stabilito il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche nelle attività lavorative ad elevato rischio di infortuni sul lavoro o che comportano rischi per la sicurezza di terzi, e veniva affidato al medico competente (e ai medici del lavoro dei Servizi PSAL delle AUSL) il compito di effettuare eventuali controlli alcolimetrici. Con l'intesa Stato-Regioni del 6 marzo 2006, fra le attività lavorative a rischio venivano inserite quelle di guida di veicoli stradali, di taxi, di veicoli a noleggio con conducente, di veicoli che trasportano merci pericolose su strada. Questi lavoratori, in caso di riscontro di livelli alcolemici > 0,8 g/dl durante la guida, ai sensi dell'art. 44 della Legge n. 120/2010 sono puniti con la revoca della patente, che costituisce giusta causa di licenziamento. La Legge n. 125/01 prevede inoltre la presenza dell'alcolologo nelle commissioni mediche locali quando vengano sottoposte a visita persone con problemi alcol-correlati (in particolare, in fase di verifica dell'idoneità delle persone segnalate per la guida in stato di ebbrezza alcolica).

Nel periodo compreso tra il 2001 e il 2009 si è osservata in **Italia** una costante e progressiva riduzione del numero di incidenti stradali, del numero di morti (complessivamente intorno al 40%) e di feriti (circa il 18%),

ANNI	Incidenti	Morti	Feriti	Indice di mortalità (a)	Variazione percentuale annua numero morti rispetto all'anno precedente (b)	Variazione percentuale numero morti rispetto al 2001 (c)
2001	263.100	7.096	373.286	2,7	-	-
2002	265.402	6.980	378.492	2,6	-1,6	-1,6
2003	252.271	6.563	356.475	2,6	-6,0	-7,5
2004	243.490	6.122	343.179	2,5	-6,7	-13,7
2005	240.011	5.818	334.858	2,4	-5,0	-18,0
2006	238.124	5.669	332.955	2,4	-2,6	-20,1
2007	230.871	5.131	325.850	2,2	-9,5	-27,7
2008	218.963	4.725	310.745	2,2	-7,9	-33,4
2009	215.405	4.237	307.258	2,0	-10,3	-40,3

(a) L'indice di mortalità si calcola come rapporto tra il numero dei morti e il numero degli incidenti, moltiplicato 100.

(b) La variazione percentuale annua è calcolata rispetto all'anno precedente su base variabile: $\left(\frac{M^t}{M^{t-1}} - 1\right) * 100$.

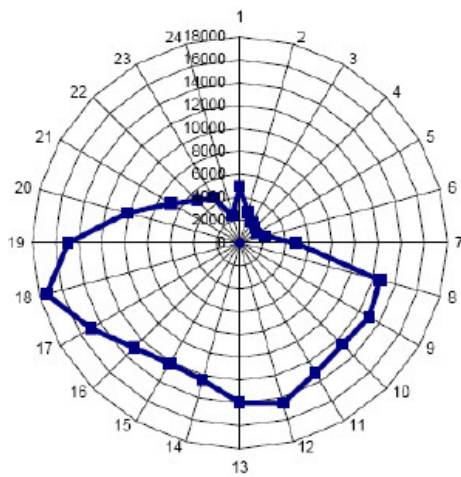
(c) La variazione percentuale è calcolata per l'anno t rispetto all'anno 2001 su base fissa (2001=100): $\left(\frac{M^t}{M^{2001}} - 1\right) * 100$.

particolarmente marcata a seguito dell'introduzione della patente a punti (nel giugno 2003), accompagnata da una campagna informativa attraverso i mass-media e da controlli rafforzati da parte delle forze di polizia (Fonte: ISTAT). Il dato è particolarmente significativo se si considera che nello stesso periodo vi è stato un aumento di circa il 18% del parco veicolare circolante.

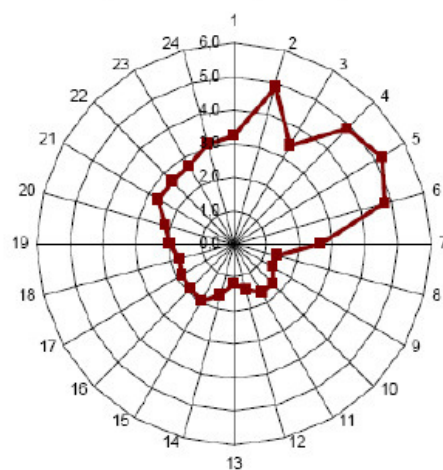
La maggior parte degli incidenti avviene sulle strade urbane (il 76% nel 2009). Con l'introduzione dal 2006 del sistema di controllo elettronico della velocità media ("Tutor") il numero di morti per incidente in autostrada si è ridotto del 22% circa; le strade extraurbane mostrano l'indice di mortalità più elevato (5,3 morti ogni 100 incidenti per le strade extraurbane a una carreggiata con doppio senso di marcia).

I giorni della settimana con il maggior numero di incidenti e di feriti sono il giovedì ed il venerdì, mentre il sabato presenta la frequenza più elevata di decessi, e la domenica l'indice di mortalità (numero di morti

Incidenti stradali per ora del giorno - Anno 2009 (valori assoluti)

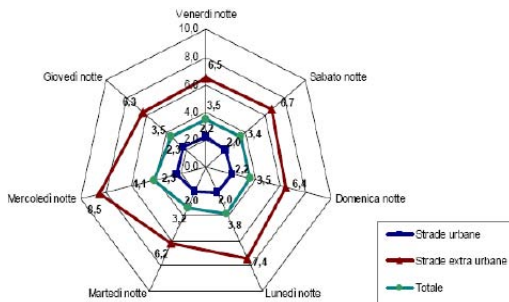


Indice di mortalità per incidenti stradali per ora del giorno - Anno 2009



ogni 100 incidenti) più alto.

Rispetto alle ore del giorno, mentre i picchi di frequenza si registrano in corrispondenza delle ore di ingresso e di uscita dal lavoro e dell'intervallo di pranzo, l'indice di mortalità assume i valori massimi intorno alle 2 di notte e fra le 4 e le 6 del mattino. Il 43% circa degli incidenti notturni, con il 42% circa dei feriti e il 46% circa dei morti (sia per le strade urbane, sia per quelle extraurbane), si verificano durante le notti del venerdì e del sabato.



Gli indici di mortalità più elevati durante le ore notturne si registrano sulle strade extraurbane (strade statali, provinciali, comunali extraurbane, regionali, autostrade e raccordi).

Per quanto riguarda le cause degli incidenti, nel 45% circa dei casi risiedono nel comportamento del guidatore. Non sono disponibili per il 2009 i dati sulle circostanze presunte dell'incidente legate alle condizioni psico-fisiche del guidatore a causa della frequente indisponibilità dei dati al momento del rilievo e per la discrepanza esistente tra i dati disponibili e quelli diffusi attraverso studi ad hoc di organismi

internazionali.

La carenza di dati affidabili sulla quota di incidenti stradali correlati alla guida sotto l'effetto dell'alcol richiama la raccomandazione dell'OMS (Global Status Report on Road Safety – Time for Action, Geneva, World Health Organization, 2009) sulla necessità da parte dei vari Paesi di attivare sistemi di sorveglianza su una serie di indicatori correlati alla prevenzione dei traumi da incidente stradale per il monitoraggio e la valutazione degli interventi, e tra questi la percentuale di guidatori con alcolemia al di sopra dei limiti legali.

Secondo i dati ISTAT, fra il 2005 e il 2007 il tasso di incidenti stradali da mezzi di trasporto in **Abruzzo** è stato costantemente inferiore a quello medio nazionale, al contrario dell'indice di gravità.

TASSI (per 1.000) DI INCIDENTI STRADALI DA MEZZI DI TRASPORTO – Anni 2005-2007

	2005	2006	2007	Media 2005-2007
Abruzzo	1,99	1,89	1,94	1,94
Italia	3,07	3,16	2,9	3,04

INDICE DI GRAVITA' (per 100) INCIDENTI STRADALI – ANNI 2005-2007

	2005	2006	2007	Media 2005-2007
Abruzzo	1,82	2,29	1,83	1,98
Italia	1,71	1,67	1,55	1,64

Fonte: Osservasalute 2009 – ISTAT

Anche per i tassi standardizzati di mortalità per incidenti stradali fra il 2001 e il 2003 e nel 2006 l'Abruzzo si colloca al di sopra dei valori nazionali.

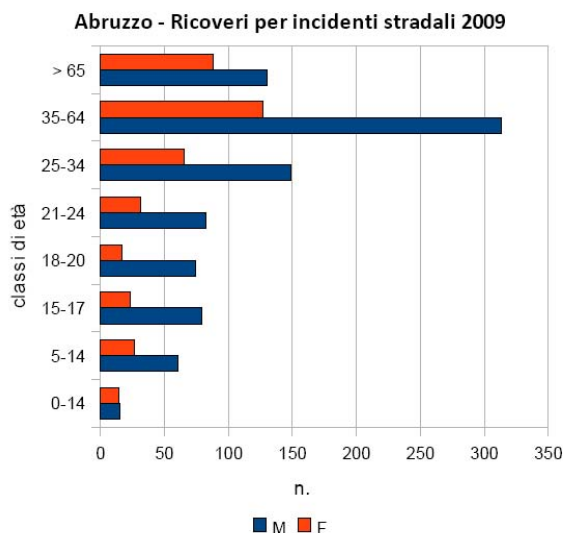
TASSI STANDARDIZZATI DI MORTALITA' (per 10.000) PER ACCIDENTI STRADALI DA MEZZI DI TRASPORTO 2001 – 2002 – 2003 E 2006

	Maschi				Femmine				Totale*		
	2001	2002	2003	2006	2001	2002	2003	2006	2001	2002	2003
Abruzzo	2,32	2,28	1,86	2,02	0,45	0,5	0,57	0,58	1,36	1,37	1,2
Italia	2,07	1,98	1,85	1,64	0,53	0,49	0,44	0,39	1,26	1,2	1,1

Fonte: Osservasalute 2009 - ISTAT

*Totale 2006: dati non disponibili

Anche in Abruzzo, come nel resto d'Italia, il numero di incidenti stradali ha subito negli ultimi anni una progressiva riduzione, passando dai 4.253 del 2007 ai 3.853 del 2009 (- 10% circa); parallelamente di è ridotto il numero di persone decedute (-22% circa) e di feriti (-6% circa).



I ricoveri ospedalieri per acuti a causa di traumatismi ed intossicazioni nel 2009 (come rilevato dalla analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera) sono stati circa 18.600 (pari all'11% circa dei ricoveri ordinari), dei quali solo il 42% circa correttamente classificato rispetto alla tipologia di incidente all'origine della lesione (infortunio sul lavoro, incidente domestico, incidente stradale, ecc). Il 16,7% dei 7.700 ricoveri con SDO correttamente compilata risulta attribuito ad incidente stradale.

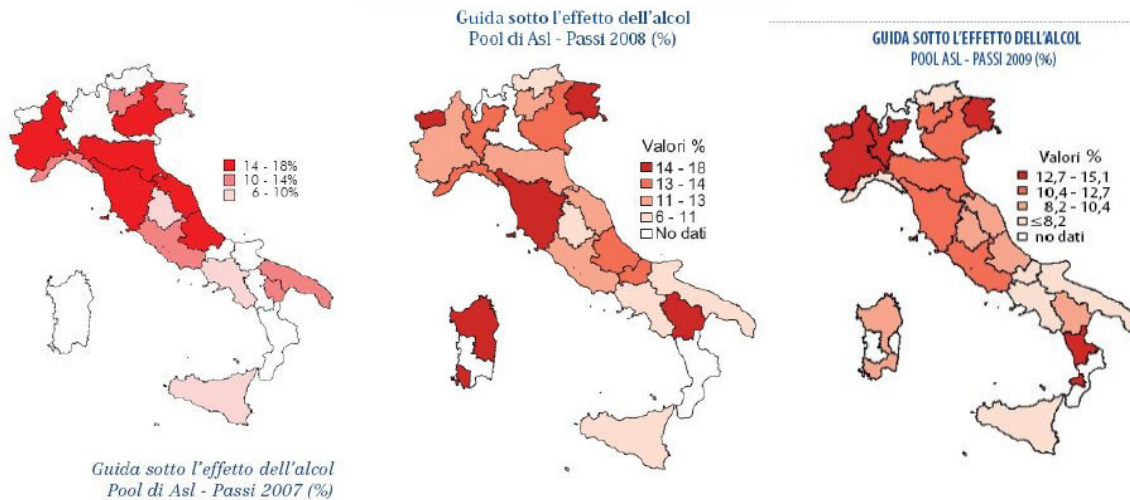
Nel corso del 2009 sono stati registrati (e classificati come tali) circa 1.300 ricoveri ospedalieri a seguito di incidente stradale, con 13

casi mortali (8 dei quali hanno interessato persone di età superiore ai 65 anni). Il maggior numero di ricoveri ha interessato gli uomini e le fasce di età superiori ai 25 anni, con un picco tra i 35 e i 64 anni. La mancata codifica di più della metà delle schede di dimissione ospedaliera con diagnosi principale compresa nel blocco dei traumatismi ed avvelenamenti rende il dato parziale, pur se rappresentativo di una quota non trascurabile degli eventi.

Sono stati presi in esame i risultati dei prelievi per dosaggio della concentrazione di alcol nel sangue eseguiti presso le strutture di Pronto Soccorso della Regione. I dati disponibili riguardano sette strutture (comprese quelle appartenenti ai quattro Presidi Ospedalieri dei capoluoghi di provincia). I risultati sono riportati nella tabella sottostante e documentano una riduzione del numero dei controlli positivi, più marcata nel 2009 rispetto al 2008, che tuttavia restano di poco inferiori al 40%.

Dai risultati dello studio di sorveglianza PASSI relativo agli anni 2007, 2008 e 2009 emerge che l'Abruzzo si colloca in una posizione favorevole rispetto all'uso riferito di dispositivi di sicurezza (uso del casco in moto e delle cinture di sicurezza anteriori in auto), mentre la percentuale di persone che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol si colloca al di sopra della media del Pool ASL nazionale nel 2007 e nel 2008; anche se nel 2009 si osserva una riduzione della percentuale, resta comunque preoccupazione il fatto che circa una persona su dieci dichiara di aver guidato entro un'ora dall'aver bevuto due o più unità di bevanda alcolica.

	2007		2008		2009	
	n. prelievi	% positivi	n. prelievi	% positivi	n. prelievi	% positivi
AQ	112	52,68	357	52,1	312	43,91
TE	481	43,45	591	41,46	580	32,59
CH	190	51,05	151	45,7	178	43,26
PE	82	39,02	114	28,07	172	33,72
ABRUZZO	865	46,13	1213	45,44	1242	37,77



In conclusione:

- La regione, sulla base dello studio **PASSI**, si colloca in due degli ultimi tre anni, al di sopra del pool nazionale ASL per numero di persone che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol; negli stessi anni i prelievi per alcolemia presso i Pronto Soccorso della regione risultavano positivi per il 45% circa;
- La qualità di compilazione delle **SDO** rispetto al campo "traumatismi ed intossicazioni" richiede di essere migliorata per consentire la sorveglianza epidemiologica delle conseguenze sanitarie degli incidenti, e in particolare degli incidenti stradali;
- Le **commissioni mediche locali**, nei casi di valutazione dell'idoneità al rilascio o alla restituzione della patente a persone con problemi alcol-correlati o che hanno violato l'art. 186 del codice della strada (guida sotto l'influenza dell'alcol), non sono integrate con la figura dell'alcolologo, né operano

in collaborazione con i Servizi di Alcolologia per interventi favorevoli la modifica dei comportamenti delle persone soggette a valutazione;

- Le previsioni normative in materia di guida professionale sotto l'effetto dell'alcol richiedono il coinvolgimento dei **medici competenti** per azioni che, attraverso la valutazione dei comportamenti a rischio ed eventuali attività di counseling, siano orientate alla prevenzione alcolica;
- Le recenti modifiche del codice della strada rappresentano un'occasione per intraprendere **azioni coordinate con altri attori esterni al Servizio Sanitario** chiamati in causa (operatori addetti alla somministrazione di bevande alcoliche, forze di polizia, istruttori di autoscuola, associazioni di volontariato, parti sociali), coinvolgendo la collettività nella direzione dell'aumento della consapevolezza dei rischi di incidente stradale legati alla guida sotto l'effetto dell'alcol.

REGIONE : ABRUZZO

COLTIVIAMO LA SICUREZZA

Identificativo della Linea di intervento generale : 2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate

Titolo del Progetto: 2.2.1 COLTIVIAMO LA SICUREZZA

Breve descrizione del progetto:

Il settore dell'agricoltura è caratterizzato da elevati indici infortunistici e da un rapporto infortuni mortali / infortuni totali elevato rispetto al settore dell'Industria e Servizi, oltre che da una distribuzione disomogenea nel territorio e da una notevole frammentazione del tessuto produttivo. Negli ultimi anni il numero di infortuni si è progressivamente ridotto, ma resta una quota non trascurabile di eventi (anche mortali) alla cui origine si trovano problemi di sicurezza delle macchine agricole. L'intervento previsto nel Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012 si iscrive nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione in agricoltura e silvicoltura 2009 – 2011, ed ha l'obiettivo di rimodulare il Piano Regionale di prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura approvato con D.G.R. n. 609 del 26/10/2010, adottandone gli obiettivi e le azioni e regolandoli sulla base delle caratteristiche del settore produttivo nella regione e dei rischi più gravi per la sicurezza degli addetti, prendendo come riferimento i risultati dell'attività di sorveglianza degli infortuni gravi e mortali.

Il progetto prevede, attraverso l'adozione degli strumenti tecnici messi a disposizione dalla cabina di regia nazionale e il loro adeguamento alle esigenze locali:

- la realizzazione di una campagna informativa rivolta agli utilizzatori (anche non professionali) e ai riparatori / venditori di macchine agricole; la produzione di moduli formativi specifici da impiegare nei corsi di formazione obbligatoria destinati agli attori della prevenzione in agricoltura e nell'offerta formativa degli Istituti Tecnici e Professionali per l'Agricoltura, con l'obiettivo di accrescere la consapevolezza dei rischi di infortunio legati all'uso delle macchine agricole;
- la costituzione di una cabina di regia regionale e la costruzione di una anagrafe aggiornata delle aziende agricole per la programmazione della vigilanza, da ripartire tra le AUSL in base al numero di aziende e degli infortuni gravi e mortali accaduti nel territorio;
- la formazione degli operatori dei SPSAL e la realizzazione dell'attività di vigilanza secondo criteri e procedure formalizzati, omogenei e condivisi con le parti sociali e con le associazioni di rappresentanza dei venditori / riparatori di macchine agricole, utilizzando il primo modulo della scheda di sopralluogo elaborata dalla cabina di regia nazionale;
- la promozione della vigilanza coordinata e/o congiunta ASL – DPL – INAIL – INPS secondo criteri condivisi ai fini della sicurezza del lavoro e del contrasto al lavoro irregolare.

Si prevede, oltre alla diffusione attiva periodica dei risultati dell'attività di vigilanza, il coinvolgimento in tutte le fasi del progetto degli operatori del sistema pubblico di prevenzione (Dipartimenti di Prevenzione delle AUSL, DPL, INAIL, INPS), delle parti sociali e delle associazioni di rappresentanza dei venditori / riparatori di macchine agricole. Gli alleati nella realizzazione del progetto saranno, oltre a quelli sopra citati, la Direzione Regionale per le Politiche Agricole, le CCIAA

RISULTATI ATTESI:

- aumento della consapevolezza degli attori della prevenzione nel settore agricoltura, dei riparatori / venditori e degli utilizzatori non professionali di macchine agricole sui rischi di infortunio legati all'uso di macchine agricole, anche attraverso la promozione e il sostegno di una formazione di qualità per datori di lavoro, lavoratori subordinati ed autonomi, RLS e tecnici consulenti;
- miglioramento del livello di sicurezza delle macchine agricole a seguito di azioni di vigilanza e controllo uniformate a criteri standardizzati e condivisi.

BENEFICIARI:

Datori di lavoro, lavoratori subordinati e autonomi impegnati nelle aziende agricole oggetto di vigilanza; utilizzatori non professionali di macchine agricole.

OBIETTIVI DI PROCESSO PERSEGUITI:

- 1) formazione degli operatori di vigilanza ASL impegnati nella regione secondo standard nazionale
- 2) produzione di moduli formativi specifici in tema di sicurezza delle macchine agricole
- 3) vigilanza e controllo, nel 2011 sul 2% e nel 2012 sul 5% delle aziende agricole regionali censite, parametrando gli interventi, per ciascuna AUSL, alla distribuzione nel territorio e al numero di infortuni gravi e mortali.

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
n. moduli formativi accreditati / n. moduli formativi elaborati x 100	Documento regionale di accreditamento		100%		100%	
n. aziende agricole ispezionate [§] / n. aziende agricole risultanti dall'anagrafe regionale x 100 <i>§ ponderato in base al numero di giornate di lavoro / anno</i>	Report cabina di regia regionale		2%		5%	
n. di macchine agricole rese conformi / n. macchine agricole controllate x 100	Report cabina di regia regionale		80%		90%	

ANALISI DI CONTESTO

L'agricoltura

Il comparto dell'agricoltura, nonostante la sua dimensione relativamente modesta rispetto al complesso delle attività produttive, si caratterizza, insieme a quello dell'edilizia, per indici di frequenza infortunistica elevati e per un rapporto infortuni sul lavoro mortali / infortuni sul lavoro totali superiore a quello della Gestione Industria e Servizi.

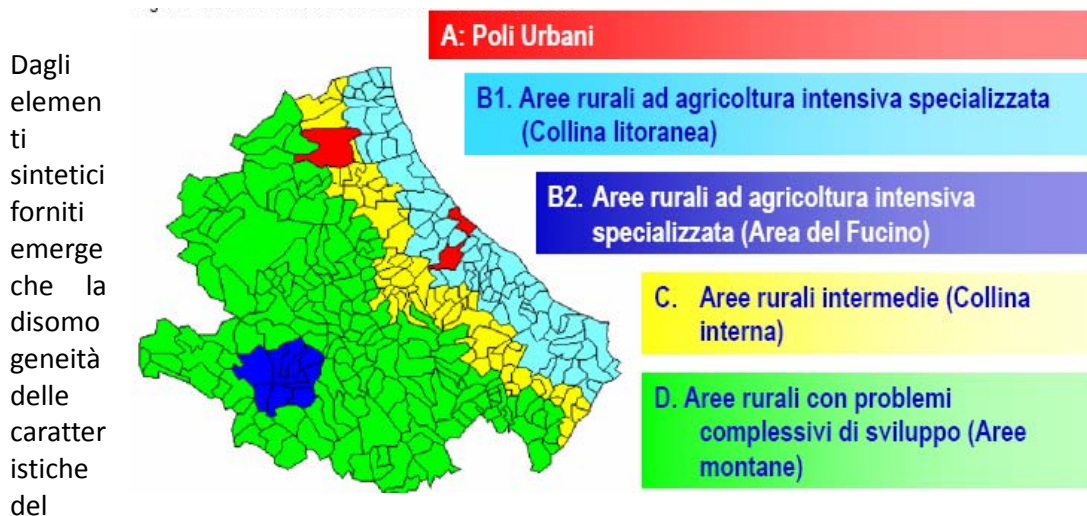
Le 1.628.000 aziende agricole presenti **nel territorio nazionale** nel 2005 occupavano 1.272.000 ULA (unità di lavoro = 280 giornate lavorate nell'azienda); solo 199.000 (il 12% circa) di queste aziende impegnavano lavoratori dipendenti. Il 57,4% delle aziende agricole è insediato nell'Italia del Sud e impegna il 50,4% delle ULA. Le ridotte dimensioni medie (il 74% circa delle aziende agricole occupava il 35% degli addetti e solo l'11% dei dipendenti; più di $\frac{3}{4}$ delle giornate lavorative è stata resa dal conduttore dell'azienda agricola e dai suoi familiari) e la numerosità relativa degli insediamenti, rappresentano elementi di criticità rispetto agli interventi di prevenzione per la salute e la sicurezza degli addetti.

In Abruzzo il 40% della superficie territoriale è utilizzata ad uso agricolo, con una distribuzione delle colture che vede al primo posto seminativi e prati permanenti e pascoli, seguiti da boschi e coltivazioni legnose agrarie. Secondo i dati forniti dall'indagine ISTAT sulla struttura e le produzioni agricole, nel 2007 erano attive 60.070 aziende (il 10,5% in meno rispetto al censimento del 2000), prevalentemente impegnate nelle coltivazioni permanenti (soprattutto vite e olivo, con quote di produzione riferite al 2004 rispettivamente dell'80% e del 57% nella provincia di Chieti) e in quelle di cereali (prodotti per il 44% nella provincia di Chieti nell'anno 2004, e prevalentemente nella provincia di Teramo nell'anno 2005). Solo il 13,5% delle aziende operanti sul territorio regionale superano le 300 giornate di lavoro/anno e il 45,9% si caratterizza per un numero di giornate/anno compreso tra 50 e 300.

Il confronto tra i dati ISTAT riferiti al 2007 e quelli riferiti agli anni precedenti (utilizzati peraltro ai fini dell'elaborazione del Programma regionale di Sviluppo Rurale 2007 – 2013) evidenzia una tendenza all'aumento del numero delle imprese e alla modifica delle tipologie colturali, quest'ultima presumibilmente legata alle condizioni del mercato e alla disponibilità di incentivi economici. Restano comunque costanti alcune caratterizzazioni territoriali:

- le aree rurali collocate nella fascia collinare interna (in cui il 71,5% del territorio è destinato ad attività agricole, con la presenza del 23% circa delle aziende agricole attive nel 2005) e le aree rurali montane (caratterizzate da problemi di sviluppo, e in cui nel 2005 era attivo il 20% circa delle aziende agricole della regione) mostrano un fenomeno di senilizzazione degli addetti particolarmente intenso;
- la SAU (Superficie Agricola Utilizzata) media nella regione è generalmente inferiore a 4 ha per azienda (solo nelle aree montane, occupate prevalentemente da prati permanenti e pascoli, in funzione dell'attività zootecnica diffusa, la media è di 12,4 ha);
- Il 72,5% della SAU nell'area del Fucino è occupata da seminativi, con produzione di ortaggi, colture intensive specializzate e coltivazioni industriali;
- nelle aree collinari (soprattutto in quelle litoranee, dove nel 2005 era insediato il 48% circa delle aziende agricole attive) prevalgono le coltivazioni permanenti (soprattutto vite e olivo);
- il 25,7% del territorio regionale è ricompreso in Parchi nazionali e regionali e si caratterizza per il 93% come area rurale con problemi complessivi di sviluppo;
- in media le attività agricole assorbono il 6,2% degli occupati della regione.

- Per quanto riguarda le aziende zootecniche, i dati ISTAT per l'Abruzzo relativi al 2007 individuano al primo posto per numero gli allevamenti di suini (10.231), seguiti da quelli di ovini (6.590), bovini (5.588) e dagli allevamenti avicoli (5.320). Il numero medio di capi allevati per azienda è comunque al di sotto della media nazionale .



lavoro agricolo rilevabile a livello nazionale si riscontra anche nel territorio abruzzese; la disomogeneità e la disgregazione del tessuto produttivo (nel quale, come detto, predomina la microimpresa e l'impresa familiare), rende particolarmente difficile l'applicazione della normativa di prevenzione e il controllo della sua effettiva applicazione. Particolarmente importante e critica appare da questo punto di vista l'innovazione normativa apportata dall'art. 21 del D.Lgs. n. 81/08 che ricomprende nell'ambito dei soggetti obbligati all'uso di attrezzature di lavoro rispondenti ai criteri di sicurezza anche i coltivatori diretti del fondo e i soci delle società semplici operanti nel settore agricolo.

A livello nazionale, negli ultimi anni si è osservata una riduzione del numero di infortuni sul lavoro (totali e mortali) in agricoltura. Una quota rilevante di essi è determinato dall'insieme di macchine, attrezzature, veicoli, motori, utensili e dispositivi di vario tipo (il 48% nel 2006). Le macchine (e soprattutto i trattori e le macchine semoventi) sono state causa del 14% circa degli infortuni totali accaduti nel 2006, e di $\frac{1}{4}$ degli infortuni mortali, che hanno coinvolto soprattutto lavoratori autonomi nell'ambito di piccole e medie imprese.

Il numero complessivo di eventi mortali legati ogni anno all'uso di un trattore è sicuramente superiore al numero riportato nelle statistiche INAIL. Questo dato viene attribuito, a livello nazionale, all'esclusione dall'assicurazione obbligatoria INAIL, in base alla legge n. 243 del 19 luglio 2003, dei lavoratori autonomi per i quali l'attività agricola non sia prevalente.

I dati contenuti nei Flussi INAIL regionali per l'Abruzzo (edizione 2009 – ultimo anno disponibile 2008) mostrano che nel 2008 gli infortuni denunciati nella Gestione INAIL Agricoltura rappresentano il 10% del totale degli infortuni denunciati, e che il loro numero si è ridotto progressivamente nel periodo 2001 – 2008 (-30% 2008 vs. 2001). La riduzione interessa maggiormente gli infortuni denunciati da donne, che rappresentano poco più del 41% degli infortuni denunciati in agricoltura nel 2008 in Abruzzo. Nello stesso anno la provincia di Chieti mostra il maggior numero di infortuni denunciati, con una percentuale di infortuni di donne prossima al 50%; analizzando la distribuzione per provincia:

- 4) il 41,6% degli infortuni definiti positivamente si è verificato nella provincia di Chieti;
- 5) il 25,4% si è verificato nella provincia di Teramo;

6) il 18,5% si è verificato nella provincia di Pescara;

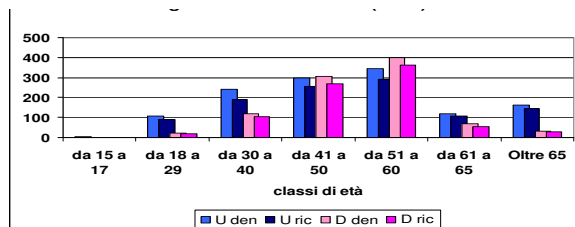
7) il 14,4% si è verificato nella provincia di L'Aquila.

Per quanto riguarda la gravità degli eventi indennizzati:

- La quota di infortuni che hanno comportato solo una inabilità temporanea è lievemente più alta per le donne (di poco superiore all'80%: circa 4-5 punti percentuali in più rispetto agli uomini), che evidenziano una percentuale inferiore di infortuni definiti negativamente;
- La percentuale di infortuni che hanno comportato invalidità permanente non mostra differenze significative tra i due generi;
- I risultati della classificazione per gravità portano a considerare che, se gli infortuni mortali sono tutti (tranne uno verificatosi nel 2005) a carico di uomini, gli infortuni subiti da donne sembrano tendere ad una maggiore gravità. Le percentuali di infortuni "rilevanti" e "indennizzabili" calcolate per gli anni 2007 e 2008, nonostante l'instabilità dei dati, sollecitano attenzione.

Infortuni denunciati di donne in agricoltura per tipo di definizione e classi di gravità (2001 - 2008)									
Tipo di definizione	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% su tot 2008
Franchigia	30	27	47	30	24	17	17	10	1,06
Morte con superstiti					1				
Morte senza superstiti									
Non definiti		1	3		5	5		16	1,69
Negativi	137	125	112	119	99	115	74	87	9,21
Invalidità permanente	70	76	57	73	61	77	64	58	6,14
Regolare senza indennizzo	1	2		19	3	4	2		0,00
Invalidità temporanea	1187	1127	1221	1063	1003	963	809	774	81,90
TOTALE	1425	1358	1440	1304	1196	1181	966	945	
CLASSI DI GRAVITA'									
Infotuni rilevanti	312	345	376	356	322	317	297	293	
% su infortuni donne in agricoltura	21,9	25,4	26,1	27,3	26,9	26,8	30,7	31,0	
Infotuni "Indennizzabili"	71	78	57	90	64	81	66	58	
% su infortuni donne in agricoltura	5,0	5,7	4,0	6,9	5,4	6,9	6,8	6,1	
Infotuni "disabilitanti"	1	3	0	19	4	5	2	1	
% su infortuni donne in agricoltura	0,1	0,2	0,0	1,5	0,3	0,4	0,2	0,1	
Infotuni "mortalì"					1				
% su infortuni donne in agricoltura					0,1				

Infortuni denunciati di uomini in agricoltura per tipo di definizione e classi di gravità (2001 - 2008)									
Tipo di definizione	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% su tot 2008
Franchigia	47	47	81	74	60	55	35	28	2,10
Morte con superstiti	11	4	2	6	6	1	2	2	0,15
Morte senza superstiti		2							0,00
Non definiti		6	9	5	8	7	4	33	2,47
Negativi	250	216	208	210	226	196	170	177	13,27
Invalità permanente	97	103	76	86	89	123	89	66	4,95
Regolare senza indennizzo	7	5	5	9	8	6	3	8	0,60
Invalità temporanea	1483	1430	1434	1374	1243	1192	1025	1020	76,46
TOTALE	1895	1813	1815	1764	1640	1580	1328	1334	
CLASSI DI GRAVITA'									
Infortuni rilevanti	403	430	387	408	376	420	343	325	
% su infortuni uomini in agricoltura	21,3	23,7	21,3	23,1	22,9	26,6	25,8	24,4	
Infortuni "Indennizzabili"	94	98	70	82	80	114	83	63	
% su infortuni uomini in agricoltura	5,0	5,4	3,9	4,6	4,9	7,2	6,3	4,7	
Infortuni "disabilitanti"	18	14	9	17	14	8	9	11	
% su infortuni uomini in agricoltura	0,9	0,8	0,5	1,0	0,9	0,5	0,7	0,8	
Infortuni "mortalità"	11	6	2	6	1	1	2	2	
% su infortuni uomini in agricoltura	0,6	0,3	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	



Infortuni denunciati in agricoltura in Abruzzo per genere e classi di età (2008)

L'analisi per classi di età mostra che:

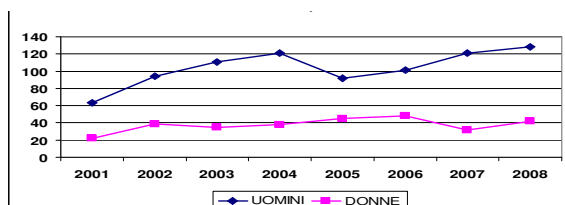
- il numero degli infortuni cresce con l'età, sia per le donne, sia per gli uomini;
- molto più della metà degli infortuni si verifica nelle fasce di età comprese tra 41 e 60 anni, sia per le donne, sia per gli uomini;
- nel 2008, il numero di infortuni di donne è superiore al numero di infortuni di uomini (sia per quanto riguarda gli infortuni denunciati, sia per quanto riguarda quelli definiti positivamente) nelle fasce di età comprese tra 41 e 60 anni;
- nel 2008, una percentuale compresa tra il 7% e l'8% degli infortuni si osserva nella fascia di età superiore ai 65 anni (con una quota preponderante di infortuni maschili) e interessa lavoratrici e lavoratori assicurati.

L'agricoltura è uno dei settori in cui è più forte la presenza di lavoratori immigrati. Sono stati per questo analizzati gli infortuni verificatisi nella regione dal punto di vista del Paese di nascita degli infortunati. Sono emersi in totale 45 Paesi di nascita diversi dall'Italia, per alcuni dei quali

(Svizzera, Francia, Germania, Australia, Belgio, Canada, Argentina, Venezuela) è ragionevole pensare a situazioni di "migrazione di ritorno". Gli infortuni di nati all'estero rappresentano in totale circa il 6% degli infortuni denunciati nel periodo considerato (con percentuali in crescita dal 2,56% del 2001 al 7,46% del 2008), e hanno interessato, per il 54% circa, lavoratori nati in Marocco, Albania, Romania, Macedonia e Serbia – Montenegro (ex-Jugoslavia).

Infortuni denunciati in agricoltura suddivisi per provenienza dei lavoratori e delle lavoratrici (2001 - 2008)								
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nati in Italia	3235	3038	3109	2909	2699	2612	2141	2109
%	97,44	95,81	95,51	94,82	95,17	94,60	93,33	92,54
Nati fuori dall'Italia	85	133	146	159	137	149	153	170
%	2,56	4,19	4,49	5,18	4,83	5,40	6,67	7,46

Numero di infortuni per anno e per Paese di nascita dell'infortunato diverso dall'Italia (2001 - 2008)									
PAESE DI NASCITA	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTALE
MAROCCO	9	19	21	38	22	23	23	30	185
ALBANIA	13	17	21	18	16	14	11	21	131
SVIZZERA	15	22	15	18	16	17	14	11	128
ROMANIA		1	12	14	10	15	39	34	125
MACEDONIA	11	14	14	12	19	16	10	18	114
SERBIA - MONTENEGRO	8	10	10	4	8	5	7	9	61
ALTRI PAESI	29	53	50	55	46	59	49	47	388
TOTALE	85	136	143	159	137	149	153	170	1132



Andamento degli infortuni sul lavoro denunciati in Abruzzo da nati all'estero (2001 - 2008)

Il 20% circa degli infortuni in agricoltura avvenuti nel 2008 nella provincia de L'Aquila (prevalentemente nelle aree Peligna e Marsicana) ha interessato lavoratrici e lavoratori nati all'estero: si tratta della quota più alta nella regione.

Fra il 2001 e il 2007 (per l'anno 2008 non sono ancora disponibili i dati di dettaglio), nell'intera regione l'INAIL ha riconosciuto complessivamente 17.160 gradi di invalidità e 658.249 giornate di lavoro perse a seguito di infortuni in agricoltura.

Circa il 43% dei gradi di invalidità riconosciuti e delle giornate di lavoro perse hanno all'origine un infortunio di cui non è noto l'agente materiale.

Nei casi restanti, le superfici di lavoro e transito rappresentano l'agente materiale al primo posto per gravità delle conseguenze (29% del totale dei gradi riconosciuti e 27% delle giornate di lavoro perse); al secondo posto si collocano le macchine e i mezzi di sollevamento e trasporto (che rendono conto del 10% dei gradi di invalidità riconosciuti e delle giornate di lavoro perse).

Totale gradi di invalidità riconosciuti a seguito di infortuni sul lavoro (esclusi infortuni in itinere) in agricoltura per i principali agenti materiali alla base degli eventi (2001 - 2007)								
AGENTE	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTALE 2001 - 2007
Macchine (motrici, generatrici, operatrici, utensili)	424	129	242	203	161	79	129	1367
Mezzi di sollevamento e trasporto	136	52	45	47	46	24	14	364
Impianti di distribuzione	0	5	1	3	40	15	8	72
Attrezzi, utensili, attrezzature, apparecchiature	63	71	82	49	56	60	61	442
Esplosivi, polveri, gas, vapori, fumi	0	6	0	2	0	1	0	9
Materiali liquidi, materiali solidi	159	108	46	85	20	36	40	494
Plastici, radiazioni, scariche elettriche, fuoco	0	0	0	0	3	0	55	58
Frammenti, schegge, scorie, schizzi, spruzzi, gocce	71	0	40	31	13	6	7	168
Superfici di lavoro e transito	797	421	840	1111	535	646	602	4952
Scale e passerelle	144	20	22	15	46	14	17	278
Animali	135	39	35	97	19	43	73	441
Vegetali	142	16	28	85	75	74	83	503
TOTALE	2071	867	1381	1728	1014	998	1089	9148

Totale giornate di lavoro perdute a seguito di infortuni sul lavoro (esclusi infortuni in itinere) in agricoltura per i principali agenti materiali alla base degli eventi (2001 - 2007)								
AGENTE	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTALE 2001 - 2007
Macchine (motrici, generatrici, operatrici, utensili)	14670	4662	10457	7091	4082	4688	3299	48949
Mezzi di sollevamento e trasporto	4486	2240	2344	2661	1489	1378	910	15508
Impianti di distribuzione	50	170	666	272	348	442	314	2262
Attrezzi, utensili, attrezzature, apparecchiature	3340	3406	5513	3403	2882	2610	1946	23100
Esplosivi, polveri, gas, vapori, fumi	141	167	67	106	174	173	69	897
Materiali liquidi, materiali solidi	7649	2717	3330	4659	2205	1781	1814	24155
Plastici, radiazioni, scariche elettriche, fuoco	77	100	23	53	47	16	340	656
Frammenti, schegge, scorie, schizzi, spruzzi, gocce	1486	285	766	1091	564	310	386	4888
Superfici di lavoro e transito	27789	15923	32152	40498	21982	18217	18984	175545
Scale e passerelle	4122	687	1249	1008	1455	820	566	9907
Animali	4810	2220	3301	3975	1845	2832	2145	21128
Vegetali	3956	1305	2760	3370	2430	2911	2619	19351
TOTALE	72576	33882	62628	68187	39503	36178	33392	346346

Se si prende in esame l'associazione tra cause (agente) e dinamiche (forma) all'origine degli infortuni mortali in agricoltura riconosciuti dall'INAIL in Abruzzo nel periodo compreso tra il 2001 e il 2007, si osserva che su 21 infortuni di cui i due parametri sono noti, 12 riconoscono come agente una macchina motrice o un mezzo di trasporto terrestre. Nel complesso, 1/3 degli infortuni mortali in agricoltura definiti positivamente dall'INAIL sono da ricondurre a carenze di sicurezza delle macchine. A questi vanno aggiunti tutti gli infortuni mortali da ribaltamento di trattori che non sono compresi nelle statistiche INAIL: solo nel 2010, da notizie di stampa, risulta che nella regione sono morti 5 lavoratori (tre dei quali ultrasessantenni) a seguito di ribaltamento di un trattore.

Tabella 16: Forma e agente all'origine degli Infortuni mortali in agricoltura riconosciuti nel periodo 2001 - 2007

AGENTE	FORMA									
	afferrato da	schiacciato da	urtato da	rimasto o incastato	caduto dall'alto	caduto in piano su	ha urtato contro	colpito da	sconosciuto	totale agente
Macchine motrici	1	1	2	1	1	1				7
Mezzi di trasporto terrestre non su rotaie	1	1					2	1		5
Superfici di lavoro e transito			1		3	2				6
Scale e passerelle					1				1	2
Vegetali					1					1
Sconosciuto									14	14
Totale forma	2	2	3	1	6	3	2	1	15	35

REGIONE : ABRUZZO

COSTRUIRE UN MONDO SICURO

Identificativo della Linea di intervento generale : 2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate

Titolo del Progetto: 2.2.1 COSTRUIRE UN MONDO SICURO

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

Breve descrizione del progetto:

Il settore delle costruzioni si caratterizza a livello mondiale per essere fra quelli a maggior rischio di infortuni. Caratteristica specifica del settore è il rischio elevato conseguente alla notevole variabilità nel tempo e nello spazio delle lavorazioni, al coinvolgimento di una pluralità di soggetti "esterni" all'impresa (dai committenti pubblici e privati, ai progettisti, ai coordinatori e ai consulenti per la sicurezza), al coinvolgimento di più imprese e lavoratori autonomi contemporaneamente presenti e alla loro mobilità nel territorio. È quindi fondamentale, ai fini dell'efficacia, che gli interventi di vigilanza e di prevenzione siano il più possibile coordinati, omogenei e coerenti per contenuto informativo su ambiti territoriali che travalicano i confini regionali; questi principi sono stati posti alla base del Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia 2008-2010 delle Regioni, che ha riguardato l'Area della Vigilanza, della Formazione e dell'Assistenza. Già dal 2004 era stata avviata nella regione un'azione di vigilanza programmata, con il duplice obiettivo di incrementare il numero di cantieri ispezionati e coprire in modo omogeneo l'intero territorio, promuovendo parallelamente l'attività di assistenza alle imprese da parte dei comitati paritetici per l'edilizia. L'intervento previsto nel Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2012 si iscrive nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia, adottandone gli obiettivi e le azioni e modulandoli sulle priorità individuate nella regione. Tenendo conto delle prove di efficacia degli interventi finalizzati alla riduzione degli infortuni (mortali e non mortali) nelle costruzioni^{1,2} che suggeriscono interventi multicomponente, che affianchino alle azioni di vigilanza interventi di tipo informativo ed educativo, si ritiene opportuno adottare un progetto che persegue due obiettivi specifici di salute: aumentare la consapevolezza del rischio di infortunio da caduta dall'alto, sprofondamento e seppellimento nelle figure interessate a qualsiasi titolo nelle attività edili, con il coinvolgimento delle parti sociali; perseguire l'obiettivo di un aumento del livello di sicurezza nei cantieri edili attraverso attività di vigilanza mirate e coordinate, progressivamente adeguate a standard omogenei. Per il perseguimento di entrambi gli obiettivi specifici è previsto, in tutte le fasi, il coinvolgimento degli operatori del sistema pubblico di prevenzione e quello delle organizzazioni di rappresentanza delle figure che a qualsiasi titolo sono coinvolte nella prevenzione dei rischi per la salute e la sicurezza nelle costruzioni.

Primo obiettivo:

- aumento della consapevolezza di tutti gli attori della prevenzione coinvolti nel settore delle costruzioni rispetto ai rischi di caduta dall'alto, di sprofondamento e di seppellimento, che si caratterizzano per essere i più rilevanti dal punto di vista delle conseguenze anche in Abruzzo, attraverso:
 - la formazione secondo standard omogenei degli operatori di vigilanza dei SPSAL delle ASL e delle DPL della regione, alla scopo di assicurare coerenza di contenuti nell'attività di informazione, formazione ed assistenza nel settore dell'edilizia, oltre che nell'ambito degli interventi di vigilanza nei cantieri;
 - la produzione di moduli formativi specifici dedicati ai vari attori della prevenzione nel settore, realizzati secondo gli standard indicati nel Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia, costruiti sulla base dei profili di rischio prioritari emergenti dai sistemi di sorveglianza attivati (Flussi Informativi,

1 Rivara FP, Thompson DC. *Prevention of falls in the construction industry*. Am J Prev Med 2000; 18(4S): 23- 26; Van der Molen HF, Lehtola MM, Lappalainen J, Hoonakker PLT, Hsiao H, Haslam R, Hale AR, Verbeek J. *Interventions for preventing injuries in the construction industry*. Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4; Tompa E, Trecithick S, McLeod C. *Systematic review of the prevention incentives of insurance and regulatory mechanisms for occupational health and safety*. Scand J Work Environ Health 2007; 33(2): 85-95

2 Baldasseroni A, Olimpi N. *EBP e lavoro – L'efficacia degli interventi per la prevenzione degli infortuni sul lavoro*. Gennaio 2009; CeRIMP – Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze – ARS Toscana

- Sorveglianza Infortuni Mortali), condivisi tra gli operatori di vigilanza, le parti sociali, gli ordini e colleghi professionali di settore;
- il miglioramento diffuso della conoscenza su rischi, soluzioni, norme, diritti e obblighi in materia di salute e sicurezza da parte dei soggetti impegnati nel settore delle costruzioni (committenti, coordinatori, datori di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori, RSPP ed RLS/RLST), oltre che il sostegno e la promozione della qualità della formazione obbligatoria erogata dai soggetti accreditati nella regione.

RISULTATI ATTESI:

- Formazione degli operatori di vigilanza ASL, DPL, INAIL, INPS su metodi e contenuti validati ed omogenei a livello nazionale e regionale;
- Informazione diffusa ed omogenea dei soggetti impegnati nel settore delle costruzioni su rischi, soluzioni, norme, diritti ed obblighi in materia di salute e sicurezza e sui risultati dell'attività di vigilanza;
- Miglioramento della qualità della formazione obbligatoria di datori di lavoro, coordinatori, dirigenti, preposti, lavoratori, RSPP ed RLS/RLST.

BENEFICIARI:

Soggetti impegnati nel settore dell'edilizia (committenti, datori di lavoro, lavoratori subordinati ed autonomi, coordinatori, dirigenti, preposti, RSPP, RSL/RLST).

OBIETTIVI DI SALUTE E DI PROCESSO PERSEGUITI:

- 1) formazione degli operatori di vigilanza ASL – DPL impegnati nella regione secondo standard nazionale (obiettivo di processo)
- 2) produzione di moduli formativi specifici per singole figure (datori di lavoro, coordinatori, dirigenti, preposti, RSPP, RLS/RLST, lavoratori) (obiettivo di processo)
- 3) aumento della consapevolezza dei rischi di infortunio grave e mortale nei soggetti impegnati nel settore delle costruzioni (obiettivo di salute)

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
n. operatori SPSAL e DPL formati secondo standard nazionale [§] / n. operatori da formare x 100 [§] 90% di risposte esatte a questionario di verifica dell'apprendimento	Questionari di verifica dell'apprendimento somministrati a distanza dagli eventi formativi	/	80%		100%	
n. moduli formativi accreditati /n. moduli formativi elaborati x 100	Documento regionale di accreditamento	/	100%			

Secondo Obiettivo:

- miglioramento dei livelli di sicurezza del lavoro degli addetti impegnati nei cantieri edili, come risultato del miglioramento dell'azione preventiva esercitata dai soggetti destinatari di obblighi di legge in materia di salute e sicurezza e di regolarità del lavoro. L'obiettivo specifico verrà perseguito, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione in Edilizia, attraverso:

- l'aumento dell'omogeneità dei controlli nei cantieri insediati nel territorio, la loro programmazione secondo criteri condivisi di priorità (privilegiando i cantieri sotto il minimo etico di sicurezza secondo le indicazioni nazionali) e la loro realizzazione secondo procedure condivise;
- un migliore coordinamento dei controlli da parte dei diversi organi di vigilanza, con l'effettuazione di interventi di vigilanza congiunta per la prevenzione degli infortuni ed il contrasto al lavoro irregolare;
- l'effettuazione di controlli nella quota di cantieri assegnata nel Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia ripartiti in modo equilibrato nel territorio regionale

RISULTATI ATTESI:

- miglioramento dell'omogeneità e del coordinamento della vigilanza nella quota di cantieri assegnata dal Piano Nazionale di Prevenzione in Edilizia
- aumento della probabilità di controlli omogenei nei cantieri a rischio grave
- aumento della probabilità di controlli coordinati e/o congiunti per la prevenzione degli infortuni e il contrasto al lavoro irregolare nei cantieri a rischio grave

BENEFICIARI:

- Addetti impegnati a qualsiasi titolo nei cantieri edili (datori di lavoro, lavoratori subordinati ed autonomi, dirigenti, preposti, consulenti).

OBIETTIVI DI PROCESSO PERSEGUITI:

- raggiungimento della quota di 1301 cantieri/anno ispezionati
- raggiungimento di una percentuale di cantieri ispezionati con contravvenzioni pari al 60% del totale
- raggiungimento del 15% di cantieri ispezionati in modo coordinato o congiunto dai diversi organi di vigilanza

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
n. cantieri ispezionati nell'anno / 1301 cantieri assegnati x 100	Report della cabina di regia regionale alla Direzione del Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione Regionale Politiche della Salute	100%	100%		100%	
n. cantieri ispezionati nell'anno con contravvenzioni / totale cantieri ispezionati * 100	Report della cabina di regia regionale alla Direzione del Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione Regionale Politiche della Salute	/	60%		60%	

n. cantieri ispezionati in modo coordinato o congiunto / totale cantieri ispezionati * 100	Report della cabina di regia regionale alla Direzione del Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione Regionale Politiche della Salute	/	15%		15%	
--	--	---	-----	--	-----	--

ANALISI DI CONTESTO

Il settore delle costruzioni si caratterizza a livello mondiale per essere fra quelli a maggior rischio di infortuni. Ogni anno in Europa muoiono circa 13 lavoratori /100.000 per infortunio in edilizia, con una frequenza più che doppia rispetto alla media degli altri settori produttivi.

Anche se l'incidenza di infortuni nelle costruzioni in Europa, come in Italia, è andata riducendosi a partire dall'anno 2000 (e alla riduzione ha contribuito in parte la crisi in atto negli ultimi anni), nel 2007 il settore era ancora al primo posto in Europa per numero assoluto di infortuni mortali (circa 1.000 l'anno), e in Italia per frequenza di infortuni con menomazione permanente.

A livello nazionale, nelle costruzioni si osserva la presenza più alta di lavoratori stranieri (soprattutto rumeni, albanesi e marocchini), che forniscono un contributo rilevante al fenomeno infortunistico (circa il 20% degli infortunati è straniero, con punte del 28% nel comparto dei Lavori di completamento degli edifici).

I dati nazionali INAIL indicano che il numero di infortuni denunciati in edilizia si è ridotto nel quinquennio 2005 – 2009 del 26,3% (rispetto al 16% di riduzione nel complesso delle attività assicurate), con un'incidenza che è passata da 55,6 a 40 per mille; nell'ultimo anno (2008-2009) la riduzione delle denunce è stata del 16,2%.

Solo il 6,6% degli infortuni denunciati sono avvenuti in itinere (nel tragitto tra casa e lavoro).

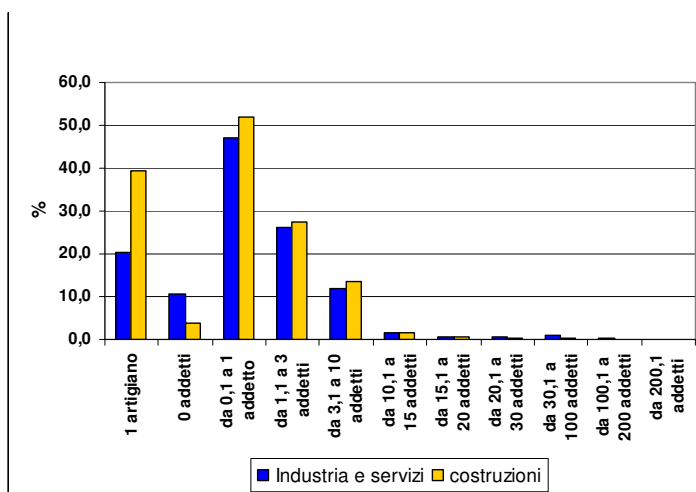
Nel 2009 si sono verificati 218 infortuni mortali (il 25,6% in meno rispetto al 2005 e l'1,4% in meno rispetto al 2008); il 15,6% di essi è avvenuto in itinere. Anche per gli infortuni mortali si è avuta una riduzione dell'incidenza (da 0,15 a 0,11 per mille occupati).

La riduzione degli infortuni e della loro incidenza nel 2009 è in parte riconducibile alla grave crisi produttiva ed occupazionale che, rispetto al 2008, ha visto una riduzione degli occupati e delle ore lavorate, e quindi del tempo di esposizione al rischio.

Gli infortuni interessano principalmente la costruzione degli edifici e i lavori di ingegneria civile, l'installazione di servizi in un fabbricato e i lavori di completamento degli edifici.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, il 13,5% di tutti gli infortuni denunciati a livello nazionale nel settore delle costruzioni (il 20,2% degli infortuni mortali) nel 2009 si è verificato nelle regioni del Sud.

Il 78,7% degli infortuni denunciati nell'anno (l'80,7% di quelli mortali) ha riguardato lavoratori nati in Italia; fra i lavoratori infortunati nati all'estero, ai primi posti per frequenza si collocano, nell'ordine, rumeni, albanesi e marocchini (complessivamente il 12% degli infortuni denunciati). Cause principali di accadimento degli infortuni sono: nel 30% circa dei casi la "perdita di controllo di macchina, mezzo, attrezzatura di movimentazione, ecc.", e nel 25% circa la caduta per scivolamento o inciampamento (la cadute dall'alto rappresentano circa il 9%). Quando si esaminano i casi mortali, le cadute rendono conto del 30% degli eventi (nel 20% dei casi totali si tratta di cadute dall'alto).



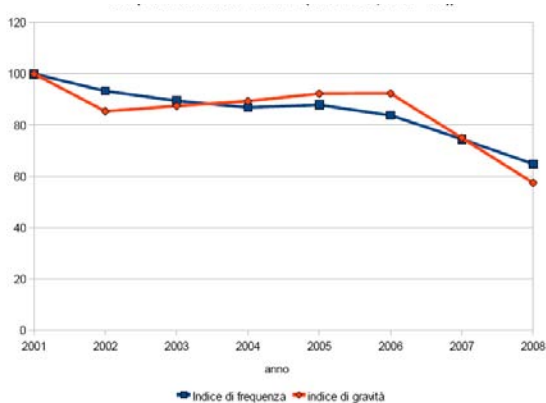
Posizioni Assicurative Territoriali per classi di addetti nelle costruzioni vs. Gestione Industria e Servizi (2008)

I dati contenuti nei Flussi INAIL regionali per l'Abruzzo (edizione 2009 – ultimo anno disponibile 2008) non consentono di esaminare le dinamiche riferibili all'andamento dei fenomeni nel periodo più acuto della crisi produttiva, ma evidenziano che gli infortuni denunciati nel settore delle costruzioni (esclusi gli eventi in itinere) hanno subito una riduzione del 11,5% nel 2008 rispetto al 2001, parallela ad un aumento sia delle Posizioni Assicurative Territoriali (+35% nel periodo), sia degli addetti-INAIL (+36,5%), dato che è diffuso nel territorio, ma più marcato nella provincia di Teramo.

Il settore, caratterizzato da una significativa "polverizzazione" (nel 2008, poco più del 52% delle Posizioni Assicurative impegnava

al massimo un addetto e circa il 28% non superava i tre addetti; il 40% era costituito dal solo titolare artigiano) rappresenta, rispetto al complesso della Gestione INAIL Industria e Servizi nella regione, circa 1/5 delle posizioni assicurative e circa il 13% degli addetti-INAIL; contribuisce al totale degli infortuni denunciati nella Gestione per il 20% circa.

Infortuni denunciati nel comparto delle costruzioni e nelle Gestioni Industria e Servizi e Conto Stato, con esclusione degli infortuni in itinere (2001 - 2008)									
GESTIONE - Comparti	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% su totale 2008
GESTIONE INDUSTRIA E SERVIZI									
16- Costruzioni	2947	2944	3039	2950	3177	3090	2929	2609	12,1
Totale gestione industria	9451	9328	9081	8598	8801	8567	8108	7302	34,49
Totale gestione servizi	5439	5901	6005	6304	6417	6330	6351	5973	27,70
GESTIONE CONTO STATO									
99 Comparto non determinabile	1548	1698	1957	2204	2175	2452	2421	2609	12,10
missing	681	147	131	89	105	134	154	175	0,81
missing	4363	3779	3805	3790	3550	3328	2981	3087	14,32



Andamento degli indici di frequenza e gravità degli infortuni sul lavoro nelle costruzioni in Abruzzo (2001 - 2008; 2001 = 100)

L'incidenza degli infortuni denunciati, pur mantenendosi al di sopra dei valori nazionali, è passata da 87,2 per mille addetti (nel 2001) a 76,6 (nel 2005) a 56,5 (nel 2008); anche per l'Indice di Gravità (che esprime il numero di giornate mediamente perse da ogni addetto a causa degli infortuni) si è osservata una lieve riduzione: da 6,92 per mille ore lavorate (nel 2001) a 6,38 (nel 2005) a 6,39 (nel 2006); l'andamento sembra proseguire negli anni successivi (i dati degli ultimi due anni disponibili sono ancora da considerare provvisori). Poco meno del 15% degli infortuni definiti positivamente nel periodo considerato ha coinvolto lavoratori nati all'estero, provenienti in larga maggioranza da Albania, Romania, Serbia e Montenegro, Macedonia e Marocco.

Nel periodo considerato, ogni anno circa il 35% degli infortuni denunciati nelle costruzioni determina gravi conseguenze (dall'inabilità temporanea per un periodo superiore ai 40 giorni fino alla morte); una quota variabile tra 0,2% e 0,5% è costituita da eventi mortali.

Infortuni in occasione di lavoro di nati all'estero definiti positivamente nel comparto delle costruzioni (Abruzzo; 2000 - 2007)		
Paese di nascita	n. infortuni	% su totale infortuni nati all'estero
ALBANIA	875	27,23
ROMANIA	366	11,39
SERBIA E MONTENEGRO	260	8,09
MACEDONIA	238	7,41
MAROCCO	137	4,26
SENEGAL	71	2,21
POLONIA	66	2,05
ALTRI PAESI	1218	37,91

Infortuni denunciati nel comparto delle costruzioni, esclusi gli infortuni in itinere, con indicatori di frequenza e gravità, classi di gravità (2001 - 2008) ³									
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
INDICATORI DI FREQUENZA									
Infortuni denunciati		2947	2944	3039	2950	3177	3090	2929	2609
Addetti INAIL		33809	36201	38968	38953	41471	42287	45094	46162
Indice di frequenza		87,2	81,3	78,0	75,7	76,6	73,1	65,0	56,5
INDICATORI DI GRAVITA'									
Giornate		101075	100682	92477	102615	108317	104627	97388	80469
Gradi		3152	2905	2711	3389	4053	3626	3399	2387
Indice di gravità		6,92	5,91	6,05	6,18	6,38	6,39	5,18	3,98
CLASSI DI GRAVITA'									
Infortuni rilevanti	N.	671	718	709	743	784	792	723	678
% su totale		22,8	24,4	23,3	25,2	24,7	25,6	24,7	26,0
Infortuni "Indennizzabili"	N.	212	233	220	269	264	277	263	213
% su totale		7,2	7,9	7,2	9,1	8,3	9,0	9,0	8,2
Infortuni "disabilitanti"	N.	36	43	50	46	44	57	36	52
% su totale		1,2	1,5	1,6	1,6	1,4	1,8	1,2	2,0
Infortuni "mortalità"	N.	8	6	14	7	5	11	6	7
% su totale		0,3	0,2	0,5	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3

Per quanto riguarda le cause degli infortuni definiti positivamente dall'INAIL, gli agenti causali più frequenti risultano le **superfici di lavoro e di transito** (chiamate in causa con frequenza crescente dal 2001 al 2006, quando sono coinvolte nel 35% circa degli eventi, e ancora determinanti in più del 25% dei casi negli anni successivi); queste, se considerate insieme a **scale e passerelle**, hanno un ruolo determinante in una quota compresa tra il 30% ed il 40% degli eventi. I **materiali solidi** sono chiamati in causa nel 18-20% dei casi.

L'analisi delle dinamiche conferma l'importanza dei determinanti più frequenti: le dinamiche principali sono caratterizzate dall'impatto ("colpito da" o "ha urtato contro") e dalla caduta dell'infortunato (in piano o dall'alto). In presenza di una quota i con dinamica sconosciuta che varia da 1/3 alla metà dei casi, gli infortuni conseguenti ad impatto e a caduta costituiscono complessivamente il 57% circa degli infortuni definiti positivamente nel 2001. La loro frequenza complessiva si riduceva al 27% nel 2005 e al 25% nel 2007, coinvolgendo in modo più marcato le dinamiche "colpito da" e "caduto dall'alto". Tuttavia, nel 2007 ancora l'11% circa degli eventi è caratterizzato da una caduta e il 35% degli infortuni mortali sul lavoro nella regione è avvenuto in edilizia. Infine, la caduta dall'alto è stata causa del 40% degli infortuni analizzati nell'ambito del Sistema Nazionale di Sorveglianza degli infortuni mortali avviato nel 2002.

3 Gli infortuni sono stati classificati non solo in base alla tipologia di definizione, ma anche in classi di gravità; questo metodo di raggruppamento individua le seguenti categorie:

- infortuni rilevanti:** eventi che originano inabilità temporanea superiore a 40 giorni, riconoscimento di inabilità permanente o di esito mortale;
- infortuni indennizzabili:** eventi che originano inabilità permanente superiore o uguale al 6% ovvero di esito mortale;
- infortuni disabilitanti:** eventi che originano un'inabilità temporanea permanente superiore o uguale al 33% ovvero di esito mortale;
- infortuni mortali:** eventi di esito mortali

In conclusione, il fenomeno infortunistico in edilizia nella regione, pur mantenendo indicatori di frequenza superiori alla media nazionale, ha evidenziato negli ultimi anni una tendenza alla riduzione parallela a quella nazionale; più sfumata è stata la tendenza alla riduzione della gravità delle conseguenze degli eventi. Il miglioramento degli indici di frequenza è stato parallelo alla effettuazione di campagne di vigilanza nei cantieri edili attivate a partire dal 2004 e affiancate ad interventi di assistenza sul campo a cura degli enti paritetici promosse e sostenute dalla regione.

In modo analogo a quanto si osserva nel resto del territorio nazionale, il settore dell'edilizia è caratterizzato dalla presenza di lavoratori (e di microimprenditori) stranieri, dalla presenza di lavoro irregolare, dalla polverizzazione della struttura produttiva. Inoltre, è caratteristica del settore la tendenza ad una concorrenza basata sul massimo ribasso dell'offerta (sia nei lavori pubblici, sia nel settore privato); la crisi economica in atto tende ad aggravare questa tendenza. La qualità spesso insufficiente della formazione obbligatoria non contribuisce ad una corretta percezione del rischio e ad una diffusa consapevolezza degli obblighi che sussistono in capo ai diversi attori della prevenzione; non sempre i contenuti dell'informazione e dell'assistenza erogate dai vari soggetti del sistema pubblico di prevenzione hanno le caratteristiche di omogeneità e coerenza tecnica e normativa necessarie.

Infine, la regione è sul punto di affrontare una lunga fase di ricostruzione post-sismica nelle zone interne, fase che necessariamente vedrà l'insediamento di numerosi e complessi cantieri nei quali è prevedibile la confluenza di lavoratori ed imprese provenienti dall'intero territorio nazionale. Si tratta di una criticità che mette alla prova la capacità del sistema pubblico di prevenzione di rispondere sia in termini di informazione ed assistenza, sia in termini di vigilanza, anche in considerazione della progressiva riduzione del personale impegnato a causa del raggiungimento dei limiti di età per il pensionamento. Il blocco delle assunzioni legato al Piano di Rientro ancora in essere rende particolarmente critico questo aspetto.

REGIONE : ABRUZZO

CASA SICURA

Identificativo della Linea di intervento generale : 2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico

Titolo del Progetto: 2.3.1 CASA SICURA

Breve descrizione del progetto:

Il fenomeno infortunistico in ambiente domestico è caratterizzato in Abruzzo da una rilevante quota di ricoveri per traumi da caduta delle persone ultrasessantatrenni che, come nel resto d'Italia, interessa prevalentemente le donne. Meno importante appare il coinvolgimento dei bambini fino a 4 anni, fascia di età nei confronti della quale la regione ha attivato (con il precedente piano regionale di prevenzione) uno specifico progetto finalizzato alla sensibilizzazione dei genitori e degli operatori delle scuole d'infanzia. L'attuale progetto, in considerazione delle caratteristiche del contesto analizzato, si pone due **obiettivi specifici**:

- l'aumento della consapevolezza del rischio di incidenti domestici della popolazione anziana (>64 anni) con il coinvolgimento delle organizzazioni sociali e di volontariato;
- l'aumento del livello di consapevolezza dei rischi di incidenti domestici nei familiari dei bambini di 0 – 4 anni utilizzando le opportunità di contatto con il Servizio Sanitario Regionale.

Entrambi gli obiettivi prevedono in via preliminare la formalizzazione, presso il Servizio di Prevenzione Collettiva della Direzione Regionale Politiche della Salute di un gruppo regionale di coordinamento delle attività di prevenzione degli incidenti domestici, con il coinvolgimento delle AUSL e di rappresentanti delle organizzazioni sociali e delle associazioni degli anziani coinvolte. Sarà inoltre curato il miglioramento della qualità della registrazione dei dati relativi ai ricoveri, con la corretta compilazione del campo “traumatismi e intossicazioni” della Scheda di Dimissione Ospedaliera e la riattivazione presso le strutture di Pronto Soccorso della registrazione dei dati relativi alla dinamica degli eventi, ai fini della sorveglianza del fenomeno infortunistico in generale e degli infortuni domestici in particolare.

Per quanto riguarda il **primo obiettivo**, anche in considerazione delle raccomandazioni basate sull'evidenza contenute nelle linee guida per la prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani, si prevede di:

- formare operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e dei distretti sanitari per l'acquisizione di competenze in materia di verifica della sicurezza dell'ambiente domestico;
- stipulare protocolli di intesa con le associazioni di volontariato e le organizzazioni sociali e sindacali dei pensionati operanti nel territorio della regione per l'informazione e la formazione di volontari anziani sui rischi di incidente domestico, per un loro successivo accesso presso le abitazioni di anziani che manifestino la propria disponibilità, al fine di individuare eventuali pericoli e rischi e fornire indicazioni per la riduzione del rischio di incidente domestico; estendere gli interventi informativi e formativi ad un campione di assistenti familiari;
- promuovere l'installazione di dispositivi finalizzati al miglioramento della sicurezza delle abitazioni ove dimorano anziani, a partire da coloro che vivono da soli, fornendo gratuitamente dispositivi a basso costo;
- sottoporre a valutazione da parte delle Unità di Valutazione Multidimensionale Geriatrica (UVG), all'atto della dimissione, tutte le persone di età superiore ai 64 anni ricoverate a seguito di caduta in ambiente domestico, con lo scopo di individuare fattori di rischio connessi allo stato di salute e al trattamento farmacologico in atto al momento dell'incidente.

Per quanto riguarda il **secondo obiettivo**, anche in considerazione dei dati risultanti dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera, si prevede di:

- formare gli operatori sanitari dei servizi che entrano in contatto con i parenti dei bambini fino a 4 anni sui temi della prevenzione degli incidenti domestici nell'infanzia
- organizzare incontri con i parenti dei bambini fino a 4 anni di età in occasione delle scadenze del calendario vaccinale obbligatorio, fornendo indicazioni sulla prevenzione dei rischi di infortunio domestico più frequenti, distribuendo materiale informativo, e verificando le conoscenze acquisite

e le conseguenti azioni adottate, attraverso un questionario da somministrare in occasione dell'ultimo incontro.

Le attività di informazione e di educazione previste per il raggiungimento dei due obiettivi terranno conto delle diverse lingue parlate dai destinatari, e il materiale informativo sarà tradotto nelle lingue principali parlate dalla popolazione straniera residente.

Verranno istituiti una cabina di regia (formata da rappresentanti della Direzione Regionale Politiche della Salute – Servizio Prevenzione Collettiva -, della Direzione Regionale delle Politiche Sociali e dei Dipartimenti di Prevenzione delle AUSL) ed un gruppo di coordinamento regionale comprendente, oltre ai componenti della cabina di regia: rappresentanti dei gruppi di portatori di interessi coinvolti nelle azioni, dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione delle AUSL e i coordinatori delle UVG.

BENEFICIARI:

Persone di età superiore ai 64 anni e bambini da 0 a 4 anni residenti nella regione.

OBIETTIVI DI PROCESSO PERSEGUITI:

- 1) formazione di almeno dieci operatori sanitari per AUSL (individuati fra gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e dei distretti sanitari) per lo sviluppo di competenze in materia di verifica della sicurezza dell'ambiente domestico
- 2) formazione di almeno 4 operatori per ciascun centro vaccinale delle AUSL per lo sviluppo di competenze in materia di prevenzione degli incidenti domestici nei bambini fino a 4 anni e la successiva formazione a cascata di tutti gli operatori dei centri vaccinali
- 3) miglioramento della qualità della compilazione delle SDO in riferimento al campo “traumatismi e intossicazioni”
- 4) stipula di protocolli di intesa con organizzazioni e associazioni di volontariato dei pensionati a livello regionale e a livello delle singole AUSL
- 5) realizzazione di almeno un incontro informativo / educativo rivolto ad anziani volontari per ognuno dei 35 ambiti sociali
- 6) attivazione in tutte le AUSL di procedure per la valutazione da parte dell'UVG all'atto della dimissione delle persone >64 anni ricoverate per caduta da incidente domestico

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
n. operatori (Dipartimenti di Prevenzione e Distretti) adeguatamente formati per la verifica della sicurezza dell'ambiente domestico [§] / 40 x 100 <i>§ almeno il 90% delle risposte positive a questionario di verifica dell'apprendimento</i>	Questionari di verifica dell'apprendimento somministrati a distanza dall'evento formativo		50%		100%	
n. operatori (centri vaccinali) adeguatamente formati per la verifica	Questionari di verifica dell'apprendimento somministrati a		50%		100%	

della sicurezza dell'ambiente domestico [§] / 16 x 100 <i>§ almeno il 90% delle risposte positive a questionario di verifica dell'apprendimento</i>	distanza dall'evento formativo				
n. AUSL che adottano procedure per l'attivazione delle UVG alla dimissione dei pazienti > 64 anni ricoverati per caduta da incidente domestico / 4 x 100	Procedure formalizzate da parte delle Direzioni Aziendali		50%		100%
n. incontri informativi-educativi per volontari anziani nell'ambito di protocolli di intesa con organizzazioni dei pensionati / 35 x 100	Report degli incontri presentati al gruppo regionale di coordinamento		50%		100%
n. di questionari compilati dai genitori di bambini 0-4 anni / n. bambini vaccinati x 100	Registri delle vaccinazioni; questionari compilati		25%		50%

ANALISI DI CONTESTO

La prevenzione degli infortuni domestici rappresenta una priorità in sanità pubblica che ha indotto negli ultimi anni l'avvio politiche di prevenzione in diversi Paesi sia Europei sia extra – Europei e l'attivazione di un sistema comunitario finalizzato alla sorveglianza epidemiologica (EHLASS – European Home and Leisure Accident Surveillance System). Con la Legge n. 493 del 3 dicembre 1999 (“Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici”) è stato affidato al Servizio Sanitario Nazionale, attraverso il Dipartimento di Prevenzione, il compito di promuovere la sicurezza e la salute negli ambienti di civile abitazione e di svolgere attività di informazione e di educazione finalizzate alla prevenzione delle cause di nocività e degli infortuni. Al Dipartimento di Prevenzione sono affidate le funzioni di assistenza per la prevenzione dei rischi in ambiente domestico, di individuazione e valutazione di tali rischi, di promozione e organizzazione di programmi di educazione sanitaria, il coordinamento territoriale dei programmi di intervento, in collaborazione con le altre strutture del Servizio Sanitario Regionale. La stessa legge ha previsto l'istituzione di un sistema informativo nazionale (SINIACA) presso l'Istituto Superiore di Sanità, con il duplice obiettivo di monitoraggio del fenomeno e di valutazione dell'efficacia delle azioni di prevenzione messe in atto. Le fonti statistiche ufficiali ad oggi disponibili comprendono: le schede di dimissione ospedaliera, l'indagine ISTAT sulle cause di morte e l'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Ognuna di queste fonti presenta criticità che riguardano la completezza dell'informazione: manca in tutte la descrizione della modalità dell'incidente.

Dai risultati dell'indagine Multiscopo ISTAT del 2008 emerge che a livello nazionale nei tre mesi precedenti l'intervista 13,5 persone ogni 1.000 (+1,6 rispetto al 2007; donne nel 70% dei casi) hanno subito un incidente domestico, con 1,2 incidenti in media per ogni persona infortunata. Il quoziente sale per le persone ultrasessantenni (20 ogni 1.000). Il dato abruzzese è peggiore rispetto alla media nazionale, toccando il 14,5 per mille (+ 1,9 rispetto al 2007).

L'entità del fenomeno appare proporzionale alla durata della permanenza in casa e inversamente proporzionale al grado di autonomia personale. Hanno quindi maggiori probabilità di infortunarsi le donne, gli anziani a partire dai 65 anni, i bambini fino a 5 anni. Risultano inoltre a rischio elevato le persone in cerca di occupazione e quelle con basso livello di istruzione.

I risultati dello studio PASSI negli anni 2007, 2008 e 2009 indicano che l'Abruzzo si mantiene agli ultimi posti in Italia per adozione di misure di sicurezza domestiche, percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni e adottato misure di sicurezza domestica, percezione del rischio di infortuni domestici. È da notare che il 30% di coloro che hanno ricevuto informazioni sul rischio di incidenti domestici ha modificato su tale base i propri comportamenti.

Gli incidenti domestici riconoscono tre tipologie di cause: la qualità delle abitazioni, le caratteristiche dei prodotti che entrano nelle case ed il comportamento individuale. Per le persone che vivono da sole o che al momento dell'infortunio si trovano da sole in casa, questa condizione influenza spesso la tempestività dei soccorsi. Si stima che 1/5 degli incidenti sia dovuto alla struttura edilizia.

Dai dati nazionali forniti dal SINIACA (2005) risulta che ogni anno vi sono almeno 1.300.000 arrivi in Pronto Soccorso, 130.000 ricoveri ospedalieri e 4.500 decessi dovuti ad incidente domestico. Il 18% dei pazienti ha età inferiore ai 15 anni, il 54% ha età compresa tra 15 e 64 anni e il 28% ha età superiore a 65 anni.

Per quanto riguarda le dinamiche individuate attraverso il SINIACA: il 40% degli incidenti sono causati da cadute (nel 70% dei casi di stratta di cadute da strutture fisse dell'edificio), il 15% da ferite da taglio o punture; più del 13% da urti e schiacciamenti.

Per i bambini fino a 4 anni, il 70% degli infortuni domestici è legato a cadute, il 10% a soffocamento o avvelenamento.

I dati relativi alla regione Abruzzo desumibili dall'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera dell'anno 2009 (affette da problemi di incompleta codifica, che consentono di prendere in considerazione solo il 42% circa dei 18.600 ricoveri per traumatismi e intossicazione) risulta che gli incidenti domestici rappresentano la prima causa dei 7.700 ricoveri correttamente classificati, essendo responsabili del 23% di essi; il 60% circa dei ricoveri ha riguardato anziani ultrasessantaquattrenni (donne nel 70% dei casi). Dei 36 casi di decesso nel corso di ricovero per incidente domestico, 35 hanno riguardato persone ultrasessantaquattrenni (donne nel 60% dei casi).

Nel 63% dei casi il ricovero era dovuto ad una frattura che nel 74% dei casi riguardava una persona anziana e 2/3 delle persone anziane con frattura erano donne. Altre lesioni traumatiche alla base del ricovero di

anziani erano rappresentate da: traumatismi intracranici non associati a frattura (44% dei casi), a traumi toracici / addominali o pelvici (44,4%), a lussazioni (40%). Il 22% circa di tutti i ricoveri per frattura del femore negli anziani è attribuito nelle SDO ad incidente domestico.

I ricoveri di bambini di età inferiore ai 5 anni rappresentavano il 9% circa del totale dei ricoveri correttamente attribuibili ad incidente domestico, ed erano per lo più motivati da contusioni e traumatismi cranici non associati a frattura.

Gli esiti di frattura negli anziani rappresentano nei Paesi ricchi il principale carico di disabilità e di costi legati agli incidenti domestici. Negli stessi Paesi, gli incidenti domestici rappresentano la prima causa di morte dei bambini più piccoli. Nel complesso, la mortalità è legata essenzialmente alle cadute degli anziani e il rischio è proporzionale al tempo trascorso tra le mura domestiche.

Nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2005-2009 era stato avviato un progetto di prevenzione degli incidenti domestici, con due obiettivi: la messa a punto nella regione del sistema informativo SINIACA e, sulla base delle informazioni fornite dalla sorveglianza degli incidenti, l'attivazione di interventi sul territorio finalizzati all'informazione, sensibilizzazione ed educazione delle fasce di cittadini più interessate al fenomeno (genitori, casalinghe e anziani). Le attività svolte (con il coinvolgimento dei Servizi di Pronto Soccorso, dei Consultori e dei Dipartimenti di Prevenzione) sono state incentrate soprattutto sulla formazione di operatori sanitari e, a cascata, sulla informazione e formazione: di gruppi di donne in gravidanza presso alcuni Consultori Familiari, e sulla realizzazione di incontri informativi con genitori di bambini di età inferiore ai 5 anni e operatori di asili nido e scuole dell'infanzia.

Nel corso della realizzazione delle attività previste emergevano tuttavia criticità che riguardavano soprattutto, la frammentarietà degli interventi messi in atto dalle strutture del Servizio Sanitario Regionale e la difficoltà di coinvolgimento delle istituzioni scolastiche in ragione della molteplicità e numerosità degli interventi educativi offerti nel territorio ad integrazione delle attività scolastiche. Anche la raccolta e la registrazione delle informazioni nell'ambito del SINIACA assumeva carattere frammentario (non erano coinvolte tutte le strutture di Pronto Soccorso della regione) e si inseriva all'interno di strutture che soffrivano l'insufficiente dotazione di personale, con operatori già sottoposti a notevoli carichi di lavoro e che quindi tendevano a privilegiare le attività sui pazienti (già ritenute onerose) rispetto a quelle di registrazione di dati. L'implementazione del SINIACA, promossa attraverso specifiche incentivazioni economiche nelle cinque strutture coinvolte, si interrompeva nel 2009 a seguito dello spostamento delle risorse stanziare in direzione della copertura del disavanzo del SSR. Le informazioni raccolte nel corso di quasi due anni di registrazione non sono ad oggi disponibili per difficoltà di elaborazione dei dati a livello regionale da parte delle strutture deputate alla gestione dei flussi informativi, quasi completamente assorbite da attività finalizzate al monitoraggio degli adempimenti previsti dal Piano di Rientro dal disavanzo sanitario.

In conclusione, nonostante i dati epidemiologici regionali relativi agli incidenti domestici siano poco rappresentativi, in quanto parziali e incompleti, poiché si riferiscono unicamente ai casi giunti al ricovero e solo ad una parte di essi, tuttavia da essi viene la conferma della rilevanza del fenomeno nella fascia di età superiore ai 64 anni, e in particolare nelle donne, sia per quanto riguarda la frequenza che la gravità.

La tipologia delle lesioni prevalenti suggerisce che, in modo non dissimile da quanto viene osservato a livello nazionale ed europeo, anche in Abruzzo le cadute rappresentino la causa prevalente di ricovero per incidente domestico in questa fascia di età.

La struttura demografica della regione si caratterizza per un elevato indice di vecchiaia, che va progressivamente aumentando, e che nel 2009 ha superato il 162% (dal 152% della provincia di Teramo al 176% della provincia dell'Aquila); la senilizzazione è particolarmente accentuata nelle aree interne, dove spesso raggiunge e supera il 200% (sfiorando il 320% nell'ambito sociale della Montagna Aquilana e il 303% in quello della Sirentina). A questo si aggiunge il numero elevato di nuclei familiari monocomponente, frequentemente di genere femminile, che pone il problema della tempestività del soccorso in caso di incidente domestico. I dati di letteratura indicano che il sesso femminile ed il crescere dell'età rappresentano fattori di rischio rilevanti di caduta.

Questi elementi indicano la necessità di affrontare prioritariamente la prevenzione delle cadute da incidente domestico delle persone ultrasessantatenni, individuando strategie che insieme si basino su evidenze di efficacia e siano perseguibili tenendo conto delle difficoltà che hanno caratterizzato

l'implementazione del progetto di prevenzione degli incidenti domestici nell'ambito del precedente Piano Regionale di Prevenzione, le cui cause non appaiono oggi venute meno.

Macroarea: 2

Linea di intervento generale: 2.4 *Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazioni*

Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012:

Riduzione dell'incidenza delle malattie prevenibili con le vaccinazioni e per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione (poliomelite, difterite, epatite b, morbillo, rosolia congenita) o del significativo contenimento (tetano, pertosse, m.i. ha Hib)

Titolo del Progetto:

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

Contenuti del progetto:

Beneficiari

bambini e ragazzi da 0 a 15 anni;
donne in età fertile da 16 a 44 anni, in particolare soggetti appartenenti a categorie a rischio (operatori sanitari e scolastici, militari, gruppi "difficili da raggiungere" quali i immigrati o nomadi)

Attori

Operatori sanitari dei Servizi Vaccinali
Operatori sanitari dei consultori
Medici Ospedalieri di strutture pubbliche e Private (Pronto Soccorso, Ostetricia e Ginecologia, Neonatologia, Pediatria, Infettivologia, Cardiologia, Pneumologia, Neurologia) ,
Medici competenti, medici scolastici
MMG e PLS

Portatori d'interesse

Associazione dei genitori
Associazioni di donne
Rappresentanti dei genitori nelle scuole
Ragazze delle scuole primarie e secondarie
Associazioni di immigrati

Analisi di contesto

Ogni anno, quasi 1 milione di bambini nati nella Regione Europea non viene completamente immunizzato e, a partire dal 2000, alcuni Paesi che tradizionalmente avevano un'alta copertura vaccinale hanno riportato una riduzione dei tassi di copertura. Quelli più bassi si registrano in Europa occidentale, ove negli ultimi due anni si è registrato il 76% dei casi morbillo. Nella Regione Europea, si stima che circa 32.000 bambini ogni anno muoiano per malattie prevenibili con vaccinazione. Paradossalmente proprio a queste malattie molti genitori e professionisti del settore sanitario non prestano la dovuta attenzione. A ciò si aggiunga il problema di sfiducia di una parte dei cittadini nei confronti dei vaccini perché alcuni gruppi, siti web o giornali ne mettono in discussione sicurezza e necessità. Il rapporto tra operatori sanitari e cittadini è cambiato: il vecchio approccio paternalistico che presupponeva la decisione unilaterale del medico o addirittura dello Stato si è evoluto verso un rapporto paritario nel quale il cittadino ha il diritto di scegliere se accettare o meno l'offerta. Tutto ciò all'interno di un cammino condiviso di "alleanza terapeutica".

Inoltre un ridotto impegno politico nelle campagne di immunizzazione si è registrato negli ultimi anni per il fatto che altre priorità sono emerse in campo sanitario.

Nella nostra Regione il sisma del 6 aprile ha tragicamente sconvolto L'Aquila e provincia ed in parte le province confinanti, con gravi ripercussioni su tutte le attività regionali. In campo vaccinale non sono ancora agibili gli ambulatori vaccinali. La popolazione di riferimento è variamente dislocata sul territorio tra nuovi moduli abitativi e abitazioni provvisorie anche sulla costa abruzzese.

L'ultimo aggiornamento del Calendario Vaccinale Regionale, strumento indispensabile per la promozione delle vaccinazioni, risale al 2005.

Le coperture sono comunque soddisfacenti e sufficientemente omogenee, in modo particolare relativamente alle vaccinazioni "obbligatorie", su tutto il territorio, per questo si è determinata una drastica riduzione delle malattie prevenibili con vaccinazioni.

E' intervenuto, inoltre, un altro fenomeno ad aumentare ulteriormente la complessità dell'attività vaccinale: l'immigrazione, sempre più importante e numerosa, proveniente da paesi differenti con diverse lingue, culture e calendari vaccinali. Questo ha richiesto un ulteriore e continuo sforzo per comprendere e farsi comprendere.

Grazie alla ricerca e all'industria un numero sempre maggiore di nuovi vaccini si è reso disponibile ed è aumentata la complessità del lavoro e reso necessario un aggiornamento costante da parte degli operatori.

Negli ultimi anni sono stati registrati vaccini che hanno dimostrato di avere una elevata efficacia sul campo nel prevenire malattie infettive con un decorso clinico grave (meningiti ed altre infezioni invasive da meningococco C e da streptococco pneumoniae) o malattie che, pur decorrendo nella maggior parte dei casi senza complicanze, hanno un'elevata incidenza, come la varicella. Per queste vaccinazioni, non incluse nei LEA, ma già da tempo offerte attivamente nella maggior parte delle regioni italiane, è dunque necessario superare le differenze tra aree geografiche, anche all'interno della stessa nostra Regione, come affermato nel PNV 2008-2010. Nel 2008 è stata attivata nella Regione Abruzzo l'offerta gratuita del vaccino contro l'HPV, con invito a tutte le adolescenti nel dodicesimo anno di vita (coorte di nascita 1997 e 1998 nel 2009). Nel 2010 la vaccinazione gratuita è stata estesa alla coorte di nascita 1999.

La copertura vaccinale per l'influenza negli anziani ultrasessantacinquenni, pur soddisfacente rispetto alla media nazionale, non ha raggiunto l'obiettivo previsto a livello nazionale e sono carenti le informazioni sui gruppi a rischio, per i quali i risultati di indagini campionarie mostrano coperture insufficienti.

Il Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita, avviato nella nostra Regione nel 2004, ha dato risultati importanti per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita: coperture elevate sono state raggiunte per MPR entro i due anni di età (92% nel 2009), anche se sono inferiori all'obiettivo del 95%, posto dal Piano. Anche le coperture vaccinali per le coorti interessate dalla campagna straordinaria prevista dal Piano sono da incrementare. Pertanto per gli adolescenti, i giovani adulti ed i soggetti a rischio (operatori sanitari e scolastici, militari, gruppi "difficili da raggiungere" quali stranieri, nomadi) bisognerà mettere in atto azioni di comprovata efficacia, anche supplementari.

Dai dati PASSI emerge che in Abruzzo il 23.4% delle donne di 18-49 anni intervistate ha riferito di essere stata vaccinata contro la rosolia; questo valore è significativamente più basso rispetto alla percentuale stimata di donne vaccinate a livello nazionale che è pari al 32%. Pertanto si ravvisa la necessità di intensificare l'impegno per identificare e vaccinare le donne in età fertile suscettibili alla rosolia, incluse le donne ad alto rischio professionale e le immigrate, e per vaccinare le donne suscettibili identificate durante la gravidanza, nel post-partum e post interruzione di gravidanza. Per questo è necessario implementare protocolli specifici, sensibilizzare maggiormente le figure professionali che svolgono un ruolo chiave nella prevenzione della rosolia congenita come i ginecologi e i MMG, ed effettuare campagne di comunicazione.

Inoltre è necessario che tutte le ASL si dotino di anagrafe vaccinale informatizzata, collegata all'anagrafe di popolazione, per poter agevolmente identificare i soggetti non vaccinati. Allo stato attuale le ASL sono costrette a gestire gli archivi vaccinali mediante supporto cartaceo.

I servizi di tutta la regione hanno ottenuto notevoli risultati nella prevenzione delle malattie prevenibili con la vaccinazione pur operando in condizioni di estrema difficoltà da ricondurre, da una parte, agli operatori e, dall'altra, alle strutture. Nel primo caso si rileva una progressiva riduzione del numero degli stessi in quanto spesso non è assicurato il turnover con notevole innalzamento dell'età media: operano ancora, sia pur con ruolo ad esaurimento i medici ex condotti che assicurano, là dove presenti, la effettuazione delle vaccinazioni sia pure come attività residuale, sul territorio, anche in Comuni disagiati dal punto di vista orografico. Anche riguardo al personale infermieristico ovvero tecnico sanitario come le Assistenti sanitarie si rileva una progressiva diminuzione, molti ambulatori ne sono sprovvisti, rendendo in tal modo sempre più difficoltosa non solo l'attività vaccinale ma anche di promozione delle vaccinazioni.

Per quanto riguarda gli ambulatori, spesso si rilevano carenti di adeguamenti strutturali e risultano dispersi sul territorio in modo non ottimale da garantire un'offerta proporzionata alle relative esigenze della popolazione residente.

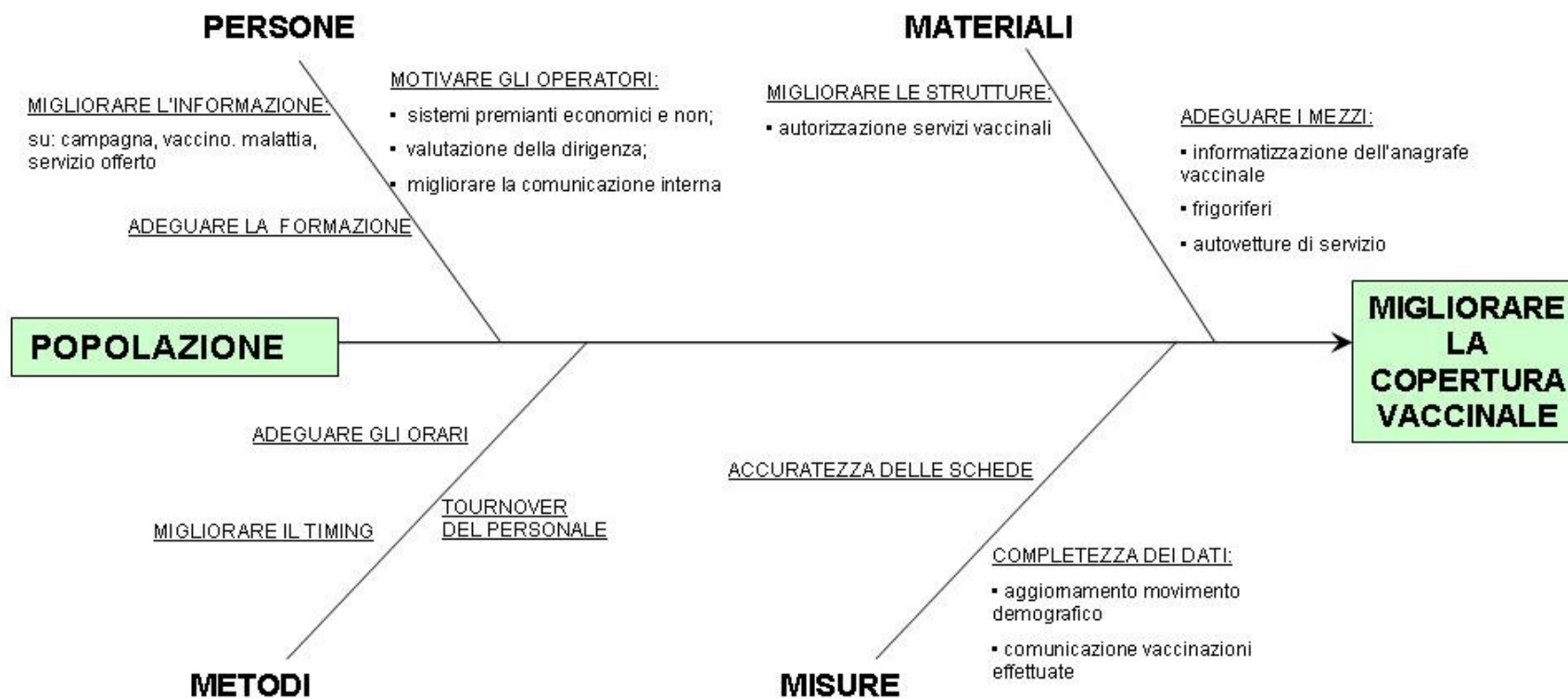
A ciò si aggiunga che relativamente al Capoluogo di Regione il sisma del 06.04.09 ha creato non poche difficoltà nell'offerta vaccinale non solo per l'inagibilità delle sedi, ma anche per la difficoltà a raggiungere la popolazione target di cui spesso non si conosce l'attuale domicilio e/o recapito telefonico.

Tab.1

ASL	bacino di utenza (residenti rif.dati ISTAT 2010)	N° Sedi vaccinali	Amb ex-condotti	N. assoluto medici vaccinatori	N° Medici del SIESP	N° Medici ex Condotti	N° Medici di altri Servizi	Altro personale medico	N. assoluto di personale Inf. attività vaccinale	N° Infermieri del SIESP	N° Assistenti Sanitari del SIESP	N° Personale e infermieristico di altri Servizi
101	309264	17	7	21	19	10	0	0	11	4	4	3
102	396852	20	26	39	14	23	6	0	19	8	5	6
103	321192	13	0	16	9	2	3	2	16	7	0	9
104	311590	10	5	22	11	6	5	0	12	5	2	5
TOT	1338898	60	38	98	53	41	14	2	58	24	11	23

Tab. 2

ANALISI DEL CONTESTO



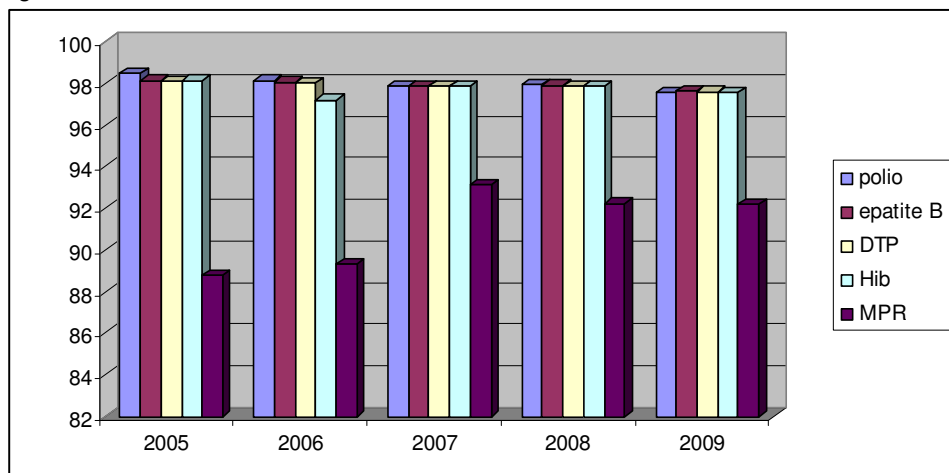
Breve descrizione dell'intervento programmato

Complessivamente i livelli di copertura vaccinale raggiunti nella Regione Abruzzo appaiono elevati negli ultimi cinque anni. In particolare i dati evidenziano che le coperture vaccinali per le vaccinazioni "obbligatorie" superano ampiamente il 97% e quelli per le vaccinazioni "raccomandate" sono altrettanto soddisfacenti, con valori superiori al 97% per l'*Haemophilus influenzae* e per la Pertosse e con valori che hanno raggiunto il 92% nel 2009 per morbillo-parotite-rosolia (**Tabella 1 e Figura1**).

Tab. 3 e Fig. 1. Coperture vaccinali per vaccinazioni obbligatorie e raccomandate a 24 mesi. Stima regionale per anno e tipo di vaccino. Abruzzo, 2005-2009.

Tipo di vaccino	Anno				
	2005	2006	2007	2008	2009
polio	98,5	98,15	97,9	97,93	97,57
epatite B	98,15	98,07	97,9	97,91	97,64
DTP	98,13	98,04	97,9	97,87	97,6
Hib	98,14	97,22	97,9	97,9	97,55
MPR	88,77	89,34	93,12	92,24	92,2

Fig. 1



Il Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita, avviato nella nostra Regione nel 2004, prevedeva di:

- raggiungere e mantenere l'eliminazione del morbillo a livello nazionale, interrompendone la trasmissione indigena.
- ridurre e mantenere l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori ad un caso ogni 100.000 nati vivi.

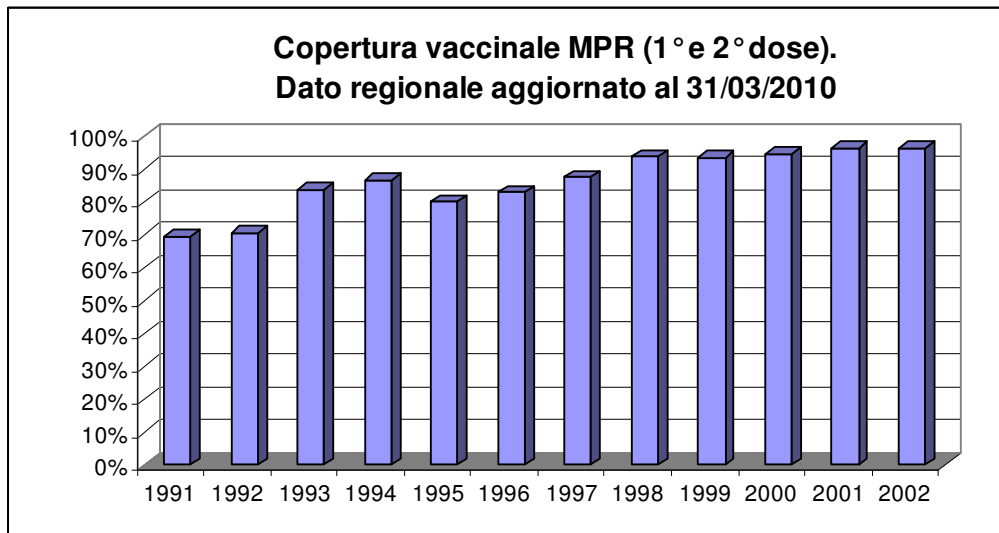
attraverso un programma di vaccinazione con MPR, in grado di garantire elevate coperture vaccinali nei bambini nel secondo anno di vita nonché in quelli oltre il secondo anno di vita e gli adolescenti ancora suscettibili, garantendo un servizio routinario di alta qualità .

I risultati conseguiti dalla Campagna di vaccinazione straordinaria e dai recuperi effettuati (Tab 2. e fig.1) sono di seguito riportati e , pur evidenziando un buon livello delle coperture vaccinali, rilevano la necessità di un maggiore impegno per raggiungere l'obiettivo di copertura ($\geq 95\%$) previsto dal Piano.

Tab. 4

Coorte di riferimento	Copertura(%) (1dose+2dose) per ASL e Totale Dato aggiornato al 31/03/2010						
	AZ-SU	CH	LA-VA	AQ	PE	TE	TOTALE
1991	73,8%	88,9%	58,5%	91,2%	78,6%	51,8%	69,4%
1992	79,5%	92,9%	63,4%	91,3%	64,0%	61,5%	70,5%
1993	81,3%	98,8%	82,7%	91,3%	82,6%	79,2%	83,8%
1994	80,0%	98,5%	83,3%	94,4%	91,5%	82,1%	86,7%
1995	77,3%	92,2%	87,1%	94,5%	68,1%	79,8%	80,0%
1996	65,3%	95,2%	88,9%	95,6%	78,0%	85,7%	82,9%
1997	84,4%	95,8%	92,1%	96,8%	73,2%	95,5%	87,5%
1998	84,8%	99,5%	89,7%	97,7%	95,0%	96,7%	93,7%
1999	88,0%	92,8%	89,4%	97,3%	95,4%	96,9%	93,6%
2000	89,7%	97,0%	91,5%	96,3%	95,5%	97,1%	94,5%
2001	92,8%	95,0%	94,8%	98,3%	96,3%	99,9%	96,5%
2002	94,4%	93,6%	93,9%	98,4%	97,0%	98,4%	96,2%

Fig. 2



Dai dati PASSI emerge che nel 2008 il 24 % delle donne tra 18-49 anni intervistate ha riferito di essere vaccinata per la rosolia. Nelle ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, la percentuale stimata di donne vaccinate è pari al 32%, valore significativamente più alto del dato regionale.

Pertanto al fine di raggiungere l'obiettivo della eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, nella Regione Abruzzo nel 2011-2013, è necessario perseguire i seguenti obiettivi operativi:

1. Raggiungere una copertura vaccinale $\geq 95\%$ per la prima dose di morbillo e rosolia, entro i 24 mesi di vita, a livello regionale e di ASL
1. Raggiungere una copertura vaccinale $\geq 95\%$ per la seconda dose di MPR entro il compimento del 12° anno di età a livello regionale e di ASL
2. Mettere in atto iniziative vaccinali supplementari rivolte alle popolazioni suscettibili sopra i 2 anni incluso gli adolescenti, i giovani adulti ed i soggetti a rischio (operatori sanitari e scolastici, militari, gruppi "difficili da raggiungere" quali i immigrati o nomadi)
3. Ridurre la percentuale di donne in età fertile, suscettibili alla rosolia,

4. Migliorare la sorveglianza epidemiologica del morbillo, della rosolia, della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita e degli eventi avversi a vaccino
5. Migliorare l'indagine epidemiologica dei casi di morbillo incluso la gestione dei focolai epidemici
6. migliorare la disponibilità di informazioni scientifiche relative al morbillo e rosolia da diffondere tra gli operatori sanitari e tra la popolazione generale

Le azioni per raggiungere l'obiettivo operativo 1 sono le seguenti:

1. creare una anagrafe informatizzata completa ed aggiornata della popolazione target in tutte le ASL.
2. migliorare le modalità di chiamata attiva dei bambini nei tempi previsti dal calendario vaccinale (a partire dal 13° mese di vita e entro il 15° mese di vita), definendo un protocollo condiviso a livello ASL/Regione con le modalità per sollecitare le famiglie che non rispondono al primo invito.
3. attuare le azioni di comprovata efficacia nell'aumentare le coperture vaccinali (11-12). In sintesi, oltre alla gratuità delle vaccinazioni e la riduzione delle spese dirette, le azioni *che aumentano la richiesta di vaccinazioni da parte della popolazione e l'accesso ai servizi vaccinali* includono:
 - a) la chiamata attiva alla vaccinazione (via telefono, lettera o cartolina) (*Fortemente raccomandata*)
 - b) il sollecito a chi non si presenta all'appuntamento (*Fortemente raccomandata*)
 - c) programmi di educazione della popolazione target associati ad almeno un altro intervento (es. chiamata attiva, formazione degli operatori, sistemi di promemoria per gli operatori, ampliamento dell'accesso ai servizi vaccinali) (*Fortemente raccomandata*)
 - d) ampliamento dell'accesso alle strutture sanitarie se associato ad altri interventi (*Fortemente raccomandata*)
 - e) campagne vaccinali nelle scuole (*Raccomandata*)
 - f) visite a domicilio (azione da indirizzare soprattutto alle popolazioni difficili da raggiungere) (*Raccomandata*)

Le azioni rivolte agli operatori sanitari includono:

- a) sistemi di promemoria per gli operatori sanitari (*Fortemente raccomandata*)
- b) valutazione dell'operatore e feedback sulla valutazione (*Fortemente raccomandata*)
- c) protocolli operativi per i professionisti sanitari medici e non medici (*Fortemente raccomandata per gli adulti*)
4. tenuto conto della possibile co-somministrazione, dal 13° mese di vita, del vaccino MPR e di altri vaccini quali antipneumococco e anti meningococco con la terza dose del vaccino esavalente, nel caso in cui i genitori o il tutore rifiutino di effettuare più di due vaccinazioni nella stessa seduta, dare sempre la priorità alla vaccinazione MPR suggerendo di posticipare le vaccinazioni antipneumococcica e antimeningococcica.
5. utilizzare tutte le occasioni opportune (visita al centro vaccinale o dal pediatra) per verificare lo stato vaccinale del bambino e vaccinarlo se necessario.
6. migliorare l'attività di aggiornamento/formazione nei confronti di PLS e MMG proponendo iniziative di formazione specifiche a livello locale. Inviare periodicamente ai medici (minimo 2 volte all'anno) un elenco dei loro assistiti non ancora vaccinati.

Le azioni per raggiungere l'obiettivo operativo 2 sono le seguenti:

1. Offrire attivamente la seconda dose di vaccino MPR ai bambini a 5-6 anni di età.
2. Offrire attivamente la seconda dose di vaccino MPR a 11-12 anni di età ai bambini che non abbiano ricevuto la seconda dose a 5-6 anni.
3. Attuare le azioni di comprovata efficacia per aumentare le coperture vaccinali per la seconda dose di MPR.
4. Utilizzare le occasioni opportune di qualunque tipo e, in particolare, altre vaccinazioni (es. richiamo anti difterite-tetano-pertosse, vaccinazioni per i viaggiatori), certificazioni

(iscrizione a campi estivi, iscrizione a società sportive, altre certificazioni), ricoveri, altre visite mediche dal pediatra/medico di base, per vaccinare con la seconda dose di MPR. Nel caso in cui il soggetto si presenti per una vaccinazione che non è co-somministrabile con il vaccino MPR (es. vaccino HPV), utilizzare comunque l'occasione per informarlo dell'opportunità di effettuare la seconda dose.

5. Anticipare la somministrazione della seconda dose nei bambini che si recano in aree geografiche ad alto rischio. La seconda dose può essere somministrata ad un mese di distanza dalla prima dose.
6. In presenza di focolai di morbillo, oltre ad offrire la vaccinazione ai contatti mai vaccinati in precedenza, offrire la seconda dose ai contatti vaccinati con una sola dose.
7. Ai bambini che si presentano ai servizi vaccinali o dal pediatra per la prima dose dopo i 5-6 anni dare immediatamente un appuntamento per la seconda dose, dopo un mese dalla prima dose.
8. Inviare periodicamente ai MMG e PLS gli elenchi dei loro assistiti che non hanno ricevuto la seconda dose.
9. Introdurre la rilevazione routinaria delle coperture per la seconda dose di MPR a 6 anni e a 12 anni, in tutte le ASL .

Le azioni per raggiungere l'obiettivo operativo 3 sono le seguenti:

1. Effettuare un'analisi dei dati di copertura disponibili a livello regionale e di ASL per identificare le coorti maggiormente suscettibili.
2. Identificare la strategia vaccinale più idonea per tali coorti offrendo attivamente due dosi a coloro che non sono mai stati vaccinati e una dose a chi ne ha già effettuata una (per esempio, chiamata attiva dei diciottenni suscettibili legalmente idonei ad una decisione autonoma).
3. Attuare le azioni di comprovata efficacia nell'aumentare le coperture vaccinali.
4. Utilizzare le occasioni opportune di qualunque tipo e, in particolare, altre vaccinazioni (vaccinazioni per i viaggiatori, ecc.), certificazioni (iscrizione a società sportive, altre certificazioni), ricoveri, altre visite mediche dal pediatra/medico di base, per somministrare il vaccino MPR (o proporre l'appuntamento per la vaccinazione, a seconda dell'organizzazione del servizio). Nel caso in cui il soggetto si presenti per una vaccinazione che non è co-somministrabile con il vaccino MPR (es. vaccino HPV), utilizzare comunque l'occasione per informarlo dell'opportunità di effettuare la vaccinazione.
5. Invitare alla vaccinazione con MPR gli studenti di scuole superiori e università che non hanno evidenza documentata di pregressa vaccinazione, attraverso un testo informativo da distribuire al momento dell'iscrizione al primo anno.
6. Offrire la vaccinazione MPR agli operatori sanitari e scolastici al momento dell'assunzione. Verificare lo stato immunitario nei confronti del morbillo (documentazione scritta di avvenuta vaccinazione o malattia) degli operatori già assunti e vaccinare i soggetti suscettibili. Verificare lo stato immunitario nei confronti della rosolia delle donne operatrici sanitarie e scolastiche in età fertile e vaccinare le suscettibili.
7. Raccomandare la vaccinazione ai viaggiatori che si recano in zone endemiche.
8. Acquisire informazioni sulla presenza e numerosità dei gruppi di popolazione difficile da raggiungere nel territorio della ASL e considerare le modalità più opportune per offrire attivamente la vaccinazione a questi soggetti .

Le azioni per raggiungere l'obiettivo operativo 4 sono le seguenti:

1. Aumentare la consapevolezza delle donne in relazione alla prevenzione delle malattie infettive potenzialmente gravi in gravidanza.
2. Informare e formare gli operatori sanitari (in particolare i MMG, i pediatri di famiglia, i ginecologi, gli ostetrici, i neonatologi, i medici competenti, i medici scolastici) sui rischi della rosolia in gravidanza, sui benefici e rischi della vaccinazione MPR, sulle false controindicazioni alla vaccinazione, sulla sicurezza della vaccinazione nel postpartum, e sull'importanza di utilizzare tutte le occasioni opportune per informare le donne, prima e durante l'età fertile, verificarne la situazione immunitaria e offrire attivamente la

- vaccinazione alle donne suscettibili o indirizzarle ai servizi vaccinali. Devono essere considerate suscettibili le donne *senza documentazione scritta* di avvenuta vaccinazione antirosolia (una dose) o di positività per anticorpi IgG rosolia-specifici.
3. Organizzare un flusso informativo dai laboratori di analisi ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica affinché tutte le negatività al rubeo test (IgG) effettuato per qualunque motivo in donne in età fertile venga comunicato ai servizi di vaccinazione in modo da chiamare attivamente le donne negative.
 4. Raccomandare che i servizi vaccinali o consultori materno-infantile verifichino sistematicamente se è stata effettuata la vaccinazione contro la rosolia, al momento del richiamo dTp a 11-15 anni, della vaccinazione anti-HPV, nelle donne al momento della prima vaccinazione dei figli, e in qualsiasi altra occasione opportuna.
 5. Raccomandare che venga verificato lo stato vaccinale contro la rosolia all'atto della esecuzione dello screening con il pap-test (possibilmente il primo).
 6. Predisporre in ogni ASL protocolli per la vaccinazione delle donne suscettibili nel post-partum e post-interruzione volontaria di gravidanza o aborto, da diffondere a tutti i punti nascita del territorio. Possibili strategie:
 - a) Vaccinazione somministrata in corso di ricovero prima della dimissione (strategia da preferire)
 - b) Vaccinazione somministrata presso il servizio vaccinale con chiamata *ad hoc*
 - c) Vaccinazione somministrata presso il servizio vaccinale in occasione della somministrazione della 1°dose di vaccini al neonato.Negli ultimi due casi, la neonatologia deve trasmettere l'elenco delle neomamme suscettibili al servizio vaccinale.
 7. verificare lo stato immunitario delle donne esposte professionalmente (per esempio le operatrici sanitarie, il personale scolastico), e vaccinare le suscettibili, formando e coinvolgendo ove presenti, i medici competenti di aziende/luoghi di lavoro con un'alta percentuale di lavoratrici donne.
 9. vaccinare le donne straniere al loro primo contatto con il sistema sanitario.

Le azioni per raggiungere l'obiettivo operativo 5 sono le seguenti:

1. Informare i MMG, i pediatri di famiglia e i medici ospedalieri inclusi i medici di Pronto Soccorso e i medici infettivologi, della necessità di segnalare i casi sospetti di morbillo secondo le modalità e i tempi previsti dal sistema di sorveglianza speciale, inviando loro la relativa circolare ministeriale e organizzando se necessario incontri di formazione.
2. Informare gli stessi della necessità di segnalare i casi sospetti di rosolia secondo le modalità e i tempi previsti dal sistema routinario di notifica in classe II.
3. Avviare tempestivamente l'indagine epidemiologica per ogni caso sospetto di morbillo, inclusa la conferma di laboratorio della diagnosi, e inviare immediatamente il modulo d'indagine al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità (a cura della ASL). Se i test di laboratorio escludono la diagnosi di morbillo, effettuare test diagnostici per la rosolia.
4. Avviare tempestivamente l'indagine epidemiologica per ogni caso sospetto di rosolia, inclusa la conferma di laboratorio della diagnosi (a cura della ASL).
5. Definire con i pediatri un protocollo operativo per il follow-up dei bambini nati da madri con rosolia accertata in gravidanza
6. Identificare tempestivamente un laboratorio di riferimento regionale (o interregionale) per morbillo e rosolia e comunicare al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità il nominativo del referente.
7. Verificare che i laboratori di riferimento per il morbillo e per la rosolia siano in grado di effettuare tutti i test necessari per una corretta diagnosi della malattia (test di avidità delle IgG, PCR, isolamento del virus).
8. Informare i MMG, i ginecologi e gli ostetrici della necessità di segnalare i casi sospetti di rosolia in gravidanza secondo le modalità e i tempi previsti dalla circolare d'introduzione della notifica obbligatoria della malattia, inviando loro la relativa circolare ministeriale e organizzando, se necessario, incontri di formazione
9. Informare gli ostetrici, i neonatologi, cardiologi, oftalmologi, audiologi, e neurologi della necessità di segnalare i casi sospetti di rosolia congenita secondo le modalità e i tempi previsti dalla circolare d'introduzione della notifica obbligatoria delle infezioni congenite da

- virus della rosolia, inviando loro la relativa circolare ministeriale e organizzando se necessario incontri di formazione
10. Organizzare un flusso informativo dai laboratori di analisi alle ASL affinché tutte le positività al rubeo-test (IgM e/o IgG) effettuato in gravidanza vengano segnalate.
 11. Informare i laboratori di riferimento regionali affinché segnalino alle ASL i casi di positività alle IgM rosolia-specifiche in donne in gravidanza
 12. Informare i servizi vaccinali della necessità di segnalare i seguenti eventi avversi:
 - insorgenza entro 48 ore dalla somministrazione del vaccino di una o più delle seguenti condizioni: anafilassi, shock, episodio di ipotonia iporesponsività
 - insorgenza entro 30 giorni dalla somministrazione del vaccino di una o più delle seguenti condizioni: encefalopatia, convulsioni, meningite asettica, trombocitopenia, paralisi flaccida acuta, decesso, e ogni altro evento grave, inclusi i ricoveri
 13. Effettuare un'analisi semestrale degli eventi avversi
 14. Garantire il ritorno delle informazioni agli operatori sanitari mediante l'invio di bollettini periodici con i dati di copertura e incidenza delle malattie in sorveglianza.

Le azioni per raggiungere l'obiettivo operativo 6 sono le seguenti:

1. Offrire attivamente la vaccinazione ai contatti suscettibili di casi di morbillo entro 72 ore dall'esposizione. Nei casi in cui sono trascorsi più di 72 ore dall'esposizione offrire comunque la vaccinazione per recuperare suscettibili eventualmente non contagiati.
2. In presenza di focolai di morbillo in scuole materne/asili nido:
 - offrire attivamente la seconda dose ai bambini esposti e ai loro fratelli/sorelle vaccinati con una sola dose, anche se di età inferiore a quella prevista dal calendario vaccinale per la seconda dose;
 - offrire la prima dose ai bambini suscettibili esposti a partire dai 6 mesi di età (13).
3. In presenza di un aumentato numero di segnalazioni di casi di morbillo o rosolia, allertare i medici di medicina generale, i pediatri, i ginecologi e i medici ospedaliери e di Pronto Soccorso.
4. In caso di epidemie in comunità scolastiche, acquisire gli elenchi degli iscritti.

Le azioni per raggiungere l'obiettivo operativo 7 sono le seguenti:

1. Organizzare incontri e seminari per sensibilizzare medici e pediatri di libera scelta, ginecologi (sia del servizio pubblico che del settore privato), neonatologi, e laboratoristi nei confronti di morbillo e rosolia, coinvolgendo anche altre figure professionali quali medici sportivi, medici del lavoro, medici competenti. Coinvolgere anche i medici ospedalieri (es. pediatri che seguono bambini diabetici o con altre patologie croniche o congenite) per informarli, in particolare, sulle false controindicazioni alla vaccinazione MPR
2. Produrre, a livello regionale, un breve documento che riassume il progetto vaccinazione, i suoi obiettivi e le azioni raccomandate, da distribuire agli Ordini dei medici e uffici per la promozione e l'educazione alla salute nelle scuole.
3. Predisporre e diffondere materiale informativo per operatori e per le famiglie sul morbillo e sulla rosolia in gravidanza e rosolia congenita e sull'efficacia e sicurezza della vaccinazione MPR (incluso volantini, opuscoli e poster per la sala d'attesa dei medici), utilizzando anche la rete e considerando la necessità di raggiungere eventuali immigrati e gruppi etnici minoritari preparando opuscoli in varie lingue.

E' evidente che in tale contesto non si possa prescindere dall'attuazione di un percorso di qualità che investa tutte le strutture vaccinali con adeguamento ai requisiti tecnologici, strutturali, impiantistici ed organizzativi indicati dalla L.R. 37/2007 relativa alla autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

L'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale collegata all'anagrafe di popolazione rappresenta pertanto un punto cruciale, per poter agevolmente identificare i soggetti non vaccinati. Allo stato attuale le ASL sono costrette a gestire gli archivi vaccinali mediante supporto cartaceo.

Dovranno essere superate le criticità evidenziate a livello regionale ed implementate tutte le azioni necessarie per il completamento di questo processo. Infatti sono stati dotati di supporto informatico le sedi da informatizzare, individuate le caratteristiche del software, collegate all'anagrafe sanitaria la maggior parte delle sedi vaccinali.

I servizi di tutta la regione hanno ottenuto notevoli risultati nella prevenzione delle malattie prevenibili con la vaccinazione pur operando in condizioni di estrema difficoltà da ricondurre, da una parte, agli operatori e, dall'altra, alle strutture. Nel primo caso si rileva una progressiva riduzione del numero degli stessi in quanto spesso non è assicurato il turnover con notevole innalzamento dell'età media: operano ancora, sia pur con ruolo ad esaurimento i medici ex condotti che assicurano, là dove presenti, la effettuazione delle vaccinazioni sia pure come attività residuale, sul territorio, anche in Comuni disagiati dal punto di vista orografico. Anche riguardo al personale infermieristico ovvero tecnico sanitario come le Assistenti sanitarie si rileva una progressiva diminuzione, molti ambulatori ne sono sprovvisti, rendendo in tal modo sempre più difficoltosa non solo l'attività vaccinale ma anche di promozione delle vaccinazioni. Per quanto riguarda gli ambulatori, spesso si rilevano carenti di adeguamenti strutturali e risultano dispersi sul territorio in modo non ottimale da garantire un'offerta proporzionata alle relative esigenze della popolazione residente.

A ciò si aggiunga che relativamente al Capoluogo di Regione il sisma del 06.04.09 ha creato non poche difficoltà nell'offerta vaccinale non solo per l'inagibilità delle sedi, ma soprattutto per la difficoltà a raggiungere la popolazione target di cui spesso non si conosce l'attuale domicilio e/o recapito telefonico.

OBIETTIVO GENERALE

Ridurre l'incidenza delle malattie prevenibili con le vaccinazioni e per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione (poliomelite, difterite, epatite b, morbillo, rosolia congenita) o del significativo contenimento (tetano, pertosse, m.i. da Hib)

OBIETTIVO SPECIFICO

Mantenere le coperture vaccinali nei confronti della poliomelite, difterite, epatite b, tetano, pertosse, m.i. da Hib e raggiungere le coperture vaccinali per MPR del 95% entro i due anni di età e del 29% nelle donne tra i 18-49 anni entro il 2012, nella Regione Abruzzo.

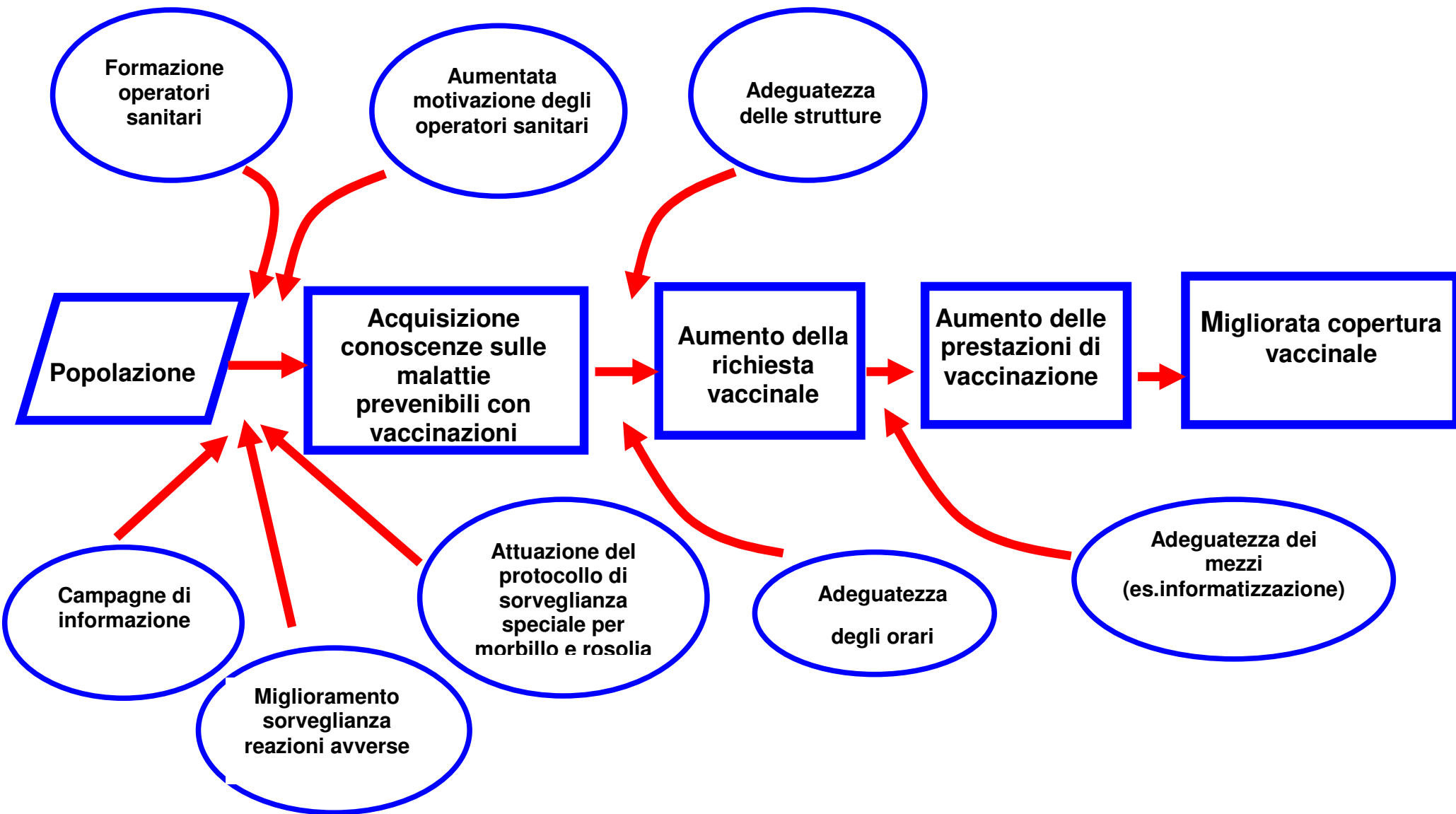
Per il raggiungimento dell'obiettivo proposto le azioni da porre in essere sono:

- motivare gli operatori vaccinali con l'introduzione nei sistemi di valutazione dei dirigenti gli obiettivi di copertura, con il miglioramento della comunicazione interna.
- Informare gli operatori sanitari (Operatori sanitari dei Servizi Vaccinali, Operatori sanitari dei consultori, Medici Ospedalieri di strutture pubbliche e Private (Pronto Soccorso, Ostetricia e Ginecologia, Neonatologia, Pediatria, Infettivologia, Cardiologia, Pneumologia, Neurologia) Medici competenti, medici scolastici, MMG e PLS
- Migliorare l'informazione della popolazione target su :vaccino, malattia, servizi offerti
- Migliorare la sorveglianza per il morbillo e le MIB, con individuazione dei laboratori di riferimento regionali e revisione delle procedure regionali.
- Migliorare la sorveglianza sulle reazioni avverse a vaccini, con revisione della procedura regionale
- Informatizzare e aggiornare le anagrafi vaccinali
- Porre in essere tutte le azioni di comprovata efficacia per raggiungere gruppi di popolazioni "difficili da raggiungere"
- Assicurare il ritorno dei dati agli operatori sanitari

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.10	Valore dell'indicatore al 31.12.11		Valore dell'indicatore al 31.12.12	
			atteso	osservato	atteso	osservato
Aumento del 5% della copertura vaccinale per la rosolia nelle donne tra 18-49 anni	PASSI	23,4% (rif. al 2008)	25%		29%	
Copertura vaccinale per seconda dose di MPR a 5-6 anni di età	Registri vaccinali	n.d.	85%		90%	

Vaccinazioni

2. MODELLO LOGICO



Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione dell'incidenza delle malattie prevenibili con le vaccinazioni e per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione (poliomelite, difterite, epatite b, morbillo, rosolia congenita) o del significativo contenimento (tetano, pertosse, m.i. ha Hib)	N° nuovi casi/n° popolazione N. di ricoveri per morbillo	SIMIweb	-Sottonotifica -Individuazione laboratori di riferimento regionale per l'attuazione dei protocolli di sorveglianza
Obiettivo specifico	Mantenere le coperture vaccinali nei confronti della poliomelite, difterite, epatite b, tetano, pertosse, m.i. da Hib e raggiungere le coperture vaccinali per MPR del 95% entro i due anni di età e del 29% nelle donne tra i 18-49 anni entro il 2012, nella Regione Abruzzo.	N° popolazione vaccinata/popolazione da vaccinare	- Registri di vaccinazione - Anagrafe vaccinale informatizzata -PASSI	-Carenza del personale -Scarsa adesione della popolazione -Inadeguata comunicazione -Aggiornamento anagrafe vaccinale -Informatizzazione anagrafe vaccinale -Costruzione registri per le categorie a rischio
Risultati attesi	Entro 24 mesi: -Aumento della copertura vaccinale del 3% per MPR -Aumento del 5% della copertura vaccinale per la rosolia nelle donne	>Copertura vaccinale per MPR entro i 2 anni di età a livello regionale e di ASL (≥ 95%) >Copertura vaccinale	Registri di vaccinazione Anagrafe vaccinale informatizzata PASSI	-Carenza del personale -Difficoltà nel coinvolgimento di altre figure specialistiche

	tra 18-49 anni -Mantenimento della copertura vaccinale del 97% per polio, epatite B, DTP, Hib	per MPR nei bambini di oltre 2 anni di età e negli adolescenti fino a 15 anni, per coorte di nascita e anno di calendario, a livello regionale e di ASL ($\geq 95\%$) >Copertura vaccinale per la seconda dose di MPR per coorte di nascita e anno di calendario, a livello regionale e di ASL ($\geq 95\%$) >Incidenza annuale del morbillo e della rosolia < 1 caso/1.000.000 ab.; incidenza annuale della rosolia congenita < 1 caso/100.000 nati vivi	SIMIWEB Sistemi di sorveglianza speciale SDO	(PLS, MMG, ginecologi) -Difficoltà nella realizzazione di un'anagrafe vaccinale informatizzata collegata all'anagrafe di popolazione
Attività		Mezzi	Costi	
1	Formazione operatori sanitari	-Docenti		
2	Motivazione degli operatori sanitari	-Sistemi premianti economici e non -Valutazione dirigenti (obiettivi di budget) -Miglioramento della comunicazione interna		
3	Attuazione dei protocolli di sorveglianza speciale per morbillo e	-Revisione procedure operative		

	rosolia congenita e MIB			
4	Miglioramento sorveglianza reazioni avverse alle vaccinazioni			
5	Campagne di informazione	Locandine, inviti, materiale informativo, ecc		
6	Adeguatezza delle strutture	Autorizzazione dei servizi vaccinali		
7	Adeguatezza degli orari	Ampliamento della fascia oraria dedicata agli ambulatori vaccinali		
8	Adeguatezza dei mezzi	Informatizzazione dell'anagrafe vaccinale		

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE**REGIONE: ABRUZZO****Titolo del Progetto: EDUCAZIONE ALL’AFFETTIVITÀ E PREVENZIONE HIV****Identificativo della linea di intervento: 2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni****Numero identificativo del progetto all’interno del piano operativo regionale: 2.6.1****Malattie infettive**

La morbosità e la mortalità per malattie infettive sono negli ultimi decenni molto diminuite, come effetto della scoperta degli antibiotici e dei vaccini e del progressivo miglioramento delle condizioni di vita.

Tuttavia la riemergenza di “vecchie malattie” e la comparsa di malattie nuove ha reso evidente che le malattie infettive non sono state definitivamente debellate e, in alcuni casi, continuano a rivestire un interesse rilevante.

Il grande cambiamento che va colto è come l’emergere o il riemergere di patologie trasmissibili non sia più un problema solo dei paesi economicamente poco sviluppati, ma interessa anche le aree ad elevato reddito situate in zone temperate: il concetto di malattia esotica o di malattia tropicale ha, di fatto, mutato significato. Tra le cause di questa evoluzione rientrano i cambiamenti climatici connessi al riscaldamento del pianeta e la movimentazione di merci e animali legata alla globalizzazione dei mercati; questi fenomeni creano le condizioni per far entrare specie esotiche di agenti di malattia o di loro vettori nel territorio europeo, dove, successivamente, riescono a trovare condizioni ambientali e climatiche favorevoli alla loro diffusione. Anche l’aumento degli spostamenti di persone (migranti, turisti e lavoratori) incrementa la possibilità dell’insediamento degli agenti patogeni “esotici”.

Contesto regionale

In Regione Abruzzo nel quinquennio 2005-2009 sono state notificate 15 malattie infettive di classe I, 7116 di classe II, 270 di classe III, 164 focolai di classe IV con complessivi 707 casi e, relativamente al periodo 1° luglio 2007- 31 dicembre 2009, 779 casi di classe V per un totale di 8887 casi. (vedi tabelle 1,2,3,4,5)

Tab.1 malattie infettive Classe I

malattia	2005	2006	2007	2008	2009	totale
BOTULISMO	1	3	0	0	0	4
TETANO	2	1	2	5	1	11
TOTALE	3	4	2	5	1	15

Tab. 2 Malattie infettive Classe II

malattia	2005	2006	2007	2008	2009	totale
BLENORRAGIA	1	0	0	0	1	2
BRUCELLOSI	4	2	3	0	1	10
DIARREA INFETTIVA	21	5	3	5	1	35
EPATITE A	17	5	4	23	27	76
EPATITE B	17	9	6	13	29	74
EPATITE NONA NONB	6	7	0	2	4	19
EPATITE VNS	0	0	0	0	1	1
FEBBRE TIFOIDE	5	2	2	1	4	14
LEGIONELLOSI	6	6	4	13	11	40
LEISHMANIOSI CUTANEA	0	1	1	2	6	10
LEISHMANIOSI VISCERALE	6	3	0	0	0	9
LEPTOSPIROSI	0	0	0	1	0	1
LISTERIOSI	1	0	0	1	0	2
MENINGO-ENCEFALITE V	23	2	6	9	6	46
MENINGITE MENINGOCOC	4	2	1	2	3	12
MORBILLO	12	4	0	15	2	33
PAROTITE EPIDEMICA	22	5	12	12	9	60
PERTOSSE	8	13	1	1	8	31
RICKETTSIOSI	5	2	1	1	1	10
ROSOLIA	5	3	4	160	2	174
SALMONELLOSI NON TIF	115	73	89	122	69	468
SCARLATTINA	203	176	30	93	110	612
SIFILIDE	19	2	2	8	3	34
VARICELLA	1204	1544	566	1402	627	5343
TOTALE	1704	1866	735	1886	925	7116

malattia	2005	2006	2007	2008	2009	totale
MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE	1	1	2	3	1	8
TBC DISSEMINATA	0	0	1	0	1	2
TBC EXTRAPOLMONARE	6	1	0	12	3	22
TBC POLMONARE	63	28	35	53	49	228
MALARIA	N.D.	N.D.	2	6	2	10
TOTALE	70	30	40	74	56	270

Tab.3 Malattie infettive Classe III

Tab.4 Malattie infettive Classe IV

malattia	2005		2006		2007		2008		2009		totale focolai	totale casi
	N° focolai	N° casi	N° focolai	N° casi	N° focolai	N° casi	N° focolai	N° casi	N° focolai	N° casi		
INFEZIONI, TOSSINFEZIONI, INFESTAZIONI DI ORIGINE ALIMENTARE	N.D.	7	N.D.	35	2	8	3	19	13	29	N.D	98
PEDICULOSI	28	89	26	142	33	141	33	117	11	35	131	524
SCABBIA (FOCOLAIO)	6	12	7	15	6	15	1	2	10	32	30	76
DERMATOFITOSI (TIGNA)	0	0	0	0	1	5	1	2	1	2	3	9
TOTALE	34	108	33	192	42	169	38	140	35	98	164	707

Tab.5 Malattie infettive Classe V(dal 1° luglio 2007 al 31 dicembre 2009)

malattia	Totale
ASPERGILLOSI	1
COCCIDIOMICOSI	2
COXACKIOSI	1
DERMATOFITOSI	25
ENCEFALITE IN MALATTIE DA PROTOZOI	1
ERITEMA INFETTIVO (QUARTA E QUINTA MALATTIA)	7
ESANTEMA CRITICO(Sesta Malattia)	42
FARINGITE STREPTOCOCCICA	5
GASTROENTERITE	141
GIARDIASI	3
HERPES SIMPLEX	1
HERPES ZOSTER	8
IMPETIGINE	1
INFLUENZA	184
MALATTIA DA CITOMEGALOVIRUS (CMV)	10
MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB	2
MALATTIA DI LYME (BORRELIOSI)	1
MENINGITE BATTERICA	32
MENINGITE DA ALTRI ORGANISMI NON BATTERICI O VIRALI	15
MOLLUSCO CONTAGIOSO	4
MONONUCLEOSI INFETTIVA	180
PARASSITOSI INTEST. N.S.	1
PEDICULOSI (CASI SPORADICI)	24
SCABBIA (CASI SPORADICI)	74
SEPSI (SETTICEMIA) DA ALTRI BATTERI G -	1
SEPSI (SETTICEMIA) DA ALTRI BATTERI G+	1
SINDROME BOCCA MANI PIEDI	3
TOSSINF. ALIMENTARI	7
TOXOPLASMOSI	1
URETRITE DA CHLAMYDIA TRACOMATIS	1
Totale	779

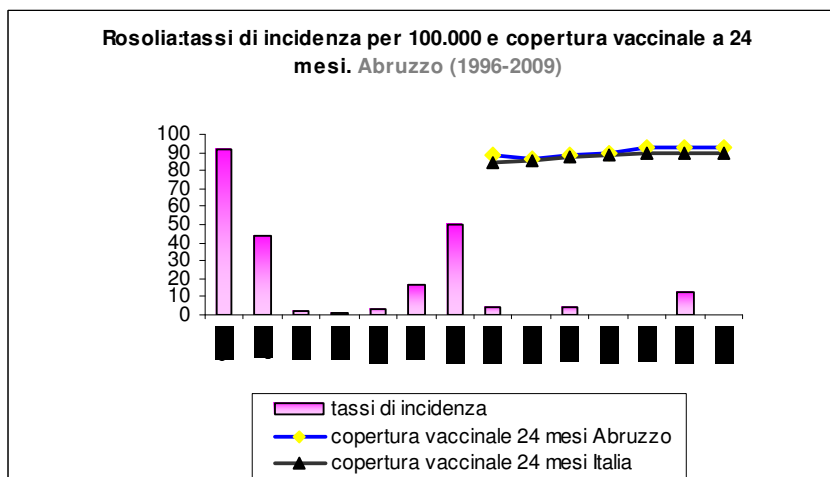
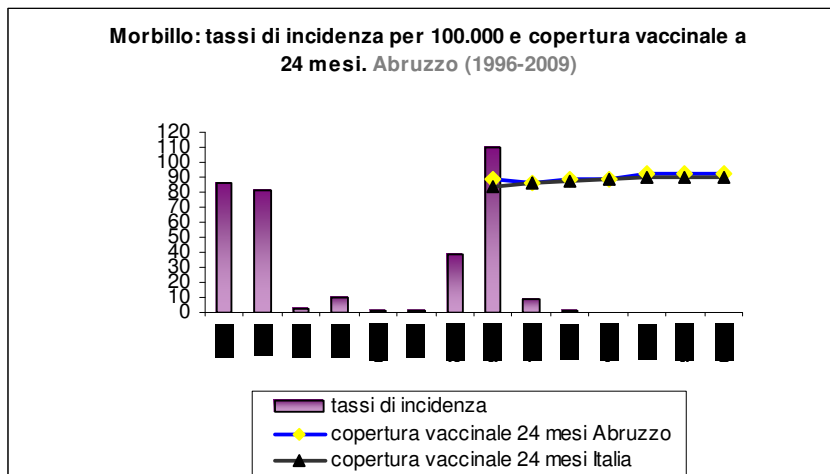
Classe I

Tra le malattie di classe I si segnalano, nel periodo considerato, 4 casi di **botulismo** ed 11 casi di **tetano**. Mentre i casi di botulismo testimoniano della pericolosità degli alimenti non idoneamente conservati, gli 11 casi di tetano, verificatisi esclusivamente in soggetti anziani con netta prevalenza del sesso femminile, mettono in evidenza l'importanza di valutare l'eventuale attivazione di campagne di vaccinazioni rivolte alla popolazione anziana.

Malattie di prevalente interesse pediatrico prevenibili con vaccino

Tra queste malattie la **varicella** è quella che ha fatto registrare il maggior numero di casi in assoluto costituendo l'80% di tutte le notifiche a causa di una persistente epidemia che ha interessato, pur con oscillazioni annuali, tutto il periodo considerato. A tale proposito si deve ricordare come in regione Abruzzo non viene praticata l'offerta gratuita della vaccinazione antivaricella; l'assenza di un programma di vaccinazione se da una parte favorisce una notevole diffusione della malattia, dall'altra determina che la varicella si manifesti nella quasi totalità dei casi in soggetti di età inferiore ai 15 anni, non evidenziandosi lo spostamento della maggiore incidenza di malattia verso classi più adulte, come può accadere in seguito a campagne di vaccinazione che non raggiungono l'obiettivo ottimale di copertura.

Diversa è la situazione epidemiologica per quanto riguarda **pertosse, morbillo, rosolia, parotite** nei cui confronti viene praticata da vari anni l'offerta attiva e gratuita delle relative vaccinazioni e la cui **incidenza** si è significativamente ridotta in conseguenza del progressivo aumento delle coperture vaccinali (vedi grafici).



Di queste malattie, comunque, vengono segnalati annualmente alcuni casi a significare che l'offerta vaccinale deve essere potenziata, soprattutto nei confronti di coloro che sono sfuggiti agli usuali appuntamenti vaccinali; solo così si sarà in grado di raggiungere gli obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita.

Inoltre, questi casi possono rappresentare il punto di partenza di focolai epidemici più consistenti come dimostrano i 160 casi di rosolia verificatisi in Regione nel 2008. Tale epidemia è stata caratterizzata da uno slittamento verso le classi di età adolescenziali ed adulte dei picchi di massima incidenza con conseguente interessamento di donne in età fertile a rischio di contrarre l'infezione in gravidanza: infatti circa il 30% dei casi si è verificato in donne di età compresa tra 15 e 24 anni, mentre l'11% dei casi si è manifestato in donne di età compresa tra 25 e 64 anni.

Se è vero che questo gruppo di malattie è quello maggiormente rappresentato numericamente (globalmente considerato questo gruppo costituisce il 63% di tutti i casi di malattie infettive ed addirittura il 79% di quelle di classe II), è pur vero che proprio questo gruppo è quello che maggiormente soffre del **fenomeno della sottotifica**.

Questo fenomeno si evidenzia mettendo a confronto i tassi di incidenza ottenuti dal sistema di sorveglianza dei pediatri sentinella (SPES) e quelli ottenuti utilizzando le segnalazioni pervenute ai servizi di sanità pubblica (tab.6).

Tab.6 Tassi x 100.000 (0-14 anni) confronto SPES SIMIWEB; anno 2008

		Varicella	Parotite	Pertosse	Rosolia	Morbillo
Dati SPES	Italia	4435	40	37	61	27
	Centro Italia	6127	70	29	17	0
Dati SIMIWEB	Abruzzo	766	5	>1	13	2

Dall'esame della tabella si evidenzia come i tassi regionali calcolati con le notifiche obbligatorie sono costantemente più bassi rispetto ai tassi del sistema SPES, sia nel confronto con i tassi nazionali sia nel confronto, geograficamente più omogeneo, con i tassi del centro Italia. L'unica eccezione è rappresentato dal confronto, per quanto riguarda il morbillo, tra il tasso regionale e quello del centro Italia, spiegabile con il fatto che ci si trova di fronte a pochissimi casi sporadici (3) non intercettati dalla rete di sorveglianza.

Questo confronto evidenzia come si renda necessario un continuo lavoro di formazione con i medici di base ed i pediatri affinché possa funzionare un sistema di sorveglianza che riproduca un'immagine che sia più rappresentativa possibile della realtà epidemiologica regionale.

Meningiti batteriche

Le meningiti batteriche sono delle malattie gravi, talvolta mortali che creano notevole allarme tra la popolazione e rappresentano una importante emergenza in sanità pubblica.

Nel periodo preso in considerazione ai sistemi di sorveglianza SIMI e SIMIWEB sono pervenute 12 notifiche di meningite meningococcica e 32 notifiche di meningite da batteri diversi dal meningococco.

In Italia dal 1996 è attivo, inoltre, un sistema di sorveglianza specifico dedicato alle meningiti batteriche che negli anni successivi si è ampliato a includere tutte le malattie invasive da meningococco, pneumococco ed emofilo. Ogni anno vengono segnalati al sistema, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, circa 800 casi. Per i casi in cui si conferma l'eziologia da meningococco, il Dipartimento di malattie infettive dell'ISS effettua la caratterizzazione del microorganismo, indispensabile per la comparazione delle caratteristiche fenotipiche e genotipiche dei ceppi responsabili di casi nel nostro Paese e negli altri Paesi europei.

I dati di tale sistema di sorveglianza sono riportate nella tabella 7.

Tab.7 Sistema di Sorveglianza Malattie invasive batteriche; Abruzzo 1994-2009

anno	S	P	M	H	T	L	a	ni	Totale
1994	0	2	1	2	0	1	0	5	11
1995	0	5	2	1	0	1	2	3	14
1996	0	10	2	0	0	0	2	6	20
1997	1	10	1	1	0	0	3	6	22
1998	1	7	5	1	0	1	5	11	31
1999	2	6	6	3	0	0	5	10	32
2000	0	11	7	0	0	1	1	0	20
2001	0	2	4	1	1	0	0	2	10
2002	0	1	3	1	0	0	1	0	6
2003	0	8	1	1	0	1	2	1	14
2004	1	1	2	0	0	0	1	1	6
2005	0	2	2	0	1	0	1	4	10
2006	0	3	2	0	0	1	0	4	10
2007	0	2	0	0	0	1	0	1	4
2008	0	4	0	0	0	0	2	5	11
2009	0	1	1	1	0	1	0	7	11
Totale	5	75	39	12	2	8	25	66	232

Legenda: S(streptococcus b); P(Streptococcus pneumonia); N(Neisseria meningitides); H(Haemophilus influenzae); M(Micobacterium tuberculosis); L(Listeria);a(Altro patogeno); ni(Non identificato).

Dall'esame della tabella risulta che il 32% delle segnalazioni afferenti al sistema sono riconducibili allo pneumococco, il 17% al meningococco, il 5% all'H.I.. Dalla tabella risulta anche che nel 28% delle segnalazioni non è stato identificato il germe responsabile; da questa osservazione deriva la necessità di rafforzare i rapporti con i laboratori di microbiologia affinché questi ultimi provvedano all'identificazione del germe ed al successivo inoltro del ceppo ai laboratori di II livello per la tipizzazione. Solo così si potrà avere una conoscenza epidemiologica più precisa sulla reale diffusione dei microrganismi sul territorio regionale.

Nei confronti delle forme sostenute da meningococco di tipo C, da haemophilus influenzae di tipo b e da alcuni ceppi di pneumococco sono disponibili i relativi vaccini che vengono offerti dai centri vaccinali regionali con modalità di partecipazione alla spesa da parte dell'utente.

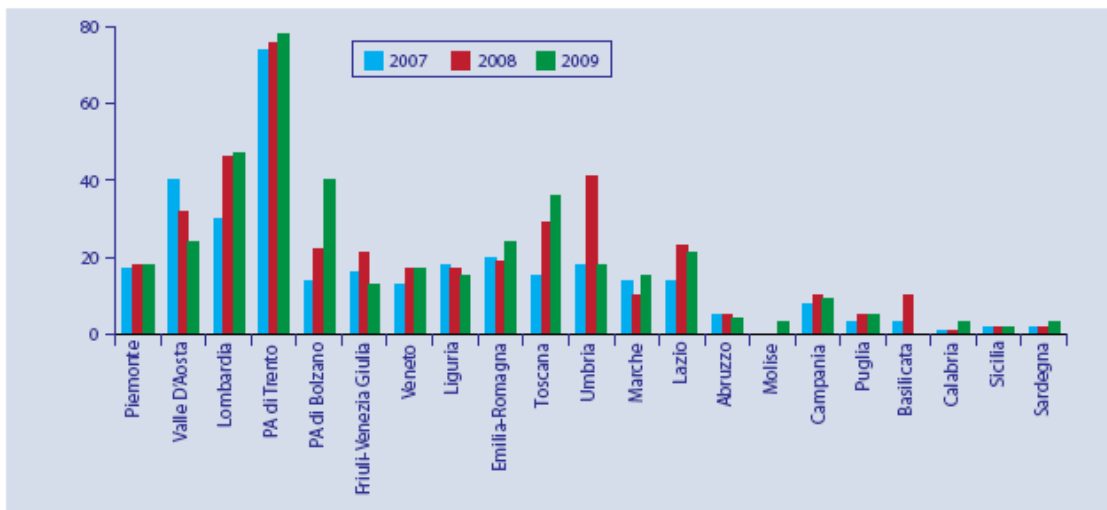
Legionellosi

Nel quinquennio 2004-2009 sono stati notificati in regione Abruzzo 40 casi di legionellosi. Anche per le legionellosi esiste un Registro Nazionale attivo presso l'Istituto Superiore di Sanità; i casi afferenti a tale specifico registro sono riportati nella tabella 8.

Tab. 8: Registro Nazionale delle Legionellosi; Regione Abruzzo; casi di legionellosi anni 2005-2009

Regione	2005	2006	2007	2008	2009	Totale
Abruzzo	4	3	7	7	5	26

Anche in questo caso, così come visto per le meningiti batteriche, si osserva una discordanza tra i dati dei vari sistemi di sorveglianza da ricondurre a quanto già si diceva per le stesse meningiti. L'incidenza della legionellosi in Italia nel 2009 è stata pari a 20 casi per milione di popolazione. In figura è riportata l'incidenza della legionellosi per regione nel periodo 2007-2009. I bassi tassi di incidenza presenti nella Regione fanno ragionevolmente pensare alla necessità di affinare il sistema di sorveglianza con il coinvolgimento dei medici ospedalieri che davanti a quadri di polmonite dovrebbero ricorrere maggiormente alla ricerca dell'antigene urinario che permette la diagnosi di legionellosi.



Zoonosi

Tra esse possiamo considerare la brucellosi, la leishmaniosi cutanea e viscerale, la rickettsiosi. La brucellosi rappresenta un importante problema di sanità pubblica per le infezioni umane ed è causa di gravi danni economici, particolarmente nelle aree agricolo-pastorali per le infezioni negli animali da allevamento.

La leishmaniosi è una malattia talmente diffusa da rappresentare una vera preoccupazione per l'Organizzazione mondiale della sanità che ha messo a punto un piano internazionale di sorveglianza per controllarla.

Le rickettsiosi appartengono al gruppo delle febbri esantematiche e sono causate da rickettsie, batteri trasmessi da "zecche dure" ampiamente distribuite in tutto il mondo.

Nel quinquennio 2005-2009 sono state notificate in Regione Abruzzo 10 casi di brucellosi, 10 di leishmaniosi cutanea, 9 di leishmaniosi viscerale e 10 di rickettsiosi per un totale di 39 casi.

Di seguito mettiamo a confronto i tassi di incidenza per milione di abitanti tra la Regione Abruzzo e l'Italia prendendo a riferimento le popolazioni regionale e nazionale dell'anno 2007 (anno centrale del quinquennio 2005-2009).

tab.9 tassi x milione di ab, Abruzzo vs Italia

	Abruzzo	Italia
Brucellosi	1,5	5,5
Leishmaniosi cutanea	1,5	0,5
Leishmaniosi viscerale	1,3	1,5
Rickettsiosi	1,5	5,3

Malattie Sessualmente Trasmesse

Le malattie sessualmente trasmissibili (MST) costituiscono uno dei più seri problemi di salute pubblica in tutto il mondo, sia nei paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo. Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le MST hanno una incidenza annua di 333 milioni di casi escludendo l'AIDS, la cui incidenza ed effetto sullo stato di salute e su quello socio-economico di interi paesi, soprattutto nell'area africana, è definita da anni ormai una reale emergenza. Le malattie sessualmente trasmissibili, come dice il nome, vengono trasmesse durante l'atto e il contatto sessuale. L'incidenza delle MST nel mondo è in continuo aumento, grazie anche alla maggiore mobilità e all'aumento della tendenza ad avere rapporti sessuali con più partners. Le lesioni e le infiammazioni genitali date dalle diverse MST inoltre aumentano consistentemente il rischio di trasmissione dell'AIDS.

Una delle categorie più a rischio nel mondo è quella dei giovani adolescenti. Secondo l'OMS, l'85% dei giovani tra i 10 e i 24 anni (di circa 1,5 miliardi totali nel mondo) vive in paesi poveri. Circa 73 milioni di adolescenti tra i 10 e i 14 anni sono lavoratori. Nella grande maggioranza dei casi, le relazioni sessuali per questi giovani iniziano molto presto nella fase adolescenziale. Dei 333 milioni di nuovi casi stimati ogni anno, almeno 111 interessano giovani sotto i 25 anni di età. La carenza di conoscenze e la difficoltà di accesso ai contraccettivi meccanici (preservativi maschili e femminili) rendono i ragazzi molto più esposti al rischio di infezioni sessualmente trasmissibili. Le ragazze sono più vulnerabili dei ragazzi per ragioni fisiologiche ma anche sociali, essendo, in alcuni contesti, costrette a relazioni sessuali fin da bambine. Ogni anno, un adolescente su venti contrae una MST curabile, senza contare le infezioni virali. Più della metà delle nuove infezioni di AIDS ogni anno interessano giovani nel gruppo di età 15-24 anni. Alcuni studi condotti in paesi africani mostrano una incidenza del 12-13% di infezioni da HIV in ragazze in gravidanza di 15-19 anni di età.

La contrazione di una infezione sessuale in una donna in gravidanza può avere conseguenze molto negative per il feto, fino alla morte in utero dello stesso. Oltre alla contrazione della malattia congenita, possono esserci infatti danni neurologici, infezioni agli occhi, polmoniti, epatiti acute, meningiti, malattie croniche al fegato, cirrosi, anomalie congenite (dalla cecità alla sordità a danni ad altri organi).

Particolarmente rilevanti sono poi le conseguenze tardive associate alle MST come l'infertilità, le gravidanze ectopiche, il cancro della cervice uterina, le stenosi uretrali, il coinvolgimento a breve o lungo termine di altri apparati (ossa, cuore, sistema nervoso) e la mortalità precoce in età infantile o giovanile. Nell'insieme, le MST si associano a una morbilità e mortalità rilevante e contribuiscono significativamente ai costi sanitari, con un peso che varia notevolmente nelle varie aree del mondo. Ciò vale soprattutto quando colpiscono donne in età fertile per le conseguenze sul feto e sul neonato.

La diagnosi di una infezione ST è più problematica durante l'adolescenza perché la malattia può essere asintomatica. Inoltre, lo stigma sociale e la difficoltà di accesso a servizi di trattamento possono incidere negativamente sull'attitudine al controllo da parte degli adolescenti. Fra le malattie sessualmente trasmissibili più importanti si ricordano AIDS, sifilide, gonorrea, clamidia, infezione da hpv, herpes genitale, epatite B. I casi segnalati in Regione Abruzzo nel quinquennio 2005-2009 sono riportati nelle tabelle 2 e 5 relativamente a blenorragia (2 casi), sifilide (34 casi), infezione da clamidia (1 caso); inoltre può essere ricondotta al gruppo delle MST una quota non definibile di casi epatite virale b così come possono riconoscere una trasmissione sessuale anche i casi di mollusco contagioso.

Questi dati, lungi dall'essere la fedele riproduzione della situazione epidemiologica regionale, testimoniano della difficoltà a far emergere una realtà sicuramente più diffusa.

Infatti non si può non pensare ad alcune comunità di recente immigrazione che vivono in condizioni di quasi impermeabilità rispetto alla società circostante o ai fenomeni di sfruttamento della prostituzione così attivi in alcune zone della nostra Regione (costa teramano- pescarese, confine marchigiano-abruzzese) che rappresentano dei gruppi a rischio difficili da portare all'emersione e quindi all'accesso ai servizi sanitari e sociali che potrebbero garantire loro prevenzione, diagnosi e cura delle MST.

Nell'ambito delle MST un'attenzione particolare merita l'infezione da HIV. Secondo i dati forniti dal dipartimento malattie infettive, parassitarie e immunomediate dell'ISS, sono oltre 60 mila i casi di Aids notificati in Italia fino al 30 novembre 2008. Per il 2008, le stime mostrano stabilità nel numero dei nuovi casi di Aids rispetto al 2007. Gli ultimi sei mesi di monitoraggio dell'infezione effettuato dal Centro operativo Aids (Coa) illustrano un quadro in cui l'infezione rimane costante, in cui i nuovi casi non diminuiscono. Si registra, tuttavia, una lieve tendenza

alla ulteriore flessione dell'incidenza della malattia conclamata (grazie alle terapie antiretrovirali).

Nel 2008 si registrano ancora 3-4 mila nuovi sieropositivi, per un totale di circa 120 mila sieropositivi viventi. A fronte della diminuzione dell'incidenza della malattia conclamata, persiste un'incidenza costante di nuove infezioni che, unitamente all'allungamento della sopravvivenza delle persone sieropositive, determina la persistenza di un ampio serbatoio di persone affette da Hiv.

Nonostante l'incidenza resti stabile, il numero totale delle persone viventi con Aids è in aumento: i dati al novembre 2008 riportano oltre 20 mila casi. La ragione è probabilmente legata all'efficacia della terapia antiretrovirale combinata, che comporta un aumento del numero di persone con diagnosi di Aids che sopravvivono. Stabile rispetto al 2007 l'età media degli uomini (43 anni) e delle donne (40 anni). In aumento il numero dei casi tra la popolazione straniera, nella quale si registra circa il 20% di tutti i casi segnalati in Italia nell'ultimo anno.

Secondo i dati forniti dal Centro operativo Aids (Coa) ([pdf 213 kb](#)) a novembre 2008, sono tra i 140 e i 180 mila i casi di infezioni da Hiv dall'inizio dell'epidemia. Considerando le persone sieropositive (che comprendono sia quelle con malattia conclamata sia quelle solo infette), le stime riportano tra i 110 e i 130 mila casi. Questa cifra è in leggero aumento poiché ogni anno si verificano circa 3500 nuove infezioni che si vanno ad aggiungere a quelle degli anni precedenti.

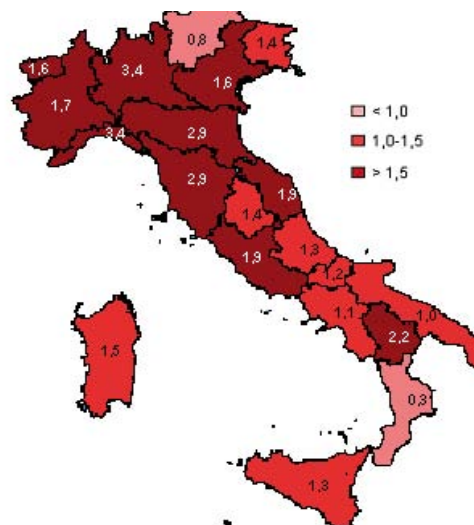
Il numero di infetti a livello nazionale è in crescita, a causa dell'aumento della sopravvivenza delle persone sieropositive. Sempre secondo i dati del Coa, riguardo alla modalità di trasmissione dell'infezione, il contagio diminuisce tra i tossicodipendenti (dal 47,9% del 1998 al 22,3% del 2008) mentre cresce la trasmissione per via sessuale. Per i rapporti omosessuali e bisessuali si passa dal 17,3% del 1997 al 23,7% del 2008; per i rapporti eterosessuali l'aumento è ancora più evidente, passando dal 25,3% nel 1998 al 44,4% nel 2008. Anche l'età media alla diagnosi è in crescita: per le donne è di 40 anni, per gli uomini di 43 anni.

Un altro dato interessante è che oltre il 60% dei casi di Aids non ha fatto terapia antiretrovirale prima della diagnosi. Quasi il 60% dei casi di Aids, inoltre, scopre di essere sieropositivo poco prima o al momento della diagnosi di malattia conclamata. Questo fenomeno è segnale di una bassa percezione del rischio, soprattutto fra chi si infetta per via sessuale e fra gli stranieri.

Per quanto riguarda la situazione epidemiologica della regione Abruzzo riportiamo in tabella 9 e nella fig. x rispettivamente i casi cumulativi di aids per anno di diagnosi e l'incidenza dei nuovi casi diagnosticati nel 2008

Tabella 10: Distribuzione dei casi cumulativi di AIDS in regione Abruzzo per anno di diagnosi. Dati aggiornati al 31/12/2008

Regione	<1998	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	totale
Abruzzo	306	18	25	14	16	26	21	23	20	16	26	16	527



Rispetto ai casi cumulativi l'Abruzzo occupa la quattordicesima posizione nella graduatoria nazionale con 527 casi cumulativi (prima la

Lombardia con 17986 casi, ultimo il Molise con 61 casi).

Per quanto riguarda i casi incidenti l'Abruzzo occupa, nel panorama nazionale, una posizione intermedia con un valore di 1,2 nuovi casi di AIDS x 100000 abitanti nel 2008; questo significa che nel 2008 sono stati diagnosticati 16 casi di AIDS in soggetti residenti in Abruzzo.

Fig.1 x Incidenza (x 10000ab.) per regione di residenza dei casi di AIDS diagnosticati tra gennaio e dicembre 2008

Nel 2009, la popolazione residente nelle regioni che hanno attivato un sistema di sorveglianza HIV rappresenta il 72,3% della popolazione residente in Italia (Fonte COA, *Notiziario ISS 201*)



Fig.2 Tasso annuale di incidenza (per 100.000 residenti) delle nuove diagnosi di HIV segnalate nel 2009 (Fonte COA, *Notiziario ISS 201*)

Breve descrizione dell'intervento programmato

I giovani sono particolarmente esposti alle infezioni da HIV e ad altre MTS. Essi sono anche più vulnerabili rispetto al rischio di tossicodipendenza.

E' indicato coinvolgere gli studenti della Scuola per alcune ragioni che non si possono trascurare:

- ▶ L'infezione da HIV (anche se si muore di meno oggi con la terapia antiretrovirale di associazione con tre farmaci) non è spenta, né diminuisce, ma continua a propagarsi non solo nei cosiddetti "Paesi in via di sviluppo", ma anche nei "Paesi sviluppati", in aree geografiche che comprendono anche l'Europa e l'Italia
- ▶ L'infezione da HIV non è stabile, ma muta in continuità: il dato più rilevante è che, mentre negli anni '80 (inizio dell'epidemia) i soggetti a rischio di infezione erano soprattutto i tossicodipendenti e gli omosessuali, oggi a rischio sono in netta prevalenza gli eterosessuali e l'infezione si propaga anche nelle donne per contatti sessuali con partner maschili che sanno o che non sanno di avere l'infezione.
- ▶ Per circa 10 anni l'infezione da HIV non dà segni particolari: la persona colpita sta bene, non si accorge di essere infetta. Ma quando lo è, può trasmettere l'infezione. Dai dati epidemiologici risulta che la maggior parte della popolazione infetta non sa di esserlo.
- ▶ Sono soprattutto gli eterosessuali infetti (ma anche gli omosessuali), se confrontati con i tossicodipendenti, ad ignorare il proprio stato: quindi non iniziano la terapia quando sarebbe opportuno, non prendono i semplici provvedimenti del caso per evitare di trasmettere al partner l'infezione, arrivano all'AIDS e sono sorpresi al sentirsi fare questa diagnosi in presenza di una polmonite, una diarrea, un mal di gola persistente, un'eruzione cutanea, e solo allora fanno di essersi infettati con HIV.
- ▶ L'educazione sanitaria fatta tramite i servizi sanitari, i mass media, la scuola, la famiglia non è servita a bloccare la propagazione dell'infezione né in Europa, né in Italia. E non che

non serva: semplici misure di educazione sanitaria e di prevenzione hanno ridotto l'infezione in Paesi con sistemi sanitari meno attrezzati del nostro, in Uganda, Barbados, Bahamas, Cambogia, Tailandia. Vuol dire che l'educazione sanitaria serve se fatta con convinzione.

- Le altre malattie sessualmente trasmesse molto spesso favoriscono la trasmissione del virus HIV e possono essere eradicabili con terapia opportuna.

E' stato universalmente accettato che gli adolescenti hanno diritto a ricevere una educazione sessuale, in quanto questa rappresenta uno strumento che permette di aiutarli a difendersi verso gli abusi, lo sfruttamento, gravidanze indesiderate, MTS e HIV/AIDS. Contrariamente a quanto spesso viene sostenuto per non introdurre l'educazione sessuale nelle scuole, non vi sono evidenze che dimostrino che questa induca i giovani a esperienze sessuali anticipate. In più paesi del mondo è stato dimostrato che l'educazione sessuale svolta con appropriatezza non induce in generale i giovani ad avere rapporti sessuali, aumenta l'uso del preservativo tra coloro che già praticavano il sesso e risulta essere efficace nella prevenzione dell'HIV/AIDS.

Questo progetto intende coinvolgere gli adolescenti che frequentano le classi II, III e IV delle scuole superiori (15-17 anni) in programmi di educazione orientati a promuovere la salute sessuale e a prevenire le MTS. La ricerca ha dimostrato, infatti, che l'educazione è la strategia di prevenzione delle MTS più efficace.

Tale target è stato prescelto sia per l'elevato coinvolgimento emotivo nelle problematiche connesse (es. la sessualità), sia perché si raggiunge un'ampia percentuale della popolazione ancora in formazione sul piano della struttura della personalità e quindi con idee e comportamenti meno stereotipati e rigidi e più facilmente modificabili con interventi di sensibilizzazione, approfondimento ed educativi.

E sono proprio questi obiettivi che ci si prospetta di raggiungere puntando su una partecipazione attiva dello studente all'elaborazione del messaggio di prevenzione, privilegiando strategie tipo "peer education" (educazione tra pari): l'educazione tra pari nasce negli anni '70 negli Stati Uniti e trova larga diffusione in Europa negli anni '90 come un approccio nuovo che mette in crisi il ruolo dell'esperto tradizionale e valorizza le modalità di apprendimento partecipative, interattive e spontanee tra pari.

E' utile e necessario l'apporto e il sostegno degli insegnanti e di eventuali "esperti" esterni in campo sanitario e di tecniche della comunicazione. Ma il fulcro di questa iniziativa sta nell'attivare il processo di trasmissione orizzontale di conoscenze (in questo caso dati epidemiologici, misure di prevenzione, regole di comportamento) da parte di alcuni studenti ad altri di pari "status".

L'obiettivo da raggiungere, tramite queste strategie di comunicazione, è la salda **interiorizzazione del messaggio di prevenzione** da parte dell'adolescente; si realizza così il salto di qualità da semplice informazione a vera formazione.

Sistema di sorveglianza delle malattie infettive - La sorveglianza in sanità pubblica si basa su tre caratteristiche fondamentali:

- **raccolta sistematica dei dati;**
- **aggregazione e analisi dei dati raccolti;**
- **ritorno e diffusione delle informazioni.**

L'obiettivo finale della sorveglianza è costituito dalla utilizzazione dei dati per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e per il monitoraggio dei programmi di attività inteso come continua valutazione della relazione intervento-cambiamento.

Per garantire il raggiungimento di questi obiettivi, il sistema di sorveglianza di sanità pubblica delle malattie infettive della Regione Abruzzo è costituito da un serie di flussi informativi interconnessi tra di loro il cui livello di sintesi e approfondimento è diverso a seconda delle caratteristiche della malattia e della rilevanza delle informazioni necessarie.

Deve, però, essere completato e razionalizzato attraverso un processo organico di valutazione e aggiornamento dei diversi flussi informativi in modo che, in coerenza con le indicazioni nazionali, sia garantito il raggiungimento dei seguenti obiettivi della sorveglianza delle malattie infettive:

1. seguire l'evoluzione dell'incidenza delle infezioni e delle loro conseguenze (complicanze, esiti, ecc);
2. individuare e descrivere le epidemie;
3. orientare le misure di prevenzione;
4. monitorare e valutare i programmi di prevenzione;
5. seguire i fattori di rischio (alimentare, sessuale, viaggi, iatrogeno, ecc.).

I sistemi di notifica nazionali permettono di conoscere l'incidenza delle malattie infettive, ma il loro limite è rappresentato dal fatto che consentono un'analisi epidemiologica limitata all'andamento nel tempo della malattia, alla residenza, all'età, al sesso dei soggetti colpiti.

Queste informazioni sono spesso insufficienti per sorvegliare alcune malattie infettive particolarmente rilevanti e per monitorare adeguatamente programmi di controllo.

Pertanto, per molte di queste, sono stati istituiti sistemi di sorveglianza speciali finalizzati a raccogliere informazioni più specifiche relative, in particolare, alla presenza di fattori di rischio per la malattia (HIV-AIDS, epatiti virali, TB, malaria), al quadro clinico (meningiti batteriche, TB, HIB), all'agente eziologico (malaria, TB, meningiti batteriche), alle misure di profilassi pre o post esposizione (malaria, meningiti batteriche, morbillo, HIB), alle caratteristiche dell'ambiente di acquisizione (malaria) e altre ancora.

La sorveglianza delle malattie infettive in Abruzzo, come nel resto del Paese, soffre di alcune carenze "storiche", quali la **sottonotifica dei casi**, il ritardo di notifica, la compilazione incompleta o errata delle schede, che riducono la disponibilità di informazioni utili per gli scopi della sorveglianza stessa, come la messa in atto degli interventi di profilassi post-esposizione, il controllo delle epidemie, la verifica dell'efficacia degli interventi di controllo, ecc.

Nel sistema di notifica generale delle malattie infettive il punto critico è rappresentato dal punto di partenza della segnalazione, cioè il medico curante. La mancata segnalazione o il ritardo della segnalazione sono dovute più spesso alla scarsa motivazione alla notifica, più che alla non conoscenza dell'obbligo di questa. Tra le cause della scarsa motivazione si individuano la non conoscenza dell'utilità dei dati epidemiologici, la scarsa ripercussione nell'operatività clinica quotidiana, le difficoltà operative della segnalazione.

L'informazione e la formazione dei medici segnalatori sulla sorveglianza delle malattie infettive, la semplificazione della modalità di notifica, il ritorno routinario dei dati, rappresentano, quindi, i momenti fondamentali sui quali intervenire per il miglioramento del sistema di notifica delle malattie infettive.

Inoltre, come si evince dai dati sull'incidenza delle nuove diagnosi di HIV segnalate nel 2009 (fig.2), la Regione Abruzzo presenta un'importante problema di **deficit informativo**. Per queste malattie è necessario, pertanto, attivare il "Sistema di sorveglianza sulle nuove diagnosi di infezione da HIV".

BENEFICIARI

L'intervento ha come beneficiari gli adolescenti che frequentano le classi II e III delle scuole superiori (15-16 anni)

OBIETTIVO GENERALE

Ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV

OBIETTIVO SPECIFICO

Fare acquisire al 30% degli adolescenti abruzzesi che frequentano le classi II e III delle scuole superiori (15-16 anni) la consapevolezza del rischio di contrarre malattie sessualmente trasmesse legato a comportamenti erranei entro il 2012.

Gli obiettivi specifici da raggiungere sono di tipo comportamentale e di tipo educativo

Quelli comportamentali sono rivolti a:

- facilitare l'adozione di comportamenti adeguati atti a prevenire l'infezione da HIV da parte degli adolescenti;
- aumentare la disponibilità da parte di "figure intermedie significative" (ad es. insegnanti, operatori socio-sanitari, rappresentanti degli studenti) ad affrontare e rappresentare correttamente la tematica delle MTS/HIV agli adolescenti stessi.

Quelli educativi mirano a:

- aumentare le conoscenze sul tema ed a modificare gli atteggiamenti;
- fornire strumenti aggiornati, didatticamente efficaci e facilmente applicabili e addestrare le figure intermedie a utilizzarli;
- ampliare la quantità di opzioni a disposizione per una scelta consapevole;
- intervenire sulle fasi di strutturazione dei pregiudizi e delle eventuali resistenze a modificare comportamenti a rischio;
- promuovere una riflessione sui temi dell'integrazione sociale delle persone sieropositive.

OBIETTIVO INTERMEDIO

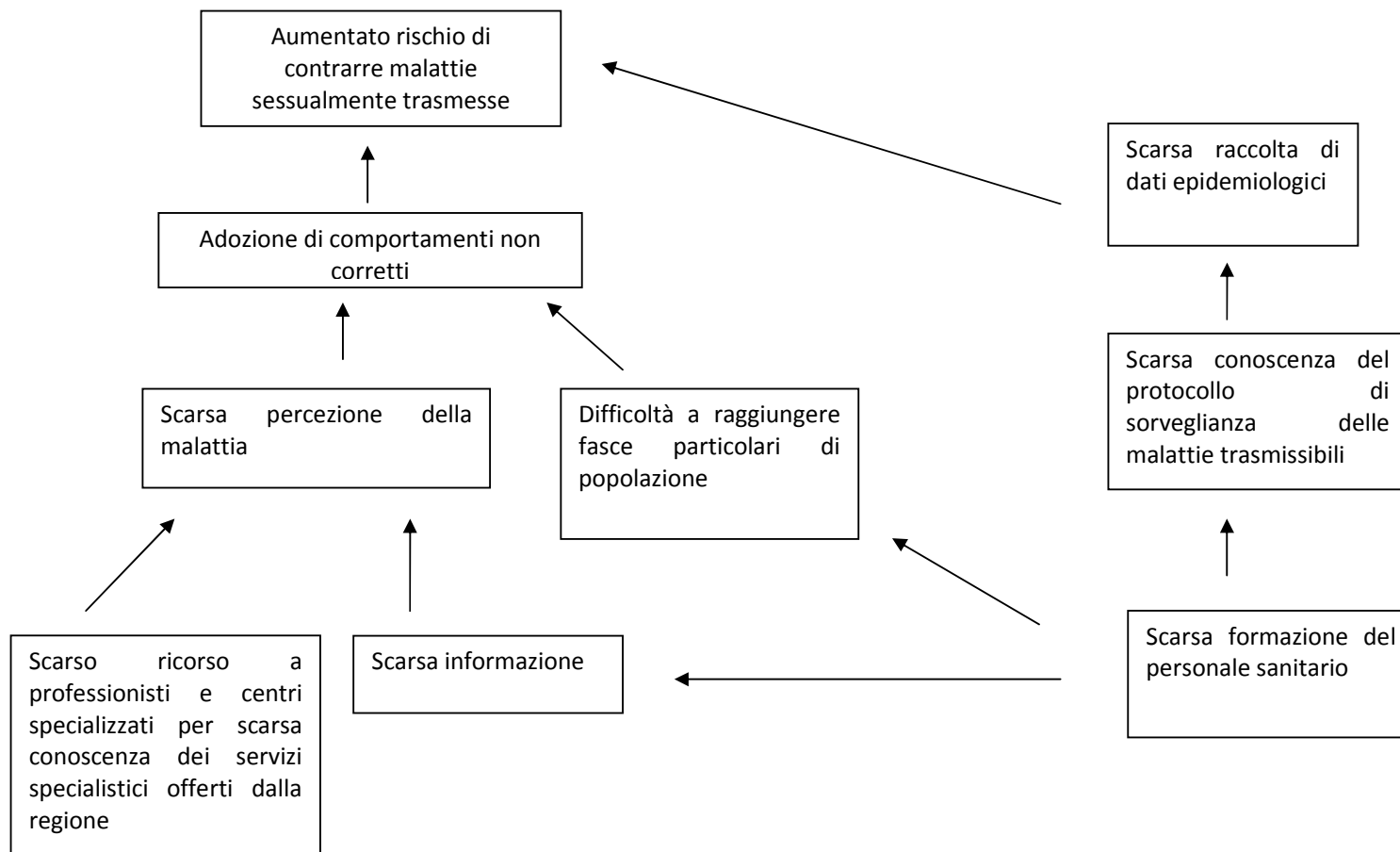
Dalla breve analisi sopra effettuata si identifica, quale obiettivo intermedio, **l'aumento delle conoscenze epidemiologiche su HIV e malattie trasmissibili** attraverso il **miglioramento della sorveglianza delle malattie infettive nella Regione Abruzzo.**

Le azioni previste per raggiungere questo obiettivo possono essere così schematizzate:

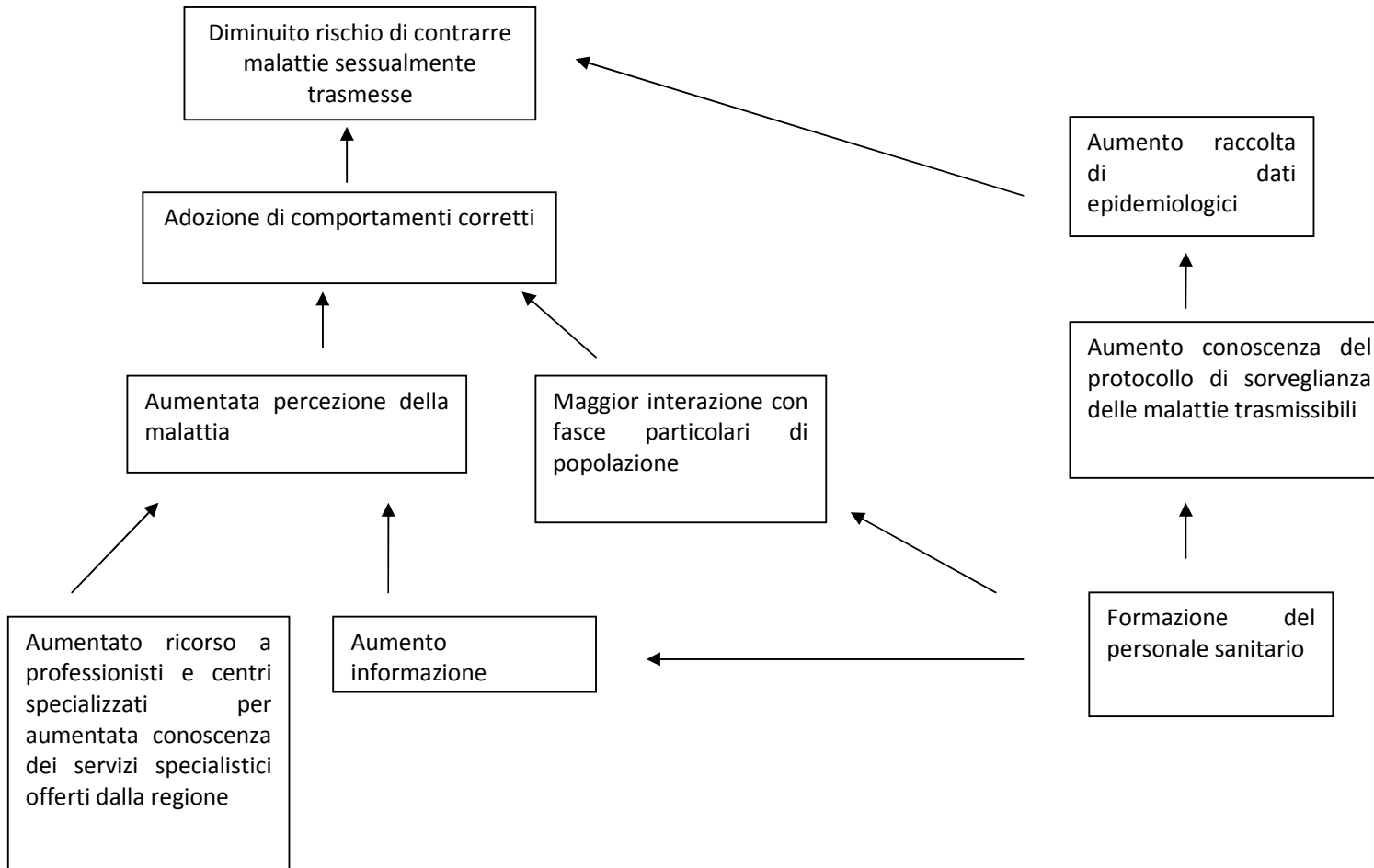
- › miglioramento della notifica attraverso il coinvolgimento di MMG, PdF e specialisti ospedalieri;
- › integrazione organizzativa: costituzione di un tavolo tecnico regionale per l'epidemiologia delle malattie infettive;
- › individuazione delle necessità informative e preparazione di sistemi malattia/informazione routinario adeguati attraverso l'attivazione del nuovo sistema di sorveglianza delle infezioni da HIV e la revisione del sistema di sorveglianza delle malattie trasmissibili;
- › formazione degli specifici degli operatori del Servizio Igiene Pubblica e degli operatori delle U.U.O.O. di malattie infettive sui sistemi di sorveglianza delle malattie trasmissibili.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.10	Valore dell'indicatore al 31.12.11		Valore dell'indicatore al 31.12.12	
			atteso	osservato	atteso	osservato
N° scuole superiori aderenti/ N° tot. scuole superiori	Schede di monitoraggio attività di coinvolgimento	0	22%		40%	
Inserimento delle schede di notifica nei nuovi sistemi di sorveglianza per HIV e malattie trasmissibili/schede di notifica pervenute	Bollettino epidemiologico regionale delle malattie infettive	0	40%		90%	

ALBERO DEI PROBLEMI MALATTIE INFETTIVE (HIV)

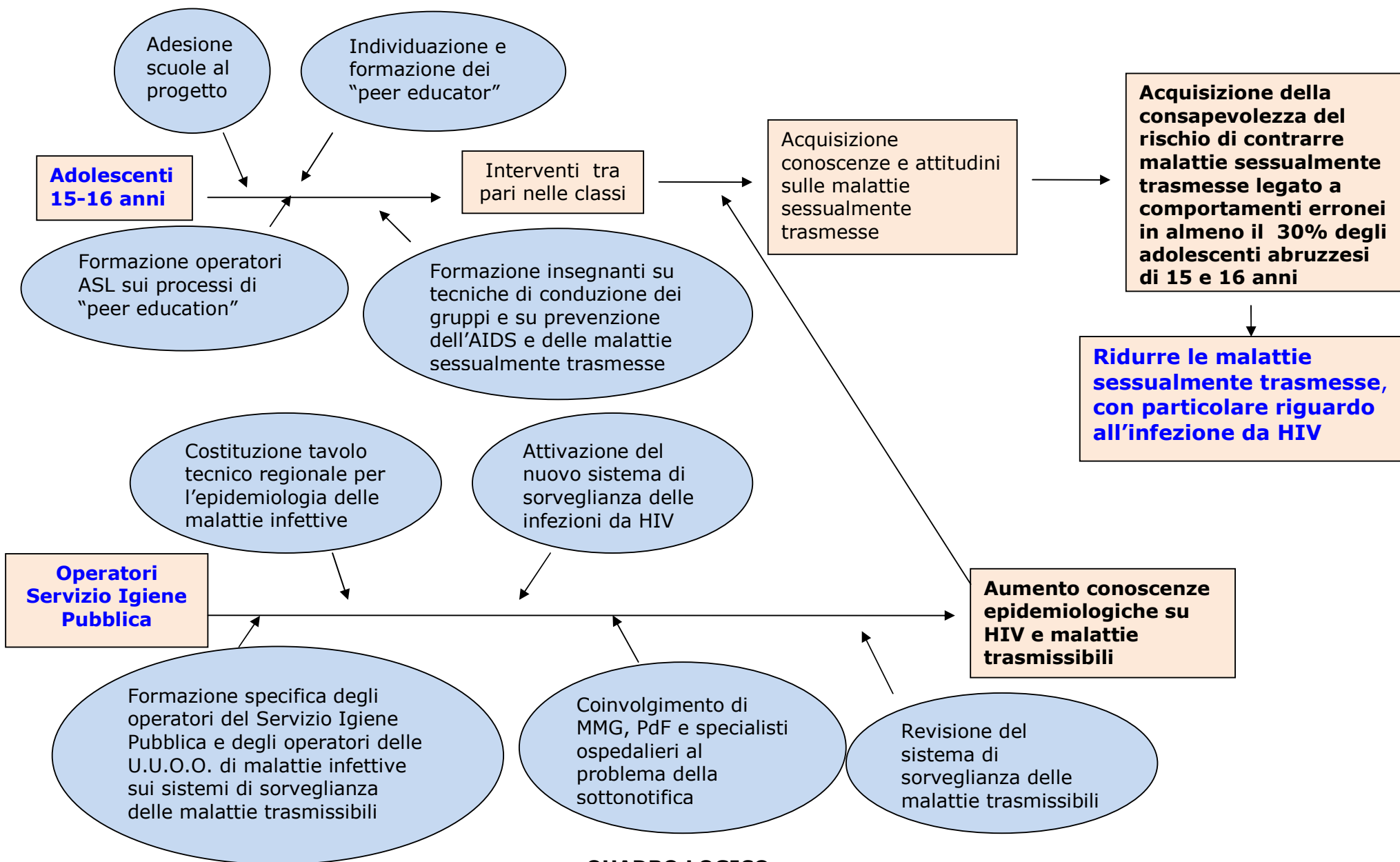


ALBERO DEGLI OBIETTIVI MALATTIE INFETTIVE (HIV)



MODELLO LOGICO

EDUCAZIONE ALL’AFFETTIVITÀ E PREVENZIONE HIV



QUADRO LOGICO
EDUCAZIONE ALL’AFFETTIVITÀ E PREVENZIONE HIV

Tab. 1

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Ridurre le malattie sessualmente trasmesse , con particolare riguardo all'infezione da HIV			
Obiettivo specifico	Fare acquisire al 30% degli adolescenti abruzzesi di 15 e 16 anni partecipanti al progetto la consapevolezza del rischio di contrarre malattie sessualmente trasmesse legato a comportamenti erranei entro il 2012	Adolescenti che hanno acquisito consapevolezza del rischio/adolescenti che hanno partecipato al progetto	Questionario pre e post intervento	
Risultati attesi 1	Ottenere che nel 40% delle scuole medie superiori si attivino interventi di peer education in materia di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse	N° scuole superiori aderenti/ N° tot. scuole superiori	Schede di monitoraggio attività di coinvolgimento	<ul style="list-style-type: none"> - Accordo tra Direzione Sanità e Ufficio Scolastico Regionale - Inserimento nei POF - Collaborazione insegnanti - Reclutamento e formazione dei peer educator - partecipazione/coinvolgimento operatori ASL
Risultati attesi 2	Aumentare le conoscenze epidemiologiche su HIV e malattie trasmissibili da parte dei Servizi ASL competenti	Inserimento delle schede di notifica nei nuovi sistemi di sorveglianza per HIV e malattie trasmissibili/schede di notifica pervenute	Bollettino epidemiologico regionale delle malattie infettive	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione/coinvolgimento operatori ASL - Personale dedicato
		MEZZI	COSTI	
Attività 1.1	Accordo tra Regione Abruzzo e Ufficio Scolastico Regionale e Provinciale	Tavolo di lavoro scuola e salute Regione Abruzzo	0	

Attività 1.2	Informazione ai Dirigenti Scolastici per l'inserimento del progetto di educazione all'affettività nei P.O.F.	Incontri di lavoro tra personale ASL e Dirigenti scolastici scuole interessate e approvazione da parte del collegio dei docenti		
Attività 1.3	Formazione regionale degli operatori ASL (specialisti, operatori consultoriali, operatori di sanità pubblica) sui processi della peer education	- docenti - ausili didattici		
Attività 1.3.1	Individuazione in ogni ASL degli operatori coinvolti nel progetto (specialisti, operatori consultoriali, operatori di sanità pubblica)	- Determina Regionale		
Attività 1.4	Formazione insegnanti su: a)tecniche di animazione e conduzione dei gruppi; b) prevenzione dell'HIV e delle MTS	- docenti - ausili didattici		
Attività 1.5	Reclutamento e formazione dei peer educator su: a)tecniche di animazione e conduzione dei gruppi; b) prevenzione dell'HIV e delle MTS	- docenti - ausili didattici		
Attività 1.6				
Attività 2.1	Costituzione tavolo tecnico regionale per l'epidemiologia delle malattie infettive	Delibera regionale di costituzione tavolo tecnico regionale per l'epidemiologia delle malattie infettive		
Attività 2.2	Attivazione del nuovo sistema di sorveglianza delle infezioni da HIV	- Delibera regionale - Software dedicato		
Attività 2.2.1	Formazione specifica degli operatori di sanità pubblica e degli operatori delle U.O. i malattie infettive sul nuovo sistema di sorveglianza delle infezioni da HIV	- docenti - ausili didattici		
Attività 2.3	Revisione del sistema di sorveglianza delle malattie trasmissibili	- Software dedicato		
Attività 2.3.1	Formazione specifica degli operatori di sanità pubblica e degli operatori delle U.O. di malattie infettive sui sistemi di sorveglianza delle malattie trasmissibili	- docenti - ausili didattici		
Attività 2.4	Sensibilizzazione MMG, PdF e specialisti ospedalieri al problema della sottonotifica	- Protocollo regionale - Protocollo aziendale	Proposta di iniziative di formazione specifiche a livello locale	

Report intermedio (I) e finale (F)												RI												RF
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

Piano Regionale della Prevenzione

1) Regione : ABRUZZO

2) Titolo del Progetto: Progetto RESPIRO LIBERO “ E.S.A ” (Educazione Sanitaria per Allergie) sulla conoscenza, prevenzione e cura delle patologie allergiche durante l'età evolutiva.

3) Identificativo della Linea di intervento generale: 2.7 - Prevenzione delle patologie da esposizione professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici

4) Numero identificativo del progetto all'interno del Piano Operativo

Regionale: 2.7.1 Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici biologici (allergeni, muffe, pollini) con particolare attenzione alla salute dei bambini.

5) Breve descrizione dell'intervento programmato:

Il progetto Respiro Libero in linea con l'Accordo Stato-Regioni “Linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole dei fattori di rischio Indoor per allergie ed asma”(rep. Atti n. 124 del 18 novembre 2010) si pone come obiettivo di salute la riduzione dell'incidenza delle patologie da esposizione di agenti chimici, fisici e biologici nelle scuole attraverso l'accrescimento dell'empowerment degli attori scolastici dei genitori e degli alunni.

Si intende focalizzare l'attenzione della istituzione scolastica e della popolazione in generale sull'importanza della qualità dell'aria degli ambienti confinati, scolastici e non, sulla salute dei bambini e indicare linee operative per realizzare in tali ambienti (compresi gli spazi esterni e le mense), condizioni igienico sanitarie e di sicurezza adeguate alle specifiche esigenze dei soggetti allergici o asmatici.

La prevalenza delle malattie allergiche quali asma, rinocongiuntivite, eczema atopico e dermatite è aumentata negli ultimi anni. Tra i fattori ambientali che si ritiene abbiano contribuito a questo aumento sono compresi l'esposizione a inquinanti ambientali esterni (outdoor) e interni (indoor), il fumo di tabacco e gli allergeni. La malattia del futuro sarà l'allergia. È questo lo scenario prospettato, secondo cui nei prossimi anni le patologie allergiche sorpasseranno quelle infettive, soprattutto nelle città a rapida crescita demografica nei paesi in via di sviluppo. Negli ultimi 5-10 anni, come rileva uno studio pubblicato nel settembre 2010 sul "Journal of Allergy and Clinical Immunology", sono aumentati infatti i casi di eczema infantile. La causa è da ricercare, secondo gli studiosi, nei fattori ambientali, perché è altamente improbabile che fattori genetici possano provocare dei cambiamenti così velocemente

Gli inquinanti ambientali, oltre agli inquinanti emessi da sorgenti naturali quali il mare, i vulcani e la vegetazione, esistono quelli di origine artificiale, fra i quali particolarmente rilevanti per i soggetti affetti da malattie allergiche sono l'anidride solforosa (SO₂), gli aerosol acidi, gli ossidi di azoto (NO₂), l'ozono (O₃), le particelle sospese nell'aria di diametro inferiore ai 10 µm (PM₁₀), le particelle emesse dalle auto alimentate a diesel (DEPs). Condizioni climatiche sfavorevoli possono aumentare la dispersione degli inquinanti aerei emessi da sorgenti quali gli insediamenti industriali, il riscaldamento domestico e il traffico autoveicolare. L'inquinamento causato dall'uso di combustibili fossili utilizzati per il riscaldamento è presente soprattutto in inverno. Soggetti asmatici sviluppano broncospasmo per esposizioni a livelli bassi di anidride solforosa (0,25 ppm), in particolare se l'esposizione è associata a esercizio fisico. Un aumento delle concentrazioni di ozono e di particelle può causare una riacutizzazione asmatica. È stato stimato un aumento del 3% negli attacchi asmatici per un aumento di 10 µg/m³ di PM₁₀.

Epidemiologia delle Pneumopatie durante l'Età Evolutiva

Le conoscenze in campo immuno-allergico hanno visto negli ultimi anni un incredibile susseguirsi di scoperte e di novità scientifiche che hanno contribuito a migliorare le aspettative e la qualità di vita dei pazienti affetti da patologie allergiche ed in particolare quelle ad espressione Rino-bronchiale.

L'O.M.S ha posizionato le malattie allergiche (Rinite ed Asma) al 4° posto tra le patologie più diffuse nei paesi industrializzati e si prevede che entro il 2015 potrebbe risultare colpita da allergie una percentuale tra il 40% ed il 50% della popolazione.

La RINITE ha una incidenza che è balzata dal 4% nel 1968 al 25% nel 2007 e 30 % nel 2010; essa costituisce spesso il primo stadio dell'evoluzione naturale dell'Asma: il bambino affetto da Rinite allergica ha un rischio tre volte superiore di sviluppare asma rispetto ai pazienti non allergici.

L'ASMA attualmente rappresenta la patologia cronica più comune nel bambino, ed ha raggiunto nel 2010 una percentuale di incidenza di circa 13%; espressione di tale percentuale in incremento anche nella nostra regione è il numero elevato ed in continuo incremento delle prestazioni erogate dalle U.O.S di Fisiopatologia Respiratoria Pediatrica e dalle U.O.C. di Pediatria Medica; infatti nella regione Abruzzo la percentuale dell'incidenza di asma durante l'età evolutiva è del 13 % e si sovrappone alla media nazionale; essa è più che raddoppiata rispetto all'ultimo ventennio. Anche la patologia allergica in Abruzzo è in incremento ed ha raggiunto una percentuale del 25%.

L'im maturità e l'inefficacia immunologica, insieme alla fisiologica tendenza della soppressione dei meccanismi immunitari che il bambino conserva fino ai due anni di vita, fanno sì che in età prescolare i bambini sviluppino malattie localizzate soprattutto alle alte vie respiratorie. Per le loro caratteristiche anatomiche e funzionali le vie aeree del bambino rappresentano il bersaglio preferenziale. Nel bambino immunologicamente normale di età inferiore ai 6 anni sono attesi in un anno fino a 6 episodi di malattia da infezione delle vie aeree. Il 75% di questi episodi sono a carico delle vie aeree superiori e nell'80% dei casi sono dovute a virus. Alcuni bambini si caratterizzano per un'incidenza di malattie da infezione respiratoria che supera quella attesa per l'età. Questi bambini sono definiti bambini con infezioni respiratorie ricorrenti (IRR). Una recente indagine epidemiologica su un numero elevato di bambini valutati su tutto il territorio nazionale ha dimostrato che il 8% dei bambini italiani in età prescolare può essere definito bambino con IRR. Anche nella regione Abruzzo la suddetta percentuale è evidente e si sovrappone a quella nazionale; essa risente del tasso elevato di inquinamento per interferenza tra inquinanti ed allergeni; nasce pertanto l'esigenza della realizzazione del "Progetto E.S.A." che si descrive nei dettagli (vedi allegato).

La malattia allergica e la scuola

Per i bambini in età scolare l'asma e le malattie allergiche risultano essere una delle principali cause di assenza da scuola. Il 20% dei bambini in età scolare risultano particolarmente sensibili a polvere, polline, peli di animale, e dal 10% al 13% soffrono di patologie asmatiche (nell'80% dei casi provocate da allergie). Inoltre, la percentuale di adulti affetti da rinite allergica è aumentata negli ultimi 25 anni di ben 7 volte, una cifra facilmente rapportabile al mondo dell'infanzia. Queste cifre dimostrano la diffusione della patologia allergica ed il suo impatto sulla qualità della vita quotidiana fin dall'età scolare. L'asma e l'allergia sono spesso trascurate, ma anche poco conosciute. Ancora oggi non sempre viene diagnosticata tempestivamente e correttamente e non sempre vengono attuate le strategie di prevenzione disponibili. Con l'obiettivo di modificare l'attuale scenario si è deciso di promuovere un progetto di informazione sulla prevenzione dell'asma e delle malattie respiratorie. La prevenzione, la gestione ed il controllo delle patologie correlate agli ambienti di vita indoor

frequentati dai bambini (scuole) costituiscono obiettivi prioritari della Strategia per l'ambiente e salute dell'Unione Europea. La qualità dell'aria all'interno delle scuole è scadente come si evince da uno Studio europeo HESE, Health Effects of School Environment, del 2004 effettuato su un campione di 21 scuole (Italia, Francia, Svezia, Danimarca e Norvegia) per quanto concerne le misurazioni di PM10, CO2, muffe ed allergeni. Le analisi hanno evidenziato la inadeguatezza strutturale degli edifici scolastici e la evidenza di effetti negativi sulla salute respiratoria dei bambini, correlabili all'esposizioni a elevati livelli di PM10 e di CO2, in ambito scolastico (Simoni et al, 2006). In Italia i ragazzi trascorrono negli edifici scolastici da 4 a 8 ore al giorno per almeno 13 anni e pertanto sono particolarmente esposti al danno determinato dai suddetti inquinanti indoor. Inoltre gli studi effettuati fino ad ora dimostrano che gli edifici scolastici italiani frequentemente presentano gravi problemi igienico-sanitari, per la cattiva qualità delle costruzioni, per carenza di manutenzione e per problemi correlati al cattivo condizionamento dell'aria (Circolare n 85/2001 MIUR -monitoraggio sulla sicurezza nelle scuole - dati anno 2001). Non esistono a tutt'oggi linee guida ufficiali sulla qualità dell'aria nelle scuole. Una importante iniziativa in questo settore, è il Progetto "Indoor Air Pollution in Schools" messo a punto dall'EFA (European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations), con il contributo finanziario dalla Commissione Europea-DGSANCO. Lo studio europeo ha evidenziato la necessità di definire un programma multi-disciplinare che preveda:

- Redazione di linee guida per un ambiente scolastico sano e sicuro e per un controllo generale delle condizioni di salute dei bambini in età scolare;
- Promozione di campagne di informazione rivolte ai bambini, alle loro famiglie e al personale scolastico, alle autorità politiche, alle istituzioni, ai medici pediatri.

La prevenzione primaria e secondaria è di difficile attuazione nella pratica e con risultati spesso controversi. Nonostante ciò, le misure intese a ridurre la concentrazione ambientale di allergeni indoor (acari, animali domestici ed altri allergeni) andrebbero sempre applicate ai fini della prevenzione (Custovic e Gerth van Wijck, Allergy 2005, Progetto ARIA, Allergie Rhinitis and its Impact on Asthma/OMS). Recenti iniziative avviate a livello europeo dalla European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations (EFA), in tema di prevenzione dell'asma e delle allergie, confermano l'efficacia delle politiche di prevenzione volte a migliorare ed a mantenere una buona qualità dell'aria indoor, specialmente nelle scuole.

6. Destinatari

- Studenti, Genitori, Dirigenti Scolastici, Insegnanti, Personale non docente e incaricato dell'ordinaria manutenzione della scuola per favorire l'adozione di comportamenti in grado di contrastare l'insorgenza di patologie allergiche e/o respiratorie.
- Bambini allergici di età compresa tra 5/16 anni,

Destinatari intermedi

- Genitori dei bambini allergici di età compresa tra 5/16 anni destinatari del progetto,
- Pediatri di Libera Scelta.

Obiettivi

- Attuare programmi informativi e di formazione all'interno degli ambiti scolastici per favorire l'educazione alla salute durante l'età evolutiva con riferimento alle malattie allergiche dell'apparato respiratorio al fine di migliorare la qualità di vita.

- Proporre uno stile di vita che allontani la malattia allergica e sviluppi e valorizzi l'idea del benessere psicofisico durante l'età evolutiva, in armonia con le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).
- Definire protocolli operativi di interventi congiunti fra Personale ASL e Personale della Scuola al fine di revisionare la situazione igienico-sanitaria delle strutture scolastiche che aderiscono al progetto per l'attuazione di misure finalizzate al miglioramento della qualità dell'aria scolastica indoor (IAQ).
- Ottimizzare il rapporto tra il bambino affetto da asma e la malattia stessa;
- Indurre una corretta e precoce percezione della sintomatologia asmatica;
- Incentivare il bambino asmatico e la sua famiglia a conoscere, riconoscere ed autogestire la malattia respiratoria;
- Sviluppare la capacità di prevenzione ambientale soprattutto se domestica;
- Programmare per ogni bambino lo sport "ideale" e meno asmogeno.
- Conoscere l'interazione tra gli aeroallergeni e gli inquinanti correlati al traffico veicolare nell'indurre malattie respiratorie durante l'età evolutiva.

Obiettivi specifici

Il programma rivolto ai bambini affetti da patologie allergiche è tutto finalizzato a:

- prevenire e migliorare la qualità di vita dall'ambiente familiare e scolastico, fino a quello ginnico-ricreativo;
- determinare una formazione educativa per il bambino asmatico ed i rispettivi familiari, coadiuvata dai Pediatri di Libera Scelta e dagli Insegnanti;
- fornire una conoscenza dei fattori determinanti e di quelli scatenanti una crisi asmatica, riconoscerli ed opportunamente evitarli;
- effettuare una corretta gestione terapeutica al fine di ottenerne il migliore beneficio;

L'Obiettivo finale del progetto è giungere ad una corretta gestione della patologia asmatico - allergica in maniera da evitare l'ospedalizzazione in misura variabile dal 20% al 30% rispetto al numero totale dei ricoveri nelle U.O.C. pediatriche abruzzesi. Si suppone pertanto una riduzione dei costi regionali che può essere così quantificata:

- a. Riduzione dei ricoveri in regime ordinario della patologia asmatico-allergica del 20-30%.
- b. Incremento del Day Service per pazienti con patologia asmatico-allergica

Metodo e strumenti

L'approccio in ambito regionale avverrà con attività che si svilupperanno su due piani di intervento:

- il primo rivolto al mondo della scuola con l'obiettivo di diffondere nella popolazione informazioni corrette sulla prevenzione e sulla diagnosi precoce delle malattie dell'apparato respiratorio e di sensibilizzare tutta la popolazione e in particolare i bambini e i genitori sulla necessità di prevenzione delle Allergie e/o Malattie dell'Apparato Respiratorio, salvaguardando l'ambiente dove si vive, diminuendo gli irritanti che vengono respirati, promuovendo il movimento e lo sport e provando a discutere insieme ai ragazzi alcuni stili di vita, ormai stereotipati.

La realizzazione avverrà attraverso la formazione regionale di Operatori delle ASL che a cascata svolgeranno corsi di formazione al Personale Scolastico (Dirigenti Scolastici, Insegnanti, Personale non docente e Personale addetto all'ordinaria manutenzione) delle Scuole Primarie e delle Scuole Secondarie di I° grado con l'obiettivo:

- di promuovere campagne di informazione e formazione di educazione sanitaria rivolte agli studenti e alle famiglie con individuazione di modelli comunicativi

efficaci per favorire l'adozione di comportamenti in grado di contrastare l'insorgenza di patologie croniche nell'infanzia, in particolare malattie allergiche e respiratorie.

- di definire protocolli operativi di interventi congiunti fra Personale ASL e Personale della Scuola al fine di revisionare la situazione igienico-sanitaria delle strutture scolastiche che aderiscono al progetto per l'attuazione di misure finalizzate al miglioramento della qualità dell'aria scolastica indoor (IAQ) .

- Il secondo piano di intervento sarà rivolto ai bambini allergici di età compresa tra 5/16 anni reclutati attraverso una collaborazione operativa con i Pediatri di Libera Scelta e seguiti da un Allergy Point per ogni ASL che scaturirà dall'attività formativa regionale e che uniformemente sul territorio regionale svolgerà un percorso didattico articolato in 3 parti:
 - Dietetica Infantile,
 - Clinica
 - Didattico-Cognitiva.

7) Obiettivi di Processo

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
Operatori Asl adeguatamente formati (10 operatori per ogni Asl)	Registro delle attività	0	ATTESO		OSSERVATO	ATTESO	OSSE
			100%			100%	
Percentuale delle Scuole Primarie e Secondarie di I° grado che aderiscono	Registro delle attività	0	10%			20%	

REGIONE ABRUZZO
TITOLO DEL PROGETTO Miglioramento della qualità delle acque destinate ad uso umano
LINEA DI INTERVENTO GENERALE 2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano
NUMERO IDENTIFICATIVO NEL PIANO OPERATIVO REGIONALE 2.8.2
CONTESTO (Vedere anche Analisi di contesto)
<p>Il problema delle malattie trasmesse con l'acqua potabile è ritenuto impropriamente relegato solo ai paesi con basso tenore socio-economico, anche in quelli industrializzati le malattie causate da agenti biologici e da inquinanti chimici pervenute all'uomo per il tramite di detto veicolo sono comunque elevate.</p> <p>I dati raccolti nel 2009 dal ENHIS Numero di focolai di malattie per anno legati al consumo di acqua potabile in 14 paesi della comunità europea dotati di un sistema affidabile di rilevamento tra il 2000 e il 2007 hanno evidenziato 354 focolai con oltre 47.000 casi di malattia.</p> <p>I paesi presi in considerazione sono stati i seguenti: Belgio, Croazia, Repubblica Ceca, Estonia, Finlandia, Grecia, Ungheria, Italia, Lituania, Norvegia, Slovacchia, Spagna, Svezia e Regno Unito (Inghilterra e Galles).</p> <p>L'Italia nello stesso periodo ha segnalato 18 focolai con circa 2000 casi, l'anno di massima incidenza è stato il 2004 con oltre 800 casi.</p> <p>Gli agenti causali più comuni sono stati i batteri (<i>Campylobacter</i> spp, <i>Aeromonas</i> spp. <i>Shigella sonnei</i>) che sono stati responsabili per 163 focolai (44,9%) e per il 33,3% dei casi di malattia.</p> <p>Agenti virali sono stati coinvolti in 136 focolai (37,5%) e 49,4% dei casi di malattia, mentre i protozoi hanno causato 17 focolai (4,7%) e 9,9% dei casi di malattia. Dieci casi sono stati causati dalla contaminazione chimica (0,2%), mentre in 37 casi (7,1%), era implicato un agente microbico sconosciuto.</p> <p>Questa stessa indagine ha messo comunque in evidenza, anche in un contesto europeo migliore rispetto alla gran parte del resto del mondo, che i paesi dove sono impiantati sistemi di controllo adeguati, oltre che essere in grado di fornire dati migliori sulle patologie, riescono a contenere comunque il numero delle malattie trasmesse da alimenti.</p>

CONTESTO REGIONALE

(Vedere anche Modello logico)

La Regione Abruzzo ha una buona disponibilità della risorsa acqua per la presenza di un rilevante numero di sorgenti naturali da sempre oggetto di sfruttamento da parte della popolazione.

Questa abbondanza ha portato nel tempo ad una scarsa considerazione dei problemi connessi con la disponibilità e la gestione di questa risorsa, sia nella popolazione che negli enti e amministrazioni a ciò preposti, per cui da un lato si è osservato un utilizzo assolutamente improprio dell'acqua potabile da parte dell'utenza, dall'altro una tenuta non ottimale delle opere di captazione e dei sistemi di distribuzione da parte degli enti gestori.

Conseguenza di questa situazione è stata da una parte che negli ultimi anni la disponibilità di acqua ad uso umano si è ridotta, generando episodi di carenza idrica in numerose aree della regione, con necessità a ricorrere ad approvvigionamenti di ripiego se non proprio di emergenza, spesso ricorrendo ad acque di bassa qualità che richiedono interventi pesanti di potabilizzazione con conseguenti lievitazioni di costi e con acqua distribuita che comunque presenta caratteristiche organolettiche poco apprezzate.

Dall'altro ciò ha anche generato diversi episodi di non idoneità delle acque in distribuzione che hanno interessato ambiti anche molto estesi della regione, che, oltre ad aver determinato problematiche a livello sanitario, hanno causato un allarme sociale molto rilevante nonché danni non indifferenti alle economie delle zone interessate.

Una ulteriore fonte di preoccupazione per la qualità delle acque è stata portata dai dati messi a disposizione dall'ARTA della nostra Regione sullo stato degli acquiferi profondi e superficiali che ha disegnato un quadro poco confortante sulla loro qualità.

La presenza di inquinanti in alcune aree, come negli acquiferi delle zone di pianura e nelle valli fluviali dove insistono la gran parte attività agricole di tipo intensivo e soprattutto dove sono collocati i principali insediamenti industriali ed artigianali, non ha destato particolare sorpresa perché era assolutamente prevedibile, altre situazioni a rischio individuate in aree apparentemente indenni non erano pensabili né prevedibili sulla base delle attività censite in questi territori.

Questo stato di cose mette indubbiamente a rischio la qualità delle acque captate in tali aree per essere destinate al consumo umano anche in considerazione del fatto che in diverse aree della nostra Regione non si ha ancora una precisa conoscenza della collocazione territoriale di tutte le opere di presa utilizzate per l'approvvigionamento idrico.

Gli esami analitici complessivi eseguiti su acque comunque destinabili ad uso umano nella nostra regione nell'ultimo triennio sono stati circa 4.500 per anno, con una percentuale di non conformità pari a circa il 5%.

(Vedere anche albero dei problemi)

Principali Emergenze idriche regione Abruzzo degli ultimi anni

Emergenza Gran Sasso

Emergenza ambientale legata a fenomeni di inquinamento della falda acquifera del Gran Sasso sottostante i Laboratori nazionali di Fisica Nucleare evidenziata nell'agosto 2002 e ripetutasi a seguito di fenomeni legati ad inquinanti provenienti dalle opere del traforo autostradale del Gran Sasso in provincia di Teramo.

Pozzi di Bussi

Grave episodio legato alla contaminazione dei campi di sfruttamento di Bussi provincia di Pescara con necessità di chiusura degli stessi ed estesa carenza idrica in tutta la provincia interessata e in una parte di quella di Chieti.

Sorgenti montane ambito trigno-sinello e sangro-aventino in provincia di Chieti

A seguito di una campagna più approfondita di verifica della situazione di tali sorgenti è venuto alla luce un quadro sconcertante per cui su 43 sorgenti esaminate 31 non erano idonee in termini assoluti e 10 in termini relativi con notevoli problemi per l'approvvigionamento idrico in aree già socio economicamente svantaggiate.

PROGETTO

Il progetto mira a migliorare i sistemi di controllo interno dei gestori ed esterni delle ASL, permette di garantire un più elevato livello qualitativo della risorsa acqua per ridurre le problematiche connesse alla non conformità delle stesse.

Per garantire queste attività una delle informazioni assolutamente necessarie è quella di conoscere la tipologia delle acque già a livello delle opere di captazione e, nei casi di nuova realizzazione, prima della realizzazione di queste opere.

Il primo passo pertanto è quello di identificare con esattezza il numero e la localizzazione territoriale di tutte le opere di presa utilizzate per l'approvvigionamento idrico ad uso umano, sia esso direttamente destinato al consumo che impiegato per le lavorazioni nelle industrie alimentari.

Questo dato al momento attuale non è reperibile, non essendo mai stato raccolto nell'intero ambito della regione Abruzzo, ma essendo stato realizzato in modo parcellare e non sistematico, per cui manca un dato complessivo rappresentativo della situazione.

A questo va aggiunto anche la considerazione che esistono anche opere di presa, in genere pozzi, utilizzati da soggetti privati, sia ditte che persone fisiche, che possono essere destinate anche ad uso umano o direttamente o indirettamente essendo impiegate nei cicli di lavorazione di alcuni prodotti alimentari.

La collocazione di tutti questi punti permetterà di completare il Piano regionale delle Acque che la nostra regione sta completando con previsione di una sistemazione georeferenziata delle sorgenti e delle opere di presa, ciò inoltre permetterà di rendere il dato fruibile a tutti i portatori di interesse al riguardo nel rispetto di quanto stabilito dall'attuale legislazione in materia di dati ambientali.

Questa modalità di collocazione dei dati permetterà inoltre di rapportarla ad analoghe mappe realizzate dalla Regione Abruzzo in cui sono state sistemate informazioni di carattere ambientale, quali la dislocazione dei siti inquinati censiti, la situazione degli acquiferi superficiali e profondi, dati assolutamente importanti sia per le attività di controllo

che per la scelta di eventuali nuovi punti di captazione.

Una volta ottenuto ciò sarà possibile quindi non solo programmare al meglio ed omogeneizzare sul territorio le attività di controllo, ma anche avanzare richieste motivate di calibrazione della tipologia delle analisi, inserendo i parametri da ricercare sulla base della situazione ambientale presente, evitando così di ricercare quelli non significativi per la zona. Attualmente questo tipo di evidenze non ha generato modifiche sostanziali dei sistemi di monitoraggio interni e spesso anche in quelli esterni, che vengono espletati secondo i modelli standard di analisi previsti dalla normativa.

È evidente che un sistema basato solo su parametri analitici standardizzati, che non tenga presente le problematiche locali, legate all'ambiente circostante siano esse naturali che più frequentemente antropiche, ha minori possibilità di monitorare adeguatamente la qualità dell'acqua destinata ad uso umano e di proteggere al meglio la popolazione servita.

BENEFICIARI

Gli interventi di progetto sono destinati a tutta la popolazione regionale in quanto andrà a migliorare il livello di controllo sulla qualità delle acque destinate ad uso umano.

OBIETTIVI DI SALUTE

(Vedere anche albero degli obiettivi)

Migliorare i sistemi di controllo interno dei gestori ed esterni delle ASL per garantire un più elevato livello qualitativo della risorsa acqua, garantire un più efficiente e razionale intervento di potabilizzazione e nel contempo ridurre il numero e la tipologia di controlli a valle con evidenti economie per i servizi ASL e i laboratori di analisi.

Si attende di abbattere il numero delle non conformità annue dal 5% al 2% al termine del 31.12.2012 in modo da ridurre le problematiche sanitarie a carico della popolazione causate sia dalla fornitura di acqua non conforme che dalla carenza idrica da sospensione dell'erogazione.

TABELLA INDICATORI (Vedere anche quadro logico)

INDICATORI	FONTI DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE		
		31.12.2010	31.12.2011	31.12.2012
Riduzione delle non conformità delle acque destinate ad uso umano	Report risultati analitici annuale ARTA Abruzzo	5%	4%	2%
Numero sorgenti controllate/ N° sorgenti totali	Report annuale regionale D.L.vo 31\01	0	40%	95 %
Numero controlli interni verificati o modificati / numero totale di gestori	Report annuale regionale D.L.vo 31\01	0	40%	100%
Grado di adeguamento dei piani di controllo ASL/ totale piani	Report annuale regionale D.L.vo 31\01	0	40%	100%

TABELLA GRUPPI DI INTERESSE

Tipologia	Modalità di coinvolgimento	Tempi
Servizi di Igiene degli alimenti e della nutrizione	Invio materiale progettuale	Agosto-ottobre 2010
	Riunione regionale	07.9.2010
Autorità Ambito Territoriale Omogeneo	Invio materiale progettuale	Non realizzato per difficoltà operative
Agenzia regionale per la tutela dell'ambiente	Riunione regionale	07.09.2010
Enti gestori servizio idrico integrato	Comunicazione sulla tipologia del progetto	Su due enti Settembre 2010
Amministrazioni Comunali	Materiale illustrativo del progetto	Realizzata su base ristretta ottobre 2010
WWF sez. Abruzzo	Richiesta parere sul progetto	Agosto 2010

I SIAN regionali sono stati informati del progetto tramite invio e-mail della stesura provvisoria del progetto. Nella riunione del 7.9.2010 presso l'Assessorato alle politiche della salute, servizio di Sicurezza alimentare e S.A., è stato illustrato il progetto e sono state recepite le istanze relative ai mezzi e al personale necessari nonché all'inserimento nel progetto di un miglioramento del sistema regionale di controllo delle acque destinate ad uso umano.

Nella stessa data il progetto è stato presentato all'ARTA la quale ha avanzato perplessità circa la possibilità di poter eseguire tutti i controlli richiesti in regime di accreditamento in quanto tale procedura è attualmente in fase di definitiva ultimazione. Per tale motivo tale osservazione è stata inserita tra i rischi che gravano sul progetto.

Gli enti gestori hanno chiesto, soltanto in via informale, che da detto progetto non derivi un eccessivo carico di lavoro sugli stessi.

Il WWF ha dato la propria disponibilità approvando il fatto che il progetto si ponga quale obiettivo di differenziare e di plasmare i controlli alla situazione oggettiva e non a quella teorica come capitato per la situazione dei pozzi di Bussi sul Tirino, dove vi era una discrepanza totale tra i dati ufficiali, non calibrati sugli inquinanti e quindi “regolamentari”, e quelli del WWF che evidenziavano la presenza dei pericoli semplicemente perché cercati.

Le amministrazioni comunali hanno delegato in gran parte il problema agli Enti d’Ambito per cui non si sono dimostrate particolarmente interessate al progetto.

SI ALLEGANO:

1. Analisi di contesto
2. Albero dei problemi
3. Modello logico
4. Albero degli obiettivi
5. Quadro logico
6. Tabella evidenze
7. Modello di valutazione.

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE ACQUE POTABILI

ALBERO DEI PROBLEMI

Qualità delle acque potabili incerta

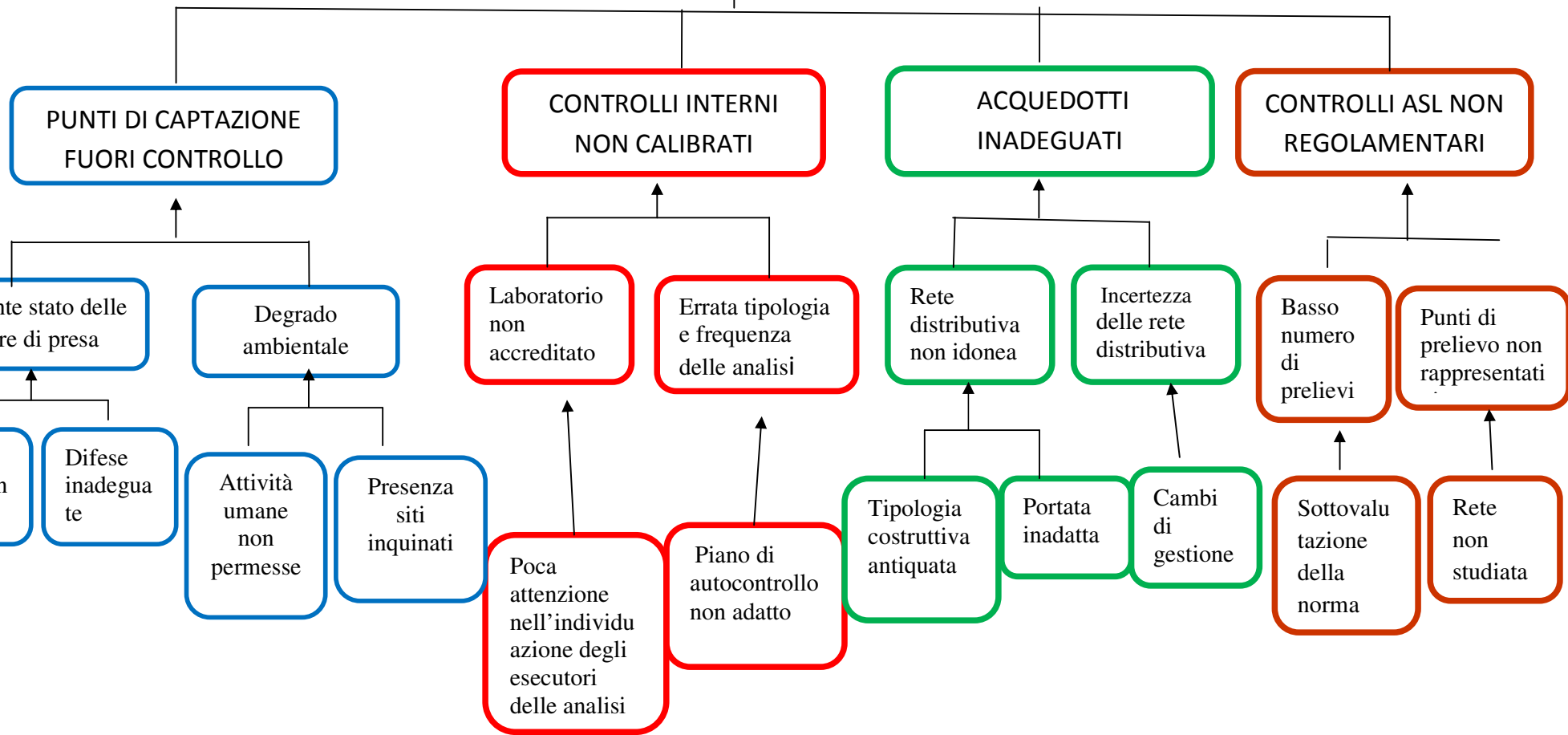


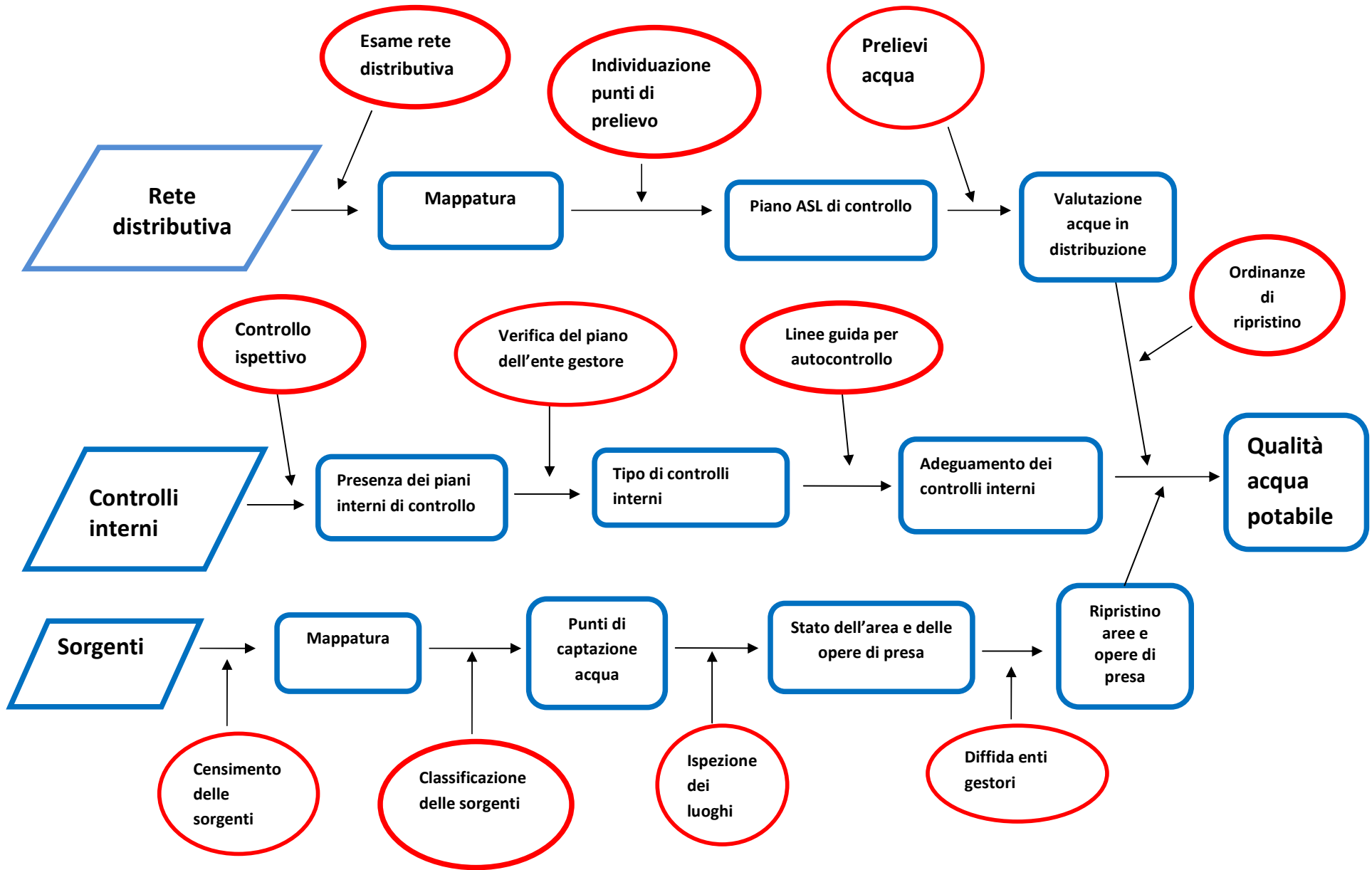
Tabella di bordo per il riassunto della evidence a favore del progetto :

Componente (o gruppo di componenti) di intervento o cambiamento previsto dal vostro modello logico	Riassumete in poche frasi i contenuti utili, la evidence a favore della/e componente/i del vostro intervento	Indicate se vi sembra che vi siano forti, sufficienti o insufficienti raccomandazioni a favore della componente di intervento o del cambiamento atteso nel vostro modello logico	Sito, titolo e riferimento bibliografico articolo/rapporto/documento da cui avete ricavato questa evidence	Con quale motore di ricerca e, nel caso, con quali parole chiave è stato trovato
MIGLIORAMENTO DEI SISTEMI DI CONTROLLO DELLE ACQUE POTABILI	LE MALATTIE TRASMESSE CON L'ACQUA POTABILE SONO UN PROBLEMA ANCHE NEI PAESI AD ALTO TENORE DI VITA. VI E' QUINDI LA NECESSITA' DI MIGLIORARE I SISTEMI DI CONTROLLO PRESENTI E DI RAZIONALIZZARE LE MODALITA' DI ESECUZIONE DEGLI STESSI SULA BASE DEI RISCHI PRESENTI NEL TERRITORIO	SUFFICIENTE	NUMERO DI FOCOLAI PER ANNO DI MALATTIE LEGATE AL CONSUMO DI ACQUA DA BERE WHO Europa-ENHIS RAPPORTO 2009	GOOGLE
CENSIMENTO E COLLOCAZIONE TERRITORIALE DELLE SORGENTI IN RAPPORTO ALLA SITUAZIONE AMBIENTALE	LA NOSTRA REGIONE, SERVIZIO IDRICO INTEGRATO, HA EFFETTUATO LO STUDIO DEGLI ACQUIFERI PROFONDI CHE HANNO EVIDENZIATO MAGGIORI PROBLEMI DI QUANTO PREVISTO, CON RIPERCUSSIONI MOLTO MARCATE SULLA SITUAZIONE DELLE ACQUE DESTINATE AD USO UMANO.	SUFFICIENTE	PIANO DI TUTELA DELLE ACQUE SERVIZIO IDRICO INTEGRATO ABRUZZO D.Lgs. 3 Aprile 2006, n. 152 e s.m.i.	REGIONALE

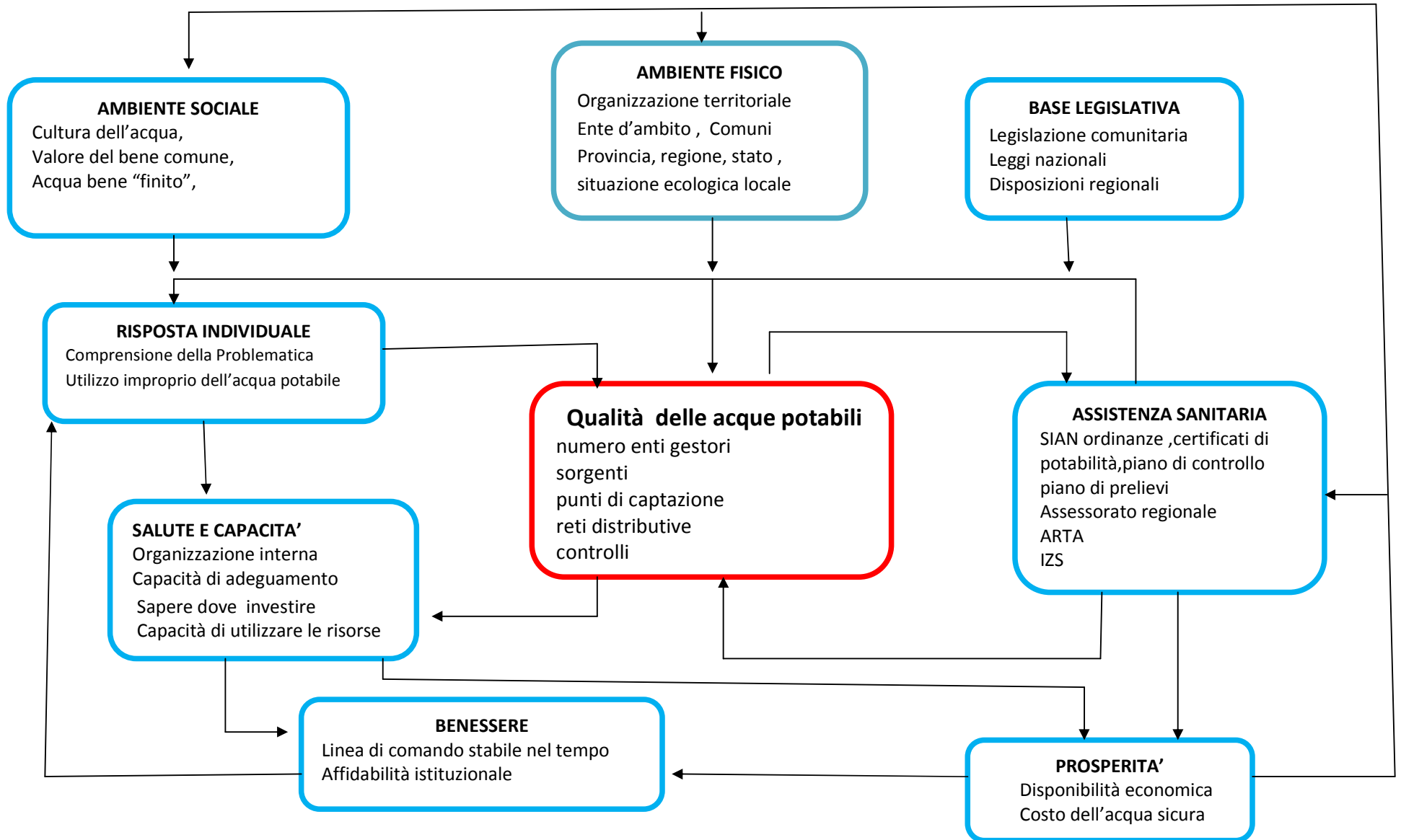
<p>MIGLIORAMENTO DEI PUNTI DI APPROVVIGIONAMENTO DELLE ACQUE AD USO UMANO</p>	<p>L'AGENZIA PER L'AMBIENTE HA TRACCIATO UN QUADRO POCO CONFORTANTE DELLA SITUAZIONE DELLE NOSTRE ACQUE SUPERFICIALI, TRA CUI ANCHE ALCUNE UTILIZZATE O IN PROGETTO DI ESSERE IMPIEGARE AD USO UMANO.</p>	<p>SUFFICIENTE</p>	<p>ARTA ABRUZZO – RELAZIONE STATO DELLE ACQUE SUPERFICIALI 2009</p>	<p>REGIONALE</p>
<p>SITUAZIONE AMBIENTALE ABRUZZESE IN PEGGIORAMENTO</p>	<p>IL WWF HA RACCOLTO I DATI DI TUTTE LE ANALISI ESEGUITE SUI FIUMI ABRUZZESI DA ORGANI UFFICIALI. TALI DATI MOSTRANO UN LENTO MA COSTANTE PEGGIORAMENTO DELLA SITUAZIONE DI QUESTI CORPI IDRICI</p>	<p>SUFICIENTE</p>	<p>WWF Abruzzo Dossier Fiumi 2010</p>	<p>GOOGLE</p>
<p>ELEVARE E INDIVIDUALIZZARE I SISTEMI DI CONTROLLO INTERNI DEGLI ENTI GESTORI</p>	<p>DESCRIVE LE MODALITA' DA SEGUIRE PER IMPIANTARE ED APPLICARE NEL TEMPO UN CORRETTO SISTEMA DI CONTROLLO PER GLI ENTI GESTORI DEL SERVIZIO IDRICO, EVITANDO SITUAZIONI STANDARD, COME E' DI REGOLA NEL NOSTRO TERRITORIO.</p>	<p>SUFFICIENTE</p>	<p>LINEA GUIDA PER LA STESURA DI UN PIANO DI AUTOCONTROLLO DA PARTE DEL GESTORE DEL SERVIZIO IDRICO</p>	<p>GOOGLE</p>

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE ACQUE POTABILI

MODELLO LOGICO



MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE ACQUE POTABILI - ANALISI DI CONTESTO



MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE ACQUE POTABILI

ALBERO DEGLI OBIETTIVI



Miglioramento della qualità dell'acqua potabile QUADRO LOGICO

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale				
Obiettivo specifico	Miglioramento della qualità delle acque potabili	Riduzione delle non conformità delle acque destinate ad uso umano del 20%	Report risultato annuale ARTA Abruzzo al 31.12.2012	Disponibilità dati ARTA
Risultato atteso 1	Censimento e Verifica sorgenti	Numero sorgenti controllate/ N° sorgenti totali (40 % nel 2011, 95 % 2012)	Report annuale regionale D.L.vo 31\01	Collaborazione gestori e Assessorato Regione
Attività	Identificazione ed Ispezione dei punti di captazione	Mezzi Personale medico e tecnico Apparecchiature di verifica		Personale e mezzi adeguati
Risultato atteso 2	Calibrazione dei controlli interni dei Gestori	Numero controlli interni verificati o modificati / numero totale di gestori (40 % nel 2011, 100% 2012)	Report annual regionale D.L.vo 31\01	Collaborazione gestori
Attività	Verifica del piano di autocontrollo dei Gestori	Mezzi Personale medico e tecnico		
Risultato atteso 3	Adeguamento del sistema ASL di controllo	Grado di adeguamento dei piani di controllo ASL/ totale piani (40 % nel 2011, 100% 2012)	Report annuale regionale D.L.vo 31\01	
Attività	Valutazione dei dati ambientali locali Prelievo acque potabili	Mezzi Personale medico e tecnico		Laboratori di analisi non attrezzati Personale e mezzi adeguati

REGIONE ABRUZZO
TITOLO DEL PROGETTO RIDURRE IL RISCHIO DI MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI MEDIANTE IL POTENZIAMENTO DEI CONTROLLI RISPONDENTI AI CRITERI DI GRADUAZIONE DEL RISCHIO.
LINEA DI INTERVENTO GENERALE 2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano
NUMERO IDENTIFICATIVO NEL PIANO OPERATIVO REGIONALE 2.8.1
CONTESTO (Vedere anche Analisi di contesto)
<p>Nell'ambito della sempre più ampia discussione sulla sicurezza degli alimenti un settore forse un po' trascurato riguarda le malattie trasmesse da alimenti (MTA).</p> <p>Esse, pur essendo malattie in genere poco gravi, rappresentano tuttora un problema anche per i paesi sviluppati che pure hanno standard igienico- sanitari sicuramente elevati.</p> <p>Una efficace conoscenza e sorveglianza su tali malattie può orientare la programmazione degli interventi di vigilanza territoriale sui prodotti alimentari e sulle imprese alimentari.</p> <p>In Italia, le MTA rientrano nel sistema di notifica obbligatoria delle malattie infettive, D.M. 15 Dicembre 1990, il quale prevede che le malattie notificabili siano suddivise in 5 classi.</p> <p>Purtroppo i fenomeni che vengono segnalati e registrati, sono da tutti ritenuti sottostimati sia per la mancanza di notifica che per la non correlazione dello stato di malattia con l'origine alimentare della stessa.</p> <p>I dati del sistema di notifica delle malattie infettive riguardanti le MTA in Italia, tratti dal Bollettino epidemiologico nazionale, negli anni che vanno dal 2004 al 2008 sono riportati nell'Allegato 1.</p> <p>Quello che salta subito agli occhi è il dato apparentemente paradossale che le regioni che hanno impiantato un sistema di sorveglianza sugli alimenti notoriamente più avanzato hanno un numero di segnalazioni molto superiore a quello di aree dove i sistemi di controllo non sono stati implementati a dovere.</p> <p>Questo a dimostrazione di quanto sopra riportato circa la scarsa attenzione alle notifiche dei casi di MTA che si ha in diverse regioni italiane ed in particolare in quelle meridionali che si collocano sempre agli ultimi posti della classifica delle notifiche ufficiali, pur essendo notoriamente aree dove tali fenomeni sono diffusi anche in maniera superiore alle regioni del nord.</p> <p>Per ovviare in parte al problema della poca accuratezza con cui tale sistema è gestito, sono state affiancate nel tempo da sistemi di sorveglianza speciali quale la rete Enter-net che sorveglia le infezioni da <i>Salmonella</i>, da <i>Escherichia coli</i> O157 e altri <i>E. coli</i> (VTEC) e le infezioni sostenute da altri batteri enteropatogeni.</p>

Nel periodo di riferimento sopra riportato, considerando solo le salmonellosi, sono stati segnalati ad Enter-net una media di circa 4.500 casi all'anno di *Salmonella* isolati dall'uomo.

Emerge inoltre che per alcune regioni, il numero di casi segnalati al sistema Enter-net, che non è un sistema esaustivo, è superiore a quello riportato al sistema di notifica obbligatorio.

Questi dati depongono ancor di più per una forte sottostima della dimensione del fenomeno, soprattutto nelle regioni del sud Italia.

Pertanto i dati sopra esposti vanno letti nel senso che dove esiste una efficace sistema di controllo del settore alimentare si riesce a mettere in luce un numero più vicino alla realtà di casi di MTA e pertanto è da ritenere che un affidabile sistema di controllo sia la migliore garanzia contro il manifestarsi di tali malattie.

CONTESTO REGIONALE

(Vedere anche Modello logico)

L'Abruzzo si colloca tra le regioni con un basso numero di segnalazioni di TA, nello stesso periodo la situazione è la seguente:

Anno	Episodi di TA	Numero casi
2004	3	19
2005	3	7
2006	4	35
2007	1	2
2008	*	

*in tale anno la Regione Abruzzo non ha trasmesso i dati al Ministero.

I microrganismi che hanno causato questi focolai sono stati soprattutto *Salmonelle* spp.

(52%), seguite dal virus dell'Epatite A (10%). Purtroppo il 26% delle segnalazioni dei focolai epidemici non presenta indicazione sulla eziologia degli episodi.

Oltre ai casi associati ai focolai epidemici, esistono numerosi casi, detti sporadici, determinate da una serie di agenti patogeni, anche in questi casi le infezioni da *Salmonella* rappresentano la principale causa di MTA segnalata sia in Italia che nella nostra regione.

I dati regionali in rapporto a quelli nazionali sono riportati nell'Allegato 2.

Tali dati sembrano indicare che la nostra regione non ha una incidenza molto elevata di MTA, sia in forma di TA che di casi sporadici.

In realtà, si sospetta che l'Abruzzo invece rientri nel gruppo di regioni che si

distinguono per la scarsa attenzione al problema della mancata notifica delle MTA, per cui i dati sono da ritenere assolutamente sottostimati.

Dalle conoscenze e da quanto riportato dagli operatori di settore, è purtroppo da ritenere che la nostra regione sia più vicina a questa seconda ipotesi che alla prima.

Sistema regionale di controllo

Nella nostra regione l'attività di controllo messa in atto risente ancora di una difficoltà legata alla non ancora ottimale conoscenza di tutte le realtà produttive presenti sul territorio in quanto il sistema di censimento delle imprese alimentari è ancora incompleto.

Questo è particolarmente evidente nel settore degli alimenti non di origine vegetale e minerale, che si trovano ad applicare tali disposizioni da circa due anni, mentre nel settore veterinario, dove la normativa era in parte già introdotta prima, la situazione è migliore.

Il numero delle aziende censite sulla base del mod A del ministero per il 2009 per la regione Abruzzo riporta un dato veterinario di 7204 aziende presenti, mentre per il SIAN il dato non è assolutamente attendibile per cui non viene preso in considerazione.

Le attività di vigilanza portate avanti nel 2009 hanno permesso di controllare n. 6496 imprese con emissione di 852 provvedimenti amministrativi, ovvero il 13,1% di strutture controllate ha evidenziato almeno una problematicità, dato che è superiore a quello nazionale (10%).

PROGETTO

Il progetto che si vuole portare avanti parte dal concetto che organizzando meglio e soprattutto integrando le attività di controllo si riuscirà a garantire un livello più elevato di controllo delle MTA.

Infatti attraverso una più adeguata rete di controllo è possibile intervenire sui vari attori del sistema partendo fin dal prodotto primario.

Naturalmente si tratta di un'attività di controllo intesa non come una semplice repressione dei fenomeni, ma fatta secondo quelle che sono le attuali linee di indirizzo, attività quindi che mira in primo luogo a controllare per responsabilizzare l'operatore del settore alimentare, per aumentare il suo livello di formazione, per collaborare con lui nella risoluzione delle problematiche che le attività di controllo mettono in evidenza.

L'emanazione del "Pacchetto Igiene" ha infatti mutato considerevolmente il modo di operare dei Servizi che si occupano di controllo ufficiale.

Nei regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004, specifici per il controllo ufficiale, viene sancita la necessità che l'attività di controllo ufficiale sia basata sull'analisi del rischio. In particolare l'articolo 3 del regolamento (CE) 882/2004 "obblighi generali in relazione all'organizzazione di controlli ufficiali" stabilisce che tali controlli siano eseguiti periodicamente in base ad una valutazione del rischio e con frequenza appropriata.

Lo stesso regolamento (CE) n. 854/2004 precisa che, la natura e l'intensità dei controlli

ufficiali dipendono dal rischio valutato ed è quindi indispensabile armonizzare ed omogeneizzare il controllo ufficiale degli alimenti all'interno del territorio regionale.

Nella regione Abruzzo nel corso del corrente anno è stato modificato l'assetto organizzativo delle attività di vigilanza che sono state affidate al Servizio di Sanità Veterinaria e Sicurezza Alimentare della Direzione delle Politiche della Salute, che ha riunito in un unico Servizio tutte le attività di vigilanza sugli alimenti, prima assegnate a

due diverse strutture regionali.

Si ritiene pertanto opportuno nel progetto in questione prevedere una parte dedicata alla riorganizzazione delle attività di vigilanza che consenta il raggiungimento di tali obiettivi al fine di ottemperare alle innovative richieste dei regolamenti comunitari e favorire un'ottimizzazione delle limitate risorse all'interno del territorio regionale.

Applicando questa nuova visione del controllo, il presente progetto avrà lo scopo di raggiungere l'obiettivo di una maggiore sicurezza degli alimenti e quindi del consumatore.

Sulla base dei risultati della graduazione in classi di rischio, sarà infatti pianificata l'attività di controllo ufficiale e le frequenze saranno stabilite in base al tipo di alimento e della categoria di rischio dello stabilimento,

La valutazione terrà conto principalmente del rischio biologico perché è quello maggiormente implicato in episodi di malattia alimentare come evidenziato dai dati degli esami sugli alimenti sopra riportati.

Si costruirà una modulistica regionale di riferimento in modo da permettere una migliore gestione dei dati, a tal proposito essa sarà necessariamente di tipo elettronico in modo da permettere il loro inserimento nel sistema SIVRA regionale e quindi avere una gestione del dato migliore.

Nel contempo si porteranno avanti una serie di iniziative formative rivolte agli operatori del settore alimentare (OSA) con particolare riferimento ai produttori primari le cui strutture sono ormai incluse a pieno titolo tra quelle soggette a vigilanza.

(Vedere anche albero dei problemi)

BENEFICIARI

Le ricadute di progetto si prevedono a beneficio di tutta la popolazione in quanto andrà a migliorare il livello di controllo sulla qualità igienico-sanitaria degli alimenti e quindi si ridurranno le patologie trasmesse da alimenti.

Saranno beneficiari dell'intervento anche gli operatori del settore alimentare (OSA) che hanno messo in atto adeguati sistemi di autocontrollo, nei confronti di chi non si è adeguato alle nuove disposizioni CE.

La modulazione dei controlli in base al profilo di rischio, potrà infatti essere presa quale riferimento per la quantificazione dei diritti previsti all'articolo 27 del regolamento (CE) 882/2004, così come applicato in Italia con il D.L.vo 194/2008, che prevede tra l'altro un pagamento aggiuntivo per i controlli supplementari in modo che l'OSA sarà stimolato a migliorare il proprio sistema di autocontrollo per passare a categorie con rischio inferiore

OBIETTIVI DI SALUTE

Il progetto che si vuole portare avanti parte dal concetto che organizzando meglio e soprattutto integrando le attività di controllo si riuscirà a garantire un livello più elevato di controllo delle MTA.

Naturalmente si tratta di un'attività di controllo intesa non come una semplice repressione dei fenomeni, ma fatta secondo quelle che sono le attuali linee di indirizzo, attività quindi che mira in primo luogo a controllare per responsabilizzare l'operatore del settore alimentare, per aumentare il suo livello di formazione, per collaborare con lui nella risoluzione delle problematiche che le attività di controllo mettono in evidenza.

TABELLA GRUPPI DI INTERESSE contattati

Tipologia	Modalità di coinvolgimento	Tempi
Servizi di Igiene degli alimenti e della nutrizione	Invio materiale progettuale	Agosto-ottobre 2010
	Riunione regionale	24.9.2010
Servizi veterinari ASL	Invio materiale progettuale	Agosto-ottobre 2010
	Riunione regionale	24.9.2010
Agenzia regionale per la tutela dell'ambiente	Riunione regionale	07.09.2010

SI ALLEGANO:

1. Analisi di contesto
2. Albero dei problemi
3. Modello logico
4. Albero degli obiettivi
5. Quadro logico
6. Tabella evidence
7. Modello di valutazione.

Allegato n. 1

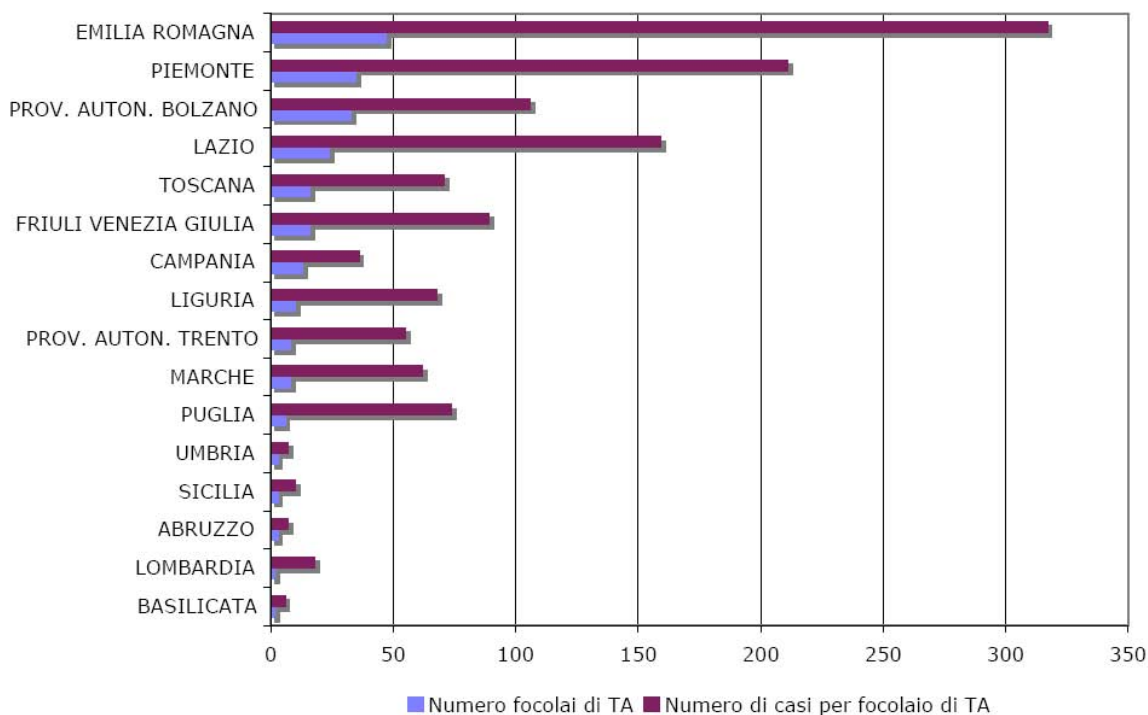
Sistema di notifica delle malattie infettive.

Casi di TA segnalati negli anni che vanno dal 2004 al 2008 in Italia:

Anno	Episodi di TA	Numero casi
2004	392	3182
2005	292	1854
2006	325	2016
2007	301	2161
2008	364	2411

Dividendo i casi per regione si evidenzia che la regione che effettua più segnalazioni è l'Emilia-Romagna (20% del totale nazionale), seguita da Piemonte(15%), Provincia Autonoma di Bolzano (14%), Lazio (10%), e da tutte le altre regioni.

Figura 1. Numero assoluto di episodi epidemici in relazione al numero di casi per regione, 2005.



Allegato n. 2

Casi di TA notificate in Abruzzo anni 2004-2008:

Anno	Episodi di TA	Numero casi
2004	3	19
2005	3	7
2006	4	35
2007	1	2
2008	*	

*in tale anno la Regione Abruzzo non ha trasmesso i dati al Ministero.

I microrganismi che hanno causato questi focolai sono stati soprattutto *Salmonelle* spp. (52%), seguite dal virus dell'Epatite A (10%). il 26% delle segnalazioni dei focolai epidemici non presenta indicazione sulla eziologia degli episodi.

Casi di Malattia Alimentare notificate in Abruzzo anni 2004-2009:

SALMONELLOSI

Anno	ITALIA	ABRUZZO
2004	9180	107
2005	8030	115
2006	6506	73
2007	6731	30
2008	6728	*
2009	5368 [^]	25 [^]
TOTALE	42543	350

BRUCELLOSI

Anno	ITALIA	ABRUZZO
2004	463	2
2005	681	4
2006	456	2
2007	179	2
2008	163	*
2009	163 [^]	-
TOTALE	2105	10

DIARREA INFETTIVA

anno	ITALIA	ABRUZZO
2004	2572	19
2005	2887	21
2006	2955	5
2007	3589	2
2008	4770	*
2009	5282 [^]	-
TOTALE	22055	47

EPATITE A

anno	ITALIA	ABRUZZO
2004	2477	20
2005	1275	17
2006	890	5
2007	1159	2
2008	1350	*
2009	1496 [^]	14 [^]
TOTALE	8647	58

LISTERIOSI

anno	ITALIA	ABRUZZO
2004	32	1
2005	59	1
2006	59	-
2007	89	-
2008	118	*
2009	104 [^]	-
TOTALE	461	2

BOTULISMO

anno	ITALIA	ABRUZZO
2004	27	5
2005	22	1
2006	12	3
2007	14	-
2008	23	*
2009		
TOTALE	98	9

* in tale anno la Regione Abruzzo non ha trasmesso i dati al Ministero

[^]dati provvisori

Prevenzione delle Malattie trasmesse da Alimenti

ANALISI DI CONTESTO

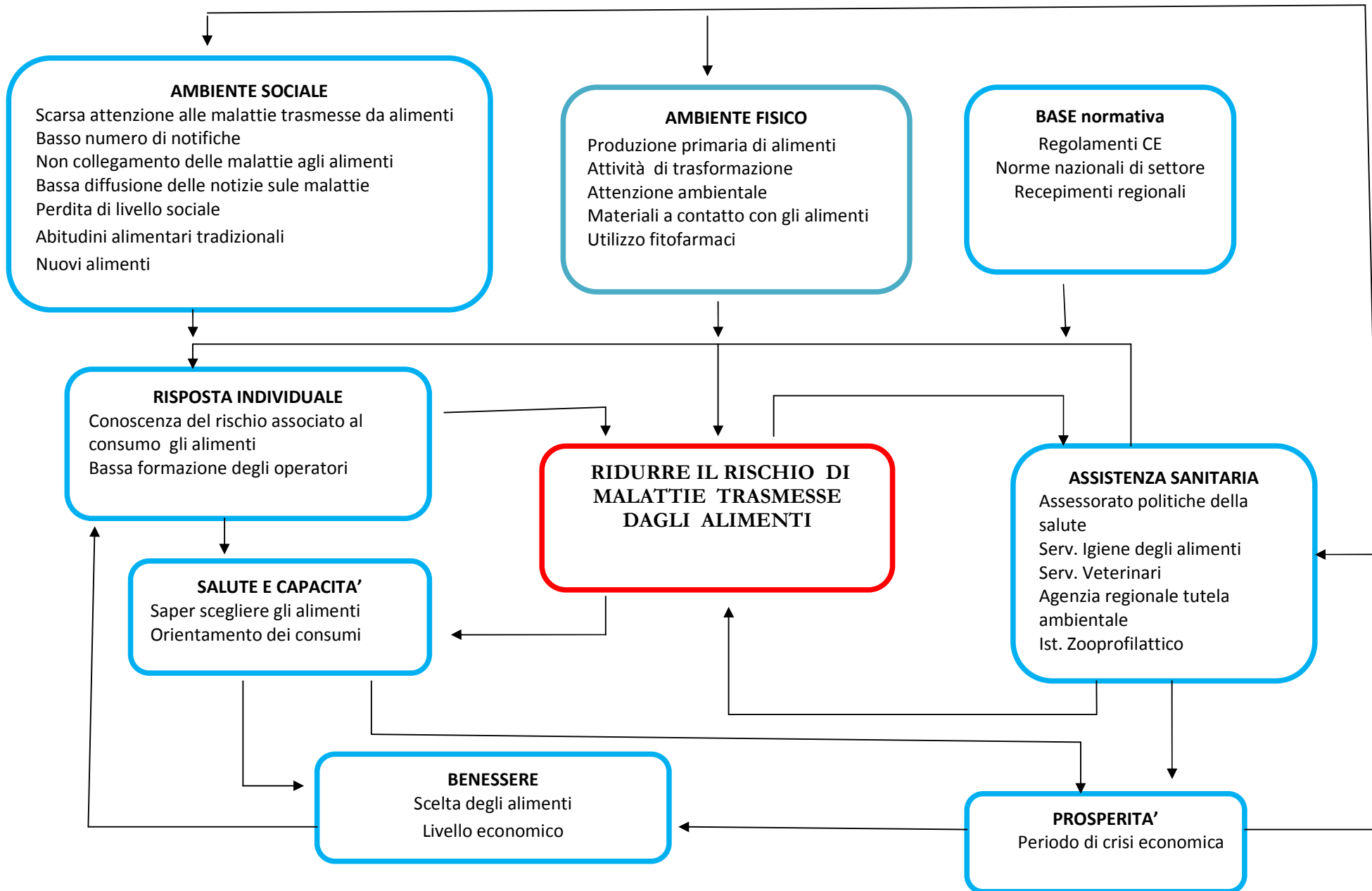


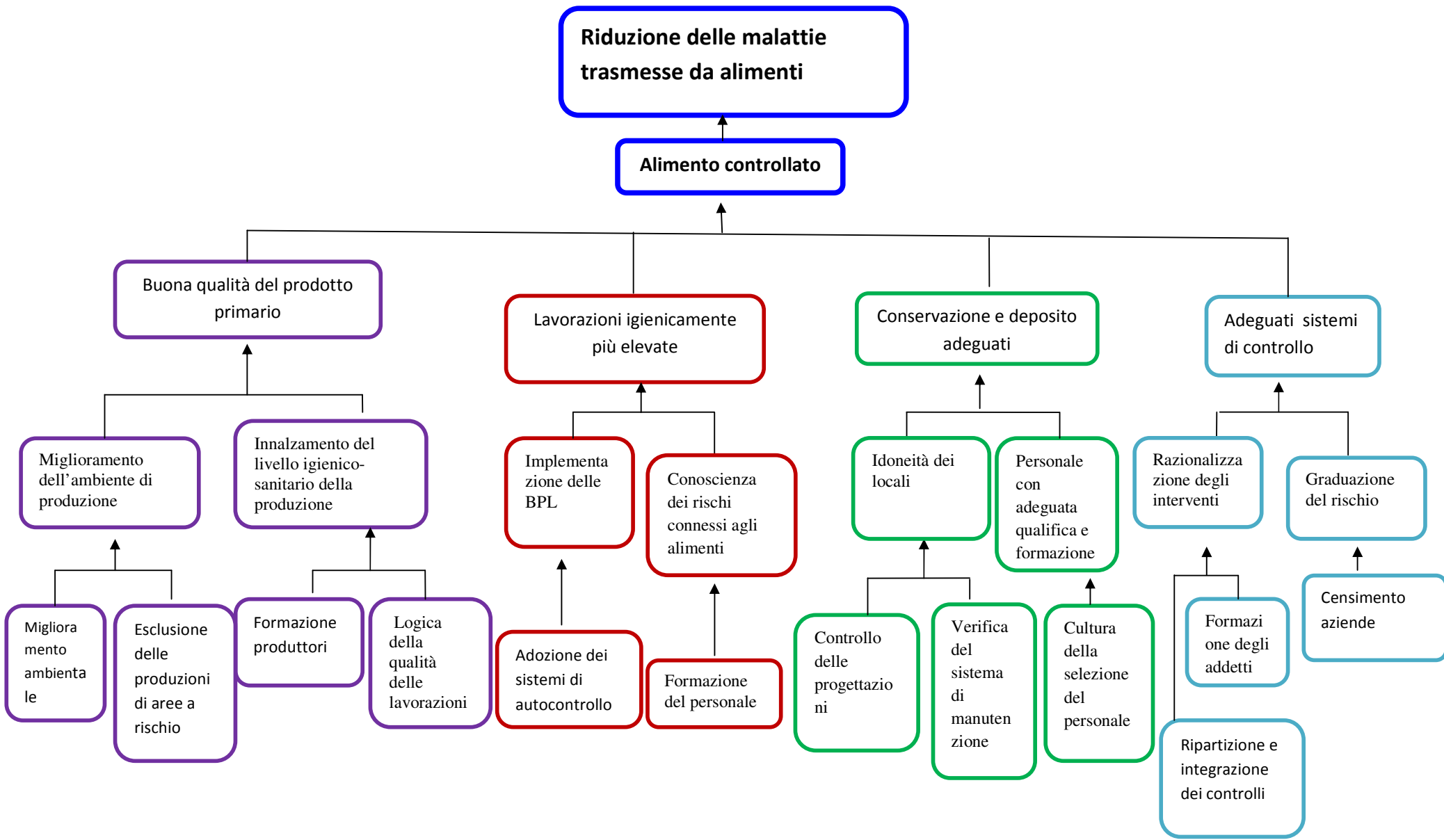
Tabella di bordo per il riassunto della evidence a favore del progetto : *Prevenzione delle Malattie trasmesse da Alimenti*

Componente (o gruppo di componenti) di intervento o cambiamento previsto dal vostro modello logico	Riassumete in poche frasi i contenuti utili, la evidence a favore della/e componente/i del vostro intervento	Indicate se vi sembra che vi siano forti, sufficienti o insufficienti raccomandazioni a favore della componente di intervento o del cambiamento atteso nel vostro modello logico	Sito, titolo e riferimento bibliografico articolo/rapporto/documento da cui avete ricavato questa evidence	Con quale motore di ricerca e, nel caso, con quali parole chiave è stato trovato
Razionalizzazione degli interventi di vigilanza	L'esame sistematico dei dati evidenzia che la presenza di un sistema organizzato di vigilanza è più efficace nel controllo degli alimenti. Dove le attività di controllo sono state adeguatamente portate avanti si sono evidenziate meglio le carenze della filiera alimentare.	SUFFICIENTI	<i>Vigilanza e controllo degli alimenti e delle bevande in Italia - Anno 2009</i> MINISTERO DELLA SALUTE	GOOGLE
Riconoscimento del problema da parte degli operatori e degli OSA	La diffusione delle MTA è ancora un problema presente nelle nostre regioni ed è costantemente sottovalutato dagli operatori sanitari, dagli OSA e anche dalla popolazione generale.	SUFFICIENTI	Bollettino epidemiologico nazionale anni 2004-2009	GOOGLE
Formazione del personale che esegue i controlli	Le nuove disposizioni del pacchetto igiene richiedono nuove modalità di esecuzione degli interventi ed una formazione certificata degli operatori. Tale carenza è possibile fonte di invalidamento delle operazioni di controllo.	FORTI	Decisione della Commissione n. 2006/677/CE del 29 settembre 2006	GOOGLE
	La maggior parte dei casi di MTA è dovuta ad	FORTI	LE CAUSE DELLE TOSSINFEZIONI	

<p>Adeguatezza formazione degli OSA</p>	<p>errori lungo la filiera produttiva dovuta agli operatori che eseguono scorrettamente una o più fasi del loro lavoro.</p>		<p>ALIMENTARI. 2008 REGIONE EMILIA ROMAGNA</p>	<p>GOOGLE</p>
<p>ANALISI DEL RISCHIO DELLE INDUSTRIE ALIMENTARI</p>	<p>Nei regolamenti (CE) 882/2004 e 854/2004, specifici per il controllo ufficiale, viene più volte sancita la necessità che l'attività di controllo ufficiale sia basata sull'analisi del rischio. In particolare l'articolo 3 del regolamento (CE)882/2004 "obblighi generali in relazione all'organizzazione di controlli ufficiali" stabilisce che tali controlli siano eseguiti periodicamente in base ad una valutazione del rischio e con frequenza appropriata.</p>	<p>FORTI</p>	<p>REGOLAMENTO CE 882,854.</p>	<p>GOOGLE</p>

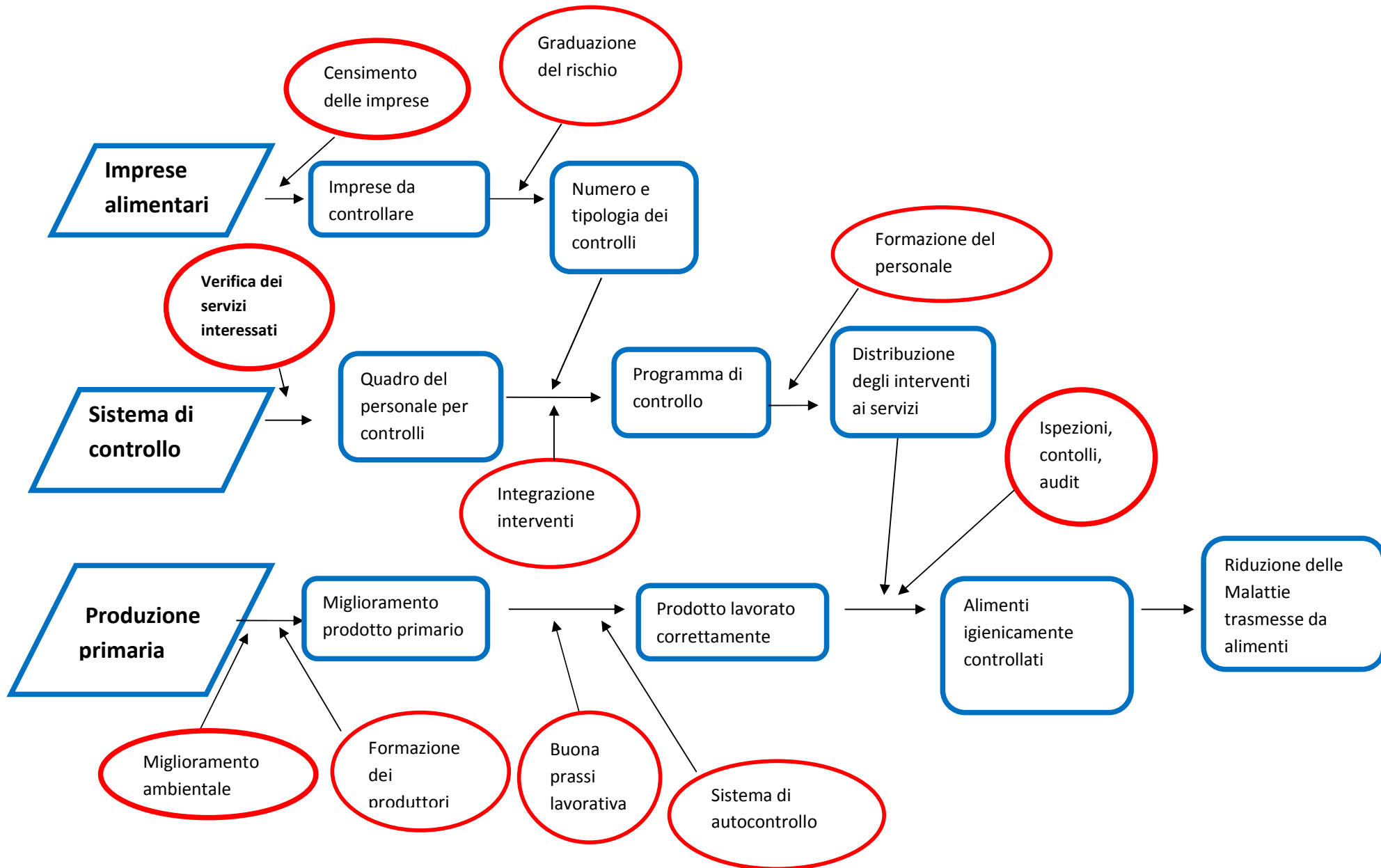
ALBERO DEGLI OBIETTIVI

PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI



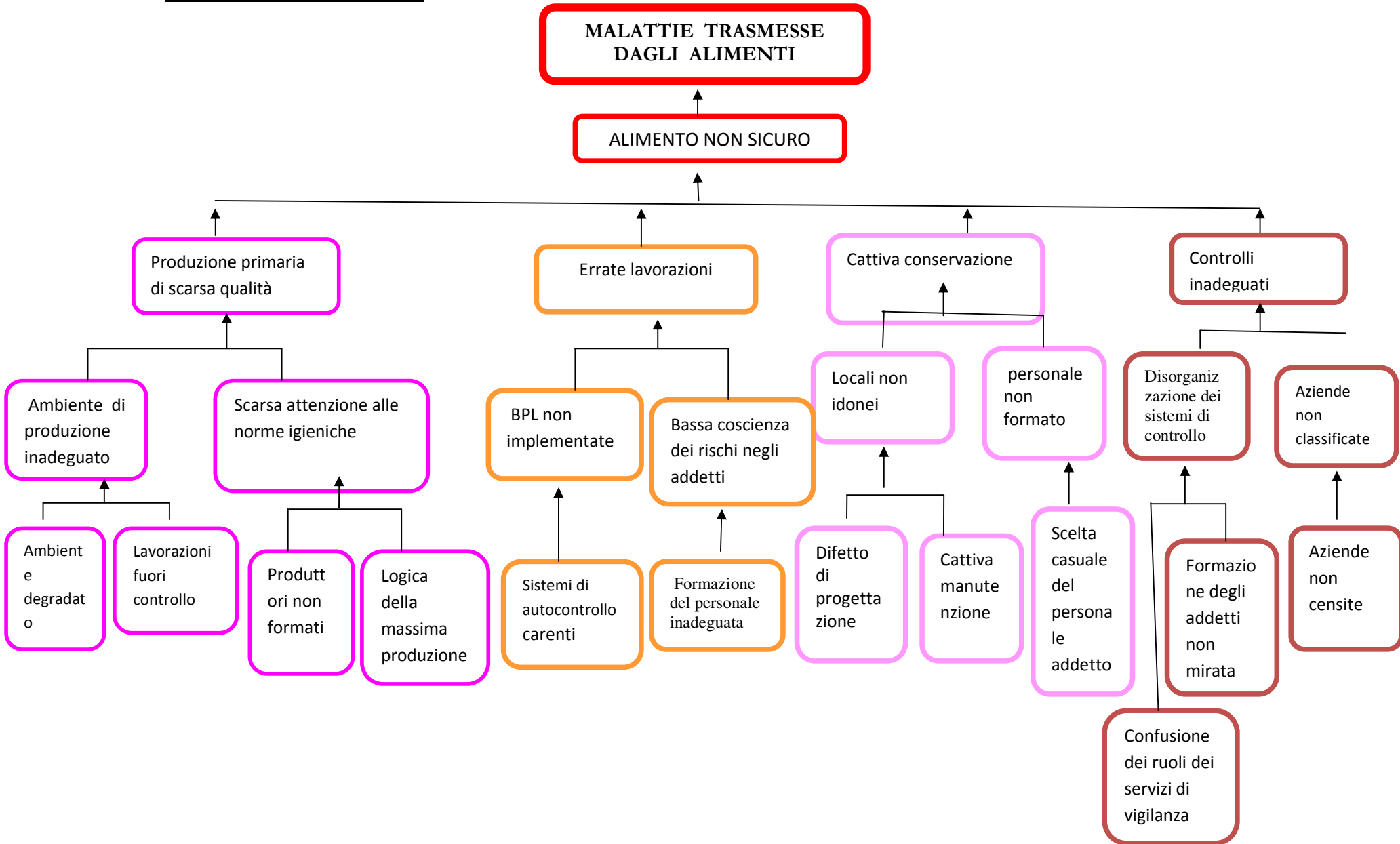
Prevenzione delle Malattie trasmesse da Alimenti

MODELLO LOGICO



ALBERO DEI PROBLEMI

PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI



RIDURRE IL RISCHIO DI MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI**QUADRO LOGICO**

Finalità del progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale				
Obiettivo specifico	Prevenzione delle malattie trasmesse da alimenti	Riduzione delle MTA del 10% al 31.12.2011 del 20% al 31.12.2012	SISTEMA DI NOTIFICA	Sistema regionale di trasmissione dati
Risultato atteso 1	Buona qualità del prodotto primario	Riduzione delle non conformità riscontrate	Report ministero della salute mod A	
Attività	Formazione dei produttori	Mezzi Corso di formazione		Mancata adesione degli addetti
Risultato atteso 2	Lavorazioni igienicamente più elevate	Riduzione delle non conformità riscontrate 12% al 31.12.2011 dal 13,1 al 10% al 31.12.2012	Report ministero della salute mod A	
Attività	Implementazione delle BPL Conoscenza dei rischi connessi agli alimenti	Mezzi Sistema di controllo		Mancata adesione degli addetti
Risultato atteso 3	Adeguamento dei sistemi di controllo	Completare attività a al 31.12.2011 Completare attività b al 31.12.2012		Personale di adeguata qualifica
Attività a	Censimento aziende Graduazione del rischio Razionalizzazione degli interventi	Mezzi Inserimento nel Sivra		Sistema informatico regionale completato
Attività b	Formazione degli addetti al controllo Ripartizione e integrazione dei controlli	Mezzi Corso audit Direttiva regionale 852		

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

REGIONE ABRUZZO
<p style="text-align: center;">TITOLO DEL PROGETTO:</p> <p>Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare (3 -11 anni) di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso ed obesità.</p>
<p style="text-align: center;">IDENTIFICATIVO DELLE LINEE DI INTERVENTO GENERALI:</p> <p>2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate.</p>
<p style="text-align: center;">NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PROGETTO ALL'INTERNO DEL PIANO OPERATIVO REGIONALE:</p> <p style="text-align: center;">2.9.2</p>
<p style="text-align: center;">DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO PROGRAMMATO</p> <p style="text-align: center;">Razionale (vedere anche analisi di contesto)</p> <p>L'obesità è un fenomeno particolarmente evidente negli Stati Uniti, anche se ormai interessa la maggior parte dei paesi del mondo.</p> <p>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 (1 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.</p> <p>Fino ad oggi , in Italia sono stati condotti vari studi regionali o di ASL basati su misurazioni dirette dei bambini tra 6 e 9 anni , ma tali studi differiscono per tempi, modalità, età campionate e diversi altri aspetti che ne rendono difficile il confronto. Le uniche fonti informative nazionali sono rappresentate dalle indagini multiscopeo dell'ISTAT (in cui però peso e altezza dei minori sono stati comunicati dai genitori e non misurati direttamente), che evidenziano come nel nostro paese il 24% dei ragazzi tra i 6 e i 17 anni presenti un eccesso ponderale, fenomeno che sembra interessare le fasce di età più basse.</p> <p>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 acquisizioni di informazioni dirette su alcuni parametri antropometrici, abitudini alimentari ed attività fisica, il Ministero della Salute/CCM e le Regioni hanno affidato al CNESP-ISS il coordinamento dell'iniziativa "Okkio alla salute"- Promozione della salute e crescita sana dei bambini della scuola primaria, collegato al programma europeo " Guadagnare salute " e al "Piano nazionale della Prevenzione ".</p> <p>L'indagine Okkio alla salute, condotta nel corso degli anni 2008 e 2010 in ambito nazionale ha evidenziato il preoccupante problema dell'eccesso di peso nella popolazione infantile .</p> <p>In particolare , in Abruzzo, i dati Okkio 2010 riportano che il 28,3% (il 25,8% nel 2008) dei bambini esaminati è risultato in sovrappeso, mentre il 12,5% (il 12,8% nel 2008) francamente obeso.</p> <p>L'indagine ha permesso altresì, di raccogliere informazioni sulle abitudini alimentari dei bambini. In particolare , per quanto riguarda l'abitudine alla prima colazione, il consumo di frutta e verdura , il consumo di bevande zuccherate . Le risultanze di tali informazioni hanno evidenziato la diffusione tra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e che predispongono all'aumento ponderale, specie se concomitanti.</p>

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

Quella che segue rappresenta la **realtà regionale abruzzese fotografata da Okkio. (risultati dall'indagine 2010)**

CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

Le linee guida sulla sana alimentazione prevedono l'assunzione di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura. Il consumo di frutta e verdura nell'arco della giornata garantisce un adeguato apporto di fibre e sali minerali e consente di limitare la quantità di calorie introdotte.

- Per quanto riguarda il **consumo di frutta** nell'arco della settimana, i genitori riferiscono che il 2% dei bambini consuma 4 o più porzioni di frutta al dì, il 36% dei bambini consuma frutta 2-3 volte al giorno; il 37% una sola porzione al giorno. Il 25% dei bambini mangia frutta meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana.
- Per quanto riguarda il **consumo di verdura** nell'arco della settimana, i genitori riferiscono che l'1% dei bambini consuma 4 o più porzioni di verdura al dì, l'11% dei bambini consuma verdura 2-3 volte al giorno; il 29% una sola porzione al giorno; il 58% dei bambini consuma verdura meno di una volta al giorno o mai nell'intera settimana

CONSUETUDINE AL CONSUMO DI UNA ADEGUATA PRIMA COLAZIONE

Esistono diversi studi scientifici che dimostrano l'associazione tra l'abitudine a non consumare la prima colazione e l'insorgenza del sovrappeso. Per semplicità, in accordo a quanto indicato dall'INRAN, è stata considerata adeguata la prima colazione che fornisce un apporto di calorie e proteine, per esempio: latte (proteine) e cereali (carboidrati), o succo di frutta (carboidrati) e yogurt (proteine).

- Nella nostra Regione solo il 63% dei bambini fa una colazione qualitativamente adeguata.
- Il 9% non fa per niente colazione e il 28,% non la fa qualitativamente adeguata.

ADEGUATEZZA DELLA MERENDA DI METÀ MATTINA

Oggigiorno viene raccomandato che, se è stata assunta una prima colazione adeguata, venga consumata a metà mattina una merenda contenente circa 100 calorie, che corrispondono in pratica a uno yogurt, o un frutto, o un succo di frutta senza zuccheri aggiunti. Alcune scuole prevedono la distribuzione della merenda agli alunni; in tal caso, nell'analisi dei dati, la merenda è stata classificata adeguata.

- Nella nostra Regione solo una piccola parte di bambini, il 18%, consuma una merenda adeguata di metà mattina
- La maggior parte dei bambini, l'80%, la fa inadeguata e il 2% non la fa per niente

CONSUMO GIORNALIERO DI BEVANDE ZUCCHERATE

Mediamente in una lattina di bevanda zuccherata (33cc) è contenuta una quantità di zuccheri aggiunti pari a 40-50 grammi, fra 5 e 8 cucchiaini, con l'apporto calorico che ne consegue. Esiste una forte associazione tra il consumo di bevande zuccherate e l'obesità.

- Nella nostra Regione solo il 56% dei bambini consuma meno di una volta al giorno o mai delle bevande zuccherate
- Il 26% dei bambini assume bevande zuccherate una volta al dì e il 17% più volte al giorno.

Alla luce di tali risultanze e in considerazione che la dieta non equilibrata e abitudini alimentari scorrette, rappresentano insieme a sedentarietà e scarsa attività fisica, i fattori principali di rischio per **sovrappeso ed obesità**, fattori peraltro modificabili, **si intende condurre il presente progetto di educazione alimentare e al gusto** i cui beneficiari saranno i bambini dai 3 agli 11 anni. Si è pensato di coinvolgere anche i bambini in età prescolare, sia perché è evidenza che il problema del sovrappeso e dell'obesità interessa fasce di età sempre più basse sia perché in età prescolare i potenziali di apprendimento sono ancora molto alti e le abitudini alimentari relativamente poco strutturate e consolidate, quindi più facilmente modificabili.

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

INTERVENTI

Gli interventi di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità sono classificati in letteratura rispetto all'obiettivo di salute che si prefiggono:

- riduzione del peso corporeo sulla base della valutazione del valore di BMI dei destinatari
- modifica/influenza dei comportamenti scorretti: errate abitudini alimentari.

Gli interventi che si prefiggono di ridurre il numero dei soggetti in sovrappeso e obesi, valutando il valore del BMI dei destinatari a inizio e fine intervento, dimostrano attualmente un livello di efficacia contrastante o limitato.

Gli interventi che invece mirano alla modifica/influenza dei comportamenti scorretti (nel nostro caso scelte alimentari non sane) risultano essere quelli che al momento , sulla base delle evidenze scientifiche, hanno una maggiore efficacia.

Ci si orienterà pertanto verso quest'ultimi.

PROVE DI EFFICACIA NELLE SCUOLE

Vedere la tabella di bordo per il riassunto delle evidenze a favore del progetto.

Scopi, fasi ed attività

Vista la complessità dei determinanti il fenomeno sovrappeso/obesità, (**vedere anche albero dei problemi**) gli interventi rivolti , in particolare ai bambini , devono essere effettuati in sinergia con tutte le agenzie (le figure) che si occupano di infanzia ed adolescenza, prime tra tutte **la famiglia**, essendo il primo luogo in cui il bambino apprende le abilità di base su cui si forma una personalità autonoma e ricca di potenzialità e che ricopre un ruolo chiave nell'educazione alimentare, e **la scuola**, considerata uno dei contesti più favorevoli per prevenire il sovrappeso e l'obesità nell'età evolutiva in quanto le sue finalità educative, le regole organizzative e la scansione della vita scolastica si prestano alla realizzazione di interventi di promozione della salute.

La scuola rappresenta infatti il luogo ideale per l'attuazione di programmi di educazione alimentare e al gusto per diverse ragioni:

- la scuola consente di raggiungere la quasi totalità di bambini e adolescenti
- la scuola consente di raggiungere e coinvolgere la quasi totalità dei genitori e della famiglie al fine di supportare e condividere i programmi scolastici
- la scuola fornisce l'opportunità di alimentarsi in maniera sana dal momento che , spesso, i bambini vi consumano la merenda e il pranzo
- la scuola può insegnare agli alunni a resistere alle pressioni sociali. I programmi scolastici di educazione alimentare possono utilizzare la metodologia tra "pari" per rinforzare abitudini alimentari sane o scoraggiare comportamenti alimentari non corretti (coinvolgimento del gruppo dei pari a sostegno e rinforzo delle modifiche dei comportamenti.)
- nella scuola esiste personale qualificato per l'attuazione di programmi di educazione alimentare: dopo un'adeguata formazione, gli insegnanti possono apportare un significativo contributo all'attuazione dei suddetti programmi
- le evidenze scientifiche disponibili suggeriscono che i programmi di educazione alimentare, in ambito scolastico, possono migliorare i comportamenti alimentari .

Nell'ottica di promuovere nei bambini una "cultura alimentare" orientata al consumo di frutta e verdura e di una adeguata prima colazione rispetto al consumo di bevande zuccherate e spuntini ipercalorici , e quindi di promuovere l'assunzione di comportamenti alimentari più salutari al fine del miglioramento delle condizioni nutrizionali (**Vedere anche il modello logico el'albero degli obiettivi**)

il progetto multi-componente di educazione alimentare e al gusto, attraverso la promozione a scuola di un'alimentazione come modello di riferimento, la realizzazione a scuola di programmi efficaci di educazione alimentare e al gusto, il coinvolgimento dei genitori e delle famiglie a supporto e condivisione dei programmi scolastici, si prefigge di:

- favorire ed incrementare il consumo di frutta e verdura
- promuove ed incentivare l'abitudine ad una adeguata prima colazione

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

- limitare il consumo di merende ipercaloriche ed indirizzare le scelte verso spuntini più salutari
- modificare/migliorare la gestione dei pasti/spuntini consumati a scuola
- promuovere il consumo di acqua e limitare il consumo di bevande industriali al alto contenuto di zuccheri semplici ed edulcoranti .

GRUPPI DI INTERESSE:

1. Famiglie
2. Uffici scolastici regionale e provinciali
3. Scuole dell'Infanzia e Primaria (Dirigenti scolastici, insegnanti)
4. Amministrazioni comunali
5. Gestori del servizio di ristorazione scolastica
6. Personale del servizio di mensa scolastica
7. Società di distribuzione automatica di alimenti e bevande
8. Servizi ASL
9. Pediatri
10. Medici di medicina generale

MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEI G.I.

- Gruppi 1,3, per il tramite dei Consigli di istituto delle scuole.
- Gruppo 2 riunione con Assessorato alle politiche della salute.
- Gruppi 4,5,6,7 attraverso riunioni in ambito comunale.
- Gruppo 8 riunione regionale.
- Gruppo 9, 10 mediante comunicazione diretta del progetto.

FASI

Il progetto verte su diversi temi con itinerari specificamente individuati per le scuole dell'infanzia e primarie di primo grado e si realizza attraverso varie fasi:

Fase preparatoria:

Costituzione dei gruppi di lavoro e stesura dei progetti educativi e dei materiali didattici

Stesura del materiale didattico da utilizzare per gli incontri nelle classi

Stampa di un testo guida per gli insegnanti contenente i progetti educativi e i materiali didattici

Stampa di materiale informativo destinato ai genitori

Elaborazione dei menu scolastici e delle tabelle merceologiche degli alimenti da inserire nei capitolati d'appalto per la ristorazione scolastica

Fase operativa :

formazione degli insegnanti da parte di operatori sanitari dei SIAN, ai quali viene fornita tutta una serie di supporti quali:

corso di formazione che affronta non solo gli aspetti disciplinari dei temi trattati ma anche quelli metodologici e didattici

materiale informativo/formativo e didattico. Realizzazione da parte degli insegnanti dei percorsi educativi proposti, necessari per lo svolgimento del progetto educativo

Interventi degli operatori sanitari dei Sian nelle classi, con l'ausilio di specifici materiali didattici

Coinvolgimento dei genitori nell'itinerario didattico per dividerne gli obiettivi

Distribuzione di materiale informativo specificamente destinato ai genitori

Sorveglianza nutrizionale sul buon andamento della ristorazione scolastica

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

RISULTATI ATTESI (Vedere anche il quadro logico)

1. incrementare del 10% il dato okkio 2010 relativo al consumo di due o più porzioni di frutta al giorno
2. Incrementare del 10% il dato okkio relativo al consumo di 2 o più porzioni di verdura al giorno
3. promuovere la consuetudine al consumo di una adeguata colazione in modo che la percentuale di bambini che fanno una colazione adeguata aumenti del 10% rispetto al dato okkio 2010
4. limitare il consumo di merende ipercaloriche ed indirizzare le scelte verso spuntini più salutari in modo che la percentuale di bambini che consuma una merenda adeguata registri un incremento del 10% rispetto al dato okkio 2010
5. modificare/migliorare la gestione dei pasti consumati a scuola in modo che almeno il 90% dei menu scolastici sia redatto o comunque approvato dal SIAN
6. promuovere il consumo di acqua piuttosto che di bevande industriali zuccherate ed edulcorate in modo che la percentuale di bambini che consuma due porzioni standard (330cc) di bevande zuccherate subisca un decremento del 10% rispetto al dato okkio 2010.

MONITORAGGIO

Punto 1: dati okkio alla salute, rilevazione 2012.

Punto 2: dati okkio alla salute, rilevazione 2012.

Punto 3: dati okkio alla salute, rilevazione 2012.

Punto 4: dati okkio alla salute, rilevazione 2012

Punto 5: PRIC (Piano regionale integrato dei controlli) annuale settore mense scolastiche

Punto 6: dati okkio alla salute, rilevazione 2012

Criticità

Disponibilità delle scuole a partecipare al progetto

Collaborazione attiva degli insegnanti

Collaborazione degli operatori delle mense scolastiche

Adesione delle famiglie

Risorse economiche

Contrazione dei tempi di programmazione ed esecuzione degli interventi

BENEFICIARI DELL'INTERVENTO

Bambini di età tra i 3-11 anni

OBIETTIVI DI SALUTE (E/O OBIETTIVI DI PROCESSO) PERSEGUITI

Assunzione di comportamenti alimentari salutari e miglioramento delle condizioni nutrizionali nella popolazione target. Promuovere nei bambini una "cultura alimentare" orientata al consumo di frutta e verdura e di una adeguata prima colazione rispetto a bevande zuccherate e spuntini ipercalorici.

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE al 31/12/2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31/12/2011	VALORE DELL'INDICATORE AL 31/12/2012
% di scuole raggiunte dell'intervento	Dati ufficio scolastico regionale	-----	50%	80%
% di incremento del consumo di frutta	Dati okkio alla salute: rilevazione 2012	-----	-----	5%
% di incremento del consumo di verdura	Dati okkio alla salute: rilevazione 2012	-----	-----	5%

PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE 2010-2012

ALLEGATI:

ANALISI DI CONTESTO

ALBERO DEI PROBLEMI

ALBERO DEGLI OBIETTIVI

MODELLO LOGICO

QUADRO LOGICO

TABELLA DI BORDO PER IL RIASSUNTO DELLE EVIDENCE A FAVORE DEL PROGETTO

TABELLA DI VALUTAZIONE.

ANALISI DI CONTESTO Progetto : Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso ed obesità

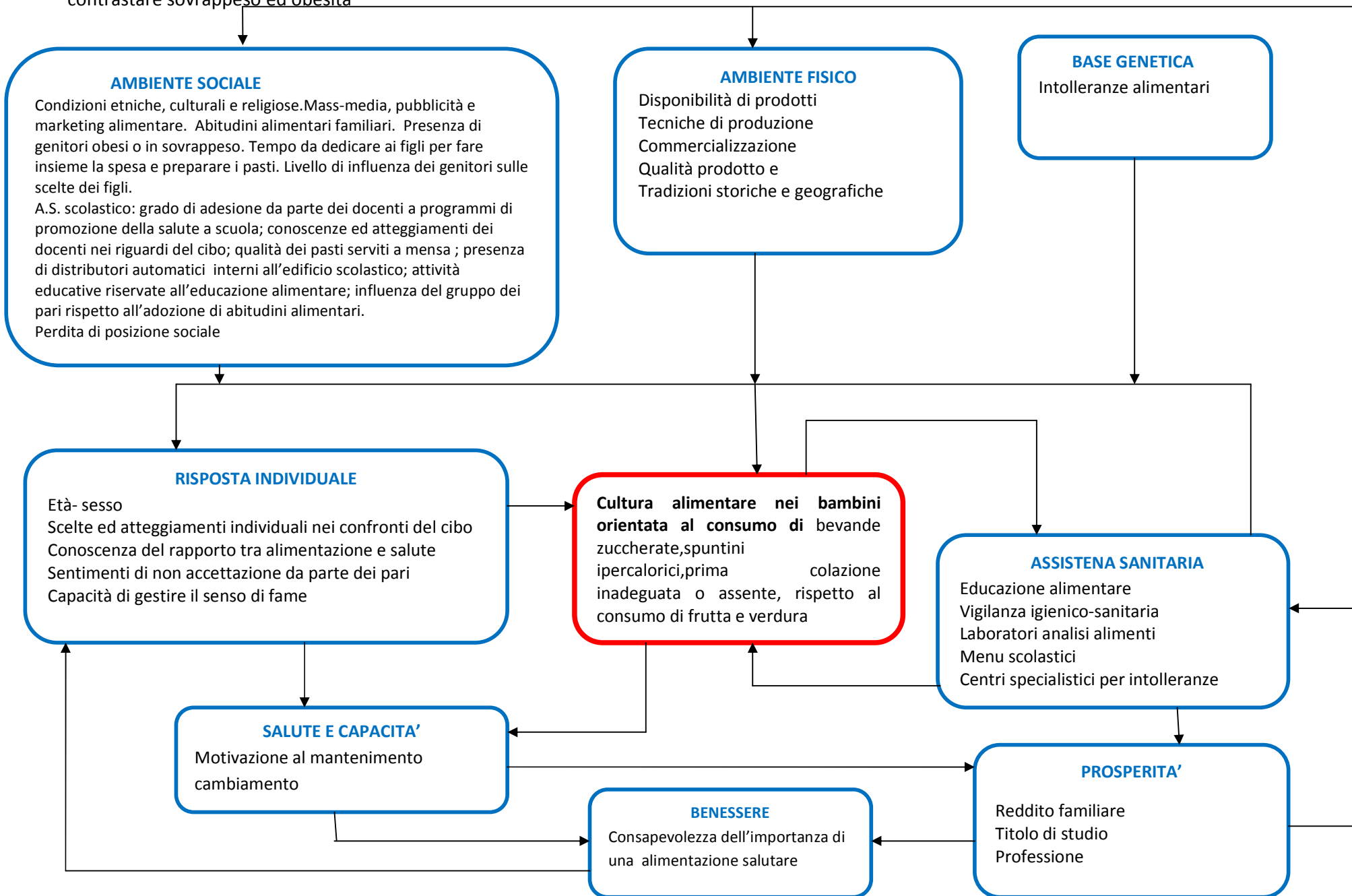


Tabella di bordo per il riassunto della evidence a favore del progetto : Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso ed obesità

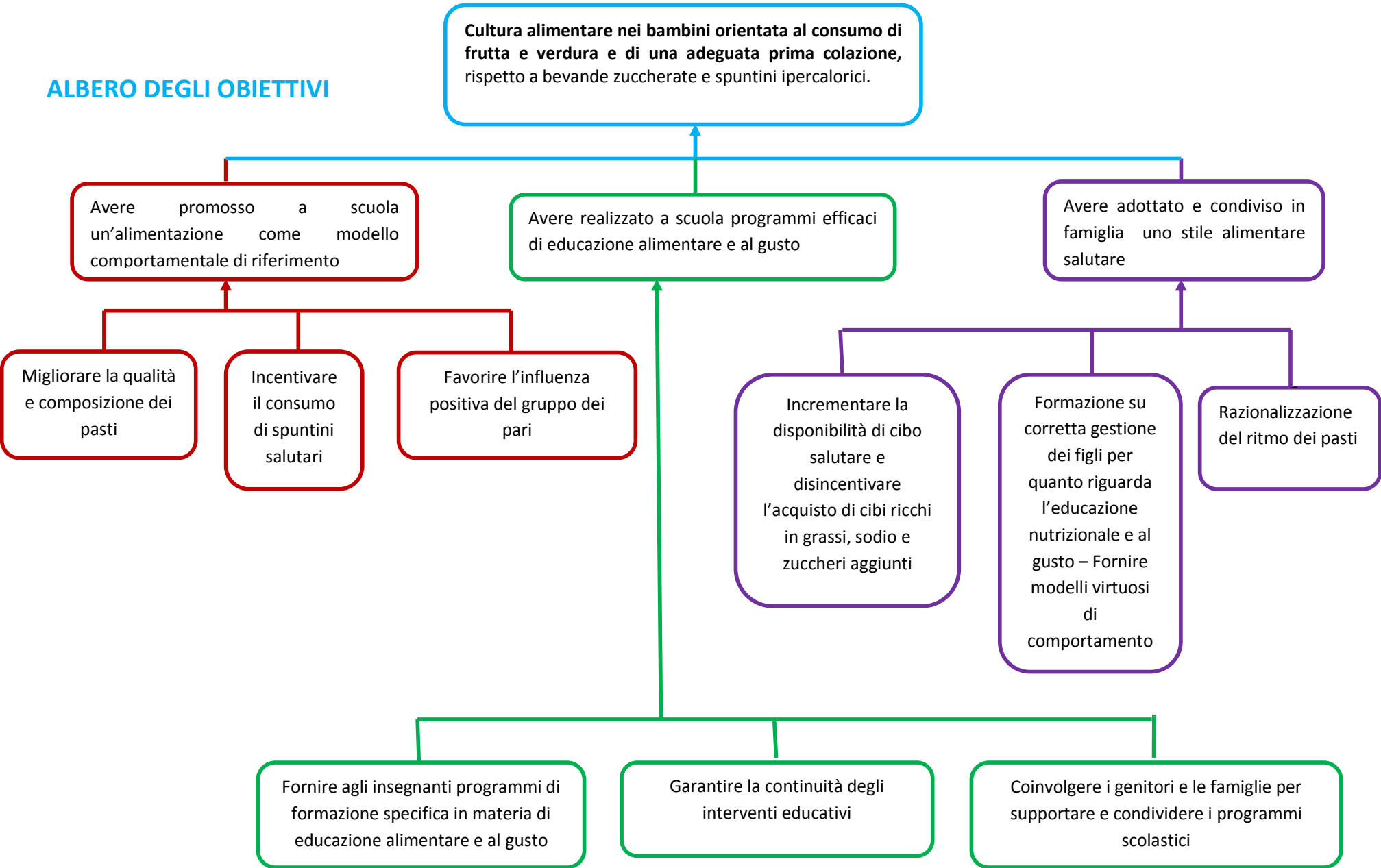
Componente (o gruppo di componenti) di intervento o cambiamento previsto dal vostro modello logico	Riassumete in poche frasi i contenuti utili, la evidence a favore della/e componente/i del vostro intervento	Indicate se vi sembra che vi siano forti, sufficienti o insufficienti raccomandazioni a favore della componente di intervento o del cambiamento atteso nel vostro modello logico	Sito, titolo e riferimento bibliografico articolo/rapporto/documento da cui avete ricavato questa evidence	Con quale motore di ricerca e, nel caso, con quali parole chiave è stato trovato
<p>Educazione alimentare a scuola (attività curricolari)</p>	<p>Migliore risultato di interventi combinati di educazione alimentare e distribuzione di materiale audiovisivo ed informativo</p> <p>Il documento riporta le evidenze di 'efficacia di interventi realizzati in ambito scolastico articolati su più componenti, tra cui nello specifico l'educazione alimentare e l'uso di materiale curricolare (insieme a formazione degli insegnanti, modifiche dei pasti serviti a scuola)</p> <p>Il bollettino presenta una rassegna di interventi miranti alla prevenzione e cura dell'obesità infantile e rileva l'evidenza di efficacia dei seguenti tipi di iniziative: iniziative attuate in ambito scolastico con programmi che promuovono cambiamenti nel comportamento alimentare (insieme a programmi basati sull'approccio familiare)</p>	sufficiente	<p>Educazione alimentare D'Arca 1986</p> <p>Mulvihill C.,Quigley R., The management of obesity and overweight. Analysis of reviews of diet, physical activity and behavioural approaches. Evidence briefing, 1st Edition, October 2003,H.D.A.</p> <p>University of York "The prevention and treatment of childhood obesity" in Effective Health Care, volume 7, numero 6 2002</p>	Google

<p>Formazione degli insegnanti</p>	<p>Rassegna sistematica in cui si evidenzia l'efficacia di interventi svolti in ambito scolastico (bambini tra i 4 e i 10 anni), con l'obiettivo di modificare i comportamenti alimentari scorretti, soprattutto indurre un aumento del consumo di frutta e verdura . Nello specifico si registra un significativo effetto con gli interventi educativi e la formazione che integri momenti di conoscenza ed apprendimento dei benefici che il consumo di alimenti "protettivi" producono a livello di salute con percorsi di educazione al gusto</p> <p>Il documento riporta le evidenze di 'efficacia di interventi realizzati in ambito scolastico articolati su più componenti, tra cui nello specifico la formazione degli insegnanti (insieme a educazione alimentare a scuola e modifica dei menu scolastici)</p>		<p>Eppi-Centre, Children and healthy eating: a systematic review of barriers and facilitatore, October 2003</p> <p>Mulvihill C., Quigley R., The management of obesity and overweight. Analysis of reviews of diet, physical activity and behavioural approaches. Evidence briefing, 1st Edition, October 2003, H.D.A.</p>	
<p>Coinvolgimento dei genitori</p>	<p>Rassegna sistematica in cui si evidenzia l'efficacia di interventi svolti in ambito scolastico (bambini tra i 4 e i 10 anni), con l'obiettivo di modificare i comportamenti alimentari scorretti, soprattutto indurre un aumento del consumo di frutta e verdura sottolineando come gli interventi educativi. Nello specifico si registra un significativo effetto qualora vengono coinvolti i genitori. (insieme a formazione insegnanti e modifica menu scolastici)</p> <p>Il bollettino presenta una rassegna di interventi miranti alla prevenzione e cura dell'obesità infantile e rileva l'evidenza di efficacia dei seguenti tipi di iniziative: programmi basati</p>		<p>Eppi-Centre, Children and healthy eating: a systematic review of barriers and facilitators, ottobre 2003</p> <p>University of York "The prevention and treatment of childhood obesity" in Effective Health Care, volume 7, numero 6</p>	

	sull'approccio familiare. (insieme ad iniziative attuate in ambito scolastico con programmi che promuovono cambiamenti nel comportamento alimentare)		2002	
Modifica dei menù scolastici (attraverso una maggiore attenzione ai capitolati di appalto dei servizi di ristorazione scolastica, alla composizione dei menù delle mense scolastiche e alle caratteristiche delle merende)	<p>Rassegna sistematica in cui si descrive e si evidenzia l'efficacia di interventi svolti in ambito scolastico (bambini tra i 4 e i 10 anni), con l'obiettivo di modificare i comportamenti alimentari scorretti. Nello specifico si registra un significativo effetto con gli interventi educativi che prevedono cambiamenti a livello di cibo fornito a scuola</p> <p>Il documento riporta le evidenze di 'efficacia di interventi realizzati in ambito scolastico articolati su più componenti, tra cui nello specifico : modifiche dei pasti serviti a scuola.</p>		<p>Eppi-Centre, Children and healthy eating: a systematic review of barriers and facilitatore, ottobre 2003</p> <p>Mulvihill C., Quigley R., The management of obesity and overweight. Analysis of reviews of diet, physical activity and behavioural approaches. Evidence briefing, 1st Edition, October 2003, H.D.A. 003</p>	

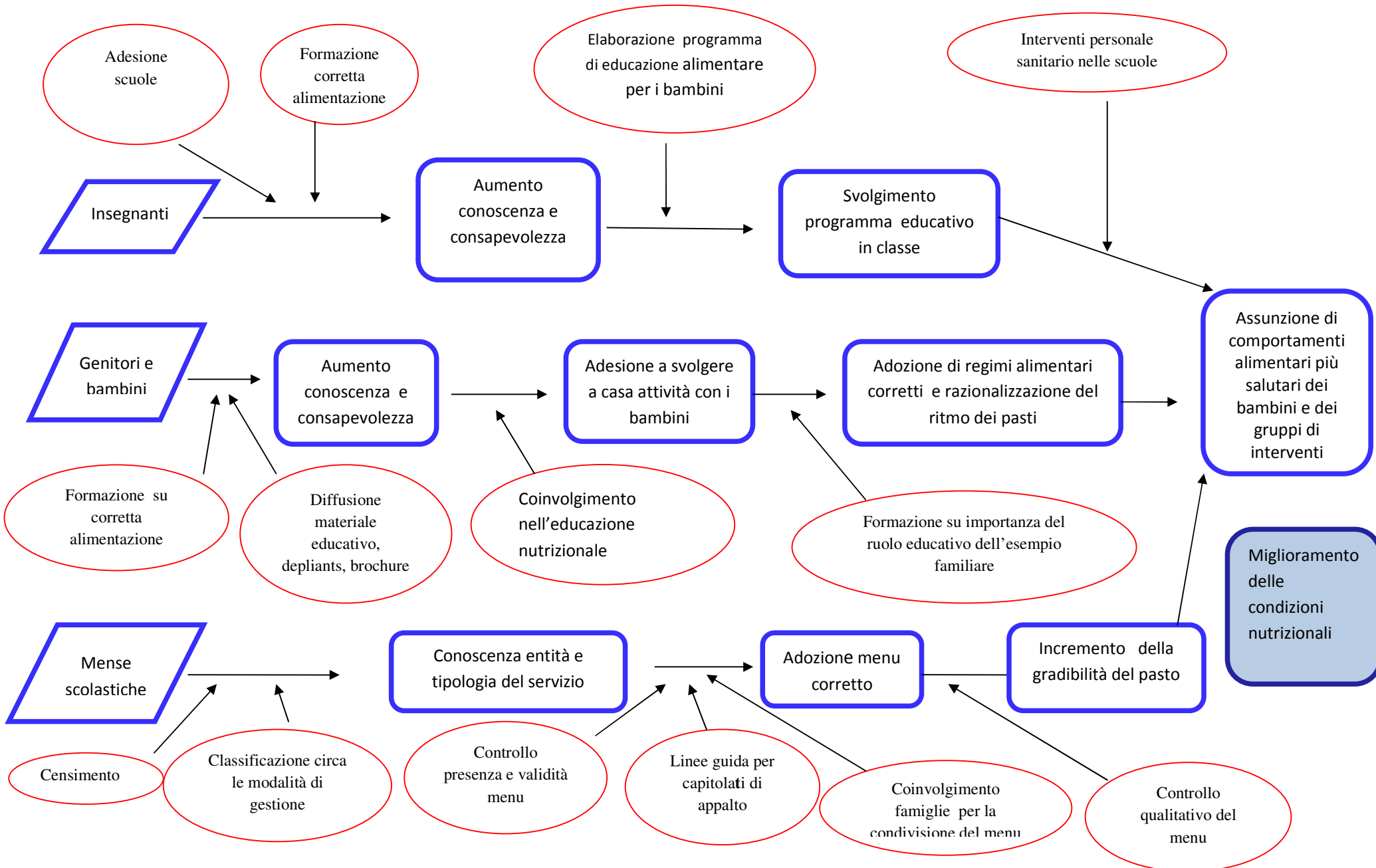
Progetto: Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso ed obesità.

ALBERO DEGLI OBIETTIVI



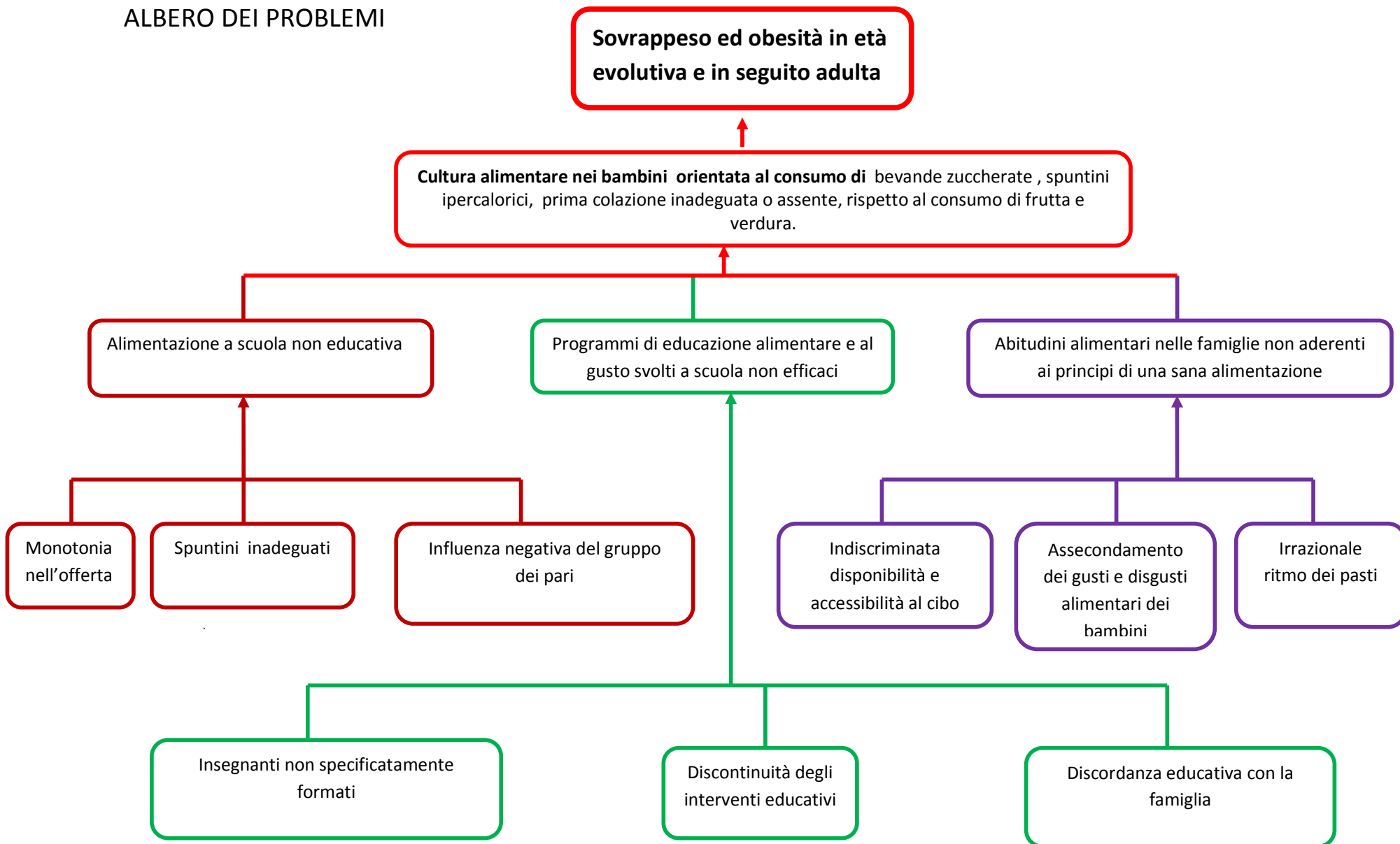
Progetto: Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare sovrappeso ed obesità.

Modello logico



Progetto: Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare il sovrappeso e l'obesità.

ALBERO DEI PROBLEMI



QUADRO LOGICO - Progetto: Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare il sovrappeso e l'obesità.

FINALITA' PROGETTO	LOGICA DELL'INTERVENTO	INDICATORI VERIFICABILI OBIETTIVAMENTE	MEZZI DI VERIFICA	RISCHI E ASSUNZIONI
OBIETTIVO GENERALE	Prevenzione dell'obesità			
OBIETTIVO SPECIFICO	Promuovere nei bambini la cultura alimentare orientata al consumo di frutta e verdura e di una adeguata prima colazione rispetto a bevande zuccherate e spuntini ipercalorici.			Disponibilità delle scuole a partecipare all'iniziativa. Collaborazione insegnanti e operatori mense scolastiche Adesione delle famiglie
RISULTATI ATTESI	Alimentazione a scuola come modello di riferimento. Programmi efficaci di educazione alimentare e al gusto svolti nelle scuole. Adozione e condivisione in famiglia di un regime alimentare salutare.	Al 31.12.2011 aver effettuato gli interventi nel 50% delle scuole interessate e al 31.12.2012 nell'80% Al 31/12/2012 aver incrementato del 10% i dati okkio2010 relativi al consumo di due o più porzioni di frutta e di due o più porzioni di verdura	n. Scuole raggiunte/n. scuole totale dati ufficio scolastico regionale al 31.12.2011 e al 31.12.2012 Dati okkio alla salute: rilevazione 2012	Contrazione dei tempi di programmazione ed esecuzione degli interventi
		MEZZI	COSTI	
ATTIVITA'	Migliorare la qualità e composizione dei menu scolastici	Linee guida per capitolati d'appalto e per menu elaborate dal settore nutrizione dei SIAN (Medici e dietisti)		Disponibilità di personale con adeguata qualifica. Risorse economiche adeguate

QUADRO LOGICO - Progetto: Prevenzione e modifica in età prescolare e scolare di comportamenti alimentari scorretti per contrastare il sovrappeso e l'obesità.

ATTIVITA'	Continuità degli interventi educativi	Accordo di programma Scuola- Sanita		
ATTIVITA'	Favorire l'influenza positiva del gruppo dei pari	Pacchetto didattico		Risorse economiche adeguate
ATTIVITA'	Formazione specifica per gli insegnanti sul tema dell'educazione alimentare e al gusto	Pacchetto didattico		
ATTIVITA'	Incentivare il consumo di spuntini salutari	Opuscoli informativi ed educativi per bambini e genitori		Risorse economiche adeguate
ATTIVITA'	Coinvolgimento delle famiglie per condivisione programmi scolastici	Opuscoli informativi ed educativi per bambini e genitori		
ATTIVITA'	Selezionare gli acquisti di alimenti e regolarne il consumo a casa	Opuscoli informativi ed educativi per bambini e genitori		
ATTIVITA'	Fornire modelli virtuosi di comportamento alimentare in famiglia	Opuscoli informativi ed educativi per bambini e genitori		
ATTIVITA'	Razionalizzazione del ritmo dei pasti consumati a casa	Opuscoli informativi ed educativi per bambini e genitori		

Piano Regionale della Prevenzione - UNPLUGGED

1) REGIONE : **ABRUZZO**

2) Titolo del Progetto: **Non mandare in fumo la tua gioventù: UNPLUGGED un programma scolastico mirato alla prevenzione dell'uso di tabacco**

3) Identificativo della Linea di intervento generale : **2.9**

4) Numero identificativo del progetto all'interno del Piano Operativo Regionale: **2.9.5**

5) Breve descrizione dell'intervento programmato:

Il progetto UNPLUGGED persegue l'obiettivo di salute di aumentare l'empowerment della popolazione scolastica attraverso il sostegno di interventi educativi finalizzati a rendere consapevoli dei rischi alla salute dovuti al fumo .

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le patologie correlate al fumo di tabacco costituiscono la seconda causa di morte nel mondo, ma, nello stesso tempo, certamente la prima causa di morte che è possibile evitare.

Il fumo attualmente rappresenta uno dei più grossi problemi di salute pubblica globale considerato che è tra i principali fattori di rischio per l'insorgenza di molti tumori e di numerose patologie cronico-degenerative che riguardano soprattutto l'apparato respiratorio e cardiovascolare.

Si stima che al giorno d'oggi, in tutto il mondo, i fumatori siano più di un miliardo e che il tabacco provochi ogni anno 5,4 milioni di morti che sono destinati ad aumentare drasticamente (più di 8 milioni entro il 2030) se non si adotteranno misure efficaci.

Le morti e le malattie fumo-correlate, tuttavia, sono interamente prevedibili e prevenibili, si conosce, infatti, esattamente cosa provoca l'uso di tabacco, come e quanto uccide, cosa danneggia e come fare per evitare tutto questo.

In Italia nel 2009, secondo i dati ISTAT (che fanno riferimento a oltre 60 mila interviste faccia a faccia a persone con età superiore ai 14 anni), la percentuale dei fumatori è salita al 23% (era 22,2% nel 2008) dopo 5 anni di valori stabili intorno al 22%.

L'incremento ha riguardato allo stesso modo sia i maschi che le femmine (nel 2009: maschi 29,5% femmine 17%; nel 2008: maschi 28,6%, femmine 16,3%).

Se andiamo a vedere la prevalenza nelle varie classi di età, si nota come l'aumento maggiore ci sia stato tra i giovani adulti di età compresa tra i 25 e i 34 anni, dove si è raggiunta la percentuale del 31,4% (40,2% i maschi e 22,2% le femmine).

In leggero aumento è, invece, la prevalenza tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni che raggiunge il 21,7%.

La più alta percentuale di fumatori si osserva nell'Italia centrale (24,3%), seguono in ordine decrescente il nord (23%) e il sud e le isole (22,3%).

Secondo l'indagine Doxa effettuata tra Marzo e Maggio 2010 per conto dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e la Sezione di Milano della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, in Italia fumano poco più di 11 milioni di persone.

La fascia d'età 25-44 rappresenta la percentuale più alta di fumatori pari al 26,6%. Al secondo posto, con una percentuale di 25,7%, troviamo la fascia d'età compresa tra i 45 e i 64 anni.

I giovani fumatori invece, tra i 15 e i 24 anni d'età, rappresentano il 21,9%.

Proprio in quest'ultima fascia d'età l'indagine ha rilevato che il 34,5% dei baby-fumatori inizia a fumare prima dei 15 anni e il 50,8% tra i 15 e i 17 anni: quindi ben l'85,3% dei ragazzi inizia a fumare prima del 18° anno d'età, quando frequentano ancora la scuola.

Secondo i dati il 73,4% dei giovani fumatori prende il vizio sotto l'influenza dei modelli offerti soprattutto dagli amici o anche dai compagni di scuola: si fuma perché "lo fanno tutti".

Nel nostro paese il consumo medio per fumatore è di 13 sigarette al giorno.

Secondo il rapporto del 2009 del Ministero della Salute sulle "Attività per la prevenzione del tabagismo" si stima che in Italia siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età.

Il tabacco è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie, tra le quali broncopneumopatie croniche ostruttive ed altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre forme di cancro, cardiopatie, vasculopatie.

Anche se negli ultimi 50 anni si è assistito in Italia, come in tutto il mondo occidentale, ad una graduale diminuzione dei fumatori, nel nostro Paese il fumo attivo rimane la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile.

La situazione in Abruzzo, rilevata con il sistema di sorveglianza PASSI, ci dice che nel 2009 nella popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni i fumatori sono il 31%.

Tale dato non è certo da sottovalutare tenuto conto che nel confronto tra le varie regioni italiane è risultato il più elevato.

L'abitudine al fumo è significativamente più diffusa negli uomini (41%) rispetto alle donne (21%), nei giovani sotto i 25 anni, nelle persone con livello di istruzione medio-basso e in quelle con difficoltà economiche.

Il numero di sigarette fumate in media al giorno è 15, in linea quindi con il dato nazionale.

La maggior parte degli intervistati riferisce che il divieto di fumare viene rispettato nei locali pubblici (86%) e nei posti di lavoro (88%) ma d'altro canto si rileva come almeno nel 20% delle abitazioni abruzzesi in cui vive un minore di 14 anni si fuma, per cui l'esposizione al fumo passivo nonché il modello comportamentale offerto in ambiente domestico, dove vivono bambini, riguarda almeno una abitazione su cinque.

Dal rilevamento PASSI risulta inoltre che solo il 36% di coloro che sono stati dal medico nell'ultimo anno dichiara che un operatore sanitario gli ha chiesto se fuma e poco più della metà dei fumatori (6 su 10) ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore sanitario, tuttavia chi ha smesso lo ha fatto da solo, considerato che meno dell'1% riferisce di essere ricorso al sostegno dei servizi sanitari.

Da quanto sopra esposto si evidenzia come sussista ancora un insufficiente livello di attenzione al problema da parte degli operatori sanitari del nostro territorio regionale per cui è opportuno un ulteriore consolidamento del rapporto tra operatori sanitari e pazienti per disincentivare l'abitudine al fumo.

Si rende pertanto necessario rinnovare e rinforzare le azioni tese al contrasto del tabagismo utilizzando un approccio globale e multisettoriale che preveda in primis la promozione della salute nella popolazione e di ridurre i danni provocati dal fumo soprattutto attraverso la prevenzione della iniziazione dei giovani al fumo.

Nell'ambito della prevenzione efficace al tabagismo l'attuale evidenza scientifica propone almeno quattro tipi di interventi possibili:

- 1) Interventi "ambientali" e di "popolazione";
- 2) interventi scolastici
- 3) interventi familiari;
- 4) interventi comunitari.

Ognuno di tali interventi presenta delle peculiarità capaci di incidere più specificatamente sui vari aspetti connessi alla dipendenza tabagica ma certamente la scuola è riconosciuta come il setting ideale per gli interventi di prevenzione dell'uso di sostanze sia perchè coinvolge virtualmente tutta la popolazione bersaglio nell'età in cui è maggiore il rischio di iniziazione sia per la funzione della sua missione educativa.

Nell'ambito scolastico i programmi di educazione alla salute che trattano di argomenti di prevenzione e che offrono una maggior evidenza scientifica sono i Programmi di Influenza Sociale che si basano sul principio che è necessario integrare l'acquisizione delle "conoscenze" con la formazione di "life skills" (abilità di vita) e con la cosiddetta "educazione normativa" ovvero gli strumenti volti a correggere le convinzioni (le "norme") sull'accettazione e la diffusione dell'uso di sostanze.

La Regione Abruzzo, in considerazione dei dati statistici non confortanti sull'abitudine al fumo dei giovani e credendo fortemente che una riduzione del numero dei fumatori debba passare necessariamente attraverso un'azione decisa di contrasto all'iniziazione, ha deciso di attuare su tutto il territorio regionale il programma UNPLUGGED.



Il programma "Unplugged" è un programma scolastico standardizzato, attuato in diversi paesi europei, basato su un approccio di influenza sociale comprensivo (comprehensive social influence approach), mirato alla prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e sostanze stupefacenti. Questo programma è composto di tre parti, è somministrato dall'insegnante, dopo una formazione di 3 giorni ed è costituito da 12 unità di un'ora. La qualità e l'efficacia del programma sono garantite dall'European Drug Addiction Prevention (EuDAP).

DESTINATARI

- Studenti del secondo anno delle Scuole Secondarie di primo grado.

DESTINATARI INTERMEDI: insegnanti curricolari dei medesimi anni di corso.

OBIETTIVI

- Applicare i criteri di evidenza di efficacia scientifica nel campo della prevenzione;
- Prevenire l'inizio dell'uso di sostanze e/o ritardare il passaggio dall'uso sperimentale a quello regolare;
- Formare gli insegnanti all'uso di metodologie che promuovono l'interattività dell'approccio e favoriscono la creazione di un clima relazionale favorevole all'interno del gruppo classe

Obiettivi specifici sono:

- Modifica degli atteggiamenti nei confronti dell'uso di sostanze;
- Rafforzamento delle abilità necessarie per affrontare la vita quotidiana;
- Sviluppo negli adolescenti di competenze e risorse di cui hanno bisogno per resistere alla pressione dei pari ed alle influenze sociali;
- Fornire informazioni e conoscenze corrette sulle sostanze e sui loro effetti sulla salute.

METODO E STRUMENTI

Modello dell'influenza sociale: è basato sui criteri della promozione delle *life skills*, ovvero delle abilità di una persona a fronteggiare gli eventi della vita e di prendere decisioni, integrate con l'*educazione normativa*.

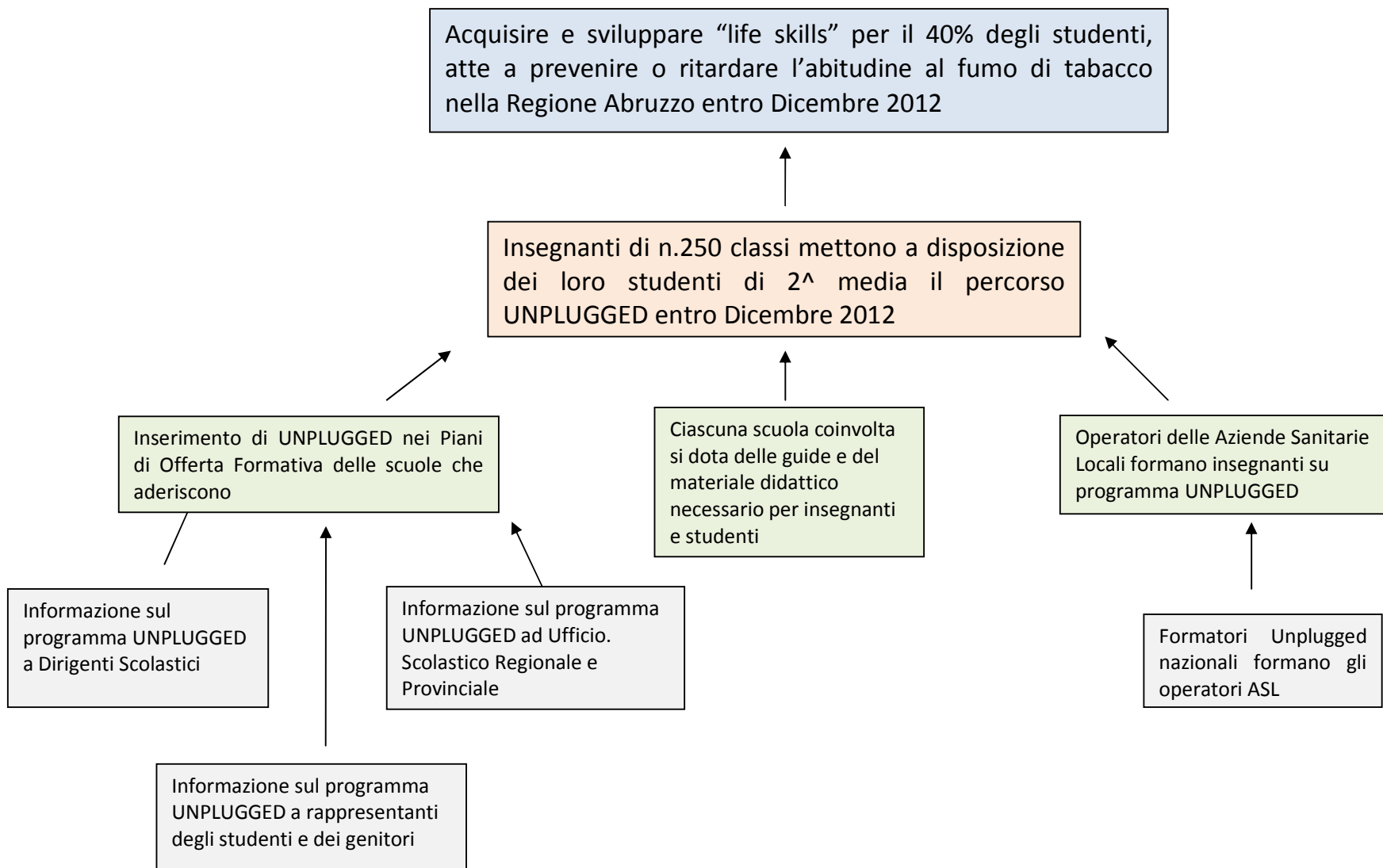
Gli insegnanti, opportunamente formati da operatori sanitari, effettueranno 12 sessioni di attività standardizzate della durata di 1 ora ciascuna all'interno del gruppo classe, con la supervisione ed il tutoraggio degli operatori sanitari della propria ASL.

Il progetto UNPLUGGED è stato predisposto seguendo i dettami del Project Cycle Management (PCM) pertanto il rationale dell'intervento, gli scopi generali che esso si propone, le fasi in cui si articola, le attività di cui si compone, gli attori e gli altri eventuali portatori di interesse coinvolti nonché le eventuali criticità che potrebbero influire sulla sua realizzazione e sui suoi esiti vengono descritti facendo uso degli strumenti previsti dal PCM:

- Albero degli obiettivi,
- Modello Logico,
- Quadro Logico,
- Analisi dei Rischi con Algoritmo

(di seguito riportati):

“UNPLUGGED” – ALBERO DEGLI OBIETTIVI



ALBERO DEGLI OBIETTIVI

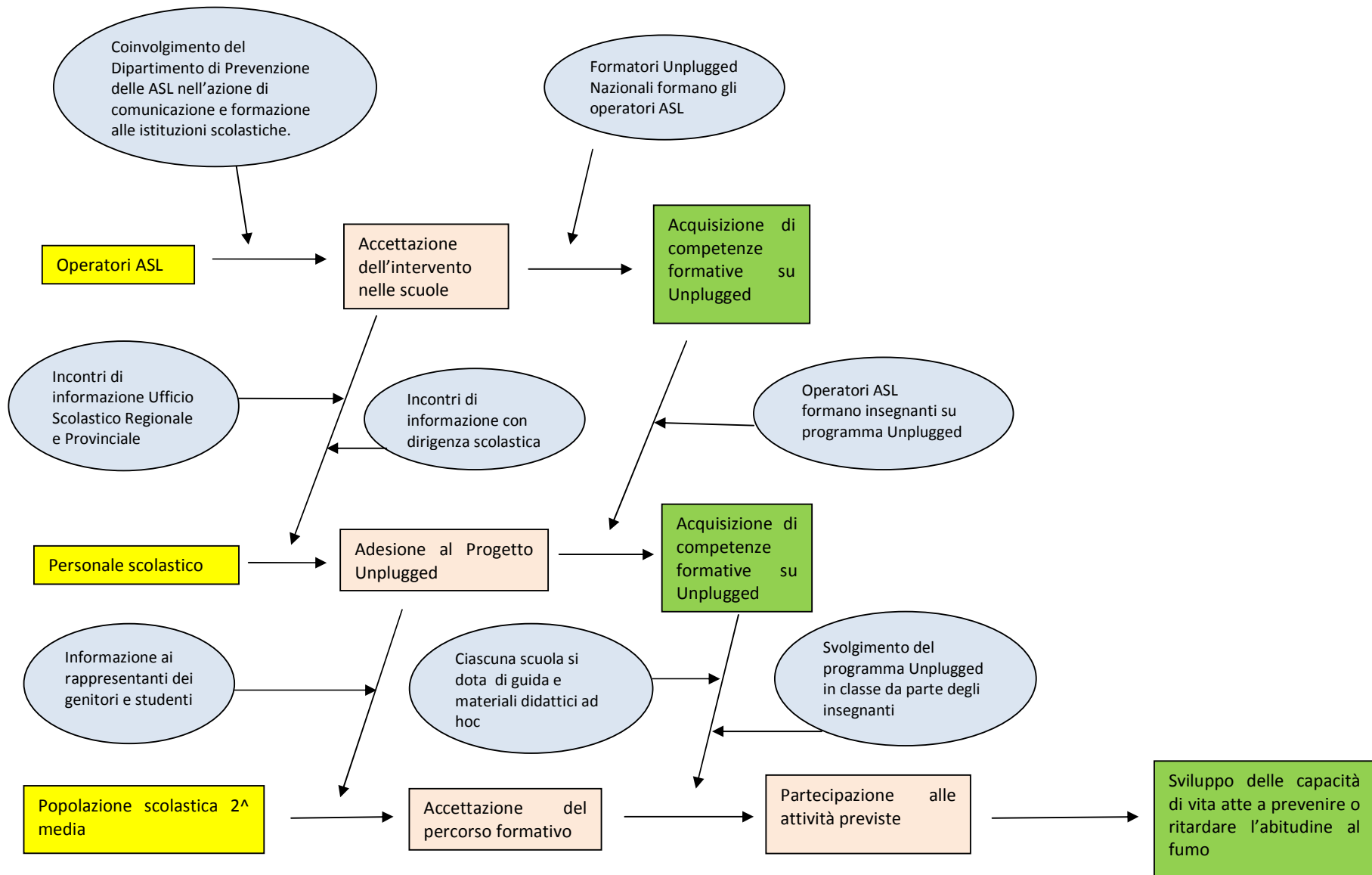
Serve a costruire LA LOGICA DELL'INTERVENTO che ci proponiamo di attuare definendo chiaramente "l'obiettivo specifico", che è in cima all'albero, e che costituisce il beneficio atteso da realizzare.

Per arrivare all'obiettivo specifico vi sono dei livelli intermedi che sono rappresentati dai "risultati attesi" i quali una volta realizzati permettono il raggiungimento dell'obiettivo specifico stesso.

Infine alla base dell'albero sono presenti le caselle che rappresentano le "attività" che è necessario svolgere per poter giungere ai risultati attesi.

La logica dell'intervento stabilita con l'albero degli obiettivi sarà disposta e utilizzata nella compilazione del QUADRO LOGICO.

“UNPLUGGED” - MODELLO LOGICO



MODELLO LOGICO

E' uno schema, un'immagine che mostra sinteticamente ed efficacemente tutti i passaggi che porteranno i beneficiari del progetto ad avere il beneficio di salute atteso ovvero un "modello" che prevede tutte le tappe che portano ad un beneficio per la popolazione scelta.

Ci da la possibilità di "centrare" i beneficiari e di ricercare le prove di efficienza.

In esso la casella iniziale si identifica con la popolazione beneficiaria mentre quella finale con il beneficio che vogliamo raggiungere.

Le caselle intermedie rappresentano le tappe fondamentali ovvero i cambiamenti che si realizzano nel cammino progettuale e che sono propedeutici all'ottenimento del beneficio finale.

Nei cerchi sono indicate le azioni da mettere in atto per la realizzazione dei cambiamenti.

Tale modello serve per verificare la logica dell'intervento, per poterlo valutare e per poter comunicare con un linguaggio semplice e comprensibile con i gruppi d'interesse partecipi del progetto.

“UNPLUGGED” - QUADRO LOGICO

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Aumentare la consapevolezza del rischio per la salute derivante dall'abitudine al fumo di tabacco			
Obiettivo specifico	Acquisire e sviluppare “life skills” per il 40% degli studenti, atte a prevenire o ritardare l'abitudine al fumo di tabacco nella Regione Abruzzo entro il 2012	N° di studenti 2 ^a media che hanno svolto il programma	Registro attività	
Risultati attesi 1	Insegnanti di n.250 classi mettono a disposizione dei loro studenti di 2 ^a media il percorso UNPLUGGED entro il 2012	N° insegnanti che portano a termine il programma/ N° tot insegnanti formati	Registro attività	-Collaborazione insegnanti - mancato inserimento nel Piano di Offerta Formativa - Mancata formazione operatori ASL (CONDIZIONE KILLER)
		MEZZI	COSTI	
Attività complessa 1.1	Inserimento di UNPLUGGED nei Piani di Offerta Formativa delle scuole che aderiscono	Delibera su approvazione da parte del collegio dei docenti		
Attività semplice 1.1.1	Informazione sul programma UNPLUGGED ad Uff. Scolastico Regionale e Provinciale	-Depliant -Guida docenti -Diario alunni		
Attività semplice 1.1.2	Informazione sul programma UNPLUGGED a Dirigenti Scolastici	-Depliant -Guida docenti -Diario alunni		
Attività semplice 1.1.3	Informazione sul programma UNPLUGGED a rappresentanti degli studenti e dei genitori	-Depliant -Guida docenti -Diario alunni		
Attività 1.2	Ciascuna scuola coinvolta si dota delle guide e del materiale didattico necessario per insegnanti e studenti	-Guida docenti -Diario alunni		
Attività complessa 1.3	Formazione insegnanti su programma UNPLUGGED da personale ASL	- aule - docenti - ausili didattici		

Attività semplice 1.3.1	Formatori Unplugged nazionali formano gli operatori ASL	- aule - docenti - ausili didattici		
-------------------------	---	---	--	--

QUADRO LOGICO (QL)

È la base per un controllo della fattibilità del progetto. Strumento utile per gestire e supervisionare i progetti, il QL definisce le funzioni del progetto, le risorse necessarie e le responsabilità di gestione. Questi elementi sono ordinati nella prima colonna della matrice. Nella seconda e nella terza colonna, il QL fornisce il quadro rispetto al quale saranno monitorati e valutati i progressi in corso (indicatori oggettivamente verificabili e fonti di verifica).

IL QL ci fornisce una sorta di piccola linea guida su come strutturare il progetto.

Deriva sostanzialmente dall'albero degli obiettivi e illustra :

- Perché si realizza il progetto (quale beneficio e per chi)
- Che cosa si deve raggiungere con il progetto (quale utilizzazione dei servizi)
- Come il progetto raggiungerà i suoi risultati (misure realizzate)
- Quali fattori sono esterni o interni al progetto (assunzioni e rischi)
- Come valutare i progressi (indicatori)
- Dove trovare le informazioni per gli indicatori (mezzi di verifica)

Le voci riportate riguardano quindi:

L'Obiettivo Generale (OG)

- descrive l'importanza per la società in generale dei benefici di lunga durata per i gruppi beneficiari e benefici
- connette il programma alle politiche regionali/settoriali
- non sarà raggiunto dal solo e singolo progetto in questione ma richiederà l'impatto di altri programmi e progetti

L'Obiettivo Specifico (OS)

- riguarda il problema focale del progetto
- si definisce in termini di benefici che il gruppo destinatario riceve dal progetto come risultato dell'uso dei servizi forniti. E' l'obiettivo riportato in cima all'albero degli obiettivi.

I Risultati Attesi (RA)

- rappresentano i servizi che il progetto deve offrire al gruppo destinatario. Sono in pratica i livelli intermedi (risultati attesi) dell'albero degli obiettivi che permettono il raggiungimento dell'obiettivo specifico.

Le Attività

- sono le azioni che permettono il raggiungimento del risultato atteso che sottintendono ovvero i modi in cui i beni e i servizi saranno distribuiti nell'ambito del progetto. Sono in genere costituite dalla base dell'albero degli obiettivi. A fianco delle attività sono riportati i **mezzi** con cui le stesse saranno realizzate e i **costi** relativi.
- Le attività più complesse possono suddividersi in attività semplici.

Le Assunzioni (rischi)

eventi, condizioni o decisioni al di fuori del controllo del management del progetto che possono condizionarne la realizzazione.

ANALISI DEI RISCHI

L'analisi di ogni rischio considerato nella colonna "Rischi ed assunzioni" del QL di progetto viene effettuata con l'ausilio di un algoritmo che ponendo delle semplici domande mette in condizione di adattare il progetto nel caso si verificasse un evento considerato negativo esterno al management progettuale.

Per ogni rischio viene elaborato, oltre all'algoritmo, anche un Quadro Logico "ad hoc" che permette di esaminare compiutamente i vari aspetti connessi al rischio stesso e che riporta le modifiche da apportare nel principale QL di progetto.

ANALISI DEI RISCHI PROGRAMMA "UNPLUGGED"

RISCHIO	CONSEGUENZE DEL RISCHIO	MANAGEMENT DEL RISCHIO	RESPONSABILE DEL MANAGEMENT	INDICATORI	VALORE ATTESO	FONTE DI VERIFICA
MANCATO INSERIMENTO DEL PROGRAMMA UNPLUGGED NEL PIANO DI OFFERTA FORMATIVA DA PARTE DI ALCUNE SCUOLE	modifica del quadro logico nei risultati attesi per ridurre la percentuale di scuole che eseguono il programma dal 100% delle scuole che aderiscono al 70%.	Ufficio Scolastico Provinciale	Referente salute Uff. Scol. Prov.	N° scuole che portano a termine il programma/ N° tot scuole che aderiscono	70% di scuole che aderiscono	Registri di attività
RIDOTTA COLLABORAZIONE DA PARTE DI INSEGNANTI	modifica del quadro logico nei risultati attesi per ridurre la percentuale di classi che svolgono integralmente il programma dal 100% delle scuole che aderiscono al 50%	Collegio docenti	Dirigente Scolastico	N° insegnanti che portano a termine il programma/ N° tot insegnanti formati	50% insegnanti portano a termine il programma	Registro attività

ANALISI DEI RISCHI

Fattore esterno al progetto

Formazione di operatori ASL da parte di formatori UNPLUGGED nazionali

Il Fattore esterno è importante

SI

La formazione sarà realizzata da "esterni" al progetto?

SI

Sarà possibile adattare il progetto?

NO



Condizione Killer

6) Beneficiari: Popolazione scolastica delle 2^a classi della scuola secondaria di primo livello della Regione Abruzzo

7) Obiettivi di Processo:

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Percentuale di studenti che hanno terminato il Progetto UNPLUGGED	Registro delle attività	0				
			20%		40%	
n. degli insegnanti formati ad UNPLUGGED	Registro delle attività	0	130		250	

Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012**REGIONE : ABRUZZO**

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 alcool, 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 progetto: 2.9.3 Incremento dell'attività fisica nella popolazione giovanile
Progetto "MOVIMENTIAMOCI"

Popolazione target: Popolazione residente fascia di età 6-10aa nella Regione Abruzzo
57.835 (al 01/01/2010)

100% delle scuole che aderiscono

Attori: Insegnanti scuola primaria

Dirigenti scolastici

Personale dei servizi di Igiene degli alimenti e della nutrizione e della Tutela della salute nelle attività sportive del Dipartimento di prevenzione delle ASL della Regione Abruzzo (medico psicologo dietista infermiere tecnico della Prevenzione Edp)

Laureati in Scienze Motorie Università degli Studi dell'Aquila e Chieti

Genitori

Gruppi di interesse coinvolti nella realizzazione: Enti locali
Pediatri di base
Associazioni Sportive
Associazioni ambientaliste

Il Progetto "MOVIMENTIAMOCI" è stato elaborato seguendo i principi fondamentali e la metodologia del Project Cycle Management (PCM) L'approccio ha previsto due fasi

- 1) Analisi (identificazione) della situazione esistente per sviluppare una immagine della "situazione desiderata futura" e selezionare le strategie che saranno applicate per conseguirla con l'obiettivo di evidenziare la rilevanza delle idee progettuali
- 2) Pianificazione (formulazione) in dettagli operativi del progetto con l'obiettivo di assicurare la fattibilità e la sostenibilità del progetto.

Analisi di contesto

L'obesità infantile è in continuo aumento e in molti Paesi Europei un bambino su cinque risulta obeso o in sovrappeso . L'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) parla di " Nuova Epidemia Mondiale" e di "uno dei maggiori problemi di salute pubblica dei nostri tempi".Per la prevenzione dell'obesità sono indicati interventi multicomponenti come svolgere attività fisica, seguire un'alimentazione corretta, sensibilizzare e coinvolgere le famiglie e fornire ambienti fisici e sociali che incoraggino e favoriscano stili di vita salutari. L'educazione motoria ha un ruolo fondamentale nel processo di crescita del bambino e l'attività motoria nella scuola primaria deve favorire il completo sviluppo della personalità e la prevenzione dei principali effetti della sedentarietà, cioè il sovrappeso e i deficit posturali acquisiti. E' importante che le attività motorie includano interventi interdisciplinari allacciati all'educazione alimentare. È universalmente accettato in ambito medico che un'adeguata attività fisica associata ad una corretta alimentazione possa prevenire il rischio di sovrappeso nei bambini e possa mantenere o migliorare la salute dell'individuo, essendo in grado di ridurre il rischio di molte malattie cronico-degenerative.

La linea di intervento attività motoria è integrata al programma Alimentazione e Scuola per la prevenzione dell'obesità con particolare riguardo a quella infantile.



Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
6	5940	5622	11562
7	5805	5413	11218
8	5964	5716	11680
9	6213	5564	11777
10	5951	5647	11598
TOTALE	29873	27962	57835

Popolazione infantile (fascia di età 6-10aa) residente nella regione Abruzzo , dati ISTAT

Popolazione residente al 1 Gennaio 2010 per età, sesso e stato civile

Teramo

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
6	1427	1337	2764
7	1420	1335	2755
8	1460	1323	2783
9	1436	1362	2798
10	1417	1291	2708
TOTALE	7160	6648	13808

Pescara

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
6	1465	1429	2894
7	1464	1361	2825
8	1497	1465	2962
9	1571	1378	2949
10	1476	1372	2848
TOTALE	7473	7005	14478

Popolazione residente al 1 Gennaio 2010 per età, sesso e stato civile

Chieti

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
6	1762	1637	3399
7	1716	1568	3284
8	1717	1659	3376
9	1859	1609	3468
10	1749	1713	3462
TOTALE	8803	8186	16989

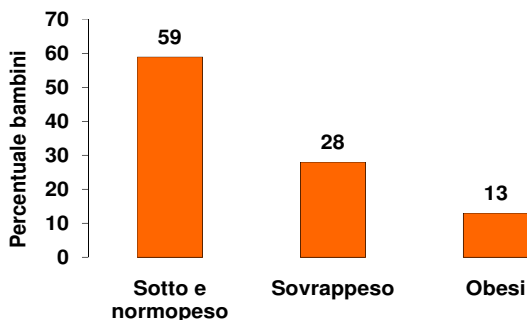
L'Aquila

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
6	1286	1219	2505
7	1205	1149	2354
8	1290	1269	2559
9	1347	1215	2562
10	1309	1271	2580
TOTALE	6437	6123	12560

DATI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE OKKIO ALLA SALUTE RIFERITI ALLA ATTIVITÀ MOTORIA DELLA POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO:

Prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini di 8 e 9 anni %

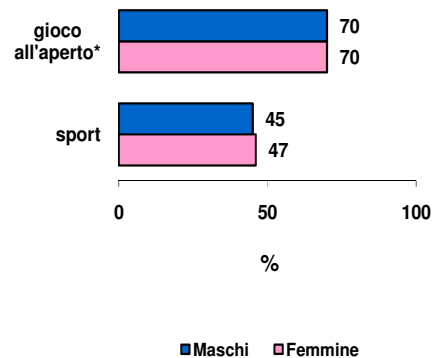
- Tra i bambini della nostra Regione il 12,5% risulta obeso (10,9%-14,2%), il 28,3% sovrappeso (26,3%-30,4%) il 58,4% normopeso (55,8%-60,9%) e lo 0,8% sottopeso (0,5%-1,5%)
- Complessivamente il 40,8% dei bambini presenta un eccesso ponderale che comprende sia sovrappeso che obesità.
- Se riportiamo 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 circa 26.000, di cui circa 8.000 obesi.



Attività fisica, con il gioco all'aperto o con lo sport strutturato.

- il 70% dei bambini ha giocato all'aperto il pomeriggio antecedente all'indagine (rilevazioni effettuate a maggio).
- il 46% dei bambini ha fatto attività sportiva strutturata il pomeriggio antecedente all'indagine.
- Non si notano differenze sostanziali tra maschi e femmine

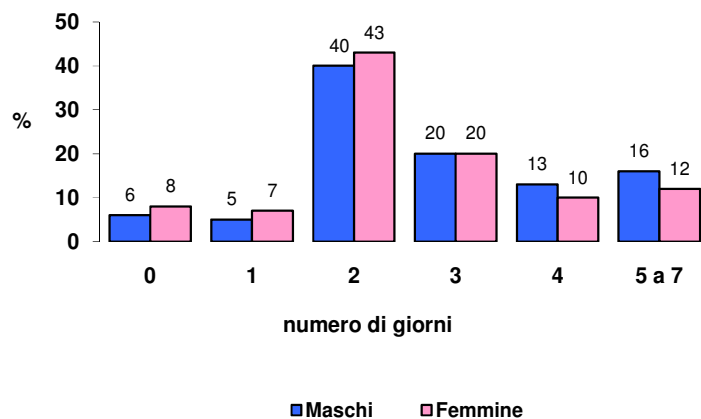
Bambini che hanno giocato all'aperto o hanno fatto sport il giorno precedente (%)



Quanti giorni i bambini fanno attività fisica per almeno un'ora al giorno durante l'intera settimana, secondo i genitori

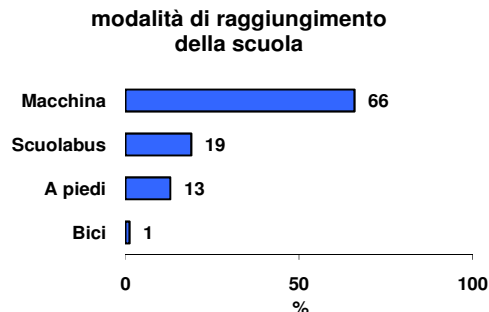
- Secondo i loro genitori, nella nostra regione, circa 4 bambini su 10 (42%) fa un'ora di attività fisica per 2 giorni la settimana, il 7% neanche un giorno e solo il 14% da 5 a 7 giorni.
- I maschi fanno attività fisica più giorni delle femmine.
- La zona di abitazione non è associata a una diversa frequenza di attività fisica da parte dei bambini.

giorni di attività fisica per almeno un'ora durante la settimana (%)



Modalità di percorrenza del tragitto casa scuola

- Il 14 dei bambini, nella mattina dell'indagine, ha riferito di essersi recato a scuola a piedi o in bici; invece, l'85 ha utilizzato un mezzo di trasporto pubblico o privato.
- Non appaiono differenze interessanti per sesso e fra le diverse tipologie di luogo d'abitazione.



Attività fisica rispetto ai valori desiderati

	Valore desiderato per i bambini	Valore regionale 2010	Valore nazionale 2010
Bambini definiti fisicamente attivi	100%	84	82
Bambini che hanno giocato all'aperto il pomeriggio prima dell'indagine	100%	70%	65%
Bambini che hanno svolto attività sportiva strutturata il pomeriggio prima dell'indagine	100%	46%	46%
Bambini che svolgono attività fisica almeno un'ora al giorno per 5-7 giorni alla settimana	100%	14%	16%

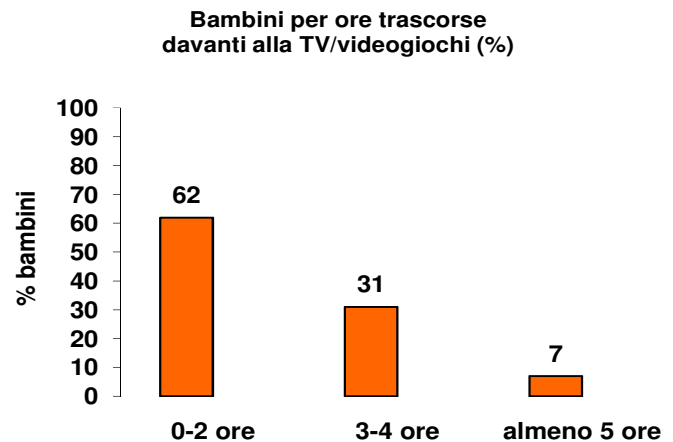
Le attività sedentarie

Numero dei bambini che guardano la televisione o usano i videogiochi

- Nella nostra regione, i genitori riferiscono che il 62% dei bambini guarda la Tv o usa videogiochi da 0 a due ore al giorno, mentre il 31% è esposto quotidianamente alla TV o ai videogiochi per 3 a 4 ore e il 7% per almeno 5 ore.

L'esposizione ad almeno 2 ore di TV o videogiochi è più frequente tra i maschi (46% versus 32%)* e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre*.

- Complessivamente il 46% dei bambini ha un televisore nella propria camera.
- L'esposizione ad almeno 2 ore di TV o videogiochi è più alta tra i bambini che hanno un Tv in camera (18% versus 12%).
- Considerando separatamente il tempo eccedente le due ore trascorso guardando la Tv e quello superiore alle due ore giocando ai videogiochi sono: > 2 h Tv (15%); >2 h videogiochi (3%)

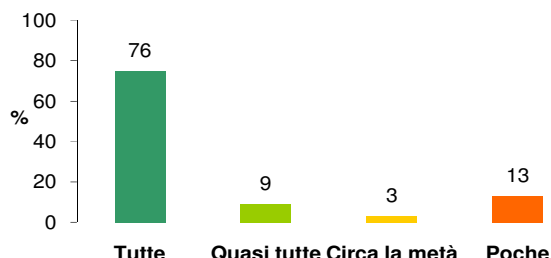


Rilevazione Anno 2010	Valore desiderabile per i bambini	Valore regionale	Valore nazionale
Bambini che passano al televisore o ai videogiochi più di 2 ore al giorno	0%	38%	62%
Bambini con televisore in camera	0%	46%	46%

Scuole che riescono a far fare le 2 ore di attività motoria curricolari raccomandate ai propri alunni ed ostacoli osservati

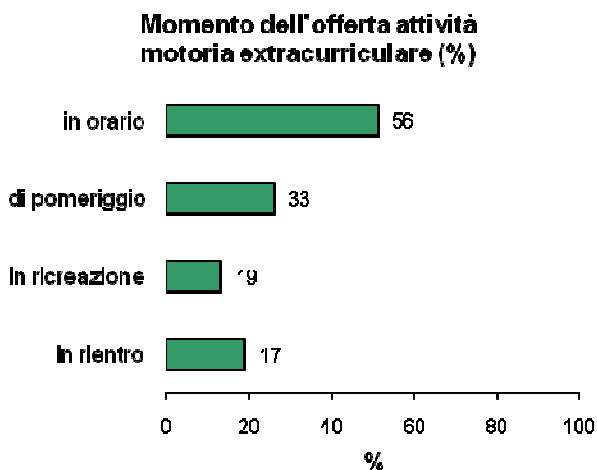
- La maggioranza (75%) delle scuole dichiara che tutte le classi svolgono normalmente le 2 ore raccomandate dal curriculum, sebbene il 16% riferisce che circa la metà (3%) o poche (13%) classi fanno le 2 ore previste.
- Le ragioni principalmente addotte a spiegazione del mancato svolgimento dell'attività motoria curriculare includono struttura dell'orario scolastico (42%), mancanza di una palestra (37%), mancanza di un insegnante (11%), insufficienza della palestra (11%), mancanza o inagibilità di spazi esterni (16%) e scelta del docente (5%).

Scuole in rapporto alla quantità di classi che fanno le 2 ore di attività motoria curriculare (%)



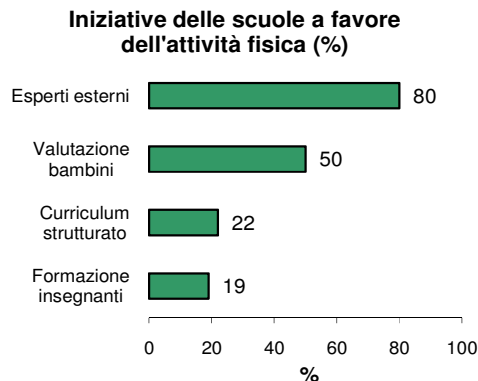
Attività motoria praticata oltre quella curricolare all'interno della struttura scolastica

- Le scuole che offrono agli alunni la possibilità di effettuare all'interno della scuola occasioni di attività motoria oltre le 2 ore curricolari sono il 54%.
- Laddove offerta, l'attività motoria viene svolta più frequentemente durante l'orario scolastico, nel pomeriggio, e in ricreazione.
- Queste attività si svolgono più frequentemente in palestra (69%), nel giardino (42%), in piscina (14%), in altra struttura sportiva (14%).



Scuole che prevedono il rafforzamento del curriculum formativo sull'attività motoria

- Nel nostro campione, il 91% delle scuole ha cominciato a realizzare almeno un'attività di rafforzamento dell'attività motoria.
- In tali attività è stato frequentemente coinvolto un esperto esterno. Meno comuni sono la valutazione delle abilità motorie dei bambini, lo sviluppo di un curriculum strutturato e la formazione degli insegnanti.



Dai dati di OKKIO alla salute si evince che nella Regione Abruzzo il sovrappeso e l'obesità infantile rappresentano un problema rilevante di salute pubblica con valori superiori alla media nazionale e con un trend negativo che determinano un'accresciuta preoccupazione per il futuro.

La presenza di una così elevata prevalenza di sovrappeso ed obesità impone la realizzazione di interventi integrati e multicomponenti di prevenzione che rendano facili le scelte salutari

Secondo l'OMS praticare una regolare attività, insieme ad una corretta alimentazione, contribuisce al mantenimento dello stato di salute di ogni individuo e favorisce il controllo del peso corporeo.

Si consiglia che i bambini svolgano ogni giorno almeno un'ora di attività fisica, includendo l'attività motoria svolta a scuola, quella strutturata con personale specializzato e il gioco all'aperto (Rapporti ISTISAN 09/24).

Tabella 1 - Analisi di contesto schematizzata

	Indicatori	standard	Dati locali	Dati letteratura scientifica	Dati letteratura grigia e qualitativi
Scarsa attività fisica	N. di ore giornaliere dedicate all'attività fisica	% di bambini che praticano da 5 a 7 gg / sett. 1 ora di attività fisica al giorno	14%	<p>Steffen LM. Et al. Overweight in children and adolescents associated with TV...: Project HeartBeat! Am J Prev Med 2009;S50-5</p> <p>Dobbins M.et al. School-based physical activity programs.....(Review), The Cochrane Library 2009</p> <p>Beets MW. Et al.After-school program impact...Am J Prev Med 2009; 36:527-37</p> <p>Thomas J. et al., (2003) Children and Healthy eating : A systematic review of barriers and facilitators. London : EPPI – centre, social science research unit Institute of education, University of London</p>	<p>Okkio alla salute 2010</p> <p>National Institute for Health and Clinical Excellence (Gennaio 2009)</p> <p>Todesco L. et al, " Muoversi senza motore". Ostacoli e pericoli per bambini e ragazzi" in Quaderni ACP 2003, X (6) : 18 - 20</p>
Fattori sociali	Titolo di studio della madre/n. di ore trascorse davanti a Tv e Pc	n.p.	Riduzione delle ore trascorse davanti a Tv e Pc con l'aumento del titolo di studio della madre		Okkio alla salute 2010
Fattori ambientali	% di scuole fornite di palestre	100%	77%	n.r.	Okkio alla salute 2010 DM 18.12.1975 Norme relative all'edilizia scolastica
Fattori individuali	Prevalenza di obesità e sovrappeso	0%	40,8% sovrappeso e obesità	n.r.	Okkio alla salute 2010

ALBERO DEI PROBLEMI

Nell'albero dei problemi è stata raffigurata sinteticamente la realtà attuale dell'attività motoria nei bambini della scuola primaria con tutti i suoi aspetti negativi .

ALBERO DEGLI OBIETTIVI

Consiste nel trasformare in positivo l'immagine della realtà attuale (negativa) ottenuta con l'albero dei problemi. La condizione attuale negativa (problema) viene trasformata in una condizione futura (obiettivo).La trasposizione dei problemi in obiettivi non costituisce l'individuazione degli obiettivi del progetto . Essa descrive una raffigurazione positiva della realtà(della situazione) qualora tutti i problemi fossero risolti. Il progetto sceglierà di raggiungere solamente alcuni degli obiettivi raffigurati nell'albero.

MODELLO LOGICO

Nel modello Logico sono indicati in modo schematico le tappe che portano al raggiungimento dell'obiettivo specifico di incremento dell'attività motoria nella fascia di età 6-10anni. La popolazione beneficiaria attraverso la formazione degli insegnanti, le campagne di informazione dei genitori e la sensibilizzazione dei pediatri e tramite il coinvolgimento degli stakeholder e delle comunità locali condurrà un miglioramento della percezione dei rischi connessi alla scarsa attività motoria e conseguenziale adozione da parte delle scuole di programmi di attività motoria e aumento degli spazi e miglioramento dell'accessibilità e disponibilità di occasioni per attività motorie.

QUADRO LOGICO

E' la matrice di progettazione ed è molto utile per definire in maniera chiara i diversi elementi di un intervento progettuale e per visualizzarli in modo efficace.

Il quadro logico è articolato in quattro livelli, legati tra loro da un rapporto causa effetto in senso verticale dal basso verso l'alto, secondo il quale le attività portano ai risultati, i risultati conducono al raggiungimento dello scopo del progetto (obiettivo specifico) e lo scopo (obiettivo specifico) contribuisce al raggiungimento dell'obiettivo generale .

Tabella 2 – Quadro logico del progetto

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Prevenzione dell'obesità nella fascia di età 6-10aa		Indagine Okkio 2012	Fattori economici familiari e risorse pubbliche Scarso coinvolgimento dei pediatri e delle associazioni Realizzazione del progetto Alimentazione e scuola
Obiettivo specifico	Aumento dell'attività motoria nella popolazione scolastica	n. classi che realizzano il progetto sul totale delle classi aderenti	Registro attività	Disponibilità delle istituzioni scolastiche Mancata predisposizione di percorsi,spazi ed attrezzature da parte di enti pubblici
Risultati attesi 1	Formazione degli insegnanti	n. insegnanti formati	Registro attività	Disponibilità delle istituzioni scolastiche e degli insegnanti
Risultati attesi 2	Coinvolgimento dei genitori nell'attività motoria dei figli attraverso l'invio di materiale informativo	n. opuscoli informativi inviati alle famiglie / totale famiglie dei bambini coinvolti	Registro attività	Disponibilità e fattori sociali
Attività 1.1	Stipulare Protocollo con Università	Protocollo		Firma Protocollo tra Regione ed Università
Attività 1.2	Programmare e realizzare la formazione del personale coinvolto nel progetto per: formazione insegnanti	Mezzi: n. 4 incontri(uno per asl) di 12 ore cadauno finalizzati, con specialisti del settore		Gestione del personale

Attività 1.3	Raccolta adesioni insegnanti da parte dell'ufficio scolastico regionale	Mezzi : Uffici e personale dell'USR dell'Abruzzo Elenco nominativi		Disponibilità
Attività 1.4	Formazione degli insegnanti	Formazione di 6 ore: I) incontro-motivazionale (psicologo) II) incontro-stili di vita non salutari (medico igienista) III) incontro-attività motoria (specialisti in medicina dello sport o laureati in scienze motorie) IV) incontri a richiesta presso le scuole con personale del progetto Materiale didattico		Disponibilità insegnanti Vincoli per l'acquisizione di personale ad hoc
Attività 1.5	Promozione attività motoria quotidiana a scuola da parte degli insegnanti di almeno 30 minuti	Ore di attività motoria giornaliera	Scheda di classe	Disponibilità insegnanti
Attività 1.6	Supporto e monitoraggio	Incontri periodici di supporto alla didattica e alla pratica motoria nella scuola		Disponibilità insegnanti Vincoli per l'acquisizione di personale ad hoc
Attività 2.1	Realizzare materiale informativo per le famiglie	Mezzi: personale coinvolto nel progetto, gruppi di interesse, enti pubblici e privati		Vincoli per l'acquisto Partecipazione di soggetti terzi
Attività 2.2	Trasmissione del materiale informativo alle famiglie	Mezzi: scuola, Enti locali, Associazioni, luoghi pubblici Materiali : opuscoli, questionari, gadget		Rispondenza della scuola e di Enti terzi Rispondenza delle famiglie

Beneficiari : Popolazione della scuola primaria della Regione Abruzzo

Obiettivi di processo :

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore al 31 dicembre 2010	Valore indicatore al 31 dicembre 2011		Valore indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	atteso	osservato
Percentuale di classi che hanno attuato il progetto	Registro attività	0				
			10%		50%	
n. insegnanti formati	Registro attività	0	520		1000	
n. opuscoli inviati alle famiglie	Registro attività	0	520		1000	

Tabella 3 – Cronoprogramma azioni previste

Risultati attesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
R.A. 1 – Azione 1	■	■	■	■																				
R.A. 1 – Azione 2	■	■	■	■	■	■																		
R.A. 1 – Azione 3			■	■	■																			
R.A. 1 – Azione 4									■	■														
R.A. 1 – Azione 5											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
R.A. 1 – Azione 6													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
R.A. 2 – Azione 1							■	■	■															
R.A. 2 – Azione 2										■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Report intermedi (I) e finale (F)												R.I												R.F.

Attività 1.1 Stipulare Protocollo con Università

Attività 1.2 Programmare e realizzare la formazione del personale coinvolto nel progetto per: formazione insegnanti

Attività 1.3 Raccolta adesioni insegnanti da parte dell'ufficio scolastico regionale

Attività 1.4 Formazione degli insegnanti

Attività 1.5 Promozione attività motoria quotidiana a scuola da parte degli insegnanti di almeno 30 minuti

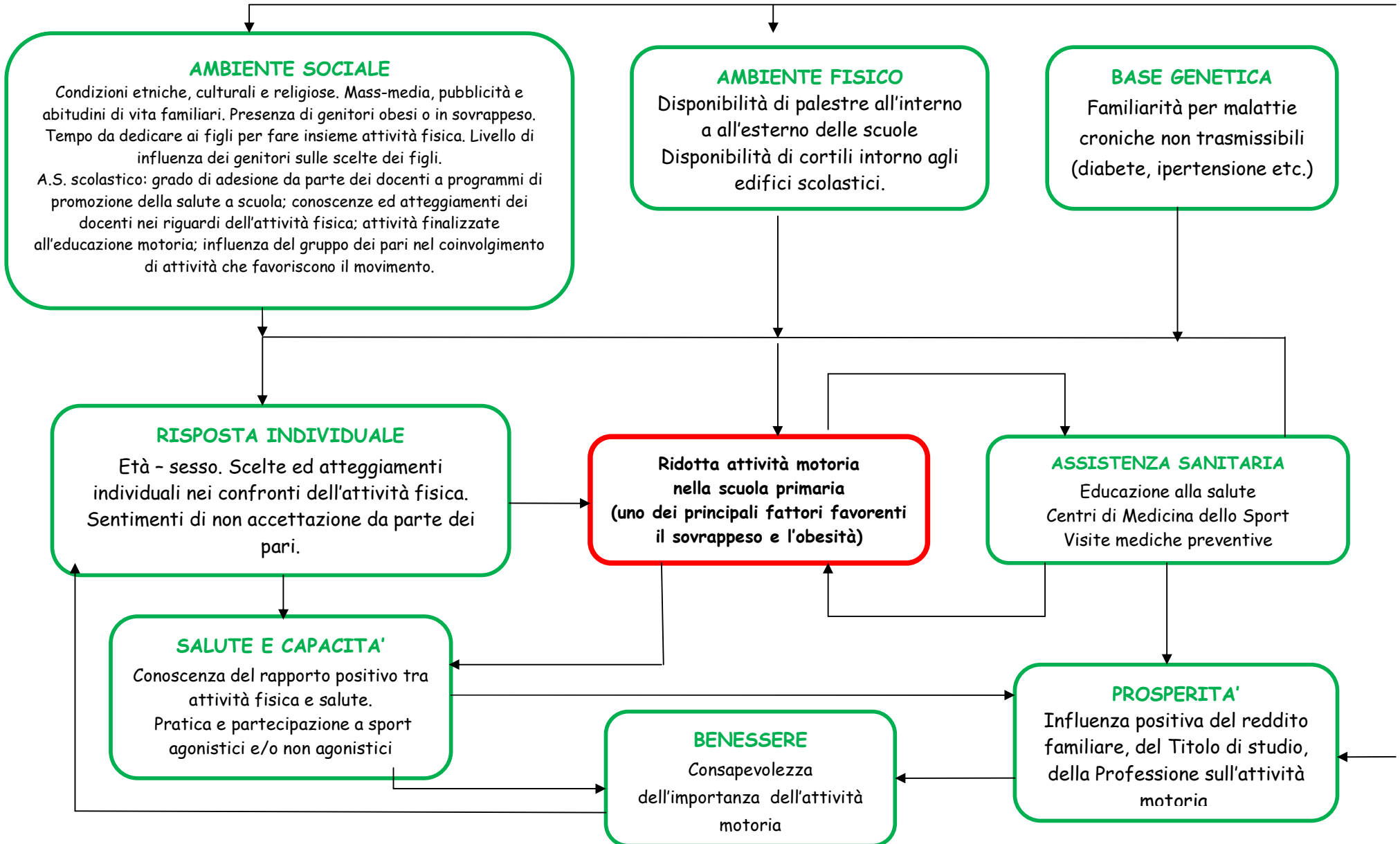
Attività 1.6 Incontri periodici di supporto alla didattica e alla pratica motoria nelle scuole

Attività 2.1 Realizzare materiale informativo per le famiglie

Attività 2.2 Trasmissione del materiale informativo alle famiglie

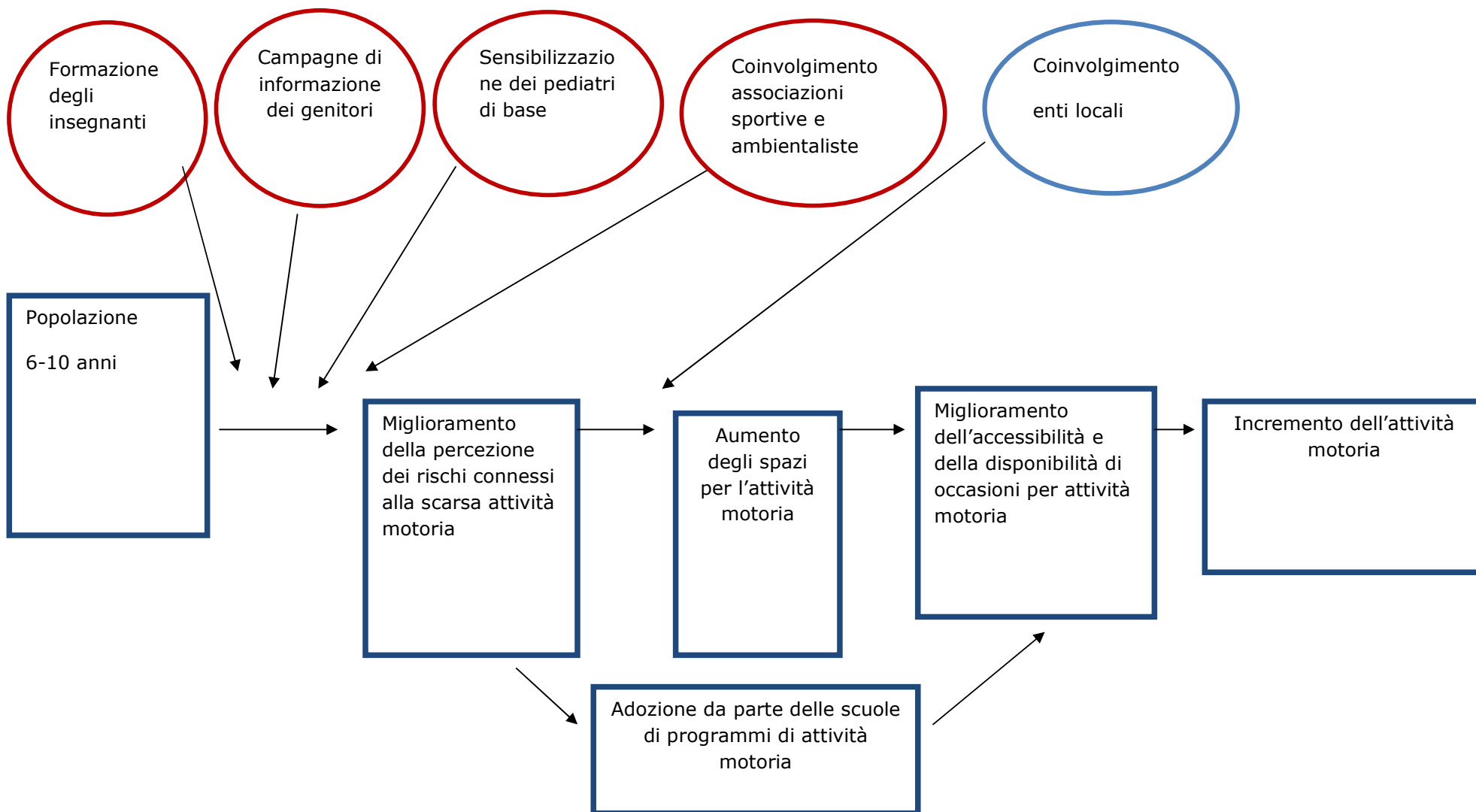
**LINEA GENERALE: PREVENZIONE DEGLI STILI DI VITA NON SALUTARI E PATOLOGIE CORRELATE (LOTTA ALLA SEDENTARIETÀ)
 PROGETTO: INCREMENTO DELL'ATTIVITÀ MOTORIA NELLA SCUOLA PRIMARIA**

ANALISI DI CONTESTO



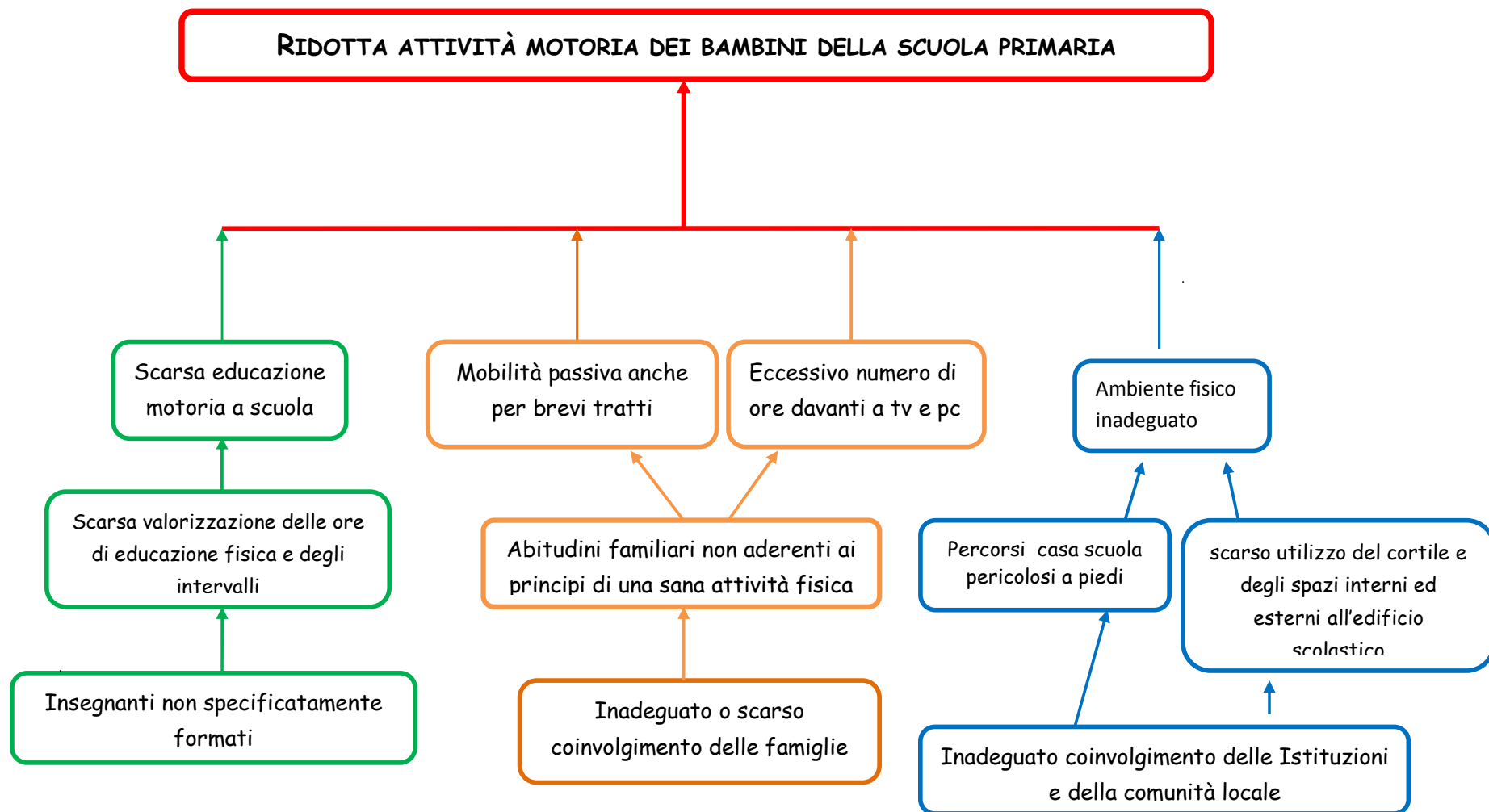
MODELLO LOGICO

Incremento dell'attività motoria
Nei bambini compresi nella fascia di età 6-10 anni



**LINEA GENERALE: PREVENZIONE DEGLI STILI DI VITA NON SALUTARI E PATOLOGIE CORRELATE (LOTTA ALLA SEDENTARIETÀ)
 PROGETTO: INCREMENTO DELL'ATTIVITÀ MOTORIA NELLA SCUOLA PRIMARIA**

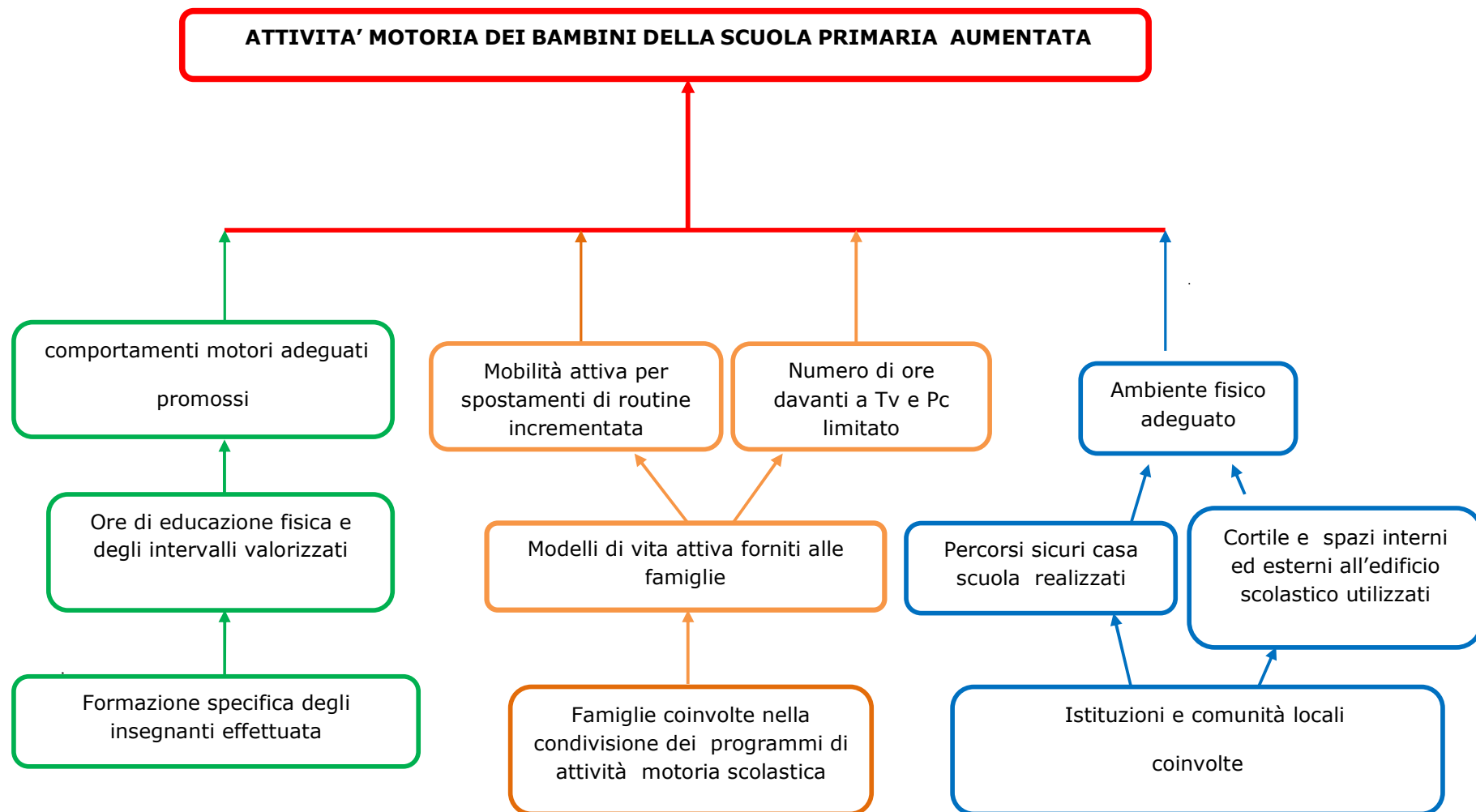
ALBERO DEI PROBLEMI



Linea generale: Prevenzione degli stili di vita non salutari e patologie correlate (lotta alla sedentarietà)

Progetto: Incremento dell'attività motoria nella scuola primaria

ALBERO DEGLI OBIETTIVI



Macroarea: 3**Linea di intervento generale: Tumori e Screening****Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012:***Riduzione della mortalità per carcinoma della cervice uterina.***Titolo del Progetto:***Aumentare l'estensione del programma di screening del cancro della cervice uterina e contrastare lo screening opportunistico, proponendo alternative (self sampling a domicilio).***Contenuti del progetto.****Beneficiari e attori**

Il Programma di screening è unico per l'intera regione, la sua attivazione è completa (vedi rapporto 2009 ONS) ed interessa una popolazione bersaglio di 373.696 donne in età da screening 25-64 anni (dato ISTAT riferito al 2009). In realtà dal dato di popolazione residente corretto nel nostro software, risulta una popolazione obiettivo di 348.309 unità, depurata di 13.129 unità (donne isterectomizzate per patologia benigna): inoltre nell'anagrafica regionale sono presenti oltre 12.000 nominativi di donne senza il comune di residenza ed un numero elevato di donne la cui data di nascita non è corretta. Infine, particolarmente nei piccoli comuni montani, risultano residenti donne emigrate da anni e non più effettivamente domiciliate.

L'organizzazione regionale è centralizzata, diretta dal Coordinatore Regionale e dal Comitato Regionale di Screening, articolato operativamente nelle 4 ASL regionali; in ogni ASL sono stati identificati operatori impegnati nel progetto: nel 2009 nella ASL di Teramo, Azienda delegata alla gestione regionale del progetto, sono presenti 3 unità in ruolo sanitario e 6 in ruolo amministrativo (come personale dedicato interamente alle attività connesse al programma di screening), mentre nelle 4 ASL regionali collaborano parzialmente al progetto 123 unità in ruolo sanitario, 21 in ruolo amministrativo, 28 in ruolo tecnico e 2 unità esterne alle ASL.

Sono stati coinvolti nelle attività del programma tutti i medici di medicina generale.

Analisi di contesto.

Si stima che ogni anno in Italia siano diagnosticati circa 3.500 nuovi casi di carcinoma della cervice e che si registrino circa 1.100 morti per questo tipo di tumore.

Lo screening è stato riconosciuto come LEA (livello essenziale di assistenza) nella finanziaria del 2001. Lo screening prevede l'offerta attiva di un Pap-test ogni tre anni alle donne nella fascia d'età di 25-64 anni. Nel 2006 le donne italiane di 25-64 anni inserite in un programma di screening sono state oltre 11 milioni (69% della popolazione target); l'estensione dei programmi sta gradualmente aumentando anche nelle regioni meridionali. La larga diffusione del Pap-test ha permesso di osservare una diminuzione sia della mortalità sia dell'incidenza delle forme invasive di carcinomi della cervice uterina. La gratuità e l'offerta attiva favoriscono l'equità di accesso a tutte le donne interessate e costituiscono un riconoscimento del valore e del significato sociale dello screening.

L'evidenza scientifica che l'infezione da Papilloma Virus Umano (HPV) è la causa principale del carcinoma cervicale ha aperto nuovi scenari in termini di prevenzione primaria (vaccinazione) e di prevenzione secondaria con implementazione di nuove metodologie di screening che prevedono l'utilizzo del test DNA-HPV come I livello. (note bibliografiche disponibili)

In Abruzzo si registrano 78 nuovi casi di carcinoma cervicale all'anno e muoiono 38 donne per ogni anno (dato ISTAT 2003). Il programma regionale di screening è attivo da un decennio: in conseguenza delle precedenti carenze di offerta preventiva, abbiamo riscontrato un elevato numero di neoplasie (al 31.12.2009, su 601.189 PAPtest, 27.093 lesioni di cui ben 271 carcinomi e 1.479 HSIL), dato che ci spinge ulteriormente ad intensificare l'estensione ed a migliorare il programma.

Il programma di screening è unico per l'intera regione, a gestione organizzativa centrale ed articolato operativamente nelle 4 Aziende ASL: prevede per il primo livello l'invito scritto alla popolazione femminile in età da screening, ma l'adesione si attesta su percentuali basse, pari a circa il 25% e per raggiungere più elevati livelli di partecipazione, è particolarmente organizzato per favorire l'adesione spontanea.

Secondo i dati dello studio PASSI 2009, in Abruzzo risulta una copertura di popolazione del 69% (dato nazionale 2008 75%) comprendendo la quota di adesione spontanea che risulta pari al 46%, ma il dato è sottostimato, considerato che, su una popolazione residente di circa 1.233.000 unità su 305 comuni, la popolazione obiettivo corretta è di 348.309 e il nostro programma di screening documenta al 31.12.2009 una copertura del 67,5%, comunque superiore al livello di copertura ritenuto "accettabile" (65%) dalle indicazioni nazionali, mentre il livello desiderabile è pari all'80%. In Abruzzo il 12% del campione non ha alcun titolo di studio o ha la licenza elementare, il 28% la licenza media inferiore, il 43% la licenza media superiore e il 17% è laureato. Il 52% delle donne lavora regolarmente, il 18% dichiara molte difficoltà economiche (21% nella classe di età 50-69 anni; le donne che effettuano con regolarità il Pap test preventivo sembrerebbero soprattutto quelle della fascia di età 35-49 anni, con un livello di istruzione elevato e senza molte difficoltà economiche e la probabilità di aver effettuato un Paptest negli ultimi 3 anni rimane significativamente più elevata per la classe di età 35-49 anni e nelle donne che non hanno alcuna difficoltà economica. Analizzando con tecnica statistica (*regressione logistica*) l'effetto di ogni singolo fattore, si mantiene la significatività per la classe 35-49 anni, la convivenza e il livello d'istruzione medio-alto.

Il 57% delle donne intervistate con 25 anni o più (escluse le isterectomizzate) ha riferito di aver ricevuto almeno una volta una lettera di invito dalla ASL, il 59% ha riferito di essere stata consigliata ad effettuare con periodicità il Pap test da un operatore sanitario, il 76% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa.

Solo il 46% delle donne di 25-64 che non hanno ricevuto alcun intervento di promozione, ha effettuato l'esame nei tempi raccomandati; la percentuale sale al 59% nelle donne che hanno ricevuto un intervento tra i tre considerati (lettera, consiglio o campagna), al 79% con due interventi e all'80% con tutti e tre gli interventi, mentre a livello nazionale queste percentuali sono rispettivamente del 43%, 65%, 81% e 88%. Nelle ASL della Regione con campione rappresentativo non si rilevano differenze statisticamente significative relativamente alla percentuale di donne che hanno riferito di aver pagato il costo completo per il Paptest, cioè che hanno fatto il test per conto proprio in strutture private, fuori dal programma di screening (range dal 43% della ASL di Chieti al 73% della ASL Avezzano-Sulmona). Il 43% delle donne ha riferito di non aver effettuato nessun pagamento per l'ultimo Pap test; il 29% ha pagato solamente il ticket e il 28% ha pagato l'intero costo dell'esame; queste informazioni possono essere considerate indicative dell'effettuazione del Paptest all'interno di programmi di screening (nessun pagamento), in strutture pubbliche o accreditate fuori da programmi di screening (solo ticket) oppure per proprio conto in strutture o ambulatori privati (pagamento intero).

Rispetto all'ultimo Paptest preventivo effettuato il 37% delle donne di 25-64 anni ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 30% da uno a tre anni, l'11% da più di tre anni.

Le motivazioni principali della mancata effettuazione dell'esame secondo le linee guida sono: "penso di non averne bisogno" (40%), "nessuno me lo ha consigliato" (10%), "mi sento imbarazzata" (13%) e "ho paura dei risultati dell'esame" (6%), mentre il 18% delle donne che non ha effettuato il Paptest secondo le linee guida risponde a questa domanda "non so/ non ricordo".

In conclusione quattro donne su dieci fra i 25 e i 64 anni hanno eseguito il Paptest nell'ultimo anno, mentre l'11% ha effettuato l'ultimo Paptest da più di 3 anni e il 22% non l'ha mai fatto. Quest'ultimo dato è importantissimo, visto che il Paptest è in grado di consentire, oltre che una diagnosi precoce del tumore, anche una riduzione della sua incidenza, permettendo di evidenziare e trattare lesioni precancerose.

La lettera di invito della ASL è pervenuta a più di 1 donna su 2. L'aver visto o sentito campagne informative risulta l'intervento di promozione riferito più importante (76%) per l'esecuzione di un Paptest per diagnosi precoce del tumore del collo dell'utero per le donne fra i 25 ed i 64 anni, solo il

7% non ha riferito alcun intervento di promozione: di queste solo il 25% ha effettuato un Paptest negli ultimi 3 anni, con andamento analogo a quello nazionale, il che conferma l'efficacia degli interventi di promozione, in particolare se associati all'interno dei programmi organizzati.

Dalle motivazioni riferite essere alla base della mancata esecuzione del Pap test o della sua effettuazione con un intervallo superiore a quello raccomandato, sembra dunque emergere come determinante la non corretta percezione del rischio e il mancato consiglio.

Nonostante i risultati ottenuti dal programma regionale di screening, l'adesione potrebbe ulteriormente migliorare con interventi mirati rivolti alle non aderenti (da PASSI 2007).

Dal 1° gennaio 2010 la Regione ha approvato un Progetto di fattibilità, deliberando l'uso del test HPV DNA come test di primo livello, adottando protocolli simili a quelli dei progetti pilota. Infatti:

- a) l'evidenza esistente indica che l'HPV DNA test come test di screening primario è più sensibile rispetto al Paptest (livello di evidenza A1);
- b) dati recenti e la considerazione dell'elevato valore predittivo negativo dell'HPV DNA test fanno considerare l'opportunità di utilizzarlo come test primario di screening, riservando al Paptest il triage di II livello dei casi positivi all'HPV DNA test ad alto rischio;
- c) non vi è una sovradiagnosi significativa dovuta al test per l'HPV;
- d) è appropriato realizzare progetti di screening utilizzando l'HPV DNA test come unico test di screening primario;
- e) il test HPV fornisce un risultato obiettivo ed è facilmente automatizzabile.

Infine il Ministero della Salute ha finanziato un progetto di ricerca della Regione Abruzzo ex legge 138/04, per la valutazione ed il confronto dei costi dello screening tradizionale (decennio precedente) e con HPV DNA primo test nell'anno 2010.

Il necessario superamento del criterio ormai obsoleto della spesa storica rende attuali l'analisi e l'applicazione di sistemi alternativi. In questa direzione si è mosso il recente DDL Calderoli (noto come decreto sul "Federalismo" recentemente convertito in legge), prevedendo che le spese riconducibili ai LEA, compresi quindi gli screening, "siano determinate nel rispetto dei *costi standard* associati ai livelli essenziali delle prestazioni fissati dalla legge statale, da erogarsi in condizioni di efficienza e di appropriatezza su tutto il territorio nazionale" (art. 6, comma 1, b).

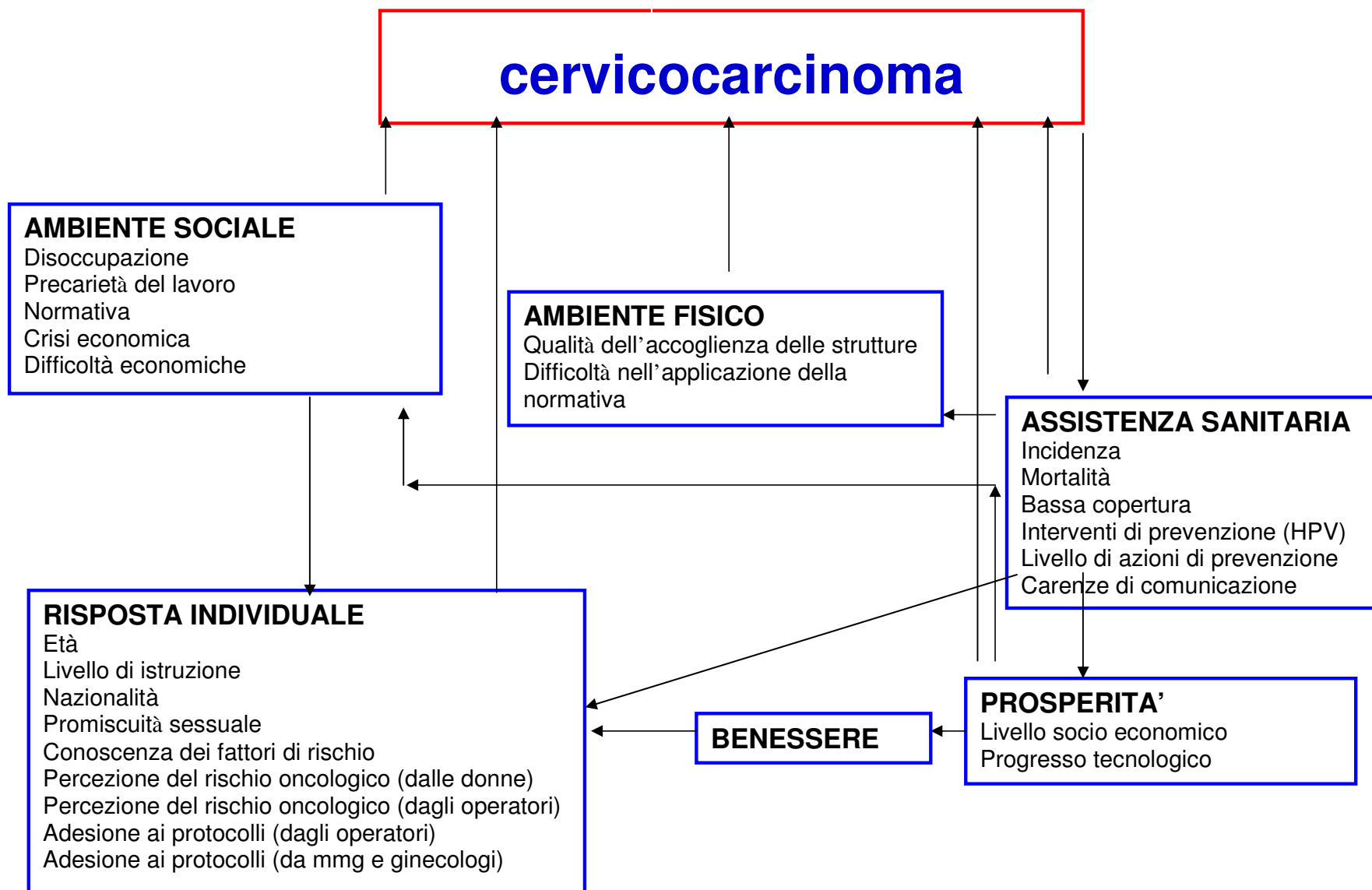
Pertanto, in aderenza a quanto recentemente disposto ci siamo proposti di effettuare anche l'innovativa valutazione del costo standard del nostro Progetto regionale di Screening.

Modello logico

La realizzazione del Progetto passa per

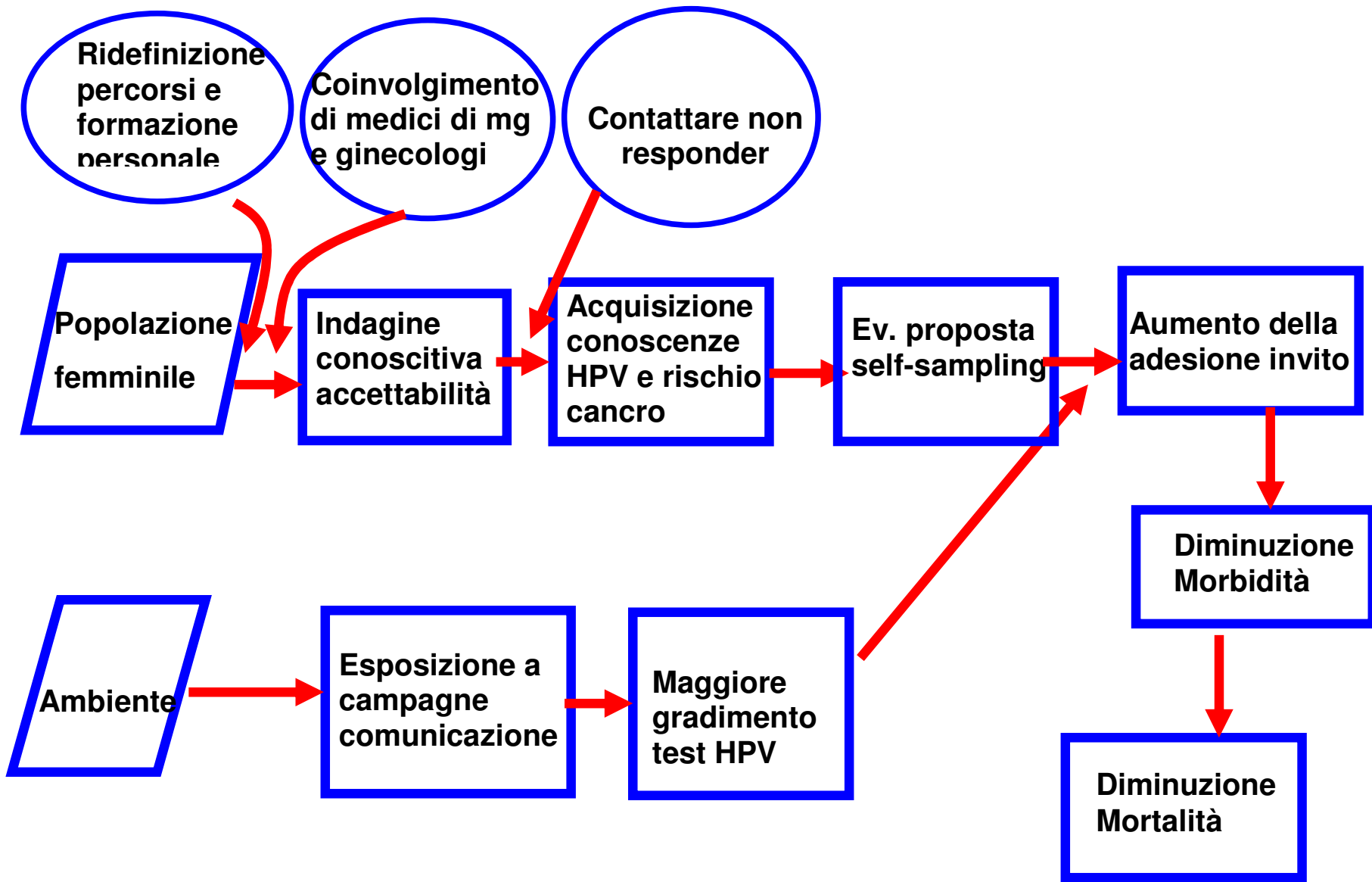
- 1) una ridefinizione del protocollo di screening che prevedendo l'*uso dell'HPV DNA test come I livello* richiede una rimodulazione dei percorsi, una accurata informazione/formazione del personale necessaria per la condivisione del nuovo modello,
- 2) uno studio propedeutico al progetto complessivo che permetta la messa a punto di una serie di processi e metodologie che riguardano l'organizzazione delle attività, la strumentazione ed i materiali da utilizzare, il controllo della qualità e la formazione del personale, gli aspetti comunicativi, la modifica del software gestionale e l'analisi di una serie di parametri legati alla adesione ad uno screening basato sul test HPV, al numero di donne invitate in colposcopia con la flow-chart adottata per i test positivi,
- 3) la presentazione e la condivisione del progetto con i medici di medicina generale e con i ginecologi (anche tramite coinvolgimento delle associazioni professionali di categoria),
- 4) la programmazione di una efficace ed innovativa campagna di comunicazione, inclusa la trasmissione di concetti innovativi sull'infezione HPV e sul rischio oncogeno conseguente,
- 5) l'adozione di nuovi metodi di contatto e di *recupero delle non-responder* allo screening organizzato (in particolare utilizzando l'apporto dei mmg),
- 6) la *proposta di prelievo a domicilio mediante self-sampling*, che sembrerebbe essere valutata con favore dalle utenti (dispositivi distribuiti direttamente ed ovviando così anche a carenze di personale prelevatore o, previa verifica di disponibilità e fattibilità, tramite le farmacie).

1. ANALISI DI CONTESTO



Screening cervicocarcinoma

2. MODELLO LOGICO



Quadro logico

Obiettivi generali e specifici, risultati attesi, attività.

Riteniamo sia fondamentale per il Programma evitare perdite di responder negli inviti, già resi particolarmente problematici per l'evento sismico a l'Aquila, con l'obiettivo di migliorare ulteriormente la copertura e la conseguente riduzione della mortalità per carcinoma della cervice uterina. Nel 2009 abbiamo raggiunto una copertura media del 67,5% e ci proponiamo di aumentarla del 10% circa nel 2012, riferita alle province di Chieti, Pescara e Teramo, mentre per la provincia di L'Aquila colpita dal terremoto cercheremo di mantenere l'attuale copertura.

Per realizzare il progetto, distinguiamo le attività in 2 sottoprogetti, con i relativi obiettivi specifici:

- 1) *Innovazione nello screening, mediante l'utilizzo del test HPV DNA come screening primario*: il test HPV permette una diagnosi di avvenuta infezione che, in un numero limitato di casi, può determinare alterazioni cellulari a livello del collo dell'utero e la possibilità di progressione a tumore; permette quindi di identificare le donne a rischio prima che si sia verificato il danno cellulare, mentre la negatività del test HPV dà una sicurezza di assenza del tumore ad oltre 5 anni. Questa caratteristica permetterà di allungare il richiamo a controllo di screening (secondo round) a 5 anni e di conseguenza sarà possibile dedicare maggiore attenzione al recupero delle donne non rispondenti all'invito che pur rappresentano la popolazione a maggior rischio per l'insorgenza del tumore.

L'utilizzo del test HPV facilita la centralizzazione e la correttezza del risultato del test, dal momento che si tratta di un test laboratoristico, la cui refertazione è più obiettiva e praticamente non soggetta ad errore. Inoltre l'adozione della citologia in fase liquida facilita l'esecuzione del test HPV come I livello, evitando anche di dover richiamare la donna per la citologia di triage, nei casi risultati positivi all'HPV alto rischio.

In aderenza a quanto proposto dal GISCI, abbiamo adottato protocolli simili a quelli dei progetti pilota, per garantire uniformità e possibilità di confronto dei risultati.

Il passaggio ad una nuova metodologia di screening che prevede l'adozione di un test di I livello diverso dal tradizionale e che mette in evidenza un'infezione virale sessualmente trasmessa, richiede certamente la riconsiderazione delle strategie comunicative adottate, tenendo in evidenza la necessità assoluta (anche per evitare inutili e dannosi over-treatment) di una informazione corretta, semplice, accessibile e che eviti inutili ansie nella donna, tenendo presente che va verificata l'effettiva comprensione delle informazioni fornite.

La migliore strategia comunicativa deve coinvolgere gli operatori direttamente coinvolti nello screening (ginecologi, ostetriche, personale di front-office, citopatologi) e i medici di medicina generale, ricordando come spesso, anche perché stiamo vivendo momenti di grandi cambiamenti delle conoscenze, le stesse figure professionali coinvolte facciano fatica a mantenersi aggiornate e questo implica la diffusione di messaggi informativi talvolta imprecisi e spesso incoerenti.

Va ricordato come la comunicazione di un test medico positivo (nel nostro caso test virale positivo "per alto rischio", citologia anormale, o diagnosi istologica di displasia) rappresenti certamente un evento ansiogeno e come il livello di attenzione al messaggio informativo e la recettività stessa al counseling possano essere compromessi dall'ansia; spesso, la donna si presenta al colloquio con una serie di informazioni già acquisite, magari scorrette e quasi sempre contrastanti, ed è già orientata a valutazioni negative e pessimistiche: occorre cioè riqualificare il messaggio.

Per questi motivi il progetto prevede, per il nuovo modello di screening adottato, la predisposizione di idoneo materiale informativo che sia scientificamente corretto, conciso e comprensibile per la popolazione, per gli stessi operatori e per i medici di medicina generale. L'obiettivo è quello di ottimizzare l'informazione eliminando i possibili punti di confusione e rendendo chiari i concetti espressi. Ad ogni lettera di invito per l'esecuzione del test sarà allegato un depliant informativo, redatto con termini semplici e facilmente comprensibili.

La refertazione deve essere chiara e concisa. Devono essere indicate le metodiche d'esame utilizzate, l'esito del test ed una chiara indicazione sui tempi e sulle procedure da adottare come conseguenza del risultato dell'esame.

Lo screening ha il compito di garantire la migliore prestazione possibile alla donna invitata. Per fare questo è necessario che l'attività degli operatori che intervengono nelle varie fasi sia di qualità certificata. L'aggiornamento costante degli operatori è un punto rilevante sempre presente nella programmazione del Programma Regionale di Prevenzione. Corsi specifici condotti da Operatori di livello nazionale vengono regolarmente organizzati dal Comitato Regionale di Screening, aperti agli operatori regionali ed extraregionali.

Oltre all'aggiornamento la Verifica di Qualità (VdQ) rappresenta la metodica di controllo, aggiornamento e confronto di ogni fase. Periodicamente il personale addetto alla lettura dei preparati citologici si sottopone a VdQ con l'utilizzo di set standard (una quantità di test con diagnosi nota al verificatore) che permette di controllare la capacità di lettura degli operatori. Unico esempio in Italia è stata anche la VdQ per gli anatomopatologi realizzata nella Regione Abruzzo, facendo rileggere a 3 patologi esterni di livello nazionale una grande quantità di esami (ben 300 casi) refertati dai nostri patologi. I risultati, che saranno pubblicati, hanno dato una concordanza nei referti superiore all'80% dimostrando, una volta di più che la qualità del personale del nostro programma è di alto livello.

Obiettivo specifico: aumento copertura del 5% al 31.12.2011 e ulteriore 5% al 31.12.2012.

- 2) *Coinvolgimento delle non aderenti allo screening organizzato (self sampling a domicilio):* Per valutare le possibilità di recupero delle non responder allo screening, abbiamo recentemente partecipato ad un innovativo Progetto multicentrico di ricerca (ARS Lazio, ISPO Firenze e ASL Teramo) finanziato dal CCM sul recupero delle non responder mediante invio di un dispositivo di prelievo a domicilio mediante self sampling; il dispositivo proposto è stato valutato molto positivamente dalle utilizzatrici, mentre non abbiamo ottenuto un significativo coinvolgimento nella percentuale di adesione: riteniamo però che l'uso di una diversa modalità di contatto con le donne (tramite medico di famiglia e, se possibile tramite distribuzione nelle farmacie) possa produrre migliori risultati. Intendiamo anche valutarne l'uso in particolari zone dove è carente la disponibilità di personale addetto al prelievo.

Obiettivo specifico: raggiungere 3.000 non responder al 31.12.2011 e 5.000 al 31.12.2012.

Indicatori e mezzi di verifica.

Ci proponiamo di aumentare la copertura del 5% circa annuale e cioè 5% al 31.12.2011 e un ulteriore 5% al 31.12.2012.

Per il self sampling utilizzeremo un nuovo modello di dispositivo più semplice e molto meno costoso, in corso di commercializzazione; saranno estratti dai nostri archivi gli elenchi delle non responder, distinti per singolo medico e per singola provincia; al 31.12.2011 vorremmo aver raggiunto 3.000 non responder e 5.000 al 31.12.2012.

Analisi dei rischi e conseguenti assunzioni.

1- La mancanza di personale stabile rende precaria la gestione operativa sul territorio delle 4 ASL, tanto da rendere notevolmente problematico il mantenimento dell'attuale livello di lavoro ed il consolidamento dei principali indicatori di attività (numero degli inviti inviati, caricamento dati sul nuovo software Web, capacità di lettura dei singoli centri, tempi di refertazione e di risposta, etc.). L'Accordo Stato-Regione per il rientro economico impedisce di fatto perfino la gestione del *turnover del personale* (assenze per gravidanza, pensionamento, trasferimento, malattia), spesso operante in settori vitali per il progetto.

2- Ad aprile 2009, un devastante terremoto ha colpito la città dell'Aquila, la provincia e in parte le ASL confinanti: per l'intera provincia registriamo la perdita di ogni riferimento di indirizzo abitativo e/o recapito telefonico, con la popolazione distribuita in nuovi moduli abitativi (MAP) e in abitazioni provvisorie anche sul litorale abruzzese, con conseguente impossibilità di gestire lo screening mediante lettera di invito.

3- E' in corso, in regione, un Progetto randomizzato triennale che confronta la lettura citologica computer assistita in fase liquida con la lettura computer assistita convenzionale: dalla valutazione preliminare dei risultati del 1° anno si evidenzia un eccesso di diagnosi anormali (+3,9%) con evidente squilibrio delle diagnosi di ASC-US ed LSIL ed una maggiore incidenza di lesioni gravi nelle zone dove non era stata attiva una campagna di screening.

Soluzioni proposte

1- La situazione economica impone una forte riconsiderazione delle spese e, soprattutto, dell'organizzazione regionale dello screening: come esposto nel cronoprogramma del PNP 2009, stiamo modificando l'attuale organizzazione, riducendo e accorpando le strutture operative aziendali da 6 a 4 su base provinciale ed accentreremo ulteriormente l'attuale organizzazione di allestimento, tipizzazione e lettura. Cercheremo così di ridurre i costi, stabilizzando la attuale capacità di lavoro (lettura con tempi di refertazione e di invio al II livello dei singoli centri), anche mediante accorpamenti. Il Comitato Regionale pianificherà le nuove modalità organizzative, identificando i Centri di I e II livello e di diagnostica molecolare complementare.

2- Organizzeremo per le zone terremotate una unità mobile (per prelievi e colposcopia), che operi presso le nuove unità abitative dei Progetti Casa e nei piccoli borghi circostanti il capoluogo. Una seconda unità sarà utilizzata con modalità itinerante in zone carenti di personale addetto al prelievo. Le unità mobili saranno utilizzate, in collaborazione con lo screening del colon-retto, per distribuire e successivamente ritirare campioni per il prelievo del sangue occulto.

3- L'utilizzo di nuove tecnologie permetterà un costante controllo e miglioramento di qualità, con un Progetto di formazione e VrQ in teleconferenza con telepatologia che permetta trasmissione audio e video in tempo reale su reti LAN WAN ed Internet (utilizzando microscopi digitali, strumenti di visione e fotografia per preparati istologici e citologici con visione diretta su monitor ad alta risoluzione, collegabili punto per punto), integrando e completando la rete regionale già esistente (fra i centri regionali, ma possibilmente anche con centri di altre regioni). Intendiamo stabilire cadenze fisse di collegamento fra 6 (massimo 12) unità realizzate per visionare e discutere insieme i vetrini proposti dai singoli centri, realizzando così un modello di verifica qualità e di confronto interregionale stabile.

Screening cervicocarcinoma

3. QUADRO LOGICO

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione della mortalità per carcinoma della cervice uterina	Aumento della copertura di popolazione	Aumento copertura 5% al 31.12.2011 5% al 31.12.2012	Piano di rientro Carenze personale Conoscenza screening Prevenzione individuale Educazione sessuale
Obiettivo specifico 1	Innovazione screening cancro cervicale - Utilizzo del test HPV DNA come test di screening primario	Aumento della adesione all'invito	Valutazione copertura di popolazione Valutazione adesione percentuale all'invito	Coinvolgimento di medici mg e ginecologi Adesioni giovani donne Rispetto indicazioni LG Comunicazione adeguata
Obiettivo specifico 2	Coinvolgimento delle donne non aderenti allo screening organizzato (self sampling)	Numero mmg coinvolti Gradimento dei mmg coinvolti sup. al 60% Valutazione % di gradimento donne	Valutazione non responder raggiunte: 3.000 al 31.12.2011 5.000 al 31.12.2012	Coinvolgimento mmg Carenze personale ASL e supporto amministrativo Lentezza procedure ASL Scarso interesse DG ASL Reperimento dei dati
Risultati attesi	Aumento della copertura (non inferiore al 70%)	Valutazione della percentuale di copertura	Questionario di gradimento alle donne e agli operatori	Coinvolgimento dei ginecologici
Attività	Aggiornamento anagrafe Riorganizzazione percorsi Formazione del personale Campagna comunicazione Rendicontazione risultati	Mezzi Risorse umane e strumentali Test, Servizi e consulenze Finanziamento annuale del progetto di screening	Costi Coperti con le attuali risorse assegnate allo screening	

Piano di valutazione

Coinvolgere i gruppi di interesse: Popolazione femminile (analisi e demografia della popolazione, elaborazione di strumenti di comunicazione), associazioni femminili, personale impiegato nello screening, associazioni professionali di ginecologi e medici di medicina generale, politici e vertici delle ASL (rappresentarsi con le autorità istituzionali), media.

Chiarire il progetto: informazione e comunicazione individuale (depliant allegato all'invito, front-office) e a piccoli gruppi (incontri con la popolazione in collaborazione con assessorati alle politiche sociali e commissioni pari opportunità); comunicazione e condivisione con il personale dello screening (discussione, esplicitare motivazioni e condivisione di procedure standard).

Disegnare la valutazione: a) descrivere l'intervento e il suo ambiente in modo che utenti, politici e portatori di interesse in genere possano farsi un giudizio più informato del programma, delle motivazioni che hanno condotto alle modifiche di percorsi e protocolli, dei relativi costi previsti e, non ultimo, del valore intrinseco delle scelte effettuate; b) relazionare sui risultati ottenuti, rendendo conto dei costi effettivamente sostenuti e delle modalità operative, realizzare la rendicontazione sociale; c) valutare se l'intervento ha seguito le procedure e/o soddisfatto le aspettative e gli obiettivi interni ed esterni (monitoraggio gestionale, *peer review*, controlli di qualità, audit clinici); d) valutare se sono rilevabili dei cambiamenti prodotti e/o se sono opportune modifiche dei percorsi (anche in itinere); e) verificare l'impatto delle nuove procedure sull'organizzazione e sul personale (inclusa la verifica di un eventuale aumento di adesione da parte degli operatori e degli stakeholder coinvolti; f) verificare, ove possibile, i cambiamenti indotti sui beneficiari (adesione, copertura, livello di malattia diagnosticato).

Determinare i metodi di misura adeguati e le procedure: qualitativi (focus group, interviste in "profondità", costruzione di consenso, forum/gruppi di discussione) e quantitativi (interviste telefoniche e questionari, utilizzazione dei servizi, analisi dei dati statistici estraibili dal software, valutazione delle variazioni di adesione in diverse fasce di età, misure di malattia o mortalità).

Sviluppare un piano di lavoro, budget e cronoprogramma: la responsabilità della gestione e concreta realizzazione del programma è affidata all'epidemiologo del programma di screening che si avvarrà dell'apporto di uno statistico, di una impiegata amministrativa e delle ostetriche prelevatici; la predisposizione dei questionari e la calendarizzazione delle attività saranno programmate in accordo con il coordinatore regionale, prevedendo verifiche ed adeguamenti in corso d'opera. Dal finanziamento del progetto regionale di screening (quota ministeriale e quota di competenza regionale) sarà destinato un apposito budget per la realizzazione ed il monitoraggio della valutazione.

Raccogliere i dati secondo metodi e procedure identificate: il progetto regionale di screening della Regione Abruzzo dispone di una completa informatizzazione (software Winsap di gestione delle unità operative di Anatomia Patologica e Software Screening centralizzato su Web e funzionalmente collegato al Winsap) nel quale vengono inseriti i dati di screening in tempo reale e da cui possono essere estratte statistiche e dati di analisi dei risultati e delle attività.

Interpretare e diffondere i risultati: interpretare i risultati in rapporto agli obiettivi del progetto, adattare la comunicazione ai vari target, valutare le motivazioni dei possibili scostamenti dagli obiettivi intermedi e finali, validità la correttezza e la qualità dei risultati, diffondere adeguatamente i risultati.

Intraprendere le azioni necessarie: coinvolgere i gruppi di interesse; rivalutare periodicamente gli obiettivi e i risultati attesi iniziali, attuare effettivamente i cambiamenti programmati.

Regione	Abruzzo					
Titolo del Progetto	<i>Aumentare l'estensione del programma di screening del cancro della cervice uterina e contrastare lo screening opportunistico, proponendo alternative (self sampling a domicilio).</i>					
Linea di intervento generale	<i>Tumori e Screening</i>					
Numero identificativo del Progetto						
Breve descrizione dell'intervento programmato	<p>Distinguiamo le attività in 2 sottoprogetti, con i relativi obiettivi specifici:</p> <p>1- <i>Innovazione nello screening, mediante l'utilizzo del test HPV DNA come screening primario:</i> ridefinizione protocollo di screening che prevedendo l'uso dell'HPV DNA test come I livello richiede rimodulazione dei percorsi ed accurata informazione/formazione del personale; messa a punto di una serie di processi e metodologie che riguardano organizzazione delle attività, strumentazione e materiali, controllo della qualità e formazione del personale, aspetti comunicativi, modifica software gestionale e analisi dell'adesione; presentazione e condivisione del progetto con medici di medicina generale e ginecologi; programmazione di una efficace ed innovativa campagna di comunicazione, inclusa la trasmissione di concetti innovativi sull'infezione HPV e sul rischio oncogeno conseguente,</p> <p>2- <i>Coinvolgimento delle non aderenti allo screening organizzato (self sampling a domicilio):</i> adozione di nuovi metodi di contatto e di recupero delle non-responder allo screening organizzato; <i>proposta di prelievo a domicilio mediante self-sampling</i>, valutata con favore dalle utenti (dispositivi distribuiti direttamente ed ovviando così anche a carenze di personale prelevatore o, previa verifica di disponibilità e fattibilità, tramite alcune farmacie.</p>					
Beneficiari	<i>348.309 donne residenti in età da screening</i>					
Obiettivo di salute perseguito	<i>Riduzione della mortalità per carcinoma della cervice uterina</i>					
INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE INDICATORE al 31.12.2010	VALORE INDICATORE al 31.12.2011		VALORE INDICATORE al 31.12.2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
Variazione annuale % di copertura (1)	Dati LEA	/	aumento copertura del 5%		aumento copertura del 5%	
Numero non responder raggiunte	Registro attività	/	raggiungere 3.000 non responder		raggiungere 5.000 non responder	

(1) al 31.12.2009 abbiamo raggiunto una copertura media del 67,5% e ci proponiamo un aumento del 5% annuale, riferito alle province di Chieti, Pescara e Teramo, mentre per la provincia dell'Aquila colpita dal terremoto cercheremo di mantenere l'attuale copertura.

Macroarea: 3**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:

Aumentare l'estensione del programma e contrastare lo screening opportunistico del cancro del colon-retto, proponendo alternative.

Contenuti del progetto.**Beneficiari e attori**

Il Programma di screening del colon-retto, unico regionale, al 31.12.2009 vede coinvolta l'intera regione con una popolazione bersaglio di 343.513 persone residenti in età da screening 50-69 anni. L'anagrafe regionale della popolazione target, non ancora standardizzata, necessita di essere analizzata e controllata: gli inviti inesitati sono circa il 3% e sono presenti circa 10.000-15.000 nominativi duplicati.

L'organizzazione regionale è centralizzata, diretta dal Coordinatore Regionale e dal Comitato Regionale di Screening, articolata operativamente nelle 4 ASL regionali; in ogni ASL sono stati identificati operatori impegnati nel progetto: nel 2009 nella regione sono stati parzialmente impiegati, con impegno procapite di circa un'ora settimanale, 75 medici specialisti, 5 biologi, 35 infermieri professionali, 41 tecnici di laboratorio e 5 amministrativi; a tempo pieno 7 operatori EDP; a tempo parziale 12 autisti; 619 Medici di Medicina Generale aderenti operativi o in corso di attivazione.

Analisi di contesto.

Le neoplasie del colon-retto rappresentano la seconda causa di morte per tumore sia negli uomini che nelle donne (rispettivamente 10% e 12% dei decessi per cause oncologiche) e sono a livello europeo in costante aumento. In Italia ogni anno si stimano circa 38.000 nuovi casi di carcinoma coloretale e oltre 16.000 morti (*dati 2008 da Passi*).

In Italia, nella popolazione di 0-84 anni, si stima che nel 2010 vi saranno 29.283 nuovi casi di tumore del colon-retto tra gli uomini e 19.560 tra le donne. La prevalenza stimata è di 175.449 casi tra gli uomini e 138.314 tra le donne (*dati ISS*). Nel 2006 il cancro del colon-retto ha causato 9.752 decessi tra gli uomini e 8.315 tra le donne (*dati Istat*).

Nel 2006 in Italia le persone di 50-69 anni inserite nel programma di screening coloretale sono state circa 6 milioni (44% della popolazione target); l'estensione dei programmi mostra un evidente gradiente Nord-Sud.

Lo screening è stato riconosciuto come LEA (livello essenziale di assistenza) nella finanziaria del 2001.

In Abruzzo l'incidenza stimata nel 2005 per 100.000 abitanti è di 96 casi per gli uomini e 44 per le donne, mentre la mortalità è di 42 per gli uomini e 21 per le donne (*dati ISS*).

Il programma di screening del colon-retto della Regione Abruzzo è attivo dal 2006 e prevede per il primo livello l'invito scritto alla popolazione in età da screening. Al 31.12.2009 sono state invitate 80.316 persone pari a un'estensione dell'offerta del 23,4% della popolazione target regionale. Dalla rilevazione di rischio individuale o dall'esistenza di un precedente test sono state escluse 6.027 persone. Sono stati eseguiti 27.351 test di 1° livello (adesione grezza 34,1% - adesione corretta 41,6%) pari ad una copertura della popolazione bersaglio del 9,7%.

Dei 27.351 Fobt eseguiti sono risultati positivi 1.789 (6,5%) casi dei quali 1.149 (64,2%) hanno effettuato una colonscopia con risultato positivo in 529 casi (46,0%). In questi soggetti sono stati eseguiti i seguenti 665 trattamenti endoscopici e chirurgici (i dati pervenuti sono però ancora

incompleti) e sono state diagnosticate le seguenti 602 lesioni (non sono noti 63 referti istologici): adenomi a basso rischio 224 (37,2%); adenomi avanzati 318 (58,8%); adenomi cancerizzati 14 (2,3%) e cancri 71 (11,8%). Questi dati ci spingono ulteriormente ad intensificare l'estensione ed il miglioramento del programma.

Secondo Passi, nel 2008, in Abruzzo circa il 21% delle persone intervistate nella fascia di 50-69 anni ha riferito di aver effettuato un esame per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto, in accordo con le linee guida (sangue occulto ogni due anni o colonscopia ogni cinque anni). La copertura stimata è inferiore al livello di copertura "accettabile" (45%) e a quello "desiderabile" (65%). Il 7,5% ha riferito di aver eseguito la ricerca di sangue occulto negli ultimi due anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nelle persone con poche difficoltà economiche. Il 19% ha riferito di aver effettuato una colonscopia a scopo preventivo negli ultimi cinque anni; l'adesione è risultata significativamente più elevata nella classe 60-69 anni, ma il dato regionale (7,5%), invece, è significativamente più basso.

Nelle ASL della Regione, la percentuale di persone che hanno riferito di aver effettuato la colonscopia negli ultimi 5 anni non ha mostrato differenze statisticamente significative (range dal 6% di Teramo al 19% di Pescara), ma presso la ASL di Pescara si è registrata una percentuale significativamente più alta di quella del pool nazionale (8%).

Rispetto all'ultima ricerca di sangue occulto: il 5% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 3% da uno a due anni, il 2% da due a cinque anni, l'1% da cinque a dieci anni e l'1% da più di dieci anni. L'88% ha riferito di non aver mai eseguito un test per la ricerca di sangue occulto a scopo preventivo.

Rispetto all'ultima colonscopia: il 5% ha riferito l'effettuazione nell'ultimo anno, il 4% da uno a due anni, il 5% da due a cinque anni, l'1% da cinque a dieci anni, lo 0,5% da più di dieci anni. L'85% non ha riferito di non aver mai eseguito il test.

Il 6% delle persone intervistate di 50-69 anni ha riferito di aver ricevuto una lettera di invito dalla ASL, il 37% ha riferito di aver visto o sentito una campagna informativa, il 24% ha riferito di aver ricevuto il consiglio da un operatore sanitario di effettuare con periodicità lo screening coloretale (tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, le percentuali sono rispettivamente del 22%, 42% e 23%).

Il 3% degli intervistati di 50-69 anni è stato raggiunto da tutti gli interventi di promozione dello screening coloretale considerati (lettera, consiglio o campagna), il 12% da due interventi di promozione ed il 34% da un solo intervento; il 52% non ha riferito alcun intervento di promozione. (tra le ASL partecipanti al sistema PASSI a livello nazionale, i valori sono rispettivamente del 6%, 18%, 32% e 44%).

Il 68% delle persone ha riferito di non aver dovuto pagare per la ricerca del sangue occulto effettuata negli ultimi 2 anni; il 32% ha pagato solamente il ticket. Il 65% ha riferito di non aver dovuto pagare per la colonscopia effettuata negli ultimi 5 anni; il 32% ha pagato esclusivamente il ticket ed il 3% l'intero costo dell'esame.

Il 73% delle persone di 50-69 anni non è risultata coperta per quanto riguarda la diagnosi precoce del tumore del colon-retto, non avendo mai effettuato né la ricerca di sangue occulto né la colonscopia.

La non effettuazione dell'esame pare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale: il 47% ritiene infatti di non averne bisogno.

In Abruzzo nei primi tre anni di attivazione dello screening coloretale non si è raggiunto il livello di copertura "accettabile" (45%) nella popolazione target; tuttavia esiste un ampio margine di miglioramento: infatti circa la metà delle persone nella fascia 50-69 anni non si è sottoposta alla ricerca del sangue occulto o ad una colonscopia a scopo preventivo nei tempi raccomandati.

I programmi di screening organizzati prevedono a livello locale campagne informative/educative rivolte alla popolazione target con l'intervento congiunto di Medici di Medicina Generale e degli operatori di Sanità Pubblica per incrementare l'adesione della popolazione invitata.

Modello logico

Il Piano Nazionale di Prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie del colon-retto la ricerca del sangue occulto nelle feci nelle persone nella fascia 50-69 anni, con frequenza biennale. L'evidenza scientifica, derivante da studi caso-controllo condotti nell'ambito di programmi che utilizzano i più recenti test immunologici per la ricerca del sangue occulto fecale e da studi che hanno confrontato direttamente la performance di questi test con quella del test al guaiaco, è suggestiva per una maggiore accuratezza dei test immunologici. Questi ultimi risulterebbero più sensibili (cut-off 100 ng/ml) e più specifici rispetto al test al guaiaco e garantirebbero un effetto protettivo più prolungato. Si tratta di test che non richiedono inoltre alcuna restrizione dietetica, sono automatizzabili e quindi forniscono un risultato più obiettivo e meno soggetto ad errore. Un test positivo per sangue occulto non conferma la presenza di lesione, ma ne suggerisce la presenza: una colonscopia è indispensabile per individuare la fonte del sangue occulto. Un test negativo non esclude invece la presenza di tumore.

Nell'uso diagnostico per selezionare i pazienti da inviare ad ulteriori indagini è necessario raggiungere uno standard qualitativo da parte degli operatori del centro che esegue il test di screening.

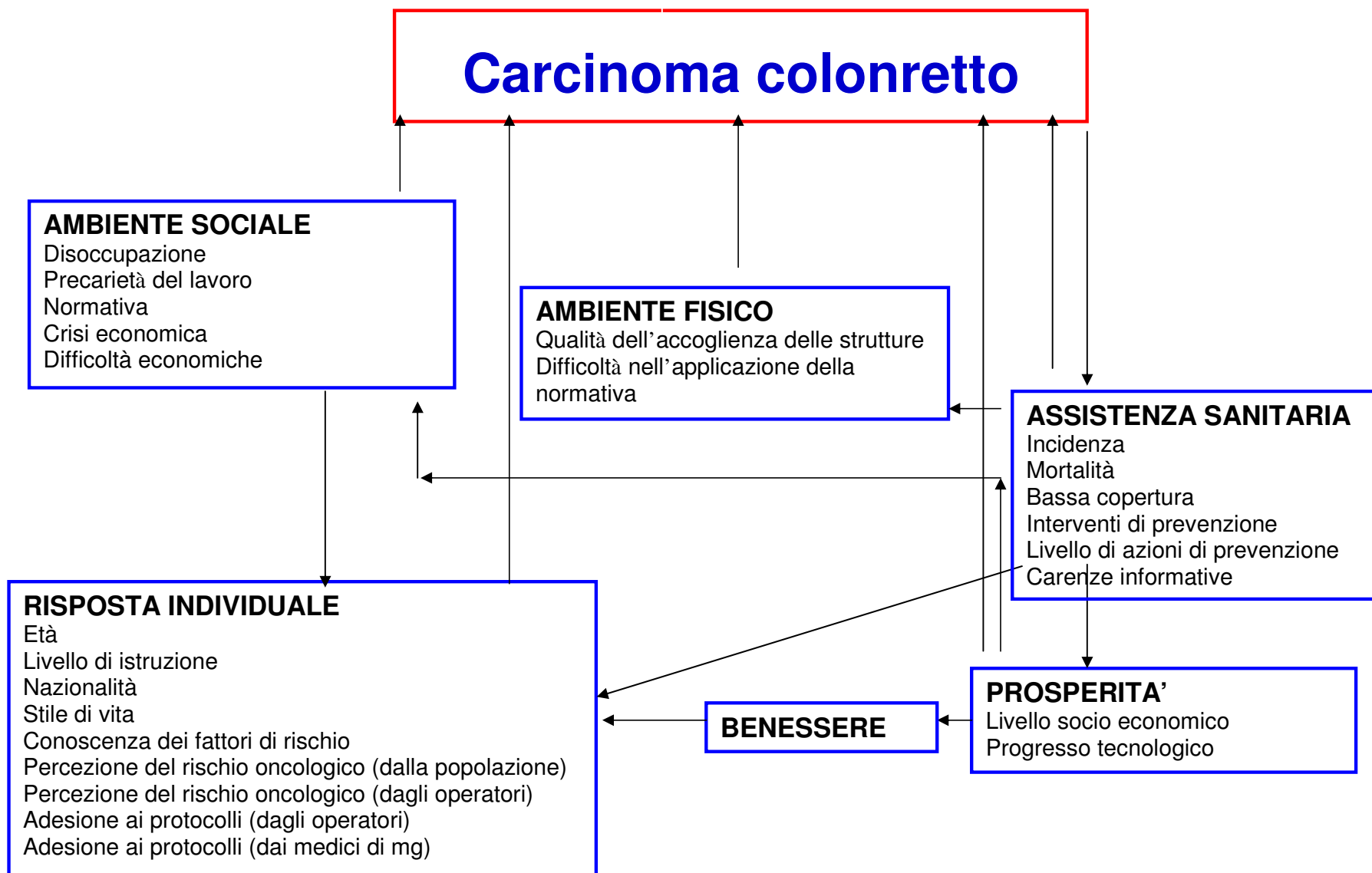
Il test di primo livello di ricerca del sangue occulto fecale si basa sull'evidenza che la maggior parte degli adenomi e dei cancri sanguinano: il sanguinamento è intermittente e il sangue è distribuito nelle feci in maniera non omogenea; inoltre l'entità del sanguinamento dipende dalle dimensioni dell'adenoma o del cancro. E' stata dimostrata, in tutti gli studi, una significativa riduzione della mortalità per carcinoma coloretale, variabile dal 15 al 33%.

Una riduzione dello stadio di invasività dei tumori rinvenuti e la rimozione degli adenomi conseguente alla colonscopia totale con polipectomia, impiegata come esame di secondo livello, è stata la ragione della diminuzione di mortalità. L'entità della riduzione della mortalità per carcinoma del colon-retto, in una determinata area geografica, è in funzione della percentuale di popolazione interessata dallo screening, della fascia d'età inserita nel programma, della partecipazione da parte della popolazione invitata, dell'adeguatezza della terapia, dei controlli e del follow-up.

La realizzazione del Progetto passa per

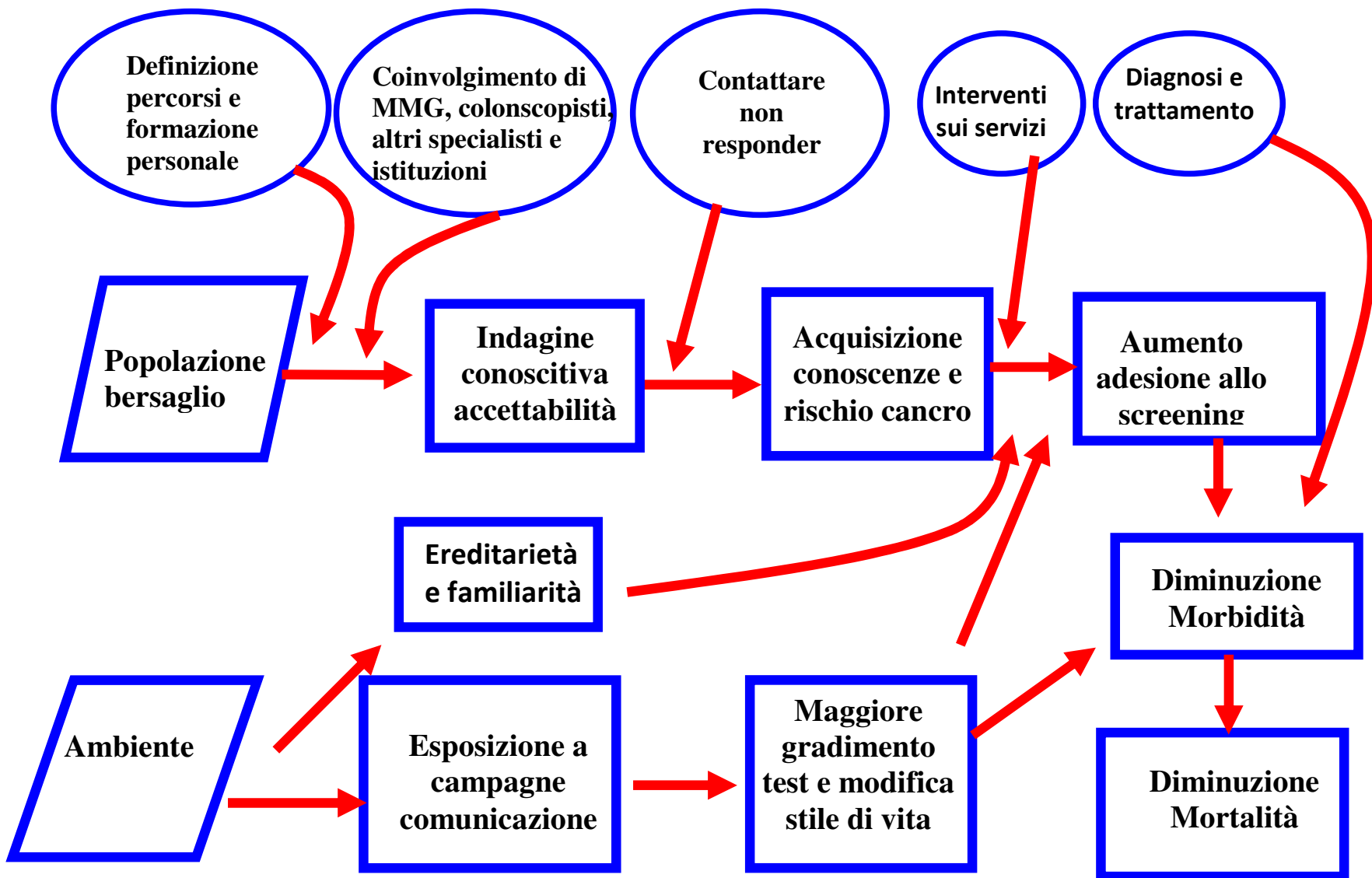
- 1) una ridefinizione del protocollo di screening che richiede una rimodulazione dei percorsi e la centralizzazione del test di I livello, con una accurata informazione/formazione del personale necessaria per la condivisione del modello organizzativo,
- 2) uno studio propedeutico al progetto complessivo che permetta la messa a punto di una serie di processi e metodologie che riguardano l'organizzazione delle attività, della strumentazione e dei materiali da utilizzare, il controllo della qualità, gli aspetti comunicativi, la modifica del software gestionale e l'analisi di una serie di parametri legati alla adesione della popolazione e al numero di persone invitate in colonscopia,
- 3) la presentazione e la condivisione del progetto con i medici di medicina generale, con gli endoscopisti e gli altri specialisti interessati (anche tramite coinvolgimento delle associazioni professionali di categoria),
- 4) la programmazione di una efficace ed innovativa campagna di comunicazione rivolta alla popolazione sul significato del rischio oncogeno,
- 5) l'informazione sui percorsi e sulle motivazioni che hanno indotto alla loro adozione particolarmente rivolta alle istituzioni regionali, nonché la presentazione dei risultati diretta ad un loro coinvolgimento sempre maggiore,
- 6) l'adozione di nuovi metodi di contatto e di recupero dei non-responder allo screening organizzato.

1. ANALISI DI CONTESTO



carcinoma colonretto

2. MODELLO LOGICO



Quadro logico

Obiettivi generali e specifici, risultati attesi, attività.

Riteniamo sia fondamentale per il Programma implementare l'offerta di screening e favorire l'adesione della popolazione con l'obiettivo di ottimizzare la copertura e la conseguente riduzione della mortalità per carcinoma del colonretto. Nel 2009 abbiamo raggiunto una copertura del 9,7% e ci proponiamo di portarla al 35% circa entro il 2012, tenendo conto delle difficoltà per la provincia di L'Aquila dovute al terremoto. Per realizzare il progetto, abbiamo distinto in 2 sottoprogetti, con i relativi obiettivi specifici:

- 1) *Innovazione nello screening mediante centralizzazione ed uso di metodi di reclutamento alternativi all'attuale percorso con il medico di medicina generale (mmg).*

L'attuale organizzazione che prevede l'esecuzione del test di 1° livello in 14 laboratori sarà ridotta a 4 laboratori, uno per provincia, con conseguenti vantaggi in termini di risorse umane e qualità. Parimenti, le attività di 2° livello endoscopico saranno coordinate in ogni provincia da un centro di riferimento che dovrà supportare la richiesta di prestazioni di screening, individuando anche servizi decentrati per favorire l'accesso dell'utenza, il più vicino possibile al proprio domicilio.

Saranno adottate strategie comunicative adeguate, tenendo in evidenza la necessità di una informazione corretta, semplice, accessibile, che eviti inutili ansie e osservi con attenzione l'effettiva comprensione delle informazioni fornite. La migliore strategia comunicativa deve coinvolgere gli operatori direttamente coinvolti nello screening (personale di front-office, patologi clinici, endoscopisti, istopatologi, ecc.) ed i medici di medicina generale, ricordando come spesso le stesse figure professionali coinvolte faticano a mantenersi aggiornate, anche perché stiamo vivendo momenti di grandi cambiamenti delle conoscenze e questo implica la diffusione di messaggi informativi talvolta imprecisi e spesso incoerenti.

Va ricordato come la comunicazione di un test medico positivo (FOBT, colonscopia o diagnosi istologica) rappresenti certamente un evento ansiogeno e come il livello di attenzione al messaggio informativo e la recettività stessa al counseling possano essere compromessi dall'ansia; spesso, al colloquio si giunge con una serie di informazioni già acquisite, magari scorrette e quasi sempre contrastanti e si è già orientati a valutazioni negative e pessimistiche: occorre cioè riqualificare il messaggio. Per questi motivi il progetto prevede la predisposizione di idoneo materiale informativo che sia scientificamente corretto, conciso e comprensibile per la popolazione, per gli stessi operatori e per i medici di medicina generale. L'obiettivo è quello di ottimizzare l'informazione eliminando i possibili punti di confusione e rendendo chiari i concetti espressi. Ad ogni lettera di invito per l'esecuzione del test sarà allegato un depliant informativo, redatto con termini semplici e facilmente comprensibili. La refertazione deve essere chiara e concisa. Devono essere indicate le metodiche d'esame utilizzate, l'esito del test ed una chiara indicazione sui tempi e sulle procedure da adottare come conseguenza del risultato dell'esame.

Lo screening ha il compito di garantire la migliore prestazione possibile alla persona invitata. Per fare questo è necessario che l'attività degli operatori che intervengono nelle varie fasi sia di qualità certificata. L'aggiornamento costante degli operatori è un punto rilevante sempre presente nella programmazione del Programma Regionale di Prevenzione. Corsi specifici condotti da Operatori di livello nazionale vanno regolarmente organizzati dal Comitato Regionale di Screening, aperti agli operatori regionali ed extraregionali. Oltre all'aggiornamento professionale la Verifica di Qualità (VdQ) rappresenta la metodica di controllo, aggiornamento e confronto di ogni fase di screening da adottarsi obbligatoriamente in tutti i centri regionali.

Obiettivo generale: aumento copertura del 10% al 31.12.2011 e ulteriore 15% al 31.12.2012, calcolato secondo metodo di calcolo ai fini LEA.

- 2) *Coinvolgimento della popolazione non aderente allo screening organizzato.* Attualmente una quota non conosciuta di soggetti provvede a sottoporsi spontaneamente al test di screening sia con il sangue occulto fecale che con la colonscopia.

L'azione specifica consiste nel contrastare questo fenomeno opportunistico, talvolta anche non istituzionale, sia mediante l'invio a domicilio del test per la ricerca del sangue occulto fecale con la lettera d'invito sia mediante l'adozione dei protocolli di inserimento nei percorsi di screening dei soggetti che si sottopongono spontaneamente.

Per valutare le possibilità di recupero dei non responder, abbiamo recentemente partecipato ad un innovativo Progetto multicentrico di ricerca (ASP Lazio, ISPO Firenze e ex-ASL Avezzano-Sulmona) finanziato dal CCM sul recupero dei non responder mediante invio del dispositivo di prelievo per FOBT a domicilio. Gli obiettivi per l'invio postale del FOBT sono minimizzare i costi e il carico di lavoro per i servizi evitando sprechi di provette per coloro che sappiamo avere alta probabilità di aderire; massimizzare l'adesione inviando il test a chi ha già rifiutato di aderire. L'invio postale del FOBT ha avuto un effetto significativo in Abruzzo sull'adesione come sollecito per i non rispondenti: in ogni realtà l'invio postale ha portato ad un moderato aumento dell'adesione, statisticamente significativo. Questo metodo può essere utilizzato per minimizzare i costi e il carico di lavoro dei servizi.

Obiettivo specifico 1: raggiungere 3.000 non responder al 31.12.2011 e 5.000 al 31.12.2012.

Indicatori e mezzi di verifica.

Ci proponiamo di aumentare la copertura del 25% circa biennale e cioè 10% al 31.12.2011 e un ulteriore 15% al 31.12.2012. Per il reclutamento sia tramite mmg che via postale utilizzeremo lo stesso dispositivo in uso. Saranno estratti dai nostri archivi gli elenchi dei non responder, distinti per singolo medico e per singola provincia; al 31.12.2011 vorremmo aver raggiunto 3.000 non responder e 5.000 al 31.12.2012. Il dato di partenza è desumibile dai registri attività

Analisi dei rischi e conseguenti assunzioni.

1- La mancanza di personale stabile rende precaria la gestione operativa sul territorio delle 4 ASL, tanto da rendere notevolmente problematico il mantenimento dell'attuale livello di lavoro ed il consolidamento dei principali indicatori di attività (numero degli inviti inviati, caricamento dati sul software Web, capacità di analisi dei singoli centri, tempi di refertazione e di risposta, etc.). L'Accordo Stato-Regione per il rientro economico impedisce di fatto perfino la gestione del *turnover del personale* (assenze per gravidanza, pensionamento, trasferimento, malattia), spesso operante in settori vitali per il progetto.

2- Ad aprile 2009, un devastante terremoto ha colpito la città dell'Aquila, la provincia e in parte le ASL confinanti: per l'intera provincia registriamo la perdita di ogni riferimento di indirizzo abitativo e/o recapito telefonico, con la popolazione distribuita nelle tendopoli e in abitazioni provvisorie, con conseguente impossibilità di gestire lo screening mediante lettera di invito.

Soluzioni proposte

1- La situazione economica impone una forte riconsiderazione delle spese e, soprattutto, dell'organizzazione regionale dello screening: come esposto nel cronoprogramma del PNP 2009, stiamo modificato l'attuale organizzazione, riducendo e accorpando le strutture operative aziendali da 6 a 4 su base provinciale, accentrando ulteriormente l'attuale organizzazione di laboratorio e colonscopia. Cercheremo così di ridurre i costi, stabilizzando la attuale capacità di lavoro (tempi di refertazione e di invio al 2° livello). Il Comitato Regionale pianificherà le nuove modalità organizzative, identificando i Centri di 1° e 2° livello e di diagnostica molecolare complementare.

2- Organizzeremo per le zone terremotate una unità mobile (per consegna e raccolta campioni), che operi presso le tendopoli e nei piccoli borghi circostanti il capoluogo. Tale unità sarà utilizzata, in collaborazione con lo screening del cervicocarcinoma, per prelievi di I livello e colposcopia.

3- L'utilizzo di nuove tecnologie permetterà un costante controllo e miglioramento di qualità, con un Progetto di formazione e VrQ in teleconferenza con telepatologia che permetta trasmissione audio e video in tempo reale su reti LAN WAN ed Internet (utilizzando microscopi digitali, strumenti di visione e fotografia per preparati istologici con visione diretta su monitor ad alta risoluzione, collegabili punto per punto), integrando e completando la rete regionale già esistente (fra i centri regionali, ma possibilmente anche con centri di altre regioni). Intendiamo stabilire cadenze fisse di collegamento per visionare e discutere insieme i vetrini proposti dai singoli centri, realizzando così un modello di verifica qualità e di confronto interregionale stabile.

carcinoma coloretale

3. QUADRO LOGICO

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione della mortalità per carcinoma del colon-retto	Aumento della copertura di popolazione	Copertura: +10% al 31.12.2011 +25% al 31.12.2012 calcolato come sistema di calcolo ai fini LEA	Piano di rientro Carenze personale Conoscenza screening Prevenzione individuale Stili di vita
Obiettivo specifico 1	Coinvolgimento della popolazione non aderente allo screening organizzato	Aumento dell'adesione all'invito	Copertura di popolazione Adesione percentuale all'invito differenziata per metodi di reclutamento (mmg e postale). Raggiungere nonresponder Dato partenza 0 3000 persone al 31.12.2011 5000 persone al 31.12.2012 come da registro attività	Coinvolgimento di mmg, endoscopisti e specialisti Rispetto indicazioni LG Comunicazione adeguata Carenze personale Coinvolgimento istituzioni Supporto amministrativo ASL Lentezza procedure ASL Scarso interesse vertici ASL
Risultati attesi	Aumento della copertura (non inferiore al 35%)	Valutazione della percentuale di copertura	Questionario di gradimento alla popolazione e agli operatori Gruppi focus	Coinvolgimento di endoscopisti e specialisti Unità di personale adeguato
Attività	Aggiornamento anagrafe residenti Formazione del personale Campagna comunicazione Rendicontazione risultati	Mezzi Risorse umane e strumentali Test di screening Servizi e consulenze Finanziamento annuale del progetto di screening	Costi Coperti con le attuali risorse assegnate allo screening	

Piano di valutazione

Coinvolgere i gruppi di interesse: Popolazione (analisi e demografia della popolazione, elaborazione di strumenti di comunicazione), associazioni, personale impiegato nello screening, associazioni o società scientifiche professionali e medici di medicina generale, politici e vertici delle ASL (rappresentarsi con le autorità istituzionali), media.

Chiarire il progetto: informazione e comunicazione individuale (depliant allegato all'invito, front-office) e a piccoli gruppi (incontri con la popolazione in collaborazione con assessorati alle politiche sociali e commissioni pari opportunità); comunicazione e condivisione con il personale dello screening (discussione, esplicitare motivazioni e condivisione di procedure standard).

Disegnare la valutazione: a) descrivere l'intervento e il suo ambiente in modo che utenti, politici e portatori di interesse in genere possano farsi un giudizio più informato del programma, delle motivazioni che hanno condotto ai percorsi e protocolli, dei relativi costi previsti e, non ultimo, del valore intrinseco delle scelte effettuate; b) relazionare sui risultati ottenuti, rendendo conto dei costi effettivamente sostenuti e delle modalità operative, realizzare la rendicontazione sociale; c) valutare se l'intervento ha seguito le procedure e/o soddisfatto le aspettative e gli obiettivi interni ed esterni (monitoraggio gestionale, controlli di qualità, audit clinici); d) valutare se sono rilevabili dei cambiamenti prodotti e/o se sono opportune modifiche dei percorsi (anche in itinere); e) verificare l'impatto delle procedure sull'organizzazione e sul personale (inclusa la verifica di un eventuale aumento di adesione da parte degli operatori e degli stakeholder coinvolti; f) verificare, ove possibile, i cambiamenti indotti sui beneficiari (adesione, copertura, livello di malattia diagnosticato).

Determinare i metodi di misura adeguati e le procedure: qualitativi (focus group, interviste in "profondità", costruzione di consenso, forum/gruppi di discussione) e quantitativi (interviste telefoniche e questionari, utilizzazione dei servizi, analisi dei dati statistici estraibili dal software, valutazione delle variazioni di adesione in diverse fasce di età, misure di malattia o mortalità).

Sviluppare un piano di lavoro, budget e cronoprogramma: la responsabilità della gestione e concreta realizzazione del programma è affidata al coordinamento aziendale ed al personale di supporto regionale; la predisposizione dei questionari e la calendarizzazione delle attività saranno programmate in accordo con il coordinatore regionale, prevedendo verifiche ed adeguamenti in corso d'opera. Dal finanziamento del progetto regionale di screening (quota ministeriale e quota di competenza regionale) sarà destinato un apposito budget per la realizzazione ed il monitoraggio della valutazione.

Raccogliere i dati secondo metodi e procedure identificate: il progetto regionale di screening della Regione Abruzzo dispone di una completa informatizzazione (software Winsap di gestione delle unità operative di Anatomia Patologica e Software Screening centralizzato su Web e funzionalmente collegato al Winsap) nel quale vengono inseriti i dati di screening in tempo reale e da cui possono essere estratte statistiche e dati di analisi dei risultati e delle attività.

Interpretare e diffondere i risultati: interpretare i risultati in rapporto agli obiettivi del progetto, adattare la comunicazione ai vari target, valutare le motivazioni dei possibili scostamenti dagli obiettivi intermedi e finali, validare la correttezza e la qualità dei risultati, diffondere adeguatamente i risultati.

Intraprendere le azioni necessarie: coinvolgere i gruppi di interesse; rivalutare periodicamente gli obiettivi e i risultati attesi iniziali, attuare effettivamente i cambiamenti programmati.

Macroarea: 3**Linea di intervento generale: *Tumori e Screening*****Obiettivo generale di salute del PNP 2010-2012:***Copertura di tutto il territorio regionale.***Titolo del Progetto:***Aumentare l'estensione del programma di screening del cancro della mammella, contrastare lo screening opportunistico, proponendo alternative***Contenuti del progetto.****Beneficiari e attori**

Il Programma di screening è unico per l'intera regione, con una estensione corretta del 43,2% (vedi rapporto 2009 ONS) ed interessa una popolazione bersaglio di 170.574 donne in età da screening 50-70 anni (dato ISTAT riferito al 2009). L'organizzazione regionale è centralizzata, diretta dal Coordinatore Regionale e dal Comitato Regionale di Screening. In ogni ASL sono stati istituiti quattro Comitati Provinciali, per la gestione decentrata. Il programma è articolato in Unità Operative che attualmente coincidono con le U.O. di Radiologia delle ASL dotate di attrezzature idonee per lo screening. La ex Asl di Chieti, capofila del progetto, è stata delegata alla gestione. Oltre al personale della Segreteria Centrale e al personale per i Controlli di Qualità sulle attrezzature, non esiste personale interamente dedicato allo Screening, in particolare il personale delle Unità Operative aderenti al programma è costituito dal personale dipendente delle ASL, parametrato per l'espletamento delle altre attività istituzionali.

Analisi di contesto

Si stima che ogni anno in Italia siano diagnosticati circa 38.000 nuovi casi di carcinoma della mammella con incidenza in crescita, mentre è dimostrata una riduzione della mortalità fino al 50% nelle donne che partecipano a programmi di prevenzione basati sulla sola mammografia di screening eseguita ogni due anni.

Lo screening è stato riconosciuto come LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) nella Legge finanziaria del 2001.

In Abruzzo si registrano più di 100 decessi all'anno (dati ISTAT 2007) per tumore della mammella. Il programma regionale di screening è attivo dal novembre 1998. In conseguenza delle precedenti carenze di offerta preventiva, abbiamo riscontrato al 31 dicembre 2009 un numero di neoplasie pari a 566 carcinomi su 177.850 mammografie (4/1000).

Fermo restando la priorità di assicurare la qualità e la continuità dello screening biennale nella fascia di età 50-70 anni (storicamente il programma di Screening Mammografico della Regione Abruzzo supera di un anno la fascia di età prevista dalle linee guida), è necessario prendere in considerazione sia l'accesso spontaneo delle donne tra 45 e i 49 anni, sia l'estensione dello screening alla fascia di età 71-74 anni.

Il programma di screening è unico per l'intera regione, a gestione organizzativa centrale ed articolato in 19 Unità Operative di cui 18 localizzate in gli ospedali pubblici e di 1 distretto sanitario di base. Tali Unità Operative sono nella quasi totalità dotate di mammografi digitali o mammografi analogici digitalizzati con sistemi CR. Tutte le attrezzature vengono sottoposte a periodicamente al Programma di Garanzia della Qualità, al fine di uniformare gli standard e ottimizzare la dose erogata alla popolazione. Per gli esami di 1° livello la Segreteria Centrale invia un invito scritto alla popolazione femminile in età di screening, mentre gli esami di 2° livello sono gestiti direttamente dalle U.O.. L'adesione grezza nel 2009 pari al 51,52%, raggiunge lo standard accettabile di riferimento del GISMa. Su una popolazione residente di circa 1.233.000 unità su 305 comuni, la

popolazione obiettivo è di 170.574 unità su cui è stata ottenuta, al 31.12.2009, una estensione teorica del 67,4% con il coinvolgimento di 202 comuni.

A partire da luglio 2010 l'attività delle Unità Operative è in graduale ripresa dopo un periodo di circa sei mesi di blocco dell'attività. Tale ripresa attualmente è caratterizzata dall'effettuazione in orario istituzionale da parte degli operatori di diverse Unità Operative di un numero limitato di esami (circa il 30%) rispetto a quanto necessario per consentire alle donne tra i 50 e i 70 anni di eseguire l'esame.

La mancanza di un Registro Tumori Regionale limita fortemente le conoscenze epidemiologiche della malattia sul territorio regionale e non consente una adeguata valutazione dell'impatto e delle ricadute sulla popolazione del programma di Screening.

Modello logico

Nuovo obiettivo è l'innovazione dello screening della mammella mediante:

- monitoraggio e valutazione in continuo delle evidenze scientifiche emergenti per l'utilizzo di innovazioni tecnologiche quali RM (Risonanza Magnetica), CAD (Computer-Aided Detection) e Sonoelastografia;
- definizione di percorsi articolati per rischio individuale (familiarità ed ereditarietà, terapia ormonale sostitutiva).

La realizzazione del Progetto passa per

- 1) Ripresa dell'attività nelle Unità Operative con il raggiungimento di una copertura del territorio regionale pari ad almeno il 90%;
- 2) incremento del tasso di adesione;
- 3) identificazione delle Unità Operative di riferimento provinciale;
- 4) informatizzazione della cartella clinica;
- 5) elaborazione e adozione di percorsi e protocolli di screening per le fasce di età 45-49 e 71-74.
- 6) estensione del programma alle fasce di età 71-74 anni;
- 7) *l'istituzione del Registro Regionale di Patologia* per disporre di una corretta valutazione epidemiologica dell'incidenza della patologia.

1. ANALISI DI CONTESTO

Screening mammografico

AMBIENTE SOCIALE
 Disoccupazione
 Precarietà del lavoro
 Normativa
 Crisi economica
 Difficoltà economiche
 Caratteristiche socio-economiche del territorio

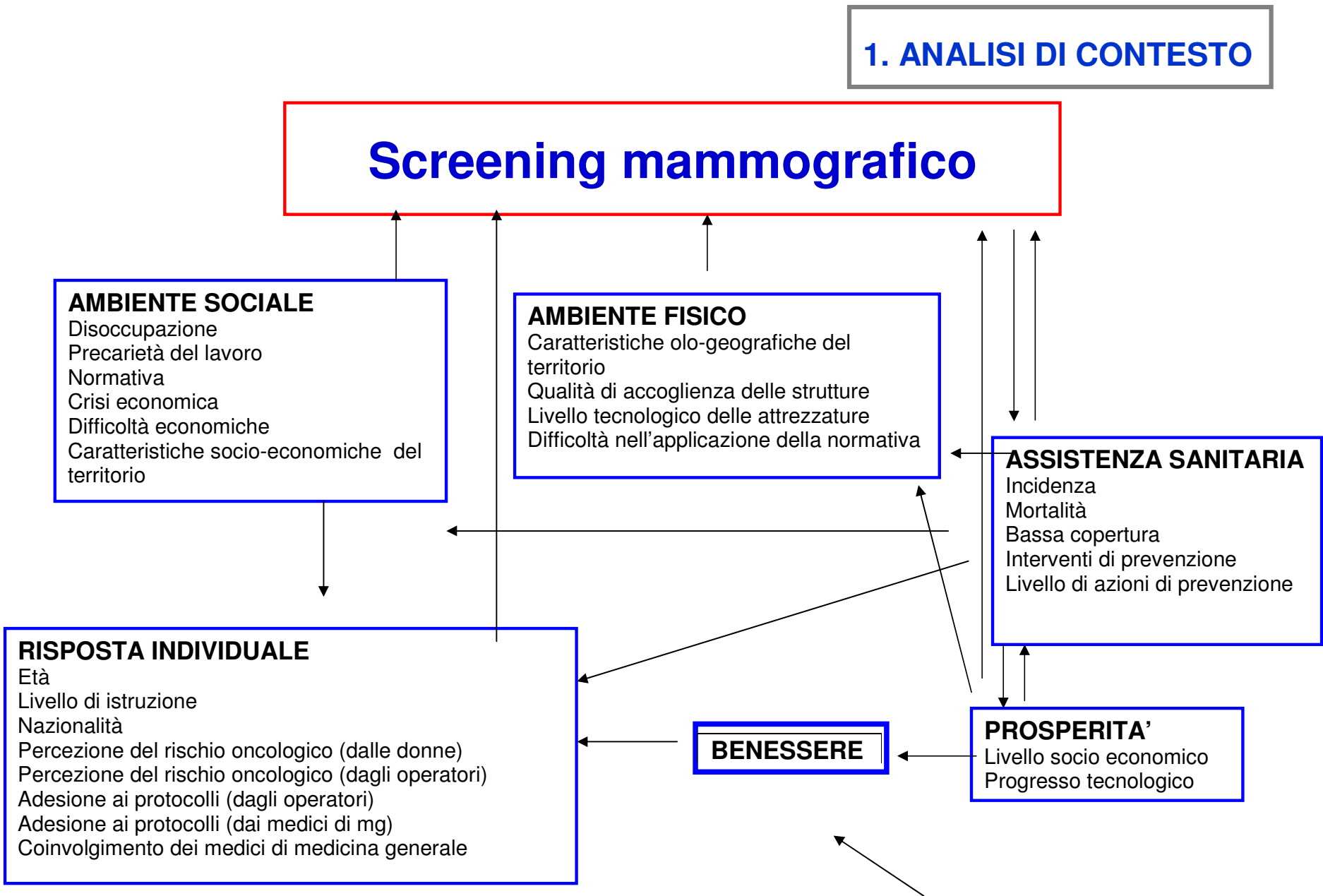
AMBIENTE FISICO
 Caratteristiche olo-geografiche del territorio
 Qualità di accoglienza delle strutture
 Livello tecnologico delle attrezzature
 Difficoltà nell'applicazione della normativa

ASSISTENZA SANITARIA
 Incidenza
 Mortalità
 Bassa copertura
 Interventi di prevenzione
 Livello di azioni di prevenzione

RISPOSTA INDIVIDUALE
 Età
 Livello di istruzione
 Nazionalità
 Percezione del rischio oncologico (dalle donne)
 Percezione del rischio oncologico (dagli operatori)
 Adesione ai protocolli (dagli operatori)
 Adesione ai protocolli (dai medici di mg)
 Coinvolgimento dei medici di medicina generale

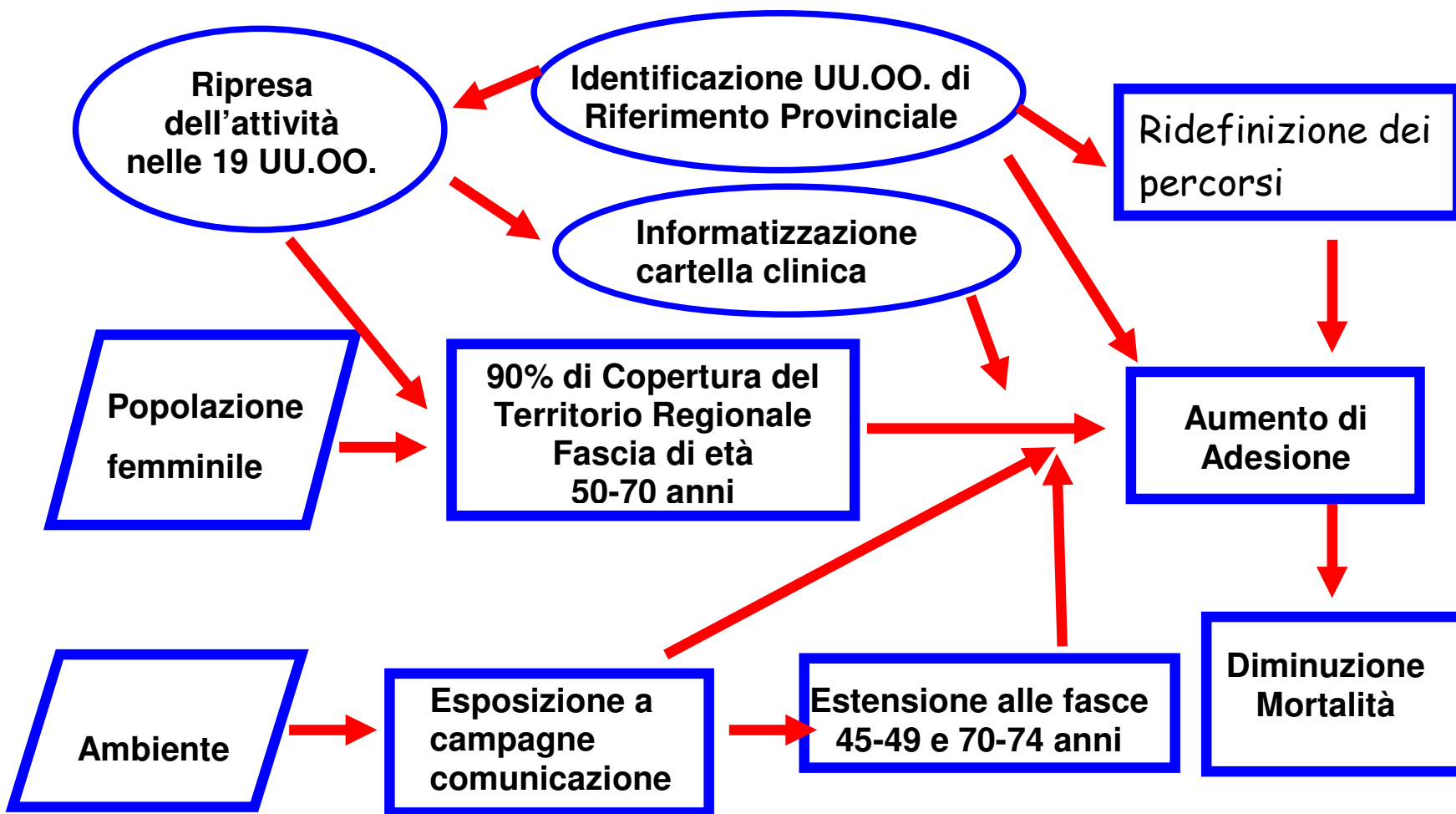
BENESSERE

PROSPERITA'
 Livello socio economico
 Progresso tecnologico



Screening mammografico

2. MODELLO LOGICO



Quadro logico

Obiettivi generali e specifici, risultati attesi, attività.

1. Obiettivo prioritario del programma è la ripresa e l'implementazione dell'attività, partendo dai dati del 2009, ove si è registrata una estensione teorica del 67,4%, per arrivare nel 2012 ad una estensione pari ad almeno il 90% sul territorio regionale. L'adesione nel 2009 è stata pari al 51,52%. La percentuale di reinviati entro il periodo previsto (24 mesi) è riconosciuta nelle Linee Guida un indice di efficienza e di efficacia del programma.
Per poter incrementare l'attività saranno avviate procedure per l'esecuzione degli esami mammografici con ricorso a meccanismi incentivanti per il personale ed esternalizzazione dell'attività mediante l'impiego di unità mobile per alcune aree del territorio regionale non aggregate a nessuna Unità Operativa.
2. Finora lo screening mammografico è stato realizzato mediante un programma organizzato che consisteva in un percorso pianificato per le donne dai 50 ai 70 anni (popolazione target). Tale percorso ha sempre sinora sempre avuto inizio con un invito scritto inviato a mezzo posta.
Il secondo obiettivo è l'estensione del programma di screening alle donne nella fascia di età 45-49 come già sperimentato in altre realtà, dando garanzie sulle modalità di accesso, sull'integrazione e ottimizzazione dei percorsi e sul costante monitoraggio degli interventi diagnostico-terapeutici. Sarà necessario redigere delle linee guida per definire le modalità di accesso (inclusa la presentazione spontanea), i tempi dei richiami all'esame di screening (12 mesi?) e l'integrazione con l'esame ecografico e sonoelastografia per i "seni densi".
3. Il programma di screening mammografico della Regione Abruzzo storicamente si rivolge alle donne dai 50 ai 70 anni, superando già di fatto il limite dei 69 anni raccomandato nelle Linee Guida nazionali ed europee. Terzo obiettivo è l'estensione del programma alle donne dai 71 ai 74 anni, che abbiano già aderito ai precedenti passaggi di screening garantendo un prolungamento della copertura del rischio fino ai 74 anni.
4. *Istituzione del Registro Regionale di Patologia:* Non esistono, al momento, dati regionali attendibili sulla mortalità per tumore della mammella, che sia possibile desumere da registri tumori, assenti nella regione. Con il supporto dell' AIRTUM, cercheremo di realizzare in circa 3 anni un registro di patologia, nella convinzione che in un secondo tempo possa essere completato a vero e proprio registro regionale tumori. L'informatizzazione degli archivi di tutte le U.O. di Anatomia Patologica e la possibilità di connessione con le Unità Operative di screening e con la Segreteria Centrale, ci permetterà di poter elaborare i dati degli archivi e valutare con maggiore precisione l'incidenza del carcinoma della mammella e la mortalità conseguente in Abruzzo.

Indicatori e mezzi di verifica.

Ci proponiamo di mantenere il livello di aumento della copertura di circa il 10% nel 2011 e di ulteriore 10% al 31.12.2012 (Fonti:LEA). Alla stessa data ci proponiamo di raggiungere un aumento di inviti almeno del 60%.(Fonti:registro attività)

Dal gennaio 2011 sarà costituito un gruppo di studio per redigere le linee guida con la definizione delle modalità di accesso, ottimizzazione dei percorsi e monitoraggio degli interventi diagnostico-terapeutici nella fascia di età 45-49 anni, prevedendo, come raccomandato nel Documento di Consenso del GISMa (2006), un esame mammografico annuale ed un tasso di approfondimento molto più elevato. Occorre tener conto infatti che in questa fascia di età la mammografia ha una minore efficacia, dovuta alla minore incidenza della malattia, ai limiti intrinseci del test determinati dalla maggiore densità radiologica del seno e da un più elevato tasso di carcinomi di intervallo.

Parimenti, lo stesso gruppo di lavoro si occuperà delle linee guida per l'estensione del programma alle donne dai 71 ai 74 anni, che abbiano già aderito ai precedenti passaggi di screening garantendo un prolungamento della copertura del rischio fino ai 74 anni.

Analisi dei rischi e conseguenti assunzioni.

1- Occorre tener presente che lo Screening Mammografico, non avendo personale tecnico e medico dedicato, viene effettuato dal personale delle Radiologie delle ASL, e che il suddetto personale è parametrato in ragione delle altre necessità assistenziali, tenuto conto che sino al 2009 lo Screening veniva effettuato su base volontaria e con incentivi.

La carenza di personale tecnico e medico nelle Radiologie ha reso precaria la gestione operativa sul territorio, tanto da aver causato la sospensione del programma dal 01 gennaio 2010 e soltanto da luglio 2010 è stato possibile riavviare parzialmente l'attività presso alcune Unità Operative. Peraltro l'Accordo Stato-Regione per il rientro economico impedisce di fatto perfino la gestione del *turnover del personale* (assenze per gravidanza, pensionamento, trasferimento, malattia).

2- Ad aprile 2009, un devastante terremoto ha colpito la città di L'Aquila, la provincia e in parte le ASL confinanti. Da tale data per l'intera provincia registriamo una serie problemi per la gestione degli inviti ed il riavvio delle attività.

3- Per il programma di screening della mammella, fondamentale è la costante innovazione tecnologica mediante il monitoraggio e la valutazione in continuo delle evidenze scientifiche emergenti per l'utilizzo di innovazioni tecnologiche quali RM (Risonanza Magnetica), CAD (Computer-Aided Detection) e Sonoelastografia. E' necessario pertanto il completamento del progetto di digitalizzazione delle immagini mammografiche e l'acquisizione di ecografi in sostituzione degli attuali per lo più obsoleti o insufficienti per la gestione delle attività di 2° livello.

Soluzioni proposte

1- La situazione economica impone una forte riconsiderazione delle spese e, soprattutto, dell'organizzazione regionale dello screening: come esposto nel cronoprogramma del PNP 2009. Il Comitato Regionale identificherà le Unità Operative di riferimento provinciale per l'effettuazione delle procedure interventistiche di 2° livello più complesse (biopsie stereotassiche e mammotome). Occorre inoltre *procedere ad un accorpamento delle letture dei test di 1° livello* al fine di superare le carenze del personale medico e a garanzia di una migliore affidabilità diagnostica. Ciò sarà possibile allorché saranno disponibili i RIS-PACS aziendali, che le ASL regionali hanno pianificato e che già la ASL di Teramo ha in corso di acquisizione, essendo già stata avviata la relativa gara.

2- Per alcuni comuni del territorio regionale, non ricompresi tra quelli aggregati alle 19 UU.OO. di screening, è stata prevista già per la fine del 2010 la *esternalizzazione dell'attività di screening*, mediante l'utilizzo di unità mobile per l'esecuzione degli esami di 1° livello.

3- E' in previsione il *completamento della digitalizzazione dei mammografi analogici*, ancora in dotazione presso molte UU.OO., con l'acquisizione di Workstation per la visualizzazione e refertazione delle immagini prodotte, come previsto nel progetto per le criticità di cui attualmente è disponibile la prima trince di finanziamento ed è in fase di avvio la relativa procedura di gara. Parimenti sono disponibili fondi per l'acquisto di ecografi dotati di sonoelastografia per il miglioramento degli esami di 2° livello.

Screening mammografico

3. QUADRO LOGICO

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella	Aumento della copertura di popolazione	Aum.estensione 10% al 31.12.2011 10% al 31.12.2012 Calc. secondo LEA dato part. LEA 2012	Piano di rientro Carenze personale Prevenzione individuale Innovazione tecnologica
Obiettivo specifico 1	Riattivazione dell'attività nelle Unità Operative e esternalizzazione del servizio con mezzi mobili	Aumento degli inviti	Perc. di inv. non inf. al 60% Fonte:reg. attività Dato part. Registro al 31.12.2010	Adesione donne Coinvolgimento mmg Lentezza procedure ASL
Obiettivo specifico 2	Linee guida per l'estensione del programma alle fasce di età 45-49 e 71-74 anni.	Produzione dei documenti	Approvazione formale del Comitato Tecnico	Supporto amministrativo carente
Obiettivo specifico 3	Istituzione del Registro di Patologia Regionale	Incidenza regionale tumori	Certificazione AIRTUM in 3 anni	Reperimento dei dati Carenze personale Privacy Scarsa collaborazione dei patologi
Risultati attesi	Aumento dell'estensione (non inferiore al 90%)	Valutazione della percentuale di copertura Verifica % adesione	Questionario di gradimento alle donne, agli operatori ed a mmg	Carenza di personale Carenze economiche Innovazione tecnologica
Attività	Riorganizzazione percorsi Formazione del personale Campagna di comunicazione Aggiornamento anagrafe Rendicontazione risultati	Mezzi Risorse umane e strumentali Test, Servizi e consulenze Finanziamento annuale del progetto di screening	Costi Coperti con le attuali risorse assegnate allo screening	

1) REGIONE : **ABRUZZO**

2) Titolo del Progetto: **Ridurre il rischio cardiovascolare attraverso la definizione e standardizzazione di percorsi integrati per l'ipertensione arteriosa**

3) Identificativo della Linea di intervento generale : **3.2.1**

4) Numero identificativo del progetto all'interno del Piano Operativo Regionale: **3.2.1.1**

5) Breve descrizione dell'intervento programmato:

L'ipertensione arteriosa è una patologia che colpisce nel mondo circa 1,5 miliardi di individui, di cui il 47% esposta a cardiopatia ischemica e il 54% a ictus cerebrale con un costo di vite umane annuale del 13%. Sono questi i dati allarmanti resi noti dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms).

È una condizione quasi completamente asintomatica, che nel mondo anglosassone ha portato alla definizione di "silent killer".

Il suo riconoscimento è legato, infatti, non tanto ad una richiesta di intervento medico da parte del paziente per la presenza di disturbi, ma di solito ad un controllo occasionale che viene effettuato dal medico, dal paziente stesso, o da altro personale sanitario o parasanitario. È quindi importante che vi sia una cultura medica ed un'educazione sanitaria orientate verso un controllo periodico della pressione arteriosa in tutta la popolazione.

Una raccomandazione di questo tipo è ancora più necessaria alla luce dei dati epidemiologici a disposizione che evidenziano una realtà assai sconcertante: anche nei paesi più sviluppati per le condizioni socio-sanitarie si stima che solo poco più di un terzo del totale dei soggetti ipertesi viene correttamente diagnosticato come tale e trattato in maniera idonea. Tutto questo avviene nonostante la diagnosi di ipertensione arteriosa sia obiettivamente fra le più semplici da effettuare in medicina; perciò è soltanto la mancanza di un piano di controlli regolari che determina questa mancata diagnosi nella maggior parte della popolazione.

Nella rivista *Annals of Internal Medicine* del 2007 è pubblicata un'interessante dichiarazione di una *Task Force* dei servizi di prevenzione degli Stati Uniti, le cui argomentazioni a prima vista possono risultare scontate, ma la necessità di una riconferma ed un richiamo ad un corretto riconoscimento ed inquadramento dei pazienti con ipertensione arteriosa è oggi quanto mai necessaria ed opportuna. La dichiarazione riafferma la raccomandazione per uno screening regolare dell'ipertensione arteriosa nella popolazione giovane, adulta e anziana, sottolineandone gli enormi vantaggi nella prevenzione di eventi patologici gravi, come ictus, sindromi coronariche acute, insufficienza renale e morte prematura; ne delinea, inoltre, le corrette modalità e tempi di attuazione. La diagnosi certa di ipertensione arteriosa va fatta solo dopo il riscontro di almeno due o più rilievi di pressione arteriosa sistolica uguale o superiore a 140 mmHg e/o di diastolica uguale o superiore a 90 mmHg in almeno due differenti visite in uno o più settimane. Si raccomanda un controllo almeno ogni due anni in soggetti con pressione di 120/80 mmHg o inferiore ed ogni anno in quelli con pressione compresa tra 120 e 139 mmHg di sistolica e 80-90 mmHg di diastolica. La raccomandazione di uno screening dell'elevata pressione arteriosa in tutti i soggetti di età superiore a 18 anni viene definita dalla *Task Force* una raccomandazione di grado A (poiché esiste la certezza di un suo certo e significativo beneficio in assenza di rischi o danno potenziale), con un elevato livello di evidenza (molti studi ben disegnati e ben condotti riportano infatti l'alto grado di beneficio nella prevenzione primaria di malattia vascolare nella popolazione generale). Viene riaffermato che il trattamento, sia farmacologico che non farmacologico (restrizione di sodio nella dieta, supplementazione di potassio, incremento dell'attività fisica, perdita di peso, riduzione dello stress, diminuzione dell'assunzione di alcolici, se in eccesso) è efficace non soltanto nel ridurre i valori di pressione arteriosa ma anche nel ridurre sensibilmente il profilo di rischio cardiovascolare e cerebrovascolare. Inoltre, quando indicata, deve essere presa in considerazione la prescrizione di aspirina nei soggetti ipertesi con rischio cardiovascolare elevato.

L'attuazione del progetto mirerà a migliorare l'intervento di ogni operatore sanitario nel rapporto con la persona che assiste teso a ridurre il rischio cardiovascolare. La prevenzione individuale si baserà soprattutto nella diffusione più ampia possibile della misurazione della P.A. volta a recuperare segmenti

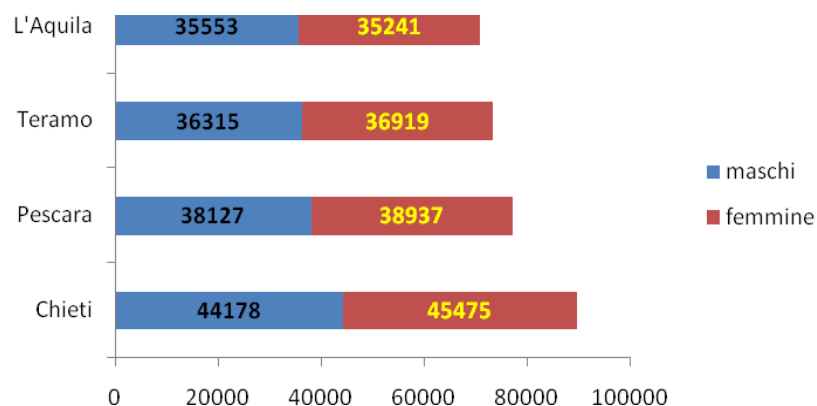
di popolazione che ancora sfuggono ad una diagnosi precoce di ipertensione arteriosa e al loro trattamento efficace attraverso percorsi integrati realizzabili sul territorio.

Il target al quale sarà indirizzata l'azione progettuale è costituito dalla popolazione abruzzese di età compresa fra 35 e 49 anni di entrambi i sessi (al 1° Gennaio 2010: **310.745**)

Considerata l'esistenza di un'ampia letteratura riportata nella tabella dell'evidence, che considera fortemente raccomandata la collaborazione delle farmacie del territorio con il Medico di Medicina Generale per implementare il management dell'ipertensione arteriosa, il progetto si baserà soprattutto sulla collaborazione dei farmacisti per promuovere una diagnosi precoce di ipertensione arteriosa e del trattamento adeguato attraverso l'inserimento de paziente in un percorso integrato e per collaborare nell'attuazione di pratiche di counselling che possano orientare e promuovere nell'assistito la scelta dei comportamenti più adatti per favorire un adeguato controllo dei parametri pressori.

Inoltre saranno attivate procedure simili di collaborazione con i Medici Competenti, considerato che la popolazione target rientra pienamente nella fascia produttiva e quindi facilmente reperibile nei posti di lavoro.

Popolazione abruzzese compresa fra 35 e 49 anni al 1° Gennaio 2010 (ISTAT)



Dai dati Istat dell'anno 2007 relativi alla mortalità per malattie del sistema circolatorio si evince chiaramente che nel nostro paese le malattie del sistema circolatorio rappresentano ancora la principale causa di morte, essendo responsabili del 39,1% di tutti i decessi. In particolare la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 33,4% di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto con il 27,4%, dopo i tumori.

Gli stessi dati dell'anno 2007 mostrano come in Abruzzo la mortalità per le malattie del sistema circolatorio sia superiore al dato nazionale rappresentando il 41,4% di tutti i decessi pari ad un numero di morti di 5654 persone. (tabella 2)

Tab. 2 - Mortalità per MCV (Istat Anno 2007)

Malattia	n. decessi /anno M + F		n.decessi/anno Maschi		n.decessi/anno Femmine		% sul totale dei decessi		totale dei decessi	
	ABRUZZO	ITALIA	ABRUZZO	ITALIA	ABRUZZO	ITALIA	ABRUZZO	ITALIA	ABRUZZO	ITALIA
Malattie del sist.circolatorio	5.654	224.311	2.527	97.366	3.127	126.945	41,4	39,1	13.655	572.881
Malattie ischemiche del cuore	1.856	75.119	968	37.712	888	37.407	32,8	33,4		
Malattie cerebrovascolari	1.562	61.577	650	24.135	912	37.442	27,6	27,4		

I principali fattori di rischio che agiscono nella genesi delle malattie cardiovascolari, ben noti ormai secondo l'evidenza scientifica, vengono riportati nella tabella che segue del WHO.

Sette principali fattori di rischio sono responsabili di circa il 70% dei decessi

Decessi		DALY	
1. Ipertensione	22%	1. Tabacco	12%
2. Tabacco	19%	2. Ipertensione	9%
3. Colesterolo elevato	11%	3. Sovrappeso, obesità	8%
4. Sovrappeso, obesità	10%	4. Alcol	6%
5. Inattività fisica	5%	5. Colesterolo elevato	6%
6. Poca frutta e vegetali	3.5%	6. Inattività fisica	3%
7. Alcol	0.6%	7. Poca frutta e vegetali	2%

(source: WHO)

Come si evince dalla tabella, l'ipertensione arteriosa occupa il primo posto tra i fattori di rischio coinvolti nella genesi delle malattie cardiovascolari e a tal proposito i dati forniti dal sistema PASSI (2008) per l'Abruzzo e inerenti la popolazione ci indicano che:

IPERTENSIONE

In Abruzzo l'81% degli intervistati di età compresa tra 35 e 49 anni (PASSI 2008) riferisce di aver avuto la misurazione della pressione arteriosa (PA) negli ultimi 2 anni e tra questi il 13,9 % riferisce di aver avuto la diagnosi di ipertensione arteriosa.

Considerando invece la popolazione di età compresa tra 18 e 69 anni la prevalenza dei soggetti con diagnosi di ipertensione arteriosa cresce al 21% ,e di questi:

- il 76% è in trattamento farmacologico;
- il 90% ha ricevuto dal proprio medico il consiglio di ridurre il sale nella dieta;
- l'80% ha ricevuto dal proprio medico il consiglio di tenere il peso sotto controllo;
- l'81% ha ricevuto dal proprio medico il consiglio di svolgere un attività fisica regolare

L'ipertensione arteriosa, inoltre, risulta essere maggiormente diffusa al crescere dell'età (40% nella fascia 50-69aa), ed è analogamente più estesa sia nelle persone di livello d'istruzione molto basso, sia nelle persone con difficoltà economiche e sia nelle persone in eccesso ponderale.

Nella sottostante tabella sono riportati i dati relativi alla prevalenza di ipertesi in Abruzzo secondo L'ISTAT (2005), il PSR Abruzzo 2008-2010 e lo studio PASSI (2008). Le cifre riportate mostrano per l' ipertensione arteriosa un trend sicuramente in aumento.

Quanti sono gli **ipertesi** in Abruzzo – PA sistolica \geq 160 mmHg o PA diastolica \geq 95 mmHg o in terapia

Fonte	Popolazione di riferimento	% stima	n. stimato
ISTAT (2005)	Popolazione generale	12,8%	166.000
PSR Abruzzo 2008-2010	Popolazione generale	oltre 16%	oltre 200.000
PASSI 2008	Campione su popolazione 18-69 aa	21%	--
PASSI 2008	Campione su popolazione 35-49 aa	13,9%	--

DESTINATARI

- Popolazione di età compresa tra 35 e 49 anni di entrambi i sessi.

DESTINATARI INTERMEDI: Medici di Medicina Generale, Medici Competenti del territorio e Farmacisti.

OBIETTIVI

- Diagnosticare precocemente casi di ipertensione arteriosa e fornire un trattamento efficace attraverso percorsi integrati realizzabili sul territorio, nella popolazione di età compresa tra 35 e 49 anni di entrambi i sessi.
- Stima, per i pazienti a rischio individuati, del valore della P.A. e successivo trattamento farmacologico e/o non farmacologico dei fattori di rischio attraverso pratiche di counselling.
- Prevenire l'adozione di comportamenti a rischio per quanto concerne la patologia ipertensiva arteriosa.
- Incrementare pratiche di management dell'ipertensione.

Obiettivi Specifici

- Fornire informazioni e conoscenze corrette sugli stili di vita a rischio per la patologia ipertensiva e per il rischio cardiovascolare .
- Rafforzamento delle abilità e delle competenze necessarie, in relazione alla patologia ipertensiva, per favorire l'adozione di stili di vita non a rischio per lo sviluppo di patologie cardiovascolari

METODO E STRUMENTI

Il progetto, unitamente ad un'adeguata opera di formazione/informazione svolta nei confronti dei portatori d'interesse (farmacisti, medici competenti, MMG) si propone di effettuare una comunicazione, tramite lettera "ad personam", a tutta la popolazione di età compresa tra 35 e 49 anni con l'obiettivo di incentivare il controllo dei parametri pressori.

Congiuntamente alla lettera esplicativa il soggetto destinatario riceverà un "voucher" che gli darà diritto ad una valutazione gratuita della P.A. presso una delle farmacie del territorio comunale di residenza.

Qualora il farmacista dovesse rilevare dei valori a rischio (P.A. sistolica ≥ 140 mmHg o P.A. diastolica ≥ 90 mmHg) provvederà a compilare un semplice modulo con il quale inviare il paziente al proprio medico di famiglia per gli eventuali accertamenti e le eventuali cure del caso.

Sul modulo che verrà consegnato al paziente il farmacista annoterà:

- i valori di P.A. rilevati
- l'indice di massa corporea (BMI) del soggetto
- breve anamnesi sull'abitudine al fumo
- breve anamnesi sulla familiarità della patologia ipertensiva.
- breve anamnesi sulla patologia diabetica

Contestualmente il farmacista consegnerà al paziente anche un depliant informativo contenente i principali suggerimenti riguardanti i corretti stili di vita connessi ad un miglior controllo dei valori di P.A. e contenente una sezione riservata ad un piccolo diario su cui annotare la data dei successivi controlli da effettuare nel tempo.

Parimenti anche i medici competenti del territorio, nel corso dei loro controlli ai lavoratori, qualora dovessero riscontrare parametri pressori ritenuti a rischio, provvederanno alla compilazione di un analogo modulo con cui inviare il soggetto al proprio medico di famiglia per i provvedimenti più opportuni.

Il medico di medicina generale, nel ricevere il paziente e nell'apprendere quanto riportato sul modulo, provvederà ad effettuare gli accertamenti necessari e a prescrivere le eventuali terapie considerate più idonee, unitamente a pratiche di counselling che possano orientare e promuovere nell'assistito la scelta dei comportamenti più adatti per favorire un adeguato controllo dei parametri pressori.

Il voucher che arriverà al paziente è concepito in maniera tale che una parte di esso sarà trattenuta dal farmacista a riprova dell'avvenuto controllo della P.A. in farmacia e un'altra parte invece rimarrà al paziente in modo che egli, una volta recatosi dal proprio medico e dopo avervi fatto apporre il timbro e la firma dal medico stesso, lo riconsegnerà alla farmacia.

Il MMG avrà inoltre la possibilità di inviare ad apposite unità operative situate all'interno dei reparti di Cardiologia dei P.O. del territorio regionale tutti quei pazienti che, giudicati non responder alle terapie e individuati attraverso linee guida che verranno ampiamente definite durante i corsi di formazione, siano ritenuti bisognosi di un'ulteriore integrazione del percorso diagnostico-terapeutico.

Il coordinamento regionale del progetto sarà espletato da un comitato tecnico-organizzativo che prevede la partecipazione a titolo gratuito delle seguenti figure istituzionali e professionali:

1. Dirigente del Servizio di Prevenzione Collettiva della Regione Abruzzo
2. Gli estensori del progetto
3. I Direttori dei Servizi IESP delle 4 ASL Abruzzesi
4. I responsabili regionali dei Sindacati rappresentativi dei MMG
5. Un rappresentante di Federfarma
6. Un rappresentante delle unità operative di Cardiologia per ogni ASL

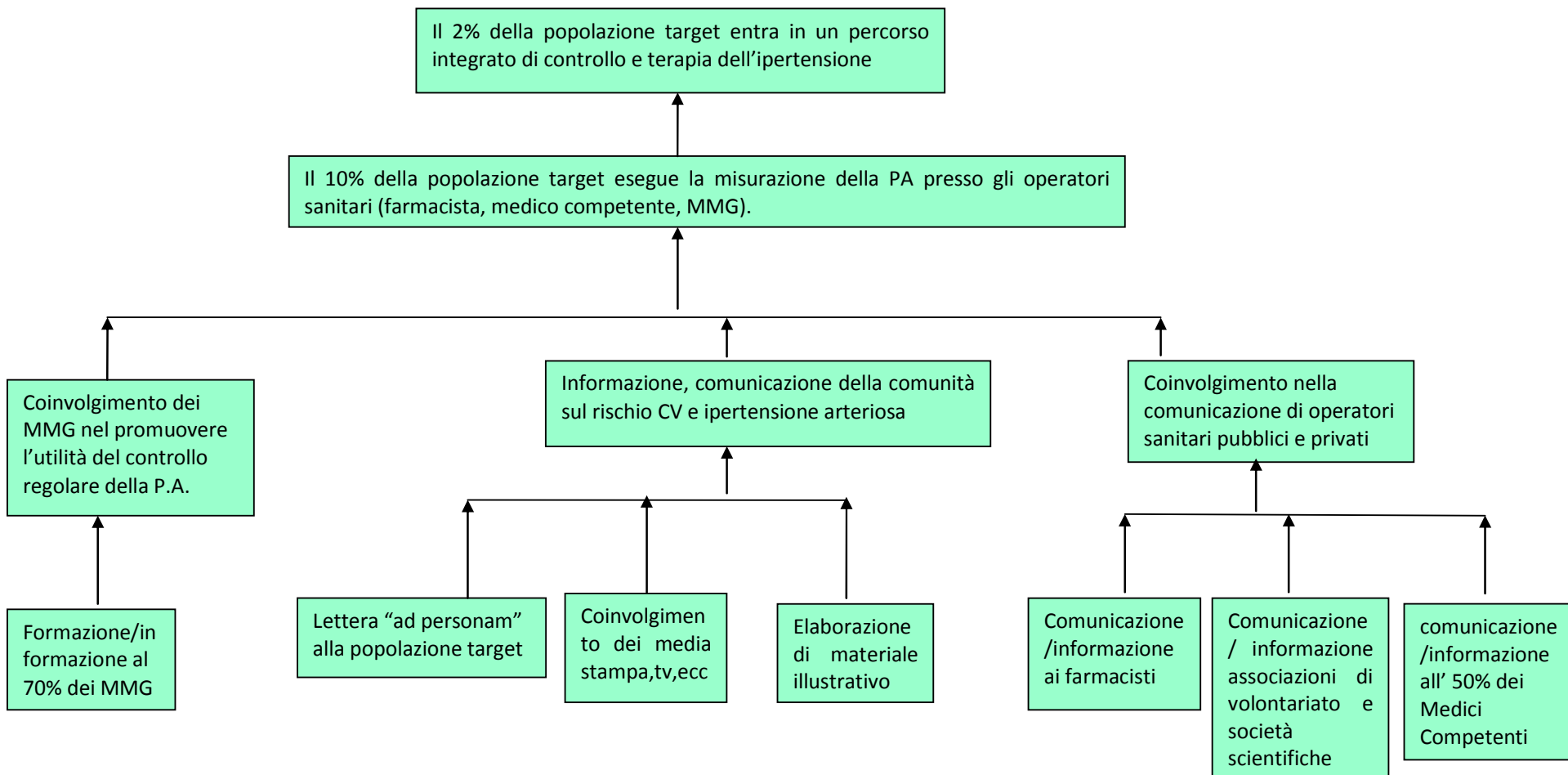
La gestione del progetto a livello di ogni singola ASL è affidata ad un comitato aziendale che prevede nella sua costituzione la partecipazione a titolo gratuito dei componenti dell'Azienda stessa presenti nel comitato tecnico-organizzativo regionale e aperto alla partecipazione (sempre a titolo gratuito) di altre figure istituzionali e professionali eventualmente nominate dal direttore generale dell'Azienda.

Il progetto è stato predisposto seguendo i dettami del Project Cycle Management (PCM) pertanto il rationale dell'intervento, gli scopi generali che esso si propone, le fasi in cui si articola, le attività di cui si compone, gli attori e gli altri eventuali portatori di interesse coinvolti nonché le eventuali criticità che potrebbero influire sulla sua realizzazione e sui suoi esiti vengono descritti facendo uso degli strumenti previsti dal PCM:

- Albero degli obiettivi,
- Modello Logico,
- Quadro Logico,
- Analisi dei Rischi con Algoritmo

di seguito riportati :

ALBERO DEGLI OBIETTIVI – RISCHIO CV e Ipertensione



ALBERO DEGLI OBIETTIVI

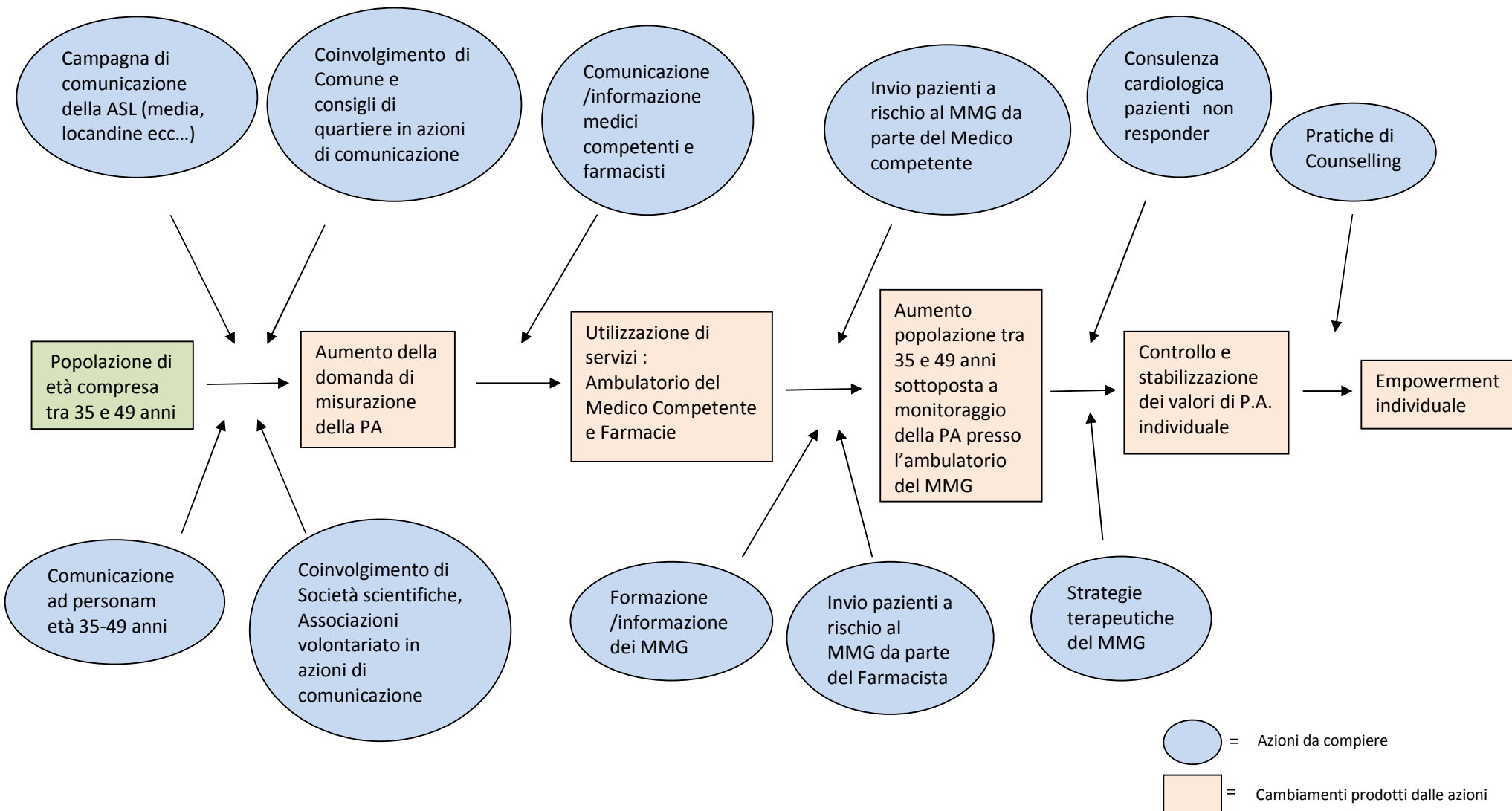
Serve a costruire LA LOGICA DELL'INTERVENTO che ci proponiamo di attuare definendo chiaramente "l'obiettivo specifico", che è in cima all'albero, e che costituisce il beneficio atteso da realizzare.

Per arrivare all'obiettivo specifico vi sono dei livelli intermedi che sono rappresentati dai "risultati attesi" i quali una volta realizzati permettono il raggiungimento dell'obiettivo specifico stesso.

Infine alla base dell'albero sono presenti le caselle che rappresentano le "attività" che è necessario svolgere per poter giungere ai risultati attesi.

La logica dell'intervento stabilita con l'albero degli obiettivi sarà disposta e utilizzata nella compilazione del QUADRO LOGICO.

Modello logico - Rischio cardiovascolare e Ipertensione



MODELLO LOGICO

E' uno schema, un'immagine che mostra sinteticamente ed efficacemente tutti i passaggi che porteranno i beneficiari del progetto ad avere il beneficio di salute atteso ovvero un "modello" che prevede tutte le tappe che portano ad un beneficio per la popolazione scelta.

Ci da la possibilità di "centrare" i beneficiari e di ricercare le prove di efficienza.

In esso la casella iniziale si identifica con la popolazione beneficiaria mentre quella finale con il beneficio che vogliamo raggiungere.

Le caselle intermedie rappresentano le tappe fondamentali ovvero i cambiamenti che si realizzano nel cammino progettuale e che sono propedeutici all'ottenimento del beneficio finale.

Nei cerchi sono indicate le azioni da mettere in atto per la realizzazione dei cambiamenti.

Tale modello serve per verificare la logica dell'intervento, per poterlo valutare e per poter comunicare con un linguaggio semplice e comprensibile con i gruppi d'interesse partecipi del progetto.

QUADRO LOGICO - RISCHIO CV e Ipertensione

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Fornire strumenti di conoscenza e di controllo della patologia ipertensiva atti ad aumentare l'empowerment individuale			
Obiettivo specifico	Il 2% della popolazione target entra in un percorso integrato di controllo e terapia dell'ipertensione entro Dicembre 2012	Popolazione sottoposta alla misurazione della P.A. e individuata come ipertesa/ popolazione generale tra 35 e 49 aa	-Report dei farmacisti e dei Medici Competenti (quadrimestrale) Passi	Collaborazione dei Farmacisti e dei Medici Competenti
Risultati attesi 1	Il 10% della popolazione target richiede agli operatori sanitari (farmacista, medico competente) la misurazione della PA.	Popolazione sottoposta alla misurazione della P.A. / popolazione generale tra 35 e 49 aa -N° Farmacie che aderiscono/ N° tot Farmacie -N° Medici Competenti che aderiscono/ N° tot. Medici Competenti	-Report dei farmacisti e dei Medici Competenti (quadrimestrale)	- Ottenimento adesioni farmacie al progetto - Ottenimento adesioni medici competenti al progetto
		MEZZI	COSTI	
Attività complessa 1.1	Ottenere il coinvolgimento dei MMG nel promuovere l'utilità del controllo regolare della P.A.	Aule, docenti, ausili didattici		
Attività semplice 1.1.1	Effettuare incontri di formazione/informazione relativa alla patologia ipertensiva e al counselling al 70% dei MMG	- aule - docenti - ausili didattici		
Attività complessa	Predisporre una campagna di comunicazione collettiva	Lettere alla popolazione target, comunicati ai mass media, depliant, locandine		

1.2				
Attività semplice 1.2.1	Spedizione di lettera "ad personam"	Servizio postale		
Attività semplice 1.2.2	Ottenere il coinvolgimento dei media, stampa, ecc.	- Comunicati stampa - Servizi televisivi		
Attività semplice 1.2.3	Elaborare materiale illustrativo/campagna di comunicazione alla popolazione	- depliant - locandine		
<u>Attività complessa</u> 1.3	Predisporre una campagna di formazione / informazione ai portatori d'interesse	Aule, docenti, ausili didattici, depliant, locandine		
Attività semplice 1.3.1	Predisporre una campagna di comunicazione / informazione ai farmacisti che aderiscono al progetto	- aule - docenti - ausili didattici - depliant - locandine		
Attività semplice 1.3.2	Predisporre una campagna di comunicazione / informazione ad associazioni di volontariato e società scientifiche	- aule - docenti - ausili didattici - depliant - locandine		
Attività semplice 1.3.3	Predisporre una campagna di comunicazione/informazione ai Medici Competenti del territorio	- aule - docenti - ausili didattici - depliant - locandine		

QUADRO LOGICO (QL)

È la base per un controllo della fattibilità del progetto. Strumento utile per gestire e supervisionare i progetti, il QL definisce le funzioni del progetto, le risorse necessarie e le responsabilità di gestione. Questi elementi sono ordinati nella prima colonna della matrice. Nella seconda e nella terza colonna, il QL fornisce il quadro rispetto al quale saranno monitorati e valutati i progressi in corso (indicatori oggettivamente verificabili e fonti di verifica).

IL QL ci fornisce una sorta di piccola linea guida su come strutturare il progetto.

Deriva sostanzialmente dall'albero degli obiettivi e illustra :

- Perché si realizza il progetto (quale beneficio e per chi)
- Che cosa si deve raggiungere con il progetto (quale utilizzazione dei servizi)
- Come il progetto raggiungerà i suoi risultati (misure realizzate)
- Quali fattori sono esterni o interni al progetto (assunzioni e rischi)
- Come valutare i progressi (indicatori)
- Dove trovare le informazioni per gli indicatori (mezzi di verifica)

Le voci riportate riguardano quindi:

L'Obiettivo Generale (OG)

- descrive l'importanza per la società in generale dei benefici di lunga durata per i gruppi beneficiari e benefici
- connette il programma alle politiche regionali/settoriali
- non sarà raggiunto dal solo e singolo progetto in questione ma richiederà l'impatto di altri programmi e progetti

L'Obiettivo Specifico (OS)

- riguarda il problema focale del progetto
- si definisce in termini di benefici che il gruppo destinatario riceve dal progetto come risultato dell'uso dei servizi forniti. E' l'obiettivo riportato in cima all'albero degli obiettivi.

I Risultati Attesi (RA)

- rappresentano i servizi che il progetto deve offrire al gruppo destinatario. Sono in pratica i livelli intermedi (risultati attesi) dell'albero degli obiettivi che permettono il raggiungimento dell'obiettivo specifico.

Le Attività

- sono le azioni che permettono il raggiungimento del risultato atteso che sottintendono ovvero i modi in cui i beni e i servizi saranno distribuiti nell'ambito del progetto. Sono in genere costituite dalla base dell'albero degli obiettivi. A fianco delle attività sono riportati i **mezzi** con cui le stesse saranno realizzate e i **costi** relativi.
- Le attività più complesse possono suddividersi in attività semplici.

Le Assunzioni (rischi)

eventi, condizioni o decisioni al di fuori del controllo del management del progetto che possono condizionarne la realizzazione.

ANALISI DEI RISCHI

Di seguito l'analisi di ogni rischio considerato nella colonna "Rischi ed assunzioni" del QL di progetto viene effettuata con l'ausilio di un algoritmo che ponendo delle semplici domande mette in condizione di adattare il progetto nel caso si verificasse un evento considerato negativo esterno al management progettuale.

Per ogni rischio viene elaborato, oltre all'algoritmo, anche un Quadro Logico "ad hoc" che permette di esaminare compiutamente i vari aspetti connessi al rischio stesso e che riporta le modifiche da apportare nel principale QL di progetto.

Analisi dei rischi o fattori esterni

**Fattore
esterno**

**Collaborazione
delle farmacie**

Fattore esterno: è
importante?

Si

Sarà realizzata da
"esterni" al progetto?

No

Sarà possibile
adattare il progetto?

Si

**Riduzione al 30% dei farmacisti coinvolti
Rimodellamento campagna di comunicazione
Riduzione al 4% della popolazione sottoposta alla misurazione della P.A.**

ANALISI DEI RISCHI – rischio cv e ipertensione

RISCHIO	CONSEGUENZE DEL RISCHIO	MANAGEMENT DEL RISCHIO	RESPONSABILE DEL MANAGEMENT	INDICATORI	VALORE ATTESO	FONTE DI VERIFICA
MANCATA O RIDOTTA COLLABORAZIONE DA PARTE DEI FARMACISTI	MODIFICA DEL QUADRO LOGICO NEI RISULTATI ATTESI PER RIDURRE LA PERCENTUALE DAL 10% al 4% DELLA POPOLAZIONE SOTTOPOSTA ALLA MISURAZIONE DELLA P.A.	OTTENIMENTO ADESIONI VOLONTARIE DEI FARMACISTI AL PROGETTO	DIRIGENTI ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA	N° FARMACISTI DISPONIBILI AL PROGETTO /TOTALE FARMACISTI	30% DEI FARMACISTI ADERISCONO AL PROGETTO	ADESIONI PERVENUTE AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Analisi dei rischi

Fattore esterno

Collaborazione dei medici competenti

Fattore esterno: è importante?

Si

Sarà realizzata da "esterni" al progetto?

No

Sarà possibile adattare il progetto?

Si

**Riduzione numerica dei medici competenti coinvolti
Rimodellamento campagna di comunicazione
Riduzione all'8% della popolazione sottoposta alla misurazione della P.A.**

ANALISI DEI RISCHI – rischio cv e ipertensione

RISCHIO	CONSEGUENZE DEL RISCHIO	MANAGEMENT DEL RISCHIO	RESPONSABILE DEL MANAGEMENT	INDICATORI	VALORE ATTESO	FONTE DI VERIFICA
MANCANZA O RIDUZIONE DELLA COLLABORAZIONE DEI MEDICI COMPETENTI	MODIFICA DEL QUADRO LOGICO NEI RISULTATI ATTESI PER RIDURRE LA PERCENTUALE DAL 10% ALL'8 % DELLA POPOLAZIONE SOTTOPOSTA ALLA MISURAZIONE DELLA P.A	OTTENIMENTO ADESIONI VOLONTARIE DEI MEDICI COMPETENTI	DIRIGENTI ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA	N° MEDICI COMPETENTI DISPONIBILI AL PROGETTO/TOTALE MEDICI COMPETENTI	20% DEI MEDICI COMPETENTI ADERISCONO AL PROGETTO	ADESIONI PERVENUTE AL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

6) Beneficiari: Popolazione di età compresa tra 35 e 49 anni di entrambi i sessi per diagnosticare precocemente i casi di ipertensione arteriosa e fornire un trattamento efficace attraverso percorsi integrati realizzabili sul territorio.

7) Obiettivi di Processo:

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
N° farmacie che aderiscono/ N° tot farmacie	Registro delle attività	0				
			50%		60%	
N° Medici Competenti che aderiscono /N° tot Medici Competenti	-Registro delle attività	0	30%		50%	
Popolazione 35/49 anni sottoposta alla misurazione della P.A./ popolazione generale tra 35 e 49 aa	Report farmacie e medici competenti	0	3%		10%	

Componente di intervento o cambiamento	evidenze a favore della/e componente/i del vostro intervento	raccomandazioni a favore della componente di intervento	Sito, titolo e riferimento bibliografico	motore di ricerca e parole chiave
Comunicazione e marketing sociale	L'articolo tratta della possibilità di uso del marketing sociale, oltre che nella promozione di stili di vita salutari, anche nella promozione dell'uso di servizi o di modifiche delle politiche per la salute.	Raccomandazione sufficiente	Titolo articolo: Marketing social marketing: getting inside those "big dogs' heads" and other challenges Autori: Marshall R J et Al. Health Promot Pract. 2006 Apr; 7(2):206-12	Motore: PubMed Parole: social marketing public health
Coinvolgimento delle farmacie	L'articolo illustra uno studio pilota australiano in fase di attuazione che, prevede il coinvolgimento dei farmacisti nella implementazione di strategie di prevenzione primaria del Rischio CV	Lo studio si fonda su presupposti credibili e affidabili. Raccomandazione sufficiente	Titolo articolo: Engaging community pharmacists in the primary prevention of cardiovascular disease..... Autori: Mc Namara K P et Al. BMC Health Serv Res 2010 Sep 7; 10(1):264 (in corso di stampa)	Motore: PubMed Parole: Community programs for preventions of cardiovascular disease
Coinvolgimento delle farmacie	Il trial randomizzato-controllato pesa l'utilità della cooperazione farmacista-medico nel management del paziente iperteso	Robuste prove di evidenza. Raccomandazione forte.	Titolo articolo: Physician-pharmacist cooperation program for blood pressure control in patients with hypertension: a randomized-controlled trial. Autori: <u>Tobari H, Arimoto T, Shimojo N, Yuhara K, Noda H, Yamagishi K, Iso H.</u> <u>Am J Hypertens.</u> 2010Oct;23(10):1144-52. Epub 2010 Jul 8.	Motore: PubMed Parole: Hypertension and pharmacist
Coinvolgimento delle farmacie	L'articolo mette in evidenza l'utilità della cooperazione farmacista-medico nel management del paziente iperteso	Raccomandazione sufficiente	Titolo articolo: <u>Pharmacist-Physician Comanagement of Hypertension and Reduction in 24-Hour Ambulatory Blood Pressures</u> Autori: Weber CA, Ernst ME, Sezate GS, Zheng S, Carter BL. Arch Intern Med. 2010 Oct 11;170(18):1634-9	Motore: PubMed Parole: Hypertension and pharmacist
Coinvolgimento di organizzazioni sociali di rappresentanza e scientifiche	La guida contiene indicazioni e raccomandazioni per un efficace coinvolgimento della comunità e delle sue componenti nella organizzazione e gestione di programmi di miglioramento della salute pubblica .	Robuste prove di evidenza. Raccomandazione forte.	Sito: www.nhs.uk Titolo della Linea Guida: "Community engagement to improve health"	-Google -Community engagement

Piano Regionale della Prevenzione - DIABETE

- 1) REGIONE : **ABRUZZO**
- 2) Titolo del Progetto: **"IGEA" Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete.**
- 3) Identificativo della Linea di intervento generale : **3.3 - Diabete**
- 4) Numero identificativo del progetto : **3.3.1**
- 5) Breve descrizione dell'intervento programmato

Il Diabete Mellito è una malattia di grande rilievo sociale ed esercita un notevole impatto sulla salute pubblica per l'entità della sua diffusione e la gravità delle sue complicanze; la frequenza aumenta con l'età e le classi più disagiate, con basso livello d'istruzione, sono le più colpite. Ha una chiara tendenza in tutti i paesi industrializzati ad un aumento sia dell'incidenza sia della prevalenza.

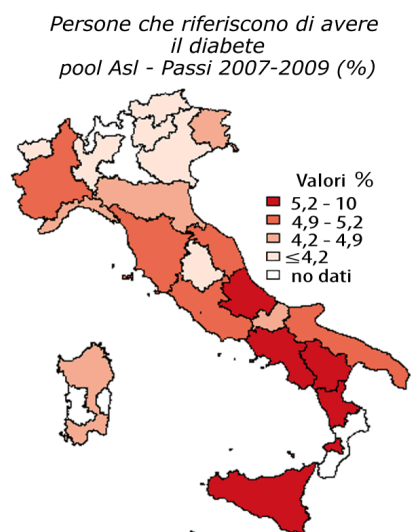
Sulla popolazione mondiale adulta 20-79 anni (stimata intorno ai 3,4 miliardi) la prevalenza del Diabete è stimata intorno al 5,2%: le persone con diabete si aggirerebbero intorno ai 177 milioni, e si prevede che aumenteranno fino a 333 milioni nel 2025 (6,3% della popolazione mondiale), con un incremento del 24%. L'accresciuta prevalenza nel mondo del diabete tipo 2, soprattutto legata all'aumento del benessere ed allo stile di vita, ha portato l'OMS a parlare di vera e propria "epidemia".

Le complicanze micro e macrovascolari a carico di numerosi organi ed apparati fanno del diabete la causa principale di amputazioni non traumatiche, infarto, ictus, cecità, disturbi della vista e dialisi.

Gli studi DCCT e UKPDS hanno dimostrato che le complicanze del diabete sono prevenibili, o quantomeno è possibile ridurne l'incidenza e soprattutto la gravità, attraverso un programma d'interventi che comprende la diagnosi precoce (la malattia ha un periodo di evoluzione alla fase clinica di circa 7 anni), il trattamento tempestivo, lo stretto controllo del compenso metabolico e dei parametri di rischio cardiovascolare associati. Per ottenere tutto questo è necessaria una forte integrazione tra i diversi punti di assistenza (MMG, Centri di diabetologia, ambulatori specialistici, ospedale) raggiungibile soltanto attraverso una definizione organizzativa istituzionalizzata delle attività e dei ruoli dei Servizi di Diabetologia e della Medicina Generale.

La Regione Abruzzo presenta caratteristiche geografiche, demografiche, sociali, economiche che impattano negativamente sulla malattia diabetica. In particolare, si caratterizza per una percentuale relativamente alta di anziani (le persone di età > 64 anni sono circa il 21.2% della popolazione generale), con valori particolarmente alti nel territorio interno, e un percentuale elevata, rispetto alla media nazionale, di famiglie formate da un solo componente di età > 60 anni (prevalentemente donne). Inoltre, le zone collinari e montane si caratterizzano per la presenza di nuclei abitativi isolati e/o a bassa densità abitativa, con spopolamento della popolazione giovane.

Il principale fattore di rischio del diabete è rappresentato dall'obesità. Dallo studio PASSI 2007 si ricava che complessivamente il 48% della popolazione abruzzese presenta un eccesso ponderale (43% in Italia) e di questi almeno



il 35% è sedentario. In Abruzzo pertanto l'eccesso ponderale è molto diffuso e costituisce un problema di salute pubblica rilevante, tanto più che fra le persone in "sovrappeso" emerge infatti una sottostima del rischio per la salute legato al peso. I diabetici assistiti nella regione sono attualmente circa 55.600 (esenti ticket), pari al 4,5% circa della popolazione residente al 2009. Questi dati concordano con quanto rilevato dall'ISTAT in indagini eseguite nel 2004, nel 2005 e nel 2008 nelle quali rispettivamente il 4,8%, il 4,7% e il 5% delle persone intervistate in Abruzzo ha dichiarato di essere malato di diabete (vs. il 4,5%, il 4,6% e il 4,8% nazionale).

Nel pool di AUSL partecipanti al sistema di sorveglianza PASSI nella regione, in riferimento al periodo 2007 – 2009, circa 5,6 persone ogni 100 di età compresa tra 18 e 69 anni hanno dichiarato di avere il diabete.

I tassi standardizzati di dimissioni ospedaliere per diabete mellito (diagnosi principale e secondaria) nel 2005 e nel 2006 erano costantemente al di sopra della media nazionale, sia per i ricoveri in regime ordinario (94,26 dimissioni per 10.000 nel 2005 vs. 72,18; 91,08 dimissioni per 10.000 nel 2006 vs. 71,02) sia per quelli in regime di day hospital (26,62 dimissioni per 10.000 vs. 20,03 nel 2005; 24,55 dimissioni per 10.000 vs. 19,61 nel 2006), con valori costantemente superiori per gli uomini rispetto alle donne.

Nel rapporto SDO 2008 del Ministero della Salute, l'indicatore proxy espresso come tasso di ospedalizzazione per diabete con complicanze è pari, per la regione, a 26,53 su 100.000 (ricoveri per diabete con complicanze - ICD 9 CM 250.4 e 250.9 - vs. 41.55 nazionale, che risente però del contributo di Regioni che raggiungono valori fino al 78 x 100.000); il tasso di ospedalizzazione per amputazione dell'arto inferiore in pazienti diabetici è pari a 15.48 su 100.000 ab (vs. 13.08x 100000 nazionale).

I dati si presentano migliori di molte Regioni del Sud ma peggiori nel complesso rispetto alle Regioni del Nord, fatte alcune eccezioni, e confermano la necessità d'intervenire migliorando l'assistenza territoriale del diabete anche nella nostra Regione, attraverso la promozione di azioni che coinvolgano Medici di Medicina Generale, CD (Centri di Diabetologia) e pazienti.

Nel corso del 2004, l'Istituto Superiore di Sanità ha coordinato lo studio epidemiologico QUADRI (Qualità dell'Assistenza alle persone Diabetiche nelle Regioni Italiane), con l'obiettivo di fornire un'immagine della qualità e delle modalità dell'assistenza usando il punto di vista delle persone con diabete. .

Il campione è stato estratto dalla popolazione italiana di età compresa fra i 18 e i 64 anni con esenzione dal ticket per diabete: è proprio in questa età, infatti, che una prevenzione precoce e il trattamento delle complicanze appare particolarmente importante. I risultati dello studio hanno mostrato che soltanto poco più della metà dei malati era inserita in un percorso assistenziale, e, in più della metà, non vi era alcun contenimento dei fattori di rischio: in altri termini, il sistema sanitario non era in grado di offrire una qualificata assistenza.

Il Rapporto ISTISAN 09/35 riporta uno studio sulla gestione integrata del diabete¹ che riconferma quanto già emerso dallo Studio Quadri in merito alla necessità di importanti modifiche nell'assistenza alle persone con diabete nel nostro Paese. I risultati dell'indagine qualitativa con *focus group* delineano le caratteristiche di un modello di assistenza "ideale", che risponda alle aspettative delle persone. Fra gli aspetti più citati ci sono l'efficienza del sistema, la tempestività della diagnosi e delle prestazioni, l'accessibilità economica e geografica, la competenza dei professionisti, la presa in carico della persona in una visione sistemica e con modalità comunicative e relazionali adeguate. I bisogni informativi riguardano sia i diversi aspetti della malattia sia i vantaggi e gli svantaggi attesi dal nuovo modello, consentendo così alle persone di fare una scelta informata.

In Abruzzo operano 15 Centri di diabetologia che, a vario livello, hanno avviato il cambiamento organizzativo dell'assistenza; in alcune realtà si stanno portando avanti con successo iniziative per la gestione integrata del diabete, con rapporti di collaborazione con i MMG, protocolli di cura concordati, registro di patologia, cartella informatica. L'alto numero di visite mediche erogate dai CD (oltre 90.000, come emerge dai report), se da una parte mostra l'impegno e le grandi energie devolute all'assistenza da parte degli operatori, dall'altra motiva la necessità di continuare il percorso già iniziato col precedente piano della prevenzione, regolamentando a pieno i rapporti con i MMG, standardizzando i piani di assistenza e migliorando il sistema informativo, al fine di poter

scindere - integrandole - le attività di primo livello (affidate ai MMG) da quelle di secondo livello (affidate ai CD). Ne deriverebbero una riduzione del carico di lavoro improprio dei CD, una migliore sorveglianza sulle complicanze e una maggiore possibilità di diagnosi precoce di malattia.

Dati italiani dimostrano che la sinergia tra l'assistenza specialistica dei Servizi di Diabetologia e la Medicina Generale riduce del 65% i ricoveri ospedalieri del paziente diabetico², triplica la probabilità che il paziente sia seguito secondo linee guida³ e riduce significativamente la mortalità cardiovascolare⁴.

Nella riorganizzazione dell'assistenza non possono essere perse di vista le caratteristiche socio-demografiche delle aree collinari e montane interne (peraltro pesantemente colpite dal sisma del 6 aprile 2009), di cui è necessario tenere conto nell'elaborazione dei piani diagnostico - terapeutico - assistenziali (PDTA) previsti da linee guida nazionali condivise fra MMG e Centri di Diabetologia, in grado di produrre miglioramento nella qualità dell'assistenza in termini di efficacia ed efficienza. Da questo punto di vista, è indispensabile il ruolo svolto dal care manager nell'assicurare il monitoraggio delle attività erogate al singolo paziente, delle attività volte a favorire una comunicazione efficace ed un coordinamento fra i diversi attori (medici ed altri professionisti). Il care manager, in considerazione dell'attuale organizzazione del Servizio Sanitario Regionale, trova collocazione ideale all'interno del Centro Diabetologico territoriale, pur operando in stretto rapporto con i distretti, al fine di garantire la necessaria continuità assistenziale.

BENEFICIARI

- Popolazione affetta da diabete tipo 2 .

DESTINATARI INTERMEDI: Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti Diabetologi ed altri Specialisti, Dietiste, infermieri, Operatori Sociali (care manager).

OBIETTIVI

- Popolazione generale più informata sulla malattia diabetica e sui suoi principali fattori di rischio, che si tradurrà in un aumento di richiesta dei servizi, favorendo la diagnosi precoce della malattia e la prevenzione delle complicanze, causate dal perdurare dei fattori di rischio e da una diagnosi tardiva
- Incremento dell'adesione dei pazienti a percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali codificati da linee guida nazionali (attraverso un intervento attivo dei MMG, Diabetologi, Medici Specialisti, Care Manager, operatori dei Distretti e del Dipartimento di Prevenzione), resi più consapevoli, perché formati, della necessità di un approccio integrato alla gestione del diabete tipo 2 che migliora la qualità dell'assistenza, migliora i tempi della prima diagnosi (diagnosi precoce), rende i pazienti più informati e consapevoli.
- Rafforzamento nel paziente diabetico delle abilità e delle competenze necessarie per l'adozione di stili di vita salutari, unitamente all'acquisizione di conoscenze che favoriscono l'autogestione del gruppo dei beneficiari (pazienti diabetici) (empowerment ed educazione terapeutica)
- Contenimento delle complicanze diabetiche

2 Giorda, Diabetic Medicine, 2006

3 Gnani, Diabetes Care, 2009

4 Zoppini G, Verlato G, Bonora E, Muggeo M. Attending the diabetes center is associated with reduced cardiovascular mortality in type 2 diabetic patients : the Verona Diabetes Study. Diabetes Metb Res Rev, 1999; May-Jun 15(3):170-4

METODI E STRUMENTI

Con il precedente Piano Regionale della Prevenzione 2007-2009 era stato già avviato un percorso in direzione dell'assistenza integrata dei pazienti diabetici, che ha visto realizzati:

- la formazione di circa 300 operatori sanitari sulle linee guida del progetto IGEA (MMG, Diabetologi, Specialisti e altri Operatori coinvolti nel percorso assistenziale, con il supporto dell'ISS, e il coinvolgimento delle Società Scientifiche e dei Sindacati medici),
- l'informatizzazione, a diverso livello, dei 15 Centri di Diabetologia,
- l'implementazione dell'informatizzazione dei MMG,
- l'introduzione di metodi valutativi dell'attività assistenziale,
- alcune esperienze, in aree territoriali limitate, prestazioni per la cura del paziente diabetico rese in forma integrata.

Tuttavia, nonostante la numerosità delle azioni, l'assistenza integrata per il malato diabetico non è decollata in tutta la Regione in modo omogeneo.

Il progetto ha come obiettivo specifico quello di contenere le complicanze dovute al Diabete di tipo 2 nell'ambito dell'obiettivo generale di miglioramento della qualità dell'assistenza diabetica.

Il Progetto attiverà le seguenti fasi:

Costituzione di un gruppo regionale di coordinamento costituito dai vari rappresentanti degli attori coinvolti (Direzione Regionale Politiche della Salute – Servizio Prevenzione Collettiva, diabetologi, MMG, Medici del territorio, figure sanitarie non mediche coinvolte, rappresentanti delle società scientifiche, delle associazioni dei parenti e dei pazienti), col fine di elaborare un documento sui percorsi diagnostico, terapeutici, assistenziali (PDTA) di recepimento delle Linee Guida Igea e del documento AMD, SID e FIMG (che rappresentano un metodo di lavoro sistemico ed integrato, finalizzato al miglioramento della qualità dell'assistenza) e proporre l'adozione.

Proposta d' inserimento di una norma contrattuale con il supporto dei sindacati medici, al fine di facilitare l' adesione dei MMG;

Diffusione d' informazioni sui fattori di rischio della malattia diabetica con ampia partecipazione anche dei gruppi d' interesse (Società scientifiche, Associazioni di volontariato) che comporta aumentata richiesta dei servizi, che favorisce la diagnosi precoce della malattia diabetica e la prevenzione o la minore gravità delle complicanze diabetiche;

Formazione interattiva fra MMG, Diabetologi ed altri operatori non medici sui PDTA diabetici. La formazione dovrebbe essere svolta in ogni realtà locale, i diabetologi del Centro diabetologico di riferimento dovranno coordinare e sostenere l'azione formativa dei MMG. L'obiettivo principale è l'appropriatezza, considerato che essa è in grado d' incidere anche sull'economicità, cioè sull'uso adeguato di risorse. L'applicazione del PDTA è rappresentata da profili di cura diversificati a seconda delle caratteristiche e delle esigenze assistenziali dei pazienti, da tradurre in piani di cura personalizzati. La diversificazione delle funzioni implica profili di cura condivisi tra i diversi attori coinvolti;

Realizzazione in ogni realtà locale di un PDTA in diabetologia con il coinvolgimento delle direzioni Sanitarie ospedaliere e dei distretti.

Educazione Terapeutica , Empowerment del paziente diabetico al fine di acquistare abilità per l' autogestione della malattia.

Implementazione della comunicazione interna tra gli operatori coinvolti, inclusi contatti telefonici, mail e riunioni periodiche.

Formazione di Care manager (operatore sanitario non medico) che si colloca nel Centro Diabetologico, assumendo funzioni sia di coordinamento e monitoraggio delle prestazioni erogate al singolo paziente, sia di facilitazione di una comunicazione efficace e del coordinamento fra gli attori coinvolti.

La presa in carico della persona : l'accettazione e la capacità del MMG e/o del team specialistico dell'assistenza alla persona con diabete.

Si concretizza attraverso:

- il coinvolgimento attivo della persona
- la definizione del programma terapeutico
- la programmazione del monitoraggio della malattia (appuntamento per gli esami e visite).

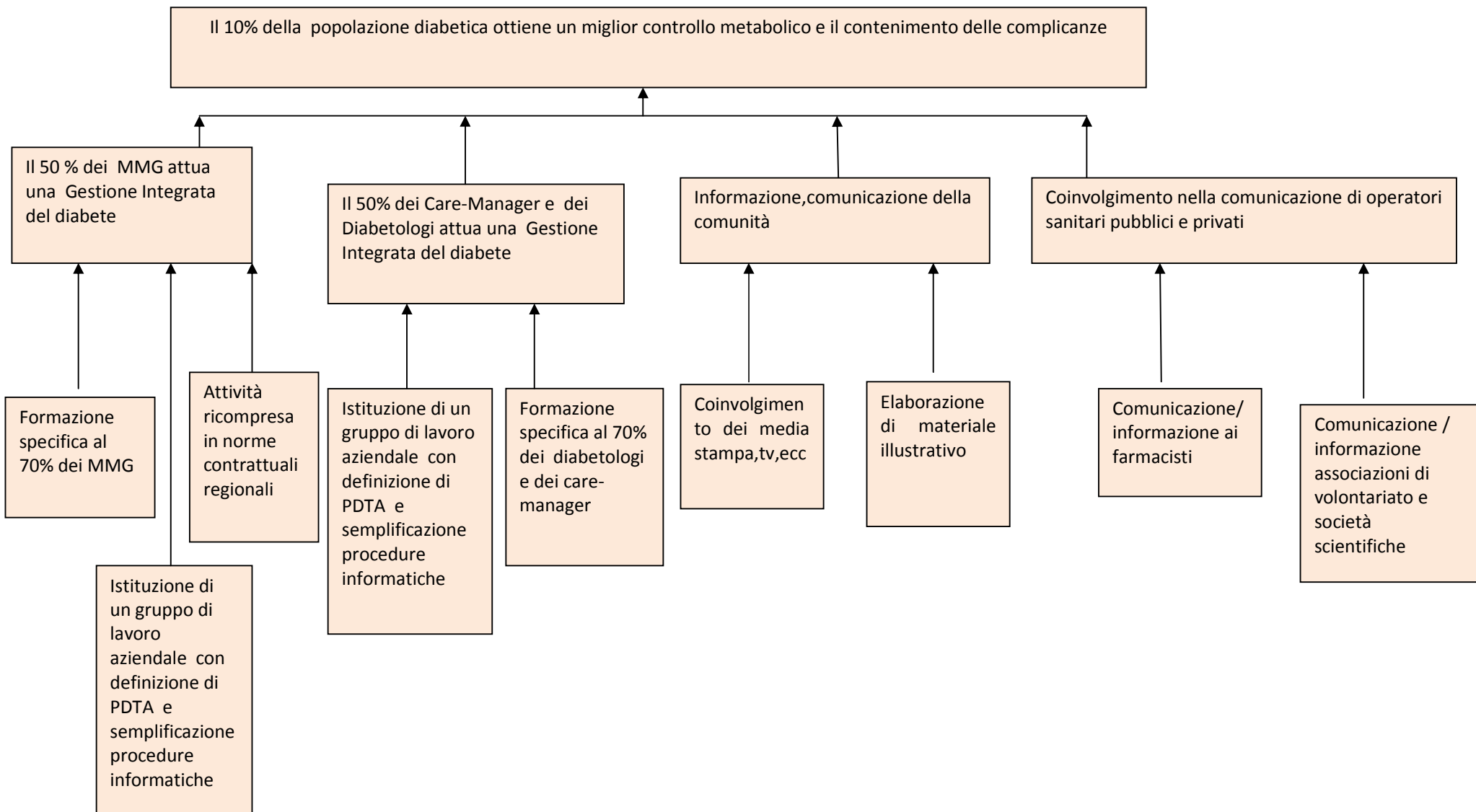
Miglioramento del sistema informativo

Il progetto "IGEA che si pone l'obiettivo di contenere le complicanze diabetiche con un modello di assistenza al malato diabetico caratterizzato da una forte integrazione tra i diversi punti di assistenza (MMG, Centri di diabetologia, ambulatori specialistici, ospedale) è stato predisposto seguendo i dettami del Project Cycle Management (PCM) pertanto il rationale dell'intervento , gli scopi generali che esso si propone, le fasi in cui si articola, le attività di cui si compone, gli attori e gli altri eventuali portatori di interesse coinvolti nonché le eventuali criticità che potrebbero influire sulla sua realizzazione e sui suoi esiti vengono descritti facendo uso degli strumenti previsti dal PCM:

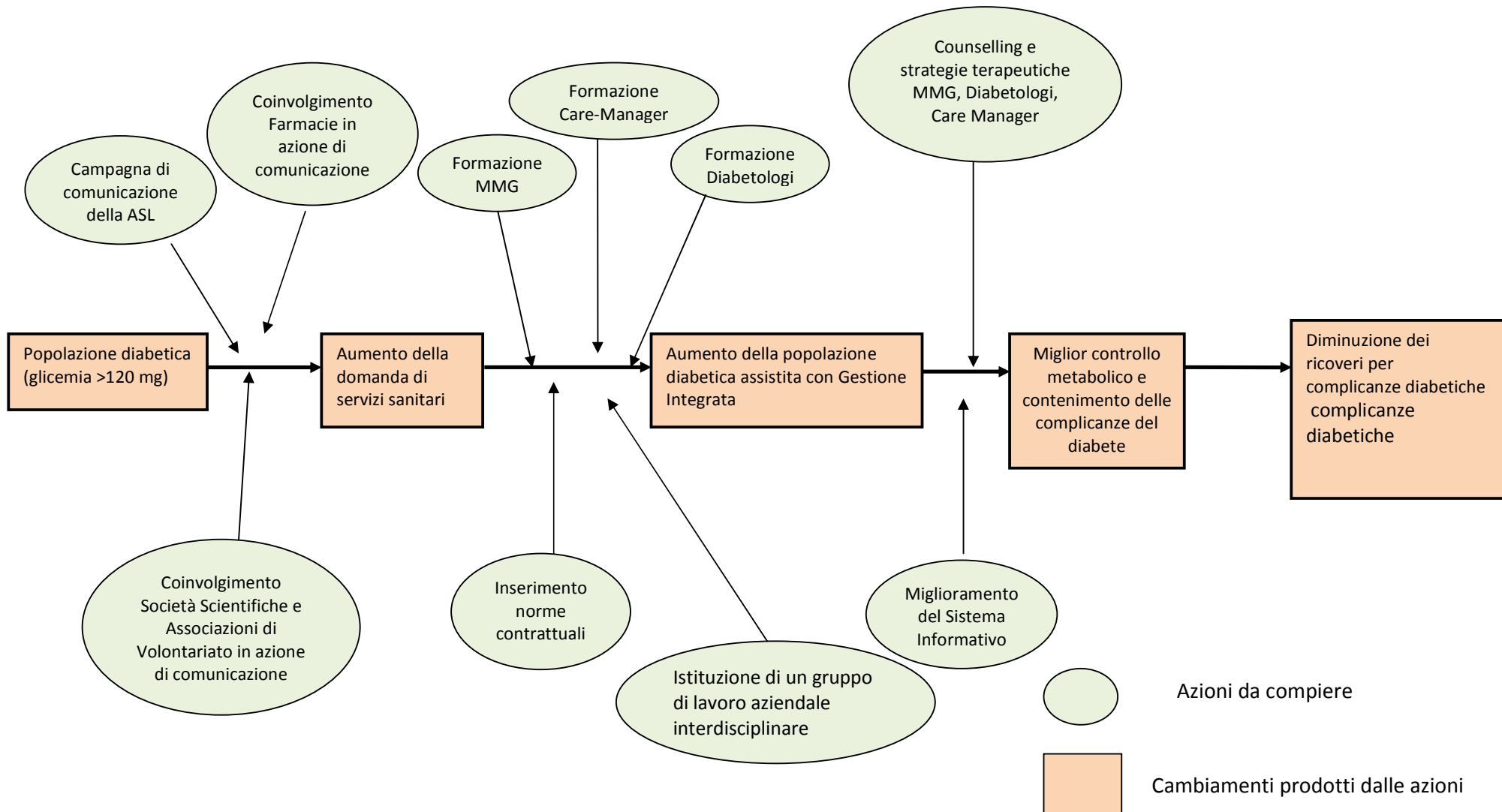
- Albero degli obiettivi,
- Modello Logico,
- Quadro Logico,
- Analisi dei Rischi con Algoritmo

(di seguito riportati):

ALBERO DEGLI OBIETTIVI



MODELLO LOGICO DELLA GESTIONE INTEGRATA DEL PAZIENTE DIABETICO



QUADRO LOGICO

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Fonti di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Contenere le complicanze dovute al diabete attraverso la predisposizione di protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete			
Obiettivo specifico	Il 10 % della popolazione diabetica ottiene un miglior controllo metabolico e il contenimento delle complicanze entro Dicembre 2012	Popolazione diabetica che ottiene miglior controllo metabolico/tot. popolazione diabetica	-Report dei centri diabetologici	
Risultati attesi 1	Il 50 % dei MMG attua una Gestione Integrata del diabete	- N° tot MMG che aderiscono/N° tot. MMG -N° tot MMG attivati/N° MMG formati	-Registro delle attività	
Risultati attesi 2	Il 50% dei Care-Manager e dei Diabetologi attua una Gestione Integrata del diabete	N° tot diabetologi che aderiscono/N° tot. diabetologi -N° tot diabetologi attivati/N° diabetologi formati N° tot care-manager che aderiscono/N° tot. care-manager -N° tot care-manager attivati/N° care-manager formati	-Registro delle attività	
Risultati attesi 3	Informazione, comunicazione della comunità	N° persone che conoscono l'emoglobina glicosilata/ N° totale intervistati	Passi	
Risultati attesi 4	Coinvolgimento nella comunicazione di operatori sanitari pubblici e privati	N° portatori d'interesse coinvolti/N° di portatori d'interesse contattati	Registro delle attività	

		MEZZI	COSTI	
Attività 1.1	Formazione specifica al 70% dei MMG	- aule - docenti - ausili didattici		
Attività 1.2	Istituzione di un gruppo di lavoro aziendale con definizione di PDTA e semplificazione procedure informatiche	Software		
Attività 1.3	Varare una norma contrattuale regionale ad hoc	Delibera regionale		
Attività 2.1	Istituzione di un gruppo di lavoro aziendale con definizione di PDTA e semplificazione procedure informatiche	Software		
Attività 2.2	Formazione specifica al 70% dei diabetologi e dei care-manager	- aule - docenti - ausili didattici		
Attività 3.1	Coinvolgimento dei media stampa, tv, ecc	- Comunicati stampa - Servizi televisivi		
Attività 3.2	Elaborazione di materiale illustrativo	- depliant - locandine		
Attività 4.1	Comunicazione/ informazione ai farmacisti	- aule - docenti - ausili didattici - depliant - locandine		
Attività 4.2	Comunicazione / informazione associazioni di volontariato e società scientifiche	- aule - docenti - ausili didattici - depliant - locandine		

6) Beneficiari: Popolazione affetta da diabete tipo 2 .

7) Obiettivi di Processo:

INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO
N° tot MMG attivati/ N° MMG formati	Registro delle attività	0				
			20%		50%	
N° tot diabetologi attivati/ N° diabetologi formati	Registro delle attività	0	20%		50%	

8) Budget

Il costo del progetto, come si evince dal quadro logico, prevede queste voci :

Per l'anno 2011

1. Formazione specifica al 70% dei MMG
2. Istituzione di un gruppo di lavoro aziendale con definizione di PDTA e semplificazione procedure informatiche
3. Varare una norma contrattuale regionale ad hoc
4. Formazione specifica al 70% dei diabetologi e dei care- manager
5. Coinvolgimento dei media stampa,tv,ecc
6. Elaborazione di materiale illustrativo
7. Comunicazione/ informazione ai farmacisti
8. Comunicazione / informazione associazioni di volontariato e società scientifiche

Macroarea: 3. Prevenzione della popolazione a rischio**Linea di intervento generale: 3.6 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: 3.6.1 PREVENZIONE DELLA CARIE IN ETÀ EVOLUTIVA CON PARTICOLARE RIGUARDO AI BAMBINI FREQUENTANTI LA III CLASSE DELLA SCUOLA ELEMENTARE****Popolazione target principale:** bambini che frequentano le 3^e classi delle scuole elementari della Regione Abruzzo (n. totale 10693-fonte dati Ufficio Regionale Scolastico)

Il numero complessivo delle scuole elementari della Regione Abruzzo è 245, mentre il numero delle terze classi elementari della Regione è complessivamente 542.

Popolazione target secondaria: Genitori e insegnanti dei bambini aderenti al progetto**Attori:**

- › Insegnanti scuola primaria
- › Dirigenti scolastici
- › Personale dei Servizi di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione delle ASL della Regione Abruzzo
- › Genitori
- › Docenti per corso di formazione

Regione: Abruzzo

Titolo del progetto: PREVENZIONE DELLA CARIE IN ETÀ EVOLUTIVA CON PARTICOLARE RIGUARDO AI BAMBINI FREQUENTANTI LA III CLASSE DELLA SCUOLA ELEMENTARE

Identificativo della linea di intervento: 3.6 Patologie orali

Numero identificativo del progetto all'interno del piano operativo regionale: 3.6.1

Breve descrizione dell'intervento programmato

Per salute orale si intende l'assenza di carie e di malattie parodontali, di patologie delle mucose, di traumi o malformazioni muscolo-scheletriche.

Autorevoli organismi sanitari quali l'OMS e il CDC riconoscono la necessità di inserire la salute orale nell'assistenza primaria in quanto priorità di salute pubblica. Identificare i bisogni, i fattori socioeconomici e culturali che determinano le disparità nella salute orale e definire gli interventi più appropriati in ambito preventivo è un obiettivo di cruciale importanza per la salute pubblica, perché consente di migliorare l'accesso alla salute orale da parte della popolazione più vulnerabile.

Conservare denti sani in età adulta richiede davvero poco impegno se si adottano comportamenti corretti sin da bambini: bastano una buona igiene orale, l'utilizzo di prodotti a base di fluoro ed un'adeguata educazione alimentare.

Secondo l'OMS per promozione della salute si intende "una combinazione di attività educative, organizzative, economiche e ambientali che promuovono comportamenti atti a migliorare la salute. Essa produce cambiamenti nell'ambiente in modo tale da migliorare la salute anche in assenza di specifiche azioni individuali, oppure mette in grado gli individui di avvantaggiarsi delle misure preventive o dei servizi". Nel nostro caso fornire ai bambini l'opportunità di lavarsi i denti a scuola significa mettere a disposizione degli individui dei benefici di salute con minimo sforzo da parte dei singoli.

Nella nostra Regione in materia di salute orale sono stati condotti 2 diversi studi negli anni 1998 e 2001. Nel primo studio condotto dall'Università degli Studi dell'Aquila nell'ambito della stessa provincia su un campione di 862 bambini di III, IV e V elementare è emerso che il 67.3% di questi presentava almeno un dente cariato e che la prevalenza di questo fenomeno era direttamente correlata ad una scarsa igiene orale, all'uso saltuario o nullo di fluoro, al mancato consumo abituale di acqua minerale e alle condizioni lavorative e al titolo di studio dei genitori. Nel secondo studio, condotto dall'Università degli Studi di Chieti in collaborazione con l'Università degli Studi dell'Aquila nell'ambito dell'intera Regione Abruzzo, invece, sono stati presi in considerazione 8191 bambini frequentanti la I e la II classe elementare: di questi il 51% presentava carie sulla dentizione permanente, il 18% non era mai stato sottoposto a visita odontoiatrica, il 79.8% non aveva mai fatto uso di filo interdentale, il 60% non aveva fatto uso di fluoro e solo il 13.8% effettuava spuntini a base di frutta.

Questo progetto di educazione alla salute orale intende coinvolgere i bambini della III classe elementare in un percorso che rientra nella finalità di educare a corretti stili di vita. Infatti, poiché diversi fattori di rischio per malattie del cavo orale (batteri-biofilm, dieta non adeguata, fumo, abitudini di vita scorrette) sono comuni ad altre malattie cronico-degenerative, molte delle misure di prevenzione nel campo della "oral health", possono considerarsi potenzialmente utili anche in termini di promozione della salute globale dell'individuo. Intervenendo nella fascia di età presa in considerazione, si può ragionevolmente pensare di raggiungere un buon livello di salute orale in età adulta; dati scientifici evidenziano, infatti, come nei primi anni di vita le azioni di promozione alla salute orale consentono l'instaurarsi di abitudini personali durature nel tempo.

La scuola assume un ruolo preponderante nel percorso di apprendimento e coinvolgimento continuo e multidisciplinare del bambino: è stato dimostrato da numerosi studi che i programmi di promozione della salute risultano più incisivi se condotti dagli stessi insegnanti. Nell'ambito di questo percorso indispensabile è il coinvolgimento dei genitori che, guidando i figli nelle scelte quotidiane, diventano inconsapevolmente dei veri e propri educatori sanitari. Con loro, perciò, verrà stipulato il "patto educativo", documento con cui viene formalizzato il loro impegno nel seguire il bambino durante le varie attività e abitudini domestiche nell'ambito della salute orale.

Il progetto educativo prevede una serie di **azioni** che possono essere così schematizzate:

- Identificazione e successiva formalizzazione del gruppo di lavoro dell'ASL
- Attribuzione ruoli e compiti ai singoli componenti
- Pianificazione delle attività del progetto
- Accordo tra Regione Abruzzo e Ufficio Scolastico Regionale e Provinciale
- Informazione ai Dirigenti Scolastici per l'inserimento del progetto per la salute orale nei P.O.F.

- Formazione regionale operatori ASL e referenti scolastici alla salute da parte di formatori specializzati
- Elaborazione e realizzazione materiale informativo e didattico
- Formazione insegnanti sul progetto per la salute orale da parte degli operatori ASL formati
- Informazione ai genitori da parte degli operatori ASL e distribuzione di materiale informativo
- Dotazione alle scuole aderenti di materiale didattico e informativo necessario per insegnanti e bambini
- Informazione ai genitori da parte degli operatori ASL e distribuzione di materiale informativo
- Svolgimento del programma di educazione per la salute orale.

Si prevede che il progetto educativo coinvolga il 20% delle scuole elementari abruzzesi il primo anno con un successivo incremento annuale del 20%.

Sulla base delle "Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva" redatte dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali nel 2008 si possono riconoscere come punti fondamentali da sviluppare:

1. l'assunzione di fluoro,
2. la scelta e il consumo di cibi non cariogeni,
3. l'educazione all'igiene orale,
4. i controlli dal dentista.

Dopo aver concordato il programma operativo con i Dirigenti scolastici e gli insegnanti, verrà somministrato agli alunni delle 3 classi partecipanti e ai rispettivi genitori un questionario autocompilativo con domande inerenti i suddetti 4 temi principali. Il programma didattico degli insegnanti sarà incentrato sui medesimi argomenti e prevederà l'applicazione pratica delle nozioni apprese.

Al termine dell'anno scolastico verrà nuovamente somministrato il questionario autocompilativo dato all'inizio, al fine di verificare il reale raggiungimento dell'obiettivo educativo preposto.

Risorse

Umane

- formatori specializzati
- Operatori sanitari dei Servizi coinvolti nella realizzazione del progetto
- Personale scolastico
- Genitori

Tecnico-strumentali

- Strumenti necessari alla realizzazione del programma (materiale didattico, poster, materiale informativo per genitori e bambini, mezzi informatici e relativi software per l'elaborazione dei dati raccolti, ecc.)
- Fondi finanziari destinati al progetto

Criticità

- Carenza di personale
- Scarsa disponibilità di tempo da parte del personale
- Scarsa collaborazione da parte di insegnanti e genitori
- Disponibilità dei fondi finanziari destinati al progetto

Beneficiari: l'intervento educativo di promozione della salute orale nella scuola elementare ha come beneficiari i bambini che frequentano le 3^e classi (n. totale 10693 - fonte dati Ufficio Regionale Scolastico) grazie alle azioni svolte dal personale scolastico e dalle loro famiglie di appartenenza.

Il numero complessivo delle scuole elementari della Regione Abruzzo è 245, mentre il numero delle terze classi elementari della Regione è complessivamente 542.

Obiettivi di salute perseguiti

Obiettivo generale: Prevenzione della carie in età evolutiva

Obiettivo specifico: Acquisizione di abilità di vita inerenti la salute del cavo orale da parte di almeno il 20% dei bambini della 3^e elementare ogni anno nella Regione Abruzzo entro la fine del PRP.

Al termine del percorso i bambini dovranno raggiungere i seguenti obiettivi educativo-cognitivi:

- Conoscere la funzione dei denti
- Conoscere che cos'è la carie
- Conoscere come mantenere i denti sani:
 - conoscere l'utilità del fluoro e dove si trova questo elemento
 - conoscere gli alimenti cariogeni

- conoscere la funzione e l'uso appropriato dello spazzolino, del filo interdentale e della pasticca rilevatrice di placca (questo obiettivo sarà rafforzato dal fatto che il bambino verrà educato a lavarsi i denti a scuola)
- Comprendere il ruolo del dentista nella prevenzione e nella cura della carie.

Indicatori	Fonte di verifica	Valore dell'indicatore al 31.12.10	Valore dell'indicatore al 31.12.11		Valore dell'indicatore al 31.12.12	
			atteso	osservato	atteso	osservato
N° scuole primarie aderenti/ N° tot. scuole primarie	Inserimento del progetto sulla salute orale nei P.O.F.	0	20%		40%	
N° genitori che si impegnano/ N° totale dei genitori delle scuole aderenti	"Patti educativi" stipulati con i genitori e questionari compilati	0	20%		40%	

ANALISI DI CONTESTO

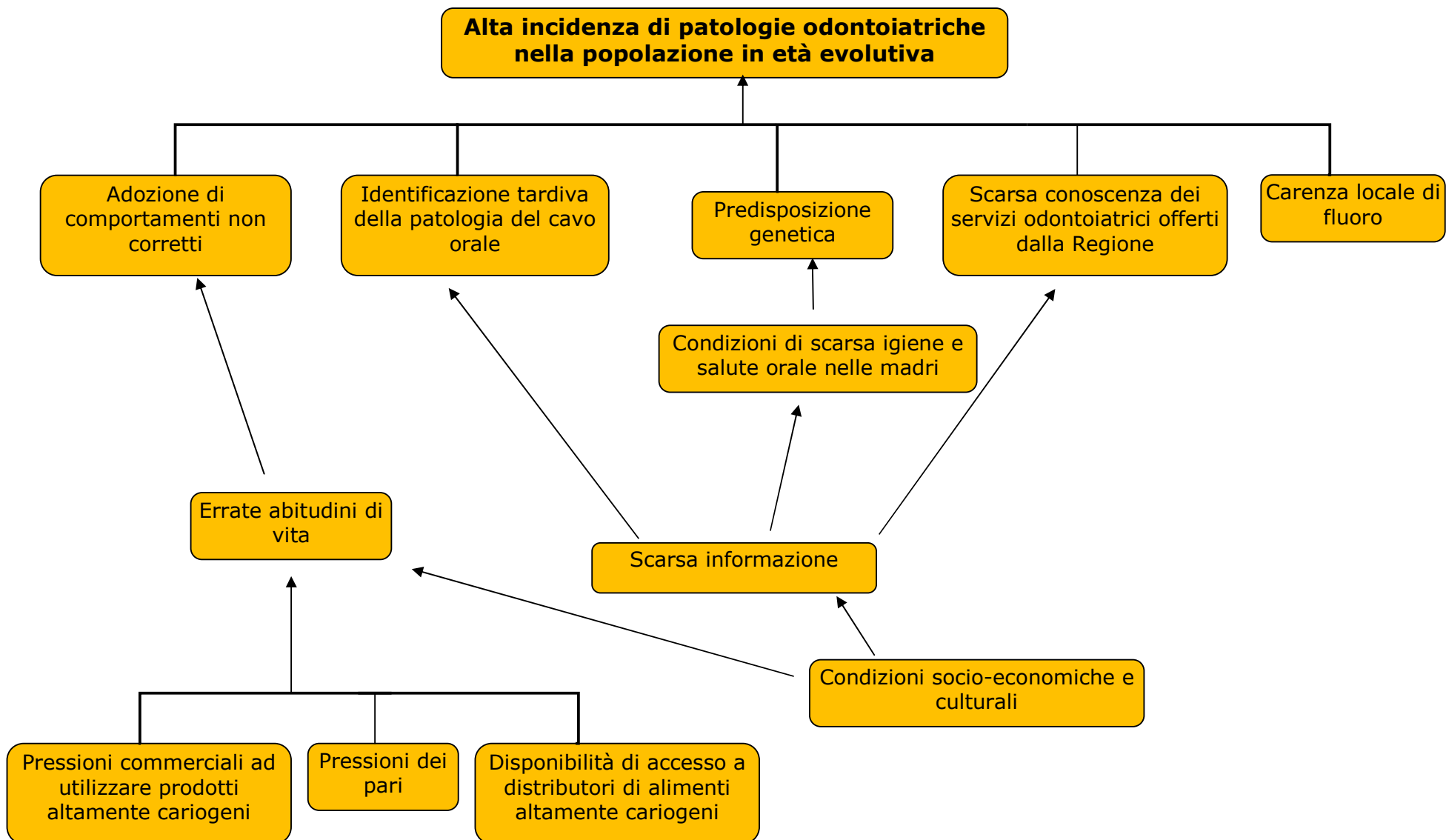
Tab 1

Tabella per riassumere i dati dell'analisi di contesto

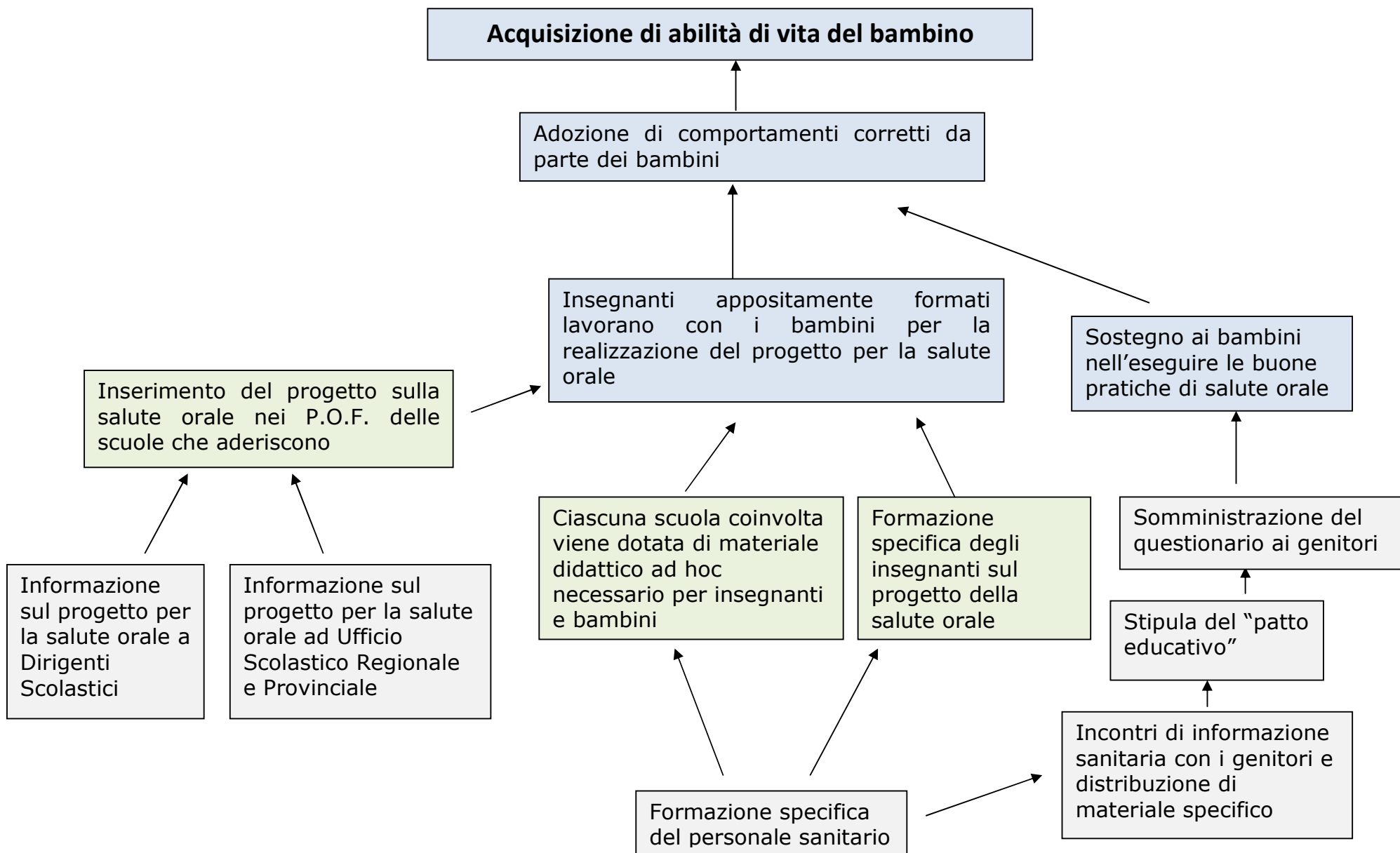
	Indicatori	Standard	Dati locali	Dati di Letteratura scientifica	Dati di letteratura 'grigia'	Dati qualitativi
Patologia del cavo orale	Incidenza Prevalenza Percezione della malattia Peso relativo della malattia rispetto alle altre patologie	Prevalenza patologia cariosa: 22% a 4 anni e 44% a 12 anni	Prevalenza patologia cariosa nella regione Abruzzo: denti decidui 72%; denti permanenti 51% Prevalenza patologia cariosa nel comune dell'Aquila: 67.3%	Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva 2008	Studio Università degli Studi di Chieti "Progetto obiettivo per la prevenzione delle malattie del cavo orale", 2000 Studio Università degli Studi dell'Aquila "Programmazione di un servizio di prevenzione delle malattie odontostomatologiche. Prevalenza di carie e malocclusioni nei bambini aquilani", 1998	
Fattori sociali	Messaggi dei media Conoscenza e percezione dei fattori di rischio Sistema educativo Minoranze etniche Status socio-economico e culturale			Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva 2008 Odontoiatria di comunità autori : Laura Strohmenger Roberto Ferro editore: masson , 2003		
Fattori ambientali	Fluorazione delle acque		Relazione sul servizio di medicina scolastica (anni 76-77 e 77-78) autore : comune di Pescasseroli (AQ) editore: grafiche Grillo -	Linee Guida Nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva 2008		

			Piedimonte Matese (ce)			
Fattori individuali	Composizione della saliva Familiarità Malformazioni anatomiche Patologie associate (neoplasie, ridotte difese immunitarie)			Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva 2008 Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali negli individui in età evolutiva che devono essere sottoposti a terapia che mio e/o radio 2010		
Fattori attinenti al sistema sanitario	Norme sanitarie Servizi offerti dal SSN Campagne di prevenzione Materiale informativo Mediatore culturale				www.consumatori.regione.abruzzo.it www.salute.gov.it D.P.C.M. 23.04.2008 integrante il D.P.C.M. del 29.11.2001	
Fattori di Rischio comportamentali correlati	Abitudini alimentari Abitudini viziate Scarsa igiene orale			Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva 2008 Prevenzione e promozione della salute orale in età pediatrica autori: Miriam Madau - Laura Strohmenger editore: quintessenza ed. 2003		

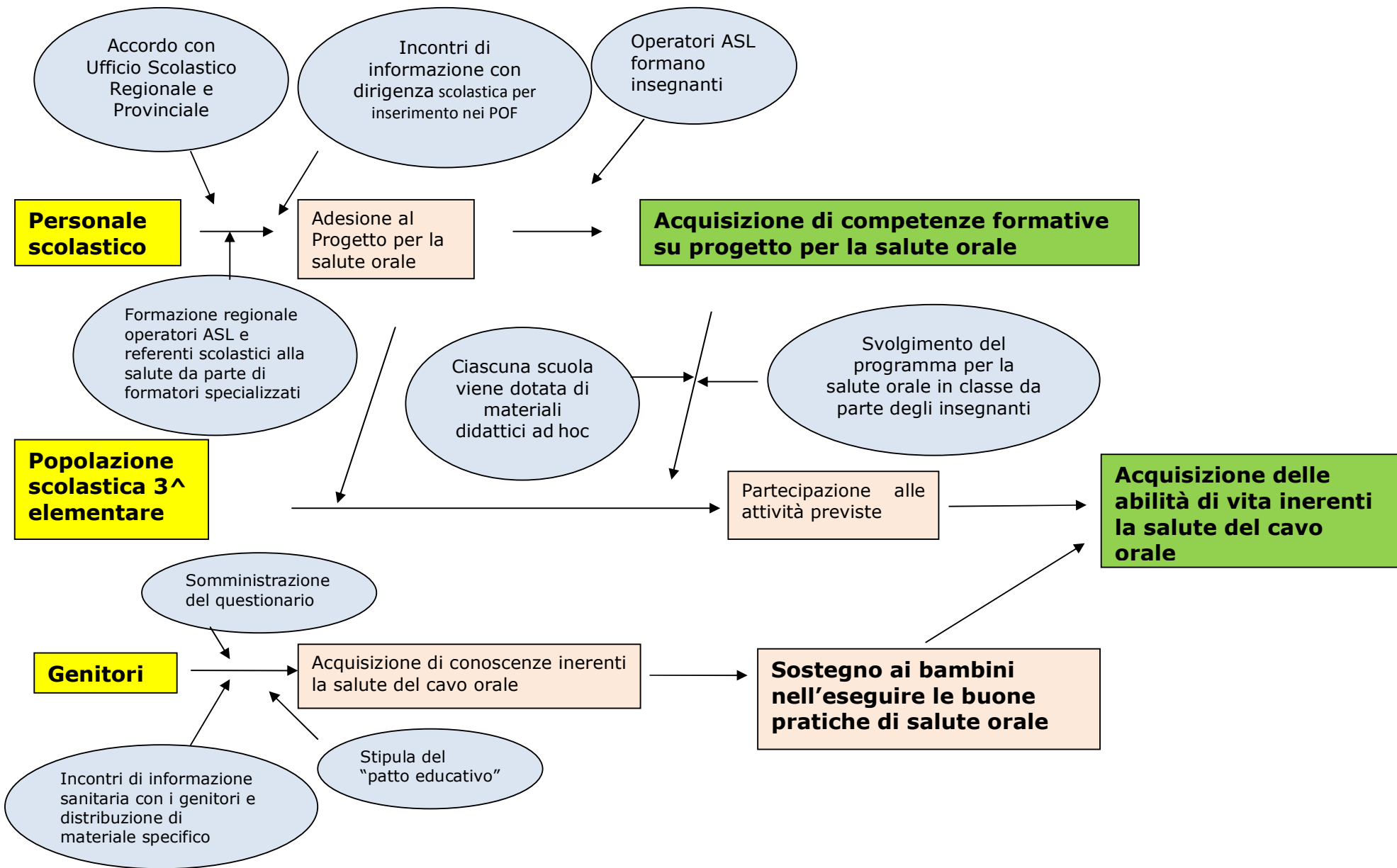
ALBERO DEI PROBLEMI PATOLOGIA DEL CAVO ORALE



"PROGETTO SALUTE ORALE" – ALBERO DEGLI OBIETTIVI



PROGETTO SALUTE ORALE - MODELLO LOGICO



"PROGETTO SALUTE ORALE" - QUADRO LOGICO

Tab. 2

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Prevenzione della carie in età evolutiva			
Obiettivo specifico	Acquisizione di abilità di vita inerenti la salute del cavo orale nei bambini della 3 ^a elementare nella Regione Abruzzo entro il 2012	Far acquisire ogni anno, entro la fine del PRP, ad almeno il 20% dei bambini che hanno partecipato al progetto abilità di vita inerenti la salute del cavo orale	Questionario pre e post intervento	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilità di Personale dedicato - Disponibilità di un Software dedicato
Risultati attesi 1	Scuole primarie che aderiscono al progetto	N° scuole primarie aderenti/ N° tot. scuole primarie Scuole primarie aderenti da 0 al 40%	Registro dati attività di coinvolgimento	<ul style="list-style-type: none"> - Accordo tra Direzione Sanità e Ufficio Scolastico Regionale - Inserimento nei POF - Collaborazione degli insegnanti - Partecipazione/coinvolgimento operatori ASL
Risultati attesi 2	Genitori che si impegnano a sostenere il proprio figlio nel percorso formativo e nelle attività quotidiane	N° genitori che si impegnano/N° totale dei genitori Genitori che si impegnano da 0 al 40%	"Patti educativi" stipulati e questionari compilati	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione dei genitori
		MEZZI	COSTI	
Attività 1.1	Accordo tra Regione Abruzzo e Ufficio Scolastico Regionale e Provinciale	Tavolo di lavoro scuola e salute Regione Abruzzo		
Attività 1.2	Informazione ai Dirigenti Scolastici per l'inserimento del progetto per la salute orale nei P.O.F.	Incontri di lavoro tra personale ASL e Dirigenti scolastici scuole interessate e approvazione da parte del collegio dei docenti		
Attività 1.3	Formazione regionale operatori ASL e referenti scolastici alla salute da parte di formatori specializzati	<ul style="list-style-type: none"> - docenti - ausili didattici 		

Attività 1.4	Elaborazione e realizzazione materiale informativo e didattico	- Personale coinvolto nel progetto - Studio grafico e tipografico		
Attività 1.5	Formazione insegnanti sul progetto per la salute orale da parte degli operatori formati e somministrazione del questionario di gradimento	- docenti - ausili didattici - Software dedicato		
Attività 1.6	Dotazione alle scuole aderenti di materiale didattico e informativo necessario per insegnanti e bambini	personale dedicato		
Attività 1.6.1	Trasmissione del materiale didattico e informativo alle scuole	- personale dedicato		
Attività 1.7	Somministrazione ai bambini del questionario ad inizio progetto	- Software dedicato - personale dedicato		
Attività 1.8	Insegnanti di 3 [^] elementare iniziano a svolgere il programma di educazione per la salute orale.	- Scuola		
Attività 1.9	Somministrazione ai bambini del questionario a fine progetto	- Software dedicato - personale dedicato		
Attività 2.1	Informazione ai genitori con diffusione del materiale informativo	- Scuola - Associazioni - Pediatri di libera scelta - Medico di base		
Attività 2.2	Stipula del "patto educativo" e somministrazione del questionario	- Materiale specifico - Personale scolastico - Personale sanitario - Software dedicato		

* Locandine, opuscoli, questionario, itinerari didattici, schede didattiche, etc.

** Locandine, opuscoli e questionario

tab. 3 Cronogramma

Attività	Mese																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Accordo tra Regione Abruzzo e Ufficio Scolastico Regionale e Provinciale		■																						
Informazione ai Dirigenti Scolastici per l'inserimento del progetto per la salute orale nei P.O.F. *		■	■	■	■																			
Formazione regionale operatori ASL e referenti scolastici alla salute da parte di formatori specializzati			■	■																				
Elaborazione e realizzazione materiale informativo e didattico		■	■	■	■																			
Formazione insegnanti sul progetto per la salute orale da parte degli operatori ASL formati *						■			■	■														
Informazione ai genitori da parte degli operatori ASL e distribuzione di materiale informativo *									■	■	■													
Stipula del "patto educativo" e somministrazione del questionario *									■	■	■													
Dotazione alle scuole aderenti di materiale didattico e informativo necessario per insegnanti e bambini *									■	■	■													
Somministrazione ai bambini del questionario ad inizio progetto *									■	■	■	■												
Insegnanti di 3^ elementare iniziano a svolgere il programma di educazione per la salute orale *										■	■	■	■	■	■	■	■	■						
Somministrazione ai bambini del questionario a fine progetto *																	■	■						
Report intermedio (I) e finale (F)																								■

* attività da effettuarsi negli anni scolastici 2011-2012 e 2012-2013

Piano Regionale della Prevenzione

REGIONE ABRUZZO

Macroarea: 4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

Linea di intervento generale: 4.2 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 la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità

Titolo del progetto: 4.2.3 Prevenzione delle disabilità da stili di vita non salutari (alimentazione inadeguata e scarsa attività motoria) negli anziani. Progetto " Colori in movimento".

Popolazione target: Popolazione ultrasessantaquattrenne compresi gli ospiti delle strutture per anziani (Case di riposo)

Attori:

Personale degli ambiti sociali

Comuni

Personale Dipartimento di Prevenzione delle ASL della Regione Abruzzo dei servizi di Igiene degli alimenti e della nutrizione e della Tutela della salute nelle attività sportive (medico psicologo dietista infermiere tecnico della Prevenzione Edp)

Personale del D.S.B.

Medici di Medicina Generale

Familiari

Gruppi di interesse coinvolti nella realizzazione: Ambiti sociali
Enti locali
Associazioni non profit
Circoli anziani
Sindacati

Il Progetto "Colori in movimento" è stato elaborato seguendo i principi fondamentali e la metodologia del Project Cycle Management (PCM) L'approccio ha previsto due fasi

- 1) Analisi (identificazione) della situazione esistente per sviluppare una immagine della "situazione desiderata futura" e selezionare le strategie che saranno applicate per conseguirla con l'obiettivo di evidenziare la rilevanza delle idee progettuali
- 2) Pianificazione (formulazione) in dettagli operativi del progetto con l'obiettivo di assicurare la fattibilità e la sostenibilità del progetto.

Analisi di contesto

L'invecchiamento della popolazione è in Italia un fenomeno rilevante rispetto anche agli altri Paesi industrializzati.

Risulta prioritario nelle scelte di politica socio- sanitaria individuare strategie che tengano conto non solo dei bisogni di questa particolare popolazione ma anche interventi di medicina preventiva e sociali ad essa rivolti.

L'invecchiamento è fisiologicamente legato ad alterazione dell'appetito e a riduzione dell'attività motoria.

Anche disturbi della motilità e della masticazione riducono l'assunzione variata di alimenti nell'anziano.

Un altro importante fattore eziologico è rappresentato dal disagio sociale e psicologico in cui si ritrovano spesso gli anziani .

Per interazione dei fattori suddetti i disturbi nutrizionali rappresentano una condizione di frequente riscontro in questa popolazione aggravati dallo scarso movimento .

Molti studi epidemiologici dimostrano che il rischio di malnutrizione è basso negli anziani autosufficienti (0- 6%), diviene elevato (10- 30%) nei pazienti istituzionalizzati e tra i pazienti che ricevono assistenza pubblica domiciliare (fino al 50 %)(Finch ed al. 1998 ; Giugoz ed al. 2002; Ruiz - Lopez ed al, 2003 ; Saletti ed al.2005).

La prevenzione della malnutrizione e della sedentarietà nei soggetti anziani assistiti sono obiettivi primari di sanità pubblica , dato che queste condizioni determinano uno scadimento della qualità di vita ed elevati costi sociali ed economici .

Indagini epidemiologiche hanno fatto rilevare un aumento della morbilità e della mortalità associate a non corretti stili alimentari(Kagansasky et al., 2005 Van Ne set al. , 2001) .Si è visto anche che la malnutrizione rappresenta un fattore predittivo rilevante per la sindrome dell'anziano fragile (Morley ed al. , 1999).

Lo studio Passi D'Argento studio nazionale 2010 riferisce:

Gli ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia o fragilità :

- sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL (attività di base della vita quotidiana come ad esempio mangiare, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, vestirsi, nutrirsi)
- non sono autonomi al massimo in 1 IADL (attività strumentali della vita quotidiana come ad esempio, usare il telefono, prendere le medicine, cucinarsi il pranzo, farsi la spesa)
- in più presentano almeno 2 delle seguenti caratteristiche o condizioni:
 - problemi di masticazione o vista o udito;
 - insufficiente attività fisica o abitudine al fumo o consumo di alcol o scarso consumo di frutta o verdura;
 - sintomi di depressione o di isolamento, mancanza di supporto sociale.

Lo studio Passi D'Argento definisce "l'attività fisica con un indice complesso (PASE) in cui si fa una stima su diversi momenti della vita: di divertimento, di attività casalinghe, di attività fisica strutturata e di attività sociali nella collettività, a ciascuno dei quali viene dato un punteggio. Nella distribuzione del punteggio PASE consideriamo **meno attivi** coloro il cui punteggio è pari o al disotto del 25° percentile o **più attivi** se al di sopra".

Dai dati del quadro demografico del Piano Sanitario 2008 - 2010 si rileva che la Regione Abruzzo ha l'indice di invecchiamento pari a 21,1% superiore al valore di riferimento nazionale (19,5%) .L'indice di vecchiaia è 155,9 (Italia 137,8).La L.R. n. 328 del 8.11.2000 (Piano Sociale) ha istituito n. 35 ambiti sociali tra le cui finalità si contempla anche un riferimento specifico alle problematiche dell'anziano.



**Popolazione residente al 1 Gennaio 2010 per età, sesso e stato civile
Regione: Abruzzo**

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
64	5971	6446	12417
65	6574	6813	13387
66	6316	6802	13118
67	6110	6620	12730
68	6233	6665	12898
69	7074	7775	14849
70	7015	7912	14927
71	6525	7321	13846
72	6500	7372	13872
73	5980	7025	13005
74	6006	7293	13299
75	5686	7034	12720
76	5631	7290	12921
77	5058	6562	11620
78	5018	6783	11801
79	5079	7114	12193
80	4252	6245	10497
81	4030	5985	10015
82	3715	5866	9581
83	3298	5444	8742
84	2991	5120	8111
85	2546	4660	7206
86	2181	4212	6393
87	1920	3934	5854
88	1719	3477	5196
89	1431	3105	4536
90	771	1740	2511
91	442	1079	1521
92	387	964	1351
93	433	1008	1441
94	385	1009	1394
95	238	715	953
96	189	555	744
97	135	431	566
98	89	260	349
99	51	197	248
100 e più	79	290	369
TOTALE	128058	169123	297181

Popolazione residente al 1 Gennaio 2010 per età, sesso e stato civile
Provincia: Teramo

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
64	1404	1582	2986
65	1486	1520	3006
66	1534	1605	3139
67	1451	1554	3005
68	1523	1574	3097
69	1610	1784	3394
70	1641	1751	3392
71	1565	1772	3337
72	1511	1695	3206
73	1415	1580	2995
74	1423	1722	3145
75	1312	1592	2904
76	1314	1602	2916
77	1133	1458	2591
78	1199	1464	2663
79	1138	1522	2660
80	1006	1341	2347
81	920	1257	2177
82	816	1275	2091
83	662	1177	1839
84	623	1098	1721
85	561	977	1538
86	448	914	1362
87	417	842	1259
88	364	737	1101
89	307	612	919
90	158	412	570
91	100	230	330
92	77	202	279
93	85	222	307
94	91	218	309
95	44	142	186
96	50	122	172
97	23	89	112
98	14	51	65
99	11	44	55
100 e più	17	55	72
TOTALE	29453	37794	67247

Popolazione residente al 1 Gennaio 2010 per età, sesso e stato civile
Provincia: L'Aquila

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
64	1301	1364	2665
65	1454	1492	2946
66	1479	1518	2997
67	1330	1464	2794
68	1362	1493	2855
69	1646	1821	3467
70	1499	1719	3218
71	1392	1683	3075
72	1439	1691	3130
73	1290	1563	2853
74	1269	1610	2879
75	1253	1639	2892
76	1232	1725	2957
77	1129	1598	2727
78	1127	1635	2762
79	1161	1694	2855
80	1010	1532	2542
81	917	1548	2465
82	939	1468	2407
83	836	1401	2237
84	724	1340	2064
85	643	1303	1946
86	572	1072	1644
87	502	1013	1515
88	393	890	1283
89	352	804	1156
90	198	409	607
91	112	264	376
92	85	231	316
93	117	252	369
94	88	240	328
95	53	172	225
96	55	154	209
97	37	108	145
98	28	58	86
99	11	48	59
100 e più	27	85	112
TOTALE	29062	40101	69163

Popolazione residente al 1 Gennaio 2010 per età, sesso e stato civile
Provincia: Pescara

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
64	1474	1553	3027
65	1596	1740	3336
66	1496	1705	3201
67	1464	1693	3157
68	1432	1670	3102
69	1670	1927	3597
70	1692	2032	3724
71	1559	1756	3315
72	1561	1740	3301
73	1491	1725	3216
74	1449	1731	3180
75	1358	1653	3011
76	1337	1700	3037
77	1162	1577	2739
78	1144	1598	2742
79	1128	1688	2816
80	936	1464	2400
81	933	1393	2326
82	820	1315	2135
83	760	1214	1974
84	707	1212	1919
85	586	1043	1629
86	483	940	1423
87	407	885	1292
88	387	708	1095
89	295	742	1037
90	174	422	596
91	98	246	344
92	95	232	327
93	86	225	311
94	76	242	318
95	51	182	233
96	30	119	149
97	34	101	135
98	19	70	89
99	12	42	54
100 e più	17	75	92
TOTALE	30019	40360	70379

Popolazione residente al 1 Gennaio 2010 per età, sesso e stato civile
Provincia: Chieti

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
64	1792	1947	3739
65	2038	2061	4099
66	1807	1974	3781
67	1865	1909	3774
68	1916	1928	3844
69	2148	2243	4391
70	2183	2410	4593
71	2009	2110	4119
72	1989	2246	4235
73	1784	2157	3941
74	1865	2230	4095
75	1763	2150	3913
76	1748	2263	4011
77	1634	1929	3563
78	1548	2086	3634
79	1652	2210	3862
80	1300	1908	3208
81	1260	1787	3047
82	1140	1808	2948
83	1040	1652	2692
84	937	1470	2407
85	756	1337	2093
86	678	1286	1964
87	594	1194	1788
88	575	1142	1717
89	477	947	1424
90	241	497	738
91	132	339	471
92	130	299	429
93	145	309	454
94	130	309	439
95	90	219	309
96	54	160	214
97	41	133	174
98	28	81	109
99	17	63	80
100 e più	18	75	93
TOTALE	39524	50868	90392

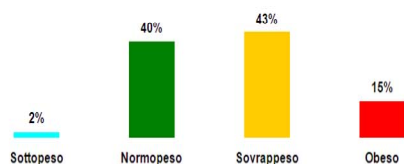
L'anziano-risorsa

per sottogruppo di popolazione



Con una certa frequenza gli ultra64enni costituiscono una risorsa anche quando fragili o disabili

Stato nutrizionale

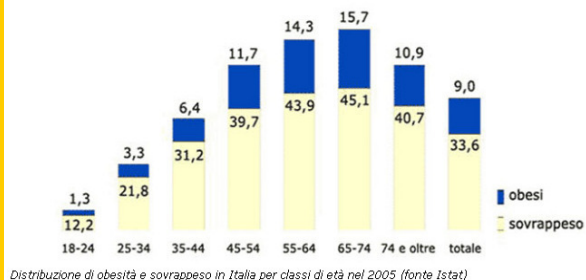


**Più della metà degli anziani è in eccesso ponderale
Gli obesi sono il 15%**

Stato nutrizionale

	% Eccesso
Totale	58%
IC 95%	56,7% - 59,6%
Classi di età	
65-74	63,8
75 e oltre	52,5
Genere	
uomini	63,7
donne	53,8
Istruzione	
bassa	59,2
alta	56,1
Difficoltà	
Molte difficoltà	60,3
Qualche difficoltà	60,3
Nessuna	55,7

Situazione sulla popolazione generale in Italia

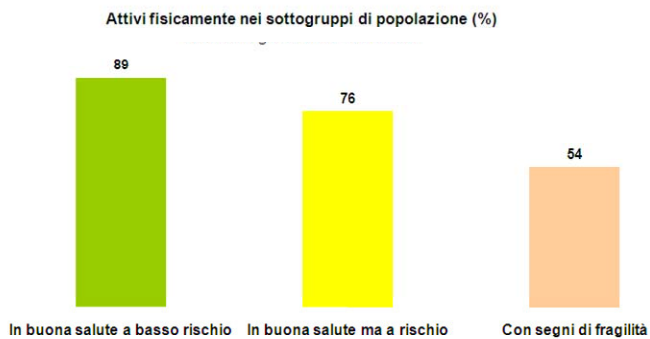


Sovrappeso più frequente fra i 65-74enni, gli uomini, con basso livello scolarità, con difficoltà economiche, coincidenza dati nazionali

Stili di vita: attività fisica

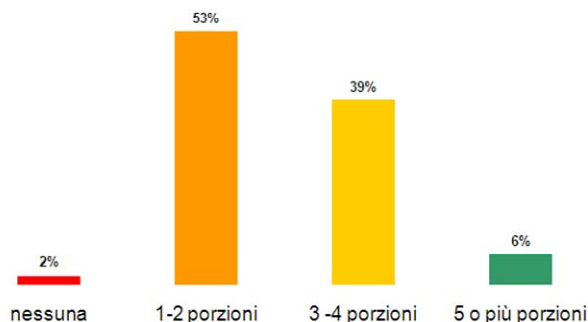
Gli anziani **“più attivi”** sono significativamente più frequenti fra:

- i **65-74enni**
- le **persone senza difficoltà economiche**
- le **persone con istruzione più alta**
- le **donne**



Stili di vita: consumo di frutta e verdura

Consumo di frutta e verdura nella popolazione anziana - n. 4670



Solo il 6% degli anziani consuma almeno le 5 porzioni al giorno di frutta e verdura raccomandate

Stili di vita: consumo di frutta e verdura

Consumo di frutta e verdura - n. 4670

	porzioni giornaliere di frutta e verdura			
	nessuna	1-2	3-4	5+
Classi di età				
65-74	1,5	48,5	42,1	7,7
75 e oltre	2,0	57,3	35,2	4,9
Genere				
uomini	1,8	52,4	38,7	6,7
donne	1,8	53,4	38,6	5,9
Istruzione				
bassa	1,9	56,1	36,7	4,9
alta	1,5	45,9	42,9	9,3
Difficoltà economiche				
Molte difficoltà	4,3	59,7	30,9	4,8
Qualche difficoltà	1,6	56,4	36,9	4,9
Nessuna	1,0	46,4	43,8	8,5

Il consumo è più frequente in persone con livello di istruzione più alto, senza difficoltà economiche, con 65-74 anni

Dai dati di Passi D'Argento Nazionali e dai dati ISTAT si evince che la popolazione ultra 64enne, in particolare con basso livello di istruzione e con basso reddito non consuma le 5 porzioni raccomandate al giorno di frutta e verdura.

L'attività motoria è poco praticata tra le classi con difficoltà economica e con basso livello di scolarità. In considerazione che gli anziani in buona salute costituiscono una risorsa è consigliata la realizzazione di interventi che aiutino la popolazione ultra 64enne a migliorare lo stile di vita in particolare corretta alimentazione e attività fisica

Tabella 1 - Analisi di contesto schematizzata

	Indicatori	standard	Dati locali	Dati letteratura scientifica	Dati letteratura grigia e qualitativi
Scarso consumo di frutta e verdura	N. di persone che consumano almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura	% di persone che consumano almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura	6% (Dati nazionali)		Passi D'Argento 2010
Scarsa attività fisica	n. di persone in buona salute ma a rischio che fanno attività fisica	% di persone " più attivi " /sulla popolazione di riferimento	76% (Dati Nazionali)	Gregg EW Pereira MA, Caspersen CJ. Physical activity, fall, and fractures among older adults : a review of the epidemiologic evidence. J Am Geriatr. Soc 2000; 438: 883 - 93	Passi D'Argento 2010
Fattori sociali (istruzione e reddito)	Bassa scolarità Difficoltà economiche	n.p. n.p	59 % (Dati ISTAT 2005) 60,3 % (Dati ISTAT 2005)		Passi D'Argento 2010
Fattori ambientali (accessibilità a centri anziani)	n. di anziani che hanno usufruito di centri per anziani	Percentuale di anziani che hanno usufruito dei centri per anziani / popolazione di riferimento	20 % (Dati Nazionali)	n.r.	Passi D'Argento 2010
Fattori individuali (età)	Prevalenza di obesità sovrappeso nella fascia di età 65-74enni	0%di sovrappeso e obesità nella fascia di età 65-74enni / popolazione di riferimento	58,7 % sovrappeso e obesità	n.r.	Passi D'Argento 2010 Dati ISTAT 2005

ALBERO DEI PROBLEMI

Nell'albero dei problemi è stata raffigurata sinteticamente la realtà attuale della nutrizione non corretta e della insufficiente attività motoria negli ultra 64enni con tutti i suoi aspetti negativi .

ALBERO DEGLI OBIETTIVI

Consiste nel trasformare in positivo l'immagine della realtà attuale (negativa) ottenuta con l'albero dei problemi. La condizione attuale negativa (problema) viene trasformata in una condizione futura (obiettivo).La trasposizione dei problemi in obiettivi non costituisce l'individuazione degli obiettivi del progetto . Essa descrive una raffigurazione positiva della realtà(della situazione) qualora tutti i problemi fossero risolti. Il progetto sceglierà di raggiungere solamente alcuni degli obiettivi raffigurati nell'albero.

MODELLO LOGICO

Nel modello Logico sono indicati in modo schematico le tappe che portano al raggiungimento dell'obiettivo specifico di riduzione della disabilità dovuta ai stili di vita non salutari e in particolare a inadeguato consumo di frutta e verdura e scarsa attività motoria. Attraverso gli operatori sociali dei comuni, degli ambiti sociali delle case di riposo , le campagne di informazione della popolazione e dei MMG e tramite il coinvolgimento degli stakeholder e delle comunità locali si otterrà un miglioramento della percezione dei rischi connessi alla inadeguata assunzione di frutta e verdura e alla scarsa attività motoria e consequenziale adozione da parte della popolazione ultra 64enne di corretti stili di vita.

QUADRO LOGICO

E' la matrice di progettazione ed è molto utile per definire in maniera chiara i diversi elementi di un intervento progettuale e per visualizzarli in modo efficace.

Il quadro logico è articolato in quattro livelli, legati tra loro da un rapporto causa effetto in senso verticale dal basso verso l'alto, secondo il quale le attività portano ai risultati, i risultati conducono al raggiungimento dello scopo del progetto (obiettivo specifico) e lo scopo (obiettivo specifico) contribuisce al raggiungimento dell'obiettivo generale .

Tabella 2 – Quadro logico del progetto

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico – degenerative attraverso la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità		Indagine Passi D'argento	Mancata estensione all'intera Regione di Passi D'argento Rispondenza fra dati nazionali e regionali. Fattori economici familiari e risorse pubbliche Scarso coinvolgimento Ambiti Sociali e Comuni Scarso coinvolgimento dei medici di base e delle associazioni
Obiettivo specifico	Miglioramento alimentazione e aumento dell'attività motoria negli ultra sessantaquattrenni	N. ultra 64enni coinvolti / popolazione ultra 64enne interessata	Registro attività	Reddito Fattori Familiari Isolamento Disponibilità Comuni Disponibilità Ambiti Sociali Predisposizione di percorsi, spazi ed attrezzature da parte di enti pubblici Disponibilità Associazioni
Risultati attesi 1.1	Formazione del personale degli ambiti sociali, dei comuni e delle Case di Riposo	n. partecipanti / totale personale interessato	Dati Regionali Ambiti Sociali Comuni Dati ASL (registro attività)	Disponibilità delle istituzioni interessate e del personale coinvolto

Risultati attesi 1.2	Realizzazione materiale divulgativo ed informativo	N. opuscoli realizzati / n. opuscoli necessari per la popolazione interessata	Dati interni allo studio (registro attività)	Disponibilità economica Personale
Risultati attesi 1.3	Coinvolgimento della popolazione target (popolazione generale) sull'adozione di corretti stili di vita	N. persone raggiunte con materiale informativo / totale popolazione interessata	Dati comunali Dati interni allo studio (registro attività)	Distribuzione del materiale
Risultati attesi 1.4	Coinvolgimento della case di riposo sull'adozione di corretti stili di vita	N. case di riposo raggiunte / totale case di riposo della Regione	Dati ASL Dati interni allo studio (registro attività)	Adesione Case di Riposo Personale
Attività 1.1	Acquisizione adesioni da parte degli Enti interessati	Mezzi: Inviti formali		Personale ASL
Attività 1.2	Programmare e realizzare la formazione del personale degli ambiti sociali , dei comuni e delle Case di Riposo	Mezzi: n. 2 incontro di ore 2 per ambito sociale		Gestione del personale
Attività 1.3	Realizzazione materiale divulgativo ed informativo	Mezzi: personale coinvolto nel progetto, gruppi di interesse , enti pubblici e privati		Disponibilità economica
Attività 1.4	Raggiungimento della popolazione target sull'adozione di corretti stili di vita	Mezzi : opuscoli Con servizi sociali, luoghi pubblici, DSB, ambulatori MMG, Centri anziani, Associazioni		Disponibilità dei portatori di interesse e degli Enti

Attività 1.5	Realizzazione di incontri in case di riposo sull'adozione di corretti stili di vita	N. 1 incontro programmato di 2 ore e n. 1 incontro di rinforzo a metà progetto		Disponibilità Personale Disponibilità Case di Riposo
--------------	---	--	--	---

Beneficiari : Popolazione ultra 64enne della Regione Abruzzo

Obiettivi di processo :

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore al 31 dicembre 2010	Valore indicatore al 31 dicembre 2011		Valore indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	atteso	osservato
Percentuale di comuni in cui è stato attuato il progetto	Registro attività	0				
			10%		50%	
n. operatori dei comuni, degli ambiti sociali e delle case di riposo formati	Registro attività	0	20%		40%	
n. opuscoli inviati agli ultra 64enni	Registro attività	0	10%		60%	

Tabella 3 – Cronoprogramma azioni previste

Risultati attesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
R.A. 1 – Azione 1	■	■																						
R.A. 1 – Azione 2			■	■	■	■	■	■	■	■														
R.A. 1 – Azione 3	■	■	■	■	■	■																		
R.A. 1 – Azione 4							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
R.A. 1 – Azione 5							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Report intermedi (I) e finale (F)												R.I												R.F.

Attività 1.1 Invio inviti formali agli Enti interessati per adesione

Attività 1.2 Formazione personale degli Enti interessati

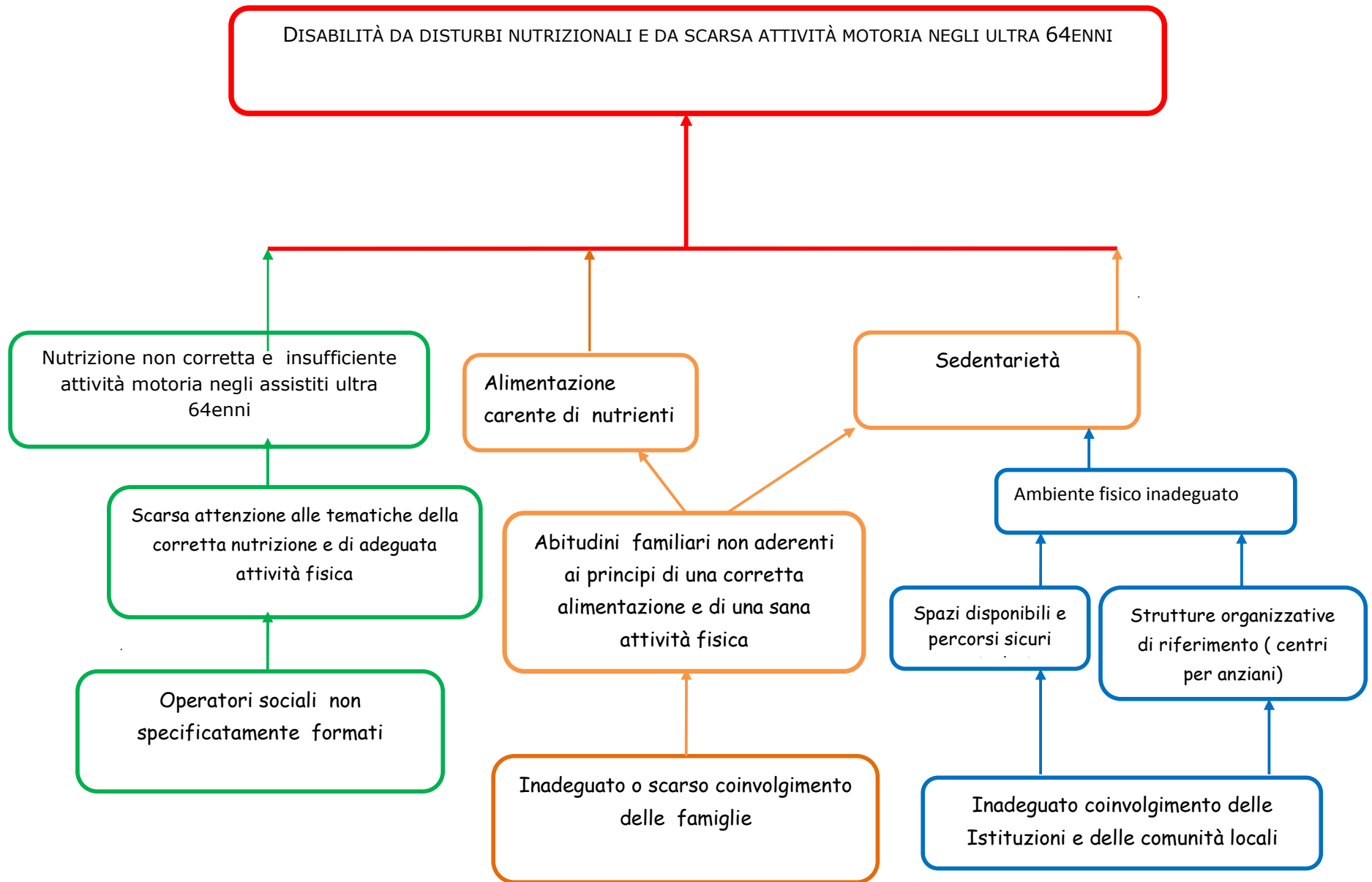
Attività 1.3 Realizzazione materiale divulgativo ed informativo

Attività 1.4 Coinvolgimento della popolazione sui corretti stili di vita

Attività 1.5 Incontri dedicati Case di Riposo

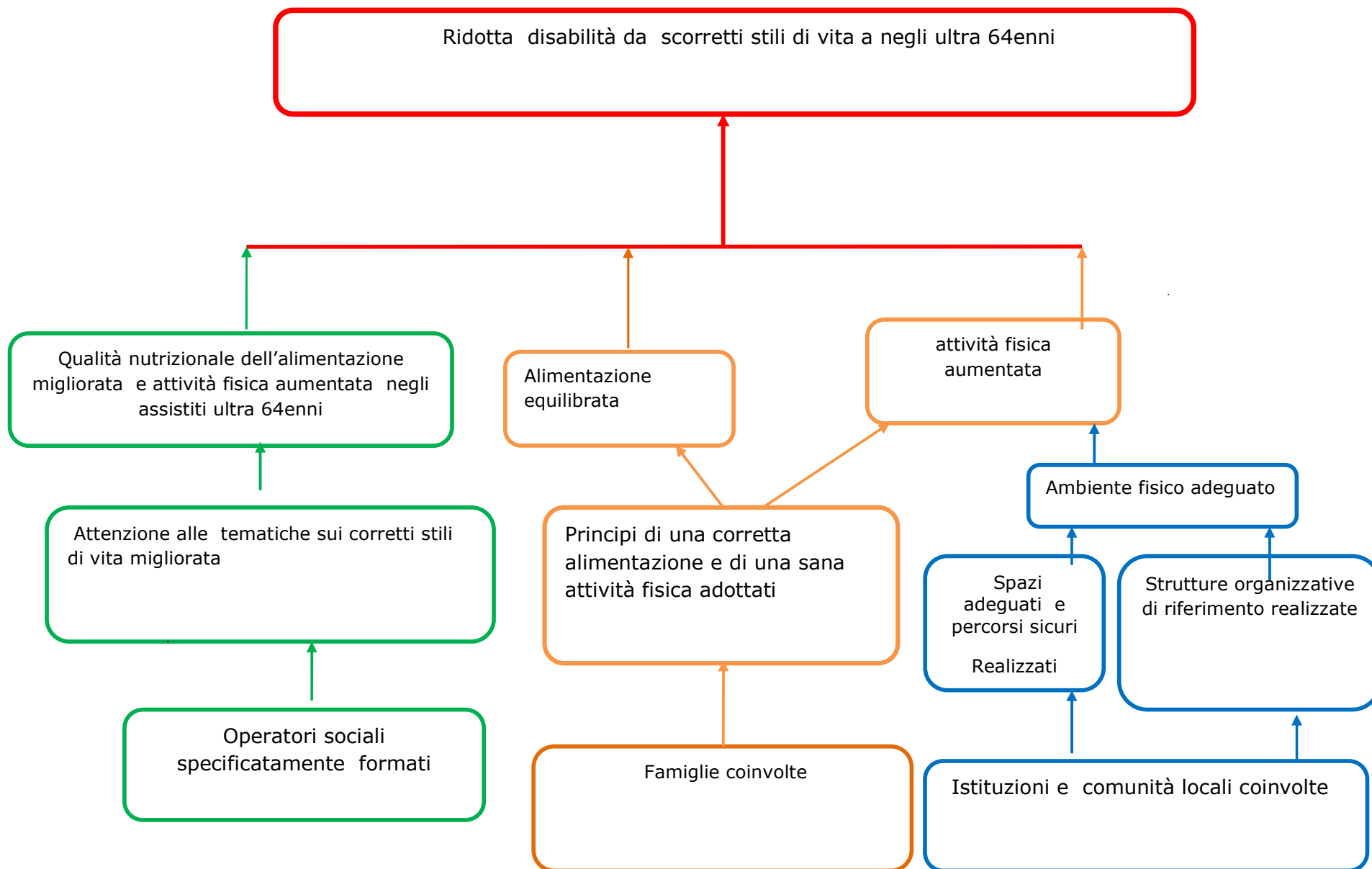
LINEA GENERALE: PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLA DISABILITÀ E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA
PROGETTO : PREVENZIONE DELLA DISABILITÀ DA DISTURBI NUTRIZIONALI E DA SCARSA ATTIVITÀ MOTORIA NEGLI ANZIANI

ALBERO DEI PROBLEMI



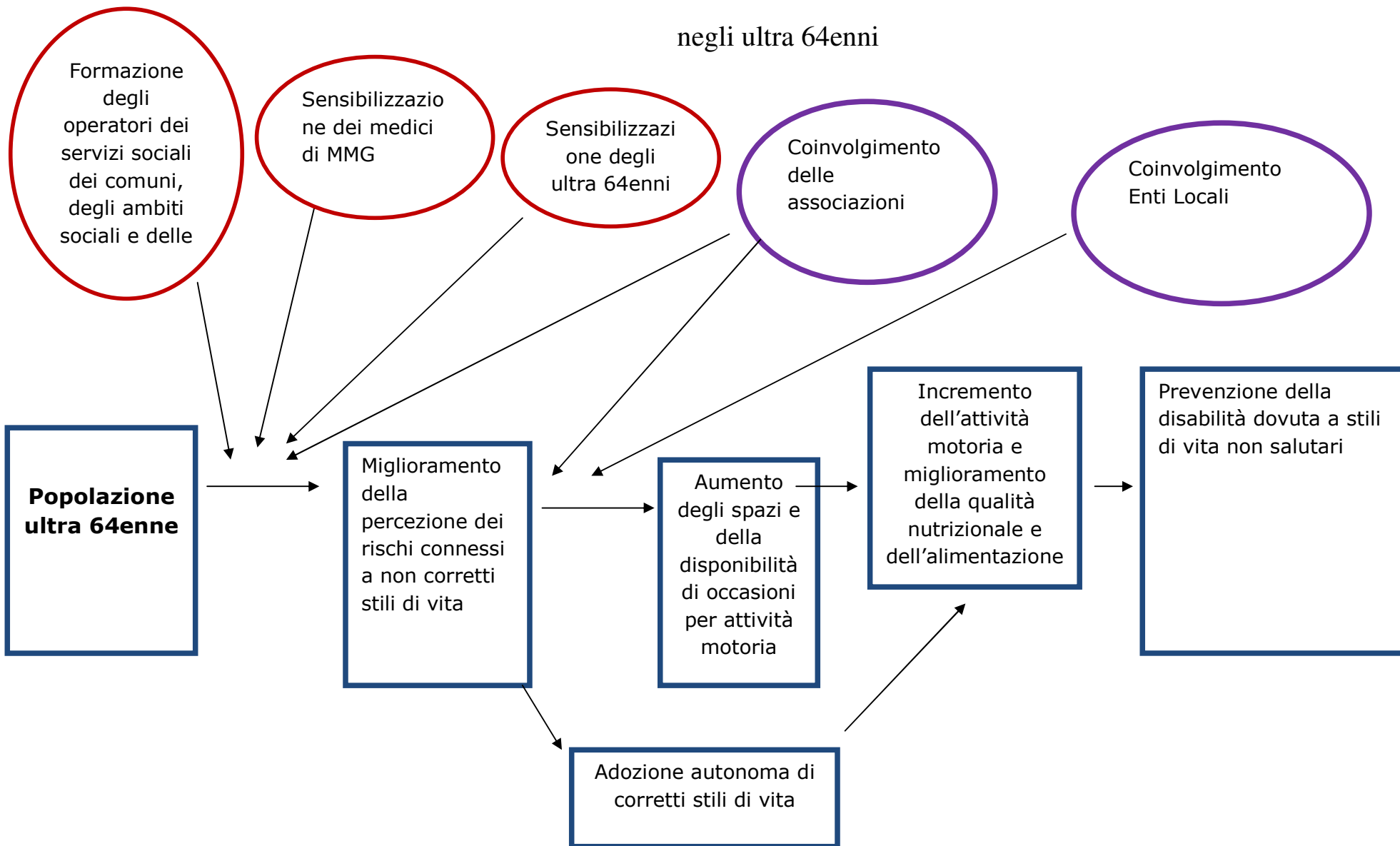
LINEA GENERALE: PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLA DISABILITÀ E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA
PROGETTO : PREVENZIONE DELLA DISABILITÀ DA DISTURBI NUTRIZIONALI E DA SCARSA ATTIVITÀ MOTORIA NEGLI ANZIANI

ALBERO DEGLI OBIETTIVI



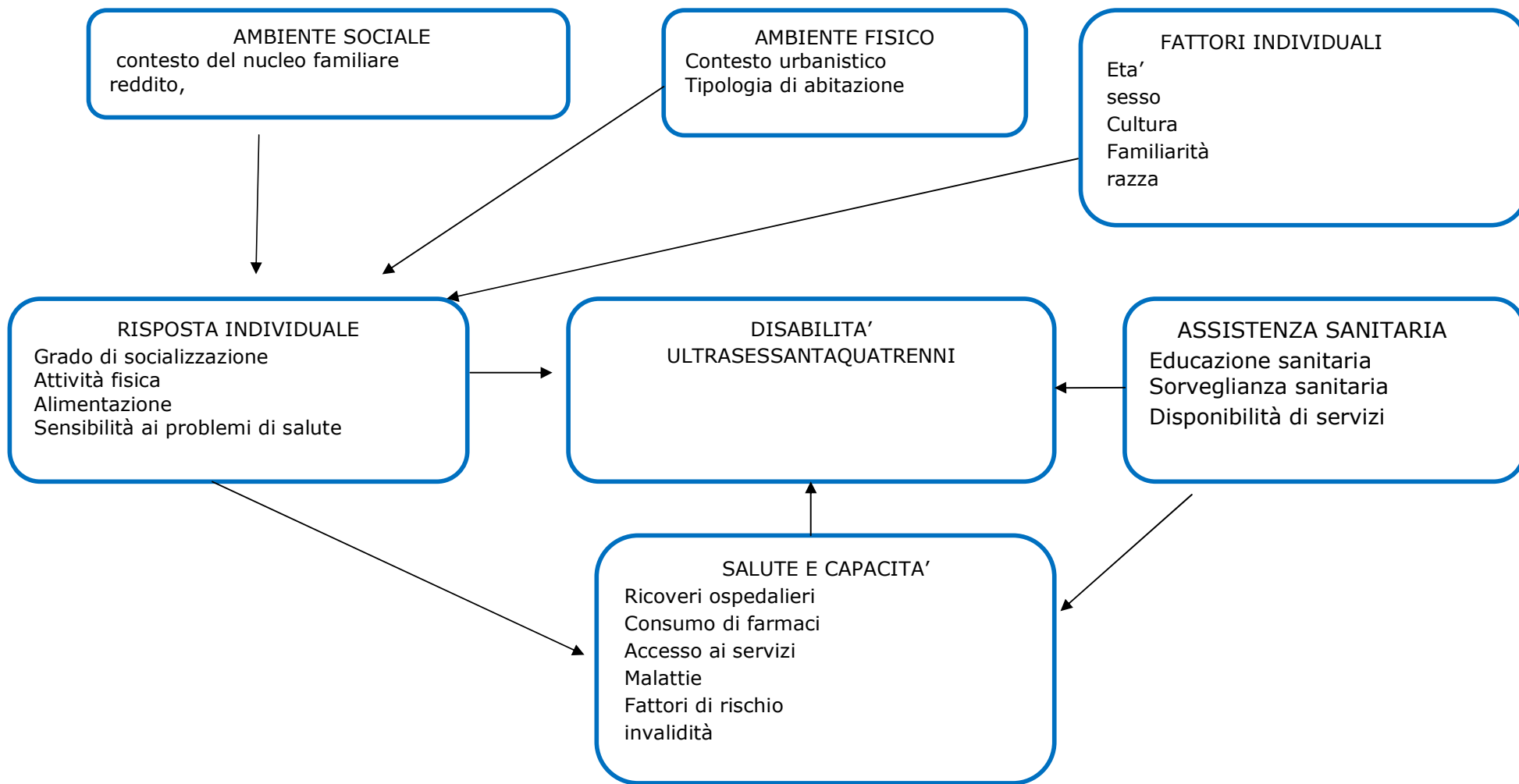
MODELLO LOGICO

Prevenzione della disabilità da stili di vita non salutari (alimentazione inadeguata e scarsa attività fisica)
negli ultra 64enni



LINEA DI INTERVENTO GENERALE :PPREVENZIONE DELLA DISABILITA' E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO: PREVENZIONE DELLE DISABILITA' DA DISTURBI NUTRIZIONALI E DA SCARSA ATTIVITA' MOTORIA
NEGLI ANZIANI

ANALISI DI CONTESTO



Macroarea: 4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

Linea di intervento generale: 4.2 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

Titolo del progetto: 4.2.1 Attivazione del sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra 64enne "PASSI d'Argento"

Popolazione target: Campione rappresentativo della popolazione ultra 64enne residente nella Regione Abruzzo ovvero 1.338.898 persone che al 1/01/2010 costituivano il 21,26% della popolazione residente in Abruzzo.

Attori:

Comuni

Operatori dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali

Personale Dipartimento di Prevenzione delle ASL della Regione Abruzzo

Personale del D.S.B.

Anziani e loro famiglie

Gruppi di interesse coinvolti nella realizzazione: Gruppi di interesse coinvolti nella realizzazione :

- Medici di Medicina Generale
- Organizzazioni del Terzo settore coinvolte nelle attività di promozione e tutela della Salute e del benessere dei cittadini anziani ovvero associazioni di anziani, associazioni di volontariato e di promozione sociale, cooperative sociali, fondazioni e in generale organizzazioni di natura privata volte alla produzione di beni e servizi a destinazione pubblica o collettiva
- Organizzazioni sindacali
- Organizzazioni imprenditoriali (ambiti di impegno e investimento condiviso con enti pubblici e Terzo settore)

Il Progetto "Passi D'Argento" è stato elaborato seguendo i principi fondamentali e la metodologia del Project Cycle Management (PCM) L'approccio ha previsto due fasi

- 1) Analisi (identificazione) della situazione esistente per sviluppare una immagine della "situazione desiderata futura" e selezionare le strategie che saranno applicate per conseguirla con l'obiettivo di evidenziare la rilevanza delle idee progettuali
- 2) Pianificazione (formulazione) in dettagli operativi del progetto con l'obiettivo di assicurare la fattibilità e la sostenibilità del progetto.

Analisi di contesto

In Abruzzo il quadro demografico della popolazione (1.338.898 abitanti, dati ISTAT 1/1/2010) è caratterizzato da una tendenza all'invecchiamento con un incremento degli ultra 64enni che, nel 1/1/2010, costituivano il 21,26% della popolazione residente (il 20,1% in Italia); gli ultra 74enni erano l' 11,11% (9,8% in Italia nel 2009). Nello stesso anno, l'indice di vecchiaia (1), tradizionalmente usato per valutare la presenza degli anziani in una data popolazione, ha raggiunto quota 158,8 (139,9 in Italia) nel 2006. In altre parole nel 2006 gli anziani erano circa il 58,8 per cento in più dei giovani.

Gli scenari evolutivi ipotizzati per i prossimi decenni indicano, inoltre, un accentuarsi del fenomeno. In particolare, si prevede che nel 2050 gli ultra 64enni costituiranno circa il 33% della popolazione (una persona su tre avrà più di 64 anni) mentre l'indice di vecchiaia dovrebbe aumentare in progressione aritmetica, fino a pervenire, nel 2050 a circa 267 anziani ogni 100 giovani. Questa evoluzione demografica sarà associata ad un ulteriore accrescimento dei bisogni di salute legati all'invecchiamento, cui corrispondono un ventaglio di interventi socio-assistenziali e socio-sanitari notevolmente diversificati. In particolare, saranno sempre più richiesti interventi di prevenzione miranti a ridurre la disabilità e il rischio di disabilità ma anche azioni coordinate di protezione sociale e di promozione della Salute e del benessere della persona anziana. A supporto di queste strategie, si raccomanda la messa in attività di monitoraggio degli interventi.

A livello mondiale l'OMS ha stabilito un quadro strategico " active ageing" finalizzato a sviluppare e mantenere le condizioni per "un invecchiamento attivo" con linee di intervento ad iniziare prima dell'invecchiamento stesso.

I tre cardini dell' "active ageing" sono la salute, la partecipazione e la sicurezza. Questo si può realizzare attraverso il passaggio da politiche basate sui bisogni delle persone in età avanzata, considerate come soggetti passivi, a quelle che riconoscono ad ogni persona il diritto e il dovere di avere un ruolo attivo nella vita della comunità, indipendentemente dall'età.

In questo ambito Passi D'Argento rappresenta un'importante attività di sorveglianza della popolazione ultra 64enne e di monitoraggio degli interventi attuati dalla rete dei servizi sociali e sanitari e dall'intera società civile, in linea con le indicazioni dell'OMS.

Passi D'Argento è un progetto promosso dal CCM del Ministero della Salute e dalle Regioni, ed è collegato al programma europeo Guadagnare salute e al Piano Nazionale della Prevenzione. Questo progetto, sulla base di indagini periodiche a cadenza biennale, consentirà la raccolta di dati precisi e tempestivi. Tali dati saranno confrontabili nel tempo e tra diversi territori, sullo stato di salute e sulla qualità della vita delle persone ultra 64enni e sugli interventi effettuati dai servizi socio sanitari e dalla collettività (Passi D'Argento 2009 report Regione Emilia Romagna).

La messa a regime di tale sistema di sorveglianza sulla popolazione anziana, così come previsto anche dal Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, si rivelerà essenziale per fornire un quadro completo dello stato di salute e dei bisogni assistenziali della popolazione anziana e in particolare con disabilità. Ciò permetterà di indirizzare in maniera più razionale ed efficace politiche e strategie di intervento a livello nazionale e delle singole Regioni. Inoltre, la creazione e il consolidamento di un network interregionale, che ruota attorno al sistema di sorveglianza PASSI d'Argento, favorirà il confronto delle esperienze compiute a livello regionale e locale e potrà certamente favorire la diffusione di buone prassi all'interno del nostro Paese.

Nella nostra Regione, si registra una generale mancanza di informazioni dettagliate sui bisogni di Salute della popolazione anziana che permetta di razionalizzare le risorse disponibili, anche al fine di

¹ Vecchiaia (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

contrastare l'ampliarsi delle disuguaglianze sanitarie e sociali all'interno di questa fascia di popolazione.

Passi D'Argento studio nazionale 2010 classifica:

Gli ultra 64enni in buona salute ma a rischio di malattia o fragilità :

- sono in grado di svolgere da soli tutte le ADL (attività di base della vita quotidiana come ad esempio mangiare, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, vestirsi, nutrirsi)
- non sono autonomi al massimo in 1 IADL (attività strumentali della vita quotidiana come ad esempio, usare il telefono, prendere le medicine, cucinarsi il pranzo, farsi la spesa)
- in più presentano almeno 2 delle seguenti caratteristiche o condizioni:
 - problemi di masticazione o vista o udito;
 - insufficiente attività fisica o abitudine al fumo o consumo di alcol o scarso consumo di frutta o verdura;
 - sintomi di depressione o di isolamento, mancanza di supporto sociale.



Popolazione residente al 1 Gennaio 2010 per età, sesso e stato civile
Regione: Abruzzo

Eta'	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
65	6574	6813	13387
66	6316	6802	13118
67	6110	6620	12730
68	6233	6665	12898
69	7074	7775	14849
70	7015	7912	14927
71	6525	7321	13846
72	6500	7372	13872
73	5980	7025	13005
74	6006	7293	13299
75	5686	7034	12720
76	5631	7290	12921
77	5058	6562	11620
78	5018	6783	11801
79	5079	7114	12193
80	4252	6245	10497
81	4030	5985	10015
82	3715	5866	9581
83	3298	5444	8742
84	2991	5120	8111
85	2546	4660	7206
86	2181	4212	6393
87	1920	3934	5854
88	1719	3477	5196
89	1431	3105	4536
90	771	1740	2511
91	442	1079	1521
92	387	964	1351
93	433	1008	1441
94	385	1009	1394
95	238	715	953
96	189	555	744
97	135	431	566
98	89	260	349
99	51	197	248
100 e più	79	290	369
TOTALE	122087	162677	284764

Tabella 1 - Analisi di contesto schematizzata

	Indicatori	standard	Dati locali	Dati letteratura scientifica	Dati letteratura grigia e qualitativi
Invecchiamento progressivo popolazione	N. di persone ultra 64enni	% di ultra 64enni / popolazione generale	21,26 %		Dati ISTAT
Fattori sociali (aumento bisogni assistenziali delle persone ultra 64enni)	N persone assistite dalle strutture socio-sanitarie	n.p. n.p		n.d	Piano sociale regionale Framework Active ageing OMS
Fattori individuali Lavoro	N . di persone attive dopo i 64 anni di età	% di persone attive dopo i 64 anni / popolazione ultra 64enne		n.r.	Passi D'Argento 2010 Framework Active ageing OMS
Fattori ambientali (dislocazione geografica)	n. di anziani che vivono in comuni montani	% di anziani che vivono in comuni montani / popolazione residente	20 % (Dati Nazionali)	n.r.	Passi D'Argento 2010
Mancanza dati epidemiologici regionali sulla qualità della vita negli ultra 64enni	N. di persone che partecipano allo studio	% di persone intervistate /totale persone eleggibili (intervistati e non)	85% (Dati regione Emilia Romagna)		Passi D'Argento 2010

ALBERO DEI PROBLEMI

Nell'albero dei problemi è stata raffigurata sinteticamente la realtà attuale sulla condizione attuale della popolazione ultra 64enni. nei sui vari aspetti socio -sanitari.

ALBERO DEGLI OBIETTIVI

Consiste nel trasformare in positivo l'immagine della realtà attuale (negativa) ottenuta con l'albero dei problemi. La condizione attuale negativa (problema) viene trasformata in una condizione futura (obiettivo).La trasposizione dei problemi in obiettivi non costituisce l'individuazione degli obiettivi del progetto . Essa descrive una raffigurazione positiva della realtà(della situazione) qualora tutti i problemi fossero risolti. Il progetto sceglierà di raggiungere solamente alcuni degli obiettivi raffigurati nell'albero.

MODELLO LOGICO

Nel modello Logico sono indicati in modo schematico le tappe che portano al raggiungimento dell'obiettivo specifico di attivazione di un sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra 64enne. Attraverso gli operatori sociali dei comuni, degli ambiti sociali e delle case di riposo , le campagne di informazione della popolazione e dei MMG e tramite il coinvolgimento degli stakeholder si otterrà una adesione alla raccolta dati da parte della popolazione interessata.

QUADRO LOGICO

E' la matrice di progettazione ed è molto utile per definire in maniera chiara i diversi elementi di un intervento progettuale e per visualizzarli in modo efficace.

Il quadro logico è articolato in quattro livelli, legati tra loro da un rapporto causa effetto in senso verticale dal basso verso l'alto, secondo il quale le attività portano ai risultati, i risultati conducono al raggiungimento dello scopo del progetto (obiettivo specifico) e lo scopo (obiettivo specifico) contribuisce al raggiungimento dell'obiettivo generale .

Quadro logico del progetto

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale	Portare a regime in Abruzzo il sistema di sorveglianza nazionale sulla popolazione anziana "PASSI d'Argento" al fine di fornire, anche nella nostra Regione, informazioni valide e tempestive, confrontabili nel tempo e fra diverse aree locali, capaci di orientare e migliorare le azioni da programmare.			Atti Regionali
Obiettivo specifico	Mettere a regime, entro il 2012, il sistema di sorveglianza PASSI d'Argento estendendo la rilevazione dei dati al 100 % delle ASL della Regione Abruzzo	n. di ASL che mettono a regime il Sistema di sorveglianza alla fine del 2012/ n. di ASL x 100	Rapporto tecnico conclusivo del progetto	Si assume che nel periodo indicato (2010-2012) la divisione territoriale in ASL o altre unità territoriali rimanga invariata e non si verifichino accorpamenti o divisioni amministrative-gestionali
Risultati attesi 1	Disponibilità di un profilo della popolazione anziana basato sulle IADL (<i>Instrumental Activities of Daily Living</i>) e ADL (<i>Activities of Daily Living</i>), dinamico e utile alla programmazione e al monitoraggio degli interventi, che fornisca stime attendibili sulla distribuzione della popolazione anziana in sottogruppi corrispondenti a diversi target di intervento da parte dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.	Esistenza del profilo entro dodici mesi dalla fine della raccolta dati	Rapporto tecnico conclusivo del progetto	Si assume che la numerosità del campione permetta di effettuare stime (con intervalli di confidenza adeguati) sui fenomeni oggetti di indagine.

Attività 1.1	Identificare tutti i gruppi di interesse rilevanti per il progetto e definirne le modalità di coinvolgimento	Mezzi: Procedure definite nel protocollo del progetto nazionale	Protocollo del progetto nazionale	Si assume la presenza di un forte mandato istituzionale da parte della Regione e dei rappresentanti dei servizi dell'area sociale e sanitaria
Attività 1.2	Definire i sottogruppi di popolazione anziana	Mezzi: Definizioni disponibili nel protocollo del progetto	Procedure del progetto	
Attività 1.3	Pianificare e realizzare le attività di raccolta dati su un campione rappresentativo della popolazione ultra 64enne entro i tempi stabiliti.	Mezzi: Procedure definite nel protocollo del progetto		Il prolungarsi delle attività di raccolta dei dati rischia di non rendere confrontabili gli stessi dati raccolti in periodo diversi dell'anno (es. informazioni sulla vaccinazione antinfluenzale raccolte in inverno e primavera); Disponibilità di personale
Risultati attesi 2	Disponibilità di un sistema di indicatori sulla qualità di vita, sulle condizioni di salute, sulla copertura delle attività di prevenzione e assistenziali, sulla qualità dell'assistenza della popolazione anziana capace di integrare le informazioni esistenti a livello regionale e locale	sistema di indicatori congrui con il progetto nazionale	Rapporto tecnico del progetto	
Attività 2.1	Analisi delle fonti di dati già esistenti a livello regionale e locale	Mezzi: individuazione da parte del Gruppo di Progetto di tutti gli archivi disponibili e delle fonti dei dati utilizzabili a livello locale		Fonti non completamente disponibili
Attività 2.2	Definizione del sistema di indicatori	Mezzi: Definizioni disponibili nel protocollo del progetto nazionale		

Risultati attesi 3	Formazione adeguata del personale dei servizi sociali e sanitari coinvolti	N. di operatori coinvolti nelle attività che hanno partecipato a formazione specifica / n. totale di operatori coinvolti nelle attività di formazione	Atti formazione, sistema di monitoraggio sorveglianza	
Attività 3.1	Formazione degli operatori coinvolti e attivazione di una comunità di pratica	Mezzi: Piano di formazione del progetto nazionale e piattaforma nazionale		
Risultati attesi 4	Messa a punto di una strategia comunicativa mirata che, a partire dai risultati della sorveglianza, permetta di indirizzare in maniera più razionale ed efficace azioni e strategie di intervento settoriali e intersettoriali	Esistenza di un piano di comunicazione per ogni azienda sanitaria partecipante entro la fine del 2011 Esistenza di un rapporto di comunicazione per ogni azienda sanitaria entro la fine del 2012	Piano di comunicazione Rapporto di comunicazione	
Attività 4.1	Definizione della strategia di comunicazione	Mezzi: Indicazioni contenute nel protocollo del progetto		
Attività 4.2	Messa in atto della strategia di comunicazione	Mezzi: risorse messe a disposizione dai servizi		Disponibilità risorse

Beneficiari : Popolazione ultra 64enne della Regione Abruzzo**Obiettivi di processo** :

Indicatori	Fonte di verifica	Valore indicatore al 31 dicembre 2010	Valore indicatore al 31 dicembre 2011		Valore indicatore al 31 dicembre 2012	
			Atteso	Osservato	atteso	osservato
Percentuale di comuni che hanno aderito al progetto	Registro attività	0				
			80%*		80%*	
% di persone ultra 64enni che hanno risposto al questionario	Registro attività	0	70%*		70%*	

*Valori attesi dipendenti dalle date di inizio

Tabella 3 – Cronoprogramma azioni previste

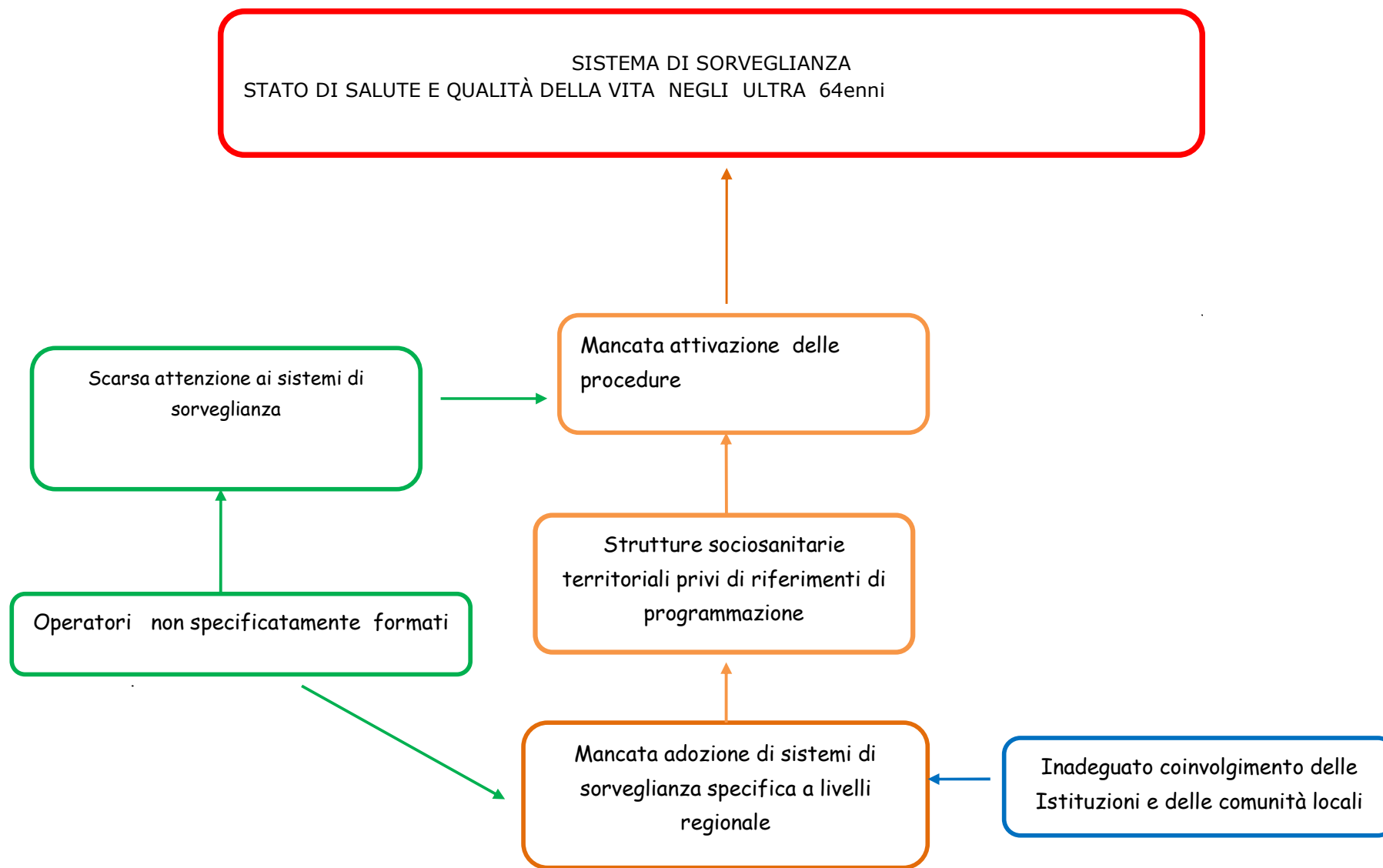
Risultati attesi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
R.A. 1 – Azione 1	■	■																						
R.A. 1 – Azione 2		■	■																					
R.A. 1 – Azione 3	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
R.A. 2 – Azione 1	■	■	■																					
R.A. 2 – Azione 2	■	■	■																					
R.A. 3 – Azione 1	■	■	■	■																				
R.A. 4 – Azione 1	■	■	■	■	■	■																		
R.A. 4 – Azione 2			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Report intermedi (I) e finale (F)												R.I												R.F.

- Attività 1.1 Identificare tutti i gruppi di interesse
- Attività 1.2 Definire i sottogruppi di popolazione anziana
- Attività 1.3 Pianificare e realizzare le attività di raccolta dati
- Attività 2.1 Analisi fonte dati
- Attività 2.2 Definizione sistema indicatori
- Attività 3.1 Formazione operatori coinvolti
- Attività 4.1 Definizione strategia di comunicazione
- Attività 4.2 Messa in atto strategia di comunicazione

LINEA GENERALE: PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLA DISABILITÀ E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

PROGETTO : Sorveglianza della qualità della vita percepita dagli ultra 64enni - Passi D'Argento

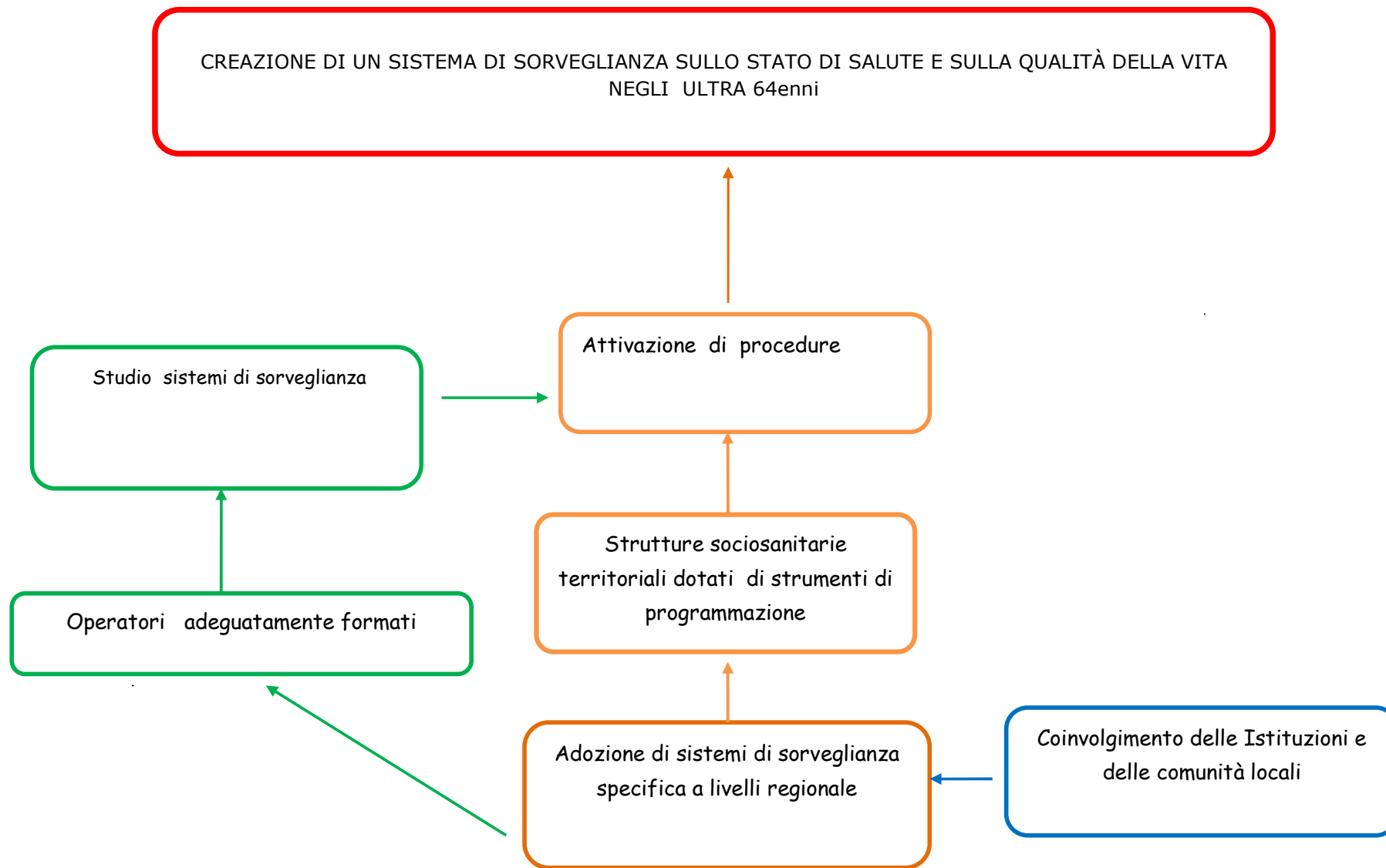
ALBERO DEI PROBLEMI



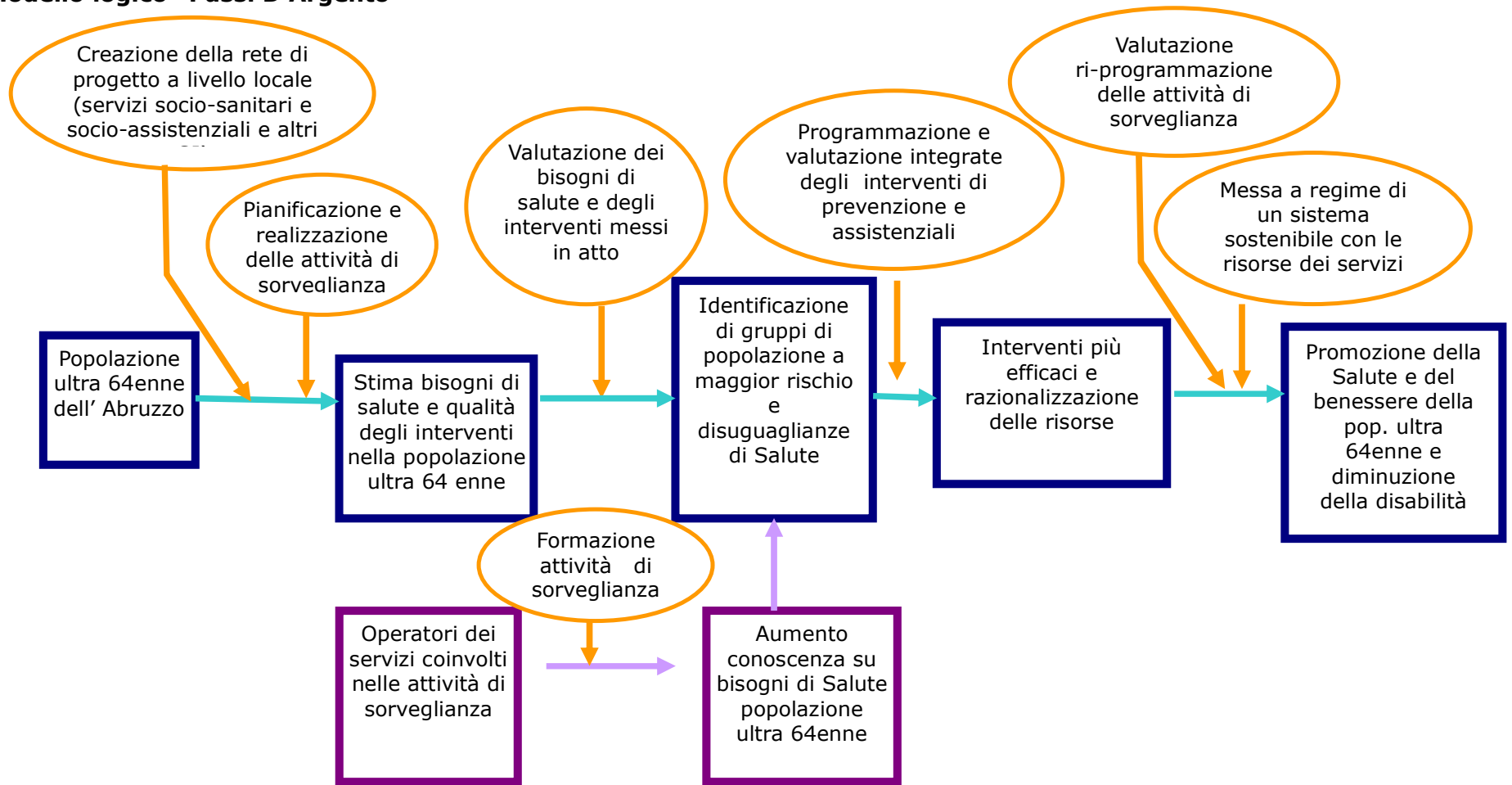
LINEA GENERALE: PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLA DISABILITÀ E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA

PROGETTO : Sorveglianza della qualità della vita percepita dagli ultra 64enni - Passi D'Argento

ALBERO DEGLI OBIETTIVI

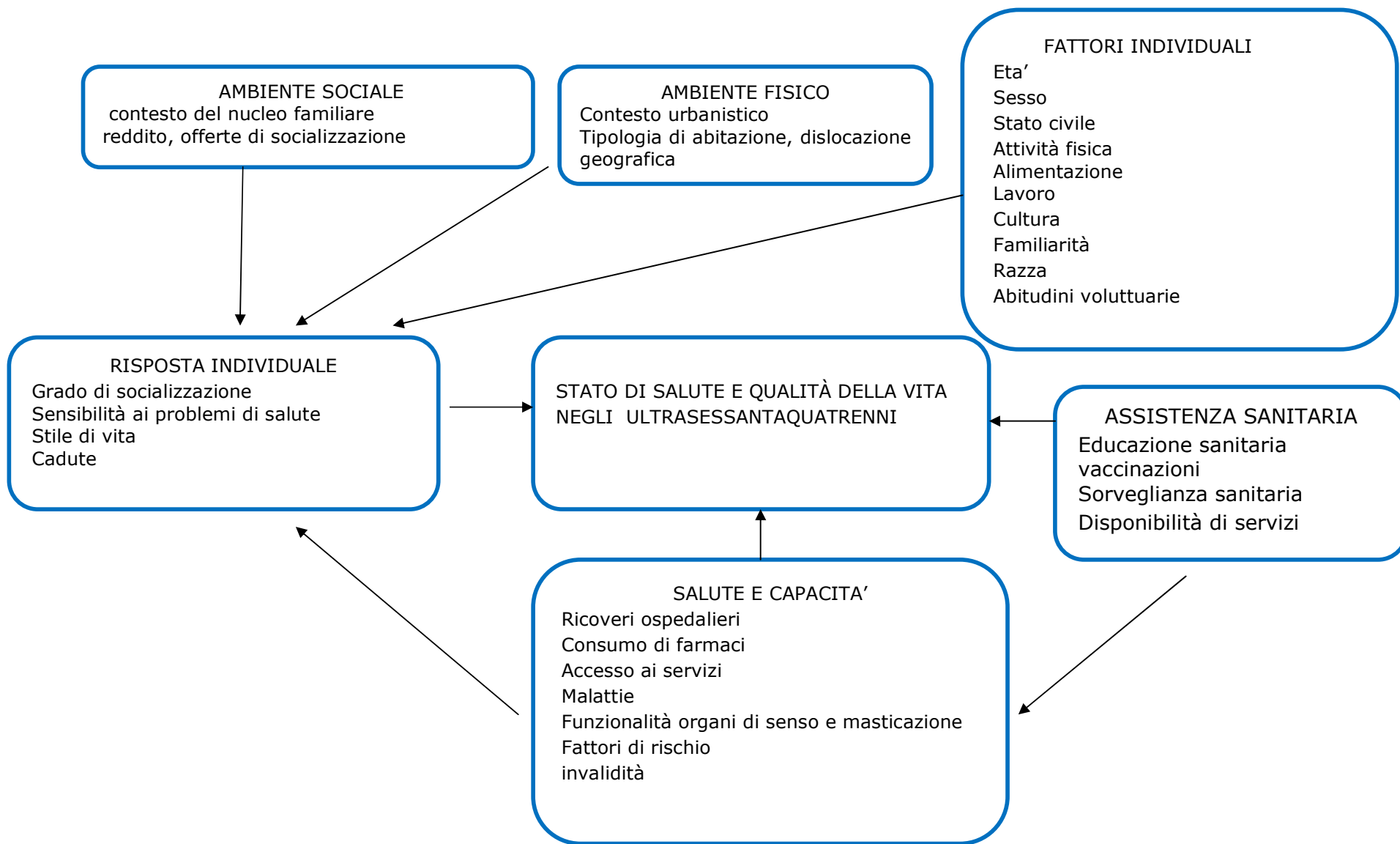


Modello logico "Passi D'Argento"



LINEA DI INTERVENTO GENERALE :PPREVENZIONE DELLA DISABILITA' E DELLA NON AUTOSUFFICIENZA
TITOLO DEL PROGETTO: Sorveglianza della qualità della vita percepita dagli ultra 64enni - Passi D'Argento

ANALISI DI CONTESTO



piano economico PRP 2011

<i>MACROAREE DI INTERVENTO</i>	<i>FSR CAP 81501 - euro 5.000.000,00</i> bilancio region. 2011	<i>CAP 81519 euro 5.984.716,00</i> l.662/1996 ART.1. COMMA 34 ANNO 2010	<i>CAP 81519 euro 5.984.716,00</i> l.662/1996 ART.1. COMMA 34 ANNO 2011	totali
Medicina Predittiva	550.000,00	650.000,00	650.000,00	1.850.000,00
Prevenzione Universale	2.000.000,00	2.000.000,00	2.100.000,00	6.100.000,00
Prevenzione Popolazione a rischio	2.200.000,00	3.200.000,00	3.100.000,00	7.950.000,00
Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malat	250.000,00	134.716,00	134.716,00	519.432,00
totale	5.000.000,00	5.984.716,00	5.984.716,00	16.969.432,00

piano economico PRP 2012

<i>MACROAREE DI INTERVENTO</i>	<i>FSR CAP 81501</i> bilancio region. 2012	<i>CAP 81519 euro 5.984.716</i> l.662/1996 ART.1. COMMA 34 ANNO 2012	totali
Medicina Predittiva	650.000,00	650.000,00	1.300.000,00
Prevenzione Universale	2.050.000,00	2.000.000,00	4.050.000,00
Prevenzione Popolazione a rischio	2.250.000,00	3.200.000,00	5.450.000,00
Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malat	50.000,00	134.716,00	184.716,00
totale	5.000.000,00	5.984.716,00	10.984.716,00

PALAZZO I. SILONE



**DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA
POLITICHE LEGISLATIVE E COMUNITARIE, RAPPORTI ESTERNI
Servizio Affari della Giunta**

UFFICIO BURA

**DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:
Via Salaria Antica Est - Località S. Antonio - Pile
67100 L'Aquila**

**centralino: 0862 3631
Tel. 0862 36 4211/4221
Fax 0862 36 4219**

**Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it**